

Odborné činnosti poskytované deťom/žiakom s pervazívnymi vývinovými poruchami

Autorky:

Mgr. Jana Čajágiová
Mgr. Lenka Montsková
PaedDr. Renáta Póčová
Mgr. Eva Vaščáková
Mgr. Slávka Zemanová
Mgr. Simona Šimková

Hodnotiteľky:

Mgr. Barbora Grónska
Mgr. Nadežda Bero
PhDr. Gabriela Ručková PhD.

Recenzentka:

PaedDr. Martina Rzymanová

Obsah

1. Úvod do problematiky	4
2. Dopady a vplyv na vzdelávanie	11
2.1. Dopad na správanie, komunikáciu, hru a učenie dieťaťa v rodine/v zariadení (jasle, MŠ)	11
2.2. Dopady a vplyv na vzdelávanie v školskom veku.....	12
2.2.1. Dopady na vzdelávanie v kognitívnej oblasti.....	12
2.2.2. Dopady na vzdelávanie v komunikácii.....	14
2.2.3. Dopady na vzdelávanie v emocionálnej a sociálnej oblasti.....	14
2.2.4. Dopady na vzdelávanie v oblasti motoriky a senzomotoriky	15
2.2.5. Dopady na vzdelávanie v oblasti hry	16
3. Špecifiká diagnostiky detí s uvedenou problematikou	16
3.1. Kompetenčný rámec.....	16
3.2. Vzťah	18
3.3. Špecifiká diagnostiky	18
4. Špecifiká procesu tranzície.....	28
5. Nepriame intervencie.....	31
6. Priame intervencie.....	32
6.1. Priame intervencie v ranom veku.....	33
6.1.1. Terapia detí vo veku 0 - 7 rokov.....	34
6.2. Priame intervencie v školskom veku	40
7. Literatúra.....	43

Zoznam skratiek

AAK	system alternatívnej a augmentatívnej komunikácie
AS	Aspergerov syndróm
CDC	Centrum pre kontrolu a prevenciu chorôb
IVP	individuálny vzdelávací program
MDT	multidisciplinárny tím
MKCH 10	Medzinárodná klasifikácia chorôb
MŠ	materská škola
MŠVVaŠ SR	Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
MPSVR SR	Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky
NKS	narušená komunikačná schopnosť
OZ	odborný zamestnanec
PAS	poruchy autistického spektra
PVP	pervazívna vývinová porucha
SŠ	stredná škola
ŠPT	školský podporný tím
ŠVVP	špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby
VLDaD	všeobecný lekár pre deti a dorast
VLD	všeobecný lekár pre dospelých
VÚDPaP	Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie
VŠ	vysoká škola
ZŠ	základná škola
ZZ	zákonný zástupca

Štandard poskytovania odborných činností deťom/žiakom s pervazívnymi vývinovými poruchami vznikol v rámci autorského kolektívu, ktorý bol oboznámený so Štandardami porúch autistického spektra, ktoré vznikali v rámci expertnej skupiny pri Ministerstve zdravotníctva. Týmto ďakujeme expertnej skupine pri ministerstve zdravotníctva za prejavenu ochotu realizovať spoločné konzultácie s účelom zjednotiť vzájomné informácie a spoluprácu. Zdravotnícke štandardy sú delené na oblasti: skríning, diagnostika, farmakoterapia, manažment autizmu a manažment pacienta. Preto si dovoľujeme v našom štandarde upriamiť pozornosť na odbornú starostlivosť poskytovanú v rezorte školstva, a to v ranom veku, ako aj vo veku školskom.

1. Úvod do problematiky

V celosvetovej odbornej literatúre sa na označenie širokého spektra autistických porúch používa pojem poruchy autistického spektra (PAS). Ide o pojem, ktorý prináša DSM-5 a tiež klasifikácia MKCH-11, ktorá bola prijatá svetovou zdravotníckou organizáciou (SZO) 1. januára 2022. V súčasnosti je v štádiu prekladu a implementácie do praxe. Na Slovensku tomuto pojmu najbližšie zodpovedá označenie pervazívna vývinová porucha (ďalej PVP), ktorá podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb 10 (MKCH 10) patrí medzi poruchy psychického vývinu s označením F 84.

Podľa Mgr. Hany Celušákovéj, PhD. „ autizmus je neurovývinové, geneticky podmienené, fenotypovo veľmi heterogénne ochorenie so skorým začiatkom, prevažne pred tretím rokom života. Je to pervazívne (celý vývin prestupujúce a ovplyvňujúce) ochorenie, ktoré zásadným spôsobom ovplyvňuje vývin jedinca, nielen v oblasti sociálnej komunikácie a interakcie, ale zásadne narúša aj jeho rečové a kognitívne schopnosti a adaptívne správanie, jeho fungovanie v rodine, v rovesníckej skupine, v škole, v práci a vo všetkých ostatných dôležitých aspektoch života.“ <https://acva.sk/co-je-autizmus/>.

Je typické prítomnosťou:

- kvalitatívnych abnormalít v oblasti vzájomnej sociálnej interakcie a komunikácie,
- úzko vymedzených, repetitívnych a stereotypných vzorcov správania u dieťaťa.

PVP sú často sprevádzané oneskoreným alebo narušeným vývinom jazyka a narušeným kognitívnym vývinom a často aj poruchou kognitívnych schopností rôzneho stupňa.

Dieťa/žiak s PVP má celú škálu ťažkostí. Obvykle dominujú problémy v sociálnej, komunikačnej a kognitívnej oblasti. Vzhľadom na to, že ide o spektrum autistických porúch (vyššie spomínaná fenotypová heterogenita), aj v oblasti sociálnej a komunikačnej sa dieťa/žiak s autizmom môže pohybovať na kontinuu ťažkostí od nehovoriaceho a bez výraznejšieho záujmu o komunikáciu až po mimoriadne verbálne zdatného, avšak s limitmi napr. v sociálnej kvalite komunikácie. Podobne v kognitívnej oblasti sa dieťa s autizmom môže pohybovať na celom spektre ťažkostí. Okrem týchto špecifických prejavov PVP sa môže pridružiť škála nešpecifických prejavov, ako sú anxieta, fóbie, poruchy spánku a stravovania, výbuchy zlosti a proti sebe aj druhým zameraná agresivita. Takisto sú častejšie tzv. pridružené ochorenia, ako napríklad epilepsia, gastrointestinálne ťažkosti, a iné.

Poruchy autistického spektra sú často sprevádzané problémami v oblasti senzorickeho vnímania a integrácie, ktoré výraznou mierou ovplyvňujú celkové fungovanie dieťaťa/žiaka

a jeho schopnosť nadobúdať nové zručnosti.

Škála autistických prejavov je teda rozmanitá nielen vo svojej kvalite, ale aj kvantite.

Pervazívne vývinové poruchy

Na Slovensku sa prevalencia PVP systematicky nemonitoruje - t.j. nepoznáme výskyt tohto ochorenia u nás. Z čiastkových štúdií (Hnilicová a kol., 2018) je pravdepodobné, že výskyt bude zodpovedať údajom z iných vyspelých krajín.

Podľa Centra pre kontrolu a prevenciu chorôb (CDC) prevalencia (PAS) v Spojených štátoch amerických neustále rastie, z pomeru 1:150 v roku 2000 k aktuálne uvádzanej prevalencii v pomere 1:36 z roku 2020. PVP je 4-krát častejšie diagnostikovaná u chlapcov ako u dievčat.

Z dlhodobej praxe autorov štandardu vyplýva, že z kategórie pervazívnych vývinových porúch, ktoré sú zaradené v doteraz platnej 10. revízii MKCH, sa v poradenskej praxi najčastejšie stretávame s detským autizmom a Aspergerovým syndrómom. V MKCH-10 používanej aj na Slovensku k týmto poruchám radíme:

- F84 – PRENIKAVÉ PORUCHY VÝVINU,
- F84.0 – Detský autizmus,
- F84.1 – Atypický autizmus,
- F84.2 – Rettov syndróm,
- F84.3 – Iná detská dezintegračná porucha,
- F84.4 – Hyperaktívna porucha spojená s mentálnou retardáciou a stereotypnými pohybmi,
- F84.5 – Aspergerov syndróm,
- F84.8 – Iné prenikavé vývinové poruchy,
- F84.9 – Pervazívna vývinová porucha, bližšie neurčená.

Detský autizmus (F 84.0)

Ide o typ prenikavej poruchy vývinu, ktorý je definovaný abnormálne oneskoreným vývinom, ktorý sa prejavuje pred dovŕšením tretieho roku života. Má charakteristický typ abnormálneho fungovania vo všetkých troch oblastiach psychopatológie, **vo vzájomnej sociálnej interakcii, komunikácii a v obmedzenom, stereotypne sa opakujúcom správaní.**

Atypický autizmus (F84.1)

Typ prenikavej vývinovej poruchy, ktorý sa odlišuje od detského autizmu buď vekom vzniku, alebo tým, že nespĺňa všetky tri skupiny diagnostických kritérií. Táto podpoložka by sa mala použiť pri abnormálnom alebo oneskorenom vývine až po treťom roku života a pri nedostatku dokázateľných odchýlok v jednej alebo dvoch z troch oblastí psychopatológie, ktoré sa vyžadujú na diagnózu autizmu (t. j. vzájomné sociálne interakcie, komunikácia a obmedzené stereotypne sa opakujúce správanie).

Rettov syndróm (F84.2)

Porucha sa dosiaľ zistila len u dievčat. Po zdanlivo normálnom včasnom vývine nasleduje

čiasťočná alebo kompletná strata reči, pohybových zručností a použitia rúk spolu so spomalením rastu hlavy. Porucha sa zvyčajne začína medzi 7. a 24. mesiacom veku. Charakteristická je strata cielených pohybov ruky, stereotypy krčenia rúk a hyperventilácia. Sociálny vývin a vývin hravosti je spomalený, ale spoločenský záujem sa udržiava. Okolo štvrtého roku sa začína vyvíjať ataxia trupu a apraxia, často nasledujú choreoatetoidné pohyby. Porucha vyúsťuje takmer vždy do ťažkého mentálneho postihnutia.

Iná detská dezintegračná porucha (F84.3)

Typ prenikavej vývinovej poruchy definovaný prítomnosťou periódy normálneho vývinu pred nástupom poruchy, po ktorej nasleduje definitívna strata predtým nadobudnutých schopností v rozličných oblastiach vývinu v priebehu niekoľkých mesiacov. Typickými sprievodnými znakmi sú celková strata záujmu o okolie, stereotypný opakovací motorický manierizmus, autizmu podobné zhoršenie sociálnej interakcie a komunikácie. V niektorých prípadoch poruchu zapríčiňuje pridružená encefalopatia, ale diagnóza by sa mala stanoviť podľa správania pacienta.

Hyperaktívna porucha spojená s mentálnou retardáciou a stereotypnými pohybmi (F84.4)

Ide o nedostatočne definovanú poruchu s neurčitou nozologickou platnosťou. Zahŕňa skupinu detí s ťažkou mentálnou retardáciou (IQ pod 50), ktoré majú veľké problémy s hyperaktivitou a pozornosťou, ako aj stereotypné správanie. Stimulujúce lieky im nepomáhajú (na rozdiel od detí s normálnym IQ), po podaní stimulantov môže vzniknúť ťažká dysforická reakcia, niekedy s psychomotorickou retardáciou. Počas dospievania je tendencia k zmene hyperaktivity na hypoaktivitu (čo nie je zvyčajné u hyperkinetických detí s normálnou inteligenciou). Tento syndróm sa často spája s rozličnými vývinovými oneskoreniami, buď špecifickými, alebo celkovými. Nie je známe, nakoľko podoba správania závisí od nízkeho IQ alebo od organického poškodenia mozgu.

Aspergerov syndróm (F84.5)

Poruchu s neistou nozologickou platnosťou charakterizuje rovnaký typ kvalitatívneho zhoršenia vzájomných sociálnych interakcií, akým sa vyznačuje autizmus, spolu s obmedzeným, stereotypným, opakujúcim sa repertoárom záujmov a činností. Od detského autizmu sa odlišuje v prvom rade tým, že nie sú prítomné klinicky významné celkové oneskorenia hovoreného/expresívneho alebo receptívneho jazyka alebo kognitívneho vývinu. Diagnóza AS nemôže byť stanovená dieťaťu s poruchou kognitívnych schopností alebo s narušeným vývinom jazyka. Motorické míľniky môžu byť o niečo oneskorené a je obvyklá pohybová nemotornosť. Porucha býva často spojená s výraznou ťarbavosťou. Abnormality majú silnú tendenciu pretrvávať aj do dospievania a dospelosti. Niekedy sa v skorej dospelosti zjavujú psychotické epizódy (MKCH-10, s. 260 – 261, 1993).

Iné prenikavé vývinové poruchy (F84.8)

V medzinárodnej klasifikácii chorôb nie je plne rozpracovaná prenikavá alebo iná pervazívna porucha. Bližšie ju popísala K. Thorová, ktorá uvádza, že ide o kategóriu, ktorá sa v európskom priestore nepoužíva príliš často a kde diagnostické kritériá nie sú presne definované. V praxi sa do tejto kategórie zaraďujú dva typy jedincov:

Prvý typ jedincov – kvalita komunikácie, sociálna interakcia a kvalita hry je narušená, ale nie do takej miery, ktorá by zodpovedala diagnóze autizmu alebo atypickému autizmu. Aj keď ide o hraničnú symptomatiku – koniec autistického spektra (skôr s nešpecifickými symptómami), neznamená to, že dieťa je menej náročné na starostlivosť. Diagnóza je častejšia u detí, ktoré majú ťažšiu formu poruchy aktivity a pozornosti; vývojovú dysfáziu; nerovnomerne rozvinuté kognitívne schopnosti; mentálnu retardáciu s malou početnosťou prejavov typických pre autizmus. Za nešpecifické potenciálne prediktory pervazívnej vývojovej poruchy je považovaná úzkosť, nepozornosť a hyperaktivita.

Druhý typ jedincov – výrazne narušená oblasť predstavivosti; malá schopnosť rozoznávať medzi realitou a fantáziou; vyhranený záujem o určité témy, ktorým sa dieťa intenzívne venuje. Ťažkosti s predstavivosťou a stereotypné, rigidné záujmy a správanie majú vplyv na kvalitu komunikácie a sociálnej interakcie, ale ide o poruchu sekundárnu s minimom znakov typických pre autizmus. Zaraďujeme tu deti so schizotypnými a schizoidnými črtami, ktorým lepšie nevyhovuje diagnostika konkrétnej PAS.

Pervazívna vývinová porucha, bližšie neurčená (F84.9)

Táto zostávajúca diagnostická kategória by sa mala používať pre poruchy, na ktoré sa hodí všeobecný popis pre pervazívne vývinové poruchy, u ktorých však nedostatok vhodných informácií alebo protichodné nálezy znamenajú, že kritériá nevyhovujú žiadnej z ostatných kódovaných kategórií v F 84.

Vyššie uvedené delenie PVP podľa MKCH 10 bolo platné v čase písania tohto štandardu, v blízkom období sa pripravuje schválenie novej revízie MKCH 11.

V MKCH-11 došlo k významnej zmene diagnostických kritérií a klasifikácie, ktorá už nerozlišuje jednotlivé diagnózy spadajúce v MKCH-10 do kategórie Pervazívne vývinové poruchy, ale zavádza zastrešujúci pojem **Poruchy autistického spektra**. V tejto kategórii rozlišuje niekoľko podtypov poruchy autistického spektra, v závislosti od úrovne kognitívnych a jazykových schopností človeka s PAS. Je dôležité poznamenať, že Rettov syndróm bol z tejto kategórie vyňatý.

Cieľom starostlivosti o dieťa s rizikom PVP v ranom veku je včasné identifikovanie odchýlok vo vývine dieťaťa a následná odborná starostlivosť o dieťa a jeho rodinu. To si vyžaduje multidisciplinárnu a často aj medzirezortnú spoluprácu odborníkov. Rovnako ako v rezorte MŠVVaŠ SR, aj v rezorte MZ SR a MPSVR SR sú vymedzené oblasti týkajúce sa starostlivosti o dieťa v ranom veku s vývinovým rizikom. Odborné činnosti jednotlivých rezortov by sa v obsahovej časti mali najmä dopĺňať, pre zabezpečenie čo najefektívnejšej medzirezortnej spolupráce.

Odborné činnosti poskytované deťom v ranom veku vykonávajú v rezorte školstva poradenské zariadenia. Poskytujú rané poradenstvo, ranú starostlivosť o deti s vývinovým rizikom smerujúcim k PVP alebo deti s identifikovanou PVP. Pri podpore vývinu dieťaťa v ranom veku je obzvlášť dôležitá podpora jeho funkčnosti v prirodzenom prostredí. Je preto vhodné, ak aj odborní zamestnanci, ktorí sa venujú podpore dieťaťa s rizikom PVP, majú možnosť navštevovať prirodzené prostredie dieťaťa. Informácie z prirodzeného prostredia sú kľúčové tak pri diagnostike silných a slabých stránok dieťaťa, ako aj pri plánovaní intervenčných stratégií.

Prirodzeným prostredím dieťaťa je v našich sociokultúrnych podmienkach do troch rokov dieťaťa obvykle domácnosť rodiny, po treťom roku je to obvykle prostredie materskej školy.

Rané poradenstvo v rezorte školstva má byť orientované v prvom rade na podporu kompetencií rodičov pri stimulácii vývinu ich dieťaťa. Rešpektované majú byť individuálne potreby rodičov, ako aj rodiny ako celku. Rané poradenstvo sa zameriava na poradenstvo v otázkach stimulácie vývinu dieťaťa, diagnostiku psychických funkcií vrátane diagnostiky vývinovej úrovne, kognitívnych schopností, vypracovanie stimulačných programov pre dieťa (realizovaných v prostredí poradenského zariadenia a v prirodzenom prostredí rodiny), tranzíciu do predškolského a školského systému, pomoc pri vypracovaní individuálnych plánov pre dieťa v inštitúcii, vytváranie rovesníckych inkluzívnych skupín a pod.

Úlohou odborníkov multidisciplinárneho tímu (MDT) na úrovni rezortu školstva v oblasti raného poradenstva je teda včasná intervencia v širšom zmysle slova, ktorá zahŕňa:

- skríning porúch psychického vývinu s využitím skríningového dotazníka M-CHAT R/F, možno doplniť pomocou aplikácie ASDetect,
- diagnostiku porúch psychického vývinu, ako podklad na stanovenie diagnózy odborníkmi v rezorte zdravotníctva, v prípade, že diagnóza ešte nebola stanovená,
- stanovenie aktuálnej vývinovej úrovne dieťaťa vo všetkých oblastiach vývinu (oblasť motoriky, komunikácie, senzorickej integrácie, kognitívnych schopností, sociálneho správania a ďalších psychických funkcií),
- stimuláciu komplexného vývinu dieťaťa - podpora vývinu dieťaťa smerom k čo najvyššej miere funkčnosti v prirodzenom prostredí,
- poradenstvo pre rodinu dieťaťa zamerané na proces prijatia zdravotného stavu dieťaťa, jeho odchýlok vo vývine, stimulácie vývinu a prípravy na zaradenie do materskej a základnej školy, ako aj poradenstvo pri voľbe materskej a základnej školy,
- poradenstvo ohľadom dostupných služieb a špecializovaných terapeutických centier,
- poradenstvo pre personál materskej a základnej školy k prístupu k zvládaniu špecifik vyplývajúcich z vývinových odchýlok dieťaťa a tvorby individuálneho vzdelávacieho plánu,
- terapie zamerané na dieťa, ale aj na celú rodinu,
- podporu preventívnych aktivít zamedzujúcich sociálne vylúčenie dieťaťa i celej rodiny z prirodzeného systému - vytvorením platformy na kontaktovanie sa s inými rodinami, ktorých vývin je podobný,
- podporné skupiny pre rodičov.

Odborné činnosti **v rezorte zdravotníctva** poskytované deťom v ranom veku sú orientované na skríning a následné vylúčenie, resp. potvrdenie diagnózy PVP a tiež iných medicínskych diagnóz, ktoré sa komorbidne vyskytujú pri PVP. Zároveň je úlohou multidisciplinárneho tímu v rezorte zdravotníctva stanovenie farmakologickej a nefarmakologickej liečby sprievodných prejavov PVP, akými sú napr. agresivita a autoagresivita, hyperaktivita, epilepsia, poruchy príjmu potravy, poruchy spánku a pod.

Včasná intervencia **v sociálnom rezorte** podľa E. Tichej (2016) je realizovaná hlavne v prirodzenom prostredí rodiny, má charakter tímovej spolupráce, ktorej súčasťou je rodina a je zameraná na rodinu ako systém a celok. Včasnú intervenciu vnímame ako súbor možností pomoci a podpory orientovanej na rodinu a dieťa, vychádzajúc v ústrety ich potrebám, pričom v sebe zahŕňa podporu vývinu dieťaťa, posilnenie kompetencií samotnej rodiny a podporu

začlenenia rodiny a dieťaťa do spoločnosti.

Záchyt prvých symptómov odlišného vývinu - včasná diagnostika a ich odborné riešenie - včasná stimulácia vývinu, je dôležitým predpokladom funkčnosti dieťaťa vo vyššom veku. Včasná intervencia - teda intervencia poskytnutá v ranom veku dieťaťa - nedokáže zvrátiť prítomnosť neurovývinovej poruchy, avšak umožňuje predchádzať prejavom správania vzniknutým v dôsledku nedostatočnej alebo nevhodnej vývinovej stimulácie dieťaťa, ako je napr. problémové správanie, a taktiež korigovať niektoré z jej aspektov, akými sú napr. výrazne znížený záujem o sociálnu interakciu a sociálne učenie, oslabenia v oblasti komunikácie a pod.

Cesta klienta, ktorá zabezpečí rodine, ktorého dieťa má rizikový vývin smerom k autizmu, prípadne už je diagnostikované, musí byť presne medzirezortne koordinovaná, s vymedzením kompetencií a úloh jednotlivých členov MDT, aby sa rodina nestala objektom požiadaviek a odporúčaní všetkých zúčastnených strán, prípadne neprepadla v sieti a neostala osamotená v rozhodovaní bez konkrétnej tímovej podpory. Medzirezortná cesta klienta bude v dohľadnej dobe legislatívne zadaná.

Oslabenia dieťaťa v oblasti komunikácie alebo v sociálnej oblasti by mali byť prvotne zachytené pediatrom prvého kontaktu, ktorý v rámci medzirezortnej spolupráce má smerovať rodičov dieťaťa okrem odborníkov v rezorte zdravotníctva a sociálnych vecí a rodiny aj do zariadení poradenstva a prevencie, a to najneskôr do 3 rokov veku dieťaťa. (Podklad pre túto postupnosť krokov tvorí štandardný postup č. 0023, platný od 1. 1. 2019, ktorý vydalo Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. b) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.) Ide o **Štandard vyšetrení psychomotorického vývinu detí pri 2.- 11. preventívnej prehliadke v primárnej starostlivosti**, v rámci ktorého všeobecný lekár pre deti a dorast v pravidelných intervaloch monitoruje dosahovanie vývinových míľnikov dieťaťa a v prípade zaostávania odporúča ďalšiu starostlivosť, do ktorej spadá aj starostlivosť poradenského zariadenia.

Zároveň, od roku 2021 je platný štandard **Poruchy autistického spektra – skríning 1.revízia** (Hnilicová a kol., 2021), spúšťajúce faktory pre skríning sa rozširujú podľa neho na ochorenia spôsobujúce 1. sekundárne autistické prejavy, 2. kedykoľvek, ak pediater odhalí všeobecné vývinové oneskorenie, oneskorenie rozvoja jazyka, regres v reči, narušený očný kontakt, neprítomnosť ukazovania, absenciu gest, repetitívne / nezvyčajné záujmy, neprítomnosť symbolickej hry. Rozširuje sa aj rozsah prehliadok na 9. - 13. prehliadku, kedy sa skríning vykoná: 3. v prípade pozitivity SPMV, 4. obáv rodiča, 5. obáv pediatra, ako aj 6. pozitívnej rodinnej anamnézy neurovývinových porúch., 7. náhodný záchyt u logopéda, 8. podozrenie v predškolskom, školskom zariadení, 9. u klinického alebo poradenského psychológa, 10. špeciálneho a liečebného pedagóga, resp. 11. v poradni alebo v centrách včasnej intervencie. Podľa štandardu včasná intervencia sa zahajuje už po zistení deficitov, nie je potrebná finálna diagnóza na započatie rehabilitácie deficitov. Skríning sa rozširuje na vykonanie M-CHAT - R vo veku 16 - 30 mesiacov s následným M-CHAT - F, ak výsledok je 3 - 7 bodov. Ak je vek dieťaťa pod 16 mesiacov alebo nad 30 mesiacov, VDLDaD/VLD (všeobecný lekár pre deti a dorast a všeobecný lekár pre dospelých) rozhoduje o odoslaní na diagnostiku alebo skríning pri ďalšej preventívnej prehliadke najneskôr o 12 mesiacov po vykonaní posledného skríningu. Ak je skríning negatívny a VDLDaD/VLD má stále podozrenie, môže odoslať dieťa na diagnostiku podľa ŠOP - Diagnostika PAS.

V prípade potreby skrining možno doplniť aj aplikáciou ASDetect určenou pre rodičov alebo opatrovateľov dieťaťa. Táto aplikácia je v slovenčine a je voľne dostupná vo verzii pre Android aj iPhone. ASDetect zároveň odhalí deficit dieťaťa v jednotlivých oblastiach vývinu /nekonzistentný očný kontakt, oslabené zdieľanie pozornosti, oslabená reaktivita na meno a pod./, ktoré je možné následne posilňovať v rámci včasných intervencií v CVI alebo poradenských zariadeniach už v ranom veku od 11 mesiacov, a to bez ohľadu na to, či je u dieťaťa uzatvorená diagnóza.

V prípade, že rodič zaradí dieťa do predškolského zariadenia a odlišnosti vo vývine dieťaťa zachytia pedagógovia tam, je nutné odoslať dieťa k VLDL (všeobecný lekár pre deti a dorast). Po nástupe do predškolského zariadenia si deti s podozrením na PVP často vyžadujú zvýšenú pozornosť zo strany učiteliek, majú problém napr. s akceptovaním spoločných inštrukcií, nie sú ochotné zapájať sa do kolektívnych aktivít, často majú tiež problém s výberovosťou jedál či s režimom poobedňajšieho spánku. Všetky tieto okolnosti sú dôvodom konzultácie s odborníkmi v oblasti PVP, aby sa čo najskôr našli možnosti a spôsoby zlepšenia adaptačných procesov, čo následne pomáha inkluzívnemu začleneniu dieťaťa do rovesníckeho kolektívu.

Je potrebné mať na pamäti, že stanovenie diagnózy z okruhu PVP spadá do kompetencie rezortu zdravotníctva. Výslednú diagnózu stanovuje detský psychiater, v medziodborovej spolupráci s ďalšími odborníkmi v rezorte zdravotníctva. Ak pedopsychiater potvrdí, že dieťa sa vyvíja v obraze porúch autistického spektra, prípadne stanoví diagnózu PVP, odošle rodinu do starostlivosti ďalších odborníkov, s cieľom zabezpečiť pre dieťa vhodný intervenčný program.

Medzi kľúčových odborníkov pri podpore vývinu dieťaťa s rizikom PVP alebo s prítomnosťou PVP patria detský psychiater, psychológ, špeciálny, liečebný a sociálny pedagóg, logopéd, prípadne fyzioterapeut a sociálny pracovník. Vzhľadom na raný vek dieťaťa je vhodné, ak sú intervenčné ciele pre dieťa naplánované jednotlivými odborníkmi spoločne a vychádzajú z poznania potrieb a možností jeho rodiny. Ideálne je, ak títo odborníci tvoria MDT, ktorý má spoločný cieľ, a tým je maximálna funkčnosť dieťaťa v jeho prirodzenom prostredí. MDT obvykle pozostáva z odborníkov z viacerých rezortov, pričom rovnaké odbornosti môžu byť zastúpené aj viackrát (psychológ v školstve, zdravotníctve, sociálnych službách a pod.). V takom prípade je dôležité, aby došlo k objasneniu ich rolí pre rodinu dieťaťa a aby kompetencie boli pre rodinu zrozumiteľné. Služby by mali byť koordinované, pričom koordinácia služieb by mala byť dohodnutá medzirezortne.

Pokiaľ sa budú naďalej rozširovať služby včasnej intervencie v rezorte ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny a pokiaľ sa podarí vybudovať plánované diagnostické centrá v rezorte ministerstva zdravotníctva, poradenské zariadenia v rezorte ministerstva školstva budú mať dostatočný priestor na poskytovanie kvalitných odborných činností pre dieťa a rodinu v období raného veku a vyššieho veku.

Ak sa podarí zabezpečiť, aby bola každému dieťaťu s rizikom symptomatiky PVP a jeho rodine poskytnutá nadrezortná multidisciplinárna odborná starostlivosť včas, starostlivosť o deti s PVP vo vyššom veku sa môže v budúcnosti uberať iným smerom, než je v súčasnosti bežnou praxou. Cieľom by malo byť vo väčšej miere zapojenie detí s PVP do bežnej spoločnosti tak v bežnom vzdelávacom prúde, ako aj zvýšenie miery ich zamestnanosti v dospelosti.

2. Dopady a vplyv na vzdelávanie

Účelom tejto podkapitoly je upriamiť pozornosť odborných a pedagogických zamestnancov na povahu problémov a možné prejavy dieťaťa/žiaka s PVP v rámci výchovy a vzdelávacieho procesu. Kapitolu delíme na časť pre deti v ranom veku 0 – 7 rokov a žiakov v školskom veku.

Aby dieťa/žiak s PVP mohol a dokázal čerpať z prostredia MŠ alebo ZŠ, učiť sa a efektívne využiť ponúkanú podporu a dostupné špecifické formy a prístupy, je vhodné, ak má pri nástupe do vzdelávacieho procesu adaptívne správanie na tej úrovni, akú dané školské prostredie vyžaduje - súbor potrebných zručností sa líši podľa toho, v akom type školského zariadenia sa dieťa/žiak vzdeláva. Pre výchovu a vzdelávanie v bežnom type školských zariadení je potrebná iná úroveň adaptívneho správania, než v špeciálnom type.

2.1. Dopad na správanie, komunikáciu, hru a učenie dieťaťa v rodine/v zariadení (jasle, MŠ)

Správanie dieťaťa je výsledkom interakcie medzi jeho vrozeným potenciálom a príležitosťami prostredia. V porovnaní s neurotypickým dieťaťom sa u dieťaťa s PVP objavujú odlišnosti, ktoré ovplyvňujú ďalšie napredovanie dieťaťa, ako aj jeho najbližšiu rodinu či rovesnícky kolektív. Tieto špecifiká vo vývine významne ovplyvňujú schopnosť dieťaťa fungovať adaptívne tak v domácom prostredí, ako aj neskôr v prostredí predškolského zariadenia.

Pre odborného zamestnanca je dôležité zaznamenať možné odchýlky vo všetkých oblastiach vývinu, ako sú napr. schopnosť adaptability a samostatnosti v novom prostredí, schopnosť spolupráce, učenia sa a kooperácie s deťmi a dospelými, reč a celkovú komunikáciu, odlišnosti vo vnímaní, stravovaní, spánku, vo fantazijnom prežívaní, v emočnom prežívaní, v hre a celkových vzťahoch voči rodičom či cudzím ľuďom, kognitívne a motorické schopnosti. Posúdenie adaptívneho správania dieťaťa v domácom prostredí dáva odbornému zamestnancovi základné informácie o tom, či alebo nakoľko bude dieťa schopné adaptívne fungovať v prostredí predškolského zariadenia, ktoré vyžaduje určitú úroveň adaptívneho správania.

V predškolskom zariadení sa od dieťaťa očakáva takmer od počiatku pomerne samostatné fungovanie v rovesníckom kolektíve. To znamená, že dieťa má také adaptačné mechanizmy, ktoré mu zabezpečujú zvládnuť pobyt na obmedzený čas bez rodičov. Dieťa by malo mať osvojenú funkčnú komunikáciu (malé gramatické odchýlky sú akceptovateľné) - dokáže viesť dialóg, rozumie bežnej kolektívnej inštrukcii, ako aj reči rovesníkov. Zároveň v tom čase je dieťa schopné spolupracovať a akceptovať autority. Má záujem o spoločnú hru, kolektívne hrové aktivity robí s radosťou, je iniciatívne v nadväzovaní interakcií s učiteľkou či ostatnými dospelými, ako aj s ostatnými deťmi. Hra začína byť kolektívna, presahuje hranie vedľa seba. Pri spoločnej hre si deti dokážu požičiavať hračky, akceptovať názor iného dieťaťa. V oblasti sebaobsluhy má neurotypické dieťa zvládnuté hygienické návyky, samostatne sa dokáže najesť, obliecť a vyzliecť základné časti odevov.

Dieťa s rizikom PVP vykazuje po zaradení do predškolského zariadenia obvykle celú škálu špecifik vo fungovaní, ktoré pedagogickí zamestnanci majú možnosť zachytiť a na základe

ktorých majú odporučiť dieťa na ďalšiu diagnostiku a terapiu do poradenského zariadenia.

Prejavy v správaní dieťaťa, ktoré môže pozorovať personál v predškolských a školských zariadeniach:

- problém so separáciou od rodičov (aj neutíšiteľný plač, aj žiadna reakcia na odlúčenie),
- nereaguje na hromadné inštrukcie, má problém s čakaním,
- hrá sa izolovane, nezapája sa do spoločných aktivít s inými deťmi,
- má problém s ukončovaním obľúbených aktivít,
- spontánne nenadväzuje kontakt s rovesníkmi, preferuje dospelých ľudí,
- neprimerane presadzuje svoje záujmy, má problémy pri hre s pravidlami,
- má problémy pri zmene režimu v škole, časté je lipnutie na rituáloch,
- má problémy s trasou na prechádzkach, objavuje sa utekanie z areálu školy,
- zvýšená aktivita pri všetkých činnostiach vs. pasivita,
- neschopnosť generalizovať správanie voči všetkým učiteľkám,
- nepomer medzi kognitívnymi schopnosťami a sebaobslužnými zručnosťami (nevie sa vypýtať na WC, nechce samo jesť, problém s prezliekaním),
- problémy s jedlom (výberový jedálničiek, preferovanie určitých jedál a spôsobu jedenia),
- problém s relaxáciou (neochota poobede spať, problém s upokojením sa),
- všeobecný problém s akceptovaním authority.

2.2. Dopady a vplyv na vzdelávanie v školskom veku

Cieľom vzdelávania žiaka s PVP je podporiť ho vo vzdelávaní takým spôsobom, aby dosiahol najvyššiu možnú mieru funkčnosti.

Edukácia žiakov s PVP by mala prebiehať za podpory všetkých dostupných špecifických foriem a metód (TEACCH, prvky ABA, rôzne behaviorálne techniky), PC programov a s využitím pomôcok, ktoré sú pre ich osobnostný rast a efektívnu edukáciu nevyhnutné.

Kvalita a intenzita prejavov v správaní dieťaťa/žiaka s PVP v školskom prostredí je viazaná na druh a stupeň postihnutia, nie všetky nižšie opísané prejavy môžete pozorovať vo vzdelávacom procese žiaka s touto poruchou.

2.2.1. Dopady na vzdelávanie v kognitívnej oblasti

V rámci diagnostických kritérií pervazívnej vývinovej poruchy sú zahrnuté aj hypoaktívne alebo hyperaktívne reakcie na sensorický input, alebo nezvyčajný záujem o sensorické aspekty prostredia, ako sú napríklad neprimerané reakcie na zvuky alebo textúry, ovoniavanie a dotýkanie sa predmetov, prípadne fascinácia svetlom a pohybom. V oblasti vzdelávania, a hlavne oblasti kognitívnych schopností detí/žiakov, je potrebné myslieť na túto oblasť spracovávanie podnetov prostredia. Na odlišnosti v oblasti sensoriky poukazujú aj Thorová (2006) a Bazalová (2012). Uvádzajú pojmy hypersenzitivita a hyposenzitivita voči niektorým podnetom (auditívnym, taktílnym, vestibulárnym, vizuálnym a olfaktorickým).

U detí/žiakov s pervazívnou vývinovou poruchou sú časté ťažkosti s lokalizovaním stimulov, s motorickým plánovaním a s imitáciou postury (Ayres, 2005). Dysfunkcie senzorickej integrácie sa môžu vyskytovať na troch úrovniach:

1. **Úroveň registrácie:** Deti s problémom v registrácii sú hyposenzitívne. Ich mozog podnety dostatočne neregistruje, kvôli jeho vyššej hranici citlivosti. Časť detí, ktoré sú hyposenzitívne voči podnetom, je pasívna, letargická, akoby bez záujmu a motivácie. Druhá časť detí si vytvorí stratégiu a aktívne podnety vyhľadáva (tzv. senzoricá stimulácia). Tieto deti sú, naopak, veľmi aktívne, neustále v pohybe a vykazujú rôzne stereotypné správanie.
2. **Úroveň modulácie** (regulačná schopnosť mozgu prispôbiť sa intenzite podnetu a adekvátne reagovať): Deti s problémom v modulácii sú hypersenzitívne, teda majú nízku hranicu citlivosti a aj na bežné podnety reagujú neadekvátne (vyhýbajú sa potenciálnym podnetom, aktívne sa im bránia alebo volia útek). V kontexte školského prostredia to môže viesť k hyperstimulácii a preťaženiu dieťaťa, čo môže naštartovať meltdown, dieťa by malo mať možnosť vyžiadať si prácu / učenie v pokojnom prostredí (a jasný spôsob, ako to spraviť, učiteľ by mal byť informovaný a dieťa vypočuť, je to prevencia záchvatov).
3. **Úroveň diskriminácie**, teda schopnosti rozlišovať kvalitu a trvanie podnetu: Deti s problémami v oblasti diskriminácie majú ťažkosti s plánovaním a realizáciou pohybov (praxia), so školskými zručnosťami atď. Dôsledky dysfunkcie sa môžu prejaviť v rôznych oblastiach každodenného fungovania v domácom aj v školskom prostredí.

Často sa očakáva, že dieťa s PVP, najmä ak je začlenené v bežnej triede, sa bude zúčastňovať rovnakých alebo podobných aktivít ako jeho rovesníci, čo vzhľadom na odlišnosti v spracovaní podnetov z prostredia nemusí byť vždy možné (porov. Hochhauser, Engel-Yeger, 2010). V takomto prípade by bolo vhodné poznať senzorické zvláštnosti dieťaťa, aby bolo možné predpokladať jeho ochotu zapojiť sa do vyučovacieho procesu a aktivít.

Počas vzdelávania si môžeme všimnúť aj špecifické schopnosti:

- nezvyčajný typ pamäti (mechanická pamäť), schopnosť reprodukovať celé texty, rozhovory, básne, dlhé zoznamy, hudobné pasáže, presné trasy, zložité vizuálne vzory,
- rozvinuté schopnosti, ktoré nevyžadujú reč, napr. hudba, aritmetika, rozoberanie a skladanie mechanických a elektrických predmetov, skladanie puzzle, konštrukčné hračky.

Vhodné prvky podpory v edukácii:

- nevyhnutná je vhodná miera podpory a vysoko individualizovane naplánovaných podporných opatrení, definovaných v Individuálnom vzdelávacom programe žiaka,
- cieľom vzdelávania žiaka s PVP je nahradiť chýbajúce alebo narušené funkcie zvolením správnych metód, učiť ho to, čo v živote bude potrebovať a čo bude vedieť aj využívať,
- využívanie názorných pomôcok, pomôcok na rozvoj jemnej a hrubej motoriky a všetkých ostatných špeciálnych pomôcok v súlade so stupňom PVP,
- využitie vzdelávacích programov vhodných pre deti/žiakov s PVP, v súčasnosti volených podľa úrovne kognitívnych schopností dieťaťa/žiaka.

2.2.2. Dopady na vzdelávanie v komunikácii

Dieťa/žiak s PVP má obvykle ťažkosti s funkčnou komunikáciou. Tieto ťažkosti sa môžu na kontinuu komunikačných porúch pohybovať od miernych po výrazné.

Pri edukácii je s ohľadom na narušenie v oblasti komunikácie potrebné vychádzať vždy z odporúčaní logopéda, ktorého úlohou je podporovať vývin reči žiaka s PVP, okrem iného aj nastavovaním podporných opatrení v zmysle kompenzačných techník a pomôcok - pre zabezpečenie funkčnej komunikácie v domácom/školskom prostredí.

Pri aplikácii odporúčaní vyplývajúcich z logopedickej diagnostiky do vzdelávacieho procesu zohráva kľúčovú rolu školský špeciálny pedagóg.

Príklady vhodných prvkov podpory v edukácii:

1. v predmetoch literatúra, anglický jazyk (redukcia, nehodnotenie alebo oslobodenie od cudzieho jazyka), čítanie s vizuálnou podporou, pomocou osnovy prerozprávanie deja a pod., využívanie ďalších metód nácviku čítania a písania, ako napr. Krakowska metóda, Elkonin, globálne, vizuálne a sociálne čítanie, využívanie ComeniaScript a pod.,
2. vytváranie myšlienkových máp, ktorými sa podporí spracovanie informácie, porozumenie pojmov, hľadanie súvislostí medzi nimi, vedenie zápisu a zlepšenie kvality písomného prejavu, využívanie sociálnych príbehov a zážitkových denníkov,
3. navýšenie časovej dotácie na vypracovanie písomných úloh, prípadne písanie písomnej práce v inej miestnosti (nízkopodnetovej),
4. špeciálnopedagogická podpora,
5. logopedická intervencia,
6. využívanie kompenzačných pomôcok pre zabezpečenie funkčnej komunikácie,
7. využívanie AAK, ABA.

2.2.3. Dopady na vzdelávanie v emocionálnej a sociálnej oblasti

Žiak s PVP má problém s empatiou, útechou i sociálnou intuíciou a chápaním emócií. Logickému systému pravidiel sa učí, ako sa my učíme napríklad cudzí jazyk. Dieťa s PAS bez poruchy kognitívnych schopností skôr bude mať napríklad problém akceptovať, prečo niekedy pravidlo platí a niekedy nie a jeho porušenie bude učiteľke oznamovať, čo môže byť aj dôvodom na šikanu. Dieťa s autizmom musí racionálne pochopiť to, čo ostatní pochopili inštinktívne. Nedostatky v porozumení bežným sociálnym situáciám ovplyvňujú jeho spôsob začlenenia do kolektívu spolužiakov. Začlenenie v rámci bežného rovesníckeho kolektívu na druhej strane poskytuje mnoho príležitostí k spoločným a skupinovým prácam, k spolupráci, k vlastnej role v skupine a vytvára príležitosť na zlepšovanie sociálneho správania. Nedostatočná flexibilita v myslení a konaní môže zmeniť každodenný život žiaka a rodiča na prekážkovú dráhu: ranné obliekanie do školy sa môže stať utrpením, pretože materiál je na pokožke neznesiteľný, cestovanie hromadným dopravným prostriedkom nemožné, lebo dieťa má fóbický strach z neznámych, preplnených a hlučných priestorov. Uspokojuje ho, ak môže niečo robiť opakovane, rovnakým spôsobom, v rovnakom poradí a na rovnakom mieste. Zmeny, ktoré sú pre školské prostredie typické (napr. striedanie činností, učiteľov, priestorov, zvonenie), môžu u žiaka vyvolať tenziu rôzneho stupňa. Výrazne záťažový môže byť pre žiaka prechod z prvého na druhý stupeň, tiež aj zmena štýlu výučby: MŠ-ZŠ, SŠ, VŠ.

Môže sa stať, že žiak nerozlišuje medzi reálne indiferentnými a potenciálne ohrozujúcimi podnetmi, časté sú tiež špecifické strachy alebo hypersenzitívne reakcie na zmyslový podnet (napr. z tečúcej vody, sušiaka na WC), sociálne fóbie či separačná úzkosť. Svoje správanie nedokáže regulovať a tieto prejavy mu vlastne pomáhajú odbúravať nahromadený stres. Ich intenzita (od neúčelných pohybových stereotypov, ktoré môžu byť prejavom upokojujúcej senzorickej stimulácie, alebo vyjadrením emócie, až po prejavy agresivity a sebaškodovania) je variabilná, v závislosti od úrovne adaptability žiaka, ktorá býva narušená, ale aj od iných faktorov, vrátane podmienok, v akých sa žiak vzdeláva. Sebaškodovanie môže byť prejavom intenzívnej stimulácie podnetom pri hyposenzitivite, ale aj prejavom krajného emocionálneho rozrušenia pri meltdown v dôsledku senzorickeho preťaženia, v každej situácii to má inú funkciu, tým pádom si zmena vyžaduje inú intervenciu. To, že svoje správanie dieťa/žiak nedokáže regulovať, tiež platí len čiastočne, dobre nastavená intervencia mu môže pomôcť jednak s reguláciou, ale hlavne môže predchádzať situáciám, ktoré vedú k preťaženiu a agresivite.

Vhodné prvky podpory v edukácii:

1. senzorické hry,
2. práca s emóciami, ich rozlišovaním,
3. nácviky v bežnom prostredí, napr. nácvik cestovania v MHD, vlaku a pod.,
4. využívanie TEACCH programu - dieťa/žiak má jasný rozvrh s naplánovanými činnosťami na jemu primeranej úrovni (predmet, fotka, piktogram, text), štruktúru času a priestoru),
5. vizualizovaná postupnosť činností (teraz, potom, neskôr, začiatok, koniec),
6. využívanie procesuálnych schém pri učení a nácviku pracovných a sebaobslužných zručností a videomodelingu,
7. využívanie ABA,
8. využívanie sociálnych scenárov pre efektívnejšie fungovanie v rovesníckych vzťahoch.

2.2.4. Dopady na vzdelávanie v oblasti motoriky a senzomotoriky

V oblasti motoriky detí/žiacov s PVP sa môžu vyskytovať oslabenia rôznej kvality a intenzity. Ich podklad je veľmi často na úrovni oslabenej senzorickej integrácie - hovoríme preto o senzomotorickom oslabení. Je možné pozorovať prejavy, akými sú:

1. poskakovanie, trepotanie rukami, kolísanie, grimasy pri rozrušení, pružné chodenie po špičkách,
2. rôzne posturácie tela,
3. rôzne zvukové stereotypie.

Tak ako v iných oblastiach, aj v motorickej oblasti je potrebné sa zamerať na výber takých aktivít, ktorými pomôžeme dieťaťu/žiakovi s PVP k rozvoju, no zároveň v prípade potreby na úpravu prostredia smerom ku kompenzácii - ak sú aktuálne deficity v motorickej oblasti príliš výrazné.

Vhodné prvky podpory v edukácii:

1. umožnenie pobytu v relaxačnom kútiku, ktorý pomôže dieťaťu/žiakovi eliminovať napätie,
2. využívanie rehabilitačných pomôcok,

3. prvky arteterapie,
4. snoezelen miestnosť - multisenzorické prostredie, ktoré ponúka možnosť pre relaxáciu, upokojenie a rovnako možnosti na stimuláciu, rozvoj zmyslov,
5. štruktúrovaná TV,
6. prechádzky, možnosť vybehať sa počas prestávok.

2.2.5. Dopady na vzdelávanie v oblasti hry

Dieťa/žiak s PVP sa nevie spontánne zapojiť do hry s dospelými ani s ostatnými deťmi a v triede je skôr v roli pozorovateľa. Repertoár jeho imaginatívnych aktivít je obmedzený, prevedenie je stereotypné a rigidné. Väčšinou venuje pozornosť triviálnym alebo nepodstatným veciam (napr. viac ako samotná hra ho zaujíma štruktúra povrchu hračky alebo zvuk, ktorý vydáva, alebo pri sledovaní autíčka sa sústreďí len na jeho kolesá). Kľúčovú rolu pri jeho začlenení sa do kolektívu triedy preto zohráva učiteľ. Je veľmi vhodné a potrebné, ak mu aj v tomto smere môže byť nápomocný pedagogický asistent a ŠPT.

Dieťa/žiak s PVP má obvykle výrazné oslabenia v komunikačnej oblasti (odlišnosti v teórii mysle), ktoré spôsobujú, že nemusí dostatočne rozumieť zmyslu hry ani úvahám a slovným hračkám ostatných detí a jeho hra nenesie prvky zdieľanej a kooperatívnej hry. Aj dobre zadaptované dieťa/žiak s PVP (často dieťa s AS) môže uprednostňovať pred fantazijnými hrami niekedy až encyklopedické znalosti, v ktorých nachádza systém (Attwood, 2005). Kresba má charakteristické črty a stupne prevedenia v závislosti od kognitívnych schopností, úrovne abstrakcie, vnímania, pozorovacích schopností a pod. Môžeme sa stretnúť so stereotypnou kresbou, ktorá bude obmedzená obsahovo a primeraná k aktuálnemu záujmu dieťaťa, napr. elektrické obvody, reklamy, značky áut, budovy, ale môže mať aj detailne prepracovaný charakter.

Vhodné prvky podpory v edukácii:

1. nácvik funkčnej hry pomocou videoscenárov.

3. Špecifiká diagnostiky detí s uvedenou problematikou

3.1. Kompetenčný rámec

Diagnostika dieťaťa s rizikom PVP je obvykle viacúrovňová.

Potvrdenie, resp. vyvrátenie klinickej diagnózy a diferenciálna diagnostika spadajú pod gesciu ministerstva zdravotníctva. Diagnostiku porúch autistického spektra upravuje štandardný postup s názvom Poruchy autistického spektra – diagnostika 1. revízia, ktorého autormi sú Celušáková H. a Ondrejka I. v roku 2021.

Samotná diagnostika smerujúca k stanoveniu diagnózy, je obvykle dlhodobejším

procesom, v priebehu diagnostického procesu smerom k stanoveniu diagnózy však poradenské zariadenie môže byť v rámci medzirezortnej spolupráce podporné. Postupovať môže dvoma spôsobmi, ktoré závisia najmä od regionálnych podmienok centra:

- môže poskytovať vyššiu mieru podpory rezortu zdravotníctva pri stanovení diagnózy - odborní zamestnanci poradenského zariadenia vyslovujú hypotézu o riziku PVP a následne odošlú dieťa na klinické pracovisko so správou, ktorá obsahuje: pozorovanie dieťaťa a jeho klinické prejavy, pričom používajú dostupné diagnostické nástroje pre dg. dieťaťa s rizikom PVP,
- alebo poskytovať nižšiu mieru podpory rezortu zdravotníctva pri stanovení diagnózy - odborní zamestnanci poradenského zariadenia vyslovujú hypotézu o riziku PVP a následne odošlú dieťa na klinické pracovisko bez správy o klinických prejavoch dieťaťa.

Multidisciplinárny tím (obvykle zložený zo psychológa, špeciálneho pedagóga, logopéda, liečebného pedagóga, fyzioterapeuta) poradenského zariadenia v rezorte školstva začína diagnostický proces smerom k identifikovaniu silných a slabých stránok dieťaťa v aktuálnom čase, s cieľom nastaviť intervenčný proces s dieťaťom a pomôcť rodine pracovať na podpore vývinu dieťaťa, a to bez ohľadu na to, či je alebo nie je diferenciálny diagnostický proces PVP v rezorte zdravotníctva už ukončený.

Na diagnostike silných a slabých stránok dieťaťa s rizikom PVP alebo s už diagnostikovaným PVP sa v poradenskom zariadení podieľajú všetci odborní zamestnanci v rámci MDT. MDT poradenského zariadenia v tomto smere taktiež úzko spolupracuje so ŠPT MŠ alebo ZŠ a rodičmi, s cieľom získať čo najviac informácií o tom, ako sa oslabenia a silné stránky dieťaťa premietajú do jeho funkčnosti v prirodzenom prostredí domova alebo materskej/základnej školy. V prípade, že je rodina poberateľom služby včasnej intervencie, aj poradcovia včasnej intervencie môžu byť nápomocní pri získavaní informácií o funkčnosti dieťaťa v domácom prostredí - sú partnermi rodiča dieťaťa s PVP.

V kompetencii poradenských centier je:

- realizovať skrining pre vyslovenie podozrenia o riziku PVP a odoslať dieťa k všeobecnému lekárovi pre deti a dorast alebo všeobecnému lekárovi pre dospelých,
- zhodnotiť prítomnosť deficitov charakteristických pre PAS pomocou „zlatého štandardu“ a/alebo ďalších relevantných diagnostických metód (odborný zamestnanec s certifikovaným vzdelávaním v oblasti PAS) - ak to umožňujú regionálne podmienky centra,
- zhodnotiť vývinovú úroveň dieťaťa v jednotlivých vývinových oblastiach a úroveň kognitívnych schopností,
- určiť špeciálnu výchovno-vzdelávaciu potrebu na poskytnutie podporného opatrenia vo výchove a vzdelávaní dieťaťa alebo žiakovi podľa § 2 písm. k) školského zákona ,
- zhodnotiť úroveň adaptívneho správania dieťaťa,
- zhodnotiť úroveň čiastkových funkcií a akademických zručností.

O svojich diagnostických záveroch v smere k silným a slabým stránkam dieťaťa s PVP odborní zamestnanci poradenského zariadenia komunikujú následne vnútrorezortne - s ostatnými členmi MDT a odbornými a pedagogickými zamestnancami MŠ a ZŠ. Zároveň komunikujú svoje závery medzirezortne - poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v rezorte

zdravotníctva a poskytovateľom sociálnych služieb v rezorte práce sociálnych vecí a rodiny, s cieľom nastaviť intervenčný proces čo najefektívnejšie pre dieťa, ako aj jeho rodinu. Forma medirezortnej spolupráce závisí od regionálnych podmienok, v ktorých sa poradenské zariadenie nachádza.

3.2. Vzťah

V procese diagnostiky dieťaťa s PVP sa často ako základné špecifikum ukazuje limitovaná možnosť odborného zamestnanca vytvoriť si s dieťaťom v krátkom čase dostatočne kvalitný vzťah na to, aby umožnil diagnostický proces silných a slabých stránok dieťaťa štandardizovanými diagnostickými nástrojmi používanými pre bežnú populáciu.

Z dôvodu, že dieťa s PVP má oslabenie práve v socioemocionálnej a komunikačnej oblasti (komunikácia absentuje alebo je málo funkčná, porozumenie reči je oslabené alebo celkom absentuje), využívajú odborní zamestnanci poradenského zariadenia najmä v úvodných stretnutiach autentickú a funkčnú diagnostiku, namiesto štandardizovaných diagnostických batérií a kľúčovú rolu zohráva voľný, semištruktúrovaný alebo štruktúrovaný rozhovor s rodičmi/ZZ dieťaťa s PVP alebo jeho rizikom.

Informácie o funkčnosti u dieťaťa, ktoré už navštevuje predškolské zariadenie alebo základnú školu, je dôležité získavať aj od pedagogických a odborných zamestnancov materských a základných škôl.

Veľkou výhodou je, ak je odbornému zamestnancovi umožnené stretávať sa s dieťaťom opakovane a spoznávať dieťa v čase. V tom prípade môžu byť informácie o silných a slabých stránkach dieťaťa omnoho obsahovo bohatšie.

3.3. Špecifiká diagnostiky

Voľba diagnostického nástroja závisí v prvom rade od cieľa diagnostického procesu, ďalej od vývinovej úrovne dieťaťa, jeho socio-komunikačných schopností a jeho schopnosti spolupracovať s poradcom. Veľký dôraz pri diagnostike dieťaťa s PVP je kladený na multidisciplinaritu v rámci poradenského zariadenia, nevyhnutnými sú však taktiež informácie o funkčnosti dieťaťa zisťované z domáceho a predškolského/školského prostredia dieťaťa.

1. Diagnostický proces začína zaznamenaním rizika PVP štandardizovanými skriningovými nástrojmi. V našich podmienkach sa aktuálne ako najdostupnejšie javia nástroje M-CHAT- R/F, pre deti v ranom veku a CARS II. pre deti, ktoré už nespádajú do vekovej kategórie pre nástroje M-CHAT. Použitie skriningových nástrojov by malo byť vždy doplnené o pozorovanie dieťaťa.

M-CHAT R/F: Checklist for Autism in Toddlers (L. Robins, D.Fein, M.Barton, 2009)

Modifikovaný dotazník autizmu pre batolátá M-CHAT - R/F pomáha identifikovať rizikové deti, ktoré spadajú do kritérií pre pervazívne vývinové poruchy. Všeobecný lekár pre deti a dorast vykonáva skrining porúch autistického spektra formou M-CHAT - R/F v 16. - 30. mesiacoch veku dieťaťa ako súčasť štandardu vyšetrení psychomotorického vývinu detí pri 9. - 13. preventívnej prehliadke a súčasť štandardu Poruchy autistického spektra – skrining

1. revízia MZ SR alebo kedykoľvek pri odhalení všeobecného vývinového oneskorenia, pri podozrení pediatra na prejavy PAS, pri obavách rodiča, pri pozitívnej rodinnej anamnéze neurovývinových porúch, ako aj pri náhodnom záchyťe možných prejavov PAS u iných odborníkov v rezorte zdravotníctva a školstva. V prípade, že do poradenského zariadenia príde rodič s dieťaťom, ktorý tento skrining neabsolvoval u pediatra, je možné vykonať ho aj v poradenskom zariadení. Tento skriningový nástroj je voľne dostupný v slovenčine tak pre odborníkov, ako aj rodičov na internete, napríklad na www.acva.sk. Ide o súbor otázok pre rodiča, ktoré rodič zodpovedá samostatne - bez vedenia odborníkom.

M-CHAT-R je pripravený pre vyplnenie rodičovi bez podpory odborníka. V prípade, že je na základe dotazníka M-CHAT-R identifikované stredné riziko PVP, má následne odborník k dispozícii druhú časť dotazníka M-CHAT - F, kde otázkami rodiča prevádza už pri osobnom rozhovore. Pri zaznamenanom vysokom riziku, či už po administrovaní M-CHAT-R alebo M-CHAT-F, odporúča odborník rodiča priamo na diferenciálnu diagnostiku PVP. M-CHAT-F je toho času dostupný v českom jazyku.

Výhodou M-CHAT - R/F skriningových nástrojov je jednoduchosť ich použitia. Nevýhodou je nízke vekové obmedzenie - použiteľnosť do 30. mesiacov.

Pri pozitívnom skriningu sa odosiela dieťa aj k všeobecnému lekárovi pre deti a dospelých a všeobecnému lekárovi pre dospelých.

CARS I – Škála detského autistického správania (Childhood Autism Rating Scale, Schopler a Reichler, 1988), reedícia CARS II, 1998

Semištrukturovaná škála s 15. položkami, každá sa hodnotí na stupnici od 1 do 4, podľa frekvencie a intenzity abnormálnych prejavov v danej oblasti. Výsledné skóre orientačne určuje stupeň závažnosti poruchy. CARS 2 je rozšírený o záznamový hárok pre vysokofunkčný autizmus. Je praktickejší a presnejší v hodnotení a záchyťe miery symptómov pre jedincov s poruchou autistického spektra.

Výhodou je opäť jednoduchosť použitia, ale tiež širší vekový rámec - použiteľnosť od 2 rokov neobmedzene.

DACH (Thorová, 2003)

Český skriningový nástroj určený k depistáži porúch autistického spektra. Metóda má formu dotazníka, ktorý je určený na vyplnenie predovšetkým rodičom detí, u ktorých vzniklo aj čiastočné podozrenie na poruchu autistického spektra. Dotazník vychádza z diagnostických kritérií MKCH 10 a DSM IV, z položky skriningového testu CHAT a z diagnostického testu E1 a 2 (Rimland, 1964). Dolná hranica na použitie dotazníka je 18 mesiacov a používame ho do piateho – šiesteho roku života dieťaťa. Dôležitým diagnostickým kritériom je, aby určité odlišnosti v správaní dieťaťa trvali viac než pol roka.

GADS: Gilliamova škála Aspergerovho syndrómu (J. Gilliam, 2001)

Ide o štruktúrovaný dotazník, ktorý vyplňajú rodičia s odborníkom. Zameraný je na vekovú skupinu od 3 do 22 rokov. Zahŕňa 4 oblasti - sociálne interakcie, úzko vymedzené vzorce správania, kognitívne schopnosti a pragmatické schopnosti.

DACH a GADS sú nástroje, ktoré sú ľahko dostupné a dobre použiteľné v poradenskom systéme.

Pri ich používaní je potrebné mať na pamäti, že vychádzajú z klasifikácií MKCH 10 a DSM IV.

Pozorovanie, spoločne s použitím skriningových nástrojov, je súčasťou autentickej diagnostiky.

Pri pozorovaní je záujem poradcu plne sústredený na dieťa, prejavy správania v rôznych situáciách v prítomnosti cudzích a blízkych osôb, na jeho mimiku, pantomimiku, gestá, reč, prejav emócií, sociálne správanie, vzťah k sebe, druhým osobám, k predmetom. Pozorovanie je zamerané na interakciu dieťaťa s blízkou vzťahovou osobou, ale aj na interakciu s vyšetrojúcim personálom:

- Pozorovanie adaptácie na nové prostredie, novú osobu, na iné deti, na schopnosť separácie od matky, resp. vzťahovej osoby, na výkon dieťaťa bez prítomnosti rodiča (skúsenosti ukazujú, že v mnohých prípadoch podávajú deti lepšie výkony bez prítomnosti rodiča). Prínosným materiálom v procese diagnostiky je aj nahrávka spontánnej hry, rôznych aktivít, komunikácie a celkovej interakcie s rodičom, súrodencami alebo ďalšími rodinnými príslušníkmi v domácom prostredí.
 - Pozorovanie očného kontaktu - zameriavame sa na kvalitu očného kontaktu s osobou, predmetom v sociálnej interakcii, jeho flexibilitu v sociálnej komunikácii. Pozorujeme, či dieťa nadväzuje primeraný očný kontakt pri komunikácii s druhou osobou, napríklad pri potrebe si niečo vyžiadať.
 - Pozorovanie sociálneho úsmevu a reakcie na oslovenie – pozorujeme, či dieťa opätuje sociálny úsmev či reaguje na oslovenie menom, prípadne na iný podnet, pri ktorom sa vyžaduje reakcia (môže ísť o dotyk alebo iné oslovenie), zaujíma nás nielen reakcia na blízku osobu, ale aj na administrátora, možná **absencia sociálneho úsmevu, neprítomná reakcia na svoje meno v ranom veku.**
 - **Pozorovanie úrovne symbolickej hry - neurotypické dieťa** najčastejšie napodobňuje aktivity rodičov – varenie, pranie, hra na zamestnania – lekár, hasič, atď. , dieťa s PVP - ak sa u neho v hre objavujú prvky symboliky, ide veľmi často o napodobňovanie úryvkov z rozprávok sledovaných v TV a pod.
 - **Pozorovanie hry s inými ľuďmi - hra s osobami (sociálne hry)** – pozorujeme, či dieťa javí záujem o ponúkanú hru, či sa dokáže do hry aktívne zapojiť a na akej kvalitatívnej úrovni (napr. akceptovanie výmeny rolí). Dieťa s podozrením na detský autizmus často nejaví záujem o sociálne hry, nechápe sociálne vzťahy, pravidlá hry, nemá záujem o hru s rovesníkmi alebo sa do nej nevie samostatne zapojiť na dostatočnej kvalitatívnej úrovni.
 - **Pozorovanie hry s hračkami** – sledovanie hračky, funkčná manipulácia, používanie hračky a predmetov im určeným spôsobom, skúmanie vzťahov medzi dvoma predmetmi, manipulácia a hra s príčinnno-následkovými a konštrukčnými hračkami.
2. Ak odborný zamestnanec poradenského zariadenia zaznamená riziko PVP a regionálne podmienky centra, v ktorom pôsobí, mu umožňujú pripraviť podklady k diferenciálnej diagnostike PVP v rezorte zdravotníctva, používa za týmto účelom obvykle nasledujúce diagnostické nástroje "zlatého štandardu":

ADI-R: Autism Diagnostic Interview – Revised (Lord et al., 1994)

Ide o štandardizované interview, ktoré vykonáva špeciálne vyškolený klinický pracovník s rodičom alebo zverenou osobou dieťaťa. Dotazník obsahuje 111 položiek a doba potrebná na administráciu je cca 3 hodiny. Interview je založené na presne definovaných otázkach, každá otázka má názov, definíciu problému, presné znenie otázky a pokyn, ako kódovať odpoveď. V úvode tohto štruktúrovaného interview je voľnejšia pasáž venovaná odobratiu anamnézy a súčasným dôvodom, ktoré znepokojili rodičov či zverenú osobu. Na vyhodnocovanie podľa algoritmu pre MKCH-10 sa používa len 40 položiek. Nestanovuje sa celkové skóre. Využíva sa niekoľko skóre pre základné oblasti: narušenú sociálnu interakciu, narušenú komunikáciu, repetitívne vzorce správania a abnormality vo vývine zaznamenané pred 36. mesiacom veku dieťaťa. Pre každú oblasť je stanovené minimálne skóre pre pozitivitu (cut-off score). Ak sú pozitívne všetky štyri základné oblasti, stanovuje sa diagnóza detský autizmus. V prípade, že je pozitívna len jedna alebo dve oblasti, medzi ktoré nepočítame vekové kritérium, alebo až tri oblasti pri nesplnení vekového kritéria pre začiatok poruchy, zvažujú sa diagnózy z okruhu PVP, ktoré sú menej špecifické, ako napr. atypický autizmus.

ADOS 2: Autism Diagnostic Observation Schedule 2 - Diagnostika a hodnotenie porúch autistického spektra – druhé vydanie (Catherine Lord, Michael Rutter, MD, Pamela C DiLavore, Susan Risi, Katherine Gotham, Somer L Bishop, Rhiannon J Luyster, Whitney Guthrie 2012)

Ide o najpoužívanejšie štandardizované vyšetrenie na priame pozorovanie, pozostávajúce z presne definovaných aktivít a rozhovorov dospelého s dieťaťom, s podozrením na PVP. Cieľom je sledovať prejavy dieťaťa a jeho interakciu s rodičmi a administrátorom a zhodnotiť prípadné deficity v štyroch hlavných oblastiach zásadných pre diagnózu PVP: jazyk a komunikačné schopnosti, vzájomná sociálna interakcia, hra a tvorivosť, stereotypné prejavy a úzko vymedzené záujmy.

ADOS-2 je rozdelený do piatich modulov, primárne na základe úrovne expresívnej reči dieťaťa/ vyšetrovaného a sekundárne na základe chronologického veku. Modul Toddler pre najmenšie deti je možné použiť od 12. do 30. mesiaca, v tomto veku ADOS-2 len vyslovuje podozrenie na PVP, vzhľadom na potrebu odlíšiť iné neurovývinové ochorenia. Moduly 1-4 sa volia na základe úrovne expresívnej reči, ADOS-2 je použiteľný aj pre dospelých. Výsledné skóre hodnotí prejavy jedinca v dvoch doménach - sociálny afekt (SA) (tvorený komunikáciou a recipročnou sociálnou interakciou) a stereotypné správanie a úzko vymedzené záujmy (UVRS). Súčtom bodov sa získa sumárne hrubé skóre, ktoré po prekročení cut-off určí, či je prítomná dostatočná miera príznakov pre PVP. Tiež je možné určiť mieru autistických príznakov u dieťaťa (minimálna, mierna, stredná a vysoká), ktorá porovnáva dané dieťa s ostatnými deťmi s autizmom, s rovnakou úrovňou expresívnej reči a rovnakého chronologického veku.

Prax ukazuje že **CARS2** je možné použiť nielen ako skriningový nástroj, ale tiež ako diagnostický nástroj, ktorý zhrnie údaje zistené priamym pozorovaním (ADOS-2, ďalšie pozorovania a diagnostické stretnutia – intelekt, čiastkové schopnosti) a anamnestické údaje získané od rodiny dieťaťa (ADI-R, širšia anamnéza), informácie z MŠ/ZŠ a od ďalších odborníkov (napr. CVI, psychológ, logopéd a pod.). CARS2 takto zhrňa diagnostickú skúsenosť vyšetrujúceho s každodennou skúsenosťou rôznych ľudí z prirodzeného prostredia dieťaťa, a tým umožňuje komplexný pohľad na dieťa a jeho deficity v širokej škále prostredí a situácií.

3. Následne používajú odborní zamestnanci v rámci MDT obvyklé diagnostické nástroje, ktoré im umožňujú zaznamenať silné a slabé stránky dieťaťa s PVP alebo jeho rizikom.

Psychologická diagnostika

Psychologická diagnostika sa zameriava na diagnostiku vývinovej úrovne dieťaťa, adaptívneho správania dieťaťa a psychológ sa ako jediný zamestnanec v rámci MDT zameriava na zistenie inteligenčnej úrovne dieťaťa nástrojmi psychologickéj diagnostiky. Oblasť diagnostiky všeobecných rozumových schopností je bližšie popísaná v štandarde Diagnostika kognitívnych schopností.

V tejto časti uvádzame diagnostické nástroje, ktoré sa používajú na zistenie kognitívnych schopností u detí s PVP.

SON-R 2½-7 (Tellegen et al., 2009).

Neverbálny test inteligencie určený pre deti predškolského veku. Normy sú k dispozícii pre deti od 2,5 do 7,5 roka. Príručka však obsahuje normy počítané pre zlúčenú skupinu detí, ktoré sa zúčastnili slovenskej a českej štandardizácie, nie sú teda celkom vyhovujúce. Test však môže poskytnúť informácie o silných a slabých stránkach dieťaťa v oblasti priestorových schopností, usudzovania, čiastočne v oblasti exekutívnych funkcií. Reprezentatívne slovenské normy (Dočkal, 2012) sú dostupné vo VÚDPaP.

WISC-III^{SK} (Wechslerova inteligenčná škála pre deti, III. revízia) - slovenská adaptácia z r. 2006. Test je určený pre deti vo veku 6 až 17 rokov.

WJ IE – Woodcock-Johnson International Edition II

Batéria neobsahuje všetky subtesty medzinárodnej edície, jej druhé vydanie je komplexnejšie. Oproti tretej revízii WISC je jej výhodou oddelenie úloh riešených na čas od ostatných subtestov. Slovenskú štandardizáciu koordinoval začiatkom tisícročia A. Furman, slovenské normy sú vypracované pre vekové skupiny od 5 do 65 rokov.

Pre potreby vzdelávania je vhodné zohľadniť všetky aspekty hodnotené pri diagnostike kognitívnych schopností tak, ako ich definuje MKCH 11, a to aj z funkčného hľadiska. Pri diagnostike kognitívnych schopností u detí/žiakov s PVP je obzvlášť dôležité neopomenúť hodnotenie funkčnej reči (v expresívnej aj receptívnej rovine), ktorá je v procese získavania akademických vedomostí nevyhnutná. Preto je potrebné pri výbere vzdelávacieho programu alebo tvorbe IVP zohľadniť nielen úroveň všeobecných rozumových schopností a adaptívneho správania dieťaťa/žiaka ale aj ďalšie špecifiká PVP ovplyvňujúce dieťa/žiaka v edukačnom procese. Pri výbere vhodného typu školy a vhodného vzdelávacieho programu je teda dôležité klásť väčší dôraz na špecifiká dieťaťa/žiaka ovplyvňujúce jeho schopnosť učiť sa, než na jeho aktuálny bodový odhad úrovne všeobecných rozumových schopností.

Nemožnosť vyšetriť dieťa/žiaka štandardizovanými diagnostickými metódami

V praxi sa objavujú prípady, kedy u dieťaťa/žiaka nie je možné diagnosticky identifikovať niektorú (v prípade PVP najčastejšie verbálnu) zložku kognitívnych schopností alebo vôbec nie je možné aplikovať štandardizovaný diagnostický nástroj. Najčastejším dôvodom sú chýbajúce schopnosti dieťaťa/žiaka (napr. nemá dostatočne vybudované verbálne

porozumenie a/alebo funkčnú reč), príp. celkové neporozumenie zadávaným inštrukciám alebo neporozumenie situácii vyšetrenia.

Ak opakovane nie je možné u dieťa/žiaka aplikovať štandardizovaný diagnostický nástroj, a to z dôvodu nespolupráce založenej na vyššie uvedených dôvodoch, je potrebné zaznamenať túto diagnostickú skúsenosť ako súčasť symptomatiky pri hodnotení aktuálnej funkčnej úrovne všeobecných rozumových schopností. Rovnako, ak nie je možné diagnosticky identifikovať verbálnu zložku rozumových schopností dieťaťa/žiaka z dôvodu výrazne oslabených verbálnych schopností, je nevyhnutné túto diagnostickú skúsenosť zahrnúť do celkového hodnotenia jeho všeobecných rozumových schopností.

Je potrebné spoľahlivo a komplexne identifikovať tie schopnosti a zručnosti dieťaťa/žiaka, ktoré umožnia, aby mu príslušný vzdelávací program poskytol potrebnú podporu a priestor na rozvíjanie jeho potenciálu.

Interpretácia výsledkov výkonov dieťaťa/žiaka pri diagnostike kognitívnych schopností

Je nutné dodať, že vo všeobecnosti, tak ako pri diagnostike kognitívnych schopností (napr. mentálneho postihnutia), tak aj pri interpretácii výsledkov výkonov dieťaťa/žiaka v diagnostických nástrojoch zameraných na identifikáciu úrovne ich všeobecných rozumových schopností, je potrebné sa riadiť diagnostickými postupmi vyplývajúcimi z MKCH 11, a teda:

- Výsledok testu všeobecných rozumových schopností je odrazom aktuálneho výkonu dieťaťa/žiaka, nie jednoznačným určením úrovne jeho všeobecných rozumových schopností.
- Výkon dieťaťa/žiaka teste všeobecných rozumových schopností je potrebné interpretovať vzhľadom na príslušný interval spoľahlivosti aplikovaného diagnostického nástroja. Na potvrdenie alebo zamietnutie diagnostickej hypotézy o mentálnom postihnutí nestačí len informácia o aktuálnom výkone dieťaťa/žiaka v teste všeobecných rozumových schopností. Výkon dieťaťa/žiaka je potrebné interpretovať z aspektu špecifik PVP.
- Dôležitý je výber spoľahlivých diagnostických nástrojov. Diagnostické nástroje, ktoré neboli štandardizované na slovenskej populácii alebo ich štandardizácia nie je aktuálna, môžu výrazne skresľovať diagnostické výsledky.
- Výsledok testu všeobecných rozumových schopností je potrebné interpretovať nielen z aspektu celkového výsledku ale aj z aspektu rozdelenia výkonov v jednotlivých zložkách meraných rozumových schopností. Pre spoľahlivú identifikáciu a zhodnotenie kognitívnych schopností dieťaťa/žiaka je prínosnejší pohľad na profil jeho jednotlivých rozumových schopností.

Na diagnostiku úrovne adaptívneho správania dieťaťa s prejavmi PVP je vhodné používať škály konštruované pre tento účel, akými sú napr.:

Vinelandská škála adaptívneho správania (Vineland 3)

Vinelandská škála adaptívneho správania je škála orientovaná na hodnotenie funkčnosti

dieťaťa v jeho prirodzenom prostredí. V našich podmienkach ide o neštandardizovanú techniku, keďže preklad z anglického originálu zatiaľ nie je zabezpečený. Uskutočňuje sa rozhovorom s rodičom alebo učiteľom dieťaťa, ktorý sa odohráva podľa možností bez prítomnosti dieťaťa. Vinelandská škála adaptívneho správania je určená pre vek od 0 do 90 rokov. Má nasledovnú štruktúru: I. Oblasť komunikácie II. Oblasť bežných denných zručností III. Oblasť socializácie IV. Oblasť motorických zručností, pričom každá z oblastí má aj svoju podoblasť. Ďalšou oblasťou je oblasť maladaptívneho správania, ktorá je určená pre deti staršie ako päť rokov. Ako doplnková časť sa môže použiť aj porovnanie správania dieťaťa v rámci skupinových noriem.

U nás preložená a v minulosti používaná bola **Vinelandská škála sociálnej zrelosti**, ktorej autorom je PhDr. Jiří Kožený, Csc. Bola určená ako nástroj pre odhad sociálnych kompetencií ľudského jedinca. Rozdelená je na 8 oblastí - sebestačnosť všeobecne, sebestačnosť jedlo, sebestačnosť obliekanie, samostatnosť, zamestnanie, komunikácia, motorika a sociálne začlenenie. Určená bola pre vek 0 až 25 rokov, neskôr sa používala pre vek 0 až 11 rokov, v manuáli bola upravená pre vekové obdobie od 3 do 9 rokov (Kožený, 1973). V súčasnej dobe už škála nie je dostupná na zakúpenie.

V ranom veku psychológ obvykle hodnotí všetky vývinové oblasti, pričom je odporúčané, aby používal niektorú z pre neho dostupných vývinových škál, akou je napr.:

Bayleyovej škála – Bayley Scales of Infant and Toddler Development – 3rd Edition (Bayley III)

Vývinové škály Nancy Bayley sú komplexné vývinové škály, celosvetovo používané na výskumné aj klinické účely. Boli v minulosti viackrát revidované, pričom posledná revízia prebehla v roku 2019 a jej výsledkom je aktuálne štvrtá štandardizácia týchto vývinových škál.

Vývinové škály N. Bayley získavajú informácie o vývine dieťaťa na základe priamej práce s dieťaťom, a to administráciou štandardizovaných položiek s využitím štandardizovaného podnetového materiálu a získavaním informácií od rodiča formou dopytovania sa.

Normy zachytávajú vekové obdobie 16 dní až 4 rokov (42 mesiacov), avšak pre klinické účely sú u detí s vývinovým rizikom použiteľné aj vo vyššom veku.

Vývinové škály Nancy Bayley sa na vývin dieťaťa pozerali spočiatku globálnejšie, cez tri domény

- motorickú, mentálnu a záznam o správaní sa dieťaťa (informácia zo Psychodiagnostiky detí a dospelých, 2001). V tretej a štvrtej revízii je už vývin zachytený piatimi škálami. Motorická škála je rozdelená na škálu zameranú na posúdenie hrubej a jemnej motoriky, pôvodná mentálna škála rozpoznáva kognitívne schopnosti a reč. Reč je ďalej členená na expresiu a porozumenie reči. Zároveň je od tretej revízie možné využiť škály zamerané na socio-emocionálny vývin dieťaťa a jeho adaptívne správanie.

Dve novovzniknuté škály - socio-emocionálny vývin a škála adaptívneho správania, ktoré sú zahrnuté v tretej a štvrtej revízii, robia vývinové škály N. Bayley obzvlášť vhodnými pre využitie v praxi poradenského zariadenia, keďže poskytujú informácie o emocionálnosti

dieťaťa a jeho schopnosti vzťahovať sa k iným ľuďom, a tiež o bežnom fungovaní dieťaťa v jeho prirodzených podmienkach. Ich doplnením sa vývinové škály N. Bayley nezameriavajú len na to, čo dieťa dokáže v optimálnych podmienkach urobiť, ale tiež na to, čo je dieťa schopné robiť bežne, v jeho prirodzenom prostredí a ako dokáže svoje vývinové limity prekonávať. Preklápajú tým pohľad administrátora z posudzovania deficitov na posudzovanie schopnosti dieťaťa fungovať a participovať aj napriek aktuálnym deficitom, k čomu odborníkov zaväzuje Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia vydaná Svetovou zdravotníckou organizáciou (WHO) v roku 2001 a jej úprava pre detskú a adolescentnú populáciu z roku 2007 (International classification of functioning, disability and health: children and youth version: ICF-CY). Žiadna vývinová škála Nancy Bayley žiaľ nie je dostupná na zakúpenie na Slovensku, avšak české vydavateľstvo diagnostických metód ponúka možnosť zakúpenia tretej revízie, ktorá je z roku 2005. Keďže nie je zabezpečený preklad škály v jej tretej revízii a jej štandardizácia neprebehla ani v Českej republike, ponúka české vydavateľstvo aspoň návod, ako pracovať s touto revíziou vo vzťahu k druhej revízii (BSID II), ktorá bola v ich vydavateľstve taktiež vydaná, štandardizovaná na českú populáciu a preložená do českého jazyka. Druhá revízia sa však už taktiež nedá zakúpiť, zároveň neobsahuje doplnkové škály, ktorých výhody sú spomínané vyššie. Anglická verzia v tretej alebo štvrtej štandardizácii je síce použiteľná pre administrátora, ktorý je priemerne zdatný v anglickom jazyku, no tým, že nie je dostupná jej slovenská ani česká štandardizácia, výrazne limituje použitie škál zameraných na posúdenie vývinu reči a znižuje možnosti ich použitia zo 42 mesiacov na cca 24 mesiacov.

Logopedická diagnostika

Diagnostika vývinu reči sa orientuje nielen na vyšetrovanie rečových schopností, ale rečový vývin dieťaťa sa posudzuje v širšom kontexte jeho psychosociálneho vývinu. U detí v ranom veku sledujeme nielen rečové procesy s dôrazom na sémantiku a pragmatiku, ale aj kogníciu, hru a sociálne interakcie dieťaťa s okolím. V takomto kontexte teda hodnotíme aktuálnu úroveň rečových schopností, príčiny, ktoré viedli k aktuálnemu stavu, a tiež vývinové perspektívy dieťaťa.

V praxi využívame symptomatický prístup podľa Lehyovej (1978) - Lehyovej model vývinu detskej reči, pričom sledujeme reč detí z hľadiska formy (fonologická a morfológicko-syntaktická rovina), obsahu (lexikálno-sémantická rovina) a použitia (pragmatická rovina), a taktiež nerečové správanie. Metóda založená na analýze vzoriek spontánnej rečovej produkcie v prirodzenom kontexte zisťuje úroveň vývinu reči v jednotlivých jazykových rovinách, a teda určuje aj to, kde má začať intervencia.

U detí vo veku od 4 do 9 rokov využívame **HSET (Heidelberský text jazykového vývoja pre deti od 4 do 9 rokov; 1991)** ako štandardizovanú batériu, pričom zisťujeme, na akej úrovni vývinu reči sa dieťa nachádza, aké stratégie spracovania verbálnej informácie dieťa používa a aké pokroky u neho možno očakávať vo vývine reči.

TEKOS (2011) – Test komunikačného správania detí v ranom veku: Test umožňuje hodnotiť jazykové i neязыkové správanie v období od 8. do 30. mesiaca života, v niektorých oblastiach hodnotenia je však možné test použiť až do veku 36. mesiacov. Platí to napríklad pre normy v oblasti gramatiky. Test je určený na vyplnenie rodičom a logopéd hodnotí ich výsledky – pričom hodnotí riziko oneskoreného vývinu reči a narušený vývin reči. Prvá časť sleduje gestá a slová (porozumenie, aktívna slovná zásoba, pasívna slovná zásoba, gestá,

hra) a v druhej časti je už hodnotenie vývinovo vyššej úrovne - slov a viet (aktívna slovná zásoba, pasívna slovná zásoba, gramatika). Hodnotí, či vývinová úroveň reči dieťaťa je v norme, v ohrození (oneskorený vývin reči) alebo v identifikovanom riziku (narušený vývin reči).

Špeciálnopedagogická diagnostika

V procese špeciálnopedagogickej diagnostiky zisťujeme, aká je úroveň jednotlivých oblastí psychomotorického vývinu, ktoré funkcie sú oslabené a do akej miery, ktoré sú využiteľné v rámci kompenzácie, aké zručnosti má dieťa osvojené a ako ich vie použiť. Cieľom je identifikácia špeciálnych edukačných potrieb dieťaťa/žiaka, s následným určením vhodného spôsobu rozvoja a podpory.

V špeciálnopedagogickej diagnostike využívame voľné pozorovanie, ale aj cielené štruktúrované pozorovanie a dostupné diagnostické škály. Pri diagnostike silných a slabých stránok detí a žiakov s PVP, môžeme aplikovať všeobecne používané diagnostické nástroje, ako aj nástroje špecifické pre cieľovú skupinu detí/žiakov s PVP.

V ranom a predškolskom veku:

Edukačne – hodnotící profil dítěte s PAS ve věku 0 až 7 let sa v praxi osvedčuje nielen pre potreby diagnostiky detí s poruchami autistického spektra, ale aj pre deti s oneskoreným alebo narušeným vývinom reči, či inými neurovývinovými poruchami. Taktiež zisťuje úroveň sociálnych zručností, komunikačných zručností – expresívna i receptívna reč, imitáciu, jemnú motoriku, zmyslové vnímanie, abstraktno-vizuálne myslenie.

Psychoedukačný profil revidovaný PEP–R ponúka vývinový prístup k hodnoteniu detí s autizmom a podobnými vývinovými postihnutiami (od 0 do 7 rokov) v 7 vývinových oblastiach: napodobňovanie (imitácia), vnímanie (percepcia), jemná a hrubá motorika, integrácia oko – ruka, poznávacie schopnosti a verbálne schopnosti (porozumenie reči) a správanie.

Podľa individuálneho posúdenia možno využiť aj niektoré ďalšie diagnostické škály (alebo jednotlivé úlohy z nich) využívané v predškolskom veku, napr.:

J. Bednářová: **Diagnostika dítěte předškolního věku (co by mělo umět dítě ve věku od 3 do 6 let)** je zameraná na sledovanie a rozvoj nasledujúcich oblastí: motoriky, grafomotoriky, zrakového vnímania a pamäte, sluchového vnímania a pamäte, vnímania priestoru, času, základných matematických predstáv, reči, sociálnych zručností, sebaobsluhy (samostatnosti) a hry. Niektoré úlohy je potrebné modifikovať, alebo prispôbiť inštrukcie podľa úrovne porozumenia dieťaťa.

Vývinový dotazník podľa Allen – Marotz – dostupný v knižnej publikácii : Přehled vývoje dítěte od prenatalního období do 8 let.

Strassmeierova škála – sleduje dosiahnutú úroveň zručností v sociabilite, sebaobsluhy, reči, jemnej a hrubej motorike, myslení. Pre deti s autizmom z nej možno vybrať najmä úlohy na posúdenie úrovne sebaobslužných činností, jemnej a hrubej motoriky. Úlohy je potrebné niekedy individuálne prispôbovať, obzvlášť tie, ktoré vyžadujú lepšie porozumenie reči a sociálnym situáciám.

V procese diagnostiky u detí s možnými poruchami autistického spektra je dôležité priebežne stále zameriavať pozornosť na komunikačné zručnosti, sociálne interakcie, hru a záujmy dieťaťa.

Sociálne zručnosti - záujem dieťaťa o sociálnu interakciu, alebo naopak preferencia solitárnych aktivít, kvalita a častota očného kontaktu, reakcia na oslovenie, sociálny úsmev, zdieľanie pozornosti a zážitkov, kedy a ako dieťa kontaktuje rodiča (či s cieľom zdieľania pozornosti a zážitku, alebo len na uspokojenie potrieb), prítomnosť repetitívnych schém v správaní, odmietanie zmeny (prostredia, hračky, situácie a pod.) , emočné prejavy a ich intenzita.

Komunikačné zručnosti – najmä prítomnosť funkčnej komunikácie (verbálnej alebo neverbálnej), ako dieťa vyjadruje svoje potreby (vedenie ruky dospelého k požadovanému objektu, ukazovanie, gestá, využitie zástupného predmetu – napr. donesie pohár, keď je smädné). U nehovoriacich detí sledujeme, akým spôsobom experimentujú s hlasom a zvukmi (výskyt atypických zvukov, resp. obmedzený a stereotypný repertoár zvukov, prítomnosť jednoduchých slabík v prejave). U hovoriacich detí priliehavosť komunikácie aktuálnej situácii, prítomnosť echolálií, repetitívne vzorce v rečovom prejave.

Hra a manipulácia s predmetmi – či je funkčná manipulácia s predmetmi a hračkami v súlade s ich určením, alebo naopak zameranosť na detaily a stereotypné zaobchádzanie s predmetmi (roztáčanie, otváranie, zatváranie, hádzanie), prítomnosť zmyslových (zrakových, sluchových, hmatových) sebastimulácií, prítomnosť motorických stereotypov, spôsob hry (či sa objavuje pridávanie nových prvkov, zapájanie predstáv, pozývanie inej osoby k hre, prvky námetovej hry). Senzorické zvláštnosti (nechuť a odmietanie niektorých podnetov, alebo naopak aktívne vyhľadávanie – zvuky, vône, materiál...)
<https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html> .

V školskom veku:

Edukačné – hodnotící profil žiaka s poruchou autistického spektra (8-15 let) od autoriek Věra Čadilová, Zuzana Žampachová a kol. Je určený predovšetkým pre žiakov s vysoko funkčným autizmom, Aspergerovým syndrómom, alebo inou pervazívnou vývinovou poruchou s predpokladanými kognitívnymi schopnosťami v pásme od ľahkého mentálneho zaostávania, normointelektu až po nadpriemer. Sleduje aktuálnu úroveň žiaka v nasledovných oblastiach: sociálne zručnosti, emócie, jazyk a jazyková komunikácia, sociálne – praktické zručnosti, pohybovo – koordinačné zručnosti, pamäť, grafomotorika, rysovanie, počtové myslenie, abstraktno – vizuálne myslenie a vedomosti.

Podľa potreby a schopností žiaka s PAS možno dopĺňať diagnostiku aj testovou batériou určenou na zisťovanie úrovne čítania, písania, kalkúlie, ktorá je používaná aj pri diagnostike porúch učenia.

V prípade žiakov s autizmom, ktorých predpokladané kognitívne schopnosti sú v pásme stredného, alebo ťažkého mentálneho zaostávania, alebo u detí s nízkofunkčným autizmom, je vhodné diagnostiku realizovať ako autentickú funkčnú diagnostiku (podobne ako u detí s viacnásobným postihnutím), s prípadným využitím škál pre raný a predškolský vek.

Významnou diagnostickou kategóriou ostáva oblasť zmyslového vnímania, ktorej správna diagnostika je toho času pre tím MDT poradenského zariadenia obvykle výzvou. Na

Slovensku nie sú štandardizované nástroje zamerané na komplexné zhodnotenie senzorických (a senzo-motorických) špecifik dieťaťa, ktorých výsledkom by bol komplexný senzorický profil, použiteľný ako východisko do intervenčnej praxe. Odlišnosti v zmyslovom vnímaní sú však práve u detí s PVP prítomné vo vysokej miere a v rôznej variabilite prejavov. Je kľúčové, aby MDT poradenského zariadenia zameriaval svoju pozornosť aj na túto oblasť profilu dieťaťa a snažil sa o jej diagnostiku všetkými dostupnými prostriedkami - napr. aj adaptáciou nástrojov dostupných v zahraničí.

4. Špecifiká procesu tranzície

Cieľom procesu tranzície je umožniť zaradenie dieťaťa s PVP do vzdelávacieho procesu. Za týmto účelom vykonáva MDT poradenského zariadenia v spolupráci s ŠPT a rodičmi dieťaťa viacero cielených krokov.

Vzdelávaniu dieťaťa s PVP predchádza vždy posúdenie jeho špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb MDT poradenského zariadenia, na základe ktorých je odporúčanie vzdelávania podľa konkrétneho vzdelávacieho programu a odporúčanie, v akom type školy má byť vzdelávací program realizovaný.

Ak má odborný tím poradenského zariadenia odporučiť vzdelávanie podľa Vzdelávacieho programu pre deti a žiakov s autizmom a inými pervazívnymi poruchami, musí mať dieťa už stanovenú diagnózu z okruhu PVP v rezorte zdravotníctva.

Pri vzdelávaní žiakov s PVP je možné zvoliť jeden z dvoch vzdelávacích programov pre žiakov s PVP, a to program pre žiakov s mentálnym postihnutím alebo program pre žiakov bez mentálneho postihnutia. Pri vzdelávaní podľa IVP v rámci príslušného školského vzdelávacieho programu je možné oba programy účinne prispôbiť špeciálnym výchovno-vzdelávacím potrebám žiaka do takej miery, aby bol pri vzdelávaní úspešný a naplnil svoj potenciál.

Pri odporúčaní príslušného typu zariadenia (hlavný alebo špeciálny vzdelávací prúd), v ktorom má byť vzdelávací program realizovaný, zohľadňuje MDT poradenského zariadenia okrem špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb dieťaťa aj právo výberu, ktoré majú rodičia dieťaťa. Dôležitou súčasťou tranzície je preto aj poskytovanie poradenstva pre rodičov a práca s rodinou dieťaťa, a to ideálne dlhší čas pred zaradením dieťaťa do vzdelávacieho procesu.

Výsledkom procesu tranzície by malo byť zabezpečenie takých podmienok na vzdelávanie dieťaťa s PVP, ktoré budú rešpektovať jeho individuálne potreby.

Celkový proces tranzície je vhodný napláňovať a rozkrokovat' a dieťa, rodiča, ako aj prostredie pripravovať na vzdelávací proces postupne.

Proces prípravy na zaradenie do základnej školy pozostáva z viacerých krokov:

1. Práca s dieťaťom s PVP v ranom detstve:

V ranom detstve je práca MDT poradenského zariadenia orientovaná v prvom rade na zabezpečenie maximálnej funkčnosti dieťaťa v jeho domácom prostredí, ktorá je

nevyhnutným predpokladom procesu tranzície do materskej školy.

Za týmto účelom kombinuje MDT poradenského zariadenia ambulantly intervencie s odporúčaniami pre rodičov dieťaťa aplikovateľnými v domácom prostredí.

Kvalitná spolupráca s poskytovateľmi služby včasnej intervencie v rezorte práce sociálnych vecí a rodiny môže uľahčiť naplnenie cieľov rodiča vo vzťahu k adaptívnemu správaniu v domácom prostredí.

2. Práca s dieťaťom s PVP v predškolskom veku:

Ak dieťa s PVP v predškolskom veku už navštevuje predškolské zariadenie, je práca MDT poradenského zariadenia orientovaná na:

- podporu jeho začlenenia v rámci rovesníckej skupiny predškolského zariadenia a jeho úspešnú adaptáciu vo vzťahu k nárokom, ktoré zo zaradenia v predškolskom zariadení vyplývajú.

Je dôležité, aby poradenské zariadenia - ako súčasť siete škôl a školských zariadení - jasne komunikovali rodičom svoju rolu pri poskytovaní priamych aj nepriamych intervencií v predškolskom veku dieťaťa, ktorou je príprava dieťaťa na plnenie povinnej školskej dochádzky. Materská škola zohráva pri príprave dieťaťa na vzdelávanie v základnej škole kľúčovú rolu.

Vzhľadom na špecifiká plynúce z PVP by sa v ideálnom prípade na vzdelávaní dieťaťa mal spolupodieľať pedagogický asistent (príp. špeciálny pedagóg). O pedagogického asistenta žiada konkrétna MŠ, ktorá vzdelávanie dieťaťa zastrešuje. Postupná adaptácia na nové prostredie je pri vzdelávaní detí a žiakov s autizmom kľúčová. V prípade dieťaťa s rozsiahlou PVP, je často jedinou možnou alternatívou forma individuálneho vzdelávania podľa § 28b ods. 2 písm. a) Školského zákona, teda „zo zdravotných dôvodov“, ktorú zabezpečuje kmeňová MŠ v rozsahu najmenej dve hodiny týždenne.

Ak dieťa nemá uzatvorený diferenciálny diagnostický proces v rezorte zdravotníctva, ale má špeciálne edukačné potreby vyplývajúce z rizika PVP, môže byť zaradené do bežnej materskej školy ako dieťa so špeciálnymi edukačnými potrebami. V takom prípade je veľmi dôležité, aby MDT poradenského zariadenia čo najkvalitnejšie popísal skutočnú úroveň funkčnosti dieťaťa vo vzťahu k nárokom na adaptívne správanie, ktoré sú v bežnej materskej škole pomerne vysoké.

Ak zostáva dieťa s PVP do uzatvorenia diferenciálno-diagnostického procesu v domácom prostredí a nenavštevuje MŠ, prichádza o včasnú príležitosť k sociálnemu učeniu a prosociálnemu správaniu. Inokedy sa stáva, že dieťa je v MŠ vzdelávané napr. ako dieťa s NKS (vzhľadom na podobnosť symptómov ako pri PVP alebo v prípade diferenciálnej diagnostiky na určenie primárnej diagnózy) a nie sú mu vytvorené vhodné podmienky, ani využívané špecifické formy a metódy, ktoré sú nevyhnutné na jeho efektívne vzdelávanie:

- poskytovanie podpory dieťaťa a rodine ambulantne - vo vzťahu ku komplexnej podpore vývinu dieťaťa v jednotlivých vývinových oblastiach
- vedenie rodičov dieťaťa smerom k podpore komplexného vývinu dieťaťa a vo vzťahu k zaradeniu do predškolského zariadenia - práca rodiča s dieťaťom v domácom

prostredí:

- v spolupráci s rodičmi poznávať a vnímať formou rozhovorov a pomocou obrázkov pojem škola,
- vysvetliť a vytvoriť u dieťaťa čo najreálnejší obraz o škole,
- neponúkať dieťaťu nereálne predstavy typu „škola je super“, „škola je zábava“, „uvidíš, koľko sa budeš musieť učiť“, „škola ťa naučí“ a podobne, nakoľko dieťa s autizmom má narušenú predstavivosť a ak nemalo ešte takú skúsenosť, je to pre neho veľmi ťažké pochopiť,
- ak to situácia umožní, je vhodné školu navštíviť ešte pred zápisom (kvôli citlivosti na zmeny detí s PVP).

Je vhodné, ak je už pred zaradením do základnej školy nadviazaná aj spolupráca so školou. Ak to podmienky umožňujú, je dobré:

- **Dať dieťaťu** s PAS priestor na návštevu, zoznámenie a bližšie poznanie priestorov školy, ktorú bude navštevovať.
- Podrobne vysvetliť, prípadne vizualizovať jednotlivé činnosti, ktoré bude dieťa počas dňa absolvovať.
- Prejsť a pomenovať všetky priestory, ktoré bude dieťa navštevovať a činnosti, ktoré v nich bude vykonávať.
- Postupne sa zoznámiť s triednym učiteľom/triednou učiteľkou, prípadne asistentom/kou.
- Ak to podmienky dovoľujú, pripraviť alebo upraviť priestor aj na relaxáciu.
- Oboznámiť skupinu rovesníkov – spolužiakov s možnými prejavmi správania sa, ktoré môžu byť odlišné tak formou, ako aj intenzitou (deti v triede sú často pri neprimeraných prejavoch v správaní žiakov s PAS vyľakané. Vhodné je usmerniť ich, ako na tieto prejavy reagovať, prečo sa dejú a pod.).
- Umožniť všetkým žiakom asistentom a celému personálu školy spoznať, akceptovať a prijať inakosť dieťaťa s PVP.

Výsledkom práce MDT v poradenskom zariadení by malo byť zostavenie plánu začlenenia dieťaťa do základnej školy:

1. Výber školy (veľkosť školy a početnosť žiakov v škole treba voliť podľa závažnosti diagnózy).
2. Návšteva školy pred septembrom (aspoň 1 - 2x).
3. Príprava na prvý školský deň (zvážiť účasť na hromadnom ceremoniáli v prvý školský deň).
4. Príprava asistenta učiteľa v spolupráci s poradenským zariadením (účasť na intervenciách).
5. Pripravenosť priestorov pre vzdelávanie dieťaťa s PVP - štrukturalizácia prostredia, materiálne technické vybavenie prostredia.
6. Vizualizácia priestorov ZŠ.
7. Participácia MDT poradenského zariadenia a rodiča na tvorbe individuálneho vzdelávacieho plánu podľa vývinovej úrovne dieťaťa.
8. Poskytnúť dieťaťu s PAS dlhší čas na adaptáciu na školské prostredie, prípadne, ak to je potrebné, zakomponovať do vzdelávacieho procesu dieťaťa s PVP aj relaxačný deň, či čas na sociálny oddych a pod.

Proces adaptácie a začlenenia je založený na veľmi úzkej spolupráci rodičov, školy a odborníkov. Zosúladenie jednotlivých krokov je náročnou úlohou a malo by ísť o koordinovaný proces, založený na súlade a spolupráci MDT zloženého z rodiča, OZ poradenského zariadenia a ŠPT.

Informácie, potrebné k poznaniu špecifik tranzície žiaka v kategórii ŠVVP pri prechode na SŠ, možno nájsť v ďalších dostupných odborných materiáloch z oblasti kariérovej výchovy a kariérového poradenstva.

5. Nepriame intervencie

Za nepriame intervencie považujeme tie postupy, ktoré pomáhajú riešiť prípad bez toho, že sa pracuje priamo s dieťaťom/žiakom, t. j. pôsobia sprostredkovane, vykonávajú sa v jeho prospech. Sekundárne môžu pozitívne pôsobiť aj na systém, v ktorom sa dieťa nachádza - na rodinu (zákonných zástupcov a ďalších členov rodiny), na jasle, materskú školu, školu (triedny kolektív, učiteľa) a na sociálne prostredie, ktorého je dieťa súčasťou.

Nepriama intervencia poskytovaná zákonnému zástupcovi

Cieľom je rodiča (rodinu dieťaťa) naučiť, ako používať metódy, techniky a postupy v odbornej intervencii. V snahe porozumieť a naučiť sa, čo môžem pre svoje dieťa urobiť vzhľadom na jeho PVP, sa nepriama intervencia zameriava na edukáciu rodičov, aby dokázali pozorovať a monitorovať verbálne a neverbálne správanie dieťaťa, objektívne ho posudzovať a hodnotiť. Práve tento záujem, ich aktivita a podpora má pre deti najväčší zmysel.

Po určení diagnostického záveru je nevyhnutné spolupracovať s rodinou, poskytnúť jej primerané množstvo informácií o stanovenej diagnóze, možnostiach profesionálnej pomoci a súčasnej profesionálnej podpore. Vo fáze, keď rodičia vedia málo alebo majú len jednostranné informácie, je intenzívna podpora odborníka veľmi dôležitá, na formovanie ich ďalšieho vzťahu k dieťaťu, prístupu k nemu, očakávaní od neho aj od seba samých. Je to čas na zodpovedanie otázok o možných príčinách diagnózy, čas na vysvetlenia, prečo sa dieťa tak správa, ale aj na racionálne vysvetlenia jeho potrieb v závislosti od diagnózy a možností, ktoré sú dostupné na zlepšenie jeho stavu. Individuálna práca so zákonným zástupcom (napr. konzultácie a vedenie rodiča bez účasti dieťaťa, príp. rodičovské skupiny, prednášky) je jedným zo základných predpokladov na úspech ďalšej efektívnej intervencie so samotným dieťaťom. Psychológ, špeciálny pedagóg, neurológ, psychiater a ďalší odborníci poskytujú svojimi odbornými radami zákonnému zástupcovi a ostatným kompetentným užitočné a relevantné informácie o diagnóze PVP.

Nepriama intervencia poskytovaná poradenským zariadením

Odborní zamestnanci v poradenskom zariadení poskytujú potrebné informácie prostredníctvom prednášok, konzultácií, publikačných činností a zasielaním správ do predškolských a školských zariadení s metodickými odporúčaniami.

Nepriama intervencia prostredníctvom predškolského, školského zariadenia, záujmových krúžkov, sociálneho prostredia

Odborní zamestnanci poradenských zariadení navštevujú jasle, materské školy, školy, kde realizujú prednášky, konzultácie s opatrovateľmi, konkrétnymi učiteľmi, školským odborným tímom (napr. školským špeciálnym pedagógom, školským psychológom, výchovným poradcom), s cieľom oboznámiť ich s možnými odlišnosťami, ktoré môžu ovplyvniť pobyt v predškolskom, školskom zariadení v dôsledku PVP dieťaťa, oboznámiť pedagogických zamestnancov s možnosťou využívania kompenzačných pomôcok na podporu výchovno-vzdelávacieho procesu dieťaťa s PVP.

OZ poskytujú odbornú a metodickú podporu pri vypracovávaní individuálnych vzdelávacích programov pre deti s PVP. IVP je pri týchto deťoch vo vzdelávaní kľúčový. Mal by byť šitý na mieru dieťaťu, vyjadrovať mieru zredukovania učiva (ak je to potrebné), vyjadrovať modifikáciu učebných metód, spôsob hodnotenia, klasifikácie a špecifikovať učebné a kompenzačné pomôcky, ako aj vybraný systém AAK, ktorým dieťa komunikuje s okolím.

Pre dieťa/žiaka s autizmom je dôležitým prvkom proces vzdelávania, ktorý by mal byť nastavený tak, aby bol ústretový smerom k dieťaťu/žiakovi a jeho individuálnym potrebám. V prípade potreby sú možné spoločné konzultácie so zákonným zástupcom, pedagogickými pracovníkmi, poradenskými pracovníkmi, za účelom spoločného riešenia vzniknutých problémov dieťaťa s PVP v školskom alebo predškolskom zariadení. Dieťa/žiaka s PVP nepriamo ovplyvňuje aj pedagogický asistent, ktorý mu pomáha prekonávať problémy vzniknuté počas vyučovacieho procesu, ale aj mimo neho. Škola môže zabezpečiť úpravu podmienok, obsahu, foriem, metód a prístupov vo výchove a vzdelávaní, ktoré vyplývajú z potrieb PVP.

Nepriame intervencie pomáhajúce pri zaistovaní zmien u detí/ žiakov môže poskytovať aj triedny učiteľ, či vrstovnícka skupina (napr. účasťou pri nastavovaní starostlivosti o žiaka v kategórii ŠVVP, prácou s triedou, ktorá pomáha riešiť problém žiaka, či špecifickou primárnou prevenciou pri riešení vzťahových problémov v triede).

Rovnako aj vytváranie a udržiavanie blízkych kamarátskych vzťahov, rôzne záujmové krúžky, letné tábory a všetky aktivity spojené so sociálnym prostredím môžu pozitívne vplývať na psychický stav dieťaťa s PVP.

Nepriama intervencia prostredníctvom podpory multidisciplinárnej spolupráce

OZ môžu podporiť riešenie problému aj podporou spolupráce školy a rodiny, napr. svojou prácou v tíme: zákonný zástupca – ŠPT – poradenské zariadenie a prípadne ďalšie inštitúcie.

6. Priame intervencie

Podporné opatrenia sa odvíjajú od veku dieťaťa, kvality a kvantity jeho symptómov, potrieb rodiny a možností/príležitostí prostredia, v ktorom rodina žije.

Ak je riziko PVP zachytené už v prvých rokoch života dieťaťa, úlohou poradenského zariadenia je v prvom rade orientovať intervencie smerom k čo najvyššej funkčnosti dieťaťa v jeho domácom prostredí. Miera adaptívneho správania - funkčnosť dieťaťa je jedným zo základných faktorov pre ďalšie smerovanie starostlivosti o dieťa v rezorte školstva, keďže bežné materské školy vyžadujú inú úroveň adaptívneho správania dieťaťa než materské

školy pre deti s autizmom a inými PVP.

Ďalšie podporné opatrenia zo strany poradenského zariadenia sa odvíjajú od toho, akým spôsobom je dieťa s PVP vzdelávané, akú mieru podpory dostáva zo strany odborných zamestnancov v iných rezortoch a aká je aktuálna potreba rodiny, v ktorej dieťa vyrastá.

Do odbornej starostlivosti je dôležité zapojiť rodičov, ktorí sa však zároveň vysporiadávajú s diagnózou dieťaťa. Preto okrem podpory vývinu dieťaťa je potrebná podpora a poradenstvo pre všetkých členov rodiny. Zohľadňujeme spoločenské prostredie, v ktorom dieťa vyrastá, schopnosti, možnosti a ochotu rodičov zapojiť sa do terapií, a to v zmysle časovom i finančnom, keďže terapie dostupné na Slovensku sú často finančne a časovo náročné.

Ak je dieťa/žiak s PVP vzdelávané v prostredí bežnej MŠ/ZŠ, súčasťou práce MDT a poradenského zariadenia by malo byť v spolupráci so ŠPT MŠ a ZŠ orientovať sa na komplexnú podporu triedy/školy, v ktorej je dieťa s PVP vzdelávané. Cieľom je preventívne pôsobiť, v zmysle zabránenia sociálneho vylúčenia dieťaťa, šikany a ďalších sociálne patologických javov tak u dieťaťa s PVP, ako aj ďalších detí/žiakov v triede.

6.1. Priame intervencie v ranom veku

Poradenstvo

Vzhľadom na vek dieťaťa sa poradenstvo orientuje na zákonných zástupcov, príj. blízku rodinu dieťaťa s podozrením na PVP. Zahŕňa poskytnutie dostatočného množstva informácií o diagnóze, dostupných terapeutických prístupoch, kontaktov na odborníkov, inštitúcie, škôlky, materské centrá a pod., na inštitúcie, ktorých je veľké množstvo, a nie všetky ponúkajú overené postupy. Pokiaľ ide o informácie o podporných diétach či farmakoterapii, tie majú výlučne informatívny charakter a ich realizácia patrí výlučne do rúk lekára a odborníka na výživu.

Poradenstvo tiež zahŕňa psychologickú podporu pre rodinu pri zvládaní náročných situácií bežného života, napr. na ihrisku, v obchode, na verejnosti atď., keďže úroveň verejného povedomia o diagnóze PVP a jej vonkajších prejavoch správania je stále nedostatočná a konfrontácia rodičov s verejnosťou je často stresujúca. Pomáha podpora pri vytváraní a vedení podporných rodičovských skupín, ktorých cieľom je zvyšovanie rodičovských kompetencií, pomoc pri vytváraní sociálnej siete pre rodinu, aby sa predišlo sociálnemu vylúčeniu, ale aj podpora rodičov pri vybavovaní úradných záležitostí vo vzťahu k dieťaťu so zdravotným problémom.

Za týmto účelom je vhodné organizovať špecializované vzdelávania pre rodičov, workshopy, informačné semináre a pod., keďže odborní zamestnanci poradní disponujú vedomosťami a praktickými skúsenosťami.

Rodina dieťaťa s podozrením na PVP alebo s potvrdenou diagnózou PVP je vystavená mnohým problémom. Ako prvý sa objavuje strach a obavy z ďalšieho vývinu dieťaťa, nedôvera voči odborníkom, ktorí vyslovili podozrenie na PVP, popieranie samotnej diagnózy či hľadanie vinníka. Následne sa do popredia často dostáva ekonomická otázka, keďže jeden z rodičov sa spravidla oveľa intenzívnejšie musí venovať dieťaťu a jeho pracovné a finančné

možnosti sú tým pádom obmedzené. Samostatnou kapitolou sú súrodenci v rodine, ktorí sa často dostávajú na vedľajšiu koľaj. Celkové fungovanie rodiny je narušené, stúpa nervozita, názory na liečbu či terapiu sa môžu líšiť.

Všetky tieto okolnosti sa dejú v krátkom čase a pomoc rodine zo strany odborníkov musí byť širokospektrálna. Okrem starostlivosti o dieťa je potrebné rodine poskytnúť emocionálnu a sociálnu podporu. Strata životnej rovnováhy vedie k potrebe zapojenia kompenzačných a ochranných mechanizmov, s čím vedia odborníci takisto pomôcť.

Pri výchove a vzdelávaní detí/žiakov s PVP je dôležitá aj podpora a pomoc pedagogickému personálu, napr. po nástupe dieťaťa do ZŠ, pri individuálnej integrácii alebo inklúzii, spolupráca s triednym učiteľom pri vytvorení IVP dieťaťa, úprave vzdelávacích metód, modifikovaní učebných materiálov pre dieťa, výbere vhodných didaktických a kompenzačných pomôcok, úprave pracovného miesta v triede a pod.

Podpornou je aj pomoc pre pedagógov v MŠ pri budovaní rovesníckych kolektívov, ktoré zahŕňajú neuroatypické aj neurotypické deti - práca s inakosťou, s akceptáciou, vzájomnou spoluprácou. Dôležité je aj poradenstvo a podpora pre školský podporný tím, ktorý sa podieľa na vytváraní pozitívnej klímy v triede, kde je začlenené dieťa s PVP (napr. vhodnými formami edukujú ostatné deti v prístupe k dieťaťu s PVP, vysvetľujú citlivou formou jeho odlišnosti).

Terapia

Terapiou rozumieme postupy zamerané na podporu komplexného vývinu dieťaťa s PVP. V ranom veku je kľúčovou oblasťou podpory vývinu sociálna oblasť - podpora sociálnych zručností, keďže sú predpokladom na dosahovanie všetkých vývinových cieľov. Ďalšie oblasti stimulácie vývinu vychádzajú zo slabých stránok dieťaťa, ktoré boli identifikované v rámci diagnostického procesu MDT poradenského zariadenia.

6.1.1. Terapia detí vo veku 0 - 7 rokov

Pre deti s PVP je možné využívať ďalšie terapeutické prístupy, ktoré sú veľmi individuálne a majú podporný charakter, ako napr.:

1. muzikoterapia,
2. arteterapia,
3. animoterapia - hipoterapia, canisterapia, felinoterapia,
4. relaxačné techniky,
5. terapia senzorickej integrácie,
6. program inštrumentálneho obohacovania podľa Feuersteina,
7. HANDLE.

Ako veľmi vhodné prostredie na rozvíjanie vzťahu s dieťaťom, ako aj na motivovanie k spolupráci, sa ukazuje **snoezelen terapia**, resp. vhodne zvolené stimulujúce prostredie. Najčastejšie sa používa tzv. biela miestnosť, prípadne čierna, ale u menších detí je veľmi využiteľná najmä soft play miestnosť. Snoezelen je špeciálna multisenzorická miestnosť poskytujúca pozitívne naladené prostredie, ktoré má relaxačnú, poznávaciu a interakčnú funkciu. Snoezelen pomáha redukovať stres a stereotypné správanie, znižuje agresívne

správanie a formy sebapoškodzovania aj ťažko postihnutých detí/žiakov.

U detí, ktoré majú pridružené aj iné fyzické deficity, odporúčame vychádzať z **bazálnej stimulácie** a následne využívať ďalšie terapeutické postupy, podľa reakcií dieťaťa.

Pri nastavovaní terapeutického programu vychádzame zo silných stránok dieťaťa a využívame ich na redukciu či elimináciu nevhodných prejavov. Mnohé terapie si vyžadujú dlhý čas, jednotný prístup, dokumentáciu a pravidelné sledovanie a prehodnocovanie výsledkov. Je vhodné, ak tieto terapie koordinuje jeden odborník z multidisciplinárneho tímu.

Návrhy odporúčaných odborných prístupov v terapii pre deti s PVP:

Open Therapy of Autism (O.T.A.) – využíva metódu VTI (R. Straussová) (<https://www.terapie-autismu.cz/o-t-a/>), ktorá má základ predovšetkým v podpore „attachmentového“ správania. Od veku 30 mesiacov využíva často TEACCH program a väčšinu z 28 evidence-based techník ABA.

Metóda vychádza z analýzy a mikroanalýzy správania a je budovaná na princípoch kontaktu a úspešnej komunikácie, ako to definuje evidence-based metóda, videotréning pozitívnych interakcií VTI (v zahraničí VIG). Uprednostňuje nadviazanie vzťahu terapeut - dieťa, rodič - dieťa, ktorý používa ako rámec na behaviorálnu prácu s využitím vizualizácie a spätnej väzby.

Súčasťou metódy je podpora a vedenie rodiny dieťaťa a možnosť generalizácie nových zručností do domáceho prostredia.

Za veľmi dôležité považuje O.T.A. individuálny rozvoj potrebných zručností, zaradenie do skupinovej práce a nácvik kooperácie.

V O.T.A. sú v Česku školení klinickí logopédi, pedagógovia, poradcovia včasnej intervencie, pediatri prostredníctvom akreditovaného e-learningového kurzu, príležitostne aj pedopsychiatri.

TEACCH program

<https://pdf.truni.sk/e-ucebnice/specialna-pedagogika/data/84149559-302a-4745-ad8d-bcdd91db9bc8.html?ownapi=1>

K jedným z uznávaných programov výchovy a vzdelávania detí s autizmom patrí štruktúrované učenie, ktoré poznáme aj pod názvom TEACCH (z angl. Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children).

V roku 2004 ministerstvo školstva implementovalo do štátneho vzdelávacieho programu pre žiakov s autizmom metódy programu TEACCH, ktoré boli preberané na základe osvedčených skúseností zo zahraničia a experimentálne overované v podmienkach škôl a školských zariadení v SR pod gestorstvom Štátneho pedagogického ústavu.

Filozofiu TEACCH modelu charakterizujú nasledujúce princípy:

1. **Zlepšenie adaptácie** - zlepšením základných znalostí a schopností, ktoré sa týkajú bežného života, alebo prostredníctvom vhodne modifikovaného prostredia, keď problémy vyplývajúce z vývinovej poruchy bránia osvojovaniu nových poznatkov a schopností.
2. **Spolupráca s rodičmi** - zahŕňa 4 typy spolupráce: rodič v roli poslucháča a profesionál ako školiteľ, rodič ako školiteľ, odborník ako poslucháč, vzájomná emocionálna podpora, spoločenská obhajoba.
3. **Stanovenie individuálneho programu** – na tento účel je možné využiť PEP (Psychoeducational Profile - psychoedukačný profil). Charakterizuje dieťa i vo všetkých ostatných kritériách, nielen v tých, ktoré sú dôležité pre diagnostiku. Je určený pre predškolské deti. Je rozšírený aj do oblasti edukácie adolescentov a dospelých AAPEP – Adolescent and Adult Psychoeducational Profile.
4. **Štruktúrované učenie** - fyzická organizácia, časový rozvrh, individuálny prístup a rutina sú hlavné aspekty štruktúry, ktorá sa osvedčila v triedach pre žiakov s autizmom bez rozdielu veku a stupňa vývinu. Deti na nižšej vývinovej úrovni majú zo štrukturalizácie väčší prospech, než deti na vyššej úrovni.

Štruktúrované učenie je základným prístupom programu v rozvíjaní schopností a zručností a v minimalizácii problémov správania.

Fyzická organizácia prostredia - použitie vizuálne jasných oblastí a hraníc pre jednotlivé činnosti umožní žiakom lepšie porozumieť svojmu okoliu a vzťahom v ňom, pomôže to minimalizovať rozptyľovanie pozornosti.

Každé dieťa by malo mať **vyhranený priestor**, v ktorom pracuje (učí sa), a priestor, kde trávi čas po práci – miesto na odpočinok, hru a miesto na osobné veci. Je výhodné, ak je v triede nejaké miesto, kde sú umiestnené plány, rozvrhy práce a podľa nich sa dieťa orientuje.

Časový plán - každému žiakovi vysvetlí, čo sa bude v priebehu dňa diať, čo má robiť a v akom poradí. Takáto možnosť znižuje u detí úzkosť z toho, čo ich čaká, uľahčí prechod od jednej aktivity k druhej. Používajú sa 2 **druhy plánov** - jeden **všeobecný**, pre celú triedu a druhý **individuálny**, pre každé dieťa zvlášť. Individuálne plány obsahujú 4 základné informácie – akou činnosťou sa žiak bude zaoberať, rozsah tejto činnosti, ako žiak pozná, že práca je dokončená a čo bude nasledovať po skončení práce.

Vizuálna štrukturalizácia – je pomoc pre žiakov, ktorí majú problémy s verbálnou komunikáciou. Vizualizácia sa môže využiť pri zadávaní úloh. Má výhodu v tom, že dieťa sa s úlohou môže oboznámiť, keď je na ňu pripravené (vizuálne znázornenie je prítomné celý čas), nie je obmedzené len na verbálny príkaz alebo vysvetlenie zo strany učiteľa. Vhodné je aj farebné označovanie miest a priestorov, ktoré sú určené na istý druh činnosti alebo miesta, kde má žiak svoje osobné veci.

Vizualizácia v priestore - pre dieťa s autizmom je jednoduchšie pracovať s materiálom, ktorý má roztriediť, spôsobom, že sa mu poskytne plocha, kde sa materiál nachádza a plocha, kam má byť materiál uložený, roztriedený. Vhodné je používať rôzne nádoby, škatule a pod., v ktorých sa autista ľahšie orientuje.

Rutina, pravidelnosť - pravidelnosť je systematický konzistentný spôsob, ako vykonávať špecifické úlohy. Musí byť pevná, aby mohla kompenzovať nedostatočné schopnosti detí s autizmom pri riešení bežných situácií, ale aj pružná, aby bola použiteľná v rôznych situáciách. Využívaným rutinným pravidlom je „najskôr práca, potom odmena“ – užitočné je v škole, v zamestnaní. Ďalším

pravidlom je systém práce „zľava doprava“ a „zhora dole“ – vhodné tiež v škole, pri prácach doma (umývanie a utieranie riadu, písanie, čítanie a pod).

5. **Rozširovanie schopností** - na začiatku je dôležité rozlíšiť medzi schopnosťami, ktoré sa u dieťaťa s autizmom objavujú v náznakoch a ktoré môžu byť okamžite rozvíjané a medzi problémami, s prekonávaním ktorých je lepšie počkať alebo nechať na ne pôsobiť štrukturalizáciu prostredia.

Schopnosti, ktoré existujú alebo sa práve objavujú, musia byť posilňované vhodne zvolenými motivačnými činiteľmi. Rozširovanie schopností pozitívne ovplyvňuje správanie dieťaťa.

Rozširovanie schopností následne najviac pomáha v oblasti sociálnych vzťahov, motoriky, sebaobsluhy a komunikácie.

6. **Kognitívna a behaviorálna terapia** - tento princíp sa zaoberá prínosom kognitívnej a behaviorálnej teórie pre špeciálnu pedagogiku. Terapia je určená predovšetkým na ovplyvňovanie a zvládanie problémového správania.

Vychádza z predpokladu, že každé rušivé, problémové správanie má svoje príčiny, ktoré je možné odhaliť a vysvetliť pozorovaním prejavov dieťaťa s autizmom a analýzou celej situácie. Pri pôsobení na špecifické deficity v správaní detí s autizmom sa aplikujú také princípy učenia, ktoré ovplyvnia intenzitu cieľového správania.

Behaviorálne deficity sa ovplyvňujú využitím princípov, ktoré zvyšujú intenzitu žiadúceho správania. Väčšina behaviorálnych techník sa sústreďuje skôr na následky nežiadúceho správania.

Behaviorálna modifikácia je založená na princípe podmieňovania. Sústreďuje sa predovšetkým na pozitívne metódy, pri ktorých sa dieťa s autizmom pomocou vypracovaného systému odmien učí komunikovať a vytvára si správne návyky.

7. **Všestranný (generalistický) výchovný model** - tento princíp vyžaduje od personálu, ktorý sa zaoberá výchovou detí s autizmom, všestrannú znalosť rozsahu problematiky. V praxi to znamená, že vyškolení profesionáli sú schopní zvládnuť celý rad problémov spojených s autizmom, čím sa rieši problém úzkej špecializácie.

Všestranný výchovný model redukuje nežiadúce konzekvencie špecializácie. Umožňuje personálu vidieť dieťa s autizmom z perspektívy rodičov a spolupracovať s nimi. Zvyšuje to zodpovednosť personálu, prácu robí zaujímavejšou a zlepšuje schopnosť personálu efektívnejšie využívať konzultácie s inými odborníkmi. Ide v podstate o multidisciplinárny prístup (spracované podľa Schoplera a Mesibova, 1997).

Vybrané a skrátené: eduworld.sk – portál o vzdelávaní a sebarozvoji

Son-rise program®

Son-rise program® je program domáceho vzdelávania detí a dospelých s autizmom. Je založený na tom, že láska a hlboký rešpekt k človeku sú tými najdôležitejšími faktormi ovplyvňujúcimi motiváciu dieťaťa k učeniu.

Praktizovaním tohto procesu sa vytvára najprv bezpečné a láskyplné prostredie, ktoré pomáha vytvoriť si s dieťaťom puto, a potom sa aplikujú známe a overené vzdelávacie stratégie vytvorené samotným programom.

Medzi základné princípy Son-rise programu patria: 1. Spojenie, 2. Využívanie motivácie

dieťaťa,

3. Energia, 4. Entuziazmus a nadšenie pre hru, 5. Učenie pomocou interaktívnej hry, 6. Optimistický prístup bez predsudkov, 7. Rodič ako hlavný terapeut programu, 8. Vytvorenie bezpečného a pokojného prostredia pre dieťa (Son-rise herňa).

HANDLE - Holistic Approach to Neuro – Development and Learning Efficiency.

Zakladateľkou tohto prístupu k neurovývoju a efektívite učenia je lekárka Judith Bluestone.

Holistický prístup je systémový, komplexný a zahŕňa v sebe bio, psychologické a sociálne faktory. Prostredníctvom jemného posilňovania prispieva k eliminovaniu stresu a zvyšuje efektívnosť učenia. Vidí správanie ako komunikáciu, bez snahy toto správanie maskovať alebo kontrolovať predtým, než je pochopený jeho význam.

Základom pochopenia individuálnych rozdielov v ľudskom správaní je nesúdiaci prístup. Terapeuticky využíva „vnútorný nácvik“, vďaka čomu môže pôsobiť aj na členov rodiny či skupiny.

Obľúbené cvičenia sú napr. tepanie na hlavu, na tvár, tleskanie v sede a pod.

ABA - aplikovaná behaviorálna analýza

ABA - aplikovaná behaviorálna analýza sa často využíva v terapeutickom procese u detí s PAS, prípadne sa využívajú jej vybrané prvky v zmysle integratívnej terapie. Stovky kontrolovaných štúdií potvrdili, že využitie poznatkov a metód aplikovanej behaviorálnej analýzy vedie u detí s autizmom k výraznému zlepšeniu v mnohých oblastiach. Vo vzdelávaní detí s autizmom sa využívajú empiricky overené metódy na učenie zručností v oblasti reči, komunikácie a hry, ako aj sociálnych, sebaobslužných a akademických zručností. Pri redukcii nežiadúceho správania vychádza z dôkladnej analýzy funkcie tohto správania, a zároveň učí dieťa alternatívnu zručnosť, ktorou si dieťa efektívnym a sociálne prijateľnejším spôsobom zabezpečí rovnakú potrebu.

Aplikovaná behaviorálna analýza (ABA) je použitie základných princípov na riešenie sociálne závažného problému. Pri vzdelávaní detí s autizmom za závažné problémy považujeme, že u dieťaťa sa nerozvíja reč, že si nevie vypýtať, čo chce a potrebuje, alebo vyjadriť, že niečo nechce, že si nevie umyť ruky alebo napiť sa z pohára, že nevie čítať a podobne. Vzdelávanie detí s autizmom je len jednou z mnohých oblastí aplikácie, inými sú behaviorálna medicína, vzdelávanie, behaviorálny manažment, bezpečnosť pri práci, šport.

Cieľom behaviorálno-analytických intervencií nie je liečiť autizmus. Ich cieľom je naučiť dieťa funkčné zručnosti, ktoré mu umožnia úspešne sa zaradiť do rodinného života, do vzdelávania, umožnia mu prístup do čo najviac prostredí. Cieľom je zlepšiť kvalitu života dieťaťa a jeho rodiny, čo najviac zvýšiť samostatnosť dieťaťa, aby v dospelosti mohlo viesť šťastný, plnohodnotný a samostatný život.

Prvky, ktoré majú všetky tieto intervencie spoločné:

- Intervencia je vedená a priamo supervidovaná certifikovaným behaviorálnym

analytikom (BCBA).

- Vzdelávací program vychádza z dôkladného mapovania zručností dieťaťa v každej oblasti.
- Intervencia je vysoko individualizovaná, podľa potrieb každého dieťaťa.
- Program je zameraný na také zručnosti, ktoré umožnia dieťaťu väčšiu funkčnosť, samostatnosť a prístup do menej reštriktívnych prostredí.
- Zručnosti sú rozložené na jednoduchšie kroky, ktoré sa dieťa ľahko a systematicky učí a ktoré sa potom spájajú do stále komplexnejších zručností.
- Všetky zručnosti, ktoré sa dieťa učí, sú priebežne merané a techniky učenia sú upravované na základe analýzy dát.
- Minimalizovanie chýb, poskytnutie dostatočnej podpory pri učení a prezentácia úloh šitých na mieru podľa zručností dieťaťa zabezpečia, že dieťa pri učení vždy zažíva úspech a vytvára si pozitívny vzťah k učeniu.
- Časť učenia prebieha v prirodzenom prostredí, formou hry a každodenných aktivít, využívajú sa materiály, témy a aktivity, ktoré dieťa prirodzene motivujú ku komunikácii a sociálnej interakcii.
- Intervencia zahŕňa tréning rodičov, čo im umožní podporovať dieťa v domácom prostredí.

Vybrané a skrátené: www.viaaba.sk.

EIBI Early Intensive Behavioral Intervention - raná, intenzívna, behaviorálna intervencia

- Kombinovanie mnohých empiricky overených techník do intenzívnych intervencií pre deti s autizmom.
- „Raná“ znamená začatie intervencie pred štvrtým rokom života. Platí, že čím skôr sa začne s dieťaťom pracovať, tým sú výsledky lepšie. Na niektorých klinikách v USA a Kanade sa v súčasnosti pracuje už s deťmi vo veku 6 mesiacov.
- „Intenzívna“ znamená 25 - 40 hodín intervencie týždenne. Väčšinou sa odporúča začať s vyššou intenzitou, často vo formáte 1 : 1. Dieťa sa učí zručnosti, ktoré mu umožňujú učiť sa z prirodzeného prostredia, formát hodín intervencie 1 : 1 sa postupne znižuje a dieťa prechádza do prostredia skupiny (škôlka, škola).
- Tieto intervencie sú väčšinou komprehenzívne – učia dieťa zručnosti vo všetkých dôležitých oblastiach (sociálna interakcia a komunikácia, hra, sebaobsluha, motorické zručnosti, akademické zručnosti atď.).

Program ESDM (Early Start Denver Model)

Program ESDM (Early Start Denver Model) je terapeutický program, ktorý kombinuje prvky viacerých prístupov využívaných pri práci s deťmi s poruchami autistického spektra (PAS), najmä však prvky ABA (aplikovanej behaviorálnej analýzy), PRT (Pivotal response treatment) a pôvodného Denverského modelu.

Program bol vypracovaný v USA (Sally Rogers, Geraldin Dawson). Patrí medzi tzv. naturalistické modely intervencie, ktoré stavajú najmä na práci s dieťaťom v jeho prirodzenom prostredí a na rovnomernom vývine dieťaťa vo všetkých oblastiach (najmä v komunikácii, kognitívnych schopnostiach, sociálnych zručnostiach, jemnej a hrubej motorike, detskej hre). K tomuto rozvoju využíva viaceré výučbové stratégie tak, aby sa deti stali aktívnymi a iniciatívnymi účastníkmi v interakciách s okolitým svetom, aby vedeli

fungovať v každom prostredí.

Vybrané a skrátené: <https://naspoklad.sk/therapy/esdm-early-start-denver-model>.

Ako funguje

Program je použiteľný už pre veľmi malé deti, deti v ranom veku (štúdie uvádzajú úspešné použitie už od 12. mesiacov veku dieťaťa). V tejto dobe je mozog dieťaťa najviac otvorený učeniu sa.

Metodika je postavená na vzájomnom zdieľaní emócií a osobnom vzťahu dieťaťa s terapeutom. Je spracovaná tak, aby terapeut s pomocou oficiálnych manuálov bol schopný dosiahnuť pozitívne výsledky. Je to však časovo náročná terapia – odporúča sa dlhodobo realizovať, 20 – 25 hodín terapie týždenne. Samozrejmosťou je zapojenie rodičov, ktorí sa naučia správnym spôsobom komunikácie, získajú schopnosť motivovať dieťa a zapojiť ho do spoločných aktivít, a tým podporovať rozvoj dieťaťa a jeho učenie.

6.2. Priame intervencie v školskom veku

Priamu intervenciu si zvolíme individuálne, podľa veku a potrieb dieťaťa, oblasti rozvoja (kognitívne schopnosti, reč, sociálna interakcia, hra, sebaobslužné a hygienické návyky, emocionalita, prejavy správania...) a v závislosti od prostredia, kde bude prebiehať daná intervencia (domáce prostredie, predškolské a školské prostredie, poradenské prostredie). Pri tvorbe intervencie je dôležitá multidisciplinárna spolupráca odborníkov zo zdravotníckeho, školského a sociálneho prostredia. Je dobré znova pripomenúť, že intervenčné pôsobenie je často prítomné už v diagnostickej fáze poradenskej práce.

Priama intervencia zvyčajne obsahuje tieto odborné činnosti:

- prevenciu,
- rané poradenstvo,
- reedukáciu,
- terapiu (psychoterapeutickými, liečebno-pedagogickými, logopedickými alebo socioterapeutickými metódami),
- fyzioterapiu.

Reedukácia

Radíme sem už vyššie spomínané intervencie, akými sú TEACCH program, ABA a pre deti v školskom veku aj Metódu vizuálneho čítania.

Metóda vizuálneho čítania

Ide o nácvik čítania pomocou moderných technológií (tablet so špeciálnou aplikáciou), ktorými u žiaka s PVP (využíva sa aj pri ostatných deťoch, pri ADHD a vývinovej dysfázii) podporujeme verbalizáciu a vokálnu imitáciu, rozvoj sluchovej diferenciacie a rozširovanie slovnej zásoby (zjednodušene povedané, je to spájanie obrázkov so zvukom a naopak). V ranom veku môžeme uplatňovať napr. metódu globálneho čítania, ktorou rozvíjame pôsobivú reč a myslenie dieťaťa ešte pred zvládnutím výslovnosti. Globálne čítanie stimuluje a rozvíja aj vizuálnu pozornosť a pamäť, ktorá patrí k prednostiam väčšiny detí a žiakov s PVP.

Metódy čítania sa dajú v predprimárnom období kombinovať.

Terapia

Okrem vyššie spomínaných terapií v ranom poradenstve (5.1.1.) uvádzame aj ďalšie vhodné terapeutické prístupy pre žiakov v školskom veku.

Metóda dobrého štartu

Metóda dobrého štartu sleduje rozvoj psychomotoriky vo všetkých aspektoch v súčinnosti so sférou emočnou, motivačnou a sociálnou.

Metóda je zameraná na vývoj jazykových funkcií a zmyslových vnímaní, ako sú vizuálne, akustické, hmatové, kinestetické a motorické. Ide o spoluprácu medzi týmito funkciami, ktoré sú dôležité pri vykonávaní aktivít ako čítanie a písanie. Metóda má výchovný, diagnostický, preventívny a terapeutický aspekt.

Má vplyv na úpravu sluchového a zrakového vnímania, pravo-ľavú orientáciu a rozvoj motorických funkcií, ako aj na rozvoj fonetického uvedomenia a rozvoj komunikačných zručností. Výrazne sa tým zlepšuje koncentrácia a predlžuje pracovné tempo.

Metóda štruktúrovaného učenia

Je založená na využití vizuálno-diskriminačných schopností detí/žiakov. Štruktúrované prostredie vytvára pre deti zrozumiteľné prostredie, v ktorom je dieťa úspešné (Schopler a kol., 1997). Namiesto neistoty a zmätku nastupuje logickosť, poriadok, pocit istoty a bezpečia, ktorý umožňuje akceptovať nové úlohy a učiť lepšie zvládať udalosti, ktoré sú nepredvídateľné. Kládne dôraz na využitie individuálnych schopností, nácvik samostatnosti, sebaobsluhy, využíva metódy alternatívnej komunikácie a vyzdvihuje nevyhnutnosť spolupráce s rodinou (Thorová, 2006).

Program inštrumentálneho obohacovania podľa Feuersteina

Predstavuje intervenčnú koncepciu zameranú na ciele rozvíjanie kognitívnych štruktúr a procesu myslenia (Pokorná, 2006). Je to intervenčná stratégia, zostavená s cieľom modifikácie kognitívnych štruktúr jednotlivcov s postihnutím, narušením či znevýhodnením.

Skutočným poslaním je naučiť dieťa vyťažiť z procesu učenia čo najviac. Motivovať ho, podnecovať, aktivizovať, vytrhnúť z aktivity a neustále upozorňovať na to, že každá osvojená zručnosť alebo vedomosť má pragmatické využitie. Ciele programu možno zhrnúť do týchto bodov (Málková, 2006; Kafková, 2006; Pokorná, 2009 in Harčaríková, 2013):

- náprava deficitných kognitívnych funkcií,
- zistenie, že deti a študenti si osvoja základné koncepty a slovník, prostredníctvom ktorého budú získavať úžitok,
- vytvorenie dobrých pracovných návykov,
- vytvorenie premýšľavého postoja,
- zvýšenie vnútornej motivácie,
- zmena pozície žiaka z pasívneho prijímateľa na aktívneho tvorcu.

V oblasti špeciálnej edukácie je tak kapacita, z ktorej profitujeme pri využívaní analógií, sľubným prediktorom na úspešnú kognitívnu intervenciu (Buechel, 2006 in Harčariková, 2013), a práve tento predpoklad využíva aj intervenčný program FIE, ktorý rovnako stavia na skutočnosti, že podstatou využívania analógií v každodennom živote je „prenášanie“, premostovanie vedomostí z jednej domény ako základu do ďalšej cieľovej domény a následné spoločné vytváranie systému vzťahov medzi základnými a cieľovými objektami.

Montessori pedagogika

Je alternatívna a svetovo uznávaná metodická sústava. Filozofia výchovy je založená na pozorovaní potrieb dieťaťa pomocou vhodných pomôcok a prostredia tak, aby dieťa rozvíjalo svoj vlastný potenciál. Základné heslo Montessori filozofie znie: „Pomôž mi, aby som to dokázal sám.“

Metóda spája pohybovú aktivitu s rozvíjaním kognitívnych schopností, nakoľko dieťa spontánne siaha po určitej činnosti na základe istých vnútorných pohnútok. Dieťa sa na činnosť plne sústreďuje a popritom sa učí. Má zamestnané ruky, ale aj hlavu. Správnym pozorovaním dieťaťa možno odhadnúť jeho talenty a danosti. Tým, že sa dieťa venuje činnosti, ktorú si samo vybralo a dosiahne v nej úspech, motivuje ho to k ďalšiemu poznávaniu a sebadisciplíne. V prostredí, v ktorom sa dieťaťu nekladú prekážky jeho prirodzeným potrebám, môže prejavovať svoje prirodzené vlastnosti, ako spontánny záujem o činnosť. Len ak máme bezprostrednú skúsenosť s určitou činnosťou alebo predmetom, sme schopní si informáciu zapamätať tak, aby zostala uchovaná. Informácie o okolitom svete, získané práve prostredníctvom zmyslov, sú zárukou úspešného učenia.

Učenie je založené na aktivite dieťaťa. Ponúkame mu rôzne druhy podnetov a dieťa si z ponuky vyberie to, čo práve potrebuje. Stáva sa tak aktívnym účastníkom učenia, učí sa podľa vlastného tempa, so zameraním na svoje vlastné vývojové potreby v určitom okamihu.

Dôraz sa kladie na spojenie telesnej a duševnej aktivity (celostné učenie). Pohyb umožňuje, aby sa v mozgu spracovali informácie získané z vonkajšieho sveta prostredníctvom zmyslov, v dôsledku čoho vznikajú nové nervové spojenia a nervová sústava dozrieva. Aby bolo učenie úspešné, musí vychádzať z konkrétneho poznania a manipulácie s predmetmi, teda z vlastnej skúsenosti. Práca s rukami umožňuje dieťaťu sústreďiť sa na činnosť, prostredníctvom ktorej poznáva veci, chápe javy a rozvíja myslenie a reč.

Východiskom je ponúknuť deťom intelektuálne podnety v správnom čase (v konkrétnej senzitivnej fáze vývoja) a správnu formou.

Cieľom je podporovať u dieťaťa prirodzenú túžbu učiť sa, podporovať priateľský vzťah medzi učiteľom a dieťaťom a podporovať schopnosť učiteľa pozitívne vplývať na dieťa.

7. Literatúra

AYRES, J. A. 2005. Sensory Integration and the Child. Western Psychological Services, 2005. ISBN- 13 978-0874244373.

ATTWOOD, T. 2005. Aspergerův syndrom. Praha : Portál, 2005, 202 s. ISBN 8071789798.

BAZALOVÁ, B. 2012. Poruchy autistického spektra v kontextu české psychopedie. Masarykova univerzita v Brně : Paido, 2012, 278 s. ISBN 9788021059306.

BUNTOVÁ, D. 2002. Preverbálny skrining detí s autizmom v ranom veku zo skupiny OVR. Rigorózna práca. Bratislava 2002.

CENTRUM PRE KONTROLU A PREVENCIU CHORÔB. [online] [cit. 2021-9-22]. <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>

ČADILOVÁ, V. – ŽAMPACHOVÁ, Z. et al. 2015. Edukačné – hodnotící profil dítěte s poruchou autistického spektra. 4. vydanie. Praha: Pasparta, 2015. 46 s. ISBN 978-80-905993-6-9

DSM-5 - Diagnostický a statistický manuál duševných poruch. 2015. 1. české vydání, Hogrefe – Testcentrum : Praha, 2015, 1032 s. ISBN: 9788086471525.

HARČARÍKOVÁ, T. 2010. Základy pedagogiky jednotlivcov so špecifickými poruchami učenia. IRIS, 2010. ISBN 978-80-89238-31-6.

HERETIK, A. sr., HERETIK, A. jr. 2016. Klinická psychológia. Nové Zámky : Psychoprof, 2016, 912 s.

ISBN 978-80-8932-224-4.

HOCHHAUSER, M., ENGEL-YEGER, B. 2010. Sensory processing abilities and their relation to participation in leisure activities among children with high-functioning autism spectrum disorder (HFASD). Research in Autism Spectrum Disorders 4 (2010) 746–754.

HNILICOVÁ, S a kol. Poruchy autistického spektra – skrining 1. revízia. Štandardné postupy. https://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/SDTP/standardy/15-12-2021/Poruchy-autistickeho-spektra-skrining_1_revizia-OPS-PAS.pdf

HNILICOVÁ a kol. Poruchy autistického spektra – epidemiológia a skrining. Lekársky obzor, Lekársky obzor. - Roč. 67, č. 7-8 (2018), s. 226-233.

Medzinárodná klasifikácia chorôb - MKCH-10. [online] [cit. 2021-12-08]. Dostupné na: <http://www.nczisk.sk/standardy-v-zdravotnictve/pages/medzinarodna-klasifikacia-chorob-mkch-10.aspx>.

NICE - Endorsed Clinical Guidelines 2011/2012. [online] [cit. 2021-12-08]. Dostupné na: NICE - Endorsed Clinical Guidelines 2011/2012 | Department of Health.

Princípy programu TEACCH [online] [cit. 2021-12-08]. Dostupné na: <https://pdf.truni.sk/e->

ucebnice/specialna-pedagogika/data/84149559-302a-4745-ad8d-bcdd91db9bc8.html?ownapi=1.

SCHOPLER, E. MESIBOV. 1997. Autistické chování. Praha: Portál 1997, 97s. ISBN 80- 7178-133-9.

STRAUSSOVÁ R., VÁGNEROVÁ M., © 2016. Intervenční metoda O.T.A. u dětí s PAS raného věku [online]. Autismus-screening [cit. 2021-12-08]. Dostupné z: https://terapie-autismu.cz/files/200003667-10993118f4/Intervencni_metoda_OTa.pdf.

Štandardy poruchy autistického spektra. [online] [cit. 2022-9-21]. Dostupné na: <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-poruchy-autistickeho-spektra/>

THOROVÁ, K. 2006. Poruchy autistického spektra. Praha : Portál, 2006, 456 s. ISBN: 80-7367-091-7. THOROVÁ, K. 2008. Poruchy autistického spektra. Libčice nad Vltavou : Pasparta, 2008, 60 s. ISBN: 978-80-254-6339-0.

Zákon č. 576/2004 Z. z. Zákon o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon č. 596/2003 Z. z. Zákon o štátnej správe v školstve a školskej samospráve a o zmene a o doplnení niektorých zákonov.