UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Anna Hladilová

Dítě s Aspergerovým syndromem v základní škole

Olomouc 2016 Vedoucí práce: Mgr. Adéla Hanáková, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a že jsem použila pouze prameny uvedené v seznamu zdrojů.

V Olomouci dne . . . .

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní Mgr. Adéle Hanákové, Ph.D. za metodickou pomoc, cenné rady a připomínky, které mi poskytla při zpracovávání této diplomové práce.

Obsah

Úvod 6
1 Aspergerův syndrom 7
1.1 Historie 7
1.2 Terminologie a klasifikace 9
1.3 Etiologie 12
1.3.1 Dědičnost 12
1.3.2 Těhotenské a porodní komplikace 13
1.3.3 Nevhodná výchova 14
1.4 Symptomatologie 14
1.4.1 Nestandardní sociální chování 15
1.4.2 Problémy s rozpoznáváním a vyjadřováním emocí 16
1.4.3 Abnormální řeč a komunikace 16
1.4.4 Vyhraněné zájmy a rituály 18
1.4.5 Motorická neobratnost 19
1.4.6 Citlivost smyslů 20
1.5 Neuropsychologie 20
1.5.1 Teorie mysli 21
1.5.2 Teorie deficitu exekutivních funkcí 22
1.5.3 Teorie oslabené centrální koherence 23
1.5.4 Závěrečné zhodnocení 24
1.6 Diagnostika 25
1.6.1 Šest cest k diagnóze 26
1.6.2 Diagnostická kritéria 28
1.6.3 Diferenciální diagnostika 28
2 Výchova a vzdělávání dítěte s Aspergerovým syndromem 30
2.1 Výchovné a vzdělávací intervence 30
2.2 Včasná intervence 33
2.3 Předškolní vzdělávání 33
2.4 Základní škola 35
2.4.1 Odklad školní docházky 35
2.4.2 Integrovat, nebo ne? 37
2.4.3 Podmínky a principy vzdělávání v běžné škole 38
2.4.4 Individuální vzdělávací plán 40
2.4.5 Osobnost učitele a jeho příprava 43

2.4.6 Asistent pedagoga 44
2.4.7 Výchovný poradce 46
2.5 Střední škola 47
2.6 Vysoká škola 48
3 Praktická část 50
3.1 Cíl a předpoklady výzkumu 50
3.2 Výzkumné metody 50
3.3 Průběh výzkumu 51
3.4 Popis zkoumaného vzorku 52
3.5 Analýza a vyhodnocení výzkumu 53
3.6 Statistické testování hypotézy 63
3.7 Diskuse 66
Závěr 69
Seznam použitých zdrojů 71
Seznam tabulek 73
Seznam grafů 74
Seznam příloh 75

Úvod

Aspergerův syndrom (dále jen AS) je pojem, který byl ještě před několika lety znám jen úzkému okruhu odborníků. Dnes se naopak zdá, že jej můžeme slyšet téměř všude. Jedinci s touto poruchou se objevují v televizních seriálech a celovečerních filmech, o problematice tohoto syndromu vychází řada odborných i populárních publikací a na mnoha školách se děti s AS vzdělávají spolu s ostatními dětmi. Otázky, co to vlastně AS je, jak jedinec s AS vnímá a prožívá svět a jakým způsobem by se měl vychovávat a vzdělávat, v nás vyvolaly zájem, proto jsme se rozhodli zpracovat diplomovou práci na toto téma.

Předkládaná diplomová práce je rozdělena do tří částí. Cílem první části bude pojednat o obecných tématech spojených s AS. Nejprve se krátce podíváme do historie AS, poté přejdeme k vymezení a klasifikaci tohoto syndromu a následně budeme pátrat po jeho příčinách, typických projevech a jeho neuropsychologii. Závěr první části zasvětíme diagnostice AS. Hlavními oporami při zpracovávání první části práce nám byly publikace *Aspergerův syndrom* (2005) od Tonyho Attwooda a *Poruchy autistického spektra* (2006) od Kateřiny Thorové.

Cílem druhé části práce bude zmapování problematiky výchovy a vzdělávání jedinců s AS. Nejprve se zaměříme na všeobecné výchovné a vzdělávací intervence a následně podrobněji popíšeme metodiku tzv. strukturovaného učení. Poté se zaměříme na specifika jednotlivých vzdělávacích stupňů, přičemž největší prostor budeme věnovat problematice základního školního vzdělávání. Publikacemi, ze kterých jsme při zpracovávání druhé části práce čerpali nejvíce, byly *Strukturované učení* (2008) od autorek Věry Čadilové a Zuzany Žampachové a *Žáci s poruchou autistického spektra v běžné škole* (2010) od Miroslava Vosmika a Lucie Bělohlávkové.

Třetí část diplomové práce je praktickou částí. Bude věnována celorepublikovému dotazníkovému šetření, které jsme na téma AS realizovali. Cílem této části práce bude zjistit, nakolik jsou pedagogové běžných základních škol seznámeni s problematikou AS, zda jsou nakloněni integraci jedinců s AS do prostředí běžných škol a zda znají základní podmínky a principy, které by vzdělávání jedinců s AS mělo splňovat. Na základě dotazníkového šetření rovněž zformulujeme hypotézu, kterou budeme pomocí statistických metod ověřovat. Hlavní oporou při zpracovávání praktické části práce nám byla monografie *Metody pedagogického výzkumu* (2007) od Miroslava Chrásky.

1 Aspergerův syndrom

První část diplomové práce je vyhrazena obecným otázkám spojeným s AS. Nejprve se budeme zabývat historií AS, poté jeho vymezením a zasazením do klasifikačního systému pervazivních vývojových poruch. Dále budeme pojednávat o etiologii AS, jeho specifických symptomech a jeho neuropsychologii. Poslední oddíl první části budeme věnovat problematice diagnostiky této poruchy.

1.1 Historie

Historie AS sahá do čtyřicátých let 20. století. V té době dva vědci nezávisle na sobě popsali dětskou poruchu, jíž dali název „autismus“ (Preißmann, 2010).

Prvním z nich byl americký psychiatr rakouského původu Leo Kanner. Kanner ve své práci *Autistické poruchy afektivního kontaktu* z roku 1943 popsal jedenáct chlapců ve věku dva až osm let, kteří se vyznačovali neschopností vytvářet vztahy s lidmi, narušenou řečí, abnormální reakcí na některé běžné podněty a nutkavou touhou po neměnnosti, přičemž některé schopnosti, jako například mechanická paměť, zůstaly dobře zachovány. Tuto poruchu Kanner nazval „časný infantilní autismus“ („early infantile autism“) (Thorová, 2006).

Druhým průkopníkem výzkumu autismu byl rakouský dětský lékař Hans Asperger. Asperger ve svém článku *Autistická psychopatie u dětí* z roku 1944 popsal čtyři chlapce, kteří se vymykali svým vrstevníkům, a to v oblasti sociálních, jazykových a kognitivních dovedností. Asperger si všiml především specifické sociální interakce, odlišného způsobu vyjadřování a myšlení a nedostatečné neverbální komunikace. Tento stav označil za „autistickou psychopatii“ („autistische Psychopathen“) a považoval jej za určitý druh poruchy osobnosti. Klíčovým symptomem přitom byla sociální dysfunkce. U dětí se objevovaly potíže v sociálním chování, zvláštnosti v komunikaci při bohatě rozvinuté řeči, vysoká míra intelektu, motorická neobratnost a ulpívavé omezené zájmy. Aspergerova práce se však nesetkala s téměř žádným ohlasem a zapadla (Thorová, 2007; Attwood, 2005).

Asperger se nicméně nevzdal. Své diagnostiky se držel i nadále a na jejím základě léčil děti trpící autistickou psychopatií. Dokonce pro ně založil specializované oddělení, kde probíhaly první vzdělávací programy, zaměřené na řečovou terapii, přehrávání a nácvik rolí a

tělesné cvičení. Asperger zemřel v roce 1980, což bylo jen několik málo let před tím, než si syndrom nesoucí jeho jméno získal světové uznání (Attwood, 2005).

Kanner i Asperger uváděli některé totožné rysy. Kanner však popsal vážnější příznaky autismu, zatímco Asperger mírnější. Kannerova práce tak byla následně spojována s autismem, což znamená, že důraz byl kladen na vážné poruchy řeči a absenci reakcí ve vztahu k druhým lidem, tedy na nekomunikující dítě, jež si žije ve vlastním světě (Attwood, 2005).

V roce 1981 britská psychiatrička Lorna Wingová publikovala článek s názvem *Aspergerův syndrom: klinický popis*. Článek pojednával o širokém a různorodém spektru příznaků, které se váží k termínu autismus. Wingová upozornila na to, že některé děti sice mají klasické příznaky autismu, ale rozvine se u nich řeč na vysoké úrovni a mají zájem o kontakt s druhými lidmi. Na jedné straně tedy nesplňují kritéria Kannerova autismu, na straně druhé ale mají velké problémy se začleněním se do skupiny vrstevníků a s komunikací. Jejich příznaky tedy více odpovídají těm, které uvedl Hans Asperger. Protože bylo označení „psychopat“ spojováno s disociálním chováním a mělo často pejorativní význam, Wingová nahradila termín „autistická psychopatie“ termínem „Aspergerův syndrom“ (Attwood, 2005; Preißmann, 2010).

Wingová rovněž na základě své klinické praxe vymezila příznaky AS, a to následujícím způsobem (Thorová, 2007):

- nedostatek empatie;
- naivní, nepřiměřená, jednostranná interakce;
- malá nebo žádná schopnost dosáhnout přátelství;
- pedantská, opakující se řeč;
- chudá neverbální komunikace;
- ulpívavý zájem o určité předměty;
- neobratné pohyby, problematická motorická koordinace a zvláštní držení těla.

V roce 1992 začlenila Světová zdravotnická organizace (WHO) AS do své Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů pod označením F84.5.

AS se tak stal mezinárodně uznávanou diagnostickou kategorií, jež náleží do skupiny tzv. pervazivních vývojových poruch jakožto součást poruch autistického spektra (dále jen PAS).

1.2 Terminologie a klasifikace

Mezinárodní klasifikace nemocí v 10. revizi (dále jen MKN-10) řadí AS mezi tzv. pervazivní vývojové poruchy. „Pervazivní“ znamená „všeprostupující, všepronikající“, pervazivní vývojové poruchy jsou tedy poruchy, které mění celou osobnostní a psychosociální úroveň dítěte, což mu znemožňuje úspěšně se začlenit do společnosti. Pervazivní vývojové poruchy se objevují téměř vždy během prvních pěti let věku dítěte (Hartl, Hartlová, 2010).

Podle MKN-10 je skupina pervazivních vývojových poruch charakterizována *„kvalitativním porušením reciproční sociální interakce na úrovni komunikace a omezeným, stereotypním a opakujícím se souborem zájmů a činností. Tyto kvalitativní abnormality jsou pervazivním rysem chování jedince v každé situaci.“* (www.uzis.cz)

Kromě AS do pervazivních vývojových poruch podle MKN-10 spadá:

- Dětský autismus (F84.0),
- Atypický autismus (F84.1),
- Rettův syndrom (F84.2),
- Jiná dětská dezintegrační porucha (F84.3),
- Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84.4),
- Jiné pervazivní vývojové poruchy (F84.8),
- Pervazivní vývojová porucha NS (F84.9).

MKN-10 pak definuje AS následovně: je to *„porucha nejisté nozologické validity, charakterizovaná týmž kvalitativním porušením reciproční sociální interakce, které napodobuje autismus, současně s opakujícím se omezeným, stereotypním repertoárem zájmů a aktivit. Liší se od autismu hlavně tím, že není opoždění ve vývoji řeči a kognitivních schopnostech. Tato porucha je často spojena se značnou nemotorností. Abnormality mají*

velkou tendenci přetrvávat do dospívání a dospělosti. V časné dospělosti se občas vyskytují psychotické epizody.“ (www.uzis.cz)

Mozek dětí s AS se tedy vyvíjí a funguje jinak. Jejich hlavním problémem je vrozená vývojová porucha sociálních a komunikačních dovedností, obvykle kombinovaná s výraznějšími obtížemi v emoční reaktivitě a odlišnými vyhraněnými zájmy. Vyjadřovací a intelektové schopnosti nejsou nijak hrubě narušeny a někteří jedinci mohou dokonce dosahovat nadprůměrných intelektových schopností (Thorová, 2006).

Hlavní překážkou v oblasti sociálního chování je nedostatek intuice a neschopnost porozumět vlastním emocím i emocím druhých lidí v sociálním kontextu. Výsledkem je odlišný způsob vnímání světa, jiné uvažování a myšlení. Jak to barvitě popsala Lorna Wingová: „*Lidé s Aspergerovým syndromem vnímají svět jinak než ostatní. Připadáme jim zvláštní, jsme pro ně záhadou. Proč jim neřekneme, co chceme? A proč jim říkáme tolik věcí, které nemyslíme vážně? Proč tak často mluvíme o zbytečnostech, které nic neznamenají? Proč znervózníme a jsme netrpěliví, když nám člověk s Aspergerovým syndromem líčí stovky fascinujících informací o jízdních řádech, číslech vyrytých na pouličních lampách po celé zemi, různých druzích mrkve nebo o pohybech planet? Jak je možné, že zvládáme směsici zrakových, sluchových, čichových, dotykových, a chuťových podnětů, aniž bychom se zmítali ve zmatku? Proč nás zajímá postavení lidí ve společnosti, když můžeme s každým jednat stejně? Proč máme tak složité citové vztahy? Proč používáme tolik komunikačních signálů a jak je možné, že se v nich vůbec vyznáme? A proč ve srovnání s lidmi s Aspergerovým syndromem uvažujeme tak nelogicky?“* (Attwood, 2005, s. 11)

S AS se mohou pojit i další poruchy, především: vývojové poruchy učení, vývojové poruchy motoriky, poruchy aktivity a pozornosti, poruchy chování, depresivní stavy, úzkostné poruchy, velmi nízké sebehodnocení a přecitlivělost ke smyslovým vjemům. Na první pohled se lidé s AS nemusí nijak lišit od ostatních, po delším pozorování však zjistíme, že se chovají jinak. Jistě si všimneme jejich výrazného egocentrismu, jednostranné zaměřenosti, sociální a emoční nezralosti, nevhodných reakcí v řadě sociálních situací a neschopnosti porozumět jim. Odlišnost chování se navíc vždy zvýrazní v kolektivu vrstevníků (Thorová, 2006).

AS je poruchou, která přetrvává do dospělosti, i když některé výzkumu ukázaly, že symptomy v dospělém věku mohou být jemnější. Jak upozorňuje Preißmann (2010, s. 18): *„Prognóza závisí na kognitivních schopnostech postiženého, síle symptomů, eventuálních komorbidních psychiatrických onemocněních a stupni podpory zajišťované terapeuty,*

rodinou, sociálními zařízeními či v zaměstnání. V optimálním případě je možné, aby postižený vedl zcela samostatný a svému věku odpovídající život.“

Přesto však lidé s AS zůstávají zpravidla zvláštní. Mají problémy v oblasti mezilidské komunikace, nesnadno navazují přátelství a uspokojivé sexuální vztahy. Rovněž volí neobvyklé oblečení, jsou egocentričtí, rigidní, věnují se rutinám a rituálům a dávají velký prostor svým často bizarním zájmům. Další specifika nacházíme v oblasti verbální i neverbální komunikace. Mnozí mají problémy odhadnout dopad svého jednání nebo toho, co řeknou. (Preißmann, 2010).

Na druhou stranu, jak upozorňuje Thorová (2007), mohou mít určité charakteristiky AS pozitivní přínos, například:

- dobré paměťové schopnosti mohou jedinci s AS využít při učení a práci;
- netypický způsob myšlení může vést ke tvořivým způsobům řešení situací či dokonce může přinést nová objevná řešení;
- mnoho lidí s AS je talentovaných v určitém oboru, kterého mohou využít při volbě povolání (např. matematika, informatika nebo historie);
- nízký zájem o sociální kontakty, smysl pro přesnost a obliba rutiny umožňuje člověku s AS kvalitně a spolehlivě zastávat určitá povolání (např. programátor, knihovník, úředník nebo archeolog).

Širší odhady hovoří o tom, že lidí s AS se v populaci vyskytuje v rozmezí od 0,35 % až do 0,5 %. To znamená, že v České republice žije přibližně 35 000 až 50 000 tisíc osob s AS a že se každoročně narodí 350 až 500 dětí postihnutých tímto syndromem (Thorová, 2007; Pešek, 2013).

Poměr chlapců a dívek ohledně počtu doporučení k diagnostickému vyšetření se obvykle uvádí 10:1. Epidemiologický výskyt však zpravidla uvádí poměr 4:1 (Attwood, 2005). Někteří badatelé, jako například švédský neuropsychiatr Christopher Gillberg, se ale domnívají, že vysoký nepoměr mezi pohlavími existuje v důsledku nedokonalé diagnostiky u dívek. Dívky bývají diagnostikovány v mnohem menší míře, protože se projevují nenápadněji, jejich deficit v oblasti sociálního chování je méně zřetelný a ve škole příliš nezlobí a nevyrušují. Jejich emoční reaktivita a sklony k agresivitě jsou umírněnější a jejich zájmy nebývají tak neobvyklé a intenzivně prožívané (Thorová, 2006; Attwood, 2005).

1.3 Etiologie

Přestože je bádání na toto téma poměrně bohaté, dodnes neexistuje jednotná teorie, která by uspokojivě vysvětlila příčiny vzniku PAS (Preißmann, 2010). Odborníci se nicméně shodují, že důležitou roli hrají dědičnost a těhotenské či porodní komplikace. O těchto faktorech budeme pojednávat v prvních dvou částech tohoto oddílu. Dalším příčinným faktorem, který budeme zvažovat ve třetí části tohoto oddílu, je nevhodná výchova.

1.3.1 Dědičnost

Již Hans Asperger (1944) si povšimnul, že téměř všechny děti, které vyšetřoval v souvislosti s „autistickou psychopatií“, měly rodiče, především otce, s podobnými vlastnostmi. To jej vedlo k závěru, že syndrom je dědičný (Attwood, 2005).

Pozdější výzkumy zjistily, že v některých rodinách se skutečně vyskytují jedinci s nápadně podobnými projevy. Šlo například o nápadnosti v komunikaci, obtíže v navazování mezilidských vztahů, větší rigiditu, sklon ke stereotypnímu chování, tendenci k izolaci a větší úzkostnosti (Říčan, Krejčířová, 2006). Marie Vágnerová (Říčan a Krejčířová, 2006, s. 62) se domnívá, že *„může jít dědičně podmíněné osobnostní rysy, které se u jejich potomků mohou za určitých okolností rozvinout na extrémní, patologické úrovni.“*

V některých rodinách se objevuje i vyšší počet dětí s AS či autismem. Jak uvádí Attwood (2005, s. 140): *„Sourozenec dítěte tedy nezřídka bývá diagnostikován s autismem, přičemž hlubší proniknutí do rodinné historie poukazuje na skutečnost, že Aspergerův syndrom měl i některý sourozenec rodiče daného dítěte. Výjimkou nejsou ani rodiny, v nichž má Aspergerův syndrom několik dětí až generací.“*

Další zajímavé údaje poskytují opakované studie na dvojčatech. Shoda autistických projevů u jednovaječných dvojčat dosahuje vysokých hodnot v rozmezí 70 až 90 %, zatímco v případě dvojvaječných dvojčat byla shoda mnohem nižší, 7 až 10 %. Odhad dědičnosti autismu je tedy hodně vysoký, 90 % (Říčan, Krejčířová, 2006) či 91 až 93 % (Thorová, 2006). Rebecca Rosenbergová spolu s kolegy dále zjistila, že mezi dvojvaječnými dvojčaty byla shoda u AS vyšší u mužských párů než u párů, kde byl alespoň jeden ze sourozenců žena. Rosenbergová a kolegové se proto domnívají, že dědičnost AS ovlivňuje pohlaví a že muži jsou k dědičnému aspektu AS náchylnější než ženy (Rosenberg, 2009).

Přesný mechanismus dědičnosti AS se však výzkumníkům doposud nepodařilo objevit. Předpokládá se, že jeho dědičnost je multifaktoriální, tedy že se rozvíjí tehdy, pokud dojde k nepříznivé kombinaci několika dysfunkčních genů (Thorová, 2006; Říčan, Krejčířová, 2006). A v podezření je hned několik chromozomů: byla zjištěna fragilní místa na chromozomu X a na chromozomu 2 a byly odhaleny chromozomální abnormality, konkrétně translokace (Attwood, 2005). Marie Vágnerová (Říčan a Krejčířová, 2006) uvádí jako kandidáty chromozomy X, 7, 11, 15 a 16. Zejména pohlavní chromozom X bývá považován za důležitý, protože AS, jak jsme uvedli výše, postihuje častěji chlapce. Nezbývá než doufat, že další výzkumy v této oblasti odhalí více.

1.3.2 Těhotenské a porodní komplikace

Lorna Wingová ve své klasické práci o AS zaznamenala, že téměř v polovině případů se u matek dětí s AS vyskytovaly problémy v době těhotenství, při porodu nebo krátce po něm. Nabízí se možnost, že by tyto komplikace mohly být odpovědné za poruchu mozkové tkáně (Attwood, 2005).

Pozorování Wingové skutečně potvrzují i některé novější studie. Jako častý rizikový faktor se uvádí toxemie, tedy přítomnost jedovatých látek v krvi v průběhu těhotenství (Attwood, 2005). Těhotenství může rovněž celkově probíhat bez větších problémů, přesto ale bývá výskyt porodních abnormalit poměrně vysoký: Jak podotýká Gillberg a Petters (2003, s. 54): *„Více dětí s autismem než u běžné populace utrpělo během těhotenství, porodu či těsně po porodu poškození mozku. Zejména tehdy, měly-li snížené optimální podmínky v pre-, peri- a neonatální periodě. To znamená, že matky měly menší obtíže v těhotenství, abnormální stavy, které samy o sobě pravděpodobně neuškodily plodu ani novorozenci, ale vytvořily prostředí, ve kterém vyvíjející mozek neměl optimální podmínky pro pozitivní růst.“* A k AS dodávají: *„U Aspergerova syndromu problémy v těhotenství a během neonatálního období jsou velmi časté. Abnormální způsob narození je v této skupině velmi častý.“*

Ve studii, kterou provedla Emma Glasson s kolegy, byly srovnávány porodní záznamy 465 jedinců s PAS s jejich sourozenci a s kontrolní skupinou intaktních jedinců. Výsledky studie ukázaly, že jedinci s PAS měli ve srovnání s kontrolními subjekty výrazně starší rodiče a byli s větší pravděpodobností prvorození. Jejich matky měly ve větší míře rizikové těhotenství, podanou epidurální anestezii, častější indukci porodu a porodní dobu kratší než 1 hodinu. Novorozenci s PAS byli dále ve větší míře vystaveni porodním komplikacím, na svět

přišli častěji císařským řezem a v první minutě života měli Apgar skóre menší než 6 (Glasson, 2004).

Podobně jako v případě dědičnosti přesné příčiny stále čekají na odhalení a současný výzkum se zaměřuje především na otázku, zda je AS výsledkem specifických virových nebo bakteriálních infekcí před narozením nebo krátce po něm (Attwood, 2005).

1.3.3 Nevhodná výchova

Neodborníci se zpravidla domnívají, že příčinou AS jsou rodiče a jejich nevhodná výchova dítěte. Dokonce i řada rodičů bývá zprvu přesvědčena, že poruchu přivodili sami svým nepatřičným stylem výchovy nebo svými povahovými vlastnostmi, které se projevují při interakci s dítětem (Attwood, 2005).

Výzkumy nicméně uvedená tvrzení nepodporují. Jak upozorňuje Thorová (2006), rodiče dětí s PAS se svými výchovnými postupy a osobnostními předpoklady nikterak neliší od rodičů zdravých dětí. Mezi vědci dnes proto existuje široký konsenzus, že AS je neurovývojová porucha na neurobiologickém základě a není způsobena chybným výchovným vedením. Celou situaci dobře shrnuje Attwood (2005, s. 143): *„Aspergerův syndrom skutečně není zapříčiněn emočními traumaty, zanedbáváním či nedostatečnou láskou. Výzkumné studie zjistily, že Aspergerův syndrom je vývojová porucha způsobená dysfunkcí specifických struktur a systémů v mozku. Dané strukturu se patrně zcela nevyvinuly v důsledku chromozomálních abnormalit, případně byly poškozeny v průběhu těhotenství, při porodu nebo v prvních měsících života.“*

1.4 Symptomatologie

Podobně jako ostatní poruchy je i AS spojen s určitým souborem typických symptomů. Jak ale upozorňuje Bělohlávková (2013), ne každý jedinec s AS musí mít všechny symptomy nebo se u něj vyskytuje veškeré popisované chování. Mezi nejčastěji uváděné symptomy AS patří: nestandardní sociální chování, problémy s rozpoznáváním a vyjadřováním emocí, abnormální řeč a komunikace, vyhraněné zájmy a rituály, motorická neobratnost a citlivost smyslů. V následujících řádcích tyto symptomy podrobněji popíšeme.

1.4.1 Nestandardní sociální chování

Běžným lidem jedinci s AS připadají divní, protože se při sociálním kontaktu nechovají zcela standardně. Prvním místem, kde na sebe dítě s AS upozorní, bývá mateřská školka nebo první stupeň základní školy, protože má obtíže zapojovat se do činností v kolektivu. Není schopno správně reagovat na hromadné pokyny, zapojovat se do organizovaných her a navazovat rovnocenné vztahy s vrstevníky (Thorová, 2007).

V kontaktu s vrstevníky dochází k častým konfliktům. Stává se například, že dítě nevhodně navazuje kontakt s ostatními dětmi, nezvládá soupeření s nimi nebo druzí nesmějí narušit jeho teritorium. Přitom platí, že odlišnost dítěte, které nemá AS a selže v sociálním kontaktu, je zřejmá. Jak to popisuje Thorová (2007, s. 10): *„Dítě s Aspergerovým syndromem se nepoučí z konkrétní situace a zpětné vazby od ostatních a nezkoriguje své chování ani příště a chybu neustále opakuje.“*

Dítě s AS však není sobecké, ale spíše egocentrické, tedy orientované na sebe. Záliby a preference dětí ve třídě nebo na hřišti jej nezajímají. Rovněž se nestará o kolektivní hry nebo soutěživé aktivity a převážně sleduje jen své vlastní zájmy. Dítě bývá rovněž odolné vůči tlaku vrstevnické skupiny ohledně nejnovějších módních výstřelků a zálib. Bývá jen zřídkakdy zváno na dětské večírky a nemívá moc kamarádů (Attwood, 2005).

Přátelství v pravém slova smyslu dítě s AS navazuje velice obtížně. Často o bližší kontakt ani nestojí a dává přednost hře o samotě nebo kontaktu s dospělými, kteří jsou pro něj zajímavější, protože toho více vědí a jsou tolerantnější vůči nedostatku sociálních dovedností (Attwood, 2005). Přátelství obvykle stojí jen na společném sdílení určitých zájmů. Některé děti s AS sice chtějí, aby k nim chodily ostatní děti domů, v průběhu návštěvy ale křičí, skáčou do řeči, nechtějí půjčovat hračky nebo se stáhnou a věnují svým vlastním aktivitám (Thorová, 2007).

Ve školním věku jedinec s AS nerozumí principu kamarádství. O přátelství má zkreslené a naivní představy, stejně jako v průběhu adolescence o partnerství. Soucit nebo milé chování ze strany vrstevníků či jiných osob si může zaměňovat za projev lásky. Když se zamiluje, nedokáže porozumět tomu, že k němu jeho vyvolený nemusí cítit to samé. A všemožné taktní náznaky, kterými se mu druhý člověk snaží ukázat svůj nezájem, často kvůli své neschopnosti „číst mezi řádky“ nepostřehne (Pešek, 2013). V průběhu let se sice někteří jedinci s AS naučí navazovat a udržovat výběrové vztahy, jejich kamarádi a partneři však musí být k jejich odlišnému chování často velmi shovívaví (Thorová, 2007).

1.4.2 Problémy s rozpoznáváním a vyjadřováním emocí

Původní seznam symptomů AS se zmiňuje také o tom, že dítěti chybí empatie. Jak ale upozorňuje Attwood (2005, s. 57): *„Tento příznak by však neměl být považován za známku toho, že se dítě vůbec nezajímá o druhé. Spíše je jím míněno, že ho emoce druhých lidí matou či nedokáže přiměřeným způsobem projevovat vlastní pocity.“*

Většina dětí s AS má problémy s rozpoznáváním emocí druhých lidí. Při delším hovoru si lze všimnout, že dítě nepozná změny výrazu tváře či gest a ani na ně nereaguje. Rodiče často uvádějí, že musejí řeč těla, tón hlasu i výrazy ve tváři hodně přehánět, aby na ně dítě dokázalo odpovídajícím způsobem reagovat (Attwood, 2005). Neschopnost reakce či neadekvátní reakce na emocionální projevy druhých lidí pramení z malé schopnosti rozklíčovat neverbální signály, které informují o emočním rozpoložení (Thorová, 2007).

Dítě s AS má problémy nejen s rozpoznáváním emocí druhých lidí, ale i projevy jeho vlastních emocí bývají zvláštní. Jeho emocionální reakce jsou jen hrubě naznačeny a nebývají vyjádřeny přesně. Dítě sice mívá zcela běžné rysy obličeje, ale při rozhovoru s jinými lidmi nebo při hře si lze stěží nevšimnout, že má takřka kamennou tvář. Neprojevuje totiž emoce v rozsahu a intenzitě, jak druzí lidé se samozřejmostí očekávají. Totéž platí pro řeč těla a gesta (Attwood, 2005).

V emočních reakcích dětí s AS nacházíme také různé zvláštní projevy, jako například smích nad věcmi, které nikomu jinému směšné nepřipadají, či různé intenzivní strachy z něčeho (například z různých zvuků nebo druhů zvířat). Některé další děti zase trpí celkovou úzkostlivostí. Ne všichni jedinci s AS však mají bouřlivé emoční projevy. Najdeme rovněž řadu těch, kteří emoce spíše neprojevují a působí příliš pasivně až bezbranně (Thorová, 2007).

1.4.3 Abnormální řeč a komunikace

Děti s AS mohou, ale také nemusí mít opožděný vývoj řeči. V pěti letech už však mluví plynule a mají zpravidla dobrou slovní zásobu a čistou výslovnost. Vývoj řeči však bývá poněkud nestandardní. Jak uvádí Thorová (2006, s. 186): *„Často se učí mluvit jakoby zpaměti, recitují básničky, dlouhé statě z knih či úryvky z pohádek. Od normálního vývoje řeči se děti s Aspergerovým syndromem odlišují nápadně mechanickou, šroubovitou a formální řečí kopírující výrazy dospělých.“*

Při hovoru s dětmi s AS zjistíme, že nepůsobí zcela přirozeným dojmem a že jejich komunikace vykazuje určitá specifika. Odchylky se týkají především následujících pěti oblastí.

Za prvé, děti s AS mívají potíže hlavně v oblasti pragmatického používání řeči, což znamená, že jejich řeč málokdy odpovídá sociálnímu kontextu situace (Thorová, 2006). Často zahajují hovor s odkazem na něco, co dané situaci neodpovídá, je nevhodné nebo porušuje společenské konvence a normy. Například vyhrknou na cizího člověka nějakou otázku týkající se toho, co je samotné zajímá. Na odpověď druhého člověka ani nečekají a hned mu začnou líčit své encyklopedické znalosti na dané téma. Svůj monolog ukončí až tehdy, řeknou-li vše, co mají naučeno. Dítěti s AS je zpravidla jedno, co jeho slovu říká posluchač, a to i tehdy, když mu dává najevo, že jej rozhovor uvádí do rozpaků nebo jej chce ukončit (Attwood, 2005).

Za druhé, děti s AS mají sklon k poznámkám, které se situací nijak nesouvisejí, a často prohlásí něco, co nemá žádný vztah k vedenému rozhovoru. Zpravidla to bývají určité slovní asociace, útržky z předešlých konverzací, případně úplně nevhodné komentáře. Působí tak dojmem, jako by říkali to první, co je napadne. U některých dětí se rovněž objevuje sklon skákat druhým do řeči nebo souběžně s nimi vést vlastní hovor (Attwood, 2005).

Třetí nápadností je skutečnost, že děti s AS si výroky druhých vykládají téměř bezvýhradně doslovně. Doslovný výklad se netýká jen řeči, ale rovněž obrazového materiálu. Dítě se tím nesnaží druhé rozčílit, ani to není známkou jeho hlouposti. Prostě si jen nedokáže uvědomovat skrytý nebo implicitní význam sdělení. Má tedy velký problém i s pochopením běžných obrazných vyjádření, rčení a metafor. Doslovné chápání je také důvodem, proč je dítě s AS zmateno, když si jej někdo dobírá, a to i v pozitivním smyslu (Attwood, 2005).

Za čtvrté, běžný člověk při rozhovoru mění tón i hlasitost řeči, aby zdůraznil klíčová slova nebo naznačil svůj vztah k určitým skutečnostem. Řeč dítěte s AS však bývá dost chudá na tóny, přízvuky, rytmus i melodii (Attwood, 2005).

Za páté, u dospívajících jedinců s AS se setkáváme s tím, že začnou zvýšeně dbát o svůj slovní projev, který často získává pedantskou, přehnaně formální podobu. Totéž platí rovněž pro vnímání řeči. Volba jednotlivých slov zpravidla připomíná dospělé mluvčí. Lidé mají proto při rozhovoru s dítětem s AS dojem, že si povídají spíše s dospělým (Attwood, 2005).

Kromě těchto nápadností ve verbální komunikaci se objevují rovněž specifika v neverbální komunikaci. Pohled jedince s AS bývá většinou abnormální, zpravidla upřený a fixovaný na jednu věc. Rejstřík výrazů obličeje, gest či jazyk těla bývá velmi chudý. A právě v důsledku omezeného repertoáru neverbálních výrazů jsou tito jedinci někdy mylně diagnostikováni jako depresivní (Gillberg, Peeters, 2003).

1.4.4 Vyhraněné zájmy a rituály

Dalším klíčovým symptomem AS je prohloubený, intenzivní zájem o nějakou oblast nebo činnost. Takový zájem má pro dítě naprostou prioritu a dominuje i jeho konverzacím s druhými lidmi. Zdá se, že pro vyhraněné zájmy platí jistá vývojová posloupnost (Attwood, 2005).

Prvním stadiem bývá sbírání nejrůznějších předmětů. Některé sbírky sestávají z věcí, které sbírají i jiné děti nebo dospělí (například magnetky, motýly nebo štítky z piv), jiné sbírky jsou velmi netradiční (například žluté propisky, vysavače nebo záchodové štětky). Dítě prožívá vnitřní puzení věnovat se svému zájmu každou volnou chvilku. Jak podotýká Attwood (2005, s. 88): *„Zdá se, že si děti utvářejí zrakově velmi přesné zobrazení předmětů a i z velké dálky objekt své touhy s naprostou přesností rozpoznají. Jakmile se jim naskytne příležitost, aby získaly další předmět do sbírky, od jejich záměru je nic a nikdo neodradí, přesvědčování a přemlouvání je zcela neúčinné.“* Sbírání předmětů se může měnit, ale platí, že nadšení dítěte nijak nesouvisí s posledními výstřelky módy.

Po nadšení pro předměty se ke slovu dostává nějaké téma. Většina dětí s AS volí obory z oblasti matematiky či přírodních věd, protože obvykle mají dobrou schopnost logického usuzování. Možné je ale i jiné zaměření (Preißmann, 2010). Thorová (2006) jako nejoblíbenější témata uvádí počítače a programování, dopravní prostředky, vesmír, vodovodní potrubí, mapy, dopravní značky, vlaky a značky aut. V podstatě vše, v čem lze vystopovat určitý řád nebo nějakou pravidelnost. Zvláštním druhem nadměrně vyhraněných zájmů může být i kreslení. Pozoruhodné je, že se dítě ve svém koníčku dokáže vypracovat k neuvěřitelně podrobným znalostem, proto se o něm často říkává, že je „chodící encyklopedie“. Aktivně si vyhledává informace o daném tématu, klade všemožné otázky, aby se toho dozvědělo co nejvíc. I v této fázi se však nejedná o zájem, který by vznikal pod tlakem vrstevníků (Attwood, 2005).

Dalším a patrně posledním stadiem může být okouzlení určitou skutečnou osobou. Tento zájem bývá spíše citový a nebývá spojen s touhou poznávat. Rozvíjí se především v období dospívání nebo krátce po něm a připomíná typickou zamilovanost dospívajících. Zajímavé je, že zbožňované osobě bývají připisovány myšlenky a činy, kterých se ve skutečnosti nedopouští (Attwood, 2005).

Kromě vyhraněných zájmů se u dětí s AS můžeme ještě setkat se sklonem, který se specifickými zájmy buď má souvislost, nebo je na nich naopak nezávislý. Jedná se o rituály a rutinní činnosti v každodenní činnosti. Dítě se přitom snaží, aby se rituály a rutinní činnosti odvíjely od jeho potřeb a požadavků. Rodiče mu musí vyhovět, protože změna v takové činnosti, případně její nesplnění představuje pro dítě velký zdroj stresu a úzkosti (Preißmann, 2010). Pravidelně se opakující rituály a rutinní činnosti dětem s AS pomáhají vnímat svět jako předvídatelný a zároveň v chaotickém světě nastolují určitý řád. Rovněž slouží jako prostředek ke zmírňování úzkosti. Jakmile se tedy zaběhne určitý režim, musí být striktně dodržován. Problém spočívá v tom, že rituály a rutiny se postupem času rozvětvují (Attwood, 2005).

1.4.5 Motorická neobratnost

Další symptom, který se zpravidla váže k AS, je motorická neobratnost. Jejím prvním příznakem bývá mírně opožděný začátek samostatné chůze dítěte. Děti dále mívají problémy s míčovými hrami, při chůzi či běhu mívají netypické pohyby a rovněž se obtížně učí, jak si zavazovat tkaničky od bot. Později ve škole si učitelka často všímá jejich neúhledného rukopisu a chybějících dovedností při sportovních hrách. V adolescenci se u některých jedinců objevují tiky ve tváři, rychlé mrkání či občasné grimasy. Uvedené příznaky jsou projevem narušeného motorického vývoje (Attwood, 2005).

Jak ale upozorňuje Attwood (2005, s. 101): *„Nemotornost však není příznakem toliko Aspergerova syndromu, je součástí mnoha jiných vývojových poruch. Výzkumy přesto dospěly k závěru, že padesát až devadesát procent dětí a dospělých s Aspergerovým syndromem má problémy s pohybovou (motorickou) koordinací.“* Proto někteří badatelé, jako například Corina a Christopher Gillbergovi, zahrnuji motorickou neobratnost do svých diagnostických

kritérií, přestože někteří jiní, jako například Peter Szatmari nebo Americká psychiatrická asociace, tak nečiní[1].

1.4.6 Citlivost smyslů

Děti trpící autismem bývají velmi citlivé na některé typy zvuků a způsoby dotyku. Zhruba 40 % z nich totiž mívá odchylku citlivosti smyslů. V případě AS je výskyt této odchylky patrně stejný (Attwood, 2005).

K nejčastěji se vyskytujícím abnormalitám patří přecitlivělost na zvuky a doteky, někdy se ale objevuje i přecitlivělost na chuť, intenzitu světla, barvy a vůně. Dochází k tomu, že dítě s AS vnímá běžné podněty jako neúnosně silné. Navíc již pouhé očekávání, že se určitý podnět objeví, je pro něj velkým zdrojem úzkosti. Přecitlivělost smyslů u řady jedinců s AS v průběhu dětství ustupuje, někteří se s ní však musejí naučit žít po zbytek života (Attwood, 2005).

Další zvláštností, která se u mnoha dětí s AS vyskytuje, je jinak poměrně vzácná porucha – synestezie. Synestezie je *„jev, kdy určitý vjem nebo představa vyvolá prožitky dalších smyslů“* (Hartl, Hartlová, 2010, s. 576). Dítě tedy přijímá vjem jedním smyslovým systémem, ale prožitek se odehrává v jiném. Nejběžnějším druhem synestezie je tzv. barevné slyšení, kdy jedinec pokaždé, když zaslechne nějaký zvuk, vidí určité barvy (Attwood, 2005).

1.5 Neuropsychologie

Principiálně má každá psychická událost nějakou souvislost s činností mozku a nervové soustavy. Neuropsychologie je *„obor spojující neurologii a psychologii, ve společné snaze odhalit, jak struktura a funkce mozku ovlivňují psychické procesy a lidské chování“* (Hartl, Hartlová, 2010, s. 344). Přestože neuropsychologických modelů vysvětlujících podstatu PAS existuje hned několik, k nejčastěji uváděným patří tři následující: teorie mysli, teorie deficitu exekutivních funkcí a teorie oslabené centrální koherence. Ve zbylých řádcích tohoto oddílu si tyto tři teorie stručně popíšeme.

[1] Viz diagnostická kritéria v příloze.

1.5.1 Teorie mysli

Teorie mysli je *„schopnost jedince uvědomit si, že jiní mají také záměry, znalosti, přesvědčení a emoce, jež však mohou být odlišné od jeho vlastních“* (Hill, 2004, s. 216). Jedná se o komplexní vývojový fenomén, jenž se u člověka rozvíjí od raného dětství a dítěti umožňuje pochopit, že existuje i jiný svět, než který ono samo vnímá svými smysly. Teorie mysli je pro sociální interakci klíčová. Jak uvádí Hill (2004, s. 172): *„Teorie mysli jedinci umožňuje, aby si uvědomil, že jiní lidé vědí určité věci, chtějí je, cítí nebo v ně věří, a proto je nepostradatelným předpokladem sociálních dovedností.“* Každé zdravé dítě má vrozený „instinkt ke čtení mysli“ („mindreading instinct“) a teorie mysli se u něj plně vyvine okolo čtvrtého roku života (Hrdlička, Komárek, 2004).

Experiment, který je pro výzkumy v oblasti teorie mysli typický a ilustruje základní vývojová zjištění, vypadá následovně. Výzkumník ukáže pětiletému dítěti krabici s bonbony, na které je obrázek s bonbony, a zeptá se jej, co v té krabici asi je. „Bonbony“, odpoví se samozřejmostí dítě. Výzkumník krabici otevře a překvapenému dítěti ukáže, že v krabici nejsou bonbony, ale pastelky. Výzkumník se poté téhož dítěte zeptá, co si o obsahu krabice myslí jiné dítě, které se do ní ještě nepodívalo. „Myslí si, že jsou tam bonbony,“ odpoví dítě, pobavené touto malou lstí. Výzkumník posléze zopakuje celý experiment s tříletým dítětem. Na první otázku dítě odpoví podle očekávání, že v krabici jsou bonbony, ale odpověď na druhou otázku je překvapující. Dítě otráveně odpoví: „Pastelky.“ A ještě překvapivější je skutečnost, že při dalším dotazování dítě začne tvrdit, že si původně myslelo, že v krabici jsou pastelky a že to také řeklo (Nolen-Hoeksema a kol., 2012).

Základní interpretací tohoto experimentu je, že tříleté děti ještě plně nechápou, že ostatní lidé mohou uvažovat jinak než ony, že lidé mohou mít rozdílné názory, a že tyto názory se dokonce mohou lišit od skutečnosti (Nolen-Hoeksema a kol., 2012).

Netrvalo dlouho a teorie mysli, zprvu zkoumaná vývojovými psychology, se stala předmětem zájmu také vědců studujících PAS. Někteří z nich, jako například anglický psycholog Simon Baron-Cohen a kol., vyslovili myšlenku, že děti s PAS postrádají základní teorii mysli, což je připravuje o schopnost chápat pocity, touhy a názory ostatních lidí. Dětem s PAS proto všichni lidé připadají stejní jako ostatní objekty, což přispívá k nedostatku zájmu o druhé a ke stažení se do vnitřního světa (Nolen-Hoeksema a kol., 2012; Hrdlička, Komárek,

2004). V experimentu, jenž se podobá experimentu popsanému výše[2], Baron-Cohen a kol. zjistili, že zdravé čtyřleté dítě nemá většinou se správným řešením úkolu problém. Zato 80 % dětí s PAS v testu selhalo. Test navíc zvládlo i 80 % dětí s mentální retardací (Hrdlička, Komárek, 2004).

Zajímavá data přináší také výzkumy, které využívají metody zobrazování mozkových funkcí. Vyšlo z nich najevo, že během úkolů zaměřených na určování mentálního stavu druhých lidí, jedinci s PAS vykazují výrazně nižší aktivitu v oblasti amygdaly. Amygdala je jádro limbického systému mozku, nacházející se v *Gyrus temporalis medius*, a je známá svým klíčovým podílem při zpracování emocí. Rovněž bylo zjištěno, že při rozpoznávání tváří vykazují lidé s PAS zvýšenou neurální aktivitu v oblasti *Gyrus temporalis inferior*, který je znám spíše svou funkcí při identifikování předmětů (Preißmann, 2010).

Vzhledem k tomu, že teorie mysli má vývojový charakter, lze se setkat s různou mírou jejího nedostatku. Zajímavé je, že někteří jedinci s vysoko funkčním autismem a AS testy teorie mysli zvládají, nicméně v praktických sociálních situacích výrazně selhávají. Zdá se pravděpodobné, jak se domnívá například anglický psycholog Dermot Bowler, že lidé s vysoce funkčním autismem nebo AS mají schopnost přemýšlet o mentálních stavech druhých lidí, ale nejsou již schopni poznatky aplikovat v náročných životních situacích (Thorová, 2006).

1.5.2 Teorie deficitu exekutivních funkcí

Pojmem exekutivní funkce označujeme *„kognitivní mechanismy, které usměrňují naši pozornost, směřují chování k určitému cíli a tlumí první okamžitý impulz, který nás vybízí reagovat na vnější podněty určitým, mnohdy nevhodným, způsobem“* (Thorová, 2006, s. 352). Exekutivní funkce jsou tedy předpokladem pro cílené jednání a umožňují konstruktivní nakládání s problémy každodenního života. U jedinců s PAS však výzkumníci v této oblasti nacházejí nedostatky, které jim každodenní život značně komplikují.

Neuropsychologická bádání dospívají k závěru, že klíčový podíl na správném fungování exekutivních funkcí mají frontální neboli čelní mozkové laloky (Preißmann, 2010). Kromě základních exekutivních funkcí, jako je plánování, kontrola a zábrana impulzivního

[2] Většinu dnes již klasických testů teorie mysli přehledně uvádí Thorová (2006).

chování, jsou čelní mozkové laloky rovněž zodpovědné za regulaci sociálního chování, emocionální reakce a sociální aspekt komunikace (Thorová, 2006).

Zastánci teorie deficitu exekutivních funkcí jsou přesvědčeni, že specifické chování u lidí s PAS vzniká v důsledku deficitu, tedy nesprávně pracujících, exekutivních funkcí, což je zase výsledkem abnormální funkce čelních mozkových laloků. Například americká psycholožka Sally Ozonoffová ve svých výzkumech poukázala na to, že potíže s exekutivními funkcemi byly výraznější u skupiny dětí s vysoce funkčním autismem a AS než u kontrolní skupiny tvořené běžnou populací. Podle dalšího amerického psychologa, Jamese Russella, je deficit exekutivních funkcí odpovědný za určité problémy, s nimž se u jedinců s PAS často setkáváme. Konkrétně se jedná o ulpívavost, nepřizpůsobivost změně pravidel, obsese a necitlivost vůči kontextu (Thorová, 2006).

Přestože výzkumy ukazují, že deficit exekutivních funkcí se v různé míře vyskytuje u všech dětí, které spojuje diagnóza autismu, ne všechny charakteristiky autistického chování lze této poruše připisovat. Kromě jedinců s PAS totiž trpí poruchami exekutivních funkcí také lidé se schizofrenií, obsedantně-kompulzivní poruchou, Touretteovým syndromem či poruchou aktivity a pozornosti (Hrdlička, Komárek, 2004).

1.5.3 Teorie oslabené centrální koherence

Děti s PAS dosahují velmi dobré výsledky v testech vyhledávání skrytých figur na obrázcích a ve skládání vzorů z kostek. Někteří badatelé, jako například německá psycholožka Uta Frith, se proto domnívají, že příčinou PAS je určitý kognitivní deficit, konkrétně nedostatečně rozvinutá schopnost centrální koherence. Centrální koherence představuje *„jakýsi vrozený „pud“ skládat si informace dohromady a vytvářet z nich automaticky celky tak, aby člověku připadaly smysluplné“* (Hrdlička, Komárek, 2004).

Oslabená centrální koherence u lidí s PAS způsobuje myšlení v útržcích, problémy s tříděním informací do celků, a vyvozováním a zobecňováním informací (Thorová, 2006). Jak píše Preißmann (2010, s. 13), *„Lidé s poruchami autistického spektra zpravidla své vnímání zaměřují více na jednotlivé či zvláštní detaily, méně pak na kontext a souvislost různých věcí či objektů. Jejich schopnost vnímat vztahy a souvislosti je tedy často nedostatečná.“*

Existuje řada testů, v nichž děti s PAS v důsledku chybějící centrální koherence dokázaly dosáhnout dokonce lepších výsledků než běžné zdravé děti. Patrně nejčastěji uváděným takovým testem je test skrytých tvarů, v němž má dítě za úkol vyhledat skrytý tvar či obrázek ve složité kresbě. Děti s normální centrální koherencí jsou rušeny celkovým vnímáním obrázku, proto jim úspěšné řešení trvá déle než dětem s PAS, které tuto schopnost postrádají. Dalším faktorem, který podporuje tuto teorii, je skutečnost, že děti s PAS dosahují lepších výsledků v testech opíracích se o vizuálně-prostorové schopnosti, při nichž je třeba kombinovat menší základní vzory do většího celku (Thorová, 2006).

Neurobiologické výzkumu oslabené centrální koherence ukazují odlišné synchronizace a koherence při řešení testů zaměřených na hledání detailních a celkových změn. Jak popisuje Komárek (Hrdlička, Komárek, 2004, s. 18): *„Pro vytvoření komplexní představy určitého celku je potřebné časově omezené vytvoření vazby – „spřáhnutí“ („temporal binding“) mezi vzdálenými kortikálními oblastmi s elektrofyziologickým (EEG) korelátem charakteru gamma oscilací v pásmu kolem 40 kmitů za vteřinu. Nedostatečné časoprostorové interneurální vazby („the temporal binding deficit“) mohou vysvětlit oslabení centrální koherence, a tím ztížené zpracování multimodálních informací.“*

Teorie si také našla své kritiky a odpůrce. Někteří z nich nedokázali zopakovat výsledky obhájců teorie, jiní považují centrální koherenci pouze za kognitivní styl, který při řešení úloh může převládat u jedinců s autismem, ale i bez něj (Thorová, 2006).

1.5.4 Závěrečné zhodnocení

Jak podotýká Thorová a Beranová (2004, s. 33): *„Bohužel ani jednu z teoretických koncepcí nelze upřednostňovat či považovat za jednoznačně validní, protože nedokážou plně vysvětlit všechny symptomy a charakteristiky autismu.“* To však neznamená, že by tyto teorie byly neužitečné. Žádná z nich sice nevysvětlí vše, ale každá z nich tvoří důležitý dílek do celkové složité skládanky, jakou jsou PAS. Jak píše Preißmann (2010, s. 13): *„Poruchy autistického spektra je tedy možné nazírat jako jakousi nedostatečnou souhru funkcí, které jsou popisovány v těchto třech konceptech. Zatímco mozek lidí, kteří nemají autismus, je „dobře integrovaný“, vykazuje mozek osob s autismem jakýsi „integrační deficit“ mozkových funkcí, kdy souhra a součinnost jednotlivých psychických funkcí je nedostatečná. Nácvikem lze dosáhnout zlepšení, nikoli však podstatnějších změn.“*

1.6 Diagnostika

Spolehlivé stanovení diagnózy autismu je v současnosti možné již v raném dětství (Preißmann, 2010). Děti s AS se ale zpravidla podaří diagnostikovat později, poté co se zvýrazní jejich zvláštnosti v oblasti sociálního chování a komunikace, tedy obvykle až ve školním věku (Thorová, 2006). Z výsledků výzkumů vyplývá, že diagnóza AS bývá průměrně stanovena v osmi letech, ovšem rozmezí je poměrně široké a pohybuje se od raného dětství do dospělosti (Attwood, 2005).

Důvodem je to, že problémy jedinců s postižením nejsou zřejmé na první pohled. Jejich nápadné sociální chování bývá připisováno nejrůznějším vlivům, nejčastěji však „charakterovým nedostatkům". Proto jedinci s AS často trpí vydělením nebo mobbingem a bývají nálepkováni jako „podivíni", „narušení" nebo „cvoci" (Preißmann, 2010). Včasná a správná diagnóza jim přitom může ušetřit mnohá trápení a je ve většině případů rovněž předpokladem k zahájení vhodné terapie. Jak o tom píše Thorová (2007, s. 4): *„Diagnóza Aspergerova syndromu není neúčelnou nálepkou, ale může pomoci dítěti projít předškolním i školním vzděláváním bez zbytečné újmy, umožní rodičům obstarat si informace a netýrat se výčitkami nad nekompetentností výchovných postupů. Dítěti se tak zvýší šance na běžný život v dospělosti, včetně schopnosti obstát ve světě, navazovat uspokojivé vztahy s lidmi a být úspěšný ve svém zaměstnání."*

Stanovení diagnózy AS obvykle probíhá ve dvou fázích (Attwood, 2005). První fáze spočívá v tom, že rodiče a učitelé dítěte, u nichž panuje podezření na AS, vyplní dotazník nebo posuzovací stupnici, kde označí intenzitu projevů, jak je sami vnímají. Attwood (2005) upozorňuje na skutečnost, že jen malý počet rodičů, učitelů, lékařů a dalších osob, které o dítě pečují, je seznámen s příznaky AS. Jen málokoho proto napadne, že by dítě, u něhož se objevují příznačné problémy, mělo být posláno na specializované pracoviště k odborné diagnostice. V nedávné době byly nicméně sestaveny posuzovací škály určené rodičům a učitelům, které mají specifikovat příznaky AS. První z těchto posuzovacích škál vznikla ve Švédsku, druhá v Austrálii. Obě vycházejí z formálních diagnostických kritérií, z publikací pojednávajících o výzkumech a ze zkušeností klinických psychologů (Attwood, 2005).

V českém prostředí může rodič, učitel nebo lékař využít například leták APLA[3] s jednoduše popsanou symptomatikou (Thorová, 2006).

Druhá fáze představuje diagnostiku v pravém slova smyslu, kterou provádí klinický psycholog s praxí v oblasti diagnostiky chování a schopností dětí, které trpí vývojovými poruchami. Vyšetření probíhá několik hodin a skládá se z posouzení specifických faktorů sociálních, jazykových, kognitivních a motorických. Klinický psycholog se rovněž zabývá obsahovou náplní zájmů dítěte. Aby si utvořil celistvý obraz o dítěti, zpravidla použije i několik psychologických testů. Dále hovoří s rodiči, aby se dozvěděl podrobnosti o vývoji dítěte od jeho nejútlejšího dětství a aby si vytvořil představu o tom, jak se dítě chová v nejrůznějších situacích. Dalším cenným zdrojem informací pro něj mohou představovat postřehy učitelů, lékařů a dalších osob, které o dítě pečují (Attwood, 2005). V závěru vyšetření s rodiči probere diagnostická shrnutí, udělí jim základní doporučení a nasměruje je na následnou péči (Thorová, 2006).

Kateřina Thorová (2006) rozlišuje ještě třetí fázi, tzv. postdiagnostickou. V této fázi se rodiče dítěte s AS v základech orientují v problematice, čtou odbornou literaturu, jsou v kontaktu s dalšími rodiči s podobnými problémy ve svépomocných skupinách a přes internet a vyhledávají možnosti následné péče.

1.6.1 Šest cest k diagnóze

Tony Attwood (2005), britský psycholog žijící v Austrálii a jeden z předních odborníků na AS, na základě svých klinických zkušeností rozlišuje šest cest, které nejčastěji vedou k diagnóze této poruchy:

1. První cesta spočívá v diagnóze autismu v raném dětství. U některých dětí, které mají klasické příznaky autismu, dochází v předškolním období k významnému zlepšení komunikačních dovedností. Takže dítě, které bylo dosud staženo do sebe a téměř nekomunikovalo, začíná najednou plynule mluvit, přestává se stranit druhých, vyvíjí snahu o kontakt s druhými dětmi a s odborným dohledem je schopno začlenit se do normální třídy. Takové zlepšení zároveň může být poměrně náhlé a nečekané. Diagnóza autismu je sice správná, ale dítě se posunulo

[3] APLA je asociace pomáhající lidem s autismem. Sdružuje a zastřešuje veřejně prospěšné organizace, které uplatňují postupy a metody při práci s osobami s PAS uznávané odbornou veřejností a ve své činnosti se ubírají směrem hlavního terapeutického proudu. APLA má své webové stránky na adrese http://www.apla.cz.

na kontinuu PAS směrem k AS. Diagnózu autismu je tedy nutné v raném dětství opakovaně ověřovat, aby mohla být zaznamenána změna diagnózy na AS.

2. Druhá cesta vede od příznaků projevujících se v první třídě základní školy. Vývoj některých dětí v předškolním období nemusí být nijak nápadný. Rodiče, lékaři nebo pečovatelky v mateřské škole tedy nemusí mít ani podezření, že by dítě mohlo mít PAS. Jakmile však děti zahájí školní docházku, jeho neobvyklé chování vyjde najevo především v konfrontaci s vrstevníky. Učitelka si tak může všimnout, že dítě nesprávně chápe pravidla společenského chování, že se v jeho řeči projevují abnormality nebo že je zcela pohlceno zájmem o jednu specifickou oblast. Rovněž zaznamená odlišnosti při psaní a kreslení a nemotornost při pohybových hrách v hodinách tělocviku. Učitelka proto doporučí dítě k vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně. Bohužel se často stává, že učitelé projevy dítěte nepovažují za tak závažné, aby dítě doporučili na vyšetření. Místo toho je považují pouze za „divné“ a nechávají jej, aby dále proplouvalo školní docházkou.

3. Třetí cesta vede přes atypické příznaky jiné poruchy. Někdy se stává, že raný vývoj dítěte je klasifikován jako ne zcela normální a z vyšetření vyplyne určitá porucha. Například dítě s opožděným vývojem řeči začne docházet na logopedii, protože určitý odborník usoudil, že jde o narušenou komunikační schopnost. Při pečlivějším zvážení sociálních a kognitivních schopností dítěte se však ukáže, že se nejedná pouze o narušenou komunikační schopnost, protože příznaky přesahují její vymezení. A výslednou diagnózou může být právě AS.

4. Čtvrtá cesta spočívá v tom, že někomu z příbuzných byla tato diagnóza vyslovena. Rodinní příslušníci záhy zjistí, že se daný syndrom projevuje mnoha způsoby. Začnou číst odbornou literaturu, radí se s odborníky a mohou přijít na to, že i oni sami poruchou trpí, protože jak jsme uvedli v oddíle 1.3.1, AS se rozvíjí na genetickém základě.

5. Pátou cestou je vznik druhotné psychické poruchy, která je důsledkem AS. Tento způsob je častý především u dospívajících jedinců, kteří nebyli diagnostikováni v dětství. Právě v období dospívání si totiž jedinec začíná uvědomovat, že mu schází společnost druhých lidí. Pokouší se proto navazovat kontakt s vrstevníky, ale schází mu k tomu potřebné dovednosti. Naráží tak na posměch či přímo odmítání ze strany druhých. Dospívající se tak může dostat do stavu deprese, což

ho přivede do ordinace psychologa, kde se dozví, že jeho depresivní stavy jsou druhotným důsledkem AS.

6. A šestou možností je reziduální AS v dospělosti. S rostoucím povědomím o AS si veřejnost uvědomuje, že se netýká pouze dětí a dospívajících. Na vyšetření tak docházejí i dospělí, kteří tuší, že s nimi něco není v pořádku. Bývají to často příbuzní dítěte s diagnózou syndromu, kteří v příznacích dítěte poznávají sami sebe v dětství, nebo jedinci, kteří si o syndromu přečetli informace v časopisu či novinách a mají podezření, že do této kategorie sami spadají.

1.6.2 Diagnostická kritéria

Hans Asperger i Lorna Wingová sice popsali příznaky AS, avšak neuvedli přesná kritéria pro diagnózu této poruchy. Ani odborníkům se dodnes nepodařilo shodnout se na jednotných a jednoznačných diagnostických kritériích. Kliničtí psychologové tak mohou vycházet ze čtyř postupů. První dva postupy jsou dílem odborných organizací: konkrétně se jedná o kritéria Mezinárodní klasifikace nemocí v desátém vydání (MKN-10) a kritéria Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch ve čtvrté revizi (DSM-IV) od Americké psychiatrické asociace[4]. Druhé dva postupy vzešly z aktivit jednotlivců, a to od Petera Szatmariho a jeho kolegů z Kanady a Christophera a Coriny Gillbergových ze Švédska (Attwood, 2005). Kritéria ze všech čtyř zdrojů jsou uvedeny v příloze.

1.6.3 Diferenciální diagnostika

Diferenciální diagnostika AS je poměrně obtížná. Vyžaduje dobrou znalost vývojové psychologie, psychopatologie a klinickou zkušenost. Z hlediska profese ji obvykle provádí dětský psycholog, ale nejlepší je spolupráce několika profesí včetně speciálního pedagoga (Thorová, 2006). Diferenciální diagnostika se musí zabývat schizofrenií, schizoidní poruchou osobnosti, obsedantně kompulzivní poruchou, Tourettovým syndromem a nonverbálními poruchami učení (Preißmann, 2010).

[4] V roce 2013 Americká psychiatrická asociace publikovala pátou revizi Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-V), v němž vyňala diagnózu AS ze samostatné kategorie a zařadila jej pod PAS. Nad touto změnou se vedly bouřlivé diskuse jak mezi odborníky, tak mezi rodiči i samotnými postiženými. PAS mají společné projevy a hranice mezi jednotlivými diagnózami není vždy zcela zřejmá, DSM-V proto upustil od rozdělení diagnóz a poruchy sloučil do jedné kategorie.

Složitá je především diferenciální diagnostika mezi AS a schizoidní poruchou osobnosti. Podle MKN-10 totiž diagnóza schizoidní poruchy osobnosti vylučuje AS, zatímco AS nevylučuje schizoidní poruchu osobnosti v dětství. Preißmann (2010) proto oprávněně podotýká, že zde je potřeba ještě dalšího výzkumu a ujasnění.

Další nesnáze spočívají v tom, že někteří jedinci s AS splňují kritéria pro anankastickou osobnost a obsedantně kompulzivní poruchu. Zatímco odlišit AS a obsedantně kompulzivní poruchu osobnosti je ve většině případů možné, spolehlivé rozlišení mezi ním a anankastickou osobností je mnohem problematičtější (Preißmann, 2010).

Nakonec je složité rovněž odlišení AS a vysoce funkčního autismu. Mezi odborníky se dodnes vedou diskuze o tom, zda se jedná o dvě různé kategorie vyžadující odlišnou diagnózu, nebo o jediné kontinuum (AS je pouze autismus s vyšším IQ). Proto MKN-10 v úvodu svého popisu AS uvádí, že se jedná o „poruchu s nejistou nozologickou validitou“ (Preißmann, 2010). Základní deficit jedinců obou skupin se projevuje ve stejné klasické triádě oblastí (sociální chování, sociální komunikace, specifické zájmy a stereotypní činnosti). Na druhou stranu se od sebe obě skupiny ve svých schopnostech značně liší, a to především v řeči a různými potřebami a nároky, vyplývajících z jejich individuálních silných a slabých stránek[5]. Z praktického hlediska se existence dvou samostatných skupin zdá být opodstatněná: přestože obecné principy práce u všech dětí jsou stejné, konkrétní způsob terapeutické intervence, forma vzdělávání, dlouhodobé cíle i mnohé dílčí problémy se mohou lišit a často liší. Z klinického hlediska jsou projevy dětí z obou skupin velmi různorodé a diagnostická kritéria se překrývají. Z toho důvodu bude vždy existovat skupina dětí, jejichž projevy nebudou spadat přesně ani do jedné z kategorií (Thorová, 2006).

[5] Přehledné srovnání jednotlivých schopností uvádí Thorová (2006, s. 313).

2 Výchova a vzdělávání dítěte s Aspergerovým syndromem

Ve druhé části diplomové práce se budeme zabývat problematikou výchovy a vzdělávání dítěte s AS. Nejprve se zaměříme na výchovně-vzdělávací intervence, které jsou poplatné pro všechny děti s PAS, a podrobněji popíšeme metodiku strukturovaného učení. Poté se zaměříme na jednotlivé vzdělávací stupně. Krátce pojednáme o včasné intervenci a předškolním vzděláváním. Vzhledem k tématu práce budeme největší prostor věnovat problematice základního školního vzdělávání. V závěru druhé části rovněž stručně probereme vzdělávání na střední a vysoké škole.

2.1 Výchovné a vzdělávací intervence

Zcela obecně intervence představuje *„cílený, předem promyšlený zásah, zpravidla zaměřený na zmírnění tíživé osobní situace jedince“*, jehož cílem je *„přerušit probíhající špatně přizpůsobené vzorce chování“* (Hartl, Hartlová, 2010, s. 229). Intervenci je vhodné zahájit ihned po ukončení diagnostického procesu. U jedinců s PAS se intervence uplatňuje ve třech oblastech, které se však navzájem prolínají a ovlivňují (Hrdlička, Komárek, 2004):

1. *Adaptivní intervence*. Cílem adaptivní intervence je zlepšení adaptibility dítěte vytvářením žádoucích dovedností, o kterých víme, že zmenšují riziko vzniku problémového chování. Neřešíme tedy konkrétní problém, ale věnujeme se nácvikům komunikace, sociálních, volnočasových, percepčních, vizuomotorických a pracovních dovedností. Jinak řečeno podporujeme vývoj oblastí, které jsou opožděné, a zároveň posilujeme rozvoj již získaných dovedností žádoucím směrem. Tímto způsobem předcházíme rozvoji mentální retardace a prohlubování nerovnoměrností ve vývoji.

2. *Preventivní intervence*. Cílem preventivní intervence je přizpůsobit prostředí dítěti tak, aby vyhovovalo jeho kognitivnímu stylu, percepčním problémům a potížím s časovým odhadem. Místo toho, abychom se dítě snažili přimět k adaptaci na běžné prostředí, uzpůsobujeme již na začátku práce s dítětem jeho okolí tak, aby se v něm cítilo bezpečně. Dítě je následně schopno lépe přijímat nové informace a snižuje se pravděpodobnost rozvoje problematického chování.

3. *Následná intervence*. Následná intervence se vždy používá ve spojení s preventivní a adaptivní intervencí. Jejím nejčastějším cílem je odstranění

agresivity, sebepoškozování, stereotypního chování, obsedantního dodržování rituálů, smyslové hypersenzitivity, afektivních záchvatů či extrémního odmítání sociálního kontaktu.

Vlastní způsoby intervence dělíme na intervence zaměřené na rozvoj dovedností jedince s PAS a na intervence zaměřené na zvládání jejich problémového chování (Hrdlička, Komárek, 2004). Vzhledem k tématu práce se omezíme pouze na intervence zaměřené na rozvoj dovedností, z nichž patrně nejvýznamnější je metodika strukturovaného učení. Tato metodika se v praxi jeví jako velmi efektivní a v České republice se používá ve speciálních třídách pro děti s autismem, při individuální terapii i v rodinách (Thorová, 2006).

Podrobně rozpracovaný popis metodiky strukturovaného učení podávají ve své knize *Strukturované učení* Čadilová a Žampachová (2008). Uvedené autorky shrnují přínos metodiky následovně: *„Metodika strukturovaného učení zohledňuje širokou a různorodou škálu poruch autistického spektra, osobnostní a charakterové zvláštnosti každého jedince a v neposlední řadě jeho mentální úroveň. […] Intervence prováděná metodou strukturovaného učení staví na odstranění deficitů vycházejících z diagnózy porucha autistického spektra a současně rozvíjí silné stránky lidí s poruchami autistického spektra“* (Čadilová, Žampachová, 2008, s. 25-29).

Teoretickým východiskem metodiky strukturovaného učení jsou především TEACCH program a Loovasova intervenční terapie. Základem obou přístupů jsou behaviorální a kognitivně-behaviorální intervence. Behaviorální intervence se zaměřují především na změnu vnějších podmínek učení a chování, zatímco kognitivně-behaviorální intervence je zaměřena nejen na změnu vnějších podmínek, ale také na změnu myšlení. Ke třem základním principům strukturovaného učení podle Čadilové a Žampachové (2008) patří:

1. *Individualizace*. Individuálním přístupem se ve výchově a vzdělávání běžně rozumí poznání konkrétního jedince, individuální řešení jeho problémů a práce s ním v individuálním vztahu. Individualizace jako jeden z principů strukturovaného učení však jde mnohem dál. Jak již bylo uvedeno, PAS jsou značně různorodou skupinou poruch s velkou variabilitou symptomů. Nastavení intervence proto musí být pro každého konkrétního jedince individuální. To s sebou nese nejen individuální volbu výchovně-vzdělávacích metod a postupů, ale rovněž individuálně volené úlohy, individuálně upravené prostředí a individuální formy vizualizačních pobídek, komunikace a motivace.

2. *Strukturalizace*. Pro většinu lidí s PAS představuje domácí prostor jistotu a jsou v něm schopní i přes své nedostatky předvídat činnosti, které se každý den opakují. Avšak v momentu, kdy dojde k nějaké nečekané změně či události, nastává problém. Zaběhnutá rutina ani neměnnost prostředí už nestačí na to, aby si jedinec s PAS odpovědět na otázky „Kdy, kde, co, jak, jak dlouho a proč?“. V důsledku této neschopnosti se dostává do stresu a objevuje se zmatečné chování. Pomocí jednoznačně viditelného uspořádání prostředí, času a jednotlivých činností umožníme jedinci s PAS lépe se orientovat v čase a prostoru a pružněji reagovat na případné změny.

   Strukturalizace zahrnuje strukturalizaci prostoru, pracovního místa, času a činností. Strukturalizace prostoru v praxi znamená uspořádání nábytku a pracovních pomůcek takovým způsobem, který dítěti umožní předvídat, kde má jednotlivé činnosti vykonávat. Strukturalizace pracovního místa úzce souvisí se strukturou prostředí a je závislá na míře symptomatiky, motorických dovedností a intelektových schopností konkrétního dítěte. Zahrnuje zpravidla různé typy pracovních míst, které lze podle podmínek různě kombinovat. Důležité je hlavně vhodné uspořádání pracovního místa, v němž se dítě dobře orientuje a rozumí zadávaným požadavkům. Strukturalizace času se realizuje prostřednictvím nástěnných a přenosných denních režimů. Jedná se vždy o sled jednotlivých činností v průběhu dne, jež po sobě následují. Denní režim a symboly na něm umístěné tedy dítěti jasně odpovídají na otázky „Co budu dělat?“ a „Kdy to budu dělat?“. Strukturalizace činností zahrnuje především zadávání strukturovaných úkolů. Dítěti musí být na první pohled zřejmé, jakým způsobem bude pracovat a jak dlouho mu bude trvat splnění zadaného úkolu.

3. *Vizualizace*. Vizuální vnímání a myšlení patří k silným stránkám většiny jedinců s PAS. Jednotlivé formy vizuální podpory jim usnadňují zvládat snadněji a samostatněji strukturu prostoru, času a jednotlivých pracovních činností. Vizuální podoba informací také zmírňuje jejich hendikep v paměťových, komunikačních a abstraktních schopnostech. V praxi tento princip představuje využívání písemných pokynů, piktogramů, schémat, grafů, mentálních map nebo barevných kódů, které žákovi připomínají pořadí či postup řešení činnosti nebo jej informují o správném umístění předmětu a jeho funkci. Vizuální podpora vede ke zvýšení samostatnosti žáka a většímu pocitu jistoty.

Metodika strukturovaného učení je vhodná i pro práci s dětmi s jinými pervazivními vývojovými poruchami. Zavedením jejích principů se u takto postižených dětí zvyšuje flexibilita jejich myšlení a chování. Nutno podotknout, že efektivní uplatňování metodiky strukturovaného učení se opírá také o úzkou spolupráci s rodinou. Rovněž je třeba upozornit na to, že tato metodika předkládá optimistický pohled na efektivitu výchovy a vzdělávání dětí s PAS (Čadilová, Žampachová, 2008).

2.2 Včasná intervence

Institut včasné intervence u dětí s PAS nemá v České republice dlouhou historii. Kateřina Thorová (2006), přední odborník na PAS u nás, hodnotí ranou péči v naší zemi jako nedostatečnou. Chybí jí podle ní ucelená metodika a koncepce a neexistuje dostatečný počet vyškolených specializovaných pracovníků. Přitom s tím, jak přibývá odborníků, kteří se věnují problematice autismu, se rovněž zkvalitňuje i diagnostika a věková hranice pro určení diagnózy se snižuje. Každým rokem přibývá dětí mladších tří let se stanovenou diagnózou a s tím spojenou potřebou následné péče. Zařazení rodiny s dítětem s PAS do včasné péče se zároveň jeví jako klíčový faktor pro další rozvoj hendikepovaného dítěte (Čadilová, Žampachová, 2008).

Základním cílem včasné intervence je poskytnout rodině dítěte s AS speciálně-pedagogickou péči, poučit ji o základních principech přístupu k dítěti a o možnostech jeho dalšího rozvoje. Do rodiny by měl pravidelně docházet terapeut a ve větších městech je výhledově zvažován vznik terapeutických center (Thorová, 2006). V současné době jsou služby včasné intervence poskytovány několika různými, státními i nestátními organizacemi. Tato péče se může lišit, závisí na možnostech poskytovatele, místě, kde se realizuje, a má převážně podobu terénní služby (Čadilová, Žampachová, 2008).

2.3 Předškolní vzdělávání

Na včasnou intervenci navazuje předškolní vzdělávání, které včasnou intervenci dále rozvíjí a rozšiřuje. Pro rodinu je zásadní možnost přesunout péči o dítě na část dne na organizaci, která zabezpečuje předškolní vzdělávání. Včasná intervence však nekončí, dítě je i nadále v péči terapeuta, mění se ale často obsah intervenčního programu. Rodině může také

výrazně pomoci osobní asistent, který na její žádost pracuje s dítětem v podmínkách domácího prostředí a podílí se na jeho dalším rozvoji (Čadilová, Žampachová, 2008).

Zákonem č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školským zákonem), ve znění pozdějších předpisů[6], se předškolní vzdělávání stává součástí systému vzdělávání. Představuje počáteční stupeň veřejného vzdělávání, které je organizováno a řízeno ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy České republiky. Podle školského zákona (§ 33) předškolní vzdělávání *„podporuje rozvoj osobnosti dítěte předškolního věku, podílí se na jeho zdravém citovém, rozumovém a tělesném rozvoji a na osvojení základních pravidel chování, základních životních hodnot a mezilidských vztahů. Předškolní vzdělávání vytváří základní předpoklady pro pokračování ve vzdělávání. Předškolní vzdělávání napomáhá vyrovnávat nerovnoměrnosti vývoje dětí před vstupem do základního vzdělávání a poskytuje speciálně pedagogickou péči dětem se speciálními vzdělávacími potřebami.“*

Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání (2004) uvádí, že předškolní vzdělávání může na základě dlouhodobého a každodenního styku s dítětem i jeho rodiči plnit i úkol diagnostický: *„Dětem, které to potřebují (dětem s nerovnoměrnostmi ve vývoji, dětem se zdravotním postižením, se zdravotním a sociálním znevýhodněním), má předškolní vzdělávání, na základě znalosti aktuální úrovně rozvoje dítěte i jeho dalších rozvojových možností, poskytovat včasnou speciálně pedagogickou péči a tím zlepšovat jejich životní i vzdělávací šance.“*

Do předškolního vzdělávání jsou zařazovány i děti s PAS, které jsou chápány jako děti se speciálními vzdělávacími potřebami. Jedná se o děti, u nichž je vývoj výrazně opožděn a příznaky autismu se projevily v plné míře, stejně jako o děti, u nichž jsou symptomy mírné a intelekt je v normě (případ dětí s AS). Některé z těchto dětí již prošly včasnou intervencí, u jiných byla diagnóza stanovena těsně před nástupem, a další diagnózu nemají a jejich zvláštnosti vyplynou až v kontaktu s vrstevníky (často právě případ dětí s AS) (Čadilová, Žampachová, 2008).

Dětem s PAS se následně nabízí tři možnosti předškolního vzdělávání (Thorová, 2006):

[6] Školský zákon, novelizován pod č. 82/2015, nabyde účinnosti 1. září 2016.

1. V České republice funguje několik zařízení, které poskytují speciální předškolní program pro děti s PAS (taková zařízení nalezneme například v Praze, Brně, Ostravě, Šumperku či Turnově).
2. Některé děti mohou navštěvovat speciální mateřské školy, kde je jim věnována nadstandardní péče v rámci integrace mezi ostatní děti s jiným hendikepem.
3. Některé děti s mírnou formou autismu, tedy například ty s AS, mohou být integrovány do prostředí běžné mateřské školy.

Děti s AS bývají nejčastěji integrovány do běžné mateřské školy. Taková integrace v ideálním případě vypadá následovně. Rodiče dítěte nejprve kontaktují ředitele vyhlédnuté mateřské školy, kde se jim dostane přívětivého přijetí. Řediteli předají informace o možnostech vzdělávání, který vypracoval poradenský pracovník. Ředitel se následně spojí s poradenským pracovníkem a společně vytvoří další plán pomoci. Mateřská škola požádá na krajském úřadě o navýšení financí na asistenta, kterého přijme. Učitelé v mateřské škole absolvují školení zaměřené na výchovu a vzdělávání dětí s AS. Do mateřské školy dochází poradenský pracovník, který vypracuje pro dítě individuální vzdělávací program (dále je IVP), řeší případné problémy a učitelům pomáhá se zavedením programu (Thorová, 2006).

Rodiče by se ale také měli připravit i na bohužel poměrně běžný a zcela nevhodný scénář: existují rovněž mateřské školy, které děti s AS *a priori* odmítají, nebo nesouhlasí s působením asistenta, kterého vnímají jako cizí rušivý element, nebo dítěti odmítají věnovat speciální péči, protože se domnívají, že dítě speciální program nepotřebuje, a polemizují nad oprávněností diagnózy (Thorová, 2006).

2.4 Základní škola

2.4.1 Odklad školní docházky

Některé děti s AS nemusí být v šesti letech připraveny zahájit povinnou školní docházku, a proto jim někdy bývá doporučen odklad školní docházky. Školský zákon (§ 37) se k tomu vyjadřuje následovně: *„Není-li dítě po dovršení šestého roku věku tělesně nebo duševně přiměřeně vyspělé a požádá-li o to písemně zákonný zástupce dítěte do 31. května kalendářního roku, v němž má dítě zahájit povinnou školní docházku, odloží ředitel školy začátek povinné školní docházky o jeden školní rok, pokud je žádost doložena doporučujícím*

posouzením příslušného školského poradenského zařízení, a odborného lékaře nebo klinického psychologa. Začátek povinné školní docházky lze odložit nejdéle do zahájení školního roku, v němž dítě dovrší osmý rok věku.“

Odklad školní docházky, jak upozorňuje Thorová (2006), je vždy dobré prokonzultovat s poradenským pracovníkem. Je totiž potřeba zvážit celou řadu faktorů, především to, jaký bude program pro dítě v mateřské škole a zda pro něj nebude příliš jednoduchý. Může se totiž stát, že se dítě bude ve školce nudit, přestože jeho sociální dovednosti a pracovní chování jsou výrazně nezralé.

V ideálním případě nastupují děti s AS do základní školy bez odkladu. Prosté setrvání v mateřské škole pro ně nepřináší žádné zvláštní výhody. Výjimkou snad mohou být mateřské školy, které poskytují speciální program pro děti s odkladem školní docházky, v němž se program přibližuje nárokům základní školy (Thorová, 2006). Odkladem školní docházky by se rovněž neměly řešit problémy, které lze u dítěte s AS při školním vzdělávání očekávat. Pokud rodiče nakonec skutečně zvolí odklad školní docházky, tak rok navíc by měl být efektivně a správně využit, aby se dítě dokázalo připravit na školní docházku (Čadilová, Žampachová, 2008).

Někdy se vyskytne také možnost absolvovat přípravný stupeň, který bývá zřízen při základní škole speciální, pokud je taková třída koncipována jako třída pro děti s PAS a pokud se v daný rok sejde skupina dětí s odpovídajícím stupněm sociálních a komunikačních dovedností. Jak podotýkají Čadilová a Žampachová (2008), nejvhodnější by bylo děti s AS zařadit do přípravné třídy základní školy. Ta je však zřizována pouze pro žáky sociálně znevýhodněné, kteří musí podle školského zákona (§ 16 odst. 4) naplnit některou z následujících podmínek: „*(a) rodinné prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy, (b) nařízená ústavní výchova nebo uložená ochranná výchova, nebo (3) postavení azylanta, osoby požívající doplňkové ochrany a účastníka řízení o udělení mezinárodní ochrany na území České republiky podle zvláštního právního předpisu.“* Z toho vyplývá, že dítě s AS v drtivé většině případů nelze umístit do přípravné třídy základní školy.

Je třeba si uvědomit, že dítě s AS většinou nemívá problémy se zvládnutím učiva, ale spíše problémy s chováním a navazováním vztahů s vrstevníky. Výhodou dřívějšího nástupu do školy je, že dítě může na problémových dovednostech cíleně pracovat (třeba s pomocí pedagogického asistenta). Nevýhodou odkladu školní docházky je prohlubující se intelektový

náskok před vrstevníky, vyšší vzrůst, který dítě vyděluje z kolektivu, a mnohdy i paradoxně s věkem sílící odpor ke spolupráci (Thorová, 2006).

Pokud dítě nastoupí na povinnou školní docházku a v průběhu zjistí, že nestačí, může se vrátit do mateřské školy. Školský zákon (§ 37) se k tomu vyjadřuje takto: „*Pokud se u žáka v prvním roce plnění povinné školní docházky projeví nedostatečná tělesná nebo duševní vyspělost k plnění povinné školní docházky, může ředitel školy se souhlasem zákonného zástupce žákovi dodatečně v průběhu prvního pololetí školního roku odložit začátek plnění povinné školní docházky na následující školní rok.*“

2.4.2 Integrovat, nebo ne?

Děti s AS obvykle docházejí do běžných, nikoli do speciálních škol (Attwood, 2005). Integrace do běžné třídy však nemusí být vhodná pro všechny děti. Existují děti, u nichž je volba integračního přístupu jednoznačná, ale také děti, u nichž lze s vysokou mírou pravděpodobnosti říci, že prostředí běžné třídy pro ně není vhodnou variantou. Rozhodování, zda dítě integrovat mezi zdravé vrstevníky, nebo ho umístit do speciálního programu, tak bývá složité a je potřeba dobře zvážit všechna pozitiva i negativa (Thorová, 2006). Mezi pozitiva patří například:

- náročnější prostředí školy více odpovídá reálnému životu;
- dítě má možnost napodobovat chování v normálním sociálním prostředí;
- dítě není izolováno a je v kontaktu se zdravými vrstevníky;
- dítě se lépe adaptuje na pozdější studium, zaměstnání a život v dospělosti;
- dochází ke zvýšení sebevědomí dítěte i rodičů;
- v přítomnosti asistenta pedagoga má dítě zajištěn individuální přístup;
- podpořená touha některých dětí patřit mezi běžnou populaci;
- přínos pro zdravou populaci, která by se měla setkávat s jinakostí, učit se ji tolerovat a pomáhat hendikepovaným (Vosmik, Bělohlávková, 2010).

K negativním stránkám integrace patří například:

- chybí ochranné prostředí, což nevyhovuje individuálním potřebám dítěte;

- jsou méně uspokojeny specifické potřeby dítěte;
- vyšší zátěž, tím pádem i vyšší stres, což může vést k úzkosti a strachu ze selhání;
- více problémové chování (je více vidět);
- učitelům často chybí speciálně pedagogické vzdělání a zkušenosti s výukou dětí s AS;
- možnost tlaku rodičů spolužáků na odchod dítěte ze školy (nejčastěji z důvodu špatné informovanosti, strachu z agresivity nebo pocitu, že hendikepované dítě brzdí normální děti ve vzdělávání);
- zvýšené riziko šikany;
- riziko sebepodhodnocování, srovnávání se spolužáky, nemožnost zažít úspěch (Vosmik, Bělohlávková, 2010).

Vidíme tedy, že pozitiva i negativa jsou poměrně vyrovnaná. Domníváme se, že žádná plošná řešení nejsou vhodná, nýbrž že je potřeba vždy přihlédnout ke konkrétní situaci konkrétního dítěte. To, zda je integrace vhodná, pak záleží na mnoha faktorech: na přání rodičů i dítěte, na doporučení odborného pracoviště, které posoudí schopnosti dítěte, na připravenosti a možnostech školy a na osobnostech případných učitelů.

2.4.3 Podmínky a principy vzdělávání v běžné škole

Pokud má být vzdělávání žáka s AS v běžné základní škole efektivní, musíme pro tento proces zajistit určité podmínky a dodržovat jisté principy. Vosmik a Bělohlávková (2010) jich uvádějí následujících osm:

1. Žák musí cítit silnou míru předvídatelnosti v průběhu celé výuky i přestávek. To znamená, že musíme minimalizovat jakékoliv náhodné změny, vyloučit chaos a mít za všech okolnosti jasně určená místa a čas. Školní prostředí je sice samo o sobě poměrně hodně strukturované, ale pro žáka s AS je potřeba tuto strukturu ještě prohloubit a neměnit ji.
2. Žák musí mít možnost vyjadřovat se, a to zvláště k okolnostem, které se přímo dotýkají jeho osoby.

3. Žák musí být veden ke stále větší a větší samostatnosti. V praxi to znamená, že pomoc pedagogického asistenta by se měla postupem času snižovat a omezovat.

4. Žák musí mít IVP, který mu musí být „ušitý na míru“. To znamená, že musí být vypracován na základě podrobných výsledků odborného psychologického vyšetření žáka. Žáci s AS totiž mívají nevyrovnaný vývojový profil schopností. Z toho důvodu musí učitel dobře znát jednotlivé oblasti vývoje žáka, aby nepřeceňoval nebo naopak nepodceňoval jeho schopnosti. Vosmik a Bělohlávková (2010) však v této souvislosti upozorňují na smutnou skutečnost, že ve většině psychologických zpráv takové podrobné vyhodnocení schopností žáka chybí.

5. Učitelé musí být o problematice AS odborně proškoleni, musí se sami aktivně podílet na tvorbě IVP a musí úzce spolupracovat s rodiči žáka a pracovníky poradenského centra. Rovněž musí být schopni vybírat co nejvhodnější výukové strategie podle konkrétní situace.

6. Žák musí být neustále motivován k učení. Učitel musí dbát na vysvětlování všech činností ve výuce a jejich zdůvodňování. Kromě obvyklého úvodního sdělování, co bude tématem hodiny, je třeba navázat učivo na předchozí výuku, uvést ho do souvislostí, případně klíčové myšlenky a fakta krátce zopakovat. Dále je nutno sdělit, jakou formou bude téma pojednáno, a pro žáka s AS je důležitý i časový harmonogram jednotlivých činností (ve výuce se totiž nikdy nevyhneme neoblíbeným činnostem, ale pokud žák ví, kolik času potrvají, snáze zmírníme jeho úzkost a neochotu činnost vykonávat). Nakonec nesmíme zapomínat žáka za dobře odvedenou práci vhodně odměňovat.

7. Musí být zajištěna úzká spolupráce rodičů a školy. Rodiče se musí aktivně podílet na individuální integraci, což předpokládá jejich dobrou informovanost a dobrý vztah s asistentem pedagoga a vedením školy.

8. Musí být zajištěna kvalitní a rychlá pomoc odborníků, kteří se na integraci žáka podílejí.

2.4.4 Individuální vzdělávací plán

IVP je nejdůležitějším dokumentem v plánování výchovně-vzdělávací intervence. Základem pro jeho vytvoření je stanovení vývojové úrovně postiženého žáka v jednotlivých oblastech a stanovení priorit pro budoucí intervenci. Vývojový profil žáka s AS je zpravidla nerovnoměrný, což vede k obtížím a problémům se sestavováním IVP. Pokud má být zvolená intervence účinná, je třeba, aby brala ohled na všechna specifika postižení a vývoje daného žáka. Musí být používány takové speciální metody, postupy, strategie a pomůcky, které žákovi s AS umožní získávat co nejméně zkreslené informace. Pouze uplatňování komplexního přístupu, týmové práce odborníků a individuálního přístupu může dát žákovi s AS šanci na plnohodnotný rozvoj (Čadilová, Žampachová, 2008).

Kvalitní a funkční IVP je pro děti s AS nutný na všech typech a stupních škol a zařízení, počínaje již předškolní intervencí. Celosvětovým trendem v současnosti je cílená intervence v co nejmladším věku, aby dítě již do základní školy nastupovalo s minimálními adaptačními problémy, s vytvořenými pracovními návyky a komunikačními dovednostmi. IVP rovněž nemusí být sestaven pouze pro zařízení, kam dítě dochází, ale také pro rodiče nebo vysokoškolské asistenty, kteří provádějí intervenci v domácím prostředí. Výraznějšího pokroku ve vývoji dítěte lze dosáhnout právě pouze spoluprací rodiny, zařízení, do něhož dítě dochází, a poradenského pracoviště (Čadilová, Žampachová, 2008).

Struktura a sestavování IVP vychází ze Zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů: *„Ředitel školy může s písemným doporučením školského poradenského zařízení povolit nezletilému žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami nebo s mimořádným nadáním na žádost jeho zákonného zástupce a zletilému žákovi nebo studentovi se speciálními vzdělávacími potřebami nebo s mimořádným nadáním na jeho žádost vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu. Ve středním vzdělávání nebo vyšším odborném vzdělávání může ředitel školy povolit vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu i z jiných závažných důvodů.“* (§ 18)

„Ministerstvo stanoví prováděcím právním předpisem pravidla a náležitosti zjišťování vzdělávacích potřeb dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů nadaných a úpravu organizace, přijímání, průběhu a ukončování vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a nadaných, náležitosti individuálního vzdělávacího plánu a podmínky pro přeřazování do vyššího ročníku.“ (§ 19)

Tímto prováděcím předpisem je Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění pozdějších předpisů[7]. Podrobnější informace o sestavování a obsahu IVP uvádí § 6 této vyhlášky:

„Individuální vzdělávací plán se stanoví v případě potřeby především pro individuálně integrovaného žáka, žáka s hlubokým mentálním postižením, případně také pro žáka skupinově integrovaného nebo pro žáka speciální školy. Individuální vzdělávací plán vychází ze školního vzdělávacího programu příslušné školy, závěrů speciálně pedagogického vyšetření, popřípadě psychologického vyšetření školským poradenským zařízením, popřípadě doporučení registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo odborného lékaře nebo dalšího odborníka, a vyjádření zákonného zástupce žáka nebo zletilého žáka. Je závazným dokumentem pro zajištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka. Individuální vzdělávací plán je součástí dokumentace žáka.“ (Vyhláška č. 73/2005 Sb., § 6, odst. 1-3)

Odstavec 4 následně vymezuju strukturu IVP. IVP musí obsahovat:

a) *„údaje o obsahu, rozsahu, průběhu a způsobu poskytování individuální speciálně pedagogické nebo psychologické péče žákovi včetně zdůvodnění,*

b) *údaje o cíli vzdělávání žáka, časové a obsahové rozvržení učiva, včetně případného prodloužení délky středního nebo vyššího odborného vzdělávání, volbu pedagogických postupů, způsob zadávání a plnění úkolů, způsob hodnocení, úpravu konání závěrečných zkoušek, maturitních zkoušek nebo absolutoria,*

c) *vyjádření potřeby dalšího pedagogického pracovníka nebo další osoby podílející se na práci se žákem a její rozsah; u žáka střední školy se sluchovým postižením a studenta vyšší odborné školy se sluchovým postižením se uvede potřebnost nezbytných tlumočnických služeb a jejich rozsah, případně další úprava organizace vzdělávání,*

d) *seznam kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů nezbytných pro výuku žáka nebo pro konání příslušných zkoušek,*

[7] Tuto vyhlášku nahradí Vyhláška č. 27/2016, která nabyde účinnosti 1. září 2016.

e) *jmenovité určení pedagogického pracovníka školského poradenského zařízení, se kterým bude škola spolupracovat při zajišťování speciálních vzdělávacích potřeb žáka,*

f) *předpokládanou potřebu navýšení finančních prostředků nad rámec prostředků státního rozpočtu poskytovaných podle zvláštního právního předpisu, kterou se stanoví členění krajských normativů, ukazatele rozhodné pro jejich stanovení, jednotky výkonu pro jednotlivé krajské normativy, vztah mezi ukazateli a jednotkami výkonu, ukazatele pro výpočet minimální úrovně krajských normativů a zásady pro zvýšení krajských normativů (vyhláška o krajských normativech).,*

g) *závěry speciálně pedagogických, popřípadě psychologických vyšetření.“*

Při plánování výchovně-vzdělávací intervence je potřeba u dětí s AS zohlednit jejich nerovnoměrný vývojový profil, rozvíjet ty oblasti, kde se objevují nedostatky (sociální chování, komunikace, představivost), a stavět na tom, v čem je dítě s AS úspěšné (vizuální myšlení, paměť). Současně je potřeba důsledně vycházet z metodiky strukturovaného učení. IVP by tedy kromě výše uvedených formálních náležitostí obsahovat také:

a) jakým způsobem bude upraveno prostředí,

b) jaký bude použit denní režim,

c) jak individuálně uplatnit metody a postupy výchovně-vzdělávací intervence,

d) jaký bude použit motivační systém (Čadilová, Žampachová, 2008).

IVP je vypracován zpravidla před nástupem žáka do školy, nejpozději však jeden měsíc po nástupu žáka do školy nebo po zjištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka. IVP může být doplňován a upravován v průběhu celého školního roku podle potřeby. Za jeho zpracování odpovídá ředitel školy. IVP se vypracovává ve spolupráci se školským poradenským zařízením a zákonným zástupcem žáka nebo zletilým žákem. Ředitel školy následně seznámí s IVP zákonného zástupce žáka nebo zletilého žáka, který tuto skutečnost potvrdí svým podpisem (Vyhláška č. 73/2005 Sb., § 6, odst. 5-7).

Školské poradenské zařízení sleduje a dvakrát ročně vyhodnocuje dodržování postupů a opatření stanovených v IVP a poskytuje žákovi, škole i zákonnému zástupci žáka poradenskou podporu. V případě nedodržování stanovených opatření informuje o této skutečnosti ředitele školy (Vyhláška č. 73/2005 Sb., § 6, odst. 8).

2.4.5 Osobnost učitele a jeho příprava

Úspěšná integrace dítěte s AS do prostředí běžné základní školy není možná bez informovaných učitelů. Je zřejmé, že po učitelích nelze chtít speciální péči, pokud nejsou o diagnóze informováni a při vzdělávání metodicky vedeni. Někteří psychologové nebo psychiatři svou pomoc škole omezují na zprávu obsahující prostý popis syndromu a žádost o toleranci. I sebetolerantnější učitel však může napáchat více škody než užitku. Jak uvádí Vosmik a Bělohlávková (2010), klasickou reakcí neinformovaného učitele bývá to, že žáka s AS nechává na pokoji, nic po něm nechce a nechává ho projít, aby on sám měl klid. Zmiňovaní autoři k tomu podotýkají, že *„takový přístup je stejně nežádoucí jako případ, kdy učitel sice informován je, ale stejně nerespektuje individualitu dítěte ani IVP, jednoduše nevěří závěrům psychologa“* (Vosmik, Bělohlávková, 2010, s. 74).

Dobrý učitel by měl disponovat určitými vlastnostmi. V prvé řadě by měl být ochotný spolupracovat s dalšími odborníky. Dále by měl být klidný, měl by mít předvídatelné emoční reakce, měl by umět přizpůsobovat výukový plán potřebám žáka a měl by žákovi zdůrazňovat jeho silné stránky a pozitivní vlastnosti. Výhodou je i přirozený smysl pro humor. Žák s AS totiž učitele v jednu chvíli dokáže svými znalostmi zcela okouzlit, zatímco v jinou chvíli mu svým chováním může pořádně zamotat hlavu (Attwood, 2005).

AS se mimo jiné vyznačuje také proměnlivostí příznaků v průběhu dní. Pokud má žák s AS pozitivní den, tak se velmi dobře soustředí, poslouchá, hraje si s kamarády a učí se. Má-li naopak nepříznivý den, tak je pohlcen sám sebou, chybí mu sebedůvěra a působí dojmem, jako by nic neuměl. Příznaky se tedy objevují v jakýchsi „přílivech a odlivech“ (Attwood, 2005).

V nepříznivých dnech nemá smysl na dítě naléhat a je lepší se zaměřit na činnosti, které má už osvojené a v nichž je úspěšné. Důležitá je tudíž trpělivost učitele a výdrž v čekání, než nepříznivé dny odezní a přijdou ty pozitivní. Pokud je období mezi pozitivními a negativními dny příliš dlouhé, je vhodné, aby si učitel i rodiče vedli deník, jehož prostřednictvím se pokusí zjistit, které vnější a vnitřní změny přispívají k pozitivním dnům dítěte (Attwood, 2005).

Attwood (2005) dále upozorňuje na skutečnost, že není nutné, aby učitel měl zkušenost s podobnými dětmi, protože každé dítě s AS je jedinečné a symptomatika je tak různorodá, že pro každé je třeba vymýšlet individuálně vhodné strategie. Klíčový je hlavně zájem učitele o získání pomoci pro sebe i pro žáka.

Co se odborné přípravy učitele týče, Vosmik a Bělohlávková (2010) na základě svých zkušeností doporučují, aby na škole, kde se vyskytnul žák s AS, proběhlo školení pro učitele, prováděné odborníkem na PAS (či nejlépe přímo odborníkem na AS). Dále pak aby byl vypracován podrobný IVP ve spolupráci se speciálním pedagogem a aby se konaly častější supervize ze strany psychologa, behaviorálního terapeuta nebo speciálního pedagoga ve škole. Nezbytná je též užší spolupráce s rodiči hendikepovaného žáka. Rovněž je potřeba počítat s tím, že příprava a vzdělávání učitele není jednorázovou záležitostí, protože příznaky syndromu se u žáka mohou v čase výrazně měnit, čemuž se musí přístup i nároky učitele neustále přizpůsobovat.

2.4.6 Asistent pedagoga

Na doporučení pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálně pedagogického centra lze posílit předškolní nebo školní zařízení osobou asistenta pedagoga. Asistent pedagoga je v podstatě pomocník pedagoga, který se může významnou měrou podílet na vzdělávacím procesu ve škole, ale také mimo ni. Podílí se na podpůrném vzdělávání a integraci žáka se sociálním nebo kulturním znevýhodněním, žáka se speciálními vzdělávacími potřebami a rovněž žáka mimořádně nadaného (Průcha, 2009).

O navýšení finančních prostředků na plat asistenta žádá svého zřizovatele příslušné školské zařízení. Podrobnější informace lze nalézt ve Vyhlášce č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění pozdějších předpisů. Podle této vyhlášky žádost o souhlas se zřízením funkce asistenta pedagoga musí obsahovat „*název a sídlo právnické osoby, která vykonává činnost školy, počet žáků a tříd celkem, počet žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, dosažené vzdělání asistenta pedagoga, předpokládanou výši platu nebo mzdy, zdůvodnění potřeby zřízení funkce asistenta pedagoga, cíle, kterých chce ředitel školy zřízením této funkce ve škole dosáhnout, a náplň práce asistenta pedagoga.*“ (§ 7)

Asistent pedagoga je, především v počátcích školní docházky, nezbytnou podmínkou individuální integrace žáka s AS. Jedním z cílů integrace je adaptace žáka na běžný život, proto je vhodné pomoc asistenta postupem času snižovat, i když nelze předem přesně říci, jak dlouho bude žák asistenta potřebovat. U některých žáků je to třeba jen jeden rok, u jiných je asistent třeba po celou dobu studia. Je to tedy zcela individuální (Vosmik, Bělohlávková, 2010).

Náplň práce pedagogického asistenta stanovuje ředitel školy, a to podle konkrétních potřeb konkrétního žáka. Vychází přitom zpravidla z doporučení pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálně pedagogického centra. V případě nepřítomnosti hendikepovaného žáka může ředitel asistenta úkolovat také jinou prací (například přípravou pomůcek, kopírováním materiálů nebo administrativní činností). K hlavním činnostem pedagogického asistenta u žáka s AS patří (Vosmik, Bělohlávková, 2010):

- Individuální práce s žákem podle pokynů učitele, která zahrnuje dohled nad žákem, verbální podporu, dodatečné vysvětlování nebo vizuální podporu.
- Pomoc při přizpůsobování se školním podmínkám, která zahrnuje:
    - pomoc při orientaci v prostoru a čase;
    - pomoc při rozvoji sociálních dovedností;
    - pomoc při řešení konfliktů mezi spolužáky;
    - pomoc při komunikaci a navazování sociálních vztahů;
    - nácvik a rozvoj komunikace;
    - podílení se na vytváření pracovních a hygienických návyků;
    - zajišťování bezpečnosti žáka při laboratorních pracích, tělesné výchově, mimoškolních akcích apod.;
    - usměrňování problémového chování žáka;
    - zajištění dohledu o přestávkách a volných hodinách;
    - zajištění relaxace;
    - zprostředkování komunikace mezi rodinou a školou.
- Pomoc při přípravě pomůcek a materiálů pro žáka.
- Spolupráce při tvorbě individuálního vzdělávacího plánu. Za tím účelem musí asistent pedagoga:
    - pozorovat chování žáka a vést si o něm záznamy (zvláště o výrazných změnách v jeho chování);
    - sledovat studijní výsledky žáka a vést si o nich záznamy (zvláště o výrazných zlepšeních nebo zhoršeních v jednotlivých předmětech);
    - konzultovat výsledky svých pozorování s učiteli, výchovným poradcem, třídním učitelem nebo speciálním pedagogem.

Tento výčet činností samozřejmě není zcela vyčerpávající a v praxi musí být vždy přizpůsoben specifikům konkrétního žáka.

2.4.7 Výchovný poradce

Koordinace péče o integrované studenty spadá zpravidla do kompetencí výchovného poradce. Výchovný poradce by měl mít k dispozici přímé kontakty na odborníky, měl by mít možnost s nimi kdykoli konzultovat problémy vzniklé při integraci a měl by vést veškerou dokumentaci o žákovi s IVP. Dokumentace by měla mít následující podobu (Vosmik, Bělohlávková, 2010):

1. První část by měla obsahovat chronologicky seřazené zprávy z vyšetření žáka, to znamená lékařskou, psychologickou, psychiatrickou, neurologickou či speciálně-pedagogickou zprávu (podle toho, jaké jsou k dispozici). Tato část by měla být důvěrná a kromě týmu odborníků, kteří o žáka pečují, by k nim neměl mít nikdo přístup.

2. Druhá část by měla zahrnovat veškeré materiály sloužící k jednání s úřady, to znamená odborný posudek poradenského zařízení, jehož kopie úřady vyžadují, žádost a o zřízení funkce asistenta pedagoga, souhlas se zřízením funkce asistenta pedagoga a všechny další žádosti, korespondence a posudky. Tato část by měla být vždy připravena k nahlédnutí a ke kontrole, kterou provádí školní inspekce.

3. Ve třetí části by měl být obsažen IVP. I tato část je určena k nahlížení a kontrole, a to všech, kdo se na integraci žáka podílejí.

4. Do čtvrté části – která není povinná, ale přesto se doporučuje – je vhodné zakládat všechny významné údaje z průběhu integrace, to znamená kopie důležitých záznamů z diáře žáka, poznámky asistenta, významné výsledky žáka, zápisy z jednání s rodiči a odborníky, poznámky rodičů, učitelů nebo odborníků ze supervizí. Tato část je důležitá především z dlouhodobého hlediska, slouží jako dobrá zpětná vazba pro školu i odborníky a v budoucnu může přispět ke zlepšení péče o žáky s AS. Zároveň by tato část měla být rovněž důvěrná a přístupná pouze odborníkům.

Celá dokumentace by měla být uložena u výchovného poradce na veřejností nepřístupném místě ve škole.

2.5 Střední škola

Po absolvování základní školy se mnozí žáci s AS rozhodují, kde pokračovat ve vzdělávání. V praxi je můžeme nalézt na všech typech středních škol. Navštěvují střední odborná učiliště, střední odborné školy i gymnázia. Někteří z nich se neobejdou bez pomoci pedagogického asistenta. Podobně jako u základních škol je důležitá informovanost učitelů, ředitele školy a jejich komunikace s rodiči žáka a poradenským pracovištěm (Thorová, 2006).

Nástup na střední školu s sebou přináší také nové problémy. Na základní škole, hlavně na prvním stupni, je žák s AS v kontaktu pouze s omezeným počtem učitelů, s nimiž se dobře zná. Atmosféra na prvním stupni rovněž bývá velmi vstřícná, někdy až rodičovská, a netypické chování žáka s AS tak nachází větší pochopení. Učitelé na střední škole bohužel často nemají čas zabývat se žáky příliš individuálně, protože musí dodržovat přísnější učební osnovy. Také spolužáci bývají vůči jedincům s AS méně ohleduplní a tolerantní (Attwood, 2005).

Často se rovněž stává, že příznaky syndromu v tomto věku nejsou příliš výrazné. A protože řada učitelů nemá o AS ani ponětí, nového žáka považují za drzého, vzdorovitého a nevychovaného. V některých případech dospějí k závěru, že je citově narušený a že jej ke kázni mohou přimět běžnými prostředky. Konfrontace je pak nevyhnutelná, i když by jen stačilo, kdyby všichni učitelé na škole byli seznámeni s tím, že na škole je nový žák s AS, a měli alespoň základní představu o tom, co tato porucha obnáší (Attwood, 2005).

V posledním ročníku střední školy čeká žáka s AS náročná příprava na maturitní zkoušku. Plán přípravy by měl být zahrnut i do IVP. S výběrem maturitních předmětů obvykle nebývá problém, protože se jedná o předměty, které žáka zajímají a v nichž vyniká. Přesto by se příprava neměla podcenit, protože i v oblíbených předmětech existují témata, která žák s AS hodnotí jako pro něj nedůležitá. A právě na tato témata by měl být v přípravě kladen důraz. Vosmik a Bělohlávková (2010) doporučují následující opatření k přípravě na maturitní zkoušku:

1. Maturitní otázky by měly být žákovi předány včas (nejlépe již na konci třetího ročníku), v případě nové maturity by měly být předány rovněž ukázkové testy.

2. Maturitní otázky by měly mít podrobnější a konkrétnější formulaci. Vhodné je vytvořit podrobnou osnovu každé otázce. Žák musí vědět, co všechno v sobě otázka zahrnuje. Osnovu k otázkám je nezbytné s žákem průběžně konzultovat, aby měl vyučující jistotu, že žák všem zadáním rozumí.
3. Žák by měl mít možnost maturitní otázky konzultovat. Pod dohledem vyučujícího si žák podle osnovy vypracovává jednotlivé otázky a předává je ke kontrole v předem určených termínech.
4. V předem dohodnutých termínech je žák z maturitních otázek přezkušován. Je vhodné se nespoléhat jen na konzultace, ale opravdu zkoušet, protože si žák nemusí dostatečně uvědomovat závažnost zkoušky. Intervaly přezkušování záleží na dohodě, ale měly by být koordinovány. Nejlepší je vytvořit harmonogram na celý rok, aby se zkoušení z jednotlivých předmětů nekryla, a tento harmonogram pak zahrnout od IVP.

V kontextu nové maturity je žák s AS považován za žáka se speciálními vzdělávacími potřebami, což mu umožňuje konat maturitní zkoušku za uzpůsobených podmínek, které zohledňují jeho vzdělávací potřeby. Na základě odborného posudku poradenského pracoviště, v němž je podrobně popsána povaha hendikepu a úprava podmínek pro konání maturitní zkoušky, rozhodne ředitel školy o zařazení žáka do příslušné kategorie a skupiny studentů se speciálními vzdělávacími potřebami. Rozhodnutím ředitele školy vzniká žákovi nárok na uzpůsobení podmínek. Uzpůsobení se může týkat následujících oblastí: navýšení časového limitu, umístění žáka se speciálními vzdělávacími potřebami do samostatné učebny, možnost použití kompenzačních pomůcek, upravené testové materiály nebo možnost využití pomoci asistenta. Podrobnosti stanovuje vyhláška č. 214/2015 Sb., o bližších podmínkách ukončování vzdělávání ve středních školách maturitní zkouškou.

2.6 Vysoká škola

Specifické zájmy jedinců s AS, k nimž často patří přírodní vědy, je mohou dovést k vysokoškolskému studiu a dokonce k akademickému zaměstnání. Ostatně univerzity jsou známy tím, že tolerují nezvyklé osobnosti, obzvláště jsou-li originální a za výzkum by „položily život“. Attwood (2005) se domnívá, že společnost by mohla jedině získat, kdyby vlastnosti jedinců s AS více uznávala a podporovala jejich rozvoj.

Vysoká škola ale pro některé jedince s AS může představovat problém. Mohou selhávat v sociálních a praktických situacích, kvůli čemuž mají problém školu dokončit nebo jich několik vystřídají. Často se totiž učí pouze informace, které sami považují za důležité, a zbylé prostě ignorují. Mnohdy nectí autority a nedokáží se přizpůsobit sociálním požadavkům, které studium vždy do jisté míry vyžaduje (dohodnout si zkoušky, omluvit se, pamatovat si jména, dodržovat pravidla slušného chování apod.). Školní úspěchy a neúspěchy také někdy nejsou doprovázeny emočními prožitky, a proto někteří studenti s AS nejsou dostatečně ctižádostiví k dobrému výkonu, zkoušky berou jako běžnou rutinu a hrozba vyhození ze školy je nijak zvlášť nestresuje (Thorová, 2006).

Nicméně platí, že za řadou vědeckých objevů a uměleckých děl stojí jedinci s AS. Ke známým osobnostem, jimž byl diagnostikován AS, patří například hudebník James Durbin, zpěvačka Susan Boyle, herečka Daryl Hannah, herec Dan Aykroyd, modelka Heather Kuzmich nebo vědkyně Temple Grandin (Schocker, 2013). Existují také spekulace o tom, že některé slavné osobnosti z minulosti měly AS. Mezi takové osobnosti bývají řazeni matematik a fyzik Isaac Newton, americký prezident Thomas Jefferson, skladatel Wolfgang Amadeus Mozart, vynálezce Thomas Edison, malíř Vincent van Gogh, spisovatel Franz Kafka, filozof Ludwig Wittgenstein, matematik a kryptograf Alan Turing a řada dalších (www.disabled-world.com).

3 Praktická část

3.1 Cíl a předpoklady výzkumu

V teoretické části diplomové práce jsme se nejprve zabývali obecnými aspekty vztahujícími se k AS a poté problematikou výchovy a vzdělávání jedinců s AS. Konstatovali jsme, že klíčovou roli ve výchově a vzdělávání jedince s AS hraje učitel informovaný a vzdělaný v problematice AS. Cílem praktické části bude zjistit, nakolik jsou pedagogové běžných základních škol seznámeni s problematikou AS, zda jsou příznivě nakloněni integraci žáků s AS do prostředí běžné základní školy a zda znají základní podmínky a principy, které by vzdělávání žáků s AS mělo splňovat.

Na základě poznatků z odborné literatury a vlastních zkušeností jsme pro výzkumné šetření stanovili následující předpoklady:

1. Většina pedagogů běžných základních škol se již někdy setkala s pojmem AS.
2. Většina pedagogů běžných základních škol ví, co pojem AS označuje.
3. Většina pedagogů běžných základních škol je přesvědčena o prospěšnosti integrace jedinců s AS do prostředí běžné základní školy.
4. Většina pedagogů běžných základních škol neví, jaké podmínky a principy by vzdělávání jedinců s AS mělo splňovat.

3.2 Výzkumné metody

Pro potřeby našeho výzkumu byla použita dotazníková metoda. Dotazníková metoda bývá definován jako *„metoda hromadného získávání údajů pomocí písemných otázek“* (Hartl, Hartlová, 2010, s. 107). Dotazník je tedy v podstatě *„soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně“* (Chráska, 2007, s. 163).

V pedagogickém výzkumu se dotazníková metoda využívá poměrně často. Její nespornou výhodou je, že umožňuje vcelku rychlé a ekonomické shromažďování dat od velkého počtu respondentů. Na druhou stranu získaná data mají vždy jen podmíněnou platnost a vyžadují velmi obezřetnou interpretaci. Dotazníkové metodě bývá často také vytýkáno, že

nezjišťuje to, jací respondenti skutečně jsou, ale jen to, jak sami sebe vidí, nebo chtějí, aby byli viděni (Chráska, 2007).

Podle toho, jakým způsobem má respondent v určité položce dotazníku odpovědět, lze rozdělit položky na otevřené a uzavřené. Zatímco u otevřených položek respondent odpověď sám vytváří, u uzavřených položek pouze vybírá z odpovědí předem navržených. V našem výzkumu jsme zvolili 12 uzavřených položek. Hlavní výhodou uzavřených položek je, že se podstatně zjednodušuje vyhodnocování odpovědí a že je většina respondentů ochotněji vyplňuje. Na druhé straně nevýhodou těchto položek je skutečnost, že všechny možné druhy odpovědí jsou násilně vměstnávány do určitého předem připraveného schématu.

Některé z položek dotazníku zjišťovaly fakta, jiné postoje a znalosti. Některé měly dichotomickou formu, jiné formu polytomickou. První část položek zjišťovala obeznámenost s pojmem AS, jeho významem, klasifikačním zařazením a základní symptomatikou AS. Druhá část otázek zjišťovala názor respondentů na prospěšnost integrace žáka s AS do prostředí běžné školy. Ve třetí části jsme se dotazovali na podmínky a principy, které by vzdělávání žáků s AS mělo splňovat. Poslední, čtvrtá část se týkala demografických údajů respondentů. Kompletní znění dotazníku včetně průvodního dopisu je obsaženo v příloze.

3.3 Průběh výzkumu

Dotazník byl vytvořen na začátku února 2016 prostřednictvím aplikace Formuláře Google a rozeslán učitelům běžných základních škol po celé České republice prostřednictvím e-mailu. Dotazník bylo možné vyplnit od 15. února 2016 do 26. února 2016.

Někteří nám známí pedagogové na požádání dotazník rozeslali dále svým kolegům, a tak nelze určit, jaká byla jeho návratnost. Z celkového počtu oslovených bylo ochotno dotazník vyplnit 147 osob. Protože nakonec 10 respondentů uvedlo, že se nikdy nesetkalo s pojmem AS a zároveň, že ví přesně, co tento pojem znamená, nebo že mají určitou základní představu o tom, co tento pojem označuje, byly jejich odpovědi vyřazeny jako nedůvěryhodné.

Vyhodnocení dotazníku proběhlo prostřednictvím programu Microsoft Excel. Pro přehlednost a snadnější orientaci jsme výsledky dotazníku zpracovali do tabulek a grafů.

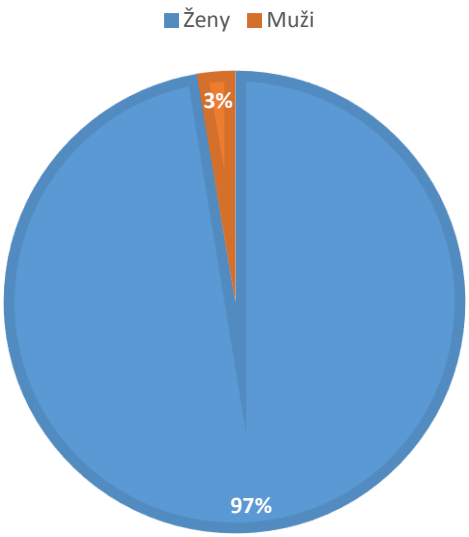
3.4 Popis zkoumaného vzorku

Výzkumný vzorek činil 137 pedagogů běžných základních škol z celé České republiky. Počet ženských respondentů přitom výrazně převyšoval počet mužských respondentů: výzkumu se účastnilo 120 (97 %) žen a 17 (3 %) mužů.

Tabulka 1 – Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	Ženy	Muži
Počet respondentů	120	17

Graf 1 – Pohlaví respondentů

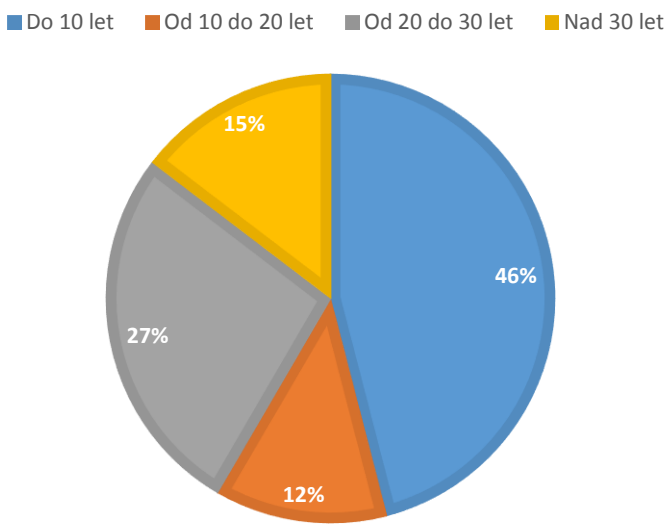


Další zkoumaným faktorem byla délka pedagogické praxe respondentů. K dispozici byly následující možnosti: (a) do 10 let, (b) od 10 do 20 let, (c) od 20 do 30 let a (d) nad 30 let. Z celkového počtu 137 (100 %) respondentů uvedlo 63 (46 %) respondentů délku pedagogické praxe do 10 let, 17 (12 %) respondentů od 10 do 20 let, 37 (27 %) respondentů od 20 do 30 let a 20 (15 %) respondentů nad 30 let.

Tabulka 2 – Délka pedagogické praxe respondentů

Možné odpovědi	Do 10 let	Od 10 do 20 let	Od 20 do 30 let	Nad 30 let
Počet odpovědí	63	17	37	20

Graf 2 – Délka pedagogické praxe respondentů



Chráska (2007) uvádí, že otázky zjišťující demografické údaje o respondentovi nejsou vhodné jako úvodní položky dotazníku, protože mohou vzniknout pochybnosti o anonymitě dotazníku a nedůvěra k výzkumníkovi. Z psychologického hlediska tedy bývá vhodnější položky zjišťující demografické údaje zařadit až na závěr dotazníku, a tak jsme také učinili.

3.5 Analýza a vyhodnocení výzkumu

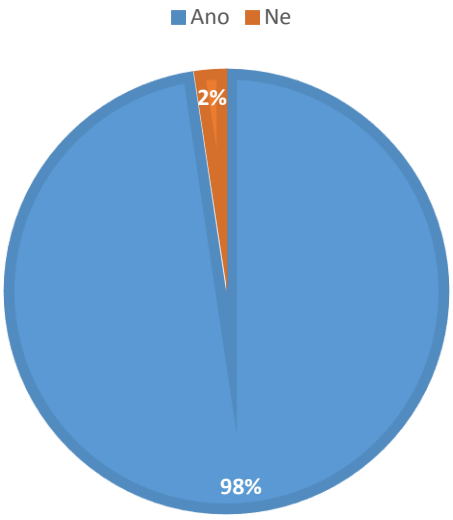
V tomto oddílu se zaměříme na podrobný rozbor získaných informací. Každou položku dotazníku popíšeme a uvedeme její výsledky. Aby byla získaná data přehlednější a čitelnější, budeme výsledky prezentovat rovněž prostřednictvím tabulek a grafů.

První položka dotazníku byla tzv. kontaktní položka. Tato položka slouží k vytvoření kontaktu mezi respondentem a výzkumníkem. Bývá snadná a nenáročná a uvádí respondenta do zkoumané problematiky. V našem případě byla kontaktní položkou otázka: „Setkali jste se již někdy s pojmem Aspergerův syndrom?“ Z celkového počtu 137 (100 %) respondentů jich 5 (4 %) uvedlo, že nikoliv, zatímco 132 (96 %) respondentů se s tímto pojmem již v nějaké souvislosti setkalo.

Tabulka 3 – Položka č. 1 – Setkali jste se již někdy s pojmem Aspergerův syndrom?

Možné odpovědi	Ano	Ne
Počet odpovědí	132	5

Graf 3 – Položka č. 1 – Setkali jste se již někdy s pojmem Aspergerův syndrom?

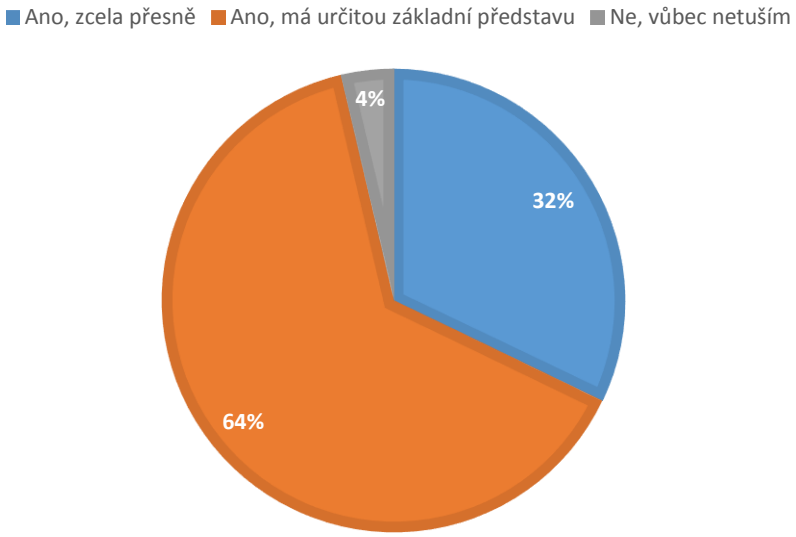


Druhá položka dotazníku zjišťovala, zda jsou respondenti přesvědčeni, že znají význam pojmu AS. Její přesná formulace zněla: „Víte, co pojem Aspergerův syndrom označuje?“ Z celkového počtu 137 (100 %) respondentů 44 (32 %) respondentů zvolilo možnost „Ano, zcela přesně“, 88 (64 %) respondentů zvolilo možnost „Ano, mám určitou základní představu“, zatímco možnost „Ne, vůbec netuším“ zaškrtnulo pouze 5 (4 %) respondentů.

Tabulka 4 – Položka č. 2 – Víte, co pojem Aspergerův syndrom označuje?

Možné odpovědi	Ano, zcela přesně	Ano, mám určitou základní představu	Ne, vůbec netuším
Počet odpovědí	44	88	5

Graf 4 – Položka č. 2 – Víte, co pojem Aspergerův syndrom označuje?



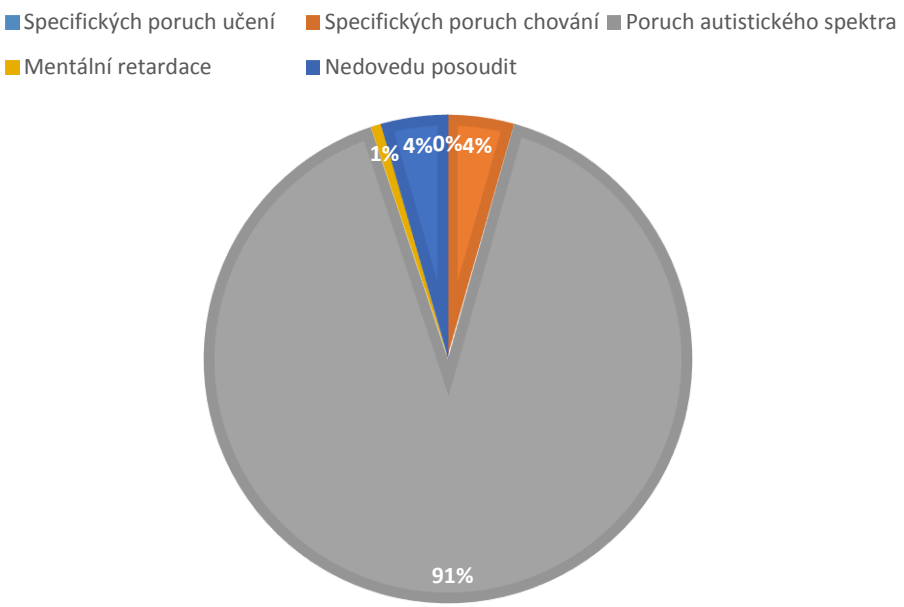
Druhá položka byla zároveň kontrolní položkou, jejímž úkolem bylo prověřit důvěryhodnost zjišťovaných údajů. Chráska (2007) sice upozorňuje na to, že kontrolní otázka by v dotazníku neměla být umístěna bezprostředně vedle položky, kterou kontrolujeme, ale v našem případě měla otázka i jinou funkci než kontrolní, takže se nám tato možnost zdála přípustná. Na základě rozporu mezi první a druhou položkou bylo 10 vyplněných dotazníků vyloučeno jako nedůvěryhodných (viz oddíl 3.3).

Třetí položka zjišťovala, zda jsou respondenti schopni AS správně zařadit do odpovídající skupiny poruch. Její přesná formulace zněla: „Aspergerův syndrom řadíme do skupiny:“ a na výběr byly následující možnosti: (a) specifických poruch učení, (b) specifických poruch chování, (c) poruch autistického spektra, (d) mentální retardace a za (e) nedovedu posoudit. Do specifických poruch učení AS nezařadil ani jeden (0 %) respondent, do specifických poruch chování jej zařadilo 6 (4 %) respondentů, do mentální retardace 1 (1 %) respondent a 6 (4 %) respondentů nebylo schopno posoudit. Zbylých 124 (91 %) respondentů správně uvedlo, že AS je součástí poruch autistického spektra.

Tabulka 5 – Položka č. 3 – Aspergerův syndrom řadíme do skupiny:

Možné odpovědi	Specifických poruch učení	Specifických poruch chování	Poruch autistického spektra	Mentální retardace	Nedovedu posoudit
Počet odpovědí	0	6	124	1	6

Graf 5 – Položka č. 3 – Aspergerův syndrom řadíme do skupiny:

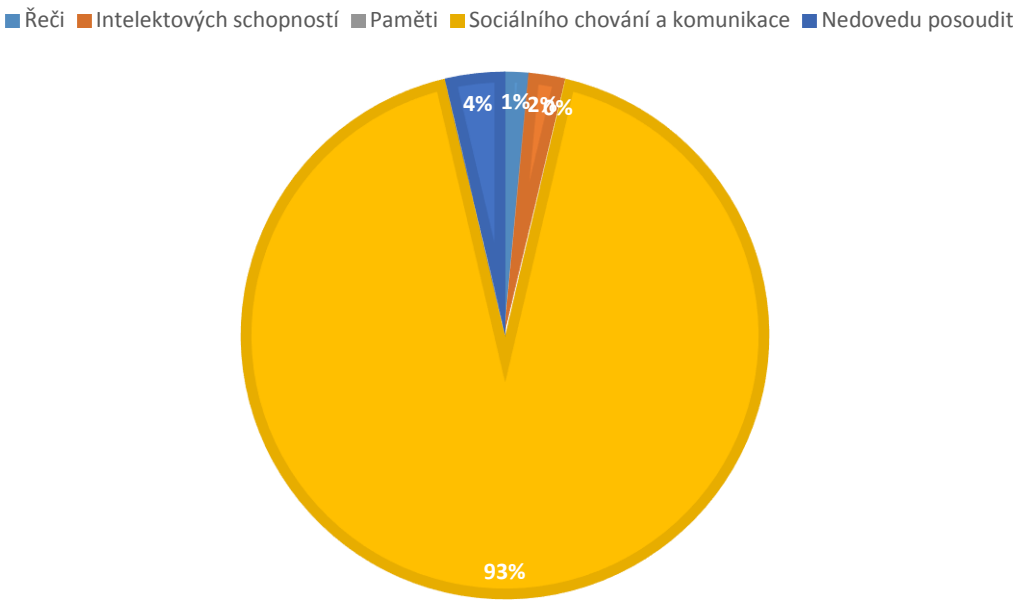


Čtvrtá položka mapovala znalost základní symptomatiky AS. Respondenti byli tázáni „Žák s Aspergerovým syndromem má problém především v oblasti:“ a na výběr měli tyto možnosti: (a) řeči, (b) intelektových schopností, (c) paměti, (d) sociálního chování a za (d) nedovedu posoudit. Z celkového počtu 137 (100 %) respondentů jich 127 (93 %) správně uvedlo, že žák s AS má problém především v oblasti sociálního chování a komunikace. Řeč jako hlavní problém jedinců s AS uvedli 2 (1 %) respondenti, intelektové schopnosti za hlavní problém považovali 3 (2 %) respondenti, paměť nezaškrtnul žádný (0 %) respondent a 5 (4 %) respondentů nedokázalo posoudit.

Tabulka 6 - Položka č. 4 - Žák s Aspergerovým syndromem má problém především v oblasti:

Možné odpovědi	Řeči	Intelektových schopností	Paměti	Sociálního chování a komunikace	Nedovedu posoudit
Počet odpovědí	2	3	0	127	5

Graf 6 – Položka č. 4 – Žák s Aspergerovým syndromem má problém především v oblasti:

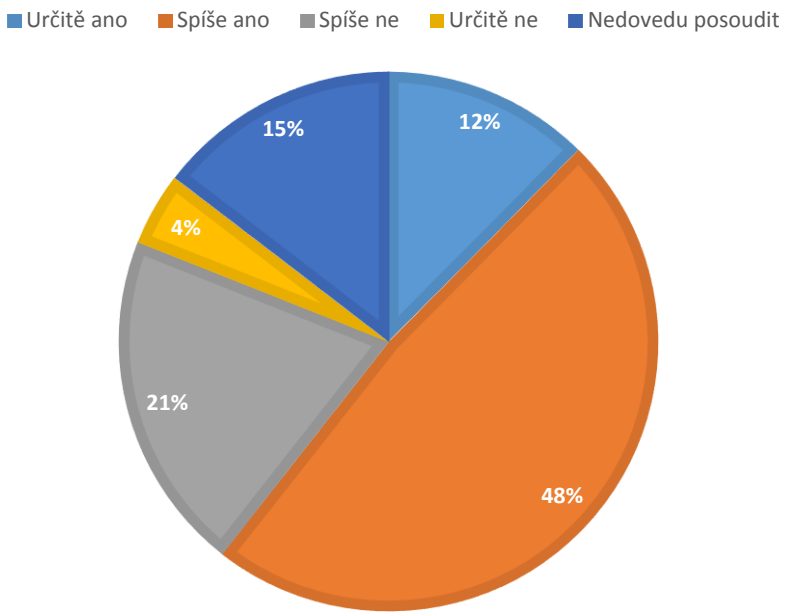


Pátá a šestá položka se týkaly otázky prospěšnosti integrace jedinců s AS do prostředí běžné školy. Pátá položka se ptala: „Je podle Vás integrace žáka s Aspergerovým syndromem do prostředí běžné školy prospěšná pro samotného žáka?“ Z celkového počtu 137 (100 %) respondentů jich většina projevila souhlas: 17 (12 %) respondentů uvedlo, že určitě ano, a 66 (48 %) respondentů, že spíše ano. Naproti tomu 28 (21 %) respondentů odpovědělo, že spíše ne, a 6 (4 %) respondentů, že určitě ne. Otázku nedovedlo posoudit 20 (15 %) respondentů.

Tabulka 7 – Položka č. 5 – Je podle Vás integrace žáka s Aspergerovým syndromem do prostředí běžné školy prospěšná pro samotného žáka?

Možné odpovědi	Určitě ano	Spíše ano	Spíše ne	Určitě ne	Nedovedu posoudit
Počet odpovědí	17	66	28	6	20

Graf 7 – Položka č. 5 – Je podle Vás integrace žáka s Aspergerovým syndromem do prostředí běžné školy prospěšná pro samotného žáka?

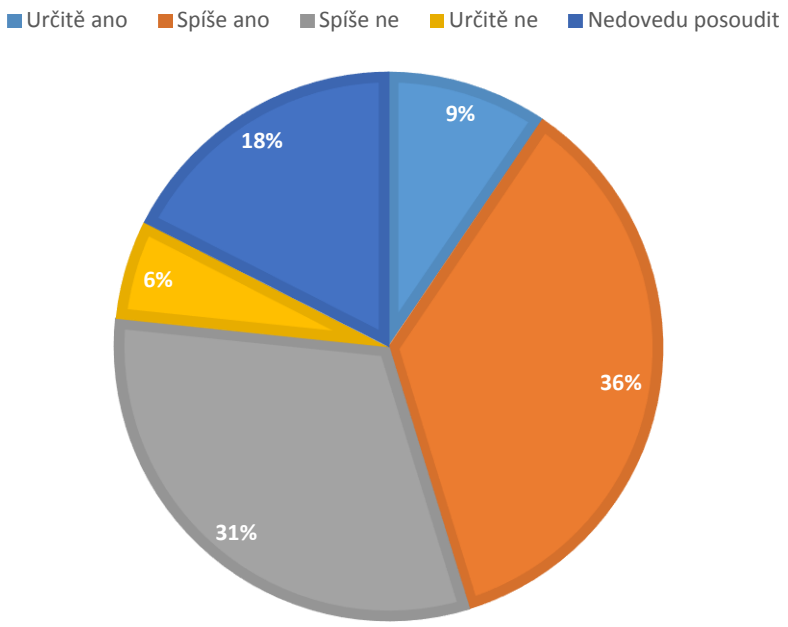


Šestá položka zjišťovala, zda se pedagogové domnívají, že integrace žáka s AS je prospěšná i pro ostatní žáky. Přesná formulace položky zněla: „Je podle Vás integrace žáka s Aspergerovým syndromem do prostředí běžné školy prospěšná pro ostatní žáky?“ Z celkového počtu 137 (100 %) respondentů opět větší část odpověděla kladně, i když tentokrát byla situace vyrovnanější: možnost „určitě ano“ zaškrtnulo 13 (9 %) respondentů a možnost „spíše ano“ zvolilo 49 (36 %) respondentů. Možnost „spíše ne“ zaškrtnulo 43 (31 %) respondentů a možnost „určitě ne“ 8 (6 %) respondentů. Možnost „nedovedu posoudit“ v tomto případě vybralo 24 (18 %) respondentů.

Tabulka 8 – Položka č. 6 – Je podle Vás integrace žáka s Aspergerovým syndromem do prostředí běžné školy prospěšná pro ostatní žáky?

Možné odpovědi	Určitě ano	Spíše ano	Spíše ne	Určitě ne	Nedovedu posoudit
Počet odpovědí	13	49	43	8	24

Graf 8 – Položka č. 6 – Je podle Vás integrace žáka s Aspergerovým syndromem do prostředí běžné školy prospěšná pro ostatní žáky?

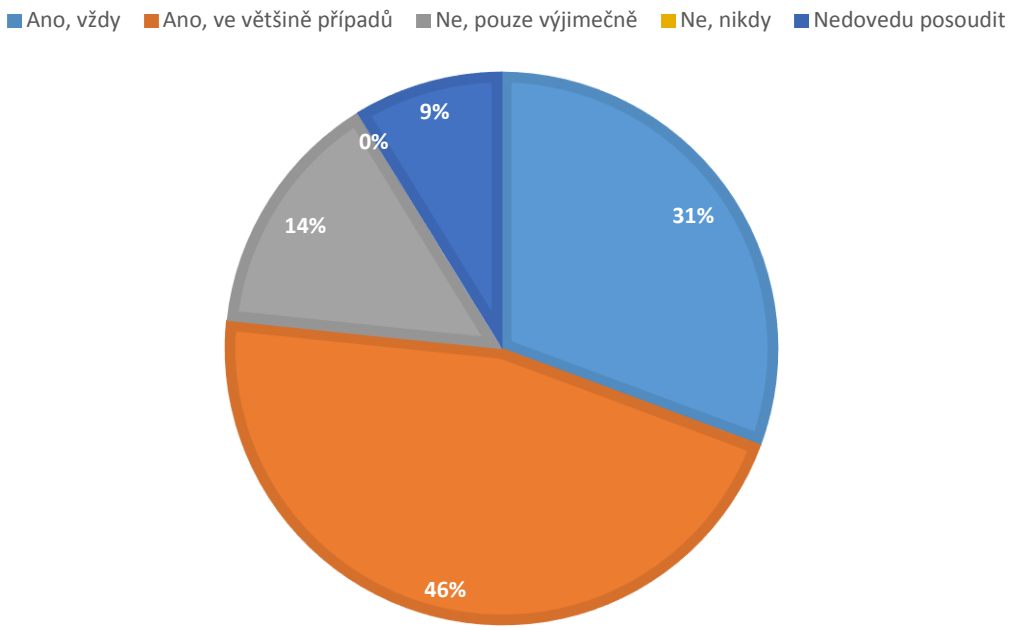


Sedmá, osmá, devátá a desátá položka mapovaly znalost základních podmínek a principů vzdělávání žáků s AS. Sedmá položka se dotazovala: „Měl by mít žák s Aspergerovým syndromem individuální vzdělávací plán (IVP)?“ Z celkového počtu 137 (100 %) respondentů uvedla většina respondentů, že ano, přičemž možnost „ano, vždy“ zaškrtnulo 42 (31 %) respondentů a možnost „ano, ve většině případů“ 63 (46 %) respondentů. Pouze výjimečně by IVP žákovi s AS přiznalo 20 (14 %) respondentů, zatímco s možností, že by žák s AS neměl mít IVP nikdy, se neztotožnil ani jeden (0 %) respondent. 12 (9 %) respondentů se nedokázalo v této otázce rozhodnout.

Tabulka 9 – Položka č. 7 – Ml by mít žák s Aspergerovým syndromem individuální vzdělávací plán (IVP)?

Možné odpovědi	Ano, vždy	Ano, ve většině případů	Ne, pouze výjimečně	Ne, nikdy	Nedovedu posoudit
Počet odpovědí	42	63	20	0	12

Graf 9 – Položka č. 7 – Měl by mít žák s Aspergerovým syndromem individuální vzdělávací plán (IVP)?



Osmá položka se týkala působení asistenta pedagoga u žáka s AS a byla formulována následovně: „Měl by ve třídě, v níž je žák s Aspergerovým syndromem integrován, působit asistent pedagoga?“ Z celkového počtu 137 (100 %) respondentů 37 (27 %) respondentů odpovědělo, že vždy. 76 (56 %) respondentů uvedlo, že ve většině případů, ale že záleží na závažnosti projevů. Pouze výjimečně by žákovi s AS přisoudilo 14 (10 %) respondentů. Odpověď „ne, nikdy“ nezvolil ani jeden (0 %) respondent, zatímco 10 (7 %) respondentů nedovedlo tuto otázku posoudit.

Tabulka 10 – Položka č. 8 – Měl by ve třídě, v níž je žák s Aspergerovým syndromem integrován, působit asistent pedagoga?

Možné odpovědi	Ano, vždy	Ano, ve většině případů, ale záleží na závažnosti projevů	Ne, pouze výjimečně	Ne, nikdy	Nedovedu posoudit
Počet odpovědí	37	76	14	0	10

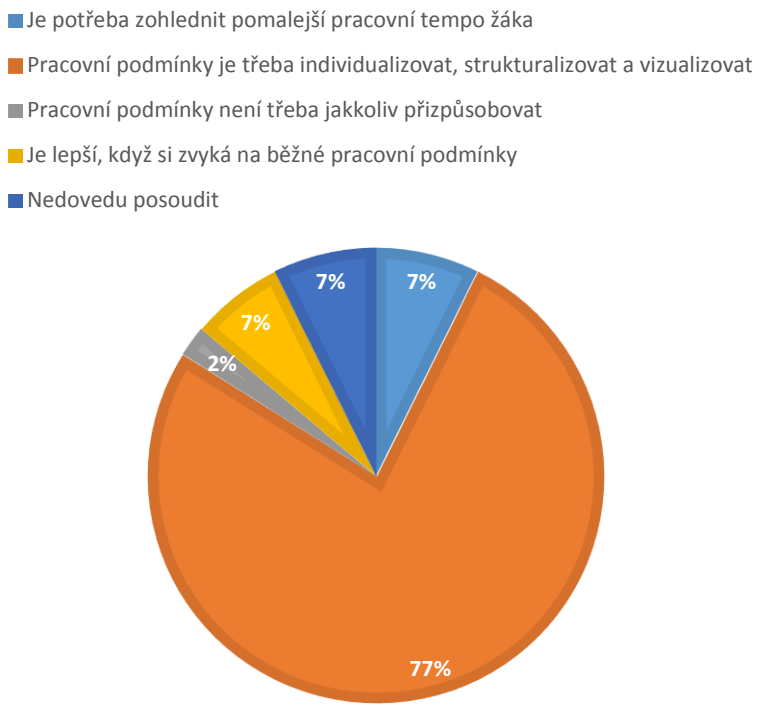
Graf 10 – Položka č. 8 – Měl by ve třídě, v níž je žák s Aspergerovým syndromem integrován, působit asistent pedagoga?

Devátá položka se zabývala uzpůsobením pracovních podmínek. Ptala se: „Měl by mít žák s Aspergerovým syndromem nějak přizpůsobeny pracovní podmínky?“ Z celkového počtu 137 (100 %) respondentů 10 (7 %) respondentů uvedlo, že je potřeba zohlednit pomalejší pracovní tempo žáka. 105 (77 %) respondentů odpovědělo, že pracovní podmínky je třeba individualizovat, strukturalizovat a vizualizovat. Pracovní podmínky není třeba jakkoliv přizpůsobovat podle 3 (2 %) respondentů a podle 9 (7 %) respondentů je lepší, když si žák s AS zvyká na běžné pracovní podmínky. Problematiku nebylo schopno posoudit 10 (7 %) respondentů.

Tabulka 11 – Položka č. 9 – Měl by mít žák s Aspergerovým syndromem nějak přizpůsobeny pracovní podmínky?

Možné odpovědi	Je potřeba zohlednit pomalejší pracovní tempo žáka	Pracovní podmínky je třeba individualizovat, strukturalizovat a vizualizovat	Pracovní podmínky není třeba jakkoliv přizpůsobovat	Je lepší, když si zvyká na běžné pracovní podmínky	Nedovedu posoudit
Počet odpovědí	10	105	3	9	10

Graf 11 – Položka č. 9 – Měl by mít žák s Aspergerovým syndromem nějak přizpůsobeny pracovní podmínky?

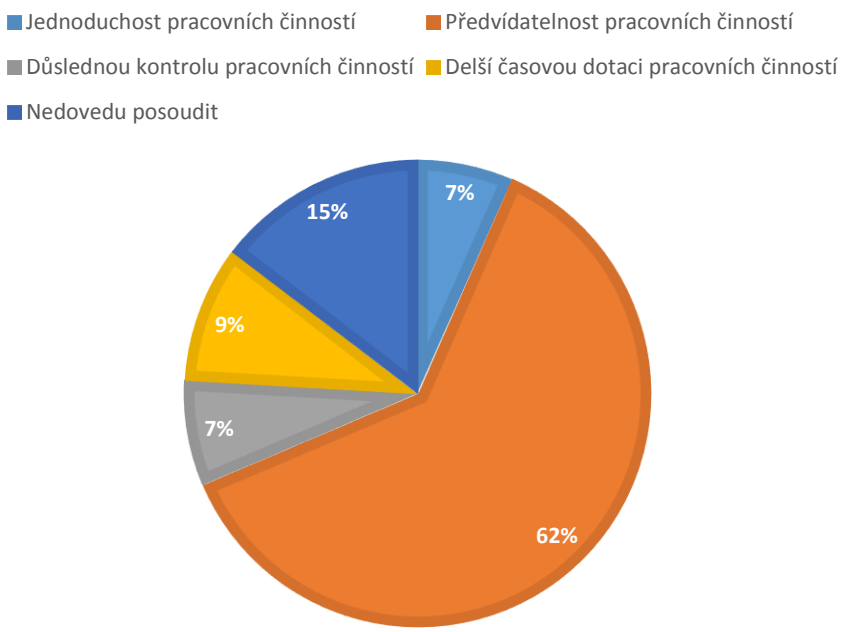


Desátá položka se zajímala o hlavní princip, který je potřeba při práci s žákem s AS dodržovat. Konkrétní formulace položky zněla „Pro žáka s Aspergerovým syndromem je klíčové zajistit:“. Z celkového počtu 137 (100 %) respondentů se 9 (7 %) respondentů domnívalo, že je to jednoduchost pracovních činností. Nejvíce respondentů uvedlo předvídatelnost pracovních činností, konkrétně 85 (62 %) respondentů. 10 (7 %) respondentů považovalo za klíčové zajistit důslednou kontrolu pracovních činností a 13 (9 %) respondentů se postavilo za delší časovou dotaci pracovních činností. V otázce se nebylo schopno rozhodnout 20 (15 %) respondentů.

Tabulka 12 – Položka č. 10 – Pro žáka s Aspergerovým syndromem je klíčové zajistit:

Možné odpovědi	Jednoduchost pracovních činností	Předvídatelnost pracovních činností	Důslednou kontrolu pracovních činností	Delší časovou dotaci pracovních činnosti	Nedovedu posoudit
Počet odpovědí	9	85	10	13	20

Graf 12 – Položka č. 10 – Pro žáka s Aspergerovým syndromem je klíčové zajistit:



3.6 Statistické testování hypotézy

Na základě dvou položek dotazníkového šetření formulujeme hypotézu, kterou budeme pomocí statistických metod testovat – konkrétně se bude jednat o test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku. Tohoto testu se zpravidla využívá při zpracovávání výsledků dotazníku, kdy se rozhodujeme, zda existuje souvislost mezi dvěma pedagogickými jevy, které byly zachyceny pomocí nominálního měření (Chráska, 2007). V našem případě nás bude zajímat, zda existuje souvislost mezi názorem na prospěšnost integrace žáka s AS do prostředí běžné školy a pohlavím respondentů (tedy zda například ženy pedagožky jsou častěji přesvědčeny o prospěšnosti integrace žáka s AS než jejich mužští kolegové).

Nejprve formulujeme nulovou a alternativní hypotézu.

H_0: *Předpokládáme, že neexistuje souvislost mezi názorem na prospěšnost integrace žáka s AS do prostředí běžné školy a pohlavím respondentů.*

H_A: *Předpokládáme, že existuje souvislost mezi názorem na prospěšnost integrace žáka s AS do prostředí běžné školy a pohlavím respondentů.*

Testování významnosti provedeme na hladině významnosti 5 % ($\alpha = 0{,}05$).

Dotazníkového šetření se účastnilo celkem 137 respondentů, z toho 120 žen a 17 mužů. 66 žen uvedlo, že integrace žáka s AS do prostředí běžné školy je pro daného žáka určitě nebo spíše prospěšná, 38 žen zaškrtnulo možnost, že taková integrace pro něj určitě nebo spíše není prospěšná, a 16 žen nedokázalo otázku posoudit. 9 mužů uvedlo, že taková integrace určitě nebo spíše je prospěšná, 3 muži uvedli, že určitě nebo spíše není, a 5 mužů nedokázalo otázku posoudit. Obdržené výsledky zapíšeme do tzv. kontingenční tabulky.

Tabulka 13 – Kontingenční tabulka pozorovaných četností

	Integrace je prospěšná	**Integrace není prospěšná**	**Nedovedu posoudit**	∑
Ženy	66	38	16	120
Muži	9	3	5	17
∑	75	41	21	137

Čísla v kontingenční tabulce vyjadřují pozorované četnosti P, tedy počet pedagogů, kteří odpověděli určitým způsobem na první položku a určitým způsobem na druhou položku dotazníku. Například číslo 66 v tabulce znamená, že 66 pedagogů zaškrtnulo pohlaví „žena“ a současně, že integraci žáka s AS do prostředí běžné školy považují za určitě nebo spíše prospěšnou pro daného žáka. Čísla uváděná vpravo od tabulky a pod tabulkou jsou tzv. marginální četnosti, tedy součty četností v řádcích a sloupcích tabulky.

Další krok spočívá ve výpočtu očekávaných četností O pro každé pole kontingenční tabulky. Očekávané četnosti jsou „teoretické“ četnosti, které by odpovídaly platnosti nulové hypotézy. Očekávané četnosti lze vypočítat tak, že násobíme vždy odpovídající marginální četnosti v tabulce a tento součin potom dělíme celkovou četností.

Tabulka 14 – Kontingenční tabulka očekávaných četností

	Integrace je prospěšná	**Integrace není prospěšná**	**Nedovedu posoudit**	∑
Ženy	65,69	35,91	18,39	120
Muži	9,31	5,09	2,61	17
∑	75	41	21	137

Test nezávislosti chí-kvadrát se nedá použít v případech, kdy ve více než 20 % polí kontingenční tabulky jsou očekávané četnosti menší než 5 a v případě, že v některém poli je očekávaná četnost menší než 1 (Chráska, 2007). Obě tyto podmínky naše kontingenční tabulka očekávaných četností splnila, můžeme tedy pokračovat dále.

Pro každé pole kontingenční tabulky vypočítáme hodnotu $\frac{(P-O)^2}{O}$. Testové kritérium χ^2 potom vypočítáme jako součet hodnot $\frac{(P-O)^2}{O}$ pro všechna pole kontingenční tabulky:

$$\chi 2 = \frac{(P-O)^2}{O} = 0{,}010 + 0{,}010 + 0{,}122 + 0{,}858 + 0{,}311 + 2{,}189 = 3{,}500$$

Vypočítaná hodnota χ^2 je ukazatelem velikosti rozdílu mezi skutečností a vyslovenou nulovou hypotézou. Pro posouzení vypočítané hodnoty χ^2 je dále potřeba určit počet stupňů volnosti tabulky. Pro tabulku o *r* řádcích a *s* sloupcích se určí počet stupňů volnosti podle vztahu

$$f = (r - 1).(s - 1)$$

kde *r* je počet řádků v kontingenční tabulce a *s* počet sloupců v kontingenční tabulce. V našem případě vychází pro tabulku o dvou řádcích a třech sloupcích

$$f = (2 - 1).(3 - 1) = 2$$

Pro vypočítaný počet stupňů volnosti a pro zvolenou hladinu významnosti 0,05 nalezneme ve statistických tabulkách kritickou hodnotu testového kritéria. Jedná se o

$$\chi^2_{0,05}(2) = 5{,}991$$

Srovnáme-li vypočítanou hodnotu testového kritéria s hodnotou kritickou, zjišťujeme, že vypočítaná hodnota je nižší. Mezi odpověďmi na uvedené otázky tedy nebyla prokázána statisticky významná souvislost. Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti zkoumaných proměnných nezamítáme. To znamená, že souvislost mezi názorem na prospěšnost integrace žáka s AS do prostředí běžné školy a pohlavím respondentů nebyla podle našeho výzkumu prokázána.

3.7 Diskuse

V tomto oddílu se pokusíme shrnout výsledky dotazníkového šetření a stručně potvrdíme nebo vyvrátíme stanovené předpoklady.

První položka dotazníku zjišťovala obeznámenost pedagogů běžných základních škol s pojmem AS. Z našeho výzkumu vyplývá, že 96 % pedagogů se s tímto pojmem setkalo, zatímco pouhé 4 % pedagogů nikoliv. Tento výsledek nás příliš nepřekvapil. O problematice PAS a AS vyšla v češtině již řada odborných i populárních publikací a na mnoha základních školách jsou žáci s AS integrováni. Kromě toho se poslední dobou vynořilo mnoho televizních seriálů a filmů, ve kterých se objevují jedinci s touto poruchou. Náš první předpoklad byl tedy potvrzen: většina pedagogů běžných základních škol se již někdy setkala s pojmem AS.

Druhá, třetí a čtvrtá položka mapovala znalost významu pojmu AS, jeho klasifikační zařazení a základní symptomatiku. Celkem 96 % pedagogů uvedlo, že buď přesně znají význam pojmu AS, anebo že mají určitou základní představu, co tento pojem označuje. 91 % pedagogů následně dokázalo správně zařadit AS do skupiny PAS. A 93 % pedagogů správně usoudilo, že hlavní problémovou oblastí žáka s AS je sociální chování a komunikace. Náš druhý předpoklad, že většina pedagogů běžných základních škol ví, co pojem AS označuje, byl tedy naším výzkumem rovněž potvrzen.

Pátá a šestá položka dotazníku se týkaly problematiky integrace jedinců s AS do prostředí běžné základní školy. Z našeho výzkumu vyplývá, že pedagogové jsou integraci nakloněni. Celkem 60 % pedagogů se domnívá, že integrace žáka s AS je pro samotného integrovaného žáka prospěšná. K otázce, zda je integrace žáka s AS prospěšná i pro ostatní žáky, se rovněž větší část pedagogů vyjádřila kladně: 45 % pedagogů projevilo souhlas, zatímco záporný postoj zaujalo 37 % pedagogů. 18 % pedagogů tuto záležitost nedokázalo posoudit. Můžeme tedy konstatovat, že náš předpoklad, že většina pedagogů běžných základních škol je přesvědčena o prospěšnosti integrace jedinců s AS do prostředí běžné základní školy, byl naším výzkumem také potvrzen.

Kladný postoj k integraci jedinců s AS do prostředí běžných základních škol s většinou pedagogů z našeho výzkumu sdílíme. Jsme přesvědčeni, že by v našem vzdělávacím systému tato možnost měla existovat. Jsme si ale také vědomi toho, že vždy je potřeba přihlédnout ke konkrétní situaci konkrétního žáka s AS. Integrace má svá pozitiva i negativa (podrobně jsme se jimi zabývali v oddílu 2.3.2), a to, zda je vhodná, záleží na mnoha

faktorech: na přání rodičů i žáka s AS, na doporučení odborného pracoviště, které posoudí schopnosti žáka s AS, na připravenosti a možnostech školy a také na osobnostech případných učitelů.

Sedmá, osmá, devátá a desátá položka zjišťovaly znalost základních podmínek a principů, které by vzdělávání žáků s AS mělo splňovat. V oddílu 2.3.7 jsme uvedli, že kvalitní a funkční IVP je pro děti s AS nutný na všech typech a stupních škol a zařízení. IVP by tedy měl mít každý žák s AS vždy. Tuto možnost zaškrtnulo 31 % pedagogů, zatímco největší část pedagogů, konkrétně 46 %, se domnívá, že žák s AS nemusí mít IVP vždy, ale jen ve většině případů.

Druhou důležitou podmínkou vzdělávacího procesu žáka s AS je osoba asistenta pedagoga. V oddíle 2.3.6 jsme uvedli, že asistent pedagoga je nezbytnou podmínkou individuální integrace žáka s AS především v počátcích školní docházky. Protože jedním z cílů integrace je adaptace žáka s AS na běžný život, je vhodné pomoc asistenta postupem času snižovat, i když nelze předem přesně říci, jak dlouho bude daný žák asistenta potřebovat. U některých žáků s AS je to třeba jen jeden rok, u jiných je asistent třeba po celou dobu studia. Asistent pedagoga tedy není nutný vždy, ale ve většině případů, a jeho potřeba se odvíjí od závažnosti symptomů u žáka s AS. Tuto možnost v našem výzkumu správně zaškrtnulo 56 % pedagogů, zatímco zbylých 44 % pedagogů se přiklonilo k ostatním možnostem.

Dalším principem, který by měl vzdělávání žáků s AS doprovázet, je uzpůsobení pracovních podmínek. V oddíle 2.1 jsme uvedli, že osvědčenou metodou vzdělávání žáků s AS je metoda strukturovaného učení, která staví na myšlence vizualizace, strukturalizace a individualizace pracovních podmínek. Této skutečnosti si podle našeho výzkumu je vědoma většina dotazovaných pedagogů, konkrétně 77 %.

Učitel žáka s AS by také neměl zapomenout zajistit předvídatelnost pracovních činností. Předvídatelnost je pro žáka s AS velmi důležitá, protože vnáší pro něj do jinak chaotického světa určitý řád a činí svět uchopitelným a pochopitelným. Rovněž v této otázce většina pedagogů označila správnou možnost, konkrétně 62 %.

Ve třech ze čtyřech položek zjišťujících znalost principů a podmínek vzdělávání žáků s AS nadpoloviční většina pedagogů zvolila správnou odpověď. Náš čtvrtý předpoklad, že většina pedagogů běžných základních škol neví, jaké podmínky a principy by vzdělávání

jedinců s AS mělo splňovat, byl tedy naším výzkumem vyvrácen. Tento výsledek je pro nás překvapující, neboť je v rozporu s naší osobní zkušeností.

Na základě páté a jedenácté položky dotazníku jsme následně formulovali hypotézu, kterou jsme prostřednictvím testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku ověřovali. Zajímalo nás, zda existuje souvislost mezi názorem na prospěšnost integrace žáka s AS do prostředí běžné školy a pohlavím respondentů. Vypočítaná hodnota testového kritéria byla nižší než hodnota kritická, souvislost mezi názorem na prospěšnost integrace žáka s AS do prostředí běžné školy a pohlavím respondentů tudíž nebyla prokázána.

Závěrem je třeba upozornit na skutečnost, že výsledky našeho dotazníkového šetření mají jen omezenou platnost. Především je dobré mít na paměti, že položky dotazníku, které zjišťují znalosti nebo vědomosti, bývají poněkud problematické, protože se respondenti mohou cítit kompromitováni při neznalosti (Chráska, 2007). Je tedy docela možné, že navzdory anonymitě dotazníku řada respondentů své odpovědi falšovala. Respondenti si mohli například najít správné odpovědi na internetu a následně je zaškrtnout v dotazníku. Další možností je, že dotazník v drtivé většině případů vyplňovali pouze ti pedagogové, kteří se o problematiku AS a podobných poruch zajímají (a tedy o ní i něco vědí), zatímco ostatní pedagogové e-mailovou žádost o vyplnění dotazníku jednoduše ignorovali. Potvrdit, nebo vyloučit tyto alternativní možnosti by si žádalo další výzkum a použití dalších výzkumných metod.

Závěr

Diplomová práce měla tři části. Cílem první části bylo pojednat o obecných tématech spojených s AS. Zjistili jsme, že AS jakožto součást PAS je pervazivní vývojovou poruchou. Projevuje se nerovnoměrným vývojem osobnosti s převažujícím narušením sociální interakce a komunikace, problémy s rozpoznáváním vlastních i cizích emocí, monotónní řečí s úzkostlivým důrazem na správnost použití jazyka, neobvyklými, velmi specifickými zájmy, motorickou neobratností a smyslovou přecitlivělostí. AS je způsoben dysfunkcí specifických struktur a systémů v mozku, které se zcela nevyvinuly v důsledku genetických abnormalit, případně byly poškozeny v průběhu těhotenství, při porodu nebo v prvních měsících života. K nejčastěji uváděným neuropsychologickým modelům, které vysvětlují podstatu PAS, patří teorie mysli, teorie deficitu exekutivních funkcí a teorie oslabené centrální koherence. Diagnóza AS bývá průměrně stanovena v osmi letech, ovšem rozmezí je dost široké a pohybuje se od raného dětství až do dospělosti. Diferenciální diagnostika AS je poměrně obtížná a musí se zabývat schizofrenií, schizoidní poruchou osobnosti, obsedantně kompulzivní poruchou, Tourettovým syndromem a nonverbálními poruchami učení. Složité je rovněž odlišení AS od vysoce funkčního autismu: mezi odborníky se dodnes vedou diskuze o tom, zda se jedná o dvě různé kategorie vyžadující odlišnou diagnózu, nebo o jediné kontinuum.

Cílem druhé části práce bylo zmapovat problematiku výchovy a vzdělávání jedinců s AS. Zjistili jsme, že ihned po ukončení diagnostického procesu je vhodné zahájit intervenci. Nejvýznamnější intervencí, která se uplatňuje při výchově a vzdělávání jedinců s AS, je metodika strukturovaného učení, jež staví na principech individualizace, strukturalizace a vizualizace pracovních postupů. Přestože děti s AS obvykle docházejí do běžných, nikoli do speciálních škol, integrace do běžné třídy nemusí být vhodná pro všechny děti s AS. Integrace má svá pozitiva i negativa, je třeba ji dobře promyslet a vždy přihlédnout ke konkrétní situaci konkrétního dítěte. Pokud má být vzdělávání žáka s AS v běžné škole efektivní, musíme pro tento proces zajistit určité podmínky a dodržovat jisté principy, především: žák musí cítit silnou míru předvídatelnosti v průběhu celé výuky i přestávek; žák musí mít možnost vyjadřovat se, a to zvláště k okolnostem, které se přímo dotýkají jeho osoby; žák musí mít IVP; učitelé musí být o problematice AS proškoleni a být ochotni spolupracovat s odborníky; žák musí být neustále motivován k učení; žák musí být veden ke stále větší a větší samostatnosti; musí být zajištěna úzká spolupráce rodičů a školy a musí být zajištěna kvalitní a rychlá pomoc odborníků, kteří se na integraci žáka podílejí.

Třetí část diplomové práce byla vyhrazena empirickému výzkumu. Provedli jsme celorepublikové dotazníkové šetření zaměřené na problematiku vzdělávání jedinců s AS. Respondenty byli pedagogové běžných základních škol. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že většina pedagogů běžných základních škol: (a) se již někdy setkala s pojmem AS, (b) ví, co pojem AS označuje, (c) je nakloněna integraci jedinců s AS do prostředí běžných škol, (d) zná základní podmínky a principy, které by vzdělávání jedinců s AS mělo splňovat. Na základě dvou položek dotazníkového šetření jsme formulovali hypotézu, kterou jsme prostřednictvím statistických metod testovali. Hypotéza se týkala souvislosti mezi názorem na prospěšnost integrace jedinců s AS do prostředí běžných škol a pohlavím respondentů. Náš výzkum žádnou statisticky významnou souvislost nezjistil.

Jsme velmi rádi, že jsme mohli zpracovat diplomovou práci na téma AS. Dozvěděli jsme se řadu informací, které s největší pravděpodobností budeme moci využít v budoucnu ve své pedagogické praxi. Ke stejnému účelu může tato práce posloužit i dalším studentům pedagogických oborů a učitelům.

Seznam použitých zdrojů

- ATTWOOD, T. *Aspergerův syndrom*. Praha: Portál, 2005. 203 s. ISBN 80-7178-979-8.
- BĚLOHLÁVKOVÁ, L. *Aspergerův syndrom – Co to je?* [online]. [cit. 2015-10-25]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.twcm.cz/images/As-webA4.pdf>.
- ČADILOVÁ, V., ŽAMPACHOVÁ, Z. *Strukturované učení*. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-475-5.
- GILLBERG, CH., PEETERS, T. *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty*. Praha: Portál, 2003. 122 s. ISBN 80-7178-856-2.
- GLASSON, E. J. a kol. Perinatal factors and the Development of Autism. *Archives of General Psychiatry*, 2004, roč. 61, s. 618-627.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
- HILL, G. *Moderní psychologie*. Praha: Portál, 2004. 284 s. ISBN 80-7178-641-1.
- HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V. (eds.). *Dětský autismus*. Praha: Portál, 2004. 206 s. ISBN 80-7178-813-9.
- CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2007. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- LANGTREE, I. *Famous People with Aspergers Syndrome* [online]. [cit. 2015-10-10]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.disabled-world.com/artman/publish/article_2086.shtml>
- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů v desáté revizi [online]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
- NOLEN-HOEKSEMA, S. a kol. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Praha: Portál, 2012. 884 s. ISBN 978-80-262-0083-3.
- PEŠEK, R. *Kyslíková maska pro rodiče dětí s Aspergerovým syndromem*. Praha: Pasparta, 2013. 65 s. ISBN 978-80-905576-1-1.
- PREIßMANN, Ch. *Život s Aspergerovým syndromem*. Praha: Portál, 2010. 135 s. ISBN 978-80-7367-688-9.
- PRŮCHA, J. *Pedagogická encyklopedie*. Praha: Portál, 2009. 936 s. ISBN 978-80-7367-546-2.

- SMOLÍKOVÁ, K a kol. *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2004. 48 s. ISBN 80-239-5940-9
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 2006. 603 s. ISBN 80-247-1049-8.
- ROSENBERG, R. E. a kol. Characteristics and Concordance of Autism Spectrum Disorders Among 277 Twin Pairs. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 2009*, roč. 163 (10), s. 907-914.
- SCHOCKER, L. *These 8 Inspiring People Will Change The Way You Think About Autism And Asperger's* [online]. [cit. 2015-11-10]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.huffingtonpost.com/2013/12/12/autism-celebrities-aspergers_n_4427196.html>
- THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál, 2006. 453 s. ISBN 80-7367-091-7.
- THOROVÁ, K. *Výjimečné děti: Aspergerův syndrom*. Praha: APLA, 2007. 46 s. ISBN 978-80-254-6341-3.
- VOSMIK, M., BĚLOHLÁVKOVÁ, L. *Žáci s poruchou autistického spektra v běžné škole*. Praha: Portál, 2010. 200 s. ISBN 978-80-7367-687-2.
- Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška č. 214/2015 Sb., o bližších podmínkách ukončování vzdělávání ve středních školách maturitní zkouškou.
- Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

Seznam tabulek

Tabulka 1 – Pohlaví respondentů 52

Tabulka 2 – Délka pedagogické praxe respondentů 52

Tabulka 3 – Položka č. 1 – Setkali jste se již někdy s pojmem Aspergerův syndrom? 54

Tabulka 4 – Položka č. 2 – Víte, co pojem Aspergerův syndrom označuje? 54

Tabulka 5 – Položka č. 3 – Aspergerův syndrom řadíme do skupiny: 55

Tabulka 6 - Položka č. 4 - Žák s Aspergerovým syndromem má problém především v oblasti: 56

Tabulka 7 – Položka č. 5 – Je podle Vás integrace žáka s Aspergerovým syndromem do prostředí běžné školy prospěšná pro samotného žáka? 57

Tabulka 8 – Položka č. 6 – Je podle Vás integrace žáka s Aspergerovým syndromem do prostředí běžné školy prospěšná pro ostatní žáky? 58

Tabulka 9 – Položka č. 7 – Ml by mít žák s Aspergerovým syndromem individuální vzdělávací plán (IVP)? 59

Tabulka 10 – Položka č. 8 – Měl by ve třídě, v níž je žák s Aspergerovým syndromem integrován, působit asistent pedagoga? 60

Tabulka 11 – Položka č. 9 – Měl by mít žák s Aspergerovým syndromem nějak přizpůsobeny pracovní podmínky? 61

Tabulka 12 – Položka č. 10 – Pro žáka s Aspergerovým syndromem je klíčové zajistit: 62

Tabulka 13 – Kontingenční tabulka pozorovaných četností 64

Tabulka 14 – Kontingenční tabulka očekávaných četností 64

Seznam grafů

Graf 1 – Pohlaví respondentů 52

Graf 2 – Délka pedagogické praxe respondentů 53

Graf 3 – Položka č. 1 – Setkali jste se již někdy s pojmem Aspergerův syndrom? 54

Graf 4 – Položka č. 2 – Víte, co pojem Aspergerův syndrom označuje? 55

Graf 5 – Položka č. 3 – Aspergerův syndrom řadíme do skupiny: 56

Graf 6 – Položka č. 4 – Žák s Aspergerovým syndromem má problém především v oblasti: . 57

Graf 7 – Položka č. 5 – Je podle Vás integrace žáka s Aspergerovým syndromem do prostředí běžné školy prospěšná pro samotného žáka? 58

Graf 8 – Položka č. 6 – Je podle Vás integrace žáka s Aspergerovým syndromem do prostředí běžné školy prospěšná pro ostatní žáky? 59

Graf 9 – Položka č. 7 – Měl by mít žák s Aspergerovým syndromem individuální vzdělávací plán (IVP)? 60

Graf 10 – Položka č. 8 – Měl by ve třídě, v níž je žák s Aspergerovým syndromem integrován, působit asistent pedagoga? 61

Graf 11 – Položka č. 9 – Měl by mít žák s Aspergerovým syndromem nějak přizpůsobeny pracovní podmínky? 62

Graf 12 – Položka č. 10 – Pro žáka s Aspergerovým syndromem je klíčové zajistit: 63

Seznam příloh

Příloha 1 – Diagnostická kritéria Aspergerova syndromu (MKN-10 WHO, 1993)

Příloha 2 – Diagnostická kritéria Aspergerova syndromu (DSM IV, 1994)

Příloha 3 – Diagnostická kritéria Aspergerova syndromu (Gillberg a Gillberg, 1989)

Příloha 4 – Diagnostická kritéria Aspergerova syndromu (Szatmari, Brenner, Nagy, 1989)

Příloha 5 – Průvodní dopis, dotazník

Příloha 1 – Diagnostická kritéria Aspergerova syndromu (MKN-10 WHO, 1993)

A. Z celkového hlediska nedochází ke klinicky významnému opoždění mluvené řeči, schopnosti rozumět řeči ani kognitivního vývoje. Podmínkou diagnózy je, aby do dvou let jedinec používal jednotlivá slova a do tří let se naučil komunikativní fráze. Sebeobsluha, adaptivní chování a zvědavost týkající se okolí by během prvních tří let měly odpovídat standardnímu intelektovému vývoji. Milníky motorického vývoje jsou však opožděné, běžná je pohybová neobratnost (není však nezbytným diagnosticky významným projevem). Běžně se vyskytují speciální dovednosti, jimiž jedinec bývá pohlcen, avšak ani ony nejsou jedním ze základních předpokladů ke stanovení diagnózy.

B. Kvalitativní odchylky ve vzájemné sociální interakci se musejí projevovat alespoň ve dvou níže uvedených oblastech:

   a. neschopnost udržet přiměřený pohled z očí do očí, užívat výraz tváře, tělesný postoj a gesta pro účely usměrňování sociální interakce

   b. neschopnost navazovat (způsobem přiměřeným mentálnímu věku a navzdory četným příležitostem) vztahy s vrstevníky založené na sdílení zájmů, činností a prožitků

   c. absence sociálně-emocionální vzájemnosti projevující se narušenou či odchylnou reakcí na citové projevy druhých lidí, případně nedostatečná přizpůsobivost chování podle sociálního kontextu nebo chabé propojení sociálních, emocionálních a komunikativních vzorců chová

   d. absence spontánního vyhledávání přítomnosti vrstevníků, s nimiž by jedinec mohl sdílet radost, zájmy čí úspěchy.

C. U jedince se projevuje neobyčejně silný a úzce vymezený zájem, případně omezené, opakující se a stereotypní vzorce chování, zájmy a činnosti, a to přinejmenším v jedné z následujících oblastí:

   a. pohlcující zaujetí zálibou se stereotypním a opakujícím se vzorcem, která je abnormální svým obsahem nebo zaměřením; případně jeden a více zájmů vyznačujících se netypickou intenzitou a precizně vymezenou povahou, avšak bez abnormalit v obsahu nebo předmětu zájmu

b. nutkavé zaujetí nefunkčními rutinními činnostmi či rituály

c. stereotypní a opakující se pohybové manýrismy obsahující buď kmitání či kroužení rukou, případně prsty, anebo pohyby celým tělem

d. silné zaujetí částmi předmětů nebo nefunkčními prvky hraček (například barvou, vjemem při doteku jejich povrchu, hlukem či vibracemi, které produkují)

Pro tyto jedince nebývá příznačné, že by se vyznačovali buď pohybovými manýrismy, nebo zájmem o součásti předmětů anebo nefunkčními prvky hraček.

D. Poruchu nelze připisovat jiným formám pervazivních vývojových poruch, simplexní schizofrenii, schizotypní poruše, obsedantně-kompulzivní poruše, anankastické poruše osobnosti, reaktivní a dezinhibované poruše příchylnosti v dětství.

Příloha 2 – Diagnostická kritéria Aspergerova syndromu (DSM IV, 1994)

A. Kvalitativně narušená sociální interakce, přičemž se projevují alespoň dva příznaky:

   1. výrazně narušené neverbální chování v řadě aspektů, například pohled z očí do očí, výraz tváře, tělesný postoj, gesta při konverzaci
   2. neschopnost navázat vztahy s vrstevníky odpovídající vývojové úrovni
   3. nedostatek spontánního zájmu o sdílenou radost, zájmy či cíle ve společnosti druhých lidí (například absence ukazování, přinášení či zdůrazňování předmětu zájmu druhým lidem)
   4. nedostatek sociální a emocionální vzájemnosti

B. Omezené opakující se či stereotypní vzorce chování, zájmů a činností, přičemž se projevuje alespoň jeden příznak z níže uvedených:

   1. pohlcující zaujetí pro jednu či více stereotypních zálib s přísně vymezenými pravidly, které se od ostatních liší intenzitou nebo předmětem zájmu
   2. nepružné dodržování specifických rituálů či rutinních činností a bezvýhradné lpění, aby nebyly porušeny
   3. stereotypní a pravidelně se opakující pohybové manýrismy (například kmitání či kroužení rukou nebo prsty; pohyby celým tělem)
   4. trvalé zaujetí částmi předmětů nebo objekty

C. Poruchy zapříčiňují klinicky významné narušení sociálních, pracovních či dalších významných aspektů života

D. Nedochází ke klinicky významnému opoždění řečového vývoje (například jednotlivá slova ve dvou letech, slovní spojení udržující komunikaci ve třech letech)

E. Nedochází ke klinicky významnému opoždění kognitivního vývoje, úroveň sebeobsluhy a adaptivního chování (kromě sociální interakce) odpovídá věku; zvědavost ohledně okolí v dětství je rovněž v normě

F. Nejsou splněna kritéria pro diagnostiku jiné specifické pervazivní vývojové poruchy ani schizofrenie

Příloha 3 – Diagnostická kritéria Aspergerova syndromu (Gillberg a Gillberg, 1989)

1. *Narušené sociální chování* (vyhraněná sebestřednost; alespoň dva příznaky):
    a. neschopnost interakce s vrstevníky
    b. podprůměrná tendence navazovat kontakt s vrstevníky
    c. neodpovídající interpretace sociálních podnětů
    d. sociálně a citově nepřiměřené chování

2. *Vyhraněné záliby* (alespoň jeden příznak):
    a. nezájem o jiné činnosti
    b. jednoznačný projev zájmu a ulpívání na něm
    c. mechanické jednání převažuje nad významem činnosti

3. *Pravidelně se opakující činnosti* (alespoň jeden příznak):
    a. prosazované ve vlastním chování
    b. prosazované u druhých

4. *Neobvyklé řečové a jazykové charakteristiky* (alespoň tři příznaky):
    a. opožděný řečový vývoj
    b. na první dojem hyperkorektní jazykový projev
    c. formální, pedantský přístup k řeči
    d. neobvyklé frázování, atypicky působící řeč
    e. nedostatečné porozumění, mylné chápání obrazných významů či sdělení, jejichž pochopení se předpokládá s naprostou samozřejmostí

5. *Problémy při neverbální komunikaci* (alespoň jeden příznak):
    a. omezené využívání gest
    b. nejasná/nemotorná řeč těla
    c. malá výpovědní hodnota výrazu tváře
    d. nevhodné výrazy
    e. zvláštní/strnulý pohled

6. *Motorická neobratnost*

    Podprůměrné výsledky při diagnostickém neurovývojovém vyšetření aspektů vývoje.

Příloha 4 – Diagnostická kritéria Aspergerova syndromu (Szatmari, Brenner, Nagy, 1989)

1. *Osamocenost* (alespoň dva příznaky):
    a. nemá blízké kamarády
    b. vyhýbá se druhým
    c. nejeví zájem o navazování přátelství
    d. je vyhraněný samotář

2. *Narušené sociální chování* (alespoň jeden příznak):
    a. s druhým jedná pouze s cílem, aby dosáhl vlastních záměrů
    b. neobratné sociální chování
    c. jednostranné reakce na vrstevníky
    d. potíže při vnímání pocitů druhých
    e. odtažitost od pocitů druhých lidí

3. *Narušená neverbální komunikace* (alespoň jeden příznak):
    a. omezený rozsah výrazů tváře
    b. neschopnost posoudit citové rozpoložení podle výrazu druhého
    c. neschopnost sdělovat významy očima
    d. nevyhledává oční kontakt
    e. negestikuluje rukama
    f. rozsáhlá a neohrabaná gesta
    g. nedodržuje osobní prostor, překračuje jeho hranice

4. *Atypická řeč* (alespoň dva příznaky):
    a. nápadný tón hlasu
    b. mluví příliš mnoho
    c. mluví příliš málo
    d. nedostatek návaznosti při hovoru
    e. zvláštní používání slov
    f. opakující se vzorce řeči

5. *Nesplňuje kritéria DSM III-R následujících stavů:* autistická porucha

Příloha 5 – Průvodní dopis, dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Anna Hladilová a jsem studentkou Univerzity Palackého v Olomouci. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění dotazníku, který slouží výhradně pro účely mé diplomové práce, v níž se zabývám problematikou vzdělávání dětí s Aspergerovým syndromem. Dotazník naleznete zde: http://goo.gl/forms/XHRVTHkPJD. Je samozřejmě zcela anonymní a jeho vyplnění by Vám nemělo zabrat více než 5 minut. Předem děkuji za Vaši ochotu.

1. **Setkali jste se někdy s pojmem Aspergerův syndrom?**
    a. Ano
    b. Ne

2. **Víte, co pojem Aspergerův syndrom označuje?**
    a. Ano, zcela přesně
    b. Ano, mám určitou základní představu
    c. Ne, vůbec netuším

3. **Aspergerův syndrom řadíme do skupiny:**
    a. Specifických poruch učení
    b. Specifických poruch chování
    c. Poruch autistického spektra
    d. Mentální retardace
    e. Nedovedu posoudit

4. **Žák s Aspergerovým syndromem má problém především v oblasti:**
    a. Řeči
    b. Intelektových schopností
    c. Paměti
    d. Sociálního chování a komunikace
    e. Nedovedu posoudit

5. **Je podle Vás integrace žáka s Aspergerovým syndromem do prostředí běžné školy prospěšná pro samotného žáka?**
    a. Určitě ano
    b. Spíše ano
    c. Spíše ne
    d. Určitě ne
    e. Nedovedu posoudit

6. **Je podle Vás integrace žáka s Aspergerovým syndromem do prostředí běžné školy prospěšná pro ostatní žáky?**
    a. Určitě ano
    b. Spíše ano
    c. Spíše ne
    d. Určitě ne
    e. Nedovedu posoudit

7. **Měl by mít žák s Aspergerovým syndrom individuální vzdělávací plán (IVP)?**
    a. Ano, vždy
    b. Ano, ve většině případů
    c. Ne, pouze výjimečně
    d. Ne, nikdy
    e. Nedovedu posoudit

8. **Měl by ve třídě, v níž je žák s Aspergerovým syndromem integrován, působit asistent pedagoga?**
    a. Ano, vždy
    b. Ano, ve většině případů, ale záleží na závažnosti projevů
    c. Ne, pouze výjimečně
    d. Ne, nikdy
    e. Nedovedu posoudit

9. **Měl by mít žák s Aspergerovým syndromem nějak přizpůsobeny pracovní podmínky?**
    a. Je třeba zohlednit pomalejší pracovní tempo žáka

b. Pracovní podmínky je potřeba individualizovat, strukturalizovat a vizualizovat
c. Pracovní podmínky není třeba jakkoliv přizpůsobovat
d. Je lepší, když si žák zvyká na běžné pracovní podmínky
e. Nedovedu posoudit

10. Pro žáka s Aspergerovým syndromem je klíčové zajistit:

a. Jednoduchost pracovních činností
b. Předvídatelnost pracovních činností
c. Důslednou kontrolu pracovních činností
d. Delší časovou dotaci pracovních činností
e. Nedovedu posoudit

11. Jste:

a. Muž
b. Žena

12. Délka Vaší pedagogické praxe je:

a. Do 10 let
b. Od 10 do 20 let
c. Od 20 do 30 let
d. Nad 30 let

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Anna Hladilová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Adéla Hanáková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2016

Název práce:	Dítě s Aspergerovým syndromem v základní škole
Název v angličtině:	Child with Asperger Syndrome at Elementary School
Anotace práce:	Tématem diplomové práce je problematika výchovy a vzdělávání dítěte s Aspergerovým syndromem. První část práce se zaměřuje na obecná témata spojené s Aspergerovým syndromem. Druhá část práce se věnuje základním principům výchovy a vzdělávání dítěte s Aspergerovým syndromem. Praktická část práce popisuje celorepublikové dotazníkové šetření, zaměřené na vědomosti a postoje pedagogů základních škol týkající se vzdělávání dětí s Aspergerovým syndromem.
Klíčová slova:	Aspergerův syndrom, pervazivní vývojové poruchy, poruchy autistického spektra, strukturované učení
Anotace v angličtině:	The theses deals with the issue of education of children with Asperger syndrome. The first part focuses on general topics associated with Asperger syndrome. The second part deals with basic principles of education of children with Asperger syndrome. The practical part describes a nationwide questionnaire aimed at knowledge and attitudes of teachers of primary schools regarding education of children with Asperger syndrome.
Klíčová slova v angličtině:	Asperger syndrome, Pervasive Developmental Disorders, Autism Spectrum Disorders, Structured Teaching
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1 – Diagnostická kritéria Aspergerova syndromu (MKN-10 WHO, 1993) Příloha 2 – Diagnostická kritéria Aspergerova syndromu (DSM IV, 1994) Příloha 3 – Diagnostická kritéria Aspergerova syndromu (Gillberg a Gillberg, 1989) Příloha 4 – Diagnostická kritéria Aspergerova syndromu (Szatmari, Brenner, Nagy, 1989) Příloha 5 – Průvodní dopis, dotazník
Rozsah práce:	75
Jazyk práce:	Český jazyk