

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra Speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Intenzivní interakce jako terapeutický přístup u dětí
s poruchou autistického spektra

Intensive Interaction as an approach for helping children
with autism spectrum disorder

Hana Drlíčková

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

2022

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Intenzivní interakce jako terapeutický přístup u dětí s poruchou autistického spektra potvrzuji, že jsem ji vypracoval/a pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha, 11. 7. 2022

Na tomto místě děkuji PhDr. Haně Sotákové, Ph.D. za odborné vedení mojí práce, cenné rady a připomínky a za její trpělivost. Děkuji také mojí rodině a všem blízkým, kteří mě během studia podporovali.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá možným využitím Intenzivní interakce u dítěte s autismem. Teoretická část obsahuje charakteristiku poruch autistického spektra, popisuje obtíže, kterým děti s autismem čelí v oblasti sociability a komunikace, nabízí přehled teoretických souvislostí Intenzivní interakce a popisuje způsob, jakým funguje. V praktické části je pak v rámci kazuistické studie popsána možnost využití Intenzivní interakce při rozvoji sociálních a komunikačních schopností u dítěte s autismem. Bylo zjištěno, že během tří měsíců intervence došlo k pokroku v oblasti sociability a komunikace a že se objevily některé nové vzorce chování, jako například oční kontakt, imitace spolužáků, sociální úsměv, sdílená pozornost či upozorňování na předmět nebo činnost. Pozitivním výsledkem bylo také výrazné snížení stereotypního chování.

KLÍČOVÁ SLOVA

Autismus; intenzivní interakce; komunikace; sociální interakce

ABSTRACT

This thesis examines the possible use of Intensive Interaction in a child with autism. The theoretical part contains a description of autism spectrum disorders, unravels the difficulties children with autism face in the areas of sociability and communication, offers an overview of the theoretical background of Intensive Interaction and describes the way in which Intensive Interaction works. The practical part includes a case study of work with the Intensive Interaction method on developing social and communication skills in a child with autism. It was found that during the three months of the intervention, progress was made in the areas of sociability and communication and that some new patterns of behaviour emerged, such as eye contact, imitating classmates, social smile, shared attention or pointing to an object or activity. There has also been observed a significant reduction of stereotyped behaviour.

KEYWORDS

Autism; Intensive Interaction; Communication; Social Interaction

OBSAH

ÚVOD	8
1. PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA (PAS)	10
1.1. Terminologie.....	11
1.2. Diagnostika	12
1.3. Intervence.....	15
2. KOMUNIKACE A SOCIÁLNÍ INTERAKCE	19
2.1. Základní pojmy	20
2.2. Řeč těla.....	22
2.3. Komunikace a sociální interakce u osob s PAS.....	24
3. INTENZIVNÍ INTERAKCE	27
3.1. Teoretická východiska	27
3.2. Cíle a výsledky.....	31
3.3. Techniky	33
4. INTENZIVNÍ INTERAKCE JAKO TERAPEUTICKÝ PŘÍSTUP U DĚTÍ S PAS.....	39
4.1 Cíl výzkumného šetření	39
4.2. Metody výzkumného šetření.....	39
4.3. Etické otázky výzkumného šetření	41
4.4. Charakteristika výzkumného vzorku	42
4.5. Data získaná z rozhovorů a dokumentace.....	43
4.6. Případová studie.....	46
3.6.1. Výchozí stav	46
3.6.2. Intervence	47
3.6.3. Výsledky.....	48
4.7. Shrnutí výzkumného šetření	51
DISKUSE	53
ZÁVĚR.....	54

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY	55
PŘÍLOHY	60

ÚVOD

Člověk je vysoce společenský tvor s potřebou komunikace. Komunikovat je pro většinu z nás zcela přirozené, komunikace nás provází v každodenním životě. Je to jev natolik běžný, že nepocítujeme potřebu o ní zvlášť uvažovat. Zamyslíme-li se nad tím, z čeho v životě máme největší potěšení, dojdeme ke zjištění, že téměř pro každého z nás je to být s ostatními lidmi a povídat si. Naše komunikační schopnosti jsou komplexní, propracované, detailní, mnohvrstevnaté, důmyslné. Panuje všeobecná shoda, že učení se komunikaci je nejsložitějším učením, které člověk musí absolvovat. Je to také naše vůbec první učení v životě: začíná už ode dne, kdy se narodíme. V případě, že se mozek dítěte vyvíjí běžným způsobem, dokáže rozlišit řeč od ostatních podnětů a později spojit jednotlivá slova s konkrétními objekty a aktivitami. Rozumí slovům ještě dříve, než se naučí řeč používat.

V životě člověka s autismem bývá komunikace jednou z nejvíce narušených oblastí. Zůstává uvězněný ve smyčce chování, které ho izoluje od ostatních, mluví sám se sebou, protože tak si nepřipadá ohrožený. Nerozumí tomu, co vidí, slyší a prožívá. Nechápe, že funkcí komunikace je sdělování nejen informací, ale také emocí. V současné době existuje poměrně velké množství programů, přístupů a metod, které cílí na rozvoj komunikace a sociálních dovedností těchto osob. Řada přístupů je však příliš direktivních, vyžadují vysokou odbornost, odměnou je pouze vnější motivace, některé mohou být dokonce manipulativního charakteru. Abychom s takovými lidmi mohli komunikovat způsobem, který jim je přirozený a příjemný, můžeme místo řeči používat jejich vlastní, individuální jazyk – řeč těla.

Přístup využívající řeč těla, tzv. Intenzivní interakce, umožňuje navázání kontaktu s lidmi, kteří jsou kvůli komunikačnímu deficitu izolovaní ve svém vlastním světě. Je vysoce intuitivní, nenáročný, nevyžaduje žádné speciální pomůcky, tím nejdůležitějším je tělo komunikátora a jeho osobnost. Metoda je uplatňována při vzdělávání a trávení volného času, a je zaměřena zejména na usnadnění rozvoje základních sociálních a komunikačních schopností. (Nind & Hewett, 1994) Cílem Intenzivní interakce by mělo být především zlepšení kvality života jedince. Intenzivní interakce se užívá po celém světě v Austrálii, Skandinávii, Bulharsku, Tasmánii, na Svaté Heleně a ve Velké Británii. Je užívána ve školách, zdravotnických organizacích, sociálními službami, soukromými poskytovateli péče, terapeutů a rodinami. Existuje řada studií dokazujících jeho efektivnost. (Firth, 2017) V České republice vyšla v roce 2022 publikace *Intenzivní interakce a senzorická integrace* (v originálu *Using*

Intensive Interaction and Sensory Integration od Phoebe Caldwellové a Jane Horwoodové), přístup však zde nemá žádnou tradici ani neexistují žádné možnosti vzdělání v tomto směru.

Vznik této práce podpořila právě malá informovanost v tomto tématu v českém prostředí. Domnívám se, že metoda má velký potenciál a široké pole užití, nejen u osob s autismem, ale u všech lidí, kteří jsou kvůli komunikačnímu deficitu izolováni. Intenzivní interakce těmto lidem může poskytnout příležitost pro komunikaci, příjemné trávení času s ostatními, vytvoření emocionálních vazeb a v konečném důsledku i celkové zvýšení kvality života. Doufám, že práce poskytne ucelený a přehledný náhled na metodu Intenzivní interakce a bude přínosná pro všechny, kteří se o problematiku zajímají.

1. PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA (PAS)

Autismus je těžkou, složitou a komplexní vadou vyvíjejícího se mozku s postižením mnoha psychických funkcí. Narušení je trvalé a neléčitelné, speciálními intervenčními přístupy je však ovlivnitelné. (Hrdlička, 2004) Autisté na první pohled vypadají zdravě, bez zjevných fyzických vad, ale ve většině případů nejsou schopni samostatného života. (Anagnostou & Schevell, 2006) Tato vrozená porucha některých ne přesně známých mozkových funkcí lidem znemožňuje plně porozumět tomu, co vidí, slyší či v běžném životě prožívají. (Thorová, 2012) Jedinci s autismem nedokáží správným způsobem vyhodnocovat informace sensorické a jazykové, mívají výrazné potíže ve vývoji řeči, ve vztazích s lidmi a s těžkostí zvládají běžné sociální dovednosti. (Opatřilová, 2006)

Symptomy autismu se objevují zpravidla v prvních letech života, diagnózu lze tedy stanovit až na základě chování dítěte. Richman (2006) uvádí, že první symptomy se obvykle objeví před třicátým měsícem věku a zřetelnými se stávají v době, kdy u dítěte dojde k výraznému deficitu v ontogenezi komunikace (tzv. regres).

Ačkoliv existují velmi různorodé projevy autismu, všechny definice odborné literatury se shodují na společných znacích, které lze shrnout do třech oblastí: sociální vztahy, komunikace a představitivost, souborně nazývaných triádou příznaků. (Jelínková, 1999) Kromě toho je u jedinců s autismem narušeno i vnímání a vykazují stereotypní, rigidní a kompulzivní chování včetně zvláštních zájmů. (Thorová, 2012)

V posledních letech na světě počet lidí s diagnózou autismus narůstá. Existuje pro to několik vysvětlení – zdokonalování diagnostických procesů, větší volnost hranic kritérií a také více odborníků, kteří se poruchami autistického spektra zabývají. Poslední prevalenční studie z USA udává, že v populaci osmiletých dětí obdrželo diagnózu poruchy autistického spektra (PAS) jedno z 44 dětí. S přidruženým závažným mentálním postižením přibývá postižených dívek a nyní je poměr dva chlapci na jednu dívku. Průměrný odhad výskytu autismu v populaci se v průměru je mezi 1,5–2 %, přičemž v České republice se každý rok narodí okolo 1500–2000 dětí s PAS. Data *Národního zdravotnického informačního systému* (NZIS) a národních zdravotních registrů ukazují, že mezi lety 2010 a 2018 bylo ve zdravotnictví zachyceno s diagnózou F 84 (pervazivní vývojové poruchy, neboli poruchy autistického spektra) celkem 25 967 osob. Na českých základních školách bylo ve školním roce 2020/2021 vzděláváno 114

108 žáků se zdravotním postižením, z toho 4216 žáků s poruchou autistického spektra. (Ústav pro informace ve vzdělávání, statistické ročenky školství – výkonové ukazatele, školní rok 2020/21)

Zatím se nikomu nepodařilo vysvětlit, co autistické chování způsobuje. Autismus je neurologická dysfunkce projevující se deficitem v chování, které jsou založeny na mozkových abnormalitách. Příčiny těchto abnormalit jsou různorodé. Podle současných výzkumů je vznik autismu pravděpodobně důsledkem geneticky podmíněných změn v mozkovém vývoji, v dalších případech mohou být způsobeny specifickými poruchami mozkových funkcí (zejména komunikačních a integračních), vliv mají zajisté genetické faktory a rizikové faktory, zejména v těhotenství a během porodu. (Gillberg & Peeters, 1998) Ačkoliv příčina poruch autistického spektra zůstává neznámá, podle Thorové (2012) nastal posun v porozumění příčinám problémů, terapii a způsobu vzdělávání těchto osob. Cílem pedagogického a terapeutického působení je zmírnit projevy handicapu a zlepšit vyhlídky do budoucnosti. Pokud dítěti bude od malička poskytována vhodná podpora, spočívající zejména v nácviu komunikace a sociability, výrazně mu tím bude usnadněno zvládnutí problémů spojených s jeho diagnózou.

1.1. Terminologie

Pojem autismus (odvozeno od řeckého slova „autos = sám“) označuje širokou skupinu pervazivních vývojových poruch (Pervasive Developmental Disorders, PDD), kterou také nazýváme autistickým spektrem, případně autistickou škálou. Tento pojem zavedl do psychiatrické terminologie německý psychiatr E. Bleuler. Označuje stav, při kterém se u pacienta mění vztah k realitě. Zmenšuje se jeho napojení na okolní svět, jeho reakce na podněty jsou neočekávané, pro ostatní nesrozumitelné. (Bleuler, 1983) Název „pervazivní“ v sobě odráží trvalost projevů, postižení většího počtu psychických funkcí (na rozdíl od specifických vývojových poruch) a výskyt symptomů, které jsou „distorzní“, tedy kvalitativně odlišné od normálního vývoje (Pečeňák, 2003).

Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize) řadí do kapitoly poruchy psychického vývoje (F 80–99, konkrétně do kategorie pervazivní vývojové poruchy (F 84), které zahrnují následující diagnostické kategorie (ÚZIS, 2022): dětský autismus, atypický autismus, Rettův syndrom, jiná dezintegrativní porucha v dětství, hyperaktivní porucha spojená s mentální

retardací a stereotypními pohyby (F 84.4), Aspergerův syndrom, jiné pervazivní vývojové poruchy, nespecifikovaná pervazivní vývojová porucha.

DSM-5 udává pouze jednu diagnózu porucha autistického spektra. DSM-5 dále užívá specifikátory: s přidruženou poruchou intelektu, řeči a závažnosti symptomů apod. V DSM-5 poruchy autistického spektra nalezneme pod kódem 299.00 a řadíme je do kategorie neurovývojových poruch (Raboch, Hrdlička et al, 2015). DSM-5 uplatňuje model dyadický, který je založen na dvou kritériích (Grandin, 2014):

- konstantní deficit v oblasti sociální komunikace a sociální interakce;
- omezené a stále se opakující vzorce chování, zájmů a činností.

1.2. Diagnostika

Diagnostika poruch autistického spektra je velmi zdlouhavý a namáhavý proces – určit správnou diagnózu komplikuje různorodá manifestace projevů (symptomy se liší v míře a četnosti), stupeň závažnosti poruchy, proměnlivost projevů s věkem, vliv prostředí, individuální vlastnosti dítěte, jeho kognitivní schopnosti, případně přidruženost další poruchy. Při diagnostice tedy nebereme v úvahu pouze přítomnost nebo nepřítomnost symptomatiky, chování dítěte musíme posuzovat v širším kontextu. Autismus se projevuje také s různou mírou symptomatiky. Tíže autismu tvoří kontinuum – projevy mohou být jednoznačné, ale také hraniční, kdy se jedinci blíží normě. (Thorová, 2012)

Nezohledňujeme pouze míru symptomatiky, ale také míru nadstandardní podpory, kterou člověk s autismem potřebuje k tomu, aby mohl fungovat v běžném prostředí – zda je schopen zapojit se do společnosti, jaké jsou jeho komunikační schopnosti, nakolik je jeho chování ohrožující (sám sobě či svému okolí) a zda okolí vyhodnocuje jeho chování jako obtěžující. Vždy přitom záleží na intenzitě, frekvenci a době výskytu problémového chování. V současnosti v České republice neexistuje ucelený systém na rozpoznávání míry podpory v souvislosti s výskytem problémového chování člověka s autismem. (Dostupné z: www.autismport.cz)

Podle Krejčířové (2003) je základem diagnostiky autismu nebo příbuzných poruch je vždy především kvalitativní pozorování. To musí být založeno na velmi dobré znalosti obvyklých projevů těchto poruch v jednotlivých etapách vývoje. V současnosti neexistuje žádná

biologická zkouška, která by potvrdila diagnózu autismu. Proto se při vyšetření pozoruje chování a kontakt s dítětem, rodinná anamnéza a také doba, kdy se dostavují příznaky (Hort, 2000). V celém diagnostickém procesu je důležitá interdisciplinární spolupráce psychologa, pediatra, neurologa, dětského psychiatra, logopeda, foniatra, rehabilitačního pracovníka a speciálního pedagoga.

Některé ze symptomů jsou přítomny a rodiči rozpoznávají již u kojenců. Příznaky autismu se nejčastěji manifestují v průběhu prvního roku života, ale asi u třetiny případů napříč celým autistickým spektrem vyjdou najevo po tzv. autistickém regresu, tedy ztrátě některých dosažených schopností, zejména v řeči a chování. Regres dosud užívaných slov, ztráta očního kontaktu či nereagování na jméno je často tím, co přivede rodiče a jejich děti staré kolem osmnácti měsíců poprvé k lékaři. Definitivní diagnózu je však vhodné vzhledem k vývoji a zrání mozku odložit na věk kolem tří let u dětského autismu, u Aspergerova syndromu až v šesti letech. (Ošlejšková, 2007)

Diagnostika autismu se provádí na základě diagnostických systémů: Mezinárodní klasifikace nemocí, která je vydávána Světovou zdravotnickou organizací (MKN-10, v současné době se připravuje její jedenáctá revize) a Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch vydávaného Americkou psychiatrickou asociací. Od roku 2013 platí pátá revize této klasifikace (DSM-5).

Základem diagnostických metod užívaných ke stanovení diagnózy porucha autistického spektra jsou screeningové dotazníky, posuzovací škály, strukturované rozhovory, které doplňují již zmíněné psychologické a lékařské vyšetření. V České republice se hojně využívá posuzovací škála CARS a diagnostické interview ADI-R nebo CHAT. Posuzovací škály a dotazníky je možné vyplňovat v rodinách a školách, tedy tam, kde lze získat informace potřebné pro stanovení a zpřesnění diagnostického procesu (Thorová 2006). Nejsofistikovanějším a nejnáročnějším diagnostickým nástrojem je strukturovaná observační škála ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule). Tzv. zlatým diagnostickým standardem je rozhodnutí z klinického vyšetření kombinované s ADI-R a ADOS. Diagnostické nástroje prochází často revizemi, v českém jazyce jsou již k dispozici škála CARS 2 a metoda ADOS-2. (Dudová et al., 2016)

Autism Diagnostic Interview – Revised (ADI-R) je v současnosti jedna z nejlépe ověřených metod, zejména v případě, pokud je test použit v předškolním věku. Jeho základem je polostrukturovaný rozhovor s rodiči dítěte, případně s dospělým s projevy autismu. Otázky

jsou směřovány na oblast sociální interakce, komunikace a chování se stereotypními tendencemi. Jestliže jsou pozitivní všechny čtyři základní oblasti, stanovuje se diagnóza dětského autismu. Pokud je pozitivní pouze jedna nebo dvě oblasti, mezi které se nepočítá věkové kritérium, nebo až tři oblasti při nesplnění věkového kritéria pro začátek poruchy, zvažuje se diagnóza atypického autismu, případně Aspergerova syndromu. (Hrdlička, 2004) Nevýhodou je dlouhá doba administrace (90–120 minut), která snižuje možnost běžného a rozšířeného využití metody v klinické praxi (Thorová, 2012).

Checklist for Autism in Toddlers (CHAT) je screeningová metoda, která je rozdělena na dvě části: v první rodiče odpovídají na otázky, druhá část pak vychází z přímého pozorování dítěte, které většinou provádí pediatr při preventivní prohlídce v osmnácti měsících. Pozorování je zaměřeno především na schopnost dítěte sledovat druhou osobu, na schopnost symbolické napodobivé hry a na deklarativní ukazování, což je schopnost upozornit ostatní ukazováním na něco, co dítě zaujalo. Celková administrace metody je okolo dvaceti minut. Epidemiologické studie prokázaly, že CHAT nedokáže podchytit mírnější formy autismu. U dětí, které byly později diagnostikovány atypickým autismem nebo Aspergerovým syndromem, test v osmnácti měsících žádné odchylky neodhalil. (Hrdlička, 2004)

Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2) je standardizovaná metoda, pomocí které jsou posuzovány projevy autismu u jedinců od dvanácti měsíců až do dospělosti. Dítěti se předkládají hračky a následně se sledují a posuzují jeho reakce. Existuje pět variant, záleží vždy na věku a dosažené úrovni řečových schopností. Modely jsou určeny pro neverbální i plně verbální jedince. Semistrukturovanou metodou se hodnotí úroveň komunikace, sociální interakce a hry podle přesně definovaných aktivit. Pozorování se soustředí na výskyt chování, které odpovídá projevům PAS napříč vývojovými úrovněmi a věkem. Při setkáních se vytváří interaktivní situace různé povahy. Podnětový materiál vychází z běžných aktivit, které děti spontánně dělají (např. hra, sociální komunikace, rozhovor, imitace), což podporuje přirozené chování jedinců. U dospívajících a dospělých je větší důraz kladen na rozhovor. U metody je však vyšší riziko falešných výsledků především u osob s poruchou osobnosti, schizofrenií, starších lidí, žen a osob s vyšším intelektem. (Brejlová, Ptáček, Soukupová, 2014)

Škála dětského autistického chování (CARS) má celkem 15 položek, každá položka se hodnotí na stupnici od jedné do čtyř podle frekvence a intenzity abnormních projevů v dané oblasti. Administrace trvá zhruba hodinu, škála poskytuje rychlé rozlišení, zda se jedná o

poruchu autistického spektra, či nikoli, a její použití je poměrně jednoduché. Výsledné skóre orientačně určuje stupeň závažnosti poruchy. Metoda umožňuje rychlé rozpoznání, zda se skutečně jedná o poruchu autistického spektra. CARS ovšem není metoda určená pro stanovení diagnózy, neboť její spolehlivost není příliš velká. (Thorová, 2012)

1.3. Intervence

Autismus je nevléčitelné postižení, na které neexistuje lék. Vhodná a zejména včasná intervence může symptomatiku zmírnit a významnou měrou přispět k úspěšnějšímu zvládnutí vzdělávání a lépe obstát v běžném životě. Metody, které byly a jsou běžně užívány při práci s osobami s jiným druhem postižení u osob s autismem většinou selhávají a nedosahují očekávaných výsledků. Proto bylo nezbytné vyvinout takové postupy, které by braly v úvahu charakteristické rysy autismu. Pro osoby s autismem byly postupem času navrženy metody a postupy, které napomáhají k jejich výchově a vzdělávání.

Při výběru vhodné metody či terapie je třeba na jedné straně zvážit její přínos a dostupnost, na straně druhé riziko a omezení, které daná metoda s sebou nese. Proto je vhodná diskuse nejen s odborníky, kteří se danou metodou zabývají, ale i s rodiči a dalšími, kteří mají s jejím užitím zkušenosti. Rozhodující je vždy spokojenost člověka s autismem a jeho rodiny.

Úspěšnost péče o osoby s PAS je možné zajistit opatřeními, která vyplývají z poznání samotného postižení. Jedná se především o (Pastieriková, 2013):

- dodržování individuálního přístupu;
- vytvoření optimálního způsobu komunikace (využití alternativních forem);
- zajištění úpravy prostředí (strukturalizace prostoru);
- zajištění předvídatelnosti situací (strukturalizace a vizualizace času, nácvik sociálních dovedností, pracovního chování, snaha předejít nežádoucímu chování, zajištění bezpečnosti člověka s autismem atd.);
- zajištění smysluplného využití volného času;
- výběr vhodné formy motivace;
- využití relaxačních technik;

- rozvoj sebeřídících technik;
- zavádění postupných změn a pravidel.

Kromě těchto opatření má podstatný vliv na kvalitu péče i postoj rodiny ke zvolenému způsobu intervence a její spolupráce s odborníky. Nejčastěji popisovanými a užívanými edukačně-terapeutickými programy a metodami jsou TEACCH, Aplikovaná behaviorální analýza (ABA) a Son-Rise. Mezi méně známé a spíše v zahraničí užívané programy a metody patří například DIR-Floortime, HANDLE, Terapie pevným objetím (Holding Therapy), EIBI (Včasný intenzivní intervenční program) a Terapie senzorické integrace.

TEACCH program vychází z úzké spolupráce odborníků s rodiči, kdy rodiče působí jako koterapeuti a spolupracovníci odborníků. Základem je individuální přístup, strukturalizace času a prostoru a vizualizace. Program staví na propojení školního a domácího prostředí, nezbytností je tedy spolupráce s rodinou. Prioritou programu je integraci lidí s autismem do společnosti. Program staví na pozitivním přístupu i k dětem s problémovým chováním a těžkým mentálním postižením, optimistickém pohledu na vzdělávání těchto dětí a vhodné doplňující pedagogické intervenci. (Kroupová et al., 2016) V České republice se realizuje nejčastěji pouze jeho část, tzv. strukturované učení. Podstatou Strukturovaného učení je zpřehlednění prostředí člověka s autismem prostřednictvím jasných pravidel a jednoznačného uspořádání prostředí. Vychází z TEACCH programu, ale je přizpůsobeno českému školskému systému. Strukturované učení pomáhá dětem porozumět okolnímu světu a toho, co se od nich očekává. Jeho cílem je minimalizovat problémy s chováním, klade důraz na nácvik samostatnosti a sebeobsluhy a využívá metod alternativní komunikace. (Kroupová et al., 2016)

Aplikovaná behaviorální analýza (ABA) vychází z principů učení a chování, tzv. behaviorismu. Je to vědní disciplína, která se zajímá o vztah mezi prostředím a lidským chováním. Prostřednictvím podrobné diagnostiky a analýzy se odborník snaží zjistit, jaký původ má určité chování vzniká a jak jej lze změnit. Pomocí ABA terapie se jedinec učí nové repertoáry chování, které by měly vést ke zlepšení kvality jeho života i jeho rodiny a blízkých. Nejčastěji se jedná o učení se nových dovedností potřebných pro úspěch ve škole, aktivity běžného života (sebeobsluha, hra), ale také například o rozvoj nějakého způsobu komunikace. ABA také napomáhá k odstranění či zmírnění agresivního chování vůči sobě a druhým lidem. Problémové chování se poté nahrazuje jiným, které je funkční pro jedince i jeho okolí. (Dostupné z: www.caba.ped.muni.cz)

Pomocí **Alternativní a augmentativní komunikace (AAK)** mohou osoby s těžkým zdravotním postižením komunikovat se svým okolím, vyjádřit své potřeby, pocity a přání. „*Systémy augmentativní komunikace (z lat. augmentace – rozšiřovat) jsou zaměřeny na podporu již existujících komunikačních možností a schopností. Jejich cílem je zvýšit kvalitu porozumění řeči a usnadnit vyjadřování. Systémy alternativní komunikace jsou ty, které se používají jako náhrada mluvené řeči.*” (Janovcová 2003, s. 16). Výsledkem účinného používání AAK je sociální interakce a změna postojů sociálního prostředí.

Son-Rise je program domácího vzdělávání dětí a dospělých s autismem. Hlavním cílem programu je navázání a prohlubování vztahu dítěte a opatrovníka. Vztah s autistickým dítětem je navazován prostřednictvím pochopení jeho chování a aktivního připojení se k tomuto chování. (Dostupné z: www.specialni-pedagogika) Přístup však není podložen vědeckými poznatky, jeho závěry jsou tak do velké míry problematické.

Prostředkem **Terapie pevným objetím (Holding Therapy)** je pevné objetí dítěte, které se chová problémově. Dítě se pustí až poté, co jeho negativní emoce odezní. Protesty dítěte postupem času slábnou a mizí, dochází ke zklidnění a vzájemnému usmíření. Dítě v objetí zjistí (i navzdory předcházejícím negativním pocitům z autority rodičů), že je milováno a v bezpečí (Thorová, 2012). Opět se však jedná o kontroverzní metodu vyvolávající diskuzi odborníků. Existuje jen velmi tenká hranice mezi terapeutickým přístupem a omezováním osobní svobody jedince. Zvláště pak u osob, kteří nejsou schopni verbálně vyjádřit své potřeby, emoce, prožitky.

Metoda **HANDLE** byla vytvořena jako nástroj k tomu, aby bylo rodině umožněno pomoci dítěti či dospělému s postižením zlepšit funkce nervového systému a proces učení. HANDLE terapie staví na vědecky prokázaných faktech z řady disciplín (rehabilitace, psychologie, neurovědy, lékařství, speciální pedagogiky, výživy apod.). Metoda vychází z poznatku, že nervový systém je schopný se neustále adaptovat, a mozek je tak schopen zotavit po chorobách a úrazech. Struktura mozku se tvaruje na základě stimulace, kterou dostává. Pro každého klienta je vytvořen individualizovaný program jednoduchých pohybových aktivit. Prostřednictvím pravidelné a citlivé stimulace jsou posilovány oslabené funkce a může dojít ke zlepšení funkce nervového systému a procesu učení. (Dostupné z: www.dobromysl.cz).

EIBI – včasný intenzivní intervenční program je program, jehož cílem je využití nabytých dovedností v běžném životě, přičemž rodiče vystupují v roli „agentů zobecňování“. Mezi rozhodující faktory časného intenzivního programu EIBI patří vysoká intenzita,

intervence v pravidelném časovém intervalu, přizpůsobení programu dle individuálních potřeb jedince, spolupráce s rodiči, holistický přístup, integrace, generalizace, kontinuální hodnocení vývoje dítěte a interdisciplinární spolupráce. Prostřednictvím výuky imitace (hrubé motoriky, jemné motoriky, exprese zvuků, kombinací slov a jednoduchých vět) děti prožívají úspěch a jsou schopny jednoduché dovednosti spontánně zařadit do jiných situací. (Tokovská, 2009)

DIR-Floortime užívá behaviorální techniky a podporuje domácí vzdělávání především batolat a dětí předškolního věku s poruchou autistického spektra. Cílem terapie je navázání a prohloubení vztahu s dítětem a rozvoj jeho emočních a intelektuálních schopností. Floortime se více než na diagnózu dítěte zaměřuje na rozvíjení jeho individuality. Běžně se doporučuje šest až osm sezení za den, přičemž jedno sezení trvá kolem 25 minut. Pomocí terapie je dítěti umožněno dosažení důležitých vývojových milníků, například v motorice či v komunikaci prostřednictvím hravé interakce s dospělým. Dospělý následuje vedení dítěte a oddává se jakékoli hře, která budí jeho zájem. Program podporuje eliminaci stereotypního chování, navázání zdravého vztahu, komunikaci a kreativní přemýšlení. (Bazalová, 2017)

Terapie sensorické integrace je založena na smyslovém vnímání a vychází z teorie, že pokud se obranný postoj vůči smyslovým jevům zmírní, dítěti je schopno efektivního zpracování sensorických informací. Užití metody se zakládají na vnímání vlastního těla a metody podporující rozvoj sensorických vlastností. Aktivita v terapii se zaměřují na podporu schopnosti mozku plánovat pohyby, využívá se např. kartáčování kůže, vyvíjení tlaku na klouby, zátěžové vesty. (Miller, Schaaf, 2005)

Rodiče dětí s autismem, kteří chtějí udělat vše, co je v jejich silách, často zvažují různé terapie a léčebné postupy. V současnosti velmi oblíbený a prosazovaný je **Eklektický přístup**, který spojuje prvky z různých přístupů tak, aby byla intervence doslova šitá na míru dítěti s poruchou autistického spektra (Říhová et al., 2011).

Eklektický přístup spočívá v chápání každého klienta jako jedinečné osoby se specifickými problémy. Nevychází z jediného podnětu, ale přebírá poznatky z různých předloh a přístupů, a tyto prvky spojuje do smysluplného celku. Hovoříme tedy o celostním přístupu, který zahrnuje intervenci v oblasti vzdělávání a sebeobslužných dovedností, rozvíjí vnímání, motoriku, věnuje se rozvoji sociální interakce a nácviků sociálních a komunikačních dovedností. Pozornost je věnována emoční pohodě dítěte, zabývá se rodinou jako celkem. (Thorová, 2012)

Thorová (2012) dále rozlišuje v rámci eklektického přístupu tři typy intervence:

Adaptivní intervence – Cílem je zlepšení adaptability dítěte na okolní prostředí. U dítěte se vytvářejí dovednosti, které snižují riziko nežádoucího chování a umožňují tak dítěti fungovat v běžném prostředí v co největší míře. Rozvojem těchto dovedností se zabraňuje u dítěte kognitivní deprivaci.

Preventivní intervence – Tento druhý typ eklektického přístupu se snaží o přizpůsobení okolí dítěti tak, aby maximálně vyhovovalo jeho kognitivnímu stylu, jeho percepčním a komunikačním potížím, problémům s časovou a prostorovou orientací a jeho dekoncentrací. Dítě se tak v prostředí bezpečně, získá sebejistotu a schopné se učit.

Následná intervence – Využívá ve spojení s dvěma předchozími. Zaměřuje se na zmírnění, případně odstranění agresivních a afektivních projevů, rigidních rituálů, které narušují běžné aktivity, či negativního odmítavého postoje k sociálním kontaktům. V rámci následné intervence se využívá funkční analýzy chování a behaviorálních technik.

2. KOMUNIKACE A SOCIÁLNÍ INTERAKCE

Komunikace je jednou z nejdůležitějších potřeb člověka. Je stěžejní pro řádný psychický vývoj jedince, jeho sebepojetí i pro jeho harmonické fungování ve společnosti. Komunikace přibližuje k druhým lidem a vytváří pocit sounáležitosti, pochopení a uznání, je to nezbytná podmínka a projev sociálního života a hraje nezastupitelnou roli v rozvoji osobnosti člověka, který by bez ní strádal (Reichel, 2008). Žádná společnost se nemůže vyvíjet a existovat bez komunikace, její význam pro lidský život nelze nikdy dostatečně docenit. Phoebe Caldwellová (2022, s. 9) píše: „*Komunikace je schopnost sdílet naše životy s jinými lidmi.*“ Bez schopnosti komunikovat bychom nepřežili. Umění naslouchat je pak první fází budování vztahu.

Komunikace je podmínkou pro pochopení potřeb a pocitů komunikačního partnera. Jde o proces, při němž dochází k výměně informací prostřednictvím slov, znaků, symbolů nebo projevů chování. Aby řeč plnila komunikační funkci a nedocházelo k nedorozumění, je nezbytná schopnost a motivace navázat adekvátní kontakt s osobou, které chceme něco sdělit (Thorová, 2012, In: Pastieriková, 2013). Navzdory veškerým snahám však v naší společnosti žijí osoby, které zůstávají odříznuté od světa. Na pokusy navázat sociální kontakt nereagují

vůbec nebo jen velmi málo. Specifický styl jejich myšlení, egocentrismus, omezená schopnost empatie a doslovné chápání situací neumožňují takovým lidem chápat jemnost a složitost sociálních vztahů. (Thorová, 2012) Základem schopnosti komunikace je vědomí, že prostřednictvím dialogu je možné sdělovat přání, potřeby, sdílet zážitky a pocity. Lidé s poruchou autistického spektra však mají potíže chápat tento sociální aspekt komunikace, nerozumí tomu, že mohou svým komunikačním chováním ovlivňovat svoje okolí, vyskytuje se u nich sociálněkomunikační deficit.

2.1. Základní pojmy

Základními stavebními kameny komunikačního procesu jsou čtyři prvky, které se navzájem ovlivňují: „*Komunikátor, který sděluje nějakou novou informaci, komunikant, který informaci přijímá a nějak na ni reaguje, komuniké, tedy obsah sdělení, a nakonec také komunikační kanál, který je nezbytně nutný pro úspěšnou výměnu informací.*“ (Klenková, 2006, s. 26) Aby komunikace byla úspěšná a došlo ke vzájemnému porozumění, je třeba, aby obě strany používaly předem dohodnutý komunikační kód. (Vágnerová, 2002) Pokud tomu tak není, může dojít k nepochopení, komunikace je ochuzena, případně úplně znemožněna.

Při sdělovacím procesu komunikant vzhledem k jiným lidem projevuje své city (složka projevovalá), svou vůli (složka vybavovací) a své myšlenky (složka dorozumívací). (Edelsberger et al., 2000) Podle Dvořáka (1998) je komunikace přenos různých informačních obsahů pomocí různých komunikačních systémů zejména prostřednictvím jazyka; výměna informací, sdělování a dorozumívání; realizuje se ve 3 hlavních formách: mluvené, psané a ukazované. Komunikace slouží k přenosu informací pomocí specifických informačních kanálů: optického (výrazy obličeje, oční kontakt, postoj, řeč těla, různé bezděčné informace), akustického (řeč a jazyk, vokalizace, mlaskání, tleskání, dupání), pachového (feromony) a taktilního (potřesení rukou, objetí, poplácání, polibky, pohlázení, intimní dotek kůže). (Hewett, 2018)

Při předávání informace komunikačnímu partnerovi předpokládáme nejen oboustrannou znalost souboru prostředků (jazykových a neverbálních), ale také znalost norem a pravidel dorozumívání, které je člověk schopen uplatnit v souladu s charakterem situace. Klíčový je také odhad komunikačních kompetencí partnerů, aby mohla komunikace plynule probíhat. V případě, že komunikační zkušenost stejná, nebo je výrazně odlišná, může docházet při komunikaci k nedorozuměním, k nepochopení komunikačního partnera atd. Nedostatek

potřebných jazykových kompetencí pak s sebou přináší ztíženou orientaci ve všech sociálních situacích. Následkem toho pak může člověk neadekvátně reagovat a dostat se do role sociálně handicapovaného jedince. Neschopnost verbálně komunikovat na přijatelné úrovni představuje sociální stigma.

Klenková (2006) rozlišuje šest fází komunikace:

1. **ideová geneze**, která představuje vznik myšlenky, názoru, nápadu, obsahu myšlí komunikátora;
2. **zakódování**, tj. myšlenky vyjádřené;
3. **přenos**, tj. pohyb symbolů směrem od vysílajícího k příjemci, vedení vysílaného obsahu;
4. **příjem** – je okamžik příchodu symbolů k příjemci;
5. **dekódování** – proces, kdy příjemce interpretuje přijaté symboly;
6. **akce** – využívá informace, způsoby chování příjemce vyvolané přijatou zprávou – adaptivní, expresní či opoziční chování.

V sociální komunikaci probíhá proces **percepce** (vnímání), která umožňuje poznávání druhých lidí, zvláště jejich emočního stavu, motivů a postojů, které se vztahují k interakci a komunikaci. Percepce provází a předchází aktivní proces **recepce**. Ta zahrnuje proces přijímání, dekódování a jejich převod od adresátových mentálních struktur. Tento proces se vyznačuje velkou výběrovostí, dynamičností, intencionalitou, zkreslením a stereotypy apod.

V rámci komunikace dochází k sociálním interakcím, tedy ke vzájemnému působení a ovlivňování lidí navzájem. Janovcová (2010) uvádí, že vlastním účelem komunikace je sociální interakce. Pojem interakce vyjadřuje vzájemné působení dvou nebo více fenoménů, interakce probíhající mezi dvěma nebo více lidmi se označuje jako sociální a umožňuje vývoj člověka jako sociální bytosti. Jednou z prvních sociálních interakcí je vztah mezi matkou a dítětem. (Nakonečný, 2020). Klenková (2006, s. 26) považuje za cíl komunikativního chování člověka „*kromě vzájemného dorozumívání a sdělování informací především vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů*“. Sociální interakce (jakékoliv působení lidí na sebe) v sobě zahrnuje sociální komunikaci, která slouží pro přenos jak informací, tak emocí. Sociální komunikace, tedy komunikace mezi lidmi, spočívá v předávání informací mezi lidmi od

adresáta k příjemci, přičemž obsahuje nejen přenos samotné informace, ale také určitou emoci, tedy nejen slovní sdělení, ale i neverbální (neslovní) prvky. (Bulisová et al., 2003)

Podle Hartla a Hartlové (2000) je sociální komunikace specifická forma sociálních styků, která nespočívá v pouhém přenosu informací, ale předpokládá porozumění; lze ji považovat za dílčí případ sociální interakce. Interakcí je zde míněno: „...vzájemné dorozumívání, verbální i neverbální, mezi dvěma nebo více jedinci či mezi skupinami; nejčastěji probíhá tak, že chování jednoho se stává podnětem pro chování druhého, jeho reakce se naopak stává podnětem pro prvního či dalšího; sociální interakce zahrnuje jak sociální komunikaci, procesy, vliv a moc, tak i kooperaci a sociální konflikt.“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 236).

2.2. Řeč těla

Mezilidská komunikace je komplexní jev, který zahrnuje řadu verbálních i neverbálních prostředků a zasahuje všechny naše smysly. Neverbální komunikace, nebo také řeč těla, je starší, má vysokou výpovědní hodnotu, je srozumitelná a zahrnuje dorozumívací prostředky neslovní podstaty. Patří sem mimika (radost, smutek, údiv, váhání), gesta (souhlas, nesouhlas, vyhrožování), oční kontakt (přímý pohled, uhýbání očima), sdělování vzdálenosti (přibližování, ustupování), pohyby hlavou a pohyby těla, tělesný kontakt, tón hlasu a další neverbální aspekty řeči (oblečení). Neverbálně vyjadřujeme hlavně naše city. (Čáp, Mareš, 2001)

Podle Caldwellové (2013) komunikace probíhá dvěma různými způsoby. Buď vědomě informujeme o svých potřebách („Dáš si kousek pizzy?“), případně sdělujeme sofistikovanější informace, jedná se tedy o funkční komunikaci. Lidé s autismem mohou k tomuto účelu využívat různé znakové systémy, jako je Makaton nebo PECS (obrázkový výměnný komunikační systém). (Bondy, Frost, 2001) Kromě toho ostatním při komunikaci sdělujeme svoje emoce. Emoční zaujetí se projevuje řečí našeho těla, nezáleží tedy tolik na tom, co děláme nebo říkáme, ale spíše na tom, jakým způsobem to děláme nebo říkáme. Již se vytrácí názory, že osoby s autismem nemají emoce. Naopak jejich život ovlivňují velmi silné a pestré emoce, nicméně jen málo lidí s autismem je dokáže sdílet s ostatními.

Komunikace verbální a neverbální se nemusí vždy shodovat, je tedy vysíláno dvojí sdělení. V případě, že verbální a neverbální sdělení nejsou v souladu, je větší pravděpodobnost, že uvěříme neverbálnímu signálu. Podle Scherera (1982, s. 167) jsou komunikační kanály těsně propojeny a bez neverbální informace by „flexibilní reakce chování a komplexní sociální

interakce nebyly možné“. Bez souhry všech těchto komunikačních možností by tedy mezilidská komunikace nebyla možná.

Člověk využívá neverbálních prostředků nejčastěji k tomu, aby nahradil řeč (symbolizoval, ilustroval) nebo svou promluvu podpořil (podtržení, zdůraznění vysloveného, regulace tempa), ale také k tomu, aby se vypořádal se zvládnutím prožitku emocí nebo je sdělil jinak než slovy. Neverbálními prostředky totiž čitelně lze vyjádřit sedm základních emocí. Jsou to štěstí (potěšení, radost, pohoda), překvapení, strach, smutek, hněv, znechucení (opovržení) a zvědavost (emocemi doprovázený zájem o něco). Tyto základní emoce projevují lidé spontánně, bez zábrán a v jejich rozpoznání se shodne vysoké procento nezávislých pozorovatelů ze stejné kultury. Základní emoce jsou většinou jednoznačně identifikovatelné z výrazu obličeje a jednotlivých obličejových zón. (Vybíral, 2009)

Prostřednictvím neverbální komunikace lze vyjadřovat i interpersonální postoje (např. dominanci, naléhavost při přesvědčování, sympatie k někomu). Interakční sdělení, která se vyskytují v interpersonálních vztazích, mívají i podobu neverbálního chování, které je označováno jako kontaktné a jehož obsahem jsou rozmanitá sdělení druhému člověku. V interakci se rozvíjejí interakční postoje s výraznou emoční komponentou určující kvalitu vztahu, která je dána v podstatě atraktivitou partnera interakce, v tomto smyslu lze hovořit o emocionálním postoji vůči partnerovi. (Nakonečný, 2020)

Nesdělujeme jen holá fakta a postoje, ale neverbálními projevy lze okolí prezentovat i to, za koho se považujeme. Předkládáme tak určitý obraz sebe sama, své vlastní sebepojetí. Jsme schopni zpřítomnit si pozitivní obraz o sobě samém, který pak mohou druzí přijímat bez jakéhokoliv vysvětlování a mohou nám poskytovat odezvu na náš vlastní sebeobraz. Jedná se o vědomé utváření našich mezilidských vztahů. Neverbální projevy užíváme také k sebevyjádření (reprezentaci, představení se). (Wirth, 2002)

Důležitý je v neverbální komunikaci postoj, který ke komunikačnímu partnerovi zaujmeme. Křivohlavý shrnuje problematiku takto: *„poloha, kterou člověk v sociální interakci zaujímá, do určité míry vyjadřuje celkový postoj tohoto člověka k tomu, co se kolem něho děje. Vzniká do jisté míry „automaticky“ po zvážení celé situace a po zaujetí osobního postoje. Tento psychický postoj pak vyjadřuje konfigurací všech částí těla – fyzickou polohou a fyzickým postojem. Mimořádný význam při tom má vzájemná poloha osob v bezprostředním osobním styku. To naznačuje, o jaký druh interakce jde, jaká je atmosféra v daném setkání, jak se styk*

lidí vyvíjí atp. Naznačuje do určité míry i to, kterým směrem se bude setkání dále vyvíjet.“
(Křivohlavý, 1988, s. 65)

Při interakci s neverbálním člověkem je třeba mít na paměti, že i nepatrný pohyb může být nositelem nějakého významu. I taková reakce jako olizování zdi, pohupování, škrábání hlavy či trhání papíru má svůj důvod. Zejména je třeba věnovat pozornost tomu, jakým způsobem náš komunikační partner vykonává svoji činnost, protože právě „jak“ signalizuje to, v jakém rozpoložení se nachází. Pokud věnujeme našemu partnerovi absolutní pozornost a jsme mu zcela k dispozici, stáváme se přímými účastníky konverzace, nazíráme na svět jeho optikou, sami sebe vnímáme prostřednictvím druhého člověka a umožňujeme mu vejít do kontaktu s okolím. Neverbální komunikace tak může být důležitým prostředkem k navazování vztahů.

2.3. Komunikace a sociální interakce u osob s PAS

Lidé s autismem vnímají informace přicházející z okolního světa zcela odlišně od neurotypiků¹. Zjištění vypovídají, že většina lidí s PAS stojí o sociální kontakt, touží po vzájemnosti a rádi by byli součástí společenských vztahů. Kvůli specifickému chápání a myšlení však jim chování ostatních připadá chaotické, nečitelné, nepředvídatelné. Často proto deficit v oblasti sociálního chování a komunikace u nich může vyvolat úzkost, chaos, zahlcení. (Thorová, 2012)

Podle Thorové (2006) jsou poruchy autistického spektra primárně poruchami komunikace. Narušená komunikační schopnost je také nejpostihnutelnějším příznakem poruch autistického spektra. Často právě abnormality v řeči bývají první příčinou znepokojení rodičů (Gillberg, 1990 in Thorová 2012). Odchyly ve vývoji komunikace se u některých dětí objeví již v období „žvatlání“ – někdy toto stadium úplně chybí, žvatlání příliš monotónní či není užíváno jako nástroj ke komunikaci. Richman (2006) uvádí, necelá polovina dětí s PAS si řeč vůbec neosvojí a ti, u nichž se rozvine, ji nejsou schopni používat ke komunikačním účelům. Zřetelné odchyly se objevují i v případě, že si jedinec řeč svojí. Narušení se projevuje jak na úrovni porozumění a vyjadřování, tak v oblasti verbální a neverbální komunikace. (Pátá, 2007)

¹ Označení „neurotypický“ není vědecký ani lékařský pojem. Je používáno zejména v komunitě lidí s autismem na označení všech, kteří žádnou z poruch autistického spektra nejsou postiženi.

V neverbální komunikaci je nápadný snížený nebo zvláštní oční kontakt, potlačená gestikulace, mimika a postoj těla (Říhová, 2011).

Narušená komunikační schopnost u osob s poruchou autistického spektra se dotýká všech jazykových rovin, přičemž primární a specifické jsou deficity zasahující pragmatickou jazykovou rovinu (Bondy, Frost, 2007). „*Ide o globální selhávání ve všech komunikačních modalitách – tedy i v preverbálních interakčních dovednostech. Tyto děti celkově velmi málo napodobují druhé, téměř neužívají gesta, ale i jejich mimice a ostatním tělesným pohybům chybí komunikační význam. Specificky je narušeno tzv. sociální načasování, které je nezbytné pro dialog.*“ (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001, s. 514)

Podle Hewetta (2018) poruchu komunikace může zapříčinit řada faktorů:

- těžce narušené kognitivní schopnosti;
- kombinované postižení;
- poruchy autistického spektra;
- degenerativní onemocnění nervového systému, například pokročilé stádium demence;
- vážné poranění mozku;
- zanedbání péče v raném dětství, například sociální deprivace.

Valenta (2021) upozorňuje, že intervence cílená na rozvoj funkční komunikace by měla být inicializovaná rozvojem schopnosti vnímat a rozumět jazyku. Následné budování dovednosti jeho aktivního užívání musí být primárně směřováno na budování preverbální úrovně, teprve potom lze přistoupit k vokalizaci a k vědomému používání řeči.

Systémy alternativní a augmentativní komunikace (AAK) se snaží u osob s postižením trvale nebo přechodně řešit problémy s řečí, jazykem a psaním. (Dostupné z: www.alternativnikomunikace.cz) Augmentativní systémy komunikace se zaměřují na podporu již existujících komunikačních možností a schopností. Jejich cílem je zvýšit kvalitu porozumění řeči a usnadnit vyjadřování. Prostřednictvím AAK je lidem se závažnými poruchami v komunikaci umožněno aktivně se dorozumívat a reagovat na situace a podněty ve svém okolí, a to v takovém rozsahu, aby se mohli stát aktivními komunikačními partnery. (Janovcová 2010) Pomocí technik AAK dochází ke snižování problémového chování, které je zapříčiněno znemožněním komunikace. (Bondy, Frost, 2007).

Nejčastěji se rodiče obávají toho, nakolik bude u dítěte s autismem ovlivněn při používání AAK vývoj řeči. Existuje však mnoho studií, které dokazují, že techniky AAK nejsou překážkou ve vývoji řeči dítěte – naopak náhradní komunikace může být podpurným prvkem ve vývoji řeči. (Bondy, Frost, 2007)

Na vývoj řeči v raném dětství má velký vliv úroveň socializace. Sociální chování se u dětí objevuje už v prvních dnech života (broukání, oční kontakt, opěťovaný úsměv), stává se stále diferenciovanějším a prohlubuje se. U dětí s PAS je sociální intelekt vůči jeho mentálním schopnostem v hlubokém deficitu, hloubka postižení je však u jednotlivců velmi rozdílná.

Lorna Wing zavedla čtyři typy lidí s autismem podle charakteru jejich sociálních interakcí: typ osamělý, pasivní, aktivní – zvláštní a formální, afektovaný. Thorová (2012) přidává ještě typ pátý – typ smíšený – zvláštní. Způsob sociální interakce však není stabilním projevem, může se měnit s věkem (Wing, 1996).

Typ osamělý se projevuje minimální iniciativou o navázání kontaktu se svým okolím, někdy se mu dítě může vyhýbat, dítě nevyhledává společnost vrstevníků, nemá zájem o komunikaci, nevyhledává útěchu, neprojevuje empatii, často děti mají snížený práh bolesti. V raném věku se nemusí projevovat separační úzkost. S věkem se většinou kontakt s blízkými osobami zlepšuje. (Thorová, 2006)

Typ pasivní vykazuje nízkou spontaneitu v sociálních interakcích, dítě nevyhledává kontakt, ale ani se mu nijak nebrání, má malou schopnost vyjádřit své potřeby a malou radost ze sociálního kontaktu a empatie. Mohou se pasivně zapojit do hry s ostatními dětmi, ale většinou neví jak. Děti se často těší z fyzického kontaktu. Jedinci mívají omezenou schopnost empatie. Komunikaci využívají především k uspokojování základních potřeb. (Thorová, 2006)

Typ aktivní – zvláštní se vyznačuje velkou spontaneitou, jedinci mívají potíže dodržet intimní zónu druhých osob, nechápu pravidla společenského chování, neumějí naslouchat, neustále opakují stejné otázky. Gestikulace a mimika může být až bizarní, pohled je dlouhý a ulpívavý postrádající komunikační funkci. (Thorová, 2006)

Typ formální, afektovaný je charakteristický pro děti a dospělé s vysokým inteligenčním kvocientem. Jedinci mají dobré vyjadřovací schopnosti, ale řeč často bývá příliš formální, působí strojeně. Často chápou doslovně, nerozumí nadsázce a ironii, jejich chování postrádá emocionální stránku, působí chladně. V oblíbě mají společenské rituály, které obsesivně dodržují, a také lpí na dodržování pravidel. (Thorová, 2006)

Typ smíšený – zvláštní je častý u jedinců s atypickým autismem a Aspergerovým syndromem. V některých situacích bývají jedinci odtažití, avšak u známých osob či výrazně mladších/starších osob nemají potíže, s rodiči mívají kvalitní sociální interakce. Aktivní kontakt také vyhledávají, pokud se to týká oblasti jejich zájmů. (Thorová, 2012)

Někdy chování autistického jedince může připomínat chování neslyšícího, neměli bychom se však domnívat, že se daný člověk svobodně rozhodl na nás nereagovat. U těchto osob je primárně porušena schopnost pochopit význam jazyka pro komunikaci, ne však řeč jako taková. Základem problémů v oblasti komunikace je nedostatek vzájemnosti a neschopnost pochopit význam jazyka – tedy předávání informací jedné osoby osobě druhé. *„Jestliže si neuvědomujete, že řeč slouží k výměně informací, názorů, myšlenek a citů, pak nejlepší, co můžete udělat, je opakování oznámení, otázek nebo celých rozhovorů. Opravdové chápání funkce jazyka bývá u lidí s autismem těžce postiženo i v tom případě, kdy pochopení jednotlivých slov je správné.“* (Gillberg, Peeters, 2008, s. 24)

3. INTENZIVNÍ INTERAKCE

3.1. Teoretická východiska

„Dítě již přichází na svět s vrozenou snahou napodobovat. Prakticky od narození můžeme sledovat jednoduchou nápodobu, jak je vyplazování jazyka či otvírání úst. Preferuje obličej před věcmi, v pozorování se zaměřuje na oblast úst a obličeje. S postupujícím věkem se napodobované činnosti stávají složitějšími a komplexnějšími. Prodlužuje se čas odložení nápodoby, dítě začne zaměňovat reálné předměty za symbolické. Středem zájmu a cílem her se stává to, co dělá maminka nebo tatínek.“ (Thorová, 2012, s. 82)

Velká část úspěšného sociálního fungování závisí na naší schopnosti vnímat sociální signály od druhých lidí. Jedním z hlavních zdrojů informací jsou pro nás tváře ostatních. Ti z nás, kteří dokáží efektivně rozpoznávat tváře a emoce, jež lidé vyjadřují prostřednictvím výrazů tváře, mají velkou výhodu v komunikaci s ostatními a v sociálním zapojení s druhými lidmi. Tyto schopnosti se vyvíjejí již v raném věku. (Johnson, Dziurawiec, Ellis, Morton, 1991).

Jedním z nejdůležitějších momentů v počátcích sociálního vývoje dítěte je příležitost k identifikaci s těmi, kteří jsou mu podobní. Schopnost rozpoznat, kdo je „jako já“, je jedním ze základních stavebních kamenů pro pozdější sociální fungování spojené s nápodobou. Zatímco rozpoznávání matky pomocí smyslů umožňuje rozlišení matky od ostatních, vyhledání a následování matky, napodobování jejích výrazů a pohled z očí do očí učí základům sociální výměny emocionálních stavů a hnutí mysli s druhým člověkem. Jedná se tedy o základní signály výměny sociálních informací a emocí a slouží jako základna sociálního, emocionálního i kognitivního vývoje v pozdějším životě (Paukner, Ferrari & Suomi, 2013). Napodobování vytváří pocit vzájemnosti, uspokojení a sounáležitosti, neboť dva prožívají totéž. Proto starší děti a dospělí mají výraznou tendenci chovat se podobně jako lidé, se kterými se chtějí družít. Tento mechanismus umožňuje jedinci cítit se součástí větších sociálních skupin, komunity, národa (Spelke, Bernier & Skerry, 2009).

Pozorujeme-li osoby při vzájemné interakci, můžeme si všimnout, že některé z nich během komunikace zaujmou stejný postoj či dokonce používají stejná gesta. Tento jev nazýváme napodobování (imitace, zrcadlení, kongruentní postoj). (Černý, 2012) Zrcadlení často vidáme mezi dobrými známými, mezi lidmi stejného společenského postavení nebo například mezi manželi, kteří mají stejný způsob chůze, sezení či stání. Bylo zjištěno, že dva lidé, jež jsou si vzájemně cizí, se pečlivě vyhýbají tomu, aby zaujali stejnou polohu jako jejich protějšek (zaujmou tedy tzv. nekongruentní postoj). O tom, zda osoby zaujmou kongruentní postoj, rozhoduje mnoho faktorů, např. temperament, kvalita mezilidských vztahů mezi komunikujícími osobami, kulturní podmíněnost a momentální psychické naladění účastníků komunikace. (Pease & Pease, 2011)

Užívání imitace je nesmírně důležitá pro rozvoj komunikačních dovedností u dětí v raném věku. Ačkoliv některé děti s poruchou autistického spektra imitační činnosti zvládají, činí tak v mnohem menší míře než jejich vrstevníci. Pokud dítě na dospělého nereaguje podle očekávání, například nenavazuje oční kontakt či neoplácí úsměv, může dojít ke změně v chování pečující osoby, zastavení dialogu, a následně omezení důležitých interakcí. (Winnette, 2020) Glenn a Cunningham (1984) naznačují, že i děti s těžce narušenými kognitivními schopnostmi procházejí Piagetovými senzomotorickými stádii v podstatě ve stejném pořadí jako děti intaktní. Pokud nedostanou dostatek příležitostí ke komunikaci, jejich skutečné schopnosti mohou zůstat skryty pod „skořápkou“ postižení.

Základy Intenzivní interakce byly položeny v 70. letech 20. století psychologem Gary Ephraimem, který v nemocnici Harperbury pracoval s lidmi s mentálním postižením a autismem. Odklonil se od behaviorálních technik a v komunikaci se svými pacienty se inspiroval přirozenými a intuitivními interakcemi matky s kojencem. Vznikl tak koncept tzv. „rozšířené mateřské péče“ („augmented mothering“). (Miller & Ephraim, 1988) Matka, která hraje v sociálním vývoji a rozvoji komunikačních schopností nezastupitelnou roli, se zdánlivě nevědomými a spontánními reakcemi, jako je vokalizace či navázání očního kontaktu, zachází tak, jako by byly záměrné. Matka/primární pečovatel se tak díky těmto interakcím, které se odehrávají denně, stává významným činitelem v rozvoji základů komunikačních a sociálních dovedností. Právě reciprocita interakcí napomáhá úspěšnému osvojení a upevnění kompetencí, matka/pečující se tedy stává prvním učitelem dítěte. Přístup se velmi osvědčil zejména u osob těžkým a hlubokým mentálním postižením a autismem, u kterých se prokázalo zřetelné zlepšení komunikačních schopností i jejich chování. (Graham, Firth, Bond & Jackson, 2015)

Na koncept tzv. „rozšířené mateřské péče“ pak v 80. letech 20. století navázali Dave Hewett, ředitel školy při nemocnici Harperbury, a Melanie Nindová, kteří přístup nazvali Intenzivní interakce a začali jej aktivně k rozvoji sociálních a komunikačních schopností u osob s těžkým mentálním, smyslovým či tělesným postižením a osob s poruchami autistického spektra, které byly kvůli deficitu v komunikaci izolovány, práce s nimi byla náročná a vyskytovalo se u nich agresivní chování. Svoje zkušenosti a poznatky pak shrnuli v knize *Access to Communication* (1994).

Intenzivní interakce se vyhnula převládajícím behaviorálním směrům v pedagogice, které upřednostňovaly rozvíjení sebeobslužných a praktických dovedností, a místo toho se zaměřila na osvojení základních komunikačních a sociálních dovedností a sociabilitu osob s těžce narušenou komunikační schopností. Premisou Intenzivní interakce je, že osvojování si komunikačních a sociálních schopností nelze analyzovat podle úkolů v rámci strukturovaného programu jako například sebeobslužné dovednosti, grafomotoriku a podobně. (Nind & Thomas, 2005)

Intenzivní interakce je proces, při kterém lidé hledají „jazyk“ komunikace, kterému by oba rozuměli, přičemž neužívají slova ani symboly. V průběhu Intenzivní interakce reaguje zkušenější komunikační partner na osobu s poruchou v komunikaci nebo socializaci a snaží se ji zapojit do „konverzace“ různými způsoby, které mohou napomoci rozvoji společenské interakce. Z toho vyplývá, že Intenzivní interakce je specifický typ výměny informací mezi

dvěma lidmi. Intenzivní interakce je konverzace, o jejímž obsahu téměř výhradně rozhoduje komunikační partner. Intenzivní interakce je také konverzace, při níž se zkušenější komunikační partner pokouší reagovat na jakékoli komunikační nebo potenciálně komunikační chování komunikačního partnera. Díky Intenzivní interakci mají tak oba účastníci stejný podíl na konverzaci a budují rovnocennější a inkluzivní vztah, neboť oba užívají přirozený a známý jazyk. (Hewett, 2018)

Zpočátku byla metoda využívána u osob s těžkým a hlubokým mentálním postižením (z nichž mnozí měli přidruženou diagnózu autismu), okruh uživatelů se však rozšířil i na osoby, u který napomáhá k rozvoji sociability a tzv. základů komunikace (Nind, Hewett, 2007), osoby, které jsou v komunikaci velmi pasivní (nevyhledávají sociální interakce), osoby, u kterých se objevuje stereotypní, repetitivní či sebestimulační chování², které vytváří bariéru mezi nimi a okolním světem, osoby s multisenzoriálním postižením (např. hluchoslepí), osoby s náročným chováním a osoby v konečném stadiu demence. (Hewett, 2018)

Metodu řadí Zeedyková, Caldwellová a Davies (2009) mezi interaktivní přístupy vzdělávání, které kladou důraz na vzájemnost, emoční působení, činnosti řízené klientem a holistické zaměření na význam chování. Mezi další příklady interaktivních přístupů patří Co-Creative Communication, Reciprocal Imitation a Floortime Therapy, která se užívá i v České republice. Všechny tyto přístupy jsou teoreticky i prakticky založeny na interakcích mezi rodičem a dítětem, při kterých empatické, oboustranné reakce mezi pečující osobou a dítětem pomáhají vytvářet základ sociálních dovedností. Interaktivní přístupy se od behaviorálních intervenčních liší tím, že jsou mnohem pružnější a spontánnější, jejich „obsah“ je spoluvytvářen oběma partnery, nikoliv odborníkem, a změna chování vychází z potřeb klienta a je závislá na jeho motivaci. „*Intenzivní interakce není něco, co partnerovi děláme, je to způsob, jak s ním být.*“ (Caldwell, Horwood, 2022, s. 111)

Přínos Intenzivní interakce spočívá zejména v poskytování pozitivních zkušeností se sociálním začleněním a vytvářením emocionální vazby s ostatními. V důsledku těchto pozitivních zkušeností poskytuje Intenzivní interakce lidem opakované příležitosti k tomu, aby

² Sebestimulace (angl. *stimming*) je častým projevem chování u osob s poruchou autistického spektra. Jedinci stimují hlavně proto, aby se zbavili nepříjemných pocitů v důsledku senzoričké přetížení. Mezi projevy sebestimulačního chování patří kývání, houpání, točení nebo víření (kolem své osy nebo různými předměty), pobrukování, třepání rukama, poklepávání, tleskání, luskání prstů a podobně. (Simone, 2018). Pokud je jedinec nucen stimování potlačit a nemůže uvolnit nahromaděné napětí, hrozí mu meltdown (autistická krize), migréna nebo tik.

se naučili být součástí lidské komunikace a následně si osvojili a rozvinuli základní dovednosti potřebné ke komunikaci s ostatními lidmi.

3.2. Cíle a výsledky

Podstatnou součástí přípravného procesu je ujasnění si cíle, kterého bychom pomocí Intenzivní interakce chtěli dosáhnout. Od počátků rozvoje Intenzivní interakce kladen důraz na rozvoj komunikačních schopností. U jedinců s těžce narušenou komunikační schopností tím však není myšlen primárně rozvoj řeči a schopnost užívat komunikační systémy, nýbrž stavění především tzv. základů komunikace, mezi které patří (Nind, Hewett, 2007):

- radost ze společně stráveného času;
- sdílení osobního prostoru;
- schopnost věnovat pozornost druhé osobě;
- schopnost soustředit se;
- porozumění a očnímu kontaktu a výrazům obličeje, případně jejich užití;
- porozumění společenským fyzickým kontaktům, případně jejich užití;
- funkční užití vokalizace (u některých osob včetně rozvoje řeči a jazyka);
- reciprocita chování;
- střídání se v činnostech;
- regulace vlastních emocí.

Ačkoliv se Intenzivní interakce primárně soustředí se na proces, nikoliv na výsledek, měla by být vnímána jako pedagogický nástroj, a ne jeden ze způsobů péče o jedince. Předběžná formulace některých strategií a cílů se považuje za důležitou součást procesu, zejména při závěrečné reflexi. Je tak možné navázat na strategie, o nichž je známo, že fungují z předchozích sezení. (Firth, Glyde & Denby, 2021)

Pozornost, jež je věnovaná plánování, monitorování a kritické reflexi, činí z Intenzivní interakce intervenci, která se liší od intuitivního výchovného přístupu užívaného pečovatelem

s intaktním dítětem. Je doporučováno zaznamenávat průběh a vývoj interakce, pocity pečujícího, a také pořizovat videozáznamy (Nind & Hewett, 2001). Kellett (2001) uvádí, že se od intuitivní výchovy liší tím, že hravé interakční techniky jsou neustále aktualizovány, reflektovány a vyhodnocovány a je podporována týmová spolupráce mezi pečujícími.

Základem Intenzivní interakce jsou tyto principy:

1. Cokoliv, co druhá osoba udělá, považujeme za záměrnou komunikaci.
2. Důležitá je kvalita interakce, nikoliv předem stanovené výsledky.
3. Nenabízíme ani neposkytujeme žádnou vnější odměnu, odměnou je vzájemné potěšení ze společně stráveného času.

Případové studie, ve kterých se prokazovala účinnost metody Intenzivní interakce, došly k řadě společných zjištění. Níže jsou uvedeny některé z pozorovatelných, a tedy měřitelných výsledků spojených s intervencemi Intenzivní interakce. Většina studií se shoduje, že Intenzivní interakce při systematickém a dlouhodobém užívání zajišťuje postupný a trvalý rozvoj určitých aspektů komunikace u osob s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením a/nebo autismem. (Jones, Howley, 2010) Studie čerpající z dat nasbíraných v kratším období pak potvrzují, že Intenzivní interakce byla „účinná při podpoře sociálního začlenění“ a „změny se projevíly již během několika minut“. (Zeedyk, Caldwell & Davies, 2009) V případových studiích patří mezi pozorovatelné výsledky zejména (Firth, 2017):

- zvýšená sociální anticipace, iniciace a/nebo zapojení se do interakce;
- zvýšená tolerance fyzické blízkosti;
- zvýšené užití sociálního úsměvu;
- zvýšená míra očního kontaktu nebo pohledu do tváře jiné osoby;
- zvýšené užití vokalizace;
- zvýšená míra sociálního fyzického kontaktu;
- zvýšená úroveň sdílené pozornosti.

3.3. Techniky

Intenzivní interakce je založena na pravidelných a častých interakcích mezi odborníkem a klientem, při nichž není kladen důraz na úkol nebo výsledek, primárním zájmem je kvalita samotné interakce. (Caldwell, Horwood 2022)

Intenzivní interakce začíná pozorováním. Odborník si všímá toho, **co** komunikační partner dělá v tělesném smyslu. Může se jednat o vizuální zpětnou vazbu (například točení předměty, třepání prsty či předměty, pozorování světla a stínů), sluchovou zpětnou vazbu (bouchání do předmětů, hrdelní zvuky, křik), hmatovou zpětnou vazbu (škrábání, hlazení), propriceptivní stimuly (bouchání se do vlastního těla, kývání, chození v kruzích) či stimuly z vnějšího světa (vlaky, počítače, sledování konkrétního videa, trhání papíru). Kromě toho odborník sleduje, **jak** komunikační partner konkrétní aktivitu dělá – to napoví o jeho rozpoložení a pocitech a umožní mu lépe se na něho napojit. (Caldwell, Horwood, 2022)

Odborník začíná subjektivním poznáváním jedince, odhadováním, jaký typ interakcí by mohl být pro konkrétního jedince příjemný a snaží se o počáteční „**napojení**“. Během této fáze, která se vyznačuje klidem a reflexivní nečinností, odborník pozoruje chování osoby, než se rozhodne, jakou reakci, pokud vůbec nějakou, má provést, aby s ní navázal sociální kontakt. Je třeba poznamenat, že pozorování partnera je obousměrný proces, tedy druhá osoba se rovněž snaží “přečíst” jednání komunikačního partnera. Výchozím bodem pro Intenzivní interakci může být např. sdílená oblíbená činnost či manipulace s oblíbeným předmětem. Vždy by se mělo jednat o uklidňující aktivitu, kterou osoba dobře zná. Hledání výchozího bodu může být někdy zdlouhavým procesem, který se může protáhnout na mnoho sezení. (Firth, Glyde & Denby, 2021)

Po skončení iniciačního období přichází process globálního **pozorování** chování osoby; toto pozorování je zaměřeno na identifikaci a interpretaci zpětné vazby osoby na interakci. V rámci tohoto pozorování odborník hledá zpětnou vazbu prostřednictvím základních komunikačních technik (např. prostřednictvím výrazu obličeje, řeči těla a postoje, hlasových projevů, včetně způsobu dýchání atd.), a hodnotí její připravenost na interakci. Na základě těchto průběžných pozorování odborník průběžně posuzuje emocionální stav osoby a to, zda se jeví jako vhodné pokračovat v sezení. (Firth, Glyde & Denby, 2021)

Odborník **odráží** signály komunikačního partnera, které jsou mu známé, činnost se stává sdílenou, sebestimulující chování cíleně převádí na formu sociální komunikace. Při vzájemné

interakci postupně dochází k přesunutí pozornosti od ulpívavých výměn mezi mozkiem a tělem a k „zakotvení“ k něčemu ve vnějším světě. (Caldwell, Horwood, 2022)

Imitace se užívá i v jiných terapeutických programech a ukázala se být velmi efektivní v podpoře sociability a interaktivity u dětí s PAS. Imitace podporuje komunikační výměny i vývoj komunikačního vztahu mezi dvěma jedinci, umožňuje jim posun od imitace k jiným komunikačním výměnám a k vývoji a zlepšení konverzace. Děti s PAS mají zájem být v interakci a hrát si kreativně s dalšími lidmi. Imitace hraje klíčovou roli v uvolnění této schopnosti v nich. Cílem Intenzivní interakce je tedy probuzení a realizace komunikačního potenciálu mezi dvěma lidmi skrz sdílení individuálně vlastního jazyka a zájmů. (Caldwell, 2008)

Někteří odborníci se odklánějí od termínu „imitace“, jelikož ve své podstatě implikuje pouze zrcadlení partnera více než reagování na jeho či její vlastní jazyk. V Intenzivní interakci však jde o celistvější styl komunikace, neznamena pouze přímočaré napodobování partnera, do komunikace je třeba vnášet variace a odchylky a intervenci následně upravovat v průběhu dialogu. Podle Caldwellové a Horwoodové (2022, s. 103) intervence *„není pouhé napodobování a je třeba o ní uvažovat jako o způsobu, jak navázat rozhovor a uplatňovat při tom všechny dovednosti, které lidé používají, když spolu mluví.“* Je však nutné, aby se zachoval původní způsob konverzace, variace by se neměly příliš odchýlovat, mělo by zůstat spojení s řečí těla partnera. *„Nejdůležitější je, že se náš partner učí, že pokaždé, když něco udělá, dostane na to smysluplnou odpověď.“* (Caldwell, Horwood 2022, s. 104)

V průběhu interakcí odborník **upravuje** své chování (výrazy obličeje, řeč těla, hlasové projevy a pohledy) tak, aby bylo pro žáka zajímavější a smysluplnější. To často znamená, že napodobuje některé aspekty chování osoby a používá zjednodušený jazykový kód. Odborník citlivě střídá pozorování, vyčkávání a akci. Reaguje na chování osoby a vytváří pocit, že aktivity jsou vedeny jedincem, který má absolutní kontrolu nad jejich obsahem a trváním. Odborník pak aktivitám přisuzuje záměrnost a sociálněkomunikační význam. (Nind, 1999)

Variace se pak přidávají například:

- změnou načasování, tónu či podoby zvuku – vytvoření prvku napětí;
- změnou způsobu provádění činnosti;

- narušením očekávání – vložením modifikované aktivity nebo eliminací toho, co komunikační partner očekává.

Při zrcadlení chování odborník může chování osoby do určité míry **modifikovat** – pokud jde například o chování, které se považuje nežádoucí, uzná toto chování jako potenciálně komunikativní, ale způsobem, který jej zmírní, případně ho učiní méně rizikovým. Kromě zrcadlení se užívá také oční kontakt, rozmanitější vokalizace a střídání v činnostech. (Firth, Glyde & Denby, 2021)

Odborník reaguje na veškeré podněty svého komunikačního partnera – dává mu tak tím najevo, že mu naslouchá, že je pro něho důležité to, co mu chce sdělit, a v konečném důsledku i on samotný. Je nutné přidávat stále nové variace, aby se nevytratil moment překvapení a aby se konverzace udržovala otevřená. V případě, že konverzace dospěje do slepé uličky, může dojít k tzv. habituaci – osoba začne svého komunikačního partnera užívat jako předmět ve smyčce svého stereotypního světa. Z tohoto důvodu je rozhodující správné načasování. *„Je to jako v jazzu, kde je možné improvizovat – ale vždycky ve vztahu k originálnímu tématu.“* (Caldwell, Horwood 2022, s. 104)

Tempo interakce se neustále proměňuje podle toho, jak osoba v daném okamžiku reaguje, neboť často potřebuje čas navíc ke zpracování toku přichozích informací. Interakce tak střídají pauzy, ve kterých je osobě poskytnut čas, který potřebuje, aby si odpočinula a byla připravena znovu převzít aktivní roli v interakci. Nejedná se o tedy o „nicnedělání“, ale spíše o proces aktivního čekání na to, až osoba převezme kontrolu nad tempem interakce, který sama preferuje, a nedojde tak k přetížení. (Firth, Glyde & Denby, 2021)

Po zlepšení komunikačního vztahu, který se vytváří mezi dvěma lidmi, se mohou rozšiřovat témata. Sezení se tak postupně rozvíjejí do podoby vzájemně komfortních interaktivních her a rituálů založených na preferencích jedince. Tyto interakce se postupně stávají sofistikovanějšími a vzájemnějšími a žák se může aktivněji zapojit. Odborník je „opěrným bodem“, poskytuje takovou míru podpory, aby byla zajištěna optimální rovnováha mezi tím, co je známé, a tím, co se jeví jako nové. (Caldwell, Horwood, 2022)

V ideálním případě Intenzivní interakce nemá žádný předem stanovený časový rámec, je však třeba, aby v určitém okamžiku dospěla k **přirozenému konci**, případně byla ukončena jednáním jednoho či druhého účastníka (např. z důvodu časového omezení, při nadměrném rozrušení osoby). Avšak vzhledem k tomu, že intenzivní interakce je proces vedený osobou,

měla by to být právě sama osoba, kdo určuje, kdy má být sezení ukončeno (např. změnou fyzické polohy, případně vstane a odejde). Někdy jsou signály přání odpojit se od osoby subtilnější povahy – je proto nutné sledovat každou reakci a vhodně na ni reagovat. (Firth, Glyde & Denby, 2021)

Intenzivní interakce by měla být praktikována co nejčastěji a v co největším rozsahu, ale vždy by se měla řídit individuálními potřebami a možnostmi dané osoby. Intenzivní interakce se tak může stát součástí každodenní komunikace. (Firth, Glyde & Denby, 2021)

Užití předmětů nebo hraček, včetně některých elektronických zařízení, v rámci Intenzivní interakce má své výhody i nevýhody. Je vždy třeba zvážit, do jaké míry může osoba profitovat z přítomnosti předmětu, a také jak moc může přítomnost předmětu odvádět pozornost osobu od interakce s odborníkem. Užití určitých předmětů může být ovlivněno individuálními potřebami a diagnózou jedince. Pro některé osoby může osobní předmět nebo hračka poskytovat pocit bezpečí, zapojení známého předmětu do Intenzivní interakce může pomoci rozvíjet repertoár interakcí. Předmět může být využit při společných aktivitách, kdy se oba účastníci interakce soustředí na určitou činnost, nebo se v činnosti střídají. (Firth, Glyde & Denby, 2021)

Ačkoliv je Intenzivní interakce metoda velmi intuitivní povahy, jejíž průběh nelze dopředu naplánovat, při práci s žákem nebo klientem odborníci běžně uplatňují různorodé postupy, podle kterých se řídí při vytváření repertoáru interakčních strategií u dětí a dospělých. Tyto postupy jsou závislé na několika proměnných, které prostupují celým procesem Intenzivní interakce a umožňují přizpůsobit sezení individuálním potřebám jednotlivce. Mezi faktory ovlivňující Intenzivní interakci patří (Firth, Glyde & Denby, 2021):

a) Individuální vlastnosti a zkušenosti osoby

Výhodou z hlediska připravenosti odborníka na sezení je předchozí znalost zájmů dané osoby, případného rizikového chování, také míra vyhýbání se požadavkům nebo schopnost smyslového zpracování. Dále se bere v úvahu, jaké terapie či přístupy byly u osoby doposud užívány a zda má osoba nějaké předchozí zkušenosti s Intenzivní interakcí. Doporučuje se také zvážit diagnózu osoby – typ a stupeň postižení a případné přidružené diagnózy a další problémové oblasti (např. postižení v oblasti kognitivního a emočního vývoje, potíže v sociabilitě jako důsledek autismu, omezená schopnost věnování pozornosti jiné osobě, problémy týkající se rychlosti kognitivního zpracování, problémy se smyslovým zpracováním,

zhoršená úroveň verbálního porozumění, zrakové postižení, obtíže způsobené epileptickými záchvaty, úbytek kognitivních funkcí v důsledku demence).

b) Individuální vlastnosti a zkušenosti odborníka

Úroveň vzdělání a předchozí zkušenosti v oblasti Intenzivní interakce mohou ovlivnit způsob, jakým je Intenzivní interakce praktikována, a v konečném důsledku také její úspěšnost. Za užitečné bývají považovány také dovednosti z jiných oblastí (například zvládnutí techniky „mindfulness“³ pomáhá odborníkům plněji nebo intenzivněji se napojit na osobu, se kterou komunikují). Jako potenciálně užitečné pro rozvoj empatie vůči lidem s deficitem v oblasti komunikace se jeví i to, že odborníci se již dříve sami setkali s určitými jazykovými bariérami. Kromě toho je důležitou proměnnou jeho osobnost, úroveň empatie a sociability i momentální rozpoložení (stres, únava, nesoustředěnost).

c) Prostředí

Na druhy interakcí má vliv to, v jakém prostředí se Intenzivní interakce odehrává: optimální je místo, ve kterém má člověk pocit, že se může volně pohybovat, necítí se omezován nebo zastrašován, a může kdykoliv odejít, má tedy kontrolu a možnost volby. Vizualně stimulující prostředí může odvádět pozornost od interakcí, prostředí bez rozptylujících podnětů naopak podporuje individuálně zaměřené a pomalejší tempo Intenzivní interakce. Vizualní, sluchové, čichové, hmatové a pohybové/vestibulární vjemy (barva místnosti, hluk v pozadí, podlahová krytina, okolní vůně a pachy, možnosti pohybu) mohou mít dopad na chování jedince v průběhu interakce. V počátečních fázích Intenzivní interakce může být velmi přínosný oddělený prostor zejména u osob, které jsou snadno rozptýlitelné, úzkostné nebo je obtížné s nimi navázat kontakt. Podstata Intenzivní interakce však spočívá v tom, že aktivity se odehrávají pravidelně, s dostatečnou frekvencí, při denní rutině a v běžných situacích, jen tak může být dosaženo pokroku. (Hewett et al., 2015)

V rámci Intenzivní interakce se nejčastěji užívají tyto postupy (Firth, 2019):

³ Mindfulness (všímavost) vychází z buddhistického učení. Kabat-Zinn (2003) ji charakterizuje jako bdělost, která přichází skrze zaměření pozornosti na přítomný okamžik a přijímání každého momentu a každé zkušenosti neposuzujícím způsobem. Autor považuje schopnost dosažení tohoto neposuzujícího stavu za něco, co může být rozvíjeno a kultivováno prostřednictvím meditace.

- **sdílení osobního prostoru** – je příjemné oběma stranám, Intenzivní interakce se odehrává např. vleže, vsedě, komunikační partneři se mohou společně pohybovat;
- **hlasová ozvěna** – imitace zvuků (i nesymbolických), které druhá osoba produkuje, např. vokalizace, ozvěna dechového vzorce
- **zrcadlení chování** – přejímání postoje či pohybů;
- **fyzický kontakt** – společenský fyzický kontakt podporující vzájemnou důvěru a sympatie, např. držení, tisknutí nebo tleskání rukou, hry, rytmické hlazení, chůze ruku v ruce, dotýkání se čelem, tření nosem;
- **oční kontakt** – citlivý oční kontakt zajišťující výměnu sociálních signálů, např. společný pohled do zrcadla
- **výměna výrazů obličeje** – užívání zřetelných a ustálených výrazů obličeje, aby došlo k pochopení jejich významu a opětování, např. úsměv, mrkání
- **společná aktivita** – obě osoby soustředí svoji pozornost na stejný předmět nebo činnost, např. společné zkoumání hraček, knih a obrázků, společné provádění strukturované činnosti, společné čtení nebo poslech hudby;
- **střídání se v činnostech** – sekvenční hlasové nebo fyzické výměny, např. střídavé tleskání;
- **sekvence přerušení** – chvíle napětí při očekávání akce, např. hry na schovávanou, hra na honěnou, odpočítávání 3-2-1, stupňování zvuku;
- **průběžné komentování** – užití pozitivního komentáře činnosti komunikačního partnera či jiného člověka v blízkosti za účelem vytvoření socializačního prvku, např. „wow“, „super“, „to se ti povedlo“ apod.

Praktická část

4. INTENZIVNÍ INTERAKCE JAKO TERAPEUTICKÝ PŘÍSTUP U DĚTÍ S PAS

V této kapitole praktické části jsou uvedeny cíle výzkumného šetření a popsány metody, kterými bylo daných cílů dosaženo. Rovněž je zde popsána případová studie chlapce, u kterého byla prováděna terapie pomocí metody Intenzivní interakce. Výzkumné šetření v praktické části bylo prováděno metodou případové studie, za využití práce s klientem, pozorování a rozhovoru. Prostřednictvím těchto byly získány potřebné informace ke zpracování cílů práce.

4.1 Cíl výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření bylo ukázat potenciální užitečnost Intenzivní interakce u chlapce s poruchou autistického spektra v oblasti sociability a komunikace. Šetření zvažuje empirické poznatky z případové studie spolu s údaji z neformálních rozhovorů s pedagogy, rodiči a osobním asistentem a informace z dostupných dokumentů (individuální vzdělávací plán, zpráva z pedagogicko-psychologického vyšetření).

Pro účely tohoto šetření byly položeny následující výzkumné otázky:

1. Jak Intenzivní interakce facilituje navázání komunikace u dítěte s PAS?
2. Jakými způsoby dokáže Intenzivní interakce dítě aktivovat?

Jaké prostředky funkční sociální komunikace lze díky Intenzivní interakce u dítěte aktivovat?

4.2. Metody výzkumného šetření

Pro zjištění relevantních informací ve výzkumném šetření byla v empirické části bakalářské práce využita metoda kvalitativního výzkumu, která pomohla pochopit a přiblížit se k problematice zkoumaného chlapce. Použity byly především **volné rozhovory** s matkou, vyučujícími ze střední školy, kterou chlapec navštěvuje, a jeho osobním asistentem. Data byla také získána pomocí obsahové **analýzy dokumentace** (individuální vzdělávací plán, zpráva z pedagogicko-psychologického vyšetření). Aby se podařilo podrobněji popsat současný stav

chlapce, využito bylo také zúčastněného i nezúčastněného **pozorování**. Výchozí stav chlapce a průběh intervence pak byl shrnut v **případové studii**.

Podle Hendla (2016) je kvalitativní výzkum dlouhodobějšího a intenzivnějšího charakteru a realizuje se v terénu při zkoumání a popisování určitých situací nebo jedince či skupiny. Před započítím samotné práce je výzkumníkem v kvalitativním výzkumném šetření vybráno téma a výzkumné otázky odpovídající oblasti daného výzkumného šetření. Při kvalitativním výzkumu je klíčovým nástrojem sám výzkumník, který konkrétní výzkumné šetření provádí. Hledá informace, prostřednictvím kterých se snaží získat objektivní a relevantní pohled na subjekt daného výzkumu. Tyto informace získává především z přepisu poznámek pořízených v terénu z pozorování a rozhovorů, ale může zahrnovat i fotografie, audiozáznamy a videozáznamy. Další část tvoří ústní a písemné zprávy, dokumentace a další materiály v písemné formě, ze kterých lze získat užitečné a zásadní informace o zkoumaném subjektu. Poslední částí jsou analytické postupy při zpracování, na základě kterých můžeme vyvodit konkrétní závěry daného výzkumného šetření (Gavora, 2010).

Nestrukturovaný rozhovor je také označován jako rozhovor neformální, volný, hloubkový, nestandardizovaný, případně etnografický. Na počátku tazatel nemá žádné předem připravené otázky a hypotézy, pro dotazování je tedy příznačná velká míra volnosti. Otázky přirozeně vznikají až na základě vyprávění respondenta. (Wildemuth, Zhang, 2009) Povaha celého rozhovoru zajišťuje určitou míru spontaneity výpovědi respondenta, které přinášejí hlubinné údaje o něm samém a dobře odrážejí jeho osobnost. „*Neformální rozhovor se spoléhá na spontánní generování otázek v přirozeném průběhu interakce (např. během zúčastněného pozorování v terénu). Informátor si přitom ani nemusí uvědomit, že jde o explorační rozhovor.*“ (Hendl, 2008, s. 175) Provádění výzkumu za pomoci neformálního rozhovoru je však časově náročné a vyžaduje usilovnou práci. (Hendl, 2008)

Kvalitativní **pozorování** se provádí v přirozených podmínkách. V případě, že se výzkumník nachází v určitém terénu po delší dobu, získává jistý podíl účasti na probíhajícím dění. V tom případě hovoříme o zúčastněném pozorování. „*Důležitou roli při pozorování hraje reflexivita pozorovatele a vědomí vlastní situovanosti, která označuje pozici badatele v terénu.*“ (Hendl & Remr, 2017, s. 83). Dochází tak k ovlivňování výzkumníka ve sběru dat, ale jeho účast na dění je také přínosem, neboť mu umožňuje být součástí zkoumané situace a vidět problematiku z perspektivy zkoumaných, (Hendl & Remr, 2017). Toto pozorování nenarušuje schéma sociální

interakce, a proto je prospěšné například pro pozorování školní třídy (Švaříček, Šed'ová et al., 2014).

Při výzkumu byla dále užita **analýza dokumentace**. Jedná se o velmi důležitý zdroj, který obsahuje mnoho nezbytných informací, které mohou být užitečné k doplnění celistvého obrazu výzkumného šetření. Výzkumník se ve svém šetření zaměřuje konkrétně na způsob, jakým získané dokumenty popisují realitu subjektu výzkumného šetření (Skutil et al., 2011). Dokumenty jsou detailní data, které vznikly někdy v minulosti a byly získány jiným výzkumníkem pro odlišný účel. (Hendl, 2016)

Důležitou součástí této práce je **případová studie**. Obecně se jedná o precizní studium jednoho nebo několika málo případů, kterým se výzkumník zachytit složitost případu a popsat vztahy v jejich celistvosti. (Hendl, 2008) Badatel shromažďuje objemné množství různých informací týkajících se jednoho či několika osob. V případové studii využívá badatel veškeré dostupné metody sběru dat: kvalitativní techniky (rozhovor, pozorování, analýza dokumentů), může uplatnit i metody tradičně uplatňované v kvantitativních průzkumech. V případové studii badatel zmapuje a zaznamená jednotlivé složitosti a specifika daného případu v jeho celistvé podobě. *„Případ je integrovaný systém. Jeho části nemusí dobře pracovat, jeho účel může být iracionální, ale jedná se o systém. Takže lidé nebo program mohou být kandidáti na případovou studii. Události a procesy naší definici vyhovují méně.“* (Stake, 1995 in Hendl, 2016, s. 105). U případových studií nejsou vyvinuty speciální analytické postupy, je tedy nutné, aby výzkumník uplatnil při analýze zjištěných informací pečlivé a přesné empirického uvažování. (Hendl, 2008) Výhodou případové studie je komplexní přístup a pohled na konkrétní případ, získané informace jsou tedy relevantní a poskytují celistvý pohled na věc. (Skutil et al., 2011)

4.3. Etické otázky výzkumného šetření

Před zahájením šetření byli rodiče chlapce i pedagogové školy seznámeni s tématem bakalářské práce a jejich účast na výzkumu byla zcela dobrovolná. Jméno chlapce je kvůli zachování jeho anonymity změněno. K tomu, aby byla etika výzkumu dodržena, je podle Hendla (2016) nutné sepsat před zahájením rozhovorů tzv. informovaný souhlas (viz Příloha č. 1). V něm se nachází sepsaná dobrovolná účast na výzkumu a také anonymní použití veškerých údajů, které se výzkumník během rozhovoru dozví. Tento informovaný souhlas všichni podepsali a dostali svou kopii.

Při psaní bakalářské práce jsem se zavázala respektovat etické principy, které přijala Americká psychologická asociace pro výzkum s lidmi a které shrnuje Ferjenčík (2000):

- respekt a ohled vůči účastníkům výzkumu
- právo účastníků na informace (o cílech a smyslu výzkumu)
- právo na soukromí a důvěrnost informací o účastnících
- právo účastníků kdykoliv z výzkumu odstoupit.

4.4. Charakteristika výzkumného vzorku

Chlapec s poruchou autistického spektra byl vybrán po domluvě s třídní učitelkou školy, kterou navštěvuje. Na této škole také probíhalo výzkumné šetření. Ve třídě působím jako asistentka pedagoga, proto při výběru hrála roli také moje osobní zkušenost. U chlapce jsem se zaměřila na jeho aktuální stav v oblasti sociability a komunikačních dovedností a na stav po Intenzivní interakci. Více informací o tomto chlapci je uvedeno v případové studii. Z důvodu zachování anonymity zde není uvedeno jméno a osobní údaje chlapce.

Školu navštěvují osoby s mentálním postižením, osoby s poruchami autistického spektra a také osoby se souběžným postižením více vadami. Ve škole se dbá na úzkou spolupráci všech pedagogů a rodičů, u každého studenta jsou zohledňovány jeho individuální potřeby a schopnosti. Studenti jsou rozděleni do tří tříd, v každé z tříd působí dva pedagogičtí pracovníci. Ve třídě, do které byl chlapec zařazen, se nachází v přízemí budovy a čítá celkem šest studentů. Chlapec sedí vždy v zadní lavici u dveří poblíž asistentky pedagoga, která se mu tak může dostatečně věnovat.

Intenzivní interakce probíhala po dobu třinácti týdnů, každý den kromě pátku, v kmenové třídě chlapce či v okolí školy. Celkem proběhlo 280 sezení, s délkou od pěti do dvaceti minut. Před zahajovacím sezením nebyly žádné předem stanovené cíle, účelem těchto sezení bylo společné trávení času a hledání společného „jazyka“. Toto sezení zahrnovalo subjektivní poznávání chlapce a odhadování, jaký typ interakcí by pro něho mohl být příjemný a zajímavý. Byly vzaty v úvahu potenciální komplikace, které by mohly ovlivnit formu nebo povahu interakce (například problémové chování či agresivita způsobená nadměrným rozrušením). Po zahajovacím sezení byly vytyčeny následující klíčové cíle terapie:

1. Rozvíjet tzv. základy komunikace (např. společné trávení času, oční kontakt, sociální úsměv, sdílená pozornost), definované v kapitole 3.2.
2. Zvýšit jeho schopnost sebevyjádření.
3. Omezit stereotypní chování a sebepoškození.

Před každým následujícím sezením byly zhodnoceny poznatky z předchozích, při dalším sezení tedy byly znovu užity strategie a podněty, které již v minulosti fungovaly, což se ukázalo být užitečnou součástí procesu. Sezení probíhala přímo ve třídě, ve které se chlapec cítí bezpečně a kde tráví většinu dne při vyučování. Během interakcí byly použity tyto pomůcky: knížky, kytara, dřevěná žabka, míč a zrcadlo. Do interakce byla zapojena i hudba (přehrávaly se jeho oblíbené písničky). Pomůcky byly vybrány na základě jeho zájmů a smyslových preferencí, aby podporovaly interakci, spontánnost, flexibilitu a potěšení z komunikace. Interakce se odehrávaly každý den, zprvu vždy během dopoledne, po jednom měsíci i v poobědové pauze, v intervalech po cca 5–20 minutách (vždy s pětiminutovou přestávkou, maximálně tři interakce po sobě). Třetí měsíc byly nasazeny namátkově, během celého dne. Reakce byly sledovány v reálném čase a bezprostředně poté zaznamenány.

4.5. Data získaná z rozhovorů a dokumentace

Při realizaci výzkumu byla použita metoda dotazování – technika nestrukturovaného rozhovoru, neboť mým cílem bylo získat co nejbohatší informace o chlapci. Rozhovory s matkou probíhaly namátkově, po skončení vyučování před budovou školy. Matky jsem se ptala na rodinné zázemí chlapce, jeho dosavadní vývoj, jaké přístupy byly doposud u něho využívány, zajímala jsem se o to, jaké má zájmy a smyslové preference, zda se u něho vyskytuje problémové chování, v jaké míře a intenzitě. U pedagogů mě zajímalo, jaké zásady při práci s chlapcem uplatňovali a zda byly při jeho vzdělávání aplikovány některé edukačně-terapeutické programy a metody. Rozhovory byly zapisovány ručně a následně zpracovány do elektronické formy. Potřebné informace byly dále získány z analýzy dokumentace (doporučení ŠPZ, zpráva z pedagogicko-psychologického vyšetření).

Na žádost zákonného zástupce (matky) a doporučení školy byl chlapec kontrolně vyšetřen ve věku 17 let a 2 měsíců za účelem posouzení speciálních vzdělávacích potřeb a zpracování doporučení ke vzdělání. Chlapec má diagnózu Jiná dětská dezintegrační porucha (F 84.3) a

přidruženou diagnózu spastická kvadruplegická mozková obrna, získaný hydrocefalus spojený s encefalokélou, inkontinenci a vrozenou skoliózu. Dále u něho byla diagnostikována porucha chování se sklonem k agresivitě. V chování se vyskytuje stereotypie. Chlapec je v péči několika odborných ordinací pro osoby s kombinovaným postižením.

Úroveň jeho intelektových schopností odpovídá výkonům v dolním pásmu středně těžké mentální retardace. Výkony ve všech oblastech jsou vyvážené, výsledky všech subtestů spadají do pásma defektu. Výrazně oslabena je úroveň verbálního myšlení, abstraktně vizuálního myšlení, početní úsudek i krátkodobá paměť. Robert dobře spolupracuje, ochotně se podřizuje přímému vedení při řízené činnosti. V domácím prostředí se objevují projevy agrese vůči rodičům. Ve stávající škole jsou respektovány jeho předpoklady, výchovné problémy nemá, s pedagogy spolupracuje. O kolektivní hru nemá zájem, je samotář. V komunikaci je pasivní, tvoří jednoduché věty, slovní zásoba je omezená. Spolupráce je problematická – chlapec pokynům rozumí, ale plní je sporadicky, až po opakovaných instrukcích, popř. je zcela ignoruje a věnuje se svým zájmům. Nečte, nepočítá, kreslí formou čáranic, napodobí směr čáry, kreslí klubička. V sebeobsluze je nutná dopomoc. Pohybuje se samostatně bez omezení, chodí po schodech, střídá nohy, hází a chytá míč, kope do míče. Jemná motorika je oslabená, pohyby jsou nepřesné, neobratné.

Vzdělávání chlapce probíhá ve škole zřízené podle § 16 odst. 9 Školského zákona oboru praktická škola dvouletá za podpory asistenta pedagoga. Při vzdělávání je nutná aplikace podpůrných opatření 4. stupně. Výuka je realizována v klidném prostředí, v kmenové třídě s menším počtem žáků, s důrazem na praktické ověřování získaných vědomostí a dovedností. Výklad učiva je podpořen názornými pomůckami, vzdělávací aktivity jsou prostrídávány aktivitami na uvolnění, po splnění náročného úkolu je zařazena odpočinková činnost.

Z vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně ke konci školního roku 2020/2021 je patrný výrazný deficit znalostí a dovedností ve všech oblastech trivia, v pragmatické, lexikálně-sémantické i morfologicko-syntaktické stránce řeči, vizuomotorické koordinaci, vizuální a auditivní percepci, časoprostorové orientaci. Expresivní složka řeči je zatížena mnohočetnou dyslalií, receptivní složka řeči je oslabena, rozumí jen jednoduchým slovním pokynům. Grafomotorické dovednosti jsou značně oslabeny, nachází se na velmi nízké úrovni. V oblasti zrakové percepcie je oslabena vizuální diferenciací, zraková analýza a syntéza. V oblasti sluchové percepcie zcela vážná sluchová analýza a syntéza, sluchová diferenciací. Oslabena je pravolevá a časoprostorová orientace. Koncentrace pozornosti je poměrně stabilní, pracovní

tempo přiměřené. V zátěži je rychle unavitelný. Pro zvládnutí úkolu potřebuje přímé vedení, není schopen samostatně pracovat.

Z rozhovoru s matkou jsem zjistila, že chlapec má dva sourozence a pochází z úplné rodiny. Je z první gravidity. Těhotenství bylo označeno za rizikové, ve 20. týdnu těhotenství byl zjištěn hydrocefalus. Byl narozen předčasně v 28. týdnu těhotenství s délkou 37 cm a váhou asi 1400 gramů. Kvůli dechovým potížím byl napojen na ventilátor a umístěn do na dva měsíce do inkubátoru. Krátce po narození prodělal oxygenoterapii a fototerapii. Byl krmen sondou, poté dva měsíce umístěn v kojeneckém ústavu. V důsledku těžké perinatální asfyxie se objevila dětská mozková obrna a mentální retardace. Opožděný vývoj byl patrný již v prvních měsících života. Chlapec v dětství (od 8 měsíců do 4 let) rehabilitoval dle Vojtovy metody. První příznaky autismu se objevily mezi 3. a 4. rokem. Chlapec v průběhu několika měsíců ztratil zájem o své okolí, objevovaly se afekty, agresivita, hyperaktivita, sebepoškozování a stereotypní chování. V 7 nastoupil na základní školu speciální (po roce na přípravném stupni). Na základní a střední škole potíže pokračovaly, pod dohledem zkušených pedagogů se však dařilo je udržet v akceptovatelné míře. Projevy agresivity se však nedařilo mírnit v domácím prostředí, pokračovaly i na střední škole. Chlapec docházel na hippoterapii a canisterapii a absolvoval řadu léčebných pobyků v lázních.

V oblasti sociability a komunikace byl u chlapce znát deficit již v raném dětství. S oběma rodiči chlapec v současnosti komunikuje v jednoduchých větách a navazuje poměrně intenzivní a častý fyzický kontakt. Blízký vztah má především s otcem, vůči matce bývá často vzpurný a agresivní. Dřív se tyto problémy řešily medikací, během tohoto školního roku se však zmírnily, a léky byly na pokyn lékařky vysazeny. V komunikaci je aktivní též se svými sourozenci, kteří jsou podle matky velmi empatičtí a bratra akceptují takového, jaký je. Chlapec dříve rád chodil na procházky se psem a navštěvoval babičku, v současnosti však většinu nabízených aktivit odmítá a nejraději čas tráví v domácím prostředí (ve svém pokoji) nebo na zahradě. Mezi jeho oblíbené aktivity patří sledování videí vlaků na internetu, reklam v televizi, listování knížkami a časopisy, poslech hudby. Tyto aktivity jsou pro chlapce zklidňující a často se užívají jako odměna.

4.6. Případová studie

3.6.1. Výchozí stav

Robert je sedmnáctiletý chlapec, který se na první pohled liší od svých vrstevníků. Jeho chůze je neohrabaná, není fyzicky zdatný. Působí uzavřeným dojmem, nejvíce času během školního dne stráví listováním v knížkách. Pokud není motivován k aktivitě, sedí v lavici s pohledem upřeným k zemi a zdá se, že je uzavřen do vlastního světa. Pozornost je silně oscilující. Je obtížné s ním navázat vztah, neboť při komunikaci je velmi pasivní. Na otázky odpovídá „ano“ nebo „nevím“. Pokyny uposlechně, ale sociální kontakt se spolužáky ani pedagogy většinou neinicuje, oční kontakt nenavazuje. Do společných aktivit je velmi obtížné ho zapojit, proto se u něho osvědčila spíše individuální práce s asistentem pedagoga. V minulosti se podle informace matky objevilo (zřejmě s nástupem COVID-19) problémové chování se sklony k agresivitě (např. kousání, škrábání).

Ve čtyřech letech byla Robertovi diagnostikována Jiná dětská dezintegrační porucha (F 84.3). U dětí s touto poruchou po období zcela normálního vývoje následuje trvalá ztráta dříve získaných dovedností v různých oblastech vývoje: děti ztratí zájem o své okolí, objeví se stereotypní pohyby a přichází regres v komunikaci. Deteriorace může být náhlá nebo může trvat několik měsíců a je vystřídána obdobím stagnace. K pozorovaným projevům často nastupuje i emoční labilita, záchvaty vzteku, potíže se spánkem, agresivita, hyperaktivita, neobratná zvláštní chůze a abnormální reakce na zvukové podněty. Objevuje se ulpívání na stereotypních. V průběhu vývoje může dojít ke zlepšení, nikdy však takový člověk nedosáhne normy. Většina lidí s tímto syndromem zůstává těžce mentálně postižena. (Hrdlička, 2004) V důsledku těžkého kombinovaného postižení má závažné kognitivní, percepční, motorické, komunikační a sebeobslužné problémy. Chlapec se vzdělával ve speciální základní škole, od září navštěvuje praktickou střední školu. Dvakrát týdně využívá osobního asistenta na trávení volného času a doprovod domů (asistence trvají dvě hodiny).

Robert vykazuje několik klíčových charakteristik autismu: sociální izolace, potíže s navazováním vztahů, omezená řeč, stereotypní zájmy, sebestimulace. Charakter jeho sociálních interakcí odpovídá typu smíšený – zvláštní: více reaguje na některé učitele a oblíbené spolužáky, především za účelem vyvolání předvídatelných stereotypních reakcí. Principem akce-reakce (vydávání pazvuků, echolálie odposlechnutých frází) si vyžaduje pozornost. Jakákoliv negativní reakce je odměnou, při ignorování Robert chování stupňuje, dožaduje se

očekávané odezvy. Toto chování obtěžuje spolužáky a jakékoliv jeho snahy o navázání kontaktu již berou jako provokaci. Robert zpravidla nenavazuje oční kontakt, emoce projevuje zvláště a nepřiměřeně, někdy je nedokáže zpracovat a propuká v dávivý smích, frustraci ventiluje také kousáním (na prstech má zbytnělou kůži). Stereotypní chování se vyskytuje tak často, že omezuje možnost jeho socializace, těmto činnostem věnuje většinu času ve škole, je do nich často naprosto pohroužen, svoje okolí nevnímá.

3.6.2. Intervence

Zpočátku jsem Roberta pozorovala při jeho aktivitách a uvažovala nad tím, na jaké smysly tyto aktivit působí a jaké reakce vyvolávají. Zjistila jsem, že u Roberta se jedná především o stimulaci zraku (obracení listů knížky, pozorování sebe a okolí v zrcadle), sluchu (pazvuky, chichotání, echolalie, skřípavé zvuky podrážkou, bouchání do skříňky), méně pak hmatu (škrábání hlavy), proprioceptivní stimuly (plácání do stehů či dlaní) a fixace na vnější stimuly (čmárání, sledování videí vlaků). Kromě toho jsem se snažila sledovat, jakým způsobem danou aktivitu dělá, jaké to v něm vyvolává pocity, sama jsem si vyzkoušela dané aktivity při zapojení všech smyslů.

Poté jsem se posadila vedle něho do lavice a vstoupila do jeho fyzického prostoru. Zprvu byl Robert napůl odvrácený, jakmile jsem se přiblížila a pokusila se o navázání kontaktu, otočil hlavu na druhou stranu a začal si okusovat prsty. Reagovala jsem citlivě a interpretovala jeho signály. Zpočátku jsem imitovala jeho chování: když se plácal do stehů, plácla jsem se i já, jakmile se začal chichotat, udělala jsem to stejné, reagovala jsem i na jeho mimiku. Snažila jsem se napojit na jeho vnitřní svět a dát mu najevo, že jsem mu plně k dispozici. Reagovala jsem na sebemenší podnět (škrábání se na hlavě, povzdechnutí, smích) buď imitací, nebo pozitivním komentářem, každému jeho signálu i stereotypnímu chování jsem přikládala komunikační funkci.

Postupně se mi podařilo získat Robertovu pozornost. V průběhu dnů začal opatrně, namátkou opětovat můj pohled a usmíval se. Zpočátku měly interakce trvání do 5 minut, pozvolna se prodlužovaly. Pokud Robert začal jevit známky rozrušení či přetížení, zkrátila jsem trvání interakce. Mezi hlavní náplň interakcí patřily tleskácké hry (nejdřív tleskání o vlastní ruce, poté navzájem), rytmické dupání, tanec (imitace pohybů), brnkání na kytaru (střídání se v hraní, napodobování zvuku), reciproční hraní na dřevěnou žabku, zpívání jednoduchého refrénu

(zpívaly se Robertovy oblíbené písničky, v refrénu se ke mně přidal), házení s míčem a výměna grimas v zrcadle.

Časem jsem získala zběhlost v používání jeho „jazyka“ – jakmile jsem vycítila, že se Robert začíná cítit rozrušeně nebo se uzavírá do svého světa stereotypního chování, přetáhla jsem jeho pozornost z jeho světa do toho vnějšího – modifikovala jsem aktivitu: **změnou načasování** (odlišným rytmem vytleskávání, bouchání nebo dupání), **změnou způsobu** (místo na žabku jsem začala „hrát“ na různé části těla Roberta, při tanci jsem přidala další pohyb) či **narušením jeho očekávání** (část písničky jsem nechala zazpívat jeho samotného), případně jsem se vrátila k původnímu vzorci. Vždy jsem však nechala hlavní slovo Robertovi. Měl plnou kontrolu nad tím, jak dlouho bude intervence trvat a jaký bude její průběh.

V rámci Intenzivní interakce byly použity následující postupy: sdílení osobního prostoru (při sezení jsem vždy seděla poblíž Roberta, abych mu dala najevo, že jsem tu v dané chvíli pouze pro něho), hlasová ozvěna (imitovala jsem vokalizaci, popěvky, modifikovala jsem je tak, aby pro něho byla interakce zajímavá, opakovala jsem po něm fráze), zrcadlení chování (zejména při navázání kontaktu, pomocí zrcadlení podupávání, tleskání, skákání Robert získal zpětnou vazbu a poskytla jsem mu důkaz o tom, že ho беру na vědomí), fyzický kontakt (uplatňovala jsem při interaktivních pohybových hrách), oční kontakt (probíhal zejména přes zrcadlo, poté se zvýšila jeho frekvence i při interakci tváří v tvář), výměna výrazů obličeje (rovněž jsem zpočátku zvolila interakci přes zrcadlo, opakovala jsem jeho grimasy a představovala mu nové), společná aktivita (společně jsme prohlíželi Robertovy oblíbené knížky a hráli na hudební nástroje, důraz na společný zájem se být užitečným zejména při počátečních interakcích, kdy sdílená aktivita sloužila k navázání vztahu), střídání se v činnostech (záleželo na preferencích a rozpoložení Roberta, zejména tleskáci hry), sekvence přerušování (odpočítávání 3-2-1 při házení s míčem, stupňování hlasitosti imitovaných zvuků), průběžné komentování (užila jsem jednoduché otázky či komentáře typu „Jak se máš?“, „Hezky jsme si popovídali.“ pro podpoření přívětivé atmosféry, dále také přímé pozitivní komentáře činností a popěvky či říkanky podporující společnou aktivitu).

3.6.3. Výsledky

V průběhu 13 týdnů, kdy byla prováděna Intenzivní interakce, se repertoár společných aktivit narůstal, prohluboval se i náš vztah a vzájemná sebedůvěra. Prostřednictvím imitačních

her jsem Roberta ujišťovala o tom, jak moc se mi líbí jeho společnost a jak jsme si oba podobní, čímž jsem podpořila pocit sounáležitosti a porozumění. Po prvním měsíci jsem si všimla, že Robertovy výbuchy emocí se začaly objevovat méně a méně, stejně tak sebestimulační chování, a z našich sezení pak úplně vymizely – Robert se jevil vyrovnanější, interakce pro něho byly pevným bodem, na který se mohl spolehnout a které mu poskytly bezpečné místo, na které se mohl vracet.

Jedním z největších průlomů bylo, když Robert začal iniciovat interakce i mimo naše sezení například během vyučování, při pobytu venku či o přestávkách. V průběhu posledního měsíce jsem pak Intenzivní interakci stále častěji zapojovala do běžných aktivit, kdykoliv se k ní naskytla příležitost. S ubíhajícími týdny došlo ke snížení stereotypů a zvýšení příležitostí pro sociální interakci. Robert postupně nahradil stereotypní chování sociálněkomunikačním, neboť zjistil, že pro něho má větší přínos. Sociálněkomunikační chování zahrnovalo: neverbální komunikaci, např. opětování očního kontaktu, napodobování řeči těla nebo činnosti ostatních, sociální úsměv, a verbální komunikaci, např. žádost o informaci a o pomoc či upozorňování na nějaký předmět nebo činnost. Robert se začal více zajímat o svoje okolí, ubylo vymáhání si pozornosti provokací. Díky zvýšené schopnosti seberegulace ho začali více akceptovat spolužáci, čímž se celkově zlepšila atmosféra ve třídě. Prodloužily se také intervaly sdílené pozornosti.

Podle informací od maminky došlo ke změně chování i v domácím prostředí – prvních několik měsíců se u Roberta vyskytovalo téměř denně problémové chování a agresivita (např. kousání, škrábání), postupem času však téměř vymizelo. Změnu v chování potvrdil také osobní asistent, Robert se začal více usmívat, pokládá mu otázky a je u něho celkově znát pozitivní naladění.

V následující tabulce jsou zaznamenány oblasti, ve kterých se u Roberta prokázal posun:

Tabulka č. 1 - Posun ve sledovaných oblastech

	počáteční stav	po 1. měsíci	po 3. měsíci
sociální anticipace, iniciace a/nebo zapojení se do interakce	Interakce většinou nevyhledává, veškerý čas tráví sám, iniciace kontaktu probíhá pouze nevhodným způsobem.	Iniciace kontaktu se odehrává především při sezení pomocí echolalie.	Interakci aktivně vyhledává na základě svých zájmů a potřeb. Interakci vyhledává u pedagogů, ke kterým má důvěru.
tolerance fyzické blízkosti	Ve své fyzické blízkosti osoby akceptuje, odvrátí se však na druhou stranu.	Fyzickou blízkost během Intenzivní interakce toleruje bez problému.	Pokud se v jeho blízkosti objeví osoba, zvědavě po ní pokukuje.
užití sociálního úsměvu	Sociální úsměv nebyl pozorován.	Sociální úsměv se objevuje při individuálních interakcích.	Beze změny.
oční kontakt nebo pohled do tváře jiné osoby	Oční kontakt navazuje po vyzvání, udrží ho velmi krátce (asi jednu vteřinu).	Oční kontakt navazuje při individuálních sezeních přes zrcadlo, zatím však neinicuje.	Objevuje se krátká iniciace sociálně funkčního očního kontaktu.
užití vokalizace/řeči	Vokalizaci užívá především v rámci sebestimulace. Když je o samotě, komentuje svoje okolí, opakovaně užívá fráze spolužáků a učitelů.	Vyptává se, komentuje, očekává reakci.	Řeč se objevuje spontánně během dne i v prostředí třídy, komentáře jsou často mířeny i na osoby, které Roberta zaujmou.
sociální fyzický kontakt	Fyzický kontakt neinicuje, ale akceptuje.	Beze změny.	Sporadicky oplácí fyzický kontakt.

sdílená pozornost	Reaguje na svoje jméno. Předmět svého zájmu nesdílí s jinými osobami, nedokáže si říct o pomoc.	Pokud ho něco zaujme, upozorní na to. Není však jasné, se kterým člověkem takto naváže kontakt – chybí signál iniciace.	Při komentování předmětů a situací naváže krátký oční kontakt. Sporadicky si sám řekne o pomoc při sebeobsluze.
-------------------	---	---	---

4.7. Shrnutí výzkumného šetření

Cílem praktické části bakalářské práce bylo ověřit potenciální užitečnost Intenzivní interakce u dětí s poruchou autistického spektra v oblasti sociability a komunikace. Byly stanoveny tři výzkumné otázky:

1. Jak Intenzivní interakce facilituje navázání komunikace u dítěte s PAS?

Ačkoliv Robert není neverbální a užívá řeč (funkčním i sebestimulačním způsobem), v iniciaci interakcí byl velmi pasivní, takže za běžného provozu třídy bylo velmi obtížné s ním navázat kontakt a motivovat ho ke komunikaci, a to zabraňovalo v rozvíjení jeho zájmů a dovedností. Robert zůstával v izolaci, sociální kontakt navazoval zřídka a nevhodným způsobem. Pomocí cílené práce s individuálními zájmy Roberta a prostřednictvím vizuální, sluchové a hmatové stimulace se podařilo převést pozornost z jeho vnitřního světa na vnější podněty. Tím, že se přisoudila důležitost všem jeho verbálním i neverbálním signálům, Robert dospěl ke zjištění, že prostřednictvím komunikace může ovlivnit svoje okolí. Postupně se tak vytvořilo prostředí, ve kterém se cítil bezpečně a měl příležitost se svobodně projevit. Intenzivní interakce také podpořila vytvoření citového pouta, které Robertova umožnilo začít rozvíjet jeho sociálně-emoční učení.

2. Jakými způsoby dokáže Intenzivní interakce dítě aktivovat?

Prvním cílem bylo upoutání pozornosti Roberta, získání jeho sympatie a prohloubení společného vztahu. Tomu přispělo společné trávení času a sdílení pozornosti, citlivý oční kontakt, doprovodné komentáře a zrcadlení jeho chování (imitace zvuků, pohybů). Jakmile Robert získal pocit bezpečí, do repertoáru společných aktivit přibyly interaktivní hry (tleskání, dupání, tanec, hraní na hudební nástroje, zpívání a pobrukování, házení s míčem či výměna grimas v zrcadle). Vhodné načasování, zajímavé modifikace, zakomponování humoru,

stupňování aktivit a zařazení přestávek zajistily příjemnou atmosféru interakce, a tím u Roberta vznikla trvalá pozitivní zkušenost se sociálním začleněním a získal větší sebejistotu v komunikaci.

3. Jaké prostředky funkční sociální komunikace se povedlo díky Intenzivní interakce u dítěte aktivovat?

K rozvoji sociálně-komunikačních dovedností prostřednictvím Intenzivní interakce došlo zejména díky tomu, že se u Roberta snížila míra stereotypního chování, které vytvářelo bariéru mezi ním a okolním světem. Jakmile Robert našel komunikačního partnera, který mu rozumí, začal si užívat společně stráveného času, dostal se ze smyčky stereotypie a začal více vnímat svoje okolí. Robert začal oplácet oční kontakt, aktivně se účastnil interaktivních her, zrcadlil chování komunikačního partnera, prodlužovala se jeho aktivní pozornost při Intenzivní interakci i dalších aktivitách. K pokroku došlo i v oblasti verbální komunikace, začal komentovat svoje okolí, vyptával se na informace, které ho zajímaly, výjimečně si také dokázal si říct o pomoc.

DISKUSE

Studie hodnotící účinnost Intenzivní interakce potvrzují, že tato metoda podporuje rozvoj sociálněkomunikačního chování, jakým je oční kontakt, vyjádření emocí a akceptace fyzické blízkosti, tedy chování, které se podařilo zlepšit i u Roberta, a že tyto nové vzorce chování je možné udržet dlouhodobě, pokud je při práci s jedincem nadále užívána Intenzivní interakce (např. Firth, 2006; Nind, 1996; Watson & Fisher, 1997). Leaning a Watson (2006) zaznamenali, že během osmitýdenní intervence u pěti osob s hlubokým mentálním postižením byla u všech pozorována zvýšená frekvence očního kontaktu a častěji se objevoval úsměv. Byla také ověřena účinnost Intenzivní interakce při eliminaci či omezení stereotypního chování a vzrušivosti (např. Caldwell, 2006; Leaning & Watson, 2006). Nindová a Kellett (2002) uvádějí, že během šestitýdenní práce se čtyřmi dětmi se speciálními potřebami došlo k celkovému snížení frekvence sebestimulačního chování, např. kývání, kousání se do rukou, házení předmětů a dalších projevů vyvolaných emočním přetížením.

Vzhledem k rozdílnému časovému rozpětí, které bylo intervencím v jednotlivých studiích věnováno, jsou však tato zjištění těžko srovnatelná. Například Nindová (1996) tvrdí, že jakmile se u jedinců objevily nové vzorce interakčního chování, došlo ke snížení stereotypního a sebestimulačního chování, zatímco v kratší případové studii Elgieho a Maguirea (2001) významná změna v sebestimulačním chování klientů nebyla prokázána. Omezený časový rozsah výzkumných šetření, jakým je také toto, by mohl být potenciální slabinou s ohledem na trvalost změn v chování, kterých se během intervence podařilo dosáhnout.

Navzdory možné kritice z výše zmíněných důvodů výsledky tohoto výzkumného šetření prokázaly užitečnost Intenzivní interakce u dítěte s poruchou autistického spektra v oblasti sociability a komunikace. Již po prvním měsíci se ukázalo zlepšení v několika oblastech sociálněkomunikačního chování: pohled do očí, zapojení se do interakce, tolerance fyzické blízkosti, sociální úsměv či užití řeči. Zjištění, že taková změna se může objevit u jedince, který se dlouhodobě vyhýbá sociálnímu kontaktu, potvrzuje, že Intenzivní interakce skýtá veliký potenciál při rozvoji komunikace a sociálních schopností u osob, které jsou kvůli deficitu v komunikaci izolovány.

ZÁVĚR

Důvodem pro vypracování této bakalářské práce byla snaha o zodpovězení otázky, zda má Intenzivní interakce potenciální užitečnost v oblasti sociability a komunikace u dítěte poruchou autistického spektra. Pro ucelený přehled o problematice, které tato práce přibližuje, byla podrobně vymezena terminologie týkající se poruch autistického spektra a možnosti jeho diagnostiky a intervence. Další část reflektuje podstatu komunikace a mezilidské interakce a zmiňuje nejdůležitější pojmy v oblasti komunikace, a také je zde zmíněna problematika komunikace a socializace u lidí s autismem. Třetí část je pak věnována metodě Intenzivní interakce, teorii, cílům a výsledkům užití tohoto přístupu a technikám, které se v Intenzivní interakci užívají. Poslední část je výzkumná, obsahuje kazuistiku dítěte, se kterým bylo metodou Intenzivní interakce pracováno (a nadále pracuje).

Doufáme, že práce vznesla důležité otázky k zamyšlení. Současná situace, kdy jedincům na spektru je věnována větší pozornost, poskytuje příležitost k zamyšlením se nad způsoby, jak dětem, jako je Robert, pomoci, aby se staly sociálně komunikativnějšími a mohly vést kvalitní a plnohodnotný život. Neschopnost komunikovat neznamená pouze neschopnost vést rozhovor – znamená to také neschopnost vyjádřit volbu nebo potřebu, a často také neschopnost sdílet emoce. Jakmile se nám podaří napojit se na svět takových lidí, zjistíme, že se na svět takových lidí. Věříme, že Intenzivní interakce by měla mít svoje místo nejen při práci s dětmi s poruchami autistického spektra, ale také se všemi, kteří od okolí kvůli deficitu v komunikaci zůstávají odříznuti. Pokud se nám podaří napojit na jejich vnitřní svět, možná zjistíme, že je daleko bohatší a zajímavější než ten náš.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

- BAZALOVÁ, Barbora. *Autismus v edukační praxi*. Praha: Portál, 2017. ISBN 978- 80-262-1195-2.
- BONDY, Andy, Lori FROST. The Picture Communication System. *Behavior Modification*, 2001. **25**(5), 725-744.
- BREJLOVÁ Dagmar, PTÁČEK Radek, SOUKUPOVÁ Tereza. Příručka ADOS-2 Diagnostika a hodnocení poruchy autistického spektra, *Hogrefe – Testcentrum*,
- BULISOVÁ, Jiřina et al. *Ottová všeobecná encyklopedie*. 1. vydání. Praha: Ottovo nakladatelství, 2003. 752 s. ISBN 80-7181-959-X
- CALDWELL, Phoebe. Intensive Interaction: Using Body Language to Communicate. *Journal on Developmental Disabilities*. 2013, **19**(1), 33–39.
- CALDWELL, Phoebe a Jane HORWOOD. *Intenzivní interakce a senzorická integrace: u osob s PAS*. Přeložil Petra DIESTLEROVÁ. Praha: Portál, 2022. ISBN 978-80-262-1890-6.
- ČÁP, Jan a Jiří [pedagog] MAREŠ. *Psychologie pro učitele [Čáp, 2001]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. 655 s. ISBN 80-7178-463-X.
- DIESTLEROVÁ. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1395-6.
- DUDOVÁ, Iva, et al. Poruchy autistického spektra–2. díl. *Pediatric pro praxi*. 2016, **17**(4), 204-207.
- DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 1998. Logopaedia clinica.
- FIRTH, Graham. Intensive Interaction: the Published Research. *Practice*. 2017, **20**(1), 19–23.
- FIRTH, Graham. *A Dual Aspect Model of Intensive Interaction*. Blackwell Publishing Ltd.
- FIRTH, Graham, Megan GLYDE a Gemma DENBY. A qualitative study of the practice-related decision-making of Intensive Interaction Practitioners. *British Journal of Learning Disabilities*. 2021, **49**(2), 117-128.
- GILLBERG, Christopher a Theo PEETERS. *Autismus - zdravotní a výchovné aspekty: výchova a vzdělávání dětí s autismem*. Vyd. 3. Přeložil Miroslava JELÍNKOVÁ. Praha: Portál, 2008. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-498-4.
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2008.

- HEWETT, Dave (ed.). *The intensive interaction handbook*. SAGE Publications Ltd, 2018. ISBN 978-15-2642-463-1.
- HEWETT, Dave, Graham FIRTH, Lana BOND, Riana JACKSON. *The Routledge Companion to Severe, Profound and Multiple Learning Difficulties*. Routledge, 2015.
- HRDLIČKA, Michal, ed. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-813-9.
- JANOVCOVÁ, Zora. *Alternativní a augmentativní komunikace: učební text*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2003, 48 s. ISBN 80-210-3204-9.
- JANOVCOVÁ, Zora. *Alternativní a augmentativní komunikace: učební text*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010.
- JELÍNKOVÁ, Miroslava. *Autismus. I., Problémy komunikace dětí s autismem*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 1999.
- JONES, Kyffin, Marie HOWLEY. *Journal of Research. Special Educational Needs*. 2010, **10**(2), 115–123.
- KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2006. 229 s. edice psychologické a pedagogické literatury. ISBN 80-247-1110-9.
- KREJČÍŘOVÁ, D. *Autismus VII. Diagnostika poruch autistického spektra*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2003. 55 l.
- KROUPOVÁ, Kateřina. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5264-8.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak si navzájem lépe porozumíme: kapitoly z psychologie sociální komunikace*. Praha: Svoboda, 1988. Členská knihovna (Svoboda).
- MILLER, Linda a Garry EPHRAIM. The role of “augmented mothering” in teacher education in special needs. *Mental Handicap*. 1988, **16**(3), 108-111.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2020. ISBN 978-80-7553-842-0.
- NIND, Melanie. Intensive Interaction and autism: a useful approach?. *British Journal of Special Education*. 1999, **26**(2), 96–102.
- NIND, Melanie, Gary THOMAS. Reinstating the value of teachers’ tacit knowledge for the benefit of learners: using ‘Intensive Interaction’. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 2005. **5**(3), 97-100. doi: 10.1111/J.1471-3802.2005.00048.x
- NIND, Melanie, Dave HEWETT. *Access to Communication: Developing the Basics of Communication with People with Severe Learning Difficulties through Intensive Interaction*. London: David Fulton, 2007.

- OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 146 s. ISBN 80-210-3819-5.
- OŠLEJŠKOVÁ, Hana. Poruchy autistického spektra: poruchy vyvíjejícího se mozku. *Pediatric pro praxi*. 2008, **9**(2), 80–84.
- PASTIERIKOVÁ, Lucia. Poruchy autistického spektra. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 117 s. ISBN 978-80-244-3732-3.
- PÁTÁ, Perchta Kazi. *Mé dítě má autismus*. Praha: Grada, 2007. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2185-9.
- PEASE, Allan a Barbara PEASE. *Řeč těla*. Vyd. 2. Přeložil Hana ANTONÍNOVÁ. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-921-7.
- PEČEŇÁK, J. Diagnostika dětského autismu. In: Lechta V. a kol. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 359 s. ISBN 80-7178-801-5.
- RABOCH, Jiří, Michal HRDLIČKA, Pavel MOHR, Pavel PAVLOVSKÝ a Radek PTÁČEK, ed. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.
- REICHEL, Jiří. *Kapitoly systematické sociologie*. Praha: Grada, 2008. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-2594-9.
- RICHMAN, Shira. *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-102-6.
- ŘÍHOVÁ, A. 2011. Poruchy autistického spektra (Pomoc pro rodiče dětí s PAS). 1. vyd. Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, 90 s. ISBN 978-80-244-2677-8.
- SCHAAF, Roseann, Lucy Jane MILLER. Occupational therapy using a sensory integrative approach for children with development disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. 2005, **11**(2), 143-148.
- SCHERER, Klaus. Emotion as a process: Function, origin and regulation. *Sage Social Science Collections*. 1982, **21**(4-5), 555-570.
- SCHEVELL, Michael, ANAGNOSTOU, Evodika, ed. Outcomes of children with autism.
- SIMONE, Rudy. *Aspergerka: posila pro ženy s Aspergerovým syndromem*.
- KABAT-ZINN, Jon. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*. 2003, **10**(2), 144-156.
- SVOBODA, Mojmir, Dana KREJČÍŘOVÁ a Marie VÁGNEROVÁ. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-545-8.

THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0215-8.

TUCHMAN, Roberto a Isabelle RAPIN. *Autism: A neurological disorder of early brain development*. London: Mac Keith Press, 2006.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Úvod do psychologie*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2002 dotisk. ISBN 80-246-0015-3.

VALENTA, Milan, Oldřich MÜLLER, Marie VÍTKOVÁ, et al. *Psychopedie*. Šestá aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Parta, 2021. ISBN 978-80-7320-290-3.

Defektologický slovník. Edited by Tomáš Edelsberger - Miloš Sovák - Ludvík Edelsberger. 3. upr. vyd. Jinočany: H & H, 2000. 418 s. ISBN 8086022765.

VALENTA, Milan, Oldřich MÜLLER, Marie VÍTKOVÁ, et al. *Psychopedie*. Šestá aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Parta, 2021. ISBN 978-80-7320-290-3.

VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-387-1.

WILDEMUTH, Barbara M. a Yan ZHANG. Unstructured Interviews. WILDEMUTH, Barbara M. *Applications of social research methods to questions in information and library science*. Westport, CT: Libraries Unlimited, 2009, 222-231. ISBN 9781591585039

WINNETTE, Petra. *Jaké jsou následky chybějícího primárního pečovatele v kojeneckém období?: vědecké poznatky o významu primárního pečovatele a následcích institucionální péče v kojeneckém období pro sociální vývoj : v 5 bodech : pro psychology, sociální pracovníky, rodiče, pěstouny a zaujatou veřejnost*. Praha: Natama Publishing, 2020, 45 s. Almanach o dětech a lidech, 2020. ISBN 978-80-907830-0-3.

WIRTH, Bernhard P. *Poznej sám sebe i druhé: povahopis a řeč těla : umění správně jednat s lidmi*. V Praze: Ikar, 2002. ISBN 80-249-0112-9.

ZEEDYK, Suzanne, Phoebe CALDWELL a Cliff DAVIES. How Rapidly Does Intensive Interaction Promote Social Engagement for Adults with Profound Learning Disabilities?. *European Journal of Special Needs Education*. 2009, **24**(2), 119-137.

Elektronické zdroje

CO JE AAK [online]. [cit. 2022-06-27]. Dostupné z: <http://www.alternativnikomunikace.cz/stranka-co-je-aak-9>

Co je to ABA [online]. Brno: Masarykova univerzita, 2022 [cit. 2022-06-27]. Dostupné z: <https://caba.ped.muni.cz/co-je-to-aba>

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR. Ústav pro informace ve vzdělávání, statistické ročenky školství – výkonové ukazatele, školní rok 2020/21. *Statistický informační systém Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy* [online]. 2022 [cit. 2022-07-11]. Dostupné z: <https://statis.msmt.cz/rocenka/rocenka.asp>

FIRTH, Graham. *An introductory guide to Intensive Interaction for those who work with or support people with severe or profound and multiple learning difficulties and/or autism* [online]. Leeds: Leeds and York Partnership NHS Foundation Trust, 2019 [cit. 2022-06-27]. Dostupné z: <https://www.leedsandyorkpft.nhs.uk/advice-support/wp-content/uploads/sites/3/2019/02/An-Introduction-to-Intensive-Interaction-2019.pdf>

HANDLE přístup [online]. 2010 [cit. 2022-07-11]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1665>

JŮN, Hynek. Jak rozpoznat klienta s vyšší mírou potřeby. *AutismPort* [online]. 2021 [cit. 2022-07-11]. Dostupné z: <https://autismport.cz/o-autistickem-spektru/detail/jak-rozpoznat-klienta-s-potrebou-vyssi-miry-podpory>

Son-Rise terapie autismu. *Speciální pedagogika* [online]. 2018 [cit. 2022-07-11]. Dostupné z: <https://www.specialni-pedagogika.cz/son-rise-terapie-autismu/>

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Informovaný souhlas účastníka výzkumu

Vážený pane, vážená paní,

v souladu s etickými zásadami realizace výzkumu Vás žádám o souhlas s účastí ve výzkumném projektu v rámci méj bakalářské práce.

Název práce: Intenzivní interakce jako terapeutický přístup u dětí s poruchou autistického spektra

Autor práce: Hana Drlíčková

Název školy: Univerzita Karlova

Vedoucí práce: PhDr. Hana Sotáková, Ph.D.

Popis výzkumného šetření: Cílem výzkumného šetření je ukázat potenciální užitečnost Intenzivní interakce u chlapce s poruchou autistického spektra v oblasti sociability a komunikace. Výzkum bude probíhat ve škole, do které chlapec dochází.

Prohlášení:

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí mého syna ve výše uvedeném projektu a že jsem měl/a možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostal/a jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a využity pouze pro účely této bakalářské práce. Byl/a jsem poučen/a o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat.

Jméno a příjmení:

V Olomouci, dne.....

Podpis: