

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ
KATEDRA PSYCHOLOGIE

Terapie a následné cvičení u dětí s autismem

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Nikola Skálová

Specializace v pedagogice: Psychologie se zaměřením na vzdělávání

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Šámalová

Plzeň, 2016

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni, 13. dubna 2016

.....
vlastnoruční podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji paní Mgr. Kateřině Šámalové za odborné vedení, vstřícný přístup a cenné rady, které mi poskytla jako vedoucí mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala občanskému sdružení za možnost nahlédnout do života autistických dětí. A v neposlední řadě děkuji Lukáši Tycarovi, který mi pomohl ztvárnit kartičky na cvičení pro děti s PAS.

OBSAH

| | |
|---|----|
| ÚVOD..... | 1 |
| TEORETICKÁ ČÁST..... | 2 |
| 1 CHARAKTERISTIKA A VÝVOJ AUTISMU..... | 3 |
| 1.1 VYMEZENÍ A CHARAKTERISTIKA..... | 3 |
| 1.2 HISTORICKÝ VÝVOJ AUTISMU..... | 4 |
| 1.3 VÝSKYT A PŘÍČINY VZNIKU AUTISMU..... | 7 |
| 2 TRIÁDA POSTIŽENÍ U DĚTÍ S AUTISMEM..... | 9 |
| 2.1 PORUCHY KOMUNIKACE..... | 9 |
| 2.2 PROBLÉMY V SOCIÁLNÍCH VZTAZÍCH..... | 10 |
| 2.3 PROBLÉMY V OBLASTI PŘEDSTAVIVOSTI, ZÁJMŮ A HRY..... | 12 |
| 2.3.1 FUNKCE HRY U DĚTÍ..... | 13 |
| 2.3.2 HRA U DĚTÍ S AUTISMEM..... | 14 |
| 2.4 NESPECIFICKÉ VARIABILNÍ RYSY..... | 16 |
| 3 TYPY PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA..... | 21 |
| 3.1 DĚTSKÝ AUTISMUS..... | 21 |
| 3.2 ATYPICKÝ AUTISMUS..... | 22 |
| 3.3 RETTŮV SYNDROM..... | 22 |
| 3.4 JINÁ DEZINTEGRAČNÍ PORUCHA V DĚTSTVÍ..... | 23 |
| 3.5 ASPERGERŮV SYNDROM..... | 23 |
| 4 VÝVOJ DÍTĚTE S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA..... | 25 |
| 5 INTERVENCE A VÝCHOVNĚ VZDĚLÁVACÍ POSTUPY..... | 28 |
| 5.1 STRUKTUROVANÉ UČENÍ..... | 29 |
| 5.1.1 SPECIFIKA A OBECNÉ PRINCIPY STRUKTUROVANÉHO UČENÍ..... | 29 |
| 5.1.2 TEACCH PROGRAM..... | 30 |
| 5.1.3 BEHAVIORÁLNÍ PŘÍSTUPY..... | 32 |
| 6 PODPŮRNÉ LÉČEBNÉ METODY..... | 33 |
| 6.1 MUZIKOTERAPIE..... | 33 |
| 6.2 TERAPIE PEVNÉHO SEVŘENÍ..... | 34 |
| 6.3 ZOOTHERAPIE, HIPOTERAPIE..... | 35 |
| 6.4 CANISTERAPIE..... | 35 |
| 6.5 FARMAKOTERAPIE..... | 37 |
| 6.6 DIETA BEZ GLUTENU A KASEINU..... | 38 |
| PRAKTICKÁ ČÁST..... | 40 |
| POPIS ZKOUMANÝCH OSOB..... | 41 |
| CHARAKTERISTIKA POUŽITÝCH METOD..... | 41 |
| PRŮBĚH HODINY CVIČENÍ PRO DĚTI S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA..... | 41 |
| 7 KAZUISTIKY..... | 44 |
| 7.1 KAZUISTIKA Č. 1..... | 44 |
| 7.1.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE..... | 44 |
| 7.1.2 RODINNÁ ANAMNÉZA..... | 44 |
| 7.1.3 OSOBNÍ ANAMNÉZA..... | 44 |
| 7.1.4 VLASTNÍ POZOROVÁNÍ..... | 46 |
| 7.1.5 SHRNUÍ..... | 46 |
| 7.2 KAZUISTIKA Č. 2..... | 47 |
| 7.2.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE..... | 47 |

| | | |
|-------------------------|--------------------------|----|
| 7.2.2 | RODINNÁ ANAMNÉZA | 47 |
| 7.2.3 | OSOBNÍ ANAMNÉZA | 47 |
| 7.2.4 | VLASTNÍ POZOROVÁNÍ | 48 |
| 7.2.5 | SHRNUTÍ | 48 |
| 7.3 | KAZUISTIKA Č. 3 | 49 |
| 7.3.1 | ZÁKLADNÍ ÚDAJE..... | 49 |
| 7.3.2 | RODINNÁ ANAMNÉZA | 49 |
| 7.3.3 | OSOBNÍ ANAMNÉZA | 49 |
| 7.3.4 | VLASTNÍ POZOROVÁNÍ | 50 |
| 7.3.5 | SHRNUTÍ | 51 |
| ZÁVĚR | | 52 |
| RESUMÉ..... | | 54 |
| RESUME..... | | 55 |
| SEZNAM LITERATURY | | 56 |
| SEZNAM OBRÁZKŮ | | I |

ÚVOD

„Nejsem hloupý, nejsem nevychovaný, nejsem bezcitný, nejsem líný, jsem autistický.“

(Jelínková, 2004, s. 3)

K sepsání mé bakalářské práce mě inspirovalo seznámení s autistickými dětmi, s nimiž jsem přišla do kontaktu při svém bakalářském studiu. Problematika autistického chování a zároveň odlišný pohled autistů na svět mě velice zaujal. I když se v posledních letech literatura na toto téma rozrostla, obsah většinou bývá stejný. Poukazuje se hlavně na individuálnost případů, respektive na fakt, že neexistují dva stejné případy osob s poruchou autismu. Také je kladen důraz na správnou a včasnou intervenci u dětí. Díky včasné intervenci a dobrému vedení dítě nejen prospívá daleko lépe ve školním prostředí, ale také se mu díky tomu naskytnou lepší vyhlídky v dospělém životě. Děti potřebují především strukturovanou výuku. Potřebují vědět, co se po nich chce, kdy se to chce a proč. Autisté by rádi dešifrovali pro ně tak náročný okolní svět, ale mnohdy to pro ně je nesmírně náročné, až nemožné. Případy autistů jsou jedinečné, i když mají společné problémy, přesto každý z nich reaguje odlišně. Mnozí lidé z mého okolí ani netušili o čem, respektive o kom, píše bakalářskou práci. Utvrdilo mě to v přesvědčení, že povědomí o této pervazivní poruše stále není dostačující. Fascinuje mě v negativním slova smyslu, že pro širokou veřejnost tyto děti bývají často nevychované a zanedbané. Veřejnost dává rady rodičům postižených dětí, aniž by byla dostatečně informovaná o této problematice. Učení autistů je nejenom velice náročné, ale také především celoživotní. Každý pokrok je, jak pro rodiče, tak i učitele, spojen s velkým úsilím. Jsem vděčná jednomu nejmenovanému občanskému sdružení, že mi poskytlo možnost nahlédnout do života dětí s poruchou autistického spektra. Měla jsem příležitost tyto děti nejen pozorovat, ale i s nimi pracovat. Mohla jsem si všimnout drobných změn, které některé děti v průběhu cvičení dělaly. Během mé bakalářské práce jsem se setkala s výjimečnými rodiči, jež se smířili s faktem, že jejich dítě nikdy nebude „normální“. S občanským sdružením jsem se domluvila, že v rámci své bakalářské práce nechám vytvořit kartičky se cvičením, které budou prakticky využity při hodinách cvičení u dětí s PAS. Tyto kartičky by měly nejen pomáhat dětem, ale i rodičům a vyškoleným speciálním pedagogickým pracovníkům.

TEORETICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA A VÝVOJ AUTISMU

„Na případech autistických dětí si můžeme uvědomit, že to nejcennější, co člověk v životě má, je jeho lidskost, jeho city, schopnost navazovat s druhými lidmi kontakt. Někdy mu právě tato schopnost přináší bolest, ale jak je nepatrná ve srovnání s opuštěností a prázdnotou bytosti, která nezná radost ani žal.“ (Vocilka, 1994, s. 5).

1.1 VYMEZENÍ A CHARAKTERISTIKA

Podle lékařské definice řadíme autismus mezi *pervazivní vývojové poruchy*. Pervazivní vývojová porucha je často přesnější termín, než jen pojem autismus. S tím souhlasí jak Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), kterou vydává Světová zdravotnická organizace, tak Diagnosticko-statistický manuál (DSM-IV), který vydává Americká psychiatrická asociace (Jelínková, 2001, s. 9). Jedná se o celoživotní nevléčitelné onemocnění. Thorová (2006) ve své knize vysvětluje pojem pervazivní jako všepřonikající a vyjadřuje fakt, že vývoj dítěte je narušen do hloubky a v mnoha směrech (Thorová, 2006, s. 58). Jedinec s pervazivní vývojovou poruchou může být současně mentálně retardovaný, nebo může trpět další poruchou. Pervazivní znamená, že se onemocnění projeví ve všech oblastech pacientova života, hovoříme tedy o komplexním postižení (Peeters, 1998, s. 11).

Autismus patří k nejzávažnějším poruchám dětského mentálního vývoje. Britská psychiatryně Lorna Wingová se významně zasloužila o rozšíření poznatků z psychopatologie poruch autistického spektra, sepsala mnoho odborných publikací i příruček s radami pro rodiče. V sedmdesátých letech popsala také tři klíčové oblasti důležité pro diagnózu a nazvala je triádou poškození. K nim patří potíže v sociálním chování, v komunikaci a představitosti (Thorová, 2006, s. 37-58). V novějších publikacích se setkáváme s pojmem *poruchy autistického spektra* (PAS). Tento termín se ve světě rychle rozšířil a v současné době je běžně používaný. Thorová vysvětluje, že abnormní chování je považováno spíše za různorodé než pervazivní, proto termín poruchy autistického spektra je výstižnější (Thorová, 2006, s. 60).

Autismus je obtížné vývojové postižení, které lze charakterizovat tím, že jedinec ztrácí schopnost porozumět, pochopit smysl v komunikaci a ve společnosti ostatních. Lidé s tímto onemocněním mají jiný způsob, jak poznávat svět. Toto poznávání je velice

odlišné. Mozek přijímá takové informace, které zapříčiní, že autisté mají problémy s pozorností, myšlením, či pamětí (Vocilka, 1994).

Autisté mají často potíže například při navazování vztahů, s verbální a neverbální komunikací, často mají nedostatečnou představivost, někteří mohou odmítat tělesný kontakt a dotek. Onemocnění může být doprovázeno zvláštními pohyby, jejich život obklopují stereotypní činnosti a rituály. Proto termín autistický, ve smyslu uzavřený, není podle Jelínkové nejmýšlivější (Jelínková, 2001, s. 9).

Lidé s autismem žijí neustále ve světě, kterému nerozumí, nebo mu rozumí jen s obtížemi. Tito lidé mají problém porozumět symbolům. Bohužel, lidská společnost je na symbolech závislá. Nejlepším příkladem je řeč. Prostřednictvím řeči sdělujeme své názory, postoje, přání, popisujeme věci, činnosti, myšlenky, city atd. Autisté mají největší nedostatky právě v sociální komunikaci (Gillberg, Peeters, 2008, s. 7).

I když symptomy poruchy se mohou podobat, žádní dva lidé s autismem nejsou stejní. Každý případ dítěte s autismem je ojedinělý (Richman, 2006). Není divu, že stanovení diagnózy bývá často komplikované.

1.2 HISTORICKÝ VÝVOJ AUTISMU

Slovo autismus je odvozeno od řeckého „autos“, což znamená v překladu „sám“ (Richman, 2006, s. 11). V roce 1911 pojem autismus poprvé použil švýcarský psychiatr Eugen Bleuler při popisu psychopatologie schizofrenie. Označoval jím „*schizofrenní stažení se z reálného světa a ponoření se do vlastního, nesrozumitelného světa nemoci*“ (Hrdlička, Komárek, 2014, s. 11-12). Za průkopníka a prvního dětského psychiatra, jenž specifikoval autismus jako samostatný syndrom, je považován Američan Leo Kanner. Zabýval se mimo jiné dětskou schizofrenií. Zpočátku se mylně domníval, že autismus je příbuzný se schizofrenií (Jelínková, 2001, s. 8). Přitom tato dvě onemocnění si nejsou vůbec podobná. Schizofrenie doslovně znamená „rozštěpení mysli“. Jedná se o chorobu fázickou, kde se střídá období relativního zdraví s ataky (epizodami). Schizofrenie může začít nečekaně, z plného zdraví, nebo plíživě a pomalu (Miňhová, 2006, s. 94-95). Na rozdíl od autismu, kdy se s postižením jedinec narodí. V prvních měsících života autistů lze nalézt rozdílnou strukturu jejich vývoje od vývoje zdravých dětí. Například chybí žvatlání, pokusy o vzbuzení pozornosti blízkých osob, většinou o sobě hovoří ve třetí osobě, nechťejí si

s nikým hrát, nerozumí smyslu soutěžení, spontánní chování je omezené a život jim tvoří pravidla a rituály, které striktně dodržují a chtějí to i od ostatních. Vyžadují provádět pohyby, úkony ve stejném časovém sledu, na stejném místě a stejným způsobem (Nesnidalová, 1995, s. 15-19).

V historii autismu byl podstatný rok 1943, kdy vyšel článek v časopise „*Nervous Child*“ s názvem „*Autistic Disturbances of Affective Contact*“, v překladu to znamená autistické poruchy afektivního kontaktu. V článku dětský psychiatr Kanner uveřejnil výsledky pozorování 11 dětí, u nichž si všiml četného množství společných znaků, které nesplňovaly diagnostická kritéria žádné, do té doby známé, kategorie psychických onemocnění. Kanner použil ve svém článku pojem „*extrémní autistická osamělost*“, čímž chtěl vyjádřit neschopnost autistů vstupovat do vztahu s jinými lidmi. Kanner tyto děti popsal jako velice uzavřené a osamělé. „*Více než o lidi se zajímají o věci. Nereagují na volání jménem a nerušeně pokračují ve své činnosti. Vyhýbají se očnímu kontaktu a nikdy se nedívají do obličeje. Konverzace, která probíhá v blízkosti dítěte, je nevyrušuje. Pokud osoba chce na sebe upoutat pozornost, musí zašlápnout nebo sebrat objekt, se kterým si dítě hraje. Objeví se vztek, ale ne na osobu, která to udělala, nýbrž na konkrétní chodidlo nebo ruku. Na osobu se nepodívají, nepromluví. Ta samá situace je se špendlíkem. Vždy se rozzlobí na špendlík, který ho píchl, nikoli na člověka, který to udělal*“ (Thorová, 2006, s. 36).

Vídeňský pediatr Hans Asperger nezávisle na Kannerovi v roce 1944 zveřejňuje práci s názvem „*Autistische Psychopathen im Kindersalter*“ (Autističtí psychopati v dětství). V článku popsal syndrom s podobnými projevy, jako popisoval Kanner. Ve své práci popisuje chování čtyř chlapců, u nichž pozoroval potíže v sociálním chování, zvláštnosti v komunikaci, vysokou míru intelektu, omezené zájmy atd. Je zajímavé, že Hans Asperger použil v práci pojem autismus i přesto, že v době druhé světové války bylo špatné informační spojení mezi vědci a lékaři, tudíž nemohl navázat na práci Kannerova. Asperger se zabýval dětmi s mírnějšími formami poruchy. V roce 1981 britská lékařka Lorna Wingová použila pojem Aspergerův syndrom, který se používá dodnes a je pojmenován po vídeňském pediatrovi Hansu Aspergerovi (Thorová, 2006, s. 37).

Problémem tehdejších teorií byl nedostatek informací, a tak se s přílivem nových výzkumů a faktů teorie stále měnily. Jedna z teorií, podle americké pediatričky a psychoanalytičky Margaret Mahlerové, byla zaměřena na vinu na straně matky. Pokud

matka o dítě správně nepečuje, je nepřátelská, úzkostná, poté dítě z tzv. „autistické fáze“ nikdy nevyroste. Dítě není správně stimulováno, tudíž se správně nerozvíjí řeč. Mahlerová považuje sebezraňování u dětí s autismem za důsledek prokázání vlastní existence.

S touto poněkud kontroverzní teorií souhlasil i dětský psychiatr Bruno Bettelheim, který připouští, že chybné rodičovské chování a postoje mohou zapříčinit autismus, i přesto, že existují organické faktory. Bettelheim tvrdil, že všechny děti s poruchou autismu mají jedno přání, a to, aby neexistovaly. Pakliže dítě cítí, že je v okolí nežádané, začíná být frustrované a stává se autistickým. Autor dále uvádí, že řeč u autistických dětí není primárně narušena, ale porucha je zapříčiněna psychickými konflikty, které dítě prožívá (Bettelheim, 1967). Bettelheim chtěl, aby v případě rodičovské viny byly děti odebrány a vychovány ve speciálních terapeutických zařízeních. S podobným názorem se ztotožňovala i Frances Tustinová, která se domnívala, že každé novorozené dítě je primárně autistické. Autismus považovala za abnormální prodloužení orálního stádia způsobené nedostatečnou výchovou ze strany rodičů. V devadesátých letech od této teorie upustila. Posléze zjistila, že zdravé děti se vyvíjejí odlišně od dětí postižených autismem. Došla tedy k závěru, že autismus je porucha vrozená, a nikoli zapříčiněná emočním traumatem a nedostatkem pozornosti rodičů, zejména matky. Výsledkem těchto chybných interpretací byly, jak Thorová (2006) uvádí, rozvrácené rodiny, kdy si rodiče kladli za vinu onemocnění dítěte. Mnoho dětí díky tomu skončilo v ústavní péči, aby bylo „chráněno“ před negativními vlivy domácího prostředí. Proto Thorová popsala toto období jako *„nejčernější období v dějinách psychologie a psychiatrie.“* (Thorová, 2006, s. 34-40)

S příchodem behaviorismu se postupně zaměřila pozornost na dítě jako takové, nikoliv na „špatnou“ rodičovskou výchovu. Proti předešlým teoriím se v šedesátých letech ohradil americký psycholog Bernard Rimland, který vydal v roce 1964 knihu, ve které definoval autismus jako neurobiologickou poruchu organického původu. On sám byl otcem autistického syna a striktně odmítl teorii, že za autismus mohou chyby ve výchově. Podle něho rodiče věnují dítěti stejnou pozornost, starají se o ně, nejsou citově chladní vůči dětem s autismem. Vytvořil dotazník, který měl za cíl oddělit děti s autismem od dětí se schizofrenií. Byl určen pro děti od 3 do 7 let (Thorová, 2006, s. 41).

1.3 VÝSKYT A PŘÍČINY VZNIKU AUTISMU

Celosvětově se výskyt autismu neustále zvyšuje. Jen pro porovnání, v roce 1975 trpěl onemocněním jeden z 5 000 lidí, v roce 1985 to byl jeden z 2 500, v roce 2007 trpěl autismem jeden ze 150. Dnes je autismem postiženo jedno dítě z 86 narozených dětí, tedy autismem je postiženo 1,5% populace (Zdravotnický deník, 2015). Autismem jsou mnohem častěji postiženi chlapci než dívky. V literatuře se obvykle udává poměr 4-5 : 1. (Vágnerová, 2012, s. 318).

Na příčinách autismu se neshodly řady odborníků. Názory na vznik autismu prošly řadou změn, teorie střídala teorii. Výzkumy se týkaly například vlivu špatné výchovy rodičů, vlivu dědičnosti, zkoumaly se vrozené dispozice, vliv prodělaných onemocnění. Koncem devadesátých let se také zkoumal názor, že autismus může vznikat v důsledku očkování (trojkombinace zarděnky, spalničky a příušnice). Touto problematikou se zabýval gastroenterolog Wakefield (1998). Došel k závěru, že při očkování dojde k zánětu tenkého a tlustého střeva (enterokolitis), v důsledku zánětu vznikají toxiny, které se vylučují do krve, poškodí mozek, a tak vznikne autismus. Tato hypotéza se však nikdy nepotvrdila, ale vzbudila v té době obrovskou protiočkovací kampaň. Chybných příčin vzniku autismu bylo v průběhu let několik. Etiologie onemocnění však není stále jednoznačně vymezena. Můžeme ale říci, že autismus vzniká jako důsledek organického poškození mozku. Udává se, že se toto onemocnění může vytvořit různými způsoby a na vzniku se může podílet více faktorů (Thorová, 2006, s. 48).

Autismus rozhodně není sociokulturně podmíněn, jak si lidé v 50. letech mysleli. To, co můžeme s jistotou říci, je, že genetická podmíněnost byla opakovaně potvrzena. Typ dědičného přenosu nebyl zatím jednoznačně charakterizován. Předpokládá se, že pro rozvoj této poruchy mohou mít význam geny lokalizované na chromozomech X, 7, 11, 15 a 16, zejména pohlavní chromozom X je z tohoto hlediska považován za velmi důležitý, porucha postihuje mnohem častěji děti mužského pohlaví (Hrdlička, 2014). Důkazy, že autismus má genetickou příčinu, se opírají o studie na dvojčatech. U jednovaječných dvojčat je genetická dispozice velmi vysoká (60-95%), u dvojvaječných byla tato shoda naopak nízká (0-9%). Ani prenatálně působící vlivy nemůžeme vyloučit, mohou rovněž přispívat ke vzniku autismu (Kohler, 1999). Co se biologického základu týče, neexistuje specifický nález, který by byl typický pro postižené děti. Můžeme však nalézt abnormality

mozkové kůry (ve frontálních i jiných lalocích), limbického systému, mozečku, bazálních ganglií a corpus callosum (spojujícím obě mozkové hemisféry). Vytváří se menší počet funkčních spojení mozku v jednotlivých částech. Neurochemické odlišnosti CNS mohou s rozvojem autismu také souviset. Byla zjištěna porucha serotoninergního a dopaminergního systému a dysfunkce systému endogenních opioidů. Otázkou zůstává, co je primární příčinou autismu. Vzhledem k tomu, že získané nálezy jsou velmi různorodé a že podobné odchylky nebyly zjištěny u všech autistických dětí, nelze učinit žádný jednoznačný závěr (Vágnerová, 2012, s. 318-319).

2 TRIÁDA POSTIŽENÍ U DĚTÍ S AUTISMEM

Nedostatky ve třech oblastech, které jsou společné pro děti s autismem, popsala v 70. letech profesorka Wingová. Problémovými oblastmi v autistickém chování se zabývalo samozřejmě více autorů a téměř v každé publikaci nalezneme právě již zmiňovanou triádu onemocnění popsanou Lornou Wingovou. Nazvala ji triádou postižení. Měla na mysli problémy v oblasti komunikace, v sociálních vztazích a představitosti. Tyto oblasti jsou pro život velice důležité, a tudíž postižené znevýhodňují v zapojení do společnosti. Tyto deficity jsou zapříčiněny vrozenými abnormalitami mozku, nikoliv špatnými výchovnými postupy. Jelínková uvádí, že je důležité brát v úvahu nejen vývojové zpoždění, ale také odlišnost postižení (Jelínková, 2001, s. 20).

2.1 PORUCHY KOMUNIKACE

Lidé s poruchou autistického spektra mají problémy v oblasti vyjadřování (expresivní složce řeči) a porozumění (receptivní složce řeči). Je typické, že děti postižené autismem často opakují vzorce řeči, nebo vlastní žargon (slangová, osobitá mluva). Mají problém udržet smysluplnou konverzaci s ostatními (Čadilová, Žampachová, 2015, s. 9). Potřeba komunikace je jednou z nejdůležitějších potřeb v životě člověka. Různé nedostatky v komunikaci omezují sociální interakci dítěte do společnosti. Problémy s komunikací bývají u autistických dětí pravidlem. Některé děti nemluví vůbec a některé naopak mluví stále, ale jejich řeč nedává smysl. Podle Jelínkové (2001) nalezneme řadu nápadností v řeči dětí s PAS, například echolálii (opakování slov či vět), nebo zaměňování zájmen atd. Autorka zastává názor, že děti mají chuť komunikovat, ale mají k tomu bohužel omezené možnosti. Často děti umí spousty slov, ale neumí je správně interpretovat. Dovedou si o něco říci, ale nedokážou hovořit o svých pocitech, názorech, myšlenkách. Často chybí i schopnost porozumět neverbální komunikaci, zejména gestům, mimice, postojům těla apod. (Jelínková, 2001, s. 20-22). Autorka uvádí, že pouze 50% autistických dětí komunikuje s okolím. Nejlepší formou komunikace pro děti postižené autismem je komunikace doprovázená vizuální podporou. Obrázky či fotografie by měly být jednoznačné, bez malých detailů, aby děti nerozptylovaly od pochopení významu toho daného obrázku, či konkrétní situace. Komunikace by měla být co nejvíce užitečná, aby dítě dokázalo sdělit, co potřebuje, jak se cítí, co má či nemá rádo atd. Důležité je rozvíjet

komunikaci v přirozeném prostředí dítěte. Nová slova by se měla učit výhradně ve známém prostředí, stará slova by se měla opakovat v prostředí novém. Cílem komunikace je naučit dítě používat nová slova v různých prostředích a naučit ho používat slova funkčně, nikoliv naučit dítě co nejvíce slov, kterým samo nerozumí.

Watson rozlišil nejdůležitější funkce komunikace, které se dítě většinou rychle naučí:

- požádat o něco (verbálně, pomocí obrázků a předmětů)
- přilákat pozornost (verbálně, gestem, zvonkem)
- odmítnout něco (verbálně, gestem, kartičkou s nápisem NE, odstrčením)

Větší problémy jim činí popisování okolí, poskytnutí informací, žádost o informace, sdílení emocí (Jelínková, 2001, str. 20 -23).

2.2 PROBLÉMY V SOCIÁLNÍCH VZTAZÍCH

„Jednoznačně lze říci, že sociální intelekt je vždy vůči mentálním schopnostem člověka s poruchou autistického spektra v hlubokém deficitu.“ (Thorová, 2006, s. 61).

Lidé s autismem špatně rozlišují zbytečné informace od důležitých a často se upínají na detaily ve snaze porozumět okolnímu světu. Jedinci postižení autismem jsou schopní zapamatovat si stereotypní a úzce vymezené aktivity a vzorce chování, ale nechápou věci v souvislostech, nevyužívají flexibilní myšlení. Problémy v sociálních vztazích se mohou projevat různými způsoby, například dítě nemá zájem o komunikaci, trpí záchvaty vzteku, nemá chuť si s nikým hrát, nekouká se do očí, nespolupracuje, trpí neklidem, ničí věci, může se i sebezraňovat apod. (Hilde De Clercq, 2011, s. 39).

Jelínková (2001) popisuje, že navazování sociálních vztahů je pro děti s autismem ještě složitější a obtížnější, než je komunikace. Mnohdy lidé připisují dětem postiženým autismem, že jsou egoisti, jelikož si tyto děti příliš nevšímají okolí a neberou ho na vědomí. Příčina je v jejich kognitivní nepružnosti. Těmto dětem uniká v souvislosti s činy určitý cíl či záměr. V těžších případech děti nerozeznají živé od neživého, téměř se dá říci, že si ani neuvědomují přítomnost druhých lidí, zacházejí například s rukou jejich maminky jako s nástrojem. Chybí zde empatie a přátelské vztahy s vrstevníky (Svoboda (ed.), 2009, s. 513-514).

Podskupiny autistického spektra podle sociálního chování rozdělila profesorka Lorna Wingová. Ze začátku v roce 1979 popsala tři typy lidí s poruchou autistického spektra (typ osamělý, pasivní, aktivní-zvláštní), pár let nato popsala ještě čtvrtý typ, typ formální. Důležité je poznamenat, že sociální chování je mnohdy různorodé a podléhá mnoha vlivům. Jedná se tedy o nestabilní projev, který se mění s věkem a vývojem toho daného jedince (Thorová, 2006, s. 61-77):

- **Osamělý typ** - jedná se o jedince, kteří jsou raději o samotě, jsou spíše uzavření. Nevyhledávají interakci s ostatními dětmi. Vyhýbají se očnímu kontaktu, nemají zájem o komunikaci a kontakt s blízkými. Děti jsou spokojené ve své denní rutině, problémy s chováním jsou minimální. Důležité u tohoto typu je nenarušit vnitřní řád, poté se mohou děti rozzuřit. Není dobré na děti tlačit, reagují na to poté agresí. S věkem by se u tohoto typu měl kontakt s blízkými osobami zlepšovat (Thorová, 2006, s. 64).
- **Pasivní typ** Wingová popisuje jako jedince, kteří se nebrání kontaktu ostatními, ale sami kontakt nevyhledávají. Dokážou se adaptovat na určitou činnost, i ve skupině, ale po skončení aktivity rádi opustí „hlouček“ a sednou si někam do rohu. Objevuje se omezená schopnost empatie, prosby o pomoc, komunikaci využívají hlavně k uspokojení základních potřeb. Děti patřící do této skupiny mají obvykle nejmenší problémy (Thorová, 2006, s. 67).
- **Aktivní, ale zvláštní typ**, tyto děti často patří do problémovější kategorie, často si neuvědomují, že dělají špatné věci, že ubližují vrstevníkům, aniž by jim oni něco provedli. Jsou to hyperaktivní jedinci, zapojují se do společných aktivit, ale nedbají na pravidla a řády s těmito aktivitami spojené. Mají tendence dotýkat se a hladit ostatní, případně je líbat. Mají ulpívavý oční kontakt a výrazný neverbální projev. Kladou mnohdy stejné otázky, na které vyžadují stejné odpovědi. Tento typ má velké problémy s chováním (Thorová, 2006, s. 70).
- Poslední, nejnovější typ, je **formální**, profesor Peeters ho nazývá „*skoro normální*“. Thorová (2006) uvádí, že se vyskytuje u tohoto typu vyšší IQ, dobré vyjadřovací schopnosti, často řeč může působit až formálně či slovníkově, tento typ může působit chladným dojmem, potrpí si na dodržování pravidel (Thorová, 2006, s. 73).

Jelínková (2001) doplňuje, že v komunikaci není poznat postižení, v sociálních vztazích se lépe orientují než jiné typy, někdy ale může docházet k šokujícím výrokům (Jelínková, 2001).

2.3 PROBLÉMY V OBLASTI PŘEDSTAVIVOSTI, ZÁJMŮ A HRY

Děti s PAS trpí omezenou představivostí, která neumožňuje rozvinout zájmy v širším měřítku a vede ke stereotypům a rituálním vzorcům chování. Prof. Theo Peeters napsal: *„Protože autistické děti trpí neschopností učit se spontánně ze situací nemajících řád, tj. ze situací dvojnárodných, musíme je naučit dovednostem postupně, strukturovaně.“* (Vocilka, 1994, s. 9). Vocilka (1994) ve své knize vysvětluje, že u autistických dětí je nejprve nezbytné naučit je „učit se“. Je důležité pomoci jim v základních dovednostech, které jsou součástí každodenního života a zdravým jedincům nedělají problémy, například schopnost požádat o konkrétní věc, soustředit se, napodobovat, hrát si s vrstevníky a jiné. Porozumět a pochopit, že existují například tisíce různých značek aut, je pro děti s PAS složité. Mohou poznat každý typ zvlášť, ale nechápou, proč se například Citroenu, Fordu, Mercedesu říká auto. Tvary i barvy se liší, tudíž mají problémy pochopit, že všechny různé tvary, barvy a druhy aut pořád znamenají stejné slovo. Stejnou teorii můžeme vztahovat na téměř jakoukoliv věc, která je vzhledem odlišná, ale přesto znamená pořád jednu a tutéž věc (Hilde De Clercq, 2011, s. 51-52).

Jak ve své knize uvádí Thorová (2006), podstatnou součástí vývoje představivosti je rozvoj nápodoby. Narušená schopnost imitace a nedostatečná představivost způsobují, že dítě upřednostňuje stereotypní a jednoduché aktivity a činnosti. Samozřejmě, úroveň adaptability dítěte ovlivňuje, jestli se jedná o dítě s nízkým, středně či vysoce funkčním autismem. Zájmy autistických dětí bývají často monotónní, ale přesto hluboké. Například se zajímají o vlaky, auta, jízdní řády, dopravní značky apod. Thorová (2006) uvádí, že u zájmů autistických dětí je mnohem *„vyšší míra zaujetí, neodklonitelnosti, ulpívavosti, stejnosti a četnosti opakování.“* (Thorová, 2006, s. 119). Obvykle děti s PAS nemají zájem o nové aktivity či hračky. Přerušování aktivity či činnosti nebo nucení do nové aktivity obvykle přináší vyšší míru problémového chování (agresivita, křik, sebezraňující tendence), nebo pasivní negativismus, dítě nechce spolupracovat (Thorová, 2006, s. 117 – 120).

Richman (2006) dodává, že děti s PAS jsou si v mnohém podobné. Každé dítě má svoji silnou a slabou stránku. Každé dítě je však v rámci autistického spektra jiné. Samozřejmě dítě, které splňuje jeden, či dva symptomy nemusí, být hned autistické. Je třeba autismus diagnostikovat podle určitých norem a počtu prokázaných symptomů (Richman, 2006, s. 9).

2.3.1 FUNKCE HRY U DĚTÍ

„Každé zdravé dítě si hraje a hra je k jeho psychickému vývoji naprosto nezbytná.“

(Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 102)

Hra má důležitou roli v socializačním procesu dítěte. Hra dominuje nejvýznamněji v období předškolního věku. Existuje celá řada definic, jež se snaží vysvětlit podstatu hry. Uvádíme jednu z nich *„Hra je činnost (fyzická nebo psychická), která je vykonávána jenom proto, že je libá a že přináší dítěti (i dospělému, pokud si ještě dovede hrát) uspokojení sama o sobě, bez vnějšího uloženého cíle, ať je to činnost sama o sobě příjemná, nebo i výrazně nepříjemná.“* (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 100). Hra má smysl sama o sobě. Jak vysvětluje mnoho antropologů, hra patří mezi základní lidské potřeby ve všech společnostech a kulturách. Hra úzce souvisí s fantazií, tvůrčí a uměleckou schopností. Hra rozvíjí nejen poznávací schopnosti dítěte (Jelínková, Netušil, 2001), ale rozvíjí i sociální vztahy, emoce, pocit sounáležitosti a vzájemnosti. Jednou z forem psychoterapie je i psychoterapie hrou, kterou lze u menšího dítěte individuálně použít dle jeho potřeb. Autoři uvádějí, že některé poruchy duševního vývoje je možné dobře plánovanými programy her zmírnit, či napravit. Podstatné je, aby se učení a výchova podřizovaly hře, a nikoliv naopak. Hra nesmí být dětem nařízená, nebo vnucená. Ale je třeba hru spíše podporovat tím, že si například s dítětem hrajeme jako jeho společníci a snažíme se mu ponechat volnost – tím obohacujeme a stupňujeme samotnou hru. Hra je cestou, jak pochopit vnitřní svět dítěte, k pochopení jeho starostí, konfliktů i radostných prožitků. Rodiče či pedagogičtí pracovníci nejlépe porozumí dítěti, když se zapojí do hry s ním a nechávají se vést prostřednictvím dětské iniciativy. Lze říci, že hra je jednou z nejzákladnějších potřeb dítěte, nejen v předškolním, ale v každém věku, platí to jak u zdravých, tak u nemocných dětí (Langmeier, Krejčířová, 2006, s.100 - 103).

2.3.2 HRA U DĚTÍ S AUTISMEM

Jelikož autismus patří mezi pervazivní vývojové poruchy, onemocnění zasahuje do různých oblastí, netýká se to jen známé triády postižení, ale patří sem i poruchy v oblasti herních dovedností. U autistických dětí se dá říci, že jim chybí zájem o hru všeobecně. Tyto děti je mimo jiné velice těžké motivovat ke vzájemné hře, raději si hrají o samotě než s vrstevníky. Vrstevníci jsou pro ně nevyočitatelní, nereagují a nevypadají stejně jako oni. Autistické děti obvykle musíme vést k osvojení dovednosti ke hře, jež se naučí pomocí systematického učení. Je třeba jim k pochopení dopomoci vizuálním způsobem (nápis, obrázek, předmět). Některé děti „zamrznou“ na stupni manipulační či kombinační hry, například olizují hračky, mačkají určitou textilií, hází s předmětem atd. Nemají tendenci prozkoumávat předměty, s předměty nakládají opakujícím se způsobem. Symbolická hra je u většiny dětí s autismem velikým problémem. Pro autistické dítě není člověk zajímavým objektem, tudíž nemá tendenci opakovat či napodobovat jeho vzorce chování. Nejraději se upíná k předmětům, nikoliv k osobě. Nedostatek nebo absence symbolické hry bývají jedním z prvotních náznaků, že by se mohlo jednat o poruchu autistického spektra. Jelínková, Netušil (2001) uvádějí, že i děti s autismem mohou mít radost ze hry, důležité je naučit „*mít chuť si hrát*“ a naučit je herním dovednostem. Součástí každého individuálního výchovně-vzdělávacího programu (IVVP) by měla být i výuka herních dovedností a nácvik pro volný čas. Využívá se strukturovaného prostředí s vizuální dopomocí. Při plánování rozvíjení her, musíme postupovat v malých předvídatelných krocích. Pakliže se dítě naučí vhodně využívat svůj volný čas, pak mohou rodiče, vychovatelé, ale i učitelé mít méně problémů s integrací postižených dětí do společnosti (Jelínková, Netušil, 2001, s. 6-8).

Podle Beyer, Gammeltoft (2006) část dětí vykazuje při testech schopnost senzomotorické, organizační a funkční hry, ale i přesto nelze říci, že si tyto děti umí hrát tak, jak je tomu u zdravých dětí. Hrají si stereotypně, neumí správně manipulovat a nakládat s předměty. Obvykle je jejich hra popisována jako mechanická, bez tradičního zájmu prozkoumávat svět. Hrou u autistických dětí se zabývalo mnoho autorů, jako například Leo Kanner, jenž propagoval omezenou schopnost hry jako jeden z charakteristických rysů autistického chování. Další známou osobností, jež léta prozkoumávala autistické chování byla Lorna Wingová, která společně s Judith Gould

vyzkoumala, že jen málo dětí s poruchou autismu je schopno symbolické hry (Beyer, Gammeltoft, 2006, s. 39-40). Hra a trávení volného času se odlišují od zdravých vrstevníků, autisté ulpívají na jednoduchých stereotypních činnostech. „*Vývoj hry a její kvalita závisí na schopnosti představivosti (zapojení fantazie), motoriky, úrovni myšlení a sociálních dovednostech (nápodoba, sdílení pozornosti)*“ (Thorová, 2006, s. 117). Nalezneme zde vyšší míru zaujetí, ulpívavosti, stereotypie a četnosti opakování než u zdravých dětí. Pakliže se pokusíme o přerušování aktivity, může to vyvolat u dítěte s PAS problémové chování (křik, agresivita, sebezraňující tendence nebo pasivita). Podle Thorové (2006) polovina rodičů uvádí, že u postižených dětí se projevuje malý zájem o klasické hračky. Jak je tomu u dětí s PAS obvyklé, záleží na tom, do jaké míry je porucha autistického spektra rozvinuta a jakým způsobem. Abnormální projevy jsou u každého dítěte jiné (Thorová, 2006, s. 118-120).

Zásady rozvíjení herních dovedností u dětí s autismem podle Jelínkové, Netušila (2001)

- Důležité využívat strukturovaného přístupu. Prostor pro hru je přesně vymezený, má viditelné hranice (barevné pásy na podlaze, nápisy, piktogramy atd.). Nesmíme zapomenout nezahlcovat dítě složitou činností, nejprve si musíme rozdělit činnost na menší kroky a učíme dítě postupně.
- Pokyny, posloupnost jednotlivých kroků, pravidel znázorňujeme obvykle vizuálně (nápisy, piktogramy, fotografie atd.) Využíváme tedy alternativního komunikačního systému.
- Každé dítě je rádo úspěšné, ne jinak tomu je i u autistického dítěte. Je třeba přizpůsobit pravidla her jeho vývojové úrovni. Je třeba ho pochválit i za nepatrnou snahu zapojit se do hry.
- Dítě musí mít pocit, že kontroluje hru.
- Měli bychom vycházet ze zájmů, koníčků a preferencí jednotlivého dítěte.
- Nové aktivity včetně hraček musíme zavádět postupně. Využití generalizace, nové hračky by se měly podobat těm starým a dáváme je dítěti ve známém prostředí. Staré hračky naopak využijeme v novém prostředí (Jelínková, Netušil, 2001, s. 13-14).

2.4 NESPECIFICKÉ VARIABILNÍ RYSY

Porucha autistického spektra se netýká jen již zmíněné triády onemocnění, ale bývá přítomna i řada dalších zvláštností či přidružených poruch. Máme na mysli abnormality smyslového vnímání, odlišný motorický vývoj dítěte, odlišné emoční reagování, problémy s chováním, adaptabilitou, výjimkou nejsou ani poruchy spánku a problémy s jídlem.

Percepční poruchy

Problémy v oblasti vnímání se mohou týkat například přecitlivělosti (hypersenzitivity), nebo naopak malé citlivosti (hyposenzitivity) na smyslové podněty.

Hypersenzitivita na zrakové podněty představuje citlivost dětí například na blesk fotoaparátu, změny v osvětlení, mají problémy se slunečním světlem, záření obrazovky, jak televizní, tak i počítačové apod. Hyposenzitivita naopak představuje nepružnost na zrakové podněty, je těžké tyto děti zaujmout, děti mají potíže vyhledat specifický podnět na větší ploše, mají tzv. „tunelové vidění“. V některých případech děti nepoužívají zrak běžným způsobem, i když nemají žádnou specifickou oční vadu. Předměty či osoby pozorují spíše vnějším koutkem oka než celým okem. Předměty si mohou dávat blízko k očím nebo nezvykle daleko. Existují i případy, že dítě nedokáže přesměrovat zrakové kontroly a ulpívá jeho zrak. To se projevuje strnulým zíráním, mnohdy se autisté orientují spíše na detail než na celek (Thorová, 2006, s. 131).

Hypersenzitivita na sluchové podněty se projevuje nepřiměřenou reakcí ve formě strachu, až bolesti na zvuky, které lidem obvykle nevadí (například zvuk motorky, tramvaje, rádia, zvonku, štěkot psa, vysoké tóny atd.) Tyto zvuky u dětí mohou vyvolat až panické reakce. Také šum lidských hlasů ve větších prostorách tyto děti nemají rády. Thorová (2006) to přirovnává, ke stejnému pocitu, jako bychom poslouchali rozladěné rádio. Děti si v takovém případě zakrývají uši a dělají to i v případě, kdy nehrozí žádný sluchový podnět, ale když se cítí být ohroženy. Hyposenzitivita na sluchové podněty je druhý extrém, kdy dítě nereaguje na silné zvukové podněty, například tlesknutí, spadlý předmět, rozbité okno v místnosti atd (Thorová, 2006, s. 132).

Hypersenzitivita na chuťové podněty může vypadat jako extrémní vybíravost a odmítání mnohých potravin. Některé děti preferují potraviny bez chuti jako například chleba, suchá rýže, brambory. Toto však může s věkem ustupovat. U hyposenzitivity jde

zase o konzumování nestravitelných předmětů, například mýdlo (Thorová, 2006, s. 130-133).

Motorický vývoj dítěte

Thorová (2006) udává, že zhruba 50% dětí s Aspergerovým syndromem a 67% dětí s vysoce funkčním autismem má problémy s motorikou. Opožděný vývoj motoriky bývá první příčinou znepokojení rodičů. Děti bývají v období předškolního věku značně neobratné, mají problémy s držením tužky, manipulací s drobnými předměty, se skládáním stavebnic, sebeobslužnými činnostmi (například zapínání knoflíků, zavazování tkaniček atd.). Abnormální projevy v motorice, neboli stereotypní a bizarní pohyby se vyskytují u lidí s poruchou autistického spektra poměrně často. Repertoár zvláštních pohybů je poměrně široký, krátké, třepavé či krouživé pohyby rukou i prstů, kývání trupem, přetáčení z boku na bok, poskakování nahoru a dolů, točení kolem vlastní osy, případně dítě může mít různé tiky. Poklepávání, otáčení, třepání je kombinace stereotypních pohybů, která se objevuje často. Mnohdy si u nich můžeme všimnout listováním stránek v knize, otáčení autíčky, přesypání drobných předmětů, házení míčem atd. U lidí s poruchou autistického spektra se také objevuje sebezraňující chování. Mluvíme o štípání, rozdírání kůže, bouchání hlavou do okolních předmětů, údery rukou do vlastního těla, kousání, vytrhávání vlasů. Tyto pohyby jsou často vůlí neovladatelné. Stereotypní pohyby mají tendenci s věkem ustupovat. Určitý podíl na zmírnění symptomaticky mají i nácviky funkčních činností (Thorová, 2006, s. 136 -142).

Emoční reaktivita

U dětí postižených autismem je běžná malá emoční reaktivita, a to už od útlého věku života dítěte. Jsou děti, které projevují emoce málo a některé je neprojevují vůbec. Většina dětí však umí reagovat na příjemné nebo nepříjemné podněty. Tyto děti mají nízkou frustrační toleranci, tedy špatně snáší nepříjemné podněty. Autistické děti většinou reagují na banální věci emočním výbuchem, například když je přerušíme od jejich činnosti, požadujeme od nich spolupráci atd. Na příkladech těchto dětí si můžeme všimnout, že po většinu dne mají neutrální, až pasivní náladu. Opět nalezneme u emoční reaktivity dva póly senzitivity. Hypersenzitivita, která se projevuje příliš silnými reakcemi

(záchvaty vzteku, pláče, smíchu, strachu). Hyposenzitivita způsobující malou schopnost reagovat na emoční podněty (Thorová, 2006, s. 159-162).

U některých případů dětí se objevuje anxiózní symptomatika:

- Specifické strachy – mohou mít racionální vysvětlení, ale také nemusí (například strach z vrtačky, jitrnice, listí, psů, větru, papírových ubrousků atd.)
- Trvalá úzkost – strach z nemocí a nákazy, smrti, změn, nejistoty.
- Panická reakce – silná úzkostná reakce spojená s určitým podnětem.
- Sociální fobie – strach a úzkost z lidí.
- Separáčnı́ úzkost – úzkost pramenící z fixace na jednu nebo úzce omezený okruh osob, což výrazně omezuje adaptabilitu dítěte (Thorová, 2006, s. 162).

Úzkost snižuje zajištění předvídatelnosti a strukturální výuky pro děti. V některých případech je zapotřebí i farmakoterapeutická léčba. Děti však mohou trpět i depesemi, v adolescenci bipolární poruchou nálad, při níž dochází ke střídání deprese a mánie (Thorová, 2006, s. 162).

Adaptabilita

Většina lidí se dokáže přizpůsobit změnám, ale lidé s PAS se přizpůsobovat téměř nedokážou. Míra narušení adaptability je odlišná, záleží na míře intelektu, úrovni komunikace, emoční reaktivity atd. To, do jaké míry je člověk adaptabilní, souvisí s tím, jak dokáže fungovat v běžném sociálním prostředí. Potíže v adaptaci se projevují v různých souvislostech: například při snaze o přerušeni čı́ ovlivněni navyklého chování (tj. zásah do hry dítěte, změna programu), při změnách v prostředí (například přestěhování nábytku, nové oblečení, jiná než obvyklá trasa, nezapnutý knoflík), při změnách osob (autisté špatně reagují na nového spolužáka, učitele, nemají rádi návštěvy), dítě se také bouří při požadavku na spolupráci (požadavky ignoruje, má tendenci odpovídat „nevím“, předstírá nemohoucnost atd.). Reakce na změny mohou být velice nekonzistentní, některé děti se mohou rozzlobit a projevit míru agrese, jiné při změnách prožívají tenzi a úzkost. Je problematické s těmito dětmi experimentovat a učit je poznávat nové věci i vztahy. Děti chtějí mít jasnou a přehlednou strukturu, nejlépe prostřednictvím vizuální

informace, proto si děti často kreslí mapy a plánky. Pomáhají jim orientovat se, mají jasnou a přehlednou strukturu. Vizualní informace jsou jednou ze speciálně-pedagogických strategií, které se při výuce dětí s poruchou autistického spektra používají (Thorová, 2006, s. 164 -167).

Rozlišujeme tři typy autismu podle míry adaptability (funkčnosti):

Vysoce funkční – tyto děti mají zájem o sociální kontakt, jsou komunikativní, mají obvykle zvláštní projevy řeči. Mají potíže vést vzájemnou komunikaci, většinou pokynů však dokáží vyhovět. Nalezneme u nich zvláštní, omezené zájmy, obvykle přerušitelné. Neprojevují zájem o kolektivní hry, obtížně chápou pravidla hry. Intelekt nebývá narušen, často se jedná o děti s průměrným až nadprůměrným intelektem. Na druhou stránku mají narušen sociální a emoční intelekt. Schopnost spolupracovat je vyšší než u ostatních typů.

Středně funkční – tyto děti jsou více uzavřené, je zde značně snižená schopnost navázat kontakty. Převládá spíše pasivita. Snižená schopnost komunikace, nalezneme zvláštnosti v řeči, echolálie či záměna zájmen, nejsou schopni komunikovat, ale dokáží se vyjadřovat alternativním způsobem. Vysoká míra ulpívavosti na předmětech a činnostech. Jedná se o děti, které mají lehkou, střední až těžkou mentální retardaci. Viditelnější problémy v chování.

Nízko funkční – tyto děti jsou zcela uzavřené, téměř nejsou schopni navázat kontakt. Nevyjadřují se a nerozumí řeči. Většinou se pojí s těžkou, hlubokou mentální retardací. Nalezneme u nich výrazné problémové chování, které vyžaduje neustálý dohled. Výrazný negativismus, nespolupracují s okolím (Thorová, 2006, s. 164-167).

Problémy v chování

Problémové chování můžeme definovat podle Emersona (2001) takto: „*Kulturně abnormální chování takové intenzity, frekvence a délky, že fyzická bezpečnost osoby nebo druhých osob je ohrožená, nebo chování, které omezuje využívání běžných komunitních zařízení, nebo dokonce zapříčiní, že je jim přístup do těchto zařízení odepřen.*“ (Čadilová, Žampachová, 2015, s. 59).

Autismus se kromě jiných problémů projevuje sebezraňováním, destruktivní činností, agresivitou, afektivními záchvaty, výraznými stereotypními činnostmi a rituály. Toto problémové chování zasahuje v mnoha aspektech života dítěte a často ovlivňuje i

fungování celé rodiny. Specifickým problémem, který byl u dětí s PAS pozorován, je vytrhávání vlasů, takzvaně trichotilomanie. Řada problémů s chováním je důsledkem primárních potíží, které se s autismem pojí. Může to být zapříčiněno jiným způsobem vnímání a zpracování informací, nedostatkem funkční komunikace u dítěte, neschopností vyjadřovat emoce a rozumět emocím druhých lidí, nevhodným prostředím a přístupem, který u dítěte může vyvolat tenzi a následně problémové chování. Některé děti mohou utíkat z domova, což může být spojeno s jejich specifickými zájmy – projížďky vlaky a tramvajemi, mapování oblíbených tras. Fascinace různými předměty může být až tak silná, že ji dítě uspokojí krádeží. Jelikož osoby s PAS jsou naivní, krádež obvykle nemá charakter plánovaný, nýbrž nutkavý (Thorová, 2006, s. 171-143).

Mezi další problémy, které se u osob s PAS vyskytují, řadíme problémy s jídlem a spánkem. Co se spánku týče, největší problémy způsobuje noční probouzení a chození po bytě, brzké vstávání a pozdní usínání, noční můry. Při jídle se mohou objevit stereotypní chutě a vzorce chování. Některé děti vyžadují například jen kašovitou stravu, jiné zas preferují suroviny určité barvy a tvaru. Mohou mít také rituály před konzumací jídla, např. zatočení, vyskládání hraček do řady apod (Thorová, 2006, s. 174-175).

Jelínková (2001) ve své knize vyzdvihuje strukturované učení, jež se snaží mapovat prostředí, ve kterém dítě žije. Studuje příčiny deficitů či excesů u dítěte. Strukturovaná výuka prostřednictvím vizuální podpory se snaží vytvářet prostředí, které je dítěti srozumitelné, předvídatelné a v němž se dítě cítí bezpečně (Jelínková, 2001, s. 66).

Důležitou roli při zvládnání problémového chování hrají také osobnosti rodičů a pedagoga. Je důležité, aby lidé pracující s autistickým dítětem k němu měli přátelský vztah a také pozitivní náhled na chování dítěte. Takto lze pozitivně ovlivnit, a v řadě případů i snížit, problémové chování. Jak již bylo v této práci několikrát vysvětleno, autismus je různorodé onemocnění, které závisí na osobních predispozicích dítěte, výchovném a terapeutickém přístupu. Podrobná analýza chování je důležitá ke zvolení účinné strategie, která by měla vést k odstranění nevhodného chování. Tuto metodu popsala Thorová (2006) jako „funkční analýzu chování“ (Čadilová, Žampachová, 2015, s. 59-60).

3 TYPY PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA

V následující kapitole rozepíšu nejčastější poruchy autistického spektra. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN–10) mezi pervazivní vývojové poruchy patří: Dětský autismus (F84.0), Atypický autismus (F84.1), Rettův syndrom (F84.2), Jiná dezintegrační porucha v dětství (F84.3), Hyperaktivní porucha s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84.4), Aspergerův syndrom (F84.5), Jiné pervazivní vývojové poruchy (F84.8), Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná (F84.9) (Thorová, 2006, s. 60). Autismus mimo jiné může provázet i jiná nemoc, často je autismus kombinován s jinými poruchami, či handicapu psychického a fyzického rázu (mentální retardace, epilepsie, ADHD, apod.).

3.1 DĚTSKÝ AUTISMUS

Jinak nazýván jako Kannerův syndrom, Kannnerův infantilní autismus, časný infantilní autismus. Dětský autismus byl poprvé popsán Kannerem (1943), proto se občas označuje jako Kannerův syndrom. Nejvíce se však využívá pojmu dětský autismus. Porucha se projevuje od nejútlejšího věku nebo má svůj počátek nejpozději do třetího roku života dítěte. Porucha postihuje přibližně 3-5 dětí na 10 000, ale vážnější porucha bývá u chlapců (poměr asi 3:1). Pro stanovení dětského autismu musí být splněna kritéria představující již zmiňovanou triádu postižení. Pro zopakování se jedná o problémy v oblasti komunikace, sociální interakce a rigidity či nepružnosti myšlenkových procesů (představivosti). Kromě těchto základních problémů a symptomů bývá přítomna i řada dalších zvláštností, například abnormity smyslového vnímání, hyperaktivita, poruchy pozornosti, úzkostné reakce apod. Stupeň závažnosti poruchy bývá různý, od mírné formy (málo symptomů), až po těžkou (velké množství závažných symptomů). S věkem může docházet k vývojovým změnám, které vedou ke zmiřování některých abnormit. Porucha se nedá nikterak vyléčit, ale dají se prostřednictvím terapií a cvičení zmírnit projevy a zlepšit fungování postižených lidí. Děti postižené dětským autismem obvykle nebývají ani v dospělosti soběstačné a potřebují celoživotní dohled. U dětského autismu bývá i častá emoční labilita, prudké afektivní výbuchy s křikem a pláčem, některé děti mohou mít i tendence k sebepoškozování. Těžce zvládnutelné jsou i poruchy spánku, děti mohou trpět depresí či tzv. mánií (Svoboda (ed.), 2009, s. 513-515).

3.2 ATYPICKÝ AUTISMUS

Atypický autismus je diagnostikován v případě, kdy dítě splňuje jen částečně diagnostická kritéria daná pro dětský autismus. Sociální dovednosti jsou méně narušeny, než u dětského autismu. U atypického autismu nejsou přesně definovány hranice včetně klinického obrazu. Neexistují speciální škály, které by diagnostikovaly toto onemocnění, tudíž posouzení záleží na subjektivním odhadu diagnostika. Přesto Thorová (2006) uvádí, kdy se atypický autismus obvykle diagnostikuje. Například, projeví-li se první symptomy až po třetím roce života dítěte, je-li zaznamenán abnormní vývoj ve všech třech oblastech diagnostické triády, ale v menší míře. Nebo v případě, není-li naplněna diagnostická triáda, jedna z oblastí není primárně narušena. Atypický autismus se také diagnostikuje, když se autistické chování přidružuje k těžké a hluboké mentální retardaci. Z hlediska náročnosti péče a potřeby intervence se atypický autismus neliší od dětského autismu (Thorová, 2006, s. 182-184).

3.3 RETTŮV SYNDROM

Tento syndrom poprvé popsal ve své publikaci v roce 1966 rakouský dětský neurolog Andreas Rett. Všiml si nápadných a identických symptomů u 21 dívek, s nimiž ve své profesní praxi pracoval. Avšak do povědomí odborné veřejnosti se tento pojem dostal až 17 let poté. Za nejčastější symptomy syndromu se považují ztráta kognitivních schopností, ataxie (porucha koordinace pohybů), ztráta účelných schopností rukou. Roku 1992 byl tento syndrom zařazen do Mezinárodní klasifikace nemocí mezi pervazivní vývojové poruchy (Thorová, 2006, s. 211). Jedná se o poruchu, která se vyskytuje pouze u žen. Četnost výskytu udává ve své publikaci Hrdlička a Komárek (2014) 6-7:100 000 dívek. Příčina onemocnění je genetická, byl lokalizován gen, který odpovídá za vznik poruchy, na distálním dlouhém raménku X chromozomu. Kritéria MKN-10 pro Rettův syndrom bývají zprvu normální časný vývoj až do pátého měsíce života dítěte, poté následuje ztráta získaných funkčních manuálních dovedností, což je zároveň spojeno se ztrátou řeči, také se zpomalí růst hlavičky. Následně dochází k těžké psychomotorické retardaci, typické bývá kroutivé svírání rukou, které připomíná někdy pohyby rukou při mytí. Dále se může vyskytnout nepravidelné dýchání, skolióza, až u 75% dětí se rozvíjí epilepsie. Od roku 2001

se diagnostikuje v České Republice Rettův syndrom na základě genetického laboratorního vyšetření (Hrdlička, Komárek, 2014, str. 52, Thorová, 2006, s. 212).

3.4 JINÁ DEZINTEGRAČNÍ PORUCHA V DĚTSTVÍ

Dříve známá pod názvy infantilní demence, jež byla v roce 1908 popsána speciálním pedagogem z Vídně Theodorem Hellerem, jenž taktéž publikoval případy dětí, tentokrát šesti. U těchto jedinců mezi třetím a čtvrtým rokem došlo k výraznému regresu a nástupu těžké mentální retardace. Pro tuto poruchu je z počátku charakteristický normální, nenápadný vývoj. Hlavním příznakem je rychlá progresivní ztráta dříve osvojených dovedností, především řeči. Jiná dezintegrační porucha začíná značně později než u dětského autismu. Dítě trpící jinou dezintegrační poruchou bývá více mentálně retardované (průměrné IQ 34,0 oproti 58,5 u dětského autismu). K pozorovaným projevům se přidává například i nástup emoční lability, potíže se spánkem, agresivita a záchvaty vzteku, úzkostnost, dráždivost, hyperaktivita, neobratná zvláštní chůze. Jiná dezintegrační porucha má dopad na kognitivní oblast, tedy dochází k úpadku intelektu. Dochází zde k horší prognóze, než je tomu u dětského autismu, většina nemocných zůstane těžce mentálně retardovaná (Thorová, 2006, s. 194, Hrdlička, Komárek, 2014, s. 53-54).

3.5 ASPERGERŮV SYNDROM

Termín Aspergerův syndrom poprvé použila ve své odborné publikaci v roce 1981 britská psychiatryně Lorna Wingová. Tato pervazivní vývojová porucha dostala pojmenování po vídeňském pediatrovi Hansu Aspergerovi, který ve své dizertační práci popsal případ čtyř chlapců vymykající se standardnímu profilu jejich vrstevníků z hlediska sociálních, jazykových a kognitivních (myšlenkových) dovedností (Attwood, 2012, s. 20-21). Autoři se shodují, že Aspergerův syndrom je různorodý vývoj osobnosti, u něhož převažuje porucha v oblasti sociální interakce a komunikace. Od dětského autismu se liší hlavně nepřítomností těžké poruchy řeči. Postižení tímto syndromem mají mnohdy normální až nadprůměrnou inteligenci. Verbální projev bývá nápadný svou monotónností a pedantickým důrazem na správnost použití jazyka, postižení mají problém v praktické každodenní komunikaci. Děti s AS mívají potíže zejména v oblasti pragmatického užívání

řeči. Povídají o tématu, aniž by je zajímala reakce a zájem druhých. Prognóza bývá obvykle lepší než u dětského autismu, ale ani tito jedinci se nevyhnou problémům v oblasti sociální adaptace (Vágnerová, 2012, s. 330).

Thorová (2006) však považuje tvrzení, že Aspergerův syndrom je mírnější forma autismu, za značně zjednodušené. AS (v publikacích často udávaná zkratka pro Aspergerův syndrom) má svá specifika a úskalí, která mohou být stejně závažná, i když jsou kvalitativně odlišená od ostatních poruch autistického spektra. I zde se najdou odlišné případy jako u jiných poruch. Například, na jedné straně jsou tu jedinci, kteří zvládnou školní docházku, dokáží si vybrat zaměstnání a posléze vést vcelku normální život. Na druhé straně jsou tu i případy lidí s AS, kteří mají velké problémy ve škole, posléze s nalezením práce a nemají chuť se ani vázat (Thorová, 2006, s. 185).

Lorna Wingová vymezila základní klinické příznaky Aspergerova syndromu následovně: nedostatek empatie, jednoduchá a jednostranná interakce, omezená schopnost navazovat a udržet si přátelství, jednotvárná řeč, nedostatečná neverbální komunikace, hluboký zájem o specifický jev, či předměty, nemotornost a nepřírozené pozice. Onemocnění postihuje více chlapce, než dívky v poměru 8:1 (Attwood, 2012, s. 21).

4 VÝVOJ DÍTĚTE S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Diagnostika v raném věku je velice složitá a různorodá. Jsou děti, které se nerady mazlí, nechtějí tolik komunikovat, vyžadují určité rituály, ale toto všechno neznamena, že dítě musí být autistické. I zdravé děti mohou mít svůj „vlastní svět“ (Thorová, 2006, s. 230).

První rok života bývá klíčový. U zdravých dětí dochází k postupnému zrání CNS, dochází k řadě změn v motorické i psychické oblasti. V této fázi vývoje se objevuje broukání a posléze i žvatlání, které jsou vrozeným procvičováním hlasivek. Kolem šestého měsíce dává dítě najevo úzkost při odloučení od matky, ta se stává nejdůležitějším sociálním objektem (Novotná, Hříchová, Miňhová, 2012, s. 46-47). Naopak u autistického dítěte si můžeme všimnout, jak dává najevo nezáměr vůči snaze rodičů o jednoduché sociální hříčky (př. „paci paci“). Do této oblasti spadá nezáměr o okolí a manipulaci s předměty, při novém předmětu neprojevuje dítě žádné nadšení. Dle rodičů, je těžké upoutat jejich pozornost, jedinci nereagují ani na vyslovení jejich jména. Určitým protipólem mohou být i hyperaktivní děti. V prvním roce dítěte je obtížné rozpoznat, zda se jedná o autismus, či nikoliv. Jak Thorová ve své knize uvádí, nástup poruchy může být zpočátku nenápadný. Zkoumání raných symptomů je předmětem mnohých současných studií, které se snaží diagnostikovat autismus již v prvních měsících života (Thorová, 2006, s. 231-232).

Batoletí období (12-30 měsíců) by mělo pro dítě představovat významný pokrok v motorických a kognitivních funkcích. Objevuje se první negativismus, kdy dítě dá jasně najevo, že něco nechce, či nemá o něco zájem. Co se vývoje řeči týče, dítě už by ve dvou letech nemělo užívat dětský žargon, měla by se zvyšovat představivost. Taktéž v tomto období by dítě mělo umět dát najevo lásku blízkým osobám nebo odpor. Ve dvou letech je dítě schopno prožívat hrdost, ale i pocit viny (Hort, 2008, s. 35-36). U autistických dětí mohou nastat problémy v orientaci na zrakové podněty, potíže se spánkem, jídlem atd. Děti mohou mít tendenci zabývat se spíše detaily než celky. Vědci identifikovali čtyři oblasti, v kterých se autistické dítě odlišuje od zdravých dětí. Patří sem ukazování, přinášení věcí na ukázkou, oční kontakt a reakce na zavolání jejich jména. Do 16 měsíců by mělo dítě ukazovat na zajímavé předměty, mělo by umět reagovat na své jméno a navázat oční kontakt, popřípadě opětovat úsměv. Tyto činnosti jsou pro děti s autistickou poruchou velice obtížné, neboť nemají chuť komunikovat. Existují případy dětí s PAS, kdy

se řeč nikdy neobjevila, nebo objevila, ale poté se přestala vyvíjet a dítě ustrnulo na určitém stupni vývoje. Dalším problémem v tomto období je napodobování. Autistické dítě většinou vůbec nenapodobuje, anebo jen trochu a to v případě okamžité aktivity. Imitace je výrazně narušena, chybí sociální radost ze společné aktivity, protože je málo schopné spolupracovat. Ono také nemá zájem o klasické hračky, více ho zajímají předměty, které hračkami nejsou (zátky od lahv, sklenička, hřeben na vlasy, atd.) Do tří let se u dítěte s PAS mohou objevit nápadné pohyby (kývání tělem, nastavování rukou do zvláštních poloh, chůze po špičkách atd. Negestikuluje rukama, nedokáže si říci o pomoc, má potíže porozumět významu slov. Nemá rádo hluk, při zvýšeném hluku je typické zakrývání uší rukama. Avšak reakce mohou být u každého dítěte s poruchou autismu odlišné (Thorová, 2006, s. 232-236).

Předškolní období (3-6 let) Erikson (1963) nazývá fází „*aktivity a iniciativy*“. Hlavní dominantou tohoto období by správně měla být hra, tím si dítě rozvíjí psychické funkce jako fantazie, řečové schopnosti, tvořivost. Existuje zde značný rozdíl mezi zdravými jedinci a dětmi postiženými autismem. Hra u autistických dětí je narušena, většina dětí si neumí správně hrát. Inklinují k nefunkčnímu manipulativnímu zacházení s předměty – házení, otáčení, houpání, bouchání atd. Autisté v tomto období často opakují výrazy a slova (echolálie), také může docházet k pazilálii, jedná se o neustálé opakování vlastních slov a vět, které si děti mohou jen šeptat. Peeters, Gillberg (2008) ve své knize uvádějí, že děti často chybně používají zájmena, například místo „mě“ používají „ty“. Když se matka zeptá dítěte „Máš hlad?“ a dítě odpoví „máš hlad.“ U dětí s PAS existuje problém pochopení významů slov a vět. Dítě rozumí slovu „ven“, matka řekne dítěti, že za chvíli půjdeme ven. Dítě automaticky může běžet ke dveřím a dává tím najevo, že chce na procházku. Ale bohužel, i když matka či otec řeknou „Dnes ven nepůjdeme“. Dítě stejně poběží ke dveřím a bude si myslet, že půjdou na procházku. Je zde značný rozdíl i v představivosti (Gillberg, Peeters, 2008, s. 24).

V období mladšího školního věku (6-11 let) si Leo Kanner již dříve všiml zlepšení stavu a ústupu symptomů u autistických dětí. Diagnostika bývá složitější, jelikož dřívější symptomy mohly odeznět. Dítě najednou mluví, snaží se navazovat kontakt, je lítostivé. Na základě aktuálních projevů může dojít k vyloučení autismu. Mnohdy ani rodiče netuší, že by dítě mohlo být nemocné, zvláštnosti připisují genetice, nebo silné osobnosti dítěte,

či genialitě dítěte. Je to mnohdy zapříčiněné špatnou informovaností, mnozí rodiče netuší, že by se mohlo jednat o autismus, či Aspergerův syndrom (Thorová, 2006, s. 247-248). V tomto období se naopak zlepšuje sociální interakce s druhými, děti mohou vyhledávat společnost druhých, nebo jim přítomnost jiných značně nevadí. Stále ovšem chybí pocit sounáležitosti a vzájemnosti (Gillberg, Peeters, 2008, s. 28).

Průběh v období puberty a adolescence (11-20 let) je různý, u některých pacientů se stav rapidně zlepšuje, a u některých naopak zesílí problémy. Riziko špatné diagnostiky v období puberty a adolescence je poněkud vyšší, než u dětí mladšího školního věku. Thorová (2006) uvádí, že může dojít k falešně negativní, nebo falešně pozitivní diagnóze. Negativní nastává v případě přehlížení bizarních projevů, které máme za projevy poruch osobnosti, nebo psychotického onemocnění. Falešně pozitivní diagnostikou míníme případy, kdy jsou naopak psychotické projevy zaměňovány za autismus, nebo Aspergerův syndrom. Vyskytují se děti, které projdou školní docházkou, aniž by dostaly správnou diagnózu. Někteří rodiče přehlíží odlišnost svých dětí, včetně menších kázeňských problémů a nevyhledávají pomoc odborníků (Thorová, 2006, s. 250-251). Období puberty je plné dynamičnosti a kritičnosti, dochází k nápadným biologickým změnám. Erikson (1964) toto období popisuje hledáním vlastní identity, které je doprovázené pochybnostmi a nejistotou (Novotná, Hříchová, Miňhová, 2012, s. 52-53). Takto probíhá zdravý vývoj, i vývoj některých případů dětí postižených autismem. Nastupuje období plné změn prožívání, děti mohou toužit po navazování sexuálních vztahů či prostém kamarádství. Bohužel kvůli svému handicapu se dostávají spíše do problémů, najednou si začínají uvědomovat svoji odlišnost a izolovanost vůči ostatním vrstevníkům. Samozřejmě, ani nepřiměřené emoce nejsou výjimkou, postižení sebou mohou opovrhovat, pocítují úzkost či depresi, může se rozvinout i obsedantně-kompulzivní porucha (například neustálé mytí rukou s obavami z mikrobů, dotýkání osob). Až u nezvladatelných problémů mohou rodiče vyhledat psychiatrickou pomoc. Bohužel, v tak pozdním věku se staví rodiče k diagnóze autismu skepticky. Mohou částečně rezignovat vůči intervenčnímu opatření, nevěří ve zlepšení stavu dětí, chybí víra v úspěch a pokrok (Thorová, 2006, s. 250-252).

5 INTERVENCE A VÝCHOVNĚ VZDĚLÁVACÍ POSTUPY

Jakmile se rodiče dozvědí o diagnóze autismu u jejich dětí, obvykle se snaží najít nejlepší výchovně vzdělávací techniky a léčebné postupy, které by jejich dětem pomohly. Existuje nespočet takových postupů a technik, ale ne všechny se potvrdily jako prospěšné. Uvedeme zde základní terapie, u nichž se pozitivní posun u dětí s autismem potvrdil.

Terapie autismu, dnes se spíše nahrazuje slovem intervence, vede ke snižování případně odstranění symptomů spojených s diagnózou autismu. Musíme brát v úvahu, že každý případ dítěte s PAS je jedinečný a žádná terapie, nebo intervence není univerzálně vhodná pro každé dítě. Nejlepší výsledky přináší strukturované vzdělávací programy, kombinace různých behaviorálních technik a využívání vizualizovaných informací (spíše než verbálních instrukcí). Kvalitní pomoc spočívá v dobré znalosti vývojové psychologie a specifik autistického spektra, neméně důležitá je spolupráce s rodinou. Efektivní terapie a pomoc dítěti je takřikajíc běh na dlouhou trať (Thorová, 2006, s. 381-382).

Jelikož projevy u lidí s autismem jsou různé, liší se i jejich edukativní potřeby. Autoři se shodují, že je nutný individuální přístup k nemocným. Je zde kladený důraz na propracovanost, vzdělávací systém a také osobnost terapeuta. Při intervenci využíváme především poznatků z kognitivní, vývojové a behaviorální psychologie a speciální pedagogiky, jež musí vycházet ze znalostí etiologie autismu. S terapií by se mělo začít urychleně po diagnostikování autismu (Hrdlička, Komárek, 2014, s. 171). Autoři ve své knize popisují, že intervence běží ve třech hlavních liniích, které se navzájem prolínají a ovlivňují:

- **Adaptivní intervence** má za cíl zlepšení komunikace, sociálních, volnočasových, percepčních, vizuomotorických a pracovních dovedností. Podporuje se rozvoj opožděných oblastí a zároveň se posiluje rozvoj již získaných dovedností. Například, když nemluvící dítě naučíme alternativní komunikace, máme v budoucnu lepší šanci, že se u dítěte nerozvinou těžké poruchy chování. Budeme-li s dítětem procvičovat relaxační techniky, u dítěte to může posléze zamezit panickým reakcím, úzkosti nebo těžkým afektivním záchvatům.

- **Preventivní intervence** dbá na přizpůsobení prostředí dítěti, aby mu nejlépe vyhovovalo. Nesnažíme se přimět dítě k adaptaci na běžné prostředí, ale již od začátku uzpůsobujeme prostředí, ve kterém se cítí bezpečně.
- **Následná intervence** se používá ve spojení s preventivní adaptivní intervencí. Nejčastější cíle, na které se u dětí s PAS zaměřujeme: odstraňování nežádoucího chování, tedy agrese, sebezraňování, stereotypního chování, obsedantního dodržování rituálů, sensorické hypersenzitivity, afektivních záchvatů, či extrémního odmítání sociálního kontaktu (Hrdlička, Komárek, 2014, s. 171-172).

Stejnomenční autoři rozdělují dva způsoby intervence. První je zaměřená na rozvoj dovedností člověka s autismem (strukturované učení, nácviky komunikace a sociálních dovedností) a druhá se zaměřuje na problémové chování (Hrdlička, Komárek, 2014, s. 171-172).

5.1 STRUKTUROVANÉ UČENÍ

Thorová (2006) považuje strukturované chování za jeden z nejefektivnějších vzdělávacích programů. Toto učení vnese jasná pravidla a jednoznačná uspořádání prostředí, ve kterém se autistický člověk pohybuje. Prostřednictvím tohoto učení nastoupí logičnost, řád, pocit jistoty a bezpečí, který umožní akceptovat nové úkoly, učit se a lépe snášet události, které jsou pro děti s PAS nepředvídatelné. Metodika je přizpůsobena specifikům poruchy, využívá silných schopností, kterými tyto děti obvykle disponují. K nim patří vizuální vnímání, mechanická paměť i speciální zájmy. Proces učení se opírá o principy kognitivně – behaviorální terapie (Hrdlička, Komárek, 2014, s. 174).

5.1.1 SPECIFIKA A OBECNÉ PRINCIPY STRUKTUROVANÉHO UČENÍ

Fyzická struktura je názorná organizace fyzického prostoru a pracovních úkolů. Nábytek a pomůcky jsou uspořádány tak, aby se zvýšila schopnost orientace dítěte.

Vizuální podpora – informace jsou podávány ve vizuální formě. Vizualizace zmírňuje handicap v oblasti paměťových, komunikačních a abstraktních schopností. Vede ke zvýšení samostatnosti. Využívají se procesuální schémata, denní režimy, barevné kódy, či písemné pokyny.

Zajištění předvídatelnosti pomocí pracovních a denních schémat a režimů snižuje úzkost u dítěte, zvyšuje se jistota a pomocí používání režimů i pochopení smyslu komunikace.

Individuální přístup uplatňujeme, jelikož autismus je heterogenní porucha z hlediska symptomů, mentální úrovně a kognitivních stylů, je třeba přizpůsobit práci s dítětem mentálnímu věku a specifickým deficitům dítěte. Je důležitá individuální analýza chování, jelikož stejné chování může u každého dítěte s poruchou autismu znamenat zcela jinou příčinu.

Dokumentace a zaznamenávání údajů klade důraz na pečlivé a podrobné zaznamenávání informací. Tyto údaje jsou velice důležité pro komunikaci mezi učitelem (terapeutem) a rodiči. Do speciálních záznamových archů se zapisuje četnost spontánní komunikace dítěte, splnění či nesplnění zadaných úkolů, nebo výskyt problémového chování (Hrdlička, Komárek, 2014, s. 174 -175).

Tyto obecné principy Thorová (2006) ještě doplnila o **práci s motivací**. Dítě by mělo získat důvod, proč má plnit zadané úkoly. Jak je známo, pozitivní motivace je úspěšnější než trest. U dětí s PAS obvykle fungují materiální odměny (bonbon, oblíbená hračka nebo činnost). Ze začátku by měly být odměny více frekventované, teprve poté odměny postupně snižovat, či přejít na sociální odměňování (Thorová, 2006, s. 386).

5.1.2 TEACCH PROGRAM

Jedná se o jeden z nejznámějších speciálně pedagogických přístupů, jež se snaží pomoci dětem s PAS. V originálním znění *Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children* (Léčení, výchova a vzdělávání dětí s autismem i jiným komunikačním handicapem). Koncept vznikl v roce 1996 ve Spojených státech, konkrétně na Univerzitě Severní Karolíny v Chapel Hill pod vedením profesora Erica Schoplera. Dá se říci, že se jedná o jeden z prokazatelně úspěšných programů, byla zjištěna vysoká míra spokojenosti rodičů. Týká se všech věkových kategorií. Tento program se úspěšně využívá ve světě, ale i v Evropě včetně České Republiky (Švarcová 2011, Thorová, 2006, s. 384-385).

Základní intervenční strategií je „*strukturovaná výuka s důslednou vizuální podporou, vycházející z individuálního hodnocení každého žáka.*“ (Jelínková, 2001, s. 53).

Je důležité zajistit potřebnou míru jasnosti, informovanosti, například dítě dostane vždy na otázky „Kdy?“, „Kde?“, „Jak dlouho?“ jasnou odpověď, a tím pádem přestane mít pocit, že jeho život určuje náhoda. Jelínková (2001) uvádí, že dítě by mělo mít ve třídě místo, kde se učí, místo, kde si hraje a odpočívá, místo, kde jí. Pakliže je posláno na určité místo, dítě hned ví, co se od něj očekává. Děti s autistickým syndromem mají problém pochopit čas a jsou tedy ztraceni v moři času. *„Svoji neschopnost předvídat a dávat věci do souvislostí si kompenzují rituály, rutinním chováním, chtějí, aby události probíhaly každý den v neměnném sledu.“* (Jelínková, 2001, s. 54). Je třeba poskytnout danému dítěti časový plán, který mu bude vyhovovat. Pokud trpí malou předvídatelností, dítě získá pocit nejistoty a mohou se projevit problémy v chování. Naopak, moc podrobný časový plán není také úspěšný, jelikož dítě není schopno zpracovat tolik informací, což způsobí neklid a nejistotu. Autorka ve své knize popisuje, že při hlídání času práce u dětí je dobré využívat například přesýpacích hodin, zvukových signálů atd. Za dobrý a osvědčený režim autorka označuje systém „zleva doprava“. Dítě má vlevo na stole všechny úkoly, které má splnit. Úkol, na kterém momentálně pracuje, má dítě vždy před sebou, po splnění jej posune doprava, tím pádem ví, kolik toho udělalo a kolik mu toho ještě zbývá (Jelínková, 2001, s. 54-55).

Jelikož většina autistických dětí má vážné problémy s komunikací, podporujeme ji důslednou vizualizací. Zadání úkolu má dítě k dispozici po celou dobu jeho plnění. Vizualizace a různé typy skládaček se využívají nejen ve škole, ale i doma a usnadňují nemocným orientaci a pochopení úkolů. Většinou tyto pomůcky provází nemocné celý život. Problémem ovšem bývá samotná motivace a odměňování. Dětem s PAS obvykle chybí empatie, tudíž se nedají motivovat například soutěžením. Je důležité najít individuální způsob motivace, většina zdravých dětí očekává za práci peníze, nové oblečení, novou PC hru, kdežto autistické dítě potěší například kus barevného papíru nebo jiná poněkud zvláštní odměna. Je zřejmé, že rozdíly výukového programu u zdravých dětí a dětí s PAS jsou značné (Jelínková, 2001, s. 54-57).

„Individualizace je nezbytnou podmínkou kvality vzdělávání. U autismu neexistuje žádná typická terapie, výuková strategie či behaviorální intervence. Jestliže se i výborný speciálně výchovný program použije rutinně pro všechny děti s autismem ve třídě, stává

se, že je pro některé děti nevhodný a jeho očekávaný účinek se vůbec neprojeví.“
(Jelínková, 2001, s. 57).

Filozofie a zásady TEACCH modelu, jak jej uvádí Thorová (2006):

- Individuální přístup k dětem.
- Aktivní generalizace dovedností (prostupnost školního a domácího prostředí).
- Úzká spolupráce s rodinou.
- Integrace autistických dětí do společnosti.
- Přímý vztah mezi ohodnocením a intervencí.
- Pozitivní přístup k dětem s problematickým chováním, aktivní snaha o pedagogickou intervenci vedoucí k zlepšení chování (Thorová, 2006, s. 385).

5.1.3 BEHAVIORÁLNÍ PŘÍSTUPY

Ivar Lovaas je považován za propagátora strukturovaného a systematického intervenčního programu pro děti s poruchou autismu. V roce 1987 publikoval Lovaas dopad rané intervenční terapie na 19 dětí předškolního věku. U všech účastníků byl popsán významný posun v nárůstu intelektu. Samozřejmě, ani toto zjištění nebylo bez pochyb odborníků, zda se nejednalo o posun u pacientů pouze s lehčí formou autismu. Nicméně, pokroky pomocí behaviorální terapie se nedají vyloučit. Program vychází z principů behaviorální terapie. Behaviorismus vznikl v první polovině 20. století. Tento přístup je založen na studiu chování (Plhánková, 2004). Cílem rané intervenční terapie je úprava emočního, jazykového a sociálního chování. Pracuje se zde hojně s odměnami, trestům se program vyhýbá. Není výjimkou, že program se vytváří individuálně pro každé autistické dítě. Thorová (2006) uvádí, že se tato terapie efektivně využívá ke zlepšování deficitů, ke zmírňování a redukci problémového chování, které s sebou onemocnění obvykle přináší. Na druhou stranu je tato terapie časově i finančně náročná, což může být překážkou jejího masivnějšího rozšíření (Thorová, 2006, s. 387-389).

6 PODPŮRNÉ LÉČEBNÉ METODY

V dnešní době existuje nespočet různých léčebných metod a terapií, které napomáhají, rozvíjejí určité oblasti, v nichž mají autističtí jedinci velké problémy. Při terapii je všeobecně důležité, aby probíhaly pod vedením vyškoleného a trénovaného odborníka se specializací na autistické chování. Pokud se bude klást neustálý důraz na cvičení a praxi v komunikaci a sociálním chování, vytvoří se u nemocného jedince základ pro potencionální a efektivní podmínky pro řešení a zvládnutí průběžných problémů. Rimland (1994) popsal více než stovky nápravných technik, které existují. Jelikož autismus patří mezi nevyléčitelné nemoci, je třeba klást důraz na výběr terapie, avšak výběr závisí na rodině, na jejich životním stylu, nebo zda jsou pro rodiče dané terapie jakkoliv dostupné (Thorová, 2006, s. 33).

6.1 MUZIKOTERAPIE

Muzikoterapie je považována za terapeutický přístup z oblasti expresivních terapií. Tato hudební interakční terapie umožňuje dítěti porozumět dialogu a pomáhá formovat intenzivnější a těsnější vztah s učitelem, rodičem a terapeutem. Tento vztah je založen na vzájemné důvěře. Tato terapie je vhodná pro každé autistické dítě, na jakékoli mentální úrovni, nehledě na míru postižení. Jelikož mluvené slovo dělá dětem s PAS obvykle potíže, využívá se hudby, která je flexibilnější než mluvené slovo. Většina dětí s poruchou autismu má hudbu a určité zvuky velice ráda. Hlavní záměr muzikoterapie je vytvoření vztahu dítěte s důležitou osobou v jeho každodenním životě (může to být rodič, učitel, vychovatel, terapeut). Při hudební terapii často sedí děti i vyškolený pedagog na podlaze a děti podle hudby například tleskají rukama, do steh, na podlahu apod. Často se využívá princip „zrcadlové hry“, děti napodobují pedagoga (Müller, 2014, s 271-272). Vocilka (1994) uvádí, že pomocí muzikoterapie lze odstranit rušivé chování dítěte a motivovat jej k další spolupráci.

Muzikoterapeutická setkání můžeme rozdělit na formu:

- Individuální – vhodné pro děti s těžším stupněm autismu, muzikoterapeut se věnuje pouze jednomu dítěti.

- Skupinovou – terapie v uměle sestavených skupinách, přibližně 5-12 členů, každá skupina je charakteristická určitým stupněm koheze (soudržnosti) a dynamiky.
- Komunitní – například práce s rodinami, týmy na pracovišti, se školními třídami apod., zde už nemůže fungovat skupinová dynamika (Müller, 2014, s. 271)

Thorová (2006) uvádí, že mnozí terapeuti se přiklání k názoru, že muzikoterapie může být prostředkem pro rozvoj sociální interakce a podporuje emocionální komunikaci dítěte (Thorová, 2006, s. 393).

6.2 TERAPIE PEVNÉHO SEVŘENÍ

Původně nazváno jako „*holding therapy*“ (hold v překladu znamená držet, svírat), autorkou je Martha Welch. Autorka popisuje, že tato terapie má prolomit pomocí držení dítěte v náručí uzavřenost a přinutit jej, aby přijalo lásku od svých rodičů. Autorka léta studovala autistické děti a jejich nutkavé chování, láskyplné objetí by mělo zklidnit dítě v případě panického strachu, či strachu z něčeho nového. Již před 12 lety autor Vocilka vyřkl, že se vytracuje tělesný kontakt, cit a harmonie. Tehdejší dobu popsal těmito slovy „*Stali jsme se autistickou společností, v které umírá nejenom les, ale kde zkomírá i lidská duše.*“ (Vocilka, 1994, s. 27).

Tato terapie má za cíl vzbudit lásku u dětí s poruchou autismu. Také má pomáhat rodičům v otázkách výchovy, školního a pracovního zařazení dětí. Láska, na níž se terapie zakládá, musí být bezpodmínečná a opravdová. Matka má držet dítě v objetí tak dlouho, dokud jeho reakce nebudou láskyplné, i když ze začátku se bude dítě vzpouzet. Zpočátku tato terapie dítěti bývá mnohdy nepříjemná a vzpouzí se až do vyčerpání sil. Doktor Prekop vidí první faktor úspěchu této metody v přemožení dítěte. Matka se má zprvu projevit jako ta, co má nad dítětem převahu, projevit se jako silná osobnost a ochránce v jednom. Autisté se brání mezilidskému kontaktu, věří hlavně všemu neživému, konstantnímu. Pro tuto terapii jsou vhodnější ženy, nejlépe matky, jelikož mají vyšší míru empatie, řídí se více intuicí. Obvykle bývá sezení velice silné na emoční prožitky, někdy vyčerpá matku i dítě. Trvání terapie nelze časově předem limitovat. Končí tehdy, když se dítě podřídí. „*Holding therapy*“ lze brát jako jeden z přístupů, který se u části autistické populace osvědčil. Užití metody je však nutno konzultovat s odborníky (Vocilka, 1994, s. 26-30).

6.3 ZOOTHERAPIE, HIPOTERAPIE

„Když jsem se zvířaty, nemusím je poznávat a zkoumat, vím, co cítí. S lidmi si připadám jako antropoložka na Marsu, se zvířaty ne.“ (Thorová, 2006, s. 393).

Děti mohou reagovat různě na interakci se zvířaty. Některé autistické děti se zvířat zpočátku mohou bát, ale poté si k nim naleznou cestu a přijmou je. Jiné případy dětí naopak prožívají fobické stavy, které znemožňují kontakt se zvířaty. Opět se jedná o individuální záležitost (Thorová, 2006, s. 393).

Jednou ze známějších terapií je i hipoterapie. Při této fyzioterapii dochází k interakci koně s nemocným dítětem, jízda na koni má pro děti fyzioterapeutické účinky, a to zejména v impulzech, které kůň vydává při chůzi. Děti mohou na koni sedět, ale i ležet, záleží na možnostech a stavu každého z nich. Rehabilitace pomáhá dětem i dospělým tam, kde je postižena koordinace a rovnováha. Tato terapie dosahuje kvalitního léčebného efektu, navíc bývá pro postižené děti i dospělé obvykle velice příjemná (Thorová, 2006, s. 393).

6.4 CANISTERAPIE

Jedná se o interaktivní metodu. Tato metoda spočívá v kladném vztahu dítěte ke psům a jeho zájem o interakci s nimi. Setkání se účastní vyškolený psovod (trenér), dítě a pedagog, někdy může být přítomen i rodič. Pod vedením pedagoga se dítě učí nejrůznějším dovednostem se psem (Thorová, 2006, s. 393).

Americká doktorka Olga Salomon (2010), jež se celý život z velké části zabývá studiem autismu a interakcí se zvířaty, zejména canisterapií, na toto téma napsala zajímavý článek s názvem „*What a Dog can do: Children with autism and Therapy Dogs in Social Interaction*“. V překladu „Co pes může zvládnout: děti s autismem a canisterapie v sociální interakci“. Tento článek pojednává o canisterapii, tedy o speciálním vycvičení psů pro terapeutické účely s cílem usnadnit sociální interakci dětí s autismem ve společnosti.

Článek je založen na studii léčby dětí s PAS, jimž pomáhali psi. Výzkum probíhal v letech 2003-2005. Analýza se zaměřuje na způsoby, jak probíhá dětská interakce se psy, trenéry a rodinnými příslušníky. Na studii se podílelo 5 dětí ve věku 4-14 let, z toho čtyři chlapci a jedna dívka. Jednou až čtyřikrát do týdne docházeli do rodin postižených dětí speciálně vycvičení trenéři se zkušenostmi v léčbě prostřednictvím canisterapie. Terapie

trvala jednu až dvě hodiny, zahrnovala individuální práci s dítětem. Vše bylo zaznamenáváno na videozáznam, pro tuto studii bylo shromážděno kolem 65 hodin videozáznamu. V článku je uvedena případová studie dvou dětí, devítileté dívky Childone a třináctiletého chlapce Childtwo.

První příběh se týká dívky jménem Childone, její rodina byla jedna z prvních, jež projevila zájem o canisterapii. Dívka žije v rodině s matkou, otcem a čtyřletými dvojčaty. Než se začalo s canisterapií, proběhl rozhovor s matkou. Zjišťovaly se důležité informace, kdy byl diagnostikován autismus u Childone, matka uvedla, že její dcera měla problém s udržením pozornosti, nesnášela například zvuky vysavače, v kuchyni stoupala jen na určité barvy dlaždic, na fotkách neměla žádný výraz. Často měla tendenci vzdorovat. Měla vřelý vztah ke zvířatům, mimo jiné i se včelami a pavouky. Ale co se týče vrstevníků, měla problém navázat s ostatními kontakt a spřátelit se. S mladšími dvojčaty moc nevycházela. Často mívala amoky, když se něco kolem ní změnilo, nebála se ani ublížit v afektu. Když do rodiny přišel vycvičený trenér, přinesl australského ovčáka jménem Crystal. Malá Childone se ho ihned ujala a snažila se ho naučit základní povely typu „sedni“, „dolů“, „mluv“, tím myslela štěkot psa. Její matka měla radost, jelikož nikdy neviděla dceru vydržet vykonávat jednu činnost tak dlouho. Postupem času se k interakci připojovali i její mladší sestry, někdy je požádala i o pomoc například při kartáčování Crystal. Při další terapii si troufli vzít Childone na hřiště, tam dětem ukazovala, jaké povely umí dát pejskovi, cizí holčička to chtěla také zkusit, ale nešlo jí to, Childone se jí snažila s povely pomoci. Zde matka Childone nevěřila svým očím, že vlastně poprvé zahájila interakci s neznámými dětmi na hřišti, či v jakémkoliv jiném prostředí.

Díky této interakci má dítě s poruchou autismu možnost komunikovat více s rodinou, sourozenci, a dokonce s cizími lidmi. Samozřejmě terapie nikdy neprobíhá bez dozoru trenéra psů, ten pomáhá, pokud je to třeba. Vazba dítěte na psa může zlepšit sociální vazby s ostatními lidmi, prohloubit důvěru.

Další případ popisuje třináctiletého chlapce jménem Childtwo. Matka si všimla v jeho 18 měsících, že je něco špatně, vůbec nereagoval na žádné podněty, které mu dávala. Do tří let nemluvil a byl často mimo kontrolu. Ve čtyřech letech obdrželi rodiče diagnózu autismu. Diagnóza zkomplikovala i rodinné vztahy. Není výjimkou, že někteří rodiče se těžko smiřují s diagnózou, že jejich dítě nebude nikdy „normální“ a zcela zdravé. Tato

případová studie je poněkud jiná než předchozí, ilustruje proměnu rodinných vztahů za přítomnosti služebního psa. Dítě ve třinácti letech projevilo prosbu, že by chtělo černo-bílého pejska. Matka v zoufalství tedy rozeslala e-mail s žádostí o doporučení k získání služebního psa. Rodina měla štěstí, díky emailu se ozvala trenérka, jež měla nový přírůstek v podobě černo-bílého anglického Špringeršpaněla se jménem Simon. Tentokrát rodina dostala psa do péče. Chlapec si psa zamiloval. Najednou dostal jeho den řád a chlapec měl povinnosti v podobě krmení, venčení, hraní si se Simonem, které ho naplňovaly. Chlapec pár týdnů nato promluvil, jak má Simona rád: „*Rád si hraju se Simonem. Líbí se mi ho krmit. Líbí se mi, jak spí ve své postýlce...*“ Najednou život Childtwa dostal nové obrátky, je plný aktivit. Změna proběhla i v celé jeho rodině. Matka podotkla, že nyní často chodí na rodinné večere, navštěvují přátele, koukají společně na filmy, což před setkáním se Simonem nebylo možné. Pes pomohl nejen dítěti s autismem vyrovnat se s jeho odlišností, ale pomohl i stmelit rodinu.

Závěrem chce autorka říci, že cílem bylo prozkoumat autismus a prostřednictvím vycvičených psů napomocť uspořádat život dětí, ale i jejich rodin. Díky svojí studii si dovoluje podotknout, že je možné sblížení autistických dětí s jejich rodinami. Dvě případové studie ukazují zapojení dětí do společnosti prostřednictvím psů, kteří podporují jejich komunikaci, zkušenosti a emocionální spojení s lidmi v jejich každodenním životě. (Solomon, 2010, [online]).

6.5 FARMAKOTERAPIE

Je známé, že autismus se nedá vyléčit, ale existují léky, které mohou zmírnit přidružené potíže spojené s autismem. Farmakoterapie určitým způsobem přispívá ke kvalitě života lidí s PAS. Není možné, aby fungovala jen medikace, důležité je, aby se kombinovala s jinými behaviorálně terapeutickými technikami. Thorová (2006) uvádí dva hlavní problémy při užívání medikace. Jeden z problémů je nadměrné předepisování léků, které mají zklidňující, mnohdy i paralyzující účinek, aniž by se našla jiná účinnější terapie. Při vysoké medikaci dochází k útlumu dítěte, a to mu brání, aby jiná terapie pro něj byla dost účinná. Dochází k „bludnému kruhu“, jak vysvětluje autorka. Druhý přístup, kdy rodiče mají mnohdy strach z léků, a tudíž nechtějí vyhledat psychiatrickou pomoc, je také nesprávný. Raději vydrží problémové chování dítěte, než by připustili, že je třeba odborná

péče spojená s užitím léků. Farmakoterapie se obvykle indikuje hlavně u symptomů: deprese, úzkosti, problémy se spánkem, obsedantně-kompulsivních poruch, při hyperaktivitě, agresivitě, sebezraňování, emoční labilitě, destruktivním chování. Tato terapie ovšem nemusí být nutná pro každé dítě s PAS a ne u každého dítěte je účinná. U některého dítěte se může vyskytovat paradoxní reakce: na medikaci reaguje celkovým zhoršením v chování. Komplikací mohou být další přidružené potíže (včetně epilepsie). Všechny tyto faktory je třeba brát v úvahu při předepisování léků. Důležitý je i přístup lékaře, měl by získat důvěru rodičů, a ti by se neměli mu bát svěřit své obavy z medikace (Thorová, 2006, s. 397-398).

6.6 DIETA BEZ GLUTENU A KASEINU

Mezi některými rodiči dětí s poruchou autistického spektra je oblíbená dieta bez lepku GF (gluten – free), možno vynechat i mléčné výrobky obsahující bílkovinu kasein. CF (casein – free). Pro kombinaci obou diet se užívá zkratka GFCF. Podle průzkumů pomohla tato dieta ke zlepšení příznaků u 66% dotázaných ze vzorku 2561 případů. Názor z řad pediatrů a neurologů na tuto dietu je nejednoznačný, mnozí z těchto odborníků popírají možný pozitivní efekt této diety. Vědecké studie zatím však nebyly zatím provedeny na reprezentativním vzorku pacientů. Nejnovější průzkumy ukazují, že autisté nedokážou ve svých střevech dostatečně štěpit lepek z pšenice a dalších obilnin, ani hlavní bílkovinu kasein z mléčných produktů. Z kaseinu vzniká kasomorfin, z lepku vzniká gladomorfin. Tyto bílkovinné částičky jsou podobné opiátům, tlumí sedativně a analgeticky. Peptid kasomorfin ovlivňuje růst nervových buněk i celého mozku. Urbánková (2009) uvádí, že až 50% osob s autismem má v moči zvýšenou hladinu těchto peptidů. Po zavedení diety GFCF dochází k prudké změně chování, projevem je zvýšená úzkost, po několika týdenní dietě dojde většinou ke změně chování směrem k normálu. S touto dietou je proto vhodné začít postupně a vytrvat, i když se nám projevy dítěte nebudou líbit. Vedlejšími účinky této diety mohou být žaludeční nevolnosti či zvýšená teplota. Účinek diety CF lze údajně pozorovat již po 3 týdnech, v případě bezlepkové diety GF se jedná o řady měsíců. Bezlepková dieta může mít pozitivní vliv na střevní mikroflóru.

Autorka v knize uvádí příklad chlapečka, u kterého došlo k pozitivním změnám pomocí diety GFCF (Strunecká, 2009, s. 75 -84).

Maminka Martínka:

„Přinesla mu zklidnění, začal se usmívat (téměř rok jsem marně pátrala po pěkné usměvavé fotografii, jaké jsme mívali). Zlepšila se dříve průjmová stolice žlutozeleného zabarvení a začalo se upravovat nafouknuté břicho, pro které jsme mu říkali „bříšula“. Ten nezajímavější efekt však spočíval v odblokování řeči. Slovní zásobu, kterou Martin nabyl do věku 2 let, v následujícím roce z 50% přestal používat, nová slova nepřibývala a ta stará vyslovoval při každém použití jiným způsobem. Pátý den na dietě řekl nové slovo a brzy přidal spoustu dalších.“(Strunecká, 2009, s. 94).

Nová jídla GFCF některé děti zpočátku odmítají, nakonec si však přivyknou. Zde je několik typů jak efektivně postupovat.

1. Nová jídla nabízet bez nátlaku a vytrvat třeba i několik hodin, než dítě alespoň ochutná, proces jídla může být přerušen hraním.
2. Místnost na jídlo odprostit od všech rušivých elementů, např. TV.
3. Všechna nežádoucí jídla by neměla být nikde v domácnosti na dosah.
4. Rodiče by měli jíst stejné pokrmy společně s dítětem.
5. Je možné pořídit si umělohmotný talíř, když ho dítě shodí, nic se nestane.
6. Pochválit dítě i za malý sněžený kousek, vytrvat i v případě že dítě, bude brečet či bude mít návaly záchvatů vzteku (Strunecká, 2009, s. 75- 94).

PRAKTICKÁ ČÁST

POPIS ZKOUMANÝCH OSOB

Zkoumání bylo provedeno zejména na hodinách cvičení pro autistické děti. Jednou jsem měla možnost se zúčastnit i sociálních nácviků těchto dětí. Zkoumaným vzorkem jsou děti s poruchou autistického spektra, které chodí na cvičení pro děti s PAS, jež zprostředkovává občanské sdružení. Věkové rozpětí dětí je od 7 let do 15 let, jedná se pouze o chlapce. Ke spolupráci nám bohužel svolily jen tři rodiny, a tudíž ve své práci uvádím pouze tři kazuistiky místo původních pěti plánovaných.

CHARAKTERISTIKA POUŽITÝCH METOD

Při zpracování dat jsem použila techniku pozorování, rozhovoru s rodiči, přímé práce s autistickými dětmi. Praktická část byla postavená zejména na mém pozorování, které trvalo 7 měsíců. Mohla jsem sledovat chování dětí včetně jejich nápadností a sociálního zapojení, které mnohdy u autistů chybí. Rozhovor, který jsem s maminkami autistických dětí vedla, byl polostandardizovaný. Prostřednictvím něj jsem se dozvěděla osobní a rodinnou anamnézu dítěte a další zajímavosti. Měla jsem možnost vidět v praxi, jak se s těmito dětmi pracuje, důležitá je strukturovaná výuka podpořená vizualizací, která dětem pomáhá zvládat cvičení bez větších obtíží. Jsem ráda, že jsem byla nápomocná a nechala vytvořit pro občanské sdružení kartičky se cviky, které se budou využívat v praxi na hodinách cvičení.

PRŮBĚH HODINY CVIČENÍ PRO DĚTI S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Na cvičení jsem docházela po dobu 7 měsíců, toto cvičení se konalo jednou za 14 dní v jedné nejmenované plzeňské tělocvičně a trvalo 60 minut. Jelikož každá hodina si byla dosti podobná, popíši cvičební plán pouze jedné z nich. Na cvičení docházely děti v doprovodu rodičů a ti po celou hodinu obvykle seděli na lavičkách a sledovali probíhající se cvičení. Na něj chodilo v průměru kolem 9 dětí, z toho 8 dětí s autismem. Cvičení začínalo metodicky, vedla ho cvičitelka V. s vyškolenými asistenty, kteří jí pomáhali.

Hodina začínala v kroužku, kam se všechny děti svolaly a sedly si na připravený koberec. Cvičitelka se jich zeptala, jak se dnes mají a ukázala jim obrázek s obličejí (viz Obrázek 1). Jakmile se všechny děti vyjádřily, hodina posléze začala procvičením.

Na cvičení docházeli děti s různou formou autismu. Některé děti musely být pod neustálým dohledem vyškolených cvičitelů, kteří jim se vším pomáhali.

Rozcvička začala obvykle rozehrátím v podobě rozběhání, práce s míčkem, anebo různými aktivitami na koberci – holubička, kolébka, válení sudů, kotoul, zajíček (viz Seznam obrázků). Poté obvykle následovala hra s názvem „puzzle“. Jedná se o destičky, které mají v sobě další tvary včetně písmen a to vše se dá oddělit (viz Obrázek 8). Na jeden konec tělocvičny se položila do řady písmenka, na druhý konec tělocvičny se umístily tvary zvířátek nebo věcí. Uprostřed tělocvičny byly čtvercové prázdné destičky, kam patřil jak tvar zvířátka či věci, tak i písmenka. Podle pozorování byla toto jedna z méně oblíbených činností. Některé děti to příliš nebavilo a neměly potřebu hledat písmenka, musely se motivovat odměnou (např. bonbon). Poté přicházela na řadu již oblíbenější aktivita s názvem „dráha“ (viz Obrázek 9: Dráha). Tato aktivita spočívala v rozložení různých stanovišť po tělocvičně. Mezitím, co se připravila různá stanoviště, děti měly možnost si odpočinout a dojít se napít k rodičům. Nejprve se na velký koberec rozložily různé tunely k prolézání, obruče, v nichž děti měly za úkol skákat na přeskáčku, mnohdy se spustily kruhy, na nichž si mohly děti vyzkoušet různé pohyby s pomocí asistentů. Dále se rozložilo stanoviště pro kopání na bránu, hod míčem, trampolínu, lezení po lezecké stěně (viz Seznam obrázků). Bylo zřejmé, že tato aktivita děti bavila a mohly se v ní takřikajíc vyřádit.

Samozřejmě cvičení se zaměřovalo i na zlepšení sociální interakce dítěte. Proto byly zapojeny i hry, jako například hra s padákem. U tohoto cviku bylo zapotřebí zapojení více dětí, které si musely navzájem pomáhat a vyhovět, tudíž si při cvičení vyzkoušely i spolupráci v týmu. Pravdou však je, že ne všechny děti se intenzivně zapojily, některé nespolupracovaly.

Na závěr se cvičitelka zeptala dětí, co se jim na této hodině líbilo nejvíce. Jsou děti, které více komunikují a jiné spíše mlčí. Je vidět snaha, rozmluvit i ty méně aktivní děti. Na konci hodiny byly všechny děti odměněny různými drobnými dárečky, např. malé hračky, bonbon, čokoládka apod. Účastnila jsem se i „velikonočního cvičení“, kdy si děti na závěr zkoušely plést pomlázku, takže i jemná motorika se mnohdy při cvičení zapojila.

Závěrem mohu říci, že na cvičení chodily děti obvykle v uvolněnější náladě, než například do školy. Děti už předem věděly, co je na hodině zhruba čeká. Věděly, s kým se uvidí a že na konci bude zasloužená odměna. Důležitá je struktura prostředí, v němž děti přesně ví, kde jsou daná stanoviště. Při cvičení se často využívá vizualizace. To znamená, že nejčastěji to jsou obrázky cviků, které jsou umístěny před jednotlivými stanovišti. Dětem toto zobrazení pomáhá pochopit, co se po nich vyžaduje a následně to dle jejich schopností předvést.

Cvičení pro děti s PAS pomáhá rozvíjet hlavně hrubou motoriku, zvyšuje jejich fyzickou zdatnost, a někdy napomáhá i ke zlepšení jemné motoriky. Kolektiv více či méně stejně postižených dětí pro ně znamená, bránu k lepší socializaci, i když ne všichni jej dobře akceptují.

7 KAZUISTIKY

7.1 KAZUISTIKA Č. 1

7.1.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE

Jméno: V.

Pohlaví: muž

Věk: 7 let

Bydliště: Plzeň

Diagnóza: atypický autismus, těžká vývojová dysfázie, porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADD), lehká mozková dysfunkce (LMD), snadná unavitelnost CNS (centrální nervové soustavy)

7.1.2 RODINNÁ ANAMNÉZA

V. má starší patnáctiletou sestru, která trpí ADD, vývojovou dysfázií a dyskalkulií (specifická porucha počítání). Rodiče jsou manželé 14 let. Rodina žije ve městě. Otec i matka mají středoškolské vzdělání zakončené maturitou, věk obou rodičů je 40 let. Otec nemá zdravotní potíže, matka prodělala totální strumektomii – jedná se o odstranění celé štítné žlázy.

7.1.3 OSOBNÍ ANAMNÉZA

Chlapec V. se narodil jako chtěné dítě. Těhotenství bylo ze začátku bez problémů, v průběhu 5 měsíce nastaly komplikace v podobě slabšího krvácení, tehdy bylo podezření, že dítě neroste jak má, to se nakonec nepotvrdilo. Před porodem zachyceny alterace ozev, nakonec porod proběhl bez problémů. Porodní váha a velikost byla 2 900 g a 47 cm. Samostatná chůze vznikla ve 12. měsících. První příznaky, že není něco v pořádku, rodiče zaznamenali až po 1 roce života, předtím byl V. bez výrazných nápadností. Občas V. hodně plakal, poté měl zas období, kdy vůbec nemluvil. Postupem času se stav zhoršoval, ve školce začaly rituály, měl špatnou skladbu slov v delší větě, tzv. dysgramatismus.

- sociální dovednosti – raději se straní dětí. Konflikt řeší násilím (např. uhodí spolužáka, když posune jeho věc, kam nemá). Někdy nereaguje a jen stojí a kouká. Má problém rozpoznat emoce. Nepozná, když je někdo smutný nebo naštvaný. Nerad navazuje vztahy.
- komunikační dovednosti – málomluvný, někdy odmítá mluvit nebo mluví přes matku (on jí našeptává a ta to musí zopakovat nahlas). Potřebuje jasné instrukce, nechápe humor. Nerad se dívá lidem do očí.
- motorické funkce – V. má potíže v jemné motorice a v grafomotorice. Má problémy si zapnout knoflíky, neumí si zavázat tkaničky, špatně píše a má nesprávný úchop psacího náčiní. Ve školce měl problémy s neobratností, nezvládal skákat na jedné noze, dříve běhal s rozevlátýma rukama, aby udržel balanc. Hrubá motorika se od té doby výrazně zlepšila.
- emotivita – V. se nezajímá o pocity ostatních, nemá potřebu udělat někomu radost. Často je negativisticky naladěný. Líbí se mu zvířecí mláďata, na ně promlouvá jemnějším hlasem, komentuje jejich drobnost, hebkost a roztomilost. Projevuje náklonnost ke dvěma kočkám v domácnosti, často si s nimi hraje, ale jakmile mu např. porazí lego nebo hračky, bez milosti je zahání, pleská a křičí „nepřítel na dohled“.
- hra – v mladším věku odmítal spoluhráče ve hře. Ve školce vrčel na děti, které se k němu chtěly přiblížit. Rovnal kostky podle barev, auta do řad, nyní má v oblíbené lego – staví pistole. Momentální motiv hry je lupič a policajt, preferuje lupiče a zlé hrdiny. Rád hraje hry na počítači, nově pozoruje, jak se hraje hra Minecraft.
- vztahy s vrstevníky – preferuje kluky, holky ignoruje, výjimkou je však jeho starší sestřenice, s níž má dobrý vztah a rád si s ní hraje. Ve školce má problémy navázat kontakt s vrstevníky. Často provokuje děti, hází po nich pastelky, kostky atd. Rád nosí do školy své „poklady“ v podobě dinosaurů a ukazuje je ostatním. Zároveň má strach, aby se mu neztratily. Preferuje spíše učitele jako autoritu, od dětí si udržuje značný odstup.

- sebeobsluha – se slovní dopomocí se oblékne, vyčistí si zuby, někdy všechno zvládá úplně sám, jindy zas „ječí“ že to nejde a nezvládne si obléci ani ponožky. Po toaletě se nedokáže utřít, stále je závislý na pomoci matky.

Matka udává, že výrazné změny při pravidelném cvičení nepozoruje, údajně se lépe zapojuje do kolektivu (jen, když ho něco zajímá), ale jinak velký posun k lepšímu zatím vidět není.

7.1.4 VLASTNÍ POZOROVÁNÍ

Snaha navázat s V. kontakt je téměř nemožný. Jak učitelů, tak i dětí se straní, raději si hraje někde sám nebo s matkou. Motivovat V. k práci je velice náročné, když se mu nechce, tak i přes slíbenou odměnu (bonbon, lízátko) neudělá, co se po něm žádá. Momentálně je velice vzdorovitý. Podle nálady se schovává v místnosti plné žíněnek a matka ho odtamtud musí doslova tahat. V lepším případě pobíhá po tělocvičně s dinosaury a hraje si s nimi. Má rád aktivity spojené s fyzickou silou (přetahování lana, házení míčem, kopání do míče apod.) Jelikož trpí poruchou pozornosti, u aktivity nevydrží déle jak pár minut. Velmi snadno se unaví, jak psychicky, tak fyzicky. Největší zájem jeví o dinosaury. Nejraději si hraje sám. Chybí úsměv.

7.1.5 SHRNUTÍ

V. je sedmiletý chlapec, který trpí atypickým autismem, těžkou vývojovou dysfázií, ADD a LMD. Chlapec tudíž potřebuje speciální vzdělávací potřeby. Velké problémy má hlavně v oblasti komunikace a socializace. Je potřeba V. více zapojit do kolektivu a co nejvíce nacvičovat základní sociální dovednosti. Mnohdy je často negativistický, což může pramenit z přetížení. Bojí se selhání. Je důležité V. nepřepínat, jelikož se rychle unaví. Zbytečně ho nestresovat změnou zavedených rituálů. Je třeba do budoucna klást velký důraz na střídání úkolů, motivovat jej k práci, aby úkoly dotáhl až do konce. Při práci dělat pauzy a relaxovat. V. má průměrný intelekt, zpočátku se jeví, že nic nechápe, ale poté mnohdy vykřikne správnou odpověď, jen potřebuje více času. Jelikož trpí vývojovou dysfázií, má problémy porozumět řeči, i když slyší normálně. Je nutné zapracovat na pasivní a aktivní slovní zásobě. Nadále doporučuji pracovat s logopedem (komunikačním terapeutem) na zlepšení komunikačních dovedností.

7.2 KAZUISTIKA Č. 2

7.2.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE

Jméno: F.

Pohlaví: muž

Věk: 9 let

Bydliště: Zruč-Senec

Diagnóza: Dětský autismus, ADHD

7.2.2 RODINNÁ ANAMNÉZA

F. má mladší sedmiletou sestru, která je zdravá. Vztah mezi sourozenci je velice pěkný, mají se rádi. Rodiče jsou spolu 12 let. Otec má vysokoškolské vzdělání, matka středoškolské, věk obou rodičů je 39 let. Ani jeden z rodičů nemá zdravotní potíže či omezení.

7.2.3 OSOBNÍ ANAMNÉZA

Chlapec F. nebyl plánované dítě. Těhotenství proběhlo v pořádku, porod také. Porodní váha a velikost byla 2 500 g a 49 cm. Zpočátku vývoj byl normální, první příznaky zpozorovány mezi 3. – 4. rokem.

- sociální dovednosti – v kolektivu nemá problémy, nevádí mu si s ostatními hrát, dokáže i sám navazovat vztahy.
- komunikační dovednosti – je komunikativní, snaží se mluvit celými větami. Verbální komunikaci rozumí, ale s neverbální komunikací má problémy. Dokáže poznat emoce v obličeji (smutek, radost), ale neví, jak s tím má dále pracovat.
- motorické funkce – jezdí na kole i lyžích. Hrubá motorika je na dobré úrovni. Neobratný je v jemné motorice, psaní je pro něj velká zátěž.
- emotivita – emoce projevuje dobře, pláče, když se mu něco nelíbí nebo stane. Směje se, když má radost.

- hra – hra na nižší věkové úrovni. V kolektivu nastává problém, jelikož F. nechápe pravidla hry (např. fotbal). Nedělá mu problém poslechnout a přizpůsobit se určité činnosti, ale po skončení aktivity rád opustí skupinu a sedne si někam o samotě.
- vztahy s vrstevníky - špatně komunikuje s vrstevníky, jelikož stále navštěvuje běžnou základní školu. S narůstajícím věkem jsou vidět značné rozdíly mezi ním a jeho spolužáky. Ty už mají jiné zájmy a koníčky a F. má problém jim porozumět. Špatně se brání, když na něj někdo slovně útočí.
- sebeobsluha – je bez problémů, sám se obleče, vyčistí si zuby, nají se.

7.2.4 VLASTNÍ POZOROVÁNÍ

V okruhu dětí vypadá F. spokojený. Poslouchá instrukce učitele. Verbálně komunikuje na dobré úrovni, má problémy pochopit jistá gesta v neverbální komunikaci. Hra je zatím na nižší věkové úrovni. Má problémy s pochopením pravidel při kolektivních hrách. Je spíše pozorovatel, snaží se všechno dělat, tak jak má, i když mu ne všechno jde dobře. V kolektivu je F. oblíbený, protože je opravdu hodný a nekonfliktní. I když trpí ADHD, hyperaktivita se během hodin mého pozorování abnormálně neprojevila, naopak mi mnohdy přišel klidný a vyrovnaný. Největší problémy vidím ve špatné pozornosti. Při hodině cvičení mu stačí sebemenší maličkost a jeho pozornost se rozptýlí.

7.2.5 SHRNU TÍ

F. také potřebuje speciálně vzdělávací potřeby. Mívá problémy s opakováním slyšeného slova a se záměnou slovosledu ve větách. Hůře se soustředí, ale je zato naopak velice snaživý. Co se verbální komunikace týče, je aktivní, nicméně na verbální komunikaci je třeba zapracovat. Po motorické stránce je vcelku zručný, jezdí na kole, lyžích, hůře je na tom s jemnou motorikou, je třeba trénovat více psaní. Vést nápravná cvičení pro zlepšení rukopisu. Nemá takové problémy s komunikací a socializací, ale oblast představitosti je špatná a do budoucna je potřeba na tom zapracovat. Jsou znatelné výkyvy v pozornosti, doporučuji pro praxi nadále nacvičovat pozornost a omezit rušivé vlivy, které ho od práce mohou odrazovat (např. pracovní kout mít bez zbytečných rozptylujících elementů, psát jen na čistý bílý papír atd.). I nadále je potřeba nacvičovat samostatnost a tu podpořit např. vizualizací, která je u F. velice důležitá.

7.3 KAZUISTIKA Č. 3

7.3.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE

Jméno: F.

Pohlaví: muž

Věk: 15 let

Bydliště: Plzeň

Diagnóza: atypický autismus, ADHD, středně těžká mentální retardace

7.3.2 RODINNÁ ANAMNÉZA

F. má mladší šestiletou sestru, která je zdravá. Vztah mezi sourozenci je neutrální, rádi se mají, ale nehrají si spolu. Rodiče jsou spolu 16 let. Věk matky je 40 let a otce 39 let. Zdravotní stav obou rodičů je v pořádku, akorát matka trpí různými alergiemi na konzervanty. Rodina bydlí ve městě.

7.3.3 OSOBNÍ ANAMNÉZA

F. se narodil jako plánované dítě. V těhotenství byly komplikace v podobě slabšího krvácení. Proběhlo vyšetření plodové vody na Dawnův syndrom, test byl negativní. Porod byl bez větších komplikací, porodní váha a velikost dítěte byla 3680 kg a 55 cm. Chůze začala od 13. měsíce života. Od jeho dvou let si rodiče všimli nadání, měl velkou slovní zásobu, výbornou paměť, zajímal se o čísla a písmenka. První problémy zaznamenány v socializaci dítěte, např. na pískovišti, kdy si F. nechtěl s ostatními hrát. Diagnózu rodiče obdrželi v 5 letech. V sedmi letech nastoupil do klasické základní školy, dostal individuální plán. Poté od 6. třídy přestoupil do praktické speciální školy.

- sociální dovednosti – samotářský typ, vázne hlavně komunikace. Není rád mezi lidmi, nejraději se zavře doma v dětském pokoji s oblíbenými knihami nebo filmy.
- komunikační dovednosti - nerad mluví, na otázky často odpovídá „nevím, nic, nic jsme nedělali“, i když ví přesně, co ten den dělal. Když má dobrou náladu, dokáže říci i celou větu, zejména když něco potřebuje. S neverbální komunikací má problémy.

- motorické funkce – jsou na nižší věkové úrovni, nyní si začal vymalovávat obrázky. Zlepšuje se tím jeho jemná motorika, ve škole často vyrábějí výrobky.
- emotivita – dokáže poznat emoce rodičů, vztek, smutek, radost. Často projevuje city k matce (rád ji objímá a tulí se k ní).
- hra – chybí funkční a symbolická hra. Rád si hraje na počítači, přehrává si písničky, respektive jen část z nich a ty si pouští stále dokola. Dříve si pouštěl animované filmy, nyní už přešel na hrané. Pouští si také jen úryvky, které ho baví. Nejraději tráví čas ve svém pokoji obklopen oblíbenými knihami. Je velice citlivý na zvuky (např. sanitky).
- vztahy s vrstevníky – nepreferuje vedle sebe nikoho, raději si všechno dělá sám. Když ho někdo vykolejí, přeříkává si své monology z knížek a filmů, které ho uklidňují.
- sebeobsluha – zvládne se sám obléci. Udělá základní hygienu, ale občas má tendenci ji zanedbávat např. čistění zubů. Je třeba stálý dohled rodičů.

Matka uvedla, že do občanského sdružení pomáhající dětem s autismem chodí od začátku vzniku tohoto sdružení, takže cca 3 roky. Od té doby je znát pozitivní posun, F. je více samostatnější. Účastní se také plavání pro děti s PAS, zde je také vidět posun, např. dříve se bál vody v bazénu, dnes už si dokáže na hladinu i lehnout.

7.3.4 VLASTNÍ POZOROVÁNÍ

Při cvičení si s dětmi nepovídá, ani si jich nevšímá, raději si všechno dělá sám. Pakliže ho jiné dítě odstrčí, nijak se k tomu nevyjádří, začne si pro sebe přeříkávat různé úryvky z knížek či písniček, jelikož ho to uklidňuje. Ale neumí se slovně bránit. Je velký samotář. Má problémy udržet oční kontakt. Můžeme si všimnout kývání trupem a občasného poskakování nahoru a dolů. Při cvičení často odbíhá k matce a objímá jí. Obvykle rád pozoruje ostatní. Někdy má tendenci cvičení odbývat, je třeba na něj dohlédnout a snažit se ho motivovat k dokončení aktivity.

7.3.5 SHRNUÍ

F. patří již mezi pubescenty potřebující speciální vzdělávací potřeby. V kolektivu je klidný a nekonfliktní, ale je třeba ho více zapojit. Mezi to patří i rozvíjení jeho komunikační dovedností. Občas má tendenci odbývat nějakou aktivitu, a proto je důležité klást vyšší důraz na jejich dokončení. Chybí mu nácvik praktických dovedností, např. sám se obléci, dojít si něco nakoupit do obchodu a vyznat se v základech finanční gramotnosti. Rodiče se snaží rozvíjet maximálně jeho samostatnost, aby zvládl být občas sám doma a v případě potřeby si dokázal zavolat pomoc. Zatím se ukazuje, že je hodně závislý na rodičích, větší fixace je na matce. Největším problémem je jeho nesamostatnost, a proto do budoucna doporučuji zaměřit se na nácvik větší samostatnosti.

ZÁVĚR

Autismus patří mezi nejzávažnější poruchy dětského mentálního vývoje, jedná se o nevyléčitelné onemocnění. Tato bakalářská práce by měla přispět k lepší orientaci o poruchách autistického spektra. Duševní vývoj těchto dětí je narušen hlavně v oblasti komunikace, socializace a představitosti. I když se jedná o celoživotní onemocnění, tak můžeme nalézt intervenční program včetně podpůrných terapií, které mohou blahodárně působit na chování dětí. Důležité je diagnostikovat autismus co nejdříve a začít ihned s ranou intervencí, která je nesmírně důležitá. Nejvíce se ve světě, včetně České Republiky, osvědčilo strukturované učení. Ve své práci uvádím známý Teacch program, který se zaměřuje na individuální přístup k dítěti, dále se zabývá integrací autistických dětí do společnosti, podporuje úzkou spolupráci s rodinou a klade důraz na pozitivní přístup k dětem a snaží se o aktivní pedagogickou intervenci, která má vést ke zlepšení chování. Osobně si myslím, že podpůrné terapie jsou velice důležité pro rozvoj a uklidnění dětí s PAS. Ne každá terapie je vhodná pro autistické dítě, tudíž je třeba vybrat individuálně tu, která danému jedinci bude nejvíce vyhovovat a fungovat u něj.

Mezi odborníky je autismus stále poměrně málo probádaným tématem a z tohoto důvodu je toto téma často diskutovaným. Existuje i několik mýtů okolo diagnózy autismu. Například se říká, že autistické dítě se nemazlí a to rozhodně není pravda. Většina dětí má rádo fyzický kontakt a upíná svojí pozornost na rodiče, obvykle to bývají matky. Dalším mýtem je, že stav těchto dětí se nemůže zlepšit. Opak je pravdou. Při použití vhodné terapie, zejména rané terapie se stav může velmi zlepšit, avšak záleží na výběru vhodné terapie a na míře postižení dítěte.

Hlavním cílem mé praktické části bylo sepsat kazuistiky dětí, s kterými jsem po dobu několika měsíců přicházela do kontaktu. Konkrétně se jednalo o tři chlapce ve věku od 7 do 15 let. Původním záměrem byla kazuistika většího počtu dětí, ale bohužel některým rodičům to bylo nepříjemné. Účastnila jsem se pravidelného cvičení dětí s poruchou autistického spektra, které jsem taktéž v bakalářské práci pro přiblížení popsala. Rozhodně práce s autistickými dětmi byla velice zajímavou zkušeností. Zjistila jsem, jak náročné je pracovat s početnou skupinou postižených dětí. Kde každý trpí jinou formou autismu. U každého z nich je důležitý individuální přístup a umět správně motivovat dítě

ke cvičení. To u dětí zlepšuje jejich hrubou motoriku, v níž mají mimojiné děti s PAS problémy. Na cvičení docházelo v průměru 8 dětí s autismem, práce s nimi byla velice obtížná a bylo třeba pracovat s potřebami a schopnostmi každého z nich. Všechny tři uváděné děti potřebují speciální vzdělávací potřeby. U všech třech chlapců můžeme říci, že je třeba dále nacvičovat sociální dovednosti a hlavně samoobsluhu. Socializace u chlapců je různorodá. V. například kolektiv nezajímá a raději se všech straní. U ostatních dvou chlapců je spolupráce s kolektivem dobrá.

Musím přiznat, že na jedné přednášce o autismu mě upoutalo porovnání od autorky Brendy Boyd. Ta porovnává rozdíl mezi naším světem a světem autistů. Svět autistů přirovnává k vlaku, který jezdí po vyhraněných kolejích, má přesně vymezené stanice. Přesně ví, kde musí zastavit v předem určený čas. Kdežto náš svět přirovnala k autu. V něm záleží na řidiči, jakou cestou se vydá a kam a jak dlouho pojedě. Auto může zastavit kdykoliv a kdekoliv chce a změnit směr podle vůle řidiče.

Na úplný závěr bych chtěla podotknout, že existují handicap viditelné a neviditelné. Široká veřejnost už se naučila s fyzicky postiženými lidmi dobře spolupracovat a pomáhat jim, kdežto s autistickými dětmi se zatím jednat nenaučila. Na první pohled totiž není zřejmé, že tito autističtí jedinci potřebují stejnou péči a pochopení jako jedinci, u nichž je postižení viditelné na první pohled. Přála bych si, aby se široká veřejnost neustále vzdělávala a sbírala informace o tomto onemocnění. Společnost by se měla snažit těmto dětem porozumět, pochopit jejich odlišný pohled na svět a pomoci jim.

Při práci s dětmi se mi potvrdila domněnka, že ne na každém autistickém dítěti lze na první pohled poznat pervazivní vývojovou poruchu, to je častý příklad u dětí trpících Aspergerovým syndromem.

RESUMÉ

Tato bakalářská práce je zaměřena na charakteristiku autismu, výchovně vzdělávací intervence a podpůrné terapie. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části se nachází 6 hlavních kapitol. V první části nalezneme charakteristiku autismu, jeho historii a příčiny vzniku. Druhá kapitola, se zabývá triádou postižení u dětí s autismem a také nespecifickými variabilními rysy. Ve třetí kapitole se zaměřuji na typy poruch a čtvrtá kapitola se věnuje vývoji dítěte s poruchou autistického spektra. Pátá kapitola popisuje intervenci a výchovně vzdělávací programy pro děti s autismem. V této kapitole vyzdvihnu jeden z neznámějších pedagogických přístupů, známý pod pojmem Teacch program. V poslední kapitole se zaměřuji na podpůrné metody při léčbě autismu. V praktické části uvádím tři kazuistiky chlapců a také popisují cvičení pro děti s PAS, doplněné o obrázky v přílohách.

RESUME

This bachelor thesis is focused on the characteristic of autism, the educational interventions and the supportive therapies. The work is divided into theoretical and practical part.

In the theoretical part there are 6 main chapters. The first chapter contains the characteristic of autism, its history and the causes of its origin. The second chapter deals with the triad of disorders in children with autism, as well as with non-specific variable features. The third chapter focuses on different types of disorders. The fourth chapter describes the development of a child with an Autism Spectrum Disorder. The fifth chapter describes the intervention and educational programmes for children with autism. In this chapter, I am going to highlight one of the most famous educational approaches, known under the term TEACCH programme. The last chapter of the theoretical part is focused on the supportive methods for the treatment of autism.

In the practical part I am going to exemplify the case studies of three boys and I am going to describe some exercises for children with ASD, with pictures in the appendices.

SEZNAM LITERATURY

ATTWOOD, Tony. *Aspergerův syndrom: porucha sociálních vztahů a komunikace*. Vyd. 2. Překlad Dagmar Brejlová. Praha: Portál, 2012. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-262-0193-9.

BEYER, Jannik a Lone GAMMELTOFT. *Autismus a hra: příprava herních aktivit pro děti s autismem*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-157-3.

ČADILOVÁ, Věra a Zuzana ŽAMPACHOVÁ. *Metodika práce asistenta pedagoga při aplikaci podpůrných opatření u žáků s poruchou autistického spektra nebo vybraným psychickým onemocněním*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4453-6.

DE CLERCQ, Hilde. *Mami, je to člověk, nebo zvíře?: myšlení dítěte s autismem*. Vyd. 2. Překlad Miroslava Jelínková. Praha: Portál, 2011. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-888-3.

DOMAN, Glenn J. *Jak pečovat o vaše postižené dítě: kniha, která přinesla naději tisícům dětí*. V Olomouci: Votobia, 1997. ISBN 80-7198-390-X.

GILLBERG, Christopher a Theo PEETERS. *Autismus - zdravotní a výchovné aspekty: výchova a vzdělávání dětí s autismem*. Vyd. 3. Překlad Miroslava Jelínková. Praha: Portál, 2008. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-498-4.

GRIFFIN, Simone a Dianne SANDLER. *300 her pro děti s autismem: rozvíjení komunikačních a sociálních dovedností*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0177-9.

HORT, Vladimír. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.

HOWLIN, Patricia. *Autismus u dospívajících a dospělých: cesta k soběstačnosti*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-499-1.

HOWLIN, Patricia. *Treatment of autistic children*. Chichester: J. Wiley, 1989. Wiley series on studies in child psychiatry. ISBN 0-471-92638-8.

HRDLIČKA, Michal a Vladimír KOMÁREK (eds.). *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. 2., dopl. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0686-6.

JELÍNKOVÁ, Miroslava. *Vzdělávání a výchova dětí s autismem*. Praha: Univerzita Karlova, 2001. ISBN 80-7290-042-0.

JELÍNKOVÁ, Miroslava a Radovan NETUŠIL. *Autismus V.: Hra a hračka v životě dítěte s autismem*. Vyd. 1. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2001.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.

MIŇHOVÁ, Jana. *Psychopatologie pro právníky*. 3., rozš. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2006. Právnické učebnice (Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk). ISBN 80-86898-70-9.

MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.

NESNÍDALOVÁ, Růžena. *Extrémní osamělost*. 2. opr. a dopl. vyd. Praha: Portál, 1995. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-024-3.

NOVOTNÁ, Lenka, Miloslava HRÍCHOVÁ a Jana MIŇHOVÁ. *Vývojová psychologie*. 4. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2012. ISBN 978-80-261-0115-4.

PÁTÁ, Perchta Kazi. *Mé dítě má autismus*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2185-9.

PEETERS, Theo. *Autismus: od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci*. 1. čes. vyd. Praha: Scientia, 1998. ISBN 80-7183-114-X.

PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2004. ISBN 978-80-200-1499-3.

RICHMAN, Shira. *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-102-6.

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem: [vývojová psychologie] : přepracované vydání*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7367-124-7.

SCHOPLER, Eric a Gary B MESIBOV. *Autistické chování*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1997. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-133-9.

SCHOPLER, Eric. *Příběhy dětí s autismem a příbuznými poruchami vývoje: výchova a vzdělávání dětí s autismem : [jak řešit problémy dětí v rodině i ve škole]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-202-5.

SCHOVANEC, Josef. *O kolečko míň: můj život s autismem*. Vyd. 1. Praha: Paseka, 2014. ISBN 978-80-7432-497-0.

STRUNECKÁ, Anna, Blanka URBÁNKOVÁ, Linda CECAVOVÁ a Anděla ŠÁRKOVÁ. *Přemůžeme autizmus?: průvodce pro rodiče, použitelný i pro pediatry, psychiatry a všechny obětavé bytosti, které se snaží pomáhat dětem s autismem*. 1. vyd. Blansko: ALMI, 2009. ISBN 978-80-904344-0-0.

SVOBODA, Mojmír, Dana KREJČÍŘOVÁ a Marie VÁGNEROVÁ. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-566-0.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-889-0.

THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7.

THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.

VOCILKA, Miroslav. *Autismus: [metodická příručka pro učitele speciálních škol a vychovatele ústavů sociální péče pro mentálně postiženou mládež]*. Praha: Tech-market, 1996. ISBN 80-902134-3-X.

VOCILKA, Miroslav. *Výchova a vzdělávání autistických dětí*. 1. vyd. Praha: Septima, 1994. ISBN 80-85801-33-7.

ZELINKOVÁ, Olga. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program: [nástroje pro prevenci, nápravu a integraci]*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2011. Pedagogická praxe (Portál). ISBN 978-80-262-0044-4.

Elektronické zdroje:

KOLÁŘOVÁ, Zdena. *Děti s autismem přibývá. Celoplošná systémová péče však v Česku neexistuje*. In: Zdravotnický deník [online]. 2015 [cit. 2016-02-28]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/04/deti-s-autismem-pribyva-celoplosna-systemova-pecce-vsak-v-cesku-neexistuje/>

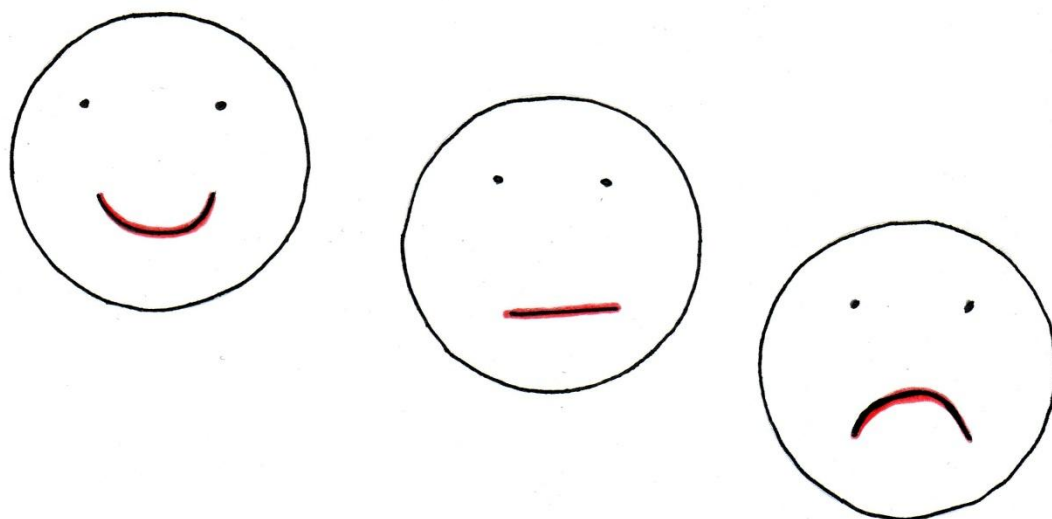
SOLOMON, Olga. *What a Dog Can Do: Children with Autism and Therapy Dogs in Social Interaction*. In: Wiley Online Library [online]. 2010 [cit. 2016-03-09]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1548-1352.2010.01085.x/full>

SEZNAM OBRÁZKŮ

- Obrázek 1: Přivítání
- Obrázek 2: Rozcvička
- Obrázek 3: Holubička
- Obrázek 4: Kolébka
- Obrázek 5: Válení sudů
- Obrázek 6: Kotoul
- Obrázek 7: Zajíček
- Obrázek 8: Hra - puzzle
- Obrázek 9: Dráha
- Obrázek 10: Tunel
- Obrázek 11: Kruhy
- Obrázek 12: Kop na bránu
- Obrázek 13: Hod na koš
- Obrázek 14: Trampolína
- Obrázek 15: Lezecká stěna

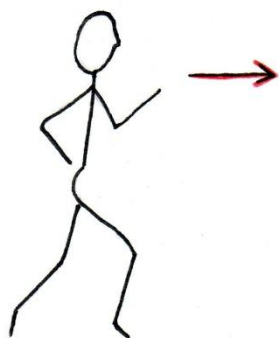
Obrázek 1: Přivítání

PŘIVÍTÁNÍ



Obrázek 2: Rozcvička

ROZCVIČKA



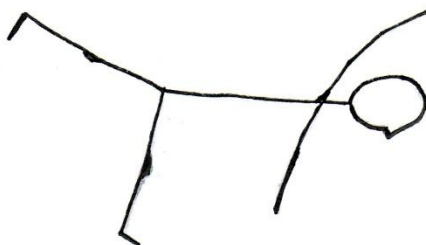
ROZBĚHÁNÍ



KOBEREC

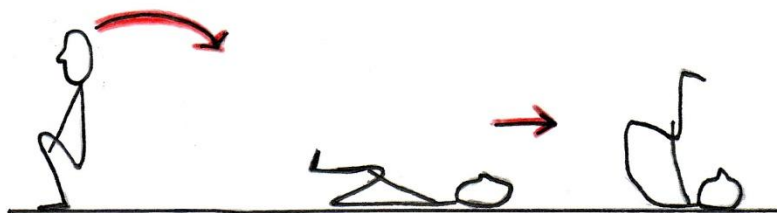
Obrázek 3: Holubička

HOLUBIČKA

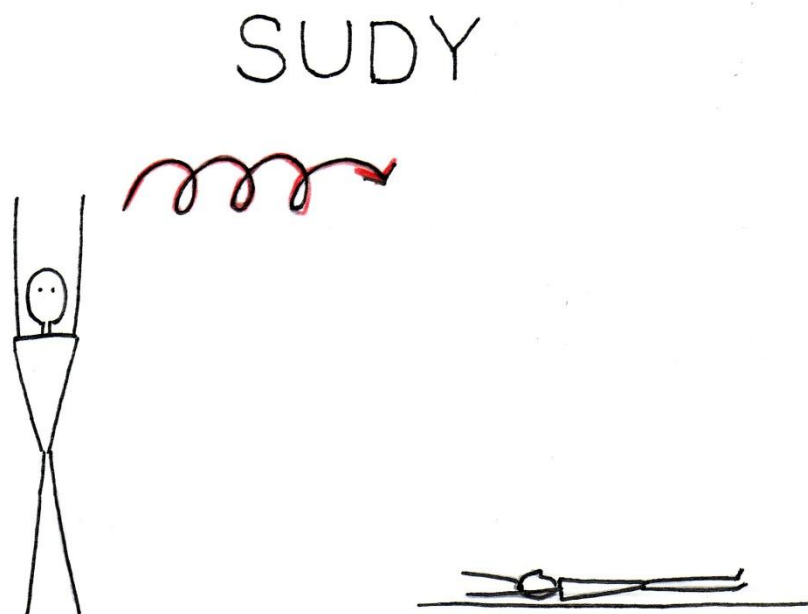


Obrázek 4: Kolébka

KOLÉBKA

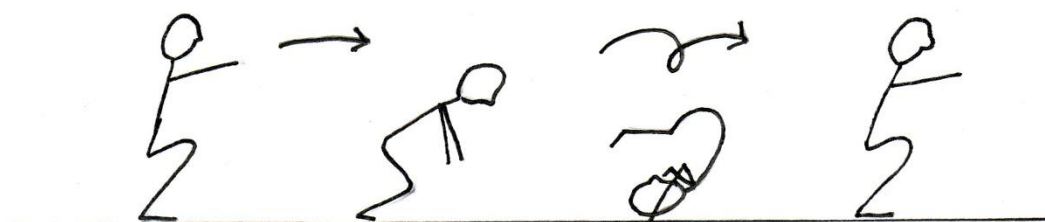


Obrázek 5: Válení sudů



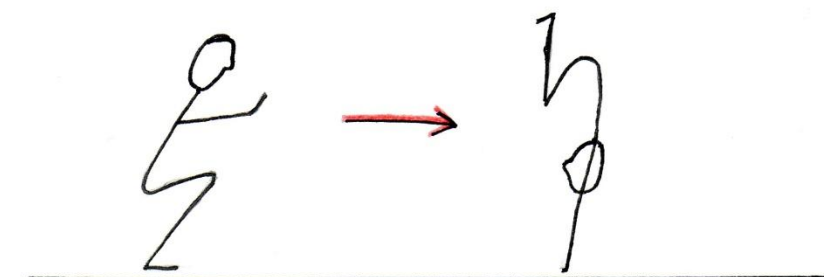
Obrázek 6: Kotoul

KOTOUL



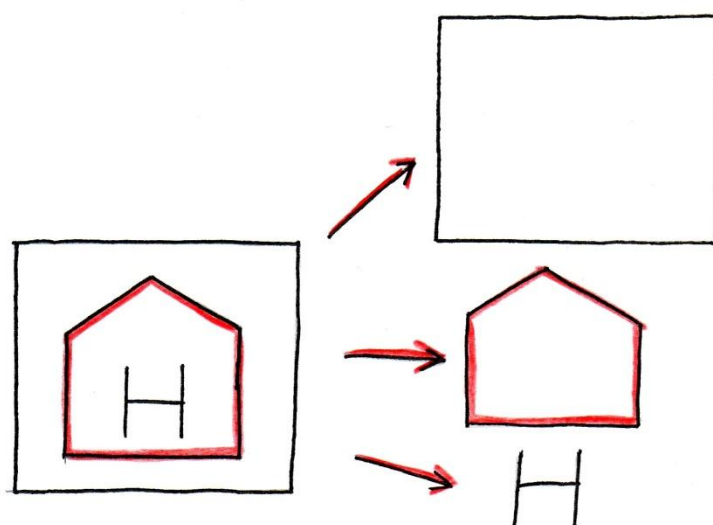
Obrázek 7: Zajíček

ZAJÍČEK



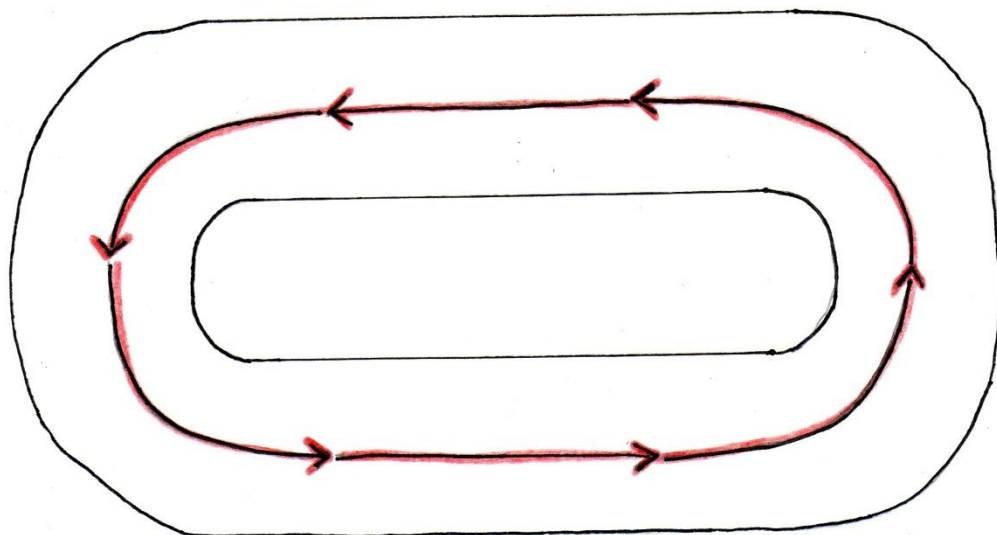
Obrázek 8: Hra - puzzle

HRA - PUZZLE



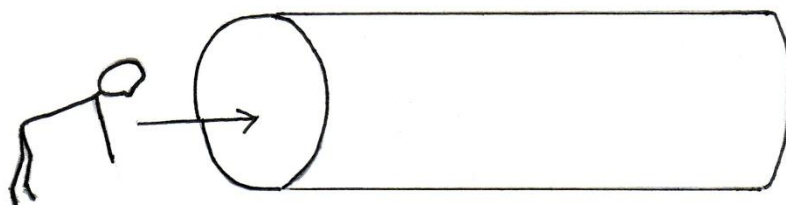
Obrázek 9: Dráha

DRÁHA

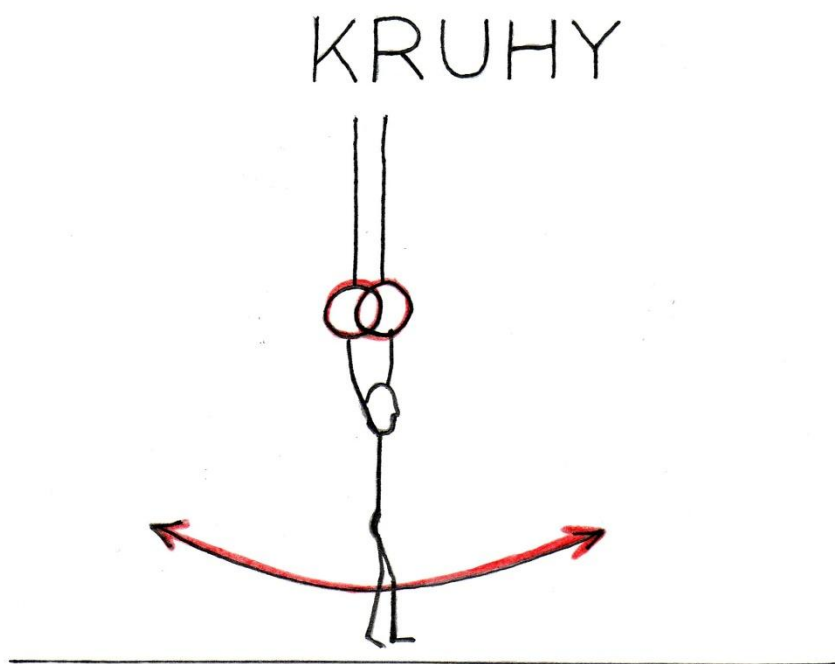


Obrázek 10: Tunel

TUNEL

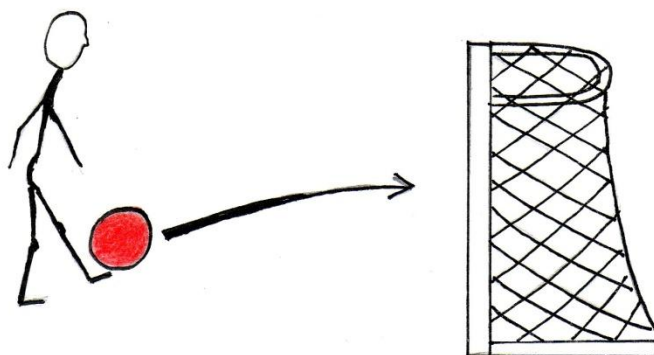


Obrázek 11: Kruhy



Obrázek 12: Kop na bránu

KOP NA BRÁNU



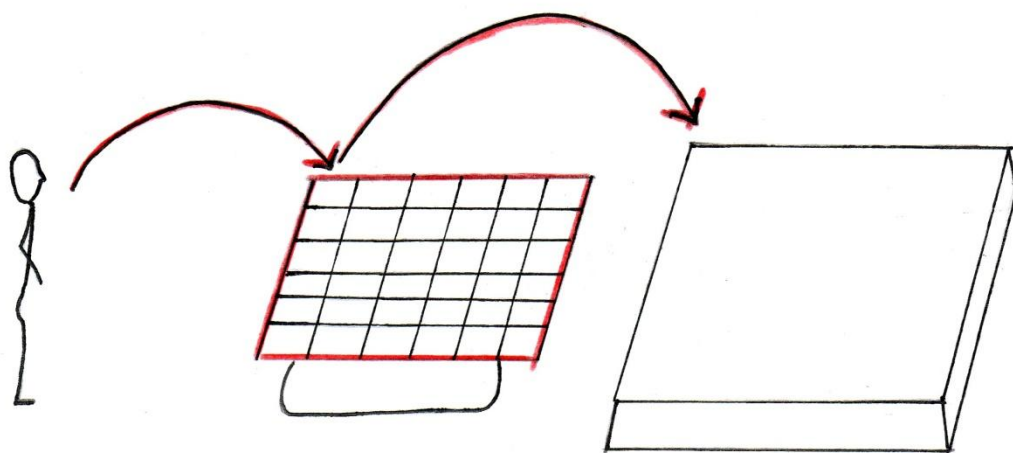
Obrázek 13: Hod na koš

HOD NA KOŠ



Obrázek 14: Trampolína

TRAMPOLÍNA



Obrázek 15: Lezecká stěna

LEZECKÁ STĚNA

