

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PODPORA A ROZVOJ KOMUNIKACE U DĚTÍ S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Support and development of communication of children with autism spectrum disorders

Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Kotvová, Ph.D.

Autor práce: Nathalie Rychtecká

Studijní program: B SPPG (7506R002)

Studijní obor: Speciální pedagogika

2019

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Podpora a rozvoj komunikace u dětí s poruchou autistického spektra vypracovala pod vedením vedoucího bakalářské práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato bakalářská práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

Podpis

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování PhDr. Miroslavě Kotkové, Ph.D. za její cenné rady a trpělivost při vedení mé bakalářské práce. Zároveň bych chtěla poděkovat respondentům za vstřícnost a pomoc při získání potřebných podkladů a informací.

.....

podpis

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na podporu a rozvoj komunikačních dovedností u dětí s poruchou autistického spektra. Klade si za cíl zjistit, jaké jsou postupy při výběru vhodného komunikačního systému pro děti s poruchou autistického spektra. Práce je rozdělena na část teoretickou a část empirickou.

V teoretické části se nejprve seznamujeme s pojmem „komunikace“, s jejími funkcemi a vývojem. V této kapitole jsou uvedeny pojmy verbální komunikace a neverbální komunikace, dále je zde popsán ontogenetický vývoj řeči u dítěte. Rozsáhlejší část teoretické části tvoří samostatná kapitola „poruchy autistického spektra“, jelikož je práce zaměřena právě na tuto problematiku. První část této kapitoly nás blíže seznamuje s historickým vývojem pojmu a s jeho charakteristikami. Uvádí klasifikaci poruch s charakteristikou jednotlivých typů, popis vývoje poruchy od narození až do dospělosti a postupy při stanovení diagnózy. V druhé části se zabývá komunikací, jakožto jedné z nejvíce postižených oblastí u dětí s poruchou autistického spektra. Tentokrát z pohledu využívaných metod a postupů k jejímu rozvoji.

Cílem v empirické části práce je zjistit, v jakém věkovém období se začínají objevovat komunikační problémy a s jakými metodami se u dětí s poruchou autistického spektra nejčastěji pracuje. Na základě dat získaných z dotazníkového šetření a rozhovorů, je v závěru této práce uvedeno vyhodnocení jednotlivých oblastí výzkumného šetření.

Klíčová slova: komunikace, poruchy autistického spektra, diagnostika, metody

ABSTRACT

The bachelor thesis is focused on support and development of communication skills of children with autism spectrum disorders. The aim of the thesis is to find out the procedures of choosing the right communication system for children with autism spectrum disorders. The thesis is divided into theoretical part and empirical part.

The theoretical part firstly introduces us the concept of „communication“, its function and development. In this chapter are mentioned the terms verbal communication and non- verbal communication and also ontogenetic development. A larger part of the theoretical part is formed by a separate chapter on „ autism spectrum disorders“, because the thesis is focused on this issue. The first part of this chapter introduces us to the historical development of the term and its characteristics. It lists a classification of disorders with a description of each type, a description of the development of the disorder from birth to the adulthood and procedures for diagnosis. In second part is mentioned the term „communication“ as one of the most affected area of children with autism spectrum disorders. This time from the point of view of used methods and procedures for its development.

The aim of the empirical part of the thesis is to find out in which age the communication problems begin to appear and which methods are most often used. Based on the data obtained from the questionnaire survey and interviews, the conclusion of this work is an evaluation of individual areas of the research.

Key words: communication, autism spectrum disorders, diagnostics, methods

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 KOMUNIKACE.....	9
1.1 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE	10
1.2 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	12
1.3 PODMÍNKY SPRÁVNÉHO VÝVOJE ŘEČI.....	13
2 PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA.....	15
2.1 VYMEZENÍ POJMU	15
2.2 HISTORICKÝ VÝVOJ.....	15
2.3 ETIOLOGIE.....	17
2.4 CHARAKTERISTICKÉ PROJEVY, DEFICITY A CHOVÁNÍ	17
2.4.1 Oblasti autistické triády	18
2.5 KLASIFIKACE PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA.....	20
2.5.1 Dětský autismus (F84.0).....	20
2.5.2 Atypický autismus (F84.1)	21
2.5.3 Rettův syndrom (F84.2)	21
2.5.4 Jiná dezintegrační porucha v dětství (F84. 3).....	22
2.5.5 Aspergerův syndrom (F84.5)	22
2.5.6 Jiné pervazivní vývojové poruchy (F84.8)	23
2.5.7 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84.4) 24	
2.6 VÝVOJ PORUCHY V JEDNOTLIVÝCH VĚKOVÝCH OBDOBÍCH.....	24
2.7 DIAGNOSTIKA	27
2.8 ROZVOJ KOMUNIKAČNÍCH DOVEDNOSTÍ U DĚTÍ S PAS	30
2.8.1 Receptivní jazyk	30

2.8.2	Expresivní jazyk.....	32
2.8.3	Echolálie	34
2.9	POMŮCKY PRO ROZVOJ KOMUNIKACE U DĚTÍ S PAS.....	35
3	AUGMENTATIVNÍ A ALTERNATIVNÍ KOMUNIKAČNÍ SYSTÉMY A JEJICH VYUŽITÍ PŘI ROZVOJI KOMUNIKACE U DĚTÍ S PAS	38
3.1	Cíle výzkumného šetření	38
3.2	Metody výzkumného šetření.....	38
3.3	Průběh výzkumného šetření.....	39
3.4	Interpretace výsledků šetření.....	39
3.4.1	Dotazníkové šetření	39
	Analýza výsledků dotazníkové šetření	40
3.4.2	Rozhovory.....	48
3.5	Dílčí závěry a doporučení	52
	ZÁVĚR	55
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	57
	SEZNAM PŘÍLOH	60

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je „*Podpora a rozvoj komunikace u dětí s poruchou autistického spektra*“. V dnešní době je problematika autismu velmi aktuální a je jí věnováno více pozornosti, než tomu tak bylo ještě v nedávné minulosti. Práce je zaměřena na jednu ze tří oblastí autistické triády, a to komunikaci. Komunikaci, jakožto prostředek pro sdělování informací, vyjadřování pocitů a potřeb, je nutné rozvíjet a věnovat jí pozornost i u dětí, u kterých se sama přirozeným způsobem nerozvíjí.

Práce je rozdělena celkem do 3 kapitol. První a druhá kapitola je věnovaná teoretické části, čtvrtá kapitola poté výzkumnému šetření, které bylo vypracováno na základě dotazníkového šetření doplněného rozhovory.

Teoretická část je věnována vymezení pojmu komunikace, jejím funkcím, vývoji, klasifikaci a v neposlední řadě seznámení s pojmy verbální komunikace a neverbální komunikace. Problematika poruch autistického spektra je důkladně rozebrána ve druhé kapitole, která se dále dělí do devíti podkapitol. Obsahem je vymezení pojmu poruch autistického spektra, historický vývoj poruchy, etiologie, charakteristické rysy neboli tzv. autistická triáda, klasifikace poruch autistického spektra podle MKN-10, vývoj poruch v jednotlivých věkových obdobích a diagnostika. V posledních dvou podkapitolách je věnována pozornost metodám a postupům pro rozvoj komunikačních dovedností a výčtu pomůcek.

Třetí kapitola práce představuje empirickou část. Na základě vybraných metod bylo provedeno výzkumné šetření, jehož průběh a výsledky jsou podrobně rozepsány do dvou podkapitol, z čehož každá je zaměřena na konkrétní výzkumnou otázku. Výzkumnou metodou bylo zvoleno dotazníkové šetření a rozhovor. Informace o průběhu sběru dat, cílové skupině a analýze výsledků jsou rozepsány pro každou metodu zvlášť. Celou tuto kapitolu uzavírá závěr výzkumného šetření, kde je popsán souhrn výsledků z obou šetření.

1 KOMUNIKACE

Pojem **komunikace** se dá jednoduše definovat jako nástroj, který používáme pro **předávání a sdílení informací** a díky kterému udržujeme vztahy s naším okolím. Přesná definice ovšem není možná, protože komunikace je široký pojem a záleží na situaci všech proměnných.

Komunikace mezi lidmi není nikdy pouhou technickou výměnou informací. Komunikujeme stále, aniž bychom chtěli – neverbálně dáváme najevo své psychické stavy a pocity.

Funkcí má komunikace hned několik. Jednou z nejdůležitějších je **funkce informační**, kdy se snažíme předat druhé osobě nějakou informaci, oznámit zprávu nebo ji doplnit. Pokud chceme někoho něco naučit nebo mu dát určité instrukce, jedná se o **funkci instruktážní**. Účelem **persvazivní funkce** je přesvědčit partnera, aby změnil názor, „přetáhnout“ ho na svou stranu. Jednou z posledních je **funkce zábavní**, při níž jde jen o pobavení prostřednictvím komunikace (Mendelova univerzita, rok neuveden).

Motivace ke komunikaci, je vyvolána řadou stimul (Vybíral, 2009):

- Kognitivní – potřeba vyjádřit svůj názor, podělit se o myšlenku
- Zjišťovací – potřeba orientace v názorech druhých
- Sdružovací – potřeba socializace, navázání vztahů
- Sebe – potvrzovací – nalézáme a rozvíjíme vlastní identitu
- Adaptační – signalizujeme svou pozici v sociálním světě
- Požitkářský – potřeba odpočinku, rozptýlení
- Existenciální – uspokojení smyslu života

Podle Vybírala (2009) komunikujeme, abychom se udrželi psychicky zdraví a lidsky celiství. Tvrdí, že je naprosto v pořádku, pokud nemáme občas náladu komunikovat s ostatními. Avšak déletrvající sklon vyhýbat se jakýmkoliv lidským kontaktům a vyprahnutí motivace komunikovat jsou známkou duševní abnormality.

1.1 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Verbální komunikace má jak mluvenou, tak písemnou podobu, případně jinou grafickou formu řeči. **Mluvená řeč** je realizovaná pomocí fonace, respirace, artikulace a rezonance. Slova a věty vytváříme prostřednictvím morfémů (symboly objektů, pocitů a jevů) (Nakonečný, 2009).

Ve verbálních sděleních se uplatňují **paralingvistické faktory** jako je plynulost a kvalita hlasového projevu, rychlost a intonace hlasu, emocionální zabarvení hlasu nebo různé hlasové projevy (např. „hm“). Verbální projev bývá doprovázen projevem neverbálním (Nakonečný, 2009).

Fylogeneze řeči

Zkoumáním původu a vývoje lidské řeči se zabývají **lingvistické obory**. První vývojová složka je **projevová**. Jedná se o zvuky vytvářené hlasem, kterými dáváme najevo své pocity – hlad, radost, bolest a další. Další v pořadí je **složka vybavovací**, která slouží k působení na druhou osobu (například varovné signály). Poslední je **složka komunikačně dorozumivací**, která se projevuje hlasitou řečí, gestikulací, mimikou, písmem, symboly a dalšími výrazovými prostředky, kterými vyjadřujeme své pocity (Wundt, 1920. In: Thorová, 2016).

Ontogeneze řeči

Ontogeneze je v pedagogickém slovníku definována jako „*vývoj jedince od početí po smrt*“. Vznikem a vývojem individuální řeči se zabývají především psychologové a lingvisté. Cílem při hledání zákonitostí a vývojových stádií je možnost **stanovení odchylek v řeči** (Krahulcová, 2013).

Názory na problematiku ontogeneze řeči, stejně tak jako výběry kritérií k jejímu posouzení, jsou velmi rozmanité. Jako názorná ukázka jsou zde uvedeni dva autoři a jejich klasifikace ontogeneze řeči.

Etapy ontogeneze řeči podle Lechty (2011) jsou popsány takto:

1. předřečové **neverbální období** (první rok) – zpočátku se jedná o křik (nediferencovaný – emocionalizovaný – komunikační), dále dítě začíná naslouchat, žvatlat, broukat a experimentovat s mluvidly. Postupně se dostává k prvním slovům.
2. období **pragmatizace** (cca první až druhý rok) – dochází k osvojování slov a vytváření jednoslovných a dvouslovných vět.
3. období **sémantizace** (druhý až třetí rok) – utváření základů gramatizace řeči. Dítě začíná používat své jméno, tvoří delší souvětí a klade otázky.
4. období **lexemizace** (třetí až čtvrtý rok) – v tomto období se rozšiřuje slovní zásoba (cca 1000 slov)
5. období **gramatizace** (čtvrtý až pátý rok) – slovní zásoba se zdvojnásobuje a ukončuje se základní vývoj gramatického chápání
6. Období **intelektualizace** (pátý až šestý rok) – slovní zásoba se opět zdvojnásobuje, zdokonaluje se schopnost redukce příběhu

Klasifikace ontogeneze řeči podle Sováka (1974):

1. období **křiku** – zpočátku reflexivní, později však cílený křik
2. období **žvatlání** – pudové žvatlání a vznik broukání
3. období **rozumění řeči** – dochází k vytváření asociací mezi melodickou strukturou řeči a reakcí na ní
4. stádia **vlastního vývoje řeči**
 - emocionálně-volní – slova vyjadřující pocity a potřeby
 - asociačně-reprodukční – asociace a reprodukce podobných slov
 - logické pojmy – spojení tvorby slov s rozvíjejícím se myšlením
 - intelektualizace řeči – zpřesňování, zkvalitňování a rozšiřování slovní zásoby

Okolo 2,5 – 3 let věku dítěte dochází k **fyziologickým obtížím řeči** (např. dysgramatismus, patlavost, fyziologické opakování). Nemusí se ovšem hned jednat o patologii. Lechta tyto problémy spojuje s vývojovými lingvistickými nedostatky dítěte, nedostatečnou zralostí artikulačního a fonologického systému, a také s obdobím vzrodu. (Lechta, 2011).

1.2 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Pojmem neverbální komunikace je myšlena **komunikace mimoslovní**, tedy řeči těla. Jedná se o souhrn mimoslovních sdělení, která buď vědomě, nebo nevědomě vysíláme do svého okolí (Leško, 2008).

Jak je již uvedeno v prvním odstavci, nejedná se o komunikaci slovního charakteru. **Neverbální signály** jsou projevy organismu, které mohou být **naučené** (vojenský pozdrav), **vrozené** (mrknutí na druhou osobu) nebo **kombinací obojího** (smích v divadle) (Leško, 2008). Většinu těchto signálů se naučíme rozeznat již v dětském věku nápodobou gest a mimiky svých rodičů (Mikuláščík, 2003). Jejich význam a projevy jsou tak silné, že pokud ve verbální rovině vyslovíme věty, které ale nesouhlasí s naším neverbálním projevem, posluchač bude více věřit a věnovat pozornost právě chování neverbálnímu (Strnadová, 2011)

Mezi nejčastější aspekty neverbální komunikace patří:

- Mimika (výraz obličeje) - **souhra pohybů svalů** v obličeji vyjadřující momentální psychický stav a emoce
- Gestika – zahrnuje **pohyby částí těla** (horní končetiny, dolní končetiny), používají se jako ilustrace, regulátory chování nebo znaky
- Kinezika – **spontánní a individuální pohyby**, jako je například kousání rtů, žmoulání oka a další, nemají význam gest
- Pohled – oči hrají velmi **důležitou roli při komunikaci**, působí jako sdělovače a přijímače

- Proxemika – **vzdálenost při komunikaci**, rozlišujeme horizontální (intimní vzdálenost, do půl metru) a vertikální vzdálenost (různá výška komunikujících lidí)
- Haptika – **doteky při komunikaci** (formální, intimní, přátelské)
- Neurovegetativní reakce – těžko ovlivnitelné, jedná se o **reakce doprovázené fyziologickými změnami** (pocení, změna tepové frekvence, změny dýchání)

Ontogeneze neverbální komunikace

Neverbální komunikace, především gesta, výrazně souvisí s **komplexním vývojem řeči** v ontogenezi (Vitásková, 2013). Po narození, přibližně kolem třetího měsíce života, začíná dítě používat tzv. **protoimperativní** gesta, kterými vyjadřuje žádost (např. pomocí ukazování). Prostřednictvím **protodeklarativních** gest se dítě snaží upoutat pozornost na předmět jeho zájmu, o němž se chce dozvědět víc. Kolem sedmého měsíce se gesta začínají spojovat s akustickými projevy dětí (Kapalková, Dušeková, 2008).

Postupem času, čím je dítě starší, se mu snažíme pomoci pochopit, že gesta mohou sloužit ke komunikaci. V předškolním věku se důsledkem rozvoje myšlení mění **pantomimická gesta** na stále symboličtější. Objevují se **ilustrační gesta**, dítě postupně chápe význam gest a učí se je využívat k vyjádření a porozumění emocí (Doherty – Sneddon, 2005).

1.3 PODMÍNKY SPRÁVNÉHO VÝVOJE ŘEČI

Vývoj řeči, jakožto složitý proces, je **ovlivňován řadou faktorů**. Uvádí se, že pro správný vývoj řeči je nezbytné dodržení **tří základních podmínek** – nepoškozený sluch, intelekt a zajištění podnětu z prostředí (Vitásková, Peutelschmiedová, 2005).

Dle Klenkové (2004) závisí správný vývoj výslovnosti na **obratnosti mluvních orgánů, vyzrálosti fonematické diferenciaci, úrovni intelektu a na společenských faktorech** – společenské prostředí dítěte, mluvní vzor a množství řečových a psychických stimulů, které mu prostředí poskytuje. Faktory ovlivňující vývoj řeči rozděluje na **vnitřní a vnější**. U **vnitřních faktorů** se považují za nejdůležitější vrozené předpoklady zdravý vývoj zrakového a sluchového vnímání, zdravý vývoj řečově-motorických zón v mozku a

mluvidel, celkový duševní a psychický vývoj. Co se týče **vnějších faktorů**, největší roli hraje celkový vliv prostředí a výchova jedince.

Lechta (1990) se hodně zaměřuje na faktory ovlivňující **vývoj artikulačních schopností** u dětí. Domnívá se, že mluvidla mohou splňovat všechny potřebné podmínky pro správnou artikulaci ve věku dvou až tří let. Avšak díky složitosti procesu artikulace, není vývoj této schopnosti v tomto věku ještě ukončen. Je nutné vzít v úvahu přesnou souhru a koordinaci mluvních orgánů při artikulaci, kterou si dítě osvojuje teprve dlouhodobým nácvikem mluvení v průběhu vývoje. Klade důraz na význam **fonemické sluchové diference**, jejíž rozvoj by měl být ukončen kolem šestého roku života. Nejpozději však mezi sedmým a osmým rokem. Kvalita výslovnosti nezávisí pouze na úrovni fonemického sluchu, avšak z logopedického hlediska je důležité, že dítě může chápat distinktivní funkce jednotlivých fonémů mateřského jazyka v období, kdy ještě není schopno řeč samo realizovat. Dalším faktorem významně ovlivňujícím vývoj řeči dítěte je podle Lechty komunikační záměr jedince. **Komunikační záměr** u dítěte je především schopnost vyjádřit své potřeby a pocity. Upřednostňují obsahovou stránku před tou zvukovou. Není pro něj důležité, jak správně svoji žádost vysloví, ale jde mu především o obsahově přesné vyjádření, aby bylo vyhověno jeho požadavkům. Pokud toto přetrvává do pozdějšího předškolního věku, je velmi pravděpodobné, že si dítě nesprávnou výslovnost zafixuje.

2 PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Vzhledem k tématu a zaměření bakalářské práce, je celá třetí kapitola věnována popisu a seznámení se s problematikou **poruch autistického spektra (dále PAS)** .

2.1 VYMEZENÍ POJMU

„ Autismus není něco, co osoba má, není to žádná ulita, kde je osobnost uvězněná. Ve skořápce není schované normální dítě. Autismus je způsob bytí. Autismus je všepronikající. Prostupuje každou zkušeností, celým vnímáním, každým smyslem, každou emocí. Autismus je součástí existence. Osobnost se od autismu oddělit nedá.“ - Jim Sinclair (Sinclair, in: Thorová, 2016, s. 31).

Poruchy autistického spektra patří k nejzávažnějším postižením dětského mentálního vývoje, jelikož je vývoj dítěte narušen do hloubky ve více směrech. Narušení komunikace, sociální interakce a představitivosti je způsobeno v souvislosti s **vrozeným defektem** mozkových funkcí. PAS zároveň způsobují odlišné vnímání a prožívání, což vede k tomu, že se člověk s autismem chová jinak. Má to tedy **vliv** na celou jeho osobnost. Projevy a chování dětí s PAS se odvíjí od stupně postižení a mění se na základě toho, jak se dítě vyvíjí. K PAS může být přidružena jakákoliv jiná nemoc či porucha, což značně ztěžuje její diagnostiku (Thorová, 2012).

Každé dítě, osoba s tímto typem postižení je svým způsobem jedinečná, proto neexistuje žádný typický jedinec s autismem. Osoby s PAS se liší osobností, mírou a charakterem postižení, intelektuální úrovní a přidruženými poruchami (Jelínková, 2001).

2.2 HISTORICKÝ VÝVOJ

Historie lidí s poruchou autistického spektra sahá až do dávných dob. V **období středověku** byli lidé vyznačující se jejich nápadným a zvláštním chováním označováni za posedlé d'áblem či uhranuté. V **Hippokratově době** byly naopak tyto děti označovány za svaté. S postupem času a větším zájmem o toto neobvyklé chování se setkáváme s prvním vymezením pojmu a příznaků zanesených do diagnostických klasifikačních systémů. (Thorová , 2016).

Jako první s tímto pojmem přišel švýcarský psychiatr **Eugen Bleur** v roce 1911, kdy použil termín „autismus“ k pojmenování jednoho ze symptomů u schizofrenie. Bleur ovšem nebyl jediný, kdo se o toto neobvyklé chování u lidí zajímal. O třicet dva let později vydal americký psychiatr **Leo Kanner** práci, ve které pojednává o jedenácti autistických pacientech. Kanner si všiml podobně nepřiměřeného chování u skupinky několika dětí, jejichž projevy považoval za symptomy specifické samostatné poruchy, kterou nazval **časný dětský autismus** (Early Infantile Autism – EAI). Tyto děti měly problémy v oblasti verbální komunikace, nesnadno se socializovaly do společnosti a často trpěly nutkavou potřebou stále stejného chodu života. V tomto případě slovem „autismus“ Kanner nepopisoval symptomy schizofrenie, vyjadřoval tím domněnku, že důvodem neschopnosti socializace lidí s autismem je fakt, že si žijí ve svém vlastním světě. Nicméně použitím stejného termínu způsobil, že byl autismus až donedávna zaměňován se schizofrenií. (Hrdlička, Komárek, 2004).

O rok později, tedy v roce 1944, publikoval vídeňský pediatr **Hans Asperger** článek „*Autističtí psychopati v dětství*“, kde popsal syndrom s podobnými projevy. Vycházel z výsledků své disertační práce, ve které se věnoval studiu chování čtyř chlapců. Zabýval se především jejich schopností sociální interakce, řeči a myšlením. Veškeré své výzkumy provedl Asperger nezávisle na poznatcích svého předchůdce Kanner, o kterých díky druhé světové válce nevěděl. Je ovšem velmi zajímavé, že pro popis chování použil Asperger také pojem „autismus“, aniž by znal práci svého kolegy. Hans Asperger se věnoval dětem s mírnějšími formami poruchy. Termín **Aspergerův syndrom**, využívaný dodnes, nahradil původní pojem „**autistická psychopatie**“. Tento pojem poprvé použila britská **lékařka Lorna Wingová** v roce 1981, která se významně zasloužila o rozšíření poznatků z psychologie s radami pro rodiče. (Thorová, 2016).

Spojitost mezi schizofrenií a autismem byla vyvrácena až v sedmdesátých letech publikací děl zabývajících se klinickými příznaky, průběhem onemocnění a také rodinnou anamnézou. **V roce 1993** se koncept pervazivních vývojových poruch dostává do **Mezinárodní klasifikace nemocí** (MKN – 10, 1992), (Hrdlička, Komárek, 2014).

2.3 ETIOLOGIE

Přesná příčina PAS není doposud známá. Již Kanner a Asperger si pohrávali s myšlenkou, že autismus a Aspergerův syndrom mohou být poruchy vrozené. Jejich teorie se potvrdila později v sedmdesátých letech, kdy genetické výzkumy prokázaly spojitost cytogenetických abnormalit s vývojovými poruchami včetně autismu (Thorová, 2016). To, že u vzniku autismu hraje významnou roli **genetika**, ukázala až studie prováděná z malého vzorku dvojčat. Výzkum prováděný u jednovaječných a dvojevaječných dvojčat ukázal, že pravděpodobnost výskytu autismu je vyšší právě u dvojčat jednovaječných, což vede k předpokladu o silném genetickém podílu při vzniku autismu. (Gilberg, Peeters, 2003). Dá se tedy s jistotou říci, že autismus není způsoben špatnou či odtažitou výchovou matek, jak se v minulosti mnozí domnívali.

Gilberg a Peeters (2003) zároveň objasňují souvislosti mezi medicínskými poruchami a poruchami autistického spektra. Předpokládají, že tyto poruchy poruší mozkové funkce odpovědné za běžný vývoj sociálních vztahů, představivosti a komunikace. Jedná se o chromozomální poruchy, tuberózní sklerózu, Itovu hypomelanózu, infekci zarděnek matky v prenatálním období, zánětlivé infekce mozku či metabolické poruchy (Gilber, Peeters, 2003).

Rané poškození mozku také patří mezi možné příčiny vzniku autismu. Je způsobeno především problémy matky v těhotenství, zarděnkami matky nebo průběhem infekce mozku u dítěte, která vedla k jeho poškození (Gilberg, Peeters, 2003).

Z provedených výzkumů tedy vyplývá, že se jedná o **vrozenou neurologickou poruchu mozku**, kterou s největší pravděpodobností nezpůsobuje pouze jeden specifický gen. **Vznik** je zapříčiněn **odlišujícím se počtem genů** v různé míře. (Gilberg, Peeters, 2003).

2.4 CHARAKTERISTICKÉ PROJEVY, DEFICITY A CHOVÁNÍ

Jak již bylo jednou zmiňováno, PAS patří mezi tzv. **pervazivní vývojové vady**, které zasahují člověk ve **všech jeho rovinách**. Proto byly vymezeny **tři hlavní oblasti**, označující se pojmem „*autistická triáda*“, podle nichž je možné charakterizovat projevy PAS.

2.4.1 Oblasti autistické triády

Sociální interakce

Rozvoj sociálního chování u jednotlivých dětí s PAS se výrazně liší podle **hloubky postižení**. Je velmi individuální, do jaké míry bude dítě schopno se socializovat. Některé děti mají potíže se základními sociálními dovednostmi odpovídající kojeneckému věku. Na druhou stranu děti s mírnější formou handicapu jsou schopny chápat sociální problémy na úrovni šestiletých dětí (Thorová, 2016).

To, že jedinec vyhledává samotu a dalo by se říci, že se uzavírá do svého vlastního světa neznamená, že nemá o komunikaci s ostatními lidmi zájem. **Způsob** jejich kontaktu s okolním světem bývá většinou **nepochopen** především kvůli tomu, že využívají prostředky, které nejsou pro ostatní přirozené. Největším znepokojením pro autisty je fakt, že sociální situace nejsou pokaždé stejné. Při snaze pochopit danou situaci hledají určité **detaily**, vymýšlejí si své vlastní **strategie**, které jim usnadňují porozumět okolí a zároveň poskytují pocit bezpečí a kontroly (Jelínková, 2008).

Vzhledem k tomu, že každé dítě s PAS je jiné, setkáváme se s celou škálou sociálního chování. Na jedné straně jsou to děti, které se při každém pokusu o sociální kontakt odvrátí, protestují nebo se začnou stahovat a schovávat. **Typickým rysem** je zakrývání uší a očí, hučení nebo třepání rukama před obličejem. Protikladem tomu jsou děti, které se snaží navázat kontakt všude a úplně s každým (Thorová, 2016).

Komunikace

Komunikace a komunikační dovednosti patří mezi nejdůležitější schopnosti člověka. Slouží především k výměně a sdělování informací, názorů a potřeb. U dětí s PAS bývá tato schopnost ve většině případech **narušena do hloubky**. **Opožděný vývoj řeči** je při diagnostice autismu jedním z hlavních faktorů. Přibližně polovina dětí s PAS si nikdy neosvojí řeč na takové úrovni, aby byly schopny se plně dorozumět (Thorová, 2016).

Vývoj řeči, stejně tak jako schopnost sociální interakce, je velmi **individuální záležitostí**. U některých dětí se řeč nevyvine vůbec nebo zůstane pouze u pár slov, ve vážnějších případech může být vývoj řeči zpomalen a mít charakter vývojové dysfázie (Žampachová, Čadilová, 2015). U dětí, které si řeč osvojí i tak nacházíme nápadné odchylky ve vývoji řeči

a četné abnormality. **Porucha komunikace** u dětí s PAS se projevuje ve **všech úrovních** – receptivní (porozumění), expresivní (vyjadřování), verbální i neverbální (Thorová, 2016).

Jedním z projevů narušené komunikace jsou **repetitivní** či **ritualizované projevy** v řeči. Pro osoby s PAS je více komfortní, pokud předem ví, co se stane a jak se bude následující situace vyvíjet. Proto se například neustále ptají na stejné otázky, na které znají již odpověď. Opakují několikrát dokola stejné fráze bez přestání nebo vedou monolog, aniž by se zajímaly, zda jim posluchač věnuje pozornost. Mezi další projevy patří **různé formy echolálií**, kdy dítě přesně opakuje slyšené nebo přečtené oslovo, aniž by porozumělo jeho významu. Jedná se například o opakování sloganů v reklamě nebo citací z pohádek bez jakéhokoliv komunikačního záměru. Echolalickou formou je také záměna zájmen a rodů (Žampachová, Čadilová, 2015).

Od kojeneckého věku děti komunikují se svým okolím prostřednictvím **neverbální komunikace**. Pomocí zraku, gest, postoje a výrazu v obličeji dokáží vyjádřit své potřeby a pocity. S postupem věku se signály stávají diferencovanějšími, dítě reaguje na širší a jemnější škálu podnětů. **U dětí s PAS** tento typ komunikace **nebývá dostatečně vyvinut**. Všechny, nebo alespoň některé z dovedností, mohou zcela chybět, být využívány omezeně, nepravidelně nebo naopak v nadměrném množství. Potíže nemusí být pouze při užívání neverbální komunikace, ale také v jejím porozumění. Osoby s PAS obtížněji chápou a dekodují výrazy v obličeji, postojích těla nebo gesta a podle toho pak hůře odhadují, co si daná osoba myslí nebo jak se cítí (Thorová, 2016).

Vývoj představivosti, zájmu, hry

Triádu problémových oblastí uzavírá **narušená schopnost představivosti**. Důležitou roli při vývoji představivosti hraje **rozvoj nápodoby**. Právě již zmíněný vývoj funkční a napodobivé hry v prvních letech u dětí s PAS zaostává. To má negativní vliv na mentální vývoj dítěte, jelikož schopnost imitace, symbolického myšlení a rozvoje hry je důležitým podnětem pro učení (Thorová, 2016). Věnují se především **neúčelným, stereotypním a opakujícím se aktivitám**, které obvykle preferují podstatně mladší děti. Není proto divu, že je jejich hra a trávení volného času nápadně odlišné od vrstevníků (Žampachová, Čadilová, 2015).

Jako u předchozích dvou oblastí, záleží kvalita hry, její pestrost a nenucenost na **hloubce postižení**. Mezi **charakteristické rysy** autistické hry patří vyhledávání **repetitivních aktivit, stereotypních modelů** chování a příliš silné **myšlenkové zaujetí pro určitou činnost** nebo **téma** (Žampachová, Čadilová, 2015).

Posledním charakteristickým rysem u osob s PAS jsou **motorické a vokální stereotypy**. Pro **pohybové zvláštnosti** je především typické mávání a plácání rukama, točení se nebo běhání dokola. V některých případech mohou přejít tyto stereotypy až k sebepoškozování jako je například bouchání hlavou o stůl, kousání se nebo mačkání očí. U **vokálních stereotypů** je princip naprosto stejný. V tomto případě se akorát jedná o **opakování zvukových projevů**. Dítě se neustále dokola ptá na stejné otázky, vydává totožné zvuky nebo opakuje stejná slova. Stereotypní chování a rituály se odrážejí ve všech činnostech (Gilberg, Peeters, 2003).

2.5 KLASIFIKACE PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Dle Hrdličky (2004) jsou pro klasifikaci PAS směrodatné dva dokumenty, a sice **Mezinárodní klasifikace nemocí** (desátá revize **MKN- 10**) a americký diagnostický manuál **DSM-IV**.

V **České republice** je využíván klasifikační systém **MKN- 10**, kde je klasifikace poruch autistického spektra uvedena v kategorii „*pervazivní vývojové poruchy*“ (**F84**).

2.5.1 Dětský autismus (F84.0)

Z historického pohledu tvoří dětský autismus **jádro poruch autistického spektra**. Míra závažnosti poruchy je individuální, od mírné formy až po formu těžkou. Aby bylo možné diagnostikovat, že se jedná právě o dětský autismus, musí se **problémy projevit ve všech oblastech triády** – sociální interakce, komunikace, představitost. Tento syndrom je možné diagnostikovat bez ohledu na to, zda je přidružena nějaká další porucha v jakémkoliv věku (Thorová, 2006).

Dle MKN-10 jsou k této poruše přidruženy ještě tzv. **nespecifické projevy**, jako jsou např. fobie, poruchy spánku a příjmu potravy, návaly zlosti nebo agrese namířená proti sobě (MKN, 2014).

2.5.2 Atypický autismus (F84.1)

O atypickém autismu hovoříme v tu chvíli, kdy dítě **splňuje jen částečná diagnostická kritéria určená pro dětský autismus** (Thorová, 2016). Z důvodu nepřítomnosti některých zásadních diagnostických rysů býval tento typ chybně označován pojmem „autistické rysy“. Ostatní symptomy běžně vyžadované pro diagnostiku autismu jsou přítomny (muj autismus, rok neuveden). Atypický autismus nemá stanovené hranice ani přesnou definici klinického obrazu, proto může být při troše nepozornosti zaměňován za autismus dětský (Thorová, 2016).

Vzhledem ke všem těmto okolnostem je poměrně složité atypický autismus diagnostikovat. **První symptomy** zaznamenáváme až **po třetím roce života**. Na rozdíl od autismu dětského **není naplněna diagnostická triáda** (Thorová, 2016).

2.5.3 Rettův syndrom (F84.2)

Rettův syndrom byl poprvé popsán roku 1996 rakouským dětským neurologem **Andreasem Rettem**. Jedná se **neurologické postižení**, které hluboce zasahuje do tělesných, pohybových i duševních funkcí a **postihuje především dívky**. Je **způsobený mutací v MeCP2 genu**, který se nachází na X chromozomu. Z toho důvodu tento syndrom nepostihuje chlapce – nedisponují druhým narušeným X chromozomem a proto plod či novorozenec nepřežije (Trohrová, 2012). Z pohledu mutace genů rozlišuje **dvě základní formy** Rettova syndromu, a to **typický RTT** (mutace MeCP2 genu) a **atypický RRT** (mutace CDKL5 genu) (rett community, rok neuveden).

Syndrom je možné diagnostikovat většinou kolem **dvanáctého měsíce**. Do té doby by se mohlo zdát, že se dívka vyvíjí zcela normálně. Je schopna uchopovat věci a začíná žvatlat, v některých případech se naučí říkat jednoduchá slova či slovní spojení. **První příznaky** se začínají projevovat mezi **šestým až osmnáctým měsícem**. Patří mezi ně hypotonie, zhoršení očního kontaktu nebo stereotypní pohyby rukou. Dochází ke snižování dětské aktivity, dítě přestává chodit a postupem času mu dělá problém sedět bez opory. **Okolo prvního roku**

dochází již k výrazné **stagnaci**. Schopnost komunikace se začíná postupně vytrácet, dítě přestává mluvit, žvatlat i vydávat zvuky. Mizí i schopnost komunikace neverbální. Dívkám začíná dělat problém uchopovat a držet věci v rukou. Ulpívají na stereotypních pohybech jako je tleskání, držení ruky v pěst nebo se objevují tzv. mycí pohyby rukou. **Úchopová schopnost** se zcela vytrácí kolem **třetího roku** věku dítěte. V tomto období také dochází k **dýchacím problémům** – výpadky dechu, zadržování nebo zrychlené dýchání (Thorová, 2016).

Později, **mezi třetím a čtvrtým rokem**, se důsledkem **zániku neurovývojové regrese** stav stabilizuje. Takto vydrží až do školního věku. V některých případech může dojít k výskytu skoliózy, epileptických záchvatů a poškození kůže, které je způsobeno stereotypními pohyby. Dochází ale i k pár pozitivním událostem co se vývoje týče. Dívky se začínají lépe soustředit, vrací se uchopovací schopnost a zájem o komunikaci s okolím se také začíná zvyšovat. Toto období bývá různě dlouhé, ale uvádí se, že přibližně mezi pátým a dvacátým pátým rokem dochází ke zhoršení motorických schopností. Dochází především ke zhoršení skoliózy a ochabnutí svalů (Thorová, 2016).

V průběhu dospívání dívky psychicky vyžívají a stereotypní pohyby se začínají umírňovat a ustupovat do pozadí. V průměru se ženy s Rettovým syndromem dožívají čtyřiceti let (Thorová, 2016).

2.5.4 Jiná dezintegrační porucha v dětství (F84. 3)

Tento syndrom poprvé popsal v roce 1908 speciální pedagog pocházející z Vídně, **Theodore Heller**. Aby bylo možné tuto poruchu s jistotou diagnostikovat, musí být **vývoj dítěte zcela normální do dvou let věku**. Okolo **roku třetího** nastává z neznámého důvodu **výrazná regrese** a nástup těžké mentální retardace, dítě **ztrácí již nabyté dovednosti**. Ke zhoršení dochází především u komunikačních a sociálních schopností. I přesto, že se dovednosti po čase mohou zlepšit, dítě se nikdy nevrátí zpět do normálu (Thorová, 2012).

2.5.5 Aspergerův syndrom (F84.5)

„Abyste se stali vynikajícím vědcem nebo skvělým umělcem, musíte mít alespoň nějaké znaky Aspergerova syndromu, které vám umožní odpoutat se od tohoto světa“ - Hans Asperger (Asperger, in: Thorová, 2016)

Jak již název syndromu napovídá, objevitelem tohoto typu poruch autistického spektra je německý psycholog **Hans Asperger**, který působil ve Vídni jako dětský lékař. V průběhu své práce vyzoroval u určité skupinky dětí **nápadné vzorce chování**, které se vyskytovaly především u **chlapců**. Jednalo se o **specifické projevy** jako neschopnost vcítění se, navazování kontaktu a vztahu s ostatními lidmi, dlouhé monology a jednostranná konverzace bez potřeby odezvy (Thorová, 2016).

Osoby s Aspergerovým syndromem se od ostatních typů poruch autistického spektra odlišují **lepší schopností komunikace**, na což má vliv dobrá intelektuální úroveň. Nemají problém s vyjadřováním a reprodukcí řeči, avšak pochopení ironie, žertů, metafor a mimoverbální komunikace zaostává. Jejich mluva může proto vypadat lehce namyšleně nebo strojeně (muj autismus, rok neuveden). S tím souvisí další **typická charakteristika** u osob s Aspergerovým syndromem, čímž je **neobvyklý tón hlasu a pedantské vyjadřování**. Jejich řeč je velmi chudá na přízvuky, rytmus, melodii a intonaci. Naopak jsou velmi dobří ve vytváření nových slov a novotvarů (Vermuelen, 2006).

Je velmi těžké odhadnout, v jakém psychickém rozpoložení se osoba s aspergerovým syndromem nachází, jelikož mají omezenou schopnost vyjádřit své pocity. Jsou velmi náchylní k sebepodceňování, odsuzování a hledání chyb na vlastní osobě. Charakteristická je snížená schopnost ovládat vlastní chování. Z toho důvodu bývají děti s Aspergerovým syndromem velmi náladové a podléhají nekontrolovatelným záchvatům vzteku (Thorová, 2006).

Osoby s Aspergerovým syndromem se také vyznačují **svojí citlivostí na výraznější smyslové podněty**. (Vermuelen, 2006).

2.5.6 Jiné pervazivní vývojové poruchy (F84.8)

Tato kategorie poruch autistického spektra není v Evropě tolik užívaná, jelikož diagnostická kritéria nejsou přesně definována. Thorová (2012) rozlišuje **dvě skupiny dětí** a podle příznaků je zařazuje do kategorií takto:

1. **První skupinu** tvoří děti s narušenou schopností komunikace, sociální interakce a hry, avšak ne do takové míry, aby odpovídala diagnostice autismu nebo atypickému autismu. Projevuje se u každého dítěte odlišně. I přesto, že jednotlivé symptomy mohou být totožné s chováním dětí s PAS, nikdy se nevyskytují ve větším množství

v dané kategorii. Jiné pervazivní vývojové poruchy bývají často diagnostikované u dětí s těžší formou poruchy pozornosti a motorické koordinace, vývojovou dysfázií, mentální retardací.

2. Mezi druhou skupinu řadíme děti s **výrazně narušenou oblastí představivosti**. Typickým rysem je malá schopnost rozeznávat realitu od fantazie, což má vliv na kvalitu komunikace a sociální interakce. Patří sem děti se schizoidními a schizotypními rysy.

Děti s pervazivními poruchami bývají na péči stejně náročné jako ostatní děti s poruchami akustického spektra. (Thorová, 2016).

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

Mezi projevy této poruchy patří **těžká motorická hyperaktivita**. Projevuje se neustálým běháním, skákáním nebo jinými pohyby těla a přehnanými reakcemi v situacích, kdy to není potřeba. Dlouhá doba strávená stereotypními aktivitami je také slučitelná s tímto problémem. Opakování určité činnosti může mít až přehnanou, nefunkční formu, kdy si dítě například neustále hraje s jednou hračkou. Typické je časté **sebepoškozování**. U tohoto typu se nevyskytuje sociální narušení (Thorová, 2006).

2.6 VÝVOJ PORUCHY V JEDNOTLIVÝCH VĚKOVÝCH OBDOBÍCH

Přesto, že se poruchy autistického spektra řadí mezi poruchy vrozené, jejich **projevy nejsou v čase stabilní**. Pro stanovení diagnózy musí být vývojové abnormality u většiny poruch přítomny v **prvních třech letech života**. To jak **specifické** (chování typické pro poruchy autistického spektra), tak **nespecifické** (opožděný vývoj řeči). Diagnózu velmi často komplikuje fakt, že **se klinický obraz PAS s věkem mění** (Thorová, 2016).

Pro diagnózu je stěžejní vyhodnocovat chování u rizikových dětí v **pěti letech, po nástupu do školy a v době dospívání**. Diagnostika v pozdějším věku je také možná, musíme ale počítat s možnými **riziky** (Thorová, 2016).

Velmi důležité je myslet na to, že každé dítě s autismem je jiné a tudíž se vyvíjí odlišným způsobem. Rozeznatelnost prvních projevů poruchy z velké části závisí na **stupni závažnosti autismu** (lehký, středně těžký a těžký autismus) a **typu poruchy** (Thorová, 2016).

- **Diagnostika v raném věku**

Diagnostikovat poruchu autistického spektra v raném věku není vůbec jednoduché, jelikož dětský vývoj bývá velmi různorodý. Jsou i zdravé děti, které nerady vyhledávají lidský kontakt, nerady se mazlí a odtahují se z obětí rodičů. Mnohé dětské zájmy mohou mít **ulpívavý charakter a objevují se rituály**. Všechny tyto projevy nemusí nutně znamenat, že dítě trpí poruchou autistického spektra (Thorová, 2016).

Důvodů k znepokojení musí být několik. **Hlavním faktorem je omezenost v prosociálním chování**. Pokud se tak stane, měli by rodiče vyhledat pomoc od psychologa. Při vyšetření hraje důležitou roli profesionální přístup odborníka a také znalost komplexní vývojové psychologie (Thorová, 2016).

- **Narození a první rok života**

Stanovení diagnózy v prvním roce života není stoprocentně spolehlivé, nástup poruchy může být zpočátku nenápadný. Většina rodičů si neobvyklého vývoje u jejich dítěte všimne **již před prvním rokem života**. Jedná se především o **opožděný motorický vývoj**, což je považováno za první signál možné poruchy. Rodiče si také všimají **odlišností při zacházení s předměty** – nezájem o okolí, dítě si předmět neprohlíží a nevkládá si ho do úst (Thorová, 2016).

Co se týče **projevů v sociálním chování**, dítě se často straní společnosti, je lhostejné vůči ostatním lidem, ignoruje snahu rodičů o jednoduché sociální hříčky jako je například „paci paci“. Důležitým ukazatelem je **schopnost navázat oční kontakt, zaměřit pozornost požadovaným směrem a sledovat směr pohledu dospělého**. Tyto sociálně-orientační dovednosti bývají u dětí s PAS narušeny (Thorová, 2016).

- **Batoletcí období (13-30 měsíců)**

Do dvou let věku ještě stále nemá chování dítěte mnohdy natolik specifický charakter, aby mohla být diagnostikována porucha autistického spektra. Je třeba **definovat činnosti a projevy v chování**, které se objevují u dětí s autismem v raném věku. Avšak u některých dětí v tomto věku již můžeme zaznamenávat projevy **hypersenzitivity na sluchové a dotykové podněty, výrazné potíže s regulací vlastního chování bez ustupující tendence, obtíže v pružné orientaci na zrakové podněty, potíže s jídlem a spaním**. Mezi 12. a 18. měsícem byly zpozorovány odlišnosti ve sledování směru pohledu druhé osoby, méně frekventovaná sociální reference, přítomnost stereotypního chování a pohybů, obtíže v oblasti pozornosti a motorický atypický vývoj (Thorová, 2016).

První příčiny znepokojení rodičů v tomto období bývají nejčastěji problémy v řeči nebo širší komunikaci. Všimají si opožděného vývoje řeči a celkové malé schopnosti dítěte komunikovat. O abnormálním vývoji začínáme hovořit, pokud dítě v 6 měsících nereaguje vzájemným sociálním úsměvem, do 12 měsíců nežvatlá a negestikuluje, do 16 měsíců neukazuje ukazováčkem na vzdálené předměty a neužívá slova. Jakmile dítě začne ztrácet jakékoliv řečové nebo sociální schopnosti v jakémkoliv věku, je to signál pro rodiče, že by měli navštívit co nejdříve svého pediatra nebo psychologa (Thorová, 2016).

- **Předškolní období (3-6 let)**

Při diagnostice okolo třetího roku věku dítěte může dojít k záměně mírnější symptomatiky dětského autismu, Aspergerova syndromu nebo atypického autismu za potíže způsobené problematickým vývojem řeči a opožděním nebo nerovnoměrností mentálního vývoje. Konečná a jasná diagnóza by proto měla být stanovena až mezi čtvrtým a pátým rokem věku dítěte, kdy jsou projevy nejzřetelnější (Thorová, 2016).

Za klíčový okamžik se považuje vstup do mateřské školy. Mnoho rodičů do této chvíle nezpozoruje, že s jejich dětmi je něco v nepořádku. Některé děti jsou více pasivní a hrají si o samotě. V opačném případě jsou děti, které na sebe upoutají více pozornosti kvůli jejich přehnané aktivitě, bizarním a ulpívavým zájmům. Mezi nejčastější a nejmarkantnější projevy patří obliba rituálů, omezené zájmy či problémové chování (agrese, sebezraňování, záchvaty vzteku). Dítě bývá výchovně velmi těžko usměrnitelné (Thorová, 2016).

- **Mladší školní věk (6-11 let)**

V období školního věku dochází k **ústupu symptomů a zlepšujícímu se stavu**, jak si všiml již Leo Kanner. Opakující se činnost se mění na úzce vyhraněné zájmy, v oblasti sociálního chování dochází k posunu v sociální interakci (Thorová, 2016).

Stanovit diagnózu v tomto období bývá poněkud obtížnější. V některých případech mohou symptomy odeznít. Často se tedy stává, že se porucha autistického spektra na základě dobrého individuálního kontaktu a kompenzovaného psychického stavu vyloučí. Naopak se ale můžeme setkat s dětmi, u kterých se obtíže naplno projeví právě až v mladším školním věku (Thorová, 2016).

Profesor Christopher Gillberg na základě svého výzkumu odhalil, že se ve školách nachází **více** dětí s Aspergerovým syndromem, než kolik jich **je skutečně diagnostikováno**. To jasně ukazuje, že poruchy autistického spektra se podceňují. Pokud se dítě dobře učí a „nezlobí“, nedostane se mu diagnózy a přichází tak o možnost včasné intervence (Thorová, 2016).

Vývoj v období dospívání a samotné dospělosti je velmi **heterogenní**. U některých jedinců dochází ke zlepšení a zmírnění symptomů, u některých zůstávají na stejné úrovni. Objevují se i případy, kdy dojde ke zhoršení. Vše se odvíjí od **včasné a především správné diagnózy** a přístupu rodičů při řešení daného problému (Thorová, 2016).

2.7 DIAGNOSTIKA

Diagnostiku poruch autistického spektra můžeme rozdělit **do tří fází**. První je **fáze podezření** ve které hrají velkou roli rodiče a jejich zájem o dítě. S prvním podezřením a znepokojením u vývoje dítěte se rodiče obracejí na svého pediatra. Ten na základě **screeningového testu, itineráře typických projevů pro daný věk a diagnostického kritéria** potvrdí nebo vyvrátí své podezření na poruchu autistického spektra (Thorová, 2016).

Následuje **fáze diagnostická**. Při této fázi se doporučuje **spolupráce** několika profesí (dětský psycholog nebo psychiatr, speciální pedagog), jelikož diferenciální diagnostika

vyžaduje dobrou znalost vývojové psychologie, psychopatologie a klinickou zkušenost. Rodiče jsou poté posláni na ještě další doporučená vyšetření jako je genetika, neurologie, vyšetření zraku a sluchu (Thorová, 2016).

Poslední fází je **fáze postdiagnostická**. Záleží především na rodičích, do jaké míry se o danou situaci budou zajímat. Po všech předchozích vyšetřeních by se měli alespoň z části orientovat v dané problematice, číst doporučenou literaturu, podělit se o své zkušenosti nebo požádat o radu ostatní rodiče z podpůrných skupin (Thorová, 2016).

Stanovení diagnózy a hloubky PAS je však pouze pomocí klinického vyšetření nepřesné a neexistuje žádná zkouška biologického charakteru, která by autismus prokázala. Proto se odborníci **zaměřují na mapování a zkoumání chování daného jedince** (Hrdlička, Komárek, 2004). Významnou roli hraje zkušenost odborníků, kteří se problematice PAS rutinně věnují (Thorová, 2012). Nejvhodnějším, avšak nejspolehlivějším pomocníkem, je **screeningová metoda**. Může dojít k selhání u detekce mírnějších forem nebo naopak vyjdou falešně pozitivní výsledky u osob trpících jinou poruchou (Thorová, 2012). Nejčastěji **využívané hodnotící škály** u nás jsou **CARS** (Childhood autism Rating scale), **ADI- R** (Autism Diagnostic Interview- Revised), **ADOS** (Autism Diagnostic Observation Schedule) a **DACH**.

Metoda CARS obsahuje 15 položek, kdy se v časovém intervalu 30-60 minut hodnotí u každé položky **frekvence a intenzita abnormních jevů**. Potvrzení nebo naopak vyloučení autismu je poměrně rychlé, ale bohužel nepřesné. Proto se metoda CARS **využívá spíše ke screeningu** než ke konečné diagnóze. **ADI- R** je forma **podrobného rozhovoru s rodiči**, který trvá přibližně 3 hodiny. Rozhovor má 111 položek zaměřujících se na raný vývoj dítěte, první projevy poruchy, zájmy a chování, hru a sociální vývoj. Je vhodný k diagnostice od 18 měsíců věku do dospělosti (Hrdlička, Komárek, 2004). Hodnotící škála ADOS vznikla kombinací dvou starších metod a je určena pro každého, u koho vzniklo podezření na poruchu autistického spektra. Jedná se o **semistrukturované vyšetření**, kdy v rámci přesně definovaných aktivit **hodnotíme fungování dané osoby v oblasti sociální interakce a komunikace**. Hlavní výhodou této metody je **strukturovaný model interakce klient-vyšetřující**, čímž rozumíme vytvoření sociální situace, která je standartní pro všechny vyšetřované osoby. Hodnotí se například dovednosti verbální i neverbální komunikace, schopnost požádat o pomoc a popsat sociální situaci, schopnost nápodoby, úroveň symbolické hry a další. Díky této metodě lze získat mnohem více informací za krátkou dobu,

než by se podařilo u běžného vyšetření. Pro zlepšení validity se doporučuje sledovat a hodnotit dítě také mimo testovou situaci. Podle chronologického věku a úrovně vyjadřování volíme ze **čtyř variant: 1. variant** je pro děti, které nemluví nebo řeč používají jen velmi málo. **Varianta 2** je pro děti, které mluví ve větách avšak nikoli plynule. Pro děti verbálně zdatné je určena **varianta 3** a pro dospělé a dospívající je **varianta 4** (Thorová, 2016).

Konečnou diagnózu může stanovit pouze **dětský psychiatr**. Psychologické vyšetření by mělo mít jasně danou strukturu. Obvykle probíhá ve dvou liniích, kdy se mapuje symptomatika typická pro děti s PAS a následně se vyšetří momentální schopnosti dítěte. Vyšetření začíná rozhovorem s rodiči, kteří psychologovi předloží zprávy z vyšetření, ze základní či mateřské školy a také výtvarné či školní práce dítěte. Druhé sezení již probíhá za přítomnosti dítěte. Měla by být zvolena taková doba, která dítěti nezasahuje do spánkového režimu a času odpočinku. Psycholog opět vede rozhovor s rodiči a zároveň pozoruje dítě při hře. Následuje řízená činnost s dítětem, u čehož velmi záleží na schopnostech a věku dítěte. U starších a schopnějších dětí se využívají standardizované metody, u dětí méně zdatných pak např. dílčí úkoly z vývojových škál. Přítomnost rodiče při sezení se doporučuje do tří až čtyř let věku dítěte, kdy před každým ukončením vyšetření odchází rodiče o chvíli dříve, aby mohl psychiatr sledovat reakci dítěte. Ne všechny děti jsou dostatečně schopny reagovat a rozumět všem instrukcím a pokynům, proto je dobře využívat kombinaci různých metod nebo využívat pouze jejich část podle možností dítěte (Thorová, 2012). Je velmi důležité odlišit od PAS mentální retardaci, specifické poruchy řeči, schizoidní poruchu dětí nebo např. poruchy učení (Svoboda, aj., 2009).

Základní testovacím nástrojem v psychodiagnostice PAS je **pozorování**. Mezi další důležité metody patří rozhovor, který je stejně jako pozorování nezbytným nástrojem pro získání potřebných informací (Hrdlička, Komárek, 2004).

K vyšetření **kognitivních schopností** u dětí s PAS můžeme využívat **inteligentní testy**, které jsou alespoň z části verbálně vybaveny. Musíme si ale uvědomit, že dítě plně nevyužije své schopnosti například z důvodu stresu a nepozornosti, proto těmito testy spíše zmapujeme míru inteligence, kterou dítě uplatňuje v běžném životě. Mezi testy rozumových schopností řadíme např. **Stanford- Binetovu zkoušku**, IV. revize, která je určena pro děti ve věku od 2-3 let až do dospělosti. Zkouška je zaměřena na verbální myšlení, abstraktně – vizuální myšlení, kvantitativní myšlení a krátkodobou paměť. **Škála McCarthyové** představuje 5

škál: verbální škála, percepčně - performační škála, škála početí, doplňková škála paměti a motoriky. Zaměřuje se na děti od 2,5 let do 8 let (Hrdlička, Komárek, 2004).

Dalšími metodami, které jsou významnou součástí při vyšetření je **kresba a grafomotorika**. Používá se napodobování kresby geometrických tvarů, dokreslování obrázků a spontánní kresba na volné téma. V průběhu kresby je pozorováno chování dítěte, způsob jakým dítě drží tužku a obsah spontánního písemného projevu (Hrdlička, Komárek, 2004). V kresbě se promítají psychické i jiné procesy, při nichž je možné zjistit celkovou úroveň jemné motoriky, kognitivní přístup ke ztvárnění tématu atd. (Svoboda, aj., 2009).

2.8 ROZVOJ KOMUNIKAČNÍCH DOVEDNOSTÍ U DĚTÍ S PAS

Komunikace jako celek je jednou z **hlavních problémových oblastí** u dětí a osob s autismem. Opět se jedná o individuální záležitost. To, jak rychle a dobře se bude vyvíjet řeč u dítěte, **závisí na stupni postižení, zda je přidružená ještě jiná vada a jak moc je dítě schopné a ochotné se učit**. Kromě pomalejšího vývoje řeči mají děti s autismem problém s jeho kreativním využitím. Velmi často opakují stejná slova a vyjadřují se monotónně. Důvodem nebývá nedostatečná slovní zásoba, ale neschopnost využít slova tvořivě ke smysluplné konverzaci (Richman, 2006).

2.8.1 Receptivní jazyk

Abychom porozuměli sdělení někoho jiného, musíme nejdříve porozumět jeho komunikačním signálu. Existuje celá řada dovedností, které pomáhají dětem s autismem pochopit smysl komunikace (Richman, 2006)

- Ukazování, žádání

Ukazování je jednou z komunikačních dovedností, které se **nejlépe** učí a jež můžeme pozorovat u dětí od velmi útlého věku. Můžeme to trénovat například tím, že si vezmeme do ruky nějakou věc, po které dítě touží (sladkost, hračka) a držíme ji mírně mimo dosah dítěte. Vyzveme dítě, aby ukázalo na to, co chce a s naší pomocí vedeme jeho ruku tak, aby ukazovala na danou věc (Richman, 2006).

- Oční kontakt

Oční kontakt je důležitý hned ze dvou důvodů - jako **podpora učení** a jako **forma neverbální komunikace**. Z počátku může k trénování využít opět nějakou oblíbenou věc, kterou umístíme do výše očí dítěte a vyzveme ho, aby se na nás podívalo. Hračka nebo sladkost by měla posílit snahu dítěte k nám zvednout oči. Je však velmi důležité postupem času vyměnit posilování materiální za posilování společenské (písnička, pohlázení, slovní pochvaly), jelikož je to více přirozené a dítě se s ním bude častěji setkávat v mnoha sociálních skupinách (Richman, 2006).

- Reakce na jméno

Uvědomit si a rozeznat své vlastní jméno je **významný** krok v oblasti komunikace. Vyslovené jméno spojuje určitý zvuk s určitou osobou. Je velmi důležité, aby byla pro nácvik vybrána vhodná doba. Pokud budeme na dítě volat jménem v době, kdy se věnuje nějaké činnosti, je šance na jeho reakci minimální. Než začneme, ujistíme se, že dítě nic nerozptyluje. Sedneme si proti němu a vyslovíme jeho jméno. Pobízíme ho, aby se na nás podívalo tím, že mu částečně zacloníme rukama oči nebo držíme v ruce nějakou sladkost či hračku. Takto to poté opakujeme několikrát denně, postupně se snažíme eliminovat fyzické pobízení. Jak se dítě zlepšuje, přidáváme na intenzitě. Například zkusíme na dítě volat, zatímco si hraje, je otočené zády nebo na něj voláme z jiné místnosti. Za každou správnou reakci dítě odměníme pochvalou nebo sladkostí (Richman, 2006).

- Podstatná jména

Děti mají občas tendenci učit se podstatná jména dříve, než se u nich rozvine řeč. Učení začneme tak, že vybereme pár věcí, které má dítě rádo a opakovaně je pojmenováváme. Obzvláště když na ně ukazuje. Názvy zatím nespojujeme s delší konverzační větou (Richman, 2006).

- Jednoduché instrukce

Pokyny a jednoduché instrukce slouží nejen k dosažení cílů a splnění přání dítěte, ale také napomáhají vést dítě k denním činnostem a podporují učení. Základní pokyny je možno nacvičovat s dětmi doma, je ale důležité věnovat tomu dostatek času a trpělivosti. Mezi jednoduché instrukce řadíme pokyny jako: sedni si, postav se, udělej „pa, pa“, pojd' sem, zamávej a další (Richman, 2006).

- Složitější instrukce

Jedná se o spojení dvou kroků, které vyžadují od dítěte vyšší kognitivní úroveň, proto je vybíráme vždy s ohledem na dosavadní znalosti dítěte. Hovoříme o následujících pokynech: sedni si a dotkni se pusinky, postav se a pojd' ke mně, pojd' sem a zatleskej (Richman, 2006).

- Výuka jazyka pomocí hry

Učení hrou patří mezi **nejoblíbenější** výukové metody. Nejen, že se dítě bude bavit, ale aniž by si to uvědomilo, naučí se spoustu užitečných věcí. Na příklad učení směru a polohy – dítě postavíme „vedle“, „za“, „před“, „mezi“ různé předměty v domě. Hra vyžaduje pohyb a dítě tak dobře využívá své energie. Děti s autismem mohou mít potíže s porozuměním slovům, proto je důležité, abychom při komunikaci s dítětem **využívali jazyk, který je přizpůsobený jeho úrovni** (Richman, 2006).

2.8.2 Expresivní jazyk

Termín „expresivní jazyk“ je vyjádřením pro spontánní a emotivní, verbální i neverbální výměnu informací (slovník cizích slov, rok neuveden)

- Podpora zvuků a žvatlání

Pro děti s autismem je typické, že se často věnují **verbálním stereotypům**. Jakmile dítě začne žvatlat a vydávat zvuky, které nemají žádný hlubší význam, je třeba to podporovat. Pomocí žvatlání si totiž dítě osvojuje zvuky a učí se je kombinovat. Při potížích s výslovností spojují zvuk žvatlání s určitým předmětem, což je prvním krokem k vytvoření smysluplné

řeči. I když se to může zdát rodičům nesmyslné, doporučuje se, aby u dítěte podporovali a posilovali jeho spontánní vyjadřování tím, že budou také žvatlat (Richman, 2006).

- Orální motorická cvičení

Orální motorická cvičení jsou důležitým prostředkem pro **rozvoj svalů v oblasti úst**. Zařazujeme cvičení jako je otevírání a špulení úst, vystrkování jazyka, žvýkání, foukání nebo úsměv (Richman, 2006).

- Verbální napodobování

Ve chvíli, kdy je dítě schopno napodobovat orální motorická cvičení, správně intonovat a vydávat různé zvuky pomocí pohybů jazyka a úst, je připraveno na **verbální napodobování**. Pro začátek se doporučuje využívání jednoduchých jednoslabičných zvuků, poté přejít na kombinaci zvuků a nakonec začít s nácvikem slov. I přes to, že se tento nácvik může zdát méně funkční, je **důležitý pro přirozený vývoj řeči dítěte**. Přeskočení některého stádia vývoje řeči může v pozdějších letech způsobit potíže. Například učí – li se dítě rovnou kombinaci zvuků, nedokáže rozpoznat a rozlišit jednotlivé slabiky od slabik v kombinacích. Při slovech banán a balón – nejprve s dítětem nacvičujeme výslovnost slova banán, po dvou týdnech učení se rozhodneme pro nácvik slova balón. Při napovídání slabiky „ba“ si dítě automaticky vybaví slovo banán, protože se slabiku „ba“ naučilo jako samostatnou jednotku a má ji spojenou s tímto slovem (Richman, 2006).

Při nácviku je důležité postupovat **pomalou a citlivě posilovat reakce dítěte**, čímž se snižuje hranice frustrace a posílí pravděpodobnost úspěchu (Richman, 2006).

- Projevování přání, žádosti

Při učení expresivního vyjádření žádosti je využíván stejný postup jako při ukazování na požadovanou věc. Opět nám poslouží nějaká sladkost nebo hračka, kterou umístíme do zorného pole dítěte a povzbuzujeme ho, aby pojmenovalo danou věc. Jakmile dítě zareaguje, věc mu dáme. Další možností je umístit předmět do vzdálenosti, aby na něj dítě nedosáhlo, a opět ho pobízíme k vyjádření svého přání. V následujících krocích dítě učíme, jak má o chtěnou věc požádat, např. „Řekni, chci preclík.“ (Richman, 2006).

Musíme si být jisti, že dítě ovládá každý postupový krok než přejdeme k dalšímu. Je také důležité učit dítě pojmenovávat správně i jiné předměty, které má rádo nebo se kterými se běžně setkává (Richman, 2006).

2.8.3 Echolálie

Echolálie je **opakování** slov, slovních spojení nebo zvuků. Všechny děti bez ohledu na to, zda mají poruchu autistického spektra nebo ne, si projdou tímto obdobím. U dětí s PAS se často setkáváme s názorem, že nedochází k pochopení významu řečeného slova, ale pouze k opakování slyšeného. Richman (2006) rozlišuje **tři typy** echolálie :

1) Bezprostřední echolálie

U toho typu dítě **opakuje slova nebo věty okamžitě potom, co je slyšelo**. Abychom tomu zabránili, učíme dítě používat jinou formulaci než opakování. Například při pozdravu, aby dítě nezopakovalo své jméno, ihned poté co vysloví první slovo, tedy „ahoj“ dodáme okamžitě slovo jiné („tati“) – dítě tak nemá čas dokončit echolalickou frázi. Postupně se snažíme dopomoc eliminovat (Richman, 2006).

2) Opožděná (nefunkční) echolálie

O opožděné echolálie mluvíme v tom případě, **když uplyne určitá doba mezi opakováním a slyšením opakovaného**. V takovém případě dítě sice používá řeč, ale **nerozumí jejímu obsahu**, jedná se spíše o stereotypní chování. Tento typ je poměrně těžké odstranit, proto je potřeba přitvrdit o trochu více než u ostatních případů. Pokud se dítě věnuje echolalickým projevům zároveň se hrou, jednou z možností je vzít mu danou hračku se slovy, ať pracuje tiše. Jakmile se tak stane, hračka se mu vrátí (Richman, 2006).

3) Opožděná (funkční) echolálie

U tohoto typu, stejně jako u nefunkční echolálie, dochází k **doslovnému opakování celých vět**. Rozdíl je ale v tom, že dítě používá opakovaná slova nebo věty funkčně, ve správné situaci. Dalo by se říci, že rozumí obsahu mluveného. Děti užívající funkční echolálii jsou na nejlepší cestě k funkčnímu vyjadřování (Richman, 2006).

2.9 POMŮCKY PRO ROZVOJ KOMUNIKACE U DĚTÍ S PAS

Aby se komunikační dovednosti u dětí s PAS rozvíjely, je potřeba využít **vhodné metody a pomůcky** individuálním potřebám každého dítěte.

Alternativní a augmentativní komunikace (AAK)

Tento přístup se skládá ze **dvou složek – augmentativní a alternativní systémy**. **Augmentativní systémy** podporují **již existující**, ale pro běžné dorozumívání **nedostačující** schopnost komunikovat, oproti tomu **alternativní systémy** se využívají **jako náhrada mluvené řeči**. Tyto systémy se tedy snaží umožnit lidem s nějakou závažnou poruchou komunikace se účinně dorozumívát a reagovat na podněty ve svém okolí (Laudová, 2003).

AAK se snaží co **nejefektivněji kombinovat** prvky slovního i mimoslovního vyjadřování. To znamená, že se nezaměřují jen na komunikace verbální, ale také neverbální. Mají funkci jak rehabilitační, reedukační tak i kompenzační – parciálně stimulují verbální projevy, podporují myšlení a v základě kompenzují opoždění mentálního vývoje (Kubová, 2002).

Systémy AAK mohou mít také dobrý vliv na **psychiku jedince**, jelikož snižují pasivitu a těžkou frustraci z nepochopení. Umožňují **samostatné rozhodování a zapojení** se do činnosti s ostatními. Jediným **negativem**, co se může objevit je to, že vzbuzují pozornost okolí a jedinec je limitován výběrem komunikantů. Jsou náročnější na čas, který jedinec k realizaci mluvního aktu potřebuje a kladou zvýšené nároky na sociální okolí (Laudová, 2003).

Systém AAK se volí na základě **individuálních schopností a dovedností** jedince se speciálními vzdělávacími potřebami, proto by se měl na jeho výběru podílet kolektiv odborníků z oblasti logopedie, psychologie, fyzioterapie, ergoterapie, speciální pedagogiky a technických oborů (Janovcová, 2003).

- Klasifikace systémů AAK

Systemy AAK jsou členěny na základe různých hledisek:

1. Způsob přenosu
 - Statické (reálné předměty, obrázky, systém Bliss, piktogramy)
 - Dynamické (znakové systémy, Makaton, prstové abecedy) (Klenková, 2004)
2. Druh sensorického kanálu, který zprostředkovává informace
 - Akusticko – taktilní (Braillova a Lomova abeceda)
 - Optické (znakový jazyk, odezírání)
 - Opticko- akustické a vibrační (totální a orální komunikace) (Vašek, 2003)
3. Nutnost využití speciálních pomůcek
 - Bez pomůcek (mimika, znakový jazyk)
 - S pomůckami (obrázky, komunikační tabulky)
 - Jiné typy (technické pomůcky usnadňující ovládání PC) (Janovcová, 2003)

Piktogramy

„Mezinárodní normy definují piktogramy jako vnímatelný útvar, který je vytvořený psaním, kreslením, tiskem nebo jinými postupy. Každý piktogram zastupuje jeden věcný význam a zpodobňuje ho bez vazby na řeč.“ (Kubová, s. 26, 1996).

Piktogramy se primárně využívají k usnadnění orientace v místech, kde je možnost jazykové bariéry. Dále instruují a varují před riziky, kde by slovní vyjádření mohlo být překážkou (Kubová, 1996). Výuka piktogramů by měla být doprovázena orální řečí v kombinaci s fotografií nebo konkrétním předmětem (Neubaeurová, 2013).

V České republice je využívám soubor 700 obrázků znázorňující věci, činnosti, osoby a vztahy (Kubová, 1996).

TEACCH program

TEACCH program je modelový program péče o lidi s autismem v každém věku. Podstata strukturovaného učení je založena na třech principech – individuální přístup, vizualizace a

strukturalizace. Tyto principy mají kompenzovat deficity jedince s PAS zejména v oblasti představivosti. Jsou vytvářeny speciální lišty, aby jedinec s PAS věděl, co bude následovat (Bendová, 2013)

Výměnný obrázkový komunikační systém (VOKS)

Výměnný obrázkový komunikační systém funguje na principů obrázků, které se skládají do komunikačních tabulek a ty dále do komunikačních knih. Z důvodu náročnosti, se na výuce podílejí dva učitelé. Celá metodika je rozdělena do sedmi výukových lekcí a čtyř lekcí doplňkových. Nejprve je dítě pečlivě pozorováno s cílem odhalit jeho preference v oblasti odměn. Druhou fází je poté samostatná výuka, pro kterou je zásadní pochopení smyslu komunikace (Neubaeurová, 2013).

Symboly bliss

Jedná se o komunikační systém vytvořený Charlesem Blissem. Univerzální obrázková řeč s vnitřní systémovou logikou obsahuje zhruba sto základních symbolů, jejichž kombinací získáváme další významy. Jednotlivé systémy a konkrétní pojmy jsou vytvořeny z geometrických tvarů (Laudová, 2003).

Makaton

Název „Makaton“ je označením pro jazykový program navržený logopedkou Margaret Walkerovou ve spolupráci s psychiatrickými konzultanty Kathy Johnsovou a Tonym Cornforthem (Kubová, 1996). Využívá standardizované znaky, které doplňují orální řeč. Znakují se hlavně klíčová slova nesoucí smysl sdělení (Neubaeurová, 2013).

3 AUGMENTATIVNÍ A ALTERNATIVNÍ KOMUNIKAČNÍ SYSTÉMY A JEJICH VYUŽITÍ PŘI ROZVOJI KOMUNIKACE U DĚTÍ S PAS

3.1 Cíle výzkumného šetření

Hlavním cílem bakalářské práce je popsat postupy při výběru vhodného komunikačního systému pro děti s PAS.

Dílčí cíle výzkumného šetření:

- a) Charakterizovat postupy při diagnostice poruch autistického spektra u dětí raného věku
- b) Zjistit, jaké jsou nejčastější projevy komunikačních problémů u dětí s PAS
- c) Zjistit, jaké metody pro rozvoj komunikace jsou nejvíce využívány u dětí s PAS a zda fungují
- d) Popsat případný posun u řešení komunikačních problémů u dětí s PAS za posledních 10 let.

Na základě dílčích cílů byly stanoveny tyto **výzkumné otázky**:

- 1) Jaký jsou základní postupy při zjišťování diagnózy PAS?
- 2) Jak, a v jakém věku se nejčastěji projevují komunikační problémy u dětí s PAS?
- 3) Jaká metoda pro rozvoj komunikace je nejvíce doporučována rodičů dětí s PAS?
- 4) K jakému posunu došlo při diagnostice PAS a řešení komunikačních problémů u dětí s PAS?

3.2 Metody výzkumného šetření

K získání podkladů pro vypracování empirické části této bakalářské práce byl zvolen smíšený design šetření využívající metody **kvalitativního i kvantitativního výzkumu**. Nástrojem pro získání dat v rámci výzkumného šetření byl nestandardizovaný **dotazník** vytvořený pro účely této práce, jehož hlavní výhodou je možnost oslovit velké množství respondentů. Pro získání více podrobných informací a většího rozhledu, byly v další fázi uskutečněny dva **polostrukturované rozhovory** a jeden **strukturovaný rozhovor**.

3.3 Průběh výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo realizováno formou dotazníkového šetření a rozhovorů v období od začátku prosince roku 2018 do konce ledna roku 2019.

Dotazníkové šetření bylo realizováno v **elektronické podobě** na sociální síti Facebook od prosince roku 2018. Vzhledem k tématu bakalářské práce byla vybrána uzavřená skupina „autismus – praktické informace“. Dotazník byl po schválení žádosti o připojení se ke skupině umístěn na hlavní stránce skupiny s prosbou o jeho vyplnění. V příspěvku u dotazníku byl stručně popsán jeho účel a zaměření. Členy této skupiny jsou převážně rodiče dětí s diagnostikovanou poruchou autistického spektra a lidé zabývající se touto problematikou.

V období od ledna 2019 do konce února 2019 probíhalo výzkumné šetření prostřednictvím **rozhovorů**. Celkem byly zrealizovány tři rozhovory – dva formou polostrukturovaného rozhovoru a jeden formou strukturovaného rozhovoru. První dva rozhovory se uskutečnily po předchozí telefonické domluvě v místě zaměstnání respondentů. Třetí rozhovor byl z důvodu omezených časových možností a vzdálenosti realizován **prostřednictvím telefonického hovoru**. Délka rozhovorů byla v rozmezí 30 – 60 minut, kdy byly respondentům kladeny otázky k danému tématu. Celý rozhovor byl se souhlasem respondentů nahráván na mobilní telefon a následně přepsán do písemné podoby.

3.4 Interpretace výsledků šetření

3.4.1 Dotazníkové šetření

Cílovou skupinou dotazníkového šetření byli rodiče dětí s PAS. Dotazník obsahuje celkem **13 otázek**, které jsou formulovány tak, aby bylo možné získat co nejvíce informací k danému tématu (věk dítěte, stanovená diagnóza, projevy komunikačních problémů a jejich následné řešení). **Cílem** bylo zjistit, jaké jsou nejčastější projevy komunikačních problémů, jaká zařízení rodiče nejčastěji navštěvují a jaké komunikační metody jim jsou doporučovány.

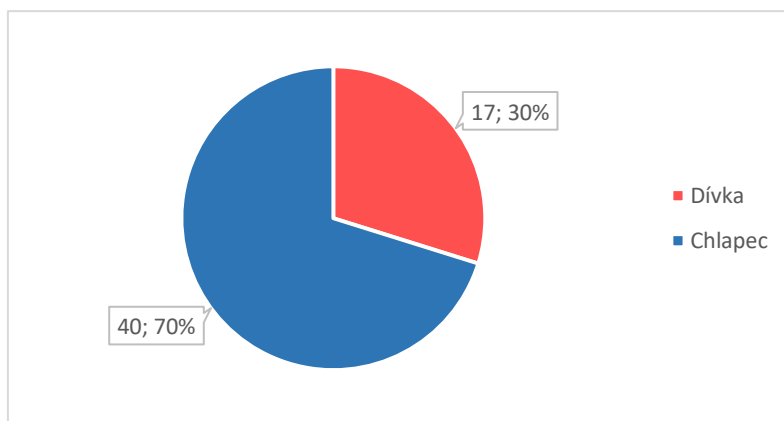
Dotazník byl vytvořen na internetové stránce www.survio.com a vložen na facebookovou stránku „autismus – praktické informace“ po schválení správce stránky.

Obsahem je **úvodní stránka**, která informuje případné respondenty o obsahu dotazníku, účelu jeho vytvoření a poděkování za vyplnění. Více jak polovinu dotazníku tvoří **otázky uzavřené s jednou možností odpovědi (otázka č. 1, 2, 11, 13)**. Dále **otázky polouzavřené**, které nabízí možnost výběru jedné nebo více uzavřených odpovědí a jedné otevřené, ve které se respondenti mohou vyjádřit podle svého úsudku (**otázka č. 4, 8, 10**). Zbylé otázky **otevřeného typu** vedly respondenta ke krátkým, nejčastěji jednoslovným odpovědím (**otázka č. 3, 5, 9**), vyjma **otázek č. 6, 7 a 12**, kde byla žádána odpověď delší. Úplné znění dotazníku je k dispozici v příloze A.

Analýza výsledků dotazníkové šetření

Dotazníkového šetření bylo prováděno od prosince roku 2018 do konce ledna roku 2019 a zúčastnilo se ho celkem 57 respondentů. Výsledné odpovědi na položené otázky jsou níže graficky znázorněny společně se slovním vyhodnocením, které je uvedeno pod každým grafem zvlášť.

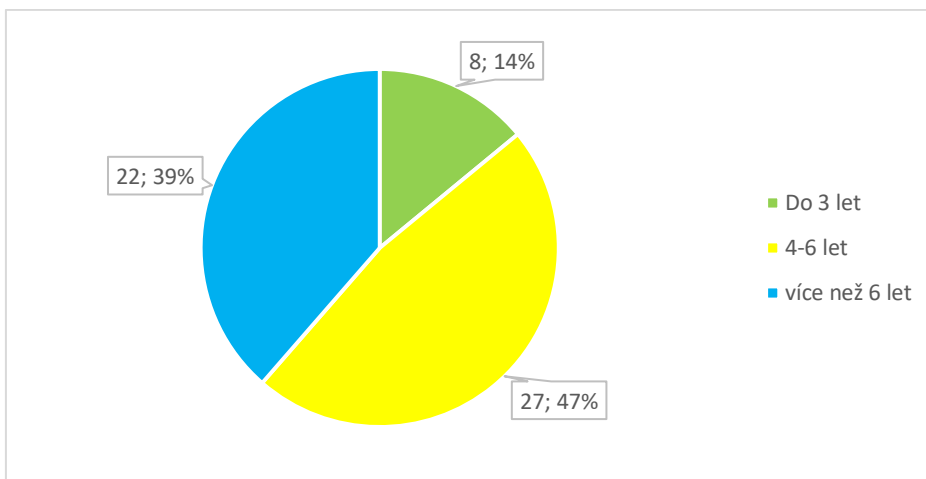
Graf 1 : Otázka č.1: „Jaké je pohlaví dítěte?“



Zdroj: vlastní výzkumné šetření, 2019

Z výsledných odpovědí na otázku č. 1 můžeme vidět, že počet **chlapců** s diagnostikovanou poruchou autistického spektra je **výrazně vyšší** oproti počtu dívek. Z 57 možných respondentů je **40 (70%)** rodičů s dětmi mužského pohlaví a pouze **17 (30%)** rodičů s dětmi pohlaví ženského.

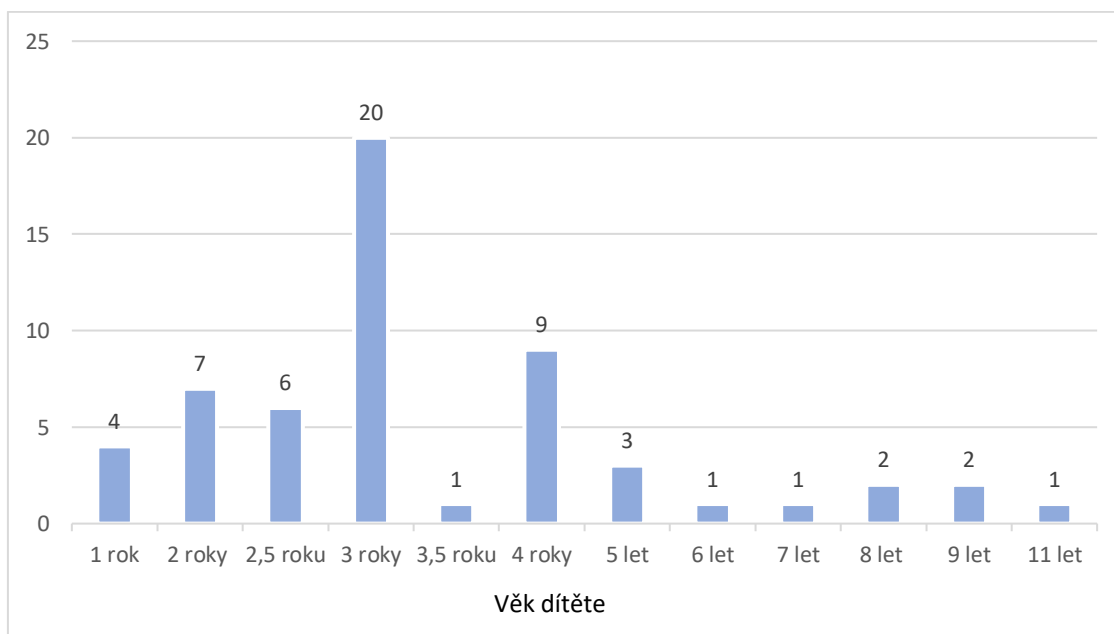
Graf 2 : Otázka č.2- „Jaký je věk vašeho dítěte?“



Zdroj: vlastní výzkumné šetření, 2019

Z výsledků grafu č. 2 vyplívá, že **27 respondentů (47,4%)** má děti s PAS ve věku **4-6 let**, **22 respondentů (38,6 %)** ve věku **6 let a více** a pouze **8 respondentů (14%)** má děti ve věku **do 3 let**.

Graf 3: Otázka č.3 - „V kolika letech byla Vašemu dítěti diagnostikována porucha autistického spektra?“

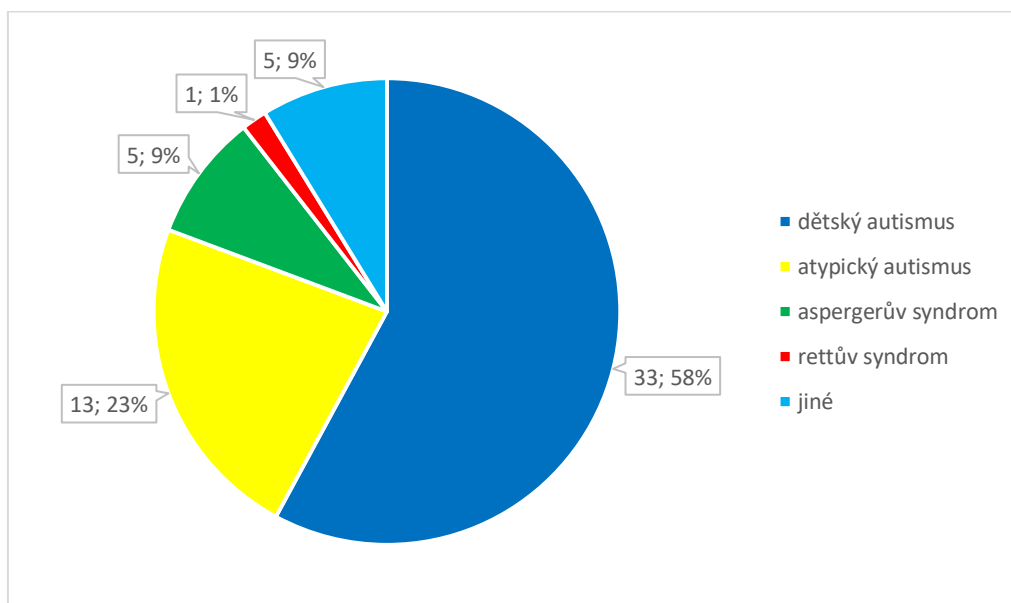


Zdroj: vlastní výzkumné šetření, 2019

Vyhodnocení otázky č. 2 a otázky č. 3

Graf 3 nám jasně ukazuje, že **největší procento dětí**, u kterých byla diagnostikována porucha autistického spektra, je ve věku **od 1 roku do 4 let**. **Nejpočetnější skupinu** v tomto dotazníkovém šetření tvoří děti ve věku **3 let, kterých je 20**. **Nejmenší procento** tvoří děti, kterým byl PAS diagnostikován ve věku **od 6 do 11 let**.

Graf 4: Otázka č.4 – „Jaký typ poruchy byl diagnostikován?“



Zdroj: vlastní výzkumné šetření, 2019

Tato otázka je polouzavřeného typu, tudíž na ní byla možnost odpovědět jinak než z výběru základních odpovědí. Více jak polovina respondentů, tedy **33 (58%)**, odpověděla, že jejich dítěti bych diagnostikován **dětský autismus**. Druhou nejvíce vyskytující se diagnózou je **atypický autismus**, který zvolilo **13 (23%)** z možných respondentů. **Aspergerův syndrom** se vyskytuje u **5 (9%)** respondentů a nejmenší procento tvoří **Rettův syndrom**, který uvedl pouze **1** respondent. Možnost vlastní odpovědi využilo **5 (9%)** respondentů, z čehož všichni odpověděly stejně a to, že stanovená diagnóza jejich dětí je **jiná pervazivní vývojová porucha**.

Otázka č. 5 a 6

„Přibližně v kolika letech jste začali registrovat první problémy v oblasti komunikace“

„Jak se projevovaly?“

Otázky č. 5 a 6. jsou uvedeny dohromady, jelikož se jedná o otevřený typ otázek a odpovědi na ně jsou velmi podobné. Podle zvolených odpovědí se dá vymezit věková hranice prvních projevů **od 1 roku do 3 let**, z čehož téměř respondentů zaznamenala začínající problémy ve věku **2 let (42,1 %)**

Tabulka č. 1 : Odpovědi k otázce č. 5

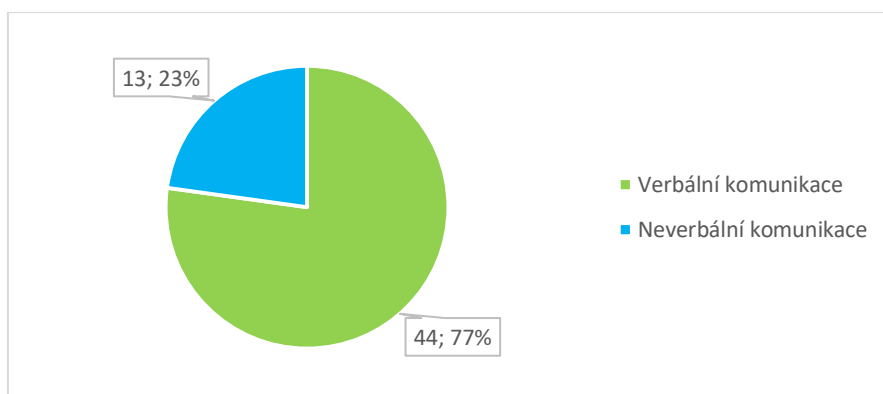
Věk dítěte	Počet odpovědí	Procentuální zobrazení
1 rok	15	26,3%
1,5 roku	11	19,3%
2 roky	24	42,1%
2,5 roku	4	7%
3 roky	3	5,3%

V odpovědích na otázku č. 6 se respondenti také velmi často shodovaly. Pro lepší přehled jsou projevy rozděleny podle toho, zda zasahují do oblasti verbální komunikace nebo neverbální komunikace:

Verbální komunikace : absence žvatlání, absence komunikace, ztráta již naučených slov, špatná artikulace a vyslovování hlásek, echolalie

Neverbální komunikace : ztráta očního kontaktu, absence ukazování prstem

Graf 6 : odpovědi na otázku č.6

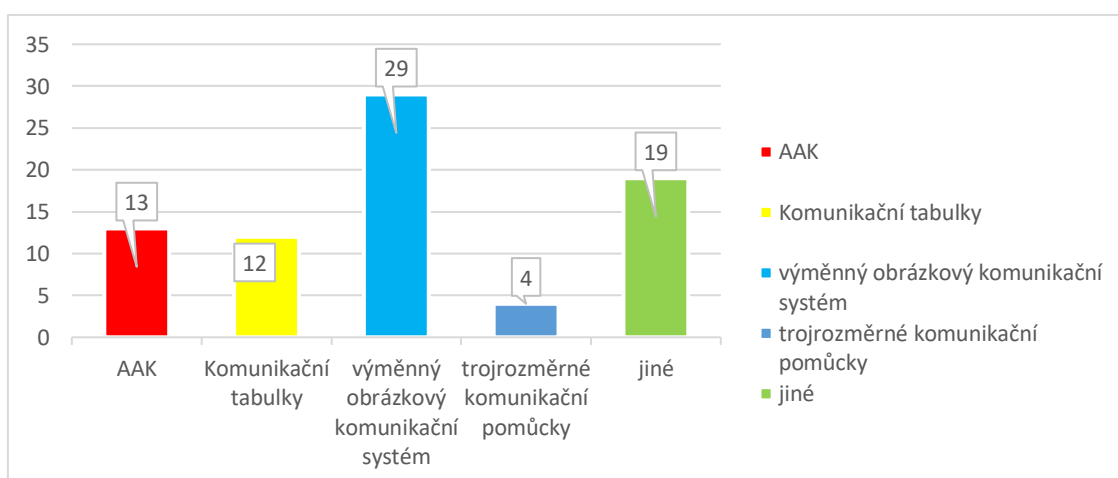


Zdroj: vlastní výzkumné šetření, 2019

Otázka č.7 – „Vyhledali jste nějakou odbornou pomoc? Uveďte prosím jakou.“

I na tuto otázku se většina respondentů ve svých odpovědích shodovala. Všech **57 (100%)** respondentů se svých odpovědích uvádí **výčet těchto odborníků**: neurolog, psycholog, logoped, psychiatr a střediska rané péče. Přibližně **20 respondentů (35,1%)** ještě navíc vyhledávalo pomoc u pracovníků speciálně – pedagogických poraden, neziskové organizaci APLA, foniatra a pediatra.

Graf 9 : Otázka č. 8 – „Jaké metody, pomůcky pro rozvoj řeči Vám byly doporučeny?“



Zdroj: vlastní výzkumné šetření, 2019

V této otázce bylo povoleno označit více než jednu odpověď. Nejčastěji doporučovanou metodou pro rozvoj komunikace je **výměnný obrázkový komunikační systém**. Z 57 možných respondentů je tato metoda vhodná pro **31 (54,3%)**. Druhou nejčastěji volenou odpovědí byla možnost „jiné“, kterou pro svoji odpověď využilo **19 respondentů (33,3%)**. Mezi těmito odpověďmi se nejčastěji objevuje metoda **znakování, AIT terapie, komunikační deník, dechová cvičení a logopedické pracovní listy s říkankami a básničkami**. Komunikační tabulky a metoda AAK byla doporučena přibližně stejnému procentu respondentů – **AAK 13 respondentů (22,8%), komunikační tabulky 12 respondentů (21, 1%)**. Z grafického znázornění vyplývá, že nejméně doporučované jsou **trojrozměrné komunikační tabulky** a to konkrétně pouze z **5%**.

Tabulka 2: Odpovědi k „jiné“ v otázce č.8

Odpověď „jiná“	Počet respondentů	Procentuální zobrazení
Znakování	5	8,7%
Komunikační deník	1	1,7%
Dechová cvičení	2	3,5%
Říkanky, básničky, popis obrázků	2	3,5%
AIT terapie	1	1,7%

Otázka č. 9 – „ Se kterou z uvedených metod se Vám nejlépe pracovalo a využívali jste ji nejvíce?“

Tato otázka svým způsobem navazuje na otázku předchozí. Cílem bylo zjistit, zda doporučené metody respondentům vyhovují a i nadále je využívají.

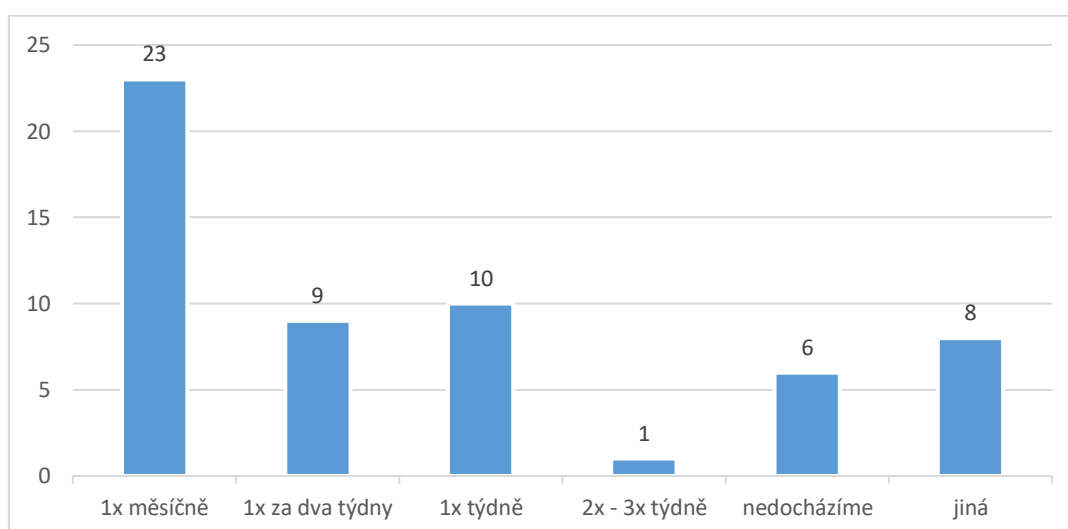
Přibližně **28 (49,1%) respondentů** se shoduje na tom, že nejlepším prostředkem pro komunikaci jejich dětí je metoda **výměnného obrázkového komunikačního systému**, které jim zároveň pomáhají i s porozuměním.

Znakování, které bylo v předchozí otázce doporučeno 4 respondentům, vyhovovalo pouze jednomu z nich. Stejně tak **Metoda AAK** vyhovovala pouze jednomu ze 13 zmiňovaných respondentů v otázce č. 9

Jednou z posledních vyskytujících se odpovědí bylo, že zatím není možné určit vyhovující metodu pro dítě, jelikož nechce spolupracovat nebo je zatím využívána po velmi krátkou dobu, tudíž není možné určit její vliv.

Za pozitivní se da označit fakt, že pouze u **2 (3,5%) respondentů** z 57 dotazovaných doporučená metoda vůbec **nefungovala**.

Graf 10 : Otázka č.10 – „ Jak často docházíte na konzultace k logopedovi?“

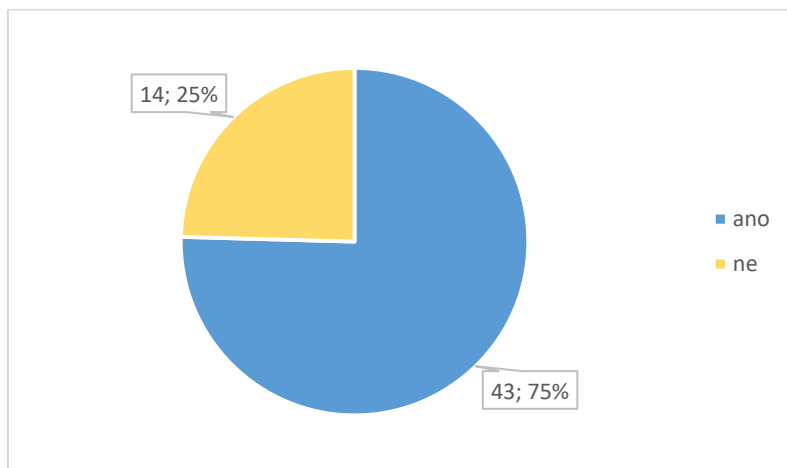


Zdroj: vlastní výzkumné šetření, 2019

Z celkového počtu 57 respondentů dochází na konzultace k logopedovi pravidelně **1x měsíčně 23 dětí (40,4%)**. **10 rodičů (17,5%)** dochází na logopedická sezení se svými dětmi **1x týdně**, **9 (15,8%)** respondentů pak **1x za dva týdny**. Návštěvy **více jak jednou týdně** uskutečňuje pouze **1%** dotazovaných, U této otázky bylo kromě uzavřených odpovědí, také možnost jedné odpovědi otevřené, které využilo **8 respondentů (14%)**. Toto procento nejčastěji odpovídalo, že na konzultace dochází **1x za tři měsíce nebo podle potřeby**. Poslední z možných odpovědí „**nedocházíme**“ zvolilo **6 respondentů (10,5%)**

Graf 11 : Otázka 11 : „Jste Vy, jako rodič, spokojen/a s přístupem a jednáním odborníků se kterými jste se setkal/a?“

Otázka 12 : „Pokud ne, uveďte prosím důvod proč. „

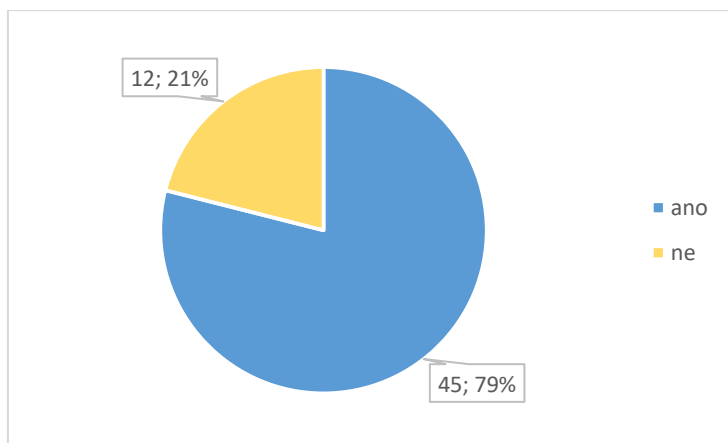


Zdroj: vlastní výzkumné šetření, 2019

Z tohoto grafu lze velmi lehce vyčíst, že více jak polovina, konkrétně **43 (75%)** respondentů bylo **spokojených** s přístupem a jednáním odborníků, zatímco **14 (25%)** z nich bylo **nespokojeno**.

Na tento graf navazuje nepovinná otázka č. 13, která byla určena pro respondenty, jenž zvolily možnost „ne“ **Nejčastěji uváděné důvody byly:** nízký počet odborníků zabývajících se problematikou PAS, nedostačující úroveň znalostí v oblasti problematiky PAS, neochota a špatný přístup odborníka.

Graf 13 : Otázka č. 13 – „Pozorujete u Vašeho dítěte zlepšení v oblasti komunikace“



Zdroj: vlastní výzkumné šetření, 2019

Na tuto otázku odpovědělo z 57 dotazovaných respondentů **kladně 49 (79%)**. U **12 (21%)** nebyly pokroky zatím zaznamenány.

3.4.2 Rozhovory

Metoda získávání informací prostřednictvím polostrukturovaného a strukturovaného rozhovoru byla vybrána z toho důvodu, že nabízí větší rozhled při získávání informací o daném tématu. Celkem byly uskutečněny 3 rozhovory, které byly se souhlasem respondentů nahrávány. Dva z nich jsou polostrukturovaného typu (rozhovor s matkou č.1 a pracovníci pedagogicko – psychologické poradny). Třetí rozhovor je strukturovaného typu, jelikož byl prováděn prostřednictvím telefonického hovoru. Vzhledem k omezeným časovým možnostem to byla nejlepší a nejrychlejší volba k získání potřebných odpovědí. Na žádost je zachována anonymita jak rodičů, tak jejich dětí. Přepis rozhovorů lze nalézt v příloze B.

- **Rozhovor č.1**

První rozhovor byl veden s pracovníci pedagogicko – psychologické poradny, jehož cílem bylo zjistit všeobecné informace o procesu a postupech při diagnostice poruch autistického spektra.

Z rozhovoru vyplývají následující skutečnosti:

Pedagogicko – psychologická centra jsou místem, které rodiče navštíví jako první, pokud se u jejich dětí začnou projevovat nějaké odlišnosti v chování. Pracovníci těchto poraden nejsou oprávněni dávat dětem diagnózu poruch autistického spektra. Pokud nějaké takové dítě odhalí nebo získají podezření, provedou nejprve vyšetření rozumových schopností, aby bylo zjištěno, zda není přidruženo navíc mentální postižení.

Po tomto procesu přichází na řadu klinický logoped, který je podle zkušeností pracovnice pedagogicko- psychologické poradny pro rodiče přijatelnější formou a ten je pak doporučí na konzultaci ke klinickému psychiatrovi. Pokud jsou projevy výraznější, jsou děti z poradny posílány přímo ke klinickému psychiatrovi, který jako jediný může stanovit diagnózu.

Pokud je stanovena diagnóza poruch autistického spektra, jsou děti mladšího školního věku předávány do péče pracovníků speciálně- pedagogických center (dále SPC). Tato centra spolupracují se školami a poskytují jim informace, jak s dětmi pracovat, jak strukturovat učení a pracovní místo podle individuálních potřeb daného dítěte.

Podporu rodičům dětí s PAS poskytuje také nezisková organizace NAUTIS (dříve APLA), která se specializuje na poruchy autistického spektra a pracuje s dětmi dlouhodobě již od raného věku. Většina rodičů je na tuto organizaci přesměrována již ze středisek rané péče.

Většina dnešních mladých lidí dospělého věku prožila první stupeň základní školy se špatnou diagnózou. Nejčastěji ADHD. Z toho samého důvodu se může zdát, že osob s PAS přibývá.

- **Rozhovor č. 2 a č. 3**

Následující dva rozhovory budou analyzovány společně z důvodu porovnání odpovědí respondentů. Oba rozhovory byly vedeny s matkami dětí, jimž byla diagnostikována porucha autistického spektra. Jedná se o dva chlapce ve věku 9,5 let a 19 let. Tento věkový rozdíl byl vybrán z důvodu možných rozdílů při řešení komunikačních problémů, rozmanitosti využívaných metod a pomůcek, přístupu odborníků a celkové informovanosti o problematice PAS a jejich následného porovnání

Využitou metodou pro analýzu rozhovorů je **tzv. otevřené kódování**. „*Při otevřeném kódování je text jako sekvence rozbit na jednotky, těmto jednotkám jsou přidělena a s takto nově pojmenovanými fragmenty textu potom výzkumník dál pracuje.*“ (Švaříček, 2007, s. 211). Tímto způsobem byly z výpovědí matek vytvořeny **3 kategorie**, které byly podrobeny další analýze.

Kategorie vytvořené otevřením kódováním:

- Stanovení konečné diagnózy
- Komunikační problémy
- Využívané metody pro rozvoj komunikace

Z důvody zachování anonymity jsou matky rozlišené čísly 1 a 2

Matka (1) – syn 19 let, diagnostikována lehčí forma atypického autismu

Matka (2) – syn 9,5 roku, diagnostikována těžší forma dětského autismu

Stanovení konečné diagnózy

První kategorií je proces stanovení konečné diagnózy. **Matka (1)** uvedla, že stanovení konečné diagnózy u jejího syna nebyl vůbec jednoduchý proces. „*Mému synovi je momentálně 19 let, přibližně v 9 letech po dlouhém pátrání mu byl nakonec diagnostikován atypický autismus, tedy lehčí forma této poruchy*“. Odůvodnila to zdravotními problémy chlapce v dětství a malé informovanosti o problematikách poruch autistického spektra navštívené psychologky. „*Dalších pár let jsme tedy dojížděli do Týna nad Vltavou k paní psychologce, která nám řekla, že v tom spíš vidí nějakou infantilitu než autismus*“. Konečná diagnóza byla stanovena až v neziskové organizaci APLA (dnes NAUTIS) po několika hodinovém sezení a vyplnění rozsáhlého testu. „*proto jsme se rozhodli znovu dojít do APLY, kde jsme dostali takový složitý dotazník a po asi ještě dvou nebo tříhodinovém sezení se to uzavřelo s tím, že se jedná o atypický autismus*“.

Matka (2) má s tímto procesem lepší a kratší zkušenosti i přes to, že byla potřeba navštívit několik odborníků a nevyšlo to hned napoprvé. „*V roce 2014 tedy začal celý diagnostický proces v to v nemocnici v Uherském Hradišti. Zde si syn prošel neurologickými vyšetřeními (CT, EEG), krevními testy apod. Celkem jsem s ním v nemocnici strávila asi týden. Bohužel v této nemocnici se nepovedlo nic moc zjistit, takže nám diagnózu autismu nepotvrdili ani nevyvrátili.*“ **Matka (2)** se z vlastní iniciativy objednala i se synem do nemocnice v Brně, kde opět proběhl koloběh několika vyšetření. „*Objednala jsem nás tedy do fakultní nemocnice v Brně, kde jsme opět strávili týden. Prošel neuro vyšetřeními, ale v mnohem větším rozsahu – CT, EEG, spánkové EEG, MR. Všechny tato vyšetření musela vzhledem k jeho kondici proběhnout pod úplnou narkózou. Kromě toho syn prošel několika psychologickými a psychiatrickými vyšetřeními*“ Konečná diagnóza byla stanovena do tříčtvrtě roku od počátku procesu.

Z porovnání těchto dvou odpovědí vyplývá, že věk dítěte a zkušenosti odborníků při diagnostice PAS hrají významnou roli. Obě matky ušly poměrně náročnou cestu, i když rozdílně dlouhou. Věkový rozdíl mezi oběma dětmi je deset let. I tato skutečnost může hrát

v procesu diagnostiky rolí, jelikož se zájem o tuto problematiku stále zvyšuje, stejně tak jako procento odborníků zabývajících se tímto tématem. **Matka (2)** měla větší možnosti při cestě ke stanovení konečné diagnózy, z rozhovoru je zřejmé, že její syn podstoupil více podrobnějších vyšetření než syn **matky (1)**.

Komunikační problémy

Problémy v oblasti komunikace se řadí mezi jednu ze tří oblastí autistické triády, proto se vyskytují u každého dítě s touto diagnózou. Stejně tak jako každé dítě je jiné, tak i úroveň a schopnost komunikace je individuální.

Jak **Matka (1)**, tak **matka (2)** zaznamenaly první projevy komunikačních problémů již v raném věku. **Matka (1)** uvádí, že její syn měl problémy také z důvodu zkrácené uzdičky a přirostlého jazyka, proto byla jeho řeč nesrozumitelná. *„Bohužel ani my, ani zubař nebo lékař jsme si nevšimli, že má srostlý jazýček kvůli zkrácené uzdičce, takže do nějakých 5 let ta řeč byla velmi nesrozumitelná.“* U syna **matky (2)** se nesprávný vývoj komunikace projevoval několika způsoby. *„Kolem roka a půl jsme si začali všimnout, že jeho řeč spíše upadá. Například přestal komentovat věci kolem – psa na ulici – „haf haf“ apod. jako to děti v tomhle věku dělají, začal komunikovat spíše křikem, byl hodně v afektu a nereagoval na jméno“.* Obě matky uvedly, že komunikační dovednosti se u jejich synů s postupem věku velmi zlepšily.

V této kategorii není úplně možné provést srovnání, jelikož komunikační problémy syna **matky (1)** byly z velké části ovlivněny deformací jazyka.

Využívané metody pro rozvoj komunikace

Největší problém měl syn **matky (1)** s vyslovováním hlásek. *„Paní logopedka s ním nacvičovala především výslovnost, protože tím jak měl přirostlý jazýček, tak nevyslovoval dobře určité hlásky. Abych uvedla příklad, tak místo krtek říkal „tltek“.* Z počátku bylo důležité rozhybat jazyk, takže několik sezení bylo zaměřených právě na to. V návaznosti na to byla prováděna dechová cvičení a nácvik komunikace prostřednictvím obrázkových karet, jelikož sám alespoň trochu mluvil. *„Když už se jazyk zdál být živější, začaly se zařazovat*

cviky na zlepšení výslovnosti. Jednalo se o cvičení, při kterých se pracovalo s popisem obrázků, básničkami a říkankami nebo napodobováním zvuku zvířat“.

Zatímco úroveň verbální komunikace u syna **matky (2)** byla na velmi nízké úrovni, nekomunikoval téměř vůbec. Cestu za výběrem nejvhodnější metody popisuje **matka (2)** takto: „Syn prošel různými terapiemi. Zkoušeli jsme HANDLE terapii, principy Son-rise i ABA terapie. Ve školce i škole pracovali s metodami strukturovaného učení, má vlastní pomůcky. Dříve měl i hodně programů na rozvoj komunikace a různých dovedností na tabletu. Snažila jsem se s ním cvičit i hodně doma různé úkoly. Zpočátku komunikoval skrze piktogramy komunikační tabulkou“.

Tato kategorie nám ukazuje, že při řešení komunikační dovedností je nejdůležitější individuální přístup odborníka ke každému dítěti podle jeho dovedností a potřeb. Jelikož stupeň poruchy je u každého chlapce jiný, promítá se i do volby vhodných metod pro rozvoj řeči. Z porovnání těchto dvou rozdílů můžeme vidět, že rozvoj verbální komunikace je možný nejen u lehčích forem, ale také u těžších forem PAS.

3.5 Dílčí závěry a doporučení

Výzkumná šetření prováděná prostřednictvím dotazníkové šetření a formou rozhovorů, nám poskytují data potřebná k zodpovězení stanovených výzkumných otázek.

Výzkumná otázka 1: „Jaké jsou základní postupy při zjišťování diagnózy PAS?“

K zodpovězení první výzkumné otázky byla použita data z výpovědí pracovnice pedagogicko- psychologické poradny. Z rozhovoru vyplývá, že prvním navštěvovaným zařízením při zjištěných odlišnostech v chování u dětí je pedagogicko – psychologická poradna. Během výzkumného šetření bylo zjištěno, že v momentě, kdy pracovník pedagogicko – psychologické poradny získá podezření, že by se u konkrétního dítěte mohlo jednat o projevy PAS, jsou rodiče posíláni na konzultaci ke klinickému psychologovi. Ten na základě dalších provedených vyšetření dá doporučení k návštěvě klinického psychiatra, který jako jediný může stanovit konečnou diagnózu.

Výzkumná otázka 2: „ Jak, a v jakém věku se nejčastěji projevují komunikační problémy u dětí s PAS?“

Na první výzkumnou otázku nám odpovídají dvě otevřené otázky z dotazníku, kde měli respondenti možnost vlastního vyjádření (otázka č. 5 a č. 6). Z výsledných odpovědí vyplývá, že přibližně 24 respondentů z 57 zúčastněných zaznamenalo první projevy okolo 2 roku věku dítěte. U více jak poloviny dětí s PAS se tyto problémy objevovaly převážně v oblasti verbální komunikace. Hlavními projevy byla nemluvnost, nulová reakce na jméno, absence žvatlání a v několika případech úplná ztráta již naučených slov. Rozhovory dokládají, že u dětí s PAS obou matek se první komunikační problémy objevovaly také kolem 2 roku věku dítěte.

Výzkumná otázka 3: „ Jaká metoda pro rozvoj komunikace je nejvíce doporučována rodičům dětí s PAS?“

Dotazníkové šetření nám prokázalo, že nejčastěji využívanou metodou pro rozvoj komunikace je výměnný obrázkový komunikační systém. Tato metoda byla doporučena více jak polovině respondentů a pro většinu byla vyhovující. Pouze dva respondenti uvedly, že tato doporučená metoda nevyhovovala potřebám jejich dítěte. Z vedených rozhovorů s oběma matkami dětí s PAS vyplývá, že výměnný komunikační systém měl pro rozvoj komunikace jejich dětí největší přínos.

Výzkumná otázka 4: „K jakému posunu došlo při diagnostice PAS a řešení komunikačních problémů u dětí s PAS?“

K zodpovězení této výzkumné otázky byla použita data z dvou rozhovorů vedených s matkami dětí s diagnostikovanou poruchou autistického spektra. Věkový rozdíl dětí je 10 let.

Z uskutečněných rozhovorů lze konstatovat, že došlo k velkému pokroku při diagnostice PAS z důvodu lepší informovanosti a vyšší úrovni znalostí odborníků zabývajících se touto problematikou. Z výpovědí rozhovoru vyplývá, že za posledních 10 let vzrostl počet organizací zaměřených na problematiku PAS, čímž se otevřely nové možnosti pro získávání

informací prostřednictvím seminářů a různých akcí spojených s touto problematikou. Tento pokrok velmi úzce souvisí se zlepšením postojů běžné populace k osobám s PAS.

Určitý pokrok je také zaznamenán v rozvoji komunikačních problémů u dětí s PAS. Z porovnání výpovědí rozhovorů vyplývá, že matka mladšího chlapce měla větší možnosti při zkoušení a výběru vhodné metody pro jejího syna. Vývoj je také zaznamenán u množství a dostupnosti materiálů potřebných při nácviku komunikace. Matka staršího syna uvedla, že pro nácvik komunikačních dovedností v prostředí domova používala vystřižené obrázky z časopisu místo obrázkových kartiček.

Z výsledných dat jak z dotazníkového šetření, tak rozhovoru vyplývá, že celkové znalosti a zkušenosti odborníků zabývajících se problematikou PAS hrají významnou roli při diagnostice této poruchy. Podle uvedených výpovědí se s dětmi s projevy PAS setkávají i pracovníci pedagogicko – psychologických poraden. Ve většině případů jsou prvním místem, které rodiče navštíví, pokud zaznamenají odlišnosti ve vývoji nebo chování svých dětí. Přesto, že s těmito dětmi pedagogicko – psychologické poradny dále nepracují, je důležité, aby jejich pracovníci byli seznámeni alespoň se základními projevy poruch autistického spektra.

Na včasné diagnostice, hlavně tedy na zahájení jejího procesu, mají také velký podíl rodiče a další osoby, které přicházejí s dítětem do kontaktu (pedagogové, vychovatelé..). Pokud dítě navštěvuje mateřskou školu nebo základní školu a dojde k zaznamenání odchylek při komunikaci ze strany pedagoga, měl by o této skutečnosti informovat rodiče. V každém případě se nedoporučuje čekat na to, že se situace s ní spojené problémy v komunikaci začnou bez odborné intervence zlepšovat.

Při řešení komunikačních problémů a při vybírání vhodných metod je důležitý individuální přístup logopeda. Je důležité počítat s tím, že každé dítě je jiné a má i jiné potřeby. Na základě diagnostiky provedené odborníky by měly být vybrány takové metody, které odpovídají jeho aktuálnímu stavu dítěte a jeho schopnostem.

ZÁVĚR

Tématem této bakalářské práce byla „Podpora a rozvoj komunikace u dětí s poruchou autistického spektra“. Práce byla členěna na dvě části - na část teoretickou a část výzkumnou.

Teoretická část byla tvořena dvěma kapitolami. První kapitola obsahovala vymezení pojmu komunikace, její funkce a vývojová stádia. Znalost správného vývoje dětské řeči je důležité pro určení narušené komunikační schopnosti, která je jedním z charakteristických rysů při diagnostice poruch autistického spektra. Těmi se zabývala kapitola druhá. Obsah druhé kapitoly byl tvořen dalšími devíti podkapitolami. Prvním bodem bylo vymezení pojmu poruch autistického spektra následované historickým vývojem, etiologií, autistickou triádou, klasifikací poruch podle MKN-10, vývojem v jednotlivých věkových obdobích a diagnostikou. V závěru teoretické části byly popsány postupy a metody vhodné pro rozvoj komunikačních dovedností u dětí s PAS.

Empirická část práce byla postavena na základě výzkumného šetření, které bylo realizováno prostřednictvím nestandardizovaného dotazníků, dvou polostrukturovaných rozhovorů a jednoho rozhovoru strukturované. Dotazníkové šetření probíhalo po dobu dvou měsíců (od prosince 2018 do konce ledna 2019), kdy byla shromažďována data, která byla následně zpracována pomocí grafického znázornění a vyhodnocována. Dotazník byl umístěn v elektronické podobě do uzavřené skupiny na sociální síti Facebook. Tato skupina byla vybrána z důvodu toho, že jejími členy byli rodiče dětí s diagnostikovanou poruchou autistického spektra, tedy cílová skupina výzkumného šetření práce. Dotazník byl sestaven ze 13 otázek. Cílem bylo zjistit průměrnou věkovou hranici při stanovení diagnózy, typ poruchy, projevy komunikačních problémů a jejich následné řešení.

Realizace výzkumného šetření formou rozhovorů trvala přibližně jeden měsíc (od ledna 2019 do konce února 2019). Cílem prvního rozhovoru bylo zjistit informace o průběhu diagnostiky PAS. Byla využita forma polostrukturovaného rozhovoru, což znamená, že některé otázky byly položeny v závislosti na předchozích odpovědích respondentky. Rozhovor byl uskutečněn v prostorách psychologicko – pedagogické poradny s jednou z jejich pracovnic po předchozí telefonické domluvě. Další dva rozhovory byly vedeny s matkami dětí s diagnostikovanou poruchou autistického spektra. Jednalo se o rozhovory s podobným konceptem otázek, i přes to, že jeden byl veden formou polostrukturovaného dotazníku a druhý formou strukturovaného. Jejich cílem bylo zjistit možné rozdíly v postupech diagnostiky PAS a řešení komunikačních problémů s odlišností 10 let.

Z výzkumného šetření je zřejmé, že volba vhodných komunikačních metod není jednoduchý proces. Je ovlivňována řadou faktorů. Patří mezi ně stupeň a forma poruchy, míra poškození jednotlivých oblastí komunikace, věk dítěte a především informovanost a přístup k řešení problému jak se strany logopeda, tak rodičů. Na základě prvních tří zmíněných skutečností a individuálních potřebách dítěte by měl logoped vybrat vhodnou metodu pro rozvoj komunikačních dovedností dítěte. Logoped by měl následně seznámit rodiče s jejím používáním tak, aby byli schopni tuto metodou praktikovat v praxi sami. Podle dat získaných z výzkumného šetření, je většina rodičů spokojena s přístupem a volbou metody pro rozvoj komunikace u jejich dětí. Nespokojenost byla zaznamenána u dvou respondentů v dotazníkovém šetření. Mimo jiné se dá také sledovat posun z hlediska přístupu k řešení problematiky poruch autistického spektra. Zásadní pokrok je zaznamenán v možnostech získávání informací k tématu dané problematiky především díky rozrůstajícímu se počtu organizací zaměřených na toto téma, což zároveň pozitivně ovlivňuje postoje společnosti k osobám s PAS. Celkově se tedy dá říci, že se úroveň informovanosti, přístupů k řešení problematiky poruch autistického spektra v přibývajících letech zvyšuje.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BENDO VÁ, Petra. 2013. *Alternativní a augmentativní komunikace 1*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3703-3

DOHERTY – SNEDDON, Gwyneth. 2005. *Neverbální komunikace dětí*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-043-7

GILBERG, Christopher a PEETERS, Theo. 2003. *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty: výchova a vzdělávání dětí s autismem*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-836-2

HRDLIČKA, Michal a KOMÁREK, Vladimír. 2004. *Dětský autismus: Přehled současných poznatků*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-813-9

HRDLIČKA, Michal a KOMÁREK, Vladimír. 2014. *Dětský autismus*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0686-6

JANOVCOVÁ, Zora. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2003. ISBN 80-210-3204-9

JELÍNKOVÁ, Miroslava. 2001. *Vzdělávání a výchova dětí s autismem*. Praha: Univerzita Karlova, 2001. ISBN 80-7290-042-0.

JELÍNKOVÁ, Miroslava. 2008. *Vzdělávání a výchova dětí s autismem*. Praha: Univerzita Karlova, 2008. ISBN 978-80-7290-383-2

KAPALKOVÁ, Světlana a DUŠEKOVÁ, Ľubica. 2008. *Vývin gest v ranom veku*. In: LECHTA, Viktor. 2008. *Logopaedica VIII*. Bratislava: Lúčrech Gúth, 2008. ISBN 80-88032-18-1

KLENKOVÁ, Jiřina. 2004. *Alternativní a augmentativní komunikace*. In VÍTKOVÁ, M. a kol. 2004. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-85931-51-6

KRAHULCOVÁ, Beáta. 2013. *Dyslálie – patlavost*. Praha: Gaudeamus, 2013. ISBN 978-80-903863-1-0

KUBOVÁ, Libuše. 1996. *Alternativní komunikace, cesta ke vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí*. Praha: TECH-MARKET, 1996. ISBN 80-902134-1-3

KUBOVÁ, Libuše. 2002. *Alternativní a augmentativní komunikace těžce mentálně postižených osob*. In : VALENTA, Milan, a kol. 2002. *Sborník II. mezinárodní konference k problematice osob se specifickými potřebami*. Olomouc: VUP, 2002. ISBN 80-244-0389-

- LAUDOVÁ, Lucie. 2003. *Alternativní a augmentativní komunikace*. In ŠKODOVÁ, Eva.; JEDLIČKA, Ivan. a kol. 2003. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003, s. 561–576. ISBN 80-7178-546-6.
- LECHTA, Viktor, 1990. *Logopedické repetitórioium*. Bratislava: SPN, 1990. ISBN 80-08-00447-9
- LECHTA, Viktor. 2011. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9
- LEŠKO, Ladislav. 2008. *Náhled do sociální komunikace*. Brno : Tribun EU, 2008. ISBN 978-80-7399-466-2
- MIKULÁŠTÍK, Milan. 2003. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha : Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0650-4
- NAKONEČNÝ, Milan. 2009. *Sociální psychologie*. Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1679-9
- NEUBAUEROVÁ, Lenka. 2013. *Alternativní a augmentativní komunikace u cílových skupin oboru psychopedie*. In: DLOUHÁ, Jana., DLOUHÝ, Martin, NEUBAUEROVÁ, Lenka., SÝKOROVÁ, Zuzana, DOSTÁLOVÁ, Martina. 2013. *Úvod do psychopedie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. ISBN 978-80-7435-333-8
- RICHMAN, Shira. 2006. *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. Praha : Portál, 2006. ISBN 80-7367-102-6
- SOVÁK, Miloš, ed., 1974. *Logopedie: Celost. učeb. text speciální pedagogiky ve studiu učitelství na školách pro mládež vyžadující zvl. péči na pedagog. fakultách. 3., upr. vyd.* Praha: SPN. . Učebnice pro vys. školy.
- STRNADOVÁ, Věra. 2011. *Interpersonální komunikace*. Gaudeamus, 2011. ISBN 978-80-7435-157-0
- SVOBODA, Mojmir., aj., 2009. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-566-0.
- ŠVAŘÍČEK, Roman. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0
- THOROVÁ, Kateřina. 2006. *Poruchy autistického spektra*. Praha : Portál, 2006. ISBN 80-7267-091-7
- THOROVÁ, Kateřina. 2012. *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0215-8

THOROVÁ, Kateřina. 2016. *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0768-9

VAŠEK, Štefan, 2005. *Základy špeciálnej pedagogiky*. Praha : Univerzita J.A. Komenského, 2005. ISBN 80-86723-13-5

VERMEULEN, Peter. 2006. *Autistické myšlení*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1600-3

VITÁSKOVÁ, Kateřina. 2013. *Fylogeneze a ontogeneze řeči*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, ISBN 978-80-244-3717-0

VITÁSKOVÁ, Kateřina., PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. 2005. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1088-5

Internetové zdroje:

Mendelova univerzita v Brně [online]. Brno [cit. 2019-04-17]. Dostupné z: https://is.mendelu.cz/eknihovna/opory/zobraz_cast.pl?cast=45102

Můj autismus: Autismus a Aspergerův syndrom [online]. [cit. 2019-04-17]. Dostupné z: <http://mujautismus.cz/>

Katalog podpůrných opatření [online]. Univerzita Palackého v Olomouci, 2015 [cit. 2019-04-17]. Dostupné z: <http://katalogpo.upol.cz/poruchy-autistickeho-spektra-nebo-vybrana-psychicka-onemocneni/1-poruchy-autistickeho-spektra-a-vybrana-psychicka-onemocneni/1-1-poruchy-autistickeho-spektra/>

Spolek rodičů a přátel dívek s Rettovým syndromem [online]. Brno, 2019 [cit. 2019-04-17]. Dostupné z: <http://www.rett-cz.com/rettuv-syndrom/co-je-rettuv-syndrom/>

Slovník cizích slov [online]. [cit. 2019-04-17]. Dostupné z: <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/expresivni-jazyk>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – dotazník

Příloha B – rozhovor č.1, č.2 a č.3