

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Logopedická intervence u dětí s PAS

Bakalářská práce

Autor práce: Jana Bartoňová

Studijní program: B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika-intervence

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

Oponent bakalářské práce: PhDr. Miroslava Javorská, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor:	Jana Bartoňová
Studium:	P15P0616
Studijní program:	B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Speciální pedagogika - intervence
Název bakalářské práce:	Logopedická intervence u dětí s PAS
Název bakalářské práce AJ:	Speech therapy intervention for children with autism

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá možnostmi logopedické intervence u dětí s poruchou autistického spektra. V úvodních kapitolách se věnuje klasifikaci, etiologii a symptomatologii PAS. Dále obsahuje informace o vývoji řeči u dětí s PAS, o organizaci logopedické péče v České Republice a také informace o logopedické diagnostice, terapii a prevenci u dětí s touto poruchou. V praktickém kontextu práce pojednává o možnostech rozvoje komunikace u dětí s PAS. Součástí výzkumu jsou případové studie popisující individuální možnosti a metody rozvoje komunikačních kompetencí u dětí s PAS, jež tvoří výzkumný vzorek.

THOROVÁ, Kateřina. Poruchy autistického spektra. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0768-9. LECHTA, Viktor. Symptomatické poruchy řeči u dětí. Vyd. 3., dopl. a přeprac. Přelotil Jana KŘÍTOVÁ. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-977-4. ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. Klinická logopedie. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178546-6. LECHTA, Viktor. Terapie narušené komunikační schopnosti. 2., aktualiz. vyd. Přelotil Jana KŘÍTOVÁ. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9.

Garantující pracoviště:	Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	PhDr. Petra Bendová, Ph.D.
Oponent:	PhDr. Miroslava Javorská, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	8.2.2017

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího bakalářské práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní PhDr. Petře Bendové, PhD., za odborné vedení, cenné rady, věcné připomínky a vstřícnost při konzultacích a vypracování této práce. Zároveň bych chtěla poděkovat Mgr. Lucii Zapletalové, respondentům a všem ostatním, kteří se podíleli na mém výzkumném šetření.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá možnostmi logopedické intervence u dětí s poruchou autistického spektra. V úvodních kapitolách se věnuje klasifikaci, etiologii a symptomatologii PAS. Dále obsahuje vědecké poznatky o vývoji řeči u dětí s PAS, o organizaci logopedické péče v České republice a také informace o logopedické diagnostice, terapii a prevenci u dětí s touto poruchou. V praktickém kontextu práce pojednává o možnostech rozvoje komunikace u dětí s PAS. V empirické části BP jsou prezentovány případové studie popisující individuální možnosti a metody rozvoje komunikačních kompetencí u dětí s PAS, jež tvoří výzkumný vzorek.

Klíčová slova: poruchy autistického spektra, dětský autismus, rozvoj komunikace, logopedická intervence

Abstract

The bachelor thesis is focused on possibilities of speech therapy intervention for children with autism spectrum disorders. In the initial chapters it deals with the classification, etiology and symptomatology of autism spectrum disorders. It also contains information about speech development of children with this disease, the organization of speech and language therapy care in the Czech Republic, as well as about information about speech therapy, diagnosis, therapy and prevention for children with this disorder. In the practical context of the thesis it deals with possibilities of communication development of children with autism spectrum disorder. In the empirical part of bachelor thesis there are presented case studies describing individual possibilities and methods of development of communication competencies children with autism which form a research sample.

Key words: autism spectrum disorder, autistic disorder, development of communication, speech therapy intervention

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, dizertačními a habilitačními pracemi na UHK).

Datum:

Podpis:

Obsah

Úvod.....	10
1 Poruchy autistického spektra.....	11
1.1. Autistická triáda	11
1.2. Klasifikace poruch autistického spektra.....	13
1.3. Problematika jedinců s dětským autismem	15
2 Komunikace.....	20
2.1. Vymezení pojmu komunikace.....	20
2.1.1. Klasifikace komunikace	20
2.1.2. Rozdělení komunikace	21
2.2. Narušená komunikační schopnost.....	21
3 Narušená komunikační schopnost u dětí s PAS.....	26
3.1. Péče o děti předškolního věku s PAS v České republice	32
3.1.1. Předškolní vzdělávání dětí s PAS.....	33
3.1.2. Výchova a vzdělávání předškolních dětí s PAS	33
3.1.3. Metoda strukturovaného učení	34
3.1.4. TEACCH program dle Schoplera a Mesibova (1997)	34
3.1.5. Aplikovaná behaviorální analýza, intenzivní raná intervenční terapie	35
3.1.6. Komunikační terapie (alternativní a augmentativní komunikace)	35
3.2. Logopedická intervence	36
3.2.1. Logopedická diagnostika u dětí s PAS	38
3.2.2. Logopedická terapie u dětí s PAS	39
3.3.3. Logopedická prevence u autismu	40
3.4. Organizace logopedické péče v ČR	41
3.4.1. Logopedická intervence v rezortu MZ ČR.....	41
3.4.2. Logopedická péče v rezortu MŠMT ČR	42
3.4.3. Logopedická péče v rezortu MPSV ČR	43
4 Logopedická intervence u dětí s PAS v praxi.....	45
4.1. Definování cílů výzkumného šetření	45
4.2. Metodologie výzkumného šetření	45
4.3. Specifikace místa výzkumného šetření a výzkumného vzorku.....	46
5 Konkretizace realizace logopedické intervence u dětí s PAS.....	49
5.1. Případové studie	49
6 Zhodnocení naplnění cílů empirické části bakalářské práce.....	75

Závěr	77
Zdroje.....	78
Seznam grafických schémat.....	81

Úvod

Porucha autistického spektra (dále pouze PAS) je jedna z nejtěžších poruch mentálního vývoje a představuje celoživotní handicap, postihující kompletně osobnost jedince. Jedinci s PAS mají potíže s pochopením světa kolem sebe a je pro ně těžké chápat a přijmout společenská pravidla, protože si je interpretují jinak než většinová společnost. Rodí se s jinými predispozicemi, jejich mysl funguje jinak, což ovšem neznamená, že špatně. Pokud je těmto osobám poskytnuta potřebná adekvátní péče mohou být jejich potíže zmírněny a mohou dosáhnout stejné kvality života jako intaktní populace.

Hlavním příznakem PAS je narušení v oblasti sociální interakce a v největší míře v oblasti mezilidské komunikace. Tato práce se zabývá logopedickou intervencí u dětí s poruchou autistického spektra. U osob s PAS dochází k narušení verbální i neverbální komunikace, recepce i percepce a dalších oblastí komunikace. Logoped má tedy nezastupitelné místo v týmu odborníků, které o osobu s poruchou autistického spektra pečují. Pro rozvoj správných komunikačních systémů je třeba začít s intervencí, již od nejranějšího dětství, pokud tomu nic nebrání.

Tato práce se zabývá logopedickou intervencí u dětí s PAS. První část práce je především výsledkem analýzy dostupné literatury a jejím cílem je nastínění teoretických východisek problematiky. Věnuje se PAS se zaměřením na její klasifikaci, etiologii a symptomatologii, a to především na kvalitativní postižení v oblasti komunikace. Důraz je kladen na dětský autismus, vzhledem k výzkumnému šetření, které je věnované právě dětem s touto poruchou. Dále obsahuje informace o vývoji řeči u dětí s PAS, o organizaci logopedické péče v České republice a také informace o logopedické diagnostice, terapii a prevenci u dětí s touto poruchou.

Druhá část práce je zaměřená na možnosti rozvoje komunikace u dětí s PAS. Tato část je založena na kvalitativním výzkumu ve formě případových studií, které byly vypracovány na základě pozorování dětí tvořící výzkumný vzorek. Hlavním cílem empirické části práce je zhodnocení komunikačních schopností a dovedností dvou chlapců s dětským autismem. Vedlejším cílem je popsat metody individuálního rozvoje u těchto dětí a užité pomůcky a materiály v rámci logopedické intervence.

1 Poruchy autistického spektra

„Autismus není něco, co osoba má, není to žádná ulita, ve které je osobnost uvězněna. Ve skořápce není schované normální dítě. Autismus je způsob bytí. Autismus je všepronikající. Prostupuje každou zkušeností, celým vnímáním, každým smyslem, každou emoci. Autismus je součástí existence. Osobnost se od autismu oddělit nedá.“

- Jim Sinclair In Thorová, 2016

Poruchy autistického spektra patří mezi pervazivní neurovývojová onemocnění, která se vyznačují trvalostí projevů, postižením víceroch psychických funkcí (na rozdíl od specifických vývojových poruch) a vyskytují se u nich symptomy, jež se kvalitativně liší od normálního vývoje. (Pečeňák, 2003 In Lechta, 1995)

Porucha se obvykle manifestuje před 3. rokem života dítěte a specifickými symptomy jsou především narušení komunikační schopnosti, odlišnosti v reciproční sociální interakci a problémy v imaginaci, které dohromady tvoří tzv. autistickou triádu, která je stěžejní pro diagnostický proces.

V České republice se ke klasifikaci nemoci používá *Mezinárodní klasifikace nemocí (aktuálně MKN-10)* dle WHO, v USA se naopak využívá *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM-V)*, který vypracovala Americká psychiatrická asociace. Obě klasifikace se shodují ve 3 základních oblastech, v nichž dochází k narušení: komunikace, sociální interakce a představitost. (Thorová, 2016, s. 62).

Diagnostická kritéria dětského autismu, na který je tato práce zaměřena, jsou uvedena níže v podkapitole *1. 2. Klasifikace poruch autistického spektra*.

1.1. Autistická triáda

Kritéria pro diagnózu porucha autistického spektra jsou založena na poškození třech základních oblastí, a to: komunikace, sociálních interakcí a představitosti. (Vocilka, 1995)

Narušení komunikace

Pro děti s poruchou autistického spektra je typické narušený vývoj řeči a neschopnost používat řeč jako prostředek komunikace. (Vágnerová, 2004)

Řeč je narušena ve verbální a neverbální složce, recepci i expresi a v jednotlivých jazykových rovinách, primárně v pragmatické rovině. (Říhová, Vitásková, 2012)

V řeči se mohou objevovat echolálie (tj. mechanické opakování toho, co dítě momentálně slyšelo v okolí), záměna zájmen (např. místo “já“ používá “on“ nebo “ty“), narušená větná stavba, šroubovité vyjadřování. Řeč nese malý komunikativní význam. (Lewis, 1996 In Hrdlička a Komárek, 2004)

Podobně bývá postižena i neverbální složka. Děti mají omezenou gestikulaci, plochou mimiku, která nereaguje na dění v okolí a nevyjadřují jejím prostřednictvím své potřeby. (Nesnidalová, 1995 In Hrdlička a Komárek, 2004)

Narušení sociální interakce

Rozvoj sociálního chování v prvních týdnech života je základem pro rozvoj dalších dovedností. U dětí s PAS však k takovému vývoji nedochází. Nenavazují oční kontakt, nejeví zájem o lidské tváře a hlasy, což často mylně vede k podezření, že je dítě hluché.

Nezajímají se o navazování kontaktů a vztahů s dalšími osobami, a to i s blízkou rodinou. Také je pro ně typická slabá či žádná odpověď na emoce ostatních. Mezi další odlišnosti patří neschopnost přizpůsobovat své sociální chování různým situacím aj. (Hrdlička a Komárek, 2004)

Narušení představivosti

Narušení imaginace má na mentální vývoj dítěte negativní vliv v mnoha ohledech. Dochází k narušení imitace a symbolického myšlení, což vede k tomu, že se u dítěte nevyvíjí schopnost hry, která tvoří základ učení a má velký vliv na celý vývoj dítěte. „*Nedostatečná představivost způsobuje, že dítě upřednostňuje činnosti a aktivity, které obvykle preferují podstatně mladší děti, vyhledává předvídatelnost v činnostech a upíná se tak na jednoduché stereotypní činnosti.*“ (Thorová, 2016, s. 119)

1.2. Klasifikace poruch autistického spektra

Poruchy autistického spektra jsou definovány jako „*skupina těchto poruch je charakterizována kvalitativním porušením reciproční sociální interakce na úrovni komunikace a omezeným, stereotypním a opakujícím se souborem zájmů a činností. Tyto kvalitativní abnormality jsou pervazivním rysem chování jedince v každé situaci.*“ (MKN-10, 2018)

Dle aktualizované verze MKN-10 (2018) jsou pervazivní vývojové poruchy klasifikovány na:

- **Dětský autismus** (F84.0);
- **Atypický autismus** (F84.1);
- **Rettův syndrom** (F84.2);
- **Jiná dětská dezintegrační porucha** (F84.3);
- **Hyperaktivní porucha spojená s mentální retardací a stereotypními pohyby** (F84.4);
- **Aspergerův syndrom** (F84.5);
- **Jiné pervazivní vývojové poruchy** (F84.8);
- **Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná** (F84.9).

F84.0 Dětský autismus

Porucha se projevuje abnormálním nebo porušeným vývojem a charakteristickým narušením funkce hlavních třech oblastí, kterými jsou sociální interakce, komunikace a opakující se stereotypní chování. Manifestuje se do 3 let věku dítěte. Dalšími diagnostickými projevy jsou nespecifické problémy, jako je fobie, poruchy spánku a jídla, návaly zlosti a agrese namířená vůči sobě. (MKN-10, 2018)

F84.1 Atypický autismus

Atypický autismus se od dětského autismu liší především počátkem projevu onemocnění, k němuž dochází obvykle až po 3. roku věku dítěte. Porucha také nesplňuje všechna 3 diagnostická kritéria dětského autismu. K atypickému autismu dochází častěji u jedinců mentální retardací a jedinců s těžkou vývojovou receptivní poruchou řeči. (MKN-10, 2018)

F84.2 Rettův syndrom

Syndrom se vyskytuje především u dívek s manifestací onemocnění mezi 7-24 měsíci věku. Po určitém období, kdy probíhá vývoj dítěte normálně, dochází ke ztrátě již získaných dovedností.

„ Dochází k částečné či úplné ztrátě řeči, poruše obratnosti při chůzi a užívání rukou, současně se zastaví růst hlavy. Ztrácí se účelné pohyby rukou, naopak charakteristické jsou stereotypní krouživé pohyby rukou a spontánní hyperventilace. Je pozastaven i vývoj sociální, sociální zájmy bývají zachovány. Téměř ve všech případech je výsledkem těžká mentální retardace.“ (MKN-10, 2018)

F84.3 Jiná dětská dezintegrační porucha

Také u této poruchy dochází po období normálního vývoje k trvalé ztrátě dříve nabytých dovedností v různých oblastech vývoje v průběhu několika měsíců. Dítě ztrácí zájem o své okolí, provádí stereotypní pohyby a mají narušenou oblast sociální interakce a komunikace, podobně jako u dětského autismu. Objevují se i další abnormality v dalších oblastech, ale diagnóza je založena především na projevech chování. (MKN-10, 2018)

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

Tato porucha bývá velmi často špatně definována. Porucha postihuje děti s těžkou mentální retardací (IQ pod 34), které mají problém s hyperaktivitou, poruchou pozornosti, a zároveň se stereotypním chováním.

„ Stav se ani po intenzivní stimulaci nezlepšuje (na rozdíl od dětí s normální inteligencí) a může docházet k těžkým dysforickým reakcím (někdy doprovázeným psychomotorickou retardací) po psychostimulaci.“

V dospívajícím věku dochází ke snížení aktivity, což u hyperkinetických dětí s normální inteligencí nebývá. Tento syndrom se velmi často pojí s řadou vývojových opoždění. Není známo, zda je onemocnění způsobeno nízkým IQ, nebo organickou chorobou mozku. (MKN-10, 2018)

F84. 5 Aspergrův syndrom

Syndrom je charakterizován narušením v oblasti sociální interakce a zároveň stereotypním chováním. Od autismu se liší především tím, že u osob s tímto onemocněním nedochází k opoždění v oblasti vývoje řeči a kognitivních schopností. Abnormality obvykle přetrvávají do dospělosti. (MKN-10, 2018)

F84. 8 Jiné pervazivní vývojové poruchy

Jedná se o poruchu, jejíž diagnostická kritéria nejsou přesně definována a specifikována. Děti s touto poruchou mají narušené všechny tři oblasti triády, ale ne do takové míry, aby odpovídaly dětskému či atypickému autismu. Často se jedná o děti s poruchou aktivity a pozornosti, vývojovou dysfázií či nerovnoměrně rozvinutými kognitivními schopnostmi. Řadí se sem také děti s výrazně narušenou představivostí. (Thorová, 2016)

F84. 9 Pervazivní vývojová porucha NS

Tato porucha se řadí mezi hraniční poruchy s nespecifickými rysy a symptomy, které neodpovídají ani jedné z výše uvedených pervazivních vývojových poruch. Často bývá vnímána jako přechodná kategorie. Děti s tímto typem poruchy bývají diagnostikovány v časném období či v předškolním věku. (Thorová, 2016)

1.3. Problematika jedinců s dětským autismem

Dětský autismus je nejčastější ze všech typů poruch autistického spektra. Poruchu poprvé popsal Kanner (1943) u skupiny dětí s mentální retardací. Zjistil u nich neschopnost navazovat vztahy s jinými osobami, opožděný vývoj řeči s řečovými abnormalitami a obsedantní potřebu osamocení a neměnnosti. Tento soubor příznaků nazval nejprve jako autistickou poruchu afektivního kontaktu a roku 1944 pak jako raný (časný) infantilní autismus.

Poruchu Kanner od počátku odlišoval od schizofrenie a považoval ji za poruchu psychického vývoje. Přesto byl v pozdějších letech (a to až do zavedení současné 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí v roce 1992) dětský autismus řazen mezi psychózy vznikající specificky v dětství.

V současnosti je dětský autismus spolu s dalšími onemocněními považován za pervazivní, tj. celou osobnost zachvacující prostupující vývojovou poruchu, nikoli tedy psychózu (Čihák, 2002)

Etiologie dětského autismu

Dětský autismus je v současnosti chápán jako vývojová porucha. Navzdory intenzivním výzkumům není etiologie onemocnění zcela jasná: všeobecně je ve většině případů prokazatelné nespecifické organické poškození. Pomocí zobrazovacích metod (výpočetní tomografie, nukleární magnetické rezonance) se projevily změny ve velikosti mozkových komor a ve struktuře mozečku.

U dětí s dětským autismem je pravděpodobně narušena funkce centrálních analyzátorů pro zpracování signálů, jež kódují emocionálně a sociálně významné informace. (Pečeňák, 1995 In Lechta)

Symptomatologie dětského autismu

Závažnost poruchy bývá různá, od pár mírných symptomů až po velké množství závažných symptomů. Nejvýznamnější jsou symptomy projevující se v oblastech autistické triády, ale objevují se i další dysfunkce s různými projevy.

Typické je stereotypní chování, omezené zájmy a aktivity, chybí spontánnost ve hře, ulpívají na neobvyklých předmětech a vykonávání určitých stereotypních činností nefunkčního charakteru.

Komunikace a řeč je silně narušena a v mnoha případech dítě nemluví vůbec. Opakují slova či věty, mluví opakovaně o jedné věci, četné echolálie, v případě, že se dítě naučí mluvit, jsou v řeči patrné nápadnosti. Mimika ani tělesné pohyby nemají komunikační význam, gesta používají minimálně, často mívají zvláštní pohyby. Co se týče sociálních vztahů, bývají autistické děti obvykle velice uzavřené, brání se očnímu kontaktu, nemazlí se s rodiči a emoční vazba na rodiče je narušená, nevyžadují přítomnost či pomoc druhých, neprojevují zájem o hru s druhými dětmi, většinou nenavazují přátelské vztahy a chybí jim empatie aj. (Škodová, 2003)

Děti s dětským autismem jsou také často emočně labilní, mívají výbuchy v afektu doprovázené křikem a pláčem, vážným problémem mohou být i sklony k sebepoškozování. (Krejčířová, 1997 In Škodová, 2003)

„Intelligence nemusí být ve všech případech postižena, i když ve většině případů se jedná o autismus a mentální postižení středního stupně, i přes to mají zachované normální někdy i výjimečné dovednosti, schopnosti a manuální zručnost, mnohdy mají výborný hudební sluch aj. Úroveň inteligence nelze spolehlivě určit běžnými psychologickými testy kvůli nezájmu a neschopnosti spolupráce.“ (Čihák, 2002 In Škodová, 2003, s. 410)

Diagnostika dětského autismu

Diagnostika dětského autismu je složitý mnohastupňový proces, na kterém se podílí multidisciplinární tým odborníků. (Kerekrétiová, 2009) Proces probíhá bez ohledu na přítomnost či nepřítomnost jiné přidružené poruchy. Projevy deficitů typických pro autismus se mění s vývojem dětí. Syndrom lze diagnostikovat v jakékoli věkové skupině. (Thorová, 2016, s. 179)

Ideální diagnostický model dětského autismu dle Thorové (2016):

- **Fáze podezření** – První znepokojení rodičů, že je něco špatně. Obvykle navštíví nejprve pediatra, případně logopeda, který na základě výsledků screeningových testů, typických projevů autismu pro určitý věk a také dalších diagnostických kritérií vysloví podezření na PAS a pošle dítě na další vyšetření na specializované pracoviště.
- **Fáze diagnostická** – Diferenciální diagnostika PAS je poměrně obtížná a obvykle se na ní podílí dětský psycholog či psychiatr a výhodou je pochopitelně týmová spolupráce s dalšími specialisty.
- **Fáze postdiagnostická** – Rodiče se snaží získat co nejvíce informací o nemoci, kontaktují jiné rodiče autistických dětí, vyhledávají možnosti další péče apod.

„Wingová a Potter (2002 in Poruchy autistického spektra, Thorová) odhadují, že jen jedna třetina, maximálně jedna polovina dětí, které mají diagnostikovaný dětský autismus na základě kritérií uvedených v MKN-10, by splňovala původní Kannerova kritéria.“

Diagnostická kritéria se liší dle užití klasifikace, tedy dle MKN-10 či DSM-IV/DSM-V. Ve své bakalářské práci jsem využila kritérií, jež jsou popsány v Mezinárodní klasifikaci nemocí.

Grafické schéma č. 1: Diagnostická kritéria dle MKN-10 (aktualizované vydání k 1. 1. 2018).

1. Autismus se projevuje před třetím rokem dítěte.		
2.	Kvalitativní narušení sociální interakce	<ul style="list-style-type: none"> - nepřiměřené hodnocení společenských emočních situací - nedostatečná odpověď na emoce druhých - nedostatečné přizpůsobení sociálnímu kontextu - omezené používání sociálních signálů - chybí sociálně-emoční vzájemnost - slabá integrita sociálního, komunikačního a emočního chování
3.	Kvalitativní narušení komunikace	<ul style="list-style-type: none"> - nedostatečné sociální užívání řeči bez ohledu na úroveň jazykových schopností - narušená fantazijní a sociálně-napodobivá hra - nedostatečná synchronizace a reciprocita v konverzačním rozhovoru - snížená přizpůsobivost v jazykovém vyjadřování - relativní nedostatek tvořivosti a představivosti v myšlení - chybí emoční reakce na přátelské přiblížení jiných lidí (verbální i neverbální) - narušení kadence komunikace a správného užívání důrazu v řeči, které modulují komunikaci - nedostatečná gestikulace užívaná ke zvýraznění komunikace

4.	Omezení, opakující se stereotypní způsoby chování, zájmy a aktivity	<ul style="list-style-type: none"> - rigidita a rutinní chování v široké škále aspektů každodenního života (všední zvyky, hry) - specifická přichylnost k předmětům, které jsou pro daný věk netypické (jiné než např. plyšové hračky) - lpění na rutině, vykonávání speciálních rituálů - stereotypní zájmy – např. data, jízdni řády, - pohybové stereotypie - zájem o nefunkční prvky předmětů (např. omak, vůně) - odpor ke změnám v běžném průběhu činností nebo v detailech osobního prostředí (např. přesunutí dekorací nebo nábytku v rodinném domě)
----	---------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nespecifické rysy dětského autismu

- Strach (fobie);
- Poruchy spánku a příjmu potravy;
- Záchvaty vzteku, agrese a sebezraňování (zvláště pokud je přítomna těžká mentální retardace);
- Většinou chybí spontaneita, iniciativa a tvořivost při organizování volného času;
- Potíže s vytvořením myšlenkové osnovy (koncepce) při rozhodování v práci i přesto, že schopnostmi na úkoly stačí.

2 Komunikace

„Komunikace (z lat. *communicatio*, které lze chápat ve významu spojování, sdělování, ale také přenos, společenství, *participace*) znamená obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů.“ (Klenková, 2006, s. 25)

2.1. Vymezení pojmu komunikace

Schopnost komunikace, tedy dorozumívání, patří k nejdůležitějším lidským schopnostem a významně ovlivňuje rozvoj osobnosti člověka. V širším slova smyslu ji lze chápat jako způsob interakce mezi dvěma nebo více jedinci (systémy). Jedná se o složitý proces, při kterém dochází k přenosu informací. Tento proces tvoří čtyři základní prvky, a to: osoba, která předává novou informaci (komunikátor) a osoba přijímající informaci (komunikant), dále obsah sdělení, tedy samotná informace (komuniké) a nezbytnou podmínkou pro úspěšnou komunikaci je poslední prvek – komunikační kanál. Pro úspěšnou komunikaci je důležitý předem dohodnutý komunikační kód, aby si obě strany porozuměly. (Klenková, 2006)

Lze rozlišit Rozlišujeme 6 fází komunikace, a to:

- *Ideová geneze* – vznik myšlenky, obsahu mysli komunikátora;
- *Zakódování* – vyjádření myšlenky v symbolech, slovech, znacích;
- *Přenos* – vedení vysílaného obsahu;
- *Příjem* – okamžik, kdy symboly dojdou k příjemci;
- *Dekódování* – proces příjemcova výkladu a interpretace přijatých symbolů;
- *Akce* – činnost příjemce vyvolaná přijatou zprávou, využití informace.

Cílem komunikace je nejen vzájemné dorozumívání a sdělování informací, ale především vytváření a udržování mezilidských vztahů. (Klenková, 2006)

2.1.1. Klasifikace komunikace

Základním systémem lidské komunikace je jazyk, který je realizován mluvenou řečí, písmem či manuálním způsobem, např. znakový jazyk neslyšících. (Neubauer, 2014) Jazyk slouží člověku ke sdělování myšlenek, pocitů, přání a mnoho dalšího.

Druhým neméně podstatným pojmem pro správné pochopení pojmu komunikace a narušená komunikační schopnost je řeč.

„Řeč je praktickou zvukovou realizací jazyka, zahrnuje motorické činnosti jako dýchání, fonaci (tvorbu hlasu), artikulaci (tvorbu hlásek) v oblasti artikulačních orgánů neboli mluvidel.“ (Neubauer, 2014)

„Schopnosti řečové komunikace e schopnost vědomě používat jazyk jako složitý systém znaků a symbolů ve všech formách.“ (Lechta, 1994 in Klenková, 2006)

Lechta (2002) definuje řeč jako schopnost jedince využívat jazyk jako složitý systém znaků a symbolů. Každý člověk se rodí s určitými predispozicemi pro řeč, které pak rozvíjí při verbální komunikaci s mluvícím okolím. Osvojování řeči probíhá po celý život člověka. Nejdůležitější pro rozvoj řeči je období od narození do 6 let věku dítěte. Celý proces je ovlivněn rozvojem myšlení, motoriky, sluchu, zraku, ale také vlivy sociálního prostředí.

2.1.2. Rozdělení komunikace

Mezilidská komunikace je rozdělena na verbální a neverbální. Verbální komunikaci, tedy slovní, tvoří mluvená orální řeč a psaný verbální projev. Slovní komunikaci doplňují prostředky neverbální komunikace (mimoslovní), např. mimika, gesta, postoje aj. Psaný verbální projev doplňují zase symboly vázané na určitý věcný obsah, např. číslice, chemické značky aj.

Neverbální komunikační prostředky mohou fungovat i jako samostatný jazykový systém využitelný k plnohodnotné komunikaci. Nejčastěji se jedná o soubory piktogramů, fungující jako vizuální podpora při orientaci. V případě komunikačních poruch je asi nejpoužívanějším systémem znakový jazyk, přirozený komunikační prostředek neslyšících. (Neubauer, 2014)

2.2. Narušená komunikační schopnost

Problematika narušené komunikační schopnosti je multidisciplinární oblastí, při jejímž řešení dochází ke kooperaci odborníků z oblasti speciální pedagogiky (logoped), medicíny, jazykovědy a psychologie.

Lechta (2003) definuje narušenou komunikační schopnost jako odchylku od vžitých jazykových normy v určitém jazykovém prostředí.

K narušení dochází tehdy, když některá z jazykových rovin, či více rovin současně, působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru. Interferencí je zde míněn rušivý vliv poruchy v procesu komunikace.

V definici NKS bereme v úvahu tyto jazykové roviny: fonologicko-fonetickou (zvuková stránka řečové produkce), morfologicko-syntaktickou (zabývá se jednotlivými slovními druhy v mluvě, gramatikou, užíváním složitějších větných celků, aj.), lexikálně-sémantickou (zabývá se slovní zásobou a jejím vývojem) nebo pragmatickou (schopnost konverzace, jak v roli mluvčího, tak v roli posluchače).

Může být narušena jak verbální, tak verbální forma. Z hlediska průběhu komunikace může dojít k narušení expresivní (produkce řeči) nebo perceptivní složky (vnímání a porozumění řeči). Porucha může být trvalá, ale i přechodná, z tohoto důvodu Lechta (2003) nepoužívá pojem postižení, ale porucha. Pojem postižení, totiž znamená problém trvalého charakteru. Narušení není vždy úplné, může být i částečné (parciální). Patří sem vady od narození i poruchy získané. V případě, že porucha nedominuje v celkovém klinickém obraze, hovoříme o symptomatologické poruše řeči.

Narušení komunikace se promítne do všech oblastí života člověka, ať si sám problém uvědomuje, či nikoli.

Lechta (1995) dělí NKS na poruchy symbolických procesů, poruchy nesymbolických procesů, poruchy jazykové roviny a symptomatické poruchy.

a) Poruchy symbolických procesů

- ve zvukové dimenzi (např. dysgramatismus)
- v nezvukové dimenzi (např. dysgrafie).

b) Poruchy nesymbolických procesů

- ve zvukové dimenzi (např. dyslálie);
- v nezvukové dimenzi (např. porucha koverbálního chování).

Dále uvádí poruchy jazykové roviny

- Lexikálně-sémantická rovina;
- Morfologicko-syntaktická rovina;
- Foneticko-fonologická rovina;
- Pragmatická rovina.

Ze symptomatického hlediska dělí Lechta (1990) poruchy komunikace do 10 kategorií:

- **Vývojová nemluvnost;**
- Získaná organická nemluvnost (**afázie**);
- Získaná neurotická nemluvnost (**mutismus, selektivní mutismus, surdomutismus**);
- Narušení zvuku řeči (**palatolalie, huhňavost**);
- Narušení plynulosti řeči (**koktavost, breptavost**);
- Narušení článkování (**dyslalie, dysartrie**);
- Narušení grafické podoby řeči (**dysgrafie, dyslexie, dyskalkulie**);
- **Symptomatické poruchy řeči** (provázející jiné dominující postižení, narušení či onemocnění);
- **Poruchy hlasu;**
- **Kombinované vady a poruchy řeči.**

Oproti tomu Neubauer (2014) používá na základě psycholingvisticky orientovaného přístupu pojem *poruchy řečové komunikace*, namísto narušená komunikační schopnost. Vývojové poruchy řeči klasifikuje následovně:

Poruchy na bázi motorických řečových modalit

- **Dyslalie** (realizace jednotlivých hlásek, vytváření jejich percepčně-motorických vzorů);
- **Vývojová dyspraxie v řeči či artikulační neobratnost** (porucha v programování segmentů řeči, především hlásek);
- **Palatolalie** (porušená realizace řeči při rozštěpu rtu a patra);
- **Vývojová dysartrie** (porucha motoriky mluvy při organické lézi CNS);
- **Dysfagie** (porucha polykání při poruše vývoje vitálních funkcí orofaciálního traktu);
- **Rinolalie** (huhňavost, porucha nazality, změny rezonance a zvuku hlásek při mluvě);
- **Dysfonie** (porucha tvorby a užití hlasu, resultující z poruch činnosti hlasivek či orofaciálního traktu);
- **Balbuties** (koktavost, porucha plynulosti mluvního projevu s tonickými či klonickými projevy);

- **Tumultus sermonis** (breptavost, patologicky zvýšené tempo řeči se sníženou srozumitelností mluvního projevu).

Poruchy na bázi postižení vývoje individuálních jazykových schopností

- **Opožděný vývoj řečových schopností** (subnormální vývoj řečových schopností vzhledem k fyzickému věku dítěte);
- **Vývojová dysfázie** (těžká porucha vývoje řečových schopností na organickém difúzním podkladu);
- **Specifické poruchy učení** – především dyslexie a dysgrafie (poruchy v rozvoji komunikace čteným a psaným projevem).

Poruchy na bázi postižení kognitivních schopností v řečové komunikaci – kognitivně-komunikační poruchy (KKP)

- **KKP při pervazivním vývojovém onemocnění** (projevy poruchy řečové komunikace při autismu, dětských psychózách);
- **KKP u stavů po úrazu CNS či onemocnění CNS** (projevy paměťové poruchy, poruchy pozornosti ap., ovlivňující řečovou komunikaci);
- **KKP při mentálním handicapu** (vliv subnormálních inteligenčních a kognitivních schopností na rozvoj poruchy řečové komunikace).

Poruchy na bázi postižení percepce

- **Poruchy řečové komunikace vyvolané vlivy poruchy sluchu** (vlivy sluchové bariéry na vývoj řečových schopností),
- **Poruchy řečové komunikace vyvolané vlivy poruchy zraku** (vlivy zrakové bariéry na vývoj řečových schopností).

Rozdělení poruch řečové komunikace u dospělých osob

Poruchy na bázi postižení motorických řečových modalit

a) Přetrvávající a akcelerované poruchy

- **Dyslalie** (porucha realizace jednotlivých hlásek, modifikace jejich percepčně-motorických vzorů),
- **Balbuties** (kocktavost, porucha plynulosti mluvního projevu s tonickými či klonickými projevy).

b) Poruchy vzniklé v tomto období

- **Dysfagie** (porucha polykání při lézích a onemocněních CNS či orofaciálního traktu);
- **Dysartrie** (porucha motoriky mluvy při lézi CNS či vlivem medikace např. neuroleptiky);
- **Řečová apraxie** (porucha programování segmentů řeči, především hlásek);
- **Dysfonie** (porucha tvorby a užití hlasu, rezultující z poruch činnosti hlasivek či orofaciálního traktu);
- **Rinolalie** (huhňavost, porucha nazality v řečovém projevu).

Poruchy na bázi postižení fatických a kognitivních funkcí

(v podmínkách rozvinutého individuálního jazykového systému)

a) Přetrvávající a akcelerované poruchy

- **Specifické poruchy učení** – především dyslexie a dysgrafie (přetrvávající poruchy komunikace písemnou formou verbálního projevu),
- **KKP při mentálním deficitu** (vliv subnormálních inteligenčních schopností na přetrvávání poruch řečové komunikace).

b) Poruchy vzniklé v tomto období:

- **Afázie** (porucha schopností v porozumění a užití jazykového systému při lézi CNS);
- **KKP u demence** (projevy poruchy kognitivních funkcí, především verbální paměti a inteligence v komunikaci);
- **KKP při duševním onemocnění** (poruchy komunikace u psychotických a depresivních onemocnění).

c) Poruchy na bázi postižení percepce

- **Poruchy řečové komunikace vyvolané poruchou sluchu** (vliv sluchové bariéry na zachování úrovně řečové komunikace),
- **Poruchy řečové komunikace vyvolané poruchou zraku** (vliv zrakové bariéry na zachování úrovně řečové komunikace).

3 Narušená komunikační schopnost u dětí s PAS

U osob s PAS je z oblastí triády ve většině případů nejvíce narušena schopnost komunikace. Dle Lechty (2003) patří narušená komunikační schopnost při PAS do kategorie **narušení vývoje řeči**. Tento typ poruchy se může vyskytovat samostatně nebo být součástí jiných vývojových poruch, kdy je narušení vývoje řeči symptomem. V tomto případě mluvíme o tzv. **symptomatické poruše řeči**. Mikulajová (2009) mluví o narušeném vývoji řeči jako o symptomatické poruše právě v souvislosti s autismem. Tvrdí, že *„samotná povaha diagnózy znemožňuje normální vývoj a fungování jazykových procesů a vývoj se bude ubírat určitým směrem vzhledem k primárnímu onemocnění.“* (Mikulajová In Kerekrétiová, 2009).

Komunikační deficity u dětí s autismem a jejich kombinace jsou různorodé. Porucha způsobuje obtíže související s již preverbálními komunikačními projevy, dále se znatelně projevuje v komunikaci verbální, neverbální, na úrovni receptivní i expresivní a odráží se ve všech jazykových rovinách, nejvíce však v rovině pragmatické. (Říhová, Vitásková, 2012)

„Jde o globální selhávání ve všech komunikačních modalitách. Tyto děti celkově velmi málo napodobují druhé, téměř nepoužívají gesta, ale i jejich mimice a ostatním tělesným pohybům chybí komunikační význam.“ (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001)

Vývoj řeči u dětí s PAS bývá tedy nejen opožděný, ale i narušený a nerovnoměrný. Dle Vítkové (2004) může být vývoj řeči nepravidelný, zdržený nebo naopak probíhat skokem apod. V některých případech se může vyvíjet skrytě, ale dítě se nevyjadřuje dostatečně, tudíž si toho blízké okolí dítěte nepovšimne.

Grafické schéma č. 2 znázorňuje potíže v neverbální komunikaci, které se objevují u dětí s PAS.

Grafické schéma č. 2: Potíže v neverbální komunikaci dle Thorové (2016)

<p style="text-align: center;">Gesta</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Deklarativní ukazování vyjadřující zájem („hele“) a sloužící k upoutání pozornosti komunikačního partnera – u dětí s PAS velmi často chybí. Někdy se objeví v pozdějším věku. - Imperativní ukazování vyjadřující žádost (náhražka „dej mi“ i „chci“), obvykle chybí u dětí s výrazněji narušeným vývojem komunikace. - Pohyb hlavy k vyjádření souhlasu (chybí častěji) a nesouhlasu chybí, nebo je nezřetelný, méně frekventovaný, nebo nepřichází ve funkci doprovodného zdůrazňujícího pohybu. - Běžná gesta užívaná v průběhu konverzace („ty ty ty“, „pst“, zdůraznění řečeného pohybem rukou, tleskání z radosti, „pojď ke mně“, spontánní zamávání rukou na pozdrav apod.) nejsou využívána nebo jen sporadicky, málo spontánně, spíše v naučených situacích nebo na vyzvání.
<p style="text-align: center;">Mimika, výraz obličeje, úsměv</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Výraz obličeje neinformuje (nebo jen velmi omezeně) o pocitech dítěte. Dítě může mít jen několik výrazů základního emočního prožívání (např. hněv, lítost, radost) a po zbytek dne pak neutrální výraz. Úsměv v sociální interakci chybí, nebo je nezřetelný, jindy křečovitý nebo se usměje jen na nejbližší osoby. - Mimika může být živá, ale neodpovídá situaci, např. přehnaná, dítě poulí oči, nakrčuje nos, křečovitě se usmívá nebo svraští obličej do hněvivé masky. Mimika může odrážet jen základní pocity, které dítě prožívá, ale neslouží ke komunikaci. - Při hodnocení musíme vzít v úvahu, že se mimika s dítětem vyvíjí, proto je třeba přihlídnout k věkové normě.
<p style="text-align: center;">Posturace těla</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Poloha těla při komunikaci je abnormní – dítě se tlačí příliš blízko k posluchači, přibližuje nestandardně blízko obličej, nebo naopak komunikuje bez natočení obličeje a těla. - Tendence mít jeden obvyklý postoj při vzájemné konverzaci (schoulení do klubíčka, svěšená ramena, skloněná hlava či nadměrná živost, poskakování, lezení do koutů či pod stůl).

<p>Oční kontakt</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Příliš ulpívavý pohled, nebo naopak nekomunikuje pohledem, vyhýbá se očnímu kontaktu, dívá se skrze člověka. - Neschopnost zkoordinovat oční kontakt s ukazováním (narušená schopnost sdílené pozornosti), neschopnost sledovat směr pohledu jiné osoby mimo vlastní zorné pole.
<p>Fyzická manipulace</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mnohé děti s PAS dokáží svá přání vyjádřit postrkováním druhých. Často mají tendence využívat ruku dospělého jako nástroje (ukazují jeho rukou na dálku nebo v knížce, užívají ruku k otevření dveří, k uchopení tužky, stavění kostek či k otevření limonády), nevyužijí při tom žádné jiné prostředky neverbální komunikace (např. oční kontakt nebo vokalizaci).
<p>Problémové chování jako forma komunikace</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Destruktivní chování, agresivita a sebezraňování s komunikačním záměrem. K problémovému chování si dítě velmi často uchyluje kvůli neschopnosti dorozumět se, požádat o základní potřeby, získat pozornost, vyjádřit své základní pocity jiným sociálně přijatelným způsobem.
<p>Znakový a posunkový jazyk</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Na rozdíl od dětí s poruchami řeči nebo sluchovou vadou si děti s PAS spontánně vytváří posunky či vlastní znaky nahrazující chybějící řeč jen sporadicky. Některé děti se naučí několik výrazů ve znakové řeči nebo např. Makatonu, ale pouze zlomek dětí je schopné se domluvit určitým náhradním systémem plynule. Komunikace je většinou krátká, stereotypní, omezená na několik se opakujících znaků, jako např. „prosím“; „záchod“; „jídlo“ apod. (Howlin, 1998 In Thorová, 2016). - Jedním z důvodů, proč dochází k potížím při osvojování znakového jazyka je také omezená schopnost vizuálně-motorické imitace nebo chybějící vývojově mladší sociálně-komunikační dovednosti (sdílená pozornost, vzájemný pohled apod.). Symboličnost jednotlivých znaků mnohým dětem s PAS znemožňuje pochopení a využití znakového jazyka.

Nejen, že mají děti s PAS potíže v neverbální komunikaci, zároveň mají děti i dospělí s PAS potíže s porozuměním neverbální komunikace druhých osob. Těžko usuzují z výrazu obličeje, postojů těla či gesta, co tím lidé myslí. Nejsou schopní chápat emoce, které druhá osoba prostřednictvím neverbální komunikace projevuje. Velké potíže mají zejména při pochopení pravidel, jimiž se neverbální komunikace řídí. To všechno je hlavním důvodem, proč často dochází k různým nedorozuměním. (Thorová, 2016)

Grafické schéma č. 3: Nejčastější obtíže ve verbální komunikaci osob s PAS
dle Thorové (2016)

Aspekt jazyka, ve kterém se porucha projevuje	Konkrétní deficity v PAS
<p>Fonetika: zvuková stránka lidské řeči, artikulační, akustická a percepční povaha zvukových prvků.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Narušení expresivní složky řeči: dítě vůbec nemluví, nebo je řeč výrazně pod úroveň celkových mentálních schopností. - Narušení receptivní složky řeči: sluchová verbální agnozie (dítě řeč absolutně nechápe), rozumí pouze jednoduchým pokynům, dvoustupňové už nezvládne, dlouhá prodleva reakce na verbální instrukce. - Smíšená nejtěžší forma: dítě nerozumí ani nemluví. - Artikulační obtíže: řeč dítěte může být natolik setřelá, že je až nesrozumitelná.
<p>Prozódie: zvuková stránka jazyka – melodie, přízvuk, rytmus a rychlost řeči, intonace.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Užívání prozodických prvků v řeči bývá narušené: příliš vysoko či nízko položený hlas, monotónní mechanické vyjadřování, obtíže v modulaci hlasitosti, zvláštní rytmus – dítě mluví „staccato“ (krátce, úsečně) nebo „legato“ (dlouze, pomalu).
<p>Syntax: mluvnická stavba vět a souvětí, větná skladba.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Agramatismy, obtíže s používáním zájmen (záměna první osoby za druhou či třetí apod.), potíže s přivlastňovacími zájmeny, s rody, časy, skloňováním. - Echolalie s komunikačním významem. - Sklon používat infinitiv, holé věty. - Vynechávání předložek, spojek. - Nedostatečná slovní zásoba bývá jedním z důvodů k častým „nevím“ odpovědím. - Mechanické skládání slov do vět, abnormálně pomalé osvojování gramatických pravidel mateřského jazyka.

<p style="text-align: center;">Sémantika: význam jazykových jednotek.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Obtíže při chápání významu slov a komunikace celkově. U těžších případů dochází k potížím s pochopením, že existují slova, která mají určitý obecný význam (např. slovo bota neoznačuje konkrétní botu, ale může se jednat o botasku, holínku, sandál apod.). - U těžších případů: logorea (nekoherentní řeč) – změt' volně vyslovovaných slov, básniček, písniček, pasáží z filmů, úryvků, které nemají prakticky žádný význam. - Echolalie (opakování slyšené řeči) – odložená i bezprostřední. Verbální autostimulace (hraní se slovíčky a slovními spojeními, verbální rituály, nepřiměřené otázky aj.). - Typické abnormality u lidí s lehčím typem poruchy: tzv. literární přesnost (doslovné chápání slyšeného, která znemožňuje správně reagovat na otázky s otevřeným koncem. Často odpovídají na řečnické otázky, což je okolím chápáno jako drzost. Literární přesnost a potíže se sociálním porozuměním jim také neumožňují správně pochopit ironii, sarkasmus, žert, dvojsmysl či nadsázku. Chybí intuitivní chápání jazyka.
<p style="text-align: center;">Pragmatika: styl jazyka a jeho praktické užívání, znaky vztahující se k mluvímu.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Žádná či nepřiměřená spontánnost a reciprocita v konverzaci. Nedokážou pochopit společenský význam komunikace. - Nepřiměřená společenská konverzace (nevhodné otázky, potíže s tykáním a vykáním, společenská faux pas, vulgárnost sloužící k upoutání pozornosti). - Potíže s procesem komunikace (zahájení konverzace, předávání si slova, plynulost konverzace, ukončení konverzace).

„Nerozumí-li autistické děti určitému slovu, vztahují jeho znění na vlastnosti konkrétního předmětu, tzn. že nechápou jeho pojmový obsah.“ (Vocilka, 1994)

Mezi další zvláštnosti ve verbálním projevu osob s PAS patří různé druhy echolalie, např. reflexní bezprostřední echolalie bez komunikačního významu, efekt posledního slova (tedy forma nefunkční reflexní echolalie), bezprostřední echolalie s komunikačním významem (tedy částečné porozumění řeči, potíže se syntaxí, rigidita v zacházení s jazykem), semiecholalie, záměna zájmen a rodů (potíže s dodržováním gramatických pravidel), opožděná echolalie bez komunikační funkce (tedy prostá snaha o navázání kontaktu) či echolálie plnící komunikační funkci, pokud je dešifrována (tedy potíže s významem slov a výrazů).

Dítě může používat frazeologismy, může mít nepřiměřený kontakt s druhou osobou, užívat nepřiměřený „škrobený“ jazyk, snaží se zapojit do rozhovoru prostřednictvím vulgární mluvy či sociálně nepřijatelným obsahem mluvy, používá doslovné odpovědi na běžné otázky, odpovídá na řečnické otázky, užívá neologismy, je neschopné vyjadřovat adekvátně svoje pocity, vytváří si vlastní verbální rituály aj. (Thorová, 2016)

Řeč u dětí s PAS nemusí být v každém případě narušena, v komplexním řečovém vývoji však vždycky nalezneme určité abnormality. (Thorová, 2016)

3.1. Péče o děti předškolního věku s PAS v České republice

Po stanovení diagnózy by mělo následovat zařazení dítěte s PAS do rané péče, která zahájí speciálně pedagogickou intervencí.

Raná péče je ukotvená v § 54 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Jedná se o sociální službu, která je poskytována především terénní formou, kdy pracovník dochází v pravidelných intervalech do rodiny. Jejím hlavním úkolem je speciálně-pedagogická diagnostika, plánování intervence a podpora rodiny všemi možnými formami. Seznamují rodinu se všemi dostupnými informacemi o problému, jakým způsobem s dítětem jednat, co očekávat do budoucna a samotný nácvik konkrétních dovedností. (Thorová, 2016)

Služby rané péče poskytují v České republice různá státní i nestátní zařízení (např. občanská sdružení, církevní organizace aj.). V některých případech tuto péči poskytují i speciálně-pedagogická centra.

3.1.1. Předškolní vzdělávání dětí s PAS

Zařazení dítěte do předškolního vzdělávání závisí na jeho schopnostech a možnostech. Dítě má možnost docházet do speciální mateřské školy, speciální autistické třídy nebo může být integrováno do běžné MŠ. Pro úspěšnou integraci je však třeba vzít v úvahu veškeré potřeby autistického dítěte, zajistit kvalifikovaný personál a dle Vocilky (1994) by takové dítě mělo mít vyhotovený individuální vzdělávací plán dle vlastních potřeb.

V současné době působí v České republice několik zařízení, která poskytují speciální program děti předškolního věku s autismem (Brno, Šumperk, Praha, Ostrava, Turnov, Plzeň).

Dále mohou děti navštěvovat speciální MŠ, kde je jim věnována zvláštní pozornost v rámci integrace mezi děti s jiným postižením. Péče o děti s autismem v MŠ je natolik náročná, že i ve MŠ speciální je třeba pomoc asistenta pedagoga.

Některým dětem je doporučen odklad školní docházky. Stává se to u dětí s nerovnoměrným vývojem schopností, které jsou na hranici průměru až podprůměru. Děti s rovnoměrně rozvinutými schopnostmi a nadprůměrným intelektem nastupují v nejlepším případě bez odkladu. (Thorová, 2016)

3.1.2. Výchova a vzdělávání předškolních dětí s PAS

Pro osoby s poruchou autistického spektra bylo navrženo mnoho léčebných programů a terapií, a přesto mají nejlepší výsledky „*strukturované programy, jež využívají různé behaviorální metody a rámce, pracující s vizuálními informacemi, pochopitelnými a předvídatelnými pravidly a motivací (např. TEACCH, ABA).*“ (Thorová, 2006)

Klíčovou roli hraje spolupráce s rodinou a její přístup k dítěti, přiměřené cíle a metody intervence, znalost specifík poruchy a vhodný pedagogický a terapeutický přístup k dítěti.

3.1.3. Metoda strukturovaného učení

Strukturované učení nabízí dětem s autismem řád, logičnost, pocit jistoty a bezpečí, což jim napomáhá snášet nepředvídatelné události. Základním cílem této metodiky je co nejvyšší míra samostatnosti jedince s PAS a jeho zařazení do běžného života. (Čadilová, Žampachová, 2008)

Principy strukturovaného učení dle Čadilové a Žampachové (2008):

Individualizace

Individuální přístup k jedinci, tedy snaha terapeuta o poznání jedince, individuální řešení jeho potíží a práce s jedincem v individuálním vztahu. Znamená to aplikování individuálních metod a postupů intervence, individuálně volené úkoly, individuálně upravené prostředí, individuální forma vizualizace, komunikace a motivace. Zkrátka vše šité na míru jedince.

Strukturalizace

Strukturalizace označuje přehlednost či členění. Uspořádané prostředí, pracovní místo, denní režim či harmonogram zajišťuje jedinci s PAS pocit určité jistoty a neměnnosti, umožňuje jim to orientaci v čase a prostoru a mohou tak vykonávat každodenní činnosti s rutinou, která je pro ně důležitá.

Vizualizace

Umožňuje snadnou a samostatnou orientaci v čase, prostoru, jednotlivých činnostech a rozvoj komunikačních dovedností.

Motivace

Motivace formou odměn má zásadní vliv na pozitivní chování jedince.

Jsou-li uplatňovány všechny principy metodiky, je tento program pro děti velmi efektivní. (Čadilová, Žampachová, 2008)

3.1.4. TEACCH program dle Schoplera a Mesibova (1997)

Dalším úspěšným programem, který se u dětí s poruchou autistického spektra využívá, je TEACCH program (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children). Jedná se o program, který klade důraz na včasnou a správnou diagnózu a následnou speciálně pedagogickou péči.

U dětí, které jsou vedeny v TEACCH programu je prokázáno zlepšení v chování a možnost vzdělání je pro ně přístupnější.

Metoda je založena na individuálním přístupu k dětem, aktivní generalizaci dovedností (prostupnost školního a domácího prostředí), úzké spolupráci s rodiči, integraci dětí s PAS do společnosti a přímém vztahu mezi hodnocením a intervencí.

Principy

- **fyzická struktura;**
- **vizuální podpora;**
- **zajištění předvídatelnosti;**
- **strukturovaná práce pedagoga;**
- **práce s motivací;**
- **vývojová přiměřenost.**

3.1.5. Aplikovaná behaviorální analýza, intenzivní raná intervenční terapie

Jedná se o strukturovaný systematický intervenční program, který patří mezi jedny z nejintenzivnějších (terapeut pracuje s dítětem okolo 40 hodin týdně). Program je rozdělen do dílčích oblastí, které si dítě musí postupně osvojit a jeho základem jsou principy behaviorální terapie. Cílem programu je upravení různého typu chování dítěte (emočního, jazykového, sociálního). Stejně jako předešlé programy i tento pracuje s pozitivními odměnami, které systematicky posilují chtěné projevy, a důraz je kladen na individuální výuku. (Thorová, 2016)

3.1.6. Komunikační terapie (alternativní a augmentativní komunikace)

U dětí, které nemluví nebo je jejich komunikační schopnost nedostatečná, je využíváno prostředků alternativní či augmentativní komunikace.

Mezi tyto metody AAK patří používání znaků, piktogramů, symbolů, psaní a čtení slov. Ucelenou metodikou je např. VOKS tedy Výměnný obrázkový komunikační systém, který vychází z britského PECS (Picture Exchange Communication System). Komunikační terapie nezprostředkovává jen určitý alternativní způsob komunikace, ale snaží se u dítěte rozvíjet všechny funkce komunikace (žádost, získání pozornosti, popis, vyjádření souhlasu či nesouhlasu, vyjádření pocitů, sociální komunikace atd.). Prostředky jsou vybírány na základě individuálních schopností jedince. (Thorová, 2016)

3.2. Logopedická intervence

Slovo intervence má původ v latinském „*invenire*“ a znamená působit či zasahovat do něčeho. Je to takový zásah, který mění vývoj určité situace či procesu. Jedná se o systematický proces hodnocení a plánování sloužící k nápravě či prevenci sociálních, vzdělávacích či vývojových problémů. Dle Lechty (2002) má logopedická intervence 3 cíle:

- identifikovat,
- eliminovat, zmírnit či alespoň překonat narušenou komunikační schopnost, nebo
- předejít tomuto narušení, zlepšit komunikační schopnost.

Logopedická intervence se zaměřuje na tři hlavní oblasti, a to je logopedická diagnostika, logopedická terapie a logopedická prevence.

Primárním cílem **logopedické diagnostiky** je určení co nejpřesnější diagnózy, jež je podkladem pro následovnou terapii. Diagnostika je prováděna ve 3 stupních. Nejdříve se provádí vyšetření orientační, které má podobu screeningového testu či depistáže. Druhým stupněm je vyšetření základní, kterým zjišťujeme druh narušené komunikační schopnosti. Poslední stupeň zastupuje vyšetření speciální určující typ, formu, stupeň a patogenezi NKS. Závěry diagnostiky slouží jako podklad pro výběr nejvhodnějších postupů, metod, forem a prostředků logopedické terapie, která následuje bezprostředně po logopedické diagnostice. (Klenková, 2006)

Logopedická terapie je tzv. „*řízené učení, které probíhá pod záměrným řízením, usměrňováním a kontrolou logopeda v organizovaných podmínkách logopedických zařízení, k osvojování specifických vědomostí, zručností, návyků, chování a osobnostních vlastností především v oblasti komunikace. Může ho popřípadě realizovat i sama osoba s narušenou komunikační schopností (případně s rodiči, příbuznými) podle pokynů logopeda.*“ (Lechta, 1990)

Terapeutické **metody** se dělí na:

- *stimulující* – uplatňují se např. při terapii narušeného vývoje řeči, kdy stimulují nerozvinuté a opožděné řečové funkce;
- *korigující* – uplatňují se např. při terapii dyslalie, kdy korigují vadné řečové funkce;

- *reedukující* – uplatňují se např. při afázii, kdy reedukují ztracené, dezintegrované řečové funkce. (Lechta, 2005)

Lze rozlišit tyto **formy terapie**: (Borbonus, Maihack In Lechta, 2005)

- *individuální* – 30 až 60 minutové sezení dle druhu NKS a věku osoby s NKS;
- *skupinová* – 3 až 6 lidí, dle individuálních možností;
- *intenzivní* – např. několikrát denně;
- *intervalová* – opakovaně aplikovaná intenzivní terapie s odstupem několika dnů či měsíců.

Logopedická prevence probíhá ve třech stupních: primární, sekundární a terciární. Primární prevence předchází situacím, které ohrožují narušení komunikační schopnosti (např. předcházet situacím, které by mohly způsobit poruchy hlasu, správná hlasová hygiena, podpora správného řečového vývoje dítěte aj.). (Klenková, 2006)

Úlohou primární prevence v logopedii je v pravém slova smyslu snaha předcházet poruchám a vadám řeči. Primární prevence v logopedii spočívá především v co nejrozsáhlejší osvětě. Nelze sem zařadit včasné screeningové vyšetření či depistáž, protože tyto aktivity napomáhají pouze včasnému odhalení již narušené komunikační schopnosti. Z výše uvedeného však vyplývá, že u dětí s PAS nemůže být jakákoli forma primární prevence realizována.

Sekundární prevence zahrnuje aktivity zaměřené na určitou část populace, tzv. rizikovou, tedy populaci, u které se může ohrožení projevit.

Jedná se o děti nedonošené, děti s nízkou porodní hmotností, děti z rodin s dědičnou zátěží (např. rozštěpová vada, sluchová vada aj.), ale také hlasové profesionály (např. zpěváci, herci, učitelé) aj. (Peutelschmiedová, 2005)

„V rámci terciární prevence působíme na jedince s NKS, tak aby v důsledku narušení nedocházelo k dalším obtížím, především v socializaci.“ (Klenková, 2006, s. 57)

Zahraniční autoři považují za formu terciární prevence modifikaci alternativní a augmentativní komunikace. (Peutelschmiedová, 2005)

Logopedická intervence u osob s PAS má svá specifika a vychází z odborných znalostí problémů, praktických zkušeností a upřednostňování individuálních potřeb každého jedince s touto poruchou.

Efektivita intervence je zajištěna pouze v případě zapojení rodičů a vzájemné spolupráci mezi logopedem, speciálním pedagogem či učitelem a rodiči. (Říhová, 2014)

3.2.1. Logopedická diagnostika u dětí s PAS

První, co rodiče nedignostikovaného dítěte znepokojí, je opožděný vývoj řeči. Často se právě v tento moment rozhodnout vyhledat logopedickou péči. (Škodová, Jedlička, 2003)

Logopedická diagnostika má své opodstatnění především ve třech níže zmíněných případech:

- Včasná diagnostika osob s pervazivní vývojovou poruchou u dětí s narušenou komunikační schopností v rámci klientů logopedické ambulance. V tomto případě je důležitá především diagnostika v pragmatické rovině jazyka a přítomnost specifických autistických rysů v projevu klientů.
- Logopedická diagnostika jako součást diferenciální diagnostiky osob, které nemluví (opožděný vývoj řeči, mutismus, sluchové postižení aj.) a osob, u nichž je pravděpodobný autismus. Jedná se především o děti, které nemluví v raném věku. V tomto případě je logopedická diagnostika doplněná o:
 - kvalitativní hodnocení pragmatické roviny komunikace;
 - posouzení komunikačních dovedností ve vztahu ke kontextu, ve vztahu ke komunikačnímu partnerovi a jejich změnám;
 - hodnocení způsobu osvojování si řeči;
 - sledování přítomnosti typických autistických projevů v komunikaci.

V těchto případech by klinický logoped měl rozpoznat příznaky pervazivní vývojové poruchy a následně doporučit konzultaci u dětského psychiatra či klinického psychologa.

- Komplexní logopedická diagnostika sloužící ke stanovení správného terapeutického postupu u osob s pervazivní vývojovou poruchou. V tomto případě je již diagnóza autismus stanovena. (Kerekétierová, 2009)

Richman (2006) uvádí, že je třeba zhodnotit úroveň receptivní a expresivní složky komunikace, stav neverbální komunikace, úroveň sluchového a zrakového vnímání, současné motorické schopnosti, laterální, vizuální schopnosti dítěte, sociální a herní dovednosti. Důležité je také posoudit soustředěnost dítěte a uchování určité informace na určitou dobu v paměti. (Richman, 2006 In Říhová, 2009).

3.2.2. Logopedická terapie u dětí s PAS

Při terapii narušené komunikační schopnosti dítěte je důležité brát ohled na celkový klinický stav dítěte a neopomíjet ostatní deficitní oblasti. Současná úroveň komunikace by měla být hodnocena v souvislosti s celkovým nerovnoměrným vývojem dítěte. Pro správnou a úspěšnou terapii by měl být logoped obeznámen s osobností dítěte a metodami, jež se využívají při práci s dítětem. (Horáková, 2012)

Logopedická terapie autismu je zaměřená na tři typy klientů:

- Osoby s narušenou komunikační schopností, u kterých je pouze podezření na pervazivní vývojovou poruchu. Diagnostika je v tomto případě stále otevřená, protože osoba nespĺňuje všechna kritéria autismu. Sociální izolace a problémy v chování mohou být také sekundárním následkem NKS. Stimulace komunikace u těchto osob se zaměřuje především na:
 - Návčik spolupráce dítěte s logopedem;
 - Stimulace pragmatických funkcí – ptaní (činností, předmětů, pomoci, souhlasu), odmítání, upoutání pozornosti rodičů, upozorňování (na okolí, vlastní činnost), vyjádření souhlasu či nesouhlasu, vyjádření emocí aj.;
 - Návčik porozumění řeči;
 - Poučení rodičů, aby lépe porozuměli stavu dítěte a nastavení rodičů na přiměřenou komunikační úroveň vůči dítěti.
- Osoby s diagnózou atypický autismus, které mají potíže především v oblasti komunikace.

Tyto děti reagují na logopedickou terapii velmi dobře. Terapie je zaměřená především na stimulaci porozumění aktivní řeči, pragmatické využívání již vzniklých řečových schopností a na komplexní stimulaci komunikační schopnosti a řečového vývinu.

- Osoby s diagnostikovanou pervazivní vývojovou poruchou, u kterých se terapie zaměřuje podle potřeby na problémy v rovině obsahu, formy (artikulace, gramatika, skladba věty), pragmatiku (pragmatické funkce, vedení dialogu, samostatné vyprávění). K realizaci terapie by mělo dojít teprve až po doporučení ošetřujícího psychologa či psychiatra. Kontraindikací pro logopedickou terapii jsou výrazné problémy v oblasti spolupráce, vysoký výskyt echolálií aj. Pro logopedickou stimulaci v těchto případech je třeba respektovat tyto zásady:
 - Přísně stanovit jen jedno místo nácviku jazykové zručnosti (např. opakování zvuků jen před zrcadlem);
 - Přirozený, hravý a pragmatický nácvik musí převládat nad „drilem“;
 - Logopedická terapie nesmí způsobovat vznik patologických stereotypů či echolálií. (Kerekrétiová, 2009)

3.3.3. Logopedická prevence u autismu

Z pohledu logopeda a prevenci NKS u dětí s autismem je v tomto ohledu klíčová včasnost screeningových vyšetření u dětí s opožděným vývojem řeči. Včasná diagnostika je závislá na pozornosti rodičů a pediatrů.

V případě včasného zachycení dítěte s pervazivní vývojovou poruchou je z hlediska prevence podstatné:

- Poučení rodiče o podstatě problému, který dítě má;
- Pomoc rodičům pochopit nespecifické prvky v chování dítěte a jejich komunikační význam;
- Nastavení rodičů na přiměřenou komunikační úroveň vůči dítěti;
- Poučení rodičů a nácvik vhodné formy AAK;
- Doporučení k dalším odborníkům s cílem komplexní diagnostiky a terapie.

Vzájemné porozumění a přiměřená komunikace mezi rodičem a dítětem napomáhá předcházet nevhodnému chování, případně sebepoškozování dítěte.

Za jednu z důležitých složek prevence považujeme také umožnění logopedické terapie pro děti s atypickým autismem, vysokofunkčním autismem a pro děti s klinickým obrazem mezi autismem a specificky narušeným vývojem řeči. (Kerekrétiová, 2009).

3.4. Organizace logopedické péče v ČR

Logopedická péče v ČR je poskytována státními i nestátními institucemi v rámci třech rezortů, ministerstva zdravotnictví, ministerstva školství a rezortu ministerstva práce a sociálních věcí.

3.4.1. Logopedická intervence v rezortu MZ ČR

V rámci tohoto rezortu je logopedická péče poskytována především v logopedických ambulancích. Jedná se především o nestátní zařízení, která působí při zdravotnickém zařízení, jako je např. poliklinika či nemocnice, které mají smlouvu se zdravotními pojišťovkami. (Klenková, 2006)

Dále je logopedická péče poskytována na logopedických pracovištích lůžkových zařízení popřípadě na soukromých klinikách. Je zde poskytována diagnostická, terapeutická a poradenská činnost, jak pro osoby s narušenou komunikační schopností, tak pro jejich příbuzné a další blízké osoby.

V těchto zařízeních působí logopedi dvojího typu. A to:

Logoped

„Absolvent studia logopedie nebo speciální pedagogiky se zaměřením na poruchy komunikace a učení se SZZ z logopedie a surdopedie. Po splnění základních podmínek je zařazen do specializační přípravy. Pracuje pod supervizí klinického logopeda.“ (Fukanová, 2003 In Škodová, 2002)

Klinický logoped

„Absolvent specializační přípravy (postgraduální rezortního vzdělávání) zakončené atestační zkouškou, který pracuje samostatně. Po splnění dalších podmínek může získat licenci k provozování vlastní privátní praxe.“ (Fukanová, 2003 In Škodová, 2002)

Klinický logoped pracuje nejen s dětmi, ale i s dospělými a seniory.

Klienty mohou být také tzv. mluvní profesionálové, tedy osoby, jejichž komunikační schopnosti musí splňovat artikulační a akustickou normu jazyka (např. zpěváci, herci, moderátoři, pedagogové aj.).

Zajišťují péči nejen v soukromých ambulancích, ale také na specializovaných lůžkových odděleních, v nemocnicích a klinikách neurologie, foniatrie, v léčebnách a rehabilitačních ústavech. (Klenková, 2006)

3.4.2. Logopedická péče v rezortu MŠMT ČR

Narušená komunikační schopnost u dětí způsobuje obtíže v edukačním procesu, což vede k obtížím i v sociální a psychické oblasti. Pro děti s rozsáhlým narušením komunikační schopnosti jsou určeny speciální logopedické třídy v rámci MŠ či ZŠ, logopedické MŠ a logopedické MŠ. Tato zařízení zajišťují výchovně-vzdělávací i terapeutickou činnost.

Kromě těchto zařízení může dítě navštěvovat speciálně pedagogické centrum či pedagogicko-psychologickou poradnu, kde také bývá poskytována logopedická péče. Může zde působit logopedický preventista, speciální pedagog-logoped. (Klenková, 2006)

Programy základních a speciálních škol logopedických

Takové programy umožňují propojení dlouhodobého terapeutického procesu s výukou ve škole, v případě internátních škol s celodenním výchovným programem. Ve třídách je snížený počet žáků (7-14 žáků) a výraznou část výuky tvoří individuální logopedická péče. Děti se závažnými poruchami řečové komunikace (např. s vývojovou dysfázií, poruchou plynulosti aj.) jsou v péči těchto zařízení minimálně po dobu jednoho školního roku a pokud není pobyt prodloužen, vrací se do svých kmenových škol v místě bydliště. Systém těchto škol je v současnosti totožný s níže uvedeným systémem speciálně pedagogických center pro řečové vady. (Neubauer, 2010)

Logopedická péče speciálních pedagogických center

„Pracoviště SPC zajišťují komplexní víceoborovou diagnostiku a poradenskou činnost a jeho pracovní tým by měl proto zahrnovat psychologa, speciální pedagogy, kvalifikované pro příslušnou oblast péče a jasně deklarovanou spolupráci s lékařskou diagnostikou.“ (Neubauer, 2010, s. 38)

Poradenská činnost zahrnuje nejen návštěvy v rodinách dětí v péči centra, ale i specializovanou péči, v tomto případě činnost klinického logopeda. Zejména centra zabývající se poruchami řeči by měla poskytovat program diagnostické a terapeutické práce na podobné úrovni jako v rezortu zdravotnictví. (Neubauer, 2010)

Logopedická péče v rámci předškolních zařízení

V rámci mateřských škol bývá logopedická péče zajišťována prací proškolených učitelek MŠ a spoluprací s dalšími logopedickými pracovišti. Specializované třídy MŠ pro děti s vadou řeči zajišťují individuální a skupinovou logopedickou péči ve třídách se sníženým počtem dětí, které jsou většinou vedené klinickým logopedem či logopedem SPC. (Neubauer, 2010)

Logopedická péče v rámci pedagogicko-psychologických poraden

„Dominantním zaměřením těchto pracovišť zůstává diagnostika a terapie specifických poruch učení a spolupráce se specializovanými třídami ZŠ pro děti s dyslexií a dalšími poruchami učení. Přesto některé z těchto poraden využívají možnosti zřídit logopedické ambulantní pracoviště.“ (Neubauer, 2010, s. 39).

Logopedickou péči v tomto rezortu zajišťuje **logoped**, tedy absolvent Mgr. studia se státní závěrečnou zkouškou z logopedie. Dále se zde mohou uplatit i absolventi Bc. studia speciální pedagogiky, v oblasti výchovné práce, poradenství a učitelství speciálních škol. Vedení odborných logopedických pracovišť je v kompetenci plně kvalifikovaných logopedů. (Neubauer, 2010)

3.4.3. Logopedická péče v rezortu MPSV ČR

V rezortu MPSV ČR může působit logoped, klinický logoped i speciální pedagog se specializací logopedie a surdopedie. Kvalifikační předpoklady závisí na konkrétním pracovišti a náplni práce v dané oblasti. (Fukanová, 2003 In Škodová, 2002)

Nejčastěji se jedná o logopedy pracující v ústavech sociální péče pro děti, kde je logopedická intervence součástí komplexní rehabilitace. (Klenková, 2006)

V případě osob se symptomatickými poruchami, kam řadíme i autismus, je péče v raném věku zabezpečována nejprve v rámci rezortu zdravotnictví. Probíhá ve všech výše zmíněných institucích.

Zdravotnická péče je poskytována osobám všech věkových kategorií, tedy i dospělým.

V předškolním věku je péče o dítě realizována především v rezortu školství, v těžších případech i rezortu MSPV (ústavy sociální péče). Na klinické logopedy navazují speciální pedagogové ze speciálně pedagogických center či pedagogicko-psychologických poraden. SPC a PPP zajišťují speciálně-pedagogickou a psychologickou diagnostiku a spolupracují se zástupci rezortu zdravotnictví. (Škodová, 2002)

4 Logopedická intervence u dětí s PAS v praxi

Problematika poruch autistického spektra je velmi široké téma a to nejen ve vztahu ke komunikaci, ale i podpoře osob s PAS a jejich blízkých. První část bakalářské práce se věnovala teoretickému seznámení s problematikou poruch autistického spektra, a především dětského autismu. V empirické části bakalářské práce bude řešen rozvoj komunikace u vybraných dětí s PAS, konkrétně dětským autismem.

4.1. Definování cílů výzkumného šetření

Cílem kvalitativního výzkumu bylo zmapovat průběh a efektivitu logopedické intervence pozorovaných dětí od počátku terapie do současnosti

Ke kvalitnímu zpracování hlavního cíle je důležité si stanovit i parciální cíle, a těmi jsou:

- Popsat metody individuálního rozvoje obou respondentů;
- Analyzovat současný rozvoj jejich jazykových rovin;
- Popsat využití pomůcek v rámci jejich terapie.

Dále jsem si pro vypracování práce stanovila tyto výzkumné otázky:

- Jakého pokroku v komunikaci lze dosáhnout u dětí s diagnózou dětský autismus v určitém časovém úseku při zajištění optimálního terapeutického působení?
- Jak probíhá logopedická péče v konkrétním zařízení, tedy Sanatoriu Demosthenes?

4.2. Metodologie výzkumného šetření

Metody výzkumného šetření

Výzkum je „ (...) *systematický způsob řešení problémů, kterým se rozšiřují hranice vědomostí lidstva. Výzkumem se potvrzují či vyvracejí dosavadní poznatky, anebo se získávají nové poznatky.*“ (P. D. Leedy, 1985 In Gavora, 2000, s. 11)

Již v úvodu této bakalářské práce je zmíněno, že tento výzkum je založen na kvalitativním šetření, jehož hlavními znaky jsou dlouhodobost, intenzivnost a podrobný zápis.

„Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.“ (Švaříček, 2007, s. 17)

Pro potřeby tohoto kvalitativního šetření byla využita metoda případové studie (kazuistika).

„Případová studie je empirickým designem, jehož smyslem je velmi podrobné zkoumání a porozumění jednomu nebo několika málo případů. Základem případového šetření musí být sběr skutečných dat vztahujících se k objektu výzkumu (případu). Případ jako předmět případové studie je integrovaný systém s vymezenými hranicemi (prostorové i časové). Zkoumání sociálního jevu se děje vždy v reálném kontextu, za co možná nejpřirozenějších podmínek výskytu jevu. Pro získání relevantních údajů jsou využívány veškeré dostupné zdroje i metody sběru dat.“ (Švaříček, 2014, s. 97-98)

Při zpracovávání obou případových studií bylo využito těchto technik:

- Nestrukturované pozorování (zúčastněné, úplný pozorovatel);
- Obsahová analýza dostupných dat (dokumentů a výsledků činností);
- Nestandardizovaný (volný) rozhovor s klinickým logopedem.

Pro získání anamnestických údajů jsem požádala o svolení rodiče obou dětí k nahlédnutí do osobních karet.

4.3. Specifikace místa výzkumného šetření a výzkumného vzorku

Charakteristika zařízení, v němž šetření probíhalo

Výzkumné šetření probíhalo v Sanatoriu Demosthenes, kam jsem docházela na individuální terapie obou chlapců období od ledna 2017 do května 2018.

První terapie s oběma chlapci jsem však měla možnost pozorovat již při své první praxi v lednu 2017. Při popisu zařízení vycházím z vlastních poznatků a informací, jež jsou uvedeny na jejich webových stránkách.

„DEMOSTHENES byl uveden do provozu v roce 1999 jako nestátní zdravotnické a předškolní zařízení, a tak u prvních 36 dětí předškolního věku mohl být zahájen komplexní diagnostickoterapeutický proces. Již od jeho počátku byli vysokoškolsky připravení odborníci - dětský neurolog, fyzioterapeut, klinický logoped, klinický psycholog a speciální pedagog - systémově vedeni ke společné transdisciplinární komunikaci. Postupně přibyl ergoterapeut, poradce rané péče a pracovník sociálního poradenství.

V současné době se centrum skládá z několika pracovišť, patřících pod tři rezorty – zdravotnictví, školství a sociální sféru.

Podstatou komplexní péče není mít vše pod jednou střechou, ale vzájemná systematická propojenost péče podle konkrétní potřeby pacienta/klienta. Samozřejmostí je otevřená spolupráce s odborníky (zejména s pedopsychiatrem, foniatrem, dalšími neurology) a institucemi (klinikami, školkami, školami a úřady) mimo centrum.“
(www.demosthenes.cz)

Zařízení poskytuje péči **pro rodiny s dětmi** od raného věku do ukončení vzdělávání. Jedná se o děti **s rizikovým vývojem** (např. s opožděným vývojem pohybu, řeči aj.), s **již stanovenou diagnózou**: např. ADHD/ADD, vývojová dysfázie, specifické poruchy učení, dětská mozková obrna, porucha autistického spektra, sluchové postižení, kombinace postižení aj., ale také děti, u kterých si **rodiče nejsou jisti vývojem nebo výchovou** a chtějí pouze poradit.

Jaké formy péče nabízí?

- *Ambulantní ve zdravotnictví;*
- *Denní pobyt diagnostický (měsíční) a diagnosticko-terapeutický (nejméně roční) v předškolním zařízení s provázanou komplexní péčí pracovníků zdravotnictví, školství a sociální sféry;*
- *Terénní, ambulantní, mailovou a telefonickou v rámci školského poradenského zařízení – speciálně pedagogického centra (ve školách a školkách Ústeckého kraje, v DEMOSTHENU, včetně odloučeného pracoviště ve Varnsdorfu);*

- *Terénní v rámci sociální služby raná péče (nejčastěji v rodině);*
 - *Ambulantní a terénní odborné sociální poradenství;*
 - *Pro pacienta/klienta je významné, že formy péče jsou často úzce provázány.*
- (www.demosthenes.cz)

„Posláním Demosthena je včasná a správná diagnostika a adekvátní ošetření, které sestává z propojených terapií, poradenství a úpravy školního a domácího prostředí.“

(www.demosthenes.cz)

Odborný tým poskytující dítěti komplexní péči, je tvořen ergoterapeutem, fyzioterapeutem, klinickým logopedem, klinickým psychologem, pracovníky denního pobytu, SPC, rané péče a pracovníky zajišťující odborné sociální poradenství. Zakladatelkou centra, ředitelkou a vedoucí odborného týmu je PaedDr. Lenka Pospíšilová.

Charakteristika výzkumného vzorku

Pro šetření jsem si vybrala dva chlapce předškolního věku s diagnózou F84.0, tedy dětským autismem. Oběma chlapcům jsou 4 roky a momentálně dochází do Demosthena obvykle jednou za měsíc či dva na logopedickou terapii, kterou zajišťuje klinická logopedka Mgr. Lucie Zapletalová. První případová studie zachycuje rozvoj dítěte, které komunikuje pouze neverbálně, to znamená dítě bez řečové produkce. Druhá případová studie, je věnována dítěti, které je v určitém rozsahu schopné užívat mluvenou řeč.

5 Konkretizace realizace logopedické intervence u dětí s PAS

5.1. Případové studie

Cílem předložených případových studií je přiblížit specifický případ osoby s poruchou řečové komunikace ze všech možných hledisek, aby bylo dosaženo komplexního náhledu na jedince.

Logopedická terapie obou vybraných chlapců je zaměřena na komplexní rozvoj komunikace, což zahrnuje mimo jiné rozvoj slovní zásoby, iniciaci ke komunikaci, sluchové vnímání, zrakové vnímání aj. Dále rozvoj jemné motoriky, grafomotoriky a dalších oblastí.

Případová studie I

Pohlaví: Chlapec

Jméno: Matyáš

Datum narození: září 2014

Diagnóza: F84.0 – Dětský autismus středně funkční, porucha pozornosti

Rodinná anamnéza

Matka se narodila r. 1985 a má vysokoškolské vzdělání – ergoterapeutka. Je po operaci vezikoureterálního refluxu a plastice uretry, v dětství nosila několik let korzet kvůli skolióze. Bylo ji diagnostikováno ADD a SPU. Aktuálně nemá žádné potíže.

Otec se narodil r. 1983 také má vysokoškolské vzdělání – šéfkonstruktér a je plně zdravý. Nemá žádné sourozence, a co se týče širší rodiny, tak sestra matky byla v péči klinického logopeda kvůli dyslálii, která stále přetrvává.

Chlapec vyrůstá v úplné rodině, manželství rodičů je harmonické a chlapci věnují veškerou svou pozornost. Žije v podnětném rodinném prostředí a rodina sama je nadprůměrně spolupracující. Sourozence nemá.

Osobní anamnéza

Matyáš je z první fyziologické gravidity, při níž matka nezaznamenala žádné zvláštnosti. Porod byl ve 40. týdnu císařským řezem. Porodní hmotnost i délka byly v normě, 4130g/52cm. Donošený eutrofický novorozenec, hydronefróza II.- III. st.

Strávil jeden den v inkubátoru, třetí den po porodu byl převezen na neonatologii, protože zvracel a byl na jeden týden hospitalizován, prodělal mírnou žloutenku.

Kojen byl cca 4 měsíce a měl obtíže se sáním (zpočátku nechtěl) měl příkrmy a moc nežvýkal. Dudlík neměl, někdy si stále cucá prst.

Byl dvakrát hospitalizovaný při vyšetření uretry (RTG vyšetření megaurether), v premedikaci. Aktuálně je v plánu operace VFN na urologické klinice. Netrpí žádnou alergií a doposud ani neměl žádný úraz. V březnu 2017 podstoupil operaci ledvin po prodělání pyelonefritidy.

Hereditární zátěž fatických funkcí ze strany matky.

Psychomotorický vývoj

Lézt začal v 7. – 8. měsíci, sedět během 10. měsíce, chůze cca od 14. – 15. měsíce. Ve 2. – 3. týdnu reflexivní úsměv, po 6. týdnu dostával křik citové zbarvení. V kojeneckém věku si broukal, okolo 7. měsíce přišlo žvatlání, později začal opakovat slabiky. První slova kolem 1. narozenin, ve věku 16. – 18. měsíců užíval cca 5 slov. Vývoj řeči byl tedy na počátku přiměřený k věku dítěte. Od 19. měsíce však došlo k postupnému snižování slovní zásoby, slova doposud nespojoval, žargon nebylo možné posoudit. V březnu 2017 začal poslední týden užívat “ ham, hají, máma“. Jedná se tedy o narušený vývoj komunikace s deficitem v oblasti řečové percepce, exprese i neverbální komunikace a pragmatiky.

Od prosince 2016 je v rané péči. Chodí na pravidelné kontroly na foniatrii, dětské neurologii (pro možné opoždění), urologii a k pediatrovi.

Vstupní vyšetření z klinické logopedie

První vyšetření a kontakt s klinickým logopedem v Demosthenu proběhl v lednu 2017 ve věku 2,4 let (28 měsíců), následně zhodnocení diagnostiky březnu 2017. Chlapec byl vyšetřen na žádost rodičů, doporučení pediatra a iniciace rané péče Demosthena. Diagnóza při nástupu byla suspektní PAS, dětský autismus.

Z počátečního rozhovoru s rodiči: Vyjádří nesouhlas, nemá rád čtené pohádky, ale baví ho ty, na které může koukat, například Mašinka Tomáš či Bořek stavitel, pozná i oblíbenou znělku dané pohádky. Aktuálně (leden 2017) řekne slova “ham, hají, máma“. Zákaz vyjádří gestem (zavrtí hlavou). Přijde se pomazlit, ale ne často.

Líbí se mu dětské hříčky a říkanky s pohybem – s mámou se i zapojí, čeká, co bude. Ukazuje “pápá“ (ale obráceně), jinak gesta moc neužívá.

Nemá rád vysoké tóny, hlasité zvuky. Má rád knížky, prohlíží si je, ale sám. Rozumí běžným pokynům. Části těla neukáže. I situační porozumění, rozumí názvům barev. Dožaduje se činnosti, tahá rodiče za ruce. Má rád hru „kuk“, hraje si rád s autíčky, párkrát poslal autíčko i druhé osobě ale musí na to být naladěný, balon ho moc nebaví, líbí se mu lego, dřevěné vkládačky. Manifestuje se manipulační hra, předstírací hra, zatím moc ne. Hračky po sobě neuklízí, ale rád podává nádoby z myčky, hraje si s čivavou, kočkami, hladí je. Na zavolání jménem se otočí 50:50.

Sluchová a řečová percepce je na úrovni 18 měsíců. Otočí se za zvukem, reaguje na jméno, pozná oblíbenou znělku, splní jednoduché situační pokyny, líbí se mu dětské hříčky, předvede s maminkou “indiána“, “řezání“ apod.

Řečová exprese je na úrovni 11 měsíců. Chlapec víská, žvatlá, občas je patrný náznak slabik, dle rodičů zvládá 3 slova s významem. Dokáže vyjádřit nesouhlas.

Neverbální komunikace se vývojově pohybuje mezi 15. – 18. měsícem. Oční kontakt je krátkodobý, ale je schopný i modulovaného očního kontaktu. Byly zachyceny i menší mimické projevy. Nechá se od maminky polechtat a líbí se mu to (směje se), provokuje, vezme druhou osobu za ruku či použije ruku druhého, když něco chce, dožaduje se pomoci.

V sociálním vývoji se manifestují typické symptomy autismu. Cizí lidi ignoruje, žárlí, když nemá maminku pro sebe, snaží se upoutat její pozornost, vystrkává druhou osobu pryč, provokující oční kontakt, zkouší hranice, kontroluje maminku, zda ho sleduje. Má radost z pochvaly. Když ho něco bolí, hledá útěchu u rodičů. Zatím nenapodobuje po dospělém činnosti s předměty. Na děti v jeslích kouká, pozoruje, ale hraje si zatím sám. Zatím se moc nepoznává na fotce či v zrcadle. Vymezuje vlastní vůli, vzdoruje.

Ne vždy se dívá na věc, kterou by chtěl, někdy i reciprocita, kouká na tyčinky, které chce a pak na mámu zpětně. Spontánně moc nenavazuje sociální kontakt. Adaptuje se pozvolna.

Abstraktně vizuální percepce je taktéž narušena. Na tabletu ukazuje obrázky a přiřazuje barvy bez obtíží. Tvary do desky nevloží (ne, že by to nezvládl, ale nechce se mu), obdobně je to i s tříděním barev. Očima vyhledává předmět, který hodně chce. V březnu 2017 skládá z části jednotlivé geometrické tvary.

Závěr z vyšetření – březen 2017

Ze sledování od vstupního vyšetření nedošlo k zásadním změnám ve vývoji. Začaly se více projevovat symptomy typické pro poruchu autistického spektra. Jedná se tedy o dítě s narušeným vývojem řeči při diagnóze dětský autismus.

Pro obtížnější spolupráci a nestabilitu výkonů nelze zatím spolehlivě stanovit vývojovou úroveň u abstraktně vizuální percepce a v důsledku toho nelze zatím porovnat korelaci verbální a neverbální oblasti psychomotorického vývoje.

Celkově je psychomotorický vývoj opožděný. Vývoj řeči je narušený s deficitem v oblasti řečové percepce, exprese i neverbální komunikace a pragmatiky.

Byla doporučena edukace rodiny v komunikačních strategiích a režimových opatřeních, poradenství, stimulace psychomotorického vývoje dle dosažené vývojové úrovně jednotlivých oblastí. Dále je třeba dbát na chlapcův pravidelný denní režim s podpůrnou vizualizací (sledu jednotlivých aktivit, kde je jasně vymezené, že každá aktivita má svůj začátek a konec).

Při komunikaci s chlapcem omezit okolní rušivé zvuky, nejprve navázat kontakt neverbálně, hovořit pokud možno tváří v tvář pomalým tempem, užívat krátká sdělení (max. 2-3 slova) s výraznější intonací, eliminovat synonyma (neužívat více variant pojmenování pro jednu věc), na podporu porozumění používat běžná jednoduchá gesta a případně fotky. Nezbytné je vždy ověřit, zda Matyáš rozumí. Nenutit jej do řeči případně mu poskytnout dostatek času na odpověď. Vhodné je slovo po chlapci zopakovat, nikoli však za účelem opravování, ale naopak modelování – poskytnutí správného modelu slova a zpětnou vazbu. Je třeba podporovat neverbální komunikaci.

Veškerá stimulace musí být nenásilnou hrou a vycházet z aktuálního zájmu chlapce. Stimulovat imitaci (nápodobu), hru, naslouchání řeči.

Vhodné je sledovat zájem dítěte, postupně se přidat k jeho hře – jednoduše komentovat (pojmenovávat), využít následně i obrácené imitace.

Pracovat s chlapcem po kratších úsecích – zadání musí být stručné, jednoznačné, jednotlivé úkoly zadávat postupně – zadávat pouze jeden úkol, počkat až ho chlapec splní, a pak teprve zadat další. Důležitá je včasná zpětná vazba, postupně využívat vhodný motivační systém odměn.

Všechny činnosti předkládat přes názor, využít kvalitnějšího zrakového vnímání a celkově multisenzorického přístupu.

Pro stimulace komunikace, reciprocitu a sociálního vývoje lze využít metodu O. T. A.

Zpráva z dětské klinické psychologie

Chlapec byl vyšetřen v ambulanci v přítomnosti rodičů i bez nich. Zároveň byl pozorován opakovaně v rámci denního pobytu.

Matyáš je tichý chlapec, zabaví se různými činnostmi, které střídá a nelíbí se mu, když je má ukončit. Oční ani sociální kontakt nenavazuje. Při vyšetření prvky struktury odmítá, ačkoli v DP s nimi pracuje pěkně – pravděpodobně se uplatňuje vliv změny prostředí a prodloužené adaptace. Celkově nelibě nese řízenou činnost a změnu aktivit. Opakovaně pak reaguje pseudoagresivně (štípání, kousání, škrábání) a křik – je zjevné, že toto chování má komunikační charakter (pokud mu ustoupím, ihned se uklidní). Pochvala má minimální efekt, reaguje spíše na odměnu. V průběhu vyšetření nemluví.

Občas si notuje nějakou melodií, situačním pokynům většinou rozumí, na zavolání se neotočí. Nelibě nese hlasité a nečekané zvuky. Přetrvává mírná salivace (z levého koutku).

V přítomnosti a pod vedením maminky pracuje lépe a déle. Činnosti také odmítá, ale nechá se přesvědčit k dokončení dané činnosti. Není agresivní – respektuje zákaz.

Nesouhlas vyjadřuje křikem, když na křik maminka nereaguje, přijde se k ní tultit – zjevně je schopen modifikovat vyhýbavé strategie. Když matka trvá na dokončení úkolu, je schopen ho dokončit.

Z vyšetření Gesellovými vývojovými škálami:

Adaptivita (vývojově odpovídá cca 24. – 30. měsíců) staví komín z 9 kostek, po předvedení uklidí kostky do kelímku. Vloží tvary do desky, rotaci se nepřizpůsobí – vytrvale si desku otáčí do původní polohy. Napodobí kruhový tvar, zkusí ho vybarvit.

Jemná motorika (cca 24. - 30. měsíců). Při činnostech střídá obě ruce. Peletky vyndá po jedné, nevysype je, vkládá je celou hrstí, ale pokud je dostává po jedné, pak je schopný je vkládat po jedné. Opakovaně užívá pěst'ový úchop. Je velmi zaujatý kreslením – pracuje pomalu, spontánně kruhové čmárání se snahou o vybarvení. Rád si vyskládává použité pastelky na papír.

Hrubá motorika (cca 24. – 30. měsíců) chodí samostatně, často po špičkách. Stoj na jedné noze či poskok cíleně nepředvede. Po schodech jde s držením za ruku – střídání i přisunování nohou.

Receptivní řeč (cca 15. – 18. měsíců) rozumí situačním pokynům, reaguje na jednoduché pokyny. Ve známém prostředí reaguje na oslovení.

Expresivní řeč (cca 10. – 12. měsíců) – řeč komunikačně neužívá, ojediněle adekvátně použije jednoduché slovo (HAJÍ, HAM, JO), pak ho ale nezopakuje.

Sociální chování (cca 9. – 12. měsíců). Oční kontakt nenavazuje – ojediněle se dívá koutkem oka. Když něco chce – vede ruku psycholožky (např. když přestanu kreslit kruhy, vede mi ruku, abych pokračovala, bez očního kontaktu či gest). Když chce odejít od stolu, přitáhne si mě a sleze po mě (opět bez očního kontaktu, využije mě jako stoličku). Sociální kooperativní hru nepřijme – kutálí si míčem sám, nepošle ho zpět.

Nabízené hračky ho příliš nezaujmou, více zaujatý je např. madly od skříně. Nechá mě připojit se k jeho hře – pouze pasivně. Zasahování do hry nese nelibě, odmítá ho. Pokud se mu něco líbí – opakovaně s tím manipuluje, exploruje, případně zkouší předměty roztáčet nebo jimi ťukat o sebe. Funkční hra nezaznamenána.

Z rozhovoru s rodiči: V domácím prostředí má strukturovaný výchovný přístup, matka se snaží být důsledná a trvat na svých požadavcích. Řízené činnosti doma vždy s odměnou a limitací. Matyáš se obléká a jí s dopomocí. Sám si sundá jen boty a ponožky. Jí lžící – patrné posuny po nasazení medikace. Začal lépe jíst.

Oblíbil si tablet – překvapivě rychle se na něm naučil, když tuto dovednost získal, pomalu o něj začal ztrácet zájem.

Rodiče udávají sociální a řečový regres v raném věku – po očkování Priorixem prudká reakce – nechutenství, plačtivost, změny v chování, vzdorovitost, postupně vymizelo cca 5 slov, která do té doby ještě užíval.

Závěr: Dětský autismus suspektně středně funkční.

DOPORUČENÍ: Zařazení do běžné MŠ pouze s IVP a asistentem pedagoga (předpokládaný stupeň PO – 4). Nezbytný je specifický výchovný a vzdělávací přístup – strukturované prostředí, dodržování režimu, respektování stereotypů a potřeb chlapce, práce s odměnou a motivací, zamezení agresivním projevům, podpora plynulého začleňování mezi ostatní děti. Pokud by se stav chlapce nelepšil, bude vhodná speciální MŠ, příp. denní pobyt v Demosthenu. V centru pokračující klinicko-logopedická a psychologická péče, nadále služby Rané péče. Je vhodné kontaktovat sdružení APLA Severní Čechy, využívat jejich služeb pro rodiny s dětmi s PAS.

Fyzioterapie

Chlapec při vyšetření nespolupracoval, vyšetření proběhlo pouze v aspekci. Míč nechytí, nehodí, ani do něj nekopí. Na jakoukoli činnost, kterou po něm fyzioterapeutka chtěla, reagoval tak, že jí štípl do stehén. Z pozorování nejsou patrné patologie v hrubé motorice, ani postuře. Hrubá motorika a celkově vývoj odpovídá věku dítěte. Chodí často po špičkách. Chlapec je na úrovni 3 let, tedy v normě. Nemá vadné držení těla ani jiný problém.

Doporučení: Rozvíjet chlapce přirozenou formou pohybu.

Zpráva z ergoterapie

Vyšetření proběhlo několikrát v rámci docházky do Denního pobytu. Terapeutka vychází opět více z pozorování, protože podrobnější vyšetření bylo obtížně proveditelné.

Jemná motorika: V ambulanci si předložené hračky prohlížel, točil s nimi. Zaujal ho hrací hrnec, opakovaně mačká knoflík, ačkoli zvukové hračky dle pozorování z denního pobytu nemá rád. Přizpůsobí rotaci, pokud mu nejde tvar vložit do zářezu. Vyndá paletky ze zasouvačky, přiřadí základní geometrické tvary. S dopomocí postaví komín z velkých kostek Dupla. Nezvyklé materiály jako např. terapeutická hmota, dětská krupička aj. M. nevdá. V ambulanci zapojoval častěji levou ruku, drobné předměty uchopuje špetkovým nebo pinzetovým úchopem. Když mu činnost nejde, vede ruku druhého, v jiných případech si nepřeje, aby mu dospělý do činnosti jakkoli zasahoval.

Grafomotorika: Tužku uchopí palmárně s palcem nahoru střídavě oběma rukama, v průběhu kresby přendá pastelku do prstů. Kresba na úrovni čmáranice, napodobí kruhový tah. Na začátku kresby slabý přítlak na tužku, který postupně zesiluje.

Hra: Popojíždí autem, má rád vkládačky, hračky po sobě uklízí. Počátky konstruktivní hry.

Závěr: Opožděný rozvoj jemné motoriky.

Doporučení: Jemně, ale důsledně podporovat rozvoj sebeobsluhy a jemné motoriky. Při rozvoji grafomotoriky nabízet i další materiály (např. vodové barvy, voskovky), využívat kresbu na velikou plochu.

Zpráva z pobytu v denním stacionáři Demosthena – červen 2017

Za účelem diagnostického pobytu v Demosthenu byl chlapec vyšetřen interdisciplinárním týmem odborníků, kteří došli ke stanovení diagnózy a tou je **středně funkční dětský autismus v kombinaci s poruchou pozornosti**.

Nelze přesně určit chlapcovu vývojovou úroveň. Dílčí výkony dosahují až k 30. měsíci, ale nedovede je samostatně efektivně používat. Funkční úroveň chlapce odpovídá cca 18. měsícům věku – pásmo lehké mentální retardace.

Občas mívá negativní afektivní projevy vázané zejména na potřebu efektivně komunikovat s okolím, které jsou aktuálně usměrnitelné. Chlapec dobře reaguje na strukturu, je otevřený alternativní komunikaci.

Matyáš nastoupil do denního pobytu (DP) 5. 6. 2017 na měsíční diagnostický pobyt. Docházel do skupiny se strukturovaným způsobem vedení na základě TEACCH programu.

Strukturován je zde prostor, čas i samotné činnosti a je kladen důraz na vizualizaci. Dle předností dítěte je využíváno i ostatních vjemů, např. sluchu, hmatu.

Chlapec si nové prostředí nejdříve prohlížel, rodiče nesháněl. Zaujala ho auta a také fotografie kamarádů. Zkoumal obrázky a předměty na časovém rozvrhu (liště) dětí. Chvillemi relaxoval běháním po prostoru – převážně po špičkách. V některých situacích si pobrukoval. Když se ho paní učitelky snažily někam nasměrovat, tak začal na protest křičet, uhodil se hlavou o zem, zkoušel štípat, škrábat. Po pominutí nátlaku se zklidnil. Když přišla maminka, poznal jí po hlase a projevil radost. Druhý den měl již dle metody pro orientaci rozmístěny své fotografie, na kterých se poznal a projevil spokojenost.

Jako symboly činnosti pro něj zvolili předměty, aby mohl při získání informace kromě znaku využít i hmat. Začal používat své místo u stolu, zorientoval se i v šatně. První reakce na strukturu byla tedy pozitivní. Dá se říct, že jeho nástup do denního pobytu proběhl bez dlouhého adaptačního procesu.

Přítomnost ostatních dětí při hře kolem sebe snese chlapec poměrně dobře, ale je radši, když má u sebe i dospělého, kterého vezme za ruku a dá najevo, že by chtěl, aby si vedle něj dospělá osoba sedla.

Má rád fyzický kontakt, který však probíhá zvláštním způsobem – válí se po dětech, někdy je štípne či kousne, jako kdyby dotyčného zkoumal hmatem i ústy. V tomto směru potřebuje v kontaktu podpořit, ale také neustále hlídat. Bere kamarádům z ruky hračky, prohlédne si je, ale dále si s nimi nehraje. Stavby zatím jen boří nebo rozebírá. Při individuální práci u stolku ho zaujala modelína, kterou válel, zkoušel z ní udělat placku, důlek do kuličky apod. Tato činnost ho zaujala skoro na půl hodiny. Se zájmem kreslí na papír, má-li k dispozici pastelky, střídá barvy. Hraje si s dětským nádobíčkem (dá na talířek rohlík, dává napít panence...).

Hraje si s kostkami, prostá manipulace bez záměru. Na jméno zatím nereaguje. Opakovaně zaznamenány stereotypy - točí se kolem své osy s kostkou a upřeně se na ní dívá. Žvatlá, brouká, hraje si s hlasem. Na verbální pokyn prakticky nereaguje.

Koncem prvního týdne již vydržel sedět při komunikačním kruhu, dovedl krátce zaznamenat obrázky dopravních prostředků, ale dál s nimi pracovat nechtěl. Líbí se mu rytmizace (pouze však tleskání a mluvená říkadla), výraznější zvuky a vysoké tóny snáší špatně, proto se mu nelíbila hra na žádné rytmické hudební nástroje, zpívání, ani akustické hračky. Zacpává si uši, když některé z dětí křičí nebo brečí.

Dobře reaguje na výrazná komunikační gesta, např. POJĎ SEM, ZÁKAZ, DOMŮ, ČEKEJ a má předpoklad porozumět dalším. Gesto „zákaz“ se v DP naučil poměrně rychle (zájem o neverbální komunikaci). Méně často reaguje na svoje jméno.

Komunikuje několika svými vlastními gesty, někdy očima. Také jeho protestní „vzteky“, křik, štípnutí mají komunikační charakter. Tyto nevhodné formy komunikace by bylo potřeba pomocí budování alternativní komunikace cíleně usměrňovat.

Zatím nosí stále pleny, při oblékání nastaví nohu, ruku. Sám si zkouší svléknout některé části oděvu, např. ponožky.

V průběhu měsíce v DP začal používat samostatně lžici (ruce zatím střídá). Potřebuje toleranci při změně pořadí jídel – nejdříve druhé jídlo, pak polévku – poté sní vše. V opačném případě již druhé jídlo nechce. Pije z lahve s pítkem, umí pít vodu i přímo z kohoutku.

Byly zaznamenány časté stereotypy, rituály a nezvládá náhlé změny prostředí ani činností. Např. při cestě na hippoterapii nechtěl nastoupit do autobusu, protože je zvyklý jezdit autem, a na místě pak zase nechtěl vystoupit.

Jakýkoli kontakt se stájí a koni odmítal, chtěl se vrátit zpátky do denního pobytu. Při vycházce do parku ulpíval na stejném místě u vody a nikdy se nechtěl vracet stejnou cestou zpátky. Upíná se na detaily ať při výběru hraček či samotné hře, kde jsou také přítomné rituály. Prostřednictvím rituálů také relaxuje – chodí po špičkách a k tomu si přizvukuje opakovanými slabikami a potřepává rukama. V takový moment je uzavřený do sebe a nevnímá. Předměty a děj kolem sebe často sleduje periferním pohledem, samotný oční kontakt je krátký a nemá hloubku.

Rád chodí bosky po koberci, ale i v tomto případě se staví na špičky a dokonce je schopný chodit téměř po palcích. Střídají se u něj chvíle, kdy je mazlivý a více vnímavý, s chvílemi, kdy je naprosto uzavřený ve svém světě.

Momentálně jsou u chlapce vidět změny v oblasti sociálního vývoje i komunikace a vnímání, na druhou stranu jsou patrné i stereotypy a rituály. Na základě pozorování lze říci, že chlapec splňuje všechna 3 kritéria pro diagnózu PAS. Dobře reaguje na strukturu a je otevřený alternativní komunikaci. Důležité je individuální vedení, struktura jeho prostoru, operativně kdekoliv, co nejvíce vizualizovat – užívat názorné předměty, gesta. Na konci pobytu i lépe reagoval na své jméno.

Denní pobyt byl pro chlapce jednoznačně velkým přínosem. Rodiče se momentálně snaží najít vhodnou MŠ v místě bydliště. Je nezbytné, aby měl chlapec asistenta pedagoga v rámci podpůrných opatření 4. stupně.

Návrhy dalšího postupu

Byla dohodnuta péče v rámci pracovišť centra Demosthenes. Nadále bude docházet do ambulance klinické logopedie, rané péče, dětské klinické psychologie a SPC.

Nezbytné je individuální vedení, struktura jeho prostoru operativně kdekoliv, co nejvíce vizualizovat – používat názorné předměty, užívat gesta. Přizpůsobit se dítěti v obráceném pořadí jídla – nejdříve hlavní jídlo, potom polévka. V terénu počítat s neodklonitelností chlapce od vody. Je vhodné střídát trasy, nevracet se stejnou cestou.

Dodržovat režim, respektovat stereotypy, pracovat s odměnou a motivací, zamezit agresivním projevům, podporovat plynulé začleňování mezi ostatní děti.

Vzhledem k přání rodičů zkusit běžnou MŠ v místě bydliště, je nezbytný stupeň podpůrných opatření a asistent pedagoga. Pracovníci MŠ v místě bydliště mohou využít možnost navštívit denní pobyt Demosthena za účelem získání praktických postupů. Stejně tak je vhodné umožnit mamince, aby předvedla funkční způsoby práce s Matyášem prostředí MŠ. Optimální by bylo proškolení zaměstnanců MŠ ve specifikách práce dětí s autismem. V případě obtíží je vhodnější zařazení do třídy či školy dle §16 odst. 9 ŠZ.

Popis průběhu logopedické intervence u Matyáše a její efektivita

Léto 2017

V logopedické ambulanci je s rodiči, protože je tak o mnoho klidnější, nepláče brouká si. Točí s hračkami, palmárně palcem nahoru. Poznává maminku na fotce, ale neshání se po ní. Na fotky reaguje lépe než na předměty, ale piktogramy nechce. Struktura má pozitivní výsledky. Maminka připravuje lištu, konzultují s pedagožkou z MŠ. Lépe spolupracuje v rámci systému odměn. Častěji reaguje na zavolání jménem. V denním pobytu začal užívat některá ustálená gesta a postupně se začíná rozvíjet zájem o neverbální komunikaci. Maminka ho dopředu připravuje „terén“ v MŠ. Doma se ho snaží naučit přiřazování barev. Samostatně rozřídí 4 barvy, sám kouká, kam kostky dává. Maminka se snaží každou činnost komentovat. Skládá dřevěné skládačky z několika částí bez obtíží. Navléká korálky na hřebíky, následně je i po sobě uklidí do sáčku.

V řečové expresi užije cíleně „gaga“, když si hraje s kačenkou.

Mívá období, kdy převládá otevřená pusa, salivace i 3 měsíce. Zkouší jíst lžící, hlavně suchá jídla. Jídlo mu musí podávat obráceně, nejdřív sní hlavní jídlo a pak teprve zkouší polévku. Tomu je třeba se přizpůsobit a nenutit jej, aby jedl jinak.

Podzim 2017

Navštěvuje běžnou MŠ a má vlastního asistenta, zlepšil se jeho sociální kontakt – více si hraje s dětmi a rozumí si, z hraček má nejraději auta. Má strukturovaný režim, přechází více z předmětů na fotky. Umí poprosit o tablet nebo mlsku. Začal napodobovat maminku, například, když jí viděl se česat, sám pak vzal hřeben a česal se.

Má rád hru Barvy a tvary (Trefl), sám doplňuje s komentářem či pochvalou od maminky.

Zima 2017

Bylo provedeno vyšetření evokovaných potenciálů pomocí BERA a ASSR v celkové anestezii. Výsledky potvrdily sluch na hranici normy, ale výsledek byl trochu nejednoznačný, pouze na frekvenci 500 Hz na pravém uchu. Není indikace k jakkoli korekci sluchadly.

Do MŠ chodí rád, vždycky se tam těší, paní učitelky ho chválí, ačkoli stále nemluví. Strukturu bohužel moc nedodrží. Zatím tam nepřespává. Občas štípne paní učitelku (forma komunikace).

Motivační systém na mlsky funguje perfektně, snaží se, spolupracuje. Komunikuje tehdy, když ví, že se mu to nějak vyplatí. Naznačí PROSÍM, PROSÍM. Umí upoutat pozornost, sám si řekne, kdy něco chce, dokonce si k tomu i sám dojde. Když mu rodiče nabídnou dvě věci, sám se pro jednu umí rozhodnout. Radostně třepe rukama. Sám vyleze na židli a hraje si. Často je ve svém vlastním světě.

Má rád knížky s dopravními prostředky (auta, vlaky), hasiči. Bere tatínkovy ruce a udělá BÁC. Brouká si pro sebe. Oční kontakt je nepravidelný, nesleduje tašku ani logopedku.

Doplní barevné geometrické tvary a fialové hvězdičky do destičky. Rád jezdí s věcmi, především s autíčky, i po těle. Auto, klíče, tužka – podá tužku, klíče a auto za odměnu.

Většinou dělá věci na zemi, u stolu nevydrží dlouho pracovat a ani mu to tolik nejde. Je dobré střídat činnosti, vše komentovat a neustále ho povzbuzovat, říkat pozitiva, např. sedí krásně, ... Na zemi si poměrně dlouho dokáže hrát s auty – funkční hraní. Dříve s věcmi nejvíce “létal“ teď “jezdí“. Na zvířátka nereaguje. Naučil se házet hračky a moc se mu líbí jejich pohyb a zvuk.

Uklízí po sobě hračky, což dříve většinou nedělal.

V MŠ neustále pracují se strukturou – fotka tabletu, piktogram televize. Má režimovou lištu. Pracují s přesýpacími hodinami či minutkou. Má určité činnosti od-do. To není moc oblíbená činnost. Nejraději má tablet, ale rodiče mu určují hranice. Vedou zážitkový deník – co má ráda (jídlo, hračka...), začali také pracovat s Quiet Book, kam lepí vlaky a kola. Trénují strukturovaně neverbální úkoly.

Zkoušeli doma využít videonahrávky jednoduchých činností či funkčních her - docela se toho chytnul a napodobuje to. Spíše než na znaky reaguje lépe na vizualizované obrázky

Charakteristika současného stavu dítěte (květen 2018)

Stále nelze přesně určit Matyášovu vývojovou úroveň. Dílčí výkony dosahují až ke konci 30. měsíce, ale většinu nedovede samostatně efektivně používat. Funkční úroveň chlapce odpovídá 18. měsícům věku, z čehož vyplývá, že spadá do kategorie lehké mentální retardace. Stále přetrvává krátkodobá koncentrace pozornosti a prakticky žádný oční kontakt.

Z hlediska komunikace, rozhodně došlo od prvního logopedického sezení k velké změně. Matyáš komunikuje hezky neverbálně – užívá běžná gesta, ukáže, co chce, případně vezme dospělého za ruku a dovede ho. Vystačí si tedy s neverbální komunikací, mluvenou řeč prakticky nepotřebuje. Rozumí běžným pokynům i mimo situaci. Nacvičují imitaci. Rodiče i ostatní osoby, které o Matyáše pečují, s ním pracují na základě systému odměn, který přináší pozitivní výsledky.

Komunikační strategie: Krátké věty, nejlépe jednoslovné doprovázené gestem nebo názornou ukázkou. Dát mu čas na jakoukoli odpověď, i neverbální, do ničeho ho nenutit a celkově na vývoj netlačit. Podstatnější než správná artikulace je obsahová stránka řeči, tedy aby uměl vyjádřit sdělením myšlenku.

Není dobré ho opravovat a výslovnost jakkoli korigovat. Je nezbytné ho neustále kontrolovat, zda chlapec rozumí tomu, co mu kdo říká. Je tedy třeba dítě neustále stimulovat v oblasti řečového porozumění, momentálně trénovat odpovědi na otázky kde (např. kde jí, kde plave), jednodušší předložky a přídavná jména. Propojí-li se stimulace sluchové percepce s motorikou, bude mít terapie lepší výsledky. Zároveň je třeba terapii zaměřit i na stimulaci grafomotoriky, imitace a dalších oblastí.

Aktuálně Matyáš funguje hezky na struktuře.

Při rozvoji sociálních dovedností postupovat dle Intervenční metody O. T. A. Dávat dítěti dostatek podmětů pro rozvoj motoriky, a to především jemné motoriky a taktilního vnímání. Například zkoušet různé povrchy, nejprve na ruce, později třeba i na obličeji.

Nezbytně potřebuje pomoci v oblasti sebeobsluhy a pohybu. Je třeba ho vést k základním hygienickým (stále nosí pleny) i pracovním návykům.

Celkově je potřeba pokračovat v stimulaci psychomotorického vývoje, který je stále do velké míry opožděn.

Z aktuálního vyšetření klinického psychologa

Dle Gesellovy vývojové škály nedošlo u dítěte od posledního vyšetření k zásadnějším změnám, přesto je však patrný posun.

Adaptivita odpovídá zhruba 24. - 30. měsícům. Nechce napodobovat, nabízený materiál se dlouho a pečlivě prohlíží. Pokud se s daným úkolem již setkal, plní ho, ale spontánně.

V **jemné motorice** došlo k progresu. Momentálně je na úrovni 30 měsíců. Při činnostech stále střídá ruce, dominantnější je levá. Pinzetový úchop při práci s peletkami, tužku drží v pěstičce. Postaví komín z 9 kostek, po předvedení uklidí kostky zpět do kelímku. Vloží tvary do desky, rotaci se přizpůsobí. Hrubá motorika je na stejné úrovni, ale už si je jistější a chodí samostatně, často po špičkách.

Receptivní řeč se stále pohybuje mezi 15. – 18. měsícem. Matyáš rozumí situačním pokynům a mnohem lépe reaguje na oslovení jménem než, jak tomu bylo před půl rokem. Řečová exprese je stále na úrovni 11 měsíců, komunikačně řeč nevyužívá, pouze určité zvuky a ojediněle jednouchá gesta, například “prosím“.

Případně vede ruku dospělého, ale bez očního kontaktu. Doma naopak, když něco chce, užívá upřený oční kontakt, v krajní nouzi někdy využije komunikační obrázek.

Vývoj **sociálního chování** se stále pohybuje v rozmezí 9. – 12. měsíců. Více se teď mazlí a vyžaduje tělesný kontakt. Převažuje explorativní a destruktivní hra. Funkční konstruktivní hra je spíš naučená aktivita a doma funguje za odměnu. Vystačí si sám a bez herního partnera se obejde, ale zvládne si hrát i s dalšími dětmi. Nemá rád, když mu do hry kdokoli zasahuje.

Během posledních 6 měsíců došlo celkově ke kvalitativnímu posunu. Kromě již zmíněného došlo k omezení pohybového neklidu, má větší zájem o předměty, také došlo k posunu v oblasti funkční explorační a vymizení velké části stereotypů.

Matyáš vyžaduje specifický vzdělávací přístup, který zahrnuje strukturované prostředí, dodržování pravidelného denního režimu s podpůrnou vizualizací, respektování stereotypů, práce s odměnou a motivací. Činnosti překládat po dílčích krocích, dát mu dostatek času. Zároveň je dobré činnosti střídát a prokládat je odpočinkem.

Denní pobyt přinesl jen velice pozitivní výsledky. A chlapec popošel na své cestě za úspěchem o něco dál. V běžné mateřské škole to přestal zvládat, i přes pomoc asistenty pedagoga, proto se rodiče rozhodli pro speciální mateřskou školu, která se na děti s PAS zaměřuje. Chlapec je zde spokojenější, velice rychle se adaptoval, avšak neobjede se bez asistenta.

Stále se otáčí okolo vlastní osy a chodí po špičkách. Začal po sobě uklízet hračky, což na začátku při první terapii vůbec nedělal. Co se týče chování Matyáš momentálně, prochází vzdorovitým obdobím. Schválně dělá něco jiného, než by měl nebo než se po něm žádá, jakmile není po jeho, tak se vzteká nebo brečí. Při logopedické terapii se chování zhoršilo, křičí, nespolupracuje a nic na něj nezabírá (ani odměna). Proto se teď zaměřují se na zmírnění agresivních projevů.

Případová studie II

Pohlaví: Chlapec

Jméno: Kryštof

Datum narození: březen 2014

Diagnóza: F84.0 – dětský autismus, F70. 0 – lehká mentální retardace

Rodinná anamnéza

Matka se narodila r. 1979, vystudovala vysokou školu ekonomickou a aktuálně je na mateřské dovolené. V dětství trpěla ekzémy, měla potíže se čtením a psaním, což vedlo podezření na specifickou poruchu učení, nicméně nikdy nebyla potvrzena. Aktuálně je zdravá, bez jakýchkoli potíží.

Otec se narodil r. 1971, má středoškolské vzdělání a pracuje jako technik lešenář. Má alergii na bodnutí včelou, jinak žádné další obtíže.

Kryštof má dohromady čtyři sourozence. Polorodá sestra ze strany otce Denisa se narodila r. 1997, je zdravá a momentálně studuje vysokou školu. Sestra Lucie se narodila r. 2001, je zdravá a studuje střední školu. Polorodý bratr ze strany matky Tomáš je narozen v roce 2009 a má diagnostikované ADHD a SPU, jinak zdravý a navštěvuje základní školu. Sestra Petra se narodila r. 2009, je zdravá, měla odloženou školní docházku, ale v ZŠ prospívá dobře. Rodina je úplná, Kryštof žije se sourozenci ze strany matky a širší rodinná anamnéza je negativní.

Osobní anamnéza

Chlapec je ze III. fyziologické gravidity. Porod proběhl spontánně záhlavím ve 39. týdnu gravidity a bez komplikací. Porodní hmotnost byla 3180g, porodní délka byla 50cm. Toxoalergický exantém, discize frenula ling. breve, ikterus neměl. V 11. měsíci prodělal chlapec rotavirovou infekci a byl na 14 dní hospitalizován. Od té doby pozorovali regresí. Alergie žádné nemá, ale trpí častými ekzémy, úrazy žádné neprodělal. Je medikován Orfirilem long.

Psychomotorický vývoj

Do 11. měsíce stál u nábytku, lezl, seděl, avšak po rotavirové infekci došlo k regresi – ležel, nestavěl se na nohy, kýval se ze strany na stranu. Samostatně začal chodit od 23. měsíce.

Vývoj řeči opožděnější, má duplicitní slabiky, věci nepojmenuje, napodobuje zvuky: PRRR (auto), CCCC (trolejbus – otevírání dveří). Kojen byl do 11. měsíce, neměl obtíže se sáním, kouše, žvýká bez problémů, ale dá si nejdřív celý rohlík do pusy a pak ho teprve postupně kouše a polyká. Dudlík měl krátce a spíše s ním házel. Plenky nosí doposud.

Je evidován v mateřské škole, kam zpočátku chodil jen společně s maminkou a na dvě hodiny, nyní zvládá dva dny v týdnu. Na děti není agresivní, ale většinou nechápe, co má dělat.

Dispenzarizace a vyšetření

Dětská neurologie: Sledován od 14. měsíců pro mikrocephalii a psychomotorickou retardaci s celkovým opožděním vývoje. Dále nevyvin řeči, pohybové stereotypie prstů, podezření na PAS, drobný habitus, axiální hypotonie, spec. ep. ložisko CT ve střední čáře (vymizení na VPA), etiologie kryptogenní, hyposedermie, atopický ekzém.

Foniatrie: Tam dochází od roku 2016 pro nevyvin řeči, podezření na PAS a nerovnoměrný vývoj. Od března 2016 reaguje na zvuky – zvukové hračky, reaktometrie potvrdila pozitivní pátrací reakce a 40dB ve všech frekvencích.

Klinická psychologie: V péči od dubna 2016. Klinický psycholog diagnostikoval poruchu F84.0 – dětský autismus a F70.0 – lehkou mentální retardaci. Tempo psychomotorického vývoje velmi pomalé, spíše stagnující, sociální reaktivita kolísavá. V současné době psychomotorický vývoj při spodní hranici LMR, je možná další deteriorace vývoje a stupně mentální retardace s ohledem na věk.

Dále je sledován i na ORL a v lednu 2016 byl na diagnostické hospitalizaci pražské Motole. Magnetická rezonance nepotvrdila žádné patologické odchylky.

Komplexní vyšetření chlapce ve věku 35 měsíců (březen 2017)

Vyšetření bylo zaměřeno na chlapcovu psychomotorickou vývojovou úroveň (dle vývojového screeningu), na jeho schopnost interakce, diferenciací diagnostickou rozvahu a analýzu anamnestických dat.

Z rozhovoru s maminkou: Od ledna 2017 začali jezdit do CTA (Centrum terapie autismu), maminka vidí efekt terapie – začal reagovat na jméno, více sociální kontakt, vyzývá ke hře, jde sám do prostoru. Má rád hudbu a to především dětské písničky, které ho uklidňují.

Když se mu něco nelíbí, začne křičet. Na změny reaguje bez obtíží a je i dobře zvyklý na cestování, protože jsou často na cestách – kratší i delší vzdálenosti vlakem, autem, zvládl i cestu do Ameriky letadlem. Zhruba do července 2016 měl potíže se spaním (na skautském táboře ve stanu), pak ale začal spát i po obědě a urovnalo se to. Od tábora chodí i po nerovné ploše (v terénu na louce). Po 5 týdnech stimulace opakování začal reagovat na jednoduché pokyny. Nezavrtí hlavou „ne“, ale udělá rukama „prosím, prosím“. Aktuálně provádí nácvik ukazování prstem – nejlépe mu to jde v knížce s písničkami.

Pokud chce pít, jíst, podat oblíbenou hračku udělá „prosím, prosím“ a ukáže tím směrem rukama. Zkoušeli i říkanku s pohybem „Koulela se ze dvora...“ – bral maminky ruce a naznačoval, aby dělala pohyb. Aktuálně je patrná větší iniciativa v komunikaci – bere druhého za ruku, natočí druhou osobu, když chce pomoci tak křičí (komunikační křik). Doma v obývacím pokoji má své místo, kde se vykřičí (maminka mu říká: „Vykřič se a pak přijď“). Poslední 3 týdny, když slyší z hlasu „Kryštofe, ne ...“ např. že nemá utíkat a zkouší to, směje se u toho, sleduje, co na to maminka. Zákazu „ne“ ale rozumí, na slovní pokyn cíleně udělá jen, co má naučené. Rozumí pokynu „kde máš boty“ – situační porozumění. Poznává oblíbenou znělku, občas se otočí na zavolání svého jména, ale cíleně tak 50:50.

Odejdou-li rodiče z místnosti a zná druhou osobu, tak zvládne separaci, v neznámém prostředí je to však obtížnější. Když začne sestra brečet, začne s ní, zřejmě jako výraz porozumění.

Rád si hraje s dveřmi, líbí se mu zvukové hračky, auta, mašinky – napodobuje jejich jízdu.

Byla zaznamenána i funkční hra, předstírací hru teprve začíná např. „dej panence najíst“ – vezme panenku a dá jí panence k puse, ale sám to nevyhledává. Napodobuje, jak táta pracuje (píše na klávesnici, kliká myší). Hází si s druhou osobou balón.

Z vyšetření: Vyšetření probíhalo za přítomnosti maminky. Při neklidu (zejména při druhém kontaktu, kdy více bojkotuje činnosti) se osvědčilo pustit na počítači dětské písničky, je pak schopen se zklidnit a navázat krátce spolupráci.

Sluchová percepce je na úrovni 18 měsíců. Poznává oblíbené písničky, aktivně se zajímá o zvukové hračky.

Řečová percepce se pohybuje vývojově mezi 12 – 15 měsíci. Začíná rozumět jednoduchým pokynům, napodobí dětské hříčky, nyní více „jak jsi veliký“, „paci, paci“, „kovej, kovej kovaříčku“ (cca od 2 let). Ukáže některé části těla (uši, pusa, nos). Převládá situační porozumění. Reaguje na zákaz „ne“.

Řečová exprese mezi 8 – 9 měsíci. Při vyšetření zaznamenáno „nanajnaj“ – na pokyn mámy „řekni máma“, „tajtajtaj“ pokyn „řekni táta“. Za odměnu dostal hru na mobilu a vrískal radostí. Systém odměn je u chlapce efektivní.

Úroveň **neverbální komunikace** se u chlapce pohybuje mezi 18 – 24 měsíci. Naváže oční kontakt, je zaznamenán modulovaný oční kontakt. Reaguje smíchem na tvář vyšetřujícího. Zatleská si, když je šikulka. Vezme mámě ruku a dá najevo, co by chtěl. Začíná se rozvíjet sdílená pozornost s kognitivní zrakovou korekcí skrz oční kontakt. Užívá gesto „prosím, prosím“.

Při vyšetření **oromotoriky** měl otevřená ústa, jazyk se plazí středem ven, orální inspirace a expirace v pořádku.

Grafomotorika 18 měsíčního dítěte. Palmární úchop, čára po papíře i mimo papír, snaží se sledovat stopu, bodové tlučení, čáry, kruhový tvar zatím nenapodobí.

Abstraktně vizuální percepce na úrovni 24 měsíců. Aktivně vyhledává schované věci, přiřazování barev nepředvede, spíše náhodně, spíše tedy nestabilní. Vloží do otvoru kruhový a obdélníkový tvar, po předvedení se začínají dařit i 3 tvary. Půlené obrázky chlapci zatím nejdou.

Závěr: Narušený vývoj řeči s nerovnoměrným vývojem CNS u chlapce s hereditární zátěží fatických funkcí ze strany matky. Nejsilnější oblastí je abstraktně vizuální percepce, která ale normy věku nedosahuje. Dle dětského klinického psychologa je chlapci diagnostikována i lehká mentální retardace. Nejslabší oblastí je verbální komunikace. Opoždění a nápadnosti v sociální interakci. Je důležité pokračovat v diferenciatní diagnostice (LMR, receptivní vývojová dysfázie, porucha autistického spektra).

Důležitá je edukace rodiny v komunikačních strategiích a režimových opatřeních, poradenství, stimulace PMV dle dosažené vývojové úrovně jednotlivých oblastí.

Pravidelný denní režim s podpůrnou vizualizací (sled jednotlivých aktivit, kde je jasně vymezené, že každá aktivita má svůj začátek a konec).

Při komunikaci s chlapcem omezit okolní rušivé zvuky, nejprve navázat kontakt neverbálně, hovořit pokud možno tváří v tvář, pomalým tempem, užívat krátká sdělení (max. 2-3 slovná) s výraznější intonací, eliminovat synonyma (neužívat více pojmenování pro jednu věc), na podporu porozumění užívat běžná jednoduchá gesta a případně i fotky. Je nezbytné vždy ověřovat, zda chlapec rozumí. Nenutit jej do řeči, popřípadě mu poskytnout dostatek času na odpověď. Je vhodné chlapci slovo zopakovat za účelem modelování – poskytnutí správného modelu slova a zpětnou vazbu. Taktéž je třeba podporovat neverbální komunikaci.

Veškerá stimulace musí být nenásilnou hrou a vycházet z aktuálního zájmu chlapce. Stimulovat imitaci (nápodobu), hru, naslouchání řeči. Vhodné je sledovat zájem dítěte, postupně se přidat k jeho hře – jednoduše komentovat, pojmenovávat, využít následně i případné obrácené imitace.

Pracovat s chlapcem v kratších úsecích – stručné, jednoznačné zadání, úkoly zadávat postupně - pouze jeden úkol, počkat až ho Kryšťufek splní a teprve pak zadat další. Důležitá je včasná zpětná vazba a postupně používat vhodný motivační systém odměn.

Veškeré činnosti překládat přes názor, využít kvalitnějšího zrakového vnímání a celkově multisenzorického přístupu. Stimulace komunikace, reciprocity a sociálního vývoje – chlapec je terapeuticky veden přímo v C.T.A.

Chlapec vyžaduje celodenní specifickou péči a intenzivní dohled, tudíž by bylo vhodnější zařazení do mateřské školy speciální, kde je menší počet dětí a asistent pedagoga.

Popis průběhu logopedické intervence u Kryštofa a její efektivita

Podzim 2017

Stále jezdí s maminkou na kurzy C. T. A. a od září chodí pravidelně do mateřské školy. Dobře reaguje na hudbu, má rád dětské písničky, fungují pro něj jako forma odměny. Na změny reaguje bez obtíží, maminka říkala, že často cestují (např. na kurzy CTA do Loun). V případě, že se mu něco nelíbí, začne křičet. Po 5 týdnech stimulace opakování reaguje na jednoduché pokyny - udělá rukama “ prosím, prosím“, když chce jíst, pít, podat oblíbenou hračku. Začal reagovat na své jméno, více se snaží o sociální kontakt, vyzývá ke hře. Je více iniciativní v komunikaci – bere druhého za ruku, když chce pomoci, tak křičí.

Má tiky hlavou, třepe rukama, občas vydává zvuky, ale je hodně veselý a usměvavý. Celkem dobrý oční kontakt, a zároveň roztěkaný.

Zvládá gesta: NENE = pohyb hlavy, HOTOVO = překřížení rukou před tělem.

Při terapii hodně pracují s barevnou sémantikou. Jedná se o barevně rozlišené kartičky na suchý zip. Podle významu i barvy je musí rozlišit a připnout na největší podkladovou kartu. V případě úspěchu se tleská, což podpoří motivaci dítěte, a zároveň využívají princip odměn – pustí se mu oblíbená písnička.

Skládá medvěda z dřevěných “ puzzlí“ na destičku.

Hra **Zajíc v pytli**, ukaž, kde je.. dej do ruky, např. lžíce, ryba, květina, klíč aj.

Leden 2018

Začal se více stydět, ale přesto dost často lumpačí. Trochu se vzteká, pláče nebo se i válí po zemi, když mu okolí nerozumí nebo když mu člověk sebere, co je jeho nebo chce. Na malou chvíli je schopen udržet oční kontakt, např. když o něco žádá.

Stále chodí po špičkách, ačkoli se ho maminka i v MŠ snaží srovnat. Doma procvičují porozumění běžným pokynům, kdy funguje na systém odměn.

Momentálně 2 úkoly a následuje odměna – např. udělej dva úkoly a pak dostaneš vláček (ten si v poslední době hodně oblíbil). Škubne rukama (typicky autistický rys) a mívá časté spazmy, vidí-li něco oblíbeného, snaží se učit, aby to nedělal.

Na výzvu celkem spolupracuje, podá mamince, co žádá. Oblékne se skoro už bez dopomoci. Základní příkazy chápe. Pracují se systémem kartiček. Přiřadí kartičky. Doplní dřevěné tvary do desky, pak logopedka zakryla obrázky v desce, zda tvary skutečně pozná či nikoli. Nečiní mu to potíže. Reaguje lépe na dopravní prostředky než na zvířata (děti s PAS mívají dopravní prostředky hodně v oblíbě). Sám si doma řekne o pití i bez použití kartičky. Systematické učení se ukázalo jako efektivní. Pracují na imitaci, např. vezmi tužku a odnes jí na stůl. Snaží se i o kombinaci pokynů. Složí puzzle o 3-5 dílcích, zkouší i náročnější, moc rád si puzzle prohlíží.

Má rád hry na tabletu a PC, takže se s tím snaží doma pracovat, ale nesmí na tom trávit příliš mnoho času.

V MŠ tráví 2 dny v týdnu, kdy dopoledne má k dispozici asistentku. Třikrát týdně dochází na terapii.

Vydá ze sebe nějaké zvuky, co se slov týče tak např.: „titititi“ „etě“ „mňam“ „ne“ „jo“ „a“= ano. Zkouší vyjádřit banán, ale zatím zvládá jen „ba“.

Při terapii se aktuálně soustředí na strukturované úkoly a práci s odměnou. Dělá úkoly na percepci pojmů, cvičí půlené obrázky a přiřazování obrázků s pojmenováním.

Důležité je podporovat neverbální komunikaci, dále využívat vizualizaci a pojmy přidávat po jednom. Právě je na úrovni určitého mezistupně mezi sebeobsluhou a verbálním sdělením.

Charakteristika současného rozvoje dítěte (květen 2018)

Logopedická péče stále probíhá nejen v ambulanci klinické logopedie a doma, ale také v prostředí mateřské školy speciální, kam chlapec chodí dvakrát až třikrát týdně dopoledne. V MŠ má vypracovaný individuální vzdělávací plán a asistenta pedagoga, který se snaží chlapce v komunikaci maximálně podporovat. Dojíždí na intenzivní terapii autismu do C.T.A. v Praze, založenou na principech ABA terapie.

Kryštof rozumí již lépe pojmům a na verbální pokyn podá obrázky. Snaží se posilovat oční kontakt, který je od první terapie výrazně lepší a také neverbální komunikaci. Je otevřený alternativní komunikaci. Aktuálně se logopedická terapie soustředí na stimulaci sluchové percepce pomocí aplikací na tabletu, což Kryštofa velice baví. Dále přiřazují obrázky k výrazům a snaží se zacílit pohyb. V rámci jakékoli spolupráce funguje hezky na systém odměn, ať už ve formě mlsky nebo přehrání oblíbené písničky.

Strategie pro stimulaci komunikace: Při komunikaci se snažit upoutat chlapcovu pozornost, hovořit na něj tváří v tvář a také omezit rušivé akustické podněty jako je hrající televize, rádio či více mluvčích najednou. Užívat krátká jednoduchá sdělení, doplněná gesty, popřípadě obrázky pro podporu porozumění. Neužívat synonyma a věci pojmenovávat pořád stejným výrazem, aby to chlapce zbytečně nepletlo. Pojmy je vhodné po Kryštofovi vhodné opakovat, ne za účelem opravování, ale naopak poskytnutí správného mluvního vzorce. Ověřovat zda chlapec všemu rozumí, ale na verbální projev netlačit, nenutit jej do řeči.

Chlapec potřebuje pravidelný režim s podpůrnou vizualizací, jak v domácím prostředí, tak ve školce. Je důležité, aby byly aktivity jasně vymezené.

Ve všech oblastech je třeba vycházet ze současné úrovně psychomotorického vývoje dítěte, nesnažit se opožděný vývoj jakkoli dohnat. Chlapce stimulovat formou nenásilné hry, vycházející z jeho současného zájmu. Stimulovat nápodobu, hru a také naslouchání řeči.

Pracovat s chlapcem v kratších úsecích na základě jasného, jednoznačného zadání a jednotlivé úkoly zadávat postupně. Po splnění úkolu dát chlapci zpětnou vazbu.

Tak jako u Matyáše, i u Kryštofa je potřeba pokračovat v stimulaci psychomotorického vývoje a sociálního vývoje.

Z aktuálního vyšetření klinického psychologa

O nabízené předměty nejeví moc zájem, je zvyklý pracovat zásadně jen za odměnu. Stále je patrné, že má problémy s nápodobou, první úkol nějak splní a dále pak perseverační opakuje stejné řešení.

Byly provedeny 3 subtesty (Skládky, Situace a Mozaiky) z neverbálního subtestu SON-R, v němž chlapec podal výkon na úrovni 2 letého dítěte.

Zhodnocení psychomotorického vývoje dle Gesellovy vývojové škály:

Hrubá motorika odpovídá 3 letem, adaptivita pak 2 ročnímu dítěti a ojediněle plní úkoly pro tříleté dítě. Postaví komín z 10 kostek, kostky postaví i do řady a následně i uklidí do hrnku. Dá tvary do desky správně, a to i po otočení. Čmárá, tužku drží v prstech, ale úchop je nestálý. Barvy nerozlišuje.

Řeč je na úrovni 7. – 8. měsíce věku, minimální posun. Dosud nemluví, vysloví některé samohlásky, slabiku “TATATA“. Maminka se s chlapcem domluví. Zlepšilo se porozumění řeči a na řadu verbálních pokynů doma hezky reaguje. Na základě vlivu terapie je naučený, že když něco chce, musí se po dané osobě podívat.

Sociální chování odpovídá dvou až tříletému dítěti. Nají se sám lžičkou, i když vše okolo něj je umazané. Z hrnečku se sám nenapije, nicméně už ho alespoň neodmítá. Stále nosí pleny. Zvládne se svléknout sám, k obléknutí potřebuje dopomoc.

Maminka vidí velké pokroky, především v oblasti porozumění, např. na pokyn – otevři dveře, otevře dveře. Zlepšení vidí i v chlapcových pracovních návycích. Aktivní řeč spíše stagnuje. V **sociálním kontaktu** jsou patrné nápadnosti, spolu se zvýšenou úzkostností a potřebou rituálů.

Je vidět, že intenzivní terapie autismu má pozitivní výsledky, nicméně oblast komunikace je stále narušená, stejně tak sdílená pozornost.

Aktuálně odpovídají Kryštofovy schopnosti a dovednosti dvouletému dítěti při psychologickém věku čtyř let.

5.2. Komparace a shrnutí výzkumného šetření

Narušení komunikační schopnosti u dětí s autismem znamená deficit jedné, ve většině případů několika jazykových rovin, a to především roviny pragmatické. Na základě případových studií je patrné, že je narušen vývoj v podstatě všech rovin.

Dítě s PAS se obvykle zpočátku vyvíjí jako každé jiné dítě. Po rozvoji prvních slov, však dochází ke stagnaci vývoje a později pak dokonce regresi, v mnoha případech k úplné ztrátě verbálního projevu, což je případ Matyáše.

Druhou nejčastější možností je dítě, které má určitou formu verbální komunikace zachovanou, ale rozvoj řeči je hodně opožděný. To je pro změnu případ Kryštofa. Je tedy jasné, že u obou chlapců je narušeno více jazykových rovin současně. Lexikálně-sémantická rovina se zabývá slovní zásobou a jejím rozvojem. Prakticky veškerá Matyášova slovní zásoba je pasivního charakteru. Zpočátku si budoval aktivní slovní zásobu, nicméně pak došlo k velkému regresi, který je pro PAS typický. Momentálně se dorozumívá především prostřednictvím mimiky, výrazu obličeje, pohledů, pohybů či třeba pláče. Kryštof má vybudovanou aktivní slovní zásobu, ale velice omezenou. Oba se jí stále snaží prostřednictvím obrázkových materiálů, audiovizuální techniky, běžných i speciálních programů v počítači či aplikací na tabletu aj. Logopedka i rodiče využívají metodu korekční zpětné vazby

Morfologicko-syntaktická rovina je jedna z nejvíce narušených rovin. To souvisí s faktem, že oba chlapci nejsou na stejné úrovni, jako je jejich biologický věk. Tudíž nemůže v současnosti v této rovině dojít k většímu progresu. Patrné je i narušení ve zvukové stránce řeči, tedy fonologicko-fonetické rovině, které byla dříve u dětí s PAS věnována primární pozornost.

Rozvoj pragmatické roviny je závislý na rozvoji užívání nejen mluvené řeči v praxi a na sociálním kontextu. Vzhledem k tomu, že Matyáš komunikuje už prakticky jen neverbálním způsobem, nelze úroveň této roviny příliš dobře posoudit. Chlapec je však schopný neverbálně pozdravit, poprosit či říci děkuji. Přestože Kryštof je schopný určitého verbálního projevu, i u něj je pragmatická rovina do velké míry narušena, protože jak jsem již dříve zmínila, v jeho případě je rozvoj verbálního projevu velice pomalý.

6 Zhodnocení naplnění cílů empirické části bakalářské práce

Výzkumné šetření bylo založeno na 17 měsíčním pozorování respondentů v rámci logopedické terapie v ambulanci klinického logopeda. Hlavním cílem empirické, tedy výzkumné části této práce bylo **zmapování průběhu a efektivity logopedické intervence u dětí s dětským autismem**. Na základě výše uvedeného lze konstatovat, že hlavní cíl bakalářské práce byl naplněn. V případových studiích je nastíněn průběh každé terapie s daným respondentem a její efektivita, tedy jaké přinesla výsledky s každou další logopedickou intervencí. Ačkoli pokroky v komunikaci obou chlapců nejsou na první pohled nijak velké, je patrné, že logopedická intervence má u obou dětí pozitivní výsledky.

Zároveň byl naplněn první parciální cíl, jímž byl **popis individuálního rozvoje respondentů** od počátku logopedické intervence do současnosti. Tento cíl byl naplněn taktéž v rámci případových studií v podkapitole 5.1. Každá případová studie byla mimo vlastní poznatky z pozorování také doplněna o zprávy z logopedického, psychologického, popř. dalšího vyšetření.

Dalšími dvěma cíli byla analýza **současného rozvoje jazykových rovin** obou respondentů a také **souhrn užívaných pomůcek v rámci jejich terapie**. Analýza jazykových rovin v kapitole 5.2. potvrdila, že u dětí s dětským autismem jsou do určité míry narušeny všechny roviny současně a nejvíce rovina pragmatická. K jejich rozvoji a celkově stimulaci psychomotorického vývoje jsou u obou dětí mimo jiné využívány různé obrázkové materiály, vkládací a skládací hry, audiovizuální technika, běžné i speciální programy v počítači či aplikace na tabletu aj. Klinická logopedka, rodiče a všechny osoby, jež o děti pečují, využívají principy strukturovaného učení a metodu korekční zpětné vazby.

Výše uvedená analýza jazykových rovin potvrdila, že pokroky autistických dětí v rozvoji komunikace jsou zcela individuální a nemusí být patrné ani půl roku po zahájení intenzivní logopedické terapie. Vše skutečně závisí na každém dítěti a jeho predispozicích. Nelze tedy generalizovat a určit, jak velký posun může dítě s dětským autismem v určitém časovém úseku udělat, což je také odpověď na jednu z výzkumných otázek. U obou chlapců je třeba respektovat individuální tempo psychomotorického vývoje, netlačit na ně a jejich výkon posilovat průběžnou motivací k práci.

Druhá výzkumná otázka se ptá, jakým způsobem probíhá logopedická péče o klienty v Sanatoriu Demosthenes. Jak již bylo zmíněno, Demosthenes nabízí komplexní péči na způsob ucelené rehabilitace. Dětem, ale i dospělým se zde věnuje celý interdisciplinární tým odborníků, kteří vedou o klientech pravidelná konzilia. Pro logopedickou péči je tento způsob spolupráce klíčový a přináší mnohem lepší výsledky. Když je dítě přijato do ambulance klinického logopeda, je prováděno vstupní vyšetření. Na základě dalších vyšetření je pak stanovena diagnóza a vypracován individuální plán logopedické terapie. Dítě či dospělý dochází na terapie dle individuální potřeby a možností klinického logopeda. Je třeba zmínit, že takto to chodí v logopedické ambulanci, do níž docházejí i oba respondenti z výzkumné části této práce. V případě klientů, kteří dochází do denního pobytu či primárně do rané péče, probíhá logopedická péče jinak.

Všechny výzkumné cíle této bakalářské práce byly tedy splněny a otázky, položené na počátku výzkumného šetření byly zodpovězeny.

Závěr

Rozvoj komunikace je pro lidského jedince jeden z nejdůležitějších momentů v životě. Schopnost komunikace nám umožňuje navazování sociálních vztahů a integraci do společnosti. Mnoho lidí s poruchami autistického spektra je o schopnost komunikace mluvenou řečí ochuzeno, a i přes veškeré snahy je porucha autistického spektra stále širokou a rozmanitou oblastí, jejíž všechny aspekty stále nejsou známy. Proto je podstatné sledovat každého jedince s PAS individuálně, protože jakákoli nová informace pomůže rozšířit dosavadní poznatky a posune vědění v této oblasti o něco dál. Práce má přispět k nalezení nových možností v rozvoji komunikace těchto jedinců.

Teoretická část práce je především výsledkem analýzy dostupné literatury, věnované problematice autismu. Dělí se celkem do tří kapitol. První kapitola vymezuje pojem PAS a klasifikaci druhů, přičemž důraz je kladen na dětský autismus, vzhledem k výzkumnému šetření, které je věnované právě dětem s dětským autismem. Druhá kapitola je zaměřená na definici pojmu komunikace, narušená komunikační schopnost a mapuje péči o osoby s PAS v České republice. Poslední kapitola teoretické části je věnována samotné logopedické intervenci u osob s PAS, tedy diagnostice, terapii a prevenci. Zmíněny jsou i možnosti logopedické péče v ČR.

V empirické části byl zrealizován kvalitativní výzkum, zaměřený na specifika dětí s dětským autismem. Stěžejní částí jsou případové studie dvou chlapců s diagnózou dětského autismu, jejichž terapií jsem se mohla účastnit v období od ledna roku 2017 do května 2018. Cílem šetření bylo zhodnotit komunikační schopnosti a dovednosti obou chlapců, popsat metody jejich individuálního rozvoje a využití potřebných pomůcek v rámci terapie, analyzovat jazykové roviny a způsob komunikace obou chlapců.

Zdroje

Publikace:

1. ČADILOVÁ, Věra a Zuzana ŽAMPACHOVÁ. Rozvoj sociálních dovedností u dětí s autismem: (pro děti předškolního věku a pro děti se sníženými rozumovými schopnostmi). Praha: Pasparta, 2017. ISBN 978-80-88163-49-7.
2. ČADILOVÁ, Věra a Zuzana ŽAMPACHOVÁ. Strukturované učení: vzdělávání dětí s autismem a jinými vývojovými poruchami. Praha: Portál, 2008. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-475-5.
3. GAVORA, Peter. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.
4. HORŇÁKOVÁ, Katarína, Svetlana KAPALKOVÁ a Marína MIKULAJOVÁ. Jak mluvit s dětmi: od narození do tří let. Praha: Portál, 2009. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 978-80-7367-612-4.
5. HRDLIČKA, Michal a Vladimír KOMÁREK, ed. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-813-9.
6. KEREKRÉTIOVÁ, Aurélie. Základy logopédie. Bratislava: Univerzita Komenského, 2009. ISBN 978-80-223-2574-5.
7. KLENKOVÁ, J. Logopedie. Praha: GRADA, 2006. 224 s. ISBN 978-80-247-1110-2
8. LECHTA, Viktor. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. Přeložila Jana KŘÍŽOVÁ. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.
9. LECHTA, Viktor. Logopedické repetitorium: teoretické východiska současnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990.
10. LECHTA, Viktor. Symptomatické poruchy řeči u dětí. Vyd. 3., dopl. a přeprac. Přeložila Jana KŘÍŽOVÁ. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-977-4.
11. LECHTA, Viktor. Terapie narušené komunikační schopnosti. 2., aktualiz. vyd. Přeložila Jana KŘÍŽOVÁ. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9.
12. MLČÁKOVÁ, Renata a Kateřina VITÁSKOVÁ. Základy logopedie a organizace logopedické péče. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3722-4

13. NEUBAUER, Karel a Martin KALIBA, ed. Komunikace a handicap II: sborník textů mezinárodní vědecké konference konané dne 19.9.2013, Hradec Králové. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-386-4.
14. NEUBAUER, Karel a Martin KALIBA, ed. Komunikace a handicap: sborník textů z mezinárodní vědecké konference : 6.-7.9.2011, Hradec Králové. Hradec Králové: Gaudeamus, 2012. ISBN 978-80-7435-161-7.
15. NEUBAUER, Karel. Logopedie a surdologopedie: učební text pro základní kurz. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-500-4.
16. PEETERS, Theo. *Autism: from theoretical understanding to educational intervention*. San Diego, Calif.: Singular Pub. Group, 1997. ISBN 1565938461.
17. RICHMAN, Shira. Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-102-6.
18. ŘÍHOVÁ, Alena a Kateřina VITÁSKOVÁ. Logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra: odborná publikace pro logopedy. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-2908-3.
19. SCHOPLER, Eric a Gary B. MESIBOV. Autistické chování. Praha: Portál, 1997. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-133-9.
20. SVOBODA, Mojmir. KREJČÍŘOVÁ, Dana. VÁGNEROVÁ, Marie. Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Mojmir Svoboda (ed.), D. Krejčířová, M. Vágnerová. Vyd. 1. Praha : Portál, 2001. 791 s, il. ISBN 8071785458.
21. ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. Klinická logopedie. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178546-6.
22. ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.
23. ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0
24. THOROVÁ, Kateřina. Poruchy autistického spektra. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0768-9.
25. VITÁSKOVÁ, Kateřina a Alžběta PEUTELSCHMIEDOVÁ. Logopedie. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1088-5.
26. VOCILKA, Miroslav. Autismus a možnosti výchovné praxe. Praha: Septima, 1995. ISBN 80-85801-58-2.
27. VOCILKA, Miroslav. Výchova a vzdělávání autistických dětí: pro učitele speciálních škol. Praha: Septima, 1994. ISBN 80-85801-33-7.

Bakalářské práce:

1. HORÁKOVÁ, Michaela - Logopedická intervence u dětí s poruchami autistického spektra, UK Praha, 2012

Časopisy:

1. Čihák, F.: Dětský autismus. *Vox Paediatricae*, II, 2002, č. 1.

Internetové zdroje:

1. Dětské centrum komplexní péče DEMOSTHENES [online]. Dostupné z: <http://www.demosthenes.cz/>
2. ÚZIS ČR | Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Aktualizace MKN-10 s platností od 1. ledna 2018 [online]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/F50-F59.html>

Seznam grafických schémat

Grafické schéma č. 1: Diagnostická kritéria dle MKN-10 (aktualizované vydání k 1. 1. 2018)	19-21
Grafické schéma č. 2: Potíže v neverbální komunikaci dle Thorové (2016)	31-32
Grafické schéma č. 3: Nejčastější obtíže ve verbální komunikaci osob s PAS dle Thorové (2016)	34-35