

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Bc. Anna Vitásková

Možnosti hodnocení komunikace u dětí s PAS v předškolním věku

Olomouc 2023

vedoucí práce: PhDr. Alena Hlavinková, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala sama pod odborným vedením paní doktorky Hlavinkové a uvedla veškerou použitou literaturu.

Poděkování

Velmi bych chtěla poděkovat PhDr. Aleně Hlavinkové, Ph.D. za velkou pomoc a trpělivost při vedení mé diplomové práce. Dále patří velké poděkování Mgr. Janě Malé, která mi umožnila dělat výzkumnou činnost na MŠ Blanické v Olomouci.

Obsah

Úvod	5
1. PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA.....	7
1.1. Vymezení pojmu poruchy autistického spektra.....	7
1.2. Výskyt a příčina poruch autistického spektra v populaci	8
1.3. Symptomatologie poruch autistického spektra	9
1.4. Základní diagnostické kategorie poruchou autistického spektra.....	12
1.5. Diagnostika a intervence poruch autistického spektra	18
1.5.1 Diagnostika poruch autistického spektra.....	18
1.5.2 Intervence poruch autistického spektra	20
2 KOMUNIKACE OSOB S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA	27
2.1 Komunikace a komunikační kompetence	27
2.2 Verbální komunikace.....	28
2.3 Neverbální komunikace	29
2.4 Komunikace dětí v předškolním věku	30
2.5 Možnosti hodnocení narušené komunikační schopnosti u poruch autistického spektra.....	32
3. PRAKTICKÁ ČÁST.....	37
3.1 Výzkumný cíl a popis výzkumného vzorku	37
3.2 Metody výzkumného šetření	38
3.3 Průběh výzkumného šetření	39
3.3.1 Kazuistiky.....	40
3.3.1.1 Kazuistika č. 1	41
3.3.1.2 Kazuistika č. 2	46
3.3.1.3 Kazuistika č. 3	52
3.4 Diskuse a limity výzkumu	58
Závěr.....	61
SEZNAM LITERATURY	63
SEZNAM TABULEK.....	68
PŘÍLOHA Č. 1	69
ANOTACE.....	70

Úvod

Poruchy autistického spektra jsou velmi závažným a sledovaným tématem, které ale stále nabízí mnoho oblastí, které je možno objevovat. Každý odborník, který se v této oblasti pohybuje, přikládá tématu poruch autistického spektra jiný význam, přidává jiný náhled na diagnostiku a intervenci těchto poruch, snaží se doplnit poznatky, které získává z literatury o své poznatky praxi.

Autorčin náhled je ovlivněn jejím studijním programem – speciální pedagogikou – poradenstvím. Je to pohled budoucího odborníka na různé aspekty poradenské práce s rodiči a osobami přicházejících do kontaktu s jedinci s poruchou autistického spektra různých věkových skupin. Jedním z těchto aspektů je i posuzování komunikace osob s poruchou autistického spektra, a to jak z pohledu její verbální, slovně projevované formy, tak z pohledu komunikace neverbální, která zahrnuje mnoho viditelných, ale i nepřímých dobře zjevných projevů, včetně mimiky, gestikulaci, zrakového kontaktu a dalších.

Motivací, proč si autorka diplomové práce zvolila právě téma zaměřené na komunikaci dětí s poruchou autistického spektra, bylo převážně to, že se za svou praxi v oboru speciální pedagogika setkávala převážně s dětmi s touto diagnózou a vždy ji zajímala úroveň a způsob jejich komunikace, protože u každého dítěte je to věc zcela individuální.

Hlavním cílem diplomové práce je ověřit možnost zhodnocení komunikace dětí s poruchou autistického spektra v předškolním věku navštěvujících speciální mateřskou školu a navrhnout u každého dítěte intervenční postup s důrazem na rozvoj komunikace. S ohledem na zaměření autorky diplomové práce na obecnější oblast speciálněpedagogického poradenství se nejedná o pohled čistě logopedický – jde především o pohled speciálního pedagoga hodnotícího všeobecné a základní komunikační schopnosti dětí v předškolním věku.

Co se týče struktury obsahu práce, diplomová práce je tvořena dvěma hlavními částmi – teoretickou a praktickou. V teoretické části se autorka diplomové práce věnuje poruchám autistického spektra a tématu komunikace, konkrétně vysvětlení pojmu, hlavním kategoriím poruch autistického spektra a jejich popisu a stručně diagnostice a

intervenci poruch autistického spektra ve vztahu ke komunikaci. V praktické části diplomové práce je představen výzkum založený na kvalitativních metodách – anamnestickém rozhovoru, studiu osobních materiálů o dítěti, pozorování a metodě testové. Výsledkem toho výzkumu jsou kazuistiky a jejich analýza, včetně návrhu intervenčního postupu u každého dítěte s poruchou autistického spektra předškolního věku ze speciální mateřské školy zaměřené převážně na děti s poruchou autistického spektra.

1. PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA

V první kapitole se autorka diplomové práce věnuje především vymezení poruch autistického spektra. Jednotlivé podkapitoly se dále zaměřují na četnost výskytu, symptomatologii a jednotlivé dělení poruch autistického spektra. Poslední podkapitola se věnuje možnostem diagnostiky a intervenci poruch autistického spektra.

1.1. Vymezení pojmu poruchy autistického spektra

Prvním člověkem, který kdy definoval poruchy autistického spektra byl Leo Kanner. V roce 1943 publikoval odborný článek, ve kterém popsal jedenáct dětí s podobnými charakteristikami chování. Jednalo se o problémy s navazováním sociálních vztahů s vrstevníky, narušenou komunikaci a stereotypizaci, ale spousta schopností, jako je třeba paměť nebo inteligence, bývají na dobré úrovni nebo zcela zachované. (Hrdlička, 2004) Uvádí se ale, že Eugen Bleuler použil jako první tento termín k pojmenování jednoho symptomu projevujících se u schizofreniků právě z důvodu ojedinelého způsobu myšlení, útekem do světa fantazie. (Thorová, 2016) V roce 1944, tedy rok po Leovi Kannerovi Hans Asperger pocházející z Rakouska zveřejnil kazuistiku skupiny starších dětí, u kterých se objevovaly obdobné problémy, a přestože se tyto dva muži nikdy nepotkali, jejich definice se v mnohém shodovaly. (Willis, 2006)

V 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) je porucha autistického spektra definována jako pervazivní vývojová porucha objevující se převážně ve třech oblastech, tzv. triádě problémů, která se týká oblasti komunikace, sociální interakce a představitosti. (Jelínková, 2000 et al. in Říhová, 2011; Pátá, 2007; Vocilka, 1995) Termín pervazivní vývojové poruchy znamenají, že je celkový vývoj dítěte ovlivněn velmi závažným způsobem a děti nedokážou pracovat s informacemi stejně, jako děti intaktní. (Thorová, 2016) 11. revize MKN, která vyšla v platnost v roce 2022 s pětiletým přechodným obdobím kopíruje trend DSM – 5 (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch), kde jsou všechny jednotlivé poruchy v jedné diagnostické kategorii Porucha autistického spektra (Dudová, 2022). Triáda se v této revizi zredukovala pouze na dvě oblasti, a to na oblast narušené sociální interakce a komunikace, a na restriktivní, repetitivní vzorce chování, zájmů a aktivit. (Bazalová, 2012) Autismus je zde uveden ve

skupině Duševních, behaviorálních a neurovývojových poruch charakteristické poruchami vnímání, intelektu a chování jedince. (MKN – 11, 2022) V současné době je již tedy kladen velký důraz na úroveň užívání jazyka a také na intelekt dítěte s touto poruchou, protože je velký rozdíl mezi jedinci s autismem a mentální retardací (nově tzv. vývojovou intelektovou poruchou) a průměrnými kognitivními schopnosti. Přístup k nim totiž bude značně odlišný, především v oblasti komunikace a intervence. (Bazalová, 2012) „Autismus“ se používá obvykle pro pojmenovávání konkrétních typů autismu, například atypického či dětského, ale termín „poruchy autistického spektra“ se používá především pro označení širšího autistického spektra, což bylo považováno za největší rozdíl mezi DSM – 5 a MKN – 10. (Šporclová, 2018)

Dodnes je obrovským trendem používat autistické rysy jako diagnózu, ale je to dle odborníků velmi nevhodné z mnoha důvodů. Jedním z těchto důvodů například je, že tento pojem není nikde přesně definován a označují se jím děti, u kterých se mohou projevovat symptomy objevující se u dětí s poruchou autistického spektra, například porucha expresivní složky řeči či poruchou pozornosti, což ale nemusí jednoznačně znamenat diagnózu. Dalším problémem je pak následná péče, která je velmi důležitá. Rodiče nemohou vyhledat sociální či vzdělávací služby vhodné pro jejich dítě, protože si všímají, že nic nefunguje a nevědí si rady. (Thorová, 2016)

1.2. Výskyt a příčina poruch autistického spektra v populaci

V uplynulé dekádě velmi narostl výskyt poruch autistického spektra, současná prevalence se odhaduje na 1 – 1,5 % dětí, u dospělých pak na 1 %. (Barthélémy, Fuentes, Howlin et al. in Dudová, 2022) V současnosti je až třikrát až čtyřikrát větší riziko výskytu poruch autistického spektra u chlapců než u dívek, ať už vlivem genetických nebo vnějších faktorů. (Lord, Elsabbagh, Baird et al. in Dudová, 2022) Havlicová a Sedláček (in Dudová, 2022) tvrdí, že odlišný vývoj mozku dětí s poruchou autistického spektra je způsoben především vlivem enviromentálních činitelů, kterými jsou různá virová či infekční onemocnění, jako např. zarděnky, toxoplazmóza, nebo také komplikace způsobené během perinatálního a postnatálního období vývoje dítěte. Dalšími vlivy na vývoj mozku mohou být také nejrůznější genetické příčiny, ale i faktory metabolické či

narušení imunity mozku vlivem toxických látek, jako je např. rtuť, hliník, glutamát a jiné. Mozek (především struktura a funkce) je předmětem výzkumu velkých světových vědeckých center po celém světě, zabývá se tím např. The Autism Research Centre ve Velké Británii či The Autism Research Institute v USA, ale zatím je velice těžké odhadnout, jak dlouho bude ještě výzkum trvat a zdali se někdy podaří vysvětlení důvod vzniku této poruchy. (srov. Hrdlička, Komárek, 2004; Thorová, 2006, Shattock, Savery, 1997; Shattock, Whiteley, 2000 in Bazalová, 2017) Větší informovanost veřejnosti, ať už odborné nebo laické, přesnější diagnostika, screening a včasnější intervence, to vše může být důvodem zvyšujícího se výskytu této vývojové poruchy. (Fombonne, 2009 in Beranová, Hrdlička, 2012) Faktem je, že velmi častěji se setkáváme s pozdější diagnostikou poruchy autistického spektra, konkrétně až kolem 5. roku věku dítěte. Příčinou je neinformovanost rodičů o přirozeném vývoji v dětském věku, jelikož se jedná o dítě prvorozené. Pokud se autismus projeví u druhorozených dětí, mají již rodiče srovnání, tudíž poznají, že je něco v nepořádku a začnou situaci brzy řešit. (deGiacomo, Fombonne 1998 in Beranová, Hrdlička, 2012)

V dnešní době je se obvykle lidé rodiči stávají až v pozdějším věku, a i tento fakt může zapříčinit vznik vyššího rizika poruch autistického spektra, oproti těhotenství mladých maminek vzniká riziko až dvakrát větší, u obou starších rodičů je riziko čtyřnásobně vyšší. (Hrdlička, 2020)

1.3. Symptomatologie poruch autistického spektra

Autorka diplomové práce se bude v této podkapitole věnovat více rané symptomatologii poruch autistického spektra a poté narušené sociální interakci a imaginaci. Narušené komunikační schopnosti se bude autorka věnovat vzhledem k zaměření práce v samostatné kapitole.

Bazalová (2017) zmiňuje, že komunikace je oblast velmi různorodá a u každého jedince s poruchou autistického spektra odlišná. Verbální složka komunikace může v některých případech zůstat zcela zachovaná, ovšem spíše se setkáváme s opačným případem, kdy dítě nebere komunikaci jako prostředek k tomu, aby něčeho dosáhlo a vyjádřilo své potřeby. K řešení tohoto problému nám může sloužit alternativní a

augmentativní komunikace, např. různé piktogramy, VOKS¹, PECS² a další. Je ale velmi důležité s tím začít co nejdříve, nejlépe hned po stanovení diagnózy poruchy autistického spektra. Velmi často se setkáváme s tzv. echolálií, která je zařazována mezi specifické poruchy řeči a s autismem je velice úzce spojená. Znamená to opakování náhodně slyšených slov, které často pro děti s autismem ani nemají hlubší význam. Osoby s poruchou autistického spektra často o sobě mluví ve třetí osobě jednotného čísla (Pepa *chce* jíst).

Děti s poruchou autistického spektra velmi špatně reagují na veškeré změny, ať už se to týká jídla, oblečení či nejrůznějších zájmů. Projevuje se to tím, že jakmile je něco odlišného od běžného dění a ne tak, jak jsou zvyklé, může u nich nastat velké rozrušení, a proto je vždy dobré, pokud možno se těmito změnám vyvarovat. Velmi obvyklým stereotypem jsou zájmy spojené s hudbou, výtvarnou činností, počty nebo schopnost zapamatování si některých pojmů nazpaměť. Dalšími oblíbenými předměty, které jsou oblíbenými objekty zájmu, je veškerá elektronika, především tablety, telefony, notebooky a další. (Bazalová, 2017)

Velmi charakteristickým rysem v projevech autismu jsou změny v sociálním chování dítěte, které lze pozorovat již v kojeneckém věku, konkrétně mezi šestým až dvanáctým měsícem života. Děti obvykle nejeví zájem o kontakt ani s matkou, nereagují na oslovení, a proto často vzniká podezření na sluchovou vadu kojence. Ve starším věku nevyhledávají žádný sociální kontakt s vrstevníky. Další problémovou oblastí u dětí s poruchou autistického spektra jsou značné obtíže v oblasti komunikace. Mluvená řeč bývá ve většině případů opožděná, což je vždy pro rodiče a lékaře jeden z primárních symptomů. Stereotypy v chování se obvykle objevují až kolem druhého nebo třetího roku věku, ať už se jedná o třepavé pohyby rukou, hlavy či prstů, točení se v kružích, ale může vzniknout i fixace na konkrétní věc, což je spojené s emočním rozrušením. V mnoha případech se při jakékoliv změně či nečekané situaci u dítěte objeví úzkost, nepokoj z důvodu vnitřního neklidu, a především pocitu nejistoty dítěte. Mnohdy děti s poruchou autistického spektra nesdílejí s vrstevníky společné zájmy o hračky, v oblíbenosti mají především mechanické předměty jako různé dopravní prostředky a obvykle nemají

¹ Výměnný obrázkový komunikační systém.

² Picture Exchange Communication System.

tušení, jak s běžnými hračkami zacházet. Nakonec nesmíme zapomenout na další typický znak, kterým je hypersenzitivita – jedinci s poruchou autistického spektra mívají vysoce rozvinuté smysly, především sluch a zrak. (Andrés, Volkmar in Dudová, 2022) Přecitlivělost na hlasitou hudbu či dotek zmínila ve své publikaci i Temple Grandinová, žena s Aspergerovým syndromem, která popsala častou silnou bolest uší v hlasitém prostředí a snažila se vyvarovat i dotekům, které jí nedělaly dobře. Nakonec musela brát i antidepresiva kvůli objevujícím se záchvatům úzkosti, které se věkem zhoršovaly. (Grandin in Bazalová, 2017)

Velmi problematickou oblastí může být i vizuální paměť, protože jak popisují jedinci s Aspergerovým syndromem, velkou obtíží je pro ně zapamatování si vzhledu osob, většinou si všímají jen detailů v obličejí, jako jsou třeba brýle. Některé děti jsou schopny odejít s cizí osobou jen kvůli tomu, že mají stejnou barvu vlasů jako jejich matky. Mnoho informací týkající se vizuálního vnímání dětí s poruchou autistického spektra, mentálním postižením či ADHD, je uvedeno v příručce, kterou vytvořila Lisa A. Kurtz. (Visual Perception Problems in Children with AD/HD, Autism, and Other Learning Disabilities, 2006 in Bazalová, 2017)

Bazalová (2017) zároveň ve své knize zmiňuje, že je s poruchami autistického spektra velmi blízce spjatá agrese (například kousání, škrábání), a to především z důvodu frustrace, že nemohou vyjádřit své potřeby tak, jak intaktní jedinci, z pocitu nepochopení nebo jako reakce na nepříznivou změnu, která je pro ně náročná.

Je velmi důležité pochopit, že odlišný způsob myšlení zapříčiňuje častokrát neobvyklé reakce dětí s poruchou autistického spektra na věci, které se nám zdají banální či zbytečné. Například jejich výsledky ve škole prožívají mnohem víc a špatné známky mohou brát velmi negativně, mnohdy to vede až k afektu, to stejné platí i při dalších neúspěších, např. různých soutěžích. Stresující je pro ně taktéž porovnávání svých výkonů s ostatními. Psychologové přišli s teorií, že za autismem je nedostatečná schopnost spojovat věci do celku, rozlišovat podstatnosti a filtrovat informace, které nejsou důležité. Tato teorie též vyzdvihuje nadprůměrné schopnosti některých dětí, jako je třeba velký hudební nebo výtvarný talent, skvělé matematické dovednosti, ale v opačném případě je to neschopnost zvládat lehké činnosti a neadekvátní reakce na dané podněty. Někteří odborníci tzv. „autistické myšlení“ srovnávají k počítačovým programům, protože potřebují přijímat informace přesně a jednoduše dané a také pochopit

konkrétní podstatu sdělení. To se týká i sociálních dovedností, konkrétně humoru, pro intaktní lidi může být velmi zvláštní. Lidé s poruchou autistického spektra často totiž nechápou ironii a sarkasmus, to ale neznamená, že smysl pro humor postrádají. (Šporclová, 2018)

1.4. Základní diagnostické kategorie poruchou autistického spektra

Jelikož se v současné době můžeme stále setkat s dětmi, které mají přidělenou diagnózu dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí WHO³, uvádíme v následující části stručný popis těchto kategorií.

Dětský autismus (F84.0)

Jedná se o vrozenou poruchu a taktéž o nejrozšířenější kategorii s poruchou autistického spektra projevující se již v raném období života a zasahuje zásadním způsobem do přirozeného vývoje. Lékař se při diagnostice řídí dle diagnostických kritérií pro dětský autismus daných MKN – 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace, 10. revize). (Thorová, 2006 in Říhová, 2011)

Hrdlička (in Bazalová, 2014) uvádí, že symptomy dětského autismu se u dětí mohou začít projevovat dvěma způsoby; prvním je absence úsměvu, zrakového kontaktu, kdežto u druhého způsobu se děti mohou zprvu vyvíjet normálně, ale poté dochází k tzv. autistické regresi, kdy dítě najednou začne přicházet o již získané dovednosti.

Jak uvádí DSM – V., děti se mnohdy dívají periferně koutkem oka, protože přímý pohled pro ně může být nepohodlný, dále se vyskytuje také chůze po špičkách.

Thorová (2006) in Říhová (2011) popisuje diagnostická kritéria dětského autismu dle MKN – 10 následovně:

1. Projev autismu před 3. rokem života dítěte

³ World Health Organization (WHO)'s International Classification of Diseases (ICD).

2. Narušení sociální interakce

- a. Narušené vyhodnocování sociálně emočních situací
- b. Nepochopení emocí u druhých lidí
- c. problém s přizpůsobením se sociálnímu prostředí
- d. Neschopnost či úplný nezájem začlenit se do společnosti

3. Narušená komunikace

- a. Opožděný či omezený vývoj řeči
- b. Zájem pouze o specifické téma
- c. Nedostatečná slovní zásoba
- d. Problémy s tvořivostí a fantazií řeči – nepochopení ironie, sarkasmu, nadsázky
- e. Nepřizpůsobivost jazykového vyjadřování – ať už ve škole nebo doma
- f. Absence fantazie při hře s ostatními
- g. Nedostatečná gestikulace při mluvě

4. Stereotypní chování

- a. Rigidita a rutina během každodenního života – pokud nedojde k uspokojení, může docházet k afektu
- b. Přílišná fixace na určité předměty, např. oblíbená hračka
- c. Velký zájem o konkrétní téma – např. když se dítě velmi zajímá o astrologii a umí všechny planety nazpaměť
- d. Strach z velkých změn – velký strach ze zásadních změn

Atypický autismus (F84.1)

Thorová (Thorová, 2016) uvádí, že touto diagnózou by se právě mohly pojmenovávat děti s tzv. autistickými rysy, což je označení velmi nejasné. Odlišuje se především dobou, kdy jsou zaznamenány první projevy, většinou tedy až po 3. roce věku, nebo nenaplněním

diagnostických kritérií typických pro dětský autismus. (Říhová, 2011) Typickým prvotním znakem u dětí s atypickým autismem, které mohou zprvu pozorovat především pedagogové v mateřské škole, je problém ve začlenění se do skupiny, avšak není v takovém rozsahu, jak u klasického autismu. (Thorová, 2016)

Odlišuje se především dobou, kdy jsou zaznamenané první projevy, většinou tedy až po 3. roce věku, nebo nenaplněním diagnostických kritérií. (Říhová, 2011) Typickým prvotním znakem u dětí s atypickým autismem, které mohou zprvu pozorovat především pedagogové v mateřské škole, je problém ve začlenění se do skupiny, avšak není v takovém rozsahu, jak u klasického autismu. (Thorová, 2016)

Rettův syndrom (F84.2.)

Thorová (2006) uvádí, že prvním mužem, který popsal tento syndrom byl Andreas Rett. Toto postižení se objevuje především u dívek ve věku od 7. měsíce dítěte do 2 let. Vývoj může být z počátku zcela v pořádku, ale časem se objevují problémy v především v hrubé motorice, konkrétně hybnosti rukou, dále bývá narušená řeč, může se zastavit i růst hlavy. Téměř vždy mají jedinci těžkou mentální retardaci. (MKN – 10, 2023) Podle Lipowské (2017) se odchylky od fyziologického vývoje u dětí s Rettovým syndromem objeví zhruba od 6.-18. měsíce věku, kdy začíná stagnovat, dochází k regresi vývoje motoriky a verbálních dovedností. V populaci dívek a žen je Rettův syndrom uváděn jako jedna z nejčastějších příčin mentální retardace⁴.

Říhová (2011) zmiňuje, že toto onemocnění je vzniká genetickou mutací, tudíž na rozdíl od ostatních poruch autistického spektra známe příčinu. Konkrétně se jedná o mutaci genu MECP2⁵ (Záhoráková, 2016 in Lipowská, 2017). Některé osoby ale nemohou být diagnostikovány jako osoby s Rettovým syndromem. Buď nespĺňujú kritéria pro přidělení diagnózy, nebo jsou označeny jako osoby s mozkovou obrnou nebo právě s autismem. V klasifikace MNK 11. není již Rettův syndrom řazen pod poruchy autistického spektra, ale pod diagnózu LD90.4 „Stavy s poruchami intelektuálního vývoje

⁴ Mentální retardace již bude v 11. revizi nahrazena pojmem „intellectual developmental disorders“ – intelektové vývojové poruchy (srovnej např. Salvador-Carulla, Luis et al., 2011)

⁵ MECP2 – methyl-CpG binding protein 2

jako relevantním klinickým rysem“⁶, kam patří i další syndromy vedoucí k poruchám intelektu. Dle popisu v klasifikaci se u dětí s Rettovým syndromem pozastavuje sociální vývoj a hra, zachován je ale sociální zájem.

Jiná dětská dezintegrační porucha (F84.3)

Nejzásadnější charakteristikou této poruchy je náhlá ztráta již získaných dovedností dítěte ve více oblastech. (MKN – 10, 2023) Problémy, především ztráta řeči a pohybových dovedností, se začínají projevovat nejdříve mezi 3. – 4. rokem života. (Hrdlička, Komárek, 2004, Gillbert, Peeters, 2003 in Nováková, 2013) Hrdlička, Komárek (2004), Thorová (2006) in Nováková (2013) zmiňují, že dříve získané dovednosti se mohou zlepšit, ale do původního stavu se pravděpodobně nikdy nevrátí. Při tomto onemocnění se mnohem častěji, než u dětského autismu vyskytují epileptické záchvaty. (Thorová in Nováková, 2013)

Aspergerův syndrom (F84.5)

Tato porucha je brána jako nejpozitivnější, ale je stále velmi závažná. Na rozdíl od „klasického“ autismu nebývá řeč a kognitivní složka poškozena, intelekt se vyskytuje v pásmu normy, v některých případech i nadprůměrně vysoký. Může se vyskytovat nemotornost a problémy v sociální interakci. (MKN – 10, 2023) Wing zmiňuje, že kvůli nedostatku empatie je zásadním problémem neschopnost vcítit se do druhých, z toho důvodu obvykle nejsou schopni navázat vztahy s druhými a bývají často nepochopeni, také se mohou vyskytovat úzkostné a depresivní vztahy. (Burgoine a Wing in Attwood, 2005 nebo in Říhová, 2011) Ve společnosti se můžeme setkávat s názory, že jsou lidé s Aspergerovým syndromem velice zvláštní, sví. (Thorová, 2016)

Dle 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace je již hlavním termínem porucha autistického spektra, dělená dle komunikace a případně přidružených poruch intelektu na následující kategorie v rámci tzv. neurovývojových poruch (MKN 11, 2023; Thorová, 2022) – viz Tabulka 1:

⁶ Conditions with disorders of intellectual development as a relevant clinical feature.

- **6A02.0 Porucha autistického spektra**

Jedná se o typ poruchy, u které jsou naplněna všechna kritéria v souladu s definicí naplňující diagnózu. Intelekt a adaptivní chování odpovídají normě. Co se týče schopnosti používat funkční jazyk, mělo by se jednat o formu orální (mluvený jazyk) nebo znakovou za účelem vyslovení požadavku na splnění osobní potřeby nebo přání, která je zachována, případně se může jednat jen mírné narušení.

- **6A02.1 Porucha autistického spektra s poruchou intelektu a s mírným nebo žádným narušením funkčního jazyka**

Jsou splněna všechna kritéria v souladu s definicí poruchy autistického spektra a poruchy intelektu. Stejně jako v první kategorii je schopnost používat funkční jazyk (mluvený nebo znakový) za účelem vyslovení požadavku na splnění osobní potřeby nebo svého přání v této kategorii zachována, maximálně je jen mírně narušena.

- **6A02.2 Porucha autistického spektra bez poruchy intelektu a narušeným funkčním jazykem**

Jsou splněna všechna kritéria v souladu s definicí poruchy autistického spektra. Intelekt a adaptivní chování odpovídají normě. Schopnost používat funkční jazyk (mluvený nebo znakový) je vzhledem k věku výrazně narušena. Jedinec není schopen používat více než jednotlivá slova nebo jednoduché fráze, pokud chce vyslovit požadavek na splnění osobní potřeby nebo svého přání.

- **6A02.3 Porucha autistického spektra s poruchou intelektu a se zhoršeným funkčním jazykem**

Jsou splněna všechna kritéria v souladu s definicí poruchy autistického spektra a poruchy intelektu. Schopnost používat funkční jazyk (mluvený nebo znakový) je vzhledem k věku výrazně narušena. Co se týče komunikace, pokud chce vyslovit požadavek na splnění osobní potřeby nebo svého přání, je jedinec schopen používat nic více než jednotlivá slova nebo pouze jednoduché fráze

• **6A02.4 Porucha autistického spektra bez poruchy intelektu a absencí funkčního jazyka**

Jsou splněna všechna kritéria v souladu s definicí poruchy autistického spektra. Intelekt jedince a jeho adaptivní chování odpovídají normě. Co ale zcela nebo téměř chybí, je schopnost používat funkční jazyk, což může být jak v podobě mluveného nebo znakového jazyka, pokud chce jedinec vyslovit nějaký požadavek na splnění osobní potřeby nebo svého přání

• **6A02.5 Porucha autistického spektra s poruchou intelektuálního vývoje a absencí funkčního jazyka**

V této kategorii se kombinují všechna kritéria naplňující definici poruchy autistického spektra a současně poruchy intelektu. Schopnost používat funkční jazyk (mluvený nebo znakový) téměř, nebo zcela chybí, pokud chce jedinec vyslovit požadavek na splnění osobní potřeby nebo svého přání

Tabulka 1 Dělení Poruch autistického spektra dle 11. revize mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace

1.5. Diagnostika a intervence poruch autistického spektra

V následující kapitole se autorka diplomové práce věnuje nejběžnějším způsobům diagnostiky poruch autistického spektra a vyjmenovává konkrétní standardizované nástroje, následně se věnuje nejčastějším typům intervence, jako je například TEACCH program⁷ nebo VOKS, zmiňuje používané typy léčby a krátce se věnuje i nejběžnějším terapiím.

1.5.1 Diagnostika poruch autistického spektra

Poruchu autistického spektra bohužel nezjistíme klasickými laboratorními testy, jakými jsou například odběr krve či moči, proto je důležité důkladně lékařům či odborníkům popsat chování ve již zmíněných třech oblastech triády – konkrétně jak se dítě v oblastech projevuje, protože každé dítě má individuální jednání a u žádného se nic neprojevuje stejným způsobem. (Šporclová, 2018) Profesorka Carol Delahunty (in Strunecká, 2016) zmiňuje, že dle Americké pediatrické akademie je nejvhodnějším věkem k provedení vyšetření za pomoci screeningových metod k zjištění vývojových poruch 9., 18. a 30. měsíc věku dítěte. V dnešní době už odborníci velice dobře rozpoznají formy autismu, které jsou velmi závažné, ovšem výjimka nastává v případě, kdy nám symptomy nezapadají do diagnostických kritérií a dítě se něčím odlišuje – to může vést až k milné diagnóze. Šporclová (2018) ve své knize zdůrazňuje důležitost brát každé dítě s poruch autistického spektra individuálně a uvědomit si, že vzorec chování je u každého jiný. Existuje mnoho představ o tom, jak takové typické autistické dítě vypadá, ale odborníci by neměli vylučovat diagnózu autismu u dětí jen proto, že se smějí nebo navazují zrakový kontakt. Špatné je taktéž zaujaté pozorování pouze nějaké konkrétní činnosti, např. stereotypní skládání kostek do řady, to automaticky nemusí znamenat tuto diagnózu. Je důležité brát v potaz i kulturní normy (jaké chování je v dané kultuře zvykem) či jaké chování je typické pro dané vývojové období. Dalším projevem, se kterým se v praxi můžeme setkat, je odlišné chování dítěte v přirozeném prostředí a ve

⁷ TEACCH program (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped).

školce, mateřské škole či jiném zařízení. Dítě své negativní emoce může vyjadřovat buď směrem VEN, to znamená především vůči svému okolí (vulgarismus, agresivita a jiné) nebo DOVNITŘ, kdy se dítě může zcela uzavřít (úzkost, deprese, sebepoškozování či mutismus). Z těchto důvodů je při diagnostice velice důležité pozorovat chování dítěte v různých situacích a prostředí za přítomnosti různých lidí. (Šporclová, 2018) Velmi důležitá je taktéž interdisciplinarita, tedy vzájemná spolupráce odborníků, hlavně pediatrů, psychologů, neurologů, logopedů, terapeutů a speciálních pedagogů. Další zásadní oblastí je i anamnéza rodiny, a to z důvodu genetických predispozic. (Říčan, Krejčířová a kol., 2006)

Thorová (Thorová, 2016) ve své publikaci uvedla nejdůležitější postřehy pro správnou diagnostiku dítěte s poruchou autistického spektra. Při zaznamenání jakéhokoliv podezření je vhodné dítě co nejdříve objednat k odbornému posouzení k lékaři. Prvotním diagnostickým postupem je samozřejmě rozhovor s rodiči z důvodu rodinné anamnézy, dále pak následují screeningové metody, díky kterým se můžeme přiblížit k diagnóze poruchy autistického spektra. Screeningové metody ale nejsou zdaleka tak spolehlivé, jak ostatní diagnostické postupy. Diagnózu poruch autistického spektra se v dnešní době dá odhalit již spolehlivě během druhého roku života dítěte. V mnoha případech ale nebylo dítě diagnostikováno správně, což se stává obrovskou komplikací do budoucna.

Existuje ale už mnoho screeningových a standardizovaných nástrojů, které se u nás nejčastěji využívají, těmi jsou například následující (např. Kicková, Hrdlička, 2020):

1. ADIR – Autism Diagnostic Interview – Revised (Lord, Rutter et al. 1994), kterou Thorová (Thorová, 2016) popisuje jako nejověřenější metodu, která se provádí semistrukturovaným rozhovorem s rodiči, kteří mají podezření na poruchu autistického spektra u svého dítěte.
2. A.S.A.S. – The Australian Scale for Asperger's syndrome (Garnett, Attwood, 1995) je screeningová metoda, která u nás zatím tak obvyklá není, je určena hlavně pro potvrzení diagnózy Aspergerova syndromu. (Thorová, 2016)
3. CHAT (Check-list for Autism in Toddlers), který používají zejména pediatři a je určen pro děti v batolecím věku. (Říčan, Krejčířová, 2005)

4. M-CHAT (Modified Check-list for Autism in Toddlers) je později vydaná revidovaná a doplněná verze CHAT od Diany Robins (2001) a obsahuje 23 otázek (Thorová, 2016)⁸
5. CARS (Childhood Autism Rating Scale) cože je u nás jednou z nejvíce používanou diagnostickou škálou pro děti v předškolním věku. (Říčan, Krejčíková, 2005) Dá se využít pro děti starší dvou let a díky němu se také dají rozlišit, jestli se jedná o lehkou, střední nebo vážnou formu autismu.
6. CARS – 2 je revidovaná verze rozšiřující původní škálu zaměřující se na méně typické projevy poruch autistického spektra, především pro zjištění Aspergerova syndromu. Administrativně ani časově není náročný. (Thorová, 2016)
7. M – DACH (Dětské autistické chování) je často využívaná screeningová metoda pro děti od půl roku až do pěti let, ale slouží pouze k orientačním účelům, obsahuje otázky přímo určené rodičům (Thorová in Michalík a kol., 2020)

V České republice je právě dotazník M-CHAT-R/F TM (Modifikovaný dotazníkový test pro záchyt poruchy autistického spektra u batolat – angl. Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised, with Follow-Up; Robins, Fein, Barton, 2009) užíván pediatrii pro včasný screening poruch autistického spektra.

1.5.2 Intervence poruch autistického spektra

Jak již bylo zmíněno, časnější intervence může vést k mnohem lepším a rychlejším výsledkům, proto je lepší s ní začít co nejlépe ihned po stanovení diagnózy, protože prognózy díky tomu nejsou vnímány tak negativně, jak tomu bylo v minulosti,

⁸ Dotazník je dostupný například na webové stránce https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2016/11/M-CHAT-R_F_Czech_Republic.pdf.

především logopedická intervence je důležitá k tomu, aby se dítěti rozvinula komunikativní řeč. (Dawson in Beranová, Hrdlička, 2012)

Beranová a Hrdlička (2012) uvádějí, že možností intervence existuje mnoho, avšak vysoce používanou je u nás považována metoda TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children), výměnný obrázkový komunikační systém (VOKS) a aplikovaná behaviorální analýza (ABA) Prozatím neexistuje žádná metoda, která by zcela dokázala poruchu autistického spektra vyléčit, ale za pomoci terapií můžeme co nejvíce zkvalitnit život jedinců s autismem, pomoci jim orientovat se v přirozeném prostředí, rodině či škole, dbáme o co nejvyšší samostatnost a pomáháme jim zařadit se do běžného života zlepšením především oblasti sociálních dovedností a komunikace. Každá terapie je zvolena a prováděna podle přesných individuálních potřeb každého dítěte. Důležitá je struktura činností, každý terapeutický program je zvolen dle aktuálního vývoje a chování dítěte, a tak se stanovují reálné cíle. Pracovat s dítětem by měl odborník, který zná jeho problematické oblasti, a především respektovat to, co si přeje rodina. (Šporclová, 2018)

V dnešní době je velice populární tzv. aplikovaná behaviorální analýza (ABA), využívající techniky vycházející ze principů učení a chování, tato technika je podle výzkumů velmi účinná, v ČR je to služba zatím pouze komerční, která je pro mnoho rodin velice drahou záležitostí. Cena se dnes za hodinu terapie pohybuje kolem tisíce korun, takže za doporučených 25 hodin týdně se zaplatí téměř 25 000 korun českých, taktéž certifikovaných odborníků provádějící tuto terapii je u nás stále velmi málo. (srovnat. NAUTIS⁹, 2023)

Dalším nejběžnějším, nejefektivnějším a nejvyužívanějším je TEACCH program, principem je strukturované učení zaměřené na oblasti, ve kterých je vývoj problematický, ať už je to paměť, pozornost, sociální vztahy a jiné. Nejzásadnějšími faktory jsou struktura, motivace a vizualizace. (Šporclová, 2018)

Pro děti raného věku je vhodný program DIR/FLOORTIME¹⁰, který se využívá v přirozených situacích, především tedy při hře na podlaze s rodiči. Rodiče následují

⁹ Nautis: Národní ústav pro autismus, z.ú.

¹⁰ DIR® - the Developmental, Individual-differences, and Relationship-based model; DIRFloortime® (Floortime) je aplikací DIR® modelu do praxe.

nápady dítěte a vedou ho ke smysluplné interakci. Velkou roli hraje budování emoční vazby mezi rodiči a dítětem. (ICDL, 2023)

Pro děti s omezenými komunikačními dovednostmi či s úplnou absencí řeči existuje alternativní a augmentativní komunikace (AAK), která je určena ke kompenzaci nebo podpoře mluvené řeči (Maštalíř, Pastieriková, 2018). Využívají se výměnné obrázkové komunikační systémy (např. PECS, VOKS), piktogramy, také i znakované formy řeči a používány jsou technické komunikační pomůcky. Velmi podstatná je spolupráce s logopedem. Modelování je způsob terapie, kterým dítěti za pomoci nahrávek ukážeme situace či způsob chování, které chceme, aby se naučilo. Způsobů je několik, buď se dítěti pouští vrstevník v daných modelových situacích, nebo je video natočeno způsobem, jak by vidělo dítě činnost ze svého pohledu. Dále můžeme využít nácvik sociálních dovedností buď individuálně nebo skupinově. Principem je představení situace, nácvik vhodného chování a následuje reflexe. (Šporclová, 2018)

Thorová (in Thorová, 2016) zmiňuje také herní a interakční terapii, při níž je obvyklé pro dítě pracovat v prostředí, které je pro něho přirozené. Dítě se účastní nejrůznějších sociálně interakčních a fyzických her a důraz je kladen na především na rozvoj jeho uvažování a přemýšlení nad nejrůznějšími spontánními situacemi, následně pak na zlepšení sociální komunikace a interakce s vrstevníky i dospělými. Thorová (in Thorová, 2006) následně zmiňuje také muzikoterapii, protože díky hudbě je pro dítě snadnější projevit své emoce, a hlavně umožňuje a podporuje odpočinek. Ve speciálních školách bývá muzikoterapie velmi běžnou součástí výuky a má velmi dobré ohlasy. Ale ne všem dětem hudba vyhovuje, najdou se i jedinci, kteří bývají nervózní a je pro ně lepší se všem zvukovým podnětům vyvarovat. Populární je i arteterapie, která je taktéž součástí speciálních škol. Slouží taktéž k relaxaci, k rozvoji kreativity a výsledkem je výtvar, ze kterého se děti mohou těšit, a podporuje pocit, že něco zvládly dokončit a vytvořit.

Thorová (in Thorová, 2016) dále uvádí, že zvířata se také využívají ke zlepšení emočního vnímání dítěte s poruch autistického spektra, ale také může sloužit k uklidnění. Reakce na zvířata mohou být u dětí velice individuální, může se projevat strach a nejistota ze zvířete, někteří zase pocítí vděk a nadšení. Samozřejmě je lepší zjistit si fobie dětí a zvířatům se z toho důvodu vyvarovat. Nejběžnějšími intervenčními prostředky s účastí zvířat bývá hipoterapie, ve které probíhá interakce jedinců s koněm, a canisterapie, kde je součástí pes. Tyto dvě metody se velmi osvědčují a spousta rodin

uvádí, že jejich dítě bylo schopné navázat se zvířetem emocionální vztah. (Carlisle, 2014 in Thorová, 2016) Čím dál tím více populárnější začíná být i metoda plavání s delfiny¹¹, spousta lidí se vydává do zahraničí, aby tuto metodu vyzkoušeli, zejména kvůli stále kvalitnějším recenzím. Nejde o nic zcela tak výjimečného, ale spousta lidí to láká z důvodu větší exotiky a zábavy, která se odehrává ve vodě. Jednou velkou nevýhodou této metody je finanční náročnost, spousta rodin si ji dovolit nemůže. Další nevýhodou může být předem neznámé chování delfinů, které může být i nebezpečné¹². (Brensing, 2003; Salguiro at al, 2012; Williamson, 2008 in Thorová, 2016)

Co farmakologické léčby týče, v České republice není oproti jiným zemím zvykem podávat dětem školního věku medikaci ve velkém množství, konkrétně tedy psychofarmaka. Avšak s rostoucí prevalencí autismu stále častěji rodiče lékaře žádají o předepsání léků, které by pomohli potlačit agresivitu či výbuchy vzteku dětí, především kvůli integraci do systému vzdělávání. O všem rozhoduje lékař, nejlépe ten, který už pacienta dobře zná a který zná i více možností léku pro terapii autismu, existuje mimo jiné i riziko vedlejších účinků, jako je například velmi časté přibývání na váze, úzkosti, únava. Takže předtím, než na léčbu rodiče přistoupí, je potřeba o těchto věcech důkladně popřemýšlet, nedoporučuje se totiž po krátké době léčbu přerušit. Šporclová (in Šporclová, 2018) tvrdí, že nejvíce u nás předepisovaným lékem k potlačení problémů s chováním je Risperidon, což je také jediný oficiálně registrovaný lék v české republice pro léčbu dětí od 5 let věku. U hyperkinetické poruchy se podávají stimulační preparáty jako mehtylidenidát¹³, atomoxetin¹⁴. Aby se potlačily nežádoucí účinky, je velice důležité dodržovat správné dávkování. Odborníci se ale shodují na tom, že je lepší držet se spíše nefarmakologické terapie. (Strunecká, 2016) Spousta rodičů zkouší i různé diety, asi nejznámější z nich je tzv. bezlepková a bezmléčná dieta především u dětí trpících alergií na

¹¹ Tzv. dolphin-assisted therapy (DAT)

¹² Podle některých psychologů existují v současné době důkazy, že není terapie s delfiny prospěšná ani pro delfíny, ani pro klienty, se kterými případně pracují – viz např. Drevitch, 20121)

¹³ Dalšími názvy preparátu jsou známy jako např.: Ritalin, Attenta, Concerta, Metadate, Methylin a Centedrin.

¹⁴ selektivní inhibitor presynaptického zpětného vychytávání noradrenalinu. Doporučován je pro děti s ADHD, které ale musí být starší šesti let, popřípadě u dospívajících a dospělých osob (Zmeškalová, 2021).

mléko. Ovšem dosud nebylo vědecky prokázáno, zdali mají diety nějaký významný účinek na léčbu autismu. (Šporclová, 2018)

1.6 Dopad diagnózy na rodinu

Péče o dítě s poruchou autistického spektra je velkou zátěží pro celou rodinu a nepříjemně ovlivňuje chod celé domácnosti, protože rodiče často pocítují v rodičovství vlastní selhání. (Říčan, Krejčířová in Říhová a kol., 2011) Rodina si po sdělení diagnózy může projít několika fázemi, aby se se situací co nejlépe vyrovnala. Každý rodič se se situací snaží vyrovnat svým vlastním způsobem, ale následující fáze se v mnoha směrech velmi podobají. (Tomalová, Maštalíř, Dupalová, 2017) Rodiče, kteří už si procesem srovnávání se s diagnózou prošli by se určitě shodli na tom, že velmi důležité jsou vhodné podmínky pro diagnostickou konzultaci, je potřeba především čas a soukromí, odstranit by se měli všechny rušivé faktory, zajistit také příjemné prostředí. Reakce mohou být u každého rodiče jiné, proto je důležité jim dát čas se s novinkami srovnat a poskytnout jim prostor si vším projít. Podstatné je sdělit jim potřebné informace o odbornících, veškerých službách a kontaktech, které by jim mohli pomoci. (Thorová, 2016)

1. Šok

Tomalová (2017) tvrdí, že tato fáze přichází ihned po sdělení diagnózy a projevuje se především pocitem bezmoci. Rodič může působit zmateně a obvykle se mohou chovat nepřiměřeným a nepochopitelným způsobem, ale to v této fázi zcela normální. (Říčan, Krejčířová, 1997 in Říhová a kol., 2011)

2. Popření

V tomto stádiu rodič popírá skutečnost situace, je to tzv. obranný mechanismus, díky kterému se hned „nezblázní“. Rodiče často vyhledávají další odborníky, kteří by diagnózu popřeli. (Tomalová, Maštalíř, Dupalová, 2017)

3. Hněv, obviňování

Fáze hněvu často rodiče tráví nejvíce času hledáním viníka, kterým může být jak partner, tak lékař, maminky ale mohou obvinit i samy sebe, to vše z důvodu úlevy a nalezení logického vysvětlení situace. (Tomalová, Maštalíř, Dupalová, 2017) Může se

projevit i agresivita u rodičů například vůči zdravotnickému personálu z důvodu nalezení úlevy. (Říčan, Krejčířová, 1997 in Říhová a kol., 2011)

Vágnerová (2000 in Říhová a kol., 2011) popisuje dvě obvyklé reakce této fáze, těmi jsou útok a útek. *Útekem* rodiče bojují se situací, kterou nechtějí přijmout a se kterou se bojovat nedá, výsledkem může být svěřeni dítěte do péče jiné osoby (rodiče, prarodiče, ústavní péče). Z tohoto důvodu vzniká *útok*, který bývá například vůči zdravotníkům nebo rodině, jak už bylo zmíněno.

4. Smlouvání

Tato fáze je pouze obdobím přechodným, rodič již dokáže akceptovat nemoc svého dítěte, ale chce z toho něco získat, potřebuje naději, že dítě nějaké zásadnější pokroky v budoucnosti zvládne a díky tomu je blíž k přijetí situace. (Tomalová, Maštaliř, Dupalová, 2017)

5. Deprese

Rodiče začínají vnímat skutečnost situace, uvědomují si fakt, že mají doma dítě s postižením, proto mohou pociťovat smutek, depresi, úzkost. Bojí se především budoucnosti, také se zabývají možnými reakcemi okolí na diagnózu dítěte. (Tomalová, Maštaliř, Dupalová, 2017)

6. Smíření

V této finální fázi již rodič přijmul diagnózu dítěte a aktivně se zapojuje léčby a terapií. To se ale může měnit vlivem vývoje nemoci a vznikem nových výzev (např. volba vhodného školního zařízení). (Tomalová, Maštaliř, Dupalová, 2017) Ke smíření se situací ale nemusí dojít u všech rodičů, ti se mohou stále více obávat budoucnosti, to může ovlivňovat chod celé rodiny a také vzájemný vztah rodičů s dítětem, který pak nedostane dostatečnou péči. (Říčan, Krejčířová, 1997 in Říhová a kol., 2011)

Existují různé postoje, které mohou bránit rodičům srovnat se s diagnózou, mezi ty patří například hyperprotektivní chování a obrovská fixace na dítě, což může vést až ke zpomalení vývoje, protože rodiče vše omlouvají nemocí. Dalším postojem může být odmítání dítěte, často se stává, že jeden z rodičů z rodiny odejde, protože se nedokáže smířit s faktem, že má nemocné dítě. Existují i rodiče, kteří odmítají pomoc ostatních a o dítě se chtějí starat pouze sami, protože jen oni mohou poskytnout potřebnou péči. Tím pádem dochází k častému vyčerpání rodičů, protože nemají čas starat se o sebe a o své

zdraví. Obrannými mechanismy pak mohou být škodlivé látky jako alkohol nebo jiné návykové látky. (Thorová, 2016)

2 KOMUNIKACE OSOB S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Tato kapitola bude pojednávat především o komunikační kompetenci, dále se autorka diplomové práce bude věnovat vymezením verbální a neverbální komunikace, zmiňuje možnosti hodnocení narušené komunikační schopnosti u dětí s poruchami autistického spektra.

2.1 Komunikace a komunikační kompetence

Průcha (Průcha, 2011) ve své publikaci uvádí, že pojem komunikační kompetence se poprvé ve vědecké terminologii objevil jako součást generativní teorie gramatiky v 60. letech 20. stol. Jedna z definic zní, že komunikační, pragmatická kompetence je: „*soubor všech znalostí, které umožňují mluvčímu, aby mohl komunikovat v určitém kulturním společenství. Tento soubor nezahrnuje pouze znalost jazyka, tzv. jazykovou kompetenci, která je předmětem strukturním, resp. generativní lingvistiky, ale i znalost toho, jak užívat jazyk v nejrůznějších komunikačních situacích.*“ (Karlík, Nekula, Pleskalová, 2002, s. 219) Komunikace (pocházející z lat. communicatio) nám především umožňuje sdělovat a přijímat informace a budovat vzájemné mezilidské vztahy. Základními prvky, které potřebujeme k dorozumívání, jsou *komunikátor*, což je osoba, která sděluje nové informace, *komunikant*, člověk přijímající novinky a následně na ně zareaguje, *komuniké*, veškerý obsah zpráv a *komunikační kanál*, čímž rozumíme cestu, kterou předáváme informace tak, aby si obě strany úspěšně předaly informace. (Klenková, 2006)

Komunikace zahrnuje nejen verbální řeč, ale také gestikulaci, zrakový kontakt, mimiku. Pouhý úsměv nebo pláč nám toho může spoustu sdělit a nepotřebujeme k tomu žádná slova. Běžně si lidé slovy vymění spoustu poznatků, zážitků a zkušeností, avšak u dětí s poruchou autistického spektra je to odlišné, protože tuto oblast mají narušenou a spoustu věcí nechápou. Základním typickým znakem pro děti s autismem, avšak ne pro všechny, je problém s navázáním zrakového kontaktu, což pro navázání komunikace zásadním prvotním krokem. Rodiče také často zpozorní, když děti vůbec nereagují na oslovení či zavolání a zapomínají na již naučená slova a fráze, to může vyvolat i podezření na sluchové postižení, které se brzy vyvrátí tím, že se dítě zaposlouchá například do znělky oblíbeného dětského pořadu. Opožděný vývoj řeči je velmi typický, v některých

případech se řeč nemusí vyvinout vůbec a je důležité co nejdříve vyřešit kompenzaci řeči, tedy alternativní a augmentativní komunikace. U dětí s poruchou autistického spektra je obrovským pomocníkem vizualizace, tedy podpora každého sdělení informace pomocí obrázku, fotky či piktogramu. (Šporclová, 2018)

Jak již bylo zmíněno, celý proces komunikace probíhá mezi komunikátorem, komunikantem, kteří se dostávají k hlavní myšlence, která se nazývá komuniké a bývá verbální i neverbální. Největší problém v porozumění může nastat u abstraktních pojmů, které člověk chápe individuálním způsobem. (Mikulaščík in Regec, Stejskalová et al., 2012)

Abychom byli schopni správně komunikovat, je podstatné umět sebevědomě prezentovat sám sebe, vyjádřit své myšlenky a pocity. K navazování vztahů, ať už přátelských, pracovních či partnerských, nám pomáhá dovednost vztahová. Pro lidi s postižením je nejsložitější navazovat a vést rozhovory s druhými, a bývá to velmi těžké i pro intaktní jedince. (De Vito in Regec, Stejskalová et al., 2012)

2.2 Verbální komunikace

Olejníčková (in Regec, Stejskalová et al, 2012) tvrdí, že verbální komunikace bývá jak mluvená, tak i psaná a vyjadřuje se především pomocí jazyka, slova, hlasu. Je podstatnou a přirozenou součástí sociálního života lidí a pokud se lidé izolují od společnosti a nenaplní svou potřebu komunikace, můžou se stát deprivovanými. Olejníčková (2012) zmiňuje: „*Dle De Vita (2008) rozdělujeme komunikaci na detonální a kotonační, kdy detonace se vztahuje ke konkrétnímu termínu, k tomu, co vyjadřuje, jenž lidé hovořící společným jazykem připisují k určitému slovu. Konotace se vztahuje k subjektivnímu a emocionálnímu významu. Pro lékaře má např. slovo „smrt“ jiný význam než pro matku zemřelého.*“ (Regec, Stejskalová et al., 2012, str. 25) Významnou součástí verbální komunikace je taktéž rétorika (Musil, 2009 in Regec, Stejskalová, 2012), kterou chápeme jako schopnost správně a přesvědčivě komunikovat s lidmi, především vedením dialogu. Pastieriková a Regec (in Regec, Stejskalová, 2012) tvrdí, že dítě s poruch autistického spektra může mít bohatou slovní zásobu a mluvit plynule, ale může se vyskytovat problém se smysluplností řeči a také zmiňují tzv. hyperrealismus, což znamená vnímání všech věcí příliš realisticky a nechápat jejich podstatu. Je proto důležité komunikovat s dětmi v prostředí, ve kterém se cítí příjemně a mají pocit pochopení.

(Šporclová in Vitásková, 2018) V dnešní době je již pravdivé tvrzení, že verbální řeč se rozvine až u 70 % dětí s poruchou autistického spektra, akorát se vyskytují obtíže v záměně zájmen, objevuje se echolálie a neobvykle použité spojení slov. (Cottini, Vivanti in Vitásková et al., 2018) Říhová (2011) ve své publikaci jmenuje nejčastější obtíže objevující se ve verbální komunikaci, jedná se především o echolálii, mluvení pro sebe, mnohomluvnost, což znamená nadměrné hromadění slov, dále se často vyskytuje stálé opakování slov, vět a frází a v neposlední řadě také hyperakuzis, což je přecitlivělá reakce na zvukové podněty. Braun (1992 in Klenková, 2006) také zmiňuje, slovem a písmem se nejvíce projeví to, jakou má člověk úroveň intelektu.

2.3 Neverbální komunikace

Dle Klenkové (Klenková, 2006) se neverbální komunikací rozumí použití všech možných dorozumívacích prostředků krom slov a je mnohem starší. Vliv má i na etický kodex společnosti, protože v různých kulturách se některé neverbální projevy, jako například mlaskání či srkání, považují za urážku, naopak v jiných to považují jako znak, že pokrm hostům opravdu chutnal. Neverbální komunikace má ve speciální pedagogice velký význam, protože pomocí různých gest či mimiky v obličeji můžeme nahradit či doplnit projev verbální. (Macurová, 2002 in Vitásková a kol., 2014)

Neverbální komunikace je u dětí s poruchou autistického spektra velmi běžná a typická, používají ji především lidské tělo ve formě mimiky, všelijakých gest a postojů a vyjadřují tím veškeré své pocity a potřeby. Je známým faktem, že lidské tělo nám může prozradit mnohem více informací než mluvená řeč. Celkový náš vzhled a to, jakým způsobem vyjadřujeme naši osobnost je součástí komunikace, styl oblékání, hygiena, vyjadřování, díky tomu všemu si okolí utváří vůči nám určité postoje, které mohou celý vztah ovlivnit. Mimikou lidé projevují především své emoční prožívání, ovšem u lidí s postižením je tato oblast značně ovlivněna právě kvůli problémům v orofaciální oblasti, proto se jejich emoce nemusí shodovat s jejich skutečným prožitkem, často dominuje neutrálnost a na to je třeba klást důraz, než si o někom budeme dělat obrázek. Další oblastí neverbální komunikace jsou gesta, tedy veškeré pohyby hlavy, rukou a nohou. Velmi důležitá je i osobnost komunikujícího člověka, protože energický člověk bude gestikulovat více než člověk úzkostný. Nejlepší je spojit sdělování verbální s neverbálním, tím co nejefektivněji vyjádříme naše myšlenky. Podpořit verbální řeč

můžeme především gestikulací, taktéž zvýšením tónu hlasu. (Olejníčková, 2012) Jak zmiňuje Gwyneth Doherty – Sneddon (2005), neverbální komunikace je ve vývoji dítěte velmi zásadní z důvodu schopnosti interakce s ostatními.

Zrakový kontakt je důležitou součástí komunikace, ale jak už bylo zmíněno v typických projevech poruchy autistického spektra, pro jedince s touto diagnózou to může znamenat velkou obtíž. (Emerson, Gillberg, Peeters, Hrdlička, Komárek in Vitásková et al., 2014) Thorová (in Vitásková et al., 2014) považuje úsměv za základní neverbální mimický projev a ten se může u dítěte vyskytovat pouze v nejbližší rodině, nebo naopak zcela chybí nebo není zřetelný, to stejné také platí i u gest, kdy tzv. „deklarativní ukazování“ či pohyb hlavy vyjadřující souhlas a nesouhlas mohou nastoupit až v pozdějším věku nebo vůbec.

Richman (2008) zmiňuje další typický znak komunikace dětí s autismem, a tím je manipulace s cizí rukou za účelem projevení své potřeby či přání, dále také používají řeč monotónně a mají problém v řeči zapojit kreativitu. Rozvoj funkční komunikace je důležitou prevencí před poruchami chování a problémy se začleňováním do kolektivu. Neverbální komunikace je ve vývoji dítěte velmi zásadní z důvodu schopnosti interakce s ostatními.

Když to tedy shrneme, nejběžnějšími problémy v neverbální komunikaci je v navazování zrakového kontaktu, neschopnost vyjádřit emoce mimikou, také v gestikulaci a tělesném postoji. (Říhová, 2011)

2.4 Komunikace dětí v předškolním věku

V této podkapitole autorka diplomové práce uvede komunikaci dětí v předškolním věku u intaktních dětí a dále přiblíží specifika narušené komunikační schopnosti u dětí s poruchou autistického spektra a možnosti hodnocení.

Pro obvyklý vývoj řeči dětí je typické, že se prolínají všechny jazykové roviny. **Foneticko – fonologická rovina** je zaměřená především na zvukovou stránku projevu řeči a hlavní jednotkou této roviny je hláska. U dětí s poruchou autistického spektra se v této rovině mohou projevit problémy především s výslovností, a to hlavně kvůli složitosti pohybů mluvidel, zároveň je nutné si uvědomit, kolik různých jemných způsobů

je potřeba k modifikaci dutiny ústní, aby jednotlivé fonémy vznikly a posluchač byl schopný je rozeznat. (Ohnesorg in Bytešníková, 2012)

Bytešníková (2012) zároveň doporučuje pro podporu správné výslovnosti zapojení dechových a fonačních cvičení pro podporu správné výslovnosti, a zároveň cvičení, kterým podpoříme rozvoj fonematické diferenciaci. Pro lepší vnímání rytmu můžeme do intervence zapojit také říkánky a písničky, další vhodnou pomůckou je zpěv, při kterém musí dítě zapojit bránici a tím pádem se zdokonalí i způsob dýchání a tvorba hlasu.

V lexikálně – sémantické rovině je obsahem především slovní zásoba a definování pojmů, základní jednotkou je slovo. (Pokorný in Bytešníková, 2012) Dítě si během vývoje řeči osvojuje jak význam slov, ale i vzájemnost mezi jednotlivými výrazy, tím jsou myšlené především nadřazené a podřizené pojmy a intaktní dítě by mělo bez problému zvládnout vyjádřit antonyma (protiklady) a synonyma (pojmy shodujícího se významu) slov.

Gramatická stránka řeči je obsahem **morfologicko – syntaktické roviny**, především tedy správný slovosled, čísla, pády atd. V počátečních fázích vývoje gramatické stránky řeči nepoužívá dítě všechny slovní druhy, ze začátku jsou tvořeny především onomatopoická slova, konkrétně citoslovce, které bývají pro dítě základním materiálem z hlediska slovních druhů. Dalším obdobím vývoje řeči u dítěte je začátek užívání podstatných jmen, která označují jádro konkrétních věcí. Slovesa se u dětí začínají rozvíjet až kolem druhého či třetího roku života, protože se oproti podstatným jménům vyskytují v mnohem menším poměru. Při správném vývoji řeči by intaktní dítě mělo být schopno všechny slovní druhy užívat po čtvrtém roce věku. Věty o dvou slovech by dítě mělo začít užívat ideálně do 2. roku života, do 3 let pak věty víceslovné. Aby ale byla správně vyvíjena gramatická stránka řeči a řeč celkově, je nejdůležitější adekvátní nápodoba dospělých v okolí dítěte a všech, se kterými dítě přichází do běžného kontaktu, proto je ideální číst dítěti pohádky před spaním nebo vyprávět příběhy, rozvíjí se tím jazykový cit. Pro rozvoj morfologicko – syntaktické roviny mohou sloužit různé didaktické hry a cvičení pro zdokonalení gramatické stránky řeči. (Bytešníková, 2012)

Co se týče **pragmatické roviny**, od 9 do 18 měsíce věku dítě využívá v první řadě neverbální komunikaci například v podobě ukázání na předmět, o který má zájem, a to většinou doprovází i vokalizace. Konverzaci stále více posiluje neustálá potřeba

dotazovat se okolí na objasnění určitých věcí. Po 3. roce dítě zkouší již samo zkouší navazovat dialog a následně ho také udržet. Postupem času si dítě zvykne přizpůsobovat konverzaci vůči rozdílným komunikačním partnerům, kteří mohou lišit pohlavím či věkem. Pragmatická rovina bývá podporována především her na konkrétně dané téma, například hra na lékaře či obchod. Před nástupem do školy by dítě mělo mít odpovídající verbální vývoj, ve všech 4 jazykových rovinách by se neměly vyskytovat žádné závažnější vady. (Bytešnicková, 2012)

2.5 Možnosti hodnocení narušené komunikační schopnosti u poruch autistického spektra

Narušená komunikační schopnost (dále i jako NKS), což bývá neproblematičtější oblastí u dětí s poruchou autistického spektra, se zjišťuje logopedickou diagnostikou. Narušená komunikační schopnost se může projevovat buď úplným, nebo částečným narušením a příčina vzniku bývá funkční či organická. Lechta (2003 in Klenková, 2006) dělí narušenou komunikační schopnost na deset hlavních kategorií, tzv. okruhů a těmi jsou:

1. Vývojová nemluvnost
2. Získaná orgánová nemluvnost
3. Získaná psychogenní nemluvnost
4. Narušení zvuku řeči
5. Narušení plynulosti řeči
6. Narušení článkování řeči
7. Narušení grafické stránky řeči
8. Symptomatické poruchy řeči
9. Poruchy hlasu
10. Kombinované vady a poruchy řeči

U lidí s poruchou autistického spektra bývá obvykle řeč narušená především kvůli nerozvinutému fonematickému sluchu, také se objevují problémy s artikulací. Často nedokážou vyjádřit obsahovou stránku informací, takže dochází k častému nepochopení ze strany okolí. (Valenta, Krejčířová, 1992 in Regec, Stejskalová et al., 2012) Slovní zásoba se může zdát velmi bohatá, ovšem řeč postrádá smysluplnost. Známé takzvané opakování slov či vět se nazývá echolálie a vyskytuje se u lidí s poruchou autistického spektra velmi často. Lidé s poruchou autistického spektra vše vnímají realisticky, mají problém porozumět nadřazeným a sarkastickým pojmům. (Pastieriková, Regec in Regec, Stejskalová et. al., 2012)

Logoped se věnuje tzv. logopedické intervenci, což je hlavní činnost, kterou logoped vykonává. Třemi cíli logopedů je především odhalit a poté hned reagovat na problém v oblastech narušené komunikační schopnosti pomocí logopedické diagnostiky a terapie, následně předcházet vzniku dalších komplikací – logopedickou prevencí. (Lechta, 2002 in Klenková, 2006)

Velkou výzvou pro oblast diagnostiky i intervence poruch autistického spektra, zvláště v dětském věku, jsou děti tzv. „neverbální“, nemluvící nebo „minimálně verbální“ (Tager – Flusberg, Kasari, 2013).

Přehled některých novějších hodnotících nástrojů pro posouzení komunikace dětí s PAS uvádí autorka v následující tabulce (Tabulka 2):

<p>Autism Peer Interaction Observation Scale (APIOS)</p>	<p>Zahrnuje devět hlavních kategorií a 17 podkategorií; Kategorie reflektují hlavní základy sociálně-komunikačního chování posouzení adaptivní interakci vrstevníků založenou na markerech neurotypického sociálně-komunikačního vývoje; Umožňuje zaměření se na chování při interakci s</p>	<p>Bauminger-Zviely, Nirit, and Analia Shefer. "Naturalistic evaluation of preschoolers' spontaneous interactions: The Autism Peer Interaction Observation Scale." <i>Autism : the international journal of research and practice</i> vol. 25,6 (2021): 1520-1535. doi:10.1177/1362361321989919</p>
--	--	---

	<p>vrstevníky a má široký rozsah zahrnující hlavní smysluplná sociálně-komunikační chování potřebná pro adaptivní interakci dětí s vrstevníky; APIOS může být využit i pro komplexní měření výsledků cílených rané intervence v dětství jako tzv. ekologický (postihující vlivy nejbližšího prostředí a okolí) observační nástroj k posouzení účinnosti intervencí zaměřených na interakci vrstevníků; jeví se jako citlivější než standardizovaný ADOS</p>	
<p>Pragmatic Rating Scale (PRS); the Pragmatic Rating Scale–School Age (PRS-SA).</p>	<p>Hodnotící nástroj pro posouzení sociální komunikace, byl vytvořen tak, aby byl kompatibilní s kritérii DSM-5 SCD; je ho možno použít na identifikaci narušené sociální komunikace bez nutnosti podrobné konverzační nebo jazykové analýzy</p> <p>Jeho využitelnost je spatřována v oblasti logopedie a v oborech zabývajících se narušením vývoje. Zaměřuje se na sociální (pragmatickou) komunikaci a vyhýbá se</p>	<p>Dillon et al. (2021)</p>

	omezujícími vlivu zpráv od tzv. informátorů (omezení související se spolehlivostí a přesností) a formálními opatřeními přímé sociální komunikace	
Communication Complexity Scale (CCS)	<p>Jedná se o hodnotící nástroj, který umožňuje měřit expresivní komunikaci u jedinců s minimálními verbálními dovednostmi; posuzuje komunikaci pomocí gest, zrakového kontaktu, pohybů těla, symbolickou komunikaci mluvenými slovy, znaky nebo symboly;</p> <p>vhodný pro neverbálně komunikující nebo jedince, kteří komunikují jen prostřednictvím několika málo slov, znaků nebo symbolů – tedy omezené komunikační zásoby, jedná se o 12 bodovou škálu, která umožňuje povědomí o okolním prostředí kombinací dvou slov, znaků nebo symbolů ve smysluplné frázi.</p> <p>Pro užití klinickými pracovníky umožní sledovat změny v prelingvistickém (preevrbálním) a symbolickém komunikačním chování a pro sledování pokroku v rámci hodnocení</p>	Brady et al. (2012) in Thiemann-Bourque, et al. (2019)

	rozvoje kompetencí pro vzájemnou komunikaci.	
--	---	--

Tabulka 2 Přehled některých novějších hodnotících nástrojů pro posouzení komunikace dětí s PAS

Diagnostický proces ustává stanovením diagnózy, díky tomu se ihned mohou zvolit nejvhodnější terapeutické prostředky. Důležitá při diagnostickém procesu je komplexnost, díky které se vyšetří všechny oblasti řeči, dále také týmová spolupráce všech zúčastněných odborníků. Vašek (1991), Přinosilová (1997) vymezují hlavní speciálněpedagogické diagnostické metody, kterými jsou pozorování – nejlépe dlouhodobější, dále šetření za pomoci dotazníků, anamnestických rozhovorů, testové metody, kazuistické metody a také rozborů výsledků činnosti dítěte – výsledky práce dítěte v mateřské či základní škole. (Klenková, 2006)

3. PRAKTICKÁ ČÁST

V teoretické části diplomové práce jsme si uvedli a popsali hlavní kategorie, které souvisejí s tématem poruch autistického spektra, které jsou hlavním cílem této diplomové práce. Dotkli jsme se také tématu komunikace u osob s poruchou autistického spektra, a vytvořili tak přemostění mezi teoretickou a praktickou částí diplomové práce

Na základě východisek popsaných v teoretické části práce uvede autorka v praktické části diplomové práce její hlavní výzkumné a dílčí cíle. Následně popíše proces a postup výzkumného šetření, včetně jednotlivých použitých metod a průběhu výzkumu. Dále pak popíše výsledky výzkumného šetření a provede jejich závěrečnou diskusi, na kterou pak navazuje závěr a popis limitů výzkumu.

3.1 Výzkumný cíl a popis výzkumného vzorku

Hlavním cílem praktické části diplomové práce bylo zhodnotit komunikaci dětí s poruchou autistického spektra v předškolním věku navštěvujících speciální mateřskou školu a na základě tohoto zhodnocení navrhnout u každého dítěte intervenční postup, který bude odrážet jejich výsledek s důrazem na rozvoj komunikace z pohledu obecněji zaměřeného poradenského pracovníka.

Stanoveny byly následující **dílčí cíle (DC)**:

1. **Dílčí cíl 1 (DC1)**. Zhodnotit komunikaci dětí s poruchou autistického spektra v předškolním věku v oblasti verbální komunikace za pomoci speciální škály.
2. **Dílčí cíl 2 (DC2)**. Zhodnotit komunikaci dětí s poruchou autistického spektra v předškolním věku v oblasti neverbální komunikace za pomoci speciální škály.
3. **Dílčí cíl 3 (DC3)**. Zjistit, zda došlo u všech dětí s poruchou autistického spektra v předškolním věku ke zlepšení v oblasti jejich verbální komunikace.
4. **Dílčí cíl 4 (DC4)**. Zjistit, zda došlo u všech dětí s poruchou autistického spektra v předškolním věku ke zlepšení v oblasti jejich neverbální komunikace.

Na základě dílčích cílů jsme si stanovili následující **výzkumné otázky (VO)**:

1. **Výzkumná otázka 1 (VO1)**: Na jaké úrovni hodnocení budou schopnosti dětí s poruchou autistického spektra v předškolním věku v oblasti verbální komunikace?
2. **Výzkumná otázka 2 (VO2)**: Na jaké úrovni hodnocení budou schopnosti dětí s poruchou autistického spektra v předškolním věku v oblasti neverbální komunikace?
3. **Výzkumná otázka 3 (VO3)**: Bude u všech dětí s poruchou autistického spektra v předškolním věku pozorováno zlepšení v oblasti jejich verbální komunikace?
4. **Výzkumná otázka 4 (VO4)**: Bude u všech dětí s poruchou autistického spektra v předškolním věku pozorováno zlepšení v oblasti jejich neverbální komunikace?

3.2 Metody výzkumného šetření

V rámci výzkumného jsme z pohledu výzkumných metod šetření využili kvalitativní metody. Konkrétně se jednalo o anamnestický rozhovor, studium osobních materiálů o dětech, nepřímé pozorování a testová metoda. Na základě těchto metod byly zpracovány kazuistiky dětí a následně byla provedena jejich analýza. „*Kazuistika je metodikou, postupem zpracování (kazuistická metoda, přístup) pro výše uvedená konstatování, kdy je kazuistika jakýmsi celkovým procesem, postupem pro zpracování různorodých charakteristik a popisů případu. Kazuistika je výstupem (výsledkem) kolektivního, diagnostického, analytického postupu.*“ (Chrastina, 2019, str. 19) Každá kazuistika je zakončena návrhem intervenčního postupu u každého dítěte předškolního věku ze speciální mateřské školy zaměřené převážně na děti s poruchou autistického spektra. Cílem analýz bylo zanalyzovat komunikační specifika dětí, a to především

verbální a neverbální komunikace pomocí hodnotící škály, (Říhová, Vitásková, 2013¹⁵) a následně byl vytvořen návrh možné intervence.

Hodnotící škála byla vytvořena autorkami Říhovou a Vitáskovou v roce 2013 jako výsledek řešení projektu specifického výzkumu s názvem Logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra, který byl uskutečňován na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci (Říhová, Vitásková, 2013). Její tvorbě předcházelo dotazníkové šetření, v jehož průběhu byly zjišťovány konkrétní zkušenosti odborníků na oblast komunikace – logopedů – s logopedickou intervencí prováděnou v České republice u jedinců s poruchou autistického spektra. Základní diagnostika odkazující na hodnotící škálu, je rozdělena na sedm oblastí pokynů k jejímu zadávání a záznamu tak, aby byla umožněna shodná administrace hodnocení při užití různými hodnotícími osobami. Pokyny se zaměřují především na dobu, kdy je vhodné hodnocení provádět, dále jsou uvedeny základní pomůcky, se kterými je vhodné v rámci diagnostiky pracovat. V době vzniku škály se dle autorek jednalo o doposud nezpracovaný materiál, který umožnil diagnostiku verbální a neverbální komunikace u jedinců a poruchou autistického spektra s využitím pozorování, rozhovoru a analýzy verbální i neverbální komunikace, výsledků konkrétních aktivit dítěte s PAS a individuálních zkušeností pečovatелů a osob účastnících se výchovy dětí s PAS. Uvedenými zásadami se řídila také autorka diplomové práce.

3.3 Průběh výzkumného šetření

Veškeré kazuistiky byly zpracovány se souhlasem rodičů a jména dětí jsou smyšlená, z důvodu jejich ochrany. Vzor informovaného souhlasu je uveden v příloze. Autorka diplomové práce se během výzkumného šetření setkala s ředitelkou mateřské školy speciální, která jí poskytla veškeré potřebné dokumenty s osobními údaji o sledovaných dětech, následoval anamnestický rozhovor s třídní učitelkou, která popsala

¹⁵ Originální verze škály i s popisem instrukcí k jejímu vyplňování a k postupu hodnocení jsou dostupné v originálním zdroji – publikaci Říhová, Vitásková (2013, s. 50-64).

zaznamenané pokroky u všech dětí od nástupu do mateřské školy, hlavně v oblasti komunikace a sociálního chování. Autorka diplomové práce pravidelně navštěvovala mateřskou školu z důvodu nepřímého pozorování dětí v prostředí školky, prováděny byly i průběžné činnosti zaměřené na zjištění komunikačních dovedností, například především nácvik komunikace za pomoci komunikačních karet, účastnila se s dětmi i různých sociálních aktivit, kde viděla děti během sociálních her. Třídní učitelkou byly následně vyplněny hodnotící škály verbální a neverbální komunikace (Říhová, Vitásková, 2013) všech zúčastněných dětí, které byly následně autorkou vyhodnoceny. Posledním krokem bylo vytvoření možného intervenčního postupu pro rozvoj komunikace u každého dítěte.

3.3.1 Kazuistiky

V následující části praktické části předkládáme kazuistiky vybraných dětí. Rozděleny jsou dle do následujících podoblastí, které jsou zakončeny individualizovaným návrhem intervence:

- Osobní a rodinná anamnéza, případně školní anamnéza
- Komunikační schopnosti
- Sociální chování
- Prožívání emocí
- Výsledky hodnocení neverbální komunikace
- Rozvoj neverbální komunikace
- Výsledky hodnocení verbální komunikace
- Návrh intervence
 - Oblast komunikativních dovedností
 - Oblast smyslového vnímání a myšlení

3.3.1.1 Kazuistika č. 1

Petr (6 let, 3 měsíce)

Osobní a rodinná anamnéza:

Chlapec se narodil z 1. těhotenství matky v termínu, poporodní adaptace proběhla v pořádku a Petr nebyl kříšen, přechodně byl v inkubátoru, ale novorozenecký screening vyšel bez patologie. Doposud je stále kojený. Momentálně je chlapec v péči klinického psychologa, logopeda, neurologa a pravidelně dochází na rehabilitace. Ve 3 letech byl hospitalizován pro akutní laryngitidu. Co se týče rodiny, chlapec žije se svou matkou u dědečka, sourozence nemá a otec není do výchovy syna zapojen.

Výsledky vyšetření odpovídají hranici pásma podprůměru a lehké mentální retardace a má diagnostikovanou expresivní poruchu řeči. Má celkově opožděný psychomotorický vývoj a problémy v komunikaci, jemné i hrubé motorice a také bojuje se samoobsluhou. U chlapce se projevují autistické rysy – rigidní myšlení, poruchy řeči a oslabení v sociální interakci, v podezření atypický autismus.

Komunikační schopnosti:

U chlapce se projevují deficity v expresivní komunikaci, komunikuje velmi málo, verbální vyjadřování je na nízké úrovni, horší srozumitelnost řečového projevu, objevuje se dyslálie, má nízkou slovní zásobu, která se ale postupně rozvíjí, občas mluví i v jednoduchých větách. Snadným instrukcím rozumí. Mluví o sobě ve třetí osobě, neuvědomuje si vlastní já. Když něco chce, jednoduchými větami si o konkrétní věc řekne, nepotřebuje podporu obrázku.

Sociální chování:

Adaptace v mateřské škole stále probíhá, matka je na syna fixovaná a dlouho se s ním před odchodem loučí. Po vstupu do třídy se chlapec verbálně přivítá s dospělými. Chlapec preferuje individuální hru, často ale činnosti střídá a u ničeho nevydrží delší dobu. Do kolektivu se příliš nezapojuje, ale ostatní děti ve třídě mu nevadí, dokonce má

svého oblíbeného kamaráda, se kterým rád dovádí. S dospělými také navazuje kontakt bez komplikací, když se mu zadaří a splní nějaký úkol, udrží zrakový kontakt i delší dobu.

Prožívání emocí:

Od nástupu do mateřské školy trpí ráno úzkostnými stavy, dlouho se loučí s matkou, a proto bývá plačtivý. Objevuje se adekvátní percepce emocí u druhých lidí, projevuje libost – nelibost, radost – smutek a podobně. Pláčem a rozrušením reaguje i, když se mu vykonávaná činnost zrovna nedaří.

Číslo	Položka	Hodnocení neverbální komunikace	
		Hodnota (první kontakt – září 2020)	Hodnota (současnost - duben 2023)
1.	Zrakový kontakt	1	2
2.	Percepce mimiky	2	2
3.	Exprese mimiky	2	2
4.	Percepce gestikulace	2	2
5.	Exprese gestikulace	2	2
6.	Žádání o objekty	2	2
7.	Použití těla jiné osoby	2	2
8.	Postura těla	3	3
9.	Proxemika	1	2
10.	Aktivní zájem o lidi	0	1
11.	Aktivní zájem o okolní předměty	1	2
12.	Reakce na vlastní jméno	2	2
13.	Imitace	1	1
14.	Percepce emocí u druhých lidí	1	1

15.	Exprese emocí	1	2
16.	Souhlas	2	2
17.	Nesouhlas	2	2
18.	Schopnost podělit se s ostatními o vlastní potěšení	1	1
19.	Ukazování na objekty	2	2

Tabulka 3 Výsledky hodnocení neverbální komunikace Petra (Tabulka č. 1) (základní podklad tabulky: Říhová, Vitásková, 2013)

Výsledky hodnocení neverbální komunikace

Z výsledků hodnocení neverbální komunikace vyplývá, že u Petra došlo ke zlepšení o bod v položkách 1, 9, 11 a 5 (celkový počet položek n=19). Dosáhl tedy velkého pokroku především v navazování zrakového kontaktu s lidmi, dospělé na pokyn ráno pozdraví a podívá se na ně, zrakový kontakt ale stále nedokáže udržet déle než pár vteřin. Další pokrok nastal ve vnímání okolního prostředí, především se jedná o větší zájem o hračky a okolní předměty. S konkrétním předmětem, který ho zaujal si dokáže hrát již delší dobu sám, dříve vyžadoval neustálou pozornost dospělých, aby se mu věnovali a s chlapcem si hráli, také střídal hračky i činnosti, aktuálně probíhá snaha o seberealizaci. Nevadí mu ale ani přítomnost ostatních dětí ze třídy, má konkrétního kamaráda, kterému se rád věnuje. Přítomněji, ale stále s omezením projevuje Petr své emoce, nyní spíše stavy úzkosti, které vznikají převážně kvůli silné fixaci na matce. Žádná položka ve výsledcích škály neprokazuje zhoršení.

Rozvoj neverbální komunikace u Petra

Protože adaptace na mateřské školy i po nějaké době stále neprobíhá podle představ a Petr trpí úzkostmi kvůli odloučení s matkou, hned po příchodu Petra do mateřské školy se ho autorka diplomové práce snažila rozptýlit a zaměstnat různými aktivitami, jeho oblíbenou činností byla autodráha, se kterou si původně hrál sám, ale později mu již nevadilo, když se k němu přidal dospělý. Zlepšil se tak především díky vzájemné aktivitě jeho zrakový kontakt a vybudoval si postupně důvěru. Zrakový kontakt byl především to, na co jsem se zaměřila, protože Petr jednoduchými větami verbálně komunikuje.

Pracovalo se tedy hodně s komunikačními kartami, které podporovali rozvoj aktivní slovní zásoby. Při společných aktivitách nemá problém udržet kontakt s ostatními dětmi, především se svým oblíbeným spolužákem, kterého nemá problém chytnout nebo ho zapojit do oblíbené činnosti.

Číslo	Položka	Hodnocení verbální komunikace	
		Hodnota (první kontakt - září 2020)	Hodnota (současnost – duben 2023)
1.	Verbální napodobování	1	2
2.	Echolálie	0	0
3.	Používání slov		
4.	Používání jednoduchých vět	1	2
5.	Používání složitějších vět	0	0
6.	Spontánní užívání jiné formy komunikace	0	0
7.	Pasivní slovní zásoba	2	2
8.	Aktivní slovní zásoba	1	2
9.	Porozumění jednoduchým instrukcím	1	2
10.	Porozumění složitějším instrukcím	0	1
11.	„Mimořádné“ zájmy	0	0
12.	Neobvyklé zájmy	0	0
13.	Souhlas	2	2
14.	Nesouhlas	2	2
15.	Žádání o objekty	1	2
16.	Auditivní percepce	2	2
17.	Schopnost podělit se s druhými o vlastní potěšení	1	2

18.	Sociální komunikace	0	1
-----	---------------------	---	---

Tabulka 4 Hodnocení verbální komunikace Petra (Tabulka č. 2) (základní poklad tabulky: Říhová, Vitásková, 2013)

Výsledky hodnocení verbální komunikace

Z uvedeného přehledu v tabulce 2 je zřejmé, že jsou hodnoty některých položek bodované nulovou hodnotou; to znamená, že se u Petra echolálie nevyskytovala ani při nástupu do mateřské školy. Došlo k jistému zlepšení, především v položkách 1, 4, 8-10, 11, 17-18, a to o konkrétně jeden bod (n=18). Týká se to především verbálního napodobování, kdy Petr dokázal zopakovat názvy zobrazených obrázků, to i výrazy, se kterými se předtím nesetkal. Nyní je Petr schopen lépe využívat jednoduchá slovní spojení, případně krátké jednoduché věty, jelikož se zlepšila i jeho aktivní slovní zásoba. Momentálně rozšířil spektrum znalostí v názvech zvířat, je schopný i předvést jejich zvuky, pozná i pojmenuje geometrické tvary. Ve 4 položkách nedošlo ke zlepšení a výsledky vykazovaly hodnotu 2, protože již předtím rozuměl a užíval správným způsobem souhlas, nesouhlas a jeho sluchové vnímání bylo a nyní stále zůstává na uspokojivé úrovni, pasivní zásoba byla uspokojivá i při prvním kontaktu v mateřské škole. Zvládá verbálně jednoduchou větou vyjádřit své přání a potřeby, avšak stále nezvládá spontánně vyjádřit zážitky či děj krátkého příběhu či pohádky. Zvýšila se i úroveň porozumění a užívání slovních spojení s předložkami na, pod, vedle, před, za.

Návrh intervence u Petra

Oblast komunikativních dovedností

Soustavným zájmem o komunikaci s Petrem podporovat navázání a udržení zrakového kontaktu a rozvíjet schopnost udržet jej po celou dobu konverzace. Důležité je taktéž nadále podporovat schopnost vyjadřování Petrových potřeb, ať už verbálním nebo neverbálním způsobem, a poznávání i pojmenovávání předmětů na základě smyslových vjemů, nakonec také podpořit vyjadřování v složitějších spojeních, především v oblasti morfologicko – syntaktické roviny. V rovině pragmatické se zaměřit na aktivity

rozvíjející vyjádření přání a potřeb verbálním způsobem a schopnost pojmenovávat předměty na základě smyslových vjemů. V rovině foneticko – fonologické podpořit rozvoj správné výslovnosti použitím artikulačních cvičení, také i na uvolnění a posílení mluvidel.

Oblast smyslového vnímání a myšlení

Ideální je Petrovu motivaci podněcovat vhodným způsobem, ideálně oblíbenou sladkostí. Důležitý je zájem Petra o kolektivní činnosti a cílené individuální aktivity, vhodné by bylo také Petra podpořit v soustředění se na tyto konkrétně prováděné činnosti. Velmi podstatné je, aby chlapec pracoval samostatněji při plnění domácích úkolů a zadaných prací. Zaměřit se také na samoobsluhu, především používání toalety, čištění zubů a rukou, a při jídle stolování – nácvik použití příboru, má tendenci si s příborem hrát, dále také nácvik prostírání a uklízení věcí z jídelního stolu.

3.3.1.2 Kazuistika č. 2

Marek, 6 let, 7 měsíců

Osobní a rodinná anamnéza:

Marek se narodil ze 3. velmi rizikového těhotenství matky, která musela již od 12. týdne ležet a nevykonávat žádnou fyzicky náročnější činnost. Porod byl v termínu a vše proběhlo v pořádku. Maminka Marka kojila po celé 2 roky. Hned po porodu byla screeningovou metodou vyloučena vada sluchu. Ze začátku prospíval velmi dobře, avšak posléze si maminka všimla, že je vývoj řeči syna opožděnější než u jejích předchozích dětí. Nevyskytovalo se u něho žádné vážnější onemocnění, co se u něho vyskytlo byl rozštěp předkožky. Nyní je v péči klinického logopeda, psychologa a foniatra. Později byl potvrzen opožděný vývoj řeči a aktuální úroveň mentálního vývoje se pohybuje v horním pásmu lehké mentální retardace. Speciálně pedagogickým vyšetřením byly zjištěny obtíže ve všech oblastech diagnostické triády dětského autismu.

Marek žije s oběma rodiči, kteří nejsou sezdaní, ale mají velmi harmonický vztah. Má dva starší sourozence, sestru a bratra, se kterými vychází velmi dobře.

Školní anamnéza:

Navštěvoval mateřskou školu s asistentem pedagoga, ale moc neprospíval, vyrušoval ostatní a často musel být mimo kolektiv, proto poté přestoupil na Mateřskou školu Blanickou, kde je spokojený a dělá pokroky. Je klientem rané péče a pravidelně dochází na logopedickou intervenci. Co se týče školní zralosti, momentálně je stále disharmonická a nástup do školy se zatím nedoporučuje.

Komunikační dovednosti:

První slova řekl již v 8. měsíci, avšak později se vývoj začal opožďovat a naučená slova zapomněl. V pěti letech uměl jen 10 krátkých slov, dvouslovné spojení nepoužívá, nejvýraznější je opoždění v oblasti rozvoje řeči. Velmi rád si hraje se svým hlasem projevováním nejrůznějších zvuků, které postupně zesiluje kvůli svému diskomfortu. Vývoj řeči stagnuje a probíhá velmi atypicky. Řeč si nejvíce kompenzuje pomocí hmatu, kdy rád zkoumá různé povrchy. V mateřské škole Blanické s ním nacvičují komunikaci pomocí zásobníku karet, kterými má vyjádřit své potřeby, často ale karty mačká, bere je spíše jako hračku. Práci s ním komplikuje jeho nepozornost, nezvládá se soustředit na předkládané činnosti, dříve byl stále v pohybu, dával si předměty do úst a nereagoval ani na výzvu rodičů. V tomhle je ale viděn značný pokrok. Činnosti doprovází zpíváním slabik „dy, ty, je, ma, ba“, občas zkouší změnu zvuku při odkrývání a zakrývání oušek. Užití funkční řeči je minimální.

Sociální chování:

Zrakový kontakt chlapec téměř vůbec nenavazuje, navazuje pouze ve chvíli, kdy ho něco zaujme, ale bývá to otázka pár vteřin, na vlastní jméno ale již reaguje. Co se týče sociálního kontaktu, je oslabená reciprocita. Aktivní zájem o lidi se projevuje pouze tehdy, kdy jde o laškování a provokaci, jinak si rád hraje sám a kolektivu se straní. Co se

týče pohybové imitace, napodobuje pouze tleskání, při společných aktivitách je potřeba ho vést.

Prožívání emocí:

Emoce jiných lidí a dětí nevnímá a nereaguje na ně, vlastní emoce, pozitivní i negativní, projevuje kousáním, štípáním a sebepoškozováním, to samé platí i při projevu nesouhlasu.

Číslo	Položka	Hodnocení neverbální komunikace	
		Hodnota (první kontakt – září 2020)	Hodnota (současnost – duben 2023)
1.	Zrakový kontakt	0	1
2.	Percepce mimiky	0	0
3.	Expresse mimiky	1	2
4.	Percepce gestikulace	0	0
5.	Expresse gestikulace	1	2
6.	Žádání o objekty	0	1
7.	Použití těla jiné osoby	1	1
8.	Postura těla	3	3
9.	Proxemika	2	2
10.	Aktivní zájem o lidi	0	1
11.	Aktivní zájem o okolní předměty	1	1
12.	Reakce na vlastní jméno	0	2
13.	Imitace	0	1
14.	Percepce emocí u druhých lidí	0	0
15.	Expresse emocí	1	1

16.	Souhlas	0	0
17.	Nesouhlas	0	0
18.	Schopnost podělit se s ostatními o vlastní potěšení	0	1
19.	Ukazování na objekty	1	1

Tabulka 5 Hodnocení neverbální komunikace Marka (základní podklad tabulky: Říhová, Vitásková, 2013)

Výsledky hodnocení neverbální komunikace u Marka

Z výsledků vyplývá, že v pěti položkách se Markův výkon od prvního kontaktu s třídní učitelkou zlepšil z 0 na 1 bod. Týká se to především zrakového kontaktu, který nechtěl předtím navazovat ani udržovat vůbec, ale nyní kontakt udrží alespoň na několik vteřin, především při potřebě vyjádřit své vlastní přání. V položce 12 vidíme zlepšení z 0 na úroveň 2, což znamená, že Marek při prvním kontaktu vůbec na jméno nereagoval, nyní vykazuje reakci bez problému. Pracovalo se hodně s jeho pozorností, pomůckami byly jeho oblíbené hračky, autíčka, a tak byl schopný navázat pozornost a věnovat se aktivitám, co se po něm požadovaly. Pokrok je viděn i v položce v 10, tedy v aktivním zájmu o lidi, Marek už sporadicky zvládá kontakt s dospělým, jsou dny, kdy bývá tulivý a mazlivý a nemá problém si říct o pozornost svých učitelů. U položek 7-9,11,15 neproběhlo od prvního kontaktu k žádnému zlepšení, proto zůstává hodnota na 0. Jde především o percepci mimiky a gest, dodnes také neadekvátně reaguje v některých situacích a neumí projevit souhlas a nesouhlas. Expresse mimiky a gest se u Marka zlepšila z 1 na 2 body, předtím zaznamenáno užívání pouze sporadicky. Nejvyšší hodnota, tedy 3 body jsou vidět v položce 8, jedná se správné držení těla a dobrou hrubou motoriku. Má rád aktivní hry, kde si může i zaběhat. Při společných hrách, například při opičí dráze byl schopný chodit chvíli po čáře nebo udržet autíčko v dráze. Položka 19 stále ukazuje 1 bod, o objekty stále žádá vedením ruky dospělého. Marek velmi dobře zvládal přiřazování předmětů na obrázky, pracovalo se na verbální aktivitě v pojmenování barev a přiřazovaných předmětů.

Číslo	Položka	Hodnocení verbální komunikace	
		Hodnota (první kontakt – září 2020)	Hodnota (současnost – duben 2023)
1.	Verbální napodobování	0	1
2.	Echolálie	0	0
3.	Používání slov	0	0
4.	Používání jednoduchých vět	0	0
5.	Používání složitějších vět	0	0
6.	Spontánní užívání jiné formy komunikace	0	1
7.	Pasivní slovní zásoba	0	0
8.	Aktivní slovní zásoba	0	0
9.	Porozumění jednoduchým instrukcím	0	1
10.	Porozumění složitějším instrukcím	0	0
11.	„Mimořádné“ zájmy	0	0
12.	Neobvyklé zájmy	0	0
13.	Souhlas	0	0
14.	Nesouhlas	0	0
15.	Žádání o objekty	1	1
16.	Auditivní percepce	0	0
17.	Schopnost podělit se s druhými o vlastní potěšení	0	0
18.	Sociální komunikace	0	1

Tabulka 6 Hodnocení verbální komunikace Marka (základní poklad tabulky: Říhová, Vitásková, 2013)

Výsledky hodnocení verbální komunikace u Marka

Z výsledků uvedených v tabulce je zřejmé, že verbální úroveň Marka je ve třinácti položkách nulová, tudíž nedošlo k zásadnímu zlepšení. Konkrétně o jeden bod ale sledujeme pokrok ve čtyřech položkách. Dříve Marek nerozuměl jednoduchým pokynům a vůbec na ně nereagoval, teď již reaguje, přestože velmi sporadicky, někdy je ale schopen je nerespektovat. Zároveň se také aktivně pracuje s Markem na alternativním způsobu komunikace, čímž je výměnný obrázkový komunikační systém (VOKS), dříve nebyl schopný pochopit splnění požadavku. Největším problémem ale zůstává, že bere komunikační karty po chvíli jako hračky a už se nesoustředí na práci s nimi. Odkoušeno je pracovat s barevnými kartami či hračkami, u toho udrží pozornost. Dále také zájem o zvířata. Zlepšení se projevilo i v sociální komunikaci, je schopný se více zapojovat do kolektivu, dříve se ostatních dětí stranil. Nyní se kolektivních her již účastní, stále ale preferuje hru o samotě. Dále se postupně pracuje na delším udržení zrakového kontaktu během aktivní komunikace. Sporadicky si již požádá o předmět, stále s mírnou dopomocí dospělých.

Návrh intervence u Marka

Oblast komunikativních dovedností

Správnou motivací je nutno podporovat Marka v navazování a udržení zrakového kontaktu a nadále podporovat vyjádření vlastních potřeb verbálně či nějakým alternativním způsobem, k čemuž slouží Markovi oblíbené komunikační karty. V rámci procvičování přiřazování předmětů vizuální cestou zapojit i imitační pohybové schopnosti. Vhodnými cviky je vhodné procvičovat posílení a uvolnění mluvidel (například masáže či „grimasováním“¹⁶ apod.)

¹⁶ „Grimasováním“ je míněno zapojování svalů v oblasti obličeje a mluvidel tak, aby došlo k jejich aktivnímu procvičení, protažení nebo stimulaci. Samozřejmě odbornější práce s touto oblastí a těmito cviky je v kompetenci logopeda nebo fyzioterapeuta.

Oblast sociálních dovedností

Je důležité nadále podporovat jeho spontánní navazování kontaktu s dospělými při vstupu do třídy, prostřednictvím různých relaxačních technik snižovat Markův vnitřní neklid a eliminovat nežádoucí reakce. Vhodnými motivačními prostředky (auta, barevné hračky) podporovat udržení zrakového kontaktu v rámci komunikace a cílených aktivit. Co se týče stolování, nadále by měl být Marek korigován v množství soust, které konzumuje, má tendenci se přejídat a dávat se. V oblasti hygieny je nutné rozvíjet schopnost vyjádřit hygienickou potřebu jít na záchod (pomocí komunikační karty), také podpořit aktivitu při mytí rukou a čištění zubů.

3.3.1.3 Kazuistika č. 3

Sofie, 5 let, 3 měsíce

Osobní a rodinná anamnéza:

Těhotenství maminky probíhalo naprosto normálně bez jakýchkoliv problémů, avšak komplikace nastaly při porodu, který byl protrahovaný. Apgar skóre po porodu bylo 9-10-10. I přes porodní komplikace proběhla adaptace novorozence v pořádku, kojena byla 6 týdnů a přechod na umělou stravu proběhl bez potíží. Psychomotorický vývoj měla Sofinka uspíšený, seděla již v 6. měsíci a v 9. měsíci už s pomocí maminky chodila za prst. Ovšem problémy se objevili ve vývoji řeči, kdy Sofie nebroukala a také se neusmívala. Žvatlat začala až v 2. roce věku, žvatlá si převážně pro sebe, místy „komunikuje“ i s okolím, většinou jen, když něco potřebuje. Jako kojeneček měla otočený režim dne, to se ale od 1. roku změnilo. Dodnes se budí jedenkrát za noc kvůli mléku.

Školní anamnéza:

Navštěvuje MŠ Blanickou a adaptace proběhla bez větších problémů, vstupuje do třídy s radostí a paní učitelce zamává. Je zároveň klientkou rané péče¹⁷.

¹⁷ Raná péče je podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách definována jako sociální terénní služba, případně jako služba doplněná ambulantní formou služby. Je poskytována dítěti a jeho rodičům. Dítě může být dítěte ve věku do sedmi let, podmínkou je, že se jedná o dítě se zdravotním postižením nebo je jeho vývoj ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu (Sbírka zákona ČR, 2006).

Sociální chování:

Sofie nevyhledává kontakt s ostatními dětmi, neumí si s nimi hrát. Agresivita se neobjevuje, žádné strkání či štípání, většinou všechny ignoruje a hraje si sama se svými oblíbenými předměty, kterými jsou například barevné kostky, figurky, které většinou řadí vedle sebe. Její další oblíbenou činností je kreslení a tancování na oblíbené dětské písničky, může být ale nemotorná, protože chodí po špičkách. Pexeso zvládne jen ve virtuální podobě na tabletu, papírové kartičky ji nezajímají a když ji něco nezaujme, dostává se od velkého afektu. Má ráda hračky, které blikají a vydávají nejružnější zvuky, to ji zabaví na delší dobu. Zrakový kontakt s dospělým naváže na počkání a udrží ho pouze na pár vteřin, na jméno zareaguje jen, když sama chce. Na výzvu dospělých i zamává na rozloučenou.

Komunikační dovednosti:

Po nástupu do mateřské školy se výrazně zlepšil její verbální projev, který Sofie aktivně užívá zejména za účelem uspokojení vlastních potřeb. Vyjadřuje se především jednoslovně nebo v naučených jednoduchých slovních spojeních, jejich obsah plně chápe. V případě, že není schopna potřebu vyjádřit verbálně, uchopí ruku učitelů nebo ukáže prstem a naznačí své přání. Aktivní slovní zásoba je i nadále velmi omezená. Doma rodiče zkouší se Sofií metodu s komunikačními kartičkami, aby jí ukázali sled událostí, ale zatím spíše fungují jako ukazatel toho, co zrovna Stella chce. Jako motivace u ní dobře funguje odměna v podobě křupek. Má určité rituály a když něco nechce, zvládne zavrtět hlavou.

Číslo	Položka	Hodnocení neverbální komunikace	
		Hodnota (první kontakt – září 2020)	Hodnota (současnost- duben 2023)
1.	Zrakový kontakt	2	2
2.	Percepce mimiky	1	1

3.	Expres mimiky	1	1
4.	Percepce gestikulace	1	1
5.	Expres gestikulace	1	1
6.	Žádání o objekty	2	2
7.	Použití těla jiné osoby	1	1
8.	Postura těla	3	3
9.	Proxemika	2	2
10.	Aktivní zájem o lidi	0	1
11.	Aktivní zájem o okolní předměty	1	1
12.	Reakce na vlastní jméno	2	2
13.	Imitace	0	0
14.	Percepce emocí u druhých lidí	0	0
15.	Expres emocí	1	1
16.	Souhlas	1	1
17.	Nesouhlas	1	1
18.	Schopnost podělit se s ostatními o vlastní potěšení	1	1
19.	Ukazování na objekty	2	2

Tabulka 7 Hodnocení neverbální komunikace Sofie (základní podklad tabulky Říhová, Vitásková, 2013)

Výsledky hodnocení

Je zřejmé, že u Sofie nedošlo v žádné položce (n=19) k výraznému zlepšení. To proběhlo pouze v položce 10, která je zaměřená na aktivní zájem o lidi, protože se začala po nástupu do školky zajímat o paní učitelky a začala je objímat alespoň při pozdravu. Komunikace ji vyhovuje nejvíc za pomoci komunikačních karet a příjemnější je pro ni vyjadřování potřeb gesty. Zrakový kontakt navazuje po celou dobu spontánně, ale ne na dlouhou dobu, delší dobu vydrží jen při aktivitách, co ji zaujaly. Na objekty je schopna ukázat, případně stále používá ruku učitelů. Je ale spíše vedena k verbálnímu vyjádření nebo k použití komunikační karty, což doma praktikuje běžně, hlavně k vyjádření vlastních potřeb.

Číslo	Položka	Hodnocení verbální komunikace	
		Hodnota (první kontakt)	Hodnota (současnost)
1.	Verbální napodobování	2	2
2.	Echolálie	0	0
3.	Používání slov	0	1
4.	Používání jednoduchých vět	0	1
5.	Používání složitějších vět	0	0
6.	Spontánní užívání jiné formy komunikace	1	1
7.	Pasivní slovní zásoba	0	0
8.	Aktivní slovní zásoba	0	1
9.	Porozumění jednoduchým instrukcím	0	1
10.	Porozumění složitějším instrukcím	0	0
11.	„Mimořádné“ zájmy	0	0
12.	Neobvyklé zájmy	0	0
13.	Souhlas	0	0
14.	Nesouhlas	1	2
15.	Žádání o objekty	0	2
16.	Auditivní percepce	2	2
17.	Schopnost podělit se s druhými o vlastní potěšení	0	1
18.	Sociální komunikace	0	1

Tabulka 8 Výsledky hodnocení verbální komunikace u Sofie (základní podklad tabulky (Říhová, Vitásková, 2013))

Výsledky hodnocení verbální komunikace

Z výsledků vyplývá, že ve verbální komunikaci se Sofie od prvního nástupu do mateřské školy v roce 2020 zlepšila celkově v 8 položkách. Položky 8-9 jsou zaměřené na aktivní slovní zásoby a porozumění jednoduchým instrukcím, kde se Sofie zlepšila o 1 bod. Verbálně je schopna vyjádřit nesouhlas a aktivně užívá jednoduchá slova zejména s cílem vyjádřit svá přání, hlavně jednoslovně či naučených krátkých slovních spojeních,

jejichž obsah chápe a přiměřeně daným situacím je užívá. Instrukcím „Pojď sem!“, „Sedni si!“, „Nesmíš!“, „Podej!“ apod. rozumí, ale ne vždy je ochotna je respektovat, nesouhlas dává najevo ignorací či slovem „ne“. Echolálie se nevyskytovala ani při prvním kontaktu v mateřské škole a reakce na jméno je pozitivní, ale má tendenci občas oslovení ignorovat z důvodu momentálního nezájmu o kontakt.

Návrh intervence u Sofie

Oblast sociálních dovedností

Vhodné je podporovat Sofii při žádoucích návycích při vítání a loučení s učiteli a pedagogickými pracovníky, zejména spontánní pozdrav a navázání zrakového kontaktu. Dále také posilovat pozitivní reakci na změnu činnosti. Sofie často přešla do afektu, který ale pomocí správné motivace s využitím verbální i grafické signalizace změny brzy odezněl. Bylo by vhodné více Sofii podporovat v párových hrách (s míčem, plyšákem apod.) a tím snižovat převahu manipulativních aktivit a činností. Při aktivitách se velmi osvědčila motivace v podobě odměn, konkrétně křupek, Sofie je má velmi ráda, takže za křupku dokáže udělat spoustu činností, které se po ní vyžadují, například opakovat verbálně slova ukazovaná na obrázcích.

Oblast komunikativních dovedností

Zásadní je stále podporovat Sofiin zrakový kontakt a rozvíjet schopnost ho udržet během trvání vzájemné konverzace. Využitím vhodných pomůcek, především pomocí komunikačních karet nebo znakováním je možno (nebo je dokonce nutné) rozvíjet snahu o navázání komunikace především verbální cestou, ale i tou neverbální (pomocí gest), je vhodné soustředit se na procvičování adekvátních reakcí Sofie při změnách činností či aktivit především formou předběžného seznámení se s konkrétní změnou prostřednictvím karet VOKS; doporučit lze zvyšovat schopnost porozumět informacím přijímaným z karet, ne je jen využívat pro své vlastní potřeby. Podporovat je vhodné nadále aktivní slovní zásobu adekvátní motivací a aktivitami s využitím například komunikačních karet či prostřednictvím hudebních knížek, ideální jsou pro tyto účely také logopedické

aplikace na tabletu, který Sofie často používá. Upevňovat je vhodné jednoduché verbální vyjadřování Sofie za pomoci opakujících se slov.

Oblast smyslového vnímání

U Sofie je podstatné podpořit rozvoj zrakového vnímání, to znamená, že je důležité upevňovat schopnost vyhledat, třídít a přiřazovat barvy na základě zrakového vjemu; v rámci figury a pozadí upevňovat schopnost rozeznat předmět nebo tvar mezi ostatními a vyhledat tvar na pozadí. V rámci analýzy a syntézy zvyšovat úroveň obtížnosti při skládání celku z více částí (půlené obrázky, jednoduché puzzle). Doporučeno je zvyšovat úroveň zrakové diferenciacce při odlišování obrázků a vyhledávání obrázků stejných – fixace pojmů „stejný“ x „jiný“.

3.4 Diskuse a limity výzkumu

Jak je uvedeno v praktické části této diplomové práce, autorka pozorovala díky svému pozorování v průběhu průběžné speciálněpedagogické praxe v Mateřské škole Blanické pokroky ve verbální a neverbální komunikaci tří zúčastněných dětí ve spolupráci s ředitelkou mateřské školy a speciální pedagožkou, která je s těmito dětmi téměř v každodenním kontaktu. Výsledky získané během svého pozorování posléze použila v této diplomové práci jako základ pro hodnocení komunikace dětí s poruchou autistického spektra předškolního věku. Dílčím cílem, jak je uvedeno na začátku praktické části diplomové práce, bylo tedy zhodnotit verbální a neverbální komunikaci dětí se zmíněnou diagnózou. Zhodnocením stanovených výzkumných otázek autorka diplomové práce zjistila, že u všech dětí je viděn značný pokrok.

Jak již bylo zmíněno, autorka diplomové práce blíže pracovala s dvěma chlapci a jednou dívkou ve věku od 5 do 6 let, díky získaným osobním údajům o dětech vytvořila kazuistiky, a použitím hodnotící škály verbální a neverbální komunikace (Říhová, Vitásková, 2013) s pomocí speciální pedagožky a třídní učitelky dětí vyhodnotila tuto škálu v průběhu pobytu v zařízení.

V oblasti verbální komunikace byl na nejvyšší úrovni při vyhodnocování Petr, a to i při prvním kontaktu s učitelem po nástupu do mateřské školy. U tohoto chlapce došlo ke zlepšení především v navazování zrakového kontaktu, taktéž ale ve verbálním napodobování. Zlepšila se aktivní slovní zásoba, především hlavně co se podstatných jmen týče a zvládá verbálně kratší jednodušší věty, porozumí složitějším pokynům a snaží se si o věci říkat verbálně, prostřednictvím slov.

U Marka, jak vyplývá z vyhodnocení škály, nedošlo k téměř žádnému posunu ve verbální komunikaci, verbálním pokynům porozumí, ale někdy se sám od sebe rozhodne je nerespektovat. Občas se projevuje žvatláním, hlavně když je spokojený, aktivní slovní zásoba se projeví při činnostech, kdy přiřazuje předměty na předlohu a je nucen slova opakovat, přesto je srozumitelnost jeho projevu pro okolí obtížná.

Sofie se verbálně zlepšila především v oblasti aktivní slovní zásoby a sporadickým vyjádřením svých potřeb. Ve většině oblastí pozorujeme zlepšení o jeden bod, o dva body se zlepšila úroveň verbálního projevu žádosti o okolní předměty.

V oblasti neverbální komunikace sledujeme největší pokrok u Marka, nejvíce se osvědčila metoda komunikace prostřednictvím výměnného obrázkového systému, který je s Markem trénován i doma. Naopak nejméně progresu vidíme ve výsledcích u Petra, u kterého je pozornost zaměřená především na rozvoj komunikace verbální, protože jako jediný je v mateřské škole schopný komunikovat aktivně verbálně. Sofie mluví spíše jednoslovně a dopomáhá si právě gesty a znaky.

Limity výzkumu

Co se týče limitů výzkumu, jedním z nich je samozřejmě skutečnost, že autorka diplomové práce není v rámci speciální pedagogiky přímo specializovaná na logopedii, její studijní program to ani neumožňuje. Proto se snažila při posuzování komunikace sledovaných dětí vyjít především ze své praxe, tedy převážně z kompetencí speciálního pedagoga – poradenského pracovníka a z hodnotících nástrojů, které nejsou specificky logopedické. Ty by zcela jistě umožnily detailnější a přesnější hodnocení verbálních i neverbálních komunikačních dovedností dětí. Jsou však relativně dostupné a ověřené již některými výzkumníky z řad studentů i akademických pracovníků. Využité materiály a hodnotící profily však umožňují vzájemné porovnání výsledků, včetně bakalářské práce autorky (Vitásková, 2021).

Dalším limitem byl omezený čas na výzkum, co se týče přístupu k dětem. Jedná se o zařízení s poměrně velkým vytížením pracovních činností dětí, z nichž mají všechny specifické potřeby. Velké vytížení má i odborný personál, který se ale i přesto velmi ochotně podílel na zprostředkování realizace výzkumu. Bez této spolupráce a ochoty by realizace výzkumu nebyl vůbec možná.

Určitým limitem diplomových prací z obecného pohledu by mohla být také ještě nedostatečná zkušenost autorky s řešením výzkumných šetření, limitovaný přehled o metodologických aspektech terénního výzkumu a schopnost dostatečně do hloubky analyzovat výzkumné jevy, jsou obecně u diplomantů na nižší úrovni, než je tomu např. u studentů doktorských studijních programů.

Dalším limitem je nižší početnost výzkumného vzorku. Jedná se ale o specifickou populaci dětí a také o specifická zařízení, ve kterých se děti vzdělávají. Obzvláště je složitější zpracování výzkumu a získávání dat u skupiny dětí s poruchami autistického

spektra v předškolním věku. S ohledem na stoupající zájem o zpracování bakalářských a diplomových prací na téma toto téma jsou některá vybraná zařízení jsou již přetížena zájmem o zpracování výzkumu. Není proto jednoduché umožnit nám studentům přístup jak k dětem, tak jejich pedagogům a pečovatelům. Limitována bývá možnost přímých metod. Na druhou stranu autorka mohla využít svou již opakovanou zkušenost s tímto prostředím.

I přes veškeré zmíněné limity se autorce podařilo zhodnotit lišící se způsoby komunikace u dětí se stejnou diagnózou a upozornit na to, že při správném zhodnocení komunikace a při správném nastavení intervence jsou sebemenší pokroky opravdu možné.

Závěr

Tato diplomová práce je rozdělena na dvě části, a to teoretickou a praktickou. V teoretické části autorka vymezuje pojem poruchy autistického spektra, dále zmiňuje výskyt a příčinu a konec první hlavní kapitoly je věnován diagnostice a intervenci. Druhá hlavní kapitola je věnována komunikaci, především u dětí v předškolním věku s PAS, a na konci jsou zmíněné možnosti hodnocení narušené komunikační schopnosti u PAS.

Jak bylo uvedeno v úvodu diplomové práce, jejím hlavním cílem bylo ověřit možnost zhodnocení komunikace dětí s poruchou autistického spektra v předškolním věku, které navštěvují speciální mateřskou školu a navrhnout u každého dítěte intervenční postup s důrazem na rozvoj komunikace. Prostředkem hodnocení bylo pozorování a analýza dokumentů dětí, anamnestická metoda a metoda rozhovoru, stejně jako využití hodnotící škály.

Na základě výsledných zjištění a jejich analýzy byla u dětí zjištěna dílčí zlepšení v oblasti verbální nebo neverbální komunikace, která byla individuálního charakteru a nedají se zcela zobecňovat. U jednoho dítěte například došlo k výraznějšímu rozvoji verbální komunikace, u jiného bylo zase zlepšení nejpatrnější v oblasti komunikace neverbální. U některých dětí je dle názoru autorky diplomové práce posun v rozvoji komunikace zastíněn např. jejich vlastní vůlí komunikovat nebo prostě aktuálním stavem, psychickou pohodu či nepohodu a podobně.

V rámci případného dalšího rozpracování tématu by bylo možné se do budoucna zaměřit např. na opakované dlouhodobé pozorování a hodnocení vybraných dětí, což by bylo ale poměrně náročné jak na možnost aktivní spolupráce s dotyčnými dětmi v konkrétním zařízení, a na časové dispozice výzkumníka. Rovněž by byla případně ohrožena budoucí spolupráce dítěte nebo jeho rodiny, ale i pedagogického sboru, jelikož bychom museli počítat s případným odchodem dětí do jiných zařízení nebo na vyšší stupeň školy. Zohlednit by pak bylo nutné i celkový vývoj dítěte i po stránce psychologické, motorické, kognitivní, zvláště protože se v současné době na poruchy autistického spektra pohlíží už jako na tzv. neurovývojové poruchy.

V takovém případě by se už mělo jednat o zapojení většího týmu odborníků podílejících se na společném výzkumu, což není v možnostech běžné diplomové práce. Autorka však chtěla přinést alespoň náhled do této složité problematiky, který by mohl

sloužit jako příklad možného hodnocení a doporučení dalšího rozvoje dítěte v oblasti komunikační dovednosti.

SEZNAM LITERATURY

1. BAZALOVÁ, Barbora. *Autismus v edukační praxi*. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1195-2.
2. BAZALOVÁ, Barbora. *Poruchy autistického spektra v kontextu české psychopedie*. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-80-210-5930-6.
3. BEKOFF Mark. Is Dolphin-Assisted Therapy Actually Therapy? A scholarly review of available data strongly suggests it's not. *Psychology Today*. 2021. Dostupné z: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/animal-emotions/202101/is-dolphin-assisted-therapy-actually-therapy>
4. BERANOVÁ, Štěpánka a Michal HRDLIČKA. *Early diagnosis and screening of autism spectrum disorders*. Praha: Dětská psychiatrická klinika UK. 2012
5. DILLON, Emily et al. Psychometrics of the Pragmatic Rating Scale for School-Age Children With a Range of Linguistic and Social Communication Skills. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research: JSLHR* vol. 64,9 (2021): 3477-3488. doi:10.1044/2021_JSLHR-20-00753
6. DUDOVÁ, Iva. Poruchy autistického spektra. *Československá Pediatrie*; roč. 77, č. 3, s. 143-147, 2022.
7. HLAVINKOVÁ, Alena a Kateřina VITÁSKOVÁ. *Logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra: odborná publikace pro logopedy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-2908-3.
8. HRDLIČKA, Michal, ed. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-813-9.
9. HRDLIČKA, Michal. *Mýty a fakta o autismu*. Praha: Portál, 2020. ISBN 978-80-262-1648-3.

10. ICDL (2023) What is DIR®? Dostupné na: <https://www.icdl.com/dir>
11. KARLÍK, Petr, Marek NEKULA a Jana PLESKALOVÁ, ed. *Encyklopedický slovník češtiny*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2002, 604 s. ISBN 807106484X
12. KICKOVÁ, Štěpánka a Michal HRDLIČKA. Screening poruch autistického spektra. *Psychiatrie pro praxi*. 2020; roč. 21, č. 1, s. 7–12.
13. KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
14. LIPOWSKÁ, N. Možnosti rehabilitace u dívek a žen s Rettovým syndromem. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. 2017, roč. 24, č. 3, s. 150-159.
15. MAŠTALÍŘ, Jaromír a Lucia PASTIERIKOVÁ. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2018. Dostupné na: <https://uss.upol.cz/wp-content/uploads/2019/01/AAK-Ma%C5%A1tal%C3%AD%C5%99-Pastierikov%C3%A1.pdf>.
16. MICHALÍK, Jan. Diagnostika speciálních vzdělávacích potřeb u dětí, žáků a studentů s potřebou podpurných opatření ze zdravotních důvodů. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2020, 159 s. ISBN 978-80-244-5891-5.
17. MKN – 11. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)*. 2023. Dostupné na: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>.
18. MKN 10. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* [česká verze, platnost od 1. 1. 2023], WHO 2023. Dostupné na: <https://mkn10.uzis.cz/>.
19. NAUTIS. *ABA terapie*. (2023). Dostupné na: <https://www.nautis.cz/portfolio/vcasna-intervence-do-7-let/aba-program>
20. NOVÁKOVÁ, Jana. *Biodromální vývoj jedinců s poruchami autistického spektra v kontextu podpory a vzdělávání*. Masarykova univerzita, 2013. ISBN 9788021066618.

21. PRŮCHA, Jan. *Dětská řeč a komunikace: poznatky vývojové psycholingvistiky*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3181-0.
22. PSYCHIATR. PRAXI. 2020;21(1):47-52 | DOI: 10.36290/PSY.2020.009SALVADOR-CARULLA, Luis et al. Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for "mental retardation/intellectual disability" in ICD-11. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, vol. 10,3 (2011): 175-80. doi:10.1002/j.2051-5545.2011.tb00045.x
23. REGEC, Vojtech a Kateřina KROUPOVÁ. *Komunikace a lidé se specifickými potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3203-8.
24. RICHMAN, Shira. *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. Vyd. 2. Přeložil Miroslava JELÍNKOVÁ. Praha: Portál, 2008. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-424-3.
25. ROBINS, Diana, FEIN, Deborah a Michal BARTON, M. M-CHAT-R/F™, 2009. Dostupné na https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2016/11/M-CHAT-R_F_Czech_Republic.pdf.
26. ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1049-8.
27. ŘÍHOVÁ, Alena. *Poruchy autistického spektra (pomoc pro rodiče dětí s PAS)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2677-8.
28. SALGUEIRO, Emílio et al. Effects of a dolphin interaction program on children with autism spectrum disorders: an exploratory research. *BMC research notes* vol. 5 199. 26 Apr. 2012, doi:10.1186/1756-0500-5-199
29. STRUNECKÁ, Anna. *Přemůžeme autismus?* Petrovice: ProfiSales, [2016]. ISBN 978-8087494-23-3.

30. ŠPORCLOVÁ, Veronika. *Autismus od A do Z*. V Praze: Pasparta, 2018, 123 s. ISBN 978-80-88163-98-5.
31. TAGER-FLUSBERG, Helen, KASARI. Connie Minimally verbal school-aged children with autism spectrum disorder: the neglected end of the spectrum. *Autism research: official journal of the International Society for Autism Research* vol. 6,6 (2013): 468-78. doi:10.1002/aur.1329
32. THIEMANN-BOURQUE, Kathy S et al. Application of the Communication Complexity Scale in Peer and Adult Assessment Contexts for Preschoolers With Autism Spectrum Disorders. *American Journal of Speech-language Pathology* vol. 28,1 (2019): 29-42. doi:10.1044/2018_AJSLP-18-0054
33. THOROVÁ, Kateřina. *Porucha autistického spektra dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 11)*. 2022. Dostupné na: <https://autismport.cz/o-autistickem-spektru/detail/porucha-autistickeho-spektra-dle-mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>.
34. THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0768-9.
35. TOMALOVÁ, Petra, Jaromír MAŠTALÍŘ a Pavlína DUPALOVÁ. *Co je dobré vědět? ...při péči o nemocné dítě...: specifika domácí péče z pohledu odborníků a osob pečujících o dítě dlouhodobě nemocné a těžce zdravotně postižené*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2017. ISBN 978-80-244-5145-9.
36. ÚZIS, 2023. *Náhled české verze Mezinárodní klasifikace nemocí, 11. revize – MKN-11 pro statistiky úmrtnosti a nemocnosti (ICD-11 MMS Czech Pre-release, duben 2023)*. Dostupné na: <https://www.uzis.cz/ext/mkn-11-nahled/>.
37. VITÁSKOVÁ, Anna. *Komunikace u dětí s PAS v předškolním věku*. [Bakalářská práce]. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta. 2020. Vedoucí práce. Mgr. Zdeňka Kozáková, Ph.D.
38. VITÁSKOVÁ, Kateřina. *Posuzování verbální a neverbální složky komunikace ve speciálněpedagogické praxi: výsledky partikulárních výzkumných šetření*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-80-244-3989-1.

39. WILLIS, Clarissa. *Teaching Young Children With Autism Spectrum Disorder*. United States of America: Gryphon House, Inc., 2006. ISBN 978-0-87659-008-9.
40. *Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006, o sociálních službách*. Sbírka zákonů ČR. 2006, částka 37, s. 1257–1289. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108->
41. ZMEŠKALOVÁ, D. Atomoxetin. *Psychiatrie pro praxi*. 2020;21(1):47-52 | DOI: 10.36290/psy.2020.009

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Dělení Poruch autistického spektra dle 11. revize mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace	17
Tabulka 2 Přehled některých novějších hodnotících nástrojů pro posouzení komunikace dětí s PAS.....	36
Tabulka 3 Výsledky hodnocení neverbální komunikace Petra (Tabulka č. 1) (základní podklad tabulky: Říhová, Vitásková, 2013)	43
Tabulka 4 Hodnocení verbální komunikace Petra (Tabulka č. 2) (základní poklad tabulky: Říhová, Vitásková, 2013)	45
Tabulka 5 Hodnocení neverbální komunikace Marka (základní podklad tabulky: Říhová, Vitásková, 2013).....	49
Tabulka 6 Hodnocení verbální komunikace Marka (základní poklad tabulky: Říhová, Vitásková, 2013)	50
Tabulka 7 Hodnocení neverbální komunikace Sofie (základní podklad tabulky Říhová, Vitásková, 2013)	54
Tabulka 8 Výsledky hodnocení verbální komunikace u Sofie (základní podklad tabulky (Říhová, Vitásková, 2013)	55

PŘÍLOHA Č. 1

Vzor použitého informovaného souhlasu

Vážený rodiče,

v souladu s etickými zásadami realizace výzkumu Vás žádám o souhlas s účastí Vašeho dítěte ve výzkumném projektu do mé diplomové práce.

NÁZEV: Možnosti hodnocení komunikace u dětí s PAS v předškolním věku

AUTOR: Bc. Anna Vitásková

PRACOVIŠTĚ: MŠ Blanická, Blanická 471/16, Hodolany, 779 00 Olomouc

Popis výzkumu:

Cílem mého výzkumu je srovnat komunikační specifika dětí s PAS v předškolním věku, použita k tomu bude hodnotící škála verbální a neverbální komunikace (Hlavinková, Vitásková, 2012) a následně bude udělán návrh intervence.

Prohlášení:

Prohlašuji, a svým podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí mého dítěte ve výše zmíněném projektu a že jsem měl/a možnost si ověřit veškeré podstatné informace týkajícího se tohoto projektu a dostal jsem srozumitelné odpovědi na všechny své otázky. Svou účast mohu kdykoliv zrušit bez udání důvodu. Souhlasím, že jméno mého dítěte bude pozměněno a všechny údaje budou zpracovány pouze pro účel této diplomové práce.

Jméno a příjmení:

V Olomouci, dne:

Podpis:

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Anna Vitásková
Katedra:	Ústav speciálně pedagogických studií
Vedoucí práce:	PhDr. Alena Hlavinková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2022/2023
Název práce:	Možnosti hodnocení komunikace u dětí s PAS v předškolním věku
Název v angličtině:	Possibilities for assessing communication in children with autism spectrum disorder in preschool age
Anotace práce:	Diplomová práce s názvem Možnosti hodnocení komunikace u dětí s PAS v předškolním věku je ve své teoretické části zaměřena především na vymezení poruch autistického spektra, symptomatologii, diagnostiku a intervenci. Druhá kapitola je věnována především verbální a neverbální komunikaci u dětí s PAS. Praktická část se věnuje pozorováním verbální a neverbální komunikace u dětí s touto diagnózou. Použity byly kazuistiky dětí, hodnotící škála verbální a neverbální komunikace a následně byl vytvořen návrh intervence.
Klíčová slova:	Poruchy autistického spektra, komunikace, intervence, předškolní věk
Anotace v angličtině:	The diploma thesis entitled Possibilities of assessment of communication in children with ASD in preschool age is primarily focused in its theoretical part on the definition of autism spectrum disorders, symptomatology, diagnosis and intervention. The second chapter is mainly devoted to verbal and non-verbal communication in children with ASD. The practical part is dedicated to observing verbal and non-verbal communication in children with this diagnosis. Children's case reports, an evaluation scale of verbal and non-verbal communication were used, and an intervention proposal was subsequently created.
Klíčová slova v angličtině:	Autism spectrum disorder, communication, intervention, preschool age
Přílohy vázané k práci:	1
Rozsah práce:	69
Jazyk práce:	český

