

Univerzita Palackého v Olomouci
Pedagogická fakulta

Poruchy autistického spektra

Lucia Pastieriková

Olomouc 2013



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání
pro konkurenceschopnost

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Tvorba a inovace e-learningových studijních podpor studia speciální pedagogiky
CZ.1.07/2.2.00/15.0439

Oponenti: Mgr. Ing. Ivana Treznerová
Mgr. Kateřina Lacková
prof. PaedDr. Libuše Ludíková, CSc.

1. vydání

© Lucia Pastieriková, 2013

© Univerzita Palackého v Olomouci, 2013

Neoprávněné užití tohoto díla je porušením autorských práv a může zakládat občanskoprávní, správněprávní, popř. trestněprávní odpovědnost.

ISBN 978-80-244-3732-3

Obsah

Úvod.....	5
1 Charakteristika autismu.....	7
1.1 Základní terminologie a vývoj názorů na autismus.....	7
1.2 Etiopatogeneze postižení.....	10
1.3 Symptomatologie postižení.....	13
1.3.1 Problémy v sociálních interakcích a v sociálním chování	14
1.3.2 Problémy v komunikaci	19
1.3.3 Omezení imaginace, stereotypní a repetitivní chování	23
1.3.4 Nеспецифické symptomy	24
1.4 Kognitivní a emoční teorie.....	26
2 Popis jednotlivých poruch.....	33
2.1 Dětský autismus (F84.0)	34
2.2 Atypický autismus (F84.1).....	38
2.3 Rettův syndrom (F84.2)	39
2.4 Jiná dezintegrační porucha v dětství (F84.3)	41
2.5 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84.4).....	43
2.6 Aspergerův syndrom (F84.5)	45
2.7 Jiné pervazivní vývojové poruchy (F84.8)	48
2.8 Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná (F84.9).....	49
3 Diagnostika osob s PAS	53
3.1 Úvodní informace k problematice diagnostiky osob s autismem .	53
3.2 Screeningové a diagnostické nástroje	54
3.2.1 Edukačně-hodnotící profily.....	69
3.3 Psychologické vyšetření.....	70
3.3.1 Vyšetření dítěte s PAS	70
3.3.2 Vyšetření dospělého s PAS	75
3.4 Diferenciální diagnostika	75
4 Péče o osoby s PAS a jejich edukace	81
4.1 Raná péče o osoby s PAS.....	81
4.2 Předškolní a školní vzdělávání osob s PAS	83
4.3 Specifika péče o osoby s PAS a jejich edukace	88
4.4 Péče o dospělé osoby s PAS	92
4.5 Poradenství.....	94
4.6 Specifika lékařské péče o osoby s PAS	95
4.7 Možnosti sociální podpory u osob s PAS v našich podmínkách ..	95
5 Možnosti intervence u osob s PAS.....	99
5.1 Přehled nejběžnějších metod intervence u osob s PAS	99
6 Závěr	111
Seznam použité a doporučené literatury	113
Profil autora studijní opory	117

Úvod

„Kdyby se normální lidé znenadání ocitli na jiné planetě s podivnými neznámými tvory, cítili by se pravděpodobně zastrašeni, nevěděli by, jak se chovat, a určitě by měli potíže porozumět, co si cizinci myslí, cítí a co chtějí, neuměli by správně reagovat. A to je autismus...“ (Jolliffe et al. in Howlin, 2005, s. 72)

Studijní text *Poruchy autistického spektra* je určen studentům a zájemcům, kteří si chtějí rozšířit své poznatky z oblasti péče o jedince s autismem. Text je koncipován jako studijní opora pro všechny obory speciální pedagogiky v prezenční, kombinované i v distanční formě studia.

Cílem studijního textu je seznámit studenty s problematikou autismu. Po jeho prostudování by měl být čtenář schopen charakterizovat autismus, jedince s autismem a jeho projevy, popsat poruchy příbuzné autismu a jeho diagnostická kritéria. Současně by měl získat přehled o možnostech výchovy a vzdělávání osob s autismem a dále možnostech pomoci a podpory ze strany státu, rodiny a organizací, které se problematikou autismu zabývají.

Rozsah studijní opory zprostředkovává komplexní pohled na problematiku autismu. Vzhledem k obšírnosti této problematiky však neumožňuje podrobnější analýzu jednotlivých tematických oblastí. V případě hlubšího zájmu o tuto problematiku bude vhodné prostudovat rovněž doporučenou literaturu, na niž v textu odkazujeme.

Pro snadnější orientaci jsou v publikaci použity ikony, které text vizuálně zpřehledňují, a usnadňují tak jeho zapamatování.

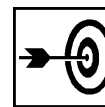
K orientačnímu prostudování celého textu budete potřebovat přibližně čtyři hodiny. Nicméně čas věnovaný studiu jednotlivých kapitol se bude odvíjet také od doby, kterou strávíte samostudiem doporučené literatury.

Přeji příjemnou četbu a doufám, že informace prezentované v této studijní opoře budou pro vás zajímavé a podněcující. Zajímavé v tom smyslu, že porucha autismus je natolik různorodá, že budete neustále objevovat nové věci, a podněcující v tom směru, že informace získané v textu vám, pevně věřím, pomohou usnadnit práci s osobami s autismem v praxi.

Autorka

1 Charakteristika autismu

Cíle



Cílem této kapitoly je seznámit studenty a další zájemce s charakteristikou autismu, s pohledem na historický kontext autismu a s jeho terminologickým vymezením. Zároveň si klademe za cíl posílit porozumění symptomatickým projevům, které autismus provázejí, a vysvětlit, jaký dopad mají dané projevy na život samotných jedinců s autismem. Těžiště textu je kladeno na popis symptomatických projevů poruchy a charakteristiku kognitivních a emočních teorií, na jejichž základě můžeme lépe pochopit jednotlivé projevy jedinců s autismem.

Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- charakterizovat autismus a jedince s autismem;
- orientovat se v základních termínech jako autismus, porucha autistického spektra či pervazivní vývojová porucha;
- pochopit a dokázat popsat charakteristické projevy dané poruchy.

Průvodce studiem



Předpokládáme, že s pojmem autismus jste se již setkali. Jedná se o termín, který je v současnosti považován za něco nového či moderního. Avšak opak je pravdou. Pojem autismus použil poprvé Eugen Bleuler již v roce 1911, aktuálně bychom tedy mohli tvrdit, že letos oslavuje už své sté narozeniny. Abyste lépe pronikli do tajů autismu, bude nutné vás nejprve provést terminologií a historií autismu a teprve potom se zaměříme na bližší a podrobnější charakteristiku. Pro lepší porozumění dané problematice jsme se rozhodli propojit teoretické informace s ukázkami výpovědí osob s autismem, především s Aspergerovým syndromem, které jsou v textu označeny kurzívou. K ověření porozumění obsahu naleznete na konci kapitoly kontrolní otázky a úkoly. V případě zájmu o hlubší studium některých konkrétních aspektů naleznete v závěru kapitoly seznam doporučené literatury.

1.1 Základní terminologie a vývoj názorů na autismus

Mezi nejčastěji se vyskytujícími termíny, se kterými se v souvislosti s danou problematikou běžně setkáváme, jsou **autismus**, **poruchy autistického spektra** a **pervazivní vývojové poruchy**. Dané termíny nahradily v minulosti užívané pojmy jako autistická psychóza, časný infantilní autismus, raný dětský autismus či autistické rysy. Pro lepší orientaci považujeme za nezbytné si je blíže specifikovat. Budeme vycházet z historického vývoje nazírání na danou poruchu.

- Autismus* Pojem **autismus** je odvozen z řeckého slova *autos*, které znamená „sám“, a přípony *-ismus*, která označuje stav, směr nebo orientaci (Vocilka, 1996).
- Eugen Bleuler* Daný výraz poprvé použil již v roce **1911** švýcarský psychiatr **Eugen Bleuler**. V jeho pojetí představoval autismus odpoutání od reality spolu s relativní nebo absolutní převahou vnitřního života. V tehdejší době označoval pojem „autistický“ takového schizofrenického pacienta, u něhož byla charakteristická především silná orientace na vlastní osobu a stažení se ze sociálního života (Némethová, 2004).
- Leo Kanner* Jako samostatná nemoc odlišující se od schizofrenie a začínající v dětství byl autismus popsán americkým psychiatrem Leem Kannerem v roce 1943 ve vědecké publikaci *Autistické poruchy afektivního kontaktu (Autistic Disturbances of Affective Contact)* (ibid., 2004). V ní Kanner uveřejnil výsledky svého pětiletého pozorování 11 dětí, které vykazovaly v chování množství společných znaků, ale nespĺňovaly diagnostická kritéria žádné do té doby známé kategorie psychických onemocnění. Kanner popisoval děti s autismem jako extrémně osamělé a uzavřené ve svém vlastním světě. „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.“ (Kanner in Thorová, 2006, s. 36)
- Hans Asperger* Přibližně ve stejné době (konkrétně v roce 1944) jako profesor Kanner publikuje svou práci o autistické psychopatii i vídeňský pediatr Hans Asperger (*Autističtí psychopati v dětství – Autistische Psychopathen im Kindersalter*). Avšak kvůli nepříznivému období, ve kterém publikace vznikla, musela jeho objevná pozorování na svůj úspěch ještě počkat, a to až do devadesátých let 20. století (Attwood, 2005).
- Hans Asperger se věnoval dětem s mírnějšími formami poruchy. Vycházel z výsledků své disertační práce, v níž se u čtyř chlapců věnoval studiu jejich chování. Syndrom považoval za poruchu osobnosti. U dětí popisoval potíže v sociálním chování, zvláštnosti v komunikaci při bohatě rozvinuté řeči, vysokou míru intelektu, motorickou neobratnost, ulpívavé a omezené zájmy. Kládl důraz na specifickou psychopatologii sociální interakce, řeči a myšlení. Pojem autistická psychopatie byl později nahrazen termínem Aspergerův syndrom, který použila poprvé v roce 1981 britská lékařka Lorna Wingová (Thorová, 2006).
- I navzdory tomu, že kontakt obou zmíněných lékařů byl vzhledem k válečné situaci jen stěží uskutečnitelný, je analogie mezi popsanými poruchami (Aspergerův syndrom a autismus bez mentální retardace) až zarážející (Jelínková, 2010).

Později došlo ke změně v odborné terminologii a termín autismus byl nahrazen výrazem **dereistické myšlení**. Nicméně termín autismus se pro označení dílčího symptomu psychózy používá i v současnosti. I v řadě slovníků nalezneme pod pojmem autismus definici vztahující se ke schizofrenii (Thorová, 2006).

Pro zájemce



Psychologický slovník (Hartl, Hartlová, 2000, s. 63) definuje autismus jako „*stažení se do sebe, zapadnutí do sebe, sociální izolaci, egocentrické, ne-realistické myšlení, snění...*“. Z pedagogického pohledu je autismus „*vývojovou poruchou, která se projevuje neschopností komunikovat a navazovat kontakty s okolím. Postižený vyjadřuje svá přání a potřeby s těžkostmi a nechápe, že mu ostatní nerozumějí. Uzavírá se do vlastního světa a projevuje se jako extrémně osamělá bytost.*“ (Průcha, Walterová, Mareš, 2003, s. 21–22) Podle *Defektologického slovníku* je možné charakterizovat autismus autistickým nebo dereistickým myšlením (z lat. *res* – věc), jehož obsahem je fantazijní produkce nabývající někdy charakter denního snění. K takovým stavům je možné dojít také u „normálních“ lidí. Chorobný autismus se vyskytuje jako součást některých duševních poruch. V takovém případě autistické myšlení trvá dlouhou dobu a nedá se změnit vnějšími vlivy. V extrémních případech nám může jeho pozorování připomínat existenci jediného „živého“ v okolním mrtvém světě (Edelsberger et al., 2000).

Šedesátá a sedmdesátá léta přinesla mnoho výzkumných studií, na základě kterých představuje autismus vývojovou poruchu, jejíž příčinu musíme hledat v organické, biologické a somatické oblasti. Z jejich podnětu byl revidován i mezinárodní klasifikační systém, v rámci něhož byl **autismus zařazen mezi pervazivní vývojové poruchy**, nikoli mezi duševní onemocnění (Jelínková, 2010). Richman a Shira (2006) upozorňují na významný posun z hlediska definování a zakotvení autismu – v roce 1977 publikovala Americká autistická společnost první definici autismu a o tři roky později zahrнула Americká psychiatrická asociace definici autistického syndromu do diagnostického a statistického manuálu (DSM-III, 1980). Tato verze byla později upravena (DSM-IV, 1994).

Oficiálním potvrzením dané diagnózy se tedy stal americký diagnostický manuál DSM-III (1980), kde se poprvé objevila skupina narušení vývoje mnoha základních psychologických funkcí a byla nazvána „**pervazivní vývojové poruchy**“ (pervasive developmental disorders). První, i když ne příliš známou prací vztahující se k problematice pervazivních vývojových poruch je práce vídeňského pedagoga Hellera ze začátku 20. století, ve které popsal děti s tzv. infantilní demencí. Tato porucha je dnes v MKN-10 popsána jako „jiná dezintegrační porucha v dětství“. (Hrdlička, Komárek, 2004)

Pervazivní vývojové poruchy PDD

Pervazivní vývojové poruchy patří k nejzávažnějším poruchám dětského mentálního vývoje. Slovo **pervazivní** znamená vším pronikající a vyjadřuje fakt, že vývoj dítěte je narušený v mnoha oblastech. Dítě vnímá, prožívá, a v důsledku toho se i chová jinak (Thorová, 2006).

Daný pojem podle Némethové (2004) znamená, že duševní abnormality vstupují do všech oblastí myšlení a jsou pronikavým rysem chování dítěte ve všech situacích. Reflektuje v sobě trvalost projevů, postižení mnoha psychických funkcí (na rozdíl od specifických vývojových poruch) a výskyt symptomů, které jsou kvalitativně odlišné od normálního vývoje. Představuje poruchu, při které jsou smyslové orgány primárně bez defektu, ale přijímané informace jsou zpracovávány defektním způsobem.

Ve shodě s Jelínkovou (2010) můžeme tedy na základě uvedených informací usoudit, že termín pervazivní vývojová porucha vystihuje podstatu postižení daleko lépe než samotný termín autismus.

Porucha autistického spektra – PAS

Vycházíme-li z medicínské definice, je autismus řazen mezi pervazivní vývojové poruchy. Nově se však můžeme setkat i s pojmem poruchy autistického spektra (PAS) sloužícím k popisu celé skupiny poruch (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007), který se v České republice těší poměrně velké oblibě.

1.2 Etiopatogeneze postižení

Konkrétní, specifická příčina autismu není doposud známa. Navzdory mnohým výzkumům zabývajícím se možnými příčinami jeho vzniku doposud nemůžeme mluvit o jednoznačné etiologii. Komplexnost a vysoká variabilita symptomů poruch autistického spektra se odráží ve velkém množství poruch s mnoha příčinami.

„Chladná“ výchova rodičů

Jednou z mylných teorií vysvětlujících etiologii autismu byla například psychoanalytická (psychogenní) teorie. Jejím základem byl předpoklad, že autismus je emocionální porucha projevující se uzavřeností jako reakcí na podvědomě odmítavý a **negativní postoj rodičů**, především matek. Principem léčení autismu, na základě této teorie, bylo odebrání dítěte rodičům a jeho umístění do psychiatrické léčebny, kde byla jako jediná správná terapie indikována psychoterapie spojená s medikací (Jelínková, 2010).

Přestože je dnes tato teorie překonána a její irelevantnost je podložena velkým množstvím empirických výzkumů, zanechala řadu negativních důsledků postihujících jak rodinu, tak i samotné dítě s autismem.

Pro zájemce



Myšlenku o „matce chladniče“ vyslovil a popularizoval Leo Kanner v roce 1943. Své přesvědčení o příčinách autismu ve smyslu nedostatku mateřského tepla a lásky, chladu rodičů a omezené péče při uspokojování materiálních potřeb propagoval po celý život. V tomto názoru ho podpořil i americký profesor Bruno Bettelheim z univerzity v Chicagu. Se změnou zmíněné teorie je pak spojováno jméno psychologa Bernarda Rimlanda, který sám byl otcem dítěte s autismem (Strunecká, 2009).

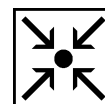
Vliv prostředí považoval za příčinu autismu i Nikolaas Tinbergen. Podle jeho modelu jsou osoby s autismem obětmi **stresu** – tlaku prostředí – a trpí poruchou afiliace (chorobného vyhledávání společnosti lidí) v důsledku úzkostné neurózy. Ačkoliv v jeho názoru dochází k záměně příčiny s následkem, považují Hrdlička a Komárek (2004) Tinbergenův „behaviorálně-etologický“ model za přínosný, a to zejména v kontextu rituálního autistického chování, které může být v neznámém prostředí nebo situaci aktivováno stresem.

Tinbergenův „behaviorálně-etologický“ model

Celá řada neurochemických studií mozku prokázala, že existuje několik variant mozkových dysfunkcí, které vedou k úplnému rozvinutí autistického syndromu. Z historického hlediska lze mezi představitele **neurobiologického modelu** řadit Bernarda Rimlanda, Gillberga a Minsheva (Hrdlička, Komárek, 2004). Abnormality mozku mohou být podle Gillberga a Peeterse (2008) prokázány pomocí CAT-scanu (computed axial tomography) nebo MRI-scanu (magnetic resonance imaging). Podle profesora Gillberga jsou nervové buňky v mozku člověka postiženého autismem pravděpodobně „více izolované“ než v mozku zdravého jedince, což hraje důležitou roli při vývoji sociálních a komunikačních interakcí. U autistických osob je rovněž zpomalena nebo zcela absentuje koordinace obou mozkových hemisfér. V důsledku toho se u osoby s autismem zapojí do procesu zpracování informace pouze pravá hemisféra a do paměti si pak uloží jen aktuálně vnímané informace bez jejich hlubší analýzy (Jelínková, 2010).

Neurobiologický model

Příklad



Pro lepší pochopení rozdílu mezi vnímáním a zpracováváním informací v mozku zdravého člověka a člověka s autismem přinášíme následující příklad, který uvádí Jelínková (2010, s. 3–4; srov. Gillberg, Peeters, 2008): „Ke skupině zdravých lidí můžeme pro tento příklad přidat postižené s afázií a postižené s mentální retardací. Obě tyto skupiny postižených mají stejně jako děti s autismem velké problémy v oblasti komunikace. Tyto problémy jsou však kvalitativně odlišné od problémů postižených s autismem. Máme-li na stole pomeranč, jablko a míček stejné velikosti, pak pravá hemisféra mozku zdravého člověka, ale i člověka s mentální retardací nebo afázií, za-

registruje, že na stole leží tři kulaté předměty stejné velikosti. Tato hemisféra je odpovědná za syntézu, přebírá tedy podněty bez analýzy. U zdravého, mentálně retardovaného i afatického člověka se do procesu zapojí i levá hemisféra, odpovědná za analýzu vnímaného, a sdělení dostane smysl. Tři kulaté předměty jsou hračka (míček) a ovoce (pomeranč a jablko)... Můžeme tedy říct, že zatímco dítě zdravé každou zkušenost či informaci využije ke svému prospěchu, dítě s autismem zkušenost pouze opakuje a k pochopení sdělení potřebuje delší čas. V oblasti komunikace hovoříme o echolálii, v oblasti sociálních vztahů o echochování či echopraxii.“

O korelaci funkčních nálezů centrálního nervového systému a autistické patologie však existuje jen minimum prací. Příčinou této situace je pravděpodobně metodologický problém s udržením dostatečné spolupráce a pozornosti lidí s autismem při vyšetřeních (Hrdlička, Komárek, 2004). Existují však studie, které kromě neurologické podstaty kladou důraz také na vývojový faktor, jakož i na psychodynamický koncept interaktivní autoorganizace vyvíjejícího se mozku (Eigsti, 2003; Eigsti, Shapiro, 2003; Webb, 2001, in *ibid.*, 2004).

Genetické predispozice

Existuje předpoklad, že jistou roli při vzniku poruch autistického spektra sehrávají **genetické predispozice** (Folstein, 2003; IMGSAC, 2001; Muhle, 2004, in Thorová, 2006). Již Asperger zjistil, že většina dětí s „autistickou psychopatií“, která byla předmětem jeho zkoumání, měla alespoň jednoho z rodičů s podobnými osobnostními rysy. Množení poruch autistického spektra v rámci rodin je podloženo nejen mnohými studii rodin a dvojčat, ale také molekulárními genetickými studii, které argumentují právě genetickým základem autismu (Preißmann, 2010; Gillberg, Peeters, 2008). Přestože dědičnost nebyla u autismu dodnes prokázána, jak píše Jelínková (2010), odborníci soudí, že se dědí určitý typ kognitivní neschopnosti nebo sociálního deficitu, což za určitých okolností vede k plnému rozvinutí autistických symptomů. Také u velmi inteligentních partnerů, kteří mají podobné charakterové vlastnosti, je vyšší tendence k výskytu autismu u jejich dětí. Z uvedené studie (Bazeghi, 2008) je zřejmé, že inženýři mají v sobě velké množství abstraktních, lineárních, jakoby autistických myšlenkových tendencí. Strunecká (2009) však považuje roli genetiky v současné epidemii autismu za přeceňovanou. Větší podíl na vzniku poruchy podle ní mají interakce mezi genetickou náchylností a faktory prostředí, které ovlivňují vývoj mozku a chování.

Extrémně nezralí novorozenci

Zajímavé výsledky přinesla studie realizovaná na souboru **extrémně nezralých novorozenců**, která prokázala vyšší riziko výskytu poruch autistického spektra u této populace dětí ve srovnání s dětmi narozenými v termínu. Jmenovaná studie prokázala nejen zvýšenou prevalenci poruch autistického spektra, ale i to, která ze skupin předčasně narozených novorozenců nese s sebou největší riziko pro vznik autismu. Jedná se zejména o kategorii novorozenců s nějakým postižením. Je prokázáno, že mozek extrémně nezralých dětí má ve srovnání s dětmi narozenými v termínu odlišný vývoj, a vznik autismu je spojován s vysokou frekvencí kognitivních problémů v dětství (Stejskalová, 2010).

Rodný (2006) upozorňuje ještě na jeden faktor, který se může spolupodílet na vzniku poruch autistického spektra, a tím je **věk otce**. U mužů po čtyřicítce hrozí větší riziko zplození dítěte s autismem.

Věk otce

Na závěr poukážeme na tzv. „spouštěcí mechanismy poruch autistického spektra“, o kterých se zmiňuje Hoffman (2008). Řadí mezi ně **prostředí** (např. olovo, rtuť, hliník, toluen apod.), **stravu** (nedostatek vápníku, hořčíku, železa apod.), **metabolické obtíže** (nedostatečná detoxikace ledvinami, abnormality v režimu aminokyselin apod.), **narušení funkcí štítné žlázy**, **střevní nemoci** (propustnost střev, přebytek kvasinek, bakteriální toxiny apod.), **alergie a imunologické aberace** (infekce, očkování apod.).

Další příčiny

Podle uvedených, a značně rozporuplných, důkazů a výsledků výzkumů je zřejmé, že se nedá mluvit o jednoznačné příčině autismu, ale o souhrě mnoha faktorů. Rozdílná stanoviska v oblasti příčin mohou být i důsledkem velmi různorodé skupiny osob s poruchou autistického spektra. Statisticky se počet dětí s autismem pohybuje mezi 3–4 postiženými (případně 2–10) dětmi na 10 000 zdravých (Hrdlička, 2008; Vágnerová, 2008; Wing, 1993). Dětský neurolog Komárek však uvádí, že dané číslo představuje statistický údaj ze 70. let. V 90. letech se zvýšil počet dětí s autismem na 30 / 10 000. V současnosti je tento počet mnohem vyšší. Důkazem je i průzkum z roku 2009, který uvádí až 90 osob s autismem na 10 000 zdravých (Komárek, 2010; Thorová, 2006). Zastoupení mužů a žen s poruchou autistického spektra je uváděno v poměru 4 : 1. Některé studie, jak uvádí Jelínková (2010), však poukazují na nižší poměr, což může být důsledkem rozvinutější řeči a sociálních vztahů u dívek ve srovnání s chlapci, rovněž okruh zájmů není u dívek tak omezený, díky čemuž dochází k zastírání autistických symptomů.

Prevalence

1.3 Symptomatologie postižení

„Autismus je jediné slovo pro celou řadu kombinovaných, zásadních problémů, a proto vymezení, které platí pro jednu osobu, není použitelné pro jinou.“ (Williams, 2009, s. 211)

Přestože odborníci používají pojem autismus pro označení vývojové poruchy, která se netýká schizofrenie, vyvolává daný termín řadu nejasností a často dochází ke spojování syndromu autismu se symptomem extrémní uzavřenosti.

Extrémní uzavřenost

Každopádně uzavřenost je možnou, nikoli však nevyhnutelnou základní charakteristikou autismu. *„Samo slovo autismus neříká nic o způsobu chápání okolního světa, o zvláštním zpracovávání informací, o myšlení postižených. Autistický handicap má svoji podstatou blíž k slepotě či hluchotě než k plachosti nebo uzavřenosti.“ (Jelínková, 2010, s. 2)*

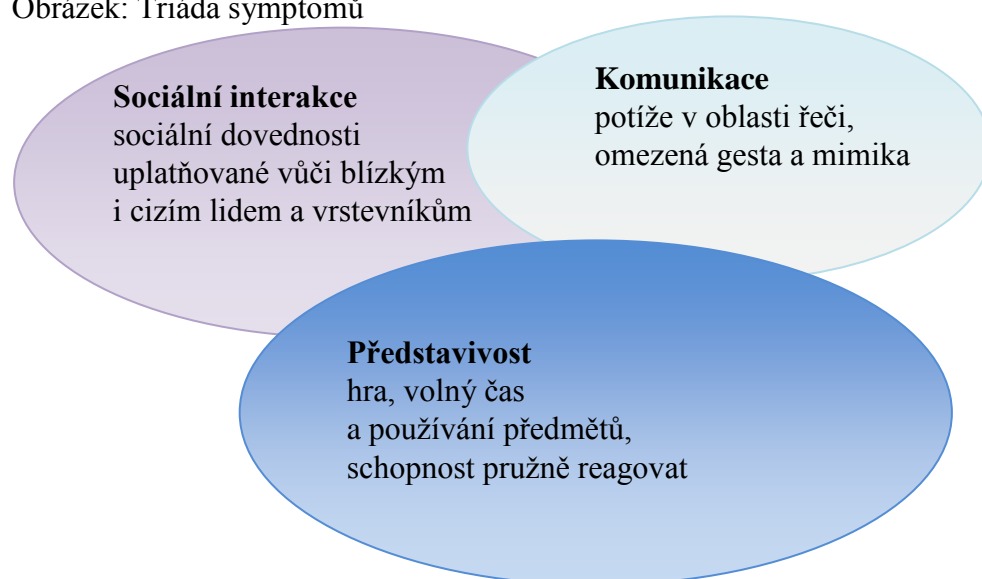
Autismus se začíná projevovat již v raném dětství a způsobuje samotnému člověku s poruchou autistického spektra (dále jen PAS) značné problémy

v oblasti sociálního fungování. Běžná společnost často nejenže nechápe, odsuzuje a kritizuje, současně však není ani připravena na zvláštní projevy chování, které s sebou diagnóza autismus přináší (Pátá, 2008).

„Triáda“ symptomů

Přestože nenajdeme dvě osoby, které by disponovaly stejnými projevy, vzhledem k existenci široké škály různých kombinací symptomů se všechny současné uznávané diagnostické systémy (DSM-III-R, DSM-IV, MKN-10) shodují v tom, že pro diagnózu autismus je nutná přítomnost postižení ve třech oblastech, a to **omezení recipročních sociálních interakcí**, **omezení reciproční komunikace** (verbální i neverbální) a **omezení imaginace**, které se projeví omezeným repertoárem chování. Wingová (in Gillberg, Peeters, 2008) označuje tyto tři skupiny specifických symptomů, pakliže se objevují společně, jednoduše jako „triádu“.

Obrázek: Triáda symptomů



Pro zájemce

Zajímavý názor na předkládanou „triádu“ projevů má Opekarová (2010), která za základní symptomy považuje pouze dva, a to kvalitativní narušení v oblasti komunikace a v oblasti myšlení a imaginace. Narušení v oblasti chování pokládá spíše za důsledek dvou uvedených limitovaných oblastí.

1.3.1 Problémy v sociálních interakcích a v sociálním chování

Již od prvních dnů života dítěte dochází k posilování, a tím i k větší diferenciaci sociálního chování, jako je sociální úsměv či zrakový kontakt. Podle Thorové (2006) se hloubka poruchy sociální interakce u jednotlivých dětí s PAS výrazně liší. Jednoznačně je možné konstatovat, že sociální intelekt je vždy ve srovnání s mentálními schopnostmi člověka s autismem v hlubokém deficitu.

U dětí s PAS se můžeme setkat s celou škálou sociálního chování, která má dva extrémní póly. „Pól osamělý, kdy se dítě při každé snaze o sociální kontakt odvrátí, protestuje, stáhne se do koutka *nebo zaleze pod stůl, zakrývá si oči nebo uši, hučí a třepe rukama před tváří nebo se věnuje manipulaci s nějakým předmětem. Protikladem je pól extrémní, nepřiměřené sociální aktivity, kdy se dítě s autismem snaží navázat sociální kontakt všude a s každým, necítí vůbec sociální normu, dotýká se lidí, upřeně jim hledí do tváře a hodiny jim dokáže vyprávět o věcech, které je nezajímají nebo obtěžují.*“ (ibid., 2006, s. 63)

Osamělý a extrémní typ dítěte s PAS

Ze zkušenosti víme, že většina lidí s autismem o sociální styk stojí, avšak nejistota a neschopnost přiměřeně navázat kontakt se navenek projevuje naopak jako nedotknutelnost a odtažitost, což navázání sociálních kontaktů výrazně komplikuje. Při pokusech o vytváření sociálního chování využívají tyto osoby prostředky, které jsou odlišné od prostředků intaktní populace. Charakteristickým rysem je absence sociálního porozumění. „*Nevěděla jsem, jak se navazuje přátelství, takže jsem děvče začala častovat všemi vulgárními výrazy, které jsem znala... Děvče mě začalo honit a honilo mě několik bloků. Pak se mu podařilo mě chytit. Zdálo se, že mi nafackuje, ale potom ji napadlo, aby se mě nejdřív zeptala, proč jsem ji tak vytrvale trápila. Chtěla jsem být tvou přítelkyní, vykřikla jsem nahněvaně.*“ (Howlin, 2005, s. 74)

Příklad

Samota versus touha po kontaktu

Dostupné z: <http://www.youtube.com/watch?v=BFixDT5c-Eg&NR=1>.

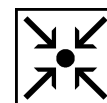
Tvrzení, že osoby s autismem se vyhýbají zrakovému kontaktu, se snaží vyvrátit Volkmar a Mayes (in Doherty-Sneddon, 2005), podle nichž autistické děti navazují zrakový kontakt s druhými lidmi ve stejné míře jako intaktní část populace, nikoli však v obvyklých chvílích během interakce.

Zrakový kontakt

Sociální vztahy jsou pro lidi s PAS složitější a náročnější než komunikace. Ve většině případů jsou sociální vztahy iniciovány prostřednictvím zrakového kontaktu. Osoba s autismem je tudíž znevýhodněna již v této fázi, protože nemá daný prostředek plně k dispozici. Podle Jelínkové (2010, s. 25) si „*sociální chování žádá daleko větší flexibilitu a dokonalejší schopnost abstraktního pohledu, než poskytne lidem s poruchou autistického spektra (dále jen PAS) jejich nepružný kognitivní styl.*“

Sociální vztahy

Je důležité uvědomit si, že zhoršení v oblasti sociální existence a vztahů je kvalitativní a nemusí se jednat o absenci sociálního chování. Děti s PAS obvykle působí jako chladné, udržující si odstup. Někdy jsou charakterizovány jako nápadně klidné a hodné, dávají přednost sebeobsluze s tendencí k předčasnému učení potřebným schopnostem, bývají popisovány jako samostatné, častěji tíhnou ke starším a dospělým osobám, jindy naopak k dětem mnohem mladším (Ošlejšková, 2006).



„Zavrhla jsem do značné míry interaktivní kontakt, protože jeho běžně společensky invazivní a intelektuálně dráždivý charakter mě okrádal o bezpečí, které jsem nacházela ve své schopnosti ztrácet se v barvách, zvycích, pravidelných strukturách a rytmech. Tento svět vnímání ve strukturách, tématech a dotycích byl uklidňující svatyní ve srovnání s emočně dráždivou hrozbou důvěrnosti a blízkosti. Pro ty, kteří mluví o odcizení, jsem se, jestli tomu rozumím, už narodila světu odcizená a později jsem se ve svých reakcích na ‚svět‘ odcizila sobě.“ (Williams, 2009, s. 209)

Neschopnost porozumět nevhodnému chování vůči nim

Kromě navazování sociálních kontaktů dělá lidem s autismem problémy rozlišit, kdo se vůči nim chová nevhodně nebo je nezdvořilý. Proto se stávají snadnou obětí podvodů a lstí jiných lidí (Vatre, 2006).

Schopnost porozumění a reagování na emoce druhých

Další oblastí, kterou bychom rádi zmínili, je porozumění emocím druhých osob a správné reagování na ně. Názory, že osoby s autismem emoce nemají, vyvracejí zkušenosti lidí přicházejících s nimi dennodenně do kontaktu. Jejich život naopak určují velmi silné a pestré emoce, nicméně jen málo lidí s autismem dokáže sdílet svou radost s ostatními. Obtíže s empatií se projevují také v neschopnosti uvědomit si dopad svého chování či reakce. Problémy s porozuměním pocitům se však netýkají pouze emocí ostatních, ale těch vlastních. Navzdory tomu, že je naučíme rozeznávat emoce například podle fotografií a obrázků, nemůžeme mít jistotu, že jim skutečně rozumí a budou je umět adekvátně použít v konkrétní situaci. Podle Thorové (2006) se však za zdánlivou nevšímavost a odměřenost skrývá nejistota a neschopnost dítěte s PAS přiměřeně navázat kontakt.

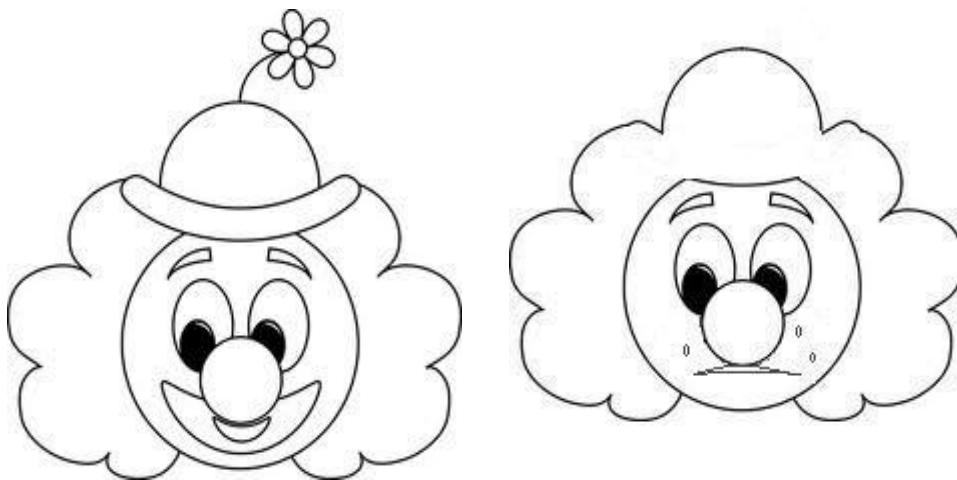
„Byla jsem si jistá, že city mám, ale při komunikaci s jinými lidmi jaksí nenasakovaly. Začala jsem být stále víc frustrovaná, hrubá a sama sobě nebezpečná.“ (Williams, 2009, s. 54)



Příklad

„Ukážeme-li následující obrázek intaktnímu dítěti (nebo dítěti s jiným postižením), pak na otázku, čím se od sebe liší, odpoví, že jeden obličej se směje a druhý pláče. Dítě s autismem není schopno vnímat rozdíl ve výrazu obličeje vyjadřující emoce a odpoví, že jeden má klobouk, a druhý ne. Výraz obličeje mu neříká nic a dítě s autismem nepřizpůsobí své chování výrazu obličeje komunikačního partnera.“ (Jelínková, 2010, s. 12)

Obrázek: Emoce



Jak uvádí Howlin (2005, s. 82), „někdy není chování osoby s autismem špatné samo o sobě, ale v určitém prostředí nebo kontextu působí nevhodně, což je projevem malé schopnosti integrovat různé způsoby a techniky komunikace“. S daným tvrzením souhlasí i Attwood (in Doherty-Sneddon, 2005), když poukazuje na skutečnost, že lidé s Aspergerovým syndromem, jako jednou z poruch autistického spektra, si oproti intaktním dětem méně uvědomují osobní prostor a zásady dodržování komunikační vzdálenosti.

Podle Vermeulena (2006) jsou osoby s autismem „konkrétní“ lidé: pozorují to, co je konkrétní, viditelné, reálné. To znamená, že jsou určitým způsobem uvězněny v konkrétních pozorováních. Vztahy a koherence jsou naopak neviditelné entity, jsou abstraktní a jejich pochopení vyžaduje schopnost analyzovat to, co vidíme, cítíme, slyšíme, vnímáme, stejně jako velkou dávku intuice. Z tohoto důvodu jsou lidé s autismem určitým způsobem slepí vůči vztahům.

Konkrétnost vnímání a myšlení

Pro osoby s autismem je velmi důležité dostávat jasné instrukce a přidržovat se formálních pravidel. Problémem proto zůstává sociální život, vztahy s ostatními lidmi, protože se nevejdou do běžných schémat a šablon. Svědčí o tom také vyjádření mladého muže s autismem: „*Sociální život je těžký, protože nefunguje podle dané předlohy. Když si už myslím, že začínám určitou myšlenku chápat, změní se okolnosti, dokonce miniaturně, a na tom opět vidím, že předloha nezůstává stejná, ale stále se mění.*“ (ibid., 2006, s. 41–42)

Lorna Wingová (in De Clerq, 2007) v této souvislosti hovoří o tzv. sebezáchovné strategii, pokusu o prožití, kdy osoby s PAS, ve snaze o konformitu, napodobují sociální chování ostatních. Touží se jim vyrovnat, což bez vrozených dispozic lze jen velmi těžko.

Sebezáchovná strategie

Rozvíjení sociálního chování

O osobách s autismem se často hovoří jako o emocionálně egoistických. Měli bychom si však uvědomit, že problém je spíš ve vrozené kognitivní nepružnosti těchto lidí. I ty osoby s autismem, které mají dobré komunikační schopnosti a mají vyšší inteligenci, často v důsledku výrazného deficitu v sociálním porozumění při společenském styku selhávají. Neustálá variabilita společenského prostředí a způsobů chování nedávají osobám s autismem příležitost se na danou situaci dopředu připravit. Společenský styk je pro ně natolik náročný, že přirozenou reakcí na takto zatěžující situaci je únik. Právě stresová situace může působit jako spouštěč stereotypního chování, v němž osoby s PAS nacházejí určitou jistotu a kontrolu nad okolním světem. Přesto je u nich možné prostřednictvím výchovně-vzdělávacích programů spolu se zapojením vhodné motivace sociální chování rozvíjet. Problém lze vidět i v tom, že zatímco u intaktních dětí je sociální kontakt typu pohlazení, pochvaly či úsměvu vhodnou a dostatečnou motivací, u osob s PAS je tento druh odměny, která má posílit žádané chování, nedostačující. V jejich případě musíme respektovat osobnost a individualitu člověka s PAS. Čím více informací o dítěti máme, tím lépe porozumíme tomu, jaké sociální aktivity budou pro dané dítě nejvhodnější. Jestliže mu nabídneme takové sociální aktivity, které pro něj budou příjemné a zajímavé, je pravděpodobné, že je dítě začne samo vyhledávat (Jelínková, 2010).

Sociální chování a vztahy jsou klíčovými elementy pro úspěšné fungování v jakémkoliv společenství. Jak je z výše popsaných aspektů zřejmé, osoby s autismem jsou limitovány už v samotném jádru postižení.

**Pro zájemce***Problémy v sociálních vztazích u dospívajících a dospělých*

Dospívající a dospělí lidé s autismem se obvykle nevyhýbají společnosti ostatních lidí či fyzickému kontaktu s nimi tak jako v dětství. Problém může nastat v situacích, kdy dotyk s druhými lidmi vnímají velmi citlivě, až bolestivě, což vyžaduje z jejich strany velkou dávku přemáhání. Dalším problémem je pochopení, interpretace a samotné užití emocí při vzájemných interakcích (Wall, 2007).

Osoby s PAS si uvědomují, že úsměv, dotek, gesta, výrazy tváře či zrakový kontakt hrají v sociálních vztazích důležitou roli, mají však problém s jejich interpretací a používáním. Přestože zatím neexistuje žádná metoda, která by ovlivnila samotnou podstatu poruchy a vyléčila vrozené nedostatky, existují možnosti, které mohou minimalizovat sekundární problémy vyplývající z ruchy v sociálních vztazích. Patří mezi ně například utváření sociálních vztahů již od nejranějšího věku, kdy dítě učíme sociálnímu chování a společenským pravidlům, což představuje jistou prevenci nevhodného chování v dospělosti. Pravidla je nutné zavést také do oblasti osobní hygieny a udržování pořádku. Další možností je vštepování respektu k individuálním rozdílům, využití zvláštních schopností či nácvik analýzy určitých situací (Jelínková, 2001).

1.3.2 Problémy v komunikaci

„Zhruba v té době mě znovu vyšetřovali, jestli jsem nedoslýchavá, protože jsem sice hovořit uměla, ale často jsem mluvila jinak než ostatní a mnohokrát jsem nepochytila žádný význam toho, co mi bylo řečeno. A i když jsou slova symboly, bylo by zavádějící prohlašovat, že symbolům nerozumím. Měla jsem celý systém objevování souvislostí, který jsem považovala za ‚svůj jazyk‘. To jiní lidé nechápali symboliku, kterou jsem používala, a netušila jsem, jak bych jim dokázala říct, co míním.“ (Williams, 2009, s. 38)

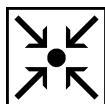
Schopnost komunikovat jakýmkoliv způsobem znamená více než schopnost mluvit. Jedná se o proces, při kterém dochází k výměně informací mezi lidmi, a to prostřednictvím slov, symbolů, znaků či projevů chování. Narušení tohoto procesu se projevuje obtížemi v pochopení druhého člověka nebo různými nedorozuměními. K tomu, aby řeč splnila komunikační funkci, je nezbytná schopnost a motivace navázat adekvátní kontakt s osobou, které chceme něco sdělovat. U lidí s autismem je narušen již tento základní krok.

Poruchy autistického spektra jsou primárně poruchami komunikace. Opožděný vývoj řeči bývá často první příčinou znepokojení rodičů. Asi polovina dětí s PAS si nikdy neosvojí řeč na takové úrovni, aby sloužila ke komunikačním účelům. U dětí, které si řeč osvojí, zaznamenáváme nápadně odlišný vývoj řeči s mnoha abnormalitami. Porucha komunikace se u dětí s PAS projevuje na úrovni receptivní (porozumění), expresivní (vyjadřování), verbální a neverbální. Liší se pestrostí projevů a celkovou mírou komunikačního handicapu (Thorová, 2006).

Verbální komunikace

V řeči osob s autismem se téměř vždy vyskytují abnormality, které se pohybují od totálního mutismu, kdy se řeč nevyvinula nebo vymizela, až po stav, kdy dítě mluví bez přestání, má bohatou slovní zásobu, avšak smysl řeči mu uniká. Podle Jelínkové (2010) je člověk s autismem jakoby fascinován množstvím slov, ale řeč pro něj nepředstavuje nástroj sociální interakce.

„Z lidí jsem zmatený. Je to ze dvou základních důvodů. První základní důvod je, že lidé mnoho říkají, a přitom nepoužívají slova. Siobhan říká, že když zdvihnete jedno obočí, může to znamenat kopeček různých věcí. Může to znamenat ‚chci se s tebou vyspat‘ a může to též znamenat ‚myslím, že jsi právě řekl hroznou hloupost‘... Druhý základní důvod je, že lidé v rozhovoru používají metafor. (...) A je to, když něco popisujete a použijete slovo pro něco, co to změní. Já si myslím, že by se tomu mělo říkat lež, protože den nemůže být blbec...“ (Haddon, 2003, s. 19–20)



Příklad

Komunikace

Dostupné z:

<http://www.youtube.com/watch?v=adgMxx4ONEc&feature=related>.

Neverbální komunikace

Jak uvádí Šedibová (in Kvassayová, Martišková, 2000), zdravé dítě projevuje snahu o komunikaci již v šestém měsíci života. Přestože ještě nemluví, se svým okolím se dorozumívá prostřednictvím tzv. preverbálních prvků komunikace, jako je zrakový kontakt, ukazování a správné sociální načasování. U dítěte s autismem je vývoj těchto preverbálních řečových projevů zpravidla narušený. Společně s rozvojem verbální řeči se objevují velké nedostatky v preverbálních projevech. V tomto případě se jedná spíše o nedostatek komunikace ve smyslu řeči – ani ti jedinci, u nichž je řeč dostatečně vyvinutá, neprokazují schopnost využít ji s komunikačním záměrem.

Specifické projevy komunikace

U dětí schopných verbální produkce můžeme zaznamenat některé projevy typické pro osoby s PAS – **echolálie** (jak bezprostřední, tak i opožděné, které přetrvávají až do dospělého věku), **neologismy**, **idiosynkrazie**, nesprávné používání záměn – narušená **pragmatická rovina** řeči, **fonologie** (zvuková stránka řeči), **sémantika** (porozumění a vytváření smyslu řeči), **syntax** i **gramatika**. Jedná se tedy o narušení struktury jazykových schopností. Formální stránka řeči osob s autismem je do velké míry ovlivněna úrovní mentální retardace. To znamená, že existují jedinci s PAS, kteří jsou schopni používat řeč plynule, bez formálních chyb, a to i přesto, že se řeč u osob s PAS zdá komunikačnímu partnerovi abnormální, což je způsobeno poruchami v užití jazyka. Viditelně odlišná od normálu je také **prozodie**, napomáhající vyjádřit emocionální obsah promluvy, stejně jako zrakový kontakt. Řeč bývá chudá na přízvuky, tóny, melodii. Jak píše Jelínková (2010), i osoby s Aspergerovým syndromem (které můžeme považovat za postižené „lehčí“ formou) se liší svým vyjadřováním od intaktní populace, a to svou „pedantní“ a předčasně „dospělou“ řečí.

Problémy s abstrakcí a symboly

Podle Vermeulena (2006) provázejí jedince s autismem kromě problémů s představivostí a abstrakcemi také problémy při chápání vztahu mezi vzájemně souvisejícími symboly a jejich vztahu k danému kontextu. Mají tendenci věci dezinterpretovat – důvodem je neporozumění koherenci, vzájemným souvislostem mezi jevy. Ve výsledku jim pak uniká smysl celku jako takového, mají tendenci věnovat se spíše maličkostem, detailům, a to na úkor porozumění celku. Velký komunikační problém představují informace, které nejsou vyřčeny. To, co není přímo vyjádřeno, zůstává neviditelné, v konkrétním smyslu nepozorovatelné. Problémy v komunikaci u osob s PAS se však netýkají pouze mluveného aspektu jazyka, vztahují se rovněž k neverbálním formám komunikace, jako jsou gesta, výraz tváře, obecně řeč těla apod. Podle Howlin (2005) bývá následek tohoto selhání osoby s autismem v reakci na pokyny často chybně interpretován jako negativis-

mus, neochota spolupracovat, hrubost, nezdvořilost či „stupidita“. Na absenci schopnosti komunikovat neverbálně u osob s autismem upozorňuje také Doherty-Sneddon (2005), když popisuje zkušenosti rodičů, kteří ve snaze o co nejjednodušší diferenciaci emocí své výrazy hněvu, radosti, spokojenosti či smutku vyjadřovali až přehnaným způsobem.

Příklad



Člověk s autismem má tendenci chápat jak mluvený, tak i písemný projev doslovně. Podíváme-li se na následující obrázek, pak na otázku „Co je to?“ odpovíme zcela jistě „Auto“.

Obrázek: Auto



(<http://www.schulbilder.org/malvorlage-auto-i10258.html>)

Ale JE to opravdu auto? Ve skutečnosti nejde o auto, ale o symbol, obrázek auta. Kdyby se jednalo o skutečné auto, tak bychom v něm mohli jezdit. Je velmi důležité si uvědomit, že chápání souvislostí mezi hračkou, obrázkem a skutečným autem vyžaduje určitou kognitivní schopnost. Obdobně jako panenka představuje symbol pro lidskou bytost, tak malé autíčko je symbolem pro skutečné auto. Rovněž napíšeme-li slovo AUTO, pak neexistuje žádný přímý vztah mezi nápisem a reálným autem. Jde opět o symbol, který nemá žádný vztah k realitě (Jelínková, 2010; Gillberg, Peeters, 2008).

Pro zájemce



V souvislosti s předcházejícím příkladem by nás mohlo napadnout, o co jednodušší by bylo, kdyby každé slovo bylo vyjádřeno symbolem, na jehož základě by bylo jasné, kterou věc prezentuje. Gillberg a Peeters (2008) uvádějí, že o něco podobného se pokusili dva pánové Rombouts a Droste, umělci, kteří vymysleli a navrhli abecedu AZART (z angl. Art from A to Z; Umění od A do Z), přičemž každému písmenu přiřadili smysluplný grafický symbol a současně určitou barvu.

Jazyk jako nástroj dorozumívání

Osobám s autismem chybí vrozená schopnost uvědomit si, že jazyk je vlastně nástroj, který nám umožňuje něco sdělit konkrétnímu člověku, případně ovlivnit naše okolí v náš prospěch. Nechápu, k čemu komunikace slouží, ani to, že jejím prostřednictvím můžeme dávat najevo své pocity, postoje nebo vyjádřit svá přání, souhlas či nesouhlas, případně se jen podělit o své zážitky a zkušenosti. Z tohoto důvodu, jak uvádí Jelínková (2010), je žádoucí, aby při rozvíjení komunikačních kompetencí dětí s autismem došlo k ozřejmení nejen toho, **jakým způsobem**, ale také **proč komunikovat**. Můžeme tak člověku s autismem pomoci při vyjadřování vlastních potřeb, tužeb a přání. Jestliže člověk s postižením nedokáže komunikovat o svých potřebách, mělo by se jeho okolí snažit poskytnout mu adekvátní pomoc. K tomuto účelu můžeme vhodným způsobem využít **videonahrávky** či **různé techniky hraní rolí**.

Názor, že lidé s autismem nemají o komunikaci zájem, je mylný a zastaralý. Opak je pravdou. Osoby s autismem chtějí komunikovat, ale mají k tomu omezené možnosti. Je tedy na nás, abychom jim dané možnosti pomohli rozvinout.

„Nikdy jsem si nemyslela, že má nějaký jazyk,“ řekla (matka autistického chlapce). „Ted’ vidím, že má, a já ho prostě neumím... Myslíme si, že to jsme my, kdo má učit postižené autismem. Ted’ si uvědomuji, že právě my jsme ti, co se mají od nich tolik co učit.“ (Williams, 2009, s. 199)



Pro zájemce

Problémy v komunikaci v období dospívání a v dospělém věku

Podle Jelínkové (2001) přetrvává u většiny osob s autismem až do dospělosti problém nejen s výslovností, ale i tendence interpretovat všechny výroky doslovně (hyperrealismus). Pomalé tempo rozhovoru navíc může navodit dojem, že osoba s autismem je mentálně postižená. Proto dospívající osoby s PAS zpravidla zažívají nepříjemnou zkušenost ve smyslu posměchu a šikanování ze strany spolužáků. Ojedinělé nejsou ani problémy spojené se sémantikou – dospělí s autismem nerespektují sociální prostředí, například s rodiči nebo staršími lidmi mluví stejně jako s vrstevníky. Charakteristickým rysem narušené komunikace přetrvávajícím i v dospělosti jsou echolálie, které i navzdory názorům, že nemají dorozumivací funkci, představují jednoduchou formu komunikace. Problematickým aspektem echolálií je neadekvátní hodnocení osoby s autismem v tom smyslu, že její schopnosti mohou být nadhodnocovány ve srovnání se skutečnými kompetencemi. Dalším rysem dospělých osob s autismem je absence schopnosti vcítit se do mentálního stavu jiné osoby, což se často ukáže jako příčina rozpadu partnerských vztahů. Přestože jejich chování postrádá špatný úmysl, může působit rušivě, někdy urážlivě či nepřijatelně. S věkem roste zájem o komunikaci s ostatními, nicméně zde přetrvává problém spočívající v nízké schopnosti brát svého partnera na vědomí. V tomto případě by bylo řešením například zlepšení komunikačních schopností u zdravých partnerů

či stanovení komunikačních pravidel, která je vhodné vštěpovat osobám s autismem již od raného věku.

1.3.3 Omezení imaginace, stereotypní a repetitivní chování

„Když jsem seděla na zemi, houpala jsem se a cucala si ret – rytmus a pohyb znamenal, že žiju. Myslím, že jsem věřila, že konec pohybu znamená konec mě samotné.“ (Lawson, 2008, s. 27)

Narušení imaginace (představivosti) má na mentální vývoj dítěte negativní vliv v několika směrech: způsobuje, že se u dítěte nerozvíjí hra; dítě upřednostňuje činnosti a aktivity, které obvykle preferují podstatně mladší děti; vyhledává předvídatelnost, a upíná se tak na jednoduché stereotypní činnosti. Některé děti se věnují jen nejjednoduššímu, nefunkčnímu, manipulativnímu zacházení s předměty – roztáčení, houpání, mávání, házení, bouchání, přesypání nejrůznějších předmětů. O úroveň výše stojí stereotypní činnost se vztahovými prvky, jako je třídění, řazení, seskupování předmětů podle určitého klíče. U některých dětí s PAS mohou být nápadné určité pohybové stereotypy, které tyto děti využívají ke zrakové autostimulaci (prohlížení prstů), k vestibulokokleární stimulaci (záklony, kývání, točení se do kolečka) nebo k dotekové autostimulaci (bouchání se do hlavy, do hrudníku atp.). Se zájmy, které pozorujeme u jedinců s autismem, se setkáváme také ve vývoji intaktních dětí, odlišná je však mnohem vyšší míra zaujetí, lpění, stereotypie a početnosti opakování – repetitivnost (Thorová, 2006).

Narušení představivosti – imaginace

U osob s autismem se často objevují stereotypy v oblasti zájmů, sbírání různých faktů, předmětů či jejich částí. Toto nadšení pro sbírání určitých předmětů nemá obvykle nic společného se sběratelskými zájmy vrstevníků či s módními trendy. Tato aktivita může často způsobit výrazné narušení normálního chodu domácnosti, důsledkem čehož může být až izolace rodiny od společnosti (Jelínková, 2010).

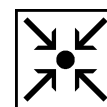
Stereotypy v oblasti zájmů

Příklad

Stereotypie 1

Dostupné z:

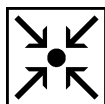
http://www.youtube.com/watch?v=0_GqGNTlxNk&feature=related.



Je důležité uvědomit si, co dává člověk s autismem pomocí stereotypů a rituálů najevo. Odbourávání těchto projevů, takřkajíc za každou cenu, nemusí být vždy ideální volbou. Musíme hledat jakýsi kompromis mezi zvláštními zájmy dítěte, požadavky společnosti a potřebami rodiny (ibid., 2010). Pro některé osoby s PAS jsou tyto projevy jedinou možností, jak ovládat svůj strach a úzkost z neznámé situace či z neznámého prostředí. Náš svět je pro jedince s autismem příliš složitý a právě vytváření rituálů a stereotypů jim pomáhá tento „náš“ složitý svět zvládat.

Skrytý smysl stereotypů a rituálů

„Anita, která měla strach z nošení poškozeného oblečení, měla nakonec plně skříň a zásuvky nenošených věcí. Nakonec souhlasila s tím, že na každý přírůstek do šatníku bude připevněná nálepka s datem nákupu. Jestli nějakou věc nenosila dva roky od data nákupu, měla matka dovoleno odnést věc do charitativního obchodu. Dohoda se celkem osvědčila, i když Anita někdy koupila nějaké ošacení z charitativního obchodu a obnovila datum. Zdůraznila, že to vzájemná dohoda nezakazuje.“ (Howlin, 2005, s. 127)



Příklad

Stereotypie 2

Dostupné z:

<http://www.youtube.com/watch?v=bjNhF582aBs&feature=related>.

V souvislosti se sexuálním vývojem osob s autismem se zmíníme o projevu, na který z osobní zkušenosti poukazuje doktorka Ošlejšková (2006) – především u osob s nízkou funkcí autismem je velmi frekventovaným stereotypem neskrývaná a nadměrná **masturbace**.



Pro zájemce

Repetitivní a stereotypní chování v dospělém věku

Přestože stereotypních projevů s věkem ubývá nebo se stávají důležitým indikátorem jiných obtíží, hlavním problémem zůstává fakt, že v dospělém věku je takové chování mnohem nápadnější než v dětství. Vyvolává nežádoucí pozornost a vede k prohloubení potíží v sociálních interakcích, což významně snižuje šanci těchto osob na nezávislý život a brání jejich funkční integraci. V řadě případů není obsedantní chování nebezpečné ani rušivé, nicméně přitahuje pozornost okolí. I když si jedinec s autismem většinou nežádoucí zájem neuvědomuje, pro členy rodiny to může být zásadní problém sociálního charakteru (ibid., 2005). Podle Jelínkové (2001) může být snaha zabránit v repetitivním či rituálním chování kontraproduktivní. Pokud jedinci s autismem zabráníme v aktivitách, které ho upokojují a způsobují mu jistotu a radost, může dojít k prohloubení úzkosti, problémům v chování a zvýšení stresu. Z tohoto důvodu se doporučuje postupovat jen velmi pozvolna a zapojovat relaxační nebo autoregulační techniky.

1.3.4 Nespecifické symptomy

Kromě výše prezentované „triády“ specifických symptomů se autismus manifestuje také nespecifickými symptomy, mezi které patří percepční projevy či omezení v motorickém vývoji.

V souvislosti s **narušenou motorickou koordinací** se nejvýraznější problémy vyskytují při pohybu v prostoru, při běhu či chůzi – nápadná je nesusouhra ramen a nohou, pohyb je těžkopádný, pomalý a křečovitý. V takovém případě se doporučuje navštívit fyzioterapeuta, který sestaví pro konkrétního klienta individuální program vedoucí ke zmírnění obtíží (Vosmik, Bělohávková, 2010).

Motorika

Z dlouhodobých zkušeností vyplývá, že osoby s autismem bývají **citlivé na některé zvuky, barvy, dotyky či bolest**. Jedinci s autismem zpracovávají smyslové podněty jiným způsobem, než je obvyklé. Při poznávání světa preferují jiné smyslové kvality než jejich vrstevníci. Problémy se zpravidla vyskytují v selekci a v diferenciaci různých podnětů – příčinou je nedostatek komplexně zaměřené pozornosti (Vágnerová, 2008).

Hypersenzitivita

Rimland (in Attwood, 2005) uvádí, že přibližně 40 % dětí s autismem je hypersenzitivních. Intenzita přecitlivělosti bývá různá. Některé podněty vnímají neúnosně silně, jiné naopak ignorují. Zraková přecitlivělost je méně častá než přecitlivělost na zvuky či na taktilní stimuly. Temple Grandin, sama trpící Aspergerovým syndromem, popisuje vlastní citlivost na dotek a kontakt s pokožkou druhého člověka, což vnímá jako něco odporného. Osoby s autismem se pak vyhýbají tělesnému kontaktu, důvodem přítomnosti není samotné vyhýbání tělesnému kontaktu, ale fyziologická reakce na dotyk (Attwood in Doherty-Sneddon, 2005).

V případě čichu a chuti se vyskytují výrazné preference, které mohou být ve svých důsledcích značně komplikující, například při stravování. Závažným problémem je integrace smyslového vnímání – dítě s autismem buď slyší, nebo vidí. Specifickou oblastí je vnímání bolesti a snížená citlivost na vnímání tepla (Jelínková, 2010). Attwood (2005) v této souvislosti poukazuje také na tzv. poruchu synestezie. Jedinec s touto poruchou přijímá vjem jedním smyslem, ale prožitek se odehrává v jiném.

Pro zájemce



V souvislosti s autismem se rovněž můžeme setkat s pojmem „syndrom savant“, který bývá popisován nejen v kontextu autismu, ale rovněž u osob s mentálním postižením, u pacientů s frontotemporální demencí či jiným postižením mozku (zpravidla je zde souvislost s poškozením levé hemisféry). Jako součást tohoto syndromu se objevují izolované výjimečné schopnosti (hudební, paměťové, vizuální, malířské, počítařské nebo kalendářní). Syndrom savant může být vrozený, nebo získaný (například po úrazu hlavy).

Syndrom savant

Z odborného hlediska nese pojem savant význam „učenec a idiot současně“, nebo také „učený idiot“. Jinými slovy vyjadřuje název tohoto syndromu unikátní kombinaci, kdy se u člověka vzájemně prolíná genialita s vážnou mozkovou dysfunkcí, která má za následek absenci některých dovedností

v oblasti empatie a komunikace, tj. v aspektech pro majoritní populaci zcela běžných. Na jedné straně dokáže savant ohromit obdivuhodnými znalostmi přesahujícími rámec nadprůměrných schopností jiných lidí, na straně druhé nedokáže porozumět dvojsmyslům, nadsázce, ironii, mohou se u něj objevovat stereotypní projevy, nebo není schopen vykonat ty nejběžnější úkony.

Pravděpodobně nejznámějším savantem byl Američan Kim Peek, který si díky svým neskutečným schopnostem vysloužil přezdívku Kimputer. Znal z paměti 12 000 knih, ale v běžném životě se neobešel bez otcovy pomoci. Právě tento muž se stal předlohou pro oscarový film *Rain Man* („díky“ tomuto filmu jsou mnozí autisté mylně považováni za geniální).

Problematika geniality a výjimečných schopností láká lidstvo již po celá staletí. Géniové nezřídka přepisují dějiny a často jde právě o savanty nebo osoby s Aspergerovým syndromem. S největší pravděpodobností (diagnóza u nich nebyla explicitně potvrzena) mezi ně patří například Albert Einstein, Michelangelo Buonarroti, Vincent van Gogh, Isaac Newton, Immanuel Kant, Ludwig van Beethoven, W. A. Mozart, Andy Warhol, Alfred Hitchcock nebo Sigmund Freud a mnozí další (dostupné z: <http://www.eden-x.cz/topics.inc.php?topic=154&pg=1&menu=2>).

1.4 Kognitivní a emoční teorie

Následující podkapitulu budeme věnovat psychologickým teoriím (kognitivním a emočním), které nám umožní lépe pochopit projevy chování osob s PAS. Tyto psychologické teorie jsou jedním z východisek pro vznik různých metod a terapeutických postupů a současně je lze využít i při výchově osob s autismem.

Teorie mysli

Teorie mysli

Poměrně brzy, přibližně od čtvrtého roku života, začínají děti chápat, že i druzí lidé mají svá přání, myšlenky a potřeby – a to nazýváme teorií mysli. Takto získané informace jim umožňují propojovat souvislosti, odhadovat důvody jejich chování a předvídat jejich reakce, které mohou v konečném důsledku využít ve svůj prospěch (Attwood, 2005; Jelínková, 2010). U lidí s autismem je teorie mysli výrazně oslabená, nebo dokonce zcela chybí, což se logicky odráží v budování a udržování sociálních vztahů nejen v období dětství, ale i v průběhu celého života.

Psycholog Simon Baron-Cohen (in Doherty-Sneddon, 2005), který významně přispěl ke zkoumání intelektového vývoje, vyslovil v souvislosti s teorií mysli domněnku, že mezi pohledem a jistou částí duševního vývoje existuje přímá vazba. Podle něj jsou jedním z typů zkušeností, které ovlivňují teorii mysli, právě pohledy. Sdělená vizuální pozornost je významným předpokladem učení a vývoje. Právě pro kategorii osob s PAS je charakteristická absence či nepřiměřenost zrakového kontaktu.

Deficit v oblasti teorie mysli se u dětí s autismem (a rovněž u dětí s vyšším IQ) jednoznačně projevuje v chování, děti působí jako necitelné, nechápou ironii, škádlení, lichocení, klam. Díky tomu jsou ve společenských kontaktech často bezbranné. Vzhledem k tomuto deficitu děti s autismem předpokládají, že každý má stejné znalosti a informace jako ony. Příkladem může být absence protestu proti nespravedlivému trestání, absence dotazů při nepochopení nebo splnění pokynu přes jeho zjevnou absurditu. Jakýkoliv neúspěch či selhání připisují děti s PAS samy sobě, což může vést až k trestání sebe samých (sebezraňování, sebepoškozování). Díky tomu, že teorie mysli představuje kognitivní schopnost, můžeme na ní stavět, rozvíjet ji a částečně ji nácvikem a učním zlepšit (Jelínková, 2010).

Pro zájemce



Existují diagnostické testy určené přímo dětem s autismem. Tyto testy jsou víceúrovňové a hodnotí jejich schopnost vnímat stav mysli jiné osoby (např. TOM test – theory of mind test). Klasickou zkoušku „teorie mysli“ můžeme demonstrovat na následujícím příběhu (Krejčířová, 2001, s. 516):

„Chlapecek přiběhne na scénu, schová si tabulku čokolády a pak si odchází hrát ven. Mezitím přijde jeho maminka, čokoládu přemístí a také odchází. Chlapecek se vrací a examinátor se dítěte ptá, kde bude svoji čokoládu hledat. Pokud dítě chápe tzv. teorii mysli, pak ví, že rozhodující je jeho přesvědčení, že čokoláda zůstala tam, kam ji původně dal – protože přemístění nemohl vidět. Tento původní příběh má řadu možných modifikací, pro starší děti jsou zaváděny zkoušky teorie mysli druhého řádu (např. Petr si myslí, že Mařenka si myslí...).“

Teorie centrální koherence (vztah celek–detail)

Oslabená schopnost centrální koherence (spojitosti, souvislosti) má u osob s autismem za následek útržkovité myšlení, problémy v kategorizaci a zobecňování informací, stejně jako vyvozování závěrů. Podle této teorie upřednostňují lidé s autismem analytický způsob myšlení. Z tohoto důvodu se u nich objevují problémy s vnímáním celku a pochopením jeho funkce (Frith in Thorová, 2006).

Teorie centrální koherence

Pakliže jsou detaily důležitější než celek, stává se člověk s autismem závislým na jednotlivých maličkostech a současně nemá rád jakoukoliv změnu. V případě sebemenší změny dochází k narušení jeho jistoty a rovnováhy, což vede ke stereotypnímu chování a ritualismu. Intaktní populace má schopnost řadit věci do určitých kategorií, a tím získat pocit kontroly nad prostředím. U osob s autismem jsou právě stereotypy a rutinní aktivity prostředkem umožňujícím získat kontrolu nad okolním světem. Kategorizace dovozuje člověku integrovat nové poznatky s předešlými zkušenostmi. Narušení schopnosti integrace informací je označováno jako porucha centrální koherence. Jestliže mají osoby s autismem problém pochopit celek v jeho souvislostech, pak mají problém i s pochopením smyslu každé nové situace.

Postrádají schopnost porozumět tomu, že jedna událost navazuje na druhou a že se vzájemně ovlivňují (Jelínková, 2010). Tento nedostatek můžeme částečně zmenšit prostřednictvím struktury, která umožňuje člověku s autismem větší flexibilitu a organizaci.

Teorie exekutivních funkcí

Teorie exekutivních funkcí

Kognitivní mechanismy, které usměrňují naši pozornost a chování směrem k naplnění určitých cílů a záměrů na základě získaných zkušeností, pomáhají nám najít optimální řešení dané situace a vybrat si tu nejvhodnější možnou alternativu, nazýváme exekutivní funkce (Thorová, 2006). Vzhledem k tomu, že si lidé s autismem, jak uvádí Jelínková (2010), neuvědomují své role v minulých událostech, mají problém také s předvídaním své pozice v budoucnosti.

Podle Vosmika a Bělohávkové (2010) je tato teorie založena na předpokladu, že autismus je důsledkem poruchy exekutivních funkcí. Zmínění autoři doporučují rodičům a učitelům dětí s PAS, především s Aspergerovým syndromem, aby vedli děti ke zvažování důsledků svých rozhodnutí ještě před samotným jednáním a k poznání, že myšlenky a pocity druhých lidí jsou důležité a je třeba brát na ně ohled.

Na základě toho se lidé s autismem zdají být pomalí – než si propojí všechny jednotlivé informace, proces rozhodování se prodlouží a stane se složitějším. Proto učíme-li děti s autismem schopnosti vybrat si, omezíme se vždy pouze na dvě možnosti výběru. Nabízíme primárně ty činnosti nebo věci, které dítě zná – člověk s autismem si z obavy ze změny vybere tu variantu, kterou zná. Při nácviku využíváme i vizuální pomůcky (fotografie, obrázky, piktoqramy, videa apod.). (Jelínková, 2010)

Emoční teorie intersubjektivit

Emoční teorie intersubjektivit

Intersubjektivita představuje vrozené nadání člověka navázat emoční spojení s druhými lidmi. Deficit v dané oblasti má za následek nejen neschopnost vnímat pocity, přání a touhy druhých lidí, ale i omezenou schopnost abstraktního a symbolického myšlení (Thorová, 2006).

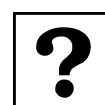
Porozumění chování člověka s autismem a jeho projevům na základě výše popsaných teorií by mělo být odrazovým můstkem pro výběr metod a způsobů práce s touto klientelou.

Shrnutí



Autismus představuje pervazivní (všepřonikající) vývojovou poruchu, která se projevuje „triádou“ symptomů: kvalitativním narušením komunikace, problémy v sociálním chování a představivosti. Mimo to se mohou u osob s autismem objevit i nespécifické projevy charakterizované přecitlivělostí na smyslové podněty. Jednoznačná příčina autismu není doposud známa, na jeho vzniku se podílí velké množství spolupůsobících faktorů. Pochopení jednotlivých projevů mohou napomoci kognitivní a emoční teorie: teorie mysli, teorie centrální koherence, exekutivních funkcí a emoční teorie intersubjektivit.

Kontrolní otázky a úkoly



1. Vysvětlíte pojmy autismus, porucha autistického spektra a pervazivní vývojová porucha.
2. Jaký je výskyt PAS v České republice a jaký je v této skupině osob poměr mezi chlapci a děvčaty?
3. Charakterizujte osobu s autismem (triáda symptomů a nespécifické projevy).
4. O čem pojednává teorie mysli a teorie exekutivních funkcí? K čemu slouží spolu s dalšími dvěma teoriemi, které v textu zmiňujeme?

Pojmy k zapamatování



autismus
porucha autistického spektra
pervazivní vývojová porucha
triáda projevů
sociální chování
komunikace (verbální a neverbální)
imaginace, představivost
hypersenzitivita
echolálie
stereotypie a rituály
teorie mysli
teorie exekutivních funkcí
teorie centrální koherence
emoční teorie intersubjektivit



Literatura

Seznam použité literatury

1. ATTWOOD, T. 2005. *Aspergerův syndrom*. Praha: Portál. 208 s. ISBN 80-7178-979-8.
2. BARTOŇOVÁ, M.; BAZALOVÁ, B.; PIPEKOVÁ, J. 2007. *Psychopedie*. Brno: Paido. 152 s. ISBN 978-80-7315-161-4.
3. DE CLERQ, H. 2007. *Mami, je to člověk, nebo zvíře?* Praha: Portál. 104 s. ISBN 978-80-7367-235-5.
4. DOHERTY-SNEDDON, G. 2005. *Neverbální komunikace dětí*. Praha: Portál. 208 s. ISBN 80-7367-043-7.
5. EDELSBERGER, L. et al. 2000. *Defektologický slovník*. Jinočany: H & H. 418 s. ISBN 80-86022-76-5.
6. GILLBERG, CH.; PEETERS, T. 2008. *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty*. Praha: Portál. 128 s. ISBN 978-80-7376-498-4.
7. HADDON, M. 2003. *Podivný případ se psem*. Praha: Argo. 176 s. ISBN 80-7203-541-X.
8. HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. 2008. *Psychologický slovník*. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
9. HORT, V. et al. 2008. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál. 498 s. ISBN 978-80-7367-404-5.
10. HOWLIN, P. 2005. *Autismus u dospívajících a dospělých*. Praha: Portál. 296 s. ISBN 80-7367-041-0.
11. HRDLIČKA, M. et al. 2002. Dětský autismus a jiné pervazivní poruchy: vztah autistické psychopatologie k vybraným mozkovým strukturám. *Československá psychologie*. Č. 46, s. 289–298. ISSN 0009-062X.
12. HRDLIČKA, M.; KOMÁREK, V. 2004. *Dětský autismus*. Praha: Portál. 208 s. ISBN 80-7178-813-9.
13. JELÍNKOVÁ, M. 2000. Autismus II. Problémy v sociálních vztazích dětí s autismem. Praha: IPPP. 19 s.
14. JELÍNKOVÁ, M. 2001. Autismus IV. Péče o dospělé klienty s autismem. Praha: IPPP. 22 s.
15. JELÍNKOVÁ, M. 2010. *Autismus – pervazivní vývojové poruchy*. Praha: Autistik.
16. LAWSON, W. 2008. *Život za sklem. Osobní výpověď ženy s Aspergerovým syndromem*. Praha: Portál. 104 s. ISBN 978-80-7367-389-5.
17. Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popis klinických příznaků a diagnostická vodítka. Praha: Psychiatrické centrum. 2006. ISBN 80-85121-11-5.
18. NESNÍDALOVÁ, R. 1995. *Extrémní osamělost*. Praha: Portál. 165 s. ISBN 80-7178-024-3.
19. OŠLEJŠKOVÁ, H. 2006. Autismus. Neurologické, behaviorální a kognitivní projevy. *Neurologia pre prax*. Č. 4, s. 198–200. ISSN 1335-9592.

20. PÁTÁ, P. K. 2008. *Mé dítě má autismus. Příběh pokračuje*. Praha: Grada. 120 s. ISBN 978-80-247-2683-0.
21. PREIBMANN, CH. 2010. *Život s Aspergerovým syndromem*. Praha: Portál. 136 s. ISBN 978-80-7367-688-9.
22. PRŮCHA, J.; WALTEROVÁ, E.; MAREŠ, J. 2003. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál. 324 s. ISBN 978-80-7367-416-8.
23. RODNÝ, T. 2006. Věk otce a riziko autismu. *Psychologie Dnes*. Roč. 12, č. 10, s. 6. ISSN 1212-9607.
24. STEJSKALOVÁ, K. 2010. *Kvalita života dětí s retinopatií nedonošených*. Disertační práce. Olomouc: Pedagogická fakulta.
25. STRUNECKÁ, A. 2009. *Přemůžeme autismus?* Blansko: Miloš Palatka – ALMI. 265 s. ISBN 978-80-904344-0-0.
26. THOROVÁ, K. 2006. *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál. 456 s. ISBN 80-7367-091-7.
27. VÁGNEROVÁ, M. 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. 871 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
28. VÁGNEROVÁ, M.; HADJ-MOUSSOVÁ, Z.; ŠTECH, S. 2001. *Psychologie handicapu*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum. 231 s. ISBN 80-7184-929-4.
29. VERMEULEN, P. 2006. *Autistické myšlení*. Praha: Grada. 132 s. ISBN 80-247-1600-3.
30. VOCILKA, M. 1996. *Autismus*. Praha: Tech-Market. ISBN 80-902134-3-X.
31. VOCILKA, M. 1995. *Autismus a možnosti výchovné praxe*. Praha: Septima. ISBN 80-85801-58-2.
32. VOSMIK, M.; BĚLOHLÁVKOVÁ, L. 2010. *Žáci s poruchou autistického spektra v běžné škole*. Praha: Portál. 200 s. ISBN 978-80-7367-687-2.
33. WILLIAMS, D. 2009. *Nikdo nikde. Nevšední životopis dívky s autismem*. Praha: Portál. 232 s. ISBN 978-80-7367-600-1.

Seznam doporučené literatury

1. ANDREAS. *Špecifika autizmu v období dospievania*. Bratislava: Autistické centrum Andreas, 2006. 27 s.
2. ČADILOVÁ, V.; JŮN, H.; THOROVÁ, K. et al. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál, 2007. 248 s. ISBN 978-80-7367-319-2.
3. ČADILOVÁ, V.; ŽAMPACHOVÁ, Z. *Strukturované učení*. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-475-5.
4. DUBIN, N. *Šikana dětí s poruchami autistického spektra*. Praha: Portál, 2009. 184 s. ISBN 978-80-7367-553-0.
5. MARTINKOVÁ, M. *Chlapec, ktorý myslí v obrazoch a vyjadruje sa kresbou alebo Spreádzanie malého nadaného autistu*. Bratislava: Europa, 2006. 260 s. ISBN 80-89111-21-1.
6. VAŠEK, Š. et al. *Špeciálna pedagogika. Terminologický a výkladový slovník*. Bratislava: SPN, 1996. ISBN 80-08-00864-4.
7. VAŠEK, Š. *Základy špeciálnej pedagogiky*. Bratislava: Sapientia, 2006. ISBN 80-89229-02-6.

Nepublikované přednášky

1. KOMÁREK, V. Autismus očami dětského neurologa. 9. 4. 2010, Praha.
2. NÉMETHOVÁ, K. Autizmus. 2004, Bratislava.
3. OPEKAROVÁ, O. Autismus. 13. 3. 2010, Praha.

Internetové zdroje

1. KVASSAYOVÁ, E.; MARTIŠKOVÁ, E. J. *Autizmus a mentálna retardácia. Prístupy k autizmu*. 2000 [online]. [cit. 2009-01-15] Dostupné z: <<http://kppbb.svsbb.sk/frames.html>>.
2. TANTAM, D. *Svet sám o sebe. Príručka o špecifických problémoch a potrebách "schopnejších" osôb s autizmom alebo Aspergerovým syndrómom*. (preklad Šedibová Andrea) 1993 [online]. [cit. 2010-05-19] Dostupné z: <<http://www.autizmus.info/04Odbornici/OdborniciSvetSamOSEbe.htm>>.

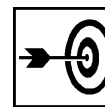


Průvodce studiem

Kapitola věnující se úvodním informacím o problematice autismu, jeho základním projevům a mimo jiné klíčovým kognitivním a emočním teoriím je u konce. Veškeré informace jsme se snažili podat co nejsrozumitelnější formou. Věříme, že informace, které jste získali, a současně informace, které jsou pro vás připraveny na následujících stránkách, vám pomohou vytvořit si co nejkomplexnější obraz o autismu a budou pro vás vodítkem při práci s osobami s PAS.

2 Popis jednotlivých poruch

Cíle



Cílem následující kapitoly je poskytnout studentům a dalším zájemcům informace o jednotlivých druzích pervazivních vývojových poruch. Naší snahou je přiblížit tyto poruchy na základě popisu jejich základních charakteristik a specifik. K označení této širší skupiny poruch se kromě termínu pervazivní vývojové poruchy používají také pojmy jako poruchy autistického spektra, autistické kontinuum nebo autistická škála. Kromě představení základní klasifikace pervazivních vývojových poruch se čtenář dozví o rozdílech mezi nízkou, středně a vysoce funkčním autismem.

Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- vyjmenovat jednotlivé druhy pervazivních vývojových poruch;
- charakterizovat dětský autismus, atypický autismus, Rettův syndrom, jinou dezintegrační poruchu v dětství, hyperaktivní poruchu spojenou s mentální retardací a stereotypními pohyby, Aspergerův syndrom, jiné pervazivní vývojové poruchy a pervazivní vývojovou poruchu nespecifikovanou;
- umět rozlišit vysoce, středně a nízkou funkční autismus.

Průvodce studiem



Kromě „klasické“ varianty, tj. Kannerova specifického typu autismu, existuje celé spektrum poruch, které mají mnohé charakteristiky shodné s klíčovým syndromem. Tato širší skupina autismu bývá nazývána také „spektrum autistických poruch“, „autistické kontinuum“ nebo „pervazivní vývojové poruchy“ (Gillberg, Peeters, 2008).

Světová zdravotnická organizace podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (2006) dělí pervazivní vývojové poruchy na:

- dětský autismus (F84.0),
- atypický autismus (F84.1),
- Rettův syndrom (F84.2),
- jinou dezintegrační poruchu v dětství (F84.3),
- hyperaktivní poruchu spojenou s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84.4),
- Aspergerův syndrom (F84.5),
- jiné pervazivní vývojové poruchy (F84.8),
- pervazivní vývojovou poruchu nespecifikovanou (F84.9).

Předkládaná studijní opora není zaměřena pouze na jeden konkrétní typ autismu, ale bere v úvahu jeho širokou paletu, proto považujeme za nezbytné zabývat se i specifiky jednotlivých poruch.

2.1 Dětský autismus (F84.0)

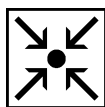
Dětský autismus – Kannerův autismus

Dětský autismus nebo též Kannerův autismus poprvé popsal Leo Kanner v roce 1943 na základě dlouholeté práce s jedenácti dětmi, které označil za děti s vrozenou neschopností vytvořit obvyklý afektivní kontakt s lidmi. Tuto charakteristickou neschopnost vstupovat do vztahu s jinými lidmi nazval „extrémní dětskou osamělostí“. Zdůraznil, že se tento charakteristický rys vyskytuje již v raném dětství, a proto mu dal název „early infantile autism“. Kanner charakterizoval svět autistického dítěte jako monotónní, opuštěný a prázdný (Nesnídalová, 1995).

Podle Thorové (2006) tvoří dětský autismus jádro poruch autistického spektra. Vyskytuje se v různých formách, od mírné až po těžkou, kdy je přítomno velké množství symptomů. Problémy se musí projevit **v každé části diagnostické triády**. Kromě poruch ve zmiňovaných klíčových oblastech mohou lidé s autismem trpět mnoha dalšími dysfunkcemi. Specifický obraz deficitů, které jsou charakteristické pro autismus, se mění s věkem.

Jak ukazují dlouholetá sledování (Hrdlička in Hort et al., 2008), nejčastější komorbiditou u dětského autismu je **mentální retardace**, a to přibližně ve **dvou třetinách** případů. Vzhledem k tomu jsou tito jedinci i v dospělém věku trvale závislí na péči rodiny nebo institucí.

Wingová a Potter (in Thorová, 2006) odhadují, že pouze jedna třetina osob (max. jedna polovina), které mají diagnostikovaný dětský autismus na základě kritérií uvedených v MKN-10, by splňovala původní Kannerova kritéria.



Příklad

„Martinovi bylo letos osm let. Okolo druhého roku si rodiče všimli, že s jeho vývojem není všechno v pořádku. Rád se sice mazlil, ale o kontakt s rodiči projevoval menší zájem, než je obvyklé u dětí jeho věku. Pokud by mu v tom rodiče nebránili, vydržel by se podle jejich slov kývat celé hodiny ze strany na stranu. Řeč se rozvíjela o něco pomaleji, ale okolo čtvrtého roku již mluvil ve větách. Rodiče nechali zapsat Martina do mateřské školy. Chování dětí připadalo Martinovi nepochopitelné a nepředvídatelné, a tak vymyslel vlastní obrannou strategii – agresivní chování, které využíval a dosud využívá ve všech situacích, kdy se cítí nejistý. Agresivita se stala pro Martina formou komunikace. Po 14 dnech musel Martin ze školky odejít. Rodiče se obrátili na odborníky, kteří diagnostikovali poruchy chování při lehké mentální retardaci, tím ovšem péče skončila. Žádná speciální mateřská škola si Martina do péče nevzala. Po dvou odkladech Martin vstoupil do zvláštní školy, kde to »vydrželi« jedno dopoledne, nastoupil do druhé,

kde zůstal dvě hodiny. Rodiče byli zoufalí. Při psychologickém vyšetření v osmi letech byl diagnostikován dětský autismus. Martin byl zařazen do speciálního strukturovaného vzdělávacího programu pro děti s autismem v pomocné škole (současné ZŠ speciální), který využívá metod kognitivně-behaviorální terapie. Prospívá zde bez větších potíží.“ (Thorová, 2006, s. 180)

Pro zájemce



Zájemcům o podrobnější informace nabízíme diagnostická kritéria podle MKN-10 a pro srovnání i podle DSM-IV.

Tabulka: Diagnostická kritéria pro dětský autismus (F84.0) podle MKN-10 (2006)

1.	Autismus se projevuje před třetím rokem věku dítěte	
2.	Kvalitativní narušení sociální interakce	<ul style="list-style-type: none"> • nepřiměřené hodnocení společenských emočních situací • nedostačující odpověď na emoce jiných lidí • nedostatečné přizpůsobení sociálnímu kontextu • špatné používání sociálních signálů • chybí sociálně-emoční vzájemnost • slabá integrace sociálního, komunikačního a emočního chování
3.	Kvalitativní narušení sociální interakce	<ul style="list-style-type: none"> • nedostatečné sociální užívání řeči bez ohledu na úroveň jazykových schopností • porucha imaginace a společenské napodobivé hry • nedostatečná synchronizace a reciprocita v konverzačním rozhovoru • snížená přizpůsobivost v jazykovém vyjadřování • relativní nedostatek tvořivosti a fantazie v myšlení • chybí emoční reakce na přátelské přiblížení jiných lidí (verbální i neverbální) • narušená kadence a důraz komunikace, které jsou odrazem modulace komunikace • nedostatečná gestikulace užívaná k zvýraznění komunikace
4.	Omezené, opakující se stereotypní způsoby chování, zájmy a aktivity	<ul style="list-style-type: none"> • rigidita a rutinní chování v široké škále aspektů každodenního života (všední zvyky, hry) • specifická přichylnost k předmětům, které jsou pro daný věk netypické (jiné než např. plyšové hračky) • lpění na rutině, vykonávání speciálních rituálů • stereotypní zájmy – např. data, jízdni řady • pohybové stereotypie • zájem o nefunkční prvky předmětů (například omak, vůně) • odpor ke změnám v běžném průběhu činností nebo v detailech osobního prostředí (například přesunutí dekorací nebo nábytku v rodinném domě)
1.1.1 Nespecifické rysy		
<ul style="list-style-type: none"> • strach (fobie) • poruchy spánku a příjmu potravy • záchvaty vzteku a agrese (zvláště pokud je přítomna těžká mentální retardace) • většinou chybí spontaneita, iniciativa a tvořivost při organizování volného času 		

Tabulka: Diagnostická kritéria pro autistickou poruchu (autistic disorder, 299.0) podle DSM-IV (Thorová, 2006, s. 179)

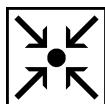
Kategorie I	K diagnóze je zapotřebí minimálně šest níže uvedených symptomů z kategorie I, a to nejméně dva symptomy z odstavce A, nejméně jeden symptom z odstavce B a nejméně jeden symptom z odstavce C.
A	Kvalitativní narušení sociální interakce (nejméně dva symptomy)
1.	Výrazně narušená schopnost přiměřeně užívat neverbální chování (zrakový kontakt, výraz obličeje, postoj těla a gesta) v různých sociálních situacích.
2.	Neschopnost vytvářet vztahy s vrstevníky s přihlédnutím k dosažené vývojové úrovni.
3.	Malá schopnost spontánně sdílet s ostatními radost a zájmy, mít potěšení ze společné činnosti (například dítě neukazuje věci, které ho zajímají; nepřináší ostatním věci, aby se podívali, apod.).
4.	Nedostatečná schopnost sociální a emocionální empatie (neúčastní se jednoduchých sociálních hříček, preferuje činnost o samotě, ostatní lidi může využívat jako pomocníky nebo "mechanické" pomůcky).
B	Kvalitativní narušení komunikace (nejméně jeden symptom)
1.	Opožděný vývoj řeči nebo se řeč vůbec nevyvine (dítě se nesnaží nedostatku kompenzovat jiným, alternativním způsobem komunikace, jako jsou například mimika a gesta).
2.	U dětí, které mají vyvinutou řeč, je výrazně postižena schopnost iniciovat nebo udržet konverzaci s ostatními.
3.	Stereotypní a opakující se používání řeči nebo idiosynkratický jazyk.
4.	Chybí různorodá, spontánní, symbolická a sociálně-napodobivá hra odpovídající vývojové úrovni.
C	Omezené, opakující se nebo stereotypní vzorce chování, zájmů nebo aktivit (nejméně jeden symptom)
1.	Nápadně výrazné zaujetí pro jednu nebo více činností, které je abnormální buď intenzitou, nebo předmětem zájmu (např. meteorologie, statistika).
2.	Zjevné ulpívání na specifických, nefunkčních rituálech a rutinních činnostech, odpor ke změnám (mladší děti mohou mít katastrofální reakce na drobné změny, jako je změna záclon nebo změna polohy jídelního stolu, vyžadování stejné cesty).
3.	Stereotypní a opakující se motorické manýrování (třepání či krouživé pohyby rukama a prsty nebo komplexní specifické pohyby celým tělem).
4.	Nepřiměřeně dlouho trvající zaujetí částmi předmětů (knoflíky, části těla).
Kategorie II	Opožděný vývoj či abnormální chování alespoň v jedné z následujících kategorií se projeví před třetím rokem věku dítěte: <ul style="list-style-type: none"> a) sociální interakce b) jazyk ve vztahu k sociální komunikaci c) symbolická a fantazijní hra.
Kategorie III	Diagnostická kritéria dětské dezintegrační poruchy, Rettova syndromu či Aspergerova

syndromu nevyhovují lépe.
<p>Nespecifické rysy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nerovnoměrný profil kognitivních schopností (např. hyperlexie); • problémy s užíváním jazyka a jeho gramatickou strukturou, užívání 3. osoby singuláru namísto 1. osoby ("já"), mnoho dětí s vysoce funkčním autismem má úroveň receptivního jazyka na nižší úrovni než expresivního; • upřednostňování periferního zrakového vnímání (koutky oka) před přímým pohledem; • snížená schopnost imitace pohybů, nachýlená chůze či chůze po špičkách, tleskání, luskání prsty; • fascinace pohybem (roztáčení hraček, otvírání a zavírání dveří, fén či jiné otáčející se předměty); • neobvyklé reakce na smyslové podněty (hypersenzitivita na zvuky, světla nebo doteky, nepřiměřená reakce na vůně a pachy); • nepřiměřené emocionální reakce (bezdůvodný pláč nebo smích, střídání nálad, afekty, úzkost, absence strachu v nebezpečných situacích); • problémy s chováním (dyskoncentrace, agresivita, sebezraňování, impulzivita, záchvaty vzteku); • problémy se spánkem, jídlem.

2.2 Atypický autismus (F84.1)

Atypický autismus

Tato diagnóza je stanovena v případě, že porucha nesplňuje kritéria pro dětský autismus, tzn. nesplnění všech tří okruhů diagnostických kritérií, nebo je nástup opožděný, symptomy se manifestují až po třetím roce života (Hrdlička in Hort et al., 2008). Podle Thorové (2006) je atypický autismus zastřešujícím termínem pro tu kategorii osob, pro niž by se hodil diagnostický výrok „autistické rysy“ či „autistické sklony“. Americký diagnostický systém DSM-IV termín atypický autismus jako samostatnou kategorii nezná, analogicky s atypickým autismem používá termín pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná (pervasive developmental disorder not otherwise specified, PDD-NOS). Volkmar (in Čadilová, Jůn, Thorová, 2007) uvádí, že v případě atypického autismu bývají sociální schopnosti, ve srovnání s klasickým autismem, narušeny méně, neobvyklá je však přecitlivělost na vnější podněty. V případě atypického autismu se může jednat o lepší sociální či komunikační kompetence nebo o absenci stereotypních zájmů. Vývoj dílčích schopností je u těchto dětí značně nerovnoměrný. Z hlediska náročnosti péče a potřeby intervence se atypický autismus neliší od dětského autismu.



Příklad

„Těhotenství, porod i poporodní vývoj proběhly u Jakuba bez výrazných rizikových faktorů. Raný vývoj se zdál normální do 12 měsíců. Okolo roku uměl říct »ham« a »bác«. Řeč se dál nerozvíjela. Zájem o sociální kontakt byl po prvním roce minimální. Málo spal. Téměř nekomunikoval, na oslovení a pokyny nereagoval. Pohybově byl velmi obratný. Rodičům se dostalo ujištění od lékařů, že chlapci mluví později a že vývoj je zatím v normě. Po roce rodiče získali dojem, že Jakub asi neslyší. Vyšetření sluchu ale tuto domněnku nepotvrdilo. Ve třech letech stále nemluvil a nespolečně pracoval. Neurolog diagnostikoval vývojovou dysfázi. Mezi druhým a čtvrtým rokem

velmi málo spal, během dne se často vztekal a křičel. Nyní je mu pět let. Separaci od rodičů emočně nezvládá, při kontaktu s nimi projevuje radost, ne-souhlas vyjadřuje štípnutím do krku. Řeč zatím zcela chybí. Rozumí jen základním pokynům. Před komunikací dává přednost sebeobsluze. Málo gestikuluje, používá ruku dospělého jako nástroj. Schopnost nápodoby je minimální, ke snahám přimět dítě k řízené imitaci se staví výrazně negativisticky. Při učení novým věcem rodiče vždy musí zesílit tlak, spontánní nápodoba nebo snaha o ni zcela chybí. Hra a zacházení s předměty jsou bez výrazných stereotypů. Také pohybové stereotypie chybí. Naznačeny jsou prvky sociálně-nápodobivé hry. Jakub ukládá medvídku ke spánku, na požádání ho nakrmí, učeše apod. Sleduje pohádky v televizi. V posledním roce si začal hrát se stavebnicí. Společnou hru však odmítá.“ (Thorová, 2006, s. 184)

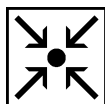
2.3 Rettův syndrom (F84.2)

„...očíma nám říkají, že rozumějí daleko víc, než si vůbec dokážeme představit.“ (Rett in Thorová, 2006, s. 211)

Rettův syndrom

První zmínka o Rettově syndromu pochází z roku 1965, kdy rakouský dětský neurolog Andreas Rett publikoval popis 21 dívek a žen s identickými symptomy, kterých si všiml ve své klinické praxi. Do obecného povědomí veřejnosti se však tento syndrom dostal až v roce 1983. Rettův syndrom se vyskytuje výhradně jen u děvčat, jeho prevalence je 6–7 na 100 000. U chlapců způsobí totožná mutace genu natolik závažnou encefalopatii, že plod nebo novorozenec nepřežívá (Thorová, 2006). Příčina syndromu je tedy geneticky vázána. Charakteristický je normální, resp. téměř normální časný vývoj, který je následován ztrátou řeči, manuálních dovedností a zpomalením růstu hlavy. Později se rozvíjí skolióza nebo kyfoskolióza. Téměř všechny pacientky mají patologické EEG (elektroencefalografie – vyšetřovací metoda, která snímá elektrickou aktivitu mozku), až u 75 % dívek se rozvíjí epilepsie. Přestože ještě několik let po manifestaci onemocnění vykazují děti stále některé sociální zájmy a schopnosti, klasickým výsledkem je těžké mentální postižení. Prognóza je velmi nepříznivá, již v předškolním období se stabilizuje závažné a trvalé postižení. Onemocnění končí invaliditou, někdy také imobilitou. Dívky s Rettovým syndromem v průběhu života psychicky vyžívají a dožívají se běžně 40 až 50 let. Terapie tohoto onemocnění se omezuje na symptomatickou intervenci (Hrdlička in Hort et al., 2008).

Od roku 2001 je možné Rettův syndrom diagnostikovat i v České republice, a to na základě genetického laboratorního vyšetření. U dívek, které svými klinickými projevy přesně splňují diagnostická kritéria, hovoříme o klasickém Rettově syndromu (asi 2/3 dívek), v ostatních případech diagnostikujeme atypický Rettův syndrom (jde o mírnější formu syndromu – dívky chodí a sedí, mluví nebo chybí nějaký typický znak, například nemají menší obvod hlavičky, neprošly obdobím normálního vývoje apod.). V České republice se ročně narodí 5–6 dívek s Rettovým syndromem (Thorová, 2007).



Příklad

„Lucie byla dlouho očekávané miminko. Těhotenství i porod proběhly bez jakýchkoli komplikací. Výsledky preventivní amniocentézy nepřinesly žádný důvod ke znepokojení. Váha a míra byla v normě, obvod hlavičky byl průměrný. První měsíce se Lucie vyvíjela jako každé zdravé miminko. S kojením ani spánkem nebyly žádné potíže. Okolo třetího měsíce byla diagnostikována lehká hypotonie, ale vývoj pokračoval dál v rámci normy. V osmém měsíci se zdálo, že se vývoj zpomaluje. V roce již bylo zřetelné, že vývoj není v pořádku. Méně se zajímala o okolí, řeč se neobjevila. Také růst hlavy se zastavil. Chodila samostatně od roku a půl. Ještě se sama najedla rukama a občas uchopila hračku do ruky. Ústup úchopových dovedností jsme výrazně zaznamenali okolo 19 měsíců. Schopnosti se postupně vytrácely a po druhém roce již Lucie pouze kroutila rukama před sebou nebo je strkala do úst. Zdálo se, že je úplně autistická. Nebylo možné s ní navázat kontakt, nedívala se do očí, nemluvila ani neukazovala. Rodiče nevěděli, jestli něco chce nebo jestli jí něco nebolí. Místo řeči jen skřípala zuby. Ve třech letech přestala samostatně chodit, sedí na vozíku. V šesti letech začaly těžké epileptické záchvaty. Celkový psychický stav se postupně zlepšoval. Začala být radostnější, často se směje, má ráda hudbu, zpívání a také společnost, dokáže být lítostivá. Rozumí základním pokynům, zajímá se o okolí a naváže oční kontakt. Nevydrží se však dlouho soustředit. Ráda dovádí se sestrou. Do osmi let používala okolo deseti slůvek, ale velmi sporadicky, jen několikrát do týdne. Po osmém roce řeč zcela zanikla. V osmi letech nastoupila do speciální školy. Obsah komunikace a úlohy, které řeší, jsou na třech letech mentálního věku. Existují dny, kdy není spokojená, je unavená, pospává, nespolupracuje a nepředvede nic z toho, co umí. Na druhou stranu mívá období, kdy s učitelkou krásně pracuje, komunikuje zrakovým odkazem, na kartičkách vyjádří souhlas–nesouhlas. Z práce a pochvaly má obrovskou radost.“ (Thorová, 2006, s. 214–215)

Pro zájemce



Tabulka: Diagnostická kritéria Rettova syndromu (Thorová, 2006, s. 211)

A	<p>Platí všechny následující položky:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. normální prenatalní a perinatální vývoj; 2. prvních šest měsíců normální psychomotorický vývoj; 3. normální obvod hlavičky při narození.
B	<p>V období 5 až 48 měsíců zaznamenány všechny následující položky:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. zpomalení růstu hlavičky; 2. ztráta již naučených volných pohybů rukou doprovázená stereotypními pohyby horních končetin (např. tzv. mycí nebo kroutivé pohyby rukou); 3. s nástupem poruchy ztráta sociálních dovedností, schopnost sociální interakce se vyvíjí později; 4. obtíže s koordinací pohybů hrudníku a chůze; 5. opoždění a porucha expresivní i receptivní složky řeči doprovázená těžkou psychomotorickou retardací.

Obrázek: Rettův syndrom

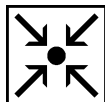


(<http://img.bleskovky.sk>)

2.4 Jiná dezintegrační porucha v dětství (F84.3)

Uvedený syndrom byl poprvé popsán v roce 1908 vídeňským speciálním pedagogem Theodorem Hellerem, který publikoval případ šesti dětí, u nichž došlo mezi třetím a čtvrtým rokem k výrazné regresi a nástupu těžké mentální retardace, a to navzdory uspokojivému předchozímu vývoji. Deteriorace (postupné zhoršování, ztráta funkce) může být náhlá, nebo může trvat několik měsíců, následně je vystřídána obdobím stagnace. Od dětského autismu se dezintegrační porucha liší pozdější dobou nástupu prvních symptomů. K pozorovaným projevům se přidává rovněž emoční labilita, záchvaty zlosti, obtíže se spánkem, agresivita, úzkost, dráždivost, hyperaktivita, dyskoordinace komplexních pohybů a neobratná, zvláštní chůze, abnormální reakce na sluchové podněty. Porucha má dopad zejména na kognitivní oblast. Prognóza je obvykle špatná (Thorová, 2006).

Jiná dezintegrační porucha v dětství



Příklad

„Těhotenství proběhlo bez obtíží, porod měl lehký, bezproblémový průběh. Martina začala chodit ve třinácti měsících. Byla hezké a zdravé dítě. Po roce začala vyslovovat jednotlivá slova – »máma«, »táta«, »haf«, »tik tak«, »pá pá«. Vývoj se zdál zcela normální. Ve dvou letech již mluvila v delších větách: »Maminka si vezme knihu a bude číst Mravenečka.« Milovala prohlížení knížek. Smála se říkadlům, doplňovala slova, jak si je z básniček pamatovala. Po narození sourozence ve dvou a půl letech se objevila enuréza. Martina absolvovala psychologické vyšetření, při kterém byla hodnocena jako nadané dítě. V 3,5 letech prodělala krátké horečnaté onemocnění. Ze dne na den nastal prudký regres. Martina přestala mluvit, také chování se výrazně změnilo. Objevilo se grimasování, rychlé střídání nálad bez zjevné příčiny, sklony k plačtivosti. Podrobné neurologické vyšetření neodhalilo nic, co by mohlo být příčinou tak výrazného regresu. Řeč se opět objevila až po dvou letech. Martina nyní mluví v jednoduchých větách, echolalicky se záměnou osob. Málo vnímá okolí, je samotářská. Velmi málo se snaží komunikovat, negestikuluje ani neukazuje. Má rozvinutou jemnou motoriku, dovede navléknout korálky, najít se příborem, zapne si knoflíky i zaváže tkaničku. Sama si vezme jídlo z lednice. Na oslovení reaguje, jednoduché příkazy splní. Do kolektivu se nezapojuje. Navštěvuje speciální třídu pro děti s autismem.“ (ibid., 2006, s. 196–197)

Pro zájemce



Tabulka: Diagnostická kritéria jiné dezintegrační poruchy v dětství (ibid., 2006, s. 194)

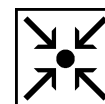
1.	Jednoznačně normální vývoj nejméně první dva roky. Neverbální i verbální komunikace, sociální vztahy, hra a adaptivní chování odpovídají věkové normě.
2.	Klinicky signifikantní ztráta jednou již získaných dovedností alespoň ve dvou uvedených oblastech: <ol style="list-style-type: none"> 1. expresivní nebo receptivní jazyk; 2. sociální dovednosti; 3. ztráta kontroly močení či stolice; 4. hra; 5. motorické dovednosti.
3.	Funkční abnormality pozorované alespoň ve dvou uvedených oblastech: <ol style="list-style-type: none"> 1. kvalitativní poškození sociální interakce (poruchy v neverbálním chování, neschopnost navazovat kontakty s vrstevníky, nedostatek sociální a emoční recipacity); 2. kvalitativní poškození komunikace (opožděná nebo chybějící řeč, neschopnost iniciovat nebo udržovat konverzaci, stereotypní nebo opakující se užívání jazyka, nedostatečně rozvinutá symbolická a napodobivá hra); 3. omezené, opakující se vzorce chování, zájmů a aktivit, včetně stereotypních pohybů a manýrování.
4.	Diagnostická kritéria jiné specifické pervazivní vývojové poruchy nebo schizofrenie nevyhovují lépe.

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

Jedná se o vágně definovanou poruchu, která sdružuje hyperaktivní syndrom, mentální retardaci a stereotypní pohyby a/nebo sebepoškozování. V adolescenci může být hyperaktivita vystřídaná hypoaktivitou, což u skutečné hyperkinetické poruchy není obvyklé. V rámci této poruchy se nevyskytuje sociální narušení autistického typu (Hrdlička in Hort et al., 2008).

Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby

Příklad



„Tomášův porod byl velmi těžký, kleštěmi, dítě bylo kříšeno. V pátém měsíci pediatr konstatoval opoždění psychomotorického vývoje. V osmnácti měsících již byly jednoznačně patrné stereotypní pohyby, kývání tělem a mávání rukama, po třetím roce se přidalo poskakování. Tomáš začal samostatně chodit až okolo druhého roku, asi dva roky chodil po špičkách. První slovíčka se objevila až po druhém roce. Celý předškolní věk provázely výrazné afekty a opoziční negativismus. Rozumové schopnosti leží v horním pásmu středně těžké mentální retardace. Tomáš má dobrou mechanickou

paměť, dokáže opakovat i celé pasáže textů. V dětství trpěl záchvaty úzkosti. Při změně trasy propadal panice. Strašně se bál psů. Nesnáší hluk a psí štěkot je pro něj nesnesitelný. Má zmapovány všechny psy v okolí a vždy volí cestu tak, aby se jim vyhnul. Tomáš absolvoval pomocnou školu (současnou ZŠ speciální), naučil se základům čtení a počítání. Společnost má rád, kontakt je výběrový, komunikuje ochotně, na otázky odpovídá přiměřeně, klade otázky. Občas v řeči zaznamenána ulpívavost a echolálie, komunikace je ale z převážné části funkční. Oční kontakt navazuje, gesta používá, mimika je chudá. V chování je velmi nápadný pervazivní psychomotorický neklid a stereotypní pohyby. Zájmy nejsou výrazně stereotypní, spíše omezené. V televizi sleduje soutěžní a sportovní pořady. Nápadná je emoční labilita, nálady se nepředvídatelně mění, časté jsou výbuchy vzteku. V pracovních a sebeobslužných dovednostech je výrazně neobratný. Na škále dětského autistického chování CARS vykazuje symptomatiku. Kresba je jednoduchá, bez nápadností, infantilní námět odpovídá mentální úrovni.“ (Thorová, 2006, s. 209–210)

Pro zájemce



Tabulka: Diagnostická kritéria hyperaktivní poruchy sdružené s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84.4) podle MKN-10 (ibid., 2006, s. 210)

A	Těžká motorická hyperaktivita (nejméně dva symptomy)
1.	Trvalý motorický neklid projevující se běháním, skákáním a jinými pohyby celého těla.
2.	Zřejmá obtíž zůstat sedět. Dítě obvykle zůstane sedět několik vteřin – s výjimkou toho, když se zabývá stereotypní aktivitou (viz B).
3.	Přehnaná aktivita v situacích, kdy se očekává relativní klid.
4.	Velmi rychlé změny aktivity, takže aktivity trvají obvykle méně než minutu (občasná delší doba, kterou dítě tráví velmi oblíbenou činností, tuto diagnózu nevylučuje). Velmi dlouhá doba trávená stereotypními aktivitami může být s tímto problémem rovněž slučitelná.
B	Opakující se stereotypní vzorce chování a činností (alespoň jeden z následujících znaků)
1.	Neměnné a často opakované motorické manýry, které se mohou týkat buď komplexních pohybů celého těla, nebo částečných pohybů, jako je poklepávání rukou.
2.	Přehnané a nefunkční opakování činností, které mají stálou formu: může to být hra s jedním předmětem (např. s tekoucí vodou) nebo rituál činností (buď samostatně, nebo ve vztahu k jiným lidem).
3.	Opakované sebepoškozování.
4.	Chybí různorodá, spontánní, symbolická a sociálně-napodobivá hra odpovídající vývojové úrovni.
C	IQ je nižší než 50
D	Chybějící sociální narušení autistického typu (alespoň tři z následujících znaků)
1.	Používání očního kontaktu, mimika a postoj slouží k usměrňování sociální interakce a jsou přiměřené vývoji.
2.	Vztahy s vrstevníky, které zahrnují sdílení zájmů, aktivit atd. a které jsou přiměřené vývoji.
3.	Alespoň občasná přiblížování k jiným lidem pro útěchu a náklonnost.
4.	Schopnost sdílet občas radost s jinými lidmi, jiné formy sociálního narušení, např. dezinhibice vůči cizím lidem, nejsou s diagnózou v rozporu.
E	Porucha nesplňuje diagnostická kritéria pro autismus, dětskou dezintegrační poruchu nebo hyperkinetickou poruchu

2.6 Aspergerův syndrom (F84.5)

První definice této diagnózy byla uvedena před více než padesáti lety. Jejím autorem je vídeňský pediatr Hans Asperger, který si všiml jistého specifického souboru schopností a vzorců chování, především u chlapců. Aspergerův syndrom je obecně častější u chlapců než u dívek – v poměru 8 : 1 (Krejčířová, 2001). Duševní vývoj je narušený, podobně jako u dětského autismu, v oblasti sociální interakce, komunikace a představitosti. Sociální dovednosti jsou výrazně omezené a jsou doprovázeny opožděnou citovou zralostí. Typickým rysem tohoto syndromu je nerovnoměrné rozložení schopností (Vosmik, Bělohávková, 2010). Oproti dětskému autismu je u Aspergerova syndromu lepší prognóza v oblasti dosažení základní soběstačnosti a rovněž složky adaptivního fungování nejsou tak závažně na-

Aspergerův syndrom

rušeny. Jak ukazují genetické studie, u osob s Aspergerovým syndromem hrají větší roli hereditární faktory (genetická složka) než u osob s dětským autismem. Inteligence těchto dětí je zpravidla v pásmu normy. Typické jsou neobvykle intenzivní a úzké zájmy – sbírání faktů o různých oborech, jízdní řády a kalendáře či technické zájmy apod. (Krejčířová, 2001).

Termín Aspergerův syndrom (dále jen AS) poprvé použila Lorna Wingová v odborné publikaci v roce 1981. Označila jím děti a dospělé, jejichž charakteristiky v chování odpovídaly popisu příznaků, na které upozornil již zmíněný H. Asperger. Na základě vlastních zjištění vymezila základní klinické příznaky AS následovně:

- nedostatek empatie,
- jednoduchá, nepřiléhavá a jednostranná interakce,
- omezená, případně neexistující schopnost navazovat a udržet si přátelství,
- přesná, jednotvárná řeč,
- nedostatečná neverbální komunikace,
- hluboký zájem o specifický jev či předměty,
- nemotornost, nepřírozené pozice (in Attwood, 2005).

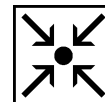
Vysoce funkční autismus

Ve stejném roce (1981) DeMyer et al. poprvé použili termín „vysoce funkční autismus“ (high functioning autism, dále jen HFA). Díky tomu dochází poměrně často ke sblížení obou konceptů. Z tohoto důvodu uvádíme základní diagnostická kritéria podle předního českého psychiatra Michala Hrdličky (2008), který vymezuje AS oproti vysoce funkčnímu autismu následovně:

- frekvence výskytu AS je častější než osob s HFA;
- inteligenční kvocient je u osob s AS vyšší než u HFA;
- motorická neobratnost je spíše popisována u osob s AS než u HFA;
- řečové schopnosti bývají poškozeny vždy u HFA, zatímco u osob s AS bývají intaktní, někdy dokonce hypertrofované;
- osoby s AS bývají později diagnostikovány jako problémové a jejich prognóza je relativně lepší než u pacientů s HFA, u AS je větší výskyt suicidálního jednání, atypické deprese a závislosti na alkoholu než u HFA.

Projevy sociální dyslexie, jak bývá někdy Aspergerův syndrom označován, mají řadu forem. Jde o velmi různorodý syndrom, jehož symptomatika plynule přechází do normy. V současné době je AS považován za samostatnou nosologickou jednotku. Tvrzení, že AS je mírnější formou autismu, by bylo velmi zjednodušené. Pro AS jsou charakteristické určité specifické problémy, které mohou být stejně závažné, přestože je jejich kvalita odlišná od ostatních PAS. Navzdory tomu, že se intelekt u lidí s AS nachází v pásmu normy, není zaručeným prediktorem samostatného života v dospělosti (Thorová, 2006).

Příklad



„Adam má ve čtrnácti letech seznam diagnóz, rodiče však mají dojem, že žádná neobjasňuje chlapcovy potíže. Chlapec protestuje proti hovoru s matkou o samotě, je negativistický, občas vůči matce verbálně agresivní. Podezřívá ji, že »ho chce dostat do blázince« a že o něm mluví pouze špatně. Po určité době se zklidňuje, během pohovoru spolupracuje, je sebestředný, těší ho, že na sebe upoutává pozornost. O to víc stupňuje úsilí na sebe upozornit. Vstupuje do hovoru, klade nevhodné otázky. Podle matky špatně zvládá změny v režimu a programu. Matka popisuje u syna projevy vztahovачnosti, úzkostnosti a nedůvěřivosti. Při poslední hospitalizaci na dětské psychiatrické klinice kvůli těmto projevům obdržel diagnózu nepsychotického paranoidního syndromu.

Vystřídal pět předškolních zařízení. Velmi obtížně se zařazoval do kolektivu, byl tvrdohlavý, neposlouchal pokyny, hyperaktivní, nesoustředěný, bil vrstevníky. Již v průběhu první třídy byl přeřazen pro motorický neklid a narušování výuky do speciální první třídy základní školy. Učitelka se z něj »málem zhroutila«, opět nereagoval na pokyny, dělal si své věci, škola navrhla umístění na psychiatrickou kliniku. Ve druhé třídě dostal dvojku z chování. Ve třetí třídě byl po třech měsících a neustálých konfliktech přeřazen na individuální výuku. Třetí a čtvrtou třídu tedy absolvoval formou individuálního vyučovacího plánu, kdy nechodil do školy. Ve škole jde z konfliktu do konfliktu.

Vývoj řeči nebyl opožděný, první slůvka začal říkat okolo prvního roku života. Má bohatou slovní zásobu, vyjadřování je nepřiměřené věku, řeč mechanická, pedantická výslovnost. Od ostatních vyžaduje přesnou výslovnost, zakládá si na verbálních rituálech. Libuje si ve slovních hříčkách, má smysl pro humor.

Adam střídal vždy velmi vyhraněné okruhy zájmů, první pozornost rodičů upoutala výrazná fixace na vlaky (ze všech předmětů, co byly po ruce – kolíčky na prádlo, autička –, vyráběl vlaky). Zajímal se i o jiné dopravní prostředky a elektřinu, fascinovaly ho transformátory. V deseti letech si začal nahrávat zvuky dopravních prostředků a vlastní komentáře k nim. Studuje vlaková spojení, nádraží, dopravu, autobusy, trolejbusy. Projel všechny trasy tramvají a vlaků v ČR. Vyhledává si sám nové spoje. Velmi ho znepokojuje změna časového harmonogramu (výluka, zpoždění apod.). Téměř veškerou konverzaci obrací k předmětům svého zájmu. Trasy projíždí sám, ostatní lidé ho při tom znervózňují (mají nevhodné poznámky, zdržují apod.). Přátel nemá, do školy by však chodil rád. Špatně odhaduje potřeby druhých lidí, chybí mu empatie, na vlastní osobu je přecitlivělý, vše se musí řídit jeho potřebami. V rodině žije podle jeho slov s fenou, matkou, otcem, mikroby a roztoči. City považuje za »irelevantní«. Ve škole napomíná a opravuje učitele, neuznává autoritu. Vůči vrstevníkům je agresivní, vyjadřuje vůči nim nelibost kvůli údajnému šikanování. Opakované epizody deprese a silného

sebepodceňování (říká o sobě, že je výběrem nejhorších genů DNA svých rodičů, zřůda, které by se všichni lekli, apod.). Občas vyhrožuje sebevraždou. Doma rodiče zaznamenali vzrůstající podrážděnost, sklon k impulzivnímu chování, verbální i brachiální agresi.“ (ibid., 2006, s. 188–190)



Pro zájemce

Tabulka: Diagnostická kritéria pro Aspergerův syndrom (ibid., 2006, s. 186)

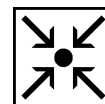
1.	Kvalitativní narušení sociální interakce	AS je charakterizován stejným typem kvalitativních poruch sociální interakce jako autismus
2.	Omezené, opakující se stereotypní způsoby chování, zájmy a aktivity	stejný obraz jako u autismu
3.	Porucha způsobuje klinicky významné poruchy v oblasti sociálního a profesního fungování i v dalších významných životních situacích	
4.	Vývoj řeči není opožděn	první slůvka před druhým rokem, věty s komunikačním významem před třetím rokem
5.	Kognitivní vývoj (intelekt) je v normě, sebeobslužné dovednosti jsou přiměřené věku, stejně jako adaptivní chování (kromě sociálního) a explorativní chování motivované zvědavostí	
6.	Dyspraxie (nemotornost) – pouze v MKN	není podmínkou diagnózy

2.7 Jiné pervazivní vývojové poruchy (F84.8)

Jiné pervazivní vývojové poruchy

Tato diagnostická kategorie není v Evropě příliš často využívána. Její diagnostická kritéria nejsou přesně definována. Thorová (2006) uvádí dva typy dětí, které zařazujeme do této kategorie. První skupinu tvoří děti, které mají těžší formu poruchy aktivity a pozornosti, vývojovou dysfázií, nerovnoměrně rozvinuté kognitivní schopnosti, mentální retardaci a malý počet projevů typických pro autismus. Kvalita komunikace, sociální interakce a hry je narušená, ne však do takové míry, která by odpovídala diagnóze autismu nebo atypickému autismu. Jde o hraniční symptomatiku, dříve s nespécifickými symptomy, jako je úzkost, nepozornost a hyperaktivita. Do druhé skupiny patří děti s výrazně narušenou představivostí. Typická je nízká schopnost rozlišovat mezi fantazií a realitou a vyhraněný zájem o určitá témata, kterým se jedinci s touto poruchou intenzivně věnují. Způsob sociálního chování a komunikace vykazuje minimum znaků typických pro autismus.

Příklad



„Adoptované dítě přišlo do nové rodiny z velmi krušných podmínek, z původní rodiny bylo odebráno pro zanedbávání a týrání. Vývoj dítěte byl mírně opožděný. Od 18 měsíců rodiče pozorovali pohybové stereotypie prstů. Citově k rodičům lnul, komunikoval bez nápadností, ukazoval na obrázcích. O děti zájem neprojevoval. Slovíčka začal Tomáš používat ve dvou letech, ve čtyřech letech mluvil již plynule. Obtížně se adaptoval, nesnášel změny prostředí a činností. Do pěti let neměl zájem o pohádky. Hra byla stereotypní s fixací vždy na určitý druh zvířete. Výkon v intelektových testech byl podprůměrný, Tomáš nastoupil do vyrovnávací třídy základní školy. V současné době má o hru s vrstevníky zájem, ale se zapojením do kolektivu a společenských her má kvůli svým odlišným zájmům a chování potíže. Vrstevnické vztahy a podstatu kamarádství chápe, vyhledává kolektiv dětí, zapojuje se do společných činností. Je soutěživý, neumí prohrávat. Má diferencovaný pozitivní vztah k oběma rodičům. V sociálním kontaktu s cizím člověkem je spontánní, má radost z pochvaly, miluje společnost, dodržuje pravidla společenského chování, projevuje ostych. Přiměřeně komunikuje očním kontaktem, postojem těla i gesty. Při rozhovoru využívá celou škálu komunikačních funkcí (vypráví, klade otázky, dělá komentáře), bez problémů vede rozhovor. Verbální projev je přiměřený a bez nápadností, až na výrazné ulpívání na tématu »ptáci« a zálibu ve vulgárních výrazech, o ptácích však nehovoří neustále, spíše pokud k tomu má příležitost. Ptačí říší je Tomáš fascinován. Z toho vyplývá řada zvláštností v chování. Stereotypně třepe peříčky před obličejem, napodobuje rukama mávání křídel, točí se dokola a »snáší vejce«, vydává zvuky jednotlivých ptáků a napodobuje velmi zdařile jejich pohyby. Ve spontánním projevu kreslí pouze ptáky. Lidem přídělává křídla nebo ptačí nohy, činnost má nutkavý charakter, nelze jí dlouhodobě zamezit. Doma si rodiče stěžují na emoční labilitu, někdy se bez zjevné příčiny vzteká, dupe a křičí, je verbálně agresivní a negativistický. Při emocionálním vzrušení se objevují kroutivé pohyby v zápěstích. Ve škole nemá potíže s pracovním chováním, dobře spolupracuje, je samostatný, dokáže si činnost naplánovat.“ (ibid., 2006, s. 205)

2.8 Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná (F84.9)

Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (2006, s. 200), charakterizuje pervazivní vývojovou poruchu nespecifikovanou jako kategorii poruch, u nichž není možné zařazení do ostatních kategorií v rámci oddílu F84 z důvodu nedostatku informací nebo protichůdných nálezů.

Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná

Na závěr nabízíme ještě jedno dělení autismu, s nímž se můžeme setkat nejen v našich podmínkách, ale především v zahraničí. Jde o:

Vysoce funkční autismus

- **Vysoce funkční autismus** – jde o jedince, kteří mají inteligenci v normě, minimální hodnota IQ je tedy 70. Mají normální nebo lehce narušenou komunikační schopnost. Nejčastěji se jedná o děti s Aspergerovým syndromem (rozdíl mezi AS a HFA jsme specifikovali v podkapitole 2.6). Z celkového počtu dětí s PAS je udávána incidence vysoce funkčního autismu asi 11–34 %. Tyto děti jsou schopny dobré integrace do společnosti, podmínkou je vytvoření vhodného prostředí strukturovanými činnostmi a časem, vizualizací a asistencí v sociálních interakcích. Dítě se tak může vzdělávat i na běžné škole formou integrace.

Středně funkční autismus

- **Středně funkční autismus** – do této kategorie se řadí jedinci s lehkým nebo středně těžkým mentálním postižením a více narušenou řečovou složkou. Kromě toho jsou jejich častým projevem stereotypie.

Nízko funkční autismus

- **Nízko funkční autismus** – jedná se o jedince postižené těžkou až hlubokou mentální retardací. Charakteristická je nerozvinutá řeč, chudé navazování sociálních kontaktů, převládání stereotypních a repetitivních příznaků (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

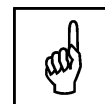
**Shrnutí**

Kromě klasické formy autismu, kterou reprezentuje dětský autismus se svou „kompletní“ triádou symptomů, existují v rámci pervazivních vývojových poruch i další diagnózy jako atypický autismus, Rettův syndrom, jiná dezintegrovaná porucha v dětství, hyperaktivní porucha spojená s mentální retardací a stereotypními pohyby, Aspergerův syndrom, jiné pervazivní vývojové poruchy a pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná. V souvislosti s PAS můžeme dále hovořit o těžkých formách (nízko funkční autismus) a mírnějších formách (středně a vysoce funkční autismus) této kategorie poruch.

**Kontrolní otázky a úkoly**

1. Vyjmenujte dílčí diagnostické kategorie řadící se do pervazivních vývojových poruch.
2. Charakterizujte blíže atypický autismus a Aspergerův syndrom.
3. Která diagnóza v rámci pervazivních vývojových poruch postihuje jenom ženy a děvčata?
4. Která diagnóza bývá nejčastěji spojována s vysoce funkčním autismem?
5. Jaký je rozdíl mezi vysoce, středně a nízko funkčním autismem?

Pojmy k zapamatování



pervazivní vývojové poruchy
porucha autistického spektra
atypický autismus
Rettův syndrom
jiná dezintegrační porucha v dětství
hyperaktivní porucha spojená s mentální retardací a stereotypními pohyby
Aspergerův syndrom
jiné pervazivní vývojové poruchy
pervazivní vývojová porucha nespécifikovaná
nízko funkční autismus
středně funkční autismus
vysoce funkční autismus

Literatura



Seznam použité literatury

1. ATTWOOD, T. 2005. *Aspergerův syndrom*. Praha: Portál. 208 s. ISBN 80-7178-979-8.
2. BARTOŇOVÁ, M.; BAZALOVÁ, B.; PIPEKOVÁ, J. 2007. *Psychopedie*. Brno: Paido. 152 s. ISBN 978-80-7315-161-4.
3. ČADILOVÁ, V.; JŮN, H.; THOROVÁ, K. et al. 2007. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál. 248 s. ISBN 978-80-7367-319-2.
4. HORT, V. et al. 2008. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál. 498 s. ISBN 978-80-7367-404-5.
5. HRDLIČKA, M. et al. 2002. Dětský autismus a jiné pervazivní poruchy: vztah autistické psychopatologie k vybraným mozgovým strukturám. *Československá psychologie*. Č. 46, s. 289–298. ISSN 0009-062X.
6. KREJČÍŘOVÁ, D. 2001. Pervazivní vývojové poruchy a dětské psychózy. In: SVOBODA, M. (ed.); KREJČÍŘOVÁ, D.; VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál. 792 s. ISBN 80-7178-545-8.
7. Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popis klinických příznaků a diagnostická vodítka. Praha: Psychiatrické centrum. 2006. ISBN 80-85121-11-5.
8. NESNÍDALOVÁ, R. 1995. *Extrémní osamělost*. Praha: Portál. 165 s. ISBN 80-7178-024-3.
9. THOROVÁ, K. 2006. *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál. 456 s. ISBN 80-7367-091-7.
10. VOSMIK, M.; BĚLOHLÁVKOVÁ, L. 2010. *Žáci s poruchou autistického spektra v běžné škole*. Praha: Portál. 200 s. ISBN 978-80-7367-687-2.

Seznam doporučené literatury

1. HRDLIČKA, M.; KOMÁREK, V. *Dětský autismus*. Praha: Portál, 2004. 208 s. ISBN 80-7178-813-9.
2. JELÍNKOVÁ, M. *Autismus – pervazivní vývojové poruchy*. Praha: Autistik, 2010.
3. PREIßMANN, CH. *Život s Aspergerovým syndromem*. Praha: Portál, 2010. 136 s. ISBN 978-80-7367-688-9.
4. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. 871 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
5. VOCILKA, M. *Autismus*. Praha: Tech-Market, 1996. ISBN 80-902134-3-X.

Internetové zdroje

1. THOROVÁ, K. *Rettův syndrom* [online]. 2007 [cit. 2011-05-19]. Dostupné z: <<http://www.autismus.cz/popis-poruch-autistickeho-spektra/rettuv-syndrom.html>>.

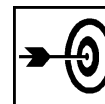


Průvodce studiem

Jste na konci kapitoly věnující se jednotlivým druhům pervazivních vývojových poruch. Získali jste poznatky o formách poruch, které lze diferencovat v rámci MKN-10, a jejich bližších charakteristikách. Předchozí text jsme se snažili propojit nejen s příklady z praxe, které vám měly usnadnit porozumění konkrétním specifickým aspektům, ale i s odborným textem, který prezentoval diagnostická kritéria a slouží k vašemu hlubšímu studiu. V následující části se dozvíte, jakým způsobem a jakými diagnostickými nástroji se diagnóza autismus stanovuje.

3 Diagnostika osob s PAS

Cíle



Následující kapitola si klade za cíl obeznámit čtenáře s možnostmi diagnostiky autismu. Kromě přehledu screeningových a diagnostických nástrojů přináší i pohled na strukturu psychologického vyšetření v rámci jednotlivých vývojových etap. Závěr kapitoly je věnován diferenciální diagnostice se zaměřením na nejčastější diferenciálnědiagnostické omyly v rámci poruch autistického spektra.

Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- charakterizovat nejčastěji používané screeningové a diagnostické metody v našich podmínkách;
- popsat průběh psychologického vyšetření;
- uvést diagnózy, které jsou v rámci diferenciální diagnostiky autismu problematické a často dochází k jejich prolínání či záměně;
- v souvislosti s diagnostikovaním autismu vyjmenovat nejběžnější diagnostické omyly.

Průvodce studiem



Předpokládáme, že text následující kapitoly může v porovnání s předcházejícími částmi opory působit poněkud náročně, nicméně naší snahou bylo zprostředkovat jeho náplň co nesrozumitelnější formou. Věříme, že se s textem vypořádáte a bez obtíží dokážete zodpovědět kontrolní otázky a úkoly v závěru kapitoly. K hlubšímu prostudování dané problematiky vám mohou posloužit zdroje doporučené literatury.

3.1 Úvodní informace k problematice diagnostiky osob s autismem

Snad všichni rodiče si přejí, aby jejich dítě bylo zdravé, a již v průběhu těhotenství si představují, jak bude vyrůstat, jaké bude mít záliby, jaké bude navštěvovat kroužky, a zcela přirozeně si dopředu plánují jeho, respektive svoji společnou budoucnost. Po manifestaci prvních příznaků si rodiče začínají klást velké množství otázek, proto zde sehrává významnou roli možnost získání adekvátních informací od participujících odborníků, neméně významná je pak podpora ze strany užší či širší rodiny.

V České republice si otázky tohoto charakteru klade ročně okolo čtyř stovek rodičů dětí s autismem. Podle Thorové (2006) však jen část z nich dostane správnou odpověď. Někteří na ni čekají dokonce léta. A někteří ji neobdrží ani v době, kdy jejich dítě dosáhlo dospělosti. Stanovení správné diagnózy je základem pro poskytnutí správné a efektivní intervence. Nesprávná diagnóza naopak výrazně ztěžuje start dětí s autismem do života. Přestože se situace v souvislosti s diagnostikou autismu oproti minulým letům zlepšila, i dnes někdy dochází ke stanovení nesprávné či nepřesné diagnózy.

Diagnostika autismu vyžaduje vysoké odborné znalosti a praktické zkušenosti odborníka (psychiatra, psychologa) a představuje poměrně složitý proces, a to hned z několika hledisek. Kromě značné rozsáhlosti a různorodosti symptomatiky se jednotlivé projevy liší s věkem, jsou rozdílné v četnosti a intenzitě, liší se stupněm závažnosti a jsou ovlivňovány mimo jiné sociálním prostředím a výchovně-vzdělávacím programem. Důležitou roli hrají rovněž osobnostní charakteristiky člověka s autismem, jeho rozumové schopnosti a případná přítomnost jiné, přidružené poruchy (Čadilová, Jůn, Thorová et al., 2007).

10. revize MKN

Nejčastěji se k diagnostice autismu používá 10. revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí (MKN-10, ICD-10), kterou vydala Světová zdravotnická organizace (WHO), a Diagnostický a statistický manuál (DSM), který vytvořila Americká psychiatrická asociace (APA). Zmíněný manuál se pravidelně reviduje. Momentálně je dostupná jeho čtvrtá verze, DSM-IV (Bazalová, 2007). Diagnostická kritéria obsažená v obou dokumentech byla prezentována v kapitole 2.1.

Posuzovací škály a dotazníkové metody

V současné době neexistuje metoda biologického charakteru, která by prokázala autismus nebo jemu příbuzné poruchy. Základem stanovení diagnózy je **pozorování chování**, které je založeno na dobré znalosti obvyklých projevů těchto poruch v jednotlivých etapách vývoje. Pro usnadnění pozorování a především pro účely včasného zachycení dětí s autismem byly vytvořeny speciální metody. Jedná se jak o **posuzovací škály**, které umožňují zaznamenávání projevů dítěte při vyšetření, tak o **dotazníkové metody**, které vyplňuje buď rodič, nebo examinátor na základě řízeného rozhovoru s rodiči (Krejčířová, 2001). Pro stanovení správné diagnózy jsou klíčové zejména informace o vývoji dítěte a jeho chování v odlišných prostředích. Je tedy nezbytné, aby zmíněné dotazníky i škály bylo možné vyplňovat jak v rodině, tak i v prostředí školy (Thorová, 2006).

3.2 Screeningové a diagnostické nástroje

V češtině doposud nebyly standardizovány žádné testy sloužící k diagnostice PAS. Absence diagnostických nástrojů v české mutaci nezbytně vede k využívání zahraničních zdrojů. V následujícím textu vás zveme na „exkurzi“ napříč nejčastěji využívanými diagnostickými metodami v našich podmínkách.

ADI-R – autism diagnostic interview-revised

Jedna z nejlépe ověřených diagnostických metod PAS je založena na semistrukturovaném rozhovoru s rodiči dítěte či dospělého se suspektními projevy autismu. Nejspolehlivější informace poskytuje tato metoda v předškolním období. Její nevýhodou je dlouhá doba administrace (90–120 minut), která snižuje možnosti jejího běžného a rozšířeného využití v praxi. Hodnocena je oblast **sociální interakce** (neverbální chování, schopnost navazovat kontakt s vrstevníky, schopnost vzájemně sdílet potěšení a úroveň sociálně-emočních dovedností), **komunikace** (schopnost užívat gesta, úroveň symbolické a sociálně-napodobivé hry, schopnost konverzace a zvláštnosti ve vývoji řeči) a **stereotypního chování** (pohybové stereotypie, omezenost a ulpívavost v oblasti zájmů, míra kompulzivního chování, nefunkční zacházení s předměty a neobvyklé smyslové zájmy). Skóre získané v ADI-R lze převést algoritmem na kritéria MKN-10 (Thorová, 2006).

ADI-R

ADOS – autism diagnostic observation schedule

Prostřednictvím semistrukturovaného vyšetření je touto metodou hodnoceno fungování sledované osoby v oblasti sociální interakce a komunikace. Zjištěné výsledky se převádějí na oficiální kritéria MKN-10.

ADOS

Výhodami této metody jsou:

- strukturovaný model interakce klient–vyšetřující;
- možnost získat více informací než při běžné vyšetřovací situaci, a to v poměrně krátké době.

Validitu nástroje je možné zlepšit sledováním a hodnocením dítěte i mimo testovací situaci.

Podle chronologického věku a úrovně vyjadřování sledované osoby je možné volit z pěti možných modulů:

- 1. modul je určen pro děti nemluvící nebo pro ty, které používají řeč velmi zřídka;
- 2. modul je určen pro ty, kteří mluví ve větách, nikoli však plynule;
- 3. modul je určen pro děti, které jsou verbálně zdatné;
- 4. modul je určen verbálně zdatným dospívajícím a dospělým;
- 5. modul je určen pro děti od 12 měsíců do 3 let (Thorová, 2006; 2011).

CARS – childhood autism rating scale – škála dětského autistického chování

Tato škála patří mezi nejčastěji využívanou posuzovací stupnici v našich podmínkách. Byla vypracována týmem odborníků na univerzitě v Severní Karolíně. Obsahuje 15 položek, přičemž každá položka je hodnocena na základě frekvence a intenzity abnormních projevů v dané oblasti na škále od 1 do 4. Administrace této škály vyžaduje přibližně hodinu času. Výsledné skóre určuje stupeň závažnosti poruchy (do 30 bodů se nejedná o autismus, 30–36 bodů představuje lehkou až středně těžkou poruchu, skóre nad 36 bodů odpovídá těžké symptomatice). Zásadní nevýhodou této škály

CARS

je však její nízká spolehlivost. Zejména z tohoto důvodu je metoda CARS využívána spíše ke screeningu PAS než jako nástroj pro stanovení diagnózy (Thorová, 2006). Podobný obsah jako metoda CARS má i **behavioral observation system** nebo **škála BSE** (behavioral summarised evaluation).



Pro zájemce

Tabulka: CARS – stručný přehled položek a sledovaných podnětů (ibid., 2006, s. 271)

Oblast hodnocení	Sledované projevy
1. Vztah k lidem	Hodnotíme sociální chování, spontánnost, zájem o kontakt s druhými lidmi, kvalitu tohoto kontaktu, uvědomování si přítomnosti druhých osob.
2. Imitace	Hodnotíme schopnost napodobovat zvuky, slova, pohyby a činnosti. Všímáme si konzistentnosti imitace, frekvence a kvality.
3. Emocionální reakce	Hodnotíme přiměřenost emočních reakcí dítěte. Za abnormní považujeme, pokud se dítě pitvoří, pochechtává, pláče, křičí nebo se vzteká a vnější podnět neodpovídá projevům dítěte. Dítě nemusí vůbec emočně reagovat, většinu času se tváří strnule.
4. Motorika	Hodnotíme zaujímání zvláštních pozic, stereotypní pohyby prstů, autoagresivní chování, kolébání se, točení se, chůzi po špičkách.
5. Užívání předmětů a hra	Hodnotíme, jakým způsobem si dítě hraje a jak zachází s věcmi. Zda hračky pouze neocucává nebo s nimi jen nebouchá a nehází. Všímáme si stereotypie v zájmech a schopnosti je přerušit a věnovat se jiným činnostem.
6. Adaptace na změny	Posuzujeme schopnost dítěte přizpůsobit se nové situaci. Hodnotíme nepřiměřenost záchvatů vzteku při změně obvyklého programu (cesta do školy) nebo prostředí (uspořádání nábytku), při návštěvě.

7. Zraková reakce	Všímáme si odlišností ve zrakovém vnímání, patří sem pozorování předmětů z neobvyklých úhlů, zvýšený zájem o pohled do zrcadla a do světél.
8. Sluchová reakce	Posuzujeme odlišnosti ve sluchovém vnímání. Například nepřiměřenou reakci na běžné zvuky, nebo naopak jejich ignoraci.
9. Čichová, chuťová, hmatová reakce	Do této položky spadá abnormní reakce na bolestivé podněty. Dále ochutnávání a očichávání nejedlých předmětů a doteková fascinace určitými materiály.
10. Strach a nervozita	Hodnotíme přiměřenost úzkosti vzhledem k podnětu, který ji vyvolal. Patří sem nadměrná neadekvátní úzkost i naopak nedostatečně pocíťovaný strach v nebezpečných situacích.
11. Verbální komunikace	Položka se zaměřuje na verbální vyjadřování dítěte. Zda se dítě domluví slovy, ve větách, či používá pouze zvuky. Mezi často se vyskytující abnormality v řeči patří používání žargonu, echolálie, záměny zájmen, útržky frází z televize či knížek, pervazivní dotazování či neologismy.
12. Neverbální komunikace	Posuzujeme úroveň mimoslovní komunikace. Neschopnost beze slov vyjádřit svou potřebu nebo přání, bizarní gesta beze smyslu, nechápání gest či mimiky druhých osob.
13. Úroveň aktivity	Za abnormní považujeme hyperaktivitu s nutností neustálého pohybu, nebo naopak výraznou „lenivost“.
14. Úroveň intelektových funkcí	Posuzujeme intelektový profil schopností a odchylky od normy. Za abnormní považujeme nerovnoměrný vývoj a ostrůvkovitě, někdy až geniální schopnosti.
15. Celkový dojem	Globálně hodnotíme náš celkový dojem, který se týká frekvence symptomů svědčících pro autismus.

CHAT – checklist for autism in toddlers

Autorem této screeningové metody je anglický neuropsychiatr Simon Baron-Cohen. Tuto metodu diferencoval na dva oddíly. První oddíl je tvořen otázkami, na něž odpovídají rodiče. Druhý je zaměřen na přímé pozorování dítěte pediatrem v rámci preventivní prohlídky v 18 měsících. Celková administrace trvá přibližně 20 minut. Klíčovými položkami jsou schopnost dítěte sledovat pohled druhého člověka, schopnost symbolické napodobivé hry a schopnost upozornit ostatní ukazováním na něco, co dítě zaujalo – tzv. deklarativní ukazování (Thorová, 2006; 2011).

CHAT



Pro zájemce

Tabulka: CHAT – checklist for autism in toddlers – autistické chování u batolat (Thorová, 2006, s. 272)

ODDÍL A: Otázky na rodiče		
1.	Má dítě rádo, když je houpete na kolenou a podobně?	ano – ne
2.	Projevuje zájem o druhé děti?	ano – ne
3.	Šplhá rádo po věcech, například po schodech?	ano – ne
4.	Hraje rádo hry typu „kuk“, „Kde je máma?“, „bu bu bu“ apod.?	ano – ne
5.	Napodobovalo Vás někdy dítě a předstíralo například, že vaří čaj s použitím nádobíčka pro panenky? Nebo nějakou podobnou hru?	ano – ne
6.	Ukazuje Vaše dítě s pomocí ukazováčku, když něco chce?	ano – ne
7.	Ukazuje ukazováčkem na něco, co ho zaujalo?	ano – ne
8.	Hraje si dítě správně s malými hračkami? Za správnou hru se nepovažuje pouhé ocucávání, házení a třepání.	ano – ne
9.	Přináší Vám někdy dítě věci na ukázkou?	ano – ne
ODDÍL B: Pozorování pediatra		
1.	Navazuje s Vámi dítě během vyšetření oční kontakt?	ano – ne
2.a	Upoutejte pozornost dítěte a ukažte prstem napříč místností na zajímavý objekt. Řekněte: „Jéé, podívej se. Tamhle je ... (konkrétní předmět).“ Pozorujte obličej dítěte. Podívá se dítě směrem, kterým ukazujete?	ano – ne
3.b	Upoutejte pozornost dítěte a dejte mu konvičku a hrníček z dětského nádobíčka. Řekněte: „Uděláš nám čaj?“ Předstírá dítě, že nalévá a pije čaj apod.?	ano – ne
4.c	Řekněte dítěti: „Ukaž mi, kde je světlo? Ukaž mi světlo.“ Ukáže dítě ukazováčkem na světlo?	ano – ne
5.	Postaví dítě komín z kostek? Pokud ano, z kolika? Počet kostek _____	ano – ne

Klíčové otázky: A7, B4 (deklarativní ukazování), B2 (monitorování směru pohledu), A5 a B3 (symbolická napodobivá hra).

a ANO znamená, že se dítě nepodívalo pouze na vaši ruku, ale přímo na objekt, na který ukazujete.

b ANO zatrhněte, pokud zjistíte u dítěte jinou symbolickou hru na „jako že“.

c ANO skórujte pouze v případě, pokud se vám dítě podívá při ukazování do obličeje. Pokud dítě nerozumí slovu světlo, opakujte otázku s medvídkem nebo jiným předmětem, který je mimo dosah dítěte.

DACH – dětské autistické chování

DACH Tato screeningová metoda je specificky určena k depistáži dětí s PAS. Jako screeningová metoda má pouze orientační charakter, nikoli přímo diagnostický. Obsahuje 74 položek, které mapují pozorování rodičů (příp. jiných osob, které přicházejí do styku s osobou s PAS). Jedná se tedy o screeningovou metodu založenou na výpovědích blízkých osob a jejich pozorováních, nikoliv o objektivní škálování. Ideální věkové rozmezí pro užití této metody je 18 měsíců až 5 let věku (Thorová, 2006).

Pro zájemce



Tabulka: DACH – dětské autistické chování (ibid., 2006, s. 271–276)

		souhlasí	nesouhlasí
1.	Nezvykle klidné a tiché chování (v období 0–12 měsíců).		
2.	Neutišitelný, dlouhotrvající pláč bez zjevné příčiny (v období 0–12 měsíců).		
3.	Výrazné dlouhotrvající problémy se spaním a usínáním (déle než tři měsíce).		
4.	Problémy s jídlem (jí pouze určité druhy potravin, přejídá se nebo jí velmi málo).		
5.	Výrazná nechuť k výměně plenek, česání vlasů, oblékání, převlékání, čištění zubů, stříhání nehtů a vlasů.		
6.	Špatný zrakový kontakt nebo vyhýbání se zrakovému kontaktu.		
7.	Dítě se dívá skrz člověka, nekomunikuje pohledem.		
8.	Některé zvuky i běžný hluk dítěti extrémně vadí, znervózňují ho, může si zakrývat uši.		
9.	Dítě je fascinováno určitými zrakovými podněty, jako jsou například světla, stíny, hrany předmětů či třpytivé věci, a vydrží je dlouze pozorovat.		
10.	Věci pozoruje koutkem oka, pod zvláštním úhlem, nebo si je prohlíží velmi zblízka.		
11.	Zdá se, že dítě velmi málo cítí bolest.		
12.	Nedává rodičům nijak najevo, že se chce pochovat.		
13.	Nemá zájem o mazlení, maximálně ho pasivně snese.		
14.	Dítě dokáže trávit hodně času o samotě, zabaví se vlastní hrou, netouží po společnosti.		
15.	Dítě nevyžaduje pozornost, společnost, společnou hru.		
16.	Nezájem o dětské sociální hříčky typu „kukuč“, „paci paci“, „vařila myšička“, „berany berany“ apod.		
17.	Dlouhotrvající výrazná fixace na jedinou osobu, ostatní lidi téměř zcela odmítá (alespoň jeden rok).		
18.	Dítě se nezajímá o ostatní děti (v období 30 měsíců a výše).		
19.	Dítě se nezapojuje do společných her s vrstevníky (s hračkami, na schovávanou apod.).		
20.	Dítě se nezajímá o soutěživé hry, neprojevuje touhu vyhrát (v období od třetího roku).		
21.	Dítě má nějakou výjimečnou schopnost.		
22.	Dítě velmi málo napodobuje dospělé (výrazy tváře, mluvení, činnosti, pohyby).		

23.	Dítě neumí ukazovat prstem na zajímavé předměty v dálce (hlavně v období 9–24 měsíců).		
24.	Dítě neukazuje na předměty, které chce podat.		
25.	Velmi málo používá gesta, jako je pohyb hlavou vyjadřující „ano–ne“; „pa-pa“, „pusinku“, „ty ty“, „pojď se m“ apod.		
26.	Více mluví či žvatlá pro sebe než pro druhé.		
27.	Pokud něco chce, používá ruku dospělého jako nástroj nebo jako ukazovátko.		
28.	Dítě má potíže zaměřit svou pozornost na věci, na které se ho snažíme v okolí upozornit, obzvláště pokud jsou vzdálenější.		
29.	Ptá se dítě stále dokola na totéž?		
30.	Opakuje dítě často slova nebo věty okamžitě poté, co je slyší?		
31.	Má dítě tendence odpovídat na otázku výběrem slov nebo celou vaší otázkou? Například na otázku „Nechceš banán?“ odpoví: „Nechceš.“ Nebo „Banán.“ Nebo „Nechceš banán.“		
32.	Dítě příliš často mluví o určitých tématech, která ho zajímají (například vysavače, značky, elektřina, klíče, zvířata, historie).		
33.	Řeč nebo konverzace dítěte bývá často nepřiměřená situaci, ve které se dítě nachází. Týká se například událostí z minulosti, jedná se o úryvky z televize, z pohádek či písniček. Tento jev se často manifestuje ve chvíli, kdy se dítě cítí nejisté a nervózní.		
34.	Dítě mluví často pro sebe.		
35.	Řeč dítěte působí mechanicky a formálně, tzn. že se dítě vyjadřuje nápadně přesně (projev odpovídá vyjadřování dospělých).		
36.	Dítě nepoužívá nebo používá pouze minimálně první osobu („já“), místo toho se vyjadřuje ve třetí osobě (například „Honzík půjde.“ „Jana chce.“).		
37.	Dítě má nápadně často sklon odpovídat „nevím“, přestože odpověď zná.		
38.	Rádo roztáčí předměty (víčka, hrníčky atd.).		
39.	Fascinace pohybem (například tekoucí vodou, padajícími předměty, listováním knihami, třepáním klíči, papíry, hračkami, igelitovými sáčky, otvíráním a zavíráním dveří).		

40.	Fascinace točícími se předměty, obliba sledování kruživého pohybu (pračka, větrník, větrák apod.).		
41.	Fascinace určitými předměty (vysavače, dlouhé tyčovité předměty, okapy, provázky, vypínače apod.).		
42.	Zájem o přesypání drobných předmětů či pohazování věcmi.		
43.	S drobnými hračkami si nehraje adekvátním způsobem (spíše je pouze rozhazuje a demontuje).		
44.	Nezájem o klasické hračky (stavebnice, auta, panenky).		
45.	Velmi úzké přilnutí k jedné nebo dvěma hračkám.		
46.	Nezájem o hračky znázorňující živé tvory (plyšová zvířátka, panenky, figurky, lidi).		
47.	Dítě nenapodobuje ve své hře dospělé (hra „jako že“ a „na“).		
48.	V televizi dítě nezajímají různé pohádky (i když může vyžadovat pouštění několika pohádek stále dokola), může dávat přednost pouze reklamám či určitým pořadům (Sazka, Risk, Kolotoč apod.).		
49.	Dítě rádo staví předměty do řad nebo z nich vytváří různé ornamenty nebo je podle určitého klíče třídí.		

50.	Dítě se vyvíjí ve skocích, nechce dělat určitou věc do té doby, dokud si není jisté, že ji zvládne bezpečně samo.		
51.	Velmi špatně snáší změny v programu (při dešti se nejde na plánovanou vycházku apod.) nebo v prostředí, které ho obklopuje (přesunutí nábytku, změna oblečení).		
52.	Sklony k pedantickému, perfekcionistickému chování (určité věci musí být na svých místech, dveře a zásuvky zavřené apod.).		
53.	Dítě vyžaduje, aby se chodilo nebo jezdilo stejnou cestou.		
54.	Dítě lpí na dodržování určitých rituálů (je nutné dodržovat určité pořadí u některých činnostech, chce, aby se lidé vyjadřovali přesnými výrazy apod.).		
55.	Dítě má snahu neustále s sebou nosit nějakou věc – například provázek, drobnou hračku nebo její část.		
56.	Dítě má velmi malou nebo žádnou snahu učit se něco nového.		
57.	Dítě velmi málo samo od sebe napodobuje dospělé nebo ostatní děti.		
58.	Dítě často projevuje úzkost nebo nervozitu.		
59.	U dítěte se často střídají nálady, mnohdy bez zjevné příčiny.		
60.	Dítě neprojevuje strach ve většině nebezpečných nebo strašidelných situací.		

61.	Po většinu dne velmi málo projevuje emoce, většinou působí nezáživně.		
62.	Často se bez zjevné příčiny směje nebo pláče.		
63.	Často se vzteká (denně několik záchvatů spojených s křikem).		
64.	Dítě se rádo otáčí kolem své osy nebo běhá do kruhu.		
65.	Dítě dlouhodobě stereotypně třepe rukama či prsty a prohlíží si pohyb.		
66.	Dítě často poskakuje, pokud má radost nebo ho něco zaujme.		
67.	Dítě je pohybově velmi obratné (například ve šplhání po nábytku, v lezení přes překážky apod.).		
68.	Pokud dítě něco potěší nebo rozruší, třepe prsty, rukama nebo dává paže do zvláštních poloh.		
69.	Často kýve celým tělem, přenáší váhu z nohy na nohu, převaluje se z boku na bok nebo se kýve vsedě.		
70.	Dítě samo sebe občas zraňuje nebo zraňování naznačuje (štípe se, kouše se, tluče hlavou, bouchá samo sebe).		
71.	Dítě je občas agresivní k druhým (kope, škrábe, tahá za vlasy apod.).		
72.	Dítě je výrazně hyperaktivní – živé, neklidné, chvíli neposedí.		
73.	Dítě se nedokáže vzhledem ke svému věku soustředit, je roztěkané, nevydrží delší dobu sedět či pracovat.		
74.	U dítěte je patrný velmi výrazný negativismus (řadu věcí a činností odmítá, vzteká se, je obtížné přimět ho ke spolupráci).		

Vyhodnocení dotazníku:

- Sečíst souhlasné odpovědi, převést na procenta a srovnat s následující tabulkou.

Tabulka: Orientační průměrná procentuální zastoupení a průměrný počet kladných odpovědí u jednotlivých diagnostických skupin

Skupina	Procenta kladných odpovědí	Děti mluvící ve větách	Děti nemluvící ve větách
Dětský autismus	54	39 položek	35 položek
Atypický autismus	47	35 položek	31 položek
Aspergerův syndrom	57	42 položek	
Autistické rysy, které nebyly diagnostikovány jako autismus	30	22 položek	20 položek
Děti s mentální retardací	23	17 položek	15 položek
Děti bez vývojových obtíží	5	4 položky	3 položky
Stanovený práh citlivosti na diagnózu PAS	35	26 položek	23 položek

A. S. A. S. – the Australian scale for Asperger's syndrome

A. S. A. S. představuje specifickou screeningovou metodu určenou pro detekci Aspergerova syndromu u dětí mladšího školního věku.

A. S. A. S.

Pro zájemce



Tabulka: A. S. A. S. – the Australian scale for Asperger's syndrome*

A. Sociální a emoční schopnosti		
1.	Dítě si nedokáže hrát s ostatními dětmi. Nechápe například nepsaná pravidla sociální hry.	0-1-2-3-4-5-6 zřídka často
2.	Vyhýbá se ve svém volném čase kontaktu s dětmi (například v době školní přestávky)? Uchyluje se do ústraní nebo se věnuje nějaké jiné samostatné činnosti?	0-1-2-3-4-5-6 zřídka často
3.	Dítě si neuvědomuje sociální konvence a nepsaná pravidla chování nebo má nevhodné poznámky a reakce. Nechápe, že svými osobními poznámkami může někoho urazit nebo se ho dotknout.	0-1-2-3-4-5-6 zřídka často
4.	Projevuje se u dítěte nedostatek empatie (tj. schopnosti chápat pocity druhých lidí)? Dítě nechápe, že díky omluvě se druhý člověk může cítit lépe.	0-1-2-3-4-5-6 zřídka často
5.	Domnívá se dítě, že ostatní automaticky znají jeho myšlenky, prožitky a názory? Dítě si například neuvědomuje, že nemůžete vědět o určité události, protože jste v té chvíli nebyli přítomni.	0-1-2-3-4-5-6 zřídka často
6.	Potřebuje dítě nadměrně ujišťovat a uklidňovat, pokud dojde ke změně událostí, nebo v případě, že se mu něco nedaří?	0-1-2-3-4-5-6 zřídka často
7.	Dítě nedokáže s dostatečnou citlivostí a jemností vyjádřit správné emoce. Radost, cit, náklonnost a žal projevuje v nepřiměřených situacích.	0-1-2-3-4-5-6 zřídka často
8.	Vyjadřuje dítě emoce s nepřiměřenou intenzitou? Nechápe například, že míra citového vyjadřování je vůči různým lidem odlišná?	0-1-2-3-4-5-6 zřídka často
9.	Dítě projevuje nezájem o soutěže, kolektivní sporty, společenské hry a aktivity.	0-1-2-3-4-5-6 zřídka často
10.	Je dítě lhostejné vůči módním výstřelkům vrstevníků? Nevyžaduje stejné hračky či oblečení?	0-1-2-3-4-5-6 zřídka často
B. Komunikační dovednosti		
11.	Bere dítě všechny výroky doslovně? Nerozumí například výrokům jako „plivnout si do dlaní“, „pohled zabíjí“ apod.?	0-1-2-3-4-5-6 zřídka často
12.	Všimli jste si u dítěte neobvyklého tónu hlasu? Například mluví jakoby s cizím přízvukem nebo řeč působí monotónně, protože dítě nedává důraz na klíčová slova?	0-1-2-3-4-5-6 zřídka často
13.	Stává se, že dítě nemá při konverzaci zájem o to, co říkáte? Nezajímají ho podrobnosti, ani vaše názory na dané téma?	0-1-2-3-4-5-6 zřídka často
14.	Používá dítě při rozhovoru méně zrakového kontaktu, než je obvyklé?	0-1-2-3-4-5-6 zřídka často
15.	Působí jeho slovní vyjadřování pedanticky či puntičkářsky? Mluví například velmi formálně nebo jako „chodící slovník“?	0-1-2-3-4-5-6 zřídka často

16.	Má dítě problém usměrňovat konverzaci? Je-li zmateno, nezeptá se na objasnění, ale obrátí řeč na oblíbené téma, nebo mu velmi dlouho trvá, než vymyslí odpověď?	0-1-2-3-4-5-6 zřídka často
C. Kognitivní dovednosti		
17.	Čte dítě knížky především pro získání informací? Nadšeně čte encyklopedie a vědecké knihy, aniž by ho zajímala beletrie (například dobrodružné příběhy).	0-1-2-3-4-5-6 zřídka často
18.	Má výjimečnou dlouhodobou paměť na určité události a fakta? Vzpomene si například na značku sousedova auta nebo si jasně vybavuje situace, které nastaly před mnoha lety?	0-1-2-3-4-5-6 zřídka často
19.	Projevují se u dítěte problémy v sociální fantazijní hře? Nepřibírá ostatní děti do vlastní fantazijní hry či nechápe hry ostatních dětí (hry na „jako, že...“).	0-1-2-3-4-5-6 zřídka často
D. Specifické zájmy		
20.	Projevuje se u dítěte silné zaujetí pro určité téma či věci? Sbírá o něm horlivě veškeré dostupné informace?	0-1-2-3-4-5-6 zřídka často
21.	Je přehnaně rozrušené, když dojde k nějaké neočekávané změně v běžné situaci? Je na dítěti například patrná tenze, pokud jde do školy jinou cestou?	0-1-2-3-4-5-6 zřídka často
22.	Vytvořilo si složité, dopodrobna prováděné každodenní činnosti a rituály, které musí být dokončeny? Například rovná hračky do řad před tím, než jde do postele.	0-1-2-3-4-5-6 zřídka často
E. Pohybové schopnosti		
23.	Pozorovali jste u dítěte špatnou koordinaci pohybů? Dítě například nedokáže obratně chytit míč.	0-1-2-3-4-5-6 zřídka často
24.	Pozorovali jste u dítěte při běhu zvláštní držení těla?	0-1-2-3-4-5-6 zřídka často
F. Další charakteristiky^a		
a)	Neobvyklý strach, stres při:	
	běžných zvucích, např. při zapnutí elektrického přístroje,	
	lehkých dotycích na kůži a na hlavě,	
	nošení určitých částí oděvu,	
	neočekávaném hluku,	
	spatření některých předmětů,	
	pobytu v hlučných prostorách zaplněných lidmi (například obchody).	
b)	Tendence třepat a kývat se, když je dítě rozrušené nebo ve stresu.	
c)	Nedostatečné vnímání bolesti.	
d)	Pozdě rozvinutá řeč.	
e)	Neobvyklé grimasy a tiky v obličeji.	

* Bodujeme na škále 0 až 6 bodů. Pokud dítě obdrží ve většině položek dva až šest bodů, existuje silné podezření, že dítě trpí Aspergerovým syndromem. Nicméně jedná se pouze o předběžné podezření, při vyšším skóre je proto nutné klinické vyšetření.

^a V této části zaškrtněte křížkem, zda dítě vykazuje některý z těchto projevů.

* Bodujeme na škále 0 až 6 bodů. Pokud dítě obdrží ve většině položek dva až šest bodů, existuje silné podezření, že dítě trpí Aspergerovým syndromem. Nicméně jedná se pouze o předběžné podezření, při vyšším skóre je proto nutné klinické vyšetření.

^a V této části zaškrtněte křížkem, zda dítě vykazuje některý z těchto projevů.

ABC (autismus behavioral checklist)

Mezi další screeningové metody patří autismus behavioral checklist – ABC. *ABC*
Umožňuje kromě jiného zachytit i nespecifické poruchy chování u dětí s mentální retardací a s kombinovaným postižením. Nicméně sama o sobě není tato metoda pro diagnostiku autismu dostatečně specifická (Krejčířová, 2001) a je vhodné ji kombinovat s jinými metodami.

Vinlandská škála adaptivního chování (Vineland-II, Vineland adaptive behavior scales, second edition)

V našich podmínkách je aktuálně dostupná pouze česká verze vinlandské škály sociální zralosti, která je však v současnosti již zastaralá. Běžně se v diagnostickém procesu dětí s PAS využívá anglická II. revize. Test se zaměřuje na oblast komunikace, každodenních dovedností, socializace, motorických schopností a dále je doplněn indexem maladaptivního chování, který se dělí na tři subdomény: vnitřní, vnější, ostatní. Škála se používá od narození do 90 let, obsahuje 297 položek (rozšířená verze 577 položek) a je založena na interview s rodičem. Mimo to existuje také verze určená pro učitele. Administrace trvá (dle zvolené verze) od 20 do 60 minut. Hrubé skóre lze převést na sociální věk a sociální kvocient (Thorová, 2011).

Vinlandská škála adaptivního chování

Inventář sociálních atributů (the social attributes checklist)

Tato dotazníková metoda vychází ze srovnávacích výzkumů v kolektivu oblíbených a neoblíbených dětí a současně využívá několik vysoce reliabilních škál určených pro učitele. Podstatou je zaznamenávání typického chování dítěte v průběhu 3–4 týdnů, nikoli dílčích výkyvů, které se objeví a opět mizí. Autoři doporučují opakované užití tohoto diagnostického nástroje a porovnávání výsledků každé tři až čtyři měsíce (ibid., 2011).

Inventář sociálních atributů

Pro zájemce

Pro čtenáře s hlubším zájmem o tuto metodu uvádíme jednotlivé atributy tak, jak se v daném dotazníku posuzují.



Tabulka: Inventář sociálních atributů (ibid., 2011)

I. Atributy individuální	
Dítě:	
1.	Je obvykle v pozitivní náladě.
2.	Není přehnaně závislé na dospělých.
3.	Obvykle se ochotně účastní programu.
4.	Obvykle zvládá překážky adekvátním způsobem.
5.	Projevuje schopnost empatie.
6.	Má pozitivní vztahy s jedním nebo dvěma vrstevníky; skutečně se o ně zajímá a postrádá je, když chybí.
7.	Projevuje smysl pro humor.
8.	Nepůsobí výrazně osaměle.
II. Atributy sociálních dovedností	
Dítě obvykle:	
1.	Přistupuje k ostatním pozitivně.
2.	Vyjadřuje svoje přání a volby jasně, je schopno uvést důvody svého jednání a postojů.
3.	Prosazuje svoje práva a potřeby přiměřeně.
4.	Nenechá se snadno zastrašit šikanujícími osobami.
5.	Vyjadřuje frustraci a vztek přiměřeně bez vygradování hádky nebo zranění ostatních.
6.	Je schopno zařadit se do kolektivních, již probíhajících pracovních nebo herních aktivit.
7.	Je schopno zařadit se do probíhající diskuse a je schopno svou činností vhodně přispět k cíli probíhající aktivity.
8.	Celkem snadno akceptuje střídání ve hře.
9.	Zajímá se o ostatní, vyměňuje si informace s ostatními a dokáže si je správně vyžádat.
10.	S ostatními umí náležitě vyjednávat a dělat kompromisy.
11.	Není nepatřičně zaměřeno na svou osobu.
12.	Akceptuje a má rádo děti a dospělé i z jiných národních a etnických skupin.
13.	Vstupuje do sociální interakce s ostatními dětmi i neverbálně: úsměvem, zamáváním, přikývnutím apod.
III. Atributy vrstevnických vztahů	
Dítě:	
1.	Je obvykle ostatními dětmi akceptováno, nebo naopak ignorováno či odmítáno.
2.	Občas ho ostatní děti vyzvou, aby se přidalo k jejich hře nebo aby práci nebo se stalo jejich kamarádem.
3.	Ostatní děti ho uvádí jako dítě, se kterým se kamarádí nebo rádi pracují nebo si hrají.

Sociálně-emoční škála raného dětství (SEEC – social-emotional early childhood scales)

SEEC Škála je určena pro děti do 6 let a je založena na interview s rodičem. Obsahuje 122 položek rozdělených do tří domén: interpersonální vztahy, hra a volný čas a napodobovací schopnosti. Výsledkem je sociálně-emoční skóre, které odráží schopnost dítěte koncentrovat svou pozornost, rozeznávat a vyjadřovat verbální a neverbální cestou emoce, kooperovat s ostatními, pozorovat a rozvíjet vztahy, řídit a regulovat chování (Thorová, 2011).

Jako poslední diagnostický test v pořadí uvádíme **AQ test – kvocient autistického spektra**. Tento test představuje jednoduchou orientační metodu, která vypovídá o rizicích Aspergerova syndromu v adolescenci a dospělém věku (Thorová, 2006).

AQ test

Pro zájemce



Tabulka: AQ test

Vyplnění: Plně souhlasím, částečně souhlasím – vepište ANO. Spíše nesouhlasím, jednoznačně nesouhlasím – vepište NE.

1.	Raději dělám různé činnosti s dalšími lidmi než o samotě.	
2.	Mám rád, když se činnost opakuje stále dokola tím samym způsobem.	
3.	Pokud se snažím něco si představit, je pro mne velmi snadné si v mysli vytvořit odpovídající obrázek.	
4.	Často se mi stává, že mne nějaká činnost natolik zaujme, že zapomínám na ostatní věci.	
5.	Všímám si i slabých zvuků, které ostatní lidé ani nezaregistrují.	
6.	Často si všímám státní poznávací značky na autě nebo podobných detailních informací.	
7.	Ostatní lidé mi říkají, že to, co jsem řekl, bylo nezdvořilé, ačkoli já si myslím, že to zdvořilé bylo.	
8.	Když si čtu knížku, je pro mne lehké si představit, jak osoby, které zde vystupují, vypadají.	
9.	Velmi se zajímám o data.	
10.	Ve skupině lidí je pro mne jednoduché sledovat konverzaci několika různých lidí.	
11.	Lehce se orientuji v sociálních situacích.	
12.	Všímám si detailů, zatímco druzí lidé ne.	
13.	Raději chodím do knihovny než na večírky.	
14.	Je pro mne jednoduché vymyslet si nějaký příběh.	
15.	Více mne přitahují lidé než věci.	
16.	Moje zájmy jsou velmi intenzivní, znervózni mne, pokud se jim nemohu věnovat.	
17.	Rád si jen tak popovídám.	

18.	Když mluvím, bývá pro ostatní obtížné vmístit se do hovoru.	
19.	Fascinují mne čísla.	
20.	Pokud si čtu povídku, je pro mne obtížné pochopit záměry zde vystupujících osob.	
21.	Nerad čtu romány, beletrii.	
22.	Obtížně si hledám nové přátele.	
23.	Všímám si vzorečků na věcech.	
24.	Raději chodím do divadla než do muzea.	
25.	Nijak zvlášť mne nezervózní, pokud se mi naruší program dne.	
26.	Často se mi stává, že nevím, jak pokračovat v konverzaci.	
27.	Je pro mne jednoduché „číst mezi řádky“, když se mnou někdo hovoří.	
28.	Obvykle zaměřuji pozornost na celý obrázek víc než na drobné detaily.	
29.	Nepamatuji si dobře telefonní čísla.	
30.	Obvykle si nevšímám drobných změn v různých situacích nebo ve vzhledu člověka.	
31.	Vím, jak mám hovořit, když se člověk, se kterým mluvím, nudí.	
32.	Je pro mne jednoduché dělat více aktivit současně.	
33.	Když telefonuji, nejsem si jistý, kdy jsem v hovoru na řadě.	
34.	Rád dělám věci spontánně.	
35.	Obvykle pochopím vtip jako poslední.	
36.	Je pro mne jednoduché odhadnout z obličeje druhého člověka, co si osoba myslí nebo co cítí.	
37.	Pokud mne někdo přeruší, jsem schopen rychle a bez problémů navázat tam, kde jsem skončil.	
38.	Jsem zdatný v nezávazné společenské konverzaci.	
39.	Lidé mi často říkají, že mluvím dokola o jedné a té samé věci.	
40.	Když jsem byl malý, rád jsem si hrál s ostatními dětmi různé fantazijní hry, kde jsme něco předstírali (hry typu „dělej jako že...“).	
41.	Rád sbírám informace z určitých oblastí nebo různé věci (typy aut, ptáků, vlaky, rostliny).	
42.	Je pro mne velmi obtížné představit si, jaké by to bylo, kdybych byl někdo jiný.	
43.	Rád si pečlivě plánuji každou aktivitu, které se mám zúčastnit.	
44.	Mám rád společenské akce.	
45.	Obtížně odhaduji, jaké mají lidé úmysly.	
46.	V nových situacích cítím úzkost.	
47.	Rád se setkávám s novými lidmi.	
48.	Jsem dobrý diplomat.	
49.	Nemám dobrou paměť na data narození.	
50.	Je pro mne velmi jednoduché hrát si s dětmi fantazijní hry a předstírat „jako že“.	

Sečtete počet bodů, osmdesát procent lidí s poruchou autistického spektra má skóre 32 a více. Tito lidé ale nemusejí mít potíže v každodenním životě.

Tabulka: Vyhodnocení AQ testu

Otázka číslo:	2	4	5	6	7	9	12	13	16	18	19	20	21
Za odpověď ANO vepište bod													
Otázka číslo:	22	23	26	33	35	39	41	42	43	45	46		
Za odpověď ANO vepište bod													
Otázka číslo:	1	3	8	10	11	14	15	17	24	25	27	28	29
Za odpověď NE vepište bod													
Otázka číslo:	30	31	32	34	36	37	38	40	44	47	48	49	50
Za odpověď NE vepište bod													

3.2.1 Edukačně-hodnotící profily

PEP-R (psychoedukační profil – revidovaný)

Jedná se o vývojovou škálu vytvořenou cíleně pro testování osob s autismem a sloužící současně jako podklad pro edukaci žáků s autismem. Test je určen dětem od vývojové úrovně 6 měsíců do 7 let věku. Součástí testu jsou pomůcky, vyhodnocení je možné elektronicky, výsledkem je vývojový profil schopností. Jeho nevýhodou je však nedokonalá diferenciací jednotlivých vývojových oblastí. Hodnotí se 7 oblastí (hrubá motorika, jemná motorika, verbální schopnosti, poznávací schopnosti, napodobování, vnímání, integrace oko–ruka). Test se však zaměřuje i na některé neobvyklé projevy, které jsou charakteristické pro autismus (chování v oblasti sociálního a emočního přizpůsobení, hra, zájem o předměty, funkce smyslových orgánů a řeč). (Thorová, 2011)

PEP-R (psychoedukační profil – revidovaný)

Edukačně-hodnotící profil dítěte s poruchou autistického spektra (do 7 let)

Materiál ve formě vývojových tabulek je určen zejména pedagogickým pracovníkům. Nejde o testový materiál a není k němu zapotřebí standardizovaných pomůcek. Ke zhodnocení vývojové úrovně slouží pouze orientačně, nicméně jako podklad pro tvorbu IVP je plně dostačující. Zaměřuje se na následující oblasti: sociální vývoj, komunikace, receptivní řeč, expresivní řeč, imitace, motorika, grafomotorika, kresba a sebeobsluha. Vyhodnocení výsledků je možné v elektronické podobě (Čadilová, Žampachová, 2007).

Edukačně-hodnotící profil dítěte s poruchou autistického spektra (do 7 let)

Edukačně-hodnotící profil dítěte s poruchou autistického spektra (8–15 let)

Jak napovídá název, tento instrument je pokračováním edukačně-hodnotícího profilu pro děti do 7 let. K jeho vyhodnocení je možné použít předložené pomůcky a pracovní listy. Přestože jej lze ke zhodnocení vývojové úrovně použít pouze orientačně, pro tvorbu IVP a zhodnocení školních dovedností je zcela vyhovující. Zaměřuje se na tyto oblasti: sociální dovednosti, emoce, řeč, jazyková komunikace, paměť, pohybově-koordinační do-

Edukačně-hodnotící profil dítěte s poruchou autistického spektra (8–15 let)

vednosti, grafomotorika, sociálně- praktické dovednosti, početní myšlení, abstraktně-vizuální myšlení, vědomosti. Vyhodnocení výsledků je opět možné elektronickou formou (Čadilová, Žampachová, 2008).

AAPEP (psychoedukační profil pro adolescenty a dospělé)

*AAPEP – psychoedukační
profil pro adolescenty
a dospělé*

Jedná se o rozšířenou verzi psychoedukačního profilu, která je určena pro dospívající a dospělou populaci osob s autismem. Vznikla z potřeby získat maximum podkladů pro vytipování vhodného pracovního uplatnění a pobytového zařízení. Škála je tím pádem zaměřena na dovednosti podstatné pro život v sociální komunitě. Zahrnuje škálu přímého pozorování, škálu dovedností v domácím prostředí, škálu dovedností ve školním nebo pracovním prostředí. Důraz je kladen na hodnocení pracovních dovedností a chování, úroveň nezávislosti (svépomoc, sebeobsluha, sebeřízení), dovedností potřebných pro trávení volného času, funkční komunikaci a interpersonální chování (Thorová, 2011).

3.3 Psychologické vyšetření

3.3.1 Vyšetření dítěte s PAS

Vyšetření dítěte s PAS

Cílem psychologického vyšetření je posoudit jednak symptomatiku typickou pro konkrétní dítě s PAS a současně se zaměřit na jeho aktuální schopnosti. Skupina dětí s PAS je velmi heterogenní – děti se od sebe liší věkem, mentálními schopnostmi, chováním a mírou adaptability. Vyšetření je orientováno na zmapování chování, schopností a projevů v následujících oblastech:

- sociální chování (vůči rodičům, blízkým i cizím osobám, vrstevníkům);
- schopnost spolupráce;
- schopnost napodobovat (řeč, pohyb, komplexní činnosti);
- řečový projev (porozumění řeči, kvalita komunikace, slovní zásoba, schopnost užívat verbálně-abstraktní pojmy);
- kvalita, konzistence a frekvence neverbální komunikace (zrakový kontakt, mimika, gesta, posture atd.);
- motorika (kvalita koordinace, hrubá motorika, jemná motorika, grafomotorika);
- analyticko-logické myšlení;
- početní schopnosti;
- emoční reaktivita;
- kvalita vnímání (zrakového a sluchového);
- sebeobslužné dovednosti a pracovní chování (Thorová, 2006).

Podle Křejiřové (2001) je psychologické vyšetření dětí s autismem obtížné zejména z následujících důvodů:

1. Vzhledem k narušení interpersonálních vztahů, nedostatečnému sociálnímu porozumění a absenci základních sociálních norem děti s autismem při vyšetření nespolupracují, absentuje kontakt, sociální odměny se míjejí účinkem (buď jim dítě nerozumí, nebo je nedokáže vnímat).
2. Nedostatek sociálního porozumění se v nových situacích projevuje silnou úzkostí, proti níž se dítě s autismem brání stereotypiemi a minimálním zájmem o okolí.
3. Vyšetření může být dále komplikováno bizarním, neobvyklým chováním či autostimulací.

Prvotní etapu psychologického vyšetření tvoří **úvodní pohovor s rodiči**. První konzultace se obvykle odehrává pouze s rodiči bez přítomnosti dítěte, důležitá je zejména veškerá dosavadní dokumentace dítěte – z předchozích vyšetření, ze základní či mateřské školy (kresebné a školní práce dítěte). Během rozhovoru s rodiči, trvajících přibližně 1,5–2 hodiny, jsou zjišťovány jejich postoje a názory na současnou situaci.

Struktura psychologického vyšetření

V průběhu druhé konzultace je již dítě přítomno, přičemž setkání začíná rozhovorem s rodiči. Během rozhovoru pozorujeme dítě při **volné činnosti** (cca 30 minut). Pozornost věnujeme sociálním interakcím dítěte s rodiči, s vyšetřujícím, výběru hraček, schopnosti adaptovat se na nové prostředí apod.

Řízená práce s dítětem (přibližně 1 hodina) představuje další etapu vyšetření. Všíáme si schopnosti spolupráce dítěte, kvality pracovního chování a úrovně aktivity. V rámci této etapy využíváme dílčí úkoly z vývojových škál a další standardizované metody (Wechslerův inteligenční test, Stanford-Binetův inteligenční test). Na testovou situaci reaguje každé dítě jinak, některé spolupracuje, neprojevuje žádné problémové chování, jiné může naopak vykazovat problémy takového charakteru, že administrace testového materiálu je zcela znemožněna. Vyšetření je nutné provést opakovaně. V případě, že se potíže vyskytují opětovně, je vhodné projednat s rodiči nebo učiteli aktuální úroveň dovedností dítěte a orientačně stanovit jeho schopnosti. Lepší úroveň spolupráce s dítětem docílíme zpravidla v jemu známém prostředí (domov, škola aj.). Přítomnost rodičů při vyšetření volíme s ohledem na věk dítěte (přítomnost rodiče je vhodná u dětí do 3–4 let) a jeho konkrétní reakce. U některých dětí může autorita cizí osoby působit pozitivně na jejich výkon. Pro diagnostiku je velmi cenné pozorování dítěte v kolektivu vrstevníků.

Po vyšetření dítěte následuje **kontrolní rozhovor** s rodiči, trvajících přibližně hodinu. Ten je zaměřen na současné chování a dovednosti dítěte uplatňované v domácím prostředí.

Závěr psychologického vyšetření tvoří diagnostické shrnutí, základní doporučení a nasměrování na následnou péči (cca 30 minut). Závěry by měly být formulovány tak, aby představovaly určitá vodítka pro další péči a terapii. Celková doba vyšetření a konzultace tedy trvá okolo 4–5 hodin (Thorová, 2006).



Pro zájemce

*Diagnostika dítěte s PAS
v herní situaci*

Při pozorování dítěte můžeme využít část dotazníku „**Diagnostika dítěte s PAS v herní situaci**“, který vychází z inventáře transdisciplinární play-based assessment. Dotazník je vhodný pro děti v předškolním věku, přičemž body F, G a H je třeba konzultovat s rodiči nebo pedagogy (ibid., 2006).

Tabulka: Diagnostika dítěte s poruchou autistického spektra v herní situaci (ibid., 2006, s. 279–281)

A. Stereotypní tendence a symbolická kvalita hry (porucha představivosti)	
1.	Ve hře se objevují stereotypní a rigidní vzorce chování, dítě například řadí věci do řad, vytváří z hraček obrazce, přesypá korálky či jiné drobné předměty. Rozčílí se, když je aktivita přerušena. Při hře může projevovat pedantické sklony (touha po přesném vyrovnání předmětů atd.).
2.	Běžné drobné hračky (auto, nádobíčko, smetáček a lopatka) dítě vůbec nezajímají.
3.	Běžné drobné hračky (auto, nádobíčko, smetáček a lopatka) dítě v řízené situaci použije, hra ale není spontánní, nikdy netrvá dlouho.
4.	Dítě nedokáže používat předměty, které ve hře reprezentují jinou věc (kostka je hrneček, lžice je hřebek a tužka je kartáček na zuby).
5.	Fixace na jednu nebo dvě hračky, které dítě neustále vyhledává, případně nosí stále u sebe.
6.	Hračky používá k jinému účelu, než slouží – s oblibou je demontuje nebo rozhazuje.
7.	Hra může být symbolická a rozvinutějšího charakteru, ale týká se vždy pouze úzkého okruhu aktivit (elektrina, orbitální stanice, mapy, vodovodní potrubí, bojovníci, rytíři).
8.	Fascinace některými předměty promítající se někdy i do kresebného projevu a komunikace (kanály, motokáry, komíny, bagry, sekačky, sanitky).
9.	Sbírání určitých předmětů (brčka, klíče, tyčkovité předměty, provázky, obrázky s určitým tématem).
10.	Stereotypní zacházení s předměty, např. roztáčení předmětů, splachování, třepání s provázkem, pouštění vody, hra s listem papíru, listování tlustými knihami.
11.	Fascinace některými abstraktními vlastnostmi věcí nebo lidí, což může být barva, tvar, zvuk, číslo (podlouhlé předměty, červené předměty, siréna sanitek, zvuk vysavače, letadla atd.).
12.	Specifické zájmy vyžadující dobrou mechanickou paměť nebo smysl pro melodii promítající se někdy do komunikace či kresebného projevu – jízdní řády, telefonní seznamy, hudba, písničky, počítače, určitá „odborná témata“ (vesmír, elektrina).
B. Sociální aspekty symbolické hry (hra s panenkami a figurkami zvířátek)	
1.	Dítě nepředstírá, že jsou hračky živé, nemluví na ně, nepečuje o ně, neodpovídá si jejich hlasem.
2.	Dítě si hraje s jednou nebo dvěma hračkami, předstírá, že jsou živé, hra je ale rigidní, tvořivě se nerozvíjí. Ve hře je patrný pokrok pouze po nácvičku (demonstrace, vedení přesnými pokyny).
3.	Dítě je schopné si vymýšlet ve fantazii postavy, kvalitativně se jedná ale opět o stereotypní zacházení s tématy, hra není dostatečně kreativní. Stereotypie se projevuje ve hře, konverzaci o fantaziích nebo kresbě.
C. Aktivita a hra	
1.	Dítě je velmi pasivní – nejraději jenom polehává, pozoruje televizi nebo video.
2.	Dítě je hyperaktivní, u ničeho dlouho nevydrží, nedokáže se na hru soustředit.
3.	Dítě vydrží u své stereotypní oblíbené činnosti.
4.	Dítě si hraje a setrvává u činnosti, aniž by potřebovalo povzbuzovat (vnitřní motivace).

D. Preference hraček podle sensorických podnětů	
1.	Dítě dává přednost zvukovým hračkám nebo předmětům, které vyluzují zvuk.
2.	Dítě dává přednost vizuálním podnětům, je například fascinováno pohybem (otevírání, zavírání dveří, roztáčení předmětů), líbí se mu stíny, světla, třpytivé nebo lesklé předměty, fascinuje ho tekoucí voda, listování knížkami, pozorování větráků nebo gramofonových desek.
3.	Dítě dává přednost hrám ovlivňujícím vestibulární aparát (houpačky, kolotoč, samo se otáčí či běhá do kolečka).
4.	Dítě dává přednost pohybovým hrám – pobíhání, poskakování.
5.	Dítě dává přednost hračkám, které ho fascinují dotekově (hračky z jemných materiálů – samet, plyš). Různé materiály oklepává, hladí, škrábe.
E. Aspekty sociální interakce ve hře s rodiči	
1.	Dítě vybízí rodiče ke společné hře.
2.	Dítě dává přednost samostatné hře.
3.	Dítě s rodičem hraje pouze hry, které má v oblíbenosti.
4.	Okamžitá imitace – napodobuje při hře činnosti rodičů, kteří si s dítětem hrají.
5.	Okamžitá imitace – napodobuje rodiče ve své vlastní hře, i když ti se hry přímo neúčastní.
F. Aspekty sociální interakce ve hře s vrstevníky	
1.	Nemá mezi vrstevníky přátele, netíhne k určitému dítěti.
2.	Provokuje, ubližuje ostatním dětem a trápí je.
3.	Mluví o některých dětech jako o svých přátelích, jedná se ale o přátelství povrchní, v nichž hraje omezenou a většinou pasivní roli.
4.	Tíhne k dětem, se kterými sdílí pouze okruh svých zájmů, při změně tématu většinou uniká z interakce.
5.	Navazuje výběrová přátelství.
6.	Snaží se do hry vstupovat nepřiměřeným způsobem – nadměrně organizuje, nařizuje, provokuje, šaškuje.
G. Hra v kolektivu vrstevníků	
1.	Dítě si nehraje, o vrstevníky se nezajímá.
2.	Dítě si hraje izolovaně, nevšímá si druhých.
3.	Dítě hru dětí pozoruje, do jejich hry se však nezapojí.
4.	Hra paralelní – dítě si hraje s podobnými hračkami, ne však společně s dětmi.
5.	Hra asociativní – dítě si hraje s vrstevníkem v běžné herní situaci.
6.	Kooperativní hra – dítě aktivně zapojuje druhé dítě do hry s podobnými cíli.
H. Role dítěte ve hře s dalším dítětem	
1.	Nezapojuje se.
2.	Nechává se vést, podřídí se.

3.	Iniciuje a řídí hru druhého dítěte.
4.	Je schopné hračku střídat a dělit se o ni.
5.	Pomáhá druhým dětem dosáhnout cíle.
6.	Reaguje na pocity ostatních dětí.
7.	Zajímá se o děti pouze výrazně mladší nebo starší.
CH. Zvládnutí frustrace, konfliktu při hře (pozorování dítěte při hře s vrstevníky, zásah experimentátora)	
1.	Netečnost.
2.	Únik ze situace.
3.	Agrese (brachiální, verbální).
4.	Emocionální projev (vztek, pláč, křik).
5.	Vyjádří přiměřeně nelibost.
6.	Používá běžné komunikační prostředky („nedělej to“, „ne“ apod.).
7.	Poprosí o pomoc.
I. Aspekty sociální interakce ve hře s experimentátorem	
1.	Dítě vybízí ostatní ke společné hře.
2.	Dítě si s experimentátorem krátce hraje, aniž by projevovало nelibost, hru nerozvíjí.
3.	Dítě dává přednost samostatné hře.
4.	Dítě s experimentátorem hraje pouze hry, které má v oblibě.
5.	Dítě projevuje potěšení z řízené hry.
6.	Dítě nemá zájem o společnou hru, chová se pasivně.
7.	Dítě se aktivně snaží ze hry stáhnout.

3.3.2 Vyšetření dospělého s PAS

Thorová (2006) poukazuje na skutečnost, že poruchy autistického spektra se řadí mezi dětské vývojové poruchy, což je hlavním důvodem značné obtížnosti diagnostiky v dospělém věku. V některých případech je však symptomatika natolik zřejmá, že diagnostika proběhne bez větších problémů. Při diagnostice využíváme zejména anamnestické údaje a zprávy z vyšetření v dětství. U vyšetření mohou být i v tomto případě přítomni rodiče, kteří mohou poskytnout potřebné anamnestické údaje, případně sepsat další důležité informace. Jedná se především o informace z dětství – chování v mateřské škole, vztahy s kamarády, zájmy, výskyt problémového chování apod. U dospělých osob se k diagnostice využívá AQ test, který představuje jednu z forem ADOS, specificky určenou právě pro dospělou populaci.

Vyšetření dospělého s PAS

3.4 Diferenciální diagnostika

Poslední část této kapitoly věnujeme problematice diferenciální diagnostiky, jejíž význam je právě vzhledem k širokému spektru příznaků autismu nesporný. Jedná se o natolik různorodou skupinu symptomů, že určit správnou diagnózu vyžaduje vysokou míru odbornosti a zkušeností. Často se můžeme setkat s nesprávně stanovenou diagnózou, kdy člověk s autismem obdržel jinou diagnózu, nebo byly projevy autismu přičítány jiným poruchám, případně zastíraly jinou psychickou poruchu. Mezi nejčastější diferenciálnědiagnostické kategorie (tzn. zaměnitelné diagnózy) patří mentální retardace,

Diferenciální diagnostika

syndrom fragilního X-chromozomu, Downův syndrom, tuberózní skleróza, schizofrenie, epilepsie, porucha aktivity a pozornosti (ADHD), porucha pozornosti bez hyperaktivity (ADD), obsedantně-kompulzivní porucha (OCD), elektivní mutismus, afektivní poruchy (poruchy nálady), Tourettův syndrom, tikové poruchy, porucha opozičního vzdoru, reaktivní porucha příchyllosti v dětství, poruchy řeči, Landauův-Kleffnerův syndrom, schizoidní porucha osobnosti, schizotypní porucha a další (Thorová, 2006).

Bližší charakteristikou uvedených poruch se v tomto textu zabývat nebudeme, avšak podrobnější informace můžete nalézt v publikacích uvedených v seznamu literatury.

Diferenciálnědiagnostické omyly u poruch autistického spektra

Thorová (2006) uvádí nejčastější **diferenciálnědiagnostické omyly u poruch autistického spektra**. Jedná se především o následující situace:

a) U dítěte se vyskytuje ještě jiná porucha, která zamlžuje primární diagnózu a svádí diagnostika pouze jedním směrem.

Jen ojediněle se porucha autistického spektra vyskytuje zcela izolovaně, v „čisté“ formě. Naopak se nezřídka pojí s jinou poruchou, což může být příčinou stanovení chybné diagnózy (zvláštnosti v chování bývají přičítány poruše, která byla u dítěte diagnostikována jako první). K poruchám, které dlouhou dobu sloužily k objasnění obtíží dětí s PAS, patří:

- **poruchy psychického vývoje se specifickým počátkem v dětství** (vývojová porucha řeči, specifické poruchy učení, specifická vývojová porucha motorické funkce, hyperlexie, sémanticko-pragmatická porucha v řeči, neverbální porucha učení);
- **poruchy chování a emocí** (porucha aktivity a pozornosti – ADHD, porucha pozornosti – ADD, nesocializovaná porucha chování, sociální úzkostná porucha, dystymie, deprese, úzkost);
- **neurologické a genetické poruchy a syndromy** (epilepsie, dětská mozková obrna – DMO, Tourettův syndrom, různé genetické syndromy);
- **smyslové poruchy a agnozie** (poruchy sluchu, poruchy zraku, prosopagnozie, vizuální agnozie);
- **jiné přidružené duševní poruchy** (obsedantně-kompulzivní porucha, bipolární afektivní porucha, alkoholismus, schizofrenie).

b) Symptomy poruchy autistického spektra jsou nesprávně interpretovány jako projevy jiné poruchy, obvykle jsou hodnoceny jako atypické.

U řady dětí s PAS byla v dětství či adolescenci stanovena chybná psychiatrická diagnóza, která musela být později na některém z erudovaných pracovišť přehodnocena a pozměněna. Často nacházíme v diagnostickém závěru velmi vágní pojmy, jako je atypický duševní vývoj, disharmonický vývoj osobnosti, atypická porucha osobnosti, porucha psychického vývoje, snížená adaptabilita, autistické rysy, bizarní projevy, emoční nepřiměřenost. Jako příklad uvádíme chybné diagnózy, které předcházely určení Aspergerova syndromu: schizofrenie, organická porucha osobnosti, schizotypní porucha, obsedantně-kompulzivní porucha, porucha s bludy, mentální retardace, soci-

ální fobie, poruchy chování, porucha aktivity a pozornosti (lehká mozková dysfunkce).

Tuto podkapitolu a současně i celou kapitolu uzavřeme výrokiem Dee Landryho (in Thorová, 2006, s. 283):

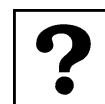
„Začínal jsem ve škole jako mentálně postižený, později jsem se stal dítětem schizofrenním, a když jsem dokončil vysokou školu, stal se ze mne vysoce funkční autista.“

Shrnutí



Jeden z řady problémů, s nimiž se musíme v kontextu PAS vypořádat, představuje diagnostika a stanovení adekvátní diagnózy. Správná diagnóza je východiskem pro další intervenční kroky. V našich podmínkách prozatím nedisponujeme standardizovanými testy pro diagnostiku PAS, jsme tedy odkázáni na zahraniční zdroje. Mezi nejčastěji využívané diagnostické metody v ČR patří CARS a ADI. Významnou roli v diagnostickém procesu sehrávají rodiče, případně další blízké osoby, které se procesu diagnostiky aktivně účastní.

Kontrolní otázky a úkoly



1. Na které problémy narážíme při diagnostice jednotlivých poruch autistického spektra?
2. Vyjmenujte nejčastěji využívané diagnostické nástroje PAS v našich podmínkách.
3. Charakterizujte blíže jeden screeningový nástroj nebo edukační hodnotící profil (dle vlastního výběru).
4. Které diagnostické kategorie mohou působit komplikace při realizaci diferenciální diagnostiky?
5. S kterými nejčastějšími diagnostickými omyly se můžeme setkat při diagnostice PAS?

Pojmy k zapamatování



posuzovací škály

dotazníkové metody

screeningové a diagnostické metody

edukačně-hodnotící profily

Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize (MKN-10, ICD-10)

Diagnostický a statistický manuál – IV. revize (DSM-IV)

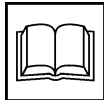
ADI-R – autism diagnostic interview-revised

ADOS – autism diagnostic observation schedule

CARS – childhood autism rating scale – škála dětského autistického chování

CHAT – checklist for autism in toddlers

DACH – dětské autistické chování
 A. S. A. S. – the Australian scale for Asperger's syndrome
 ABC – autismus behavioral checklist
 vinelandská škála adaptivního chování (Vineland-II; Vineland adaptive behavior scales, second edition)
 inventář sociálních atributů (the social attributes checklist)
 sociálně-emoční škála raného dětství (SEEC – social-emotional early childhood scales)
 AQ test – kvocient autistického spektra
 PEP-R (psychoedukační profil – revidovaný)
 AAPEP (psychoedukační profil pro adolescenty a dospělé)
 edukačně-hodnotící profil dítěte s poruchou autistického spektra (do 7 let)
 edukačně-hodnotící profil dítěte s poruchou autistického spektra (8–15 let)
 psychologické vyšetření
 diferenciální diagnostika
 diferenciálnědiagnostické omyly



Literatura

Seznam použité literatury

1. ČADILOVÁ, V.; JŮN, H.; THOROVÁ, K. et al. 2007. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál. 248 s. ISBN 978-80-7367-319-2.
2. ČADILOVÁ, V.; ŽAMPACHOVÁ, Z. 2007. *Edukačně-hodnotící profil dítěte s poruchou autistického spektra (do 7 let)*. Praha: IPPP.
3. ČADILOVÁ, V.; ŽAMPACHOVÁ, Z. 2008. *Edukačně-hodnotící profil dítěte s poruchou autistického spektra (8–15 let)*. Praha: IPPP.
4. SVOBODA, M. (ed.); KREJČÍŘOVÁ, D.; VÁGNEROVÁ, M. 2001. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál. 792 s. ISBN 80-7178-545-8.
5. THOROVÁ, K. 2006. *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál. 456 s. ISBN 80-7367-091-7.

Internetové zdroje

1. THOROVÁ, K. *Katalog posuzování míry SVP u žáků s poruchami autistického spektra* [online]. 2011 [cit. 2011-06-11]. Dostupné z: <http://spc-info.upol.cz/profil/wp-content/uploads/2011/katalogy/PAS_Kat_ver_diskuse.pdf>.

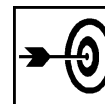
Průvodce studiem



Jestliže jste se pročetli až sem, pak jste na konci nejnáročnější kapitoly tohoto studijního textu. Měli jste možnost dozvědět se, v čem spočívá náročnost a problematika diagnostiky jednotlivých poruch autistického spektra, jakým způsobem probíhá psychologické vyšetření nejen u dítěte, ale i u dospělého člověka s PAS. Hlavní náplň kapitoly tvořil přehled jednotlivých diagnostických nástrojů využívaných jak v zahraničí, tak i v našich podmínkách. Ve snaze o lepší porozumění textu jsme konkrétní příklady jednotlivých testů a dotazníků prezentovali v prostoru určeném pro zájemce. Závěr kapitoly byl věnován diferenciální diagnostice s důrazem na nejproblematictější diagnostické kategorie a diferenciálnědiagnostické omyly.

4 Péče o osoby s PAS a jejich edukace

Cíle



V návaznosti na předchozí oddíly textu se dostáváme od charakteristiky symptomatologie přes diagnostiku směrem k intervenci. Cílem následujícího textu je prezentovat přehled komplexní péče a podpory poskytované osobám s PAS jak z hlediska medicínské péče, výchovy a vzdělávání, poradenství, sociálního systému, tak i pracovního uplatnění či péče o dospělé s autismem.

Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- stručně popsat možnosti péče a podpory určené osobám s PAS v České republice;
- orientovat se v systému vzdělávání dostupného pro osoby s PAS v našich podmínkách;
- popsat možnosti sociální podpory pro osoby s PAS;
- vyjmenovat a charakterizovat jednotlivé formy poradenské péče pro osoby s PAS.

Průvodce studiem



V předchozí kapitole jste získali klíčové poznatky o diagnostice PAS. Včasná diagnóza umožňuje nejen snazší pochopení zvláštností dítěte s PAS, ale je i hlavním východiskem pro volbu optimálních podmínek rané a následné intervence. V této kapitole nastíníme možnosti podpory a péče o osoby s PAS v našich podmínkách. Pro usnadnění vaší orientace jsme zvolili logickou strukturu textu dle jednotlivých vývojových období. Závěr kapitoly je věnován lékařské, poradenské a sociální péči. Věříme, že obsah následující kapitoly pro vás bude zajímavý a srozumitelný současně, a její prostudování bude zcela bezproblémové.

4.1 Raná péče o osoby s PAS

Na důležitost včasného stanovení správné diagnózy jsme upozornili již v předcházející kapitole. Aktuální snahou je nejen snížení věku stanovení diagnózy pod dva roky (na rozmezí mezi 18. až 24. měsícem), ale i následné zahájení speciálněpedagogické intervence. Po stanovení diagnózy si rodič přirozeně klade otázky týkající se výchovy a celkových možností rozvoje a podpory dítěte. Nedílnou součástí rané intervence by tedy mělo být i poskytnutí odpovědí na tyto otázky.

Raná péče o osoby s PAS

Význam raného věku Zásadní roli ve vývoji dítěte hrají první 3 roky života. Právě v období do 3 let jsou kompenzační možnosti mozku tak obrovské, že umožňují nejlépe rozvinout náhradní mechanismy i u těch dětí, které mají v některé oblasti vývojově vážný handicap. Zanedbá-li se právě toto období, možnosti vývoje dítěte se v určitých oblastech mohou zcela uzavřít nebo extrémně snížit. Přestože mozek je schopen vytvářet nová nervová spojení po celý život, člověk se nejrychleji rozvíjí a nejlépe přizpůsobuje změnám právě v raném dětství (Vágnerová, 2000; Langmeier, Krejčířová, 2006).

Střediska rané péče Raná péče je legislativně zakotvena v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jako terénní služba pro rodiny s dětmi se zdravotním postižením od narození do 7 let. Pro podporu dítěte se zdravotním postižením a jeho rodinu v raném období fungují v České republice **střediska rané péče**.

Jejich posláním je poskytování podpory a pomoci rodinám dětí se zdravotním postižením (v našem případě s autismem) v raném věku. Většina jejich služeb je poskytována v přirozeném domácím prostředí dítěte, kde se dítě cítí bezpečně a jeho chování je nejpřirozenější. Část služeb je realizována ambulantně ve středisku (Pastieriková, 2010).

Cíle podpory poskytované středisky rané péče bychom mohli shrnout do následujících bodů:

- doprovázení rodiny, která se ocitla v nepříznivé situaci (v našem případě v důsledku narození dítěte s PAS);
- podpora rodiny při vyrovnávání se s postižením dítěte, pomoc při eliminaci nebo zmírnění důsledků postižení;
- poskytnutí rodině, dítěti i společnosti předpoklady sociální integrace;
- poskytování informací – pomoc rodinám zorientovat se v sociální, právní, školské, zdravotní, výchovné, kompenzační či jiné oblasti;
- pomoc při rozvíjení postižených nebo ohrožených schopností dítěte (rozvoj komunikace, sociálních dovedností, posílení smyslových dovedností apod.);
- posilování rodiny a využívání jejích přirozených zdrojů tak, aby i dítě s postižením mohlo vyrůstat a prospívat v jejím prostředí (vzdělávání rodičů, půjčování literatury, půjčování pomůcek);
- posilování kompetencí rodiny a snížení její závislosti na sociálních systémech;
- poskytování výchovného, psychologického, odborného a sociálního poradenství.

4.2 Předškolní a školní vzdělávání osob s PAS

Speciální vzdělávání dětí s PAS je dle vyhlášky č. 73/2005 Sb. zajišťováno:

- a) formou **individuální integrace** v běžné škole (běžné mateřské škole) nebo ve speciální škole (speciální mateřské škole) určené pro děti s jiným druhem zdravotního postižení;
- b) formou **skupinové integrace** (ve třídě, oddělení nebo studijní skupině) zřízené pro žáky v běžné škole (běžné mateřské škole) nebo pro děti s jiným druhem zdravotního postižení, jde o tzv. „**autitřídy**“;
- c) školou samostatně zřízenou pro děti s autismem.

I v případě dětí s autismem, podobně jako v případě žáků s jiným typem postižení, existují neustálé diskuse o tom, zda mají být vzdělávány integrovaně s intaktními vrstevníky, nebo v segregovaných podmínkách. Neexistuje žádný optimální model, který by byl jednoznačně vhodný pro všechny osoby s autismem. Důležité je vycházet z individuálních charakteristik a zvláštností každého jedince s autismem.

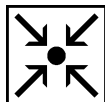
Můžeme hovořit o tzv. **vnitřních faktorech**, kterými jsou možnosti a schopnosti člověka s PAS determinované hloubkou postižení, ale patří sem i fyzické, psychické, sociální, emocionální či vzdělávací potřeby, které je třeba v edukačním procesu uspokojit.

Neméně důležitou roli však hrají i **faktory vnější** – rodina se svými možnostmi (osobní, finanční možnosti atd.) a postoji ke vzdělávání dítěte s PAS, škola a její personální a materiální vybavení, kvalita poradenského systému, v konečném důsledku i úroveň týmové spolupráce (s odborníky z řad lékařů, psychologů, psychiatrů, neurologů a dalších) a v neposlední řadě i podpora ze strany státu či legislativní zakotvení.

Možnosti předškolního vzdělávání osob s PAS

V České republice mají rodiče dětí s autismem možnost vzdělávat své děti v zařízeních, která se specializují právě na poruchy autistického spektra, nebo integrovat je mezi intaktní děti, případně děti s jiným postižením. V ojedinělých případech zůstávají děti s PAS v domácí péči rodičů. Důvodů může být hned několik. Poměrně často je předškolní zařízení natolik vzdálené od bydliště rodiny, že je dojíždění nereálné, případně navzdory dobré dostupnosti dané zařízení nevyhovuje nárokům rodičů (flexibilita zařízení z hlediska využívání alternativních metod komunikace a vzdělávání apod.).

Možnosti předškolního vzdělávání osob s PAS



Příklad

Jako příklad uvádíme dvě krajní situace, které mohou nastat při přijetí dítěte s PAS do mateřské školy, jak je uvádí Thorová (2006, s. 362).

Ideální scénář přijetí dítěte s autismem do mateřské školy (bohužel ne zcela obvyklý)

Rodiče zjistí, že dítě má autismus (či Aspergerův syndrom). Kontaktují ředitele vyhládnuté mateřské školy, kde se jim dostane chápavého přijetí. Rodič předá informace o možnostech vzdělávání, se kterými ho seznámil poradenský pracovník. Ředitel kontaktuje poradenského pracovníka, společně vytvoří další plán podpory. Poradenský pracovník vytvoří pokyn k integraci. Mateřská škola požádá na krajském úřadě o navýšení financí na asistenta a asistenta přijme (výběrové řízení, na doporučení apod.). Učitelé v mateřské škole absolvují odborné školení zaměřené na výchovu a vzdělávání dětí s autismem. Do mateřské školy dochází poradenský pracovník, který vypracuje pro dítě individuální vzdělávací program, řeší specifické problémy a pomáhá učitelům se zavedením programu.

Běžný a zcela nevhodný scénář

Existují mateřské školy, které děti s handicapem odmítají. Rodiče se tak dostávají do nedůstojné role a řeší otázku: „Kam s ním?“ Dítě nikde nechtějí nebo ho po diagnostickém pobytu odmítají. V praxi máme několik dětí, které vystřídaly čtyři až pět mateřských škol, i děti, které žádné zařízení nenavštěvovaly, protože se rodičům nepodařilo je umístit. Jiné školy nesouhlasí s působením asistenta, nepřiměřeně považují jeho přítomnost za cizí, rušivý element. Některé mateřské školy například dítěti odmítají věnovat speciální péči. Domnívají se, že dítě speciální program nepotřebuje, a hloubají nad opravdovostí diagnózy.

Odklad školní docházky

Odklad školní docházky

Charakteristickým rysem u osob s autismem je nevyrovnaný vývojový profil, který má ve spojení s mentální retardací za následek doporučení **odkladu školní docházky**. Odklad školní docházky je vhodné konzultovat s poradenským pracovníkem. Při rozhodování o odkladu je vhodné brát v úvahu nejen schopnosti a možnosti dítěte, ale i program, který nabízí mateřská škola (kterou dítě navštěvovalo), škola (do níž má dítě nastoupit), počet žáků ve třídě, možnost rozložení výuky první třídy na dva ročníky, či personální zabezpečení. Většina dětí s autismem a mentální retardací nastupuje do přípravného ročníku speciální školy. Jiná je situace v případě dětí s autismem a nadprůměrným intelektem. V tomto případě dítě nemá problém zvládat učivo, problémy se manifestují spíše v sociálních vztazích a odrážejí se v chování. Odklad školní docházky pak může tyto problémy z důvodu intelektového „násokku“ před vrstevníky jen prohloubit (Thorová, 2006).

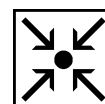
Pro zájemce



Pro dítě s autismem je typický nevyrovnaný vývojový profil. Dítě je v některých dovednostech na úrovni svých intaktních vrstevníků (obvykle motorické dovednosti nebo některé specifické schopnosti), v jiných se nachází v pásmu výrazného podprůměru (komunikace, představivost, vztahy apod.).

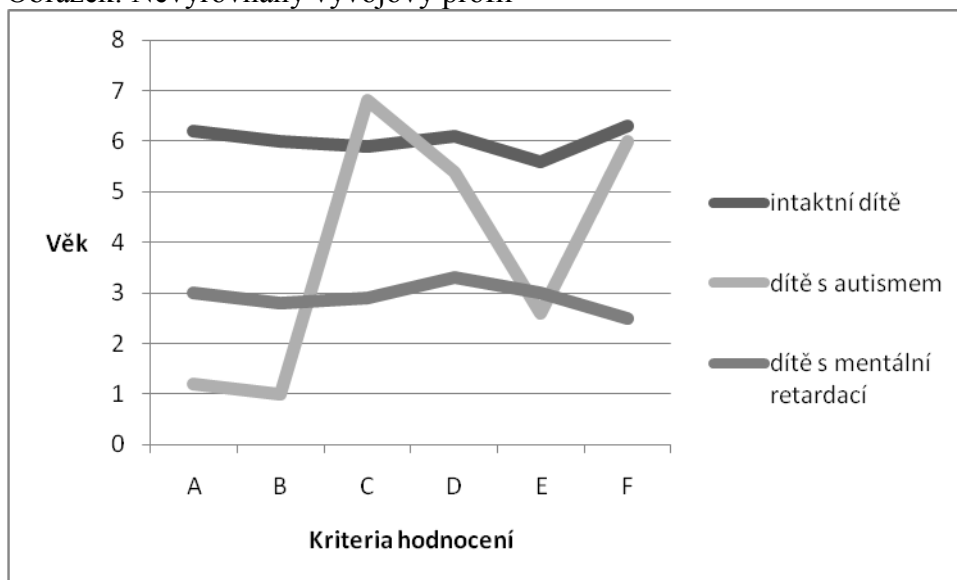
Nevyrovnaný vývojový profil

Příklad



Na níže uvedeném obrázku je srovnán vývojový profil dítěte intaktního, dítěte s mentální retardací a dítěte s autismem. Chronologický věk všech dětí je 6 let. Jak je z obrázku zřejmé, všechny schopnosti a dovednosti dítěte intaktního se pohybují v pásmu šesti let. Nízké odchylky jsou dány výchovou, vrozenými dispozicemi, okamžitou testovací situací apod. Dítě s mentální retardací má vývojový profil podobný intaktnímu dítěti. Rozdíl je pouze v posunutí profilu do nižších vývojových pásem. Dítě s autismem má naproti tomu některé schopnosti na úrovni svých intaktních vrstevníků, v jiných je na úrovni batolete (Jelínková, 2010). Tuto skutečnost je třeba brát v úvahu nejen při volbě vhodných intervenčních metod pro děti s PAS, ale i při prevenci jejich úrazů či jiného nebezpečí.

Obrázek: Nevyrovnaný vývojový profil



Legenda:

- A – verbální komunikace
- B – neverbální komunikace
- C – jemná motorika
- D – hrubá motorika
- E – imitace
- F – souhra oko–ruka

Vzdělávání žáků s PAS ve speciálních třídách a speciálních školách pro žáky s autismem

Speciální třídy a speciální školy

Speciální třídy bývají zřizovány při běžných základních školách, základních školách praktických či základních školách speciálních. V současné době existuje v České republice několik desítek tříd pro děti s autismem, jejich počet je však vzhledem k počtu dětí s autismem nedostačující. Co se týče jejich přijímání ke vzdělávání, je situace, jak uvádí Thorová (2006), obdobná jako v případě předškolních zařízení. Výhodou segregovaného vzdělávání dětí s PAS je kromě odborně připraveného pedagogického personálu zejména individuální přístup přizpůsobený specifikům handicapu, dále týmová spolupráce, v případě speciálních tříd při běžných školách neopomenutelné zabezpečení sociálního kontaktu s intaktními vrstevníky.

Vzdělávání žáků s PAS ve školách pro žáky s mentální retardací

Vzdělávání žáků s PAS ve školách pro žáky s mentální retardací

Vzhledem ke skutečnosti, že až 80 % osob s PAS má přidružené mentální postižení (Hrdlička in Hort et al., 2008), jsou žáci s autismem vzděláváni v základních školách praktických nebo speciálních, v případě středního vzdělávání na praktických školách a odborných učilištích. Důvodem zařazení je často i nedostatečná nabídka umístění dětí s PAS ve speciálních třídách či speciálních školách určených právě pro žáky s autismem. V současné době nemáme v našich podmínkách žádnou střední školu, která by se zaměřovala specificky pouze na osoby s autismem.

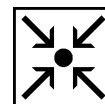
Přestože je v současné době více možností dalšího vzdělávání v problematice autismu (součást vzdělávání v rámci vysokoškolského studia, různé kurzy a semináře, množství publikací a v konečném důsledku i využití internetu), využívají pedagogové při výuce převážně metody práce určené pro osoby s mentálním postižením. V případě osob s autismem však tento postup není úspěšný. Opět zde narážíme na nevyrovnaný vývojový profil. Nestačí pouze zjednodušená komunikace, pomalejší pracovní tempo, snížení nároků či opakování probíraných poznatků. Osoby s autismem mají vlastní specifika práce, jimiž se budeme zabývat v dalším textu.

Integrace žáků s PAS na základní a střední školy

Integrace žáků s PAS na základní a střední školy

S pojmem „integrace“, souhlasně s Gillbergem a Peetersem (2008), musíme zacházet opatrně. Nejde o prostředek sám o sobě, ale o konečný cíl úspěšného vzdělávání a výchovy. V případě osob s autismem je efektivnější umístění do takového školního prostředí, které se maximálně přizpůsobí jejich postižení, respektive jejich potřebám.

Příklad



„Nenáviděl jsem školu... děti nemohou nikomu říci, jak trpí, a to, že ukončíte s úspěchem školu, ještě neznamená, že vás lidé chtějí a že uplatníte svou kvalifikaci. I když mi bylo dovoleno ukončit školu s výborným prospěchem, nemohlo to vyvážit veškeré trápení, kterým jsem musela projít... Učitelé předstírali, že mi rozumí, ale nebyla to pravda. Byla jsem vyděšena a bála jsem se chlapců i děvčat a všeho kolem... Byla jsem kopána, bita, ponižována a vysmívána ostatními dětmi... Když jsem se pak dostala do třídy pro děti s autismem, dalo se to vydržet a mé zoufalství bylo menší... Rodiče dětí s autismem by neměli posílat své děti do normálních škol, jejich utrpení a zoufalství vždy převáží případný zisk z dosaženého vzdělání.“ (Howlin, 2005, s. 156)

Před nástupem dítěte s PAS do školy je důležitá informovanost pedagogů a spolupráce s poradenským pracovištěm. U většiny dětí s PAS je nezbytná přítomnost **asistenta pedagoga**. Ten je využíván nejen běžnými školami v rámci integrace, ale i speciálními školami. Žádoucí je i menší počet žáků ve třídě, připravenost třídy na příchod žáka s PAS či adekvátní personální zabezpečení. Situace je obdobná i v případě integrace studentů s PAS na střední školy (Thorová, 2006).

Asistent pedagoga

V případě potřeby se pro žáka sestavuje, v souladu se zákonem, **individuální vzdělávací plán**, který je součástí dokumentace žáka nebo studenta. Individuální vzdělávací plán obsahuje:

Individuální vzdělávací plán

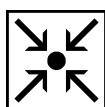
- a) údaje o cíli, obsahu, rozsahu, průběhu a způsobu poskytování individuální speciálněpedagogické nebo psychologické péče žákovi, včetně zdůvodnění;
- b) volbu pedagogických postupů, způsob zadávání a plnění úkolů, způsob hodnocení;
- c) vyjádření potřeby dalšího pedagogického pracovníka nebo další osoby podílející se na práci se žákem a její rozsah;
- d) seznam kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů nezbytných pro výuku žáka nebo pro konání příslušných zkoušek;
- e) jmenovité určení pedagogického pracovníka školského poradenského zařízení, se kterým bude škola spolupracovat při zajišťování speciálních vzdělávacích potřeb žáka;
- f) návrh případného snížení počtu žáků ve třídě běžné školy, kde se žák vzdělává;
- g) předpokládanou potřebu navýšení finančních prostředků nad rámec prostředků státního rozpočtu poskytovaných podle zvláštního právního předpisu;
- h) závěry speciálněpedagogických, popřípadě psychologických vyšetření.

Vzdělávání osob s PAS na vysokých školách

Vzdělávání osob s PAS
na vysokých školách

Přesné počty osob s PAS, které vystudovaly vysokou školu, nejsou známy. Jedná se převážně o osoby s Aspergerovým syndromem. Ne vždy se jim však podaří vysokoškolské studium dokončit, někdy vystřídají více vysokých škol. Důvodem může být selhávání v sociálních a praktických situacích (učí se informace, které považují za důležité; nectí autority; nedokážou se přizpůsobit sociálním požadavkům; nemají dostatek ctižádostivosti k výkonu; hrozba ukončení studia nevede ke zvýšení úsilí apod.) (ibid., 2006). Důležitou roli by zde měla hrát poradenská pracoviště.

4.3 Specifika péče o osoby s PAS a jejich edukace



Příklad

„Herman je čtyřicetiletý muž, který je mírně mentálně retardovaný a trpí autismem. I když je autismus vývojová porucha, téměř celý život je o něj pečováno jako o duševně nemocného. Prošel několikrát léčením v psychiatrických léčebnách a nyní žije v malé vile společně s mentálně retardovanými, kteří však autismem netrpí. V této komunitě je jediným klientem s autismem a má velmi špatnou pověst díky problémům v chování, jako extrémní pasivita v určitém období nebo extrémní závislost na některém z učitelů. Při jiné příležitosti bezdůvodně ječí, zmítá se, trhá tapety ze stěn. Jestliže tyto problémy trvají dlouho, je poslán na určitou dobu do psychiatrické léčebny.

I když komunikace lidí s autismem je »jiná«, způsob, kterým se na nemluvícího Hermana obracejí ostatní, je převážně verbální. Lidé si často myslí, že jejich pokynům rozumí a že je pouze tvrdohlavý a nechce se účastnit nějaké činnosti.

V určitém období měl kytaru, na kterou si neustále brnkal, až to ostatní přivádělo k šilenství. Kytaru mu vzali, protože usoudili, že »jinak nebude dělat nic jiného«. I když sociální interakce jsou pro postiženého autismem velmi obtížné, v komunitě je kladen důraz na skupinové aktivity. Herman dává obvykle přednost samotě, ale vychovatelé zastávají názor, že se musí učit jako ostatní, hezky ve skupině, »jinak by se stal ještě více autistickým, než je dosud«.

Herman se velmi často ocitne v situaci, která je pro něj velmi obtížná. Společnost předpokládá značnou dávku socializace, a on tato očekávání není schopen plnit. Vzhledem k problémům v komunikaci není schopen říci: »Je to pro mne obtížné!« Způsob, kterým vyjadřuje svou obtížnou situaci, je křik, kousání a trhání tapet ze stěn. Všechny tyto projevy znamenají jediné: »Už to dál nevydržím, je to příliš obtížné!«“ (Gillberg, Peeters, 2008, s. 70)

Na začátek této podkapitoly jsme zvolili příklad dospělého člověka s autismem. Většina z nás se pravděpodobně s takovým Hermanem již setkala, nebo se s ním v průběhu odborné praxe ještě setká. Také v našich podmínkách je totiž takových Hermanů řada.

V současné době se často při výchově a vzdělávání osob s autismem využívají metody či formy práce ověřené při péči o osoby s mentálním postižením. Z předchozích kapitol již víme, že to, co platí u osob s mentálním postižením, nemusí být u osob s autismem optimální. A současně, v souladu s principem individuálního přístupu, to, co platí u jedné osoby s autismem, nemusí platit u druhé. Dovolujeme si tvrdit, že v případě žádného jiného postižení není tolik na místě dodržování individuálního přístupu jako právě v případě osob s autismem.

Odborníci věnující se osobám s PAS se dlouhodobě snaží nacházet, vytvářet a zdokonalovat přístupy, které by u osob s autismem zaznamenaly pozitivní přínos nejen při vzdělávání, ale zlepšily celkovou kvalitu jejich života.

U osob s autismem se v tomto kontextu osvědčil **TEACCH program** (treatment and education of autistic and communication handicapped children – péče a vzdělávání dětí s autismem a dětí s problémy v komunikaci). Program byl vytvořen dvěma vědci, Erichem Schoplerem a Robertem Reichlerem, v roce 1966 na katedře psychiatrie Lékařské fakulty Univerzity Severní Karoliny v Chapel Hill. Výchozím principem je spolupráce odborníků s rodiči, kde rodiče působí jako koterapeuti a spolupracovníci odborníků (Schopler, Reichler, Lansingová, 1998).

TEACCH program

TEACCH program je postaven na třech pilířích:

a. Individualizace

Na „jedinečnost“ každé osoby s autismem jsme již několikrát upozornili. Z hlediska aplikace principu individuálního přístupu je nutné:

Individualizace

- zjistit úroveň schopností dítěte nebo dospělého s PAS;
- zvolit vhodný způsob komunikace (fotografie, piktogramy, kombinace s psanou formou, tiskací, hůlkové písmo atd.);
- zabezpečení prostředí (rozmístění lavic, prostor na práci, jídlo, oddech, hru apod., ale i prostor v domácím prostředí, v chráněném bydlení atd.);
- vytvořit individuální vzdělávací plán;
- zvolit strategie řešení behaviorálních problémů (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

b. Strukturalizace

Zpracování podnětů a informací je u člověka s PAS v hlubokém deficitu. Neschopnost analyzovat situace, řídit práci a volný čas, třídít informace na důležité a méně podstatné, neschopnost porozumět abstraktním pojmům a emocím, zaměření pozornosti na detaily na úkor celku – všechny tyto aspekty jsou u osob s autismem příčinou zmatku, který nezřídka vyústí ve stres, pocit bezmoci, úzkosti, problémové chování či stereotypie. Způ-

Strukturalizace

sob, jak daným projevům alespoň částečně předejít, je právě strukturalizace času a prostoru.

Strukturalizace času

Strukturalizace času pomáhá člověku s autismem zorientovat se v časoprostorových vztazích a poskytuje mu nejen představu o práci a jejím ukončení, ale i jistotu při vyrovnání se se změnami. Při strukturalizaci času jsou využívány obrázky, tabulky, ale i reálné předměty či piktoqramy. Pomocí těchto prostředků jsou vytvářeny tzv. **denní** (příp. týdenní) **kalendáře**. Časový plán musí vykazovat určitou posloupnost (zleva doprava, shora dolů). (ibid., 2007)



Příklad

Obrázek: Struktura času (týdenní kalendář)



Obrázek: Struktura času

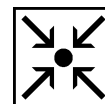


Dostupné z: <http://www.zsahradka.cz/vyuc-metody/strukturovane-uceni.htm>.

Strukturalizace prostoru

Podobně jako při strukturalizaci času dodržujeme systém (zleva doprava, shora dolů) i při **strukturalizaci prostoru**. Pro osobu s autismem je nezbytné vyčlenit a vizuálně ohraničit prostor pro práci, výuku, hru, odpočinek či stravování. Při oddělování prostoru využíváme závěsy, zástěny apod. Měli bychom se vyvarovat vytvoření pracovního místa v blízkosti zrcadel či oken, která rozptylují pozornost člověka s PAS (Jelínková, 2001).

Příklad



Obrázek: Struktura prostoru



Obrázek: Struktura prostoru



Dostupné z: <http://www.zsahradka.cz/vyuc-metody/strukturovane-uceni.htm>.

Obrázek: Struktura pracovního místa

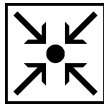


Dostupné z: http://vysocina.apla.cz/autismus_terapie.htm.

d) Vizualizace

Vizualizace Při vizualizaci vycházíme z analýzy schopností a dovedností konkrétního člověka s autismem. Na jejím základě pak volíme takový způsob vizualizace, který danému jedinci s PAS nejvíce vyhovuje a kterému rozumí. U osob, které umí číst, využíváme nadpisy či návody. Pro jedince, kteří si čtení neosvojili, volíme obrázky, fotografie či piktogramy. U osob s nejnižší vývojovou úrovní využijeme skutečné předměty.

Zvládnání nových úloh usnadňují **pracovní (procesuální) schémata**, v rámci nichž je daný úkol rozpracován na elementární kroky. Po zautomatizování činností je možné schéma zjednodušit (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).



Příklad

Obrázek: Procesuální schéma



V České republice je metodika programu TEACCH známa a využívána pod pojmem **strukturované učení**.

Strukturované učení Podstatou strukturovaného učení je stanovení jasných pravidel, zprůhlednění posloupnosti činností a jednoznačné uspořádání prostoru, v němž se osoby s PAS pohybují. Správně aplikované metody strukturovaného učení jsou přínosem nejen pro osoby s PAS, ale i pro všechny jedince mající potíže se sebeorganizací (Thorová, 2006).

4.4 Péče o dospělé osoby s PAS

Péče o dospělé osoby s PAS Přestože se péče o osoby s PAS oproti minulým letům výrazně zlepšila, v případě dospělých osob je situace stále neutěšená a podpora této kategorie osob je pouze v začátcích. Obdobně jako v zahraničí i v České republice se soustřeďovala pozornost především na děti a zabezpečení jejich vzdělávání (vznik autitříd, překládání publikací, realizace seminářů a konferencí

zaměřených na problematiku autismu apod.). Odpověď na otázku „Kam s dospělým člověkem s PAS po ukončení povinného vzdělávání?“ není doposud uspokojivě zodpovězena.

Bydlení osob s PAS

Počet zařízení specializovaných na populaci dospělých osob s PAS je v našich podmínkách nedostačující. Většina dospívajících a dospělých osob s PAS proto zůstává buď v rodině, nebo je umístěna v zařízeních určených pro osoby s mentálním, případně jiným zdravotním postižením.

Bydlení osob s PAS

Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, přicházejí v tomto kontextu v úvahu týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením a chráněné bydlení. Bohužel jen velmi málo zařízení je schopno poskytovat speciální péči, kterou osoby s PAS vyžadují. Následkem toho může u osob s PAS zpravidla dojít ke zhoršení nežádoucího chování, k prohloubení celkových projevů a regresi nabytých dovedností. Nezřídká se taková situace řeší formou psychofarmak nebo umístěním do psychiatrických léčeben (Thorová, 2006).

Zaměstnání dospělých osob s PAS

Pracovní zařazení osob s PAS vybíráme na základě zmapování možností a dovedností konkrétních osob. K jejich identifikaci můžeme využít např. psychoedukační profil pro dospívající a dospělé, který byl popsán v předcházející kapitole (AAPEP – adolescent and adult psychoeducational profil). Získané informace nám pomohou určit druh práce, v níž by člověk s PAS mohl být úspěšný a spokojený; rozsah a charakter nezbytné podpory (nutná míra strukturalizace, vizualizace, alternativní způsob komunikace, potřeba asistenta apod.); dobu, po kterou bude člověk s PAS schopen pracovat; dobu podpory; úroveň nezávislých funkcí (sebeobsluha, samostatnost v rozhodování apod.); pracovní chování (schopnost pracovat v kolektivu, schopnost pracovat podle návodů, schopnost dodržovat bezpečnostní předpisy apod.).

Zaměstnání dospělých osob s PAS

Osoby s PAS mohou být zařazeny buď do běžného zaměstnání, využít formu podporovaného zaměstnávání, nebo mohou najít své uplatnění v chráněných dílnách či mobilních pracovních skupinách. Je žádoucí, aby samotnému zaměstnání předcházela pracovní výcvik a následná podpora. Jen malý počet osob s PAS je schopen nastoupit do zaměstnání bez předchozího výcviku, adaptace na prostředí a případné dočasné pomoci asistenta (Jelínková, 2001).

Občanské sdružení Rytmus, působící v České republice, nabízí kromě tranzitního programu i program podporovaného zaměstnání, který je zaměřen na usnadnění vstupu do nového zaměstnání spojeného s tréninkem pracovních dovedností za přítomnosti asistenta. Podpora lidí s mentálním postižením a autismem, spočívající v obhajobě jejich práv, v podpoře uplatnění na trhu práce a volnočasových aktivit, je posláním občanského sdružení Máme otevřeno.

Vzdělávání dospělých osob s PAS

Vzdělávání dospělých osob s PAS

Podle Jelínkové (2001) nelze vzdělávání dospělých osob s PAS chápat jen jako rozvoj akademických dovedností, ale je nutné jej vnímat v mnohem širších souvislostech, s čímž lze jen souhlasit. Vzdělávací aktivity u dospělých osob s PAS jsou zaměřeny na přípravu na povolání, rozvoj dovedností trivie, rozvoj alternativní komunikace, rozvoj sociálních dovedností, tvořivé činnosti a výchovu k nezávislosti (sebeobsluha, volný čas).

Volnočasové aktivity dospělých osob s PAS

Volnočasové aktivity dospělých osob s PAS

Schopnost najít si sám pro sebe vhodnou činnost je funkční dovedností, kterou osoby s PAS postrádají. Častou chybou při péči o dospělé osoby s PAS je právě opomenutí jejich neschopnosti zorganizovat si svůj volný čas, přičemž jakákoliv možnost výběru je pro ně extrémně náročná. Zvláštní pozornost je třeba věnovat společensky trávenému volnému času, protože právě zde často leží zdroj specifických problémů. Dlouhá doba neorganizovaného volného času vede zpravidla ke stereotypům a rituálům (ibid., 2001).

4.5 Poradenství

Speciálněpedagogická centra

Poradenský servis pro osoby s PAS zajišťují částečně **pedagogicko-psychologické poradny**, ale především **speciálněpedagogická centra** zaměřená přímo na osoby s poruchami autistického spektra nebo s mentálním postižením. Podle vyhlášky č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, poskytují centra kromě standardních činností i činnosti speciální. Patří mezi ně: domácí program – rozvoj funkční komunikace, sociálních dovedností, pracovních návyků, sebeobsluhy, volnočasových aktivit, eliminace problémového chování, práce s rodinou; příprava na zařazení do výchovně-vzdělávacího procesu a vzdělávání žáků s PAS; uplatňování metodiky strukturovaného učení, aplikované behaviorální analýzy, metodické vedení zaměstnanců ve školství, spolupráce s rodinou, konzultace s ostatními účastníky péče; osvětová činnost; spolupráce se školskými zařízeními a ostatními účastníky péče, pořádání seminářů, konzultací; organizování rodičovských skupin; instruktáž, podpůrná skupina, řešení výchovných problémů, sourozenecké vztahy apod.; nácvik funkční komunikace, sociálního chování a zvládání náročného chování.

V současné době funguje v každém kraji pracovník MŠMT zaměstnaný ve speciálněpedagogickém centru. Tzv. **krajský koordinátor** má na starosti děti s poruchou autistického spektra v daném kraji. Jeho hlavní pracovní náplní je poskytovat konzultace a individuální metodickou podporu odborným pracovníkům ve školách a zařízeních v kraji, v nichž jsou zařazeni klienti s PAS, a poskytovat poradenské služby a konzultace rodinám s osobami s PAS (Thorová, 2006).

Krajský koordinátor

Kromě speciálněpedagogických center poskytují poradenské služby a informace i **občanská sdružení** či **neziskové organizace**, které vznikly převážně z podnětu a potřeby rodičů dětí s autismem. V rámci České republiky můžeme jmenovat občanské sdružení APLA (Asociace pomáhající lidem s autismem) s celorepublikovou působností, AUTISTIK se sídlem v Praze, RAIN-MAN v Ostravě, JAN (Jdeme autistům naproti) v Olomouci, sdružení ZA SKLEM ve Zlíně a další.

Občanské sdružení a neziskové organizace

4.6 Specifika lékařské péče o osoby s PAS

Jak uvádí Thorová (2006), mnoho dětí s poruchou autistického spektra mívá přidružené zdravotní potíže, které vyžadují lékařskou péči. Nezřídka se stává, že rodiče s dítětem narazí na lékaře, kteří o poruchách autistického spektra mají jen velmi mlhavou, nebo dokonce žádnou představu, o zkušenostech ani nemluvě. Každý lékař by měl být dopředu upozorněn, že bude ošetřovat dítě s poruchou autistického spektra. V zájmu předcházení možným problémům by bylo vhodné, aby rodiče měli k dispozici materiály se základními informacemi o specifikách PAS. Některé regionální organizace například nabízejí informační letáky. Další komplikace mohou nastat také při čekání na vyšetření. V takovém případě je možné se telefonicky domluvit na přednostním ošetření dítěte nebo se alespoň domluvit na konkrétní hodinu. Vhodným způsobem, jak předejít komplikacím a problémovému chování, je předběžná příprava na lékařské vyšetření (např. nacvičit doma prohlídku u zubaře apod.). V případě hospitalizace je možná přítomnost rodiče.

Specifika lékařské péče o osoby s PAS

4.7 Možnosti sociální podpory u osob s PAS v našich podmínkách

Dnem 1. 1. 2007 vstoupil v platnost zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který kromě jiného podrobně upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči. **Příspěvek na péči** je poskytován osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Nárok na příspěvek však nemá osoba mladší jednoho roku, u níž se předpokládá srovnatelný stupeň péče jako o osoby bez nepříznivého zdravotního stavu. O příspěvku rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností. Uvedený zákon dále vymezuje 4 stupně závislosti, a to

Možnosti sociální podpory u osob s PAS v našich podmínkách

na základě schopnosti zvládat stanovené úkony (které jsou taktéž součástí zmíněného zákona). (Pastieriková, 2010)

Co se týče dalších **dávek a služeb**, o něž mohou rodiče dětí s PAS (nebo osoba s PAS) zažádat, jedná se především o jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek, příspěvek na úpravu bytu, příspěvek na zakoupení motorového vozidla, příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla, příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla, příspěvek na provoz motorového vozidla, příspěvek na individuální dopravu, příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu, příspěvek na úhradu za užívání garáže a příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům. Vedle dávek sociální péče jsou těmto osobám poskytovány rovněž mimořádné výhody (průkazy TP, ZTP a ZTP/P).



Shrnutí

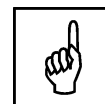
Rozvoj péče o osoby s PAS má v České republice již několikaletou tradici. Jednou z nejdůležitějších podmínek, které předurčují její úspěšnost, je v první řadě stanovení správné diagnózy v co nejranějším období. Následnou ranou péčí zajišťují střediska rané péče. I když se situace oproti minulým letům postupně zlepšuje, stále chybí podpora rodičům dětí s PAS právě v počátcích jejich boje s autismem. Oblast vzdělávání je v porovnání s ostatními oblastmi péče o osoby s PAS připravena zabezpečit specifické potřeby žáků a studentů s autismem o něco lépe, než je tomu v případě péče o dospělé osoby s PAS. Přispívá k tomu nejen integrační trend, školení pedagogů, připravenost školy, ale i metody intervence (strukturované učení, individuální přístup, využití alternativní a augmentativní formy komunikace apod.), které se v co největší míře snaží respektovat specifika autismu. Otázka uspokojivé péče o dospělé osoby bude muset na svoje řešení ještě pár let počkat.



Kontrolní otázky a úkoly

1. Jaké možnosti poradenské péče mají rodiče dětí s autismem k dispozici v našich podmínkách?
2. Vyjmenujte možnosti vzdělávání osob s PAS od předškolního věku až po dospělost.
3. Co tvoří náplň individuálního vzdělávacího plánu?
4. O jaký legislativní rámec se opírá vzdělávání osob s PAS?
5. Vysvětlete pojem strukturované učení.
6. Na jakých pilířích stojí TEACCH program? Jeden si vyberte a blíže jej popište.
7. Nakreslete nebo vytvořte týdenní program pro osoby s PAS nebo zobrazte procesuální schéma na téma čištění zubů.

Pojmy k zapamatování



raná péče
střediska rané péče
výchova a vzdělávání osob s PAS
žák nebo student s PAS
individuální integrace
skupinová integrace
autitřídy
TEACCH program
strukturované učení
strukturalizace
vizualizace
individualizace
piktogramy
denní (týdenní) kalendář
pracovní (procesuální) schémata
odklad školní docházky
asistent pedagoga
individuální vzdělávací program
nevyrovnaný vývojový profil
poradenská péče
krajský koordinátor
speciálněpedagogické centrum
pedagogicko-psychologická poradna
lékařská péče
sociální podpora
dospělé osoby s PAS
vyhláška č. 72/2005 Sb.
vyhláška č. 73/2005 Sb.
zákon č. 561/2004 Sb.
zákon č. 108/2006 Sb.

Literatura



Seznam použité literatury

1. PASTIERIKOVÁ, L. 2010. Možnosti péče o osoby s poruchou autistického spektra. In: ŘÍHOVÁ, A. et al. *Poruchy autistického spektra (Pomoc pro rodiče dětí s PAS)*. Olomouc: Univerzita Palackého. 90 s. ISBN 978-80-244-2677-8.
2. BARTOŇOVÁ, M.; BAZALOVÁ, B.; PIPEKOVÁ, J. 2007. *Psychopedie*. Brno: Paido. 152 s. ISBN 978-80-7315-161-4.
3. GILLBERG, CH.; PEETERS, T. 2008. *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty*. Praha: Portál. 124 s. ISBN 978-80-7367-498-4.
4. HORT, V. et al. 2008. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál. 498 s. ISBN 978-80-7367-404-5.

5. HOWLIN, P. 2005. Autismus u dospívajících a dospělých. Cesta k soběstačnosti. Praha: Portál. 296 s. ISBN 80-7367-041-0.
6. JELÍNKOVÁ, M. 2001. *Péče o dospělé klienty s autismem*. Praha: IPPP. 22 s.
7. LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. 2006. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-1284-0.
8. SCHOPLER, E.; REICHLER, R. J.; LANSINGOVÁ, M. 1998. *Strategie a metody výuky dětí s autismem a dalšími vývojovými poruchami*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-799-1.
9. THOROVÁ, K. 2006. *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál. 456 s. ISBN 80-7367-091-7.
10. VÁGNEROVÁ, M. 2000. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál. 524 s. ISBN 80-7178-308-0
11. Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.
12. Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.
13. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.
14. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).

Seznam doporučené literatury

1. ČADILOVÁ, V.; JŮN, H.; THOROVÁ, K. et al. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál, 2007. 248 s. ISBN 978-80-7367-319-2.
2. ŠEDIBOVÁ, A. *ABC autistické třídy*. Bratislava: MERKUR Print, 1998. 96 s. ISBN 80-967754-1-3.
3. VILÁŠKOVÁ, D. *Strukturované učení pro žáky s autismem (s přihlédnutím k postižení zraku a mentální retardaci)*. Praha: Septima, 2006. 112 s. ISBN 80-7216-233-0.
4. VOCILKA, M. *Autismus a možnosti výchovné praxe*. Praha: Septima, 1995. 84 s. ISBN 80-85801-58-2.
5. VOSMIK, M.; BĚLOHLÁVKOVÁ, L. *Žáci s poruchou autistického spektra v běžné škole. Možnosti integrace na ZŠ a SŠ*. Praha: Portál, 2010. 198 s. ISBN 978-80-7367-687-2.

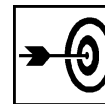


Průvodce studiem

Cílem kapitoly, kterou jste právě dočetli, bylo přiblížit vám možnosti péče o osoby s PAS v našich podmínkách. Předestřeli jsme vám přehled péče od raného období přes předškolní a školní věk až po dospělost. Vzhledem k šíři problematiky jsme se některých oblastí dotkli pouze okrajově. Věříme však, že zájemce o bližší informace uspokojí seznam literatury, který je uveden v závěru kapitoly.

5 Možnosti intervence u osob s PAS

Cíle



Cílem poslední kapitoly této studijní opory je poskytnout čtenáři základní přehled nejhojněji využívaných intervenčních postupů a metod u osob s autismem. Následující text prezentuje přehled nejen metod běžně dostupných v našich podmínkách, ale i těch, s nimiž se v České republice setkáváme jen ojediněle.

Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- popsat opatření, která mohou být předpokladem úspěšné intervence;
- vyjmenovat možnosti alternativní a augmentativní komunikace u osob s PAS;
- stručně charakterizovat jednotlivé terapie a postupy, které jsou dostupné v našich podmínkách.

Průvodce studiem



Nacházíte se na prahu poslední kapitoly, kterou jsme pro vás v rámci daného tématu připravili. V návaznosti na předchozí kapitoly, věnující se péči o osoby s PAS, vás zveme na „prohlídku“ možných intervenčních postupů a metod dostupných jak v našich podmínkách, tak i v zahraničí. Ne každá metoda se těší oblibě ze strany rodičů, pedagogů či společnosti. Některé mají více odpůrců než zastánců. Naším cílem však není některé metody prosazovat a jiné podceňovat, ale poskytnout přehled dostupných možností, které mohou pomoci jak osobám s poruchou autistického spektra, tak i jejich rodinám žít ruku v ruce s autismem.

5.1 Přehled nejběžnějších metod intervence u osob s PAS

Specifické postižení, jakým autismus dozajista je, si vyžaduje specifický přístup. Metody, které byly a jsou využívány při práci s osobami s jiným druhem postižení, především mentálním, v případě osob s autismem zpravidla selhávají a nedosahují očekávaných výsledků. Z tohoto důvodu bylo nezbytné vyvinout takové postupy, které by zohledňovaly charakteristické rysy autismu. Postupem času byly pro osoby s PAS navrženy různé metody a postupy, které se střetly nejen s úspěchem, ale i s rozčarováním.

Při výběru vhodné metody či terapie je potřeba na jedné straně zvážit její přínos, dostupnost, na straně druhé riziko či omezení, které daná metoda s sebou nese. Proto je vhodné prodiskutovat její aplikaci nejen s odborníky, kteří se danou metodou zabývají, ale i s rodiči a dalšími, kteří mají s jejím

užitím zkušenosti. Důležitým faktorem je spokojenost člověka s autismem a jeho rodiny.

Úspěšnost péče o osoby s PAS je možné zajistit **opatřeními**, která vyplývají z poznání samotného postižení. Jedná se především o:

- dodržování **individuálního přístupu**;
- vytvoření **optimálního způsobu komunikace** (využití alternativních forem);
- zajištění **úpravy prostředí** (strukturalizace prostoru);
- zajištění **předvídatelnosti situací** (strukturalizace a vizualizace času, nácvik sociálních dovedností, pracovního chování, snaha předejít nežádoucímu chování, zajištění bezpečnosti člověka s autismem atd.);
- zajištění smysluplného **využití volného času**;
- výběr vhodné formy **motivace**;
- využití **relaxačních technik**;
- rozvoj **sebeřídících technik**;
- zavádění **postupných změn a pravidel**.

Kromě výše uvedených opatření ovlivňuje kvalitu péče i postoj rodiny ke zvolenému způsobu intervence a její spolupráce s dalšími odborníky.

Následující text věnujeme přehledu možností, které jsou běžně využitelné v našich i zahraničních podmínkách.

*Strukturované učení,
TEACCH program*

První metodou, kterou si připomeneme a která je v našich podmínkách nejvíce rozšířena, je **strukturované učení**, resp. **TEACCH program**. Blíže jsme ji charakterizovali již v předchozím textu v kontextu edukace osob s PAS. Z tohoto důvodu se jí nebudeme v této kapitole již dále věnovat.

Alternativní a augmentativní komunikace (AAK)

Alternativní a augmentativní komunikace – AAK

Cílem alternativní a augmentativní komunikace je umožnit jedincům s narušenou komunikační schopností (včetně osob s PAS) dorozumívání, vyjádření svých potřeb, pocitů, žádostí, získání pozornosti, vyjádření souhlasu/nesouhlasu a v neposlední řadě i rozvoj či posílení sociálních vztahů. Bude-li člověk s autismem schopen vyjádřit své myšlenky či přání, bude-li se cítit pochopen ze strany komunikačního partnera, bude to mít nesporně pozitivní vliv i na redukování stereotypního či repetitivního chování, jehož spouštěčem je často právě pocit nepochopení nebo nejistota.

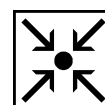
Mezi nejčastěji využívané komunikační systémy u osob s PAS patří:

- **Piktogramy** (zjednodušená zobrazení předmětů, činností a vlastností).
- **Makaton** (jazykový program využívající manuální znaky doplněné mluvenou řečí a symboly).
- **Výměnný obrázkový komunikační systém (VOKS)**, ve světě známý jako PECS (picture exchange communication system). Systém využívá obrázky (fotografie, piktogramy, nebo specifické sym-

boly vyhovující konkrétnímu člověku) umístěné na komunikačních tabulkách a nonverbální komunikaci; důležitým prvkem je motivace.

- **Znak do řeči** (jedná se o doplněk mluvené řeči znaky, které jsou součástí znakového jazyka neslyšících).
- **Facilitovaná komunikace** (její základ tvoří mechanická podpora ruky postiženého – facilitátor přidržuje ruku, zápěstí nebo paži postižené osoby, která chce něco sdělit. Nastavuje protitlak proti ruce postiženého podle jeho svalového napětí. Facilitátor tak zajišťuje zpětnou vazbu a zároveň působí stimulačně (Klenková, 2008). Tato metoda je jednou z těch, které mají více kritiků než zastánců, zejména z důvodu připisování facilitátorovi prvek ovlivňování).
- **Neelektronické a elektronické komunikační pomůcky** (např. použití osobních počítačů s hlasovým výstupem apod.).

Příklad



Obrázek: Piktogramy



(<http://www.maccizpopovic.estranky.cz>)

Obrázek: Facilitovaná komunikace



(<http://www.rojko.sk>)

Behaviorální terapie

Behaviorální terapie

Lidské chování není náhodným řetězcem událostí, které by na sebe nijak nenavazovaly. Problémové i neproblémové chování se nevyskytuje náhodně. Behaviorální terapie vycházejí z teorie učení a předpokládají, že určité chování je spouštěno faktory, které mu předcházejí, a udržováno faktory, které po něm následují.

Cílem behaviorálních terapií je úprava různého chování (emočního, sociálního apod.). Výrazně se pracuje s pozitivními odměnami, trestům se tyto terapie vyhýbají, negativní reakcí je pouze důrazné „ne“ nebo ignorace. Stěžejní je individuální přístup. Některé behaviorální techniky jsou do určité míry úspěšné, avšak není možné na ně nahlížet jako na prostředek, který dokáže autismus vyléčit. Překážkou masivnějšího rozšíření tohoto druhu terapie je finanční a časová náročnost (Thorová, 2006).

U dětí s autismem se používá více terapeutických směrů, které vycházejí z behaviorální terapie.

Aplikovaná behaviorální analýza

Jedním z nich je **aplikovaná behaviorální analýza (ABA)**, která kombinuje nácvik nového chování s eliminací chování problémového. Pro nácvik se zpravidla používají sezení, na nichž s jedním dítětem pracuje jeden učitel po dobu 5–8 hodin denně. Navzdory tomu, že její funkčnost je prokazatelná, pro časovou a personální náročnost je tato terapie u drtivé většiny dětí a dospělých s autismem nereálná, a to nejen v ČR.

Ke **změně problémového chování** je proto používán spíše terapeutický postup, který volně vychází z terapeutického postupu EDM (eden decision model). Východiska tohoto přístupu jsou totožná s ABA, avšak samotná realizace je uzpůsobena pro práci v jiném poměru než 1 : 1 (ve školách je poměr často 2–3 : 1 a v domovech pro osoby se zdravotním postižením je tento poměr dokonce 8–12 : 1 v neprospěch personálu). Postup je pro lepší názornost rozdělen do pěti kroků:

1. **Behaviorální a funkční analýza chování, lékařské posouzení:** v tomto kroku zjišťujeme, zda dítě potřebuje terapii, a pokud ano, tak jakou. Hledáme odpověď na otázky **kdy, kde, s kým a při čem** se problémové chování vyskytuje a **proč** se vyskytuje. Snažíme se také odhalit veškeré možné nepohody dítěte způsobené jeho aktuálním zdravotním stavem (bolest zubů, hlavy, břicha aj.).
2. **Změna prostředí:** v tomto kroku zjišťujeme, nakolik je dítě ovlivňováno prostředím, zda je pro něj nepohodlné nebo matoucí. Pro větší srozumitelnost prostředí si můžeme pomoci denními režimy a strukturou prostředí. Dále nás zajímá i to, jak je dítě schopno aktivně ovlivňovat prostředí. Pro snížení výskytu problémového chování můžeme využít techniky alternativní komunikace.
3. **Analýza činností:** v tomto kroku zjišťujeme, nakolik aktivity a úkoly spouštějí u dítěte výskyt problémového chování. Snažíme se zjistit, zda je úkol příliš těžký, příliš lehký, obsažný, nudný, anebo jestli dává dítěti vůbec smysl. Pokud vidíme, že z některého z těchto důvodů daná aktivita spouští problémové chování dítěte, snažíme se ji změnit tak, abychom se problémovému chování vyhnuli.
4. **Odměny:** v tomto kroku se snažíme najít systémy odměn pro dítě tak, aby bylo lépe motivováno ke změně problémového chování směrem k žádoucímu chování. Vybíráme vždy mezi materiálními (jídlo, pití, žetonky, obrázky, samolepky, peníze aj.), aktivními (jít na kolotoč, houpačku aj.) a sociálními (pochvala, pohlázení, úsměv aj.) odměnami. Zároveň si v tomto kroku stanovíme chování, které chceme u dítěte odměňovat.
5. **Tresty:** v tomto kroku si stanovíme, zda budeme tresty v terapii u konkrétního dítěte používat, jaký by měly mít charakter a které chování chceme trestat. Máme vždy na paměti, že trest nesmí být bolestivý, ale musí být nepříjemný (např. neuklidil sis v pokojíku, nemůžeš se dívat večer na televizi aj.). (Jún, 2007)

Animoterapie

Animoterapie představuje terapii prostřednictvím zvířat, jako jsou např. koně (hipoterapie), psi (canisterapie), kočky (felinoterapie). Hojně využívány jsou i hlodavci (morčata, králíci, myši, křečci), ale je možné využít i rybičky, želvy či hady. Na osoby s postižením působí blahodárně nejen kontakt se zvířaty (hlazení, dotýkání se), ale i samotné pozorování či (v případě hipoterapie), vnímání rytmického pohybu zvířete.

Animoterapie

Arteterapie

Arteterapie V užším slova smyslu představuje arteterapie léčbu výtvarným uměním. Kromě individuálních cílů (uvolnění, sebeprožívání, sebevnímání, růst osobní svobody a motivace, rozvoj fantazie apod.) si klade i cíle sociální (navázání kontaktů, vnímání a přijetí druhými lidmi, kooperace atd.) (Šiczková, 2007). Skupinová a individuální arteterapie využívá různé výtvarné techniky, které jsou přizpůsobeny věku, schopnostem a individuálním preferencím klientely. Z množství technik se nejčastěji využívá kresba, malba, koláž, grafika, batika či kašírování.

Ergoterapie

Ergoterapie Cílem ergoterapie je dosažení maximální možné soběstačnosti a nezávislosti či zvýšení kvality života. Zaměřuje se na čtyři základní oblasti:

- a. ergoterapie cílená na postiženou oblast;
- b. ergoterapie cílená na výchovu k soběstačnosti;
- c. oblast předpracovní rehabilitace;
- d. ergoterapie k naplnění volného času a zlepšení celkové kondice (Dočkal, 2007).

Muzikoterapie

Muzikoterapie V případě muzikoterapie jde o léčení nebo pomoc člověku prostřednictvím hudby. Využití hudby je v terapeutickém procesu velmi různorodé, aplikuje se celá řada technik a metod, které mají pozitivní dopad na vývoj dítěte (práce s tělem, hlasem, hra na hudební nástroj atd.). I zde ovšem existují výjimky. Muzikoterapie má také svá rizika či kontraindikace. Právě u osob s autismem může hudba způsobovat negativní reakce.

Tanečně-pohybová terapie

Tanečně-pohybová terapie Tanečně-pohybová terapie je zařazována jako součást psychoterapie u pacientů, kteří mají problém s verbální komunikací a vyjádřením vlastních pocitů, kteří mají chudý emoční projev nebo zvláštní obavy o své tělo. Jejím hlavním prostředkem je pohyb, příp. tanec. Tyto prostředky se využívají k podpoře emocionální, psychické i sociální integrace jednotlivců. Pacientovi pomáhá v poznání vlastního těla a pohybových projevů spojených s emočním stavem. Cílem terapie je pomoci klientovi v lepší orientaci ve vztazích, ať už k okolí, nebo k sobě samému (Čížková, 2005).

Fyzioterapie

Fyzioterapie Do fyzioterapie v širším slova smyslu nezařazujeme pouze rehabilitaci, ale i jiné pohybové aktivity, které jsou pro dobrý vývoj dětí s PAS prospěšné. Patří sem procházky, tělocvik, běh, jízda na kole, plavání, trampolining atd. (Thorová, 2006).

Herní a interakční terapie

Herní terapie je doporučována jako součást vzdělávacího programu s větší či menší mírou struktury. Hlavními cíli jsou: zlepšení úrovně myšlení a uvažování dítěte, zlepšení komunikace pomocí gest, znaků, slov, vývoj emocí a sociálního chování přes herní vztahy jak s vrstevníky, tak i s dospělými (ibid., 2006).

Herní a interakční terapie

Rodinná psychoterapie

Rodinná terapie představuje speciální léčebný přístup, který se pokouší navodit prospěšné změny v narušené rodinné skupině, a to psychologickými metodami. Tato psychoterapie se zaměřuje na odstranění chybně zafixovaných způsobů komunikace, vzájemného hodnocení a jednání, přičemž využívá motivace všech zúčastněných osob.

Rodinná psychoterapie

Farmakoterapie

Při léčbě autismu byla vyzkoušena řada nejrůznějších léků, u nichž byly předpokládány velmi slibné výsledky. Následně se však často prokázala jejich neúčinnost. Nejedná se pouze o psychofarmaka, ale také o injekce serotoninu, megavitaminové dávky apod. V oblasti farmakoterapie se setkáváme se dvěma nesprávnými přístupy. Jedním je nadměrné předepisování léků, které mají převážně zklidňující až paralyzující účinek, aniž by byla současně věnována pozornost jiné účinné terapii. Druhým problémem je obecný strach z léků a jejich vedlejších účinků, který brání rodičům vyhledat psychiatrickou pomoc.

Farmakoterapie

Son-Rise program

Son-Rise představuje program domácího vzdělávání dětí a dospělých s autismem. Byl vytvořen manželi Kaufmanovými pro potřeby jejich autistického syna. Hlavním cílem programu je navázání a prohlubování vztahu s dítětem. Vztah s autistickým dítětem je navazován prostřednictvím pochopení jeho chování a aktivního připojení se k tomuto chování.

Son-Rise program

Mezi základní principy Son-Rise programu patří:

1. **Joining.** Představuje aktivní připojení k rituálům a zvláštním činnostem dítěte (např. točení, houpání se, zírání do prázdna, opakování jednoho slova dokola, stavění věcí do stejných řad, pobíhání tam a zpět, povídání si na stále se opakující či zvláštní téma, vydávání různých skřeků a zvuků atd.).
2. **Využívání motivace dítěte.** Na základě joiningu se zjistí, jaké motivace dítě má. Slovem „motivace“ se nemyslí odměna. Podle Son-Rise programu jsou odměny nevhodné z toho důvodu, že podněcují dítě spíše k automatickému opakování zadané věci, a dítě si už méně uvědomuje, proč by mělo zadanou věc dělat.

3. **Energie, entuziasmus a nadšení pro hru.** Často ani nezáleží na tom, co dítěti prezentujeme, ale jak to prezentujeme.
4. **Učení pomocí interaktivní hry.** Nejvhodnější způsob učení je takový, při němž je dítě interaktivní, tj. jeví o komunikačního partnera nějakým způsobem zájem.
5. **Bezpředsudkový a optimistický přístup.** K dětem a dospělým s autismem je potřeba přistupovat bez jakýchkoliv předem vytvořených předsudků či soudů.
6. Rodič jako hlavní terapeut programu.
7. **Vytvoření bezpečného a klidného prostředí pro dítě (tzv. Sunrise herna).** Dítě s autismem má problémy se soustředěním. Proto je nutné vytvořit mu takové prostředí, ve kterém se může nerušeně koncentrovat na činnost (Cévavová, 2008).

Dietetická opatření

Dietetická opatření V České republice patří mezi nejznámější dieta, která z potravy odstraňuje lepek (škrob obsažený v pečivu) a kasein (protein obsažený v mléce). Další diety jsou využívány v případě potravinových alergií. Děti s PAS trpí potravinovými alergiemi přinejmenším ve stejné míře jako děti s běžným vývojem. U dítěte, u něhož se potravinová alergie prokáže, se odstraněním alergenu docílí snížení nepříjemných somatických příznaků (Thorová, 2006).

Někteří odborníci (ibid., 2006) se k uvedeným opatřením stavějí skepticky. Z jejich pohledu je jediným rozumným důvodem k omezování jídla u dětí s PAS oficiálně diagnostikovaná potravinová alergie, metabolická vada, přejídání se a obezita.

Homeopatie

Homeopatie Častým a mezi některými rodiči preferovaným způsobem zlepšení situace dítěte s autismem je využívání homeopatik či různých alternativních léčitelských metod. Homeopatie je založena na zkoumání pacienta a jeho symptomů jako celku, který je následně jako celek i léčen (princip totality symptomů). Velký důraz je kladen na individuální přístup ke každému pacientovi. Homeopatie je založena na 2 základních pravidlech. A to na **pravidle podobnosti** a na **pravidle infinitezimálního zředění**. Pravidlo podobnosti říká, že látka, kterou použijeme k léčbě zdravého člověka, u něj vyvolá stejné příznaky, jako má sama nemoc, k jejíž léčbě má být látka použita. Termínem infinitezimální zředění se rozumí co největší možné naředění léčivé látky v homeopatickém přípravku.

Homeopatie nepracuje s hlavní účinnou látkou, ale **pouze s informací**. Ze surovin se dostává tato informace do homeopatického přípravku během vlastní přípravy v podobě energie. Účinná látka nemusí být v homeopatiku vůbec obsažena. Díky tomu homeopatie nemá žádné kontraindikace a nevykazuje žádné vedlejší nežádoucí účinky. Homeopatika jsou k dostání v různých lékových formách. Nejčastěji jsou podávána jako granule (dostupné z: <http://www.homeopatickepripripravky.cz/>).

Terapie pevným objetím

Tato metoda zaznamenává bouřlivé reakce jak ze strany rodičů, tak i odborníků. Základním prostředkem terapie je rodičovo pevné objetí dítěte, které se chová problémově. Terapeuté propagující tuto metodu věří, že terapie pevným objetím je lékem na mnohé problémové chování zdravých dětí i dětí s autismem. Základním pravidlem je, že se dítě nesmí pustit dřív, než jeho negativní emoce odezní. Protesty dítěte postupem času slábnou a mizí. Dojde ke zklidnění a vzájemnému usmíření. Dítě v objetí zjistí (i navzdory předcházejícím negativním pocitům z autority rodičů), že je milováno a v bezpečí (Thorová, 2006).

Terapie pevným objetím

HANDLE terapie

Jde o neinvazivní metodu, která nepoužívá léky ani složité pomůcky. Byla vytvořena jako nástroj k tomu, aby rodina mohla sama doma pomoci dítěti či dospělému s postižením zlepšit funkce nervového systému a proces učení.

HANDLE terapie

HANDLE terapie staví na vědecky prokázaných faktech z řady disciplín (rehabilitace, psychologie, neurovědy, lékařství, speciální pedagogiky, výživy apod.). Vychází mimo jiné z následujících poznatků – nervový systém je schopný se neustále adaptovat; struktura mozku je tvarována vlivem stimulace, kterou mozek dostává; mozek je schopen zotavit se z chorob a úrazů.

Pro každého klienta je vytvořen **individualizovaný program** jednoduchých **pohybových aktivit**, které vyžadují pouze několik jednoduchých pomůcek. Prostřednictvím pravidelné, jemné a pozvolné stimulace tyto aktivity posilují oslabené funkce a mohou zlepšit funkce nervového systému a proces učení. Spolu s aktivitami se doporučuje i správná výživa. Hlavní zásady terapie jsou „Méně je více.“ a „Pomaleji je rychleji.“ (dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1665>).

Vzdělávací program HIGASHI

Jedná se o japonský model vzdělávání dětí s autismem. Hlavními principy jsou: učení ve skupině, rutinou k samostatnosti, učení imitací, důraz na fyzické cvičení, výtvarná a hudební výchova (Thorová, 2006).

Vzdělávací program HIGASHI

EIBI – včasný intenzivní intervenční program

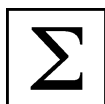
EIBI (early intensive behavioral intervention) je program, jehož podstata spočívá v tom, že všechno, co se dítě naučí, se využívá v denních situacích, přičemž rodiče vystupují v roli „agentů zobecňování“. Jedním z prvních cílů je, aby děti prožívaly úspěch a zvládaly jednoduché dovednosti. Tyto jednoduché instrukce se stávají základem vícekových pokynů. Mezi rozhodující faktory patří: vysoká intenzita (min. doba tréninku je 40 hodin týdně), pravidelná setkání, „na míru šitá intervence“, rodiče dítěte, celistvost, integrace prostředí, generalizace, aplikace vědních disciplín, kontinuální hodnocení pokroků dítěte a profesionální spolupráce (Tokovská, 2009).

EIBI – včasný intenzivní intervenční program

Eklektický a celostní přístup

Eklektický a celostní přístup

Ne každá z výše popsaných metod zaznamenává u jednotlivých osob s PAS stejný efekt. To, co u jednoho člověka s autismem funguje, u druhého selhává. V tomto případě je na místě využít tzv. eklektický přístup, přičemž nejde o novou, objevnou metodu, ale o princip, kdy se vybírá z osvědčených přístupů to, co konkrétnímu jedinci vyhovuje.



Shrnutí

Od prvního popisu autismu uběhly již desítky let. Desítky let uběhly i od vzniku prvních metod či postupů, které byly vyvinuty nejen pro práci s osobami s poruchou autistického spektra. V našich podmínkách je nejběžnější metodou strukturované učení a behaviorální terapie, která má své využití hlavně při výskytu problémového chování. Vzhledem k narušení komunikačních schopností u osob s autismem bylo třeba vytvořit i vhodný způsob komunikace, jehož realizaci umožňují techniky alternativní a augmentativní komunikace. Významný vliv na osobnost člověka s autismem mají i terapeutické postupy běžně využívané v České republice. S ohledem na specifika zdravotního stavu osob s autismem patří mezi využívané postupy farmakoterapie, homeopatie, případně různá dietetická opatření. Ne všechny intervenční metody se však těší oblibě odborné i laické veřejnosti. Jsou i takové, které narážejí na skeptický pohled rodičů i odborníků. Patří mezi ně například Son-Rise přístup, terapie pevným objetím či HANDLE přístup. Jejich využívání je v našich podmínkách doménou pouze menšiny rodin s dítětem s PAS.



Kontrolní otázky a úkoly

1. Jaká opatření fungují v péči o osoby s PAS?
2. Vyjmenujte možnosti intervence u osob s PAS.
3. Vyberte si jednu intervenční metodu, která se těší oblibě odborníků a rodičů, a jednu, která naopak vyvolává vlnu otázek či kritiky. Obě stručně charakterizujte.
4. Které expresivní terapie je možné aplikovat u osob s PAS?
5. Kterou z animoterapií byste aplikovali u dospělých osob s PAS?
6. Nakreslete piktogramy pro následující pojmy: zrakový kontakt, zákaz, hra, odpočinek.

Pojmy k zapamatování



TEACCH program
strukturované učení
behaviorální terapie
aplikovaná behaviorální analýza
alternativní a augmentativní komunikace (AAK)
piktogramy
Makaton
facilitovaná komunikace
znak do řeči
výměnný obrázkový komunikační systém (VOKS)
animoterapie
arteterapie
ergoterapie
muzikoterapie
tanečně-pohybová terapie
fyzioterapie
herní a interakční terapie
rodinná psychoterapie
farmakoterapie
Son-Rise program
dietetická opatření
homeopatie
terapie pevným objetím
HANDLE terapie
vzdělávací program HIGASHI
EIBI – včasný intenzivní intervenční program
eklektický přístup

Literatura



Seznam použité literatury

1. ČÍŽKOVÁ, K. 2005. *Tanečně-pohybová terapie*. 1. vydání. Praha: Triton. ISBN 80-7254-547-7.
2. DOČKAL, V. Ergoterapie. In: MÜLLER, O. 2007. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého. 296 s. ISBN 80-244-1075-3.
3. KLENKOVÁ, J. 2008. *Logopedie*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 80-247-1110-9.
4. ŠICKOVÁ, J. Arteterapie. In: MÜLLER, O. 2007. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého. 296 s. ISBN 80-244-1075-3.
5. THOROVÁ, K. 2006. *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál. 456 s. ISBN 80-7367-091-7.

6. TOKOVSKÁ, M. EIBI – včasný intenzivní intervenční program pro děti s diagnózou autismu. In: *Efeta otvor sa*. 2009, roč. 19, č. 1, s. 11–14. ISSN 1335-1397.

Seznam doporučené literatury

1. LAWSON, W. *Život za sklem. Osobní výpověď ženy s Aspergerovým syndromem*. Praha: Portál, 2008. 102 s. ISBN 978-80-7367-389-5.

Internetové zdroje

1. CÉVAVOVÁ, L. Základní principy Son Rise Programu [online]. 2008 [cit. 2011-05-12]. Dostupné z: <<http://www.srp-terapeut.cz/son-rise-program/zakladni-principy>>.
2. HANDLE přístup [online]. [cit. 2011-05-12]. Dostupné z: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1665>>.
3. Homeopatie – homeopatika [online]. 2009 [cit. 2011-05-12]. Dostupné z: <<http://www.homeopatickepripavky.cz/>>.
4. JŮN, H. Behaviorální terapie [online]. 2007 [cit. 2011-05-18]. Dostupné z:
5. <<http://www.autismus.cz/behavioralni-pristupy/behavioralni-terapie-2.html>>.



Průvodce studiem

Poslední kapitola studijního textu věnujícího se problematice autismu se chýlí k závěru. Věříme, že se nám podařilo zprostředkovat ji natolik srozumitelnou formou, aby vám studium nepůsobilo žádné větší potíže. Naším cílem bylo poskytnout vám přehled o jednotlivých intervenčních postupech a jejich stručnou charakteristiku, která vám umožní lepší orientaci v problematice přístupu k osobám s PAS.

6 Závěr

Zpracovat téma autismu v rámci studijní opory jsme se rozhodli zejména z toho důvodu, že teoretické penzum informací, které studenti v průběhu vysokoškolského studia dostanou, se otázek specifik a přístupů k jedincům s PAS dotýká jen okrajově.

Prostudováním prezentovaného studijního textu jste získali základní přehled, který má sloužit jako východisko a motivace pro vaše další, hlubší studium dané problematiky a jeho praktické využití při péči o osoby s PAS.

Věříme, že cíl, který jsme si stanovili v úvodu, se nám podařilo naplnit.

Svět se zbláznil

*„Tydli du a tydli dyt,
kde mám začít, odkud jít?
Vyšla jsem a ty mě vidíš,
já však nevím, co si přeješ.*

*Některým věcem rozumím,
jak bych si přála říct to všem.
Chtěla bych vše dělat stále stejně,
ale to v životě nejde.*

*Na dráze bytí je spousta zastávek,
já ale nevím, která z nich je má.*

*Vím, co mám sama ráda, co mě potěší.
Nevím však nikdy, co chtějí ostatní.*

*Někdy si myslím, že už to vím,
často však lidi zaskočím.
Vy svůj osud znáte,
ten můj je tajemstvím.“*

Wendy Lawson

Seznam použité a doporučené literatury

1. ANDREAS. *Špecifiká autizmu v období dospievania*. Bratislava: Autistické centrum Andreas, 2006. 27 s.
2. ATTWOOD, T. *Aspergerův syndrom*. Praha: Portál, 2005. 208 s. ISBN 80-7178-979-8.
3. BARTOŇOVÁ, M.; BAZALOVÁ, B.; PIPEKOVÁ, J. *Psychopedie*. Brno: Paido, 2007. 152 s. ISBN 978-80-7315-161-4.
4. CÉVAVOVÁ, L. Základní principy Son Rise Programu [online]. 2008 [cit. 2011-05-12]. Dostupné z: <<http://www.srp-terapeut.cz/son-rise-program/zakladni-principy>>.
5. ČADILOVÁ, V.; JŮN, H.; THOROVÁ, K. et al. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál, 2007. 248 s. ISBN 978-80-7367-319-2.
6. ČADILOVÁ, V.; ŽAMPACHOVÁ, Z. Edukačně-hodnotící profil dítěte s poruchou autistického spektra (do 7 let). Praha: IPPP, 2007.
7. ČADILOVÁ, V.; ŽAMPACHOVÁ, Z. *Strukturované učení*. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-475-5.
8. ČÍŽKOVÁ, K. *Tanečněpohybová) terapie*. 1. vydání. Praha: Triton, 9. 2005. ISSN 80-7254-547-7.
10. DE CLERQ, H. *Mami, je to člověk, nebo zvíře?* Praha: Portál, 2007. 104 s. ISBN 978-80-7367-235-5.
11. DOČKAL, V. Ergoterapie. In: MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. 296 s. ISBN 80-244-1075-3.
12. DOHERTY-SNEDDON, G. *Neverbální komunikace dětí*. Praha: Portál, 2005. 208 s. ISBN 80-7367-043-7.
13. DUBIN, N. *Šikana dětí s poruchami autistického spektra*. Praha: Portál, 2009. 184 s. ISBN 978-80-7367-553-0.
14. EDELSBERGER, L. et al. *Defektologický slovník*. Jinočany: H & H, 2000. 418 s. ISBN 80-86022-76-5.
15. GILLBERG, CH.; PEETERS, T. *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty*. Praha: Portál, 2008. 124 s. ISBN 978-80-7367-498-4.
16. HADDON, M. *Podivný případ se psem*. Praha: Argo, 2003. 176 s. ISBN 80-7203-541-X.
17. HANDLE přístup [online]. [cit. 2011-05-12]. Dostupné z: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1665>>.
18. HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 2008. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
19. Homeopatie – homeopatika [online] 2009. [cit. 2011-05-12]. Dostupné z: <<http://www.homeopatickepripavky.cz/>>.
20. HORT, V. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2008. 498 s. ISBN 978-80-7367-404-5.
21. HOWLIN, P. *Autismus u dospívajících a dospělých. Cesta k soběstačnosti*. Praha: Portál, 2005. 296 s. ISBN 80-7367-041-0.

22. HRDLIČKA, M. et al. Dětský autismus a jiné pervazivní poruchy: vztah autistické psychopatologie k vybraným mozkovým strukturám. *Československá psychologie*. 2002, č. 46, s. 289–298. ISSN 0009-062X.
23. HRDLIČKA, M.; KOMÁREK, V. *Dětský autismus*. Praha: Portál, 2004. 208 s. ISBN 80-7178-813-9.
24. JELÍNKOVÁ, M. *Autismus – pervazivní vývojové poruchy*. Praha: Autistik, 2010.
25. JELÍNKOVÁ, M. *Péče o dospělé klienty s autismem*. Praha: IPPP, 2001. 22 s.
26. JŮN, H. *Behaviorální terapie* [online]. 2007 [cit. 2011-05-18]. Dostupné z:
27. <<http://www.autismus.cz/behavioralni-pristupy/behavioralni-terapie-2.html>>.
28. KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: Grada, 2008. 228 s. ISBN 80-247-1110-9.
29. KOMÁREK, V. *Autismus očami dětského neurologa*. 9. 4. 2010, Praha.
30. KREJČÍŘOVÁ, D. *Pervazivní vývojové poruchy a dětské psychózy*. In: SVOBODA, M. (ed.); KREJČÍŘOVÁ, D.; VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001. 792 s. ISBN 80-7178-545-8.
31. KVASSAYOVÁ, E.; MARTIŠKOVÁ, E. J. *Autizmus a mentálna retardácia. Prístupy k autizmu*. 2000 [online]. [cit. 2009-01-15] Dostupné z: <<http://kpppbb.svsbb.sk/frames.html>>.
32. LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 978-80-247-1284-0.
33. LAWSON, W. *Život za sklem. Osobní výpověď ženy s Aspergerovým syndromem*. Praha: Portál, 2008. 104 s. ISBN 978-80-7367-389-5.
34. MARTINKOVÁ, M. *Chlapec, ktorý myslí v obrazoch a vyjadruje sa kresbou alebo Sprevádzanie malého nadaného autistu*. Bratislava: Europa, 2006. 260 s. ISBN 80-89111-21-1.
35. *Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popis klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-11-5.
36. NÉMETHOVÁ, K. *Autizmus*. 2004, Bratislava
37. NESNÍDALOVÁ, R. *Extrémní osamělost*. Praha: Portál, 1995. 165 s. ISBN 80-7178-024-3.
38. OPEKAROVÁ, O. *Autismus*. 13. 3. 2010, Praha
39. OŠLEJŠKOVÁ, H. *Autismus. Neurologické, behaviorální a kognitivní projevy*. *Neurologia pre prax*. 2006, č. 4, s. 198–200. ISSN 1335-9592.
40. PASTIERIKOVÁ, L. *Možnosti péče o osoby s poruchou autistického spektra*. In: ŘÍHOVÁ, A. et al. *Poruchy autistického spektra (Pomoc pro rodiče dětí s PAS)*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2010. 90 s. ISBN 978-80-244-2677-8.
41. PÁTÁ, P. K. *Mé dítě má autismus. Příběh pokračuje*. Praha: Grada Publishing, 2008. 120 s. ISBN 978-80-247-2683-0.

42. PREIßMANN, CH. *Život s Aspergerovým syndromem*. Praha: Portál, 2010. 136 s. ISBN 978-80-7367-688-9.
43. PRŮCHA, J.; WALTEROVÁ, E.; MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2003. 324 s. ISBN 978-80-7367-416-8.
44. RODNÝ, T. Věk otce a riziko autismu. *Psychologie Dnes*. 2006, roč. 12, č. 10, s. 6. ISSN 1212-9607.
45. SCHOPLER, E.; REICHLER, R. J.; LANSINGOVÁ, M. *Strategie a metody výuky dětí s autismem a dalšími vývojovými poruchami*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-799-1.
46. STEJSKALOVÁ, K. *Kvalita života dětí s retinopatií nedonošených*. Disertační práce. Olomouc: Pedagogická fakulta, 2010.
47. STRUNECKÁ, A. *Přemůžeme autismus?* Blansko: Miloš Palatka – ALMI, 2009. 265 s. ISBN 978-80-904344-0-0.
48. SVOBODA, M. (ed.); KREJČÍŘOVÁ, D.; VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001. 792 s. ISBN 80-7178-545-8.
49. *Syndrom savant – genialita čistých duší* [online]. [cit. 2011-06-04] Dostupné z:
50. <<http://www.eden-x.cz/topics.inc.php?topic=154&pg=1&menu=2>>.
51. ŠEDIBOVÁ, A. *ABC autistickéj triedy*. Bratislava: MERKUR Print, 1998. 96 s. ISBN 80-967754-1-3.
52. ŠICKOVÁ, J. Arteterapia. In: MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. 296 s. ISBN 80-244-1075-3.
53. TANTAM, D. *Svet sám o sebe. Príručka o špecifických problémoch a potrebách "schopnejších" osôb s autizmom alebo Aspergerovým syndrómom*. (preklad Šedibová Andrea) 1993 [online]. [cit. 2010-05-19] Dostupné z:
54. <<http://www.autizmus.info/04Odbornici/OdborniciSvetSamOSEbe.htm>>.
55. THOROVÁ, K. *Katalog posuzování míry SVP u žáků s poruchami autistického spektra* [online] 2011. [cit. 2011-06-11]. Dostupné z: <http://spc-info.upol.cz/profil/wp-content/uploads/2011/katalogy/PAS_Kat_ver_diskuse.pdf>.
56. THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál, 2006. 456 s. ISBN 80-7367-091-7.
57. THOROVÁ, K. *Rettův syndrom* [online]. 2007 [cit. 2011-05-19]. Dostupné z: <<http://www.autismus.cz/popis-poruch-autistickeho-spektra/rettuv-syndrom.html>>.
58. TOKOVSKÁ, M. EIBI – včasný intenzivní intervenční program pro děti s diagnózou autismu. In: *Efeta otvor sa*. 2009, roč. 19, č. 1, s. 11–14. ISSN 1335-1397.
59. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. 871 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
60. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000. 524 s. ISBN 80-7178-308-0.
61. VÁGNEROVÁ, M.; HADJ-MOUSSOVÁ, Z.; ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 2001. 231 s. ISBN 80-7184-929-4.

62. VAŠEK, Š. et al. *Špeciálna pedagogika. Terminologický a výkladový slovník*. Bratislava: SPN, 1996. ISBN 80-08-00864-4.
63. VAŠEK, Š. *Základy špeciálnej pedagogiky*. Bratislava: Sapia, 2006. ISBN 80-89229-02-6.
64. VERMEULEN, P. *Autistické myšlení*. Praha: Grada Publishing, 2006. 132 s. ISBN 80-247-1600-3.
65. VILÁŠKOVÁ, D. *Strukturované učení pro žáky s autismem (s přihlédnutím k postižení zraku a mentální retardaci)*. Praha: Septima, 2006. 112 s. ISBN 80-7216-233-0.
66. VOCILKA, M. *Autismus a možnosti výchovné praxe*. Praha: Septima, 1995. ISBN 80-85801-58-2.
67. VOCILKA, M. *Autismus*. Praha: Tech-Market, 1996. ISBN 80-902134-3-X.
68. VOSMIK, M.; BĚLOHLÁVKOVÁ, L. *Žáci s poruchou autistického spektra v běžné škole*. Praha: Portál, 2010. 200 s. ISBN 978-80-7367-687-2.
69. VOSMIK, M.; BĚLOHLÁVKOVÁ, L. *Žáci s poruchou autistického spektra v běžné škole. Možnosti integrace na ZŠ a SŠ*. Praha: Portál, 2010. 198 s. ISBN 978-80-7367-687-2.
70. Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.
71. Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.
72. WILLIAMS, D. *Nikdo nikde. Nevšední životopis dívky s autismem*. Praha: Portál, 2009. 232 s. ISBN 978-80-7367-600-1.
73. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.
74. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).

Profil autora studijní opory

Mgr. Lucia Pastieriková, Ph.D.

Studovala na Pedagogické fakultě Univerzity Komenského v Bratislavě obor speciální pedagogika se zaměřením na psychopedii, surdopedii, etopedii a poradenství. Na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci absolvovala postgraduální studium v oboru speciální pedagogika.

V letech 2004–2006 odborná praxe ve Speciální základní škole pro žáky s mentálním postižením v Bratislavě, od roku 2011 odborná asistentka na Ústavu speciálněpedagogických studií Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

Odborné zaměření na oblast psychopedie, vědeckovýzkumná činnost v oblasti výchovy a vzdělávání mentálně postižených žáků a žáků s autismem.

Mgr. Lucia Pastieriková, Ph.D.
Poruchy autistického spektra

Výkonný redaktor Mgr. Emílie Petříková
Odpovědný redaktor Bc. Vendula Drozdová
Technické zpracování Mgr. Ivana Horváthová
Návrh a grafické zpracování obálky Jiří K. Jurečka

Publikace ve vydavatelství neprošla redakční jazykovou úpravou

Vydala a vytiskla Univerzita Palackého v Olomouci
Křížkovského 8, 771 47 Olomouc
www.vydavatelstvi.upol.cz
e-mail: vup@upol.cz
elektronický obchod: www.e-shop.upol.cz

1. vydání

Olomouc 2013

Ediční řada – Studijní opory

VUP 2013/587

ISBN 978-80-244-3732-3

Neprodejná publikace