**Poruchy autistického spektra**

**(průvodce studiem)**

**Mgr. Monika Smolíková**

**Úvod**

Studijní text Poruchy autistického spektra je určen pro přípravu budoucích pedagogických pracovníků a přináší základní vhled do problematiky poruch autistického spektra. Text je formován jako studijní opora pro všechny, kteří se setkají ve školním prostředí s dětmi, žáky a studenty s poruchou autistického spektra.

Cílem je seznámit studenty se základními okruhy a otázkami, se kterými mohou být konfrontováni v praxi. Po prostudování studijního materiálu by měl čtenář být schopen charakterizovat jedince s poruchou autistického spektra, definovat pojem porucha autistického spektra včetně popisu základních projevů, odlišit charakter deficitů od jiného postižení a orientovat se v základních diagnostických kritériích. Zároveň získá přehled o možnostech výchovy a vzdělávání u jedinců s poruchou autistického spektra.

Rozsah studijní opory neumožňuje hlubší vhled do dané problematiky, proto je čtenáři poskytnuta možnost rozšířit si znalosti prostřednictvím odkazů na doporučenou literaturu, případně jiné zdroje.

1. **Charakteristika poruchy autistického spektra (PAS)**

**Cíle**

Cílem kapitoly je obeznámit studenty s charakteristikou autismu, s terminologickým vymezením a základním kontextem vnímání autismu v historii. Dílčím cílem je také zvýšit povědomí o dopadu jednotlivých deficitů na běžné životní situace.

**Po prostudování této kapitoly budete schopni:**

* charakterizovat pojem autismus a osobu s autismem;
* orientovat se v základních termínech a definovat jednotlivé projevy autismu

**Průvodce studiem**

Pojem autismus se poprvé objevil již v roce 1911, abychom lépe pochopili souvislosti, je nutné informace uváděné v textu vnímat v historickém kontextu. K ověření porozumění textu naleznete na konci kapitoly kontrolní otázky. V případě zájmu můžete rozšířit své poznatky studiem doporučené literatury.

* 1. **Základní terminologie**

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.

Pojem autismus je odvozen z řeckého slova *autos*, které znamená „*sám*“, a přípony *- ismus*, která označuje stav, směr nebo orientaci (Vocilka, 1996). Jak bylo již výše zmíněno, daný výraz poprvé použil v roce 1911 švýcarský psychiatr **Eugen Bleuler**. V jeho pojetí představoval autismus odpoutání od reality spolu s relativní nebo absolutní převahou vnitřního života.

*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 (Thorová, 2016). Běžně se však můžeme setkat i s pojmem *poruchy autistického spektra* (PAS) sloužícím k popisu celé skupiny poruch (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007). Oba termíny je proto nutné vnímat jako zastřešující kategorii pro jednotlivé kategorie (viz kapitola 2.).

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*). Přibližně ve stejné době publikuje svou práci o autistické psychopatii i vídeňský pediatr **Hans Asperger** (*Autističtí psychopati v dětství* – *Autistische Psychopathen im Kindersalter*). (Attwood, 2005). Hans Asperger se věnoval dětem s mírnějšími formami poruchy. Syndrom považoval za poruchu osobnosti. Pojem *autistická psychopatie* byl později nahrazen termínem *Aspergerův syndrom*, který použila poprvé v roce 1981 britská lékařka **Lorna Wingová** (Thorová, 2016).

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).

* 1. **Etiopatogeneze postižení**

Konkrétní, specifická příčina autismu není doposud známa. Navzdory mnohým výzkumům zabývajícím se možnými příčinami jeho vzniku doposud nemůžeme mluvit o jednoznačné etiologii. V odborné literatuře je uváděno rozlišné vnímání vlivu prostředí a biologických faktorů, v některých případech dokonce v poměru 50:50, v současné době je již prokazatelné, že biologické faktory ovlivňují jedince až v 74 – 89% případů.

Vliv prostředí považoval za příčinu autismu i Nikolaas Tinbergen. Podle jeho modelu jsou osoby s autismem oběťmi **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.

Celá řada neurochemických studií mozku prokázala, že existuje několik variant mozkových dysfunkcí, které vedou k úplnému rozvinutí autistického syndromu. Tento neurobiologický model a analýza abnormalit v mozku mohou být podle Gillberga a Peeterse (2008) prokázány pomocí CAT-scanu (computed axial tomography) nebo MRI-scanu (magnetic resonance imaging). Dle jejich názoru jsou nervové buňky v mozku osob s autismem „více izolované“ než v mozku zdravého jedince, což hraje důležitou roli při vývoji sociálních a komunikačních interakcí, deficity se objevují i u koordinace obou mozkových hemisfér (Jelínková, 2010).

Existuje předpoklad, že jistou roli při vzniku poruch autistického spektra sehrávají **genetické predispozice** (Folstein, 2003; IMGSAC, 2001; Muhle, 2004, in Thorová, 2016). Tento fakt byl prokázán mnohými studiemi rodin a dvojčat, ale také molekulárními genetickými studiemi, které argumentují právě genetickým základem autismu (Preißmann, 2010; Gillberg, Peeters, 2008).

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. 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 na to, že dalším faktorem, který může mív livn na vznik poruch autistického spektra je věk otce. Vyšší riziko se objevuje již u mužů od 36 let věku (Thorová, 2016). Je nutné poukázat také na tzv. „spouštěcí mechanismy poruch autistického spektra“, o kterých se zmiňuje Hoffman (Thorová, 2016). 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.).

* 1. **Symptomatologie postižení**

Vzhledem k existenci široké škály různých kombinací symptomů můžeme sledovat jistý posun v současných diagnostických systémech užívaných ve světě (DSM-V, MKN-10).

Obecně vzato se všichni shodují na tom, že pro stanovení diagnózy je nutná přítomnost deficitů v oblasti **reciproční sociální interakce**, narušení **reciproční komunikace** a deficity v oblasti **imaginace**, která se projevuje omezeným repertoárem chování. Rozdíl mezi přístupy v hlavních „diagnostických systémech“ se projevuje zejména v tom, že MKN-10 označuje tyto tři skupiny specifických symptomů, pakliže se objevují společně, jednoduše jako „triádu“. V DSM-V však došlo ke sloučení deficitů v oblasti sociální komunikace a sociální interakce do jedné kategorie. Za těchto okolností pak hovoříme o tzv. „dyádě“, která obsahuje deficity v oblasti sociální komunikace a projevy omezených, repetitivních vzorců chování, zájmů a aktivit. S ohledem na naše odborné prostředí sledujeme inklinaci k vymezení MKN-10, proto uvádíme pro přehlednost „triádu symptomatického postižení“.

* + 1. **Sociální interakce a deficity v sociálním chování**

Podle Thorové (2016) se hloubka poruchy sociální interakce u jednotlivých dětí s PAS výrazně liší, však můžeme s jistotou říci, že sociální intelekt je ve srovnání s mentálními schopnostmi jedince vždy v hlubokém deficitu. Lorna Wingová (Thorová, 2016) uvádí 4 typy sociální interakce u dětí, typ **osamělý**, **pasivní**, **aktivní - zvláštní**, **formální – afektovaný**. K těmto Thorová přidává na základě zkušeností z praxe ještě pátý typ **smíšený – zvláštní**. Ve zjednodušeném měřítku se však můžeme u jedinců s PAS hovořit o **dvou extrémních pólech**: *„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, nectí vůbec sociální normu, dotýká se lidí, upřeně jim hledí do tváře a hodiny jim dokáže vyprávět o věcech, které je nezajímají nebo obtěžují.“* (ibid., 2016, s. 63)

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“*.

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 (Dubin, 2009).

Další oblastí, ve které se velmi často objevují deficity je emoční rovina u jedinců s PAS. Deficity se často projevují v nedostatečném vyhodnocení dopadu svého chování či reakce. Velmi úzce tato skutečnost souvisí s tím, že jedinec nerozumí svým vlastním pocitům, proto nedokáže identifikovat a vhodně reagovat na pocity druhých. I přesto, že si osoby s PAS uvědomují, že úsměv, dotek, gesta, zrakový kontakt hraje důležitou roli v sociálním životě, mají velké obtíže s jejich interpretací a aplikací (Thorová, 2016).

Podle Vermeulena (Thorová, 2016) jsou osoby s autismem „konkrétní“ lidé, to znamená, že jsou odkázáni na konkrétní pozorování jednotlivých situací. Oblast „neviditelná“, tj. vztahy a koherence, nepsaná pravidla, abstraktní pojmy a úsudky vyžadují hlubší analýzu jevů a velkou míru intuice, a právě v této oblasti se často setkáme limity v samotném jádru postižení. Sociální život se stává velmi složitým, protože se neřídí psanými pravidly a neprobíhají podle schémat či šablon.

* + 1. **Deficity v oblasti komunikace**

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.

Asi polovina dětí s PAS si nikdy neosvojí řeč na takové úrovni, aby sloužila ke komunikačnímu záměru. 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, 2016). 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.

U dětí schopných verbální produkce můžeme zaznamenat některé projevy typické pro osoby s PAS – např. **echolálie**, **neologismy**, **idiosynkrazie**. Můžeme sledovat narušení v oblasti **pragmatické roviny komunikace, ale i** lexikálně-sémantické, foneticko-fonologické i gramaticko-syntaktické, za těchto okolností pak **hovoříme o narušení celé struktury jazykových schopností.**

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. Jednotlivé deficity, nezřídka ve vzájemné interakci, vedou k narušení mezilidské komunikaci na funkční úrovni a společensky jsou tyto deficity společensky méně akceptovatelné.

* + 1. **Omezené, repetitivní vzorce chování**

Některé děti se věnují jen nejjednoduššímu, nefunkčnímu, manipulativnímu zacházení s předměty – roztáčení, houpání, mávání, házení, bouchání, přesýpání 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 **vestibulokochleární stimulaci** (záklony, kývání, točení se do kolečka) nebo k **dotekové** **autostimulaci** (bouchání se do hlavy, do hrudníku atp.), odlišujícím faktorem od běžné populace je jejich stereotypie a četnost opakování (repetitivnost) (Thorová, 2016).

U osob s autismem se často objevují stereotypy v oblasti zájmů, sbírání různých faktů, předmětů či jejich částí (Jelínková, 2010).

* + 1. **Nespecifické symptomy**

V souvislosti poruchou autistického spektra uvádějí odborníci další, tzv. nespecifické symptomy, jedná se nejčastěji o (Thorová, 2016; Vosmik, Bělohlávková, 2010):

* narušení motorické koordinace (narušení celkové úrovně motoriky, stereotypní a bizardní pohyby, sebezraňující chování, motorické tiky aj.);
* odlišnosti ve zpracování smyslových podnětů (hypersenzitivita, hyposenzitivita);
* emoční reaktivita (výbuchy zlosti, úzkost a deprese);
* adaptabilita;
* problémy v chování (problémy se spánkem a jídlem, se sexuálním chováním)

**Shrnutí**

Autismus představuje pervazivní (všepronikající) vývojovou poruchu, která se projevuje kvalitativním narušením komunikace, problémy v oblasti sociálního chování a představivosti. Kromě těchto specifických projevů je však celá řada projevů nespecifických.

**Kontrolní otázky a úkoly**

* Vysvětlete pojmy porucha autistického spektra a pervazivní vývojová porucha.
* Charakterizujte osobu s autismem (triáda symptomů a nespecifické projevy).

**Seznam doporučené literatury**

* ATTWOOD, T. 2005. *Aspergerův syndrom.* Praha: Portál. 208 s. ISBN 80-7178-979-8.
* HRDLIČKA, M.; KOMÁREK, V. 2004. *Dětský autismus.* Praha: Portál. 208 s. ISBN 80-7178-813-9.
* JELÍNKOVÁ, M. 2010. *Autismus – pervazivní vývojové poruchy*. Praha: Autistik.
* PREIßMANN, CH. 2010. *Život s Aspergerovým syndromem*. Praha: Portál. 136 s. ISBN 978-80-7367-688-9.
* THOROVÁ, K. 2016. *Poruchy autistického spektra*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0768-9.
* VERMEULEN, P. 2006. *Autistické myšlení.* Praha: Grada. 132 s. ISBN 80-247-1600-3.
* VOSMIK, M.; BĚLOHLÁVKOVÁ, L. 2010. *Žáci s poruchou autistického spektra v běžné škole.* Praha: Portál. 200 s. ISBN 978-80-7367-687-2.

1. **Klasifikace poruch autistického spektra**

**Cíle**

Cílem následující kapitoly je poskytnout čtenářům základní informace o jednotlivých druzích pervazivních vývojových poruch. K označení této širší skupiny poruch se kromě termínu pervazivní vývojové poruchy používají také pojmy jako poruchy autistického spektra, autistické kontinuum nebo autistická škála.

**Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:**

* vyjmenovat a charakterizovat jednotlivé druhy pervazivních vývojových poruch;
* umět rozlišit vysoce, středně a nízko funkční autismus.

**Průvodce studiem**

Existuje celé spektrum poruch, které mají mnohé charakteristiky shodné s klíčovým syndromem vymezeným na v minulém století Kannerem. 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:

* 1. **Dětský autismus (F84.0)**

Dětský 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. (Nesnídalová, 1995). Podle Thorové (2016) 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**. Jak ukazují dlouholetá sledování (Hrdlička in Hort et al., 2008), nejčastější komorbiditou u dětského autismu je **mentální retardace**, a to přibližně ve dvou třetináchpřípadů. Vzhledem k tomu jsou tito jedinci i v dospělém věku trvale závislí na péči rodiny nebo institucí.

* 1. **Atypický autismus (F84.1)**

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 (2016) je atypický autismus zastřešujícím termínem pro tu kategorii osob, pro niž by se hodil diagnostický výrok „autistické rysy“ či „autistické sklony“. Volkmar (in Čadilová, Jůn, Thorová, 2007) uvádí, že v případě atypického autismu bývají sociální schopnosti, ve srovnání s klasickým autismem, narušeny méně. V případě atypického autismu se může jednat o lepší sociální či komunikační kompetence nebo o absenci stereotypních zájmů. Z hlediska náročnosti péče a potřeby intervence se atypický autismus neliší od dětského autismu.

* 1. **Rettův syndrom (F84.2)**

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. 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, 2016). 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, až u 75 % dívek se rozvíjí epilepsie. Prognóza je velmi nepříznivá.

* 1. **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, ztrácení funkce) může být náhlá, nebo může trvat několik měsíců, následně je vystřídána obdobím **stagnace**. 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. Prognóza nebývá obvykle příznivá (Thorová, 2016).

* 1. **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/anebo sebepoškozování. V adolescenci může být hyperaktivita vystřídána hypoaktivitou, což u skutečné hyperkinetické poruchy není obvyklé. V rámci této poruchy se nevyskytuje sociální narušení autistického typu (Hrdlička in Hort et al., 2008).

* 1. **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 (Krejčířová, 2001). Duševní vývoj je narušený, podobně jako u dětského autismu, v oblasti sociální interakce, komunikace a představivosti. Typickým rysem tohoto syndromu je nerovnoměrné rozložení schopností (Vosmik, Bělohlávková, 2010). 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. 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, nepřirozené pozice (in Attwood, 2005).

Navzdory tomu, že se intelekt u lidí s AS nachází v pásmu normy, není zaručeným prediktorem samostatného života v dospělosti (Thorová, 2016).

* 1. **Jiné pervazivní vývojové poruchy (F84.8)**

Tato diagnostická kategorie není v Evropě příliš často využívána. Její diagnostická kritéria nejsou přesně definována. Thorová (2016) uvádí dva typy dětí, které zařazujeme do této kategorie. První skupinu tvoří děti, které mají těžší formu poruchy aktivity a pozornosti, vývojovou dysfázii, 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 nespecifickými 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.

* 1. **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.

**Pro zájemce**

DSM-V s ohledem na terminologickou nejednotnost a v některých ohledech vágní a neostré hranice v diagnostice u jednotlivých kategorií sloučila všechny poruchy pod jednotný název *porucha autistického spektra* (299.0). Americká psychiatrická asociace však do jisté míry specifikuje jednotlivé kategorie poruch autistického spektra do tří kategorií podle míry podpory, která je jim poskytována.

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** – 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. Z celkového počtu dětí s PAS je udávána incidence vysoce funkčního autismu asi 11–34 %. Dítě se tak může vzdělávat i na běžné škole formou integrace.
* **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** – 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).

**Kontrolní** **otázky a** **úkoly**

* Vyjmenujte dílčí diagnostické kategorie, které spadají do pervazivních vývojových poruch.
* Charakterizujte blíže dětský autismus, Aspergerův syndrom a atypický autismus.
* Jaký je rozdíl mezi vysoce, středně a nízko funkčním autismem?

**Seznam doporučené literatury**

* ATTWOOD, T., 2005. *Aspergerův syndrom.* Praha: Portál. 208 s. ISBN 80-7178-979-8.
* BARTOŇOVÁ, M.; BAZALOVÁ, B.; PIPEKOVÁ, J., 2007. *Psychopedie.* Brno: Paido. 152 s. ISBN 978-80-7315-161-4.
* HORT, V. et al., 2008. *Dětská a adolescentní psychiatrie.* Praha: Portál. 498 s. ISBN 978-80-7367-404-5.
* 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.
* THOROVÁ, K., 2016. *Poruchy autistického spektra*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0768-9.
* VOSMIK, M.; BĚLOHLÁVKOVÁ, L., 2010. *Žáci s poruchou autistického spektra v běžné škole.* Praha: Portál. 200 s. ISBN 978-80-7367-687-2.
* VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál*,* 2008. 871 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

1. **Možnosti intervence**

**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.

**Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:**

* popsat opatření, která mohou být předpokladem úspěšné intervence;
* stručně charakterizovat jednotlivé terapie a postupy, které jsou dostupné v našich podmínkách.

**Průvodce studiem**

Poslední kapitola se věnuje nejčastěji užívaným intervenčním metodám v našem prostředí. Výčet není kompletní, nechceme některé metody prosazovat nebo podceňovat, uvádíme proto pouze vybrané postupy, se kterými se v praxi nejčastěji setkáváme

* 1. **Vybrané metody intervence a opatření u jedinců s PAS**

Specifické postižení, jakým autismus dozajista je, si vyžaduje specifický přístup. 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. 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**.

U osob s autismem se v tomto kontextu osvědčil **TEACCH program** (treatment and education of autistic and communicion handicapped children – péče a vzdělávání dětí s autismem a dětí s problémy v komunikaci (Schopler, Reichler, Lansingová, 1998).

TEACCH program je postaven na třech pilířích:

a. individualizace;

b. strukturalizace (např. času, prostoru);

c. vizualizace (např. pracovní – procesuální schémata).

V České republice je metodika programu TEACCH známa a využívána pod pojmem **strukturované učení**. Často je TEACCH program doplňován **systémem AAK** (alternativní a augmentativní komunikace), jejíž cílem je umožnit jedincům s narušenou komunikační schopností dorozumívání, vyjádření svých potřeb, pocitů, žádostí, získání pozornosti, vyjádření souhlasu a posílení sociálních vztahů (nejčastěji se využívá piktogramů, systému VOKS, Makatonu, znaku do řeči či facilitované komunikace (Thorová, 2016).

**Behaviorální terapie** vycházejí z teorie učení a předpokládají, že určité chování je spouštěno faktory, které mu předcházejí, a udržováno faktory, které po něm následují (Thorová, 2016).

U dětí s autismem se používá více terapeutických směrů, které vycházejí z behaviorální terapie. 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. Postup je pro lepší názornost rozdělen do pěti kroků: *1. behaviorální a funkční analýza chování, lékařské posouzení* (zjišťujeme, zda dítě potřebuje terapii, a jakou), *2. změna prostředí* (případně volba nového prostředí), *3. analýza činností*(zjištění míry a intenzity problémového chování), *4. Odměny*(analýza, aplikace), *5. Tresty*(např. zákaz oblíbené činnosti)(Jůn, 2007).

**Animoterapie** představuje terapii prostřednictvím zvířat, jako jsou např. koně (hippoterapie), psi (canisterapie), kočky (felinoterapie). Hojně využívaní jsou i hlodavci (morčata, králíci, myši, křečci), ale je možné využít i rybičky, želvy či hady. **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.) (Šicková, 2007). **Ergoterapie** se zaměřuje na dosazení maximální možné soběstačnosti a nezávislosti ve čtyřech základních oblastech – cílená na postiženou oblast, na výchovu k soběstačnosti, předpracovní rehabilitaci a k naplnění volného času (příp. ke zlepšení celkové kondice) (Dočkal, 2007). 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.). Muzikoterapie má také svá rizika či kontraindikace. Právě u osob s autismem může hudba způsobovat negativní reakce. **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. Cílem terapie je pomoci klientovi v lepší orientaci ve vztazích, ať už k okolí, nebo k sobě samému (Čížková, 2005). 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, 2016). **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., 2016). **Rodinná terapie** představuje speciální léčebný přístup, který se pokouší navodit prospěšné změny v narušené rodinné skupině, a to psychologickými metodami. Při léčbě autismu byla vyzkoušena řada nejrůznějších léků (**farmakoterapie**), 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. **Son-Rise program** 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. **Dietetická opatření** - v České republice patří mezi nejznámější dieta, která z potravy odstraňuje lepek (škrob obsažený v pečivu) a kasein (protein obsažený v mléce)(Thorová, 2016). 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. Terapie pevným obětím je založeno na rodičově pevném 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. Dítě v objetí zjistí (i navzdory předcházejícím negativním pocitům z autority rodičů), že je milováno a v bezpečí (Thorová, 2016).

**Shrnutí**

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.

**Kontrolní otázky a úkoly**

* Na jakých pilířích stojí TEACCH program?
* Vyjmenujte možnosti intervence u osob s PAS.

**Seznam doporučené literatury**

* 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.
* ŠEDIBOVÁ, A. *ABC autistickej triedy.* Bratislava: MERKUR Print, 1998. 96 s. ISBN 80-967754-1-3.
* 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.
* VOCILKA, M. *Autismus a možnosti výchovné praxe.* Praha: Septima, 1995. 84 s. ISBN 80-85801-58-2.
* 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.

**Seznam použité a doporučené literatury:**

1. ATTWOOD, T. *Aspergerův syndrom.* Praha: Portál, 2005. 208 s. ISBN 80-7178-979-8.
2. BARTOŇOVÁ, M.; BAZALOVÁ, B.; PIPEKOVÁ, J. *Psychopedie.* Brno: Paido, 2007. 152 s. ISBN 978-80-7315-161-4.
3. 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.
4. ČÍŽKOVÁ, K. *Tanečněpohybová terapie.* 1. vydání. Praha: Triton, 2005. ISNN 80-7254-547-7.
5. DOČKAL, V. Ergoterapie. In: MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice.* Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. 296 s. ISBN 80-244-1075-3.
6. DUBIN, N. *Šikana dětí s poruchami autistického spektra*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-553-0.
7. GILLBERG, CH.; PEETERS, T. *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty.* Praha: Portál, 2008. 124 s. ISBN 978-80-7367-498-4.
8. HORT, V. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie.* Praha: Portál, 2008. 498 s. ISBN 978-80-7367-404-5.
9. HRDLIČKA, M.; KOMÁREK, V. *Dětský autismus.* Praha: Portál, 2004. 208 s. ISBN 80-7178-813-9.
10. JELÍNKOVÁ, M. *Autismus – pervazivní vývojové poruchy*. Praha: Autistik, 2010.
11. 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.
12. 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.
13. NESNÍDALOVÁ, R. *Extrémní osamělost.* Praha: Portál, 1995. 165 s. ISBN 80-7178-024-3.
14. PREIßMANN, CH. *Život s Aspergerovým syndromem*. Praha: Portál, 2010. 136 s. ISBN 978-80-7367-688-9.
15. RABOCH, J.; HRDLIČKA, M.; MOHR, P.; PAVLOVSKÝ, P.; PTÁČEK, R. ed. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.
16. RODNÝ, T. *Věk otce a riziko autismu*. Psychologie Dnes. 2006, roč. 12, č. 10, s. 6. ISSN 1212-9607.
17. 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.
18. STEJSKALOVÁ, K. *Kvalita života dětí s retinopatií nedonošených*. Disertační práce. Olomouc: Pedagogická fakulta, 2010.
19. ŠICKOVÁ, J. Arteterapia. In: MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice.* Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. 296 s. ISBN 80-244-1075-3.
20. ŠEDIBOVÁ, A. *ABC autistickej triedy.* Bratislava: MERKUR Print, 1998. 96 s. ISBN 80-967754-1-3.
21. THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0768-9.
22. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál*,* 2008. 871 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
23. VERMEULEN, P. *Autistické myšlení.* Praha: Grada, 2006. 132 s. ISBN 80-247-1600-3.
24. 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.
25. VOCILKA, M. *Autismus.* Praha: Tech-Market, 1996. ISBN 80-902134-3-X.
26. VOSMIK, M.; BĚLOHLÁVKOVÁ, L. *Žáci s poruchou autistického spektra v běžné škole.* Praha: Portál, 2010. 200 s. ISBN 978-80-7367-687-2.