

Edukace žáků se STMP a autismem

Charakteristika MP

Mentální retardace (Dolejší 1978):

- „Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí, postihující jedince ve všech složkách jeho osobnosti – duševní, tělesné i sociální. Nejvýraznějším rysem je trvale porušená poznávací schopnost, která se projevuje nejnápadněji především v procesu učení. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou omezeny v závislosti na stupni postižení“.
- Stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností (schopnosti myslet, učit se, přizpůsobovat se) ⇒ postižení CNS. Jde o stav trvalý, který je:
 - vrozený nebo časně získaný (**do 2 let života dítěte**).

Mentální retardace:

V průběhu historie se v definování mentální retardace objevovaly dvě základní charakteristiky, vycházející z diagnostiky mentálního postižení:

1. **Významné snížení intelektových schopností (snížené IQ).**
2. **Snížení schopnosti adaptace.**

Klasifikace mentálního postižení – MKN-10 (ICD-10)

A/ druh postižení

F70 – F79 mentální retardace

B/stupeň postižení

F 70 Lehká mentální retardace

F 71 Středně těžká mentální retardace

F 72 Těžká mentální retardace

F 73 Hluboká mentální retardace

F 78 Jiná mentální retardace

F 79 Nespecifikovaná mentální retardace

C/ typ postižení (viz klasifikace MP podle typu chování)

eretický (nepokojný, dráždivá, instabilní), torpidní (apatický, netečný, strnulý) , nevyhraněný.

Charakteristika jednotlivých stupňů MR

Každá osobnost je syntézou psychických, fyzických i sociálních znaků, přičemž nejpodstatnějším jevem je její *jedinečnost*. Ve snaze popsat obecnou charakteristiku osobnosti jedinců s mentálním postižením je nutné si uvědomit, že nejde pouze o *časové opožďení duševního vývoje*, ale také o *strukturální vývojové změny* (Valenta in Valenta, Müller 2003). Každý člověk s mentálním postižením je *jedinečnou osobností* se specifickými rysy, přesto se u většiny z nich projevují společné znaky.

Středně těžká mentální retardace - STMR (IQ 49-35)

- Etiologie: většinou organická etiologie. Genetické příčiny jsou v 10 % chromozomální aberace, ve 3 % vrozené poruchy metabolismu. Dále traumata, infekce CNS.
- Přidružená postižení, onemocnění: epilepsie, autismus, další neurologické potíže, psychiatrická onemocnění, tělesné potíže, somatická postižení méně častá.
- Psychomotorický vývoj: velmi opožděn již od raného věku, v 6-7 letech života dosahují úrovně max. 3 let.

JM a HM: vývoj zpomalen, trvalá neobratnost, nekoordinovanost pohybů, neschopnost jemných úkonů.

Proces učení: učení omezené, mechanické, trvá velmi dlouhou dobu.

Vnímání: omezeno v důsledku epilepsie, neurologických a tělesných obtíží.

Sebeobsluha: částečná samostatnost, někdy potřeba pomoc a dohled po celý život.

Myšlení: výrazné opožďení rozvoje myšlení přetrvává do dospělosti. Omezení psychických procesů. Rozdíly mezi jednotlivci – u některých žáků se STMR lze při kvalifikovaném pedagogickém vedení rozvinout základy čtení, psaní a počítání. Myšlení je stereotypní, rigidní, nepřesné, ulpívající na nepodstatných, ale nápadných detailech. Slabá schopnost kombinace a usuzování.

Řeč: ve vývoji opožďená, agramatická, dyslálie přetrvává do dospělosti. Rozdíly mezi jednotlivci - velmi jednoduchá řeč (věty, slovní spojení), nebo pouze nonverbální komunikace s porozuměním základním verbálním instrukcím.

Emotivita: labilita, nevyrovnanost, infantilismus, dráždivost, výbušnost, afektivita, negativismus.

Zařazení v povinné školní docházce: Základní škola speciální, popřípadě integrace do běžné ZŠ.

Profesní příprava: Praktická škola.

Pracovní návyky a dovednosti: jednoduché pracovní zařazení s dohledem, chráněná pracoviště, chráněné dílny. Nejsou schopno samostatně řešit náročnější situace.

Výskyt: z celkového počtu jedinců s MR – 12%, v populaci 0,4 %.

Těžká mentální retardace - TMR (IQ 34-20)

Etiologie: genetické příčiny i negenetické příčiny (poškození zárodečné buňky embrya, plodu, novorozence, malformace CNS – mikrocefalie, makrocefalie či infekce - zarděnky).

Přidružená postižení, onemocnění: velmi častá tělesná i další postižení.

Psychomotorický vývoj: Výrazně opožděn již v předškolním věku

JM a HM: značná pohybová neobratnost, dlouhodobé osvojování koordinace pohybů.

Sebeobsluha: dlouhodobým tréninkem lze osvojit základní hygienické návyky, někteří však nejsou schopni udržet tělesnou čistotu ani v dospělosti.

Poznávací procesy: značné omezení vnímání, pozornosti a paměti. Poznávají blízké osoby.

Řeč: minimální rozvoj komunikativních dovedností, řeč omezena na jednotlivá slova, skřeky, často nevytvořena. Echolálie, perseverace. Emotivita: výrazné porušení afektivní sféry, nestálost nálad, impulzivita,

Zařazení v povinné školní docházce: Základní škola speciální.

Profesní příprava: Praktická škola, omezeno.

Pracovní návyky a dovednosti: při soustavné péči jsou schopni vykonávat jednoduché úkony. Potřeba celoživotní péče. Časté umístění v Domovech pro osoby se zdravotním postižením.

Výskyt: z celkového počtu jedinců s MR – 7%, v populaci 0,3 %.

Hluboká mentální retardace - HMR (IQ pod 20)

Etiologie: většinou organická.

Přidružená postižení, onemocnění: běžná neurologická, smyslová a jiná tělesná postižení, časté jsou nejtěžší formy poruch autistického spektra, atypický autismus. Většina imobilní či omezena v pohybu. Stereotypní automatizmy.

Poznávací procesy: těžké omezení ve schopnosti porozumět požadavkům nebo instrukcím.

Sebeobsluha: inkontinence, neschopnost základní sebeobsluhy, vyžadují péči ve všech základních životních úkonech.

Řeč: pouze rudimentární neverbální komunikace. Výkřiky, grimasy. Někdy lze dosáhnout porozumění základním požadavkům.

Zařazení v povinné školní docházce: Základní škola speciální. Individuální vzdělávání (§ 40, § 42 školského zákona). Využití momentů a terapií, které umožní přiblížení intrauterinního života.

Emotivita: totální poškození afektivní sféry. Sebepoškozování. Nedožívají se vysokého věku.

Výskyt: z celkového počtu jedinců s MR – 1%, v populaci 0,2 %.

Speciálně pedagogická diagnostika psychopedická se zaměřením na žáka se středně těžkým mentálním postižením

Hrubá motorika

HM je zajišťována velkými svalovými skupinami. Jedná se o souhrn pohybových aktivit dítěte, postupné ovládní a držení těla, koordinace horních a dolních končetin, rytmizace pohybů.

Pohyby spontánní (prováděné z vlastního popudu) X Pohyby reflexní (vázané na podnět)

Pohyby záměrné (k určitému účelu) X Pohyby expresivní (projevy psychického stavu)

Posuzujeme pomocí pozorování a vývojových škál

Čtyři hlediska:

- Hledisko vývoje (normální, opožděný, patologický)
- Hledisko opoždění (lehké, střední, těžké)
- Hledisko kvality (koordinace pohybů, narušení koordinace, nekoordinované pohyby)
- Hledisko výkonu (síla, rychlost, vytrvalost)

Posuzujeme:

Mobilitu – zda se žák pohybuje bez omezení, se zjevným omezením, pomocí ortopedických pomůcek, **Imobilitu** – sed na vozíku bez fixace, sed na vozíku s pomocí postranních opěrek, sed pouze s pomocí postranních opěrek, popruhů, klínu., **Zvláštnosti** – přetáčení, otáčení, spasticita, hypotonie, zvedání, stoupání, přísouvání, pohybový nepokoj, **Koordinace pohybů** – dobrá, narušená, dyskoordinace pohybů, **Přítomnost mimovolních projevů** – atetoidní, choreatické, myoklonické, **Kontrola hlavy** – nutná fixace límcem, opěrkou, **Extrémní polohy těla**, **Unavitelnost při motorických aktivitách** – v normě, zvýšená, **Použití rehabilitačních pomůcek** – dlahy, ortézy, protézy, ortopedická obuv, **Použití kompenzačních pomůcek** – chodítka, berličky, vozík, rehabilitační zvedák, vertikalizační stojan

Hodnocení:

Slovní hodnocení písemné, záznamové archy, vývojové škály, hodnocení podle věku, četnosti, stupně apod. např.:

- 0 – úbytek dovedností 0%, žádná ztráta dovedností
- 1 – úbytek dovednosti 25%, jedinec někdy zvládá činnosti bez dopomoci
- 2 – úbytek dovednosti 50%, jedinec zvládá činnosti s dopomocí
- 3 – úbytek dovednosti 75%, jedinec spolupracuje, činnosti naznačuje
- 4 – úbytek dovednosti 100%, jedinec činnosti nezvládá, je zcela závislý na dopomoci

Sledované projevy se vyskytují:

- 1 – vzácně, popřípadě vůbec
- 2 – příležitostně, potřebuje pomoc druhých
- 3 – přiměřeně často, případně s určitou dopomocí
- 4 – často, jen výjimečně potřebuje pomoc
- 5 – často, samostatně, bez pomoci druhých

Jemná motorika

Neuromotorika – jemná motorika prstů a koordinace ruky, úchopy, pohyby mluvidel, mimika

Senzomotorika – motorická reakce na senzorní podněty

Psychomotorika – souhrn pohybových aktivit odrážející psychické funkce a stav jedince

Sociomotorika – pohybové projevy jako reakce na sociální interakci.

Senzorika – posuzování vývoje a reakcí na senzorní podněty

Hmatové, kinestetické, vestibulární a vibrační vnímání – délka trvání, intenzita prožitku, příjemnost nebo nelibost, schopnost lokalizovat podněty

Čichové a chuťové vnímání – diferenciací, příjemnost, zdroj, trvání

Zrakové a akustické vnímání – tvar, barva, velikost, vzdálenost, pohyb, intenzita, výška

Sledujeme 5 oblastí: Celkovou hybnost a výkonnost ruky, Hodnocení ruky v ergoterapii, Úchopy, Diagnostiku pohyblivosti prstů, Lateralitu, Přítomnost tremoru, spasticity, hypotonie

Hodnocení: Koordinace horních končetin – narušená, dyskoordinace, neschopnost pohybu, Používání horních končetin – paréza, plégie, Přítomnost syndromů – dyskinézy, Opozice palce proti jednotlivým prstům – dobrá, špatná, vážne, palec flektován do dlaně, Laterální předpoklad, Úchop, Kompenzační pomůcky – držáky, dlahy, protézy, fixační pomůcky, Posouzení hypermobility a spasticity posuzujeme společně s ergoterapeutem,.

Speciální pedagog posuzuje výkonnost ruky tak, že nejdříve sleduje každou ruku zvlášť a potom jejich součinnost.

Kritéria pro speciálního pedagoga – ruka je plně výkonná při běžné manipulaci s předměty, ruka postačí při nacvičených úkonech sebeobsluhy, není-li činnost časově omezená, ruka postačí jen při některých úkonech sebeobsluhy, ruka nepoužívaná, plegická nebo chybí

Používání toalety – inkontinence, naznačování potřeby, použití nočníku, samostatné používání toalety, dopomoc při vyprazdňování a vyměšování

Hygienické návyky – umývání a utírání obličeje, rukou, těla, vlasů, čištění zubů, úprava zevnějšku, intimní hygiena, používání krémů apod.

Oblékání, vysvlékání – pasivní, s dopomocí, aktivní

Stolování a příjem potravy – stoluje samostatně, s dopomocí, s plnou asistencí, spolupráce při krmení, sání, polykání, kousání, žvýkání, špulení úst na jídlo, použití lžice, pití z láhve, pití z hrníčku s náustkem, strava mixovaná, pasírovaná, v běžné podobě.

Sebeobsluha

Hodnocení: Kvalitativní posouzení.

0 – vzácně, popřípadě vůbec

1 – příležitostně, potřebuje pomoc druhých

- 2 – přiměřeně často, případně s určitou dopomocí
- 3 – často, jen výjimečně potřebuje pomoc
- 4 – často, samostatně, bez pomoci druhých

Míra poskytované podpory:

- 1 – žák je zcela samostatný, nepotřebuje žádnou podporu
- 2 – žák je samostatný pouze při nacvičených úkonech, při nových potřebuje podporu
- 3 – žák je samostatný pouze částečně, v polovině případů potřebuje podporu
- 4 – žák potřebuje ve většině případů podporu
- 5 – žák je zcela závislý na asistenci druhé osoby, potřebuje plnou podporu

Orientace v prostředí

Vztah člověka k předmětům v prostoru a kolem něho, součinnost vnímání a pohybu, podněty vnímané receptory vyvolávají pohyb, získáváme zkušenosti

- Sledujeme: Vlastní tělo – části těla a jejich funkce, Fyzické prostředí – orientace v každodenním prostředí domácím a školním, blízké okolí, Sociální prostředí – rozpoznávání lidí z nejbližšího okolí – rodiče, sourozenci, edukátoři, spolužáci, vrstevníci

Autoregulace učení

Schopnost řídit své vlastní volní jednání a usilovat o dosažení stanoveného cíle.

Sledujeme a hodnotíme:, Zda průběh jednání jedince je vědomý nebo nevědomý, Projevy autoagrese, Zda umí žák sledovat sám sebe, zda se umí motivovat, Jaké způsoby učení preferuje, jak se adaptuje na změny

Komunikace

U žáků s mentálním postižením často symptomatické poruchy řeči. Diagnostiku komunikačních schopností provádí logoped, ale orientační posouzení komunikačních schopností by měl zvládnout každý speciální pedagog.

Sledujeme: Narušení komunikace v jazykových rovinách, Narušení verbálních a neverbálních projevů, Narušení expresivní a receptivní složky řeči, Mimika, gesta, haptika, artikulace, Obsahová stránka řeči

Kognitivní procesy

Veškeré operace a pochody, jejichž prostřednictvím si osoba uvědomuje a osvojuje svět a sebe sama – vnímání, paměť, vybavování, představivost, myšlení, zpracování verbální a neverbální informace.

Sledujeme: Chápání běžně užívaných pojmů, Rozpoznávání souvislostí příčin a důsledků, Orientace v čase a prostoru, Veškeré reakce a projevy žáka

Hodnocení:

Kognitivní procesy odpovídají senzomotorickému stádiu vývoje (0-2 roky) – myšlení je spjato s vnímáním a pohybem

Kognitivní procesy odpovídají symbolickému stádiu (2-4 roky) – uvažování v symbolech, schopnost představit si něco prostřednictvím něčeho jiného

Kognitivní procesy odpovídají stádiu názorného myšlení (4-7 let) – uvažování v pojmech, myšlení je vázané na to, co jedinec zná

Emocionalita

Sledujeme a hodnotíme: Separační úzkost – úzkostná reakce dítěte na skutečné či hrozící odloučení od matky), Pocity libosti a nelibosti, Úroveň emocionálního vývoje, Převažující emoční ladění, Za jakých podmínek se emoční ladění objevuje

Chování a způsobilost pro sociální interakci

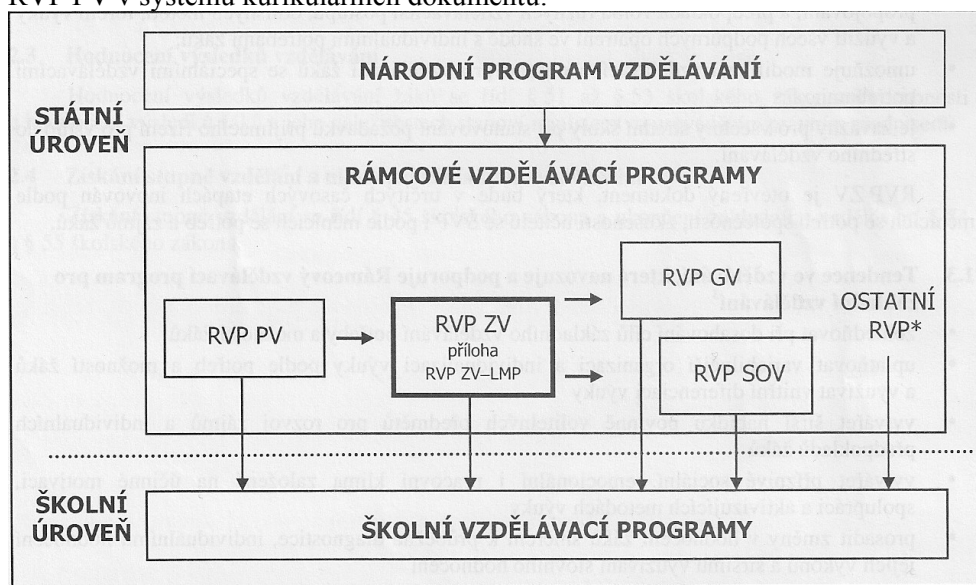
Chování je souhrn vnějších projevů, činností, jednání a reakcí jedince

Sledujeme a hodnotíme: Vztah k osobě, která se o dítě stará, k ostatním blízkým osobám, Sociální úsměv, reakce na výraz obličeje, Adaptace na prostředí, Forma a charakter hry, výběr hraček, Chování v kolektivu, Sexuální chování

Systém kurikulárních dokumentů

- **Bílá kniha** – Národní program rozvoje vzdělávání v ČR (2001). **Dlouhodobý záměr vzdělávání a rozvoje vzdělávací soustavy České republiky** (2005, 2007).
- **Státní úroveň** – Národní program vzdělávání a **Rámcové vzdělávací programy (RVP)**.
- **Školní úroveň** – **Školní vzdělávací programy (ŠVP)**.
- Manuály k tvorbě školních vzdělávacích programů.

RVP PV v systému kurikulárních dokumentů:



Rámcové vzdělávací programy (RVP) § 4 školského zákona:

- ✓ Pro každý obor vzdělání v předškolním, základním, středním, základním uměleckém a jazykovém vzdělání.

Stanovují:

- Vzdělávací obsah.
- Formy, délku vzdělání.
- Klíčové kompetence, vzdělávací oblasti.
- Podmínky vzdělávání a jeho ukončení.
- Organizační uspořádání, profesní profil.
- Zásady pro tvorbu ŠVP.
- Podmínky pro vzdělávání žáků se SVP.
- Materiální, personální, organizační podmínky.
- ✓ Musí odpovídat poznatkům pedagogiky, psychologie a dalších disciplín.
- ✓ Vydávány Ministerstvem ⇒ MŠMT.

Školní vzdělávací programy (ŠVP) § 5 školského zákona:

- ✓ Musí být v souladu s příslušným RVP.

Stanovují:

Identifikační údaje školy (název, zřizovatel).

Charakteristika školy (velikost, vybavení školy, spolupráce s jinými školami, s rodiči, projekty),

Charakteristika ŠVP (zaměření školy, výchovně vzdělávací strategie, zabezpečení výuky žáků se SVP, zabezpečení výuky žáků mimořádně nadaných, začlenění průřezových témat.

Učební plán.

Učební osnovy (charakteristika a obsah vyučovacích předmětů).

Hodnocení a autoevaluace školy.

- ✓ Vydávány ředitelem školy, školského zařízení.

Speciálně pedagogické centrum (SPC)

Školské poradenské zařízení.

Dělí se podle druhu postižení ⇒ **SPC poskytující služby žákům s mentálním postižením.**

Součástí MŠ, ZŠ praktické, ZŠ speciální či samostatné zařízení.

Od 3 let do ukončení vzdělávání.

Činnost centra se uskutečňuje: ambulantně, návštěvy ve školách, návštěvy v rodinách, návštěvy v zařízeních.

Poradenské služby:

- žákům se zdravotním postižením a žákům se zdravotním znevýhodněním integrovaným ve školách a školských zařízeních,
- žákům se zdravotním postižením a žákům se zdravotním znevýhodněním ve školách, třídách, odděleních či studijních skupinách s upravenými vzdělávacími programy,
- žákům se zdravotním postižením v základních školách speciálních,
- dětem s hlubokým mentálním postižením.

Zajišťuje:

- připravenost žáků se zdravotním postižením na školu,
- zajišťuje speciální vzdělávací potřeby žáků se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním,
- zpracovává podklady pro integraci (zařazení, přeřazení) těchto žáků,
- zajišťuje speciálně pedagogickou péči pro žáky se zdravotním postižením nebo se zdravotním znevýhodněním, kteří jsou individuálně integrováni,
- speciálně pedagogická a psychologická diagnostika, poradenské služby při řešení problémů ve vzdělávání, v psychickém, sociálním vývoji žáků se zdravotním postižením a znevýhodněním,
- poradenství pedagogům a rodičům,
- metodická podpora škoře.

SPC pro žáky s MP – standardní činnosti společné:

vyhledávání (depistáž), komplexní diagnostika, tvorba komplexní podpory a strategie péče o žáka, přímá práce s žákem, včasná intervence, poradenství pro rodiče a školy, krizová intervence, kariérové poradenství, poskytování literatury, pomůcek, všestranná podpora (ucelená rehabilitace), vedení dokumentace, koordinace poradenské činnosti, návrhy IVP, postupů do budoucna, zařazení do vzdělávání, pomoc při integraci.

SPC pro žáky s MP – standardní činnosti speciální:

metodika cvičení pro děti raného věku, smyslová výchova, rozvoj JM, HM, GM, rozvoj sociální oblasti, rozvoj estetického vnímání, příprava na zařazení do výchovně-vzdělávacího procesu, logopedická péče, netradiční formy vyučování žáků s MP, alternativní formy čtení, hudební, výtvarné a pohybové činnosti, terapeuticko-formativní prostředky.

RVP PV (od 1. 9. 2007):

Vymezení RVP PV v systému kurikulárních dokumentů.

Předškolní vzdělávání v systému vzdělávání.

Pojetí a cíle předškolního vzdělávání., Vzdělávací obsah, Vzdělávací oblasti, Vzdělávací obsah v ŠVP. Podmínky předškolního vzdělávání, Vzdělávání dětí se SVP a mimořádně nadaných., Autoevaluace MŠ a hodnocení dětí., Zásady pro zpracování ŠVP, Kritéria souladu RVP PV a ŠVP, Povinnosti předškolního pedagoga.

Klíčové kompetence RVP PV:

Kompetence k učení.

Kompetence k řešení problémů.

Kompetence komunikativní.

Kompetence sociální a personální.

Kompetence činnostní a občanské.

Vzdělávací oblasti RVP PV:

Dítě a jeho tělo.

Dítě a jeho psychika.

Dítě a ten druhý.

Dítě a společnost.

Dítě a svět.

Předškolní vzdělávání:

Předškolní vzdělávání plní funkci:

- ✓ **diagnostickou** = zařazení dítěte do dalšího vzdělávání,
- ✓ **reedukační** = rozvoj postižených funkcí,
- ✓ **rehabilitační**,
- ✓ **léčebně výchovnou**,
- ✓ **respitní** = úleva rodičům.
 - vytvářet optimální podmínky k rozvoji každého dítěte,
 - posílení o jednoho pedagogického pracovníka.

Podmínky pro vzdělávání dětí se zdravotním znevýhodněním a zdravotním postižením.

U dětí s mentální retardací:

- ✓ je zajištěno osvojení specifických dovedností zaměřených na zvládnutí sebeobsluhy a základních hygienických návyků v úrovni odpovídající věku dítěte a stupni postižení,
- ✓ jsou využívány vhodné kompenzační (technické a didaktické) pomůcky,
- ✓ je zajištěna přítomnost asistenta (podle míry a stupně postižení),
- ✓ počet dětí ve třídě je snížen.

U dětí s více vadami a autismem:

- ✓ je zajištěno osvojení specifických dovedností, zaměřených na sebeobsluhu,

- ✓ vzdělávací prostředí je klidné a pro dítě podnětné,
- ✓ je zajištěna přítomnost asistenta,
- ✓ počet dětí ve třídě je snížen,
- ✓ jsou využívány vhodné kompenzační (technické a didaktické) pomůcky ,
- ✓ jsou zajištěny další podmínky podle druhu a stupně postižení.

Základní vzdělávání žáků s MP:

- pro žáky od 6- 8 let až do max. 26 let,

Základní škola:

- ✓ individuální integrace,
- ✓ skupinová integrace ⇒ speciální třída při základní škole.

Základní škola praktická (Vyhláška č. 73/2005).

Základní škola speciální (Vyhláška č. 73/2005).

Přípravné třídy základní školy

- Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami se podle vyhlášky č. 73/2005 Sb. uskutečňuje pomocí **podpůrných opatření** (§ 1, odst. 2):
 - *speciální metody, postupy, formy a prostředky vzdělávání;*
 - *kompenzační, rehabilitační a učební pomůcky;*
 - *speciální učebnice, didaktické materiály;*
 - *zařazení předmětů speciálně pedagogické péče;*
 - *poskytování pedagogicko-psychologických služeb;*
 - *zajištění služeb asistenta pedagoga;*
 - *snížení počtu žáků ve třídě, oddělení nebo studijní skupině,*
 - *jiná úprava organizace vzdělávání zohledňující speciální vzdělávací potřeby žáka.*

Základní škola speciální (dříve pomocná škola) DŮLEŽITÉ VĚDĚT:

- **Žáci základních škol speciálních jsou:** Žáci se středně těžkou mentální retardací, Žáci s těžkou mentální retardací, Žáci s hlubokou mentální retardací, Žáci se souběžným postižením více vadami a autismem.
- ✓ ZŠ speciální vychovává a vzdělává žáky s takovými nedostatky rozumového vývoje, pro které se nemohou vzdělávat podle vzdělávacích programů běžné základní školy ani základní školy praktické, jsou však schopni osvojit si elementární vzdělání (Švarcová 2006).

Stupeň vzdělání: ZÁKLADY VZDĚLÁNÍ

Cílem ZŠ speciální je:

Rozvíjení přiměřených poznatků a pracovních dovedností, Vybavit žáky triviem (čtení, psaní, počty), Rozvíjení komunikačních a motorických schopností, Vypěstování návyků a dovedností samostatnosti a sebeobsluhy, Přípravovat žáky k dalšímu vzdělávání, Získat kvalifikaci k vykonávání jednoduchých pracovních činností, Vybavit žáky takovými vědomostmi, dovednostmi a návyky, které jim umožní, aby se v maximální možné míře zapojili do společnosti, Vést žáky k přátelskému a kladnému vztahu k lidem, Vést žáky ke kultivovanému společenskému chování.

Specifika ZŠ speciální:

Odborné speciálně pedagogické vzdělání učitelů a pracovníků školy. Školní třídy přizpůsobené potřebám žáků s těžším MP, Přizpůsobený rozvrh i pracovní tempo, Klidné, nehlukné, nestresující, bezpečné prostředí, Pomoc poradenských zařízení (SPC, psychologové, další odborníci),

Ze strany pedagoga je nutná vnitřní motivace zaměřená emocionálně, trpělivost, tvořivost, vysoce individuální přístup, úzký vztah mezi pedagogem a žákem (rodiči).

Mimořádný význam má estetické cítění, Prolínání předmětů, osnov, Přizpůsobovat se individuálním možnostem žáků.

Vzdělávací programy ZŠ speciální:

- Vzdělávací program pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy č. j. 24035/97-22 (od 1.9.1997):
 - ✓ Vzdělávací program pomocné školy (STMR).
 - ✓ Vzdělávací program přípravného stupně pomocné školy (STMR, TMR, VV, autismus).
- Rehabilitační vzdělávací program pomocné školy č. j. 15 988/2003-24 (od 1.9.2003). (TMR, HMR, VV).
- Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání Základní škola speciální - RVP ZŠS (od 1.9.2010) – v 1. a 7. ročníku.
- Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání Základní škola speciální - RVP ZŠS (od 1.9.2010) – v 1. a 7. ročníku.
- 2010/2011 – 1. roč. a 7. roč.
- 2011/2012 – 2. roč. a 8. roč.
- 2012/2013 – 3. roč. a 9. roč.
- 2013/2014 – 4. roč. a 10. roč.
- Ještě 5:a 6.ročník jede podle starých programů

ZŠ speciální podle vzdělávacího programu pomocné školy:

Povinná školní docházka **10 let.**

4. stupně:

- Nižší (1. – 3. ročník).

- Střední (4. – 6. ročník).
- Vyšší (7. – 8. ročník).
- Pracovní (9. – 10. ročník).
- ✓ Především pro žáky v pásmu středně těžké mentální retardace.
- ✓ **Učební plán pomocné školy:**
- ✓ **Předmět:** čtení, psaní, počty, věcné učení, smyslová výchova, pracovní a výtvarná výchova (PVV), tělesná výchova (TV), hudební výchova (HV), řečová výchova (ŘV), nepovinný předmět, disponibilní dotace
- ✓ **Nepovinné předměty:** zdravotní TV, dramatická výchova, sborový zpěv, výtvarné a pohybové činnosti, práce s počítačem.

Hodnocení: slovní hodnocení.

Přípravný stupeň ZŠ speciální:

- Školský zákon §16, §48, §48a (novela školského zákona).
- Vyhláška č. 73/2005 Sb. §8, §10.

Od 1.9.2010 RVP PV (RVP ZV – ZŠS – koukají na to, aby to jen navazovalo).

Přiřazen k Základní škole speciální.

Samostatná jednotka.

Pro žáky s těžším stupněm mentální retardace, kteří nejsou schopni prospívat ani na nižším stupni základní školy speciální, ale jsou u nich patrné předpoklady rozvoje rozumových schopností (Švarcová 2006). Pro žáky: se středně těžkým MP, s těžkým MP, více vadami a autismem (vyhláška č. 73/2005, školský zákon).

Na 1 až 3 roky (možnost přestupu kdykoliv do nižšího stupně ZŠ speciální).

- *Vzdělávací program přípravného stupně pomocné školy.*

Nezapočítává se do povinné školní docházky.

Výchovně-vzdělávací činnost zabezpečují současně 2 pedagogičtí pracovníci (možnost až 3 pedagogických pracovníků, z nichž jeden je asistent pedagoga – vyhláška č. 73/2005 Sb.).

O zařazení žáka do přípravného stupně základní školy speciální rozhoduje ředitel školy na základě písemné žádosti zákonného zástupce a písemného doporučení školského poradenského zařízení (školský zákon).

Do třídy přípravného stupně základní školy lze zařadit dítě od školního roku, v němž dosáhne 5-ti let věku (školský zákon).

Součástí je místnost pro individuální práci, relaxaci, odpočinek, pohybové aktivity, cvičení.

Počet 4 – 6 žáků ve třídě (vyhláška č. 73/2005, školský zákon).

- **Učební plán přípravného stupně pomocné školy:**

Předměty: smyslová výchova, rozumová výchova, pracovní a výtvarná výchova, tělesná výchova, hudební výchova

Hodnocení: slovní hodnocení (pochvala, motivace, povzbuzení).

Rehabilitační vzdělávací program ZŠ speciální:

Alternativní vzdělávací program základní školy speciální.

Podle Rehabilitačního vzdělávacího programu se vzdělávají žáci, kteří nezvládají vzdělávání dle vzdělávacího programu pomocné školy, jedná se o :

- ✓ Žáky, kteří absolvovali 3 roky přípravného stupně ZŠ speciální a vzhledem ke svému postižení, nemohou plnit požadavky nižšího stupně ZŠ speciální,
- ✓ Žáky, u nichž je od počátku školní docházky jasné, že nebudou schopni vzhledem ke svému postižení plnit požadavky vzdělávacího programu základní školy speciální.

Společně s přípravným stupněm odstraní diskriminaci žáků s těžkým a hlubokým mentálním postižením, kteří byli dříve označováni za „nevzdělavatelné“.

V případě rozvoje rozumových schopností lze kdykoliv žáka přeradit do vzdělávacího programu základní školy speciální.

Někdy se hovoří o tzv. „rehabilitačních třídách“ základní školy speciální (nejde o oficiální název).

Určen pro žáky s těžkým MP, hlubokým MP, postižením více vadami.

Vzhledem k závažnému postižení žáků, nelze reálně počítat s rozvojem trivia ⇒ rozvoj kognitivních funkcí, hybnosti, komunikačních dovedností, sebeobsluhy, kultivace osobnosti,

Výchovně-vzdělávací činnost zabezpečují současně 2 pedagogičtí pracovníci (možnost až 3 pedagogických pracovníků, z nichž jeden je asistent pedagoga – vyhláška č. 73/2005 Sb.).

Počet 4 – 6 žáků ve třídě (vyhláška č. 73/2005, školský zákon).

Plní se zde povinná školní docházka.

Vhodné prostorové vybavení, kompenzační pomůcky, specializované místnosti, hygienické zázemí.

➤ **Učební plán Rehabilitačního vzdělávacího programu:**

Předměty: rozumová výchova, smyslová výchova, pracovní a výtvarná výchova, hudební a pohybová výchova, rehabilitační TV, disponibilní dotace

Organizace: 2 stupně :

1. stupeň (5 let),
2. stupeň (5 let).

Povinná školní docházka: 10 let

Hodnocení: slovní hodnocení (pochvala, motivace, povzbuzení, odměna, obrázky, razítka, sladkosti).

Alternativní a netradiční formy práce na ZŠ speciální:

- Alternativní a augmentativní komunikace (piktogramy, sociální čtení, globální čtení, VOKS).
- Polohování.
- Facilitační techniky (Vojtova metoda, Bobathova metoda, Orofaciální regulační terapie Castilla Moralese).
- Masáže (doteková terapie, míčková facilitace).
- TEACCH program (individuální přístup, strukturované prostředí a vizuální podpora).
- Terapie (muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie, terapie hrou, ergoterapie, psychomotorika, zooterapie, aromaterapie).
- Bazální stimulace (stimulace somatických, vibračních, vestibulárních, čichových a chuťových, sluchových a zrakových, komunikativních a sociálně-emocionálních podnětů).
- Snoezelen (Bílý pokoj, relaxační místnost).

ZŠ speciální podle Rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělání základní škola speciální (RVP ZV ZŠS):

Povinná školní docházka **10 let**.

2. stupně:

- 1. stupeň (1. – 6. ročník)
- 2. stupeň (7. – 10. ročník)

Očekávané výstupy v podmiňovacím způsobu.

Hodnocení: slovní hodnocení.

- **Část A:** 1. Vymezení RVP ZŠS, 1.1 Specifické principy RVP ZŠS.
- **Část B:** 2. Charakteristika oboru vzdělání – základní škola speciální.
- **Část C:**

DÍL I – VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKU SE STŘEDNĚ TĚŽKÝM MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.

- 3. Pojetí a cíle.
- 4. Klíčové kompetence (6).
- 5. Vzdělávací oblasti (9).
- 6. Průřezová témata (6).
- 7. Rámcový učební plán..

DÍL II – VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKU S TĚŽKÝM MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM A SOUBĚŽNÝM POSTIŽENÍM VÍCE VADAMI.

- 8. Pojetí a cíle.
- 9. Klíčové kompetence (5) – chybí *kompetence občanské*.
- 10. Vzdělávací oblasti (5).
- 11. Rámcový učební plán.
- ⇒ *chybí průřezová témata*.

Část D:

- 12. Vzdělávání žáků s kombinací postižení.
- 13. Materiální, personální, hygienické, organizační a jiné podmínky pro uskutečňování RVP ZŠS.
- 14 Zásady pro zpracování školního vzdělávacího programu (ŠVP).
- 15. Slovník použitých výrazů.

DÍL I – VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKU SE STŘEDNĚ TĚŽKÝM MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.

Vzdělávací oblasti (9) a vzdělávací obory:

1. **Jazyková komunikace** (*Čtení, Psaní, Řečová výchova*).
2. **Matematika a její aplikace** (*Matematika*).
3. **Informační a komunikační technologie** (*Informační a komunikační technologie*).
4. **Člověk a jeho svět** (*Člověk a jeho svět*).
5. **Člověk a společnost** (*Člověk a společnost*).
6. **Člověk a příroda** (*Člověk a příroda*).
7. **Umění a kultura** (*Hudební výchova, Výtvarná výchova*).
8. **Člověk a zdraví** (*Výchova ke zdraví, Tělesná výchova, Zdravotní tělesná výchova*).
9. **Člověk a svět práce** (*Člověk a svět práce*).

DÍL II – VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKU S TĚŽKÝM MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM A SOUBĚŽNÝM POSTIŽENÍM VÍCE VADAMI.

Vzdělávací oblasti (5) a vzdělávací obory:

1. **Člověk a komunikace** (*Rozumová výchova, Řečová výchova*).
2. **Člověk a jeho svět** (*Smyslová výchova*).
3. **Umění a kultura** (*Hudební výchova, Výtvarná výchova*).

4. **Člověk a zdraví** (*Pohybová výchova, Zdravotní tělesná výchova, Rehabilitační výchova*).
5. **Člověk a svět práce** (*Pracovní výchova*).

Vzdělávání osob s MP v rámci profesní přípravy:

Profesní příprava = příprava na profesní činnosti podle schopností, možností a zájmů žáků s MP. Přispívá k podpoře ke společenské integraci a ke zkvalitnění života.

Možnosti profesní přípravy jedinců s mentálním postižením:

- Střední odborné učiliště (SOU), střední odborná škola (SOŠ).
- Odborné učiliště (OU).
- Praktická škola (PŠ) – dvouletá či jednoletá.

Praktická škola s dvouletou přípravou:

- **Určena pro:** absolventy základní školy praktické, **absolventy základní školy speciální**, osoby, které ukončili základní školu v nižším než 9. ročníku, v odůvodněných případech absolventům základní školy. Zaměřena na přípravu pro výkon jednoduchých činností a činností v oblasti praktického života.
- **Cílem je:** rozšířit všeobecné vzdělání, dosažené v průběhu povinné školní docházky, Vybavit základy odborného vzdělání a základy manuálních dovedností v oboru dle zaměření.
- **Učební dokumenty:**
 - ✓ Učební dokument Praktická škola dvouletá.
 - ✓ Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání praktická škola dvouletá (od 1.9.2012).

Praktická škola s jednoletou přípravou:

- **Určena pro:** absolventy základní školy praktické, **absolventy základní školy speciální** (prohlubuje učivo ZŠ speciální), Žáky s těžkým zdravotním postižením, zejména s těžkým mentálním postižením, s více vadami a autismem.
- **Cílem je:** Příprava na práci v chráněných pracovištích, na pomocné a úklidové práce v sociálních či zdravotnických zařízeních, popř. v MŠ či speciálních školách.
- **Odborné předměty:** rodinná výchova, ruční práce a praktická cvičení.
- Důraz se klade na praktická cvičení (12 hodin týdně).
- **Ukončení:** Závěrečná zkouška + vysvědčení o závěrečné zkoušce.
- **Učební dokumenty:**
 - ✓ Učební dokument Praktická škola jednoletá.
 - ✓ Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání praktická škola jednoletá (od 1.9.2012).

Další vzdělávání osob s mentálním postižením:

Možnosti dalšího vzdělávání osob s mentálním postižením:

- Večerní školy- Pro absolventy základních škol speciálních, pro absolventy praktických škol.

Pro osoby, které neměly dříve možnost absolvovat povinnou školní docházku.

Zřizovatelem jsou často občanská sdružení (Sdružení pro pomoc mentálně postiženým).

Vznik iniciují rodiče, pracovníci v sociálních službách a další odborníci, kteří mají zájem dále osoby s mentálním postižením rozvíjet.

Výuka probíhá v prostorách školy (výjimečně Domova), v odpoledních hodinách, 2x týdně, 2 – 3 hodiny.

Výuka se neřídí vzdělávacími programy.

Cílem je: rozvíjení komunikačních dovedností, opakování učiva, orientace v životě, čtení časopisů, knih, psaní dopisů, práce s PC, rozvoj estetického vnímání, hybnosti, popř. učení se cizím jazykům.

Hlavním smyslem je prohlubování sociálních kontaktů a smysluplné trávení volného času.

- Kurzy k doplnění vzdělání. - **Kurzy poskytuje:**

Základní škola praktická.

Základní škola speciální.

Určeno pro:

Osoby, které započaly vzdělání, ale neměly možnost získat adekvátní vzdělání, odpovídající jejich možnostem.

Osoby, které byly dříve zbaveny povinnosti vzdělávat se.

Častými účastníky kurzů jsou klienti Domovů pro osoby se zdravotním postižením.

Kurzy pro získání základního vzdělání (školský zákon, § 55).

Kurzy k získání základů vzdělání poskytovaného základní školou speciální (vyhláška č. 73/2005, § 8).

- ✓ Celoživotní vzdělávání
- ✓ Vzdělávání v období dospělosti.

Zařízení sociálních služeb:

- **Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách** ⇒ účinnost od 1. 1. 2007.
- **Novela: zákon č. 206/2009 Sb.**
- **Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.**
- **Novela: vyhláška č. 166/2007**
- ✓ stanovuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvků na péči,
- ✓ upravuje registr poskytovatelů sociálních služeb,
- ✓ upravuje inspekci poskytování sociálních služeb,
- ✓ přináší změnu financování sociálních služeb,
- ✓ stanovuje předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách a další.
- ✓ přináší změnu názvosloví:
 - **Ústavní péče** ⇒ **zařízení sociálních služeb.**
 - **Ústavy sociální péče** ⇒ **denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením.**
- **Sociální službou** se rozumí „*činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení*“ (§ 3a zákona o sociálních službách).
- Sociální služby zahrnují (§ 32a zákona o sociálních službách):
 - ✓ *sociální poradenství,*
 - ✓ *služby sociální péče,*
 - ✓ *služby sociální prevence.*
- Sociální služby se poskytují v:
 - ✓ pobytové,
 - ✓ ambulantní,
 - ✓ terénní formě.

Klasifikace zařízení sociálních služeb:

- Pro poskytování sociálních služeb se zřizují tato zařízení sociálních služeb (§ 34, odst. 1 zákona o sociálních službách):

centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, azylové domy, domy na půli cesty, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny,

terapeutické komunity, sociální poradny, sociálně terapeutické dílny, centra sociálně rehabilitačních služeb, pracoviště rané péče, intervenční centra.

Denní, týdenní stacionáře, Domovy pro osoby se zdravotním postižením (§46-48):

- Nabízí ambulantní služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo zdravotního postižení a osobám s chronickým duševním onemocněním, jež vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.
- **Úkony:**
- ✓ poskytnutí ubytování (pouze týdenní stacionáře a Domovy pro osoby se zdravotním postižením).
- ✓ poskytnutí stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- ✓ pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Denní stacionáře (Švarcová 2006):

- Péče je poskytována dětem, mládeži i dospělým klientům.
- V péči o děti poskytují zařízení s denním pobytem výchovnou a vzdělávací činnost, avšak děti v období povinné školní docházky by měly být zařazovány do příslušného typu školy.
- V péči o dospělé nabízí klientům formy pracovní terapie a využití volného času.
- Zachování co nejvyšší míry kontaktu s rodinou.

Týdenní stacionáře (Švarcová 2006):

- Týdenní pobyt je optimálním řešením.
- Tato zařízení poskytují klientům bohatý program, který by nebyla rodina schopna zajistit.
- Přitom však nedochází k přetřhání emocionálních vazeb mezi klientem a rodinou.
- Výhodou je, že rodiče se mohou přes týden věnovat sourozencům bez postižení a vykonávat zaměstnání.
- O víkendu věnují svůj čas dítěti s postižením.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením (Švarcová 2006):

- V případě domova pro osoby se zdravotním postižením zařízení plně zastupuje funkci rodiny a velmi záleží na kvalitě poskytovaných služeb.
- Velkým rizikem je především absence citových pout vytvořených v rodině. Jako rizikový faktor se jeví také **tradiční přístup**, který je orientován medicínsky a ochranitelsky.
- Tradiční způsob péče o klienty přináší negativní důsledky jako je šikana, hospitalismus a zneužívání mocenského postavení personálem.
- Naproti tomu stojí **moderní přístup** k sociální péči, vycházející z potřeb klienta (Valenta, Müller, 2003).

Organizace sociálních služeb v Domovech pro osoby se zdravotním postižením:

- **Poskytnutí ubytování** - ubytování samotné a také úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení.
- **Poskytnutí stravy** - zajištění celodenní stravy, která odpovídá věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, a to v rozsahu alespoň tří hlavních jídel.
- **Poskytování pomoci zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu** - pomoc při oblékání, svlékání, pomoc při přesunu na lůžko či vozík, pomoc při vstávání z lůžka, uléhání či změně poloh, pomoc při jídle a pití a pomoc při prostorové orientaci a samostatném pohybu.
- **Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti** - pracovní výchovné činnosti, nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností, vytvoření podmínek pro zajišťování přiměřeného vzdělávání nebo pracovního uplatnění, volnočasové a zájmové aktivity, umělecké terapie, individuální plány.
- **Zprostředkováním kontaktu se společenským prostředím** - podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informací. Dále pak pomoc při upevnění a obnovení kontaktu s rodinou a dalších aktivitách, které podporují sociální začleňování jedince.
- **Sociálně terapeutické činnosti** - rozvoj nebo udržení osobních a sociálních schopností či dovedností podporujících sociální začleňování osob.

Humanizace, transformace a deinstitucionalizace zařízení sociálních služeb:

- ✓ **Standardy kvality sociálních služeb.**
- ✓ **Kultivovat bydlení** snižováním počtu klientů na pokoji, zřizovat samostatné pokoje a chráněné bydlení.
- ✓ Dětem s těžkým postižením umožnit **pohyb** na zemi, na koberci a na speciálním nábytku.
- ✓ Snižit zdravotnický personál na minimum, nahradit jej pedagogickými pracovníky. **Personál** je rovnocenným partnerem klienta.
- ✓ Koncipovat Domov jako **otevřenou instituci**, přístupnou návštěvám. Neomezovat návštěvy rodičů. Chodit i s klienty na vozíku na procházky. Účastnit se života mimo Domov.
- ✓ Hlavním cílem by se mělo stát zvládnutí **sebeobslužných činností** za účelem dosažení co nejvyšší samostatnosti klientů.
- ✓ Zajistit **edukaci klientů** (třídy základní školy speciální, kurz k doplnění základů vzdělání poskytovaný základní školou speciální, individuální výuka pod patronací speciálního pedagoga).
- ✓ Zavést **pracovní terapii** pro klienty, chráněné dílny.
- ✓ Respektovat **potřeby, přání a pocity klienta**.
- ✓ Organizovat zajímavé **aktivity**, které smysluplně vyplní volný čas klientů.
- ✓ Umožnit **setkávání klientů obou pohlaví** (partnerský život).
- ✓ Slušně a správně klienty **oslovovat**.

Didaktické metody

- ✓ *Metodu* vyučování můžeme dle Valenty a Müllera (2003) charakterizovat jako cestu, jež vede k výukovým cílům. Klasicky můžeme metody rozdělovat na: **metody slovní, metody názorné, metody činnostně-praktické a metody hodnotící**. Autoři upozorňují na skutečnost, že u osob s těžkým a kombinovaným postižením nelze plně uplatňovat uvedené metody. Je potřeba hledat takové postupy, jež kombinují metody pedagogické, zdravotnické a sociální. Valenta a Müller (2003, s. 203-204) navrhuji toto rozdělení:
- ✓ **Metody léčebně-rehabilitační intervence** (masáže, elektroléčba, vodoléčba, světloléčba, léčebná tělesná výchova, Vojtova metoda reflexní lokomoce, Bobath koncept a další).
- ✓ **Metody pedagogicko-rehabilitační intervence** (bazální stimulace, senzomotorická a psychomotorická stimulace, alternativní a augmentativní komunikace, terapie hrou, činnostní terapie, expresivní terapie, canisterapie a další).
- ✓ **Metody sociálně-rehabilitační intervence** (ovlivnění kvality života, změna prostředí, režimový tlak, situační učení, práce s rodinou, komunita a další).

Organizační formy –

- Naplňování obsahu výuky a dosahování cílů je spojeno s *organizačními formami* vyučovacího procesu, mezi které lze zařadit například uspořádání prostředí, uspořádání žáků, společnou činnost učitele a žáka nebo časové rozložení výuky (Valenta, Müller 2003).
- Vítková (In Pipeková ed., 2006a, s. 333) uvádí tyto požadavky na uspořádání výuky žáků s těžkým postižením: ve vyučování je středem pozornosti žák a jeho životní situace, volíme činnosti vztahující se k individuálním výukovým cílům, vyučování je otevřený, variabilní proces, základem vytváření vztahů je zajištění atmosféry jistoty a bezpečí, zajištění zážitku k dosažení orientovanosti a náklonnosti dítěte s těžkým postižením k osobám a věcem.

Dále je podle Vítkové (In Pipeková ed., 2006a, s. 333) důležité použití přiměřených výukových forem u žáků s těžkým postižením: vyučování obsahuje všechny pedagogické situace, také péči ošetrovatelskou a speciální individuální podpurná opatření, realizace vyučování probíhá ve třídě, i ve vzdáleném a blízkém okolí, vyučování probíhá zpravidla ve skupině (pozdrav, rozloučení, jídlo, hra), vyučování probíhá také jako individuální výuka, žák se ve vyučování učí plnit i úkoly nad časový rámec vyučování, denní fázová cvičení – pro výuku reakcí a dovedností, odstranění nefunkčního chování.

Dále je podle Vítkové (In Pipeková ed., 2006a, s. 333) důležité použití přiměřených výukových forem u žáků s těžkým postižením: žáci s těžkým postižením jsou přijímáni příslušnou základní (speciální) školou, žákům, kteří nejsou schopni navštěvovat školu je zajištěna podpora doma, během dne se pravidelně střídá výuka a odpočinek, hra a relaxace, přítomnost odpovídajícího personálu, nutnost architektonických úprav a vybavení, u žáka přijatého do existující skupiny zohledňujeme pedagogickou situaci ve škole, věk, individuální způsob učení, tělesný a sociální vývoj, žáka postupně začleňujeme do skupiny.

Vyučovací prostředky – specifické didaktické pomůcky

- **Vyučovacími prostředky** máme na mysli materiální a technické *pomůcky*, které jsou při edukaci žáků s těžkým postižením neméně důležité. Speciální pomůcky využitelné u těchto žáků mohou být: kompenzační, rehabilitační nebo ortopedické.
- **Kompenzační pomůcky** využívají částečně narušené funkce či orgánu, jejichž nedostatky vyrovnávají.
- **Rehabilitační pomůcky** jsou nápravné, obnovují částečně nebo úplně narušenou funkci či orgán.
- **Ortopedické pomůcky** mají estetickou funkci. Nahrazují poškozenou nebo nevyvinutou funkci či orgán.

- Z hlediska potřeb žáků s těžkým postižením mají mimořádný význam pomůcky kompenzační (Opatřilová, 2005, s. 30-31):
- **Na sebeobsluhu** (držáky příborů, navlékače ponožek, sedačky do vany, protiskluzové podložky atd.).
- **Na vzdělávání** (držáky na tužky, lepící fólie, upravené klávesnice PC, upravené lavice, lehátka, klekátka atd.).
- **Na pracovní činnosti** (násadky a držáky pracovního nářadí, upravené pracovní desky, pákové nůžky atd.).
- **Na rozvoj pohybových dovedností** (rolátor, kozičky, berle, hole atd.).
- **Vozíky** (pro děti, pro dospívající a dospělé, mechanické, elektrické, skládací, pevné atd.).

Principy vyučování

- Princip komplexnosti a orientace na osobnost
- Princip interakce a komunikace
- Princip kooperace
- Princip diferenciací a individualizace
- Princip normalizace
- Princip podpory pozitivního chování

Zásady vyučování

- zjistit situaci žáka doma, i ve škole,
- zjistit výchozí stav žáka, především způsob chování, schopnost učení a jednání v různých situacích,
- nepoužívat standardizované testy a škály jako jediný podklad pro vytyčení výukových cílů,
- brát výchozí stav učení jako měnitelný,
- plánovat krátkodobé dílčí cíle,
- zachytit pokroky ve výuce, chování, zvraty i neměnný stav.
- Švarcová (2006, s. 112) vychází z obecně platných pedagogických zásad. Uvádí tyto zásady: názornosti, aktivity žáků ve vyučování, soustavnosti a trvalosti, přiměřenosti učiva, přičemž tyto zásady nelze chápat ve stejném smyslu jako na běžných školách, je nutné přizpůsobení školám vzdělávajícím žáky se zdravotním postižením.

Úprava širšího edukačního prostředí

- Bezbariérová úprava třídy
- Prostor pro relaxaci (bazének s kuličkami, pěnové vaky, karimatky, polštářky)
- Bezbariérová toaleta

- ❑ Speciálně upravené místnosti na škole (tělocvična, cvičná kuchyně, dílny pro terapie)
- ❑ Hřiště, zahrada, pozemky, bazén

Determinanty edukace: Osobnostní faktory žáka a jeho struktura osobnosti, Zdravotní stav žáka, Únava, Stres, Psychomotorický neklid, Psychomotorický záchvat, Blízké i širší sociální prostředí, Transformace učení, Relaxace, hra, Osobnost edukátora

Výukové strategie – podpora HM

- ❑ Pomůcky pro podporu lokomoce – *krauler* pro nácvik lezení, *houpačky a závěsné sítě*, *fixační nosítka* na hrud' nebo záda dospělého
- ❑ Pomůcky pro podporu vestibulárního vnímání – *gymbaly*, *závěsná zařízení na rampě*, *houpačky*, *houpací křesla*
- ❑ Pomůcky umožňující aktivní pohyb žáků – *stabilní madla na stěnách*, *rolátor* (2 kolečka), *pojízdné rámy* (4 kolečka), *kozičky*, *berle*, *hole*.
- ❑ Skluzné desky – *krátká skluzná deska* pro přesun z vozíku na lůžko, *dlouhá skluzná deska* pro přesun z vozíku do auta
- ❑ Zvedací technika – pro zvedání a přenášení na WC, do vany, z lůžka na vozík apod.
- ❑ Pomůcky pro relaxaci a polohování – *molitanové podkovy s fixačním límcem*, *polštáře*, *klíny a měkké molitanové válce* pro ležení na boku mezi kolena a kotníky, *větší klíny ve tvaru C, E, U* pro ležení na boku na zádech a sezení, *molitanová housenka*, *gelové podložky*, *antidekubitní podložky*, *matrace*, *relaxační vaky*, *vodní lůžko*, *kuličkový bazén*, *houpačky*, *relaxační hudba*, *aroma lampy*, *vonné oleje*, *masážní olej*.
- ❑ Pomůcky pro výuku rehabilitační TV – *motomedy*, což jsou trenažéry jízdy na kole s možností přestavby pro cvičení rukou, *vertikalizační stojany*, *karimatky*, *velké rehabilitační míče*, *žebřiny se zrcadlem*, *velké zrcadlo* umožňující vidět celou postavu, *molitanové stavebnice*, *nafukovací ozvučené míče*, *látkové měkké míče*, *látkový tunel vyztužený obručemi*, *rehabilitační*, *vertikalizační a polohovací sítě*, *pohyblivé chodníky*.

Výukové strategie – podpora JM, SM (senzomotorika)

- ❑ Hračky a didaktické pomůcky – *dřevěné nebo plastové hračky*, *ukládačky*, *zatloukačky*, *skládačky*, *sada šroubů a matic*, *sada navlékacích tvarů*, *provlékadla*, *flexibilní stavebnice s předlohami*, *magnetické stavebnice*, *mozaikové sady*, *kubusy*, *puzzle*.
- ❑ Rehabilitační kompenzační pomůcky – *úchopové míče jako nopen úchopový* (s bodlinkami), *soft míčky (pěnové)*, *masážní válečky*, *masážní kroužky*, *posilovací gumy*, *činky*, *závaží*, *držák úchopu*, který fixuje držení psacího náčiní
- ❑ Pomůcky pro výuku pracovní a výtvarné výchovy – *speciální štětce*, *tužky se speciálními držáky na úchop*, *zátěžový nátepník* zabraňující mimovolným pohybům, *protiskluzové podložky*, *upravení nůžky*, *prstové barvy*, *odlehčená plovoucí plastelína*, *stavebnice typu LEGO*, *manipulační labyrinty* (kuličky na drátu zasazené do dřevěné podložky), *dráhy obalené měkkou bužirkou pro tvarování*, *jednoduché puzzle*, *barevné dřevěné kostky*, *děrované podložky pro zasouvání kolíčků*, *manipulační panely* (nácvik otevírání dveří, zámků, vypínačů), *látkové manipulační panely* (nácvik zipování, zapínání a odepínání knoflíků, práce s tkanicí, suchým zipem, přezkou)

Výukové strategie – podpora kognitivních procesů

- ❑ Poznávání objektů – rozpoznávání reálných předmětů, rozpoznávání předmětů na fotografii, na jednoduchém obrázku, osoby na fotografiích, přiřazování obrázků ke skutečným předmětům a obráceně, piktogramy
- ❑ Podpora myšlení – analytické činnosti – rozlišování a uvědomování si částí těla, rozlišování předmětů denní potřeby v souvislosti s běžnými činnostmi, rozlišování podle tvaru, barvy, velikosti, třídění a přiřazování v souvislosti se sebeobsluhou, vybírání stejných symbolů (co potřebujeme ke stolování), rozlišování rostlin a živočichů na elementární úrovni
- ❑ Podpora myšlení – syntetické činnosti – sestavování tvaru ze dvou částí (stejně poloviny – sluníčko, čtverec), sestavování z polovin nepravidelně dělených (pes, nákladní auto), sestavování různých částí do celku (jednoduché puzzle, kubus), dokreslování chybějící části na obrázku
- ❑ Vytváření představ o základních pojmech do, na pod, za vedle, před – nejprve manipulace s konkrétními předměty, až později abstrakce, manipulace na pracovní desce, magnetické tabuli
- ❑ Představivost a paměť – pozorování okolí, výrazné pohyby, zvuky (práce s hlasem, výraznými předměty), sledování reakcí dítěte na změnu, uchování a vybavení vjemu s reálnými předměty, zvuky a činnostmi, hudební, výtvarné a pohybové činnosti pro rozvoj fantazie a představivosti
- ❑ Využití hry pro rozvoj kognitivního vnímání
- ❑ Konstruktivní stavebnice - obsahují návody, obrázky, fotografie, které naznačují, jak má vypadat výsledek. U šikovnějších žáků můžeme podněcovat tvořivost neposkytnutím návodů
- ❑ Elektronické hračky – hračky, které vydávají zvuky nebo světlo nebo interaktivní hry na PC
- ❑ Magnetické stavebnice s velkými díly – umožňují lepší úchop a manipulaci
- ❑ Didaktické sady – skládky na třídění (barvy, velikosti, tvaru), pracovní deska na vkládání tvarů (celých, půlených, nepravidelně dělených), sady na výuku pojmů (velký, malý), sady určující pozice (nahore, dole, vpravo, vlevo), sady zaměřené na situace (výrazy obličejů, denní režim), sady na rozvoj grafomotoriky
- ❑ Plošné tvary a tělesa
- ❑ Domino, početní tyčinky, početní boxy

Výukové strategie – podpora sebeobsluhy

- ❑ Příjem potravy – správný stabilní sed, hlava v přímce těla, plytká rovnější lžice
- ❑ Oblékání, vysvlékání – snažíme se o aktivní motorický kontakt dítěte, aby natahovalo ruce a nohy, vše komentujeme a snažíme se udržovat oční kontakt
- ❑ Hygienické návyky – odbouráváme strach z vody, mytí a sprchování, učíme dítě aktivní spolupráci, používáme elektrický zubní kartáček, učíme různým způsobům sušení rukou, při neschopnosti udržování vlastní čistoty učíme alespoň naznačení vykonání potřeby, používáme krémy, deodoranty

Výukové strategie – podpora orientace v prostoru a čase

- ❑ Obvyklé činnosti provádíme na obvyklých místech – jíme u stolu, umýváme se v koupelně, hrajeme si na zemi
- ❑ Orientace ve fyzickém prostředí ve škole – učebny, místnosti, zahrada
- ❑ Orientace v domácím prostředí a v blízkém okolí, na procházkách, při cestě domů, do školy

- ❑ Orientace v čase – důsledný denní režim, předmětová či obrázková vizualizace, zvýraznění změny činnosti zvukovým signálem (*rolnička – svačina, zvoneček – oběd, relaxační hudba – odpočinek, gong – večere*)

Vybrané didaktické metody a strategie

- V odborné literatuře můžeme v současnosti najít informace o těchto vybraných podpůrných metodách a strategiích:
 - ❑ **alternativní a augmentativní komunikace,**
 - ❑ **polohování,**
 - ❑ **facilitační techniky,**
 - ❑ **masáže,**
 - ❑ **TEACCH program,**
 - ❑ **terapeutické přístupy,**
 - ❑ **bazální stimulace,**
 - ❑ **Snoezelen.**

Alternativní a augmentativní komunikace (AAK) Žáci s těžkým postižením mají narušenou celou komunikační oblast, což jim znemožňuje vyjadřovat své myšlenky a poznávat okolní svět. Existuje množství komunikačních systémů, jejich výběr je nutné posuzovat citlivě na základě potřeb dítěte (Kubová, 1996).

Janovcová (2003) vymezuje rozdíl mezi alternativní a augmentativní komunikací. Systémy alternativní komunikace se používají jako náhrada mluvené řeči. Snahou systémů augmentativní komunikace je podpořit již existující komunikační možnosti jedince.

AAK – Piktogramy a Bliss - Piktogramy jsou obrázkové komunikační symboly znázorňující osoby, věci, činnosti, představy, vlastnosti, pocity a vztahy s cílem naučit osoby s těžkým postižením orientaci v běžném životě.

- Umožňují komunikaci bez vazby na řeč.
- Základní symboly jsou vytištěny bíle na černém pozadí. Pomocí piktogramů lze vytvořit například rozvrh hodin.
- Bliss je komunikační systém používající místo slov jednoduché obrázky. Dílčí základní symboly mohou být spojovány do jednoduchých vět

AAK – facilitovaná komunikace - U facilitované komunikace asistent provádí mechanickou podporu ruky žáka.

- Při psaní na počítači asistent přidržuje ruku žáka nejprve od zápěstí, přes loket až na rameno.
- Vytváří tak protitlak k ruce žáka a stimuluje jeho psaní. Ideální je, pokud se pouze lehce dotýká ramene nebo žáka podporuje bez přímého dotyku.
- Začíná se jednoduchými otázkami (ano-ne), až po dokonalejší komunikaci. Valenta, Müller (2003) dodávají, že facilitovaná komunikace je využívána především u klientů s autismem a patří k jedné z nejspornějších metod ve speciální pedagogice.

AAK – Výměnný obrázkový komunikační systém (VOKS) - původně byl vytvořen pro žáky s autismem.

- Důležitou roli v něm hraje motivace a vlastní iniciativa dítěte. Ta spočívá ve výměně obrázku za předmět přes diferenciaci obrázku, tvorbu tabulky s odnímatelnými obrázky až po tvorbu vět (Valenta, Müller, 2003). Knapcová (2006) dodává, že VOKS je vhodný zejména pro žáky s těžkými formami mentální retardace, poruchami autistického spektra a Downovým syndromem.
- Autorka upozorňuje, že žáci s těmito diagnózami nejsou často schopni napodobovat pohyby, ukazovat na symboly, získat si pozornost druhé osoby či navazovat sociální kontakty. Výše uvedené systémy AAK tyto schopnosti vyžadují. Při použití VOKS však děti na obrázky neukazují, ale partnerovi je přinášejí, obrázek vyměňují za pamlskek či věc. Komunikace je tedy spontánní a žáci jsou při ní iniciativní.

AAK – sociální čtení - patří společně s metodou globálního čtení k nejčastěji využívaným metodám v edukaci žáků s těžkým postižením.

- Sociální čtení vychází z faktu, že technika čtení, kterou si žáci s těžšími formami mentálního postižení ve škole osvojí, je pro ně v praxi málo využitelná. Sociální čtení je tedy založeno na poznávání a reagování na fotografie, obrázky, symboly, piktogramy, slova a skupiny slov, které se v praktickém životě žáků s těžkým postižením objevují.
- Chápeme jej proto jako součást sociálního učení (Kubová, 1996). Autorka dále uvádí, že se sociálním čtením se má začít tehdy, pokud dítě starší osmi let nemá doposud žádné nebo jen velmi malé čtecí dovednosti. Vhodné je využívat zájmů a zkušeností jednotlivých žáků – nakupování, doprava, příroda, sport.

AAK – globální čtení- podstatou je postup od celku k jednotlivostem.

- Je tedy opakem analyticko-syntetické metody čtení, kterou však zcela nevylučuje. Po jejím osvojení je možné u některých žáků později na analyticko-syntetickou metodu přejít.
- Globální metoda čtení je zahajována u dítěte s aktivní slovní zásobou alespoň 50 slov.
- Nezbytná pro výuku je učebnice První čtení. Ta obsahuje soubory obrázků s textem z různých oblastí.
- Text je psán velkým tiskacím písmem, aby jej bylo možno obtahovat či skládat z tyčinek. Jako doplnění lze použít fotografie (Janovcová, 2003).

Polohování

- je jednou z nejdůležitějších edukačních forem práce s žáky s těžkým postižením.
- Jejich využití spočívá v tom, že některé polohy mohou svalový tonus snižovat, jiné naopak zvyšovat. Pro žáky s těžkým postižením mohou být přínosné jako podpora psychomotorického vývoje a odstranění patologických pohybových vzorců.
- polohy vyšetřovací, aktivní, pasivní, úlevové a preventivní. U žáků s těžkým postižením používáme zejména poslední jmenované polohy.
- Preventivní polohy zabraňují vzniku křečů, deformit a proleženin, dále stimulují dýchání a oběhový systém. Vždy musíme mít na mysli, že polohu jedince je nutné zvolit individuálně.

Facilitační techniky

- ❑ *facilitace* znamená podporu psychických procesů a činností vedoucí k lepšímu výkonu.
- ❑ facilitaci lze přeložit také jako „*ulehčení, usnadnění*“.
- ❑ Princip *facilitace* spočívá v podráždění příslušné nervové oblasti, které vyvolá předurčené pohybové vzorce. Snahou *facilitace* je nahradit patologicky prováděné pohyby, pohyby novými. Je zde patrná již zmíněná neoddělitelnost tělesných a psychických funkcí, kdy edukace žáků s těžkým postižením se odehrává na základě rozvoje motoriky.
- ❑ V odborné literatuře se nejčastěji vyskytují tyto *facilitační* techniky:
- ❑ Vojtova metoda reflexní terapie,- jedna z nejrozšířenějších metod při rozvoji hybnosti dětí.

Tvůrcem je lékař Václav Vojta.

Podstatou jsou dvě polohy – reflexní plazení a reflexní otáčení.

Cílem je rozvoj napřimování až k dosažení střídavé chůze oběma nohama.

Dle Vojty (1993) se na lidském těle nacházejí hlavní a pomocné spouštěcí zóny, jejichž stimulací může být aktivován celý koordinační komplex.

Vojta uvádí sedm polohových reakcí uplatňujících se ve vývojové diagnostice, na jejichž základě můžeme zjistit odchylky motorického vývoje.

- ❑ metoda manželů Bobathových, - využívá **inhibice** – útlumu zvýšeného svalového tonu.

Jde tedy o uvedení trupu nebo končetin dítěte do takových poloh, kdy se zvýšený svalový tonus zmírní nebo zcela vymizí.

To umožní dítěti provést pohyb lépe, nebo zcela normálně.

Užívá se také tappingu – dotýkání a tlakového dráždění povrchových a hloubkových receptorů(Trojan, 2005).

V konceptu manželů Bobathových nejde o posilování a uvolňování postižených svalových skupin, ale o zlepšení koordinace těla a vytvoření normálního svalového tonusu.

Koncept je zabudován do všedního dne žáka s těžkým postižením, nejedná se o izolovaná cvičení jako v případě Vojtovy metody (Vítková, 1998).

Klenková (2000) oddává, že metoda manželů Bobathových obsahuje jak prvky fyzioterapie, tak i ergoterapie a logopedie.

- ❑ Kabatova metoda,
- ❑ Petöho metoda,
- ❑ orofaciální regulační terapie Castilla Moralese - při orofaciální terapii osob s mozkovými poruchami je nutné nejdříve najít polohy, které inhibují patologické pohybové vzorce.

Provádí se stimulační k rozvoji hybnosti orofaciální oblasti (sání, polykání, žvýkání, hybnost jazyka, rtů, čelistí, mimika obličeje, dýchání) pomocí poklepávání (tapping), tlaků, tahů a masáže (Morales, 2006).

- ☐ synergetická reflexní terapie a další.

Masáže – dotyková terapie

- ☐ Při masáži hraje stěžejní roli dotek. Pro osoby s postižením, ale i bez postižení má zásadní význam, protože zprostředkovává poznání sebe samého i okolí. To dokazuje také fakt, že hmat se vyvíjí ze smyslů nejdříve a pro vývoj je nezbytný. Mezi dětmi s těžkým postižením se nachází množství předčasně narozených dětí, u nichž může masáž napomoci správnému vývoji. Masáže jsou vhodné pro děti s autismem a Downovým syndromem, lze je podpořit vonnými oleji (Hašplová, 2000).
- ☐ Účel masáže spočívá především ve vytváření zrakového kontaktu a dotyku kůže, zlepšování hlasového projevu díky snížení svalového napětí hrtanu, zlepšování čichového vnímání uvolněním oblasti nosu a v podpoře hybnosti.
- ☐ Prostřednictvím dotekové terapie může jedinec komunikovat, i když došlo k poruše verbálního vyjadřování (Gangale, 2004).
- ☐ Míčkování.

Metoda rozvíjejícího pohybu Veroniky Sherborne

- ☐ Metoda pochází z Velké Británie a je pojmenována podle její zakladatelky, pedagožky, která se zabývala vlivem pohybu na celkový rozvoj osobnosti.
- ☐ Metoda byla původně vytvořena pro rodiče dětí, kteří jsou aktivními účastníky cvičení
- ☐ Metoda vychází ze dvou základních poznatků:
 - Z přirozené potřeby jedince uvědomovat si sama sebe
 - Z potřeby člověka uvědomovat si okolí, být s druhým, zúčastnit se společenského dění
- ☐ Jedná se o systém cvičení, který využívá pohybu jako nástroje podpory psychomotorického rozvoje
- ☐ Koncept podporuje rozvoj pohybu i sociálního kontaktu.
- ☐ Veronika Sherborne původně pracovala s dětmi s MP, později začala metodu používat také u PAS, poruch chování, u dětí neurotických, s nerovnoměrným psychomotorickým vývojem, s poruchami hybnosti a s ADHD.
- ☐ **V rámci metodiky existují 3 oblasti postupů:**
 1. Vnímání vlastního těla a zdokonalování pohybu
 2. Vnímání prostoru a činnosti v něm
 3. Sdílení prostoru s jinými lidmi a navazování blízkého kontaktu s nimi
 4. Cvičební jednotka trvá obvykle 15-30 minut, pokud dítě zvládá plné zapojení, až 1 hodinu
 5. Délka cvičení je však individuální

6. Dítě musí dobře ovládat první požadavek, jinak nemůže postoupit dál
7. Cvičení začíná od nejnižších poloh na podlaze, přes střední polohu vsedě, vkleku až do polohy vzpřímené.
8. Po každém úseku cvičení následuje relaxace

Zásady: Dobrovolnost dítěte

- Navázání a udržení očního kontaktu
- Prožívání radosti z pohybové aktivity a kontaktu s druhými lidmi
- Respektování práva dítěte na svobodu vlastního rozhodnutí
- Nekritizovat, ale chválit
- Postupně rozšiřovat okruh společných cvičení (ve dvojicích, ve trojicích, ve skupině)
- Iniciativa dospělých se postupně snižuje ve prospěch aktivity dítěte
- Stálé sledování dítěte dospělým
- Poskytnutí pocitu bezpečí a uvolnění.

-organizace, pomůcky, dokumentace

- Dostatečný prostor, místnost musí být vyvětraná.
- Volný oděv, cvičení na boso.
- Podložky – deky, karimatky, žíněnky.
- Molitanové kostky, válce apod.
- Hlavní pomůckou je tělo dospělého.
- Hudba jako doprovod.
- Individuální cvičení probíhá paralelně vedle skupinového cvičení.
- Nejčastěji se pracuje s dětmi předškolního a školního věku, věk ale není ohraničen.
- Vedení cvičení je podrobně písemně dokumentováno.

Terapeutické přístupy – muzikoterapie

- pro vymezení muzikoterapie použijeme definici Müllera (2005, s. 25), který při definování jednotlivých terapií vychází z pojetí psychoterapie. Za muzikoterapii považuje „*odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikací prostředků hudebního umění použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem*“.
- Franiok (In Pipeková, Vítková ed., 2001) dodává, že dobře vedená hodina hudební výchovy může být považována za muzikoterapii. Hudba se používá při léčbě spastických stavů, pozitivně působí na srdeční tep, dechový rytmus, je to prostředek snižování bolesti a uvolňování napětí. Rozvíjí schopnosti motorické, řečové, sociální dovednosti a estetické citění.

- ❑ Pro rozvoj hudebnosti se využívá Orrfův hudební instrumentář.

Terapeutické přístupy – pracovní a činnostní terapie

- ❑ činnostní terapie využívá toho, že problémy člověka se odrážejí v praktické činnosti a právě touto činností je můžeme pozitivně ovlivnit.
- ❑ Jde tedy o to, co se při praktické činnosti děje, ne o samotný výsledek.
- ❑ V tom je spatřován hlavní rozdíl vzhledem k pracovní terapii (ergoterapii). Zde je důležité, aby byl splněn úkol či vytvořen výrobek (Horňáková, In Pipeková, Vítková ed., 2001).

Terapeutické přístupy – psychomotorika

- ❑ je formou pohybové aktivity, jejímž cílem je prožitek z pohybu.
- ❑ Pomáhá jedinci poznávat vlastní tělo, okolní svět i prožitky z pohybové aktivity.
- ❑ Jejímí prostředky jsou jednoduché herní činnosti, činnosti s náradím a náčiním.
- ❑ Využívá prvků muzikoterapie a relaxace (Blahutková, 2003).

Terapeutické přístupy – zooterapie

- ❑ má výjimečné postavení mezi terapiemi, a to především proto, že terapeutickým prostředkem je kromě člověka jiný živý tvor.
- ❑ Při *hipoterapii* se terapeutickým prostředkem stává kůň.
- ❑ *Canisterapie* je forma psychoterapie vycházející z poznatku, že nejspolehlivějším přítelem člověka v osamění a nemoci je pes.
- ❑ Pes napomáhá k celkové stimulaci jedince s postižením, poskytuje pocit jistoty a bezpečí, sbližuje jedince s postižením se zdravými lidmi a pomáhá k nezávislosti jedince s postižením na okolí (Pipeková, In Pipeková, Vítková ed., 2001).

Terapeutické přístupy – aromaterapie

- ❑ její podstatou je využívání vůní rostlin s cílem ozdravení tělesné i duševní stránky organismu. Aromatické látky mohou do organismu člověka pronikat pomocí čichu či kůže. Prostředkem aromaterapie mohou být čerstvé nebo suché rostliny nebo jejich části, tinktury, aromatické vody či éterické oleje.
- ❑ Aromaterapii lze provádět společně s dalšími terapiemi či s medikamentózní léčbou (Nagornaja, 2002).

Bazální stimulace

- ❑ Koncept bazální stimulace vyvinul v 70. letech Prof. Fröhlich, čímž umožnil dětem s těžkým postižením rozvoj jejich osobnosti a komunikace.
- ❑ Podstatou konceptu je stimulace smyslových orgánů, která zlepšuje přenos vzruchů v CNS.
- ❑ Tím je umožněno lepší vnímání, což podporuje kromě komunikace také rozvoj vlastní identity, orientaci v prostoru a čase a zlepšení funkce organismu.

- ❑ Bazální stimulace je také určena klientům v komatózních stavech, dlouhodobě upoutaných na lůžko, v intenzivní péči a geriatrickým klientům. Klade velký důraz na doteky, které se stávají formou komunikace (Friedlová, 2006).
- ❑ bazální stimulací rozumíme nabídku podnětů osobě s těžkým postižením ve všech oblastech, ve kterých není schopna se o přísun podnětů postarat.
- ❑ Ke stimulaci podle autorky dochází pomocí podmětů:
 - somatických,
 - vibračních,
 - vestibulárních,
 - čichových a chuťových,
 - sluchových a zrakových,
 - komunikativních a sociálně-emocionálních.
- ❑ Friedlová (2006), vycházející spíše z ošetrovatelské péče uvádí tyto oblasti podpory: somatická, vestibulární, vibrační, optická, auditivní, orální, olfaktorická a taktilně-haptická stimulace.

Snoezelen

- ❑ První poznatky o této metodě se v Evropě objevily v 70. letech 20. století, a to v Holandsku, kam se metoda dostala z Ameriky.
- ❑ Do České republiky přichází v 80. – 90. letech. Pojem vznikl spojením slov *snuffelen* (čichat) a *doezelen* (dřímát), což přeloženo do češtiny znamená smyslové prožívání.
- ❑ Hlavním principem je vytvoření prostředí (místnosti), kde se nachází bohatá nabídka smyslových podnětů, kterých nemá být mnoho, avšak musí být hluboké.
- ❑ Snoezelen plní funkci relaxační, prostřednictvím které je klient ovlivňován hudbou, hrou světél, možnostmi využívat nafukovací či vodní matrace.
- ❑ Mezi další funkce patří funkce poznávací (volný pohyb klienta) a interakční (manipulace s předměty, světelná stěna, zvonkohra).
- ❑ V tomto prostředí není nic vnucováno, každý se může oddat libovolné činnosti. Tento systém je vytvořen nejen pro klienty s mentálním a těžkým postižením, ale také pro osoby s poruchami chování, autisty, seniory, pacienty po operacích mozku a pro nemocné trpící Alzheimerovou či Parkinsonovou nemocí.
- ❑ V rámci Snoezelenu je možné provádět již zmíněné terapie či rehabilitační metody – muzikoterapii, aromaterapii, míčkování, dále Wilbargerův program, Program komprese či prenatální terapii. Wilbargerův program a Program komprese se užívají u osob s autismem. Jedná se o zklidňující techniky, kde se vlivem tlaků a tahů, někdy za pomoci měkkého kartáče, dosahuje relaxace osob s těžkým postižením. Často se kombinuje s relaxační hudbou.

Souběžné postižení více vadami

- ❑ **Těžké postižení** představuje „komplex omezení člověka jako celku ve všech jeho prožitkových sférách a výrazových možnostech“ (Vítková, In Pipeková ed., 2006a, s. 329). Autorka dále uvádí, že u osob s těžkým postižením jsou podstatně omezeny a změněny emocionální, kognitivní, tělesné, sociální a komunikační schopnosti.
- ❑ **Kombinované vady** mohou podle Monatové (1994) zasahovat dvě nebo více oblastí osobnosti, přičemž ji mohou narušovat nepatrně nebo výrazně, či ji neumožnit zařazovat se do společnosti vůbec. Sovák (1986, s. 22) rozumí vadami kombinovanými „sdržení několika vad u téhož jedince“.
- ❑ Edelsberger a kol. (2000, s. 158) v Defektologickém slovníku uvádí, že o kombinované vady jde v případě, „když jedinec je postižen současně dvěma nebo více vadami“.
- ❑ Charakteristika **postižení více vadami** je uvedena ve věstníku Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky (MŠMT ČR) č. 8/1997. č. j. 25602/97-22. „Za postiženého více vadami se považuje dítě, respektive žák postižený současně dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledkům opravňovalo k zařazení do speciální školy příslušného typu. Za provedení speciálně pedagogické diagnostiky odpovídá speciálněpedagogické centrum (případně pedagogicko-psychologická poradna), zařazené do sítě škol, předškolních zařízení a školských zařízení MŠMT ČR“ (Vítková, In Pipeková ed., 2006a, s. 335).

Klasifikace:

- Nejčastěji uváděná **klasifikace** žáků s těžkým postižením a více vadami vychází z potřeb resortu školství. Žáci s těžkým postižením a více vadami se tak člení do tří skupin (Vítková, In Pipeková ed. 2006a, s. 335):
 1. Skupina, v níž je společným znakem **mentální retardace**, která je determinujícím faktorem pro nejvýše dosažitelný stupeň vzdělání a výchovy. Proto je při rozhodování o způsobu vzdělávání pokládána za vadu dominantní.
 2. Druhou skupinu tvoří **kombinace vad tělesných, smyslových a vad řeči**. Specifickou skupinu tvoří děti/žáci hluchoslepí.
 3. Samostatnou skupinu tvoří **děti/žáci s autismem a autistickými rysy**.

okruh osob:

- ❑ Společným znakem jedinců s těžkým postižením je poškození centrálních funkcí, přičemž dochází k podstatnému narušení nebo ztrátě koordinujících centrálních systémů, řídicích a realizujících vnímání, pohyb a jejich zpracování. Jedinci s těžkým postižením nejsou schopni se orientovat ve svém prostředí, zmocnit se ho vlastními prostředky, změnit ho a vybudovat si vlastní kognitivní struktury. Rozdíly mezi jednotlivými dětmi s těžkým postižením spočívají ve schopnosti pohybovat se, komunikovat a zpracovávat a interpretovat vnímané informace (Vítková, In Pipeková ed., 2006a).
- ❑ Hlavními představiteli těžkého postižení, kdy dochází ke kombinaci postižení mentálního s tělesným postižením, smyslovým postižením a poruchami chování jsou diagnózy **mozkové obrny (MO), Downova syndromu (DS) a autismu**.

Poruchy autistického spektra (PAS)

Terminologie: Pojem autismus má původ ve slově „autos“ ve smyslu „sám“. Poprvé jej použil Eugen Bleuler v roce 1911, ale v souvislosti s popisem psychopatie schizofrenie (proto se je dnes také často mylně spojován autismus a schizofrenie). V roce 1943 popsal pedopsychiatr Leo Kanner 11 případů dětí, které na sebe upozornily svým bizarním chováním: byly extrémně introvertní, neustále udržovaly jisté zvyky a

stereotypní aktivity. Pro označení jejich poruchy později zvolil název „časný dětský autismus“ (Hrdlička, M., Komárek, V. 2004, Thorová, K. 2006).

Hovoříme-li o autismu, máme na mysli celou škálu poruch a syndromů, které jsou souhrnně nazývány termínem poruchy autistického spektra (PAS) nebo tento pojem někteří odborníci užívají jako synonymum pro diagnózu dětský autismus.

V našem pojetí je slovo „autismus“ používáno jako synonymum pro PAS. Tento pojem vychází z představy, že existuje celé kontinuum poruch, kdy na jednom (nižším) konci škály schopností hranice autistického spektra splývají hlubokou mentální retardací a v horním konci této stupnice přecházejí do mírně výstředních variací běžného vývoje (Wing, L. 2005 srov. Thorová, K. 2006).

V lékařské a psychologické terminologii je autismus zařazen mezi **pervazivní vývojové poruchy**. Znamená to, že jde o postižení, kdy vývoj jedince probíhá odlišným způsobem od jedince zdravého a kdy se postižení projeví ve všech oblastech života. Slovo „pervazivní“ znamená všeprosáknutí a vyjadřuje fakt, že vývoj dítěte je narušen do hloubky v mnoha směrech.

Termín pervazivní vývojová porucha vystihuje samotnou podstatu poruchy mnohem lépe než pouze slovo autismus (v omezeném slova smyslu „nezúčastněný“ nebo „obrácený do sebe“), jelikož skutečné potíže těchto osob jsou mnohem širší než jednoduchá charakteristika sociální uzavřenosti.

V lednu 2011 byly Americkou psychiatrickou asociací uveřejněny detaily ohledně PAS, které vyvolaly bouřlivou diskusi jak mezi odborníky, tak mezi rodiči a samotnými postiženými.

Jednou z hlavních změn v DSM-V je nahrazení pojmu „pervazivní vývojové poruchy“ termínem „poruchy autistického spektra“.

Existuje tedy jediná diagnostická kategorie, neboť nalezené rozdíly mezi poruchami byly rozporuplné a proměnné v závislosti na závažnosti poruchy a byly dány jazykovou úrovní či inteligencí spíše než rysy poruchy.

Nový název kategorie zahrnuje autistickou poruchu, pervazivní vývojovou poruchu jinak nespecifikovanou, Aspergerovu poruchu a desintegrační poruchu v dětství (APA 2011). Rettova porucha byla vypuštěna.

Autismus je podle Průchy (2003, s. 21) „vývojová porucha projevující se neschopností komunikovat a navazovat kontakty s okolím.

- ❑ Postižený obtížně vyjadřuje svá přání a potřeby, nechápe, proč mu ostatní nerozumějí.
- ❑ Uzavírá se do vlastního světa a projevuje se jako extrémně osamělá bytost.“
- ❑ P. Howlin (2005, s. 13) ve své definici upozorňuje na závažnost tohoto postižení a píše, že „autismus je celoživotní často velmi devastující postižení, které závažným způsobem ovlivní každou oblast života postiženého.“
- ❑ Ještě bychom dodali i celé jeho rodiny.

Klasifikace:

- ❑ Pro klasifikaci PAS jsou směrodatné dva současně platné dokumenty a sice desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10 z roku 1992) a Americký diagnostický manuál, který v roce 1994 vydala Americká psychiatrická asociace. Oba dokumenty se ovšem liší jak v terminologii, tak ve spektru poruch. **Podle Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize**, v Evropě se používanější, mezi pervazivní vývojové poruchy patří (MKN-10 2000) :

- F84.0 Dětský autismus, •F84.1 Atypický autismus,
- F84.2 Rettův syndrom,
- F84.3 Jiná desintegrační porucha v dětství,
- F84.4 Hyperaktivní porucha s mentální retardací a stereotypními pohyby,
- F84.5 Aspergerův syndrom,
- F84.8 Jiné pervazivní vývojové poruchy,
- F84.9 Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná.

Podle klasifikačního systému DSM-IV do kategorie pervazivních vývojových poruch patří (srov. Hrdlička, M. Komárek, V. 2004, Thorová, K. 2006):

- autistická porucha,
- pervazivní vývojová porucha jinak nespecifikovaná,
- Aspergerova porucha,
- desintegrační porucha v dětství,
- Rettova porucha.

Podle míry postižení lze autismus dělit na nízko funkční až vysoko funkční, či s mírnou až těžkou symptomatikou, která se týká především počtu a hloubky projevů autismu. (Hrdlička, M. Komárek, V. 2004, Thorová, K. 2006).

- Vysoce funkční autismus:** Jedinci, kteří mají inteligenci v normě (IQ do 70) a komunikační schopnost je normální nebo mírně narušená. Z celkového počtu dětí s PAS se udává vysokofunkčních autistů cca 11-34 %. Tyto děti jsou schopné dobré integrace do společnosti a mohou se tak vzdělávat i na běžné škole.
- Středně funkční autismus:** Zahrnuje jedince s lehkou nebo středně těžkou mentální retardací. V klinickém obraze těchto osob přibývá stereotypií a narušená komunikační schopnost je více patrná.
- Nízko funkční autismus:** Se vyskytuje u nejvíce mentálně retardovaných dětí (IQ pod 34), u nichž není rozvinutá použitelná řeč, velmi málo navazují jakýkoliv kontakt a v symptomatice převládají stereotypie.

Triáda autismu:

V souvislosti s PAS hovoříme o tzv. triádě poškození, autistické triádě nebo behaviorálně kognitivní triádě, kterou tak nazvala v 70. letech psychiatrička Lorna Wingová (srov. Thorová, K. 2006). Triádou rozumíme styčné problémové oblasti:

- komunikace,**
- sociálního chování - interakce,**
- představitosti či imaginace (stereotypní okruh zájmů).**

Triáda symptomů je pro všechny PAS společná, avšak míra a způsob její manifestace je individuální v závislosti na konkrétním jedinci a typu autismu. Neexistuje žádný typický postižený autismem, tak jako neexistuje žádný

typický zdravý člověk. Každý z postižených je jedinečný a mezi postiženými převažují spíše rozdíly než podobnosti (Jelínková, M. 2001).

Problémy v komunikaci se projevují:

- ❑ echolálie (opakování slov a vět);
- ❑ monotónní řeči bez intonace;
- ❑ nedostatky v napodobování, spontánnosti a variacích v použití jazyka;
- ❑ chybné používání zájmen;
- ❑ rozdílem v receptivním a expresivním jazyce (Richman, S. 2006).

Obtíže v sociální interakci se u dětí s autismem projevují tak, že:

- ❑ se mohou vyhýbat očnímu kontaktu;
- ❑ mohou mít problémy s porozuměním výrazům obličeje, gestům;
- ❑ používají ruku jiné osoby, chtějí-li dosáhnout na nějakou věc;
- ❑ dávají přednost samotě;
- ❑ projevují minimální iniciativu (Richman, S. 2006).

Postižení v oblasti představivosti vede k rigiditě v myšlení i chování, což se projevuje stereotypy (plácání rukama, tleskání, pozorování třepetajících rukou, kolébání a otáčení těla, grimasování, verbální stereotypy), rituály, repetitivním chováním a nechtí ke změnám.

- ❑ Stereotypní chování má různé formy, které se mění s vývojem dítěte.
- ❑ Problémy v této oblasti se projeví také v neobvyklém zacházení s hračkami, předměty, zaměřením se na jejich části (srov. Richman, S. 2006).

U vysocefunkčních autistů se objevují stereotypy v oblasti zájmů, které se projevují sbíráním faktů (hity známé skupiny, tituly knih, kvízy, výsledky utkání, aj.) a předmětů.

- ❑ Děti s PAS sbírají cokoliv (letáčky, papírky, kamínky, telefonní seznamy, jízdní řády, aj.) a jejich sbírky často zabírají velký prostor.
- ❑ Tyto tendence často přetrvávají do dospělého věku.
- ❑ Omezený okruh zájmů se projevuje tím, že postižený obtěžuje okolí tím, že nemluví o ničem jiném, většinu peněz utrací za své zájmy a zabírají mu všechnen volný čas, někdy dokonce brání ve výkonu povolání (Howlin, P. 2005).
- ❑ Neschopnost přijímat změny a přirozeně na ně reagovat, vyvolává pocit úzkosti a dítě se ocitá ve stresové situaci.
- ❑ Zdrojem extrémního stresu může být jakákoliv změna (změna cesty do školy, nečekaná změna v rozvrhu apod.), ale i tak běžná záležitost jako je výměna obnošených šatů.
- ❑ Stereotypní chování má jasnou funkci.

- ❑ Děti s autismem si chtějí vytvořit pocit bezpečí, jistoty a předvídatelnosti (Jelínková, M. 2000).

Jednotlivé typy:

Dětský autismus

- ❑ Nejznámější kategorií z PAS je patrně dětský autismus (v literatuře též jako Kannerův syndrom či Kannerův autismus, časný či raný dětský autismus, infantilní autismus či infantilní psychóza). Tento typ PAS je obecně považován za „klasický“ a bývá označován také jako „nukleární“ autismus, neboť tvoří jádro všech PAS (Ošlejšková, H. 2008).
- ❑ Nejčastější komorbiditou dětského autismu je mentální retardace (2/3), kdy asi 30% spadá do pásma LMR až SMR a 45% do pásma TMR a HMR. Výzkumné studie potvrzují vyšší výskyt epilepsie (4,8-26,4%) než u běžné populace (0,5%). Porucha je častější u chlapců než u dívek v poměru 4-5:1 (srov. Hrdlička, M., Komárek, V. 2004).
- ❑ Dětský autismus je syndrom, jehož symptomy se objeví v celkovém vývoji dítěte ve všech třech složkách triády a to před třetím rokem věku dítěte.

Atypický autismus

- ❑ Typ PAS, který se liší od autismu dobou vzniku (stává se manifestní až po 3. roce života) nebo chybějí-li poruchy jedné či dvou ze tří oblastí psychopatologie pro dětský autismus.
- ❑ U těchto osob se dříve mluvilo o tzv. autistických rysech.
- ❑ Vývoj dílčích dovedností je značně nerovnoměrný, ale z hlediska náročnosti péče a potřeby intervence se neliší od dětského autismu.
- ❑ Ročně se v České republice narodí 100 – 150 dětí s atypickým autismem.
- ❑ Diagnostický manuál DSM-IV tuto kategorii nezná a zařazuje tyto děti pod pervazivní vývojovou poruchu jinak nespecifikovanou (srov. Thorová, K. 2006).

Rettův syndrom

- ❑ Jde o jakousi výjimku mezi PAS, neboť známe jeho etiologii a touto poruchou trpí pouze dívky, na rozdíl od všech zbývajících PAS, které se převážně vyskytují u chlapců. Je progresivním onemocněním s genetickou příčinou (lokalizován gen, odpovídající za vznik poruchy na distálním dlouhém raménku X chromozomu). Výjimečný je tento syndrom také tím, že je poměrně vzácný - trpí jím 0,007% dívčí populace (Vágnerová, M. 2004).
- ❑ Typický je normální či téměř normální časný vývoj (7.-18.měsíc) následovaný částečnou nebo úplnou ztrátou nabytých verbálních a manuálních dovedností společně se zpomalením růstu hlavy. Později se objevuje apraxie, skolióza nebo kyfoskolióza, epilepsie, někdy choreatetoidní pohyby a pravidelně i těžké mentální postižení. Typickým projevem jsou stereotypní pohyby rukou podobající se „mytí“, nadměrné slinění s vyplazováním jazyka

Aspergerův syndrom

- ❑ Tento termín prosadila do praxe Lorna Wingová. Nahradil termín autistická psychopatie, zavedený Hansem Aspergerem ve 40. letech 20. století. Nazýval jej také syndromem tzv. malých profesorů. Jedná se o nejdiskutovanější jednotku ze skupiny PAS, u které výzkumníci jen obtížně hledají ohraničení oproti vysoce

funkčnímu autismu. Někteří autoři však zdůrazňují, že Aspergerův syndrom je jen méně závažnou variantou autismu a že dělení do dvou diagnóz je umělé (Hrdlička, M., Komárek, V. 2004).

- ❑ Příčina Aspergerova syndromu není dosud jasná, ale klinické studie poukazují na přímou souvislost mezi tímto syndromem a poruchami neurobiologického původu, které ovlivňují vývoj dětského mozku. Dalším možným faktorem je dědičnost, ale odborníkům se prozatím nepodařilo zjistit, jak se tento syndrom přenáší (Čadilová, V., Žampachová, Z. 2006).
- ❑ Aspergerův syndrom se primárně liší od autismu tím, že se u této poruchy nevyskytuje celkové zpoždění řeči ani kognitivního vývoje. Proto by se u této diagnózy nemělo objevovat opoždění či narušení vývoje řeči před 3. rokem života dítěte (řeč formálně správná, ale nápadná) ani IQ nižší než 70.
- ❑ Většina jedinců má průměrnou, někdy nadprůměrnou, inteligenci, ale bývá značně nemotorná. V poměru 8:1 se toto onemocnění vyskytuje u chlapců. Odhadovaná prevalence je 36 - 71 případů na 10 000 narozených dětí (MKN-10 2000).
- ❑ Typickými znaky této poruchy jsou sociální naivita, důsledná pravdomluvnost, obliba v šokujících poznámkách a gestech, egocentrismus a zvláštní zájmy obsedantního charakteru (dinosauři, vlaky, televizní pořady, aj.). Osoby s Aspergerovým syndromem mohou dávat přednost osamělým aktivitám a komunikují zvláštním způsobem (detailní vyjadřování), kdy chtějí mluvit jen o předmětu svého zájmu. Bývají sociálně izolováni, ale jsou si toho vědomi (není výsledkem nezájmu o druhé) – touží mít přátele a partnery. Jsou motoricky neobratní.
- ❑ V některých člancích a odborných knihách se objevují diskuze, které slavné osobnosti v minulosti mohly mít Aspergerův syndrom. Uvažuje se např. o Sokratovi, Darwinovi, Newtonovi, Einsteinovi, Edisonovi, Kafkovi, L. van Beethovenovi či V. van Goghovi aj.

Jiná dezintegrační porucha v dětství

- ❑ Dětská dezintegrační porucha (též Hellerův syndrom) je charakterizována počátečním obdobím normálního vývoje, které trvá minimálně dva roky, a po kterém nastává z neznámé příčiny regres v doposud nabytých dovednostech.
- ❑ Prokazatelnou ztrátu dovedností nazýváme autistickým regresem. Jde o úbytek schopností, tj. ranou demenci, s nepříznivou prognózou.
- ❑ Obtíže se začnou projevovat v oblasti motoriky, řeči, postižena je i kontrola vyměšování. Porucha je přibližně desetkrát méně častá než klasický autismus (Thorová, K. 2006, Vágnerová, M. 2004).

Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby

- ❑ Tato kategorie je poměrně vágně definovanou poruchou, která sdružuje hyperaktivní syndrom, těžkou mentální retardací (IQ pod 35), stereotypní pohyby a/nebo sebepoškozování. V dospívání může být hyperaktivita nahrazena hypoaktivitou (MKN-10 2000). DSM – IV tuto poruchu nevymezuje.

Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná je diagnostická kategorie, která by se měla používat pro poruchy, které vyhovují popisu PAS, ale nesplňují kritéria ani pro jednu z kategorií v F84.

Jiná pervazivní vývojová porucha je kategorie, kdy PAS nelze určit pro přidružená postižení.

Etiologie a prevalence:

- ❑ Teorie o příčinách vzniku PAS stírá teorii a autoři své názory radikálně mění s přílivem nových informací.

- ❑ Z historie můžeme uvést příklad Kanner, který ještě ve 40. letech 20. století byl přesvědčen o vrozeném základu autistického chování, později, pod vlivem psychoanalýzy, svoje stanovisko změnil.
- ❑ Zaměřil se na zkoumání charakteristik rodičů autistických dětí. Shledal, že tito rodiče jsou tvrdí, úspěšní, sobečtí, chladní, odmítající pomoc svému dítěti.
- ❑ Kanner tak došel k závěru, že autismus je výsledek dlouhodobého emocionálního ochlazení dětí sobeckými rodiči.
- ❑ Kanner byl také autorem slovního spojení „matka lednička“. Na Kannerovu domněnku navázaly psychoanalytické teorie a po celá 50. a 60. léta 20. stol. bylo chování matky bohužel považováno za kauzální příčinu autismu (Hrdlička, M., Komárek, V. 2004 srov. Opatřilová, D. in Pipeková, J. 2010).
- ❑ Další vývoj směřoval k hledání příčin autismu v neurologických poškozeních mozku nebo odlišné biochemii mozku.
- ❑ Z důvodu variability projevů autismu jsou i závěry výzkumů rozdílné (různá neurologická poškození v různých částech mozku).
- ❑ Objevily se abnormality v oblasti mozkové kůry přední části levého čelního laloku (souvisí s empatickým myšlením), v mozečku (řízení motorických pohybů) a také v limbickém systému (emoce, paměť a učení) (Bragdon, A.D, Gamon, D. 2006).
- ❑ Také se předpokládá, že určitou roli bude hrát genetika. Výzkum v této oblasti přinesl poznatky o tom, že autismus je pravděpodobně ovlivněn anomáliemi na několika genech. Autismus bude pravděpodobně způsoben chromozomální aberací chromozomů chromozomů X, 7, 11, 15 a 16. Získaná data z řady výzkumů prokázala, že dědičnost hraje u výskytu autismu významnou roli. Celkově se předpokládá, že genetické vlivy se na vzniku autismu podílejí v 91 – 93 % (srov. Vágnerová, M. 2004, Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J. 2007, Thorová, K. 2006).
- ❑ Jako jedna z možných příčin vzniku autismu se zvažuje nadbytek testosteronu v těhotenství. (Masopustová, Z. 2005).
- ❑ Jasnou příčinu vzniku autismu se doposud nepodařilo jednoznačně prokázat. Obecně se odborná veřejnost shoduje pouze v názoru, že příčina autismu bude s největší pravděpodobností multifaktoriální.
- ❑ Dnes již je zřejmé, že PAS jsou spojené nejenom s poruchami na úrovni mozku, ale také s narušenou funkcí trávicího systému, produkcí hormonů, se sníženou schopností odstraňovat z těla škodlivé toxiny, s imunitními a alergickými reakcemi.
- ❑ Existují teorie, které vychází z předpokladu, že autismus je metabolická porucha, podobná celiakii a fenylketonurii. Všechny tyto poruchy souvisejí s nekompletním trávením proteinů. Zajímavý je například výzkum dokládající vyšší výskyt PAS v rodinách lidí s celiakií (příbuzenstvu prvního stupně je dvakrát častější než v běžné populaci) či teorie, že autismus vzniká v důsledku neléčené fenylketonurie.
- ❑ Bylo doloženo, že autismus i schizofrenie jsou doprovázeny zvýšenou hladinou peptidů (bílkovin) v moči, které se v moči při správné funkci metabolismu vyskytovat nemají. Fragmenty nekompletně trávených proteinů (peptidy) pronikají střevní stěnou do krve a poškozují CNS. Tyto peptidy se v podobě endogenních morfinů, které vznikají nekompletním trávením lepku a caseinu významně podílejí na předávání vzruchů v CNS a následkem špatného přenosu vzruchů dochází např. ke stereotypnímu chování, hypersenzitivitě na některé zvuky a nebo k hyposezitivitě na zvuky apod. (Shattock, P. sec. Mühlpachr , P. 2004 srov. Strunecká, A. 2009).

- ❑ Existuje také teorie o spojitosti mezi očkováním a autismem. V důsledku očkování (trojkombinace zarděnky, spalničky, příušnice) dojde u dítěte v tlustém a tenkém střevě k zánětu, při kterém jsou do krve vylučovány toxiny, které mohou poškodit mozek a způsobit tak autismus. Spojitost mezi očkováním nebyla zatím prokázána, ale ani vyvrácena.
- ❑ Prevalence autismu je udávána v závislosti na posuzovacích kritériích (MKN – 10 x DSM IV). Viktor Lotter při první epidemiologické studii provedené v 60. letech zjistil, že na 10 000 dětí připadá 5 dětí s autismem. Do současné doby se uskutečnilo okolo 30 výzkumů a za střízlivé jsou považovány údaje v rozmezí 5–10/10 000 dětí. Ovšem se zavedením nové nozologické jednotky – PAS, byl zaznamenán nárůst výskytu této diagnózy (60/10 000) (Thorová, K. 2006).
- ❑ Nové studie ukazují, že každé 151 dítě má autismus (některé studie ukazují, že dokonce každé 101 dítě má PAS).
- ❑ Poslední výzkum, který se zakládal na recenzi výsledků z publikovaných epidemiologických průzkumů o prevalenci PAS mezi roky 1966 a 2010 a který čítal celkem 61 studií, zjistil, že na 10 000 dětí připadá 70 dětí s PAS. Tedy přibližně 1 dítě ze 143 trpí PAS (Sarcino, J., Noseworthy, J., Steiman, M., Reisinger, L., Fombonne, E. 2010).
- ❑ První příznaky, kterých si rodiče mohou všimnout jsou, že se dítě nechce nechat kojit, nelíbí se mu, když ho někdo chová, chybí oční kontakt, odmítá útěchu, mívá problémy se spánkem. V batolecím věku chybí žvatlání, hraje si monotónně, často jen s jedním předmětem. Děti s autismem se dlouho nenaučí kousat a žvýkat potravu, začínají později chodit, ale nejedná se o motorickou retardaci, jako spíše o strach, nechuť a nedostatek vůle chodit (Johansenová 1998 srov. Thorová, K. 2006).
- ❑ Tradičně se předpokládá, že příznaky autismu jsou nejvýraznější v období třetího až šestého roku života (Train, A. 2001 srov. Hrdlička, M., Komárek, V. 2004).
- ❑ V posledních letech se odborníci snaží vytvořit vodítka pro určení diagnózy v co nejranějším věku. Zkoumání raných symptomů je předmětem mnohých současných studií, které se opírají především o zpětnou analýzu videozáznamů (Masopustová, Z., Lacinová, L. 2006, Thorová, K. 2006).
- ❑ Českou screeningovou metodu **DACH** – Dětské autistické chování vytvořila K. Thorová. Jde o metodu orientační (jednoduchý dotazník) sloužící k rozpoznání PAS a je určena primárně rodičům dětí, kteří mají na PAS u svého dítěte hypotetické podezření. Dotazník obsahuje 74 položek zaměřených na fyziologické funkce, vnímání, sociální chování, mimoslovní komunikaci, řeč, zájmy a hru, přizpůsobivost, emoce, motoriku a problémové chování (Beranová, I., Thorová, K., Hrdlička, M., Propper, L. in Hrdlička, M., Komárek, V. 2004 srov. Thorová, K. 2006).
- ❑ V rámci speciálních pedagogických metod je v současnosti v České republice nejvíce používána poměrně jednoduchá observační škála **CARS** (Posuzovací škála dětského autismu), která byla vyvinuta v rámci TEACCH programu. Škála odlišuje děti s mírným, středním a těžkým autistickým postižením. Test CARS klade důraz na přímé pozorování chování dítěte a opírá se o empirická data. Testy jsou vhodné pro všechny věkové kategorie včetně předškolních dětí (srov. Jelínková, M. 2001).
- ❑ Detailní vodítka pro stanovení diagnózy PAS poskytují manuály Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10, kterou vydává Světová zdravotnická organizace a také Diagnosticko-statistický manuál (DSM-IV).

Diagnostika PAS:

- ❑ V České republice odborníci diagnózu autismu používají spíše sporadicky a z důvodu neznalosti problematiky PAS je mnohým dětem s autismem doposud stanovována chybná diagnóza a tím pádem se jim nedostává speciálně pedagogické péče, kterou potřebují. Osoby s AS bývají často chybně diagnostikovány (atypická schizofrenie, paranoidní porucha, deprese, schizoidní porucha osobnosti, obsedantně-kompulzivní porucha, vývojová dysfázie) nebo nejsou diagnostikovány vůbec či až v pozdějším věku (průměrně v 11 letech) (sorv. Thorová, K. 2006).
- ❑ Včasné určení správné diagnózy závisí na mnoha faktorech. Záleží na tom (Masopustová, Z., Lacinová, L. 2006): kdy rodiče dítěte prvně kontaktují odborníka, zkušenostech tohoto odborníka s autismem, na hloubce postižení dítěte, na dostupnosti zařízení specializovaného na tuto diagnostiku.
- ❑ Diagnostikou PAS se zabývá nespočet publikací, které uvádějí přehled velké plejády nejrůznějších specializovaných diagnostických metod, o kterých nebudeme blíže pojednávat, jen se zmíníme o těch nejčastějších.
- ❑ Do současné doby nebyl vyvinut test biologického charakteru, který by prokázal autismus a proto se diagnostika musí zákonitě zaměřovat na mapování a pozorování. Základními prostředky diagnostiky PAS jsou pozorování (chování, reakcí, dovedností, způsobu hry, aj.), anamnéza a rozhovor s rodiči (Beranová, I., Thorová K. in Hrdlička, M., Komárek, V. 2004).
- ❑ Vedle běžných diagnostických metod se používají metody specifické. Autism Diagnostic Interview – Revised (**ADI-R**) je v současné době nejlépe ověřená metoda založená na strukturovaném rozhovoru s rodiči dítěte, případně i dospělým s podezřením na PAS. Tato metoda je použitelná od 18 měsíců věku do dospělosti. Obsahuje pět oddílů, které se týkají anamnézy, raného vývoje, sociálního vývoje, hry, zájmů, chování a speciálních schopností (Krejčířová, D. 2003).

Podpora a edukace:

- ❑ Vzdělávání dětí a žáků s PAS je legislativně zakotveno ve *vyhlášce 73/2005 s. o vzdělávání dětí, žáků, studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků, studentů mimořádně nadaných*.
- ❑ Pro žáky s PAS mohou vznikat speciální třídy, pro které se ustálil výraz **auti-třídy**.
- ❑ V současné době vznikla v Brně na ulici Štolcova první škola v ČR určená pouze žákům s PAS. V ČR podle stávající legislativy (*vyhláška 147/2011 Sb. kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných*) neexistuje typ speciální školy pro žáky s PAS (MŠMT 2005, 2011).

Možnosti vzdělávání dětí, žáků a studentů s PAS:

- ❑ MŠ – individuální či skupinová integrace (auti-třídy)
 - běžná MŠ či MŠ speciální
- ❑ Základní škola:
 - jiný způsob plnění PŠD (individuální vzdělávání)
 - individuální či skupinová integrace (auti-třída – 4-6 žáků s PAS)
 - ❑ běžná ZŠ
 - ❑ Základní škola speciální

- Základní škola praktická
- SŠ – podmínky - splněná PŠD, splnit podmínky přijímacího řízení
individuální integrace
- VŠ – individuální integrace

Možnosti vzdělávání dětí, žáků a studentů s PAS:

Stále častěji se v současné době můžeme setkat také s integrací žáků s PAS v běžných školách. V ČR jsou prozatím integrováni zejména žáci s Aspergerovým syndromem a vysoce funkčním autismem (HFA).

Individuální vzdělávací plán (IVP) se pro žáka s PAS vypracovává téměř vždy (jak v integraci, tak ve speciálním školství), neboť vzdělávání těchto žáků je značně individuální a má svá zřejmá specifika, která je nutno v IVP zohlednit. Ideální podoba IVP neexistuje, neboť vždy záleží na individualitě žáka s PAS a také na konkrétní škole

V roce 2003 vznikla z projektu MŠMT funkce krajského koordinátora, neboť do této doby byla poradenská péče o tyto klienty nabízena spíše nahodile v některých SPC pro mentálně postižené a dalších zařízeních státních i nestátních.

Realizací projektu byla pověřena vybraná SPC, v každém kraji vždy jedno SPC s krajským koordinátorem poradenských služeb pro klienty s autismem a poruchami autistického spektra.

V současné době vznikají i samostatná SPC pro žáky s PAS, která se řídí vyhl. 72/2005 sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

SPC pro žáky s PAS poskytuje tyto standardní služby speciální (vhl. 72/2005 Sb.): důležité vědět!!

- Domácí program – rozvoj funkční komunikace, sociálních dovedností, pracovních návyků, sebeobsluhy, volnočasových aktivit, eliminace problémového chování.
- Příprava na zařazení do výchovně vzdělávacího procesu a vzdělávání žáků s PAS.
- metodické vedení zaměstnanců ve školství, konzultace s rodinou.
- Osvětová činnost.
- Spolupráce se škol. zařízeními a ostatními účastníky péče, semináře, konzultace.
- rodičovské skupiny, podpůrné skupiny, řešení sourozeneckých vztahů, řešení výchovných problémů.
- Právě přetíženost těchto poradenských zařízení je jedním z problémů efektivního vzdělávání žáků s PAS.
- V porovnání se zahraničím, kde na 1 poradenského pracovníka připadá 20-50 klientů, u nás je tento poměr 100 klientů na jednoho pracovníka SPC.
- Z těchto důvodů pak nemohou dostatečně pružně reagovat na aktuální problémy pedagogů, což často vede k jejich rezignaci na poradenské služby a v konečném důsledku k možnému selhání procesu inkluze (Bazalová, B., Budínová, L., Polenský, M., Žampachová, Z. in Havel, J. Filová, H. 2010).
- V ČR se situace ohledně péče o jedince s PAS zlepšila až po roce 1989.
- V roce 1992 vzniká na podnět rodičů dětí s PAS **klub Autistik** v Praze jako sekce Sdružení pro mentálně postižené (SPMP), který se v roce 1994 stává samostatným občanským sdružením. Primární roli v tomto sdružení sehrála M. Jelínková, která je rovněž matkou dítěte s PAS.

- ❑ Až v roce 2000 vznikají další občanská sdružení jako Asociace pomáhající lidem s autismem (**APLA**) a **Rainman** na Ostravsku. V Olomouci byla v roce 2003 vytvořena rodičovská iniciativa VSOBĚ, která se v roce 2006 transformovala na občanské sdružení **Jdeme autistům naproti**, a v roce 2004 bylo založeno o.s. **Rett-Community** následované mnoha dalšími neziskovými organizacemi.
- ❑ Jednotlivé nestátní neziskové organizace poskytují četné sociální služby jedincům s PAS. Největší rezervy má ČR stále v rané péči a službách poskytovaných dospělým klientům jako je chráněné bydlení či podporované zaměstnávání.

TEACCH program

- ❑ Název TEACCH je zkratkou anglického Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children (Péče a vzdělávání dětí s autismem a dětí s problémy v komunikaci). Tento program byl vyvinutý **Erikem Schoplerem v Severní Karolíně v USA roku 1966**. Vznikl jako reakce na dosavadní psychoanalytický přístup (rodiče jako příčina PAS) k autismu a byl vytvořen jako psychoedukační nápravný program pro děti PAS. Program vyšel z úzké spolupráce odborníků s rodiči, kteří působí jako koterapeuti.
- ❑ TEACCH program je systematický vzdělávací program vytvořený na základě výsledků výzkumu Erica Schoplera, Roberta J. Reichlera a Margaret Lansingové provedeného v letech 1966 – 1971. **Hlavním cílem TEACCH programu** je dopomoci „klientům“ dosáhnout co největší **samostatnosti**, zvýšit jejich adaptaci prostřednictvím rozvoje dovedností a uspořádáním (strukturou) prostředí (Schopler, E., Mesibov, G.B. 1997, Jelínková, M. 2001).

Strukturované učení

- ❑ Nejrozšířenější program pro lidi s PAS v České republice, který vychází z principů TEACCH programu. Intervence prováděná v ČR však nemůže být přímo jako TEACCH program označena, protože není prováděna certifikovanými TEACCH terapeuty, proto se u nás vžil název strukturované učení.
- ❑ **Strukturované učení (SU)** akceptuje zvláštnosti autistického myšlení a přizpůsobuje se specifickým dítěte. Svět, který dítě díky svému handicapu vnímá jako chaos se stává předvídatelný v prostoru i čase, snižuje se stresová zátěž, dítě je schopno vstřebávat nové informace. V SU by mělo docházet k aktivní generalizaci dovedností (prostupnost a propojenost školního a domácího prostředí) a úzké spolupráci s rodinou.

Velmi podstatná je **práce s motivací**.

- ❑ V SU učitelé odměňují v počátcích za každou provedenou činnost, přičemž by postupem času frekvence odměňování měla slábnout.
- ❑ Odměnou je v SU myšleno cokoli, co dítě dělá (hračky, činnosti, relaxace) či jí rádo (sladké i slané pochutiny).
- ❑ Dalším systémem práce, který se v SU uplatňuje je práce **zleva doprava a shora dolů, od začátku do konce** (vychází z kulturních tradic, je uplatňován ve všech oborech lidské činnosti).
- ❑ Děti s autismem získají systémy a zvyky, pomocí nichž se člověk ve svém prostředí běžně orientuje a pomocí nichž si i sám své prostředí neuvědoměle strukturuje

Základními principy strukturovaného učení jsou:

- ❑ **1) Individuální přístup**
- ❑ **2) Strukturalizace**
- ❑ **3) Vizualizace**
- ❑ **Individualizace** práce vychází z individuálního hodnocení dítěte (vypracování IVP), z kterého se vychází při volbě metod a postupů, úloh, ale také umístění pracovního stolu, velikosti fotografií (barevné či černobílé značení), pomůcek apod.
- ❑ **Strukturalizace** představuje rutiny a každodenní neměnnost. Odpovídá na otázky KDY, KDE, CO, JAK, JAK DLOUHO, PROČ?
- ❑ **Struktura prostředí** - Fyzickou organizací jsou myšleny jasné fyzické a vizuální hranice členící autistickému dítěti jinak nepřehledný prostor - jasné vymezení prostorů na nejobvyklejší činnosti tak, že každý prostor má daný a neměnný účel (rozdělí na místo pro hru, pro učení, pro jídlo apod.).
- ❑ **Struktura pracovního místa** na boxy (učitel ze zadu) či stoly (učitel naproti), kde dítě pracuje na svých úkolech. Učitel dítě usměřuje, podává mu úkoly apod.
- ❑ **Vizualizovaný denní režim** (otázky CO a KDY) - Pomocí rozvrhu se dítě orientuje v čase a dokáže předvídat, jaké aktivity ho během dne čekají a v jakém sledu budou následovat.
- ❑ **Nástěnný denní režim** je lišta s kobercem zavěšená na zeď vodorovně nebo svisle + suchý zip. V horní části je fotografie žáka a jeho jméno, ve střední části symboly pro jednotlivé činnosti a v dolní části krabička na tranzitní karty.

SON-RISE PROGRAM

- ❑ Son-Rise program učí specifický terapeutický a výchovný systém určený pro rodiny a vychovatele, který umožňuje jejich dětem výrazné zlepšení všech oblastí učení, vývoje, komunikace a schopností.
- ❑ Nabízí vysoce efektivní výchovné techniky, strategie a principy pro tvorbu, realizaci a podporu stimulačního, vysoce energetického, „jeden na jednoho“ domácího dětského programu (Bútorová, K. 2005).
- ❑ Son-Rise program (dále SRP) vznikl v roce 1970, kdy se americkým manželům Kaufmanovým narodil syn Raun diagnostikovaný jako těžce autistický a mentálně retardovaný. Manželé se snažili najít metodu, která by jim umožnila přiblížit se k jejich autistickému dítěti a vytvořili domácí program, který později dostal jméno Son-Rise. Roku 1983 Kaufmanovi založili Option Institut a Autism Treatment Center of America (dále ATCA), kde školí v této metodice nové terapeuty a hlavně rodiče (ATCA [online]).
- ❑ Tento program je určen nejen pro děti, ale také adolescenty a dospělé s PAS a jinými diagnózami (MO, ADHD, aj.). SRP se praktikuje zejména s jedinci s nízkofunkčním autismem, ale je ho možné využívat i s vysoce funkčními autisty (ATCA [online]).
- ❑ SRP není ani tolik metodou, jako spíše „životní filosofií“, způsobem myšlení, který vyplývá z postoje „Milovat někoho znamená být s ním šťastný“. SRP nazývá autistické děti velice „speciálními“, jinými v pozitivním smyslu – že nemusí být břemenem v životě.
- ❑ Hlavním principem postoje k speciálnímu dítěti je v SRP bezpodmínečné přijetí (mít rád dítě s autismem se všemi jeho autistickými projevy).

- ❑ Program se má stát pro rodiče výzvou, dobrodružstvím, cestou objevení svého dítěte, na které objeví i sami sebe. SRP není jen nástrojem nebo technikou, ale přístupem který je filosofický – ale ne pouze filosofie, terapeutický – ale ne jenom terapie, vzdělávací – ale ne jenom vzděláváním (Kaufman, B.N. 2004).
- ❑ Mezi základní principy SRP patří:
 - joining (připojení se k aktivitám dítěte),
 - využívání přirozené motivace dítěte,
 - 3E (nadšení, entuziasmus a energie),
 - interaktivní hra,
 - rodič jako hlavní terapeut, tým dobrovolníků
 - nesoudící a optimistický postoj,
 - vytvoření klidného a bezpečného prostředí pro dítě (herna)
 - Joiningem myslíme aktivní připojení k rituálům a zvláštním zájmovým činnostem dítěte (v SRP nazývané „ismy“): např. točení, houpání se, zírání do prázdna, stavění věcí do stejných řad, pobíhání tam a zpět apod. Terapeut se nesnaží dítěti jeho ismy zakazovat, jakýmkoli způsobem mu v nich bránit nebo dovolovat jen za odměnu, ale naopak je využívá pro navazování vztahu s dítětem. To ovšem jen v tom případě, že ismus není nebezpečný pro dítě nebo terapeuta, nehygienický či jinak nepřijatelný.
 - Používání 3E (nadšení, entuziasmus a energie) prostupuje celý SRP. Když terapeuta (rodiče, dobrovolníka) činnost nebaví, dítě to vycítí. Když nevěříme v možnou změnu, nikdy ji nedosáhneme. Oslavujeme tedy každý drobný pokrok u dítěte.
 - V SRP se děti s PAS učí pomocí interaktivní hry. To znamená, že SRP učí dítě pouze v momentě, kdy je dítě interaktivní (tzn. není právě uzavřeno). Ve chvíli, kdy máme s dítětem delší oční či fyzický kontakt, nebo dítě nějak jinak zaujmeme, představíme dítěti náš požadavek. Učení pomocí interaktivní hry pomáhá s efektivní a smysluplnou socializací a komunikací“.