

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

## Diplomová práce

Kristina Novotná

Diagnostika komunikace předškolních dětí s poruchou autistického spektra optikou předvýzkumu

Olomouc 2020

vedoucí práce: Mgr. Adéla Hanáková, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucí diplomové práce a pouze s použitím literatury a zdrojů uvedených v této práci.

V Olomouci dne 27. 4. 2020

.....

Kristina Novotná

## **Poděkování**

U příležitosti prezentace této diplomové práce bych ráda poděkovala především vedoucí této práce Mgr. Adéle Hanákové, Ph.D. za všestrannou odbornou pomoc a vedení, nemalé množství cenných a podnětných rad, doporučení, připomínek a konzultací, velkou míru trpělivosti, ochoty a povzbuzování v průběhu tvorby práce. Děkuji také Národnímu ústavu pro autismus, kde jsem mohla načerpat inspiraci a shlédnout psychologickou diagnostiku dětí s autismem, také Rané péči JAN, z.s. v Olomouci a Rané péči Světlo ve Vrchlabí, kteří mi věnovali čas a pomohli při výběru výzkumného vzorku. Také bych ráda poděkovala celé mé rodině za podporu a důvěru, kterou ve mně vložili. Poděkování patří i mému příteli za technickou podporu a pomoc.

Zvláštní poděkování patří všem rodinám, které se zapojili a byli ochotní se podílet na praktické části diplomové práce, tím obětovat svůj volný čas a příběh celé rodiny. Bez těchto rodin by práce nemohla být napsána.

# OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>8</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>10</b>
<b>1 PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA .....</b>	<b>10</b>
1.1 Historický náhled.....	10
1.2 Terminologie.....	12
1.2.1 Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10. revize).....	13
1.2.2 Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM-5) .....	14
1.3 Definice a vymezení pojmů .....	14
1.4 Etiologie, prevalence a prognóza porucha autistického spektra .....	17
1.4.1 Etiologie poruch autistického spektra.....	17
1.4.2 Prevalence.....	18
1.4.3 Prognóza .....	20
1.5 Různé pojetí klasifikací poruch autistického spektra.....	20
1.5.1 Klasifikace WHO, MKN 10. revize .....	20
1.5.2 Klasifikace APA, DSM-5 .....	23
1.5.3 Co přinese MKN 11. revize? .....	24
1.6 Diagnostická kritéria pro stanovení diagnózy PAS .....	25
1.6.1 Americká diagnostická kritéria (APA, DSM-5) .....	25
1.6.2 Evropská diagnostická kritéria (WHO, MKN-10) .....	28
1.6.3 Diferenciální diagnostika.....	29
1.7 Klinický obraz dětí s poruchou autistického spektra .....	33
1.7.1 Specifické, klíčové symptomy.....	33
1.7.2 Nеспецифические, ostatní symptomy.....	37
1.7.3 Funkční dopad poruch autistického spektra .....	38
1.8 Možnosti diagnostiky poruch autistického spektra.....	38
<b>2 PŘEDŠKOLNÍ VĚK.....</b>	<b>43</b>
2.1 Vymezení předškolního věku .....	43
2.2 Charakteristika období předškolního věku .....	43
2.2.1 Kognitivní vývoj, poznávací procesy .....	44
2.2.2 Motorický vývoj .....	45
2.2.3 Jazykový vývoj a komunikace dětí v předškolním věku.....	45

2.2.4	Emoční vývoj a socializace .....	47
2.2.5	Hra v předškolním věku .....	48
2.2.6	Kresba v předškolním věku .....	49
2.3	Posouzení školní zralosti – konec předškolního věku .....	49
2.4	Dítě s poruchou autistického spektra v předškolním věku .....	50
<b>3</b>	<b>KOMUNIKACE .....</b>	<b>52</b>
3.1	Vymezení a definice .....	52
3.2	Řeč, jazyk a komunikační kompetence.....	53
3.2.1	Řeč.....	54
3.2.2	Jazyk.....	54
3.2.3	Komunikační kompetence .....	55
3.3	Verbální a neverbální komunikace .....	56
3.4	Komunikace jedinců s poruchou autistického spektra.....	59
<b>4</b>	<b>FUNKČNÍ KOMUNIKACE .....</b>	<b>62</b>
4.1	Vymezení funkční komunikace .....	62
4.2	Pragmatická jazyková rovina.....	63
4.3	Pragmatická jazyková rovina u dětí s PAS.....	64
<b>5</b>	<b>LOGOPEDICKÁ DIAGNOSTIKA SE ZAMĚŘENÍM NA JEDINCE S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA .....</b>	<b>65</b>
5.1	Logopedická diagnostika .....	65
5.2	Jednotlivé části logopedické diagnostiky.....	67
5.3	Jazykové roviny .....	68
5.4	Specifika logopedické diagnostiky u poruch autistického spektra .....	69
<b>6</b>	<b>MOŽNOSTI LOGOPEDICKÉ TERAPIE JEDINCŮ S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA .....</b>	<b>73</b>
6.1	Terapeutické přístupy v terapii PAS .....	73
6.2	Možnosti logopedické terapie u dětí s PAS .....	75
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>79</b>
<b>7</b>	<b>LOGOPEDICKÁ DIAGNOSTIKA U VYBRANÝCH DĚTÍ S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA .....</b>	<b>79</b>
7.1	Uvedení do problematiky.....	79
7.2	Formulace výzkumného cíle a výzkumné otázky.....	80
7.3	Výzkumný vzorek.....	80
7.4	Výzkumné prostředí.....	82

7.5	Organizace výzkumu .....	83
7.6	Metodologie .....	84
7.6.1	Metody sběru dat .....	86
7.7	Diagnostický materiál .....	88
7.7.1	Rozhovor s rodiči dětí s PAS a pozorování dětí s PAS .....	90
7.7.2	Pragmatika komunikace (PRA) .....	92
7.8	Diagnostický materiál – tvorba dílčích diagnostických úkolů.....	93
7.8.1	Sémantický test (ST) .....	96
7.8.2	Vyšetření fonemického sluchu (VFS) .....	98
7.8.3	Rytmizace (R).....	101
7.8.4	Lateralita a grafomotorika (LaG) .....	102
7.8.5	Motorika (M) .....	103
7.8.6	Slovní zásoba a pojmenování (SZaP) .....	105
7.8.7	Situační vnímání (SV) .....	106
7.8.8	Zraková percepce (ZP) .....	108
7.8.9	Sluchová percepce (SP) .....	109
7.8.10	Morfologie a syntax (MaS).....	110
7.9	Shrnutí.....	114
<b>8</b>	<b>PŘÍPADOVÉ STUDIE .....</b>	<b>116</b>
8.1	Případová studie.....	116
8.2	Získání dat a jejich fixace .....	117
8.3	Případová studie A.....	119
8.3.1	Zkoumaná osoba.....	119
8.3.2	Anamnéza .....	119
8.3.3	Rozhovor s rodiči k jazykovému a komunikačnímu vývoji .....	123
8.3.4	Pozorování s využitím vytvořeného schématu .....	126
8.3.5	Subtest Pragmatika komunikace (PRA) .....	128
8.3.6	Závěry případové studie A .....	129
8.4	Případová studie B .....	131
8.4.1	Zkoumaná osoba.....	131
8.4.2	Anamnéza .....	131
8.4.3	Rozhovor s rodiči k jazykovému a komunikačnímu vývoji .....	136
8.4.4	Pozorování s využitím vytvořeného schématu .....	138

8.4.5	Subtest Pragmatika komunikace (PRA) .....	140
8.4.6	Závěry případové studie B.....	141
8.5	Případová studie C .....	143
8.5.1	Zkoumaná osoba.....	143
8.5.2	Anamnéza .....	143
8.5.3	Rozhovor s rodiči k jazykovému a komunikačnímu vývoji .....	147
8.5.4	Pozorování s využitím vytvořeného schématu .....	150
8.5.5	Subtest Pragmatika komunikace (PRA) .....	151
8.5.6	Závěry případové studie C.....	152
8.6	Případová studie D.....	154
8.6.1	Zkoumaná osoba.....	154
8.6.2	Anamnéza .....	154
8.6.3	Rozhovor s rodiči k jazykovému a komunikačnímu vývoji .....	158
8.6.4	Pozorování s využitím vytvořeného schématu .....	161
8.6.5	Subtest Pragmatika komunikace (PRA) .....	163
8.6.6	Závěry případové studie D .....	163
8.7	Případová studie E .....	164
8.7.1	Zkoumaná osoba.....	164
8.7.2	Anamnéza .....	165
8.7.3	Rozhovor s rodiči k jazykovému a komunikačnímu vývoji.....	167
8.7.4	Pozorování s využitím vytvořeného schématu .....	170
8.7.5	Subtest Pragmatika komunikace (PRA) .....	171
8.7.6	Závěry případové studie E.....	172
<b>9</b>	<b>DISKUSE A ZÁVĚRY .....</b>	<b>174</b>
<b>10</b>	<b>LIMITY PRÁCE .....</b>	<b>188</b>
<b>11</b>	<b>DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....</b>	<b>191</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>193</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>206</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A SCHÉMAT.....</b>	<b>207</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>209</b>

# ÚVOD

V rámci středoškolského i vysokoškolského studia jsem měla možnost navštívit několik zařízení, která se věnovala výchově a vzdělávání dětí s různým typem postižení. Velmi cennou zkušeností bylo setkání s dívkou s diagnózou dětský autismus. To ve mně probudilo zvědavost a touhu po práci s dalšími takovými klienty. V prvním ročníku studia na vysoké škole jsem zažádala o možnost stát se dobrovolníkem rané péče poskytující služby dětem s autismem. Byla to pro mě brána do vědecko-výzkumného světa klientů s poruchou autistického spektra.

Cílem této diplomové práce bylo již od počátku sestrojít nástroj, který by se věnoval detekci jazykového a komunikačního vývoje dětí s poruchou autistického spektra. Rozhodla jsem se tak na základě rozboru mnoha tuzemských i zahraničních materiálů, které jsem analyzovala během studia na vysoké škole a zahraničním pobytu ve Valdosta State University. Práci jsme chtěli navázat na již probíhající výzkum (uvádíme dále v práci) a dát prostor vzniku logopedického materiálu, který by byl určený logopedům k diagnostice komunikace u dětí s poruchou autistického spektra.

Celá práce je strukturovaná do dvou částí – teoretické a praktické. V první kapitole teoretické části práce se zabýváme vymezením nozologické jednotky poruch autistického spektra v celé šíři, tj. terminologií, etiologií, klasifikací, diagnostickými kritérii, klinickým obrazem a možnostmi diagnostiky. V druhé kapitole charakterizujeme a specifikujeme věkové období předškolního věku. Třetí a čtvrtá kapitola se zabývá vymezením komunikace a funkční komunikace v nejširším slova smyslu, tak jak ji chápe logoped. V posledních dvou kapitolách se zabýváme logopedickou diagnostikou a terapií u jedinců s autismem. Práce předkládá přehled o dostupných materiálech, postupech a principech, které usnadňují práci logopeda s cílovou skupinou a tvoří tak předpoklad pro efektivnější a úspěšnější logopedickou péči. Cílem této části práce byl rozbor a shrnutí teoretických poznatků z české i zahraniční literatury o poruchách autistického spektra.

V praktické části práce realizujeme tvorbu logopedického diagnostického materiálu, který se skládá z několika částí. Předvýzkumný plán dal vzniknout dvěma částem logopedické diagnostiky: částí, která se zaměřuje na získávání informací a dat od zákonných zástupců nebo pečujících osob a dat z pozorování (zejména k dosavadnímu jazykovému a komunikačnímu vývoji). Druhá část obsahuje detekci jazykové a komunikační úrovně na základě subtestů a přímé práce s dítětem s poruchou autistického spektra.



Rozhodli jsme se s logopedickým diagnostickým materiálem pracovat s několika klienty a získat tak prostřednictvím materiálu potřebná data k sestavení profilu klienta. Cílem do budoucna, je ověřit tento materiál v logopedické praxi. V praktické části využíváme případové studie, které posloužily k fixaci získaných dat do organizované a strukturované podoby.

Cílem praktické části práce bylo vytvoření logopedického diagnostického materiálu a jeho následné užití v praxi. V závěru popisujeme a analyzujeme získaná data. věříme, že vzniklý materiál bude pro českou logopedickou praxi přínosný a obohacující.

# I TEORETICKÁ ČÁST

## 1 PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA

### 1.1 Historický náhled

Poruchy autistického spektra (PAS) se po dobu své existence, jako nozologická jednotka, vyvíjely velmi různorodě. Do současné doby neexistuje ucelený náhled na tuto skupinu poruch. Jak tvrdí Thorová, česká klinická psycholožka, která se specializuje na klienty s poruchou autistického spektra: „za padesát let své oficiální existence názory na poruchy autistického spektra prošly bouřlivým vývojem. Ačkoli příčiny autismu doposud nebyly odhaleny a základní jádrové potíže přetrvávají po celý život, byl zaznamenán pozitivní vývoj v porozumění příčinám problémů, terapii i vzdělávacích strategiích“. (Thorová, 2016, s. 31).

Je skoro jisté, že jedinci s PAS existovali a žili již mnohem dříve, než dostala tato kategorie svůj název a byla zanesena do klasifikačních systémů. Již v době Hippokrata byly děti, nejspíše s autismem, označovány jako děti svaté. Ve středověku se mínění změnilo a tyto děti byly považovány za posedlé d'áblem či uhranuté. (Adamus, Vančová, Löfflerová, 2017). Thorová (2016) zmiňuje některé případy tzv. vlčích dětí, Viktora (chlapce z Averyonu), který je považován za jeden z nejznámějších případů, dále dívky Amala a Kamala.

V průběhu historie se ujala spousta názvů, které mohly souviset právě s poruchou autistického spektra. V roce 1911 byl pojem autismus použit švýcarským psychiatrem Eugenem Bleulerem, který pojem užil pro symptom schizofrenie. Martin Barr v časopise *Journal of Nervous and Mental Disorders* (1898) popsal případ, který nazval zvláštním případem echolalie. Byly zaznamenány případy lidí s nadprůměrnými schopnostmi a zároveň velmi zvláštním chováním – můžeme s velkou pravděpodobností říci, že se jednalo o jedince autistické nebo s Aspergerovým syndromem. Rakušan Theodor Heller tento stav popsal a nazval jej *dementia infantilis*, dnes dezintegrační porucha. Mezi další autory, kteří přispěli k historii autismu patří Longdon Down, Witmer, Gesell, Benderová a další. (Thorová, 2016).

Dětský autismus jako diagnóza existuje déle než půl století, o jeho objevení a další zkoumání se zasloužil americký psychiatr Leo Kanner v roce 1943, který byl pro autismus klíčovým. Všiml si obdobného nepřiměřeného chování u skupiny několika dětí (11) – poruchu nazval *časný dětský autismus (Early Infantile Autism – EIA)*, slouží k označení

vrozeného syndromu. Charakteristiku symptomů dle Kannerova můžeme nalézt v publikaci *Poruchy autistického spektra v kontextu aktuálních interdisciplinárních poznatků* (Adamus, Vančová, Löfflerová, 2017). Rok po Kannerovi, pediatr z Vídně, Hans Asperger, popsal syndrom s podobnými projevy a nazval jej *autistickou psychopatií*. Tento pojem byl později nahrazen termínem Aspergerův syndrom, který byl užit v roce 1981 britskou lékařskou Wingovou. (Thorová, 2016).

Vliv psychoanalýzy na autismus můžeme považovat za velmi tmavé období v historii celé diagnózy. V tomto období docházelo k interpretaci autismu jako důsledku citově chladné výchovy. V průběhu šedesátých let konečně došlo k oslabení vlivu psychoanalýzy a začalo se šířit vyšší povědomí o autismu. Vyloučeno bylo původní Kannerovo psychoanalytické pojetí vzniku autismu, za nutné se považovalo zkoumat organické příčiny. S tím docházelo k rozšiřování a zlepšování diagnostiky. V roce 1964 vyšla kniha B. Rimlanda *Infantile Autism: The Syndrome and Its Implications for a Neural Theory of Behavior*, kde poruchu definuje jako neurobiologickou, organického původu a striktně odmítl teorii odtahovaných a chladných rodičů. Dále se problematika autismu posunula na rovinu pedagogickou, kdy se odborníci začali zabývat vzděláváním jedinců s PAS.

Na konci sedmdesátých let byla přijata teorie o vzniku autismu – organické poškození mozku. V roce 1980 byla v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch (DSM) zahrnuta definice autismu pod zastřešujícím názvem pervazivní vývojové poruchy. (PDD – Pervasive Developmental Disorders). S tímto termínem operuje spíše odborná lékařská veřejnost, ve školském prostředí převažuje termín poruchy autistického spektra. Termín poruchy autistického spektra vznikl díky L. Wing a J. Gould. Dodnes se potýkáme s nejednoznačným terminologickým vymezením PAS, taktéž je tomu i u etiologie autismu. (Thorová, 2016; Adamus, Vančová, Löfflerová, 2017).

Od dob, kdy byl autismus považován za formu dětské schizofrenie jsme se výrazně posunuli. Byly zpracovány práce, které přesněji vymezily charakter těchto poruch. Oficiální potvrzení této skupiny poruch v americkém diagnostickém manuálu DSM-III, jako narušení vývoje mnohočetných psychologických funkcí, bylo velkým krokem, v Evropě se používaná klasifikace MKN-10 dočkala tohoto konceptu o dost později. Od této doby je autismus společně s dalšími neurovývojovými poruchami řazen mezi časné neurovývojové poruchy s neurobiologickým základem. (Ošlejšková, 2006).

## 1.2 Terminologie

Termíny a pojmy spojené s poruchami autistického spektra jsou různorodé, v čase a různém prostředí se vyvíjejí. Proto si hned na začátku práce definujeme a terminologicky vymežíme pojmy a termíny, se kterými se můžeme v českém prostředí setkat.

*Pedagogický slovník* (Průcha, Walterová, Mareš, 2001) definuje z pedagogického pohledu autismus jako vývojovou poruchu, která se projevuje neschopností komunikovat s okolím a navazovat kontakty. Toto postižení se projeví jako obtíže vyjadřovat svá přání i potřeby, jedinec nechápe důvod nepochopení si se svým okolím (ostatní mu nerozumí), uzavírají se do svého světa a jeví se jako extrémně uzavřené bytosti. Další pohled přináší *Velký lékařský slovník*, kde najdeme hned tři termíny související s poruchou autistického spektra. Termín poruchy autistického spektra je vysvětlován s odkazem na termín autismus (vysvětlen dole, níže), u tohoto termínu je užívána zkratka PAS (poruchy autistického spektra). Pervazivní je vysvětlen jako pronikající, vše prostupující. Pervazivní vývojové poruchy se zkratkou (PVP) jsou chápány jako: „*neuropsychiatrická onemocnění projevující se od raného dětství komplexními poruchami s opožděným vývojem v kognitivní oblasti, jazykových schopnostech, komunikaci, socializaci*“. (Vokurka, Hugo, 2015, s. 778). Obecným termínem je autismus, o kterém je pojednáno následovně:

- „*nadměrné a chorobné zaměření k vlastní osobě se ztrátou kontaktu s realitou, s nadměrnou sociální izolací, s výrazným a nerealistickým sněním*“,
- dětský (infantilní, Kannerův) chápán ve smyslu: „*těžká psychická porucha v raném dětství, při níž je vážně narušeno navazování kontaktu dítěte s okolím, vytváření jeho citových a společenských vztahů. Je porucha komunikace, porucha užívání řeči, agrese, může být sebezraňování atd. Častěji u chlapců, může přetrvávat do dospělosti, inteligence nemusí být narušena.*“ (Vokurka, Hugo, 2015, s. 98).

Můžeme si všimnout značné rozdílnosti v pojetí autismu v odvětví pedagogiky a v pojetí lékařských věd. Pedagogické pojetí se soustředí na dopady a důsledky, které jedinec nese spolu s postižením. Lékařské pojetí se upíná spíše na popis symptomů a diagnostická kritéria, která budou dále blíže specifikována.

V současné době považujeme pojem *autismus* za zastaralý a historicky vžitý název pro blíže nespecifikovanou skupinu poruch, užívaný spíše širší neodbornou veřejností. Odborná společnost užívá dva termíny – zastřešující název *pervazivní vývojové poruchy (PDD –*

*Pervasive Developmental Disorders*) nebo *autistické spektrum (kontinuum)*, *poruchy autistického spektra (ASD – Autism Spectrum Disorders)*. (Adamus, Vančová, Löfflerová, 2017). Můžeme se ještě setkat s pojmem *autistické rysy*, který je velmi špatně uchopitelný a široká veřejnost jej špatně užívá. Thorová (2008, s. 3) se k tomuto pojmu vyjadřuje vcelku jednoznačně: „*Termín autistické rysy, který je v podstatě synonymem poruchy autistického spektra, nedoporučujeme používat pro jeho výpovědní vágnost a diagnostickou nejednoznačnost.*“ Dle našeho názoru se jedná o zjednodušený termín, který se naučila užívat širší veřejnost, z odborného hlediska nemá žádné zakotvení v klasifikačních systémech, tudíž není důvod jej využívat. V rámci diagnostiky bychom pro něj našli uplatnění u tzv. pracovní diagnózu (viz níže).

### 1.2.1 Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10. revize)

V roce 1990 (na Světovém zdravotnickém shromáždění, pořádaném Světovou zdravotnickou organizací, WHO) byla schválena desátá revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (Světová zdravotnická organizace, 2018). Pro Českou republiku tato klasifikace vstoupila v platnost roku 1994. (ÚZIS, 2019).

Klasifikace uvádí termín pervazivní<sup>1</sup> vývojové poruchy, které jsou řazeny do páté kapitoly tabelární části: *Poruchy duševní a poruchy chování*. V této části najdeme diagnózy pod označením F00-F99. Kapitola obsahuje jednotlivé oddíly, přičemž pervazivní vývojové poruchy jsou vřazeny do oddílu *F80-F89: Poruchy psychického vývoje*. Poruchy tohoto oddílu mají následující společné charakteristiky (Světová zdravotnická organizace, 2018, s. 245):

- „*nástup je vždy v kojeneckém<sup>2</sup> věku nebo v dětství,*
- *postižení nebo opoždění ve vývoji funkcí, které mají silný vztah k biologickému zrání centrální nervové soustavy (CNS),*
- *stálý průběh bez remisí a relapsů.*“

*Kategorie F84* (Světová zdravotnická organizace, 2018) slučuje všechny pervazivní vývojové poruchy (PVP) a dále je člení (viz kapitole 1.5 *Různé pojetí klasifikací poruch autistického spektra*).

---

<sup>1</sup> pervazivní – pronikající porucha, vše prostupující, zasahující celou osobnost a provázející ji často celoživotně (Slovník cizích slov, 2004)

<sup>2</sup> kojenecký věk – období dítěte, které nastupuje ihned po novorozeneckém, tedy věk od jednoho měsíce věku po jeden rok života dítěte (Vágnerová, 2012)

## 1.2.2 Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM-5)

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM) prodělal řadu revizí. Poslední, pátá aktualizace, byla dokončena roku 2013 ve Spojených státech amerických Americkou psychiatrickou společností (American Psychiatric Association, APA).

Předešlá verze manuálu, DSM-IV nabízela stejně tak jako MKN-10 pojem pervazivní vývojové poruchy. Nynější DSM-5 pracuje s kategorií *Poruchy autistického spektra* (Autism Spectrum Disorders, ASD). Tato kategorie spadá do nadřazené skupiny *Neurovývojových poruch* – dle DSM-5: „*skupina onemocnění, která začínají obvykle během raného období vývoje a často se projeví před zahájením školní docházky. Jsou charakterizovány vývojovými deficity, které bývají příčinou funkčního narušení v osobní, sociální, studijní nebo pracovní oblasti.*“ (American Psychiatric Association, 2015, s.31). Přičemž je upozorněno na kolísavou povahu deficitů a vzájemnou komorbiditu<sup>3</sup> neurovývojových poruch. Zároveň musíme počítat s tím, že se mohou objevit příznaky přesahu, deficitu a zpoždění vývoje. (American Psychiatric Association, 2015).

## 1.3 Definice a vymezení pojmů

Každý jedinec postižený poruchou autistického spektra je jedinečný stejně tak, jako každý jiný jedinec. Z tohoto důvodu nemůžeme popsat pervazivní vývojové poruchy jednou definicí nebo jedním souborem symptomů. Můžeme shrnout informace, které jsou vědecky shromážděny a z nich vycházet při diagnostice a terapii.

PAS je skupina vývojových poruch, které se projevují od raného věku odlišným vývojem a vnímáním okolního světa. U jedinců s autismem se setkáváme s narušenou komunikací, sociálním myšlením a dovednostmi, vnímáním a exekutivními<sup>4</sup> funkcemi. (Adamus, Vančová, Löfflerová, 2017). Je nutné si uvědomit, že celkový obraz PAS či PVP představuje obrovskou zátěž nejenom pro jedince samotného, ale především pro pečující rodinu, která nejen v logopedické intervenci hraje důležitou roli.

Jak již bylo uvedeno, MKN-10 operuje s termínem pervazivní vývojové poruchy a definuje je jako: „*kvalitativní porušení reciproční<sup>5</sup> sociální interakce na úrovni komunikace*

---

<sup>3</sup> komorbidita – současný výskyt více nemocí (Slovník cizích slov, 2004)

<sup>4</sup> exekutivní funkce – kognitivní funkce odpovědné za plánování, rozhodování a realizování postupů a výkonů, řešení problémů (Slovník cizích slov, 2004)

<sup>5</sup> reciproční – vzájemný, navzájem související, spojitý, neodlučný (Slovník cizích slov, 2004)

*a omezeným, stereotypním a opakujícím se souborem zájmů a činností. Tyto kvalitativní abnormality jsou pervazivním rysem chování jedince v každé situaci.*“ (Světová zdravotnická organizace, 2018, s. 249). Pro srovnání uvedeme definici Americké psychiatrické asociace, dle které jsou PAS: *„přetrvávající deficity v sociální komunikaci a sociální interakci v mnohačetných kontextech, včetně narušení sociální vzájemnosti, používání neverbální komunikace v sociální interakci a poruchou schopnosti vytvářet a udržovat mezilidské vztahy a porozumět jim. Diagnóza PAS vyžaduje kromě narušení sociální komunikace také přítomnost omezených, repetitivních vzorců v chování, zájmech a činnostech.*“ (American Psychiatric Association, 2015, s. 31). Vidíme, že se obě klasifikace v globálním rámci symptomů shodují, můžeme si všimnout bližší specifikace komunikace a jejího narušení u americké klasifikace. Pozitivní je shoda v zasažení každodenního života jedince s PAS, což je pro diagnostiky i terapeutů stěžejní. Je nutné si uvědomit, že přítomnost pervazivní vývojové poruchy ovlivní celkové fungování dítěte, později dospělého jedince. Jedná se o komunikační a sociální dovednosti, ty jsou vždy narušené, celkové chování je odlišné a přináší komplikace – ve vztahu s rodinou, při vzdělávání, v kontaktu s vrstevníky, při osobním zráním, při zaměstnání. (Thorová, 2016). Z výše uvedeného víme – poruchy autistického spektra náleží do skupiny poruch dětského mentálního vývoje. Musíme myslet na to, že vývoj dítěte s autismem je odlišný již od útlého věku. (Říhová, 2011).

Termíny a pojmy, které se používají v různých zařízeních na různých místech celého světa či v odlišných klasifikačních systémech můžeme považovat za synonyma. Jedná se pouze o název diagnózy, která obsahuje podobné symptomy a následně můžeme očekávat i obdobné postupy v intervenci. Praktický výstup je tedy velmi jednoduchý – *„všechny děti s poruchou autistického spektra, nebo chceme-li pervazivní vývojovou poruchou, profitují ze speciálních programů a metodik určených pro děti s autismem*“ . (Thorová, 2016, s. 60). Musíme pamatovat na to, že každý jedinec si do intervence nese svou výjimečnou osobnost, kterou je nutné respektovat a intervenci přizpůsobovat přímo na míru danému klientovi.

Skupinu poruch autistického spektra, či pervazivních vývojových poruch, musíme chápat v celém kontextu změn – časových i demografických. Je nutné brát v potaz vývoj terminologie a do budoucna s ním počítat. Veškeré klasifikační materiály mají tendenci se vyvíjet a my musíme být připraveni na změny. DSM-5 v roce 2013 přinesl řadu nových termínů a diagnostických kategorií, které jsou pojímány odbornou veřejností různě. Z mého pohledu je zde viditelná snaha o zjednodušené a více vymezené diagnostické parametry, které jsou pro odborníky lépe uchopitelné v praxi. Do budoucna se můžeme těšit na změny,

které nastolí MKN ve své 11. revizi, kterou se bude řídit i Česká republika. Je velmi pravděpodobné, že 11. revize bude následovat americkou verzi DSM ve své nejnovější podobě.

V nejnovější české souborné publikaci na poli klinické logopedie s názvem *Kompendium klinické logopedie* se o pervazivních vývojových onemocněních a poruchách komunikace můžeme dovědět: „*PVP jsou skupina poruch projevujících se kombinací narušení v tzv. jádrových oblastech – v oblasti komunikace, sociálních vztahů a představitosti. Jedná se o generalizovaný kognitivní deficit ve vývoji centrální nervové soustavy jedince, jehož symptomy se v průběhu času mohou zmírňovat, ale v jádrových problémech přetrvávají celý život.*“ (Preissová, 2018, s. 514). Můžeme si všimnout zachování klasické triády symptomů jako je tomu v MKN-10.

De Myer (1979 in Thorová, 2016) v kapitole *Neurobiologický a neuropsychologický výzkum autismu* pracuje s termínem *porucha percepční integrace*. Porucha podmiňuje deficit v oblasti porozumění okolí a prostředí, integrace podnětů přicházejících zvenčí je narušena – dopadem je i opožděný vývoj řeči, expresivní složka řeči se nemusí objevit vůbec. Informace o termínu a jeho důsledcích je pro logopedy důležitá z hlediska konstrukce diagnostiky i terapie.

Šporclová (2018, s. 28) hovoří o autismu jako o *behaviorálním syndromu*, což vysvětluje tím, že je definován i diagnostikován na úrovni chování. Ztotožňujeme se s jejím tvrzením: „*Neexistují konkrétní behaviorální projevy, které by určovaly, jak má autismus vypadat. Každý člověk s autismem je jedinečný, neexistuje prototyp člověka s touto diagnózou. Autistické chování se může měnit s věkem, svou roli hrají rozumové schopnosti a způsob vzdělávání dítěte, přístup okolí a spousta dalších faktorů, které spolu více či méně souvisí.*“

Z našeho pohledu je autismus velmi nejednoznačně vymezen, i z toho důvodu se snažíme o vlastní pojetí, které se nabízí. Mohli bychom PAS shrnout jako spektrum neurovývojových poruch, které jsou velmi různorodé a variabilní, promítají se do sociální interakce, komunikace a chování jedince. Nápadnosti v chování se projevují stereotypními zájmy a aktivitami, odlišným vnímáním okolí. První příznaky a nápadnosti se projeví již v raném dětství a prostupují celou osobností jedince, což se promítne ve zvládání každodenních situací běžného života. Symptomy tohoto spektra varíují do mnoha kombinací, a proto je velmi obtížná diagnostika a následné užívání jednoho uceleného přístupu v terapii. Každý jedinec s PAS je jedinečný stejně tak jako navazující intervence.



Tuto část práce zakončíme citací: „*Autismus není něco, co osoba má, není to žádná ulita, ve které je osobnost uvězněna. Ve skořápce není schované normální dítě. Autismus je způsob bytí. Autismus je všepřonikající. Prostupuje každou zkušeností, celým vnímáním, každým smyslem, každou emoci. Autismus je součástí existence. Osobnost se od autismus oddělit nedá.*“ (Sinclair in Thorová, 2016, s. 31). Toto shrnutí se nám líbí hlavně z toho důvodu, že chápe autismus jako jeden z typů osobnosti, chápe jej jako zvláštní druh vnímání svého okolí, jedinečnost.

## 1.4 Etiologie, prevalence a prognóza porucha autistického spektra

### 1.4.1 Etiologie poruch autistického spektra

Etiologií myslíme příčiny vzniku daného onemocnění. U PAS nemůžeme zcela jednohlasně příčinu určit, dosavadní výzkumy plně neprokazují jasnou etiologii. Thorová (2016) ve své monografii etiologii autismu vysvětluje vícero možnými a smíšenými způsoby. Zařazuje genetické vlivy, vlivy prostředí a imunitní deficity.

Ošlejšková předpokládá jistý autistický fenotyp, který je podmíněn kombinací několika predispozic (predisponujících genů). Každý predispoziční gen zvlášť má pouze velmi slabý účinek a nemůže tedy autismus sám o sobě zapříčinit. Autistický fenotyp dle Ošlejškové (2006) může být nastartován různými vlivy – genetickými nebo enviromentálními, připouští i kombinaci těchto faktorů. Tento názor podporují i studie, které se podílejí na výzkumu autismu u jednovaječných dvojčat, studie ve Velké Británii končila závěrem: „*The findings indicate that autism is under a high degree of genetic control.*“ (Bailey et al., 1995, s.63). Můžeme si tedy být jisti, že autismus je do určité míry geneticky podmíněn. Bolton (1994 in Thorová, 2016) vytvořil a stanovil užší a širší fenotyp autistického chování, čímž chtěl dosáhnout vyššího zachycení dětí s podezřením na autismus. Packer (2016) udává, že PAS je zapříčiněn poruchou synaptické homeostázy<sup>6</sup> u vybraných genů a také brzké neurovývojové události předcházející synaptogenezi<sup>7</sup>. (in Preissová, 2018). Důležitým zjištěním genetické složky etiologie PAS je výskyt autistického chování u rodičů dětí, kterým byly PAS diagnostikovány. Je uváděno, že pokud rodiče nebo alespoň jeden z rodičů trpí sociálně-komunikačním deficitem, je zařazen do širšího fenotypu autistického chování. Vyplývá

---

<sup>6</sup> synaptická homeostáza – jev, který zabraňuje sestupu nervového systému do chaosu (ScienceDirect, www.sciencedirect.com)

<sup>7</sup> synaptogeneze – vznik synapsí (Velký lékařský slovník, 1998)

tedy pravděpodobnost, že nastávající děti budou mít stejné obtíže, nebo budou dokonce pozitivní na PAS. (Lyall, 2014 in Thorová 2016). Také je známa studie, která dává do souvislosti výskyt PAS a vyšší věk rodičů těchto dětí. U rodičů starších 35 let studie připisuje vyšší riziko vzniku PAS u jejich potomků. Výskyt je zde spojen s věkem 35-49 let u otců dětí postižených PAS. Za rizikový věk je též pokládán velmi nízký věk matky, 19 let a méně. (Lampi, 2013 in Preissová, 2018). Konstatujeme tedy, že genetické vlivy mají nepopíratelnou roli v rámci zkoumání etiologických vlivů poruch spektra. Rádi bychom dodaly, že Iossifov a Farley (2014 in Thorová, 2016) při svém výzkumu identifikovali mutace, z nichž většina vznikla de novo. To znamená, že je dítě nezdědilo po rodičích, ale vznikly až ve spermii nebo vajíčku (dříve, než došlo k početí).

Existují vlivy prostředí, které by se mohly podílet na vzniku autismu. Stres, výživa, infekční onemocnění, předčasné narození, užívání medikace, v poslední době vliv chemikálií, pesticidů a znečištěného ovzduší. „*Vlivy prostředí dokáží genetickou informaci poškodit.*“ (Thorová, 2016, s. 52). To znamená, že samotné vlivy prostředí nikdy PAS nezpůsobí, jedná se o kombinaci faktorů. Musíme však zdůraznit, že do této doby nebyl prokázán jediný přímý vliv vnějších faktorů prostředí pro vznik autismu. (Newschaffer, 2002 in Ošlejšková, 2006) Měli bychom být tedy opatrní při veškerých tvrzeních a spekulacích v tomto směru.

Díky neustálému vývoji přístrojové diagnostické techniky konstatujeme několik jevů, které se stále zkoumají a nejsou s jistotou potvrzeny jejich dopady na PAS. Po podrobné magnetické rezonanci bylo zjištěno:

- mozky u lidí s PAS jsou větší a častěji vykazují poruchy migrace neuronů,
- limbický systém je strukturou, který sehrává velkou roli při PAS,
- amygdala a hippocampus mají zvýšený počet nezralých buněk. (Ošlejšková, 2006).

Dětská neuroložka Ošlejšková v časopise *Pediatric pro praxi* říká a potvrzuje naše mínění: „*Platí, že autismus je jednou z mnoha multidimenzionálně definovaných poruch vývoje mozku, která pak postihuje komplexní chování člověka.*“ (Ošlejšková, 2008, s. 81).

## **1.4.2 Prevalence**

V dnešní době jsou PAS obecně vnímány jako čtenější poruchy než dříve. Odborná i laická veřejnost získává širší povědomí o spektru těchto poruch, hlavně díky osvětové činnosti odborníků z praxe.

Můžeme mluvit o tzv. epidemii dětského autismu – prudký nárůst jedinců s autismem v posledních patnácti letech. Před rokem 1990 byl diagnostikován jednomu jedinci z 2500, v současné době je to jeden jedince ze 150! (Lilienfeld, Arkowitz, 2007 in Dlouhá 2017). Vzhledem ke zlepšující se diagnostice a také širšímu pojmání spektra, jedinců rapidně přibývá, jsou známy odhady, že pouze 10 % splňuje veškerá kritéria pro diagnózu dětský autismus. Přijímáme tedy fakt, že na 100-200 narozených dětí připadá jedno dítě s PAS, to znamená, že v České republice se ročně rodí 500-1000 dětí s PAS. (Thorová, 2008). Ze všech prostudovaných publikací je platné, že vývojovými poruchami obecně trpí častěji chlapci, u autismu tomu není jinak, u Aspergerova syndromu je poměr chlapců ještě vyšší.

Adamus, Vančová, Löfflerová uvádějí ve své publikaci *Poruchy autistického spektra v kontextu aktuálních interdisciplinárních poznatků* (2017) velmi ucelený přehled epidemiologických studií i s jejich zdroji. Z prezentovaných zdrojů můžeme vyhodnotit skutečnost, že se jednotlivé údaje liší, i když jsou z relativně stejného časového období. Tuto skutečnost autoři přičítají diagnostickým kritériím, která jsou nejednotná. Většina studií se shoduje a uvádí 1-2 případy PAS na 100 osob, což je neuvěřitelné množství a nárůst jedinců. Stejně tak najdeme kapitolu *Demografické charakteristiky* v publikaci *Poruchy autistického spektra* (Thorová, 2016), kde autor uvádí první epidemiologickou studii uskutečněnou v šedesátých letech Victorem Lotterem – s využitím Kannerových diagnostických kritérií bylo zjištěno, že na deset tisíc narozených dětí připadá pět dětí s PAS. (Thorová, 2016). V publikaci *Dětský autismus* (Hrdlička, Komárek, 2014) najdeme, dle autorů, zlomový bod v pohledu na epidemiologickou problematiku autismu. Ve studiích z let 2000-2001 byly zaznamenány výrazně vyšší hodnoty prevalence dětského autismu i pervazivních vývojových poruch, nárůst prevalence dále pokračoval a pokračuje. Vysvětlení podává Karen Weintraubová v časopise *Nature* (Weintraub, 2011). Autorka předpokládá nárůst případů podmíněný následujícími faktory: z 25 % zlepšení diagnostiky, z 15 % zvýšení povědomí a znalosti rodičů i odborníků, z 10 % zvýšený věk rodičů při zakládání rodiny a ze 4 % geografické shlukování rodin s postiženými dětmi a odborné pomoci. (Weintraub, 2011 in Hrdlička, Komárek, 2014).

Americká psychiatrická společnost v DSM v páté aktualizaci uvádí: „*V současnosti se prevalence poruchy autistického spektra v USA a v jiných zemích blíží 1 %, s odhady podobnými pro děti i dospělé.*“ (American Psychiatric Association, 2015, s. 57). Dodává, že není úplně přesně jasné, co velký vzestup zapříčiňuje. V úvahu připadá odraz rozšíření

diagnostických kritérií nebo zvýšení informovanosti, rozdílnost v metodologii. Polemizuje se, zda jde o reálný nárůst. (American Psychiatric Association, 2015).

### **1.4.3 Prognóza**

Za nejlepší prognostický faktor Americká psychiatrická společnost (APA) považuje přítomnost nebo nepřítomnost přidruženého mentálního deficitu a funkčnost řeči. Uvádí i faktor dalšího přidruženého somatického postižení, komorbidní diagnózy jsou spojovány s horší prognózou a těžším vývojem. (American Psychiatric Association, 2015). K tomuto se přidává i Kerekretiová (2009) v rámci prognózy komunikačních schopností dětí s autismem ze zkušeností hodnotí, že čím vyššího stupně IQ jedinec dosahuje, tím je vývoj jeho komunikačních schopností příznivější. Klíčový je věk, kdy byly PAS diagnostikovány, stupeň symptomatiky, výše intelektu, odborné terapeutické přístupy a postavení rodiny. (Šporclová, 2018). Můžeme shrnout: pokud se nevyskytuje přidružené mentální postižení, začne se rozvíjet kolem pátého roku věku řeč funkčního charakteru, známe východiska pro kladně vnímanou prognózu jedince. Tedy předpoklad dalšího pozitivního vývoje.

## **1.5 Různé pojetí klasifikací poruch autistického spektra**

Vzhledem k logopedickému charakteru práce se v této kapitole budeme zabývat klasifikací WHO, MKN 10. revize, kterou v rámci České republiky používáme a pracujeme s ní. Dále uvedeme pro komparaci klasifikaci APA, DSM-5 (viz Tabulka 1).

### **1.5.1 Klasifikace WHO, MKN 10. revize**

Světová zdravotnická organizace (2018) uvádí následující výčet kódů, které spadají do kategorie pervazivních vývojových poruch:

*F84.0 Dětský autismus.* Tato diagnóza musí splňovat určité požadavky pro to, aby mohla být stanovena. Musí být přítomen abnormální nebo porušený vývoj, který je manifestován před třetím rokem věku klienta. Přítomnost abnormální funkce všech tří oblastí psychopatologie – reciproční sociální interakce, komunikace, opakující se omezené stereotypní chování. Dále si u klientů všímáme dalších nespecifických problémů. Thorová (2008) přisuzuje symptomům značnou variabilitu a dodává, že tento typ diagnostikujeme i za předpokladu či existence jiné přidružené poruchy.

*F84.1 Atypický autismus.* Tento typ je nutné odlišit především od dětského autismu, odlišuje se buď věkem nástupu nebo tím, že nespĺňuje všechna tři diagnostická kritéria (diagnostickou triádu). Thorová (2008) tuto diagnózu pobírá jako zastřešující kategorii pro osoby, které splňují kategorii dětský autismus pouze částečně. Potíže se objevují hlavně v navazování sociálních kontaktů a neobvyklých reakcích na vnější podněty (přecitlivělost). Atypický autismus můžeme dle Thorové (2008, s. 18) diagnostikovat v následujících případech:

- *„první symptomy autismu zaznamenány až po třetím roce života,*
- *abnormální vývoj zaznamenán ve všech třech oblastech diagnostické triády, nicméně způsob vyjádření, tíže a frekvence symptomů nenapĺňují diagnostická kritéria,*
- *jedna oblast diagnostické triády není výrazně narušena,*
- *autistické chování se přidružuje k těžké a hluboké mentální retardaci.“*

Diagnóza se užívá tam, kde je porušen vývoj až po třetím roce věku či není průkazná psychopatologie pro dětský autismus. Pro atypický autismus je typická koexistence s mentální retardací (k označení jsou užívány dodatkové kódy) a těžkou vývojovou receptivní poruchou řeči. (Světová zdravotnická organizace, 2018).

*F84.2 Rettův syndrom.* Diagnóza stanovovaná pouze dívkám ve věku sedm až dvacet čtyři měsíců. Po typickém časném vývoji probíhajícím v normě, se objevuje částečná či úplná ztráta řeči a porucha obratnosti v motorických úkonech. Zástava růstu hlavy, ztráta účelných pohybů rukou, stereotypní kroutivé pohyby rukou a spontánní hyperventilace<sup>8</sup>. Současně se zastavuje sociální vývoj a vývoj hry, sociální zájmy mají tendenci se udržovat. Ataxie trupu a apraxie se rozvíjí od čtyř let, často následují choreoatetoidní<sup>9</sup> pohyby, většinou je výsledkem těžká mentální retardace. (Světová zdravotnická organizace, 2018). Velký lékařský slovník doplňuje pojem regrese, kdy po období normálního vývoje nastává stav zhoršení. Snižuje se svalový tonus, obvod lebky roste pomalu (mikrocefalie<sup>10</sup>). Jedná se o dominantní dědičné onemocnění s vazbou na X chromozom. (Vokurka, Hugo, 2015). Jde o syndrom, který je doprovázen neurologickým postižením, mající všepronikající dopad na osobnost jedince v oblasti somatické, motorické i psychické. (Thorová, 2008).

---

<sup>8</sup> hyperventilace – prohloubené a zrychlené dýchání, nadměrné dýchání (Slovník cizích slov, 2004)

<sup>9</sup> atetoidní pohyby – mimovolní pomalé kroutivé pohyby (Slovník cizích slov, 2004)

<sup>10</sup> mikrocefalie – abnormálně symetricky malá hlava (Vokurka, Hugo, 2015, s. 634)

V kompendiu klinické logopedie je o Rettově syndromu pojednáno z hlediska genetické prokazatelnosti – v rámci genetického vyšetření. (Preissová, 2018, s. 521). I v České republice se od roku 2001 Rettův syndrom diagnostikuje na základě molekulárního genetického vyšetření. (Thorová, 2016). Vzhledem k blížícímu se zoficiální revize MKN, očekáváme v této diagnóze změny, stejně jako tomu nastalo v americkém DSM – pravděpodobně na základě zjevné genetické etiologie diagnózy.

*F84.3 Jiná dětská dezintegrační porucha.* Je charakteristická obdobím normálního vývoje, po kterém následuje trvalá ztráta dříve nabytých dovedností v různých oblastech vývoje. Typicky doprovázena ztrátou zájmu o okolí, stereotypním motorickým manýrováním a porušenou sociální interakcí a komunikací – podobně je tomu i u autismu. V ojedinělých případech je diagnóza spojena s encefalopatií<sup>11</sup>, ale je založena na projevech chování.

*F84.4 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby.* Autoři MKN 10. revize píší: „*Tato položka je špatně definovatelná s nejistou nozologickou validitou.*“ (Světová zdravotnická organizace, 2015, s. 251). Mezi diagnostická kritéria řadíme těžkou mentální retardací, hyperaktivitu a poruchy pozornosti, přidružené stereotypní chování. Po stimulacích se nezlepšuje, po podání psychostimulancií<sup>12</sup> v dospívání sklony ke snížené aktivitě. Syndrom spojen s řadou vývojových opoždění, etiologie není známa.

*F84.5 Aspergerův syndrom.* Opět uváděno, že se jedná o jednotku nejisté nozologické validity. Charakteristické je pro tuto diagnózu kvalitativní porušení reciproční sociální interakce, s opakujícím se stereotypním repertoárem zájmů a aktivit. Diferenciálním vodítkem je normální (bez opoždění) vývoj řeči a kognitivních schopností. Spojováno s nemotorností jedinců a přetrvávání do dospělého věku. (Světová zdravotnická organizace, 2018). Pro upřesnění nutné uvést klíčové problémy v oblasti komunikace a sociálního chování, které existují vedle celkově nenarušeného intelektu a řečové schopnosti jedince. Ve věku pěti let by jejich řečové schopnosti měly být na úrovni plynulé řeči – čistá výslovnost s dobrou slovní zásobou. (Thorová, 2008).

WHO v rámci MKN 10. revize uvádí dále kód *F84.8 Jiné pervazivní vývojové poruchy* a *F84.9 Pervazivní vývojové poruchy NS* (nespecifikované). Do těchto kategorií jsou

---

<sup>11</sup> encefalopatie – obecný název pro onemocnění mozku, lehčí postižení mozku u dětí (Velký lékařský slovník, 2015)

<sup>12</sup> psychostimulancia – látky a léky stimulující psychickou činnost, odstraňují únavu, zvyšují psychomotorické tempo, mohou způsobit závislost (Velký lékařský slovník, 1998)

zařazování jedinci, které neodpovídají výše uvedeným kódům a diagnózám, nesplňují tedy klasická kritéria autismu. Mají však výrazněji narušenou sociální a emoční složku osobnosti spolu se schopností plánovat, domýšlet a porozumět. (Thorová, 2008).

MKN-10	DSM-IV	DSM-5
<b>Pervazivní vývojové poruchy</b>	<b>Pervazivní vývojové poruchy</b>	<b>Poruchy autistického spektra</b>
Dětský autismus	Autistická porucha	Porucha autistického spektra – pouze jedna diagnostická kategorie.
Atypický autismus	Pervazivní vývojová porucha jinak nespecifikovaná	
Aspergerův syndrom	Aspergerova porucha / Aspergerův syndrom	
Jiná desintegrační porucha v dětství	Desintegrační porucha v dětství	
Rettův syndrom	Rettova porucha / Rettův syndrom	
Hyperaktivní porucha s mentální retardací a stereotypními pohyby	---	
Jiné pervazivní vývojové poruchy	Pervazivní vývojová porucha jinak nespecifikovaná	
Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná	Pervazivní vývojová porucha jinak nespecifikovaná	

*Tabulka 1: Přehled klasifikací PAS a terminologických rozdílů*

(Hrdlička, Komárek, 2014, s. 14; American Psychiatric Association, 2015)

### 1.5.2 Klasifikace APA, DSM-5

American Psychiatric Association (APA) uvádí pouze jednu jedinou diagnostickou kategorii – *porucha autistického spektra 299.00 (F84.0 v MKN-10)*. (American Psychiatric Association, 2015, s. 51).

Revize nového DSM se stala střetem mnoha diskusí z důvodů velkých změn, které pátá revize přinesla. V současné době představují poruchy autistického spektra jedinou diagnózu, pod kterou spadají předešlé čtyři – autistická porucha, Aspergerův syndrom, Rettův

syndrom, dětská dezintegrační porucha a atypický autismus (PDD-NOS<sup>13</sup>), Rettův syndrom byl z této kategorie vyloučen. Jako důvod tohoto kroku autoři zmiňují neostré hranice mezi jednotlivými diagnózami a shodu odborníků, že jde o jednu širokou diagnostickou kategorii. (American Psychiatric Association, 2015).

### 1.5.3 Co přinese MKN 11. revize?

WHO již dlouho čeká s novou revizí Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. V tento moment máme k dispozici její Beta verzi, která podléhá zkušební době, poté bude očekávaná 11. revize MKN oficiálně vydána.

V MKN 11. revizi její Beta verze se PAS řadí do šesté kategorie – duševní poruchy, poruchy chování a neurovývojové poruchy (06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders). Jsou popsány jako syndromy s významným narušením kognitivních schopností, emoční regulace nebo chování jedince odrážející dysfunkci v psychických, biologických nebo vývojových procesech. Poruchy autistického spektra jsou podkategorií *6A02 Autism spectrum disorder*. 11. revize definuje tyto poruchy jako přetrvávající deficity ve schopnosti iniciovat a udržovat sociální interakci a sociální komunikaci s řadou omezených opakujících se nepružných vzorců chování a zájmů. Jsou zde zařazeny následující kategorie (ICD-11, Beta Draft, 2018):

- *6A02.0 Autism spectrum disorder without disorder of intellectual development and with mild or no impairment of functional language,*
- *6A02.1 Autism spectrum disorder with disorder of intellectual development and with mild or no impairment of functional language,*
- *6A02.2 Autism spectrum disorder without disorder of intellectual development and with impaired functional language,*
- *6A02.3 Autism spectrum disorder with disorder of intellectual development and with impaired functional language,*
- *6A02.4 Autism spectrum disorder without disorder of intellectual development and with absence of functional language,*

---

<sup>13</sup> PDD-NOS – pervasive developmental disorder not otherwise specified (Autism Society, [www.autism-society.org](http://www.autism-society.org))



- *6A02.5 Autism spectrum disorder with disorder of intellectual development and with absence of functional language,*
- *6A02.Y Other specified autism spectrum disorder,*
- *6A02.Z Autism spectrum disorder, unspecified.*

Výluční diagnózou je vývojová porucha jazyka, což je v české logopedické praxi značně problematické a diskutované téma. (ICD-11, Beta Draft, 2018).

## **1.6 Diagnostická kritéria pro stanovení diagnózy PAS**

Diagnostika PAS není v kompetenci klinických logopedů, nýbrž klinických psychologů, psychiatrů a dětských psychiatrů (pedopsychiatrů).

Je nutné si utvořit globální náhled na celou posuzovanou osobu, z toho důvodu je nutné přistupovat ke stanovení diagnózy multidisciplinárně. Do týmu odborníků, kteří mohou přispět významnými informacemi řadíme pediatry, neurology, audiology, logopedy, pedagogy a speciální pedagogy. (Říhová, Vitásková, 2012). V rámci práce chceme shrnout kritéria diagnostiky, ze kterých logopedická diagnostika vychází a s danými symptomy poté dále pracujeme v průběhu logopedické intervence.

MKN-10 uvádí tři diagnostická kritéria, která jsou zároveň i hlavními symptomy. (Světová zdravotnická organizace, 2018). V americkém DSM-5 najdeme pouze dvě diagnostická kritéria, která jsou taktéž vnímána jako hlavní symptomy. (American Psychiatric Association, 2015). Jedná se o dva hlavní proudy, jeden využívají odborníci v evropských zemích (MKN-10), druhý je využíván americkými odborníky (DSM-5). Dochází k tomu, že evropské klasifikační systémy velmi často přebírají inovace a trendy ze západu, z USA.

### **1.6.1 Americká diagnostická kritéria (APA, DSM-5)**

DSM-5 představuje zcela ucelený popis diagnostických kritérií, která musí být v americkém prostředí dodržena, aby mohla být diagnóza PAS stanovena. Tato diagnostická kritéria uvádíme z důvodu přehlednosti, dle našeho názoru i smysluplnosti v rámci diagnostiky. Manuál DSM-5 pracuje s diagnostickou dyádou, to znamená, že ke stanovení diagnózy PAS je zapotřebí dvou hlavních znaků:

- *„přetrvávající narušení reciproční sociální komunikace a interakce (kritérium A),*

- *omezené repetitivní vzorce chování, zájmů a aktivit (kritérium B)*“. (American Psychiatric Association, 2015, s. 51–56).

<b>Diagnostická kritéria poruch autistického spektra dle DSM-5</b>	
A.	Přetrvávající deficity v sociální komunikaci a sociální interakci v nejrůznějších souvislostech, které se vyskytují v současnosti nebo prokazatelné v minulosti a projevují se následujícími příznaky: <ul style="list-style-type: none"> <li>- narušení sociálně emoční reciprocity v rozsahu od abnormálního sociálního přístupu po neschopnost navázat sociální interakci nebo na ni reagovat,</li> <li>- narušení neverbální komunikace v rozsahu od abnormalit ve zrakovém kontaktu, neschopnosti porozumět gestům, až po úplnou absenci,</li> <li>- narušení schopnosti navazovat a udržovat vzájemné vztahy a rozumět jim v rozsahu od nedostatečné schopnosti přizpůsobit chování až po naprostý nezájem o vrstevníky.</li> </ul>
B.	Omezené, repetitivní vzorce chování, zájmů a aktivit, jež se projevují nejméně dvěma z následujících příznaků, které jsou přítomny v současnosti nebo byly přítomny v minulosti: <ul style="list-style-type: none"> <li>- stereotypní, repetitivní motorické pohyby při užívání předmětů nebo v řeči,</li> <li>- lpění na neměnnosti, neústupné trvání na rutinně nebo ritualizované vzorce verbálního nebo neverbálního chování,</li> <li>- neobvykle silně vymezené, ulpívavé zájmy abnormální intenzity nebo zaměření,</li> <li>- zvýšená/snížená citlivost na senzoričné podněty, neobvyklé smyslové zájmy</li> </ul>
C.	Začátek období spadá do období raného vývoje – ale nemusí se plně manifestovat do doby, kdy sociální požadavky překročí omezenou kapacitu jedince nebo mohou být zakryty naučenými strategiemi v pozdějším životě.
D.	Příznaky musí způsobovat klinicky významné funkční narušení v sociální, školní, pracovní nebo jiných důležitých oblastech života.
E.	Tyto příznaky nelze přičíst poruše intelektu (vývojové poruše intelektu) nebo celkovému vývojovému opoždění. Poruchy intelektu a PAS se často vyskytují společně. Pokud bychom chtěli diagnostikovat komorbiditu PAS a poruchy intelektu, měla by být sociální komunikace jedince pod vývojovou úrovní očekávanou pro daný věk.

*Tabulka 2: Diagnostická kritéria dle DSM-5*

(American Psychiatric Association, 2015, s. 51-52)

Výše zmíněné hlavní znaky spadají do období dětství, nadále klienta omezují či narušují jeho běžný život (kritérium C a D). Všechny tyto příznaky nemůžeme přičítat poruše intelektu nebo celkovému vývojovému opoždění (kritérium E) – DSM dodává, že PAS a poruchy intelektu se často vyskytují společně, pokud diagnostikujeme komorbiditu těchto dvou diagnóz, sociální komunikace jedince by měla být pod vývojovou úrovní očekávanou pro daný věk. Pro bližší specifikaci diagnostických kritérií uvádím přehledovou tabulku (viz Tabulka 2).

APA dále poskytuje tzv. specifikátory, které kladou důraz na specifikaci jednotlivých kritérií. Můžeme tak specifikovat PAS s přidruženou poruchou intelektu nebo bez poruchy intelektu, s přidruženou poruchou řeči nebo bez přidružené poruchy řeči, spojenou se známým somatickým nebo genetickým onemocněním nebo environmentálním faktorem,

spojenou s jinou neurovývojovou, duševní nebo behaviorální poruchou, spojenou s katatoní<sup>14</sup>. Dále využívá tzv. *stupně závažnosti* (viz Tabulka 3).

Stupeň závažnosti	Sociální komunikace	Vyhraněné, stereotypní projevy chování
<b>Stupeň 3</b> „Vyžadující velmi značnou podporu“	<ul style="list-style-type: none"> <li>- závažné deficity ve verbální i neverbální sociální komunikaci</li> <li>- omezené navozování sociálních kontaktů</li> <li>- minimální odpovědi na pokusy o sociální sblížení ze strany jiných osob</li> <li>- vyhýbá se navození sociálního kontaktu</li> <li>- neobvyklé navozování sociálních vztahů</li> <li>- bez odpovědi na přímý a bezprostřední sociální kontakt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- neměnnost chování</li> <li>- extrémní obtíže při přizpůsobení se změně</li> <li>- omezené a repetitivní chování ovlivňuje úroveň psychologických funkcí</li> <li>- prožitek velké nepohody při změně zaměření pozornosti nebo změně činnosti</li> </ul>
<b>Stupeň 2</b> „Vyžadující značnou podporu“	<ul style="list-style-type: none"> <li>- výrazné deficity ve verbální i neverbální sociální komunikaci</li> <li>- narušení sociální oblasti je viditelné i přes poskytnutou podporu</li> <li>- omezené navozování sociálních vztahů</li> <li>- abnormální reakce na pokusy o sblížení ze strany jiných osob</li> <li>- jeho interakce omezeny pouze na úzké speciální zájmy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nepřizpůsobivost v chování</li> <li>- problémy přizpůsobit se změně</li> <li>- omezené či repetitivní chování vyskytující se často, že si všimne i náhodný pozorovatel (narušuje úroveň psychologických funkcí)</li> <li>- prožívá nepohodu při zaměření pozornosti nebo změně činnosti</li> </ul>
<b>Stupeň 1</b> „Vyžadující podporu“	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bez podpory obtíže v sociální komunikaci</li> <li>- obtížné navození sociální interakce</li> <li>- atypické či neúspěšné reakce na pokusy o sblížení ze strany jiných osob</li> <li>- snížený zájem o sociální vztahy</li> <li>- v hovoru s ostatními selhává</li> <li>- pokusy o získání přátel jsou zvláštní a většinou neúspěšné</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nepřizpůsobivé chování narušuje funkčnost</li> <li>- obtížné měnění aktivit</li> <li>- problémy s organizací</li> <li>- problémy s plánováním brání samostatnosti</li> </ul>

*Tabulka 3: Stupně závažnosti poruch autistického spektra*

(American Psychiatric Association, 2015; Preissová, 2018)

Stupně závažnosti jsou využívány k popisování jednotlivých symptomů, které najdeme v DSM-5 (2015). Domníváme se, že za pomoci těchto stupňů by pro diagnostika i terapeuta mohla být komplexní intervence více srozumitelná, tím pádem i více systematická a zaměřená na výstupy praktického denního života. Více informací a podrobností o diagnostických kritériích DSM-5 naleznete přímo v DSM-5, v jeho českém překladu z roku 2015. (American Psychiatric Association, 2015; Preissová, 2018).

<sup>14</sup> katatonie – pohybové abnormality vyvolané duševním stavem, duševní chorobou – projevují se buď nadměrnou aktivitou nebo naopak sníženou aktivitou (Vokurka, Hugo, 2015, s. 507); souhrn příznaků některých duševních poruch, např. schizofrenie (Slovník cizích slov, 2004)

<b>Diagnostická kritéria dětského autismu dle MKN-10</b>	
<b>a. Přítomnost abnormálního nebo porušeného vývoje, manifestujícího se před věkem tří let.</b>	
<b>b. Charakteristické pro dětský autismus je abnormální funkce všech tří oblastí psychopatologie:</b>	
<b>RECIPROČNÍ SOCIÁLNÍ INTERAKCE – kvalitativní narušení:</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nepřiměřené hodnocení společenských emočních situací,</li> <li>- nedostatečná odpověď na emoce druhých,</li> <li>- chybí sociálně-emoční vzájemnost (reciprocita), nedostatečné přizpůsobení se sociálnímu kontextu,</li> <li>- omezené užívání sociálních signálů,</li> <li>- slabá integrita sociálního, komunikačního a emočního chování.</li> </ul>
<b>KOMUNIKACE – kvalitativní narušení:</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nedostatečné sociální užívání řeči (pragmatika komunikace),</li> <li>- narušena sociálně-napodobivá a fantazijní hra (nedostatek spontánních her),</li> <li>- snížená přizpůsobivost v jazykovém vyjadřování,</li> <li>- relativní neschopnost začít a udržet konverzaci – reciprocita komunikace,</li> <li>- stereotypní užívání jazyka, nedostatek tvořivosti a fantazie v myšlení,</li> <li>- chybí emoční reakce na přiblížení jiných lidí (verbální i neverbální),</li> <li>- narušení kadence<sup>15</sup> komunikace a důrazu v řeči, které modulují komunikaci,</li> <li>- nedostatečná neverbální komunikace (gesta, mimika atd.).</li> </ul>
<b>OPAKUJÍCÍ SE OMEZENÉ STEREOTYPNÍ CHOVÁNÍ:</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- rigidita a rutinní chování v aspektech každodenního života,</li> <li>- specifický zájem o věci, které jsou pro daný věk netypické</li> <li>- stálé zabývání se jedním nebo více stereotypními a omezenými zájmy, které jsou abnormální,</li> <li>- zdánlivě kompulzivní<sup>16</sup> lpění na specifických a nefunkčních rituálech,</li> <li>- odpor ke změnám v běžném průběhu činností nebo v detailech osobního prostředí</li> <li>- stereotypní a opakující se motorické manýry (poklepávání, kroucení rukama nebo prsty, komplexní pohyby celého těla),</li> <li>- stereotypní zájmy,</li> <li>- zájem o části předmětů nebo nefunkční prvky hraček.</li> </ul>
<b>c. Ke specifickým rysů (triádě) dále přistupuje běžná škála dalších nespecifických problémů:</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- fobie (strach),</li> <li>- poruchy spánku a příjmu potravy,</li> <li>- záchvaty vzteku a agrese,</li> <li>- může se stát, že chybí spontaneita, iniciativa a tvořivost při organizování volného času,</li> <li>- potíže s vytvořením myšlenkové struktury při rozhodování.</li> </ul>

*Tabulka 4: Diagnostická kritéria pro dětský autismus dle MKN-10*

(Thorová, 2016; Světová zdravotnická organizace, 2018; ÚZIS, 2019)

## 1.6.2 Evropská diagnostická kritéria (WHO, MKN-10)

MKN-10 (Světová zdravotnická organizace, 2018) se řídí diagnostickou triádou. Pro stanovení pervazivních vývojových poruch, je nutné zaznamenat narušení ve třech oblastech psychopatologie:

- (1) reciproční sociální interakce,
- (2) komunikace,

<sup>15</sup> kadence – melodický, intonační nebo rytmický spád (Slovník cizích slov, 2004)

<sup>16</sup> kompulzivní – nutkavé jednání člověka, nedostatečně řízené rozumově (Slovník cizích slov, 2004)

(3) opakující se omezené stereotypní chování.

Z uvedeného je zcela evidentní, že DSM-5 sloučilo první dvě diagnostická kritéria z diagnostické triády a tím vznikla dyáda. Přikláníme se k americkému pojetí diagnostických kritérií, z našeho pohledu nemůže existovat sociální interakce bez komunikace v širším slova smyslu – myslíme tím tedy komunikaci jakýmkoliv způsobem. Hlavním kritériem je pro nás pragmatická stránka komunikace a její funkčnost v životě jedince s postižením, v našem případě s poruchou autistického spektra.

MKN-10 dále uvádí diagnostická kritéria ke každé diagnostické jednotce zvlášť. Vzhledem k charakteru práce a blížící se 11. revizi MKN budeme specifikovat pouze diagnostická kritéria dětského autismu (viz Tabulka 4).

### **1.6.3 Diferenciální diagnostika**

S diagnostickými kritérii souvisí i diferenciální diagnostika, zabývající se diagnózami, které by mohly vést k určení špatné či mylné diagnózy. Samotná diagnostika PAS je velmi náročná, proměnlivost a variabilita klinického obrazu diagnostiku a diferenciální diagnostiku ještě více ztěžuje. (Preissova, 2018). PAS vykazuje skupinu příznaků zahrnujících kognitivní, motivačně-emoční a behaviorální odchylky od normálního vývoje. Tyto symptomy jsou natolik široké, navzájem prolnuté a variabilní, že logickým vyústěním je jakási komorbidita. (Thorová, 2016).

Kompendum klinické logopedie uvádí diagnostické nástroje, které pomáhají vyloučit mentální retardaci a jiné vývojové poruchy, kam řadíme i poruchy autistického spektra. Kliničtí psychologové do tří let věku dítěte hojně využívají vývojové škály, v České republice je to škála N. Bayley (2005). Od tří let věku je možné použít standardizované inteligenční soubory. Zajímavým neverbálním testem je SON-R (Tellegen et al., 2008), který je dle našeho mínění vhodný z důvodu často nerozvinuté verbální složky u jedinců s PAS. Pro školní věk užívají standardizovaný test WISC-III – Wechslerův inteligenční soubor (2002) a novější škála IDS – Intelligence and Developmental Scale (Grob et al., 2014). Škála IDS zahrnuje i hodnocení pro expresivní a receptivní složku řeči, což je pro nás z logopedického hlediska velmi zajímavé. Psychologové již mohou pracovat i s verzí pro předškolní věk (IDS-P). (Krejčířová, 2018).

V diagnostických manuálech najdeme veškerá diagnostická kritéria, musíme mít tedy na paměti, že jakási komorbidita může vzniknout. Měli bychom dbát na naplnění

jednotlivých diagnostických kritérií. Americký diagnostický a statistický manuál duševních poruch uvádí pro PAS následující diferenciální diagnózy (American Psychiatric Association, 2015):

- *Rettův syndrom*, kdy v klinickém obrazu může klient naplnit kritéria pro PAS, což je pouze přechodné stádium, které po 4. roce věku vymizí a sociální dovednosti se zlepší. Pospíšilová (2018) utvrzuje vyřazení z kategorie poruch autistického spektra z důvodu možnosti genetického vzhledu a testování.
- *Selektivní mutismus* by neměl významně do PAS zasahovat. Je zde zachována reciprocita v sociálních situacích, omezené ani opakující se vzorce chování nenacházíme.
- *Porucha řeči a jazyka většinou není spojena s narušením složky neverbální komunikace, neregistrujeme ani opakující se chování či omezenost v zájmech či aktivitách. Při nenaplnění kritérií pro autismus můžeme uvažovat o pragmatické poruše komunikace.*
- *Porucha intelektu bez poruchy autistického spektra je diagnostikována převážně tehdy, pokud nezaznamenáme rozpor mezi sociálně komunikačními dovednostmi a intelektuálními dovednostmi. Nápomocné jsou zde stereotypní typy chování, které se vyskytují u PAS. Gillberg a Peeters dodávají, že „problémy triády musí však být jednoznačně disproporční k všeobecné úrovni intelektuálních funkcí.“ (2008, s. 45). Můžeme tedy vyvodit, že komunikační a sociální dovednosti budou zasažené mnohem více u PAS, než by tomu bylo u jedince s prostou mentální retardací.*
- *Porucha se stereotypními pohyby – samotné stereotypní chování je jedním z hlavních kritérií pro PAS, pokud je tedy toto chování součástí syndromu autismu nestanovujeme další diagnózu. V případě, že by toto chování vedlo k sebepoškozování a léčbě, můžeme stanovit obě diagnózy.*
- *Porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) je u PAS vcelku běžná. Pokud bychom měli ADHD zvažovat tak pouze tehdy, pokud je významnější, než je běžné u jedinců stejného mentálního věku.*
- *Schizofrenie je diagnostikována na základě halucinací a bludů, které se u PAS nevyskytují.*

Do uvedeného seznamu Gillberg a Peeters (2008) přidávají *deprivaci a depresi*, které na rozdíl od PAS můžeme ovlivňovat změnou prostředí či farmakologicky. Dále se autoři pozastavují nad tématem měření intelektu a hodnotami naměřenými v IQ testech. Jako problematické uvádějí spojování PAS s nižší inteligencí – znamená to totiž, že symptomy autismu budou zastíněny celkovým obrazem mentální retardace. Diagnostik má za úkol rozpoznat u autismu zpomalený vývoj hlavně v komunikaci, sociálních vztazích a imaginaci, v jiných složkách osobnosti může být jedinec v oblasti normy. Právě verbální IQ nám diferencuje dětský autismus a Aspergerův syndrom. (Gillberg, Peeters, 2008). Shodneme se, že problematika inteligence je u poruch spektra v diagnostice klíčová, zároveň problematická. Ze své osobní zkušenosti konstatujeme, že u většiny těžších případů a kombinovaných postižení je mentální retardace diagnostikovaná skoro vždy. Nevíme však, na kolik je diagnóza stanovena validně, zmiňujeme to z důvodu testování intelektu převážně verbální formou, za verbálních instrukcí examinátora – i když víme, že verbální inteligence je u dětí s PAS výrazně narušena.

V této kapitole bychom rádi uvedli poznámku, která nás velice zaujala: „*U osob, které mají značný deficit v sociální komunikaci, ale jejichž ostatní příznaky nesplňují kritéria pro PAS, by měla být zvážena diagnóza sociální (pragmatické) poruchy komunikace.*“ (American Psychiatric Association, 2015, s. 52). Sociálně-pragmatická porucha komunikace je charakteristická primárně narušením schopnosti funkčně (v rámci kontextu a účelu, cíle komunikace) užívat řeč. Může se projevovat neschopností užívat jazyk a komunikaci (verbální i neverbální) v sociálním kontextu. Tito jedinci nedostatečně chápou smysl komunikace, nedokáží sociální komunikaci porozumět, nezvládají dodržovat pravidla sociální komunikace. Vše vede k funkční omezenosti komunikace jedince, k narušení sociálního začlenění a sociálních vztahů i výkonům ve škole a v práci. (American Psychiatric Association, 2015). Komparovat můžeme s vyjádřením autorů článku *Diagnostic Differentiation of Autism Spectrum Disorders and Pragmatic Language Impairment* v periodiku *Journal of Autism and Developmental Disorders*, kde byla pozorována skupina jedinců s ASD (Autism Spectrum Disorders) a PLI (Pragmatic Language Impairment). U obou diagnóz byla nalezena patologie v komunikaci a reciproční sociální interakci. Očekávané rozdílné výsledky v kategorii repetitivní a omezené chování a zájmy se ovšem neobjevily. Nemůžeme tedy shledat toto kritérium jako užitečné při diferenciální diagnostice. (Reisinger, Cornish, Fombonne, 2011).

Krejčířová (2018) varuje nad užíváním diagnózy *vývojové dysfázie*, která by nikdy neměla být společně s PAS uváděna jako paralelní diagnóza. Nedostatečná, neúplně rozvinutá nebo zcela chybějící řeč není u PAS komorbiditou nýbrž hlavní symptomatologií. U vývojové dysfázie nepozorujeme patologii v sociální komunikaci, tedy v reciprocitě komunikace, naopak vidíme zájem jedince a jeho snahy. Velkou roli zastává diagnostika pragmatické jazykové roviny a posudek neverbální komunikace. (Pospíšilová, 2018). Toto je v rozporu s výzkumem anglické studie (Leyfer, Tager-Flusberg, 2008), která porovnávala jedince s vývojovou dysfázií a jedince s PAS pomocí diagnostických nástrojů určených ke zmapování výskytu autismu. Velká část (41 %) dětí s dysfázií měla pozitivní alespoň jeden test pro PAS. Mezi poslední výzkumy řešící problematiku vývojové dysfázie a PAS řadíme studii Taylor et al. z roku 2015. (Pospíšilová, 2018).

V běžné praxi není výjimečné, že rodič jedince s PAS obdrží různé diagnózy a doporučení od různých odborníků. Dochází ke zmatení celého systému komplexní intervence a potřeby dětí s PAS nejsou naplněny. (Pospíšilová, 2018). Toto můžeme z osobní praxe a zkušeností potvrdit – ke zmatení dochází hlavně při vstupu jedince s autismem do základního vzdělávání, kde jsou dokládány veškeré posudky a zprávy o dosavadní péči.

Thorová (2016) uvádí poruchy, které koexistují společně s PAS nebo jsou velmi často za PAS zaměňovány, což je chybné. Můžeme zmínit např. vývojovou poruchu jazyka (vývojovou dysfázií), specifické poruchy učení, specifická vývojová porucha motorické funkce (dyspraxie), sémanticko-pragmatická porucha řeči, hyperlexie<sup>17</sup>, neverbální porucha učení, ADHD, nesociovaná porucha chování, sociální úzkostná porucha, deprese, dystymie<sup>18</sup>, úzkost, obsedantně-kompulzivní porucha<sup>19</sup>, bipolární afektivní porucha<sup>20</sup>, poruchy osobnosti, epilepsie, mozková obrna, tikové poruchy, různé genetické syndromy, poruchy sluchu, poruchy zraku, prosopagnosie<sup>21</sup>, vizuální agnozie<sup>22</sup>.

Diferenciálních diagnóz je mnoho a pouze specializovaní a zkušení odborníci mohou v této propletené síti poruch a onemocnění najít cestu ke správně určené diagnóze, cestu k efektivní terapii, která by měla začínat, co nejdříve.

---

<sup>17</sup> hyperlexie – jev, kdy se dítě naučí číst ještě před nástupem do základní školy, někdy symptomem autismu (Slovník cizích slov, 2004)

<sup>18</sup> dystymie – chronická depresivní nálada (Thorová, 2016, s. 325)

<sup>19</sup> obsedantně-kompulzivní porucha – střídání vtíravých myšlenek a nutkavé aktivity (Thorová, 2016, s. 325)

<sup>20</sup> bipolární afektivní porucha – porucha, kdy dochází k abnormálnímu střídání nálad (Thorová, 2016, s. 325)

<sup>21</sup> prosopagnosie – neschopnost rozeznat tváře (Thorová, 2016, s. 326)

<sup>22</sup> vizuální agnozie – různé formy poruch zrakového poznávání (Thorová, 2016, s. 326)



## 1.7 Klinický obraz dětí s poruchou autistického spektra

Celkový obraz jedince s poruchou autistického spektra je značně variabilní a proměnlivý, ve spektru najdeme jedince s velmi nerovnoměrným symptomatickým profilem. Nalézáme však jisté podobnosti, ze kterých těžíme při diagnostice a terapii. Z diagnostických kritérií a materiálů můžeme generovat fakt, že se klinický obraz bude opírat o základní diagnostickou triádu či dyádu.

Hrdlička a Komárek (2014) vnímá klinický obraz PAS jako psychopatologii, nejčastěji v oblasti sociálních vztahů, jazyka/řeči a komunikace, zasažena je oblast chování, kde se vyskytují abnormální jevy, hry a zájmy. Většina autorů se shoduje ohledně nástupu poruchy – nástup psychopatologie je obvyklý do tří let věku jedince, z praxe víme, že nástup obtíží je mnohem dřívější. Rodiče pozorují odlišnosti mnohem dříve. Kompendium klinické logopedie vnímá spektrum poruch autistického spektra jako pestré a proměnlivé v čase. (Preissová, 2018, s. 516). Na proměnlivosti a různorodosti v závislosti na faktorech času, období, věku a situace se shodnou autoři většiny publikací, je proto nutné diagnostiku symptomů provádět v různých situacích a zjistit toho o klientovi, co nejvíce.

### 1.7.1 Specifické, klíčové symptomy

Specifické symptomy chápeme jako symptomy typické pro jedince s PAS, bez těchto specifických symptomů by diagnóza PAS neměla být diagnostikována. Jistá kombinace projevů se tedy musí vyskytovat vždy, stěžejním je diagnostická triáda. (Thorová, 2008).

Šporclová (2018) specifické symptomy nazývá jádrovými obtížemi. Řadí sem hluboké narušení sociálních vztahů, sociální komunikace, sociálně emočního porozumění, stereotypní činnosti, omezené zájmy, adaptační obtíže, nepružné myšlení. Naprosto logicky jsou obtíže celkově narušující v každodenním fungování jedince, pronikají do jednotlivých činností. Specifické obtíže u jedinců s PAS nezmizí – mohou se však postupně, různými vlivy, měnit. (Šporclová, 2018).

#### **Komunikace**

Komunikace patří k hlavním příznakům autismu, už jen z toho důvodu, že je to jeden z prvotních signálů značících ne zcela intaktní vývoj. Pozorujeme problém především v pragmatice a sémantice – jedinci mohou být schopni ovládat gesta a slova, nedochází však k jejich přiměřenému užívání. (Kerekrétiová, 2009). V oblasti řeči pozoruje opožděný vývoj

nebo ztrátu již osvojených slov. Děti nemusí reagovat na zavolání, mají problémy s vyjadřováním a rozuměním řeči. Může se zdát, že dítě neslyší (má poruchu sluchu), a z toho důvodu nereaguje. Spektrum problémů v sekci komunikace je různorodé, může mít několik variant a u každého dítěte jinou podobu – u některých se řeč nerozvine vůbec, jiné mohou mít velmi pestrou slovní zásobu, porozumění může být ve verbální složce, nikoliv však v neverbální. Typická je latence při zpracování informací a pokynů. (Šporclová, 2018). Na abnormality poukazuje i Hrdlička a Komárek (2014), věnují se typickým znakům, kterých by si mělo okolí všimnout, klinický logoped by je měl bez problémů odhalit. Řeč dětí je nápadná svou monotónností, připomíná řeč robota. (Wiener, 1997 in Hrdlička, Komárek, 2014). Nacházíme echolalie<sup>23</sup>, nedochází k porozumění užívání zájmen, časté jsou jejich záměny, je narušen syntax<sup>24</sup> a gramatická stránka řeči. Významným je malá komunikativní hodnota a nedostačující reciprocita v hovoru. (Lewis, 1996 in Hrdlička, Komárek, 2014). Více o vztahu komunikaci dětí s PAS píšeme v kapitole 3.4 *Komunikace jedinců s poruchou autistického spektra* a kapitole 4.3 *Pragmatická jazyková rovina u dětí s PAS*.

### **Sociální interakce**

Šporclová (2015, in Šporclová, 2018) ve své disertační práci zjistila, že většinu rodičů nejčastěji začnou znepokojovat chybějící sociálně-komunikační dovednosti, které se pojí s počátkem komunikace. Jedná se o ukazování za účelem sdílet pozornost (deklarativní ukazování), upoutávání pozornosti, zájem o společnou hru, omezené používání gest a snížený zájem o komunikaci globálně. Zároveň výzkumem potvrdila, že většina dětí s PAS vyžaduje a má rádo „mazlení“ – všeobecně známé tvrzení, že jedinec, který se rád mazlí, nemůže být autista, tímto vyvrátila. Další deficitní oblastí je napodobivé sociální chování a předstírací hra – ta se u dětí s PAS vyskytuje zřídka. V publikaci *Dětský autismus* autoři souhlasí a doplňují o nezájem o kontakt s lidmi a slabé odpovědi na emoce pozorující v okolí. Jedinci obtížně zvládají přizpůsobování vlastního komunikačního chování danému sociálnímu kontextu. (Hrdlička, Komárek, 2014). Již malé děti s poruchou autistického spektra neprojevují zájem o navázání kontaktu – chybí sociální reciprocita. Nesdílejí emoce, nejsou schopny imitovat chování ostatních. (American Psychiatric Association, 2015).

Můžeme zjednodušit – každé dítě se bude svými projevy lišit, sociální chování bude odpovídat věku tří let, u jiného věku šesti let. Dle sociálního chování můžeme jedince

---

<sup>23</sup> echolalie – mechanické opakování toho, co bylo právě slyšeno (Hrdlička, Komárek, 2014)

<sup>24</sup> syntax – větná skladba (Slovník cizích slov, 2004)

s autismem dělit na následující typy: osamělý, pasivní, aktivní, formální. (Čadilová, Žampachová, 2013). Uvádíme přehledovou tabulku s jednotlivými typy sociálního chování jedinců s PAS, které stanovila L. Wingová (viz Tabulka 5).

Sociální intelekt je však vždy těžce deficitní vůči mentálním schopnostem. Víme, že existují dva extrémy, extrémní osamělost a extrémní komunikativnost (sociální nepřiměřená aktivita). Děti s autismem využívají celou tuto škálu, jedno je stydlivé a osamělé, jiné využívá nadměrně svůj mluvní apetit, což není každému příjemné – můžeme říci, že typické chování neexistuje. Liší se kvalitou sociální interakce a mírou poruchy. (Thorová, 2016).

Doslovné a přesné chápání instrukcí a sociálních situací, ulpívavé a rigidní myšlení, upřednostňování sebe samotného, omezená schopnost empatie, snížená schopnost rozumět metakomunikaci<sup>25</sup> a neschopnost generalizovat. Tento balíček dovedností a schopností „*lidem s PAS neumožňuje chápat jemnost a komplexitu sociálních vztahů a situací.*“ (Thorová, 2016, s. 80). Jako klíčové dovednosti v oblasti sociálního chování vnímáme především: napodobování (vrozený způsob učení), sdílenou pozornost, udržení zrakového kontaktu a zájem o něj, sledování směru pohledu, imperativní a poté deklarativní ukazování, sluchové sdílení pozornosti, touha po stejností v sociálních reakcích (akce-reakce), vztahy s vrstevníky a dospělými. (Thorová, 2012).

„*Neschopnost vytvářet vztahy, udržovat je a rozumět jim.*“ (American Psychiatric Association, 2015, s.55). To považujeme za hlavní podstatu této oblasti s nutností přihlídnutí na věk, kulturu a pohlaví jedince. Děti jsou pasivní, na lidi reagují nepřiměřeně, nejsou schopny sociální hry, později si můžeme všimnout, že je pro ně velmi důležitá stálost pravidel, viditelné je upřednostnění samotářských aktivit. (American Psychiatric Association, 2015).

---

<sup>25</sup> metakomunikace – předávání informací v průběhu komunikace za pomoci intonace, mimiky, gestikulace, barvy hlasu, důrazu (Thorová, 2016)

Typy sociálního chování u jedinců s PAS	
TYP	PROJEVY SOCIÁLNÍHO CHOVÁNÍ
Typ osamělý	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bez snahy o fyzický kontakt, vyhýbání se fyzickému kontaktu</li> <li>- nezájem o sociální kontakt a o komunikaci</li> <li>- samotář, bez věnování pozornosti svému okolí</li> <li>- vyhýbání se zrakovému kontaktu nebo jistá specifika zrakového kontaktu (vágnost)</li> <li>- snížený práh bolesti</li> <li>- nezájem o vrstevníky</li> <li>- nevyskytuje se separační úzkost, není potřeba se držet u rodičů</li> <li>- může být i velmi aktivní, bez schopnosti empatie, agresivita, nevnímá reakce ostatních</li> <li>- postupem času se kontakt s lidmi zlepšuje (vliv edukace a naučených reakcí)</li> </ul>
Typ pasivní	<ul style="list-style-type: none"> <li>- omezenost spontánnosti v reakcích a sociálních interakcích</li> <li>- menší diferenciací sociálního chování</li> <li>- pasivní akceptace kontaktu (nevyhledávají mazlení, ale nevádí jim)</li> <li>- nižší schopnost projevit potřeby</li> <li>- menší potěšení ze sociálního kontaktu</li> <li>- omezenost ve sdílení radosti s ostatními, dále v empatii, sociální intuici, podělení se a prosby o pomoc</li> <li>- pasivní účast ve hrách s vrstevníky</li> <li>- sociální komunikace není spontánní či zcela chybí (komunikace jako prostředek k uspokojení základních potřeb)</li> <li>- poruchy chování nejsou časté, hypoaktivita</li> </ul>
Typ aktivní	<ul style="list-style-type: none"> <li>- spontaneita v sociální interakci</li> <li>- sociální dezinhibice, nedodržování komunikačních a sociálních pravidel (intimní vzdálenost, nepřiměřenost sociálního kontaktu)</li> <li>- přehnaná až bizarní gestika a mimika</li> <li>- malý vztah k posluchači</li> <li>- perseverace týkající se vlastních zájmů</li> <li>- problematické a obtěžující sociální chování</li> <li>- jednoduché sociální rituály</li> <li>- dodržování a chápání pravidel společenského chování je obtížné</li> <li>- porozumění kontextu sociální situace je problematické</li> <li>- ulpívavý zrakový kontakt</li> <li>- hyperaktivita</li> </ul>
Typ formální (afektovaný)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- typické pro jedince s vyšším IQ</li> <li>- dobré vyjadřovací schopnosti</li> <li>- řeč je formální s precizním vyjadřováním (působí strojeně)</li> <li>- chování je konzervativní, působí chladným dojmem</li> <li>- společenské rituály jsou velkou oblibou (lpění na dodržování)</li> <li>- dodržování pravidel (afekty při nedodržení)</li> <li>- znají výrazy, které slepě imitují po dospělých bez jejich pochopení</li> <li>- doslovné chápání řečeného a slyšeného</li> <li>- sociální naivita, pravdomlupnost bez schopnosti empatie</li> <li>- encyklopedické zájmy</li> <li>- přílišná zdvořilost nepřiměřená věku</li> </ul>
Typ smíšený (zvláštní)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nesourodé sociální chování (záleží na situaci a osobě)</li> <li>- viditelné prvky osamělosti a pasivity, ale i aktivního a formálního přístupu</li> <li>- chování celkově považování za zvláštní</li> <li>- výkyvy v kvalitě kontaktu</li> <li>- často méně problémové chování k blízkým osobám (rodičům)</li> <li>- chování a výrazy imitující dospělé (dojem falešné sociální zdatnosti)</li> </ul>

Tabulka 5: Jednotlivé typy sociálního chování u jedinců s PAS

(Thorová, 2012)

## **Stereotypní chování**

Do diagnostického kritéria B z DSM-5 se řadí jednoduché motorické stereotypie (třepání rukama, kroucení prsty), opakované používání věcí (mincí, kuliček, řazení do kategorií) a repetitivní řeč (echolálie). Fascinace se mohou vázat na sníženou nebo zvýšenou citlivost smyslového vnímání. Mohou se objevit extrémní reakce na chuť, vůni, materiály a vzhled. (American Psychiatric Association, 2015).

Neschopnost přizpůsobit se novým a často náhlým změnám, neochota učit se novým věcem. To ve většině případů zaznamenávají rodiče, kteří se začnou o vývoj svého potomka znepokojovat. (Šporclová, 2018). V chování dominuje ulpívavost na neměnnosti okolí jedince, rozeznáme nefunkční rituály a odpor k jejich změně. Velmi nápadné jsou pohybové stereotypy, pohyby rukou, prstů a další částí těla – často se objevují v situacích celkové nevyrovnanosti a nepohody jedince, mohou sloužit k uvolnění napětí nebo jako rituál. (Hrdlička, Komárek, 2014).

### **1.7.2 Nespecifické, ostatní symptomy**

Výjimečné schopnosti dítěte s autismem – fascinující části osobnosti – Hrdlička v kapitole *Klinický obraz dětského autismu* píše: „jedná se o výjimečnou mechanickou paměť, se schopností memorovat přené řady nezáživných údajů, matematické schopnosti provádět z paměti složité početní úkony, malířské nebo hudební schopnosti spočívající ve věrné reprodukci obrazu či melodie po jediném zhlédnutí či poslechu.“ (2014, s. 38).

Od výjimečných schopností, které nenacházíme u každého jedince s autismem, na tomto místě radíme obtíže v oblasti smyslového vnímání, které zasahují (více či méně) každou rodinu, kde je členem jedinec s PAS. Dochází tím k zásadnímu ovlivnění fungování jedince a z určité části snižuje kvalitu jeho života. Je zajímavé, že dle Světové zdravotnické organizace není atypické či abnormální smyslové vnímání zařazeno mezi specifické, klíčové deficitní oblasti, v DSM-5 je však najdeme. (Šporclová, 2018). Hrdlička a Komárek (2014) zmiňují hyperaktivitu jako nespecifický symptom, který není zanesen do diagnostických kritérií PAS a vyžaduje pozornost ze strany odborníků.

U některých dětí s dětským autismem si nevšimneme nápadností v motorické oblasti, dokonce jsou motoricky velmi zdatní, můžeme však zaznamenat i známky opoždění

nebo dyspraxie<sup>26</sup> a abnormality. (Hrdlička, Komárek, 2014). PAS mohou doprovázet abnormální motorické znaky, kterými jsou např. chůze převážně po špičkách, nemotornost a další. Zaznamenat můžeme sebepoškozování, disruptivní<sup>27</sup> nebo provokativní chování. (American Psychiatric Association, 2015). MKN udává četnou přítomnost fobií, poruch spánku a příjmu potravy. Vyskytující se záchvaty vzteku a agrese, může se stát, že chybí spontaneita, iniciativa a tvořivost při organizování volného času, v neposlední řadě potíže s vytvořením myšlenkové struktury při rozhodování. (Světová zdravotnická organizace, 2018).

### 1.7.3 Funkční dopad poruch autistického spektra

Funkčním dopadem myslíme důsledky, které se promítnou do každodenního života jedince s poruchou autistického spektra.

U malých dětí s PAS se může vyskytnout zhoršování učení – speciálně učení prostřednictvím sociálních interakcí nebo učení v přítomnosti vrstevníků (což zahrnuje učení nápodobu, učení pomocí přirozeného vzoru dospělého v rodině). Jedinci ulpívají na pravidlech a mají přímo nechuť ke změně. Autismus může vést k precitlivělosti k sensorickým podnětům, což narušuje denní režim jedince. Obtíže v plánování a organizování ovlivňují školní výkon i jedincům s průměrnou či nadprůměrnou inteligencí. Psychogenní oblast je narušena a jedinec tak hůře prospívá, na to navazuje sociální izolace a komunikační problémy, které jsou z funkčního hlediska zásadní. (American Psychiatric Association, 2015, s. 59).

Šporclová (2018) rozšiřuje dopady diagnózy na celé sociální prostředí, kde jedinec vyrůstá – poukazuje na zátěž pro celou rodinu. Rodiče a sourozenci jedince věnují veškerý čas postiženému členovi. Rodina se stává izolovanější, pozorujeme vyšší pravděpodobnost psychických problémů u členů rodiny, kteří nemají prostor k seberealizaci. Je proto velmi důležité, aby byla odborná pomoc poskytnuta celé rodině. Sociální adaptace rodiny do běžného života společnosti by měla být součástí pomoci odborníků.

## 1.8 Možnosti diagnostiky poruch autistického spektra

Íhned v počátku si musíme uvědomit, že celý proces diagnostiky poruch autistického spektra je velmi složitý a komplexní proces, uvádíme pouze orientační a stěžejní body

---

<sup>26</sup> dyspraxie – částečné snížení schopnosti a dovednosti vykonávat obratně složitější úkony (Slovník cizích slov, 2004)

<sup>27</sup> disruptivní – narušující, rušivý, ničivý, rozvratnický (Slovník cizích slov, 2004)

psychologické diagnostiky PAS. Na logopedickou diagnostiku u jedinců s autismem je zaměřena kapitola 5.4 *Specifika logopedické diagnostiky u poruch autistického spektra*.

Psychologická diagnostika vyžaduje systematické vyšetření všech oblastí vývoje jedince, které smí provádět pouze specialista, klinický psycholog, dětský psychiatr (pedopsychiatr). V raném věku nemůžeme diagnózu stanovit, specialista však může vyslovit podezření a zahájit počáteční terapii. (Krejčířová, 2015). Thorová doporučuje ideální diagnostický model, který se skládá ze tří fází: „*fáze podezření, fáze diagnostická, fáze postdiagnostická*.“ (2016, s. 269). PAS můžeme diagnostikovat pouze na základě celkového chování ve specifických oblastech. (Thorová, 2008). Doposud neexistuje žádný biologický test, který by PAS mohl s jistotou potvrdit. Diagnostický proces je tedy velmi náročný a zasluhuje vysokou pozornost, trpělivost a erudovanost specialistů, kteří pracují na specializovaných pracovištích. (Beranová, Thorová, Hrdlička, Propper, 2014).

Klasické hodnocení není příliš přesné a neposkytne nám informace, které potřebujeme. Opíráme se o pozorování, které by nemělo být jednorázové, ale opakované, vodítkem jsou diagnostické manuály, anamnestické údaje rodiny o podrobném vývoji jedince. Pro zpřesnění autistických projevů byly vytvořeny standardizované diagnostické nástroje, které se stávají součástí diagnostického procesu. (Beranová, Thorová, Hrdlička, Propper, 2014). Preissová (2018) v kontextu diagnostiky PVP zmiňuje tzv. *pracovní diagnózu*, kterou užívá právě, když proces diagnostiky není zcela ukončen, nebo si myslí, že je vhodné se stanovením konečné diagnózy ještě počkat až se klient projeví přesněji.

Dle našeho názoru je velice obtížné sestavit standardizovaný diagnostický materiál právě ke skupině poruch jako jsou poruchy autistického spektra. Názor tu zmiňujeme hlavně z důvodu variability projevů a jejich mnohotvárnosti. Zastáváme názor, že by mělo být použito více rozličných diagnostických materiálů, které poté v rámci procesu diagnostiky mezi sebou porovnááme a získáváme tak vyšší validitu proběhlé diagnostiky.

V rámci této práce se nebudeme podrobně zabývat diagnostickým procesem, který náleží specialistům, chceme pouze upozornit na jednotlivé složky a možnosti. Upozorníme na standardizované materiály, které se v České republice nejvíce užívají (Hrdlička, Komárek, 2014, s. 39-40):

- CARS (Childhood Autism Rating Scale) – Schopler, Van Bourgondien, jedná se o semistrukturovanou škálu,

- ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised) – Lord, Rutter, diagnostické interview,
- ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) – Lord, komplexní observační metoda.

Je známo, že některé předpoklady pro rozvoj poruchy autistického spektra můžeme pozorovat již od 18. měsíce věku dítěte. Z tohoto tvrzení vyplývá užívání nástrojů rané detekce (screeningové dotazníky), ty slouží především k tomu, aby co nejširší záběr odborníků byl schopen vyslovit alespoň podezření pro poruchu a byl schopen odkázat na specializovaná pracoviště. Musíme varovat před menší spolehlivostí těchto dotazníků. Mezi screeningové dotazníky užívané v České republice řadíme tyto nástroje (Beranová, Thorová, Hrdlička, Propper, 2014):

- M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers) – Robins, Fein, Barton,
- DACH (Dětské autistické chování) – Thorová, Šporclová.

V rámci projektu z Evropských fondů: *Ověřování účinnosti Rané intervence O.T.A.*<sup>28</sup> u dětí s pozitivním nálezem v testu M-CHAT-R, se nyní v České republice šíří základní dotazník M-CHAT-R a navazující dotazník M-CHAT-R/F (Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-up), (Modifikovaný dotazníkový test pro záchyt poruchy autistického spektra u batolat) do ordinací dětských lékařů. Dotazníky byly přeloženy z anglického originálu se souhlasem autorů – D. Robins, D. Fein, M. Barton. Projekt předpokládá, že: „*včasný záchyt a následná terapeutická práce rodičů umožňují započít u dítěte změny potřebné pro jeho další pozitivní vývoj.*“ Web autismus-screening.eu nabízí volně ke stažení screeningový test M-CHAT pro děti ve věku 16-30 měsíců. V současné době můžeme tvrdit, že se jedná o nejlépe verifikovaný a celosvětově využívaný screeningový test pro PAS. (Centrum terapie autismu, 2017; Autismus-screening.eu, 2016).

V zahraničí se používá (kromě výše uvedených) mnohem a mnohem více materiálů, které jsou standardizované a diagnostika za jejich pomoci probíhá snadněji a přesněji. Beranová, Thorová, Hrdlička, Propper (2014) uvádí následující:

- TPBA (Transdisciplinary Play-Based Assessment) – Linder, tento test byl Thoro-  
vou upraven a přeložen do českého jazyka,

---

<sup>28</sup> O.T.A. – Open Therapy of Autism (autismus-screening, [www.autismus-screening.eu](http://www.autismus-screening.eu))



- ABC (Autism Behavior Checklist) – Krug, Aric et al.,
- A. S. A. S. (The Australian Scale for Asperger's syndrome) – Garnett, Attwood,
- ASSQ (Asperger Syndrome Screening Questionnaire) – Ehlers, Gillberg,
- CAST (Childhood Asprger Syndrome Test) – Scot, Baron-Cohen et al.,
- DISCO (Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders) – Gould et al.,
- PDDST (Pervasive Developmental Disorders Screening Test) – Siegel,
- E-2 Form (Diagnostic Checklist) – Rimland, tento test byl vůbec prvním diagnostickým dotazníkem, který měl snahu zmapovat jednotlivé symptomy u lidí s PAS,
- GARS (Gilliam Autism Rating Scale) – Gilliam,
- HBS (Schedule of Handicaps and Behavior and Skills) – Wing, Gould.

Thorová (2016) mezi užívané diagnostické materiály ještě navíc řadí AQ test (Kvocient autistického spektra), o který se zasloužil Baron-Cohen.

V rámci diplomové práce bychom rádi představili diagnostické materiály, které používají při práci s klienty v Speech and Hearnig Clinc při Valdosta State Univerzity, kde autorka práce měla možnost v rámci studijní stáže v USA měsíc pobývat. Měla možnost se seznámit s následujícími materiály:

- SLDT-Elementary (Social Language Development Test-Elementary) – Bowers, Huisingh, LoGiudice,
- SLDT-Adolescent (Social Language Development Test-Adolescent) – Bowers, Huisingh, LoGiudice,
- GARS-3 (Gilliam Autism Rating Scale-Third Edition) – Gilliam,
- GARS-2 (Gilliam Autism Rating Scale-Second Edition) – Gilliam,
- ASDS (Asperger Syndrom Diagnostic Scale),
- SEE (Social Emotional Evaluation) – Wiig,
- TECEL (Test of Early Communication and Emerging Language) – Huer, Miller.

Pocitujeme jako nutné na tomto místě zmínit *Edukačně hodnotící profil dítěte s poruchou autistického spektra* sestaven autory Věrou Čadilovou a Zuzanou Žampachovou (2015). Důvodem jsou pozitivní reakce pedagogů při jeho užívání. Nejedná se sice o testový či diagnostický materiál, ale slouží k hodnocení dítěte s PAS do 7 let a může jej využít již učitel v mateřské škole. Primárně je určen pro speciální pedagogy, učitele a další odborníky, ale také pro rodiče dětí s PAS k hodnocení vývojové úrovně dětí v předškolním věku, dovo-luje sledovat a reagovat na disharmonii ve vývoji jedince. Napomáhá k sestavení funkčního výchovně-vzdělávacího plánu, kterým je v případě dětí s PAS individuální vzdělávací plán. (Čadilová, Žampachová, 2015).

Úroveň dítěte můžeme stanovit v jednotlivých oblastech – sociální vývoj, komunikace, receptivní a expresivní řeč (verbální i neverbální), imitace (motorická, sociální, verbální), motorika (jemná a hrubá), grafomotorika a kresba, sebeobsluha (stravování a stolování, oblékání, umývání, používání WC), vnímání (zrakové, sluchové, taktilní), abstraktně vizuální myšlení. Hodnotíme na třech úrovních – splnil/a (S), nesplnil/a (N), naznačil/a (Na). Položky označené za „naznačil/a“ autorky uvádějí jako důležité z hlediska oblastí, které je nutno podrobit dalšímu nácviku. Vyhodnocení může proběhnout i elektronicky. (Čadilová, Žampachová, 2015).

Existuje množství materiálů, se kterými může odborník pracovat. Je pouze na něm, který zvolí. Samotné posuzující škály a dotazníky musí být doplněny citlivým přístupem a příjemnou atmosférou při diagnostice – tak, aby se všichni účastníci diagnostického procesu cítili, co nejpřirozeněji, nejpříjemněji a nejpohodlněji.

## 2 PŘEDŠKOLNÍ VĚK

### 2.1 Vymezení předškolního věku

V *Pedagogickém slovníku* najdeme několik pojmů souvisejících s předškolním věkem: předškolní pedagogika, předškolní vzdělávání, předškolní zařízení. Termín *předškolní věk* je vymezen: „vývojové období dítěte od dovršení 3. roku věku po vstup do školy, tzn. do dovršení 6. roku života.“ (Průcha, Walterová, Mareš, 2013, s. 229). V tomto období je hlavní činností hra, jedinci dochází do předškolního zařízení (zpravidla mateřská škola). Základním kamenem výchovy je rodina, na kterou navazuje institucionální výchovně vzdělávací činnost. (Průcha, Walterová, Mareš, 2013). *Logopedický slovník* definuje pouze pojem *předškolák*, který je vymezen dítětem v období 3-6 let věku. (Dvořák, 2001). *Psychologický slovník* (Hartl, Hartlová, 2015) pojem předškolní věk neposkytuje.

Vágnerová (2012) i Thorová (2015) pojímají předškolní období jako „*věk hry a přípravy na školu*.“ Shodují se s *Pedagogickým slovníkem* na počátku období – tři roky věku jedince, konec ohraničují sociálně, vstupem do základní školy, ponechávají rozpětí 6-7 let. (Vágnerová, 2012, s. 177). Domníváme se, že je to v současnosti z důvodu častých odkladů školní docházky a pozdějšího nástupu jedinců do prvních tříd základních škol. Langmeier a Krejčířová (2006) uvádí předškolní věk v širším slova smyslu jako: „*celé období od narození (někdy i včetně vývoje prenatálního) až po vstupu do školy*.“ V užším slova smyslu toto období chápou jako „*věk mateřské školy*.“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 87). S posledním tvrzením doslovně nesouhlasíme z důvodu stálého vlivu rodiny a faktu, že ne všechny děti mateřskou školu striktně navštěvují (s výjimkou posledního povinného roku předškolního vzdělávání).

### 2.2 Charakteristika období předškolního věku

Předškolní věk je charakteristický především vlastní pozicí dítěte ve světě, která se ustaluje. Dochází k diferenciaci<sup>29</sup> vztahu jedince k okolnímu světu. Typické je fantazijní zpracování informací, intuitivní uvažování, egocentrismus<sup>30</sup>. V prostředí mateřské školy dochází k přirozené rivalitě, dítě má potřebu iniciativy a stvrzení svých kvalit. Dochází

---

<sup>29</sup> diferenciacie – rozlišení, rozrůzňení, odlišení, rozlišování (Slovník cizích slov, 2004)

<sup>30</sup> egocentrismus – v jednání i myšlení pozornost zaměřená na vlastní osobu (Slovník cizích slov, 2004); ulpíván na svém pohledu, což je určitou jistotou (Vágnerová, 2012)

k budování vztahu s vrstevníky, socializaci<sup>31</sup>, učí se prosadit se, ale i spolupracovat. Veškeré aktivity a vývojové změny se projektují do hry, důležitým bodem tohoto věku je sdílená aktivita, kde děti trénují prosociální chování. (Vágnerová, 2012). Jedinec v předškolním věku („předškolák“) je aktivní a zvědavý člen skupiny (rodiny, mateřské školy). (Thorová, 2015). Brierley (1996) uvádí ve své knize *7 prvních let života rozhoduje* důležité mezníky vývoje dítěte. Příkladá význam prvním sedmi rokům života jedince, popisuje anatomii mozku a jeho vývoje v raných fázích života. Nakonec přidává 21 zásad, kterými by se měli rodiče i učitelé řídit, aby podpořili správný vývoj jedince. Osobně si myslíme, že předškolní věk je obdobím růstu, učení a sociálního začlenění v rámci vrstevnické skupiny.

### 2.2.1 Kognitivní vývoj, poznávací procesy

Piaget (1966 in Vágnerová, 2012) označil tuto fázi vývoje *obdobím názorného, intuitivního* myšlení – kolem 4. roku věku je uskutečněna transformace inteligence dítěte z předpojmové, symbolické na úroveň názornou, intuitivní. Užívání slov či symbolů jako předpojmů pozorujeme v raném předškolním věku (do 4 let věku), poté je dítě schopno uvažovat v celostních pojmech. (Langmeier, Krejčířová, 2006). Nedochozí k přesnému uvažování, analyzování a zobecňování, myšlení předškolního dítěte je omezené, intuitivní a prelogické. (Vágnerová, 2012). Názorné myšlení se projeví činnostmi jako je schopnost kategorizovat (třídění dle barvy, velikosti, tvaru, počtu atd.), postřehnout podstatné vlastnosti předmětů a jevů, pracovat s pojmy (slova nadřazená, obecná). (Thorová, 2015).

Pro vnímání okolního světa je stěžejní subjektivita, která se promítne do poznávání okolního světa. *Egocentrismus*, tedy ulpívání na vlastním názoru, zavrhování jiných. Dítě je přesvědčeno, že jeho názor/pohled, je ten správný a jediný možný, je pro něj zcela nemožné pohlížet na situace z více hledisek. *Fenomenismus* vysvětlíme jako konkrétní dětskou představu, kterou vnímá okolí – většinově je okolí takové jaké vypadá. Dítě se upíná na viditelné znaky, které jsou pro něj subjektivní jistotou. S tím souvisí *prezentismus*, tedy striktní vázanosť na přítomnost. (Vágnerová, 2012).

Pro zpracování a interpretaci okolí, děti v tomto věku užívají *magičnosť*, fantazijní dovtváření reality. Problematické je rozlišování mezi realitou a fantazií. Typický je *animismus*, *antropomorfismus* – vlastnosti lidských bytostí jsou dávány i neživým objektům. Děti jsou

---

<sup>31</sup> socializace - celoživotní proces osvojování jazyka, lidských forem, norem chování, hodnot a mezilidských vztahů, zvyků, tradic a představ o světě (Slovník cizích slov, 2004); příprava na život ve společnosti (Vágnerová, 2012)

přesvědčeny, že to, co se naučí, co poznají, musí mít jednoznačnou platnost – *absolutismus*. Proměnlivost názorů dospělých je dětmi špatně chápána. Důležitá je neměnnost a aktuální podoba světa. I to je důvodem ignorování informací, které by mohli v úvahách o světě překážet. (Vágnerová, 2012).

### 2.2.2 Motorický vývoj

Hrubá i jemná motorika jdou vývojově výrazně vpřed, spolu s dětskou tvořivostí a rozvojem hry. Dítě začíná být čím dál více soběstačné, zvládá úkony jako zapínání knoflíků, čištění zubů, oblékne se, na konci předškolního období si dokáže zavázat tkaničky. V rámci jemné motoriky dochází k větší vyhraněnosti laterality, což se projeví na úchopu tužky, kdy jedinec preferuje pravou nebo levou horní končetinu. Na konci tohoto období by se měl fixovat správný úchop psacího náčiní<sup>32</sup>. Roste koordinace obou rukou a také ruky a oka, což registrujeme na činnostech jako je stříhání, zapínání zipu atd. (Thorová, 2015).

V hrubé motorice pozorujeme zvládnutí komplexních motorických činností – sportovní aktivity. Výrazný pokrok vidíme v rovnovážných dovednostech. (Thorová, 2015). Také Langmeier a Krejčířová (2014) motorický vývoj shrnují jako průběžně se vylepšující a zdokonalující motorickou koordinaci a obratnost s velkou mírou hbitosti a elegancí pohybů. Děti nejen výborně chodí, ale i výborně utíkají, sbíhají schody, dovedou lézt po žebříku, skáčou na místě i z menší překážky (lavička). Vydrží stát na jedné noze, vlastní jim je dovednost házet s míčem blížící se stylu dospělých.

### 2.2.3 Jazykový vývoj a komunikace dětí v předškolním věku

Jazykový vývoj postupuje od narození – stádium křiku, výrazy libosti a nelibosti, stádium žvatlání, poté napodobování a rozumění řeči až po vlastní řeč. Od jednoho roku věku, kdy děti většinou vysloví první slovo jde jazykový vývoj výrazně kupředu. Významnou roli stále sehrává napodobování a opakování. (Krahulcová, 2013). Po prvních slovech nastávají ve dvou letech první jednoduché věty. Schopnost správně vyslovovat je v tomto věku u jednotlivých dětí různá. Předškolní věk je obdobím samostatnosti ve vyjadřování a bohatosti slovní zásoby. (Kutálková, 2005). Sledujeme nárůst v kvalitě i kvantitě slovní zásoby, gramatiky i pragmatických funkcí. (Kapalková, Vencelová, 2016). Ve třech letech věku jsou děti schopné správně vyslovit určité množství hlásek, dochází však k záměnám a nepřesné

---

<sup>32</sup> správný úchop psacího náčiní – tříbodový úchop tužky (Thorová, 2015); palec a ukazováček proti sobě, prostředníček zespoda tužky

výslovnosti – tzv. fyziologickým odchylkám (nesprávná výslovnost). (Mlčáková, Vitásková, 2013). Neubauer (2018) připojuje ekvivalentní pojmy nepřesná či nedbalá výslovnost.

Krahulcová (2013) uvádí, že děti ve 3 letech mluví ve větách a osvojují si gramatiku a stavbu vět. Příznačné jsou otázky „proč?“, při kterých jedinci získávají novou slovní zásobu, tvoří se verbální slovní paměť. V 6 letech děti mají již vysokou slovní zásobu a jsou schopni pojmut složitější děj, zvládají jednodušší souvětí. (Krahulcová, 2013, s. 48). Předškolní věk je obdobím narativních<sup>33</sup> schopností jedince, dochází k rozvoji schopnosti vyprávět, děti chápou strukturu děje. To souvisí s vývojem emocí a kognitivních schopností. (Kapalková, Vencelová, 2016). Nastává tzv. období otázek – v době mezi třetím a čtvrtým rokem věku. Otázky „proč?“ nastávají po období otázek „co to je?“, Kutálková na rozdíl od Krahulcové pojímá toto období jako potřebu dítěte popovídat si. (Kutálková, 2005). S rostoucími zájmy roste i slovní zásoba, a to spontánně od čtvrtého roku věku, tomu napomáhají básničky, říkanky, písničky, rýmovačky, ale také aktivní kresebné aktivity dětí, pohádky a fantazie. S rostoucím věkem přichází na řadu artikulačně těžší hlásky, které se dítě mnohdy spontánně nenaučí artikulovat. Okolo čtvrtého až pátého roku z tohoto důvodu nejvíce děti začne docházet ke klinickému logopedovi. (Kutálková, 2005).

Typickým narušením komunikační schopnosti (NKS) v předškolním věku je dyslálie. V novém terminologickém pojetí mluvíme o dyslálii jako o artikulační poruše<sup>34</sup>, což je vzhledem ke specializaci práce nutno uvést (Neubauer, 2018). Dochází k postupné úpravě výslovnosti hlásek, ať již spontánně nebo za odborné pomoci. Expres v řeči se vyvíjí směrem od jednoduchých vět k plným a bohatým souvětím, děti dokáží vyprávět pohádku či příběhy, které se udály. Základní gramatická struktura mateřského jazyka by měla být osvojena. Porozumění předložkovým vazbám a časoprostorovým údajům se zpřesňuje a vyvíjí, na konci tohoto období by problematika měla být zvládnuta. (Thorová, 2015).

V tomto věku jsou děti vázané na přímou zkušenost, přímý vzor, Kutálková (2005) upozorňuje na napodobovací reflex, který může mít pozitivní i negativní dopad. Špatný mluvní vzor, se může záporně podepsat na jazykovém vývoji dítěte. Všeobecně je doporučováno, aby děti z předškolního vzdělávacího zařízení vstupovaly do základní školy již s upravenou artikulací ve všech hláskách. Předcházíme tak obtížím při počátečním čtení a psaní. Na konci období, mezi šestým a sedmým rokem věku jedince, končí plastické období pro rozvoj řeči

---

<sup>33</sup> narativní – vyprávěcí (Slovník cizích slov, 2004)

<sup>34</sup> artikulační porucha – fonetická úroveň odchylky, konstantní záměny či odchylky fonémů (Neubauer, 2018, s. 317)

(řečové období). (Kutálková, 2005). Nezbytnou součástí vývoje řeči a jazyka jsou jeho determinanty, tedy faktory, které jej ovlivňují. Pro speciálního pedagoga, logopeda je výhodou tyto podmínky znát a kalkulovat s nimi. Můžeme sem zařadit faktory: stav centrální nervové soustavy, úroveň intelektových schopností, úroveň motorických schopností, úroveň sluchové a zrakové percepce, vrozená míra talentu pro řeč a jazyk a vlivy sociálního prostředí. Taktéž bychom měli znát rizika jazykového vývoje, kterými jsou např. zdravotní problémy, odchylky ve vývoji, přístupy rodičů a sociálního prostředí, postavení jedince v rodině, problémy s adaptací či jistotou vazeb, odloučení od rodičů či nedostatečná spolupráce rodičů s odborníky. (Bytešníková, 2012, s. 21 a 25).

U dětí s poruchou autistického spektra se s artikulačními poruchami setkáváme také, ale z pohledu logopeda to není ten nejzávažnější problém. U těchto dětí se zaměřujeme především na narušený akt komunikace a pragmatiky komunikačního procesu. Napravujeme celý jazykový a řečový vývoj. U dětí mnohdy nedochází k napodobování a opakování, což terapii může výrazně ztěžovat.

#### **2.2.4 Emoční vývoj a socializace**

Nejdůležitějším prostředím je stále rodina, která zajišťuje primární socializaci – tedy začleňuje dítě do primární sociální skupiny, uvádí jej do společenství lidí. Jedná se především o vývoj sociální reaktivity v různých mezilidských vztazích, vývoj sociálních kontrol a hodnotových orientací (podrobení se sociálnímu tlaku – na jedince působí nároky okolního prostředí, dochází k vývoji norem) a vývoj sociálních rolí, které se od jedince očekávají v závislosti na společnosti. Sociálním rolím se děti nejčastěji učí prostřednictvím hry. (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Jedinec v předškolním věku již aktivně odlišuje emoční vztahy (lidé blízcí a vzdálení), dochází k modifikaci chování dle toho, co je od něj očekáváno – své chování umí do určité míry kontrolovat. Dobro a zlo je více pochopitelné, normy usnadňují pobyt ve společnosti a poskytují zpětnou vazbu. Buduje se sociální porozumění ve vztahu k ostatním, ale také k sobě samému. Děti jsou schopné vyjadřovat pocity a porozumět jim. Sociální vývoj každého jedince je závislý na pobytu ve společnosti vrstevníků i dospělých. (Čadilová, Žampachová, 2013, s. 10-11). Autoři se taktéž přidávají k důležitosti a významnosti symbolické hry v tomto období, dále hry skupinové a soutěživé. Thorová (2015, s. 390) shrnula emoční vývoj následujícím způsobem: sebereflexivní emoce (hrdost, pocit viny), svědomí jako nástroj seberegulace, vnímavost úspěchu a neúspěchu – precitlivělé reakce, afektivní

stavy (negativní) při výkonové frustraci, slabá, ale zlepšující se kontrola emocí a chování. Upozorňuje na odpoutání se od sobeckého chování a vývoj k chování prosociálnímu. Problematické bývá řešení situací, se kterými si děti tohoto věku neví rady a obvykle je řeší nevhodným způsobem (agresivitou, vztekáním). (Thorová, 2015).

Probíhá i socializace vnitřního prožívání jedince, která tvoří základní kámen pro emoční vývoj a sebepojetí dítěte. Emočního prožívání je postupně více diferencovanější, jedinec získává nad svými emocemi vyšší kontrolu a zpřesňuje se jejich porozumění i vyjadřování. Postupem času více rozumí emocím vlastním i druhých lidí. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 96). Za důležité shledáváme onen sociální zlom, který se v tomto období profiluje – jedinci mají zájem na společné aktivitě, především hře. Vyhledávají sdílení, obvykle si nechtějí po celý den hrát o samotě a stranou od ostatních. V takovém případě personál mateřských škol vždy zpozorní a začne usuzovat směrem k patologickému vývoji a vydá doporučení rodičům.

### **2.2.5 Hra v předškolním věku**

Hra se v tomto období stává nejpobulárnější a hlavní činností. Hra je aktivitou, která je vykonávána pouze z důvodu pocitů libosti a nese uspokojení sama o sobě. (Langmeier, Krejčířová, 2006). Jedná se o zlatý věk hry – hra je hlavním prostředkem učení. (Thorová, 2015). Hra samozřejmě nemá po celé předškolní období stejnou podobu, vyvíjí se společně s dítětem. Od hry paralelní, kdy si děti hrají tzv. vedle sebe, přes hru asociativní (společnou) a kooperativní, kde vidíme organizovanost a spolupráci ve velké míře. (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Jean Piaget v souvislosti s tímto obdobím zmiňuje symbolickou hru, která je přirozeným vyústěním nástupu sémiotické<sup>35</sup> funkce. Ta je rozvíjena na podkladě nápodoby, i proto je napodobivý způsob chování a hry ve vývoji dítěte důležitý. (Piaget, Inhelder, 2014).

Můžeme uvést další různé formy hry – funkční, manipulační, napodobovací, receptivní, úlohové, konstruktivní. (Kuric, 1986 in Langmeier, Krejčířová, 2006). Symbolická hra je vrcholem dětského počínání – jedná se o tzv. „hru na něco“. Jedná se o asimilaci<sup>36</sup> reálného života dítěte k sobě samému, dle Piageta hra transformuje skutečnost a přizpůsobuje ji potřebám „já“, tedy dítěte samého. Musíme tedy vidět rozdílnost mezi nápodobou

---

<sup>35</sup> sémiotická funkce – symboly a znaky vznikající z představ o daném předmětu, ději či jevu (Piaget, Inhelder, 2014)

<sup>36</sup> asimilace – přizpůsobení; splynutí (Slovník cizích slov, 2004)



a symbolickou hrou – nápodoba je čistým odrazem, akomodací, vnějšího světa, které dítě vnímá, symbolická hra vnější svět transformuje. (Piaget, Inhelder, 2014).

### **2.2.6 Kresba v předškolním věku**

Kresba se v předškolním období výrazně posouvá kupředu. Dítě uplatňuje veškerý růst rozumového pojetí a pochopení světa. Čáry nejsou pro děti problém, zvládají vertikální, horizontální i kruhové. Křížek je zvládnut okolo třetího roku věku, později čtverec, v šesti letech i trojúhelník. Jedinci se snaží o vlastní pojetí světa okolo nich se značnou subjektivitou. Od čaranic se dostávají k přesnější a realističtější tvorbě s přibývajícím detaily. (Langmeier, Krejčířová, 2006). Zlatým věkem dětské kresby toto období nazývá Thorová (2015), řadí jej do stadia rané lineární dětské kresby. Hlavním podstatou je vystihnout obrys předmětu, který dítě znázorňuje, velmi výrazným prvkem je zaměření se na určitý detail v kresbě.

## **2.3 Posouzení školní zralosti – konec předškolního věku**

S touto kapitolou se pojí několik termínů. Pařenicová (2013) popisuje *školní připravenost*, kterou chápe jako přípravu na školu jako na speciální činnosti. Definuje ji jako soubor všech předpokladů, dovedností a schopností pro úspěšnou adaptaci na školní prostředí a zvládnutí nároků školní docházky. Je pojímána jako jeden z předpokladů školní zralosti, důvodem je ovlivnění sociálním prostředím, kde se dítě vyvíjí. Thorová (2015) dodává, že školní připravenost je některými odborníky pojímána za dovednosti získávané prostřednictvím výchovy – dovednosti související více s vlivy prostředí, které vývoj dítěte podmiňují. Školní zralost poté dává do souvislosti spíše s biologickým zráním celého organismu, zejména pak centrální nervové soustavy.

*„Školní zralost je název pro soubor duševních schopností a dovedností, které umožňují dítěti zvládnout nároky povinné školní docházky a zároveň mít z vyučování a školních aktivit prospěch.“* (Thorová, 2015, s. 396). Dodali bychom podmínku radosti, kterou by na počátku školní docházky měly pociťovat všechny děti, je nezbytná pro školní úspěšnost a spokojenost dítěte školního věku.

Školní zralost dítěte je definována jako: psychická připravenost pro školní dovednosti (čtení, psaní, počítání), vybavenost v oblasti sociálních kompetencí, emoční zralost, intelekt. (Thorová, 2015, s. 396).

## 2.4 Dítě s poruchou autistického spektra v předškolním věku

Jak víme, klíčovým okamžikem tohoto období se stává vstup do mateřské školy. Do tohoto momentu si rodiče nemusí u dětí (většinou s Aspergerovým syndromem či vysokofunkčním autismem) všimnout nápadností v jejich vývoji. Dítě se mnohdy poprvé dostává do kolektivu vrstevníků a dostává se pod kontrolu odborníka, pedagoga. Učitelé ve školách by měli na zvláštnosti ve vývoji a chování dětí upozornit a doporučit návštěvu specializovaného pracoviště. (Thorová, 2016). Stává se, že je diagnóza již stanovena a dochází k rozhodování o umístění dítěte do vzdělávacího zařízení. Volba typu zařízení může být pro rodiče dítěte náročnou životní situací. (Šporclová, 2018). Přikláníme se k rozhodnutí, že umístění do předškolního vzdělávacího zařízení je pro děti s PAS prospěšné. Komplikovaná adaptace na nové prostředí přináší do života dítěte mnohá pozitiva, nové situace, ve kterých se učí chovat. Je doporučeno využívat vizualizací a struktury. (Čadilová, Žampachová, 2013).

Mezi nejvýraznější projevy v tomto věkovém období se jedná o oblibu rituálů, omezené zvláštní zájmy, či problémy v chování – agrese, sebezraňování, záchvaty vzteku. Dítě je výchovně problematicky usměrnitelné, ve hře staví věci do řad a třídí je dle klíče, má zájem o specifické oblasti. Zaznamenáme i specifický vývoj kresby. (Thorová, 2016). Můžeme vidět problémy s napodobováním – dítě nemusí napodobovat vůbec nebo zvláště (při činnosti, jen když chce, pouze s někým). Symbolická hra probíhá méně či neprobíhá, dítě není schopno symbolické imitace. Můžeme pozorovat nižší sociální radost ze sdílené a společné aktivity. Deficitní se jeví i oblast napodobivé, imitační hry. (Thorová, 2008). V případech mírnějších forem PAS dochází okolo pátého a šestého roku věku dítěte k rapidnímu zlepšení v oblasti řeči – je méně echolalická, objevují se věty, buduje se systém otázky a odpovědi. Zlepšuje se i sociální chování, odeznívají záchvaty paniky a vzteku. Na konci tohoto období má většina dětí sociální chování na úrovni dětí tříletých až čtyřletých. Charakteristické je nabývání dovedností, které dítě v průběhu předchozího vývoje ztratilo. Může dojít k situaci, že sociálně-komunikační symptomy nejsou zcela jednoznačné a z důvodu nevyskytujícího se stereotypního chování není diagnóza stanovena. To může být okolo čtvrtého a pátého roku věku dítěte zcela jinak, stereotypní chování se začíná objevovat a diagnóza je zřetelnější. (Thorová, 2016).

Z hlediska diagnostiky mluvíme o nejkritičtějším období, většina diagnostických vyšetření probíhá právě v tomto věku. Vyšetření mentálních schopností (testy intelektu), řeči

a motorických dovedností. Důležitá je školní zralost, připravenost dítěte na vstup do základní školy. Thorová (2016, s. 245) v souvislosti s diagnostikovaním PAS poskytuje pojmy *falešná negativita* a *falešná pozitivita*. K falešné negativitě dochází okolo třetího roku věku, kdy diagnostik vyhodnotí symptomatiku PAS jako mírnější. Dojde k záměně mírnější symptomatiky v důsledku problematického vývojového období z hlediska vývoje řeči a mentálního vývoje, který může být nerovnoměrný či opožděný, dále kognitivních funkcí, různé formy poruch aktivity a pozornosti, dále úzkostní, vzdorovité a manipulativní chování. Proto by měla být konečná diagnóza stanovena až mezi čtvrtým a pátým rokem věku dítěte, kdy jsou dané projevy nejvíce rozpoznatelné. V tomto věku by mělo probíhat tzv. kontrolní vyšetření. Opožděný vývoj, nerovnoměrný vývojový profil, úzkostná povaha dítěte, celková plachost a náročnost tohoto období mohou vést k falešné pozitivitě výsledků při diagnostice PAS a nesprávnému závěru celého diagnostického procesu. Je zde doporučeno sledování dítěte a kontrolní vyšetření po několika měsících, případně vhodnou se jeví i návštěva diagnostika v mateřské škole, kde je vidět zapojení dítěte v kolektivu vrstevníků. (Thorová, 2016).

## 3 KOMUNIKACE

Člověk svou komunikací vyniká nad ostatní živé bytosti. Považujeme ji za jakousi nejvyšší formu interakce, slouží nejenom k dosažení základních životních potřeb jedince, ale také k předávání zvyklostí, zkušeností, kulturních a rodinných tradic, které jsou typické právě pro člověka. Jedná se až o vícesměrné užití řeči a jazyka, které je v době elektronických technologií mnohem rychlejší a dokonalejší. Navzdory prvotním plusovým hodnotám komunikace dnešní doby může nést i rizika – odstup od fyzické reality, posilování nových a jiných spojů v mozku, nedůslednost v ověřování informací. (Dlouhá, 2017).

### 3.1 Vymezení a definice

Komunikace jako slovo či pojem pochází z latinského slova *communicatio*, což v překladu do českého jazyka znamená sdělení, sdílení, udělení nebo také sdílení věci prospěšných. S uvedeným slovem souvisí další – latinské slovo *communicator* – tedy účastník nebo společník. (Latinsko/český slovník, 2000).

*Slovník cizích slov pro nové století* uvádí k pojmu *komunikace* jako vysvětlující pojmy: (1.) spojení, (2.) přenos, sdělování, výměna informací, (3.) veřejná doprava, dopravní cesta. Ve výše zmíněné publikaci je také uveden termín *komunikativnost* jako snadnost a ochota komunikace nebo schopnost se domluvit. (Linhart, 2002). *Akademický slovník cizích slov* v porovnání vysvětluje komunikaci následovně: „*přenos nejrůznějších informačních obsahů v rámci různých komunikačních médií, zejména prostřednictvím jazyka.*“ (Kraus, 2007, s. 426). Z pohledu *Logopedického slovníku* je komunikace přenosem různých informačních obsahů pomocí různých komunikačních systémů – výměna informací – sdělování a dorozumívání – realizuje se ve třech formách: mluvené, psané, ukazované. (Dvořák, 2001).

Logoped komunikaci chápe v odborném pojetí jako: „*přenos nejrůznějších informačních obsahů prostřednictvím rozličných komunikačních médií, zejména prostřednictvím jazyka.*“ (Peutelschmiedová, 2005, s. 127). V kontextu jazykové komunikace mluvíme o tom, že jsou informace vyměňovány znaky jazykovými, které jsou ve formě mluvené (orální), psané (grafické) a ukazované (gestické, manuální). (Lehečková, 1997 in Vitásková, 2005). Neubauer komunikaci popisuje jako víceúrovňový jev, pro který je nutné pochopit základní rozdíl mezi jazykovým systémem a zprostředkovanými modalitami řeči. Přidáním přídatného jména „*řečová*“ dosahuje jedinečnosti pro komunikaci specificky lidskou, vyjadřující individuální jazykový systém v mezilidské komunikaci. (Neubauer, 2018). Neubauer

(2014) rozebírá pojem *řečová komunikace*, což je pojem hlavně z oblasti psycholingvistiky. Jde o proces, kde jsou předávány informace mezi účastníky, je zahrnut motivační záměr, výběr prostředků a jejich užití – účastníci musí informace přijmout, zpracovat je, porozumět obsahu a vytvořit odpovídající reakci (odpověď). Komunikace v jeho pojetí zahrnuje tyto jevy: produkci řeči a recepci řeči, zásadní je také písmo a komunikace neverbální. Kooperace prvků dává jedinečnost řečové komunikace. (Neubauer, 2018).

Klenková (2006) navíc dodává, že se jedná o obecně lidskou schopnost k užívání výrazových prostředků k vytváření, udržování a pěstování vztahů mezi lidmi. Zjišťujeme, že komunikace je vystavěna pomocí těchto prvků (Klenková, 2006, s. 26):

- *komunikátor* je osoba, která sděluje novou informaci,
- *komunikant* je příjemce nové informace,
- *komuniké* je nová informace, tedy obsah sdělení,
- *komunikační kanál* je sdílený systém, cesta, po které probíhá předání informací.

Můžeme konstatovat, že komunikací myslíme přenos určitých informací, které chceme sdělit komunikačnímu partnerovi prostřednictvím určitého komunikačního kódu nebo média. Přičemž komunikačním kódem myslíme nejčastěji jazyk, který by měl být mezi komunikačními partnery stejný, aby došlo k přenosu daných informací. Je nutné dodat, že většina odborníků z oblasti logopedie definuje komunikaci omezeně na úrovni lidské schopnosti. Z našeho pohledu je ale zřejmé, že komunikují i zvířata a jiné živé bytosti, se kterými sdílíme život na Zemi. Chápeme ji jako interakci v nejobecnějším a nejširším slova smyslu.

### **3.2 Řeč, jazyk a komunikační kompetence**

*„V životě člověka je komunikace aktivitou, jíž avizuje svůj příchod na svět a kterou se později – během celého života – neustále projevuje. Komunikace je i poslední aktivitou, jíž se nakonec z tohoto světa odhlašuje.“* (Lechta, 2007, s. 17).

Nelze nekomunikovat. Nekomunikace neexistuje. Každý jedinec komunikuje, i tehdy, když o tom neví, nebo si neuvědomuje, že v dané chvíli právě jeho komunikace s okolím probíhá. Dokonce i tehdy, pokud si jedinec přeje nekomunikovat, právě komunikuje. Člověk komunikuje již svou existencí, neustále o sobě vysílá informace a tím komunikuje. (Lechta, 2007). K Lechtovi se přidává i Peutelschmiedová s tvrzením: *„v lidské komunitě, nelze nekomunikovat, sdělujeme a komunikujeme i mlčením.“* (2005, s. 127).

Často dochází k zaměňování komunikace za jazyk a řeč. Komunikace je asi nejširší pojem, který můžeme uvést, zahrnuje zrakový kontakt, gestikulaci, mimiku, tón hlasu a další. Komunikací myslíme jakýkoliv způsob předávání informací. (Šporclová, 2018).

### 3.2.1 Řeč

Řeč se svými charakteristickými znaky můžeme definovat jako biologickou vlastnost člověka, která náleží pouze a jedině jemu. Jedlička (2007) považuje tento náhled na lidskou řeč za nejpříjemnější z hlediska medicínsko-rehabilitačního. Jazyk poté popisuje jako „*společenský jev, náležící určité etnické jednotce a dále se vyvíjející.*“ (Jedlička, 2007, s. 93). O definici řeči se pokusil i Neubauer, který píše, že řeč je: „*praktická zvuková realizace jazyka. Zahrnuje motorické činnosti jako dýchání, fonaci<sup>37</sup>, artikulaci<sup>38</sup> ...*“ (2014, s.12). Dále se stejně jako Peutelschmiedová (2005) přiklání k termínu mluva – obsahy myšlenkové činnosti realizované mluvidly.

Stručně můžeme vystihnout řeč jako schopnost využívat sdělovacích a dorozumívacích prostředků. Řeč může být psaná a čtená – ale také vnitřní, na úrovni našeho myšlení. Pokud dojde k tomu, že myšlenku vyslovíme – přeměníme myšlenky na slova, již se jedná o mluvu: „*zvukově realizovanou řeč.*“ Vnitřní řeči rozumíme vyjadřování myšlenek za pomoci slov – nejen verbálně, ale i graficky. Najdeme zde složku řeči motorickou a také symbolickou. Je velice zvláštní, že většina lidí si vlastně ani neuvědomuje, že řeč může být verbální i neverbální. Neverbálním způsobem přitom sdělujeme procentuálně více než verbálně. (Peutelschmiedová, 2005, s. 129; Klenková, 2006).

Řeč je „*vědomé užívání jazyka jako složitého systému znaků a symbolů ve všech jeho formách.*“ Jedná se o záležitost nejen mluvních orgánů, ale hlavně mozku, protože souvisí s kognitivními procesy<sup>39</sup> a myšlením. (Klenková, 2006, s. 27).

### 3.2.2 Jazyk

Vědou studující jazyky se zabývá lingvistika (jazykověda), ta vnímá jazyk se svou základní komunikativní funkcí jako: „*systém sloužící především jako základní prostředek lidské komunikace.*“ (Čermák, 2011, s. 13). Každý přirozený jazyk je pro členy daného společenství prostředkem k dorozumění se. Můžeme tedy tvrdit, že český jazyk je společným

---

<sup>37</sup> fonace – tvorba hlasu (Neubauer, 2014)

<sup>38</sup> artikulace – tvorba hlásek v oblasti artikulacních orgánů nebo mluvidel (Neubauer, 2014)

<sup>39</sup> kognitivní procesy – procesy zaměřené na zpracování informací; poznávací procesy (Slovník cizích slov, 2004)

kódem v procesu komunikace pro všechny jedince užívající právě český jazyk. (Černý, 2008).

Jazyk chápeme jako soustavu zvukových a druhotných dorozumívacích prostředků znakové povahy. Skrze tuto soustavu jsme schopni vyjádřit veškeré své myšlenky, vědění a představy o světě a svých vlastních prožitcích. K odlišení jazyka a řeči můžeme použít rozdílnost – řeč je zcela individuální, jazyk je však společenský jev a proces, který sdílí více lidí. (Klenková, 2006). Neubauer pojímá jazyk jako: „základní systém lidské komunikace, který je prakticky realizován mluvenou řečí nebo písmem, nebo i manuálním způsobem,“ (např. český znakový jazyk – vizuálně motorický systém). (2014, s. 11). Je nutné říci, že každý jazyk má svůj slovník, gramatická pravidla a syntaktická pravidla pro stavbu vět. (Neubauer, 2014).

K termínu jazyk připojuje Neubauer (2014) pojem *individuální jazykový systém*, který chápeme jako schopnost každého jedince, člověka, naučit se užívat systém mateřského jazyka či více jazyků. Tato schopnost je závislá na mnoha faktorech – věk, vzdělání, sociokulturní prostředí, zájmy a další – může dojít k tomu, že vznik individuálního jazykového systému je ztížen vývojovou poruchou. Peutelschmiedová (2005) krásně shrnula jazyk jako souhrn sdělovacích a dorozumívacích prostředků určité skupiny lidí – většinou jde o teritorium, tedy územní vymezení, nebo národnostní. V zahraničí nám rozdílnost pojetí řeči a jazyka dokazují termíny *speech therapist* a *language therapist*. Rozhodujícím je, zda narušená komunikační schopnost je již na úrovni jazyka (language) nebo na úrovni řeči (speech). Obě terapie by se však dle našeho názoru měly doplňovat a navazovat na sebe.

### 3.2.3 Komunikační kompetence

Komunikační kompetence již není úplně obecný pojem jako komunikace, zahrnuje jisté dovednosti a znalosti kulturních, interpersonálních a lingvistických náležitostí lidské řeči (mluvy) v určitých situacích a sociálních kontextech. (Rice in Cole, 1992 in Vitásková, 2005). Popsaná dovednost sebou nese konverzační a interakční dovednosti jedince – řadíme ji tedy do pragmatické jazykové roviny. (Cole, 1992 in Vitásková, 2005). Šebesta ji chápe jako: „soubor všech mentálních předpokladů, které člověka činí schopným komunikovat – uskutečňovat komunikační akty, ...“ (1999, s. 60 in Průcha, 2011, s. 111). Objevujeme termín komunikační, pragmatická kompetence, který shrnuje schopnosti komunikátora potřebné k tomu, aby mohl v určitém kulturně-sociálním prostředí uskutečnit komunikaci. Považujeme ji tedy za hodnotnější a širší než kompetenci jazykovou. (Karlík, Nekula,

Pleskalová, 2002 in Průcha, 2011). Dále autoři rozlišují i interakční kompetenci obsaženou v pragmalingvistických (myšleno s odkazem na pragmatiku jazyka) znalostech a dovednostech (pozdravy a rozloučení, zahájení interakce, kladení otázek apod.). (Oksaar, 1983 in Průcha, 2011, s. 113). Kocurová (2002 in Bytešníková, 2012) popisuje tuto kompetenci jako schopnost využívat jazykové prostředky komunikátora v přirozených a reálných podmínkách komunikační situace pro dosažení cíle, za určitým účelem. Odlišné vnímání vidíme u Arnolda (in Lechta, 1990 in Vitásková, 2005), který definuje jazykovou kompetenci jako psycholingvistické nadání, jako vrozenou schopnost naučit se přirozeným způsobem gramatickou strukturu jazyka bez znalosti jeho náležitostí. Domníváme se, že je myšlena struktura mateřského jazyka, v jehož prostředí jedinec vyrůstá.

Komunikační schopnost řadíme tedy k nejdůležitějším lidským schopnostem. Jedná se o „*schopnost řečové komunikace vědomě používat jazyk jako složitý komunikační systém znaků a symbolů ve všech formách.*“ (Lechta, 1990 in Klenková, 2006, s. 26). Intaktní děti získávají onu kompetenci přirozeně, úroveň kompetence se individuálně liší. Každé dítě se tedy naučí komunikovat, stejně jako tomu je u akvizice užívání jazyka. (Průcha, 2011). Doplňme, že u dětí s PAS je proces přirozené akvizice jazyka znesnadněn různými příčinami. Z tohoto důvodu je nutné se na proces osvojování jazyka a kompetencí ke komunikaci v terapii autismu zaměřit.

V předškolním věku je komunikační kompetence podporována Rámcovým vzdělávacím programem pro předškolní vzdělávání (RVP PV). V dokumentu najdeme klíčové kompetence, které by měly být v institucích předškolní výchovy rozvíjeny. Podstatnou složkou je kompetence komunikativní, která se prolíná všemi oblastmi předškolního výchovně-vzdělávacího procesu. (Bytešníková, 2012). Je zde chápána jako znalosti a dovednosti, se kterými by děti z předškolního zařízení měly odcházet. (Průcha, 2011).

### **3.3 Verbální a neverbální komunikace**

Veškerá naše sdělení můžeme pokládat za jakýsi „batůžek, šnečí domeček“, uvnitř kterého jsou verbální a neverbální prvky komunikace. Jednotlivé složky se navzájem doplňují a nemohou existovat jeden bez druhého – funguje to jako celek. Graficky nám mezilidskou komunikaci a její složky vyjadřuje tabulka (viz Tabulka 6). Pro mezilidskou komunikaci je důležité, že jsou v dané situaci vždy dvě strany a dochází k transmisi<sup>40</sup> obsahů. (Plaňava,

---

<sup>40</sup> transmise – přenos (Plaňava, 2005)



2005). Při komunikaci dochází ke kombinaci prvků verbálních a neverbálních, o to lépe je vaše myšlenka poté vyjádřena. (DeVito, 2008).

Verbální neboli slovní komunikace je z historického hlediska považována za mladší, v dnešní době vnímána však jako významnější. (Klenková, 2006 in Mikudová, 2014). Verbální sdělení se řídí gramatickými a syntaktickými pravidly daného jazyka, ve kterém právě komunikujeme. (DeVito, 2008). Verbálně tedy komunikaci realizujeme prostřednictvím jazyka, za procesu kódování<sup>41</sup> a dekódování<sup>42</sup>. (Čermák, 2011).

Neverbální komunikace, mimoslovní komunikace či neslovní komunikace. Různé termíny a spojení, ke kterým se vyjadřuje početná literatura. Můžeme přidat obecný a nedostačující pojem řeč těla, který najdeme spíše v populární literatuře a psychologické literatuře určené širší veřejnosti. Obecně se jedná o komunikaci beze slov: mračíte se, usmíváte se, gestikulujete, rozšiřují se vám zorničky, dotýkáte se přátel, máváte na pozdrav, zvýšíte hlas, mlčíte – to vše je neverbální komunikace. Důležité je, že vysílané signály někdo přijímá a dokáže na ně i reagovat. (DeVito, 2008).

Čermák předkládá pojem parajazyk, kterým se zabývá paralingvistika. Jde o souhrn neverbálních prostředků komunikace. (2011, s. 42). Hayes zařazuje pojem metakomunikace, kterým označuje veškeré prostředky obohacující řeč. (2009, s. 29). Neverbální forma komunikace zefektivňuje porozumění verbální komunikace, v některých situacích dokonce mluvenou řeč zcela nahradí. Zajímavá je odlišnost užívání mezi pohlavími a různými kulturními skupinami. Znakem funkční neverbální komunikace je užívání jejich různých stylů v závislosti na komunikační situaci. (Černý, 2009).

Neverbální komunikace zastává různé funkce, DeVito (2008) popisuje šest základních: zdůrazňují, doplňují, popírají, regulují – řídí, opakují, nahrazují. Dále popisuje kanály v rámci, kterých komunikace bez slov probíhá. Jsou to signály těla (pohyby, gesta, vzhled těla), mimické a zrakové signály (mimická komunikace, zraková komunikace), prostorová a teritoriální komunikace (proxemika<sup>43</sup>, teritorialita<sup>44</sup>), komunikace prostřednictvím předmětů (barvy, oblečení, ozdoby, dekorace prostoru, čichová komunikace), dotyková komunikace, mimojazykové projevy a mlčení, časová komunikace (chronemika).

---

<sup>41</sup> kódování – převod myšlenky do kódu společného pro oba aktéry komunikace (Čermák, 2011)

<sup>42</sup> dekódování – opačný proces k procesu kódování (Čermák, 2011)

<sup>43</sup> proxemika – komunikace prostřednictvím prostoru (DeVito, 2008)

<sup>44</sup> teritorialita – vlastnická reakce na území či prostor (DeVito, 2008)

Prostřednictvím *proxemiky, proxemického chování*, vymezujeme prostor a sdělujeme informace vzájemným přibližováním a vzdalováním. Můžeme tvrdit, že se jedná o personalizaci prostoru. (Hošková, Lakatošová, 1994).

*Posturologie* řeší polohy lidského těla v sociálním kontextu. V rámci komunikace vyjadřujeme tělesnou polohu, fyzický postoj v návaznosti na situaci. Je významným nositelem anticipace<sup>45</sup>. *Haptikou* myslíme taktilní kontakt čili vzájemný dotek nesoucí informační hodnotu a emoční náboj. (Hošková, Lakatošová, 1994).

Za jeden z nejdůležitějších druhů neverbální komunikace je považována *miminka*. Veškeré výrazy obličeje, které indikují vztah k obsahu komunikace i komunikačnímu protějšku. (Hošková, Lakatošová, 1994). Osobně považujeme mimiku za jeden z důležitějších faktorů pragmatiky komunikace.

*Zrakový kontakt* komunikaci koriguje a usměrňuje. Je pro komunikaci důležitý, ale do procesu nevstupuje přímým způsobem. *Kinetika* zahrnuje veškerou pohybovou komunikaci a *gestika* komunikaci za pomoci gest, kterých známe mnoho a můžeme je dělit na refrakční gesta, symboly, regulátory a adaptéry. Je evidentní, že užíváním gest můžeme komunikaci doplnit a podpořit, v určitých případech mohou být gesta použita zcela neadekvátně a v nesouladu s verbálním projevem. (Hošková, Lakatošová, 1994).

Heilmann v rozporu s DeVito navíc přidává kineziku – komunikaci držetím těla. Dále rozlišuje existenci *paraverbální* roviny komunikace a *extraverbální* roviny komunikace. Paraverbální rovinou myslíme veškeré doprovodné jevy, které nejsou verbální povahy, ale jsou nezbytnou součástí verbální komunikace. Hošková a Lakatošová (1994) uvádí *paralingvistické projevy* a dále je klasifikuje. Mluvíme o hlase, jeho barvě, intonaci, melodii, tempu, hlasitosti a dalších. Extraverbální rovina (řeč těla) také patří do komunikace, avšak verbální komunikace se považuje za funkční i bez řeči těla. Tyto dvě položky dohromady tvoří non-verbální komunikaci. (Heilmann, 2013). Verbální komunikaci vždy doprovází a doplňuje komunikace neverbální. Tato vzájemnost není zpozorována v opačném případě. (Černý, 2009).

---

<sup>45</sup> anticipace – předjímání, předvídání (Slovník cizích slov, 2004)

MEZILIDSKÁ KOMUNIKACE	
VERBÁLNÍ KOMUNIKACE	NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE
verbální jazykový kód realizovaný:	neverbální zvukové projevy (melodie, intonace a dynamika hlasového projevu),
- orální řečí, - písmem.	
	manuální jazykové kódy (znakové a posunkové),
	soubory komunikačních symbolů (piktogramy, obrázková symbolika).

*Tabulka 6: Prvky mezilidské komunikace*

(Neubauer, 2014, s. 15)

### 3.4 Komunikace jedinců s poruchou autistického spektra

Sociální interakce u dětí s PAS neprobíhá přirozeně, dítě ji nemůže přirozeně „nasávat“, to se odráží na dalším vývoji komunikace a komunikačních schopností, vývoj komunikace je paralelní vývoji sociálnímu. (Čadilová, Thorová, Žampachová, 2012). Jak víme, v období před prvním rokem věku dítěte dochází k počátkům porozumění. Postřehujeme první verbální interakci mezi dítětem a dospělým, akty porozumění verbálním podnětům můžeme vidět v období okolo 10. měsíce. Známy je fakt, že porozumění předchází produkci řeči. Vývoj dětské komunikace se odehrává v rámci sociální interakce: dospělí působí verbálními i neverbálními podněty na dítě – dítě reaguje a podává zpětnou vazbu svým chováním (pre-verbálním) – zpětná vazba dítěte vyvolá uzpůsobení komunikace ve směru od dospělého k dítěti. (Průcha, 2011). Jedinci s PAS si komunikaci v rámci sociální interakce osvojují problematicky z důvodu celkového narušení sociálního chování.

Narušení komunikační schopnosti (NKS) zjišťujeme na úrovni receptivní (rozumění) i expresivní (produkce). Nejedná se o druhotný projev patologie ve vývoji jazyka, je základním předpokladem pro stanovení diagnózy. Mluvíme o poruše vývojové – narušení se tedy manifestuje na úrovni přípravného období řeči. Již úroveň nezáměrné komunikace může být postižena (u těžších stupňů), podmínkami vývoje řeči jsou vnímání stálosti předmětu, sledování a hledání předmětu, ukazování a napodobování. Dalšími předpoklady jsou: zrakový kontakt (pohled při komunikaci) a sdílená pozornost. (Kerekrétiová, 2009). U jedinců s PAS můžeme pozorovat tyto typy vývoje řeči (Čadilová, Thorová, Žampachová, 2012, s. 32-33):

- objevila se první slova, poté nastal útlum dalšího vývoje, následoval regres,

- jedince mluví a mluvil, vyskytuje se pouze pomalý progres v oblasti řeči,
- řeč se vůbec neobjevila,
- řeč se objevila, ale vývoj nepokračoval,
- jedinec plní vývojová stádia v oblasti řeči, silně vážne sociální stránka komunikace.

Kvalitativní narušení je nejvíce viditelné v oblasti verbální i neverbální komunikace jedinců. Deficity mohou mít různou podobu a míru. Narušení verbální komunikace zahrnuje např. úplnou absenci verbální složky, nesprávné užívání „ano-ne“, neadekvátní či neobvyklé užívání otázek a slovní zásoby, ulpívání a stereotypie ve verbálním projevu, smích bez sociálního kontextu, memorování textu bez pochopení praktického a situačního použití, verbalismus<sup>46</sup>, senzitivita na zvukové podněty, která se projeví v neadekvátních reakcích na zvuky či řeč. V návaznosti poté v neverbální komunikaci registrujeme např. neschopnost udržet zrakový kontakt, nevýrazná nebo naopak přehnaná mimika a gesta, zvláštnosti v tělesném postoji, neschopnost vnímat tělesné zóny komunikačních partnerů, narušení prozodie. (Vitásková, 2016). Deficity ve verbální a neverbální komunikaci u jedinců s autismem shrnuje tabulka níže (viz Tabulka 7).

Velmi stroze a přímočaře se vyjadřuje Škodová – dítě s autismem často nemluví vůbec, mluvíme o kvalitativním narušení komunikace, opakování může být funkční, děti mluví stále o jedné věci, vyskytují se echolálie, chybí emoční reakce a zrakový kontakt, jedinci nejsou schopni konverzovat. (Škodová, 2003, s. 411). S tímto vyjádřením zcela nesouhlasíme a přikláníme se spíše k detailnější a variabilnější analýze NKS u dětí s autismem, které nabízí Kerekrétiová (2009). Opožděný vývoj řeči je ve většině případů impulsem k vyhledání odborné pomoci. Opoždění v oblasti porozumění – děti bez odezvy nebo s nízkou odezvou na sluchové podněty verbální povahy, obtíže ve složitých gramatických strukturách, problematické rozumění předločkám a nadřazeným pojmům. Opoždění v oblasti exprese – nižší slovní zásoba pasivní i aktivní (příčemž většinou pasivní slovní zásoba převyšuje tu aktivní), problematické užívání zájmen a abstraktních pojmů, výslovnost je v rámci normy nebo může být narušena. Melodie hlasu je monotónní či naopak výrazná a přehnaná. Vysokým ovlivňujícím faktorem jsou zde kognitivní schopnosti dítěte, které jsou podmínkou příznivého vývoje (nejen) řeči a jazyka. Nejvíce zasažená bývá pragmatika celého komunikačního aktu. (Kerekrétiová, 2009).

---

<sup>46</sup> verbalismus – hromadění slov v mluvním projevu bez efektivního využití (Vitásková, 2016)

Základní deficity ve verbální a neverbální komunikaci jedinců s PAS		
Verbální komunikace	Neverbální komunikace	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- absence verbální komunikace</li> <li>- opožděný vývoj řeči (OVR)</li> <li>- obtíže s užíváním „ano-ne“</li> <li>- absence období otázek „proč“</li> <li>- neklade běžné otázky</li> <li>- echolalie, vyptávání se na to samé</li> <li>- konverzace je nepřiměřená situaci a kontextu</li> <li>- ulpívanost na tématech</li> <li>- vyžadování stejných odpovědí a reakcí na kladené otázky</li> <li>- verbální stereotypie, neologismy<sup>47</sup>, indiosynkrazie<sup>48</sup>, verbalismus, hyperlexie<sup>17</sup>, hyperakusis<sup>49</sup>, hypergeneralizace</li> <li>- neschopnost generalizace</li> <li>- formálnost a mechaničnost řeči</li> <li>- sklon k odpovědi „nevím“ (i když zná odpověď)</li> <li>- problém s abstraktními pojmy a výrazy, neschopnost chápat ironii</li> <li>- problémy v gramatice a konstrukci vět</li> <li>- neschopnost identifikace nesmyslných jazykových konstrukcí</li> <li>- verbální rigidita, monotónnost, výrazná artikulace, logorhea<sup>50</sup></li> <li>- verbální autostimulace</li> <li>- slovní zásoba (pasivní i aktivní) většinou menší v porovnání s vrstevníky</li> <li>- malá spontaneita a reciprocita v komunikaci</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zrakový kontakt <ul style="list-style-type: none"> <li>- nenavazování</li> <li>- krátký a těkavý</li> <li>- ulpívavý</li> </ul> </li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Mimika <ul style="list-style-type: none"> <li>- hypomimie<sup>76</sup></li> <li>- neadekvátnost v expresi</li> <li>- nedostatečná či odchýlná percepce</li> </ul> </li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestikulace <ul style="list-style-type: none"> <li>- obtížná nápodoba, fixování a generalizace běžných komunikačních gest</li> <li>- absence deklarativního ukazování</li> <li>- nedostatečná či odchýlná percepce</li> </ul> </li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Postura těla <ul style="list-style-type: none"> <li>- neadekvátní postoj (kývání, točení, svěšená ramena apod.)</li> </ul> </li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Komunikační zóny <ul style="list-style-type: none"> <li>- neadekvátnost</li> <li>- velký nebo naopak malý komunikační prostor</li> </ul> </li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Prozodické faktory <ul style="list-style-type: none"> <li>- monotónnost</li> <li>- staccato (krátký a sekaný projev) či legato (prodlužování, vázaný projev) v mluvním projevu</li> <li>- neadekvátnost ve výšce hlasu (nízko či vysoko položený hlas)</li> </ul> </li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Jiné formy komunikace <ul style="list-style-type: none"> <li>- upřednostňování užití částí těla jiné osoby k dosažení cíle</li> </ul> </li> </ul>

Tabulka 7: Základní deficity ve verbální a neverbální komunikaci jedinců s PAS

(Říhová, Vitásková, 2012, s. 121-122)

Šetření s názvem *Analýza komunikačních kompetencí u dětí s poruchou autistického spektra a mentálním postižením* vedlo ke zjištění, že jedinci s PAS mají lepší dovednosti v oblasti pojmenování (test Obrázkovo-slovníková zkouška) v porovnání s prací s jazykem (test Oprava významově nesprávných vět). (Vitásková, 2018). Děti s PAS mají problém chápat smysl sociální komunikace – nerozumí situacím a neuvědomují si, že svým jednáním mohou situace ovlivňovat. Nenalézají funkční stránku komunikace, mluvíme o *sociálně-komunikačním deficitu*. (Šporclová, 2018). O funkční komunikaci a jejím narušení při diagnóze PAS blíže jednáme v kapitole 4.3 *Pragmatická jazyková rovina u dětí s PAS*.

<sup>47</sup> neologismus – jazykový novotvar (Slovník cizích slov, 2004)

<sup>48</sup> indiosynkrazie – nadměrná citlivost, výrazná přecitlivělost (Velký lékařský slovník, 1998)

<sup>49</sup> hyperakusis – nepřiměřeně zvýšené pociťování hlasitosti zvuků, zvýšená citlivost až přecitlivělost na zvuky, tóny, hluk (Slovník cizích slov, 2004)

<sup>50</sup> logorhea – překotná mluva, nadměrná hovornost (Slovník cizích slov, 2004)

## 4 FUNKČNÍ KOMUNIKACE

Výše jsme definovali a popsali komunikační kompetence, které jsou významnou součástí užívání jazyka jako nástroje komunikace. Nyní si nastíníme funkční komunikaci, se kterou logoped přichází denně do kontaktu – stěžejním je komunikační dovednosti rozvíjet, aby je děti mohly nadále uplatňovat v sociálním životě. (Průcha, 2011). Uvědomujeme si propojenost a závislost pragmatiky komunikace se sociální inteligencí a sociální pohotovostí, což jsou složky výrazně oslabené právě u jedinců s autismem. Veškeré tyto položky navazují na sociální kompetenci v rámci, které je řešena komunikační kompetence.

### 4.1 Vymezení funkční komunikace

Termín *funkční komunikace* můžeme použít jako ekvivalentní k *pragmatické komunikaci* – tedy komunikaci, u které dojde k naplnění komunikačního záměru, cíle, účelu. V komunikaci běžně dochází k tomu, že přizpůsobujeme své komunikační chování dle toho ke komu, v jaké situaci a s jakým záměrem mluvíme. (Průcha, 2011). „Co si tím myslel?“ Tato otázka vyvstane vždy, když dojde k nenalezení pochopení mezi komunikačními partnery a říká nám mnohé i o pragmatické jazyka, jedná se v podstatě o předmět pragmatiky. K tomu abychom pochopili záměr komunikátora (vědět, co myslí tím, co nám řekl) je nutné znát nejen významy slov (sémantiku) a podstatu skládání slov do vět (syntax). Potřebujeme vědět, kdo danou větu vyslovil a v jakém kontextu ji vyslovil. Poté jsme schopni tvořit závěry o tom, proč to daný jedinec řekl, a co nám tím chtěl sdělit. (Birner, 2013).

Funkčně komunikovat je znalost o tom, s kým mohu o svém přání komunikovat a jak žádost adekvátním způsobem předám, aby došlo k jejímu naplnění. (Straussová, Knotková, 2011).

Hirschová (2013) analyzuje pragmatiku v češtině, z lingvistického hlediska. Pragmatickou kompetencí označuje korektní způsob užívání správně tvořených vět v závislosti na dané situaci. Dále rozlišuje pragmalingvistiku a sociopragmatiku. U dětí předškolního věku se pragmatické schopnosti projevují i tak, že jsou schopny přizpůsobit svůj projev s ohledem na situaci a svého partnera. (Průcha, 2011).

K tomu, abychom došli k vzájemnému konsensu v komunikaci musíme splňovat určité předpoklady. Průcha (2011) mezi podmínky stanovuje určitou míru zkušeností, které jsou individuální. Dále je vhodné počítat s vlivy jako je kultura a zvyklosti, věk, pohlaví,

demografické odlišnosti, vnímání sebe sama a svého okolí. Pokud chceme efektivně komunikovat ve svém sociálním prostředí, je nutné o těchto rozdílnostech vědět a umět s nimi pracovat – pokud dokážeme vidět svět okolo sebe podobně jako ostatní, je pro nás snazší ostatním porozumět.

## 4.2 Pragmatická jazyková rovina

Pragmatická jazyková rovina tvoří poslední, čtvrtou jazykovou rovinu, ze kterých se skládá jazyk. Někteří vědci ji nepočítají jako rovinu, která je součástí jazykového systému. Pro logopedy a speciální pedagogy má však nesmírnou hodnotu – z hlediska diagnostiky komunikace je to oblast důležitá, je na ní zaměřena vysoká pozornost. (Kerekrétiová, 2009).

Lechta (1990) mluví o sociální aplikaci, sociálním uplatnění komunikačních schopností jedince. U předškolních dětí vnímáme snahu o komunikaci – navození, zapojení a udržení rozhovoru. (in Klenková, 2006).

S pragmatickou rovinou dítě přichází do styku už během prvního roku života, důležité jsou tři hlavní oblasti, které dítě musí postihnout. První je výměna komunikačních rolí, kdy pracujeme s rolí posluchače a sdělujícího. Ideálně dochází k plynulému střídání těchto rolí. Druhou oblastí je schopnost organizovat téma rozhovoru, tj. schopnost zapojit se do probíraného téma, schopnost ukončit a navést na téma nové. Třetí součástí je schopnost uvědomovat si chyby a zpracovat je. Cílem je ovlivnit situaci, sdělit novou informaci, vyvolat změnu a další. (Marková, 2016). Pro uplatnění pragmatické jazykové roviny je nutné ovládat schopnosti jako je:

- vědět, že mám odpovědět, když jsem tázán,
- účastnit se komunikace a mít v ní přehled (kdy je kdo tázán),
- přizpůsobovat svá sdělení posluchači – aby rozuměl a sdělení jej zaujalo,
- udržet téma konverzace,
- splnit komunikační záměr, který jsem měl,
- vědět, jaká slova a styl konverzace užít při iniciaci či reakci na komunikaci,
- vědět, jak se chovat při komunikaci s různými komunikačními partnery. (Čadilová, Thorová, Žampachová, 2012, s. 31).

### 4.3 Pragmatická jazyková rovina u dětí s PAS

Jako symptomy narušení v této oblasti uvádíme preferenci aktivit nesociálních, děti si vybírají hru s neživými objekty, o lidi převážně nemají zájem. Přidružený může být deficit zrakového kontaktu, chybějící ukazování a další. Musíme dodat, že poruchy neverbální komunikace, která má v sociální interakci své místo, se projeví atypickým, chybějícím nebo nedostatečným zrakovým kontaktem, gesty, výrazem tváře, tělesným postojem nebo intonací. (American Psychiatric Association, 2015). Vnímáme nižší zájem o sociální kontakt. Spontánnost, iniciativnost a spolupráce dosahuje nízké úrovně v porovnání s intaktními vrstevníky. Nedostatečné schopnosti v oblasti pragmatiky komunikace vedou k sociální izolovanosti jedinců a k problematickému chování. (Kerekrétiová, 2009).

O pragmatickou jazykovou rovinu v souvislosti s PAS či PVP je na poli vědy a výzkumu vysoký zájem. Vzniká řada studií a článků, které se problematikou zabývají. Vybrali jsme pouze některé zajímavé, které nás oslovili. Deficity v oblasti pragmatiky jazyka chápeme jako jednu z příčin obtížné komunikace a sociální interakce. Zajímavý výzkum zjistil souvislost vývoje pragmatiky jazyka s jazykovými dovednostmi jedince a neverbální komunikací, dospěl k závěru vyššího sociálního deficitu korespondujícího s problémy v expresivní jazykové složce. Důvodem je úzký vztah mezi dovednostmi expresivního slovního vyjadřování a sociálně-pragmatickou kompetencí. Výsledky zveřejnili v článku časopisu *Journal of Autism and Developmental Disorders*. (Volden et al., 2008). Další studie autorů je popisována v *Iranian Rehabilitation Journal* zjišťovala vztah mezi výkonnými funkcemi a pragmatikou jazyka u dětí s PAS. Byl zjištěn negativní vztah zmíněných položek – čím lepších výsledků dosáhnou děti s PAS v rámci exekutivních funkcí, tím menší budou mít obtíže při osvojování pragmatiky jazyka a v rámci fungování v sociálních situacích. Upozorňují na důležitost práce s exekutivními funkcemi při terapii dětí s PAS. (Razavi et al., 2019). Ve výzkumu *Hodnocení pragmatiky komunikace u poruch autistického spektra* byl vytvořen materiál v podobě rozlišování vizuálních schémat – prostřednictvím materiálu hodnotíme problémové chování, zrakový kontakt, sensorickou integraci, sociální interakci a schopnost sociální interakce. V tomto testu chybovaly děti s dětským autismem či Aspergerovým syndromem téměř na stejné úrovni jako děti s vývojovou dysfázií. Autoři shledávají materiál jako vhodný pouze s dalším kvalitativním rozbořením, zvláště u dětí s PAS. Ty nevybírají obrázek na základě chování v dimenzi „dobře-špatně“, ale do volby obrázku vstupuje nespočet dalších proměnných. (Vitásková, Kytnarová, 2016).



# 5 LOGOPEDICKÁ DIAGNOSTIKA SE ZAMĚŘENÍM NA JEDINCE S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA

## 5.1 Logopedická diagnostika

K tomu, abychom jako logopedi, odborníci na komunikační akt, byli schopni zhodnotit komunikační schopnost jedince, musíme dobře znát jazykovou normu mateřského jazyka jedince. Nutností je mít informace a znalosti o stavbě a fungování daného jazyka. (Kerekrétiová, 2009). Logopedi by tedy měli mít dokonalou představu o tom, co všechno se musí jedinec, který přijde na svět, naučit, aby byl kompetentní v komunikaci. Tyto jednotlivé položky poté podrobujeme procesu diagnostiky a zjišťujeme jejich případné narušení.

Specifikem a paradoxem logopedické diagnostiky je fakt, že komunikační schopnost vyšetřujeme prostřednictvím komunikace, což celý proces značně komplikuje. Zvláště v případech opravdu těžkých narušení. (Lechta, 2003).

Diagnostika a diagnóza jsou pojmy, které odvozujeme z řeckých slov *dia* a *gnosis*. Předpona *dia* nese význam předpony roz-, dále může znamenat odděleně či hloubkově. *Gnosis* přeložíme jako poznání. Diagnostiku definujeme jako proces poznávání objektů s cílem získat co nejkomplexnější a nejhlubší informace o daném objektu. Výsledkem této činnosti se stává diagnóza, stanovení onemocnění, postižení, narušení. (Vašek, 2005). *Psychologický slovník* (Hartl, Hartlová, 2015, s. 111) specifikuje pojem jako aktivitu, která vede ke zjišťování a stanovení diagnózy, ale také symptomů choroby. Odhalení příčin, stanovení terapie a dalšího vývoje onemocnění či postižení se stává cílem celého procesu.

Lechta a stejně s ním Kerekrétiová, pojímá logopedickou diagnostiku v rámci logopedické intervence v nejširším slova smyslu – soubor činností logopeda, které může provádět. Mluvíme o složitém tříúrovňovém (diagnostika, terapie, prevence) multifaktoriálním procesu s cílem identifikovat, eliminovat nebo předejít NKS. (Lechta, 2007, s. 37; Kerekrétiová, 2009). Z hlediska časového vývoje celého oboru pozorujeme změny směrem ke komplexnímu chápání NKS, jinak tomu není ani v diagnostice. Pokud máme diagnostiku provést komplexně, je logickým vyústěním dlouhodobý průběh diagnostiky, která již nemůže být prováděna pouze na prvním setkání s klientem. (Lechta, 2007). Nejpresněji provedená diagnostika je pomyslnou startovací čarou celého intervenčního procesu, má pro následující

logopedickou péči klíčový význam. Diagnostika NKS by měla nést základní cíle, které Lechta (2003, s. 21-22) koncipuje do sedmi aspektů:

- (1) určení, zda se jedná o NKS či o fyziologický stav,
- (2) zjištění příčiny vzniku NKS (orgánová nebo funkční), spolu s etiopatogenezí<sup>51</sup>,
- (3) určení, zda jde o trvalé nebo přechodné narušení (v souvislosti s prognózou NKS),
- (4) určení, zda jde o NKS vrozenou či získanou,
- (5) zjištění dominantnosti NKS v celkovém klinickém obraze (zda se jedná o dominantní postižení nebo o symptom jiného dominantního postižení),
- (6) zjištění, zda si klient NKS uvědomuje,
- (7) stanovení stupně NKS (totální, úplné, parciální).

K porovnání uvádíme i cíle soudobé logopedické diagnostiky dle *Kompendia klinické logopedie*, které jsou stručnější a neposkytují pomocné návodné kroky, které nabízí Lechta. Nabídnuty jsou následující cíle (Neubauer, 2018, s. 70):

- zjištění přítomnosti či nepřítomnosti poruchy řečové komunikace, její tíže a závažnost,
- diferenciální diagnostika řečové komunikace,
- zpracování návrhu následné logopedické intervence.

Vyšetření klinickým logopedem může mít několik podob – vstupní vyšetření, komplexní vyšetření, výstupní vyšetření, kontrolní vyšetření. Současný systém zdravotnictví nabízí tři možnosti diagnostiky – komplexní, cílené nebo kontrolní vyšetření. (Neubauer, 2018). Využíváme nejrůznější metody a techniky, v praxi se nejčastěji užívá např. pozorování, dotazník, rozhovor, diagnostické zkoušení, kazuistické metody, testové metody, rozbor výsledků činnosti, přístrojové a mechanické metody. Za každých okolností bychom se měli držet základních principů, kterými jsou: vícedimenzionální analýza, zásada komplexnosti vyšetření, co nejobektivnější posouzení (měli bychom se vyvarovat chybám, kterých se mnoho odborníků nevědomě dopouští – efekt prvního dojmu, „haló“ efekt, jednostranné či neúplné posouzení), bereme v úvahu celou osobnost jedince, zjištění příčiny NKS, princip

---

<sup>51</sup> etiopatogeneze – soubor příčin a mechanismů vedoucích ke vzniku nemoci (Slovník cizích slov, 2004)

časově ekonomické diagnostiky<sup>52</sup>, průběžná diagnostika, zásada týmového přístupu. (Lechta, 2003).

## 5.2 Jednotlivé části logopedické diagnostiky

Odborná logopedická diagnostika by měla obsahovat komplexní zhodnocení komunikačních schopností jedince, a to ve všech čtyřech jazykových rovinách. Má své náležitosti a složky, které bychom měli respektovat a ctít.

Cílené logopedické vyšetření by mělo být zaměřeno na: artikulaci hlásek, fatické funkce, rozumění a exprese řeči, slovní zásobu, fonematický sluch, lateralitu a grafomotoriku, obtíže v řečové komunikaci. (Neubauer, 2018, s. 70-72). V současné době jsou obsahem komplexního logopedického vyšetření oblasti, které obsáhnou všechny jazykové roviny. Jedině tak může být diagnostika úspěšná a naplnit svůj cíl. Měla by tedy obsahovat:

- analýzu anamnestických údajů a dat, zhodnocení výsledků odborných vyšetření,
- vyšetření stavu motorických funkcí v orofaciální oblasti, hybnost mluvidel a funkcí velofaryngeálního mechanismu, pozornost je zaměřena taktéž na příjem stravy s analýzou průběhu polykání,
- vyšetření funkcí řečových – respirace, fonace, artikulace a užívání prozodických faktorů v řeči,
- vyšetření schopnosti užívání systému jazyka s ohledem na věkové a individuální zvláštnosti klienta – tuto oblast pojímáme napříč všemi jazykovými rovinami,
- analýza schopnosti užívat neverbální prostředky komunikace,
- orientační vyšetření sluchové percepce, kognitivních schopností, které jsou v přímé vazbě s komunikací, grafomotoriky a dovednosti lexie a grafie. (Neubauer, 2018).

Můžeme komparovat s Lechtou (2007), který představuje tři úrovně diagnostiky – orientační, základní a speciální vyšetření. Podstatou orientačního vyšetření je screening a depistáž, které mají za úkol odkrýt narušení v dané skupině, populaci. Výsledkem je přibližné stanovení jazykové a komunikační úrovně jedince (úroveň ontogeneze řeči). Osmibodová logopedická diagnostika na úrovni základního vyšetření s cílem stanovení základní diagnózy spočívá v následujících krocích (srovnejme s Neubauer, 2018): (1) navázání

---

<sup>52</sup> časově ekonomická diagnostika – určení, co nejpřesnější diagnózy v odpovídajícím čase (Lechta, 2003, s. 26)

kontaktu, (2) sestavení anamnézy, (3) vyšetření sluchu, (4) vyšetření porozumění řeči, (5) vyšetření řečové produkce, (6) vyšetření motoriky, (7) vyšetření laterality, (8) průzkum sociálního prostředí. (Lechta, 2003, s. 35). Ve speciálním vyšetření jde poté o zpřesňování základní diagnózy, vyšší míru specifikace narušené komunikační schopnosti, která je posouzena z co možná nejvíce hledisek. (Lechta, 2003). Současný systém se v mnoha oblastech shoduje s tím původním, průzkum sociálního prostředí je pro mnohé logopedy nepředstavitelnou časovou zátěží. Z našeho pohledu nabízí informace, které jsou pro logopedickou intervenci důležité. Taktéž si myslíme, že navázání kontaktu a vytvoření příjemné atmosféry pro diagnostiku je neodmyslitelné pro fungující kooperaci mezi rodinou a logopedem.

V rámci diferenciální diagnostiky, která je podstatná, logoped spolupracují s dalšími lékařskými i nelékařskými odbornostmi, proto je důležité, aby měl teoretický i praktický vhlad do kooperujících disciplín. (Neubauer, 2018).

### 5.3 Jazykové roviny

Celkový obraz řeči je průsečíkem všech jazykových rovin. Protože budeme v logopedické diagnostice z těchto rovin vycházet, považujeme za nutnost je zde v základní rovině přiblížit. Známe tyto čtyři jazykové roviny:

- foneticko-fonologickou,
- lexikálně-sémantickou,
- morfologicko-syntaktickou,
- pragmatickou.

Do *foneticko-fonologické roviny* patří zvuková stránka řeči a jazyka, jejímž předmětem jsou fonémy, hlásky, fonologický proces, slabiky a prozodické faktory řeči. Spolu s fonologickým systémem se děti učí i systém fonetický, vyslovování jednotlivých hlásek (akusticko-artikulační jednotky). Tuto jazykovou rovinu si děti osvojují od narození do šestého roku věku, v některých případech i později. (Kerekrétiová, 2009, s. 64-65). Tato rovina by měla být zvládnuta do vstupu do základní školy.

*Lexikálně-sémantická rovina* pracuje s významy slov a celkovou slovní zásobou jazyka. Slovní zásobu chápeme jako všechny slova, slovní spojení, které mají pojmenovávací funkci. (Mistrík, 1969 in Marková, 2016). Řadíme sem slovní zásobu aktivní i pasivní. Pasivní slovní zásoba se začíná tvořit od 10. měsíce (Vitásková, 2016), první slova s obecným

významem se objeví okolo prvního roku věku dítěte. Ve věku tří let zná dítě kolem 1000 slov, ve čtyřech letech 1500 slov, okolo šestého roku věku až 3000 slov. (Klenková, 2006).

*Morfologicko-syntaktická rovina* je zaměřená na gramatiku, ta je složena ze dvou základních oblastí – morfologie a syntax. Podstatou morfologie je povědomí o slovních druzích a možnosti skloňovat, časovat a stupňovat. Syntax se zabývá tvorbou gramatických konstrukcí čili vět. Dodáváme, že větu pojmáme jako základní jednotku jazyka, díky které dochází ke komunikaci a k vyjádření myšlenek. (Marková, 2016). Z hlediska morfologie si dítě nejdříve osvojuje podstatná jména, poté slovesa. Před třetím rokem věku dochází k počátkům skloňování, okolo čtvrtého roku jsou tvořena první souvětí. Pravidla syntaxe pro daný jazyk se dítě učí transferem, tzv. vrůstáním do jazyka. Do čtyřech až pěti let může docházet k fyziologickým chybám v gramatice (agramatismům), poté by měly odeznít a gramatická stránka jazyka by neměla vykazovat odchylky. (Klenková, 2006).

Používáním jazyka a řeči v reálném životě se zabýváme v *pragmatické rovině*. Mluvíme o užívání prvních třech jazykových rovin v mezilidské komunikaci, tedy sociální interakci. (Marková, 2016). Podrobněji v kapitole 4.2 *Pragmatická jazyková rovina*.

## **5.4 Specifika logopedické diagnostiky u poruch autistického spektra**

Musíme souhlasit s Pospíšilovou (2018), která tvrdí, že klinická logopedie by klientům s PAS měla věnovat pozornost. Jazykové a komunikační odchylky spektra jsou natolik závažné, že potřebují odborné logopedické vedení. Klinický logoped by měl být součástí víceoborového diagnostického procesu. (Pospíšilová, 2018). Prochází specializovanou přípravou, která jej připravuje na veškerou klientelu, znamená to tedy, že bychom měli být připraveni na klienty nejrůznějšího charakteru s různým typem a stupněm postižení.

Diagnostika NKS v rámci poruch autismu je nezbytností k přípravě intervence komunikace. U osob s PAS by proces diagnostiky měl postihnout komplexní deskripci všech složek komunikace, jazykových rovin a dovedností klíčových pro úspěšnou komunikaci (komunikační kompetenci). Říhová, Vitásková (2012) vymezují zásady uplatňované v přístupu k jedincům s autismem a vycházejí z obecných speciálněpedagogických a logopedických principů. Za ústřední zásady v logopedické intervenci osob s PAS považují včasnou intervenci, imitaci přirozeného vývoje, překonání komunikační bariéry, funkční používání řeči, respektive jazyka jako celku. Mezi další řadí aplikaci unisenzoriálního přístupu, pochvaly a pozitivního posílení, důraz na silné stránky klienta, pozvolný přístup a stupňování

obtížnosti, utváření přiměřeného množství stimulů pro komunikaci, užívání barvy a intenzity projevu, respektování individuálního tempa, příjemná atmosféra terapie, vhodné vybavení a organizace logopedického pracoviště, komunikace prostřednictvím předmětů, opakování gest či pohybů (zrcadlení), komentování situace a popis aktivit. Využívání jasně a srozumitelné mluvy směrem k jedinci, konkrétní a jednoduchá spojení s důrazem na klíčová slova, použít můžeme techniku rozfázování výpovědi na kratší segmenty a držet se stálých označení pro předměty a situace. Samozřejmostí by mělo být poskytnutí prostoru na jakoukoliv reakci. V co nejvyšší míře využívat názornost, vizualizace, systematickosti a strukturalizaci. Ujišťujeme se, že jedinec rozumí našim výpovědím, všímáme si jakýchkoliv reakcí a pozorujeme relevanci v tónu hlasu a k výrazu tváře. Podporujeme přirozenou gestikulaci a navozování a udržování zrakového kontaktu. Uplatňujeme metody sociálních nácviků s využitím pozitivní motivace a pochval.

Celkové oslabení v rámci schopnosti komunikace a sociální interakce predikuje u dětí s PAS zvolení komplexního vyšetření, ve kterém se zaměřujeme na odhalení problematických oblastí komunikačního procesu. Za klíčové považujeme již prvotní pozorování a navození kontaktu s klientem, které je klíčové pro další vývoj celého intervenčního procesu. Záleží především na vytvoření pozitivního vztahu založeném na důvěře a propojení mezi klientem a terapeutem, což u klientely s PAS není jednoduché, ale nezbytné. Jsou kladeny nároky na odbornost logopeda, zároveň na intuitivnost a přirozenost v jednání, které by mělo být empatické. Vynaložená energie na počátcích intervence přináší ovoce po celou dobu trvání terapeutického procesu. (Říhová, Vitásková, 2012). Z důvodu náročnosti vytvoření plnohodnotného vztahu nezbytného pro úspěšný další postup, se může stát, že k diagnostice komunikace nedojde hned při prvním setkání. Dle našeho názoru to ani není možné, měli bychom umožnit dítěti prostor k adaptaci na jiné prostředí a nový subjekt v podobě logopeda. Na pevných základech utvořeného vztahu můžeme dále budovat logopedickou intervenci.

Můžeme dojít k závěru, že diagnózu potvrdíme, vyvrátíme nebo stanovíme podezření k diagnóze. Je vhodné provést screeningový test – DACH; M-CHAT a poté odkázat na odborníky (pedopsychiatry), aby provedli odbornou a detailní diagnostiku. Výbornou pomůckou mohou být pro logopedy testy jazykového vývoje, kterými zjistíme dosavadní úroveň jazykových i komunikačních schopností jedince. Kerekretiová (2009) upozorňuje na klíčovou roli prevence a včasného záchytu dětí s autismem. Měli bychom dokázat posuzovat komunikaci u jedinců s PAS jako komplexní schopnost.

Zkonstruování anamnézy jedince je jednou ze součástí diagnostiky, která poskytuje cenné informace. Anamnestické údaje logoped vyplňuje při rozhovoru s rodiči na jednom z prvních setkání, je vhodné mít sestavený formulář s body či otázkami pro vyšší přehlednost. Zjišťujeme rodinnou anamnézu (problémy s řečí v rodině, výskyt neurologických, psychologických či psychiatrických nemocí, sourozenci a jejich zdravotní problematika), osobní anamnézu (gravidita a její průběh, porod, kojení a výživa, nemoci či úrazy, vývoj motoriky, sociální úsměv, zrakový kontakt, ukazování, žvatlání a broukání, gesta a zvuky, napodobování, první slova, hračky, separační úzkost, zájem o komunikaci, slovní zásoba, věty a souvětí, neverbální komunikace, zvláštnosti v komunikaci, otázky, sebeobsluha, sociální začlenění), výchovnou anamnézu (mateřská škola či jiná školská zařízení, výchovný styl) a farmakologickou anamnézu (medikace). (Říhová, Vitásková, 2012).

Ve většině publikací je hlavní důraz kladen na funkčnost komunikace, což je primární pro další postup v terapii. Je důležité posoudit i další okruhy komunikace jako je slovní zásoba, mluvní projev, tvorba vět a další. Vykřičníkem je označena spontánní komunikace, která dle výzkumů poskytuje velmi cenné informace a data v rámci sestavení funkčního komunikačního profilu a jazykové kompetence jedince. V kompetenci logopeda je komplexně vyšetřit dítě s PAS a sesbírat tak nezbytné informace pro intervenci. (Fernandes, 2011).

Děti, které nemluví, se do péče logopeda dostávají brzy – diagnóza PAS není ještě pedopsychiatrem stanovena a děti tedy nejčastěji dostanou diagnózu opožděného vývoje řeči. Zvláštností není řešení diferenciatní diagnostiky PAS a vývojové dysfázie či sluchového postižení – jak víme u těchto diagnóz není narušená sociální stránka komunikace. (Preissová, 2018).

Diagnostika autismu v rámci logopedie je spatřována v hodnocení pragmatické jazykové roviny, posouzení jazykových i komunikačních schopností, sledování přítomnosti specifických rysů v oblasti komunikace. Shledáváme ji pozitivní v těchto případech (Kerekrétiová, 2009):

- včasné vyhledávání osob, které jsou potencionálně ohroženy diagnózou PAS,
- diferenciatní diagnostika nemluvicích dětí,
- komplexní diagnostika u osob, která již mají stanovenou diagnózu PAS.

V diferenciatní diagnostice je důležité se zaměřit především na odlišení od specificky narušeného vývoje řeči a od sociálně-pragmatické komunikační poruchy. (Buntová, Tichá,

2016). Z hlediska správné terminologie by jedinci s PAS měli být řazeni do kategorie symptomatických poruch řeči, setkáváme se, ale i s jinými logopedickými diagnózami (nejčastěji s vývojovou dysfázií).

Říhová a Vitásková (2012) rozdělují logopedickou diagnostiku u jedinců s PAS do dvou oblastí – orientační diagnostika probíhající v jednom z prvních setkání a pokládá si za cíl základní hodnocení komunikační schopnosti, druhou je základní diagnostika, která probíhá až v následujících setkáních a hodnotí komunikační schopnost přesněji a komplexněji. Analýzou veškerých informací získáme náhled na kladné (silné) a slabé stránky komunikace jedince s PAS.

V části orientační hodnotí hrubou motoriku (postoj a celková tělesná postura, lokomoci, stereotypie), jemnou motoriku (stavění kostek, dřevěné vkládačky, stereotypie), grafomotoriku (zájem o kresbu, úchop psacího náčiní, formální složky kresby – přítlak, tremor v linii, obsahovou složku kresby), auditivní percepci (reakce na oslovení, na změnu intonace, na hudební nástroj, schopnost spontánní rytmické reprodukce, napodobování rytmické reprodukce, zpěv a zapojení do něj), zrakový kontakt, spolupráci, porozumění řeči a řečovou expresi, behaviorální projevy při komunikační bariéře. Základní diagnostika se podrobněji zabývá hodnocením neverbální komunikace a verbální komunikace. (Říhová, Vitásková, 2012). V oblasti logopedické diagnostiky přímo u klientů s PAS vidíme na poli české logopedie mezery. Dle našeho názoru je žádoucí rozšiřovat diagnostický instrumentář o materiály zhotovené primárně pro jedince s těmito poruchami.



## 6 MOŽNOSTI LOGOPEDICKÉ TERAPIE JEDINCŮ S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA

### 6.1 Terapeutické přístupy v terapii PAS

Jak víme z výše uvedených informací, obtíže v jádrových oblastech ovlivňují jedince s PAS jako celek v běžných denních situacích. Při terapii (ať už je logopedická, či psychologická nebo při sociálních nácvicích) nám obtíže mohou znesnadňovat práci. PAS ovlivňuje reciprocitu ve vztahu dítěte a rodiče, zároveň dítěte a terapeuta. Sociálně emoční dovednosti se podílí na každodenním spontánním učení dítěte již od batolecího věku. Učení pomocí nápodoby a sdílené pozornosti je nejpřirozenější cestou k novým dovednostem. U dětí s autismem to takto přirozeně nefunguje, spontánní a přirozeně probíhající proces učení je narušen. (Šporclová, 2018). Děti s PAS je nutné intervenovat ve všech oblastech narušení, což zaručí multidisciplinární přístup v diagnostice i terapii. Do týmu odborníků patří i logoped, který může pozitivně ovlivnit další vývoj jedince s autismem. V terapeutickém procesu se zaměřujeme na klienty s podezřením pro PAS nebo s již stanovenou diagnózou PAS. (Buntová, Tichá, 2016). Klíčové je zahájit terapii včas, aby nedošlo k promeškání klíčového období plasticity dětského mozku, poté je neuroplasticita mozku snížena (ne zcela zastavena). Cílem je vždy zlepšení a maximalizace fungování jedince v reálném prostředí. Mezi obecné techniky řadíme individuální přístup, strukturu činností, učení novým a důležitým dovednostem, úpravu prostředí, vizualizaci, posilování sociální motivace a přenos poznatků do běžného života. (Šporclová, 2018, s. 62).

Komplexní intervenci můžeme shrnout do následujících bodů, které by neměly v žádném terapeutickém postupu chybět: (Pospíšilová, 2018, s. 209):

- výcvik sociálních a komunikačních dovedností, kam řadíme výběr vhodného a reálného komunikačního kanálu,
- kognitivně-behaviorální terapie,
- edukace rodičů a vychovatelů, které o jedince pečují.

Požadavkem pro terapii je najít takový přístup, který bude vhodný pro daného jedince a jeho rodinu. Klinický logoped by měl pozornost zaměřit především na funkčnost verbálního i neverbálního kontaktu klienta. V *Kompendiu klinické logopedie* jsou uvedeny možnosti klinicko-logopedické terapie, o které se logoped při své práci opírá. Mezi nejstarší

a neznámější řadíme *TEACCH program (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children)* využívající strukturované učení a individuální přístup ke zvláštnostem každého jedince. Soustředí se na nácvik samostatnosti, posílení sebevědomí, redukci problémového chování a nácvik předvídatelnosti svého okolí. Využívá vizualizace a motivace. *ABA (Applied Behavioral Analysis)* je terapií užívající speciální nástroje a strategie k redukci nežádoucího chování. Pracuje se získáváním nových dovedností, kdy klíčovým faktorem je věk (čím dříve terapie začne, tím je prognóza příznivější). *O.T.A. (Open Therapy of Autism Romany Straussové)* je intervenční metodou, která vznikla v České republice. S mottem: „*rodič je hlavním a celoživotním terapeutem dítěte*“ upozorňuje na problematiku autismu v kontextu celé rodiny. Vznikla výzkumem *Stimulace sdílené pozornosti a následného vlivu na rozvoj autistických projevů u malých dětí*. Dalším je *SON-RISE program*, projekt manželů Kaufmanových. (Preissová, 2018, s. 523-524). Kromě uvedených základních terapeutických přístupů shledávají teoretické prameny jako vhodné a efektivní použít terapeutické prvky dalších psychoterapeutických přístupů. Jedná se např. o canisterapii, biofeedback či muzikoterapii. (Preissová, 2018).

Dle výsledků výzkumu Romany Straussové (2018), kde byla použita metoda O.T.A. u batolat můžeme přistoupit k závěrům, že metodika má pozitivní vliv na vývoj dítěte směrem ke zdravému vývoji. Není využívána přímá práce s dítětem, nýbrž trénink rodičů jako hlavních terapeutů prostřednictvím video-tréninku interakcí (VTI). Jako pozitivum vnímáme práci s celou rodinou a naplnění potřeby radosti z rodičovství. Základem jsou východiska z metody ESDM (Early Start Denver Model) a teorie zrcadlových neuronů, kterou definoval Baron-Cohen v souvislosti s autismem – právě tyto neurony jsou s největší pravděpodobností odpovědné za nápodobu, rozumění emocím i schopnost uzavírat děj v celek. Nalézáme zde prvky soustřeďující se na naslouchání lidskému hlasu, dovednosti preverbální a proto-konverzační. Celková doba intervence činí asi dva roky.

Šporclová (2018) zařazuje další známé terapeutické přístupy. *DIR/Floortime* je metodou pro batolata a děti předškolního věku, jejím cílem je vytvořit zdravou základnu pro emocionální a sociální fungování. Floortime je název pro nestrukturovanou hru na zemi, kde se dítě dostává do role iniciátora nápadů a dospělý do role konstruktivního pomocníka, který dítě následuje a doplňuje. *ESDM (Early Start Denver Model)* je dalším, poměrně rozsáhlým intervenčním programem, pro děti od 1 roku do 4 let. Kombinuje vztahový přístup s aplikovanou behaviorální analýzou s důrazem na vztah dítěte a rodiče v pěti základních oblastech – imitace, sociální vývoj, verbální a neverbální komunikace a symbolická hra.

*Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)* patří k nejrozšířenějším směrům v terapii autismu hlavně v rané fázi vývoje dítěte. Vychází z teorie učení se zaměřením na modifikaci myšlení. *Modelování chování, videomodelování* je technika spočívající v předvádění činnosti, dovednosti či konkrétního chování. Využití můžeme reálné modely či videomodely predisponující vyšší mírou motivace jedince ke shlednutí. Své využití najdou i *sociální příběhy* pomáhající dětem lépe porozumět změnám a napomáhají k osvojení si sociálních dovedností. *Nácviky sociálních dovedností* mohou být individuální, ve dvojicích nebo skupinové. Obsahují vhodnou edukaci, předvedení, naučení a zpětnou vazbu. Cílem je zlepšení sociálních kompetencí.

## **6.2 Možnosti logopedické terapie u dětí s PAS**

Poruchy autistického spektra jsou natolik závažnou poruchou, že si v terapii zaslouží komplexní přístup. Jedním ze základních předpokladů pro úspěšnou logopedickou terapii autismu je vytvoření strukturovaného prostředí – zavedení jasných a přehledných pravidel, co největší míra vizualizace (veškeré podněty by měly být doprovázeny zrakovými, názornými podněty). Stimulace jazykového a komunikačního vývoje může být zaměřená na nácvik kooperace dítěte a logopeda (nebo jiného komunikačního partnera), stimulaci pragmatiky komunikace, nácvik porozumění, edukace rodičů (aby došlo k porozumění problému, které má jejich dítě v oblasti jazyka a komunikace a navázání na práci logopeda v domácím prostředí). (Kerekrétiová, 2009). Čadilová a Žampachová (2013) při své práci hojně využívají motivaci, kterou zpevňujeme a posilujeme zájem jedince, povzbuzujeme a posilujeme úspěch. Musíme mít na paměti, že výběr prvků motivace je výlučně individuální a u jedinců s PAS je nutné tvořit specifický motivační systém. Logopedická intervence není zaměřena na foneticko-fonologickou jazykovou rovinu, ale na stěžejní deficitní oblast pragmatické jazykové roviny. Cílem logopeda je globální rozvoj komunikační kompetence, kde je nutné rozvíjet preverbální vokalizaci, auditivní a vizuální perцепci, grafomotoriku, oro-motoriku, jemnou i hrubou motoriku, kognitivní dovednosti, spolupráci a nácvik sociálních situací. (Říhová, Vitásková, 2012).

Straussová a Knotková (2011) vychází z faktu, že selhání ve funkční komunikaci je typické pro všechny děti s autismem. Potřeba rozvoje funkční komunikace je nutná u dětí mluvících i nemluvících. Budování funkční komunikace je prioritou, využijeme tedy nejsnazší cesty sdílení – sdílení aktuálních a nejsilnějších potřeb dítěte. Úkolem rodiče nebo logopeda, je přimět ptát se a žádat. Podmínkou je úprava prostředí a podmínek tak, aby dítě nutilo vyhledat kontakt s dospělou osobou – zabráníme tomu, aby dítě bylo schopné vše

vykonat samo, bez dopomoci dospělých. Dospělý se stává oporou v počátcích komunikace tak, aby dítě získalo jistotu a kladný vztah ke komunikačnímu aktu.

Základním kamenem přístupu je potřeba dětí v raném věku hledat bezpečí – to uplatňuje ve svém přístupu k dětem s PAS, které v důsledku svých obtíží selhává a potřebuje k rozvoji samostatnosti dopomoc. Srozumitelným způsobem dítěti předkládáme: CO se bude dít, JAK DLOUHO to bude trvat, KAM má jít, KDE má být. Můžeme to znázornit pomocí denního režimu, který bude dítěti vizualizován. Konkrétní podoba je závislá na preferencích dítěte a může mít podobu: obrázků či piktogramů, fotografií, miniatur či reálných předmětů. Nejlepší variantou je nadepsat fotografie a obrázky nápisem, který pojmenovává činnost či místo. Při logopedické terapii je podstatné dítěti konkrétně sdělit, co jej čeká, a to nejlépe v podobě vizualizace, kterou chápe, např. znázorněním jednotlivých úkolů pomocí karet s čísly. Při plnění úkolů karty odstraňujeme, abychom vizualizovali přiblížení se k cíli. Neodmyslitelnou součástí je motivace. Specifická je oblast nácviku činností, při kterých je efektivní tvorba procesuálních schémat zachycující průběh činnosti. (Straussová, Knotková, 2011). Své uplatnění naleznou i metody nácviku sociálních dovedností, kterými je modelování, řetězení a generalizace, dále také přehrávání rolí a sociálních příběhů s následným transferem do běžného života. (Čadilová, Žampachová, 2013).

Dalším z přístupů využitelných v logopedii je komunikační intervence za pomoci prvků alternativní a augmentativní komunikace (AAK), kterými je nácvik znakového jazyka, psaní a čtení, komunikace pomocí předmětů nebo fotografií, využití technických pomůcek, komunikačních knih, užívání výměnného obrázkového komunikačního systému (VOKS, PECS). Tyto pomůcky nám napomáhají k rozvoji pragmatiky komunikace a mohou dítěti upřesnit to, proč je pro něj komunikace tak důležitá a uvědomit si možnost ovlivnit své okolí. (Šporclová, 2018).

Velkým pomocníkem jsou pro logopeda pomůcky, které mají nejrůznější funkce. U dětí s PAS, které přichází do logopedické péče je nutné věnovat vyšší pozornost při výběru pomůcek pro celou logopedickou intervenci. Správnou volbou pomůcek determinujeme kvalitu a následnou prognózu celé intervence. (Říhová, Vitásková, 2012). V repertoáru pomůcek pro děti s autismem by dle našeho názoru neměly chybět: pomůcky pro strukturalizaci prostředí (dřevěné či papírové krabice pro strukturu pracovní plochy, rozvrh aktivit pro terapeutickou jednotku), vhodné obrázkové karty pro rozvoj slovní zásoby, vizualizované sociální dovednosti, slovní zásoba v rámci systémů AAK, a mnoho dalších. V současné době

můžeme najít inspiraci na mnoha webových stránkách, kde se pomůckami pro jedince s PAS přímo zabývají. Jedná se např. o stránky Jiný svět, Naděje pro autismus, OSKOLA, Pasparta nebo Piktomag.

Říhová a Vitásková (2012) rozdělují didaktický materiál a pomůcky využívané v intervenci osob s PAS na tři kategorie – do první řadíme ty, které se užívají v terapii i jiných typů NKS, do druhé pomůcky pro aplikaci alternativní a augmentativní komunikace a do třetí ty, které jsou určeny primárně pro klientelu s autismem. Výběr těchto pomůcek není kontraindikací u jiných typů NKS, ale vychází ze specifického symptomatického obrazu jedinců s autismem (viz výše v kapitole 1.7 *Klinický obraz dětí s poruchou autistického spektra*). Důležitým segmentem volby pomůcek je motivace jedince, která vychází z jeho zájmů a specifík vnímání. Zjištění motivů k aktivitě je vysoce ceněné, považujeme za nezbytné v úvodních setkáních motivovanost jedince zjišťovat.

Pomůcky a hračky by měly být jednoznačné, měl by jich být dostatek, ale zároveň nesmí nastat stav podnětového přesycení jedince, volíme předměty, se kterými se snadno manipuluje a jsou přitažlivé. Vše by mělo být v dokonalé rovnováze. Pozitivní zkušenost dokládají autorky s předměty a aktivitami mající jednoznačné souvislosti, také skutečné a miniaturní předměty nacházejí své uplatnění. (Říhová, Vitásková, 2012). Nabízíme shrnující tabulku s možnými pomůckami a hračkami rozdělenou na základě sensorických preferencí klientů s PAS (viz Tabulka 8). Podstatným módem pro intervenci osob s PAS je vizuální způsob a jeho preference, vizuální pomůcky by tedy v jakékoliv komunikaci a intervenci s těmito osobami neměly chybět. Obtíže v diferenciaci verbálních i neverbálních kódů komunikace podporujeme rozvojem auditivní percepce, na kterou je nutné se soustředit. Zájem o hudbu klientů v této oblasti přispívá k dalším možnostem volby pestrých pomůcek a materiálů. Ukončení a přechod k následující aktivitě přibližujeme vizuálně, můžeme využít pomůcky zajišťující potřebu předvídatelnosti a kontroly nad situací. (Říhová, Vitásková, 2012).

Možnosti stimulace komunikačních schopností jedinců s poruchou autistického spektra pestře a detailně popisují autorky v publikaci *Logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra: odborná publikace pro logopedy* (Říhová, Vitásková, 2012), kde postupují od rozvoje a stimulace preverbálních dovedností přes porozumění, hrubou a jemnou motoriku, auditivní percepci, kognitivní schopnosti až k neverbální a verbální komunikaci. Vřele tuto publikaci doporučuji všem odborníkům zabývajícím se osobami s PAS.

Pomůcky v logopedické intervenci klientů s PAS	
Taktilní vnímání	<ul style="list-style-type: none"> <li>- masážní míčky, kamínky, látky a reliéfní povrchy, korálky, kostky</li> <li>- plastelína, modelína, prstové barvičky, pískovnička</li> <li>- taktilní knihy</li> <li>- reliéfní pomůcky užívané u osob s nevidomostí</li> </ul>
Vizuální vnímání	<ul style="list-style-type: none"> <li>- fotografie, obrázky, knihy, leporela, vkládačky, puzzle</li> <li>- AAK systémy</li> <li>- barevná čísla a slova</li> <li>- tablety a PC obsahující výukové programy s vizuální zpětnou vazbou (Speechwiever)</li> <li>- zrcadla</li> <li>- videonahrávky zajišťující zpětnou vazbu</li> <li>- světelná signalizace</li> <li>- vizuální strukturalizace programu či aktivit, emocí</li> <li>- situační obrázky</li> </ul>
Auditivní vnímání	<ul style="list-style-type: none"> <li>- auditivní knihy a zvukové hračky</li> <li>- pomůcky s hlasovým výstupem</li> <li>- komunikátory, PC programy</li> <li>- hudební nástroje</li> </ul>
Navázání a udržení zrakového kontaktu	<ul style="list-style-type: none"> <li>- výrazné barevné brýle</li> <li>- tělové barvy pro zvýraznění očí</li> <li>- klobouky a masky</li> </ul>
Časové ohraničení	<ul style="list-style-type: none"> <li>- minutka, budík</li> <li>- přesýpací hodiny, stopky</li> </ul>
Konkrétní myšlení	<ul style="list-style-type: none"> <li>- míčky, kostky, stavebnice</li> <li>- maňásci, klobouk, plátno</li> <li>- bublifuk</li> <li>- hračky v krabici</li> </ul>
Rozvoj schopnosti napodobování	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hračky podporující komunikaci vždy ve dvojím provedení (dvě auta, dva telefony, dva bublifuky atd.)</li> </ul>
Nácvik sociálních situací	<ul style="list-style-type: none"> <li>- situační obrázky a fotografie</li> <li>- komunikační knihy</li> <li>- slovník sociálních situací</li> <li>- miniatury předmětů a postav z reálného života, světa</li> <li>- kostýmy a profesní oblečení</li> </ul>

Tabulka 8: Pomůcky v logopedické intervenci klientů s PAS

(Říhová, Vitásková, 2012, s. 26-30)

Zdrojem informací pro nás mohou být webové stránky nejrůznějších organizací, které s lidmi s poruchou autistického spektra pracují. Mluvíme především o střediscích rané péče, centrech pro terapii a výzkum autismu, neziskových organizacích a střediscích či sdruženích pro rodiny s dětmi s autismem. Mezi největší neziskovou a nestátní organizaci v České republice patří NAUTIS – Národní ústav pro autismus.

V rámci odborného vzdělávání logopedů existuje zajímavý kurz *Rozvoj komunikace u dětí s poruchou autistického spektra*, který vede PhDr. Romana Straussová, Ph.D., soudobá odbornice na poli teorie i praxe autismu, zakladatelka Centra terapie autismu ověřující účinnost Rané intervence O.T.A. (Centrum Terapie Autismu, 2017).

## II PRAKTICKÁ ČÁST

### 7 LOGOPEDICKÁ DIAGNOSTIKA U VYBRANÝCH DĚTÍ S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA

#### 7.1 Uvedení do problematiky

Druhá, praktická část textu práce obsahuje analýzu výzkumného problému, na který jsme nahlíželi optikou předvýzkumu. Tématem nám byla logopedická diagnostika dětí s poruchou autistického spektra, vzhledem k tomu, že vnímáme tuto složku logopedické praxe jako absentující. Většina logopedů si uvědomuje nutnost poskytovat logopedickou intervenci jedincům s autismem, z osobních zkušeností můžeme však zaznamenat obavy z nedostatku odborných znalostí či prostředků k této činnosti.

Tématem jsme se zabývali z logopedického pohledu, snažili jsme se problematiku analyzovat a postoupit směrem k logopedům v praxi. Záměrem bylo získané závěry a materiály podrobit další analýze a poté je poskytnout logopedům, kteří se o problematiku logopedické intervence (v nejširším slova smyslu) u dětí s autismem zajímají.

Vybrané a zkoumané oblasti byly dvě – detekce reflexe jazykového vývoje u vybraných dětí v předškolním věku s diagnózou poruchy autistického spektra a tvorba logopedického diagnostického materiálu využitelného u dětí s poruchou autistického spektra v předškolním věku. K tomuto účelu byla využita výzkumná strategie kvalitativního charakteru, pro zhodnocení dosavadní úrovně jazykových a komunikačních schopností byl využit polostrukturovaný rozhovor a pozorování jedinců. Logopedická diagnostika byla sestavena dle dosavadních teoretických znalostí a zkušeností z praxe. Zdrojem, námětem a inspirací pro tvorbu a seskupení dílčích subtestů byly již vytvořené a v praxi používané logopedické diagnostické materiály, také zkušenosti čerpané z logopedické praxe. Pro finální seznámení se s jednotlivými klienty jsme použily formu případových studií, které obsahují získaná data.

Dle našeho názoru je nutné rozšiřovat logopedický diagnostický instrumentář o materiály zhotovené primárně pro jedince s poruchami autistického spektra, hlavním důvodem je nedostatek těchto materiálů v české logopedické praxi. Snažili jsme se proto vytvořit materiál, který by sloužil v logopedické praxi logopedům a jejich klientům s autismem.

## 7.2 Formulace výzkumného cíle a výzkumné otázky

V rámci praktické části výzkumu jsme stanovili výzkumný cíl, kterým je **vytvoření logopedického diagnostického materiálu a detekce dosavadní jazykové a komunikační úrovně u vybraných dětí s poruchou autistického spektra**. Ke splnění výzkumného cíle byly stanoveny následující cíle dílčí:

- vytvoření materiálů potřebných k logopedické diagnostice klientů s PAS,
- detekce dosavadního jazykového a komunikačního vývoje klientů s PAS,
- detekce jazykové a komunikační úrovně prostřednictvím vytvořeného logopedického diagnostického materiálu,
- sestavení profilu klienta na základě provedené logopedické diagnostiky.

Dále byly stanoveny dvě výzkumné otázky, které vycházejí z hlavního výzkumného cíle a je nutné na závěr zodpovědět. Definovali jsme je následujícím způsobem:

- (1) Je možné evidovat efektivitu logopedické diagnostiky prostřednictvím nově využitých diagnostických materiálů a přizpůsobení subtestů každému jedinci?
- (2) Je možné evidovat přínos použitím nově vytvořeného diagnostického materiálu pro logopedickou praxi?

Teoretická východiska tvoří základ (teoretický rámec) pro problematiku logopedické diagnostiky u klientů s poruchou autistického spektra, dále pro tvorbu diagnostického materiálu, který bude zaměřen na hodnocení jazykových a komunikačních schopností dětí s autismem. Východiskem tvorby materiálu jsou dosavadní materiály pro hodnocení dané oblasti a teoretické a praktické zkušenosti výzkumného pracovníka.

## 7.3 Výzkumný vzorek

Pro naše účely jsme použili **úcelovou (záměrnou) metodu výběru** výzkumného vzorku. Při tomto typu výběru je zcela na výzkumníkovi, které jednotky zařadí či nezařadí do výzkumu. (Hendl, Remr, 2017). Tento typ výběru je pro kvalitativní strategii výzkumu a design případové studie dle odborné literatury typický. (Mišovič, 2019).

Vymezili jsme kategorie jednotek (klientů), které jsme považovali za vhodné do předvýzkumu zařadit a zanalyzovali jsme možné faktory, které budou moci působit v závěrech



výzkumu. Záměrný výběr byl ohraničen několika podmínkami, které byly dodrženy, jednalo se o následující kritéria:

- klienti museli splňovat **věkovou kategorii předškolního věku**, kterou jsme vymezili na konkrétní věkovou hranici od tří let věku po nástup do základní školy (jedinci, kteří nastoupili docházku do základní školy již nemohli být do výzkumného vzorku zařazeni),
- klienti museli splňovat podmínku **již stanovené diagnózy v rámci poruch autistického spektra**, která byla doložena zprávou od daného odborníka,
- vytyčili jsme si i funkční hranici poruch autistického spektra na **vysokofunkční a středněfunkční jedince s PAS**.

Pro předškolní věk jsme se rozhodli převážně z toho důvodu, že v tomto věku dochází ke stanovení diagnózy (dětský autismus) ze spektra poruch autismu. Dále je toto období typické pro první návštěvu logopeda, kde probíhá logopedická diagnostika a následná terapeutická péče.

Již stanovená diagnóza poruch autistického spektra nám při výběru výzkumného vzorku vyřadila jedince, kteří zatím konečnou diagnózu nemají, jsou např. v podezření, rizikové skupině nebo s prvky autistického chování (což není diagnóza). Není v kompetenci klinického logopeda diagnózu poruchy autistického spektra stanovit. Při zařazení jedinců bez diagnózy PAS, ale pouze s podezřením by mohlo dojít k ovlivnění závěrů předvýzkumu, což by mohlo mít vliv na další analýzu a následné úpravy materiálu.

Míru funkčnosti v rovině vysokofunkční až středněfunkční jsme volili primárně z důvodu nemožnosti postihnout a přizpůsobit logopedickou diagnostiku celé škále spektra z hlediska funkčnosti. Nízkofunkční autismus zasluhuje vyšší míru přizpůsobení a aplikaci odlišných postupů v logopedické diagnostice, což není předmětem a cílem této práce a tohoto předvýzkumu.

V rámci předchozí spolupráce v oblasti dobrovolnictví a odborných praxí v rámci studia jsme oslovili organizace, o kterých jsme věděly, že pracují s rodinami s dětmi v předškolním věku a také s diagnózou poruchy autistického spektra. Oslovení probíhalo prostřednictvím e-mailové korespondence, poté i telefonicky. Postupně došlo k oslovení následujících organizací a odborností:

- JAN z.s. – Jdeme Autistům Naproti z.s., spolek poskytující sociální služby rané péče a sociální rehabilitace, dále nácviky sociálních dovedností a příměstské tábory během letních prázdnin. (Jdeme autistům naproti, 2019),
- Raná péče – Středisko Světlo ve Vrchlabí – Diakonie ČCE, poskytující sociální služby rané péče dětem se zdravotním postižením (mentálním, pohybovým, kombinovaným, s poruchou autistického spektra či opožděným a ohroženým vývojem. (Diakonie, 2020),
- NAUTIS: Národní ústav pro autismus, z.ú. – nestátní nezisková organizace poskytující širokou nabídku služeb jedincům s autismem (NAUTIS, 2020),
- MŠ Hostinné s ředitelkou Mgr. Vladimírou Svobodovou – mateřská škola provozující třídy se sníženým počtem žáků.

Prostřednictvím výše zmíněných organizací a odborností jsem získala kontakty na rodiny již odpovídající našim požadavkům. Následovalo oslovení samotných rodin, opět prostřednictvím e-mailové korespondence, poté i telefonicky.

Cíleně jsme dle výše uvedených kritérií oslovili 120 rodin prostřednictvím e-mailové korespondence, kde byly jasně shrnuty možnosti a požadavky zapojení se do předvýzkumu. Pro efektivní oslovení cílové skupiny klientů byl vytvořen i informativní leták (viz Příloha 1), který byl přikládán do e-mailu jako příloha. Odezvou nám bylo několik reakcí. Většina rodin (z celé České republiky) nebyla ochotná nebo pro ni bylo problematické (z různých důvodů) se podílet na výzkumné akci. V konečném důsledku této výzkumné fáze jsme měli k dispozici **pět rodin**, které se mohli podílet na předvýzkumu a splňovali veškeré naše požadavky.

## 7.4 Výzkumné prostředí

Výzkumným prostředím zde myslíme prostředí, ve kterém samotný předvýzkum probíhal. To jsme započali řešit již při tzv. vstupu do terénu. (Hendl, Remr, 2017, s. 58). Do terénu jsme vstoupili v moment, kdy začalo oslovování institucí, odborností a následně zprostředkovaně kontaktování rodin klientů s poruchou autistického spektra. Předpokladem bylo uskutečnit předvýzkum (tedy jeho hlavní část) přímo tam, kde navážeme spolupráci – tak, aby se zpočátku jednalo o přirozené sociální prostředí dětí (domácí prostředí).

Pozorování a polostrukturovaný rozhovor se uskutečnily v domácím prostředí, v přirozených podmínkách. Bez strachu a obav z nového prostředí na straně dítěte i rodiče. Bylo nám tak umožněno pozorovat spontánní aktivity dětí v přirozeném sociálním prostředí. Získali jsme informace podstatné k tvorbě anamnestických dat, bylo nám umožněno nahlédnout do zpráv odborných pracovišť, která rodina spolu s dítětem navštívila. Mohli jsme zjišťovat informace o dosavadním jazykovém a komunikačním vývoji jedince.

## 7.5 Organizace výzkumu

Nebylo jednoduché sestavit jednotlivé fáze a postupy při realizaci tohoto předvýzkumu. V průběhu analýzy literatury a dosud dostupných materiálů pro logopedickou diagnostiku se naše záměry mnohokrát měnily a byli jsme nuceni několikrát vše přehodnocovat tak, abychom dospěli k ideálnímu rozložení a následnému ucelenému výsledku v podobě logopedického diagnostického materiálu.

Organizace celého předvýzkumu započala již stanovením výzkumných cílů a volbou výzkumných otázek. Následovalo rozhodnutí o metodách sběru dat. Předvýzkum ve své podstatě spočíval v realizaci těchto hlavních fází:

- shromáždění informací pro tvorbu diagnostického materiálu a samotná tvorba diagnostického materiálu ve všech jeho složkách,
- oslovení potenciálních klientů předvýzkumu a navázání kontaktu prostřednictvím institucí a odborností (viz výše v kapitole 7.3 *Výzkumný vzorek* a v kapitole 7.4 *Výzkumné prostředí*) – vstup do výzkumného terénu.
- fáze realizace polostrukturovaného rozhovoru a pozorování v domácím přirozeném prostředí účastníků,
- analýza a interpretace sesbíraných dat a tvorba profilu klienta v rámci případových studií.

Tvorba logopedického diagnostického materiálu ve všech jeho složkách byla náročná, materiálově i časově. Celkový postup tvorby je popsána níže v kapitole 7.6 *Metodologie* nebo 7.6.1 *Metody sběru dat*.

V rámci oslovení institucí a následně i rodin probíhalo důkladné seznámení s akademickou prací a jejím cílem. Na některých pracovištích proběhlo seznámení s bezpečností a ochraně zdraví při práci na pracovišti, také došlo k vyhranění kompetencí v rámci

předvýzkumné akce. Byla jsem v krátkosti poučena v přístupu k určitým osobám (hlavně k rodičům). V další fázi jsem jako výzkumný pracovník jednala samostatně v rámci vytyčených cílů s užitím pravidel a zásad etického kodexu, s maximálně humánním přístupem k rodinám s dítětem s postižením. Úplně prvním úkonem bylo seznámení rodičů s výzkumem, jeho podmínkami, cíli, přínosy a organizací. Důležité bylo zmínit bod zisku, tedy to, co celá výzkumná akce rodině přinese. Následné podepsání **informovaného souhlasu** (viz Příloha 2) o provedení výzkumu bylo vystaveno ve dvou vyhotoveních, kdy jedno vyhotovení zůstávalo rodině (zákonnému zástupci dítěte) a druhý výzkumnému pracovníkovi. Informovaný souhlas je dokument, který nesmí chybět v žádném výzkumu pracujícím s lidmi. Prostřednictvím souhlasu dává jedinec či jeho zákonný zástupce souhlas k účasti ve výzkumu za podmínek stanovených a uvedených v informovaném souhlase. Před samotným podpisem by jedinec měl mít možnost se na cokoliv zeptat – tak, aby mu bylo vše předem známo. (Hendl, 2016).

## 7.6 Metodologie

Empirická část práce prezentuje kvalitativní typ výzkumu optikou předvýzkumu. Formu předvýzkumu jsme využili z důvodu velké časové náročnosti tvorby diagnostického materiálu a také z důvodu potřeby dalšího ověření efektivity a podchycení chyb tohoto materiálu v praxi tak, abychom na materiálu mohli dále pracovat (to bude předmětem dalšího zkoumání).

Předvýzkum je různými autory chápán odlišně. Můžeme se shledat s termínem průzkum, který je chápán jako nižší forma empirického zkoumání. Jeho prostřednictvím získáváme pracovní data. (Gavora et al., 2010). Disman (2002) předvýzkum užívá k náležitému odzkoušení nástrojů, které byly pro výzkum zkonstruovány. *Sociologická encyklopedie* pojem předvýzkum užívá pro sondu, která bývá realizována v rámci přípravné fáze realizace výzkumu. Může se využít pro orientaci v problematice nebo jako část výzkumu ověřovacího charakteru nebo pro komplexní prověření dané problematiky či metodiky. Shledáváme rozdíl s pojmem pilotáž, což je ověřování navrženého výzkumného nástroje, které může být vnímáno jako součást samotného předvýzkumu. V anglické literatuře můžeme dohledat pod termíny pre-research nebo pilot study. (Nešpor, 2019).

Miovský obecně definuje kvalitativní výzkum jako „*přístup, který pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů*

*naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod.*“ (2006, s. 17). Strategie využívající kvalitativní přístup je jedinečná a neopakovatelná, využívá princip kontextuálnosti<sup>53</sup>, procesuálnosti a dynamiky. (Miovský, 2006). Holistické pojetí kvalitativního výzkumu podává Mišovič (2019). V typickém kvalitativním výzkumu je určeno téma (hned na počátku) a základní výzkumné otázky, přičemž dochází k neustálé modifikaci a doplňování otázek v průběhu celého výzkumu – odtud pružný typ výzkumu. (Hendl, 2016). V závěrech výzkumu nemůžeme očekávat objektivní a zobecnitelná data, naopak subjektivní kvality a data či nově stanovené výzkumné otázky. (Vévodová, Ivanová et al., 2015).

Chráska (2007) udává základní rozdíl mezi kvantitativním výzkumem a kvalitativním výzkumem – shledává jej v odlišnosti filosofických základů. Kdy kvantitativní výzkum stojí na základech novopozitivismu<sup>54</sup>, oproti tomu výzkum kvalitativní má počátky hlavně ve fenomenologii<sup>55</sup>. Kvantitativním výzkumem je rozuměn výzkum, při kterém získáváme výsledky bez statistických procedur či kvantifikace, jedná se o nematematický analytický postup fixace dat, nenumerické šetření. (Strauss, Corbinová, 1999). Švaříček a Šed'ová (2014) ve své publikaci podrobně rozepisují rozdílnost dvou výzkumných směrů. Poukazují na induktivní směr myšlení v kvalitativním výzkumu stejně tak jako na tři nejběžnější sběry dat v tomto výzkumu – data z rozhovorů, data z pozorování, data z dokumentů. Práce se slovy a textem je pro kvalitativní přístup typická. Neméně rozdílná je analýza dat – při kvalitativním výzkumu hledáme sémantické vztahy mezi získanými daty, spojujeme kategorie do logických útvarů. (Švaříček, Šed'ová et al., 2014, s. 16). V téže publikaci nacházíme i soudobé názory kritiky kvalitativního výzkumu. A to hlavně pro neobjektivnost a nezobecnitelnost. (Švaříček, Šed'ová et al., 2014). Hendl (2016) dodává další výtky: neprůhlednost, malá transparentnost<sup>56</sup>, nemožnost formalizace.

Každý typ kvalitativního výzkumu je podložen svou teoretickou oporou, o kterou se v rámci praktického výkonu výzkumu opíráme. Směřujeme tím k porozumění podstaty zkoumaných jevů, které se pomocí kvantitativní metodologie získávají obtížně. Ve většině případů můžeme mluvit o průběhu v přirozených podmínkách, kde výzkumník proniká do struktur jevu a snaží se jim porozumět, následně analyzovat a interpretovat. (Mišovič, 2019).

---

<sup>53</sup> kontextuálnost – vázanost jevu na kontext, situaci, ve které se odehrává – upozorňujeme tak na to, že existuje málo zákonitostí, které by platily obecně (Miovský, 2006, s. 17)

<sup>54</sup> novopozitivismus – filosofický směr směřující k jedné objektivní realitě (Chráska, 2007)

<sup>55</sup> fenomenologie – směr zdůrazňující subjektivní prvky jednání a chování lidí (Chráska, 2007)

<sup>56</sup> transparentní – dostatečně jasný, zřejmý, zřetelný (Slovník cizích slov, 2004)

## 7.6.1 Metody sběru dat

Metod sběru dat jsme použili několik – byly sestaveny podklady pro **polostrukturovaný rozhovor** s rodiči jedinců výzkumného vzorku. Využito bylo **pozorování**, jako doplňující metoda k získání dalších informací o jedincích, které nám poslouží v následující části. Hlavní část praktické části tvoří **dílní diagnostické subtesty**, které byly sestaveny, aby mohli být v dalších fázích (předmět našeho dalšího zájmu) podrobeny zkoumání. Diagnostické subtesty jsme modifikovali a sestavili přímo k účelům logopedické diagnostiky u dětí předškolního věku s autismem v našem výzkumném vzorku.

K sestavení jednotlivých profilů klientů (5) z vybraného výzkumného vzorku jsme v závěru vytvořili jednotlivé **případové studie**, které nám slouží k popisu a následné analýze získaných dat během našeho předvýzkumu.

### **Polostrukturovaný rozhovor**

Polostrukturovaný rozhovor se svou podstatou řadí mezi nejužívanější typ rozhovoru při volbě kvalitativního výzkumu, a to z důvodu předejití negativ, které nese varianta plně strukturovaného nebo nestrukturovaného rozhovoru. Jako pojetí uvádíme výstižnou a srozumitelnou definici: „*relativně volně uspořádaný a otevřený vůči tomu, co účastník cítí, a reflektuje to, co důležitého a významného říká v souvislosti se záměry výzkumného projektu.*“ (Alvesson, 2003, s. 13 in Mišovič, 2019). Spočívá v předem připravených otázkách zaměřujících se na zkoumanou problematiku, což představuje jádro celého rozhovoru – tyto otázky výzkumník musí bezpodmínečně s dotazovaným probrat. Vedle jádrových otázek jsou i doplňující otázky, které mohou přinést zpřesňující informace v rámci konceptu. Umožňuje zaměření pozornosti na výzkumný problém a dojít tak k vytyčenému cíli. Základem je konverzace a schopnost výzkumníka pracovat s otázkami a danou interakcí, která probíhá mezi výzkumníkem a účastníkem. Nutností je reflexe každého rozhovoru, která by se měla promítnout do rozhovorů následujících. (Mišovič, 2019). Je nutné, aby rozhovor probíhal přímo – vyžaduje se fyzická účast obou stran. Jinou variantou je rozhovor telefonický, nepřímý. (Hendl, Remr, 2017).

V porovnání s kvantitativním rozhovorem je kvalitativní rozhovor delší, účastník bývá nejčastěji na samotný akt rozhovoru připravován (je seznámen s cílem a důvodem konání rozhovoru). Vysokou roli sehrávají osobnosti výzkumníka i účastníka, kvalitní výzkumník dokáže být empatický a vnímat svět z pohledu účastníka. Důležitým faktorem je schopnost aktivního naslouchání. (Hendl, Remr, 2017). Polostrukturovaný rozhovor je založen na

několika předpokladech – otázky jsou srozumitelné, výzkumník reaguje citlivě (respektuje pohled na svět ze strany účastníka). Z různých výzkumů je znám fakt, že na stejné položky v rozhovoru mohou různí výzkumníci získat odlišná data, odpovědi, od stejných účastníků. To je ovlivněno způsobem kladení otázek. Při konstruování rozhovoru můžeme vytvořit osnovu s otázkami, kterou pak přímo při rozhovoru využijeme, dále si můžeme připravit záznamový arch pro poznámky a další náměty. (Mišovič, 2019).

### **Pozorování**

Pozorování je považováno za jednu z nejtěžších forem sběru dat v kvalitativní strategii. Jednoznačně nejužívanější je pozorování zúčastněné, což je metoda dlouhodobého a systematického sledování jevů přímo ve výzkumném terénu. Cílem je pozorování samotné a zprostředkování nalezených dat a faktů čtenáři. (Švaříček, Šedřová, 2014). Získáváme informace o tom, co se skutečně děje (v porovnání s rozhovorem, kdy může dojít ke zkreslení – účastníci nechtějí říci vše o svém jednání a chování). (Hendl, Remr, 2017). Přináší odlišné informace než rozhovor – to je nutné si uvědomit. Pozorování slouží k popisu jednání účastníka v určitém situačním kontextu, rozhovor zachycuje slova a myšlenky účastníků, což přináší pochopení jejich zkušenosti. Každé pozorování by mělo co nejpodrobněji deskriptivně zachytit realitu, kvalita pozorování se stanovuje dle míry a možnosti si danou situaci představit tak, aby ji čtenář porozuměl. (Švaříček, Šedřová, 2014).

Kvalitativní nestrukturované pozorování nám nabízí možnost pozorovat veškeré jevy, z toho důvodu není předem přesně určeno, co bude výzkumník pozorovat. Vyžadovány jsou přirozené podmínky a rozsáhlé poznámky na straně výzkumníka. (Hendl, Remr, 2017).

### **Tvorba diagnostického materiálu – dílčí diagnostické subtesty**

Poměrně největší díl praktické části práce zaujímají dílčí logopedické diagnostické subtesty, jejichž příprava, sestavení a samotná tvorba byla náročná z materiálního, technického i časového hlediska.

Po teoretické přípravě jsme se rozhodli diagnostické subtesty kategorizovat do deseti subtestů, které budou moci být provedeny jednotlivě (samostatně) nebo jako celek. Ke každému subtestu jsme zhotovili záznamový arch, kam je možné přehledně zaznamenávat odpovědi klientů spolu s dalšími poznámkami k problematice subtestu. Dále byla sestavena přehledná *Metodická příručka* shrnující veškeré potřebné informace nutné k provedení a následnému vyhodnocení diagnostických subtestů.

Kategorizace do deseti základních oblastí – subtestů byla provedena na základě zkušeností z logopedické praxe. Uvádíme tedy deset subtestů, které následně budou detailně popsány níže (viz kapitole 7.8 *Diagnostický materiál – tvorba dílčích diagnostických úkolů*). Subtesty jsou uváděny spolu s označením, kterých je v materiálu hojně využíváno:

- (3) Sémantický test (ST),
- (4) Vyšetření fonemického sluchu (VFS),
- (5) Rytmizace (R),
- (6) Lateralita a grafomotorika (LaG),
- (7) Motorika (M),
- (8) Slovní zásoba a pojmenování (SZaP),
- (9) Situační vnímání (SV),
- (10) Zraková percepce (ZP),
- (11) Sluchová percepce (SP),
- (12) Morfologie a syntax (MaS).

Významná složka pragmatiky komunikačního aktu, 11. subtest – Pragmatika komunikace (PRA) je rovněž součástí celého diagnostického konceptu. Prováděn byl však již při prvním setkání v rámci rodinného přirozeného prostředí jako součást pozorování a zúčastněného pozorování.

## 7.7 Diagnostický materiál

V předvýzkumu jsme využili **metodu polostrukturovaného rozhovoru**, který byl zkonstruován pro rodiče klientů, pro zákonné zástupce či pečující osoby. Inspirací nám byl test používaný v USA – TECEL (Test of Early Communication and Emerging Language). (Huer, Miller, 2011). Záznamový arch tohoto testu nám byl poskytnut v rámci zahraniční studijní stáže na Valdosta State Univerzity, kde autorka této práce navštívila tamější kliniku, Speech and Hearing Clinic. Dále byla využita **metoda zúčastněného přímého otevřeného pozorování** bez užití pevně stanovené struktury, kdy jsme tedy otevření k situacím, které nastanou a budeme na ně reagovat. V průběhu pozorování se výzkumný pracovník aktivně zapojuje do interakce se subjektem (klientem) a zaznamenává důležité body interakce



ve formě poznámek. Vycházeli jsme z oblasti, které zmiňuje Pečeňák (2003) v kapitole *Diagnostika dětského autismu* v publikaci *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*, které vnímáme jako stěžejní v počátečních fázích logopedické diagnostiky dětí s autismem.

TECEL, můžeme přeložit jako Test rané komunikace a jazyka, je revidovanou verzí Nonspeech Test (neverbálního testu) autorky M. B. Huer, který byl hojně používán pro zjištění receptivních a expresivních jazykových schopností. Revidovaná verze umožňuje hodnotit jazykové schopnosti u dětí raného věku a batolat, také u jedinců, kteří mají individuální opoždění ve vývoji jazykových schopností. Je určen pro logopedy, odborníky pracující s dětmi raného věku, speciální pedagogy, psychology, diagnostiky, specialisty pro alternativní a augmentativní komunikaci. Standardizace je provedena na věkovou skupinu od 2 týdnů věku po 24 měsíců věku v počtu 558 dětí z 28 států Spojených států amerických (USA). Potřebný čas pro administraci činí 15-45 minut. Test využívá individuální zúčastněné pozorování a rozhovor s rodiči či jinou pečující osobou s možností využít flexibilně obou možností nebo pouze jedné části. Jsou zahrnuty receptivní i expresivní položky, je možné zadávat jedincům, kteří komunikují verbálně i jedincům s neverbální komunikací. Materiál je navržen tak, aby odpovídal mezikulturním podmínkám. Celá sada obsahuje vše potřebné k zadávání a administraci testu – manuál pro examinátora, obrázkové listy, sada objektů, brožury s výsledky, brožury s neformálním hodnocením, intervenční plány. (Huer, Miller, 2011).

Pečeňák (2003, s. 275-278) nepředkládá standardizovaný materiál, ale škálu vycházející z diagnostických kritérií, která nám může posloužit jako návod a následná orientace v diagnostice. Požaduje prozkoumat následujících 20 oblastí: zrakový (oční) kontakt; rozsah a přiměřenost mimických projevů; projevoování aktivního zájmu o děti; schopnost projevoovat lítost; použití těla jiné osoby; úsilí podělit se s druhými o vlastní potěšení; ukazování na objekty; gestikulace; imitace; imaginativní hra; sociální komunikace; echolalie; nesprávné používání zájmen; zvláštní projevy v intonaci, rytmu a zabarvení mluvního projevu; ohraničené zájmy; neobvyklé zájmy; trvání na neměnnosti prostředí, rituály; pohybové stereotypie; nefunkční používání předmětů (hraček); mimořádné schopnosti. Jednotlivé položky jsou hodnoceny na škále 0-1-2, kdy 0 značí normu, adekvátnost či úplnost, 1 nejednoznačnost či omezenost a 2 minimum, nepřítomnost či úplné chybění. Škála pro hodnocení je určena především logopedům, kteří si potřebují udělat obrázek o klientovi, který přichází do jeho péče, je vhodné zjistit podrobnosti o jednotlivých oblastech a navázat tak vhodnou logopedickou diagnostikou a terapií.

### 7.7.1 Rozhovor s rodiči dětí s PAS a pozorování dětí s PAS

Výše uvedené materiály nebyly zcela v souladu s naším výzkumným vzorkem, bylo nutné provést modifikaci pro námi danou věkovou kategorii a upravit rozsah pozorování a rozhovoru. Vznikl podklad a záznamový arch *Rozhovor s rodiči dětí s PAS k jazykovému a komunikačnímu vývoji + schéma pro pozorování* (viz Příloha 3). V úvodu je nutné vyplnit identifikační údaje klienta a jeho zákonného zástupce (tyto údaje jsou v rámci předvýzkumu anonymizována). Je zde prostor pro vyplnění poznámek ohledně vyšetření, které klient již prodělal, případně je možné tyto informace doplnit ze zpráv, které je zákonný zástupce ochoten poskytnout. Na další straně archu najdeme oblasti, které nás vedou k pozorování určitých jevů u klienta. Z původních dvaceti oblastí bylo vytvořeno pro naše účely oblastí 15, které jsme v rámci pozorování klienta v přirozených podmínkách uplatňovali. Jedná se o následující oblasti:

- zrakový kontakt,
- mimický projev a gestikulace,
- projevování aktivního zájmu o ostatní děti,
- používání těla jiné osoby,
- sdílená pozornost, úsilí podělit se s druhými o vlastní potěšení,
- ukazování na objekty,
- imitace a imaginativní hra,
- sociální komunikace,
- echolalie,
- nesprávné používání zájmen,
- zvláštnosti v mluvním projevu,
- ohraničené a neobvyklé zájmy,
- trvání na neměnnosti prostředí, rituály, pohybové stereotypie,
- používání předmětů,
- mimořádné schopnosti.

K pozorování dochází v průběhu rozhovoru s rodičem, poté je možnost se také do spontánní aktivity jedince zapojit a získat tak cenné informace. Záznamový arch pro rozhovor (viz Příloha 3) je poté tvořen předem danými jádrovými otázkami (13 otázek). Ty jsou zaměřené na receptivní (modré položky) i expresivní (zelené položky) jazykové schopnosti. Jedná se o tyto jádrové otázky:

- (1) Jaká je reakce na pokyn „ne“?
- (2) Pozorujete, že produkuje sled slov podobající se větě?
- (3) Jak probíhá prohlížení obrázků nebo čtení knížky? Dokáže udržet pozornost na obrázcích?
- (4) Dokáže adekvátně odpovědět na otázky? „Kde je ...?“, „Jaká to je barva?“
- (5) Jak reaguje na oslovení jeho jménem?
- (6) Jakým způsobem probíhá jeho hra? Hraje si sám, zvládne si hrát s vámi?
- (7) Používá gesta a zvuky z vlastního repertoáru?
- (8) Reaguje adekvátně na „ano-ne“ otázky? Rozumí „ano-ne“ otázkám?
- (9) Dokáže napodobit vaše gesta?
- (10) Zná osobní zájmena?
- (11) Rozlišuje (případně i používá) přídavná jména? Rozumí konceptu velikosti?
- (12) Rozumí množnému číslu?
- (13) Rozumí minulým výpovědím?

Pro lepší pochopení ze strany rodiče jsou uvedeny i příklady, které můžeme rodiči popsat či vysvětlit – tak, aby pochopil otázku a výzkumný pracovník dostal požadovanou odpověď (nejlépe v celém uceleném kontextu). Případně můžeme s dítětem navázat interakci a zkusit, zda jednotlivé položky rozhovoru zvládá v praxi užívat. Naším cílem je získat od rodičů, co nejvíce informací – klademe tedy otázky takovým způsobem, aby rodiče odpovídali ve větách, případně popisovali různé situace, které s dítětem denně zažívají. Uvedených 13 položek/otázek polostrukturovaného rozhovoru je doplněno dalšími otázkami, které chápeme jako otázky doplňující. Jsou to otázky týkající se:

- vzdělávacího systému (Jaké předškolní zařízení dítě navštěvuje?),

- dosavadní logopedické péče (pokud nějaká probíhala),
- informacích prospěšných pro samotnou následující diagnostiku (Čeho se dítě bojí? Co má rádo? Co jej motivuje?).

Doplňující položky nám mohou pomoci v následující diagnostice, ale hlavně v plánované terapii. Vhodným způsobem, jak si zapamatovat, co nejvíce informací od rodičů je pořízení hlasové nahrávky z rozhovoru s rodiči. Při našem předvýzkumu jsme tak činili vždy a mohli jsme se k získaným datům vždy vracet. V tomto případě je nutné o této činnosti informovat rodiče, samozřejmostí je písemný souhlas s audionahrávkou, který byl zanesen do informovaného souhlasu.

Rozhovor i pozorování zakončíme vždy příjemnou formou. Jedná se o motivující složku pro rodiče i děti. Poslední list záznamového archu k rozhovoru je tvořen prostorem pro poznámky nejrůznějšího charakteru. Je možné, že spolu s dětmi i rodiči narazíte na předem nedefinované téma, které bude zajímavé a přínosné pro další práci s klientem i vytvořeným diagnostickým materiálem.

## 7.7.2 Pragmatika komunikace (PRA)

Součástí první části logopedické diagnostiky byl i **subtest Pragmatika komunikace (PRA), který je označen číslem 11**. Subtest byl prováděn taktéž v přirozeném sociálním prostředí jako součást zúčastněného pozorování klienta. K tomuto dílčímu úkolu byl pro rychlé a efektivní zaznamenání poznámek vytvořen záznamový arch (viz Příloha 4). K zařazení tohoto subtestu se autorka této práce rozhodla hlavně díky kurzu *Autismus*, který probíhal jako v rámci předatestační přípravy klinických logopedů v Brně (Klinika LOGO). Součástí kurzu bylo i představení diagnostického nástroje ADOS, který s pragmatickou jazykovou rovinou ve vysoké míře operuje.

Subtest je koncipován jako hra klienta a výzkumného pracovníka zpočátku vedle sebe, poté společně. Pozorujeme důkladně oblasti: reakce na exponované pomůcky a materiály, spontánní hru klienta s předměty, navázání kontaktu a reakce na hru vedle sebe, poté společnou hru, sdílenou aktivitu. Zásahy do hry klienta volíme na základě momentální situace a stavu celé rodiny, zásahy by neměly být pro klienta stresující. Není zcela nutné, aby k tomuto vyšetření došlo hned při prvním kontaktu s klientem (první návštěva), pokud klient potřebuje více času a prostoru pro adaptaci, můžeme subtest provést i později, například v logopedické ambulanci. První návštěva v rodině však poskytuje výhodu přirozeného

prostředí, kde se dítě cítí komfortně a má k dispozici své oblíbené hračky. V průběhu je využíváno řady pomůcek a materiálů, např. obrázkové knížky, manipulační želva, figurky/postavičky, plyšoví maňasci, obrázek z publikace *Diagnostika předškoláka* (Kolbábková, Klenková, 2003, s. 113), papíry a pastelky.

V následující části práce jsme pro vyobrazení a zpřesnění představy o podobě diagnostického materiálu (jeho vyšetřovacích listech a obrázkovém materiálu) zvolili podobu černobílých fotografií, které působí profesionálním a graficky čistším dojmem. Podařilo se nám tak sjednotit pozadí fotografií, které bylo v běžných podmínkách složité vytvořit tak, aby bylo barevně stejné (působily zde vlivy prostředí jako je denní světlo, automatické úpravy fotoaparátu dle barevného rozložení na fotografii a další). Jedná se pouze o zvolenou úpravu fotek, diagnostický materiál ve své originální podobě obsahuje obrázkový materiál v barevné verzi.

## **7.8 Diagnostický materiál – tvorba dílčích diagnostických úkolů**

Úkoly byly vybírány na základě již sestavených logopedických zkoušek – přepracovány do formy vhodnější pro děti s PAS. Některé subtesty vznikly na základě zkušeností z logopedické praxe. Cílem bylo vytvoření logopedického materiálu (z dosavadních dostupných materiálů), vhodnými postupy je přetvořit tak, aby byly efektivní v logopedické praxi s dětmi s PAS. K diagnostice je využíváno mnoho obrázkového materiálu, který byl použit z různých zdrojů. Plné rozložení zdrojů obrázkového materiálu neuvádíme přímo v obrázkovém materiálu z důvodu možného rušivého působení na klienty s PAS. Z toho důvodu byla sestavena přehledná tabulka se zdroji obrázkového materiálu, která je uvedena v přílohách na konci práce (viz Příloha 15).

Za důležité považujeme nastínění společných prvků dílčích úkolů logopedické diagnostiky. Vzhledem k zaměření práce a celé diagnostiky na klienty s poruchou autistického spektra se domníváme, že je nutné zajistit jisté stabilní diagnostické prostředí jako předpoklad k úspěšnému průběhu logopedické diagnostiky. Zásadním úkolem pro diagnostika/výzkumného pracovníka, který vyplývá z nastudované literatury, je vytvoření prostředí spíše méně podnětného, nenáročného na klientovo vstřebání a vnímání podnětů. Měli bychom volit klidnou místnost pouze s nejnужnějsími podněty, které chceme klientovi exponovat. Vhodnou volbou jsou dle našeho mínění úložné prostory s neprůhlednou přední

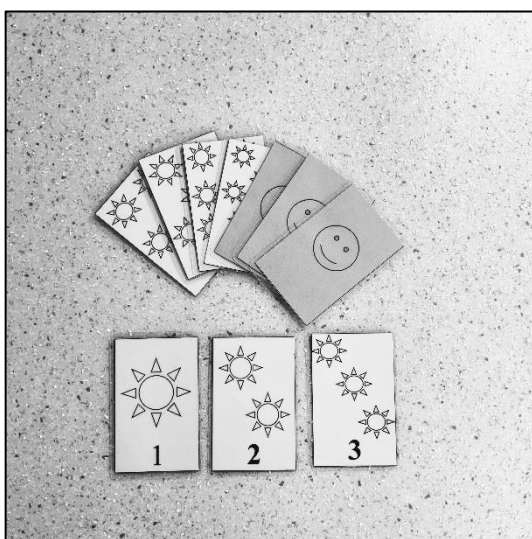
stěnou – tak, aby do nich nebylo vidět. Dalším bodem v intervenci klientů s PAS je využívání zrakové percepce (vizuálních stimulů) a strukturalizace prostředí i času.

Vnímáme tedy jako důležité vynaložit čas na tvorbu důležitých prvků, které můžeme využívat průřezově napříč celou logopedickou intervencí. V tomto předvýzkumu jsme k logopedické diagnostice využili názorné symbolizující karty (viz Obrázek 1) pro některé lidské smysly. Vytvořena byla karta „oko“ znázorňující zrakový analyzátor, na který se v daný okamžik má dítě soustředit, tzn. vnímat předkládané podněty převážně zrakem – „dívat se“. Dále byla zhotovena karta „ucho“, která představuje sluchový analyzátor a převahu sluchové percepce v daném úkolu – „poslouchat“. Další kartou je červený křížek, karta „stop“, která značí ukončení akce, která právě probíhá. Také jsme využili motivační a pochvalnou kartu se zdviženým palcem. Karty tohoto charakteru je možné zhotovit skoro pro jakýkoliv předmět, jev, děj či situaci. Tvorba těchto materiálů vychází z principů alternativních a augmentativních prvků komunikace a můžeme je zařadit do jakéhokoliv subtestu logopedické diagnostiky. Strukturalizaci času a posloupnosti zajistíme exponováním kartiček s čísli a obrázky v počtu daných úkolů, které má dítě splnit v danou časovou jednotku logopedické intervence. My jsme využili karty 1-10 s korespondujícím počtem sluníček, po splnění subtestu dojde k otočení karty s danou číslicí a dochází k přesunu na další subtest. Jako pochvala a motivace slouží smajlík s úsměvem na druhé straně karty, představuje úspěšné dokončení jedné části diagnostiky a motivuje k dalšímu úkolu. Vytvořené karty můžete vidět na obrázku níže (viz Obrázek 2).

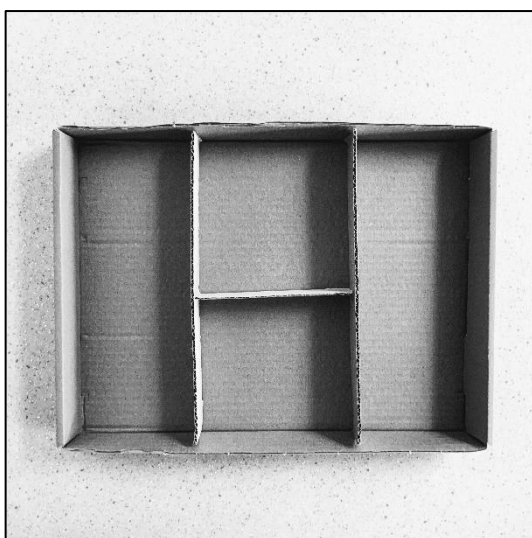


*Obrázek 1: Karty se symboly*

Připravena byla taktéž struktura v podobě kartonové krabice, která slouží jako podložka na pracovní ploše, ve které se klient lépe orientuje. Dle našeho názoru je výhodné zhotovit tuto strukturovanou pracovní plochu v univerzální podobě s oddíly, které jsou vhodné pro více typů úkolů – aby výzkumný pracovník s každým jednotlivým úkolem či následující částí intervence nemusel pracovní plochu měnit. Velkým pomocníkem jsou boxy vkládací, které můžeme opakovaně vkládat, přesouvat a vyndávat. Taktéž je možné využít pouze menší vyndavací boxy a pracovní plochu ohraničit např. barevnou páskou. Strukturu, kterou jsme vyrobili pro účel logopedické diagnostiky můžete vidět na níže (viz Obrázek 3). Spolu s výše uvedenými pomůckami a individuálním přístupem ke každému klientovi (což je v logopedické praxi nejčastěji užívaná forma práce) využíváme tedy veškerých prvků strukturovaného učení.



Obrázek 2: Karty pro strukturalizaci času



Obrázek 3: Struktura prostoru – krabice/box

V následující část budou popsány jednotlivé subtesty, dílčí úkoly (1-10) logopedické diagnostiky pro děti předškolního věku s poruchou autistického spektra. K zadávání, motivaci, strukturalizaci, vizualizaci bylo vytvořeno mnoho nejrůznějších pomůcek a materiálů, které vám budou postupně představeny. Jak jsme již předesílali, k dispozici je sestavená *Metodická příručka*, kde budou jednotlivé subtesty více specifikovány – potřebné pomůcky, obrázkový materiál, metodika k zadávání, motivaci, administraci a vyhodnocení. Najdete v ní také odhadovanou časovou náročnost subtestů, věkovou specifikaci a další možné úpravy. *Metodická příručka* je součástí samotného diagnostického materiálu a bude přiložena k diplomové práci.

Před specifikací jednotlivých subtestů naší diagnostiky bychom rádi upozornili na to, že žádný ze subtestů není standardizovanou zkouškou, z toho důvodu neposkytuje srovnání výkonu s intaktními vrstevníky ani normy pro vyhodnocení. To bude předmětem dalšího výzkumu.

### **7.8.1 Sémantický test (ST)**

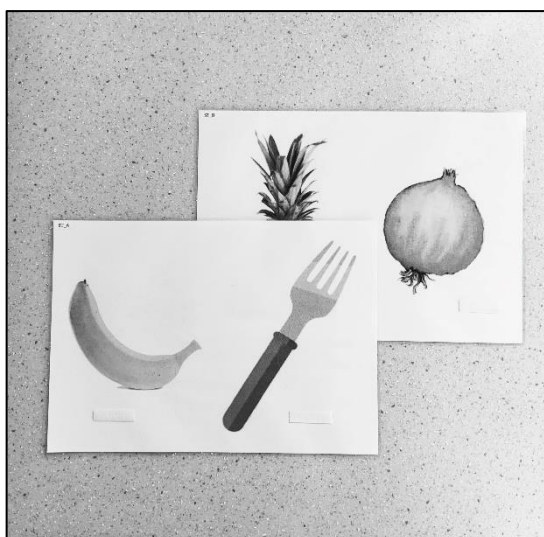
Tento subtest byl vytvořen na základě *Arizona Semantic Test*, který byl vytvořen v USA v rámci projektu Univerzity v Arizoně (Aphasia Research Project – University of Arizona), na tomto projektu se stále pracuje, nicméně veškeré materiály jsou k dispozici právě na webových stránkách výše zmíněné univerzity. (Beeson).

Pro tento dílčí úkol jsme se rozhodli hlavně z důvodu neverbální formy vyšetřování, kdy i v originálním testu je odpověď zaznamenávána po ukázání jedince na jeden ze čtyř obrázků. Arizonský sémantický test je tedy nonverbálním testem zkoumajícím sémantické znalosti, vyžadující pouze odpověď formou ukazování. Vyšetřuje znalosti jedince v rámci významové funkce slov. Základním pokynem je: „Ukaž mi, který z těchto obrázků (4 obrázky na okrajích listu) může být s obrázkem na středu.“ Obsahuje dvě příkladové položky (zácvik), kde může examinátor poskytnout zpětnou vazbu, následuje 40 testových položek/listů, kde odpověď examinátor zaznamenává do záznamového listu a nesmí reagoval, podávat zpětnou vazbu. Za každou správnou odpověď je udělen jeden bod. Normy pro vyhodnocení jsou předmětem výzkumu na Univerzitě v Arizoně. (Beeson).

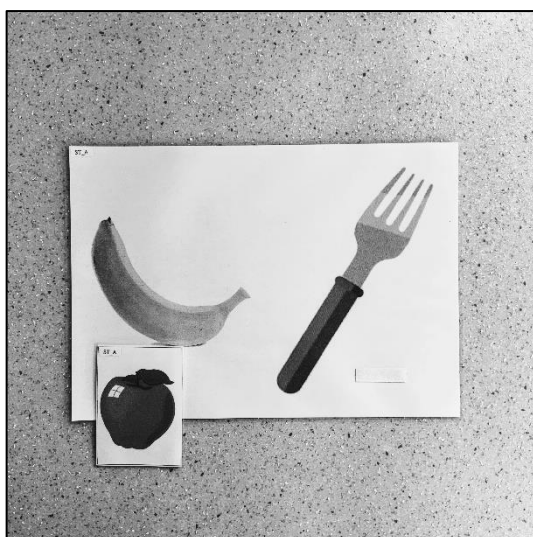
My jsme výše uvedený originál upravili a zanechali jsme pouze základní princip testu. K vyšetření byly použity vyšetřovací listy ve formátu A4 (viz Obrázek 4), kde 2 slouží k zacvičení klienta a následujících 10 k samotnému testování. Počet byl snížen hlavně z důvodu



vyšetřování dětí předškolního věku a také vzhledem k cílové diagnóze (PAS). Dále byly upraveny výběrové položky z počtu čtyř na počet dvou, aby docházelo k lepšímu soustředění na vybrané dva obrázky. Změnu prodělalo i samotné odpovídání klientů, kdy z původního ukazování, které je možné taktéž využít, došlo k aplikaci suchých zipů ke každému obrázku. Hlavní obrázek je ten, ke kterému klient hledá sémantickou dvojici. Dostane jej přímo do ruky a jeho úkolem je ho pomocí suchého zipu umístit k odpovídající sémantické dvojici (viz Obrázek 5). Dochází tedy k zapojení další smyslové modality a to hmatu. Výhodu suchých zipů vidíme i v tom, že odpovědi klienta zůstávají na vyšetřovacích listech, což ocení výzkumný pracovník v situacích, kdy nemůže nebo nestihne všechny položky řádně zaznamenat do záznamového archu. Pro přehledné zaznamenávání průběhu **subtestu Sémantický test (ST)** je k dispozici záznamový arch (viz Příloha 5). Efektivní a rychlá manipulace je také zaručena díky zkratkce testu „ST“, kterou najdete na veškerých obrázcích a vyšetřovacích listech. Označení slouží pro efektivní hledání a řazení listů.



*Obrázek 4: Vyšetřovací listy ST*



Obrázek 5: Upevnění hlavního obrázku

Jako unikátní vnímáme formu zadávání subtestu, kde jsme volili formu videomodelingu. Bylo natočeno krátké video, na kterém probíhá plnění zácvikových jednotek subtestu. Klient toto video shlédne na iPadu a poté jsou mu předloženy stejné zácvikové jednotky, na kterých si výzkumný pracovník ověří, zda klient dokázal pochopit instrukce pro subtest z předloženého videa. Pro lepší přenosnost bylo video zkopírováno i na běžné DVD. Získali jsme tedy subtest, který je 100 % neverbální po stránce zadávání subtestu i průběhu subtestu, nevyžaduje tedy verbální instrukce od výzkumného pracovníka, ani verbální reakce klienta.

Vyhodnocení probíhá jednoduchým a efektivním způsobem, kdy klient získá za každou správně přiřazenou položku jeden bod, za chybné položky bodů nula. Poté nastává prostor pro podrobnou analýzu chybně zodpovězených položek, kdy hodnotíme veškeré možné důvody špatných odpovědí. Nejedná se o standardizovaný test, tudíž nemáme prozatím k dispozici čísla, která by nám ihned po sečtení bodů říkala, zda se klient v sémantické oblasti pohybuje v pásmu normy, nadprůměru nebo podprůměru. Musíme tedy vždy kvalitativně posoudit klientův výkon a dle výsledků se zaměřit na určité oblasti sémantické problematiky v logopedické terapii. Pro kvalitativní zhodnocení subtestu máme důvody s ohledem na diagnózu PAS, kde se vyskytuje mnoho variabilit a proměnných.

## 7.8.2 Vyšetření fonematického sluchu (VFS)

Původním zdrojem k tomuto dílčímu úkolu bylo *Hodnocení fonematického sluchu pro předškolní děti* (Škodová, Michek, Moravcová, 1995). Tato logopedická zkouška zkonstruovaná logopedy se skládá z 60 testových dvojic a jedné dvojice zácvikové. Testové

dvojice jsou rozděleny do čtyř kategorií, které zkoumají problematiku fonemického sluchu u dětí předškolního věku. Jedná se o kategorie (Škodová, Michek, Moravcová, 1995):

- nosovost – nenosovost,
- kompaktnost – difuznost,
- znělost – neznělost,
- kontinuálnost – nekontinuálnost.

Distinktivní rys nosovost je dána absencí nosního uzávěru a slabým retným závěrem při tvorbě hlásky – měkké patro netvoří závěr a výdechový proud vzduchu má možnost projít do dutiny nosní, tím se zapojí rezonance této dutiny. Hlásky nenosové jsou všechny hlásky, u kterých nedochází k jejich rezonanci v dutině nosní. Kompaktnost a difuznost je hodnocena pouze u samohlásek. Kompaktnost je distinktivní rys, při kterém se uplatňuje vyšší koncentrace formantů<sup>57</sup> ve střední části spektra hlásek – jedná se o souhlásky velární<sup>58</sup> a palatální<sup>59</sup>, taktéž o nízké samohlásky<sup>60</sup>. Difuznost je poté opakem kompaktnosti, tedy menší soustředění formantů ve střední části spektra hlásek – jde o vysoké samohlásky<sup>61</sup> a alveolární<sup>62</sup>, labiodentální<sup>63</sup> a bilabiální<sup>64</sup> souhlásky. Znělost a neznělost je u nepárových hlásek dána účastí nebo neúčastí hrtanového hlasu při tvorbě hlásky. U hlásek párových se neznělé hlásky realizují s vyšší energií, jsou „napjatější“ i delší než odpovídající znělé protějšky. Nekontinuální jsou hlásky závěrové, kdy překážka výdechového proudu je dvojitá – ústní a nosní, při realizaci se současně tyto závěry ruší. Opakem jsou hlásky kontinuální, tedy úžinové, kdy při jejich realizaci nedochází k úplnému uzavření cesty pro výdechový proud, uzavření je pouze částečné, dochází ke zúžení průchodu. Všechna slova a obrázky zkoušky Hodnocení fonemického sluchu jsou zvukově podobná, ale významově odlišná. (Škodová, Michek, Moravcová, 1995, s. 3-4).

Každá kategorie obsahuje 15 dvojic, které jsou ve zkoušce různě promíchány. Zkouška probíhá za pomoci examinátora (klinického logopeda) a CD přehrávače, kde je na CD

---

<sup>57</sup> formanty – rezonance v dutinách nadhrtanových, které jsou charakteristické pro určitou samohlásku, hrají rozhodující úlohu při rozlišování vokálů (tedy samohlásek) (Škodová, Michek, Moravcová, 1995, s.4)

<sup>58</sup> velární, velum – hláska realizující se za účasti zadního, měkkého patra (Slovník cizích slov, 2004)

<sup>59</sup> palatální, palatum – hláska realizující se za účasti předního, tvrdého patra (Slovník cizích slov, 2004)

<sup>60</sup> nízké samohlásky – jedná se o samohlásky „u“ a „i“ (Kerekrétiová, 2016, s. 75)

<sup>61</sup> vysoké samohlásky – jedná se o samohlásku „a“ (Kerekrétiová, 2016, s. 75)

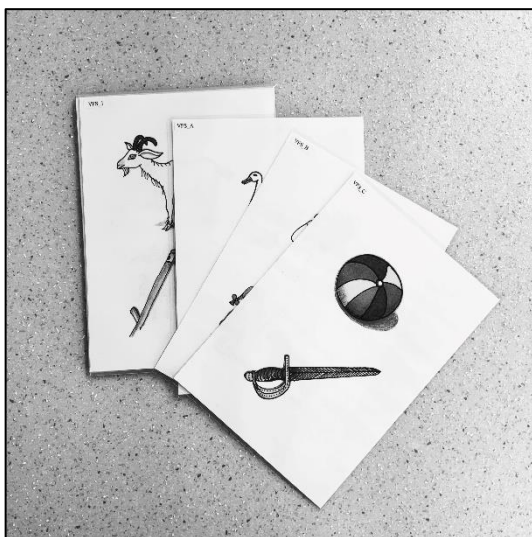
<sup>62</sup> alveolární – hlásky realizující se na alveolárním výběžku, tedy dásňovém výběžku (Mlčáková, Vitásková, 2013)

<sup>63</sup> labiodentální – hlásky realizující se za účasti rtů a zubů (Mlčáková, Vitásková, 2013)

<sup>64</sup> bilabiální – hlásky obouřetné, realizující se za účasti obou rtů (dolního i horního) (Mlčáková, Vitásková, 2013)

hlasová stopa předříkávající slova z obrázků (autoři zkoušky volili pro zaznamenání slov mužský hlas). Úkolem klienta je určit ukázáním obrázek, který byl vysloven. Zjišťujeme schopnost jedince sluchově odlišit jednotlivé hlásky, které mají rozlišovací funkci ve významu slov. Celá zkouška se opakuje, v druhém kole se slovy, která nebyla řečena v kole prvním. Důvodem je porovnání odpovědí jedince a možnost přesnějšího vyhodnocení. (Škodová, Michek, Moravcová, 1995).

Taktéž jsme byli nuceni udělat jisté úpravy – u tohoto subtestu hlavně z hlediska časové náročnosti původního testu. Původní verze zkoušky trvá dle metodické příručky 15 minut při užití šesti sekund pro pauzu mezi jednotlivými slovy pro 120 slov (opakování 60 dvojic obrázků). Vybrali jsme z každé výše uvedené kategorie tři dvojice, které jsme zařadili do **subtestu Vyšetření fonemického sluchu (VFS)**, vzniklo tedy 12 testových dvojic, každá dvojice je umístěna na samostatný arch papíru formátu A5 (viz Obrázek 6). K testovým položkám jsme zvolili tři položky zácvikové sloužící k pochopení a instruktáži. Byly využity obrázky z původní zkoušky (obrazový materiál: Petr Klement, 1994), nově byl vytvořen záznamový arch (viz Příloha 6) a hlasová nahrávka, která byla nahrána na iPad (následně i na CD). Záznamový arch je vytvořen tak, aby se celý subtest mohl opakovat jako je tomu i u originální zkoušky, ze které jsme vycházeli. Subtest je třeba provádět v klidné místnosti bez rušivých podnětů. Pro efektivní a rychlou administraci byla zvolena zkratka testu „VFS“, kterou jsou označeny obrázky i hlasová nahrávka. Označení slouží pro rychlé hledání obrázků a lepší orientaci výzkumného pracovníka. Správně zodpovězené položky hodnotíme jedním bodem, chybné položky nulou. V konečném vyhodnocení přecházíme ke kvalitativnímu popisu problémů v této oblasti.



Obrázek 6: Testové dvojice VFS

### 7.8.3 Rytmizace (R)

Zdrojem pro námět a konstrukci subtestu Rytmizace byla *Zkouška rytmické reprodukce dle Žlaba*, která testuje schopnost rytmické reprodukce u dětí. Originální zkouška je prováděna za pomoci bzučáku, na který děti napodobují rytmické sestavy dle předlohy, která se skládá s plných teček a čárek (pro krátké a dlouhé slabiky). (Jirásek, Žlab, Matějček, 1966). Vlastní zkoušce předchází zácvikové sestavy, zkouška se hodnotí body. Jsou povoleny maximálně tři pokusy, zkouška obsahuje čtyři etapy, které jsou seřazeny dle náročnosti. Jedná se o přehrání rytmu slova, zapisování rytmické struktury, samotná reprodukce rytmu slova pomocí bzučáku, vymýšlení slov za pomoci bzučáku. (Bittnerová, 2012).

Náš vlastní **subtest Rytmizace (R)** je koncipován obdobným způsobem, ale nevyužili jsme k vytvoření rytmu bzučák, pouze vlastní tělo – dlaně pro tleskání o stehna pro krátkou slabiku a pro dlouhou slabiku sjetí dlaněmi přes stehna shora dolů. Testové listy jsou vytvořeny ve formátu A5, na přední straně je vždy obrázek předkládaného slova, který má klient rytmitizovat. Na druhé straně testového listu najdeme stejný obrázek a rytmické schéma sestávající z plných teček a čárek. Testový list si můžete prohlédnout na obrázcích níže (viz *Obrázek 7* a *Obrázek 8*). Subtest se skládá ze 3 zácvikových slov (obrázků) a 10 slov testových. Vytvořen byl i záznamový arch (viz Příloha 7) pro rychlou administraci, také byla zvolena zkratka testu „R“, kterou jsou označeny testové listy. Označení slouží pro hledání a řazení obrázků, taktéž pro lepší orientaci výzkumného pracovníka.



*Obrázek 7: Testový list R – přední strana*



Obrázek 8: Testový list R – zadní strana s rytmičným schématem

Zadávání je možné za pomoci nápodoby výzkumného pracovníka nebo s využitím předtočených videí (uložených na iPadu, poté zkopírováno na běžnější nosič, DVD), která byla k tomuto subtestu natočena. Videi mohou sloužit jako zadávací videi, nápovědná videi nebo jako zpětná vazba a kontrola pro klienta.

Vyhodnocení spočívá v hodnocení schopnosti vytvořit na základě obrázku a slova jeho rytmus čili schopnost dělit slova na slabiky. Dále je nutné vyhodnotit míru nápovědy, kterou klient využil při vykonávání subtestu. Dílčí úkol není standardizován, správně zrytmizované položky hodnotíme jedním bodem, chybné nulou. Dále hodnocení probíhá kvalitativně, popisem správně a chybně zrytmizovaných slov.

#### 7.8.4 Lateralita a grafomotorika (LaG)

Námětem tohoto subtestu byla *Zkouška laterality* (Matějček, Žlab, 1972), vytvořená jako zkouška pro určení laterality<sup>65</sup> horní končetiny, dolní končetiny, oka a ucha. Jedná se o materiál, který je možné aplikovat při diagnostice laterality u dětí i dospělých. V úkolech pro horní končetiny najdeme např. úkol korálky do lahvičky, míček do krabičky, zasouvání kolíčků, klíček do zámku, navlékání jehly aj. Pro vyšetření očí se užívá úkol manoptoskop nebo kukátko. Pro doplnění byly sestaveny i úkoly pro uši, kde jedinec poslouchá tikání hodinek, dále také úkoly pro dolní končetiny – výstup na židli, posouvání kostky po čáře, skákání na jedné noze. Funkční dominanci horních končetin poté examinátor vypočítá a vyjádří za pomoci kvocientu pravorukosti. Lechta dodává, že pro logopeda je taktéž podstatné

<sup>65</sup> lateralita – přednostní užívání jednoho z párových orgánů pohybového nebo smyslového ústrojí (Slovník cizích slov, 2004)

zjistit typ laterality, což je vztah mezi funkční dominancí oka a ruky, rozlišujeme typ souhlasný, neurčitý nebo zkřížený. (2002, s. 29-30).

K vytvořenému **subtestu Lateralita a grafomotorika (LaG)** byl sestaven záznamový arch (viz Příloha 8), do kterého je vhodné zaznamenávat poznámky z průběhu subtestu. Zaměřujeme se na hodnocení jemné motoriky a také grafického projevu klienta. Pro naše účely byly vybrány úkoly pro horní končetiny, z výše uvedené zkoušky jsme použili úkol „Korálky do lahvičky“ a „Klíček do zámku“. Poté byl zvolen úkol „Puzzle“, kde dochází k propojení jemné motoriky, kognitivních a zrakových funkcí. Na závěr tohoto subtestu je zařazen grafický projev klienta (kresba), ke kterému mu jsou poskytnuty volné papíry a pastelky. Pomůcky jsou zobrazeny na obrázku (viz Obrázek 9). Vyhodnocení tohoto subtestu je zcela kvalitativního charakteru, které nám vypovídá o preferenci horní končetiny klienta nebo o případném podezření o ambidextrii<sup>66</sup>. Pozornost zaměřujeme na horní končetiny, celkovou manipulaci klienta s předměty a grafický projev tedy kresbu klienta.



Obrázek 9: Pomůcky pro subtest LaG

### 7.8.5 Motorika (M)

Tento dílčí úkol vznikl zcela úplně z naší vlastní iniciativy a zkušeností z logopedické praxe. Z teoretických znalostí víme, jak důležitá motorika pro správný vývoj řeči a jazyka je. Z toho důvodu jsme se rozhodli vytvořit subtest zaměřený právě na zkoumání hrubé motoriky a oromotoriky za pomoci nápodoby.

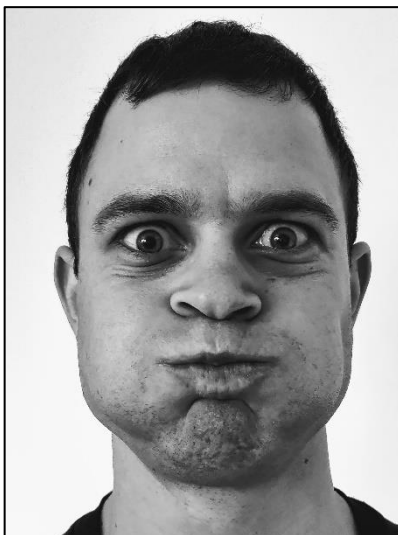
---

<sup>66</sup> ambidextrie – nevyvinuté nebo chybějící přednostní užívání jednoho z párových orgánů těla, obourukost (Slovník cizích slov, 2004)

**Subtest Motorika (M)** se skládá ze dvou částí – první část je zaměřena na hrubou motoriku (motoriku celého těla), druhá část se zaměřuje na motoriku mluvidel (oromotoriku). Byly vytvořeny fotografie (viz Obrázek 10 a Obrázek 11) pohybových a oromotorických úkonů, které má klient napodobit.



*Obrázek 10: Ukázková fotografie pohybového úkonu pro hrubou motoriku*



*Obrázek 11: Ukázková fotografie pohybového úkonu pro oromotoriku*

Fotografie byly nafoceny digitálním fotoaparátem a vloženy na iPad (následně i na DVD), ze kterého budou klientovi exponovány. Další variantou je fotografie vytisknout (zvolili jsme formát A6) a klientovi exponovat již hotové kartičky.

Veškeré nutné poznámky a informace o průběhu subtestu je vhodné zanášet do záznamového archu (viz Příloha 9). Vyhodnocujeme hlavně schopnost nápodoby motorického či oromotorického úkonu, za správně vykonaný pohybový úkon přidělujeme vždy jeden bod a

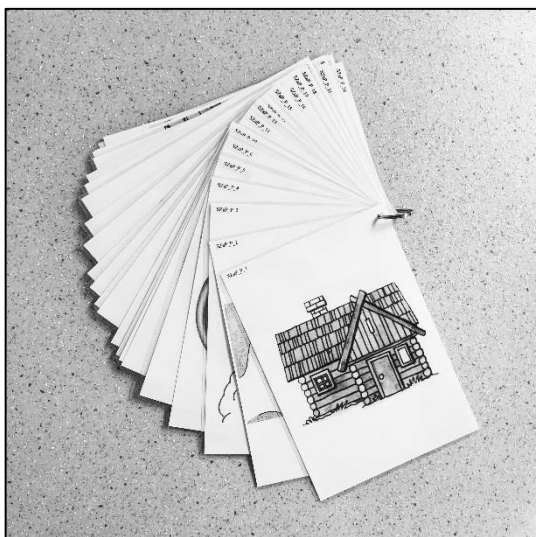


dále kvalitativně popisujeme. Dále hodnotíme přesnost provedení pohybů, pravo-levou orientaci, zrcadlení, souhyby, symetrii či asymetrii v pohybových úkonech.

### 7.8.6 Slovní zásoba a pojmenování (SZaP)

Námět pro tvorbu tohoto subtestu pochází z publikaci *Diagnostika jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí v předškolním věku* (Seidlová-Málková, Smolík, 2014), kde autoři vytvořili test „Slovník“. Tento test pracuje s baterií obrázků dvou variant, pro mladší děti (3-4 let) a pro starší děti. Test je založen na rozpoznání a ukázání na obrázek dle verbálně řečené instrukce examinátora. Archy s obrázky jsou formátu A5, kde na každém archu najdeme 4 obrázky, ze kterých jedinec vybírá. Test obsahuje zácvikové archy a poté testové, taktéž ve výše zmíněné publikaci nalezneme standardizaci pro test a můžeme jej vyhodnotit v rámci věkové skupiny, do které jedinec patří. (Seidlová-Málková, Smolík, 2014).

Vlastní konstrukce **subtestu Slovní zásoba a pojmenování (SZaP)** byla již v přípravné fázi rozdělena na dvě části. Část první jsme nazvali „Pojmenování“ a část druhou „Slovník“, který byl vytvořen na základě výše zmíněného diagnostického materiálu. „Pojmenování“ bylo vytvořeno pro diagnostiku aktivní slovní zásoby ve formě „našeho obrázkového slovníku“. Jedná se o 29 obrázků formátu A5 (viz Obrázek 12), které jsou svázané do pomyslné knížky. Prvních 17 obrázků slouží k pojmenování podstatných jmen (substantiva) a dalších 12 obrázků k pojmenování sloves (verba). Klient má za úkol obrázkové položky pojmenovat, případně jiným způsobem znázornit (pantomima, znak či jiné možnosti AAK), co na obrázku vidí.



Obrázek 12: „Náš obrázkový slovník“ SZaP\_P

„Slovník“ byl zkonstruován převážně pro diagnostiku pasivní slovní zásoby s využitím pro klienty, kteří jsou spíše neverbální. Klientovi jsou předkládány vyšetřovací listy (viz Obrázek 13) formátu A4, vždy se 4 obrázky. Úkolem klienta je dle verbálního zadání (řecného slova) ukázat na odpovídající obrázek z předkládaného vyšetřovacího listu. Pro stabilní verbální zadání byla pořízena hlasová nahrávka se slovy, která je k dispozici na iPadu (také zkopírována a přenesena na CD), ze kterého je možné slova přehrávat.

Opět byl vytvořen záznamový arch (viz Příloha 10) pro možnost rychlého záznamu získaných dat. Taktéž jsou jednotlivé podklady označeny zkratkou „SZaP\_P“ pro část „Pojmenování“ a „SZaP\_S“ pro část „Slovník“. Vyhodnocení probíhá jednoduchým způsobem – správné odpovědi zaznamenáváme (odškrtnutím) do záznamového archu, u chybných odpovědí je nutné zaznamenat řecné slovo nebo obrázek, na který klient chybně ukázal. Dále podrobuje výsledky analýze a kvalitativnímu zhodnocení.

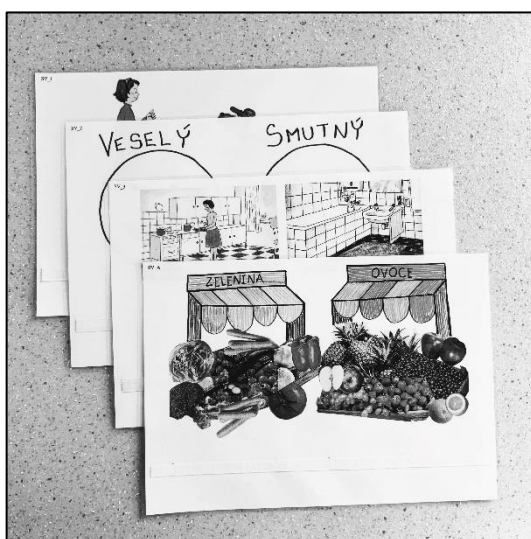


Obrázek 13: Vyšetřovací listy SZaP\_S

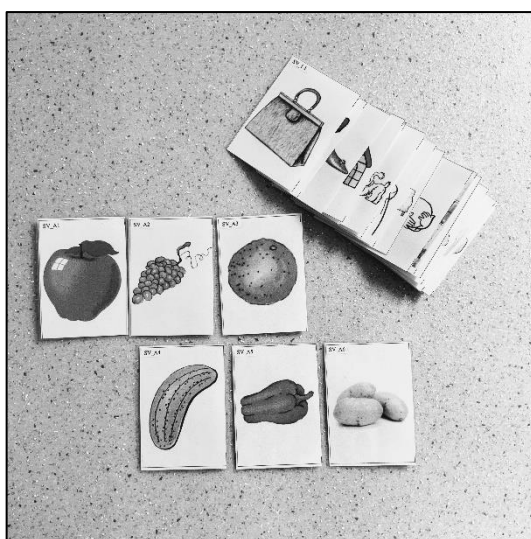
### 7.8.7 Situační vnímání (SV)

Tento subtest vznikl na základě zkušeností z praxe, kde jsme se s aplikací této formy aktivity setkávali často. Dále jsme vycházeli z publikace *Pragmatická jazyková rovina u osob s poruchou autistického spektra* (Vitásková, Kytarová, 2016), kde je uvedeno mnoho podnětů k diagnostice právě pragmatické jazykové roviny. Nechali jsme se tedy inspirovat a vznikl tento dílčí úkol logopedické diagnostiky, který u dětí s PAS vnímáme za velmi důležitý bod diagnostiky. Úkol stojí na pomezí sémantických schopností a schopnosti vnímat kontext dané situace. Název vznikl postupně, nejdříve jsme jej nazvali „situační zařazení obrázků“ až poté „situační vnímání“.

Byly vytvořeny 4 situační obrázky (ovoce – zelenina, máma – pes, veselý – smutný, kuchyň – koupelna), které jsou zobrazeny níže (viz Obrázek 14). Ke každému z nich sada odpovídajících obrázků sloužící k zařazení pod dané situace. Využili jsme aplikaci suchých zipů, pro přidání a zapojení další smyslové modalitty (viz Obrázek 15). Klientovi je předložena „situace“ (dva obrázky na listu A4) a k ní odpovídající sada obrázků. Úkol klienta je obrázky rozřadit tak, aby odpovídali realitě. Rozřazení probíhá pomocí suchých zipů, které jsou instalovány pod každý situační obrázek, taktéž na zadní straně obrázkové sady k zařazení. Suché zipy nám dovolují zpětně zaznamenat odpovědi klienta, což je výhodné. Obrázkový materiál subtestu je označen zkratkami „SV“ pro kvalitní orientaci v materiálu.



Obrázek 14: Situační obrázky SV



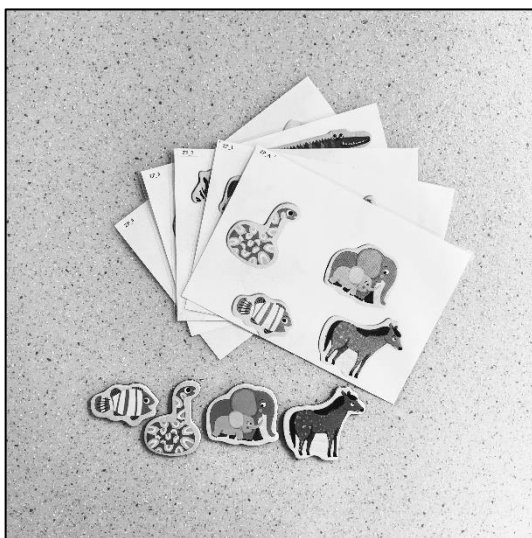
Obrázek 15: Sada obrázků SV k zařazení pod situaci

Záznamový arch (viz Příloha 11) slouží pro přehledné zaznamenání odpovědí a konstrukci kvalitativního vyhodnocení situačního vnímání. **Subtest Situační vnímání (SV)** sleduje schopnost sémanticky a situačně zařadit objekty (obrázky) pod zadanou kategorii či situaci. Jako zásadní pro cílovou skupinu (výzkumný vzorek) vnímáme „situaci veselý – smutný“, která je zaměřena na emoce a jejich rozpoznání.

### 7.8.8 Zraková percepce (ZP)

Subtest vznikl na základě vlastního nápadu, dále dle zkušenosti a inspirace z logopedické praxe. Modalita zrakové percepce je vnímána u klientů s autismem jako jedna z oblastí, které nebývají narušeny nebo jsou narušeny pouze v menší míře. Na tomto teoretickém základě staví i zásada vizualizace při práci s klienty s PAS. I přes tuto skutečnost jsme se rozhodli **subtest Zrakové percepce (ZP)** zařadit, byl vytvořen záznamový arch (viz Příloha 12) a vcelku zábavný úkol, na kterém rozpoznáme schopnosti zrakového vnímání a také schopnost přiřadit „stejně ke stejnému“.

Hlavní pomůckou tohoto subtestu tvoří *Dřevěné magnety se zvířátky* – Magnetic's, Magnimo, které jsou předlohou a také hlavním zdrojem obrázků pro tento subtest. Magnety byly vybrány a následně oskenovány tak, aby vznikla totožná předloha. Předloha subtestu je koncipována na list papíru formátu A5, kde jsou vždy 4 obrázky magnetů na jednom předlohovém listu (viz Obrázek 16). Úkolem klienta je vždy přiřadit magnety ke správné předloze, k přiřazování je využita malá přenosná magnetická tabule, aby byla manipulace s magnety reálná a efektivní. Předlohové listy jsou opatřeny magnetickou páskou, aby mohly být na tabuli bezpečně zavěšeny.



Obrázek 16: Předlohové list ZP a magnety

Zadávání můžeme obohatit využitím maňáska nebo plyšového zvířátka, které na zácvikovém předlohovém listu může způsob vykonání úkolu předvést. Lze zadávat i verbálním způsobem nebo za pomoci nápodoby, tedy demonstrace, která je u klientů s PAS preferovanějším způsobem zadávání. Subtest využívá zkratku „ZP“, pod kterou jsou skryty všechny předlohové karty. Hodnocena je schopnost a úroveň zrakové percepce spolu se schopností přiřazování a vnímání stejných obrázků v různém zhotovení (magnety a tištěná podoba magnetů), dochází ke kvalitativnímu způsobu zpracování hodnocení subtestu.

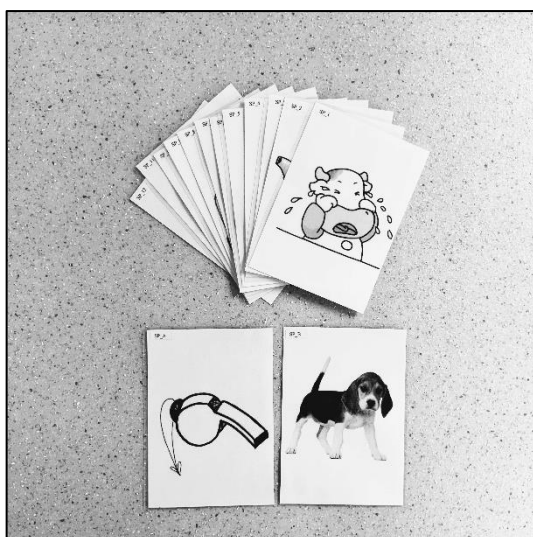
### **7.8.9 Sluchová percepce (SP)**

Dílčí úkol zaměřený na sluchovou percepci vznikl na základě vlastního nápadu a také jako reakce na nutnost zařadit do celé logopedické diagnostiky prvky hrového charakteru.

Vzniklo tak 14 zvukových nahrávek se zvuky okolního světa. Nahrávky byly pořízeny na iPad, následně přesunuty na CD. První dvě nahrávky slouží k možnosti uskutečnění zácviku, následujících 12 položek je testových. Každá zvuková nahrávka má k sobě příslušnou obrázkovou dvojici – ty byly zhotoveny především z důvodu možnosti neverbálního užívání subtestu.

Obrázková sada je tvořena obrázky formátu A6 (viz Obrázek 17) se zkratkou „SP“. Obrázek vždy znázorňuje předmět vydávající sluchový podnět ze zvukových nahrávek. Nepředkládáme všech 14 obrázků najednou, dle individuálního uvážení vybereme např. 4 obrázky, ze kterých klient vybírá. Pokud je klient schopen odpovídat verbálně, zkusíme subtest nejprve provést bez doprovodu obrázkové sady.

Vznikl **subtest Sluchová percepce (SP)** s dvojí variantou a možností neverbálního zadávání i plnění, což bylo naším cílem. Klient může z příslušných obrázkových karet vybírat a pojmenovat tak danou zvukovou nahrávku nebo přímo sluchový podnět pojmenovat verbálně.



Obrázek 17: Obrázková sada SP

K subtestu byl vyhotoven záznamový arch (viz Příloha 13), dle našeho názoru je vhodné doplnit prostorem na poznámky, do kterých je možno zanést například i výsledky *Orientačního vyšetření sluchu* (Lechta, 2002), který většina logopedů taktéž provádí. Tento prostor může být tvořen zadní stranou záznamového archu. Hodnotíme určení či pojmenování zvuku, rozeznání zvuku a schopnost soustředit se na sluchové podněty. Za správně určené položky udělujeme jeden bod, poté hodnotíme popisně.

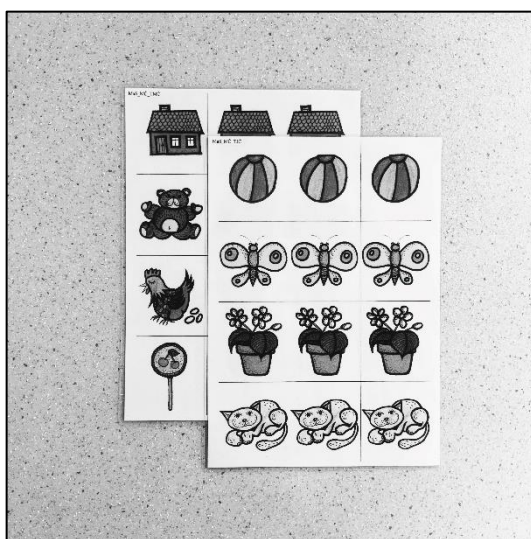
### 7.8.10 Morfologie a syntax (MaS)

Zdrojem pro tvorbu tohoto subtestu byla publikace *Diagnostika jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí v předškolním věku* (Seidlová-Málková, Smolík, 2014), kde autoři vytvořili několik testů zaměřených na morfologii, gramatiku a syntax.

Naším cílem bylo vytvořit subtest pro děti s PAS v předškolním věku, která by nám nastínila schopnosti klienta v těchto oblastech. Původní úkoly byly přehodnoceny, zkráceny a zpracovány do formátu vhodného pro cílovou skupinu klientů. Veškerý obrázkový materiál k tomuto subtestu jsme mohli převzít z výše uvedené publikace (Seidlová-Málková, Smolík, 2014). Vytvořeny byly nakonec čtyři úkoly v této rozsáhlé kategorii:

- množné číslo – plurál,
- přechylování,
- předložkové vazby,
- opravování vět.

V prvním úkolu „Množné číslo – plurál“ má klient nejprve za úkol tvořit množné číslo a poté z množného čísla opět jednotné. Jako vizualizace množného a jednotného čísla jsme využili pracovní list (viz Obrázek 18) z publikace *Diagnostika předškoláka* (Kolbábková, Klenková, 2003, s. 100-101), který nám přehledně vizualizuje pokyny k tomuto úkolu. K ještě více přehlednější vizualizaci můžeme využít hrací kostky nebo korálky (kuličky), abychom dosáhli zapojení více smyslových modalit – to již je ale spíše předmětem logopedické intervence. Dále byly využity 3 obrázkové dvojice formátu A5 (viz Obrázek 19) z publikace *Diagnostika jazykového vývoje* (Seidlová-Málková, Smolík, 2014), ze kterých klient vybírá na základě slyšeného verbálního pokynu. Pro ukázkou uvádíme větu: „Kluk dostal dárek.“, kde klient vybírá z obrázkové dvojice „kluk dostal dárek“ nebo „kluk dostal dárky“. Obrázkový materiál k tomuto úkolu je označen zkratkou „MaS\_MČ“.



Obrázek 18: Pracovní list MaS\_MČ



Obrázek 19: Obrázkové dvojice MaS\_MČ

Druhý úkol „Přechylování“ zahrnuje schopnost klienta tvořit mužský a ženský rod z rodu opačného. K vizualizaci celého úkolu jsou k dispozici obrázky formátu A5 (viz Obrázek 20) s různými povoláními v mužské i ženské roli. Byl vybrán jeden obrázek pro zácvik a následující 3 pro testování, obrázky jsou opatřeny zkratkou „MaS\_P“. Úkol klienta je vytvořit opačný tvar k povolání či činnosti uvedené v zadání.



Obrázek 20: Obrázky MaS\_P

Třetím úkolem jsou „Předložkové vazby“, které jsou pro děti předškolního věku často problematické (vycházíme ze zkušenosti z praxe). Úkolem klienta je vždy doplnit větu, kterou výzkumný pracovník započne. Jedná se např. o větu „Vidím vázu. Váze je ...“ – klient doplní „na stole“. K tomuto subtestu byly vybrány 4 obrázky formátu A5 (viz Obrázek 21), kdy první je pro zácvik a následující pro samotné testování. Obrázky slouží pro vizualizaci a vyšší míru přehlednosti v úkolu, jsou označeny zkratkou „MaS\_PV“. Dále testujeme předložkové vazby za pomoci figurek a domečku (viz Obrázek 22), kdy formou hry spolu s klientem říkáme, kde se figurky nacházejí. Klient také dle instrukce výzkumného pracovníka umísťuje figurky na různé pozice.





*Obrázek 21: Obrázky MaS\_PV*



*Obrázek 22: Figurky a domeček MaS\_PV*

Posledním úkolem ze subtestu Morfologie a syntax je „Opravování vět“. Úkol využívá obrázků formátu A5 (viz Obrázek 23) a klientovým úkolem je rozpoznat, zda maňásek mluví správně. Využito bylo 7 obrázků – z toho 3 pro zácvik a 4 pro vlastní testování, jsou označeny zkratkou „MaS\_OV“. Pro ukázkou uvádíme věty použité v zácviku: „Sluníčko svítíme., Lupič sedí na koně., Slon sází kytku.“



Obrázek 23: Obrázky MaS\_OV

Pro vyšší míru motivace a chuti zapojení se do úkolů je možné využít maňáska nebo oblíbeného plyšáka, který bude vhodně pracovat s hlasem. Maňásek tak, může předříkávat všechna úkolová zadání. **Subtest Morfologie a syntax (MaS)** je nejdelším dílčím úkolem celé diagnostiky. Vnímáme jej jako důležitý, zároveň si uvědomujeme náročnost tohoto subtestu. Přicházíme tedy s řešením a možností tento subtest provádět zcela odděleně od ostatních subtestů diagnostiky. Zároveň nemusíme provádět všechny úkoly subtestu, můžeme vybrat pouze některé. Záznamový arch k subtestu najdete v Příloha 14. Hodnocení je v co nejvyšší míře kvalitativního charakteru, kdy výzkumný pracovník popisuje správné i chybné položky.

## 7.9 Shrnutí

V závěru této popisné části práce bychom rádi shrnuli poznatky, které se váží na celou tvorbu výše popsaného diagnostického materiálu.

Je nutné konstatovat, že tvorba diagnostického materiálu byla nesmírně zajímavou produktivní činností. Zároveň podotýkáme, že se jedná o činnost složitou a víceméně nekončící. Proces tvorby diagnostického materiálu je dynamický, probíhá neustále. I z toho důvodu bychom rádi v této činnosti pokračovali a dále vytvořený diagnostický materiál určený pro logopedy pracující s dětmi s poruchou autistického spektra v předškolním věku efektivně vylepšovali. V průběhu tvorby jsme se setkali s problematikou technického, organizačního a časového (personálního) rázu. Technickou problematikou myslíme například nedostatečné technické vybavení pro tisk, skenování, laminování nebo software zaměřené na vyspělejší úpravu fotografií a obrázků. Zjistili jsme, že zařízení sloužící pro

domácnost, která jsme měli k dispozici, nejsou dostačující. Neposkytují potřebnou kvalitu pro finální výsledek diagnostického materiálu. Následná časová či personální problematika navazuje na předchozí, z důvodu nutnosti využít kvalitní technickou podporu byla nutná spolupráce s dalšími odborníky, kteří mohli pomoci zajistit proces realizace a tvorby diagnostického materiálu. Organizační problematikou myslíme celkové zorganizování času a prostoru v rámci tvorby materiálu, které bylo náročné na prostor i čas.

Uvědomujeme si rozdílnost a jedinečnost všech klientů s PAS a z tohoto základního principu jsme vycházeli. Vytvořili jsem diagnostický materiál v konkrétní podobě, víme ale, že každému klientovi je nutné materiál uzpůsobit a vytvořit jej na míru (pomůcky a materiály), kdy základní konstrukce diagnostických subtestů zůstane stejná, pracovat a měnit můžeme motivační prvky, pomůcky a způsob zadávání. Tyto prvky je nutné podrobit dlouhodobému testování na úměrném vzorku klientů s PAS. Poté nadále analyzovat reakce klientů na diagnostický materiál a v této návaznosti je efektivně měnit a uzpůsobovat.

Důležité je vhodně zvolit formu vyhodnocení celého diagnostického procesu. Z našeho pohledu je diagnostika poruch autistického spektra vnímána jako složitý úkolem pro erudované psychology, kteří mají klinickou zkušenost. Z logopedického hlediska tento proces zařazujeme taktéž mezi nelehké úkoly klinických logopedů. Z toho důvodu se v závěru práce přikláníme k formě průběžné diagnostické práce, kdy vyhodnocujeme dílčí subtesty a aktivity, které klient zvládá či nikoliv. Stanovení logopedické diagnózy jako takové nepovažujeme na úrovni logopedické diagnostiky jako zásadní a primární. Důležitým aspektem je adaptace klienta na diagnostické a později terapeutické prostředí – proces adaptace může být různě časově náročný a logoped by na tuto skutečnost měl být připraven. „Základní stavební kámen“ celé logopedické intervence nesmí být zanedbán, budeme na něm stavět po celé další trvání logopedické intervence.

## 8 PŘÍPADOVÉ STUDIE

Zaměřili jsme se na vybraný **výzkumný soubor pěti dětí**, které byly vybrány za pomoci metody záměrného, tedy účelového, výběru. Na základě souhlasu jejich zákonného zástupce jsme mohli na konci předvýzkumu zhotovit **případové studie**. Případovou studii jsme vybrali jako design, který nám umožní seznámit čtenáře s klienty zapojenými do našeho předvýzkumu. V rámci jednotlivých případových studií bude sestaven jazykový a komunikační profil klientů vybraného výzkumného vzorku.

### 8.1 Případová studie

Případová studie je jednou z metod kvalitativní strategie ve výzkumu, můžeme ji (jako někteří autoři) považovat i za jeden z typů kvalitativního výzkumu. Hlavní důraz je kladen na detailní analýzu daného případu či problému (může se jednat o jedince, více jedinců, instituce atd.). (Vévodová, Ivanová et al., 2015). Mezi autory nepanuje shoda v pojetí a vymezení případové studie. Můžeme ji definovat jako empirický design sloužící k podrobnému porozumění a zkoumání jednoho či několika málo případů prostřednictvím velkého množství sběru dat. (Hendl, 2016; Švaříček, Šed'ová et al., 2014). Připojuje se Yin (2003), který považuje za přednost této strategie především možnost využití rozmanitých zdrojů a veškerých možných a dostupných metod sběru dat. Detailním studiem méně probádaných oblastí můžeme odhalit skryté aspekty problému, také můžeme zkoumat komplexní jevy. Je možné design využít jako předvýzkum, což je naším rozhodnutím. (Švaříček, Šed'ová et al., 2014). Předpokládá se, že podrobné prozkoumání jednoho případu povede k porozumění dalším, podobným případům. (Hendl, 2016). V rozporu s některými autory Yin určil obecné charakteristiky případové studie:

- data jsou vícezdrojová, mají kvantitativní i kvalitativní charakter,
- většinou nastává situace, že je více proměnných než naměřených dat (tedy realizací uvažovaných proměnných),
- snaha o využití dosavadních teoretických informací, které regulují sběr i analýzu dat. (2003 in Hendl, 2016).

Mezi přednosti případové studie řadíme především: vyšší srozumitelnost výsledků širší škále zájemců, jedinečnost těchto výzkumů, pevné zakotvení v realitě, výsledky poskytují vhled do podobné problematiky, která je zkoumaná jinými výzkumníky. Jako nedostatky

jsou vnímány: těžko zobecnitelné výsledky těchto výzkumů, nelehké ověřování spolehlivosti a sklon ke zkreslování vlivem výzkumníka. (Švaříček, Šed'ová et al., 2014).

V odborných publikacích můžeme nalézt určité dělení případových studií. Yin (2003) dělí tuto strategii na explorativní, explanatorní, deskriptivní a evaluační. Explorativní zkoumá problematiku, která není dostatečně probádaná, mluvíme o neznámé struktuře. Explanatorní vysvětluje příčinnými řetězci problematiku a využívá určitých teorií. Deskriptivní nám podává kompletní popis daného jevu, který jsme se rozhodli zkoumat. Evaluační může poskytovat explorační, explanatorní či popis, ale hlavně hodnotí na základě předem stanovených kritérií. (in Hendl, 2016).

Na základě zvoleného tématu jsme se rozhodli využít **deskriptivní případovou studii**, která nám poslouží k popisu zkoumaného jevu – logopedická diagnostika dětí s poruchou autistického spektra. Dle Hendla (2016) je u tohoto typu studie nutné vytyčit účel deskripce a realistický seznam témat. Jako účel deskripce vnímáme nutnost detailně se seznámit s jednotlivými klienty z výzkumného vzorku a předložit koncept s daty zjištěnými pomocí výše popsaných metod v rámci logopedické diagnostiky prostřednictvím zvoleného a vytvořeného materiálu. Výsledkem bude sumarizace dat v podobě případové studie a následný další postup v práci na zdokonalení a zvýšení efektivity materiálu. Seznamem témat, kterými se zabýváme koresponduje s položkami diagnostického rozhovoru s rodiči klientů, dále vychází z pozorování a poskytnutých zpráv různých odborností. Z důvodu nastolení nouzového stavu z důvodu COVID-19 v České republice neproběhlo samotné zamýšlené testování klientů dílčími logopedickými úkoly (subtesty 1-10). V tomto směru budeme chtít práci postoupit pokračování v další výzkumné fázi.

Předvýzkumu jsme podrobili pět případů, z toho důvodu se jedná o **mnohopřípadovou studii**. V každé jedné případové studii vznikla zpráva o případové studii, tyto závěry jsme podrobili analýze a shrnuli do závěrů o případech. (Hendl, 2016).

## 8.2 Získání dat a jejich fixace

Získávání dat probíhalo prostřednictvím výše zmíněných metod sběru dat. Získali jsme data z přímého pozorování klientů, ze zúčastněného pozorování klientů a data z rozhovoru s rodiči klientů. Dále jsme měli možnost analyzovat lékařskou dokumentaci, která nám byla poskytnuta pod souhlasem zákonných zástupců klientů. Data mají nestrukturovanou podobu, pro přehlednost finálního představení získaných dat jsme využili formu případových studií.

Fixace dat čili volba vhodné dokumentace získaných dat probíhala v průběhu celé hlavní části předvýzkumné akce, především v přímém kontaktu s klientem a jeho rodinou. Byly využity sestrojené záznamové archy pro přehledné a efektivní zaznamenávání poznámek a důležitých dat. Samotný rozhovor s rodiči dětí s autismem byl po souhlasu nahráván jako hlasový záznam, který je uchován výzkumným pracovníkem spolu s informovaným souhlasem rodiče klienta. Dalším zdrojem byly kopie zpráv různých odborností, které jsme měli možnost postoupit podrobné analýze opět na základě svobodné vůle rodičů klienta.

Po příchodu do rodiny a vlídném seznámení se s momentálně přítomnými členy byl prvním bodem pro diskusi informovaný souhlas. Bez tohoto dokumentu by nebylo možné provádět další kroky. Proběhlo detailní seznámení s průběhem celého předvýzkumu, jeho cílem a očekávaným výsledkem. Osobně vnímáme jako velmi důležité sdělit rodině důvod a naše „startovací podněty“ k vypracování práce a celého výzkumu. Plošně jsme se setkali s pozitivními reakcemi. Všichni zákonní zástupci klientů souhlasili s celkovým průběhem předvýzkumu a s pozitivním naladěním do něj vstupovali. Problémem nebyla ani tvorba hlasové nahrávky rozhovoru, na kterou byli klienti dotazováni také v první fázi návštěvy.

S polostrukturovaným rozhovorem bylo nakládáno dle požadavků na polostrukturovaný rozhovor. Hlavním požadavkem bylo vyhodnotit třináct jádrových otázek, které byly stěžejní pro tvorbu hlavní části případové studie. Rozhovor dává i relativní volnost v kladení dalších otázek (doplňujících a dalších, které vznikaly v průběhu rozhovoru). Velice často v rámci dané situace byly kladeny otázky, které výzkumný pracovník považoval za důležité, zajímavé či ojedinělé.

Pozorování klienta v přirozených podmínkách přináší nesmírně podnětná data, která v logopedické ambulanci nezískáme. Celkové chování jedince v domácích, přirozených podmínkách vnímáme u klientů s PAS jako nezbytnou součást celého terapeutického procesu, který má mnohdy dlouhý začátek („startovací čáru“). V rámci nastoleného schématu, který jsme vytvořili a shrnuli do přehledné tabulky jsme měli možnost dobře uchovávat poznámky a klíčové body pozorování. Zúčastněné pozorování nám otevřelo možnost seznámit se s klientem a zjistit jeho reakce na nový subjekt v podobě výzkumného pracovníka. Umožnilo nám to vytvořit si představu o budoucí časové náročnosti oné „startovací čáry“ celého intervenčního procesu – mohli jsme si utvořit odhad o délce aklimatizace klienta a míře budoucí spolupráce. Do zúčastněného pozorování byl vložen i subtest Pragmatika komunikace, který poskytuje taktéž svůj záznamový arch pro dodržení vhodných a hlavních oblastí

našeho zájmu. K dispozici jsme měli vždy stejný soubor pomůcek, který byl klientovi předložen ke spontánní aktivitě, mohli jsme pozorovat zájem, zvědavost, nezájem a další rozmanité reakce klientů. Dalším bodem byla hra vedle sebe a společná hra, která byla jedním z nejzásadnějších aspektů tohoto substestu.

Sesbíraná data z rodin byla ve velmi nestrukturované podobě na několika stranách papírů. Bylo nutné vše zpracovat a postoupit analýze. Za nejefektivnější jsme vnímali zpracovat získaná data ihned po proběhlé návštěvě v rodině. Seskupení do hlavních kategorií či témat dle jádrových otázek rozhovoru a hlavních bodů pro pozorování. Získali jsme tak přehledný a ucelený souhrn o daném klientovi, který jsme mohli vložit do počítače a pokračovat v jejich kontrole, analýze a fixaci v podobě případových studií.

## **8.3 Případová studie A**

### **8.3.1 Zkoumaná osoba**

Zkoumaná osoba A je šestiletý chlapec žijící v České republice (Královehradecký kraj). V péči odborníků z odvětví psychologie je od roku 2017. K prvnímu setkání s klientem došlo přímo v rodině, za přítomnosti všech členů domácnosti. Při této návštěvě došlo k realizaci polostrukturovaného rozhovoru, pozorování a zúčastněného pozorování, taktéž k substestu Pragmatika komunikace (PRA). Tato návštěva byla realizována dne 4. 3. 2020 v rozsahu 3 hodin. Byla zjišťována anamnestická data, současná jazyková a komunikační úroveň klienta a také jazykový a komunikační vývoj od narození po současný stav. Jedná se o chlapce s diagnózou **F 84.0 – Dětský autismus**.

Chlapec reagoval vcelku pozitivním způsobem, zpočátku potřeboval odstup a prostor na vstřebání cizího podnětu v podobě výzkumného pracovníka. Od poloviny návštěvy dokázal svým způsobem komunikovat a vstřebávat osobu výzkumného pracovníka.

### **8.3.2 Anamnéza**

Zdrojem základních informací při zpracování anamnestických údajů byla lékařská dokumentace, která nám byla poskytnuta zákonnými zástupci chlapce. Dále byl uskutečněn polostrukturovaný rozhovor s matkou chlapce, do kterého vstupoval i otec se svými dodatky. Veškeré informace a údaje o klientovi A byly zpracovány a použity se souhlasem zákonného zástupce klienta A (zkoumané osoby).

## Osobní anamnéza

Diagnóza pacienta byla stanovena v roce 2018. V evidenci psychologa od začátku roku 2017 a to na žádost rodiny a pediatra, hlavním důvodem byl disharmonický vývoj a podezření pro pervazivní vývojovou poruchu. V prvním roce života zaznamenány epileptické záchvaty, pro které byl klient pozorován na neurologii, kde se však průkazně epileptická aktivita nepotvrdila. V evidenci neurologa zůstává z důvodu nerovnoměrného psychomotorického vývoje a makrokranii s plagiocefalií<sup>67</sup>. Dále taktéž v péči pedopsychiatra, který vidí chlapce jednou za rok, stejně tak jako psycholog.

Matka vnímá dosavadní péči jako dostatečnou, ale uznává, že bez její aktivní znalosti a informovanosti by se jí a celé rodině takové péče nikdy nedostalo. Na veškeré problémy upozornila sama, všímala si odlišného vývoje chlapce již od počátků vývoje (v novorozeneckém věku). Na odborníky se vždy obracela samostatně.

V průběhu těhotenství (chlapec z pátého těhotenství) nebo porodu se nevyskytovaly dle matky žádné zvláštnosti. Jako matka pěti dětí přirovnává průběh těhotenství k normálnímu a hladkému. Porod byl překotný, ale v termínu, apgar skóre<sup>68</sup> od počátku 10, porodní váha 3.120 gramů.

V průběhu prvního roku života chlapce se vyskytly tři epileptické záchvaty typu grand mal<sup>69</sup>, pro které došlo k hospitalizaci na neurologii, kde se epileptická aktivita nepotvrdila a léčba pokračovala bez medikace. K epileptické aktivitě se vyjadřuje matka s názorem genetické zatíženosti, z důvodu výskytu epilepsie u chlapce narozeného z druhého těhotenství a jednorázového výskytu epileptického záchvatu grand mal u otce v současné době.

Motorický vývoj probíhal v normě, matka nezaznamenala žádné odchylky, nebyla ani upozorněna ze strany pediatra. Po otázce na fázi lezení, sedu a chůze bylo zjištěno opoždění asi o 3 měsíce oproti normě. Fáze lezení byla navíc zcela vynechána. V současné době chlapec motoricky bez obtíží, horší koordinace a nadváha. S řečí byly problémy, žvatlání proběhlo dle matky obvyklým způsobem. První slova začal chlapec říkat v 18. měsíci věku, slov bylo omezené množství a nepřibývaly (do 10 slov). Ze strany rodičů byla zaznamenána nižších chutí ke komunikaci, celkově nebyla vidět potřeba komunikovat a sdílet s ostatními

---

<sup>67</sup> plagiocefalie – jedna z nejčastěji se vyskytujících poruch deformity lebky u dětí (Plagiocefalie, 2017)

<sup>68</sup> APGAR skóre – metoda umožňující rychlé a srovnatelné zhodnocení stavu novorozence těsně po porodu (i opakovaně) – hodnotí pět základních životních funkcí, kterými jsou dýchání, srdeční frekvence, barva kůže, svalové napětí a odpověď na podněty – každá z funkcí je hodnocena body 0-2 (Velký lékařský slovník, 1998)

<sup>69</sup> grand mal – velký epileptický záchvat začínající ztrátou vědomí a pádem (Velký lékařský slovník, 1998)



členy rodiny. Rozvoj komunikace na vyšší úrovni byla ze strany rodičů potvrzena nástupem do mateřské školy. V tomto období dosáhl chlapec výrazných pokroků v sociální oblasti i komunikaci. Matka chlapce popisuje slovy: „*paličatý, rozmazlený, stojí si za svým*“. Dle registrovaných poznámek a dodatků matky v průběhu rozhovoru je zřejmé, že vnímá chlapcovu diagnózu jako vedlejší, plně je spíše zaměřena na staršího bratra z druhého těhotenství, který potřebuje více pozornosti a péče. V porovnání s PAS staršího bratra nevnímá chlapcovu diagnózu stanovenou jako objektivní, staví se k ní spíše jako ke slovům na papíře. Je obeznámena a registruje jisté zvláštnosti, ale nepřikládá jim důležitý význam.

Z psychologické zprávy vystavené k datu 15. 3. 2019 je možné shrnout poznatky z pohledu psychologa následovně. Příklon k pervazivní vývojové poruše ve věku 5 let a 1 měsíce věku klienta (F 84.0). psycholog shledává hlavní problematiku v behaviorálních zvláštnostech, které vidí ve způsobu hry. Hra u chlapce probíhá „*po svém*“, řadí a rovná věci, hra s hračkou není typická pro věk chlapce a odlišuje se od hry vrstevníků. Projevuje zájem o techniku – ovladače, tablety, mobilní telefony. Sociální zájmy chybí, řeč se začala vyvíjet, ale je nesrozumitelná (chlapcův žargon). K oblíbeným aktivitám chlapce psycholog řadí poslech jednoduchých rytmických písní a říkadel, což nemůžeme potvrdit ani vyvrátit, dále výše zmíněné technické předměty, od kterých se nemůže odtrhnout. Barvy a tvary neroztřídí, rozlišuje základní zvířátka, dokáže je i pojmenovat pomocí onomatopoií (názvy zvířátek, užívá zřídka). Emocionálně je chlapec extrémně labilní s vyskytujícími se agresivními sklony vůči druhým živým bytostem. Autoagrese se nevyskytuje. Psycholog výrazně upozorňuje na výskyt rituálů v průběhu celého vyšetření/návštěvy, což jsme v současné době neshledaly jako podstatné a vyčnívající v rysech chování chlapce. Obvyklé obtíže s jídlem se nevyskytují, s dopomocí zvládá sebeobsluhu a základní hygienické návyky. Schopnosti chlapce jsou velmi nevyrovnané a nekonzistentní, pohybují se od dvou po tři roky věku, což funkčností odpovídá středně těžké mentální retardaci. V závěru zprávy shledáváme tvrzení: „*Jedná se o těžké narušení sociálního přizpůsobení ve všech oblastech života v souvislosti se základní diagnózou s nutným stálým vedením odpovědnou osobou.*“ Tvrzení odpovídá i stanovisku SPC, které přidělilo v rámci podpůrných opatření asistenta pedagoga. (Psychologická zpráva, 15. 3. 2019).

### **Rodinná a sociální anamnéza**

Chlapec žije v úplné rodině se čtyřmi dalšími sourozenci. Matka (narozena roku 1985) v domácnosti, otec (narozen roku 1976) výdělečně činný. První těhotenství matky probíhalo

poklidně ve věku 18 let matky, od té doby je matka v domácnosti z důvodu péče o děti, které vyžadují nepřetržitou domácí péči. Z ekonomického hlediska rodinu zajišťuje otec, který pracuje ve státním podniku České dráhy. Ekonomický i sociální status rodiny definujeme jako nižší, vzhledem k malým sociálním kontaktům a závislosti na příspěvcích od státu. Sedmičlenná rodina žije v malém bytě s třemi pokoji, kuchyní a koupelnou, kde všech pět dětí sdílí jeden dětský pokoj, což se na vývoji všech dětí musí taktéž podepsat. S prostorem pro plnění domácích úloh a hledání prostoru pouze pro sebe (hlavně u dětí v období puberty) je problém.

Z prvního těhotenství (v roce 2003) je chlapec, který je zdravý. Nyní dochází na učiliště, kam denně dojíždí autobusem z místa bydliště. Z druhého těhotenství (v roce 2006) je chlapec s kombinovaným postižením: těžká mentální retardace a poruchy autistického spektra (diagnóza atypický autismus), také epilepsie. Právě chlapec z druhého těhotenství je pro rodinu největší všeobecnou zátěží, dochází denně do školy pod Diakoníí, kde pracují individuálním způsobem, který chlapci vyhovuje. Rodiče dodávají, že by v základní škole speciální být nemohl. Ze třetího těhotenství (v roce 2009) je dívka, zcela zdravá. Nyní prochází obdobím puberty, které je v malém bytě s mnoha sourozenci komplikované. Ze čtvrtého těhotenství (v roce 2013) je také dívka, nyní v předškolním věku. S diagnózou porucha pozornosti s hyperaktivitou stanovenou PPP. Dívka má obtíže se soustředěním, jinak je moc šikovná a snaživá. Dochází na individuální logopedii v mateřské škole. Z posledního těhotenství (v roce 2014) se narodil chlapec, který je předmětem našeho zájmu (datum narození: 15. 2. 2014), rodiče při posledním těhotenství ve věku 29 (matka) a 38 let (otec).

Jako výraznou obtíž rodiče shledávají agresivitu vůči ostatním dětem a dospělým. „*Opravdu hodně sestřám ubližuje.*“ Před půl rokem došlo k zabití morčete, které si choval a svou silou jej umačkal, udusil. Reakce na smrt morčete nepřišla, rodiče se domnívají, že chlapec vůbec nevnímá vážnost celé situace. Hra se zvířaty probíhá často, rodina má psa a 3 kočky, chlapec jim při hře dost ubližuje, týrá je. Za důležité v přístupu ke chlapci matka zdůraznila důslednost, kterou ona není schopná dodržet. My to vnímáme jako vlastnost, kterou chlapec vnímá pozitivně z důvodu předvídatelnosti a spolehlivosti dané osoby.

V rámci sociálního začleňování je nutné napsat, že chlapec dochází denně (od svých 4 let) do speciální třídy mateřské školy v místě bydliště. Kde se dle matky adaptoval velmi dobře, a hlavně díky docházce do MŠ začal více verbálně komunikovat. Matka je

přesvědčená o tom, že v mateřské škole chlapec pracuje mnohem lépe než doma. Myslí si, že za to může především důslednost učitelů a asistenta pedagoga. Doma je chlapec poté již pouze schopný sedět u PC, jinou aktivitu není matka schopna u chlapce podnítit. V MŠ má i kamarády (jmenoval jména), hra s vrstevníky dle matky nefunkčního charakteru. Z bezpečnostních důvodů je v MŠ nutné, aby byl chlapec na procházkách držen za ruku, dle otce nemá hranice a neuvědomuje si možné následky jeho činů, taktéž si neuvědomuje možná rizika a nebezpečí.

### **8.3.3 Rozhovor s rodiči k jazykovému a komunikačnímu vývoji**

Rozhovor s rodiči byl realizován v domácnosti klienta, v celkem rušivém prostředí pěti dětí. Neustále docházelo k vyrušování rodičů, kteří museli odbíhat k dětem. K rozhovoru byla využita struktura se třinácti otázkami.

#### **Jaká je reakce na pokyn „ne“?**

Chlapec všeobecně nesnáší zákazy. Reaguje na ně velmi negativně, nemá je rád. Při zakázání internetu a počítače v době návštěvy byla jeho reakce: „*to není fér.*“

#### **Pozorujete, že produkuje sled slov podobající se větě?**

V komunikaci nepoužívá izolovaná slova, spojuje slova spíše do vět. Ty jsou ale kratšího rozsahu. V poslední době má v oblibě dost slov prostých, dále hojně používá slova vlastní, tvoří novotvary. Vzhledem ke zdatnosti chlapce s technikou, hodně používá anglická slovíčka a zkratkovitá slova převzatá z videí. Matku a otce zneklidňuje slovo „*čum*“, které nemohou chlapce odnaučit. Chlapec jej používá nevhodně vzhledem k sociálnímu kontextu, neuvědomuje si neslušnost užití.

#### **Jak probíhá prohlížení obrázků nebo čtení knížky? Dokáže udržet pozornost na obrázcích?**

Práci s knihou zcela odmítá, o knihy nejeví zájem. Pokud má jít o společnou činnost je vhodnou volbou film či videa na mobilním telefonu. U těchto aktivit dokáže sdílet a akceptovat společnou aktivitu. V průběhu rozhovoru s matkou probíhala společná hra chlapce a otce – „na průvodčího“. Osobně pojímáme hru spíše jako hru na „otce na ovládání.“ Chlapec nevnímal otce v roli vlaku a sebe v roli průvodčího, spíše měl dobrý pocit z toho, že jej někdo poslouchá a vnímá jeho pokyny prostřednictvím plácačky (zelená a červená barva). Během této hry byla zaregistrována slova jako „*tati*“, „*stop*“, „*zlej-zlej*“.

### **Dokáže adekvátně odpovědět na otázky? „Kde je ...?“, „Jaká to je barva?“**

Na většinu otázek nereaguje, matka vypadá, že jí tato problematika velice tíží. Z počátku si myslela, že chlapec neslyší. „*On vůbec nereagoval, ani na své jméno.*“ Rodiče si nedokáží vysvětlit proč tomu tak je. Dodávají, že pokud chlapec neví, jak nebo co odpovědět užije automatismus „*jo*“. Většinou pokynům rozumí, ale vyjadřuje se velmi stručně, na otázky většinou odpoví jedním slovem nebo neodpoví vůbec.

### **Jak reaguje na oslovení jeho jménem?**

„*Při oslovení nereaguje určitě na první pokus.*“ Když byl menší, nereagoval na své jméno vůbec, rodiče měli dojem, že neslyší. Nyní je to hodně o náhodě a situaci.

### **Jakým způsobem probíhá jeho hra? Hraje si sám, zvládne si hrát s vámi?**

Imaginativní a symbolická hra u chlapce vůbec neprobíhá. Nenapodobuje činnosti, které by měl odkoukané od rodičů. Něco málo jsme mohli spatřit při hře na průvodčího, ale spíše jsem viděla touhu po moci, někoho ovládat. Hraje si spíše sám, „*problematické je dostat ho od počítače,*“ dodává matka. Společnost ke hře nevyhledává, pokud se chce zapojit do hry sourozenců, je to spíše výjimka.

### **Používá gesta a zvuky z vlastního repertoáru?**

Gest užívá dost, spíše dříve byl hodně přes ukazování a znaky. Naučil se užívat palec nahoru a palec dolů, pro vyjádření spokojenosti či nespokojenosti. Kdy tyto gesta používal adekvátně k situaci. Prostřednictvím gest navazoval dříve i komunikaci samotnou. Od doby, kdy převažuje verbální komunikace se gesta vytrácejí.

### **Reaguje adekvátně na „ano-ne“ otázky? Rozumí „ano-ne“ otázkám?**

Pokud otázce rozumí dokáže adekvátně slovy „*ano*“ nebo „*ne*“ odpovědět. Pokud otázce nerozumí je zmatený a snaží se odpovědět automatismem „*jo*“.

### **Dokáže napodobit vaše gesta?**

„*Napodobování je velkým problémem.*“ Nedokáže napodobit jednoduché pohyby, prostřednictvím nápodoby se ani neučí. Velmi pozitivně však rodina vnímá působení školy a dětského kolektivu.

### **Zná osobní zájmena?**

„*Určitě ne.*“ Běžně je nepoužívá a dle názoru matky ani nerozumí, co znamenají a k čemu se užívají. Problém v rozlišení zájmen „moje-tvoje“ je znatelný i z pozorování.

### **Rozlišuje (případně i používá) přídavná jména? Rozumí konceptu velikosti?**

Přídavná jména můžeme ve slovníku chlapce zaznamenat. Matka udává přibližný počet aktivně používaných přídavných jmen kolem 10 až 15 přídavných jmen.

### **Rozumí množnému číslu?**

„*Ne.*“

### **Rozumí minulým výpovědím?**

„*Ne, nechápe.*“ Slova, která běžně doma používají ohledně vyjádření času, nebo posloupnosti v aktivitách nejsou chlapcem pochopena. Slova jako „teď, potom, za chvíli“ není chlapec schopen vstřebat a akceptovat jejich význam.

### **Doplňující otázky**

Dále byla matka dotazována na otázky, které se týkali vzdělávacího systému, dosavadní logopedické péče a zajímavostí, které by výzkumný pracovník měl vědět.

Jak již bylo zmíněno, chlapec denně dochází do mateřské školy se speciální třídou se sníženým počtem dětí ve třídě. K dispozici má asistenta pedagoga, který je psán jako podpůrné opatření přímo k chlapci. Školní docházka je rodinou vnímána velmi pozitivně s vysokým přínosem pro rozvoj chlapce. Ohledně dalšího vzdělávání a nástupu na základní školu jsou pro rodinu možné dvě varianty. Základní škola speciální v místě bydliště nebo škola při Diakonii ve Vrchlabí, kam dojíždí i starší bratr chlapce s kombinovaným postižením.

Logopedickou péči má chlapec zajištěnou přímo v mateřské škole, kde se dětem věnuje paní ředitelka. Individuální logopedie probíhá jednou týdně. Z pracovního sešitu, který měl chlapec doma k dispozici k nahlédnutí, jsem pochopila, že se jedná o běžnou logopedickou péči zaměřenou především na artikulaci, což dle našeho názoru není u této diagnózy vhodné. Interval jednou za týden je taktéž vcelku malý.

Jako motivaci k činnosti matka uvedla počítač a tablet, dále výhružky spojené se zákazem těchto činností. Chlapce baví aktivity, které může řídit, pokud se dostane do vůdčí role, aktivity jej baví.

### 8.3.4 Pozorování s využitím vytvořeného schématu

Pro přímé a zúčastněné pozorování bylo využito schéma 15 oblastí, tyto oblasti vnímáme jako stěžejní, taktéž jsme se zaměřili na spontánní aktivity a chování klienta v domácím prostředí. To nám poskytlo nesmírně cenné informace.

Po mém příchodu a přivítání se s rodiči chlapec sedí u stolního počítače se sluchátky. Neregistruje cizí osobu v domácnosti, neodtrhne oči od počítače, na uších má sluchátka a je plně zabraný do počítačové hry, kterou hraje.

**Zrakový kontakt** je chlapec schopen navázat, je nutné setrvat a nenaléhat. Ovšem výsledkem byl opravdu krásný dlouhý zrakový kontakt, který bych u chlapce s dětským autismem nečekala (zvláště po velice chladném přivítání a počáteční ignoraci). Matka doplňuje o informaci, že s pohledem do očí chlapec nikdy problém neměl.

Úsměv a různorodé grimasy byly na pořadu dne i dnes, v mé přítomnosti. **Mimický projev** shledávám jako dostatečný a po dobu pozorování odpovídající aktuálnímu rozpoložení a situacím. **Gesta** chlapec v současné době nepoužívá.

O osobu výzkumného pracovníka chlapec zájem zprvu neprojevoval, poté měl tendenci k předvádění svých dovedností v dětském pokoji. O nabízené hračky nejevil zájem. **Aktivní zájem** o cizí subjekt nebyl zaznamenán. Reakce na mou osobu byla až po 30 minutách návštěvy, kdy chlapec zjistil mou přítomnost, na kterou reagoval útekem do pokoje (zpět k počítači). Matka mluví o zapojení chlapce v kolektivu třídy v MŠ, kde aktivně zájem o ostatní děti projevuje.

Mohli jsme zaznamenat **používání těla jiné osoby**, a to hlavně v případech, kdy docházelo k nepochopení komunikace mezi jednotlivými členy. Chlapec postrkává, tahá za ruce či ukazuje. Pokud neumí vyjádřit verbálně to, co potřebuje od ostatních, zařídí si to tímto způsobem.

V rodině jsem zaznamenala částečnou **touhu po společnosti** chlapce. Zapojoval se do hry s otcem i staršími sestrami. O **sdílení** však nemůžeme mluvit, aktivně sdílené informace nebyly zaznamenány. Chlapec neodpovídá ani na základní otázky ohledně dějů v MŠ.

Zřejmě nemá potřebu tyto informace sdělit rodičům. Matka upozorňuje na sdílení v okamžiku, kdy se jedná o opravdu silné podněty.

**Ukazování** se vyskytuje velmi často, z rozhovoru vyplývá, že i v minulosti tomu tak bylo. V současné době se frekvence snížila díky rozvoji verbální komunikace.

**Imitace nebo imaginativní hra** s hračkami nebyla vidět. Předměty používá realisticky, k symbolické hře „na něco“ dle matky nedochází. Mohla jsem vidět hru na průvodčího, která byla realizována s otcem, který na nádraží pracuje. Byla vidět nadšenost ze společné hry, kde byl chlapec v aktivní roli toho, kdo pouští a zastavuje vlak (otec). Jednalo se tedy o roli dominantní. Ke hře využívá prvky reálného světa (předměty z kuchyně a technické věci), s hračkami typickými pro jeho věk si nehraje.

Krásně byl zaznamenán **sociální kontakt** se sourozenci, který je pěstován od útlého věku (dle matky). Vzájemná **sociální komunikace** mezi sourozenci je efektivní, vždy se domluví, rozumí si. Jako problém matka definuje ubližování ostatním dětem i zvířatům. **Echolalie** se nikdy nevyskytovali.

**Zájmena** se ve verbální projevu chlapce nevyskytují, nepoužívá je. V jeho malé slovní zásobě na ně není místo. Pozorujeme **zvláštnosti v mluvním projevu**, který je krátký a omezený. Ne vždy dojde k adekvátní reakci na odpověď.

Hlavním středem zájmu je počítač či mobilní telefony rodičů, někdy i sourozenců. Byla jsem svědkem toho, že měl chlapec před sebou současně tři mobilní telefony, které obsluhoval. Za **ohraničené zájmy** tedy definujeme technologie.

Velmi špatně je snášena **změna prostředí**, která není na denním pořádku. Při hospitalizacích, na nákupu v obchodě. Za normální nepovažujeme ani reakci na cizí osobu v domácím prostředí. **Rituály** po dobu návštěvy neprobíhaly, nebo nebyly nezaznamenány. Rodiče se shodují na stereotypii v podobě pohupování ze strany na stranu v okamžicích únavy a potřebné ventilace napětí.

**Používání předmětů** je adekvátní, chlapec je schopen se obsloužit v kuchyni za pomoci běžných nástrojů. Předměty nevyužívá ke hře, ale k tomu, na co jsou určeny. Většinu úkonů vykonává samostatně v podobě samoobsluhy, nemá tendenci kontaktovat někoho ve svém okolí, aby mu pomohl.

Žádné **mimořádné schopnosti** neregistrujeme. Závislost na počítačových hrách nevnímáme jako mimořádnou schopnost.

Chceme ještě upozornit na **sebeobsluhu**, která byla zpozorována na vysoké úrovni. Chlapec je schopen se umýt po jídle a očistit se. Špinavé oblečení automaticky vkládá do sušičky, která byla zaměněna s pračkou. Může to být způsobeno tím, že nemá rád špínu, což matka záhy potvrdila. V mateřské škole je schopen se nakrmit sám, doma jí jogurt bez lžičky, tím způsobem, že ho pije. Nikdy jej ale není schopen dojíst, nechává kelímky u PC nebo v kuchyni. Po dobu návštěvy začal takto bez lžičky jíst tři jogurty.

### 8.3.5 Subtest Pragmatika komunikace (PRA)

Subtest Pragmatika komunikace probíhal v rámci celé návštěvy, průběžně. Zapojena byla metoda pozorování a přímé interakce s klientem. V počáteční fázi se jednalo spíše o adaptaci chlapce na cizí osobu v prostředí domova, poté o hru vedle sebe a na závěr mohly proběhnout i pokusy o hru společnou.

V samostatné spontánní hře se vyskytuje jednoznačně převaha **hry** o samotě, kdy si chlapec ve většině času nevěnoval ostatních sourozenců. K tomu došlo později po iniciaci hry otcem. Dlouhou dobu chlapec seděl u počítače se sluchátky na uších, plně zabraný do počítačové hry. **Výběr pomůcek** není pestrý, střed zájmu zaměřen na technologie. Z nabízených pomůcek, které byly vybrány k tomuto subtestu si vůbec nevěnoval (ani po několikerém upozornění a ukazování). Vyjadřování probíhá v jednoduchých větách, reakce na otázky jsou jednoslovné. Slovní zásoba spontánního řečového projevu je jednoduchá, omezená na známá a frekventovaná slova. Výrazně jsou registrovány novotvary ve slovní zásobě chlapce. **Komunikace** se na první pohled zdá funkční, nedochází však ke vzájemnosti v komunikaci a k úplné recepci verbálních instrukcí ostatních členů rodiny či výzkumného pracovníka. **Symbolická nebo imaginativní hra** neprobíhala, hračky a pomůcky sloužící k této hře (maňásci a figurky) nebyly vůbec využity.

Záměr pozorovat chlapce při společné hře s výzkumným pracovníkem byl zřejmý, exponované pomůcky nebyly vůbec využity, chlapec na ně nereagoval. Matka k tomu dodává: „*On si s normálními hračkami vůbec nehraje, to ho nebaví.*“ Mohli jsme zaregistrovat společnou hru se sourozenci a otcem (popsáno výše). Při **navázání kontaktu** chlapec reagoval útekem zpět k počítači, **zrakový kontakt** však navázal – dlouhý a přímý. Po několikatém pokusu v průběhu návštěvy se podařilo navázat kontakt, chlapec poté krásně reagoval na oslovení, zavolání nebo mé otázky ohledně jídla (při jeho konzumaci jogurtu). **Hra vedle sebe** mohla být nakonec taktéž zrealizována, vcelku s pozitivní reakcí ze strany chlapce. Byla nutná dopomoc ze strany matky ve formě motivace mobilním telefonem. Hra probíhala



v kuchyni nad sešitem z logopedie, který má chlapec z MŠ. Chlapec otáčel stránky a ukazoval na některé vybrané obrázky, občas vykonal úkol znovu, výzkumný pracovník pouze komentoval a doplňoval, do aktivity nezasahoval. Na **společnou aktivitu** se po odhodlání přijít z dětského pokoje objevily také pozitivní reakce, nebyly však využity žádné z nabízených pomůcek. Chlapec krásně reaguje na pokyny i jednoduché otázky. Zaujala jej hra na schovávání předmětů, kdy jsem schovala plácačku výpravčího a on ji hledal dle náповěd. Mnohem více byl zaujat obrácením rolí, kdy musel hledat výzkumný pracovník. Vůdcovské role jej zajímají a baví. **Zapojení do společné aktivity** hodnotíme pozitivně, s přiměřenou motivací chlapec spolupracuje a aktivně se podílí na aktivitě iniciované druhou osobou. **Střídání rolí** proběhlo v rámci hry, direktivní role jsou preferencí. Pokud chlapec určuje podmínky hry, neviděli jsme problém – matka však tvrdí, že děti ve škole s tímto mají obtíže, nechtějí stálou vůdčí roli chlapce akceptovat a poté dochází k agresi vůči ostatním dětem.

### 8.3.6 Závěry případové studie A

Závěrem shrneme podstatná data k jazykovému a komunikačnímu vývoji chlapce. Celková doba návštěvy byla 3 hodiny čistého času, což je dle našeho názoru velký časový prostor k vytvoření si závěru z rozhovoru a pozorování klienta A v přirozených podmínkách domova.

Jazykový a komunikační vývoj chlapce hodnotíme jako výrazně opožděný vzhledem k základní diagnóze dětského autismu. Můžeme tedy mluvit o symptomatické poruše řeči. V komunikaci nedochází ke spontaneitě a sdílené pozornosti. Komunikace je omezená pouze na nutné potřeby chlapce a požadavky, které si nemůže obstarat sám. Celkový vývoj verbálního projevu byl opožděn, žvatlání dle matky proběhlo v normě, první slova v 18. měsíci, kdy nabyl zhruba 10 slov, se kterými si vystačil dlouhou dobu. Komunikace, řečový projev byl doplňován gesty, ukazováním (pouze za účelem získání potřebného předmětu, nejednalo se o ukazování za účelem sdílet informaci). Výrazný nástup verbálního projevu nastal po příchodu do mateřské školy. V současné době je jazyková úroveň chlapce na úrovni věku tří let. Chlapec spojuje slova do vět, které jsou jednoduché a omezené. Odpovědi jsou jednoslovné a strohé, s častým využitím automatismu „jo“ v situacích, kdy je chlapec nejistý nebo nezná odpověď. Ví však, že by měl něco odpovědět. Specificky se projevuje i celková modulace hlasu s vyšším tónem a zpěvavostí.

Velice překvapující byla nulová reakce na nabízené pomůcky, které výzkumný pracovník dovezl na návštěvu. Chlapec vůbec nechtěl tašku s pomůckami otevřít a dozvědět se, co

v ní je. S velkou pravděpodobností to jsou pomůcky, které doma nemá, ale zvědavost se u chlapce neobjevila. Počítač měl vyšší hodnotu preference než taška s novými hračkami. Pozitivně hodnotíme hru na výpravčího, která byla naprosto dokonalou ukázkou toho, že si chlapec dokáže hrát (s preferencí roli vůdce). Krásné užití symboliky barev, ke které docházelo naprosto adekvátně. Zde bychom doporučili více aktivního střídání rolí, není nutné nepřetržitě chlapce podporovat v dominantních rolích. Chceme, aby si uvědomil, že se role střídají a vyměňují.

Psychosociální hledisko chlapcova postižení je zřejmé, jak již ze zprávy psychologa, tak z pozorování v domácím prostředí. Sociální obtíže jsou viditelné již od příchodu cizí osoby do domácnosti. Z behaviorální problematiky je nutné vyzdvihnout záchvaty agrese vůči ostatním a stavy vzdoru k autoritě („*to není fér*“). Je patrná touha po vůdčí roli, direktivní přístup je pozorován i k sourozencům a otci. Problematická se nejvíce jeví nevědomost vlastní síly a možnost ublížení ostatním lidem, dětem.

Musíme konstatovat, že celkově na mě rodina působila velmi pozitivním dojmem, i přes veškeré těžkosti a strasti, kterými si procházejí. Osobně si nedokáží představit takový životní styl s mnoha překážkami v podobě různých postižení u dětí. U této rodiny můžeme přistoupit k závěru jisté genetické zatíženosti. Z rozhovoru však vyplynulo, že genetická vyšetření absolvovala nebyla (ani při opakované graviditě po druhém těhotenství, které bylo nejkomplicovanější). Sociální a ekonomické podmínky rodiny taktéž nehodnotíme jako průměrné, spíše naopak.

Zarážející je nezajímavost klinického logopeda do procesu péče o chlapce. Logopedie zaměřená na prevenci poruch artikulace v mateřské škole je dle našeho názoru nedostatečná. Doporučovali bychom kontaktovat klinického logopeda, který může v rámci logopedické intervence rozšiřovat slovní zásobu a jazykové schopnosti chlapce, navíc metodicky vést logopeda působícího v MŠ. Vzhledem ke znalosti klinických logopedů v okolí rodiny, byl rodině podán celkový seznam a možné varianty pro kontaktování klinického logopeda.

Přikláníme se k rozhodnutí psychologa o stanovení diagnózy poruch autistického spektra, narušení ve všech oblastech symptomatologie je patrné. Za důležité považujeme možnosti práce s chlapcem, který je dle našeho názoru schopný být aktivní v terapii, což je důležitý základ.

## 8.4 Případová studie B

### 8.4.1 Zkoumaná osoba

Zkoumaná osoba B je pětiletá dívka žijící v České republice (Praha). V odborné péči lékařů je již od 7. měsíce věku, tedy od roku 2015. K prvnímu setkání s dívkou došlo přímo v rodině, za přítomnosti matky a mladší sestry. Při této návštěvě došlo k realizaci polostrukturovaného rozhovoru, pozorování a zúčastněného pozorování, taktéž k subtestu Pragmatika komunikace (PRA). Tato návštěva byla realizována dne 6. 3. 2020 v dopoledních hodinách v rozsahu 2 hodin. Byla zjišťována anamnestická data, současná jazyková a komunikační úroveň klientky a také jazykový a komunikační vývoj od narození po současný stav. Jedná se o dívku s kombinací několika diagnóz, které obdržela v rámci různých diagnostických šetření u různých odborností. V současné době se jedná o diagnózy:

- **vrozená vada CNS** (migrační porucha) a hyperkinetická porucha (neurologie),
- vývojové opoždění v oblasti řeči (klinická psychologie),
- smíšená porucha chování a emocí (psychiatrie),
- vývojová porucha řeči (neurologický syndromu) s možným PAS (foniatrie),
- oslabené orofaciální svaly (logopedie),
- **mírná až střední porucha autistického spektra** bez poruchy intelektu (NAUTIS).

Dívka reagovala vcelku pozitivním způsobem, zpočátku potřebovala odstup. Od poloviny návštěvy dokázala akceptovat osobu výzkumného pracovníka a aktivně se zapojovala do nabízených aktivit.

### 8.4.2 Anamnéza

Zdrojem základních informací při zpracování anamnestických údajů byla lékařská dokumentace, která nám byla poskytnuta zákonnými zástupci dívky. Dále byl uskutečněn polostrukturovaný rozhovor s matkou dívky. Veškeré informace a údaje o klientovi B byly zpracovány a použity se souhlasem zákonného zástupce klienta B (zkoumané osoby).

#### Osobní anamnéza

Celkový vývoj dívky byl do 7. měsíce věku (podzim roku 2015) v normě, matka si začala v tomto období všimnout zvláštností ve vývoji motoriky. Motorický vývoj se zcela zastavil

a nepokračoval, rodina začala stav dívky ihned řešit návštěvou neurologie na doporučení pediatra. Absolvovali několik vyšetření v rámci neurologie, foniatrie a očního lékařství, dále nechybí navázaná spolupráce s fyzioterapeuty, klinickou psychologií, psychiatrií, klinickou logopedií a školským poradenským zařízením (SPC). Nejzávažnějším problémem byl regres v oblasti motoriky, vývoj motorických dovedností se dlouhou dobu nedařilo nastartovat. Podezření na poruchu autistického spektra poprvé zaznělo na vyšetření u foniatra – to byly dívce 2 roky. Diagnostika přímo v NAUTIS proběhla ve věku dívky 4 let (jaro roku 2019). V evidenci všech odborností dívka zůstává a dochází na pravidelné kontroly – neurologie, fyzioterapie, psychologie, logopedie. Z důvodu zařazení dívky do vzdělávacího systému jsou pravidelné návštěvy i v SPC.

Matka pozitivně naladěna, působí velmi klidným a vyrovnaným dojmem. Je však logické, že v průběhu rozhovoru došlo k vyústění, že začátky „diagnostického kolotoče“ a zjišťování celkového stavu a postižení dcery byly opravdu těžké. Vidíme vysokou snahu poskytnout dívce, co nejvyšší míru odborné péče a zabezpečení nejpodněnějšího prostředí, které by ji rozvíjelo a podněcovalo její vývoj pozitivním směrem. S péčí odborníků je rodina spokojená. Matka dodává, že pochopila výhodu placených služeb v rámci lékařství či rehabilitace.

V těhotenství (dívka ze třetího těhotenství) nebyly zaznamenány žádné problémy, vše probíhalo klasickým způsobem, bez nálezů při screeningových vyšetřeních. Porod normální, v termínu, matka s dívkou propuštěna z porodnice 3 dny po porodu, který proběhl 13. 2. 2015.

Od 7. měsíce věku dívky rodiče pozorovali zvláštnosti a jisté opoždění oproti normálnímu vývoji. Opoždění bylo prvně zaznamenáno po stránce motorické. Po odeslání na neurologii a všech vyšetřeních byl zjištěn v rámci vyšetření zobrazovacími metodami chybějící kousek mozku („opravdu malý“). Lékaři však nemohou stanovit, co vše může tento chybějící kus mozku způsobovat, byla tedy stanovena obecná diagnóza psychomotorické retardace. Do dvou let dívky se vyskytovalo pouze plazení, „*chodit začala až teď, před rokem.*“ Ve 3 letech a 8 měsících se postavila a začala se rozvíjet chůze. Do té doby aktivní cvičení Vojtovy metody reflexní lokomoce a další prvky rehabilitace pod odborným vedením. Oproti hrubé motorice dívka vyniká v práci s horními končetinami, které jsou na výborné úrovni – navlékání korálků, kreslení, zlepšování úchopu pracovního náčiní.

„K rozvoji těch rukou nám podle mě pomohly hodně ty znaky,“ dodává matka. Dívka od dvou let v rámci AAK znakuje.

Z neurologické zprávy k datu 14. 2. 2019, kdy byly dívce 4 roky, můžeme vyzdvihnout následující informace. Vyšetření probíhá klidně, dívka si hraje samostatně, vůbec nemluví, spolupracuje. Nerozumí pokynům lékaře, ale nebojí se. Upozornění na nízký svalový tonus, síla však dostatečná, sed s hyperkyfósou<sup>70</sup>, chůze výrazně neobratná s flektovanými koleny, navíc pedes plani<sup>71</sup>. Souhrnem centrální hypotonie, lehká mozečková symptomatologie spíše paleocerebellární<sup>72</sup>. Z medikací je užíván od věku 2,5 let Risperdal (jednou denně), ze kterého dívka profituje. Výrazně se zklidnila a dělá pokroky. K datu zprávy již chodí, avšak problematrická je chůze do schodů, hodně padá a neběhá. Stále je na plenách, problém se zažíváním a celkovou motorikou vnitřních orgánů (medikace Forlaxem). Závěrem zprávy je shrnuto: „Nerovnoměrný, celkově opožděný vývoj s největším opožděním v oblasti expresivní složky řeči, bez zástavy či regrese, s četnými koordinačními nedostatky při vrozené vadě CNS (migrační poruše). Dále hyperkinetická porucha chování, která je řešena psychiatrickou medikací.“ Bylo doporučeno zařazení do kolektivu a pokračování v probíhající logopedické a rehabilitační péči. (Neurologická zpráva, 14. 2. 2019).

Problematika PAS v rodině řešena až s odstupem času, na což upozornil rodinný známý, psycholog. Psycholožka v nemocnici variantu diagnózy PAS prudce vyvracela a považovala za nemožné, aby byla u dívky stanovena. Před rokem došlo k diagnostice na pracovišti NAUTIS, kam se rodina obrátila pro odborný posudek stavu dívky. Z psychologické zprávy realizované na pracovišti NAUTIS dne 7. 1. 2019 a 6. 3. 2019 jsme získali cenné informace. Celé vyšetření dívka zvládla sama, bez přítomnosti matky v diagnostické místnosti, v sociálně komunikačním kontaktu je vnímána jako pasivní bez spontánní iniciace kontaktu. Spolupráce na velmi dobré úrovni, vyhoví všem pokynům a splnila všechny úkoly. Sociální reciprocita hodnocena jako omezená. V jádrových oblastech byla zaznamenána značná symptomatologie s příklonem k PAS – nekonzistentní oční kontakt, omezená obličejová exprese, omezené užívání neverbální komunikace, slabý sociální kontakt, ukazování není typické s dostatečnou frekvencí, v komunikaci je spíše pasivní, omezená sociální reciprocita, nižší výskyt vokalizace (skoro nulová), zcela chyběla separační reaktivita na odchod matky. V oblasti stereotypií byl nález ve spontánní hře, ulpívání a omezenosti při sociální hře.

---

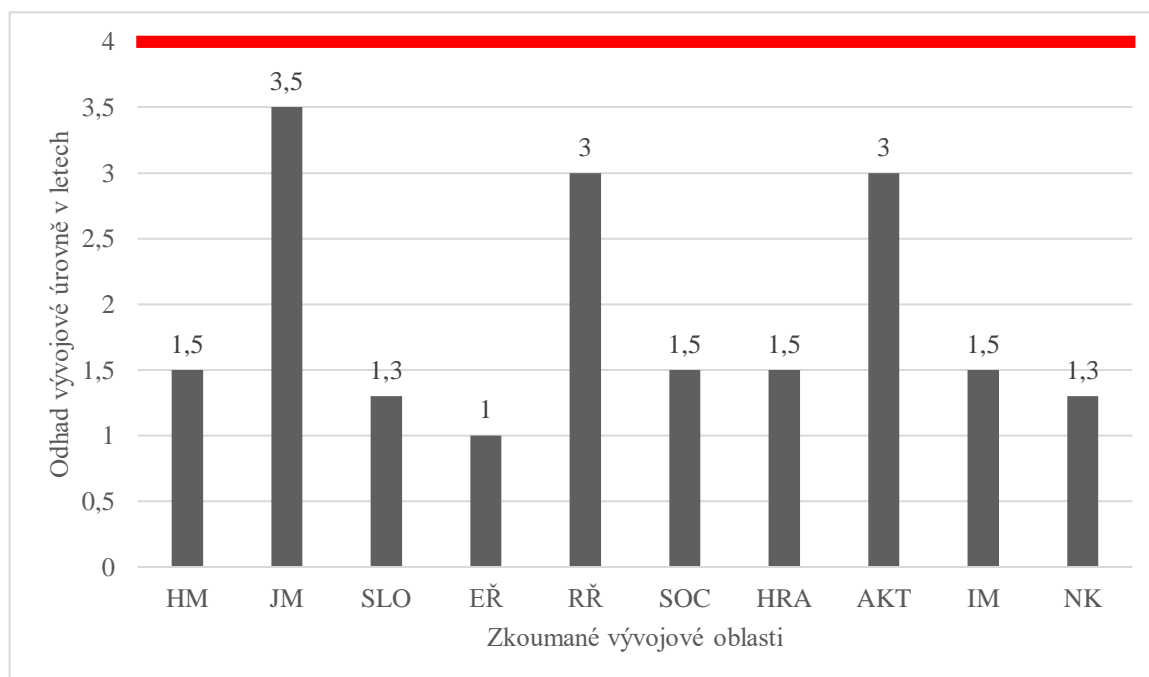
<sup>70</sup> hyperkyfóza – nadměrné vyklenutí páteře v předozadní rovině směrem dozadu (Velký lékařský slovník, 1998)

<sup>71</sup> pedes plani – ploché nohy (Slovník cizích slov, 2004)

<sup>72</sup> paleocerebellum – vývojově stará část mozečku (spinální) s významem pro opěrnou motoriku, řízení stoje a motoriku pohledu (Velký lékařský slovník, 1998)

S výrokem méně funkční hry, z našeho pohledu v závislosti na pozorování, nesouhlasíme. Výskyt pohybových stereotypií, kdy rodiče dodávají, že jsou na ústupu. Bez afektivních stavů díky psychiatrické medikaci. Řeč neverbálního charakteru, verbální expresivní složka je minimální. Porozumění jednoduchým pokynům v normě, ukazuje dle instrukcí na obrázky. V rámci vyšetření intelektových schopností dívka dosáhla průměrné úrovně v rámci své věkové kategorie. Motorické schopnosti jsou opožděny vzhledem k základní diagnóze, jemná motorika s mírnějším opožděním, ale taktéž problematická. Kresba na úrovni 3 let, chybí figurální kresba, dále nesprávný úchop psacího náčiní.

Ve zprávě z vyšetření jsme našli graficky zpracovaný vývojový profil dívky v rámci zkoumaných oblastí. Oblasti pro nás důležité a stěžejní jsme zpracovali do následujícího obdobného grafu (viz Graf 1). Jsou vyobrazeny oblasti: HM (hrubá motorika), JM (jemná motorika), SLO (slovní zásoba), EŘ (expresivní řeč), RŘ (receptivní řeč), SOC (sociálně-komunikační chování), HRA (herní aktivity se zapojením představivosti), AKT (úroveň spolupráce, pracovního chování a adaptivity), IM (imitace verbální a vokální) a NK (neverbální komunikace).



*Graf 1: Vývojový graf klientky B (ve věku 4 let a 1 měsíce)*

(Psychologická zpráva z NAUTIS, 6. 3. 2019)

V rámci použitých diagnostických metod při psychologickém vyšetření vidíme závěry: M-DACH s 15 % kladných odpovědí a negativním výsledkem, ADI-R s výsledkem jednoznačně svědčícím pro PAS, ADOS 2 (modul 1 – málo slov/žádná slova) s jednoznačnou mírnou až střední symptomatikou PAS, CARS II-ST na hranici pozitivivity. Závěrem zprávy shrnuto do „*mírné až středně těžké symptomatiky poruch autistického spektra, bez poruchy intelektu ve vizuálně logickém myšlení, verbální myšlení v pásmu deficitu, absence funkčního jazyka.*“ Silnou stránkou je vizuální typ učení a vizuálně logické schopnosti dosahující vyšší hranice normy. Verbální porozumění na úrovni 3 let, verbální exprese však nepřesahuje úroveň 13 měsíců. Rodině bylo doporučeno nadále pokračovat v rehabilitaci a logopedii. Dále podporovat AAK v podobě znaků a mluvit na dívku v klíčových slovech, pomalu a zřetelně. (Psychologická zpráva z NAUTIS, 6. 3. 2019).

V současné době matka poznamenává, že dívka prospívá v určitých obdobích, které se střídají s regresem, útlumem a celkově horším prospíváním. Horší období je většinou spojeno s nemocností, infekty, stavy úzkosti, které zvládá celá rodina špatně. Celkové neprospívání dívky v těchto obdobích, přestává jíst, špatně spí, vzteká se. Objeví se regres ve vývoji, dívka jen leží a houká. Poté se opět zlepšuje a nastává období charakteristické rozvojem a lepším prospíváním. Jako nejproblematičtější je rodinou vnímán motorický deficit, který se může kdykoliv zhoršit, dále opoždění ve vývoji řeči a komunikaci celkově. Od 2 let věku dívka používá znaky jako alternativní způsob komunikace, který zavedla klinická logopedka, ke které dochází již od útlého věku.

### **Rodinná a sociální anamnéza**

Dívka žije v úplné rodině spolu s dalšími třemi sourozenci. Matka v současné době na rodičovské dovolené, otec pracuje mimo domov v kanceláři. Rodina je dle našeho názoru velmi dobře sociálně i ekonomicky zabezpečená. Bydlí na okraji Prahy v rodinném domě se zahradou.

Všechna těhotenství probíhala v pořádku, dívka má dvě starší a jednu mladší sestru, všechny jsou zdravé. Nejstarší ve věku 11 let, druhá ve věku 8 let. Obě dochází do základní školy v místě bydliště. Třetím dítětem je dívka, kterou pozorujeme v rámci této práce (v současné době 5 let), poslední je nejmladší sestra ve věku 1,5 let.

Vztah se sourozenci matka definuje jako krásný, mají se rády a dokáží spolu trávit čas v rámci domácího prostředí. Starší sestry se společně s dívkou učí znaky a dokáží společně komunikovat, hodně se dívce přizpůsobují. S mladší sestrou dochází ke spontánní hře

a aktivitám, kde se dívka dokáže uvolnit a rozvíjí se mnohem rychleji než při cíleném učení. Matka dodává, že to byla velmi dobrá volba pořídit si ještě jedno dítě. Společně se dokáží zabavit, mazlí se a tulí se. Horší je adaptace v kolektivu mateřské školy, kam dívka dochází třikrát týdně. Do MŠ nechodí ráda, matce přijde, že se děti bojí a nemá je ráda. Čas v MŠ tráví spíše s asistentkou pedagoga, která se dívce věnuje (i když není napsána přímo k dívce – jedná se o sdíleného asistenta pedagoga).

### **8.4.3 Rozhovor s rodiči k jazykovému a komunikačnímu vývoji**

Rozhovor s matkou byl realizován v domácnosti klienta, v klidném prostředí obývacího pokoje, kde byla matka a dívka (mladší sestra spala na terase v kočárku, později se k nám přidala). K rozhovoru byla využita struktura se třinácti otázkami.

#### **Jaká je reakce na pokyn „ne“?**

Dívka nereaguje, je nutné ji fyzicky zabránit, pokud chceme, aby v činnosti přestala. Pokud jde o situaci ohrožení života, pozná z intonace hlasu, že je zle a zareaguje. Pokud nastane situace, která končí agresí, úzkostí či záchvatem, dívka má v pokoji „time out“ (hnízdečko, velký polštář), který matka využívá v těchto momentech. Dojde zde ke zklidnění a návratu k původní činnosti (již v klidu).

#### **Pozorujete, že produkuje sled slov podobající se větě?**

Verbální stránka komunikace není funkční, dívka má pouze pár slov, které moc nepoužívá. Od dvou let znakuje, což ji velice pomáhá v komunikaci s rodinou a dalšími lidmi. Ze slov jsme zaznamenali „hop“, „pití“, „máma“, „jo“ – vše ve velmi osobité podobě se zkreslenou a nepřesnou artikulací.

#### **Jak probíhá prohlížení obrázků nebo čtení knížky? Dokáže udržet pozornost na obrázcích?**

„Při čtení knížek je skvělá.“ Dochází k výborné spolupráci a sdílení, pokud jde o oblíbenou knížku, dokáže u ní vydržet po dlouhou dobu. Nyní jsou v oblíbeně dinosaurů a velké encyklopedie s jejich různými druhy a typy.

#### **Dokáže adekvátně odpovědět na otázky? „Kde je ...?“, „Jaká to je barva?“**

„Ano.“ Porozumění matka vnímá jako velmi dobré, dívka reaguje na pokyny skoro s okamžitou odezvou. Do odpovědí zapojuje i znaky, které má osvojené.



### **Jak reaguje na oslovení jménem?**

Ve většině případů se otočí a vyčkává následného dění.

### **Jakým způsobem probíhá její hra? Hraje si sama, zvládne si hrát s vámi?**

Pokud jde o hru, kterou je schopná pochopit, zvládne si hrát i se sestrami (jsou zvyklé na ni brát ohled). Velmi hezky si hraje s mladší sestrou. Do své hry zapojuje omezeně cito-slovce, je hodně zvědavá a ráda plní úkoly. Výtvarné tvoření je na denním pořádku, při tom dochází k rozvoji jemné motoriky.

### **Používá gesta a zvuky z vlastního repertoáru?**

Vzhledem ke komunikaci prostřednictvím znaků dochází k dennímu užívání znaků. Zvuky jsou omezené, vokalizace je nižšího rozsahu. Při hře nevyužívá hlas a zvuky k doplnění vlastní hry. Zvuky jsme mohli zaznamenat na konci pozorování, kdy došlo ke spontánní hře se sestrou a prohlížení knížky o dinosaurech.

### **Reaguje adekvátně na „ano-ne“ otázky? Rozumí „ano-ne“ otázkám?**

*„Ano, já si myslím, že rozumí a reaguje.“* Z pozorování taktéž bylo viditelné porozumění verbálním instrukcím dívky. Na pokyn *„vyndej si to z té tašky,“* reagovala zcela adekvátně bez viditelné míry latence v reakci.

### **Dokáže napodobit vaše gesta?**

Na základě této dovednosti probíhá učení novým znakům. V dřívější době byl problém s dotykem na dívčino tělo a učení znaků bylo ztížené. V současnosti to probíhá bez omezení, nechá si nastavit ruce tak, jak je potřeba a učení probíhá snadněji. Navíc jsme zaregistrovali přítomnost napodobivé hry, kdy dívka česala dinosaura, poté mladší sestru a nakonec sebe.

### **Zná osobní zájmena?**

*„Ne.“*

### **Rozlišuje (případně i používá) přídavná jména? Rozumí konceptu velikosti?**

Konceptu velikosti rozumí, v rámci znaku dokáže vyjádřit velikost velmi přesně. Přídavná jména aktivně nepoužívá, ale matka se domnívá, že jim rozumí. Umí znakovat základní barvy, které i rozlišuje.

### **Rozumí množnému číslu?**

Používá znak pro „hodně“, umí jej aktivně a adekvátně užívat. V rámci tvoření množného čísla a poté i jednotného si matka není jistá.

### **Rozumí minulým výpovědím?**

Minulý čas dívka nechápe, „*neřeší to*.“ Podle určitých klíčů má zafixovaný denní režim, kterým se řídí a respektuje ho.

### **Doplňující otázky**

Dále byla matka dotazována na doplňující otázky, které se týkali vzdělávacího systému, dosavadní logopedické péče a zajímavostí, které by výzkumný pracovník měl vědět.

Od září 2019 dívka dochází třikrát týdně (pondělí až středa) do mateřské školy logopedické, kam ji matka vozí. V MŠ je speciální třída pro děti s kombinovaným postižením s kapacitou 10 dětí. O tyto děti se starají 2 paní učitelky a asistent pedagoga (sdílený). O dřívější zařazení dívky do MŠ nemohlo být dle matky uvažováno, dívka je na plenách a před rokem byla ještě nepohyblivá, navíc má problémy s jídlem a pitím. Ve zbylé dny dochází s matkou na logopedii a na hiporehabilitaci. Vzhledem k motorickému postižení je nutný odpočinek, a tak po rehabilitacích již do MŠ nedochází.

Logopedická péče je zajištěna již od věku 1 roku a 7 měsíců. Matka si klinickou logopedii chválí, dochází na logopedii v rámci soukromého sektoru, to znamená, že si službu platí. V rámci logopedie je pracováno na motorice v oblasti mluvidel, dále na aktivní slovní zásobě za podpory znakování. Frekvence návštěv je jednou za týden, což je dle našeho názoru skvělé. Navíc paní logopedka prošla kurzem ABA terapie, která má na dívku pozitivní účinky.

Dívka negativně reaguje na chrápání a smrkání, těžce snáší rýmu u sourozenců nebo rodičů. Taktéž nemá ráda přerušení nebo nedokončení aktivity (např. u čtení pohádek). Jako motivaci vidíme užívání prvků se zvířaty, a hlavně s dinosaury.

## **8.4.4 Pozorování s využitím vytvořeného schématu**

Pro přímé a zúčastněné pozorování bylo využito schéma 15 oblastí, tyto oblasti vnímáme jako stěžejní, taktéž jsme se zaměřili na spontánní aktivity a chování klientky v domácím prostředí. To nám poskytlo nesmírně cenné informace.

Po mém příchodu a přivítání se s matkou dívka sedí na pohovce v obývacím pokoji. Ještě před tím se dívala z okna, když jsem s matkou přicházela od domovní branky. Registrované cizí osobu v domácnosti, je zabavena dětskou knížkou, se kterou se přesunula k dětskému pracovnímu stolku.

Dívka **zrakový kontakt** navazovala bez problému. Matka dodává, že mnohdy záleží na situaci, ale v současné době problém není, ten byl dříve, kdy dívka vůbec nechtěla reagovat na podněty z okolí.

Mimický projev a gestikulace se v projevu vyskytují. **Mimika** je oslabená z důvodu primárního oslabení svalového tonu. Dívka zvládá našpulit rty a foukat, pije z brčka (po náročné aktivitě, kdy je unavená to nezvládne a dostává savičku). Při hře měla otevřená ústa. **Gesta** užívá a v rámci znakování zapojuje horní končetiny.

**Aktivní zájem** projevovala dívka i o výzkumného pracovníka, což bylo velkým překvapením. V rámci MŠ nedochází ke společné aktivitě a zájmu o ostatní děti. Preferuje hru o samotě, dny v MŠ jsou pro dívku náročné (slova matky), kolektiv nezvládá, nějakým způsobem jí ostatní děti vadí. Doma si se sestrami hraje často a zájem o společnost projevuje. Se sestrami sdílí společný pokoj, kde i všichni spí.

Aktivně dokáže **používat tělo jiné osoby** k tomu, aby docílila své potřeby či touze po určitém předmětu. Mohli jsme vidět vytažení matky za ruku ze židle, dovedení k regálu a ukázání znaku pro hřeben.

**Sdílená pozornost** je aktivní, dívka dokáže společně prohlížet obrázky v knížce, ráda **ukazuje** na předměty a vyžaduje pozornost při ukazování dinosaurů. Nechce však sdílet verbálně, což matka vnímá velmi negativně. Je viditelné trápení, které matka prožívá v souvislosti s tímto prvkem. Potřebu sdílet vnímáme jako omezenou, nenabytou v plném rozsahu.

Probíhá **imaginativní hra**, hlavně s plyšovými dinosaury. Dívka je češe a hraje s nimi na rodinu. S plyšovými zvířátky za přítomnosti výzkumného pracovníka spolupracovat při hře na divadélko nechce.

**Sociální komunikace** prostřednictvím ukazování a znakování. Slova a zvuky používá spíše sporadicky při spontánní hře, v komunikaci nikoliv. Zájem o komunikaci je vidět při potřebách jako je jídlo a pití, dále při vyžadování předmětů, na které sama nedosáhne.

V dalších případech volí cestu „samoobsluhy“. **Echolalie** se nikdy nevyskytovaly. **Zájmena** dívka vzhledem k nízké verbální produkci slov neužívá.

V expresi je viditelné značné opožďení, matka zdůrazňuje malou vokalizaci i skoro chybějící období žvatlání. **Mluvní projev** není souvislý ani funkční. Dívka preferuje znaky. Produkce zvuků při spontánní aktivitě, která dívku baví, byla zaregistrována.

Za **neobvyklé a ohraničené zájmy** vnímáme oblibu dinosaurů a zvířat, která dívka vyžaduje. Tyto prvky se tak prolínají celým dnem a jejich prostřednictvím dochází i k učení.

Na denním pořádku jsou i **rituály a pohybové stereotypie**, i když matka tvrdí, že dříve byly mnohem častější. Dívka má své místo u stolu, v autě, oblíbenou značku v MŠ, nelze přepínat písničky v rádiu či televizní programy, dokud neskončí pohádka. Dříve byl problém vstoupit do dveří sokolovny před tím, než byla pohlazena všechna zvířátka na dveřích.

**Předměty** dle našeho názoru jsou užívány adekvátně, učení v určité míře probíhá v rámci činnosti a nápodoby. To funguje v rámci rodiny, v MŠ má z dětí strach a cítí se nesvá. Je schopna akceptovat zadané použití předmětů.

**Mimořádné schopnosti** nevidíme. Velice ráda si hraje s vodou a dinosaury, což považujeme spíše za zájmy ohraničené než mimořádné. Jako specifické z hlediska logopedie vnímám užívání znaků od batolecího věku.

V rámci rozhovoru jsme se ptali i na **sebeobslužné činnosti**, které dívka s ohledem na motorický deficit nezvládá. Zvládá si nazout boty, ale nezaváže si je. U jídla potřebuje pomoc, jinak jí rukama. V oblibě má hraní s jídlem i pitím (vodou). Neustále potřebuje asistenci druhé osoby v podobě rodičů či asistenta pedagoga. V mateřské škole je výhodou navštěvování třídy pro kombinovaná postižení, tato třída zůstává na zahradě, nechodí na procházky. Dívka toho totiž mnoho neujde, je rychle unavená, což se poté podepisuje na celkovém rozpoložení a dalším chování.

#### **8.4.5 Subtest Pragmatika komunikace (PRA)**

Subtest Pragmatika komunikace probíhal v rámci celé návštěvy, průběžně. Zapojena byla metoda pozorování a přímé interakce s klientem. V počáteční fázi se jednalo spíše o adaptaci dívky na cizí osobu v prostředí domova, dívka krásně reagovala na předložené pomůcky v tašce, byla zvědavá. Došli jsme až do fáze společné hry, u které jsme se všichni bavili.

Ve spontánní hře se vyskytuje převaha **hry s pomůckami**, jako jsou knížky, skládačky, puzzle, vkládačky a další psychomotorické hry pro rozvoj jemné motoriky. Dívka se ukazuje jako šikovná, praktická a zvědavá. **Hra** není doplněna zvuky dívky, to pouze v silných momentech. Můžeme konstatovat nadšení z nových pomůcek, které byly doneseny výzkumným pracovníkem pro tento subtest. Dívka vše prozkoumala a vyzkoušela různé varianty hry s pomůckami. **Komunikace** při hře je funkční, určitým způsobem je s matkou propojená, a tak dochází k pochopení. Nakonec se domluvila i s výzkumným pracovníkem. Komunikuje znaky, pokýváním a zapojuje svůj žargon, kde se vyskytují slova podobná slovům významovým. Sama hovor neinicuje, v rámci hry často ani nevokalizuje. Hra „na něco“ probíhá hlavně s dinosaury a mladší sestrou. Můžeme konstatovat, že se **symbolická hra** vyskytuje, stejně tak jako napodobování činností ostatních v domácnosti. Naučila se např. hrát se sestrami na schovávanou.

Na část společné hry jsme se těšili nejvíce, bylo nám dopřáno to potěšení a dočkali jsme se. „*Nové hračky, to miluje. Ráda vše zkoumá, jak to funguje a objevuje nové věci.*“ Matka byla nadšená, že dívka spolupracovala a zapojovala se dle pokynů výzkumného pracovníka. Při navozování společného kontaktu došlo ke **zrakovému kontaktu**, který byl přímý a dlouhý. K tomuto kontaktu došlo při každé otázce a reakci na ni. **Hra vedle** sebe probíhala bez obtíží, dívka nemá sklony k útěku při vstupech cizího podnětu do hry. Ani příklon k záchvatu agrese nebo vztekání nebyl zaregistrován. Hru vedle sebe tedy hodnotíme velmi pozitivně. **Společná hra** probíhala volně, bez nucení a vysoké míry motivace, dívku to neobtěžuje. Vnímáme to jako pozitivní prvek a stavební kámen dalšího postupu. Společná hra na „divadélko“ byla však dívkou odmítnuta, dívka přistoupila k ignoraci a samostatné hře. Poté byla opět vtažena novou pomůckou, manipulační želvou. Nebylo zaznamenáno **střídání rolí** ve hře, na otázky však opakovaně adekvátně reaguje – buď pokýváním, nebo znakem. Mohli jsme být svědky toho, že dívka užila zvuky k odpovědi připomínající reálná slova.

#### **8.4.6 Závěry případové studie B**

Závěrem shrneme podstatná data k jazykovému a komunikačnímu vývoji dívky. Celková doba návštěvy byla 2 hodiny čistého času, což je dle našeho názoru dostatečný prostor k vytvoření si závěru z rozhovoru a pozorování klienta B v přirozených podmínkách doma.

Jazykový a komunikační vývoj dívky hodnotíme jako opožděný hlavně z hlediska nízké verbální produkce. Avšak velmi pozitivně sledujeme funkční komunikaci prostřednictvím znaků. Není zcela evidentní, co konkrétně ovlivňuje základní jazykovou problematiku, zda je to primární postižení CNS s důsledky v motorické oblasti nebo symptomatika PAS, která je spíše doplněním celkového klinického obrazu dívky. Upozorňujeme, že diagnóza poruch autistického spektra je i matkou vnímána jako vedlejší. Komunikace je omezená na nejnütnější potřeby a touhy dívky. Žvatláni neprobíhalo v plném rozsahu, vokalizace je omezená i nyní, verbální a vokalizovaná produkce dívky je hodnocena na vývojové úrovni okolo roku věku. První slova byla zaznamenána až okolo 3 let věku dívky. V současné době je slovní zásoba nízká, na úrovni znaků vyšší, ale stále není na úrovni vrstevníků. Znaky jsou užívány izolovaně, nedochází ke skládání znaků do vět – toto pouze za pomoci matky a její nápody. Dle našeho názoru je velmi vysoce pravděpodobné, že je produkce řeči ovlivněná sníženým tonem v orální oblasti. Zaznamenali jsme produkci zvuků podobných slovům, která mohla být pouze špatně vyslovena. Při spontánní aktivitě, nadšení a silném emočním zážitku je schopná vokalizovat konstantně s úměrným sdílením radosti. Pozitivně hodnotíme hlavně vysokou míru porozumění verbálním instrukcím a také zapojování znaků do komunikace, což je pro dívku cenný benefit.

Psychosociální hledisko kombinovaného postižení dívky, která je předmětem této případové studie je zřejmé – z psychologické zprávy a rozhovoru s matkou vyplívá, že je dívka v uzavřeném sociálním prostředí domova spokojená. To se však nevztahuje na kolektiv dětí v MŠ, kam dívka chodí nerada. Nutné je si uvědomit psychiatrickou medikaci, kterou je dívka stabilizována a nedochází tak k sebepoškozování či agresivním záchvatům. Celkově lépe prospívá s medikací. Matka v souvislosti se sebepoškozováním upozornila na posunutý práh bolesti, kdy dívka nemá potřebu brečet, když upadne, nemá strach. Pokud se dostane do stavu úzkosti, je na okolí, zda to pozná, ale dívka brečet nezačne, spíše křičí a pokračuje to v záchvat (což se nyní již moc nestává).

Celkový dojem z návštěvy rodiny byl pozitivní. Snahy o rozvoj dívky ve všech směrech jsou patrné. Ekonomické i sociální zázemí je dle našeho názoru průměrné až nadprůměrné. S ohledem na využití všech možností terapií a péče, které Praha nabízí. Je evidentní snaha o zlepšení stavu a neustálý rozvoj směrem vpřed. Veškeré problematické oblasti je možno rozvíjet a rodina si to uvědomuje a dělá pro to maximum, v čemž ji podporujeme. Neustupovali bychom ani v případě zařazení dívky do vzdělávacího systému, který jistě rozvoji napomáhá. Kolektiv dětí je v rozvoji dívky důležitým prvkem.

Určitě doporučujeme pokračovat v návštěvách a terapiích v rámci ABA konceptu a využívání služeb klinické logopedie, ve které sledujeme dle rozhovoru s matkou pouze pozitivní přínos v terapii dívky. Vedle primární potřeby rehabilitovat motorický systém tak, aby nedocházelo k úbytku svalové hmoty, je nutné nastartovat vyšší míru komunikace a sociální reciprocity. Což je úkolem právě klinického logopeda, kterého má rodina zajištěného.

## **8.5 Případová studie C**

### **8.5.1 Zkoumaná osoba**

Zkoumaná osoba C je 5 let a 7 měsíců stará dívka žijící v České republice (Praha). V odborné péči lékařů je od jednoho roku věku pro komplikovaný zdravotní stav. K prvnímu setkání s dívkou došlo v diagnostickém centru NAUTIS (klidná pracovna) z důvodu komplikované rodinné situace. Při této návštěvě došlo k realizaci polostrukturovaného rozhovoru, pozorování a zúčastněného pozorování, taktéž k subtestu Pragmatika komunikace (PRA). Tato návštěva byla realizována dne 6. 3. 2020 v odpoledních hodinách v rozsahu 2 hodin. Byla zjišťována anamnestická data, současná jazyková a komunikační úroveň klientky a také jazykový a komunikační vývoj od narození po současný stav. Jedná se o dívku s diagnózou **F 84.5 – Aspergerův syndrom**.

Dívka reagovala pozitivním způsobem, ihned se zapojovala do komunikace a úkolů, které jsem měla připravené. První část návštěvy jsem pracovala pouze s dívkou (pozorování a subtest Pragmatiky komunikace). Druhou část dívka strávila v herně ve vedlejší místnosti a došlo k rozhovoru s matkou (ta si vyžádala, aby u rozhovoru dívka nemusela být).

### **8.5.2 Anamnéza**

Zdrojem základních informací při zpracování anamnestických údajů byla lékařská dokumentace a zpráva z SPC, která nám byla poskytnuta zákonným zástupcem dívky. Dále byl uskutečněn polostrukturovaný rozhovor s matkou dívky. Veškeré informace a údaje o klientovi C byly zpracovány a použity se souhlasem zákonného zástupce klienta C (zkoumané osoby).

#### **Osobní anamnéza**

Problémy nastaly již v období předporodní péče o matku, kde z důvodu jejího stavu bylo těhotenství celkově komplikované. Z důvodu úrazu elektrickým proudem v mládí nemohla

dlouhou dobu přijít do jiného stavu, gravidita tedy až ve věku 40 let. Dívka je „vymodlené dítě“, které je velmi opečovávané a ze strany matky vidíme zjevný strach. Dle našeho názoru se objevují přehnané ochranné sklony. Porod byl komplikovaný a dlouhý, dívka s plným AS (Apgar skóre) ve všech měřeních, datum narození: 1. 8. 2014.

V roce věku dívky proběhla hospitalizace na 17 dní z důvodu febrilních křečí<sup>73</sup>. Celkově byla dívka od té doby více pozorována lékaři. Matka upozorňuje na časté přehřívání se špatnou cirkulací tekutin v těle. Jako problematický hodnotí i spánek, jídlo a pití. Ani v současné době nemá dívka pocit hladu či žízně, sama se nenají ani nenapije. Je nutné ji upozorňovat a hlídat. Jídlo si syslí v levé tváři a zpracování sousta je dlouhé. Dle našeho názoru by mohlo jít o narušenou senzitivitu v dutině ústní. Po doptávání na příjem potravy jsme zjistili, že neprobíhala orální fáze, kdy by docházelo k prozkoumávání okolí za pomoci úst. Matka tvrdí, že do úst nikdy nic nechtěla. Dudlík nebyl používán, odmítala jej. Zlomovým obdobím byl věk 3 let, kde začala vkládat předměty do úst. Je tedy jednoznačné, že orální fáze probíhala odlišným způsobem a opožděně. Domníváme se, že bude do jisté míry narušena senzitivita u dívky, což poté vyplývá i z informací získaných od matky – precitlivělost na sluchové i čichové podněty, snížený práh bolesti. Dále časté infekty a nemocnost, které jsou dívkou hůře snášeny – dochází k vývojovému regresi, zapomíná osvojené dovednosti. Několik dní trvá stabilizace jejího stavu. Chování dívky v průběhu vyšetření bylo v normě, matka však odkazuje na časté afektivní záchvaty a nevyzpytatelnost chování dívky v určitých situacích.

Motorický vývoj dle matky proběhl v normě, dívka prošla všemi fázemi vývoje. Motorika hodnocena pozitivně, dívka dokáže lézt na prolézačkách, jezdí na koloběžce. Jako horší matka vnímá koordinaci a obratnost, upozorňuje na časté pády a nápadný běh. Dle matky se ani v jazykovém a komunikačním vývoji nevyskytovaly problémy či odlišnosti (na toto se zaměříme níže). V současné době matku nejvíce trápí zařazení dívky do vzdělávacího systému základního školství. Dále afektivní záchvaty, které matka nedokáže ovlivnit a těžko hledá příčinu chování dcery. Upozorňuje na nepředvídatelnost a nebezpečí, do kterého se dívka dostává – leze do výšek, utíká. V minulosti bylo zaznamenáno i agresivní chování vůči matce, a to hlavně v době, kdy se matka snaží dívce zabránit určitému chování.

---

<sup>73</sup> febrilní křeče – generalizované tonicko-klonické křeče trvající několik sekund až deset minut při prudce stoupající tělesné teplotě (Velký lékařský slovník, 1998)



Byly absolvovány několikrát vyšetření u odborníků, na které se matka obracela, nedostala však jasný a srozumitelný závěr s konkrétním řešením dané situace. Zdravotní stav dívky je chatrný, celkově má oslabenou imunitu. Na psychiatrii je sledována od 4 let věku pro možnou pervazivní vývojovou poruchu. Závěrem psychiatrické zprávy je: „*Mírně atypický vývoj v oblasti sociální reciprocity a interakce, dále odlišnosti v komunikaci. Symptomy odpovídají lehké formě Aspergerova syndromu.*“ Dále sledována na kardiologii, kde byl zjištěn šelest na srdci. Vyšetření zraku a sluchu proběhlo a bylo bez nálezu. Dále je v péči neurologa, SPC, psychiatra a klinického psychologa. Pro agresivní a afektivní stavy probíhá medikace Ritalinem (psychofarmakum), dále pouze doplňky stravy a homeopatie.

Problematika PAS byla řešena až s odstupem času, po vyřešení primárnějších zdravotních komplikací na straně dívky i matky. V létě roku 2019 došlo k diagnostice na pracovišti NAUTIS, kam se matka obrátila pro odborný posudek stavu dívky a následné rady či doporučení. Z psychologické zprávy realizované na pracovišti NAUTIS dne 15. 4. 2019 (anamnéza) a 6. 7. 2019 (diagnostika) jsme získali důležité informace. Dívka o svých emocích nemluví, je schopná efektivně odpovídat a spontánně vyjádřit náklonnost blízkým osobám. Sociální chování je hodnoceno pozitivně, ale pouze u blízkých osob. Sociální situace jsou pro ni hůře uchopitelné, nezvládá přiměřeně reagovat. Emocím druhých rozumí. Nemá zábrany v sociálním kontaktu s cizími osobami, je bezprostřední, otevřená a důvěřivá. Komunikace dívky je vyspělá, vyjadřuje se ve větách, má bohatou slovní zásobu. Mluví gramaticky správně s mírnou poruchou artikulace. Matka upozorňuje na nedostatečné sdílení zážitků, rozhovory jsou zaměřené pouze na oblasti zájmu dívky. Vyskytují se echolalie a ulpívání na tématech. Neverbální komunikace na podstatně nižší úrovni než verbální složka. Zrakový kontakt je nekonzistentní, s čímž souhlasíme na základě pozorování dívky. Ukazování je slabé až minimální, gesta spíše neužívá. Změny prostředí přijímá bez obtíží, problém činí přerušování činnosti a rituály – točení se okolo své osy a pohazování hlavou. Vědomosti a intelektové schopnosti jsou v pásmu nadprůměru, dívka je velice inteligentní a šikovná, má výbornou paměť a dle zprávy z PPP splňuje podmínky školní zralosti. V sebeobsluze potřebuje pomoc, nechce se sama oblékat ani samostatně jíst. (Psychologická zpráva z NAUTIS, 15. 4. 2019).

Dívka je v péči klinického logopeda od jara roku 2018 z důvodu nerovnoměrného vývoje řeči v oblasti foneticko-fonologické jazykové roviny a pragmatiky. Z logopedické zprávy k datu 8. 7. 2019 můžeme shrnout: diagnostika odhalila problematiku motoriky mluvidel a podezření pro poruchu z oblasti PAS. Terapie je zaměřená především na podporu

motoriky jazyka a orofaciální oblasti (byla užita orofaciální a myofunkční terapie), dále probíhá nácvik hlásek „l“ a sykavek tupé řady. Součástí terapie je i zpomalování tempa a práce s pragmatickou jazykovou rovinou. Fonematický sluch je v normě, gramatická stránka projevu taktéž. (Logopedická zpráva, 8. 7. 2019).

V současné době shledáváme inklinaci a závislost matky na dívce, vnímáme vysokou míru ochrany a potřebu dohlížení na dívku, což asi plyne z nepříjemných situací, které předcházely. Je možné, že tento výchovný styl je zapříčiněn věkem matky a celkovým rodinným a zdravotním stavem. Obavy o bezpečí dívky, nízký práh bolesti i pud sebezáchovy jsou důvody, které matku děsí. Do budoucna se matka obává, že nebude moci dívce zabránit v určitých aktivitách či situacích a zajistit tak její bezpečí.

### **Rodinná a sociální anamnéza**

Dívka vyrůstá pouze s matkou, od porodu je výhradně v její péči. Dle matky se otec o výchovu a vývojové obtíže dívky nezajímá, o jejím stavu není informován, ani neplatí příspěvky na péči. Dívka je jediným dítětem, matka další děti mít nemůže z důvodu zdravotních komplikací, věku a zdravotnímu stavu, který trvá již od období mládí. Rodina je tedy neúplná, navíc se matka dívky stará o svou matku, která trpí Alzheimerovou chorobou a je součástí společné domácnosti. Bydlí v panelovém domě v Praze.

Vzhledem k tomu, že dívka dochází do MŠ, kde pracuje i její matka, můžeme zde uvést data týkající se sociální adaptace v MŠ. Dle matky se dívka nezapojuje do kolektivu dětí, nemá blízké kamarády. Z důvodu obtíží v chování nenavštěvuje zájmové kroužky. Má děti ráda, ale neumí s nimi navazovat kontakt (vyžaduje pomoc dospělého). Většinu času v MŠ tráví hrou stranou od dětí, které pouze pozoruje. O dětech ze školky doma nemluví, nezná jejich jména, v MŠ je neoslovuje.

V závěru vyšetření z SPC zaznívá: „*Dívka je velmi šikovná s vysokou schopností učit se novým dovednostem. Dobrý kognitivní potenciál, ale silný deficit v sociálně-emoční oblasti a adaptabilitě.*“ Dívka se profiluje jako aktivní a energická, impulsivní s prvky hyperaktivity a poruchy pozornosti. Vnímáme netrpělivost a těžkosti s porozuměním a vytyčením hranic. Sociální stránka a emoce jsou narušeny, taktéž sociální komunikace a reciprocita. Bylo doporučeno dívku adekvátně zaměstnávat a rozvíjet sociální chování – vysvětlovat různé způsoby chování a jednání. Nenutit dívku do soutěživých činností, respektovat vlastní tempo práce a vytvářet možnosti pro vyniknutí dívky. (Zpráva z vyšetření v SPC, 16. 1. 2020).

### **8.5.3 Rozhovor s rodiči k jazykovému a komunikačnímu vývoji**

Rozhovor s matkou byl realizován v prostředí diagnostického centra NAUTIS, v klidném prostředí diagnostické místnosti. Rozhovoru se účastnila pouze matka, dívka byla ve vedlejší herně – matka o celkové anamnéze a životním příběhu nechtěla před dcerou mluvit. K rozhovoru byla využita struktura se třinácti otázkami.

#### **Jaká je reakce na pokyn „ne“?**

V závažné situaci, kdy matka zvýší hlas je dívka schopná zareagovat, ale matka působí dosti nejistě při odpovědi. Domníváme se, že do jisté míry nemůže reakce dívky předvídat a obává se o její bezpečí. Matka tvrdí, že konzistentní reakce na pokyn „ne“ u dívky není.

#### **Pozorujete, že produkuje sled slov podobající se větě?**

Dívka je plně verbální. Již před prvním rokem věku začala produkovat první slova. O převaze verbální složky v komunikaci není pochyb.

#### **Jak probíhá prohlížení obrázků nebo čtení knížky? Dokáže udržet pozornost na obrázcích?**

„Ano,“ zájem o knihy má dívka vysoký. Zajímají ji zejména encyklopedie a naučná literatura. Pozornost je schopná udržet pouze v případě, když jde o knihu, kterou si ona sama vybere a baví ji. Sdílení a vyprávění nad knížkou probíhá dle matky denně, dívka vyžaduje pozornost a společnou aktivitu.

#### **Dokáže adekvátně odpovědět na otázky? „Kde je ...?“, „Jaká to je barva?“**

Bez obtíží vždy odpovídá verbálním způsobem. Někdy je možné zaznamenat v odpovědi až příliš mnoho informací, které nemusí okolí dávat smysl. Dívka disponuje nadměrnou slovní zásobou a výrazy neodpovídající věku.

#### **Jak reaguje na oslovení jménem?**

Na oslovení reaguje vždy, skoro bez výjimky – nemůžeme ji však vyrušovat z momentální činnosti, kterou je zaměstnána. V situacích vzteku či záchvatu nereaguje na nic, matka je z těchto chvil velice vyčerpaná a obává se, že jednou situaci nezvládne.

### **Jakým způsobem probíhá její hra? Hraje si sama, zvládne si hrát s vámi?**

V domácím prostředí je dívka vázána na matku. „*Ona tu mou společnost vyložené hledá,*“ tvrdí matka. Dokonce poukazuje na to, že je pro ni velice obtížné se v odpoledních hodinách věnovat péči o svou matku či domácnost, dcera zabere většinu času, vyžaduje pozornost a společnou aktivitu. Nejčastěji vyrábí různé věci, čtou či prohlíží knížky. V oblíbené má dívka „lego“.

V mateřské škole je tomu jinak, zde je dívka spíše sama a na hru ostatních dětí se dívá z dálky. Neví, jak navázat s dětmi kontakt a jak se do společné hry zapojit. Není výjimkou, že vyhledá pomoc dospělé osoby.

### **Používá gesta a zvuky z vlastního repertoáru?**

Vzhledem k vysoké míře rozvinutí verbální složky v komunikaci nikdy nebyl důvod užívat gesta. Matka upozorňuje, že dívka skoro nikdy neukazovala, o vše si dokázala říci. Mimické projevy definujeme jako omezené, ale můžeme je zaznamenat. Zvukový projev dívky je výrazný a přehnaný. Mluvní projev je charakteristický verbalismem a vysokým, zpěvavým tónem hlasu.

### **Reaguje adekvátně na „ano-ne“ otázky? Rozumí „ano-ne“ otázkám?**

„*Ano, toto nevidím jako problém. Ona spíše neumí odhadnout vhodnost nebo přiměřenost toho svého projevu v tu chvíli.*“ Přiměřenost a adekvátnost projevu je jistě problematická, dívka dělá problém orientace v sociálním kontextu.

### **Dokáže napodobit vaše gesta?**

Funkčně gesta dívka vůbec neaplikuje, nemá potřebu je využívat. To se projeví na nevýrazné neverbální komunikaci, která je v porovnání s verbální složkou chudá. Na požádání, aby zopakovala konkrétní gesto je schopná úkon provést.

### **Zná osobní zájmena?**

Matka tvrdí, že dívka se zájmeny operuje bez obtíží, my jsme nemohli v rámci pozorování posoudit. V řečovém repertoáru se vyskytuje zájmeno „moje“, které je aplikováno často. V rámci percepce řeči zájmenům rozumí.

### **Rozlišuje (případně i používá) přídavná jména? Rozumí konceptu velikosti?**

„*Ano.*“ Naprosto běžně zařazuje i složitější přídavná jména do své promluvy. Koncept velikosti je vytvořený, dokáže bez obtíží popsat s využitím přídavných jmen celý obrázek.

### **Rozumí množnému číslu?**

„*Ano.*“

### **Rozumí minulým výpovědím?**

Celkově se v čase velmi dobře orientuje. Minulé výpovědi chápe, rozumí jim a dokáže s nimi i operovat v rámci svého mluvního projevu. Toto je ale celkové vyústění zájmu o čas a slova s ním spojená. „*Vyžadovala neustálé opakování a vysvětlování určitých slov,*“ mezi které patřila i slova označující čas.

### **Doplňující otázky**

Dále byla matka dotazována na doplňující otázky, které se týkali vzdělávacího systému, dosavadní logopedické péče a zajímavostí, které by výzkumný pracovník měl vědět.

Ve třech letech věku dívka začala chodit do mateřské školy hlavního vzdělávacího proudu. Volbou matky byla integrace a zařazení do MŠ, kde sama pracuje. Na základě potřebné legislativní dokumentace v tomto období vyhledala SPC a dívka byla podrobena vyšetření. Na základě vyšetření byla stanovena podpůrná opatření v podobě asistenta pedagoga a souhlas s integrací dívky do běžné mateřské školy. V kolektivu, jak bylo zmíněno výše, není dívka spokojená a nezačleňuje se.

Od roku 2018 (od 4 let věku) dívka navštěvuje klinickou logopedii, kam dochází jednou za měsíc. Dle matky a logopedické zprávy je zřejmé, že se zabývají spíše artikulačními problémy dívky. Dle našeho názoru je vhodné pracovat na sociálně-komunikační úrovni. Již půl roku k setkání s logopedem nedošlo z důvodu pobytu matky v lázních a časté nemocnosti dívky. Péče logopeda byla doporučena psychologem.

Vysokou motivací je pro dívku mobilní telefon a tablet, ale ráda prozkoumává nové věci, je zvědavá. Celkový vědecký záběr je volbou číslo jedna. V momentální situaci ji zaujímá lidské tělo a vše s ním spojené.

#### 8.5.4 Pozorování s využitím vytvořeného schématu

Pro přímé a zúčastněné pozorování bylo využito schéma 15 oblastí, tyto oblasti vnímáme jako stěžejní, taktéž jsme se zaměřili na spontánní aktivity a chování klientky.

Po velmi vřelém přivítání se mnou dívka aktivně navazuje kontakt a dotazuje se, co budeme dělat. Je vidět, že se na návštěvu těšila. Ihned se mnou začala spolupracovat a ochotně převzala tašku s pomůckami, které důkladně prozkoumala. **Předměty** v tašce užívala naprosto adekvátně.

**Zrakový kontakt** je přímý, ale není stabilní. Při rozhovoru jej udržuje pouze v iniciaci, nebo při oslovení. Stabilně jej nevyhledává, definujeme jej jako nekonzistentní.

Celková převaha verbálního projevu je méně doplňována projevem neverbálním, **gesta** dívka užívá v malé míře. **Mimický projev** jsme zaznamenali, avšak je buď velmi nepatrný nebo naopak nadměrný a přehnaný vzhledem k situaci. Adekvátní užití neverbální složky je chápáno jako složité a méně využívané.

**O ostatní děti nejeví zájem**, dokáže si s nimi hrát, ale pouze omezeně a specificky. Je nutné, aby ona byla v aktivní a direktivní roli – tak zajistí, že hra probíhá dle jejích pravidel. Aktivní zájem o **společnou aktivitu** je viditelný, projevuje radost z věnované pozornosti přímo jí. S dospělými není problém navázat kontakt, o hru, pozornost či činnost si aktivně říká. **Sdílená pozornost** není problémem, naopak vyhledává aktivity pro dva. Je ráda, když jí je věnována pozornost. S chutí sleduje obrázkovou knížku, kde výzkumný pracovník otáčí listy a komentuje obrázky.

**Ukazování nebo používání těla jiné osoby** nikdy nebylo potřebné. Brzký přechod na verbální komunikaci zabezpečil primární využívání tohoto módu, který je dostatečný. Z našeho pohledu je nutné na neverbální komunikaci a ukazování aktivně pracovat od útlého věku, právě tím rozvíjíme počátky sdílené pozornosti, která je u mnoha dětí s PAS narušena.

Dříve byla **imaginativní hra spolu s imitací** a napodobováním problematická (matka dodává, že hra „na něco“ neprobíhala). V současné době již mnohem lepší, i když je zřejmé, že není v takovém množství jako u vrstevníků. Hru „na divadélko“ s maňásky akceptovala, zůstali jsme však na základní dějové linii a scéna byla zcela v dívčíné režii.

**Komunikaci v rámci sociálního kontextu vnímáme** jako funkční, avšak bez aplikace pravidel běžného komunikačního kontextu. Dívka se hůře přizpůsobuje druhé osobě.

V komunikaci je převaha její aktivní a direktivní role, často nepustí dalšího mluvčího ke slovu, skáče do řeči. Mluvním projevem si zajišťuje pozornost, kterou vyžaduje. Je schopná počítat až do 100 z důvodu upoutání pozornosti. **Echolalie** se nevyskytují a v minulosti se nevyskytovali. Taktéž **zájmena** jsou užívána správným způsobem, dle gramatických pravidel.

**Mluvní projev** je zvláštní a v sociálním kontextu pozbývá efektivitu a pravidel správného komunikačního chování. Hlas je vysoký a zpěvný. Celkový dojem z projevu dívky je z našeho pohledu rozpačitý. Jedná se o projev překotný a rychlý, poté se vyskytují chyby v artikulaci a nedostatek dechu.

V současné době dívka tvrdí, že má ráda učebnice a encyklopedie s obrázky lidského těla. Encyklopedické a vědecké **zájmy** jsou tedy číslem jedna v oblíbených aktivitách. Dále má ráda lego a plyšáky, se kterými jsme hráli divadélko.

Na **neměnnosti prostředí** dívka netrvá, nechává výzkumného pracovníka vstupovat do její hry. Hospitalizaci však snášela špatně. Matka dodává, že se najdou situace, kdy je nutné dívku nechat dokončit momentální aktivitu a poté je schopná pokračovat v jiné činnosti.

Ve věku 5 let a 7 měsíců dokáže dívka počítat vysoko nad hranici 100, dále rozpoznává písmena velké tiskací abecedy, je zvědavá, umí se podepsat. Vyhledává tematiku lidského těla, záchranářů a vědců.

**Sebeobslužné činnosti** jsme nebyli schopni vyhodnotit. Dívka se při odchodu sama oblékla, avšak docházelo k verbálnímu usměrňování a pomoci ze strany matka. Zdůraznit chceme nedostatečnou potřebu k jídlu a pití, na což musí být dívka neustále upozorňována ze strany druhé dospělé osoby.

### **8.5.5 Subtest Pragmatika komunikace (PRA)**

Subtest Pragmatika komunikace probíhal v rámci prvních 30 minut návštěvy, kdy výzkumný pracovník mohl být s klientkou sám a aktivně provést tento subtest. Zapojena byla metoda pozorování a přímé interakce s klientem.

V samostatné hře, kdy má za normálních okolností výzkumník možnost přímého pozorování jsme mnoho věcí nezhodnotili. Dívka vyžadovala plnou pozornost a aktivní zapojení výzkumného pracovníka do její aktivity. **Hra dívky o samotě** tedy netrvala dlouho. Hned došlo k prozkoumání všech **pomůcek**, které detailně popisovala, vše verbalizuje. Zůstala

u pomůcek, které byly něčím neobvyklé a zvláštní. Např. u točící se káči, malých maňásků nebo zvukové knížky. **Komunikace** i v této fázi byla na vysoké úrovni. Slovní zásoba neodpovídá věku, převyšuje. Sled slov je stále produkován do okolí (nazýváme logorheou), čímž upoutává pozornost. Spontánní projev jsme mohli hodnotit na základě popisu obrázku, který je na výborné úrovni. Dívka užívá věty k popisu jednotlivých segmentů vyskytujících se na obrázku. Ke hře volí hračky a užívá je jako zástupné předměty, hra divadélka probíhá dle dívčích pravidel. Vnímáme užité **symboliky** a **imaginativní prvky** se taktéž vyskytují. Vstupy výzkumné osoby jsou vítány pozitivně. Dívka nakreslila obrázek, který specifikovala jako želvu. Jednalo se o barevný ovál znázorňující nejspíše krunýř. Kresba probíhala pravou rukou.

Společná hra probíhá zcela spontánně, dívka ji záměrně vyhledává. **Kontakt** byl navázán bez problémů, ihned a samostatně. **Zrakový kontakt** hodnotíme jako nekonzistentní. Dívka má chuť do interakce, **hra vedle sebe** plynule přechází v aktivní součinnost. **Střídání rolí** je atypické, dívka není schopna respektovat prostor druhé osoby, neustále skáče do řeči. Není možné vniknout do direktivní role na straně výzkumníka – je stále nutné se přizpůsobovat, což je značně vyčerpávající. Omezená **sociální reciprocita** s problémem vcítění se a pochopení sociální situace. Akce a reakce probíhá, pokud druhá osoba dostane prostor pro akci, který je nutné si vybudovat. V určitých momentech pozorujeme neadekvátní sociální posouzení a návaznou reakci.

## 8.5.6 Závěry případové studie C

Závěrem shrneme podstatná data k jazykovému a komunikačnímu vývoji dívky. Celková doba první části diagnostiky činila 2 hodiny čistého času, což je dle našeho názoru dostatečný prostor k vytvoření si závěru z rozhovoru a pozorování klienta C, který bohužel nemohl probíhat v přirozených podmínkách domova, ale v diagnostickém centru NAUTIS.

Jazykový a komunikační vývoj dívky hodnotíme pozitivně hlavně v oblasti slovní zásoby a gramatiky. Agramatismy se v projevu dívky nevyskytují, mluví gramaticky správně. Slovní zásoba je nadměrná s výskytem odborných slov, na svůj věk je mluvní projev až nápadný slovními obraty vyskytujícími se spíše u dospělých než dětí tohoto věku. V projevu jsou patrné značné artikulační odchylky od normy, což vnímáme jako vedlejší a v případě dívky i lehce napravitelné. Nejtěžší narušení je v oblasti pragmatiky komunikace, kde dochází k nejednoznačnému a ulpívavému mluvnímu projevu, který není přiměřený



a adekvátní. Z hlediska sociální situace se jedná o nevyžádané projevy, které by měla dívka umět rozpoznat a přizpůsobit se dané situaci.

Matka považuje problematiku jazyka a řeči za vedlejší, dle našeho názoru zde není úplně uvědomění sociální nepřiměřenosti projevu a nevědomá podpora v daném chování ze strany matky. Z pohledu logopeda doporučujeme pokračovat v logopedické intervenci, kterou bychom více směřovali právě na usměrňování toku řečové produkce a edukace v sociální oblasti komunikace, dále úprava tempa a zmíněných artikulačních poruch. Je vhodné využít intelektový potenciál dívky, který vnímáme jako pozitivum, mnohé komunikační strategie je schopná si osvojit a aktivně používat, následně z nich profitovat. Upozorňujeme na nutnost převodu těchto nově naučených dovedností do běžného života. Jako pozitivum vnímáme dívčinu chuť do nových aktivit a učení, je zvědavá a chápavá. V sebeobsluze je dle popisu potřebná dopomoc, problém spatřujeme s příjmem potravy a možné orální senzitivě, která nebyla v minulosti nikdy řešena (ze strany matky ani ze strany odborníků). Domníváme se, že by bylo vhodné se s touto problematikou obrátit na odborníky, kterými jsou kliničtí logopedi.

Psychosociální pohled na postižení je určitě předmětem vyššího zájmu odborníků i matky. Vzhledem ke zmiňovaným záchvatům a zvrátům v chování je dívka vnímána jako nevyzpytatelná a labilní. Situace, které hodnotí matka jako nebezpečné, je nutné ošetřit a zabezpečit. V tomto ohledu navrhujeme nadále pokračovat v navštěvování klinického psychologa a taktéž využití možnosti sociálních nácviků v rámci rané péče či jiné sociální služby, kterých je v Praze dostatek. Taktéž považujeme za vhodné se více zaměřit na rozvoj dívky v kolektivu, do kterého by se měla začlenit a adaptovat se. Bez sociální zralosti nemůžeme poté dospět k závěru školní připravenosti dívky.

Ekonomický pohled na rodinu je zkreslen, vzhledem k tomu, že jsme nemohli navštívit přirozené prostředí domova dívky, kde vyrůstá. Dále k popisované těžké rodinné situaci se domníváme, že ekonomická situace matky nebude jednoduchá.

Celkový dojem z proběhlé diagnostické návštěvy je smíšeného charakteru. Matka je v péči o dívku přehnaně ochranná. Na druhou stranu hodnotíme dívku jako samostatnou, nevyžadující plnou péči matky. Matce byly doporučeny možné instituce, na které má právo se obracet pro poskytnutí služby týkající se hlavně rozvoje sociálně-komunikačních dovedností dívky, které vnímáme jako neproblematičtější. Doufáme, že služeb bude matkou využito ve prospěch dívky.

## 8.6 Případová studie D

### 8.6.1 Zkoumaná osoba

Zkoumaná osoba D je šestiletý chlapec žijící v České republice (Olomoucký kraj). V odborné péči lékařů z oboru psychologie, logopedie a neurologie je od roku 2016, od 2 let věku. K prvnímu setkání s chlapcem došlo v prostorách JAN z.s. (raná péče), za přítomnosti matky. Při této návštěvě došlo k realizaci polostrukturovaného rozhovoru, pozorování a zúčastněného pozorování, taktéž k subtestu Pragmatika komunikace (PRA). Tato návštěva byla realizována dne 10. 3. 2020 v dopoledních hodinách v rozsahu 2 hodin. Byla zjišťována anamnestická data, současná jazyková a komunikační úroveň klienta a také jazykový vývoj od narození po současný stav. Jedná se o chlapce s diagnózou **F 84.5 – Aspergerův syndrom**.

### 8.6.2 Anamnéza

Zdrojem základních informací při zpracování anamnestických údajů byla lékařská dokumentace, která nám byla poskytnuta zákonnými zástupci chlapce. Dále byl uskutečněn polostrukturovaný rozhovor s matkou chlapce. Veškeré informace a údaje o klientovi D byly zpracovány a použity se souhlasem zákonného zástupce klienta D (zkoumané osoby).

#### Osobní anamnéza

Vývoj chlapce byl složitý již v době těhotenství matky, první gravidita dle matky probíhala v období stresu a zhoršené životní situace. Během těhotenství matka zažila traumata (autonehoda, stěhování, pokousání psem), u kterých, jak říká, málem přišla o život. Porod byl dlouhý, vyvolávaný a komplikovaný, ale v termínu. Chlapec se narodil zcela zdravý s Apgar skóre 10 ve všech měřeních s fyziologickými reakcemi. Po porodu se zdálo vše v pořádku, datum narození klienta: 25. 3. 2014, s porodní váhou 3.140 gramů.

Chlapec byl však jako miminko velmi neklidný a plačtivý. Vyžadoval vysokou mírou pozornosti ze strany rodičů. Jeho odlišné reakce začaly být pozorovány v době narození mladšího bratra (roku 2016), kdy došlo k regresu v chování a zesílené fixaci na matku (vyšší potřeba kojení, chlapec kojen do 2,5 let).

Motorický vývoj proběhl dle matky velmi zrychleně s chybějící fází lezení, docházelo ihned ke stoupání. Chůze se objevila již na 8. měsíci věku chlapce. V současné době je

chlapec velmi motoricky zdatný, jezdí na kole i koloběžce, umí házet míčem a v oblíbě má prolézačky.

V řeči matka zdůrazňuje absenci žvatlání a broukání, kolem roku věku začal být více vokálně aktivní – objevilo se žvatlání a první slova. V počátcích zaznamenány pouze 3 slova, které používal adekvátně. Poté vazba na dvojslovné věty a spojování slov. S nástupem do mateřské školy se jeho verbální projev zlepšil a rostla slovní zásoba. Matka dodává, že tento rozvoj chlapce pozitivním směrem přišel po medikaci ze strany neurologa, který předepsal léky na dozrávání CNS. Matka se domnívá, že to byl krok správným směrem, od té doby pozorovala výrazný rozvoj chlapce ve všech oblastech. Princip pravidel komunikace chlapec pochopil okolo 4. roku věku, kdy začal aktivně působit svým projevem na své okolí. Do té doby nechápal praktické využití komunikace a řeči.

Péče logopeda a psychologa byla doporučena speciálním pedagogem, který vnímal odlišnosti ve vývoji stejně jako matka. Byla zaregistrována četnost autistických rysů a matka se tedy obrátila na odborníky. Z logopedicko-psychologické zprávy k datu 30. 1. 2017 uvedeme informace ze závěrů vyšetření. Byl proveden rozhovor a pozorování, dále diagnostický test CARS2-QPC, SSP<sup>74</sup>, Stanford-Binetův test, EHP<sup>75</sup>. Chlapec v době vyšetření ve věku necelých 3 let, preferuje úkoly s názorem a do hry je možné zasahovat, ale pouze částečně. Abstraktně vizuální myšlení se pohybuje kolem 36 měsíců věku (3 let). Objevují se počátky situační imitace a sebereflexní emoce. V řeči je napodobivé žvatlání, vlastní žargon – jsou užívána jednoduchá slova a citoslovce. Řeč je telegrafická, v kontaktu se vyskytuje ukazování, ale nižší frekvence gest. Receptivní řeč se pohybuje ve věku 24.-30. měsíce věku. Upozorněno bylo na lehkou hypomimii<sup>76</sup> v orofaciální oblasti. „*Jedná se tedy o chlapce s psychomotorickými zvláštnostmi ve vývoji. V chování shledáváme zesílenou vzdorovitost a reaktivitu. Psychomotorický vývoj je nerovnoměrně rozložený a pohybuje se od 18. měsíce po 42. měsíc věku.*“ Bylo doporučeno nadále chlapce sledovat a zaměřit se na diferenciální diagnostiku PAS, která se více profiluje až v předškolním věku. Dále doporučujeme sledování na neurologii a pokračování v terapii sociálních dovedností. (Logopedicko-psychologická zpráva, 30. 1. 2017).

Neurologické sledování probíhá v pravidelných intervalech, poskytnutá poslední zpráva z listopadu roku 2019 nám podává informace o odstupujícím nerovnoměrném

---

<sup>74</sup> SSP – Short Sensory Profile (W. Dunn, 1999)

<sup>75</sup> EHP – edukačně hodnotící profil (Čadilová, Žampachová, 2015)

<sup>76</sup> hypomimie – snížena mimika (Velký lékařský slovník, 1998)

psychomotorickém vývoji. Chlapec z medikace profituje. Motoricky se pohybuje v široké věkové normě, opožděný vývoj řeči odeznívá v expresivní složce. Porucha senzorické integrace přetrvává spolu s atypii v chování v rámci symptomatologie PAS a ADHD. V jemné motorice viděna dyskoordinace. Porucha spánku a odeznělá psychogenní zácpa. Nyní psychomotorický vývoj odpovídající věku, vadné držení těla, pedes plani<sup>77</sup>, horní patro vyšší, makrocefalie<sup>78</sup>. (Neurologická zpráva, 7. 11. 2019). Dále pravidelné návštěvy psychiatrie, z poslední zprávy čteme závěrem pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná, suspektně inklinace k Aspergerovu syndromu (potvrzeno v NAUTIS). Dále hyperkinetická porucha charakteru poruchy hyperaktivity a pozornosti (F 90.0). Psychiatrem doporučeny terapeutické možnosti, dle aktuálního stavu nebyla potřebná medikace. (Psychiatrická zpráva, 20. 1. 2020).

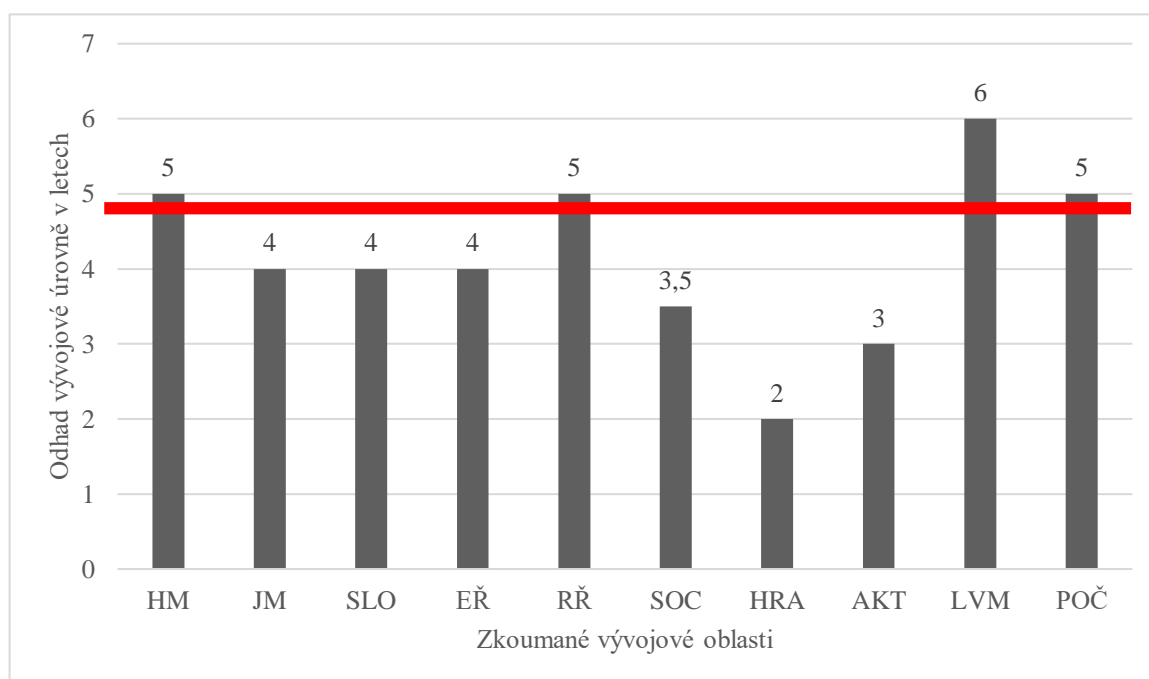
Rodina prodělala komplexní vyšetření na pracovišti NAUTIS, které bylo doporučeno ze strany psychologa pro hraniční diagnózu. Diagnostika probíhala ve dnech 19. 11. 2018 a 18. 2. 2019, tedy ve věku necelých 5 let chlapce. Vyšetření chlapec zvládl sám, bez přítomnosti rodičů v diagnostické místnosti, spolupracoval bez obtíží a afektů. Byla zpozorována radostná nálada a verbální komunikace. V jádrových oblastech byla zpozorována vyhýbavost k sociálním tématům, selhání při popisu emocí, nadměrné řízení se pravidly a omezené sociální chování. V rámci vyprávění je chlapec omezen pouze na sdělování faktických informací. Nápodoba probíhá pouze při zvýšeném zájmu, zájem o hračky není zcela pružný – zaujme se pouze některými. Hru vedenou druhým přijímá, je vidět častý sociální úsměv a sdílená pozornost, vyskytuje se i ukazování. Sociální odměna je motivací. Chlapec má mírně vyhraněné zájmy, v kresbě ulpívá, stejně tak jako při činnostech – má tendence aktivitu dokončit. Při nelibosti si zakrývá uši, je vnímána přecitlivělost ve sluchovém a zrakovém vnímání. Zaznamenána byla i ignorace bolestivých podnětů. Chlapec je hyperaktivní a impulsivní, pracovní pozornost je v malém rozsahu, pozorována je i vyšší míra unavitelnosti. Řeč je v oblasti foneticko-fonologické roviny v pořádku, vyslovovány jsou všechny hlásky. Projev je překotný a poté vnímáme setřelou artikulaci, což má vliv na porozumění jeho projevu. Jsou užívána souvětí. Občasné sémantické záměny, slovní zásoba nadměrně rozvinutá, ale konverzace je nepružná. Narativní schopnosti jsou oslabené. Porozumění je velmi dobré. V rámci kresby byla zaznamenána figurální kresba na úrovni 4-5 let věku, napodobí grafomotorické segmenty.

---

<sup>77</sup> pedes plani – ploché nohy (Slovník cizích slov, 2004)

<sup>78</sup> makrocefalie – zvětšení hlavy (Slovník cizích slov, 2004)

Ve zprávě z vyšetření jsme našli graficky zpracovaný vývojový profil chlapce v rámci zkoumaných oblastí. Oblasti pro nás důležité a stěžejní jsme zpracovali do následujícího obdoby grafu (viz Graf 2). Jsou vyobrazeny oblasti: HM (hrubá motorika), JM (jemná motorika), SLO (slovní zásoba), EŘ (expresivní řeč), RŘ (receptivní řeč), SOC (sociálně-komunikační chování), HRA (herní aktivity se zapojením představivosti), AKT (úroveň spolupráce, pracovního chování a adaptivity), LVM (Logické vizuální myšlení) a POČ (početní dovednosti).



*Graf 2: Vývojový profil klienta D (ve věku 4 let a 11 měsíců)*  
(Psychologická zpráva z NAUTIS, 18. 2. 2019)

V rámci použitých diagnostických metod při psychologickém vyšetření vidíme závěry: M-DACH s 41 % kladných odpovědí, kdy výsledek leží v oblasti pozitivity, tedy existuje reálné riziko PAS, ADI-R svědčí spíše pro PAS, ADOS 2, Modul 3 – plynná řeč taktéž svědčí pro PAS, CARS II-ST skórováno 35 body s hranicí pozitivity 28 bodů – výsledky jsou pro střední symptomatiku PAS. Závěrem zprávy shrnuto: „Lze konstatovat, že zjištěné deficity v oblasti sociálně-emočního a komunikačního chování i adaptability jednoznačně svědčí pro symptomatiku PAS, vývoj je mírně nerovnoměrný, v určitých oblastech opožděný, bez poruchy intelektu. Jako přidružené obtíže vnímána symptomatika poruch aktivity a pozornosti, dále emoční nestabilita a z ní plynoucí poruchy chování.“ Bylo doporučeno trénovat správný úchop psacího náčiní, nácvik sociálně-emočního porozumění a

komunikace. Důležitým prvkem je docházka do mateřské školy, kde je v rámci kolektivu učen mnoha dovednostem. Jedná se o chlapce se speciálními vzdělávacími potřebami, který vyžaduje nadstandardní rodičovskou i speciálněpedagogickou péči. (Psychologická zpráva z NAUTIS, 18. 2. 2019).

V aktuální době je chlapec doma s matkou, vzhledem k epidemiologické situaci. Matkou jsou pozorovány záchvaty vzteku a silné reakce (křik, dupání). Dvakrát týdně chlapec s matkou dochází na její pracoviště (JAN z.s.), kde probíhají skupinové sociální nácviky. Obtíže se spánkem jsou nyní v lepším stádiu, ale spontánně chlapec sám neusne.

### **Rodinná a sociální anamnéza**

Chlapec žije v úplné rodině spolu s matkou, otcem a mladším bratrem (narozen roku 2016). Matka pracuje v JAN z.s. jako poradce rané péče, kde často oba chlapce zapojuje do sociálních programů. Rodina má dle našeho názoru střední sociální status, ekonomicky je zabezpečena. Bydlí v Olomouckém kraji, v Přerově.

Jak již bylo zmíněno, první těhotenství probíhalo rizikově, matka byla zatížena stresem a dalšími okolnostmi, což se mohlo podepsat na vývoji plodu – chlapec z prvního těhotenství. Druhé těhotenství již bez komplikací, mladší syn (nyní 4 roky) má dle matky pozitivní vliv na staršího sourozence. Chlapci společně začali mluvit, do tří let věku byla verbální aktivita staršího chlapce hodně omezená, slova se začala tvořit více spolu se slovy mladšího bratra. Taktéž spolu dochází do MŠ. Vztah obou chlapců matka definuje jako „*pěkný, bratrský – ale občas se pošťuchují a perou.*“ Matka je velmi vděčná za možnost mít druhé dítě, které tak pozitivně ovlivnilo chod celé rodiny.

Při četných vyšetřeních nikdy v minulosti nenastal problém, hůře je snášena hospitalizace, jinak nemá s lékaři a návštěvami nemocnic chlapec problém. Vždy je aktivní a spolupracuje. V rámci pobytu v mateřské škole se chlapec snaží zapojovat mezi ostatní děti do kolektivu. Je viditelná snaha a motivace, potřebuje podporu. Navazování kontaktu je pro něj obtížné, neví jak na to. V rámci řešení povinné školní docházky se rodiče přiklání k možnosti integrace bez odkladu povinné školní docházky, s čímž se ztotožňujeme a matku jsme v tomto názoru podpořili.

### **8.6.3 Rozhovor s rodiči k jazykovému a komunikačnímu vývoji**

Rozhovor s matkou byl realizován v prostorách JANu, v klidné herně. Jednalo se o prostředí, které klient znal, protože sem chodí s matkou (je to její pracoviště). Neustále

docházelo k vyrušování rozhovoru ze strany chlapce, který se dožadoval pozornosti a společné aktivity.

### **Jaká je reakce na pokyn „ne“?**

Pokyn „ne“ se v jeho blízkosti nesmí vyslovovat, jeho reakce je velmi negativní a vzdorovitá. Vzniká afekt a opoziční vzdor. Pokud jej matka chce zastavit např. při přecházení silnice, uvádí funkční užití pokynu „stůj“, na který chlapec reaguje.

### **Pozorujete, že produkuje sled slov podobající se větě?**

Nadměrná verbalita byla zaznamenána již od počátku setkání. Výzkumný pracovník spolu s matkou měli „plné ruce práce“ nad zaměstnáním chlapce, aby byl prostor pro rozhovor. Oproti tomu je neverbální komunikace užívána v menší míře, gesta užívá, ale nevnímáme takovou frekvenci.

### **Jak probíhá prohlížení obrázků nebo čtení knížky? Dokáže udržet pozornost na obrázcích?**

Knihy má chlapec rád. „*My si společně s bráchou čteme každý večer, listujeme a prohlížíme obrázky. Je to takový večerní rituál.*“ Matka dále podotýká, že dokáže porozumět i složitějšímu textu – „*čte mezi řádky – chápe souvislosti.*“

### **Dokáže adekvátně odpovědět na otázky? „Kde je ...?“, „Jaká to je barva?“**

Porozumění je na vysoké úrovni, otázky většinou chápe a adekvátně odpovídá. Má naučené, že na tázací větu se odpovědět musí.

### **Jak reaguje na oslovení jeho jménem?**

„*Bez problému.*“

### **Jakým způsobem probíhá jeho hra? Hraje si sám, zvládne si hrát s vámi?**

Doma více času tráví společně s bratrem, mladší musí více hru iniciovat, aby došlo ke společné akci. V MŠ je pasivnější, ale kolektivem přijímaný. Pokud je v aktivní direktivní roli, je vše v pořádku. V odpoledních hodinách vyžaduje doma hru s dospělým, neumí se zabavit sám. Několikrát za setkání vznesl: „*To je nuda, co mám dělat?*“ Bylo opravdu složité jej zaměstnat. Mezi oblíbené hračky patří stavebnice, dřevěné koleje a další. Je schopný stavět s plánkem, ale i bez něj, dle své fantazie.

### **Používá gesta a zvuky z vlastního repertoáru?**

Zvuky užívá nadměrně, hlavně při hře s mladším bratrem. Gesta jsou omezená, ale napodobit je dokáže. Pantomimická hra asi nikdy v minulosti neproběhla, matka si není jistá, zda by tuto činnost chlapec zvládl. V řečovém vývoji hra s vlastním hlasem neproběhla, vokalizace a napodobivé žvatlání probíhalo až po prvním roce věku a v omezené míře.

### **Reaguje adekvátně na „ano-ne“ otázky? Rozumí „ano-ne“ otázkám?**

Otázkám rozumí, tím si je matka jistá. Dodává, že chlapec je hodně nerozhodný a neví, co by měl odpovědět. Dlouho váhá a vyčkává na podporu z okolí.

### **Dokáže napodobit vaše gesta?**

„*Ano.*“

### **Zná osobní zájmena?**

Osobní zájmena rozlišuje až moc dobře, vzhledem k neustálým dohadům ohledně hraček se svým bratrem. Častěji aplikuje zájmeno „moje“ k přivlastnění si předmětů.

### **Rozlišuje (případně i používá) přídavná jména? Rozumí konceptu velikosti?**

Přídavných jmen je ve slovní zásobě chlapce dostatečné množství vzhledem k věku. Užívá i slova, která jsou jeho věku nepřiměřená („dospělácká“). Je schopen je adekvátně aplikovat. Množství přídavných jmen dokládá funkční popis obrázku, kde je hojně používal.

### **Rozumí množnému číslu?**

„*Ano.*“

### **Rozumí minulým výpovědím?**

Rozumí, ale, orientace v čase je celkově pro chlapce obtížněji uchopitelná. Problém dělají i časové pojmy jako je „ráno, večer, včera, zítra.“ Ani vzhledem k pravidelnému dennímu režimu v MŠ si je ještě nezapamatoval. Taktéž dny v týdnu dělají obtíže, dokáže je vyjmenovat, ale neví, který je dnes den – matka upozorňuje na denní rozvrh, který mají doma a na časté zapomínání chlapce, což dle nás může souviset s ADHD a rychlou ztrátou pozornosti.



## Doplňující otázky

Dále byla matka dotazována na doplňující otázky, které se týkali vzdělávacího systému, dosavadní logopedické péče a zajímavostí, které by výzkumný pracovník měl vědět.

Od září 2018 chlapec nastoupil do mateřské školy hlavního vzdělávacího proudu, s určitými podpůrnými opatřeními, avšak bez asistenta pedagoga. Pobyť v MŠ matka hodnotí jako bezproblémový.

Logopedická péče je zabezpečena ze strany logopeda a psychologa zároveň již od věku necelých 3 let (od roku 2017). Logopedická terapie je zaměřená na vibrační cvičení a posílení mimiky obličejové části. Frekvence návštěv je v současné době pouze jednou za 2 měsíce, na počátcích byly návštěvy frekventovanější – jednou za 14 dní. Logopedicko-psychologickou péči vnímáme na základě rozhovoru s matkou jako dostatečnou i v návaznosti na osobní zkušenost s paní logopedkou a psychologkou.

Chlapec miluje vlaky a technické věci. Je velmi citlivý na hluk a celkově silnější sluchové podněty. V poslední době se hodně zajímá o biologii, je fascinován lidským tělem, encyklopediemi. Jako důležitý bod sdělení matky vnímám: „*Musí mít důvody, proč danou činnost dělat.*“

### 8.6.4 Pozorování s využitím vytvořeného schématu

Pro přímé a zúčastněné pozorování bylo využito schéma 15 oblastí, tyto oblasti vnímáme jako stěžejní, taktéž jsme se zaměřili na spontánní aktivity a chování klienta ve známém prostředí. To nám poskytlo nesmírně cenné informace.

Po příchodu chlapce s matkou a vzájemném přivítání došlo na nespočet otázek ohledně následujících dějů ze strany chlapce. Poté začal být fascinován místností a novými prvky, které vnesla přítomnost výzkumného pracovníka.

Chlapec **zrakový kontakt** udržoval, s čímž měl v dřívější době problém. Zřetelně pozdravil – „*ahoj*“ a hned se na vše ptal. **V mimice** bylo zpozorováno oslabení, na jehož zlepšení se pracuje v rámci logopedické terapie. **Gesta** jsou užívána v menší míře, chlapec spíše verbalizuje. Úsměv a údiv je užíván, ale ne zcela adekvátně vzhledem k situaci. **Ukazování** neprobíhalo standartně, bylo hodně opožděné a spíše se jednalo o ukazování na základě potřeb chlapce.

Dnes již nepoužívá **tělo jiné osoby**, ale dříve to dělal. V moment, kdy si uvědomil výhodu a efektivitu verbální komunikace, od ostatních forem komunikace upustil.

Chlapec neměl potřebu **sdílet**, což matku hodně znepokojovalo. „*Ted' sdílí až moc, mám pocit, že mi občas praskne hlava.*“ V současné době je tedy hodně verbálně aktivní, vnímáme to již jako nadměrné a nepřiměřené. Skáče ostatním do řeči, má dlouhé monology, do kterých nikdo nesmí vstoupit a neustále se na něco dotazuje. Často dochází k porušování komunikačních a sociálních pravidel.

V pozdějším věku docházelo i k **imaginativní hře**, která byla vynechávána. Zástupné **předměty** však neužívá, hra probíhá s využitím reálných předmětů. Hra je simulací reality, neprobíhají fantazijní představy ani hra.

**Komunikace** chlapce je nyní na úrovni srovnatelné s vrstevníky, používá adekvátní slovník. Gramatická složka jazyka je chybná, narušen je slovosled, probíhá oslovování sebe samotného ve 3. osobě. Uplatňuje direktivní styl komunikace s ostatními, což by mohl být problém v MŠ, kde je ale chlapec plně začleněn. Dříve docházelo k **echolaliím**, hlavně na konci vět – matka si vykládala jako tvoření si prostoru pro přemýšlení. K nesprávnému užití **zájmen** nedochází.

**Mluvní projev** je nápadný vysokým tónem hlasu s důrazem na nesprávnou slabiku, upozorováno bylo i občasně zadržávání při rychlém toku slov, což má vliv na srozumitelnost projevu.

**Reciprocita** v komunikaci chybí, ale matka tvrdí, že se zlepšuje – dochází k aktivnímu tréninku vzhledem k zaměstnání matky. Chlapec má výborně naučené kompenzační mechanismy. Nadměrně a nepřiměřeně sdílí informace o věcech jeho zájmu, neustále opakuje věty, které potřebuje, aby jeho okolí slyšelo. Pravidla komunikace zná, ale nerespektuje je.

Za **ohraničené zájmy** je vnímáno zaměření pozornosti na encyklopedie, dále na biologii a oblast reálného života.

Byly jsme svědkem negativní reakce na **změnu aktivity**, ale k **rituálům** nedochází. Matka potvrzuje negativitu a vzdor v situacích, kdy má chlapec něco naplánováno.

V **sebeobsluze** nevnímáme problém – je úměrná věku chlapce. Jako **mimořádné schopnosti** vnímáme zájem o čísla a písmena, chlapec začíná číst. Nadměrná verbalizace není chápána jako mimořádná schopnost.

### 8.6.5 Subtest Pragmatika komunikace (PRA)

Subtest Pragmatika komunikace probíhal v rámci celého pobytu, průběžně. Zapojena byla metoda pozorování a přímé interakce s klientem.

V samostatné hře byl chlapec vnímán jako hodně nesamostatný, potřeboval neustále podněty ze strany dospělých (výzkumný pracovník, matka). K oblíbě mu byla plná pozornost výzkumného pracovníka a možnost předvedení svých dovedností – to mu bylo umožněno popisem obrázku, což zvládl plně funkčně s využitím vět. Odpovědi na otázky týkající se obrázku byly pohotové a adekvátní. Dále pozorujeme **hru** spíše reálnou, bez užití prvků fantazie, vypůjčil si a prozkoumal veškeré **pomůcky**, které byly doneseny k tomuto subtestu. Neustále komentuje svou činnost a verbalizuje – to je slyšet na audionahrávce z rozhovoru s matkou (v pozadí stále něco říká). Jako první jej zaujala manipulační dřevěná želva a zvuková knížka, kde musel přijít na to, jak se zapíná. Hra je odrazem reality, využívá spíše předměty k tomu, k čemu jsou určeny, zástupné předměty nevyužil. **Symbolickou hru** bychom prý mohli vidět při hře s bratrem.

Prvky společné hry byly bez výjimky hodnoceny pozitivně, nenastal problém s afektem, vzdorem či nesouhlasem s pokynem. **Zrakový kontakt** byl bez obtíží dodržen. **Reakce na hru vedle sebe** je hodnocena pozitivně, chlapci nevadily vstupy výzkumného pracovníka a např. odebrání pomůcky, kterou momentálně potřeboval. Taktéž tomu bylo u **hry společné** – mohli jsme vidět **aktivní zapojení** a spolupráci na straně chlapce. **Střídání rolí** bylo evidentní. Chlapec je rád středem pozornosti, je pro něj lepší, když je ve vůdčí roli, ze které může věci řídit.

### 8.6.6 Závěry případové studie D

Závěrem shrneme podstatná data k jazykovému a komunikačnímu vývoji chlapce. Celková doba návštěvy byla 2 hodiny čistého času, což je dle našeho názoru dostatečný prostor k vytvoření si závěru z rozhovoru a pozorování klienta D v podmínkách a prostředí, které mu bylo známé.

Jazykový vývoj klienta byl výrazně opožděný, chybělo stádium žvatlání a broukání, taktéž vokalizace nebyla v úměrném množství. Do jednoho roku věku se jazyk a komunikace spíše nevyvíjeli, od 3 let věku chlapec dochází na logopedii, kde se na opožděném vývoji řeči a jazyka pracuje do současné doby. Momentálně opoždění ustupuje, v řečové produkci i percepci je chlapec v normě, slovní zásobou převyšuje své vrstevníky. Avšak pragmatická

jazyková rovina je výrazně zasažena. Komunikace je direktivní s problematickým sociálně-emočním cítěním v dané situaci. Pravidla komunikace jsou nacvičována, chlapec je zná, ale není je schopen dodržovat. Běžným jevem je skákání do řeči a dožadování se pozornosti dospělé osoby. Jako problematické se nám jeví překotné tempo řeči s případným výskytem iterací, které se vyskytuje poměrně často. Doporučujeme pokračovat v sociálních nácvicích a zlepšovat sociálně-komunikační cítění, které je pro chlapce nyní stěžejní. Dále bychom se zaměřili na vývoj gestiky a mimiky (zařadit cvičení pro orofaciální svalstvo), taktéž úprava tempa řeči je pro budoucí jazykový vývoj potřebná. Písně, říkanky a rytmizace slov by se mohly zařadit na denní seznam aktivit.

Se zařazením do základního vzdělávání v září tohoto roku plně souhlasíme, nevidíme důvod k odkladu školní docházky. Rodina je takto rozhodnutá již od počáteční fáze řešení nástupu školní docházky, celou rodinou je situace vnímána pozitivně. Velice hodnotné a přínosné pro terapii je zájem chlapce o učení a aktivity, které jej baví a rozvíjejí ho. Je však nutné zabývat se komplexními informacemi a neupírat pouze na zájmech, které chlapce naplňují.

Psychosociální strana postižení chlapce je výrazná pro jeho záchvaty vzteku a vzdoru v situacích, kdy není možné vyhovět jeho poslušnosti, dokončení činnosti či momentální aktivitě chlapce. Matka však toto nevnímá jako nejproblematictější, chlapec je v situacích zvladatelný a reaguje na vysvětlení a edukaci v dané situaci.

Celkový dojem ze setkání je pozitivní, chlapcova péče je dle našeho názoru zabezpečená ze strany všech odborníků, kteří by se do péče o klienta s Aspergerovým syndromem měli zapojit. Vnímáme velmi pozitivně pracovní náplň matky a aktivní zapojování obou chlapců do sociálních nácviků, které na pracovišti probíhají. Je vidět, že ovlivnění chlapcova vývoje a zabezpečení rozvoje rizikových oblastí je cílem celé rodiny. Snaha matky o zabezpečení jeho prospěchu a pozitivního vstupu do základní školy je taktéž evidentní.

## **8.7 Případová studie E**

### **8.7.1 Zkoumaná osoba**

Zkoumanou osobou E je v současné době tři roky a 8 měsíců starý chlapec žijící v České republice (Královehradecký kraj). V odborné péči psychologa a poté psychiatra od jara roku 2019 pro podezření na odlišnosti ve vývoji ze strany matky. K prvnímu setkání s chlapcem

došlo v rodinném prostředí, za přítomnosti matky. Při této návštěvě bylo zrealizováno pozorování a zúčastněné pozorování, taktéž subtestu Pragmatika komunikace (PRA). Návštěva byla realizována dne 10. 10. 2019 (věk chlapce 3 roky a 2 měsíce) v odpoledních hodinách v rozsahu 2 hodin. Následný rozhovor s matkou byl proveden telefonicky z důvodu epidemiologické situace po celém světě. Telefonát s matkou chlapce byl proveden dne 7. 4. 2020. Byla zjišťována anamnestická data, současná jazyková a komunikační úroveň klienta a také jazykový a komunikační vývoj od narození po současný stav. Jedná se o chlapce, který by měl mít stanovenou prozatím pouze pracovní diagnózu, lékařské zprávy však operují s diagnózou **F 84.0 – Dětský autismus**.

Chlapec je spíše pasivnější, hraje si stranou a nechává prostor výzkumnému pracovníkovi a matce. Cizí osobu v domácím prostředí registruje, je nutná adaptace a klidný přístup.

## **8.7.2 Anamnéza**

Zdrojem základních informací při zpracování anamnestických údajů byla lékařská dokumentace, která nám byla poskytnuta zákonnými zástupci chlapce. Dále byl uskutečněn polostrukturovaný rozhovor s matkou chlapce. Veškeré informace a údaje o klientovi E byly zpracovány a použity se souhlasem zákonného zástupce klienta E (zkoumané osoby).

### **Osobní anamnéza**

Těhotenství probíhalo bez komplikací, matka byla plně mobilní a nezaregistrovala odlišnosti. Porod byl taktéž bez komplikací, 2 dny po termínu porodu (vyvoláván). Chlapec byl po porodu zcela zdrav s fyziologickými reakcemi, narozen: 12. 8. 2016. Poporodní slabá novorozenecká žloutenka. Kojení probíhalo do pátého měsíce věku chlapce.

Vývoj chlapce je vnímán v normě do doby 18 měsíců, poté sledujeme na straně matky pochybnosti o správném vývoji chlapce s následným vyhledáním odborné pomoci a řešení celé situace nestandardního vývoje. Matka byla pediatrem odkázána na psychiatrii a psychologii, kde proběhla diagnostika klienta.

Motorický vývoj je dle dokumentace a matky v normě. Chlapec začal chodit na 14 měsíci. Je plně mobilní, matka má občas obavy o bezpečnost chlapce, který leze do výšek a postrádá pud sebezáchovy. V současné době snaha o jízdu na kole, kdy odrážedlo zvládá.

Dle matky neproběhlo období žvatlání, v 8. měsíci byl fascinován hodinami a říkal: „*tik-tak*.“ V oblíbě měl vždy písničky a básničky, také říkadla. Kolem 13 měsíce nebyla řeč stále

rozvinuta. První slova byla zaznamenána později, okolo 18 měsíců věku chlapce, kdy se začaly projevovat specifika i v dalších oblastech.

Na základě psychiatrické zprávy ze dne 15. 8. 2019, registrujeme u chlapce problémy s vyprazdňováním a jídlem. Rozpozná všechna písmena abecedy, dokáže počítat do padesáti v anglickém jazyce, rozezná barvy. Percepce mluvené řeči je na nízké úrovni, opakování je v začátcích (významům slov nerozumí, adekvátně je neužívá). Řeč je postižena v expresi i recepci, je plná novotvarů a vlastního žargonu, echolalie. Ani potřeby nevyjadřuje, většinou docílí toho, aby byly uspokojeny. Vysoký zájem projevuje o písmenka, preferuje logické hračky, staví předměty do řad nebo točí kolečky. Spánek je bez problémů, obtíže jsou při jídle, kdy nechce jíst. Období nejedení střídá období, kdy sní alespoň něco. Matka dokládá, že je schopen být pouze na suchých rohlících a nic jiného nechce. Projevují se pohybové stereotypie, na oslovení jménem nereaguje. Závěrem: „*pervazivní vývojová porucha nebo dětský autismus.*“ Doporučen byl specifický přístup a kontaktování rané péče, dále také neurologické vyšetření. (Psychiatrická zpráva, 15. 8. 2019).

Psychologické zprávy jsou potvrzující v symptomatice PAS, psycholog se přiklání spíše k atypickému autismu v pásmu středněfunkčním. Zvláštnosti jsou pozorovány ve všech oblastech symptomatiky PAS kromě potřeby sociálního kontaktu s blízkými osobami. V popředí obrazu jsou obtíže v řeči a komunikaci. K dorozumění používá prostředky neverbální komunikace, dovede dospělého k místu či předmětu. Emocionalita je labilní, hypersenzitivní pro hluk. Intelektové schopnosti jsou nekonzistentní, od vývojové úrovně 12 měsíců po 36 měsíců. Po vyšetření a konzultaci s matkou bylo doporučeno zařazení do MŠ se speciální třídou. (Psychologická zpráva, 24. 6. 2019). Ve věku chlapce 3 roky a 5 měsíců byla psychologem opakovaně konstatována symptomatika pro PAS, nyní s příklonem k dětskému autismu pro zvláštnosti ve všech oblastech symptomatiky pro PAS. Řeč je nesrozumitelná a činí obtíže, výrazně opožděný vývoj řeči. Závěrem je: „*Chlapec vyžaduje stálou péči odpovědné osoby ve všech činnostech. Jedná se o zásadní narušení sociálního přizpůsobení v důsledku PVP, s nekonzistentní výkonností, bez spontánní verbální produkce.*“ (Psychologická zpráva, 27. 1. 2020).

V současné době pojmenuje předměty na obrázku pouze s vizuální oporou, slova v praxi (životě) neužije funkčně. Není schopen si říci o pití – ani znakem, ani verbálně. Většinou začne křičet, nebo ukazovat na láhev či hrnek. Výrazně používá citoslovce a různé zvuky, taktéž užívá mnoho anglických slov. Matka tvrdí, že nyní je slovní zásoba prudce navýšena,

chlapec projevuje zájem o naučná videa, prostřednictvím kterých se učí. Mohli bychom usuzovat na efektivitu videomodelingu přímo v praxi. Stále převažuje vlastní žargon a opoždění v receptivní složce řeči, která je výrazně narušena.

### **Rodinná a sociální anamnéza**

Chlapec je z mladé úplné rodiny, kde matka (narozena roku 1989) momentálně začíná chodit do práce. Z důvodu péče o chlapce byla na rodičovské dovolené déle. Otec (narozen roku 1987) pracuje na směnný provoz. Jedná se o chlapce z prvního těhotenství. Zatím bez sourozenců, v domácnosti žije s matkou a otcem, dále je zde pes, kterého akceptuje. Rodina bydlí v Dolní Branné (Královehradecký kraj), v rodinném domě se zahradou, která poskytuje chlapci motorické vyžití, které potřebuje.

V rámci sociálního začleňování navštěvují nyní od září roku 2019 mateřskou školu, dříve docházel s matkou do rodinného/mateřského centra. V centru si nikdy ostatních dětí nevsímal, preferoval hru o samotě. V mateřské škole se postupně začleňuje, je schopen se pasivně účastnit společných aktivit, zájem o kontakt s dalšími dětmi není pozorován. Problematické bylo sezení u jídla a jídlo celkově. Chlapcova vybíravost a nesamostatnost byla v MŠ problémem, vše se v současnosti zlepšuje, chlapec je schopen sníst jídlo ze lžičky (pokud strava nevytéká). Sebeobsluha je na nižší úrovni.

Dochází k sociálním náslechům a začleňování chlapce do širšího sociálního prostředí. Rodina je ve spolupráci s ranou péčí v místě bydliště. S touto službou je rodina nadprůměrně spokojena, poradkyně rané péče dochází za rodinou, navíc je možné se zapojit do zmíněných skupinových nácvičků v centru rané péče.

V SPC byla řešena problematika začlenění chlapce do vzdělávacího systému. SPC doporučilo využívat systémy AAK a také využití služeb klinického logopeda. V souvislosti se vzdělávacím systémem a podpůrnými opatřeními byla doporučena speciální třída mateřské školy.

### **8.7.3 Rozhovor s rodiči k jazykovému a komunikačnímu vývoji**

Rozhovor s matkou byl realizován v rámci telefonického rozhovoru, v celkem rušivém prostředí, kdy matka musela obstarat syna a zároveň s výzkumným pracovníkem telefonovala. K rozhovoru byla využita struktura se třinácti otázkami.

### **Jaká je reakce na pokyn „ne“?**

Ve většině případech se jedná o reakci nulovou. Nezastaví se, bezhlavě se vrhá vřed i přes opakovaný zákaz ze strany matky či jiné dospělé osoby. Matka jej většinou musí fyzicky zastavit, doběhnout a chytit.

### **Pozorujete, že produkuje sled slov podobající se větě?**

„*Ano.*“ Určitě je vnímána jistá podobnost a opakování určitých frází, kterým ale dospělý zatím nemůže porozumět. Často dochází k opakování frází slyšených v televizi, ale vlastními slovy, tedy spíše shluky zvuků. Zvukové podobnosti napodobuje hodně, často i zvuky, které matka nezaregistruje (klapání bot o podlahu v pohádce).

### **Jak probíhá prohlížení obrázků nebo čtení knížky? Dokáže udržet pozornost na obrázcích?**

Pokud se jedná o oblíbenou knížku, umí být pozorný, ale „*není to na dlouho.*“ Kouká se na obrázky, v současné době vyžaduje po matce, aby jmenovala obrázky, na které ukazuje. V oblíbě má slabikáře a knížky s puzzle.

### **Dokáže adekvátně odpovědět na otázky? „Kde je ...?“, „Jaká to je barva?“**

„*Ne.*“ Na otázky není schopen reagovat, nevyužívá ani možnost neverbální komunikace. Vypadá to, že vůbec otázku nezaregistruje.

### **Jak reaguje na oslovení jeho jménem?**

Nyní se občas otočí, ale není to jistota, záleží na situaci a celkovém rozpoložení chlapce. „*Dřív nereagoval vůbec, myslela jsem, že je hluchý, nebo něco takového.*“ Domníváme se, že informace směrem ke chlapci putují mnohem delší dobu, než je běžné, dochází tak k latentní reakci, která již může proběhnout bez povšimnutí okolí.

### **Jakým způsobem probíhá jeho hra? Hraje si sám, zvládne si hrát s vámi?**

Vyhledává vizuální hračky a logické úkoly, kde se třídí a rovná. Hra s vrstevníky neprobíhá, v MŠ je pasivním pozorovatelem. V současnosti je schopný si vyžádat společnou aktivitu s matkou v domácím prostředí. Hra s míčem probíhá, hází, ale nevrací spoluhráči, spíše samostatně běhá pro míč, který někam zahodí.



### **Používá gesta a zvuky z vlastního repertoáru?**

„*Ano, nadměrně.*“ Zvuků vydává mnoho. Ze slov zmíníme nejčastější: „*auč*“, „*gúd najt*“ a další. Opakování gest nebo znaků je problematické, nechce napodobovat (fungují videa). „*Ani neukazuje.*“

### **Reaguje adekvátně na „ano-ne“ otázky? Rozumí „ano-ne“ otázkám?**

„*Nereaguje.*“ Toto je složité, nemůžeme funkčně vyšetřit, zda chlapec rozumí či nikoliv. Na otázky nereaguje, ale nereaguje na mnoha dalších podnětů. Narušení je primární v sociálně-emoční rovině. Sluch je v pořádku.

### **Dokáže napodobit vaše gesta?**

„*Asi jo, občas.*“

„*Úplně si teď nejsem jistá, moc nevím, zda vše dokážu objektivně odpovědět.*“ Matka si není jistá svou kompetencí odpovídat na otázky. Bylo jí vysvětleno, že informace chceme získat právě od ní (se zkreslením je počítáno).

### **Zná osobní zájmena?**

„*Ne.*“

### **Rozlišuje (případně i používá) přídavná jména? Rozumí konceptu velikosti?**

„*Ne.*“

### **Rozumí množnému číslu?**

„*Ne.*“

### **Rozumí minulým výpovědím?**

„*Ne.*“

### **Doplňující otázky**

Dále byla matka dotazována na doplňující otázky, které se týkali vzdělávacího systému, dosavadní logopedické péče a zajímavostí, které by výzkumný pracovník měl vědět.

Od září roku 2019 chlapec dochází do mateřské školy, která disponuje speciálními třídami se sníženým počtem dětí ve třídě. Chlapec dochází do MŠ na celé dopoledne, po obědě

jej matka vyzvedává. Ve třídě je 9 dětí, 2 paní učitelky a 1 asistent pedagoga (sdílený). Chlapec vyžaduje nejvyšší míru péče od asistenta pedagoga.

Logopedická péče byla na popud SPC řešena s klinickým logopedem v místě bydliště, ale rodina nebyla spokojena s celkovým přístupem a neochotě přizpůsobit péči chlapci s PAS. V současné době je logopedie zabezpečena studentkou logopedie, která se s chlapcem vídá od listopadu roku 2019 v měsíčních intervalech (což není ideální). Zaměřují se na rozvoj komunikačního aktu jako celku. Primárním úkolem je adaptace a pochopení zákonitostí a benefitů komunikace.

Motivací je pro chlapce veškerá aktivita s písmeny či číslicemi. Rád seskupuje a staví řady. Pozitivně prý reaguje na tablet a mobilní telefon. Je schopen se velice dobře učit prostřednictvím videí.

#### **8.7.4 Pozorování s využitím vytvořeného schématu**

Pro přímé a zúčastněné pozorování bylo využito schéma 15 oblastí, tyto oblasti vnímáme jako stěžejní, taktéž jsme se zaměřili na spontánní aktivity a chování klienta ve známém prostředí. To nám poskytlo nesmírně cenné informace.

Po příchodu a vzájemném přivítání s matkou si výzkumného pracovníka chlapec nevídal. Pokusy o navázání kontaktu byly opakované, pomalé a klidné.

Schopnost navázání **zrakového kontaktu** je přítomna, avšak chlapec zrakový kontakt cíleně nenavazuje, je nutné oči vyhledat a zacílit na tuto dovednost – po chlapci ji vyžadovat.

**Mimický projev** je přítomný, mnohdy adekvátní, matka tvrdí, že je pro ni vcelku snadné číst jeho emoce a rozpoložení z tváře. Na druhou stranu, chlapec není schopen z mimiky a gest odhadnout situaci, ve které se nachází spolu s další osobou. Reaguje spíše na intonaci hlasu. **Gesta** jsou přítomna v menší míře. **Ukazování** se nevyskytuje, a v minulosti nevyskytovalo.

**O ostatní děti zájem** neprojevuje, je raději sám, nebo v přítomnosti dospělé osoby, se kterou je schopen aktivně spolupracovat, ovšem pouze v oblasti jeho vlastního zájmu.

Využívá **těla druhé osoby** k dosažení potřebného cíle, je schopen se tímto způsobem domluvit. Matka zkouší trvat na vyslovení nebo ukázání znaku, což je pozitivně hodnoceno. **Pozornost není sdílená**, chlapec nemá zájem sdělovat informace, které vstřebává. Je nutné

jej do aktivity vtáhnout, poté respektuje roli druhé osoby v činnosti. Dnes jsme byli svědky prohlížení knih a obrázků, společné stavění puzzle.

Potřeba sdílet informace není, což vede k malé míře **sociální komunikace**. Komunikace s druhou osobou je pouze v zájmu chlapce, kdy on něco potřebuje či vyžaduje. Vyskytují se značné **echolalie** – zvuku, slov i vět. Taktéž nesprávně užívá **zájmen**, která nejsou používána a rozlišována.

**V mluvním projevu** je typické zpěvavé zvukomalebné tvoření vlastních slov, kdy sled těchto slov je mnohdy opakován zcela stejně – pro chlapce má zjevně význam. Slova a gesta tak, jak jsou užívána běžným způsobem, neuvívá. Ve vysoké míře jsou užívány zvuky, vlastní slova a citoslovce.

Významné jsou **zájmy**, které jsou z kategorie logických her a pomůcek s abecedou či číslicemi. **Trvá na dokončení započaté činnosti**, úklid však nezařazuje do svých aktivit, které má rád. Abecedu vždy vyrovná od písmene „a“ k písmenu „z“. Pokud je k dispozici předloha, staví dle ní. Mezi **rituály** bychom zařadili točení, stejný sled aktivit před spaním, kousání se do ruky jako zlozvyk a sebepoškozování vedoucí k uvolnění (možná vazba na nízký práh bolesti a autostimulaci).

Funkční používání **předmětů** je běžné. Předměty neuvívá jako zástupné či při hře „na něco“. Využívá je přímo k tomu, k čemu se užívat mají. Vzhledem k věku definujeme jako mimořádnou schopnost počáteční čtení a sestavování písmen do slov (většinou anglických). Dále schopnost počítat v anglickém jazyce. Domníváme se, že slovní zásoba v anglickém jazyce převyšuje tu v českém.

### **8.7.5 Subtest Pragmatika komunikace (PRA)**

Subtest Pragmatika komunikace probíhal v rámci celého pobytu, průběžně – při první návštěvě v domácím prostředí. Zapojena byla metoda pozorování a přímé interakce s klientem. Jednalo se spíše samostatnou hru a adaptaci na cizí osobu.

Záměrem bylo zkoumat hru samostatnou, hru vedle sebe a poté hru společnou. Vzhledem k věku klienta a celkové reakce na cizí osobu v domácím prostředí mohla být zrealizována pouze první část subtestu čili hra samostatná a hra vedle sebe. K uskutečnění hry společné nemohlo dojít.

**Hra** o samotě je chlapcem preferována a vyhledává ji. Po celou dobu pozorování neměl potřebu na sebe nijak upozorňovat. Vyhledává **pomůcky/předměty** jako je puzzle a kostky, v rámci subtestu využil manipulační želvu, která byla hravě složena. Hra je doplněna pestrými **komunikací** v rámci „svého světa“. Zvuky a citoslovce chlapec vydává ve vysoké míře. Pozorovány jsou novotvary, žargon, kterému nikdo nerozumí. Komunikace není funkční. **Symbolická hra** se v období uskutečnění pozorování nevyskytovala. V současné době (o 6 měsíců později) se již v určité míře vyskytuje, dle matky.

**Zrakový kontakt** je problematický a nekonzistentní, chlapec se na výzkumného pracovníka podíval v podstatě až při odchodu, kdy došlo k loučení. Je nutné kontakt s chlapcem aktivně vyhledávat a trvat na něm. **Hra vedle sebe** probíhala bezkonfliktně, chlapec vstřebal i jisté mírné zásahy do jeho hry. Pomůcky a hračky však musely zůstat v jeho plném dohledu. **Společná aktivita** nebyla akceptována, chlapec není ochoten přistoupit na pravidla hry společné, v současné době je v tomto ze strany matky pozorováno zlepšení.

### 8.7.6 Závěry případové studie E

Závěrem shrneme podstatná data k jazykovému a komunikačnímu vývoji chlapce. Celková doba přímé návštěvy činila 2 hodiny čistého času, což je dle našeho názoru dostatečný prostor k vytvoření si závěru z pozorování klienta E v podmínkách a prostředí, které mu bylo známé. Představa byla následně doplněna informacemi z telefonického rozhovoru s matkou klienta E (o 6 měsíců později).

Jazykový vývoj klienta je výrazně opožděn vzhledem k věku s výrazným vlivem základní symptomatiky poruchy autistického spektra, ke které se jednoznačně přikláníme. Je pozorována symptomatika ve všech oblastech PAS. Verbální projev je založen na zvucích, citoslovcích a dalších nově vytvořených „slovech“. Vyskytuje se chlapcův žargon, kterému okolí nerozumí. Jsou pozorovány „fráze“, které se opakují a mohou tedy nést význam. Neverbální komunikace neprobíhá, mimika ve většině případů koresponduje s emocemi a sociálním kontextem. Gesta jsou užívána sporadicky a omezeně, ukazování se vývojově neobjevilo, ani v současné době není používáno. Na neverbální komunikaci směrem ke chlapci není odezva, reaguje spíše na tón a intonaci hlasu. V projevu jsou výrazná anglická slovíčka, která převažují nad aktivními českými slovy. Matkou je vyzorováno, že se mnoho věcí učí prostřednictvím videí, která jsou v českém jazyce bohužel nedostupná v dostatečné míře a kvalitě. Poutavá nácviková a edukační videa jsou v procesu chlapcova učení viděna jako velice efektivní. Pragmatika komunikace je narušena, sociální komunikace

neprobíhá, chlapec stále neví, z jakého důvodu by měl komunikaci užívat. Je nutné se na toto zaměřit, aby byl pochopen základní princip a benefit komunikačního procesu.

Chlapec je vnímán jako veselý a bezprostřední. Při pohledu na něj je vidět, že má „svůj svět“, což je pro děti jeho věku a jeho diagnózy typické. Behaviorální problémy jsou viditelné, značná labilita a nestálost emocí. Jsou přítomny záchvaty vzteku, které popisuje matka. Vyskytují se rituály a pohybové stereotypie v podobě točení. Občas matka pozoruje sebepoškozující sklony v podobě kousání se do ruky. Hlavně v situacích psychického napětí nebo únavy. Pozorujeme poruchu aktivity a pozornosti.

Doporučujeme pokračovat v budování sociálních kontaktů prostřednictvím mateřského centra a mateřské školy. Dále rozvoj jazyka a komunikace v rámci logopedické péče, která by měla být zaměřené na rozvoj sociální komunikace a slovní zásoby.

## 9 DISKUSE A ZÁVĚRY

Hlavním cílem a záměrem diplomové práce bylo na základě teoretického rámce vytvořit a následně ověřit logopedický diagnostický materiál. Dále jsme chtěli upozornit na problematiku logopedické diagnostiky u námi zvolené cílové skupiny dětí předškolního věku s poruchou autistického spektra. Uvědomujeme si náročnost a komplexnost celého tématu a problematiky, z tohoto důvodu byla celá výzkumná akce pojata optikou předvýzkumu, čehož jsme v průběhu výzkumného procesu dostáli.

Byla vytvořena struktura logopedické diagnostiky pro děti s PAS, která byla rozdělena na dvě části zaměřené na diagnostiku komunikace (v nejširším slova smyslu). Pro první část diagnostického procesu prováděného logopedem byl zhotoven záznamový arch k polostrukturovanému rozhovoru s rodiči či jinou pečující osobou, taktéž schéma pro pozorování klienta. Vzhledem k celkové situaci jsme se rozhodli aplikovat v této první části diagnostického procesu i subtest Pragmatika komunikace, který dle našeho názoru koresponduje s některými částmi pozorování. Vnímáme jako vhodné provádět tyto části diagnostiky zároveň. V druhé části diagnostiky měly být poté aplikovány jednotlivé subtesty zaměřené na dílčí schopnosti procesu komunikace. Subtestů bylo vytvořeno 11, kdy jedenáctý (Pragmatika komunikace) byl využit již v první části, píšeme tedy 10+1 subtestů. V rámci tvorby těchto subtestů jsme čerpali z různorodých zdrojů a prací, které v rámci této problematiky již byly publikovány. Navázali jsme tak na práce a výzkumy již vzniklé, ze kterých jsme čerpali a inspirovali se.

V rámci analýzy a interpretace získaných dat bychom rádi představili klíčové oblasti, které jsme zaznamenali a zachytili jako zajímavé. Pro přehlednost jsou tato data zpracována do schémat, která dostatečně interpretujeme a komentujeme. Klíčové oblasti byly vybírány právě na základě jednotlivých položek metod sběru dat, které byly využity k sestavení případových studií.

Před samotným zahájením analýzy a interpretace klíčových oblastí bychom chtěli zpřesnit data o výsledném složení výzkumného vzorku, se kterým jsme pracovali. Byla využita metoda záměrného výběru výzkumného vzorku, tzn., že bylo nutné dodržet určitá kritéria pro zařazení do předvýzkumné akce. Stanoveno bylo kritérium věku, diagnózy a míry

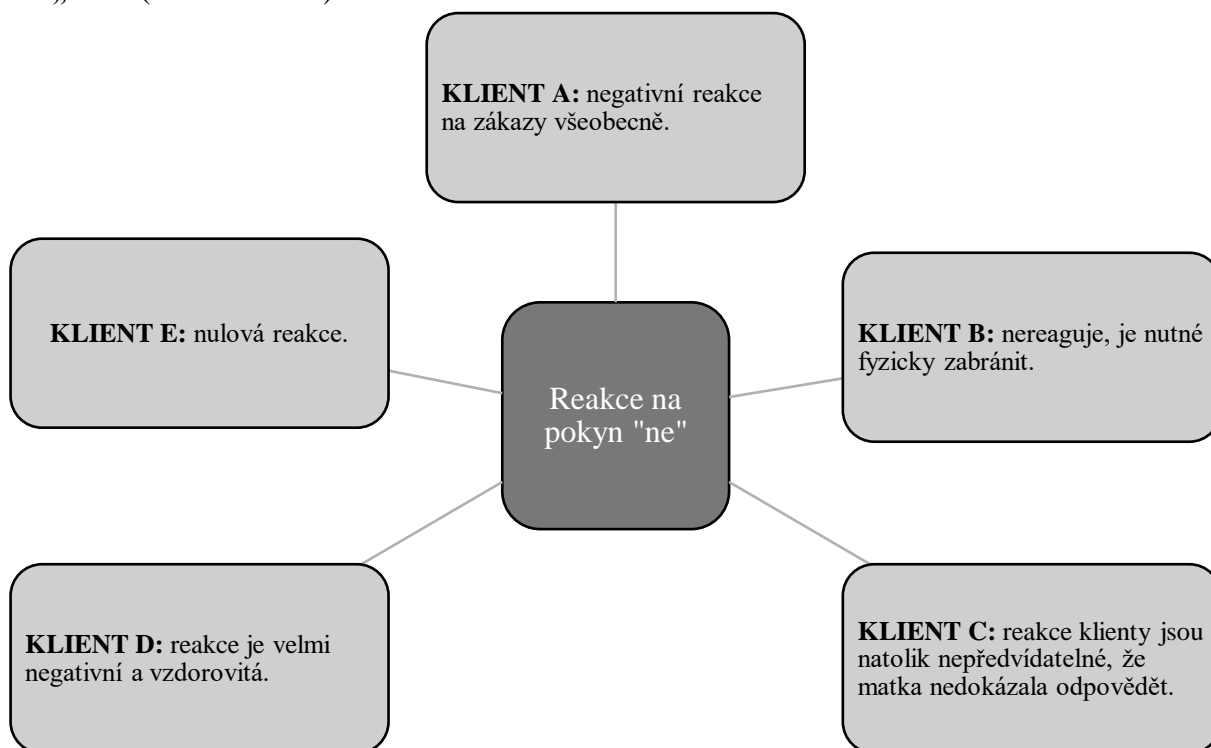
funkčního zařazení v autistickém spektru. Uvádíme tabulku pro přehledné znázornění výsledného výzkumného vzorku (viz Tabulka 9).

Zkoumaná osoba	Věk	Pohlaví	Diagnóza
KLIENT A	6 let	chlapec	dětský autismus
KLIENT B	5 let	dívka	kombinované postižení s PAS
KLIENT C	5 let, 7 měsíců	dívka	Aspergerův syndrom
KLIENT D	6 let	chlapec	Aspergerův syndrom
KLIENT E	3 roky, 8 měsíců	chlapec	dětský autismus

*Tabulka 9: Výzkumný vzorek předvýzkumné akce*

Jednalo se o 5 klientů předškolního věku, kdy nejstarší klient dosahoval věku 6 let a nejmladší věku 3 let a 8 měsíců. Ve skupině byli 3 chlapci a 2 dívky, vzhledem ke stanovené diagnóze jsme měli možnost komparovat diagnózu dětský autismus (zastoupenou dvakrát), ve stejném počtu diagnózu Aspergerova syndromu a posledním klientem byla dívka s kombinovaným postižením a přidruženým PAS.

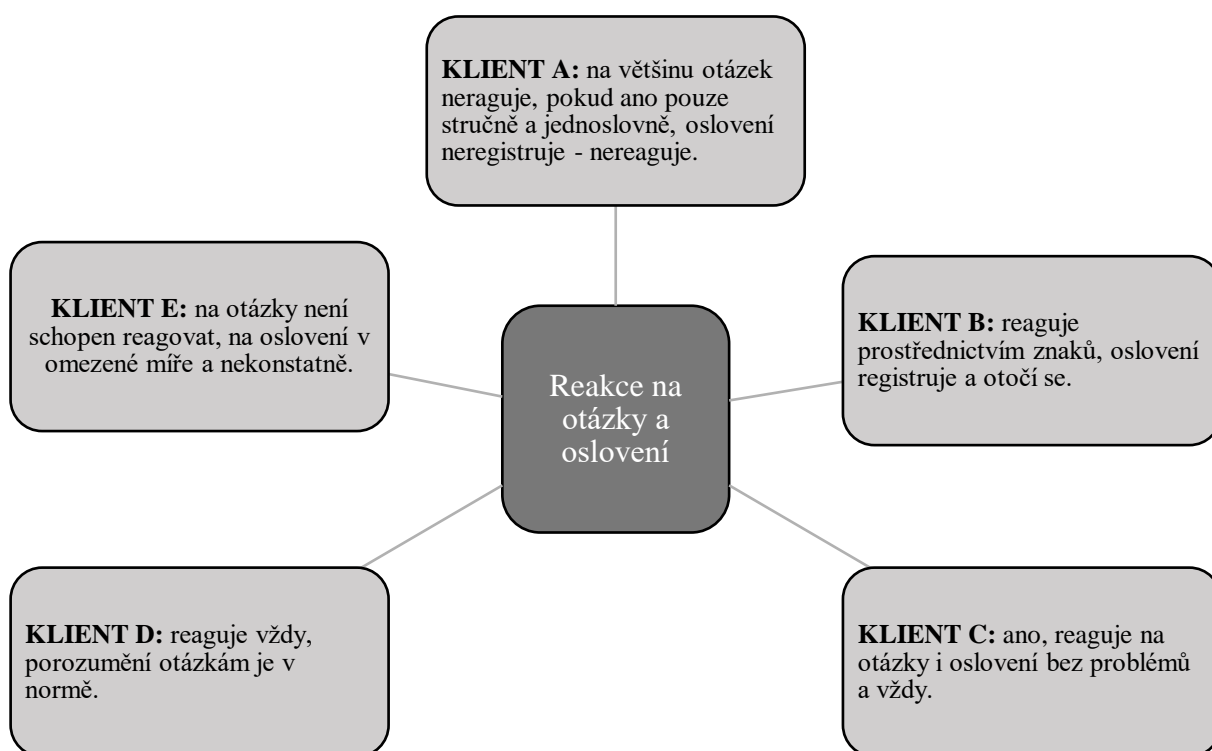
Na prvním schématu můžeme vidět reakce klientů na otázku „**Jaká je reakce na pokyn „ne“?**“ (viz Schéma 1).



*Schéma 1: Klíčová oblast reakce na pokyn „ne“*

Je evidentní, že ve většině případů (4 z 5) jsou reakce negativního charakteru. Konstatujeme tedy, že v pokynech směrem k jedincům s PAS by se měly zákazy a negace vyskytovat jinak formulované.

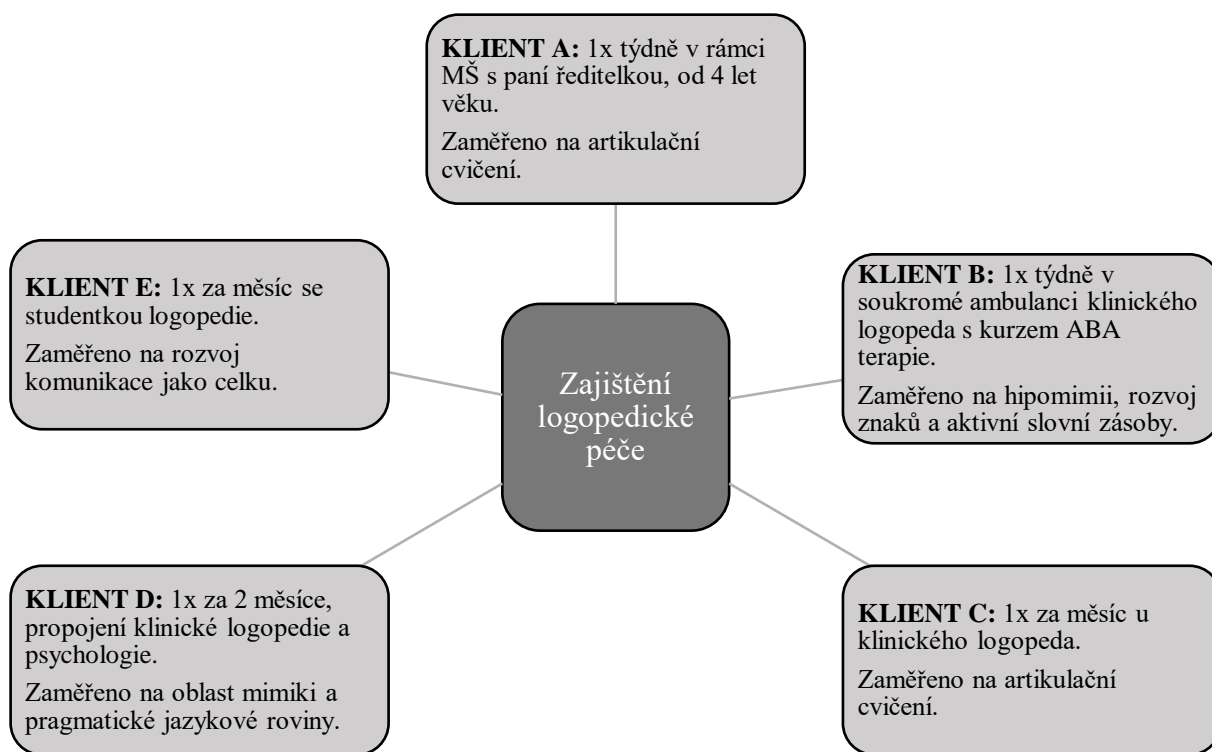
Zajímavé bylo srovnání klientů v reakci na otázku a oslovení (viz Schéma 2). Šporclová (2018) uvádí, že pro děti s poruchou autistického spektra, je typické latentní zpracování informací a pokynů – setkáváme se s tvrzením rodičů, že děti mají reakce jako jedinci se sluchovým postižením. Tvrzení Šporclové se potvrdilo u našich zkoumaných klientů s diagnózou dětský autismus (klient A, klient E). U ostatních klientů si můžeme povšimnout vcelku pozitivních odpovědí z hlediska reakce na verbální pokyn.



*Schéma 2: Klíčová oblast reakce na otázku a oslovení*

Vzhledem k zaměření práce jsme se zajímali i o zajištění logopedické péče klientů. Zjištěním bylo, že všichni klienti výzkumného vzorku na logopedii docházejí, což vnímáme velice pozitivně. Ukázalo se však, což pozorujeme na následujícím schématu (viz Schéma 3), že logopedická péče ne vždy odpovídá představám o rozvoji komunikace u klientů s autismem.

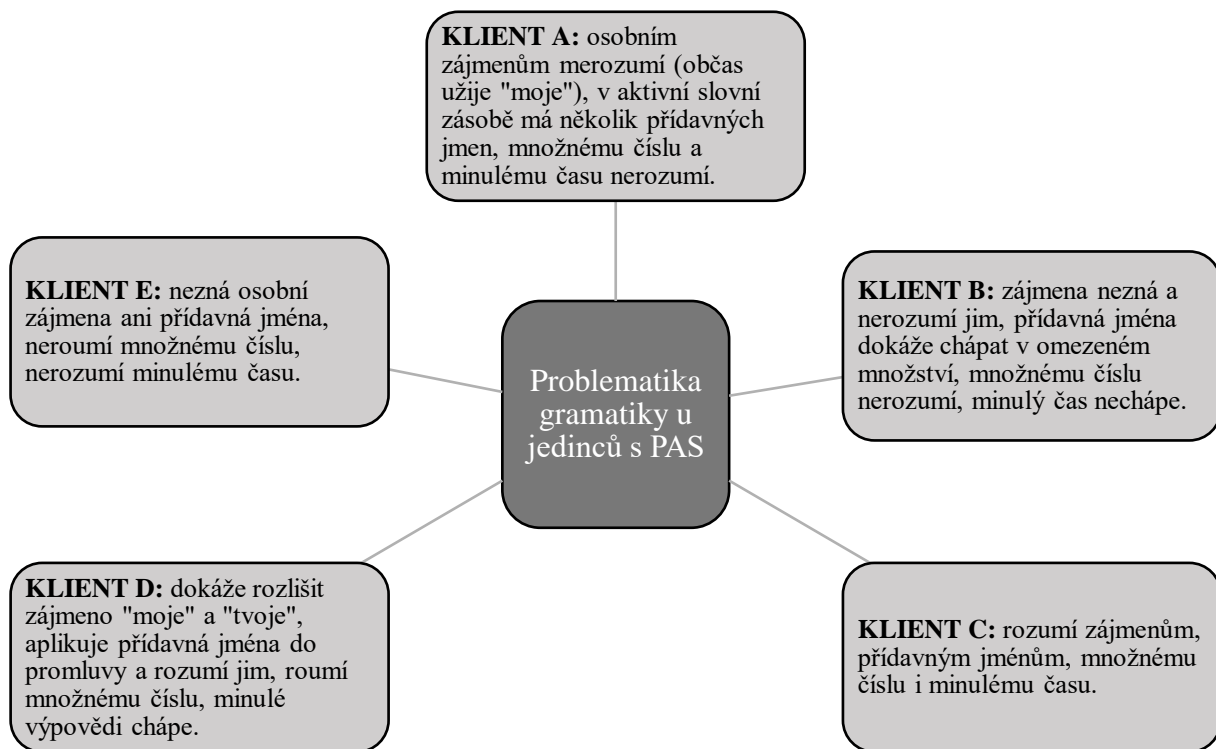




*Schéma 3: Klíčová oblast zajištění logopedické péče*

Můžeme se pozastavit nad obsahem logopedické péče, tedy jejím zaměřením. Shledáme poté za vcelku tristní, že pouze u klientů D a E se v rámci logopedické péče zaměřují na pragmatickou jazykovou rovinu. Pozitivně hodnotíme i péči o klienta B, která je zajištěna logopedem s kurzem ABA terapie.

Porozumění složitějším gramatickým jevům u jedinců s PAS je v literatuře pojímáno spíše způsobem vyskytujících se nedostatků v této oblasti. Nedochozí k porozumění a užívání zájmen je narušen syntax spolu s gramatickou stránkou řeči. (Lewis, 1996 in Hrdlička, Komárek, 2014). Problémy v gramatice a konstrukci vět potvrzují i autorky Říhová a Vitásková (2012). My jsme došli k poněkud odlišným výsledkům, což dokládáme níže (viz Schéma 4). Především vzhledem k rozložení diagnóz ve výzkumném vzorku. Můžeme si všimnout, že klient A a E potvrzují teze literatury a autorů o problematice v oblasti gramatiky jazyka. Oproti tomu je důležité poznamenat, že klienti C a D mají problémy v oblasti gramatických jevů nulové nebo mírné. Domníváme se, že je to způsobeno odlišnou diagnózou, u Aspergerova syndromu můžeme tedy předpokládat nižší výskyt problémů v oblasti gramatiky. Výjimku a jedinečnost vnímáme u kombinovaného postižení sdruženého s autismem (klientka B).



*Schéma 4: Klíčová oblast problematiky gramatiky navazující na otázky 10-13 z rozhovoru pro rodiče*

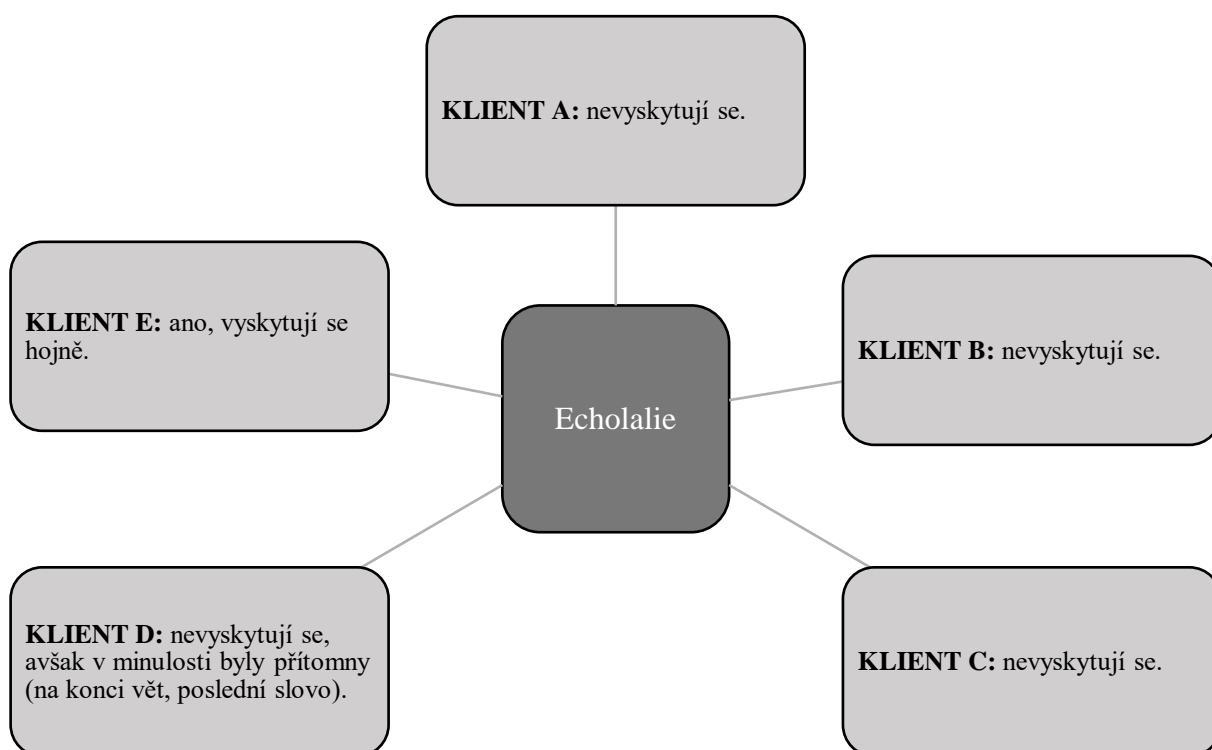
Důležitým bodem k získání klíčových informací pro nás byla lékařská dokumentace, ze které jsme mohli čerpat data z absolvovaných vyšetření klientů. Považujeme tyto data za unikátní a nutné k sestavení podrobné anamnézy. Pro představu jsme shrnuli v tabulce lékařskou dokumentaci (viz Tabulka 10), kterou jsme měli k dispozici. Křížkem jsme označili odbornosti, od kterých jsme měli možnost analyzovat lékařskou dokumentaci daného klienta.

	PSYCHOLOGIE	NEUROLOGIE	PSYCHIATRIE	SPC/PPP	LOGOPEDIE
KLIENT A	X				
KLIENT B	X	X			
KLIENT C	X			X	X
KLIENT D	X	X	X		X
KLIENT E	X		X	X	

*Tabulka 10: Shrnující tabulka s lékařskou dokumentací*

V rámci oblastí sledovaných při pozorování nás nejvíce zaujala oblast echolalií, které jsou notoricky s poruchami autistického spektra spojovány již od dávných dob. V teoretické části práce jsme narazili na časopis *Journal of Nervous and Mental Disorders* (1898), kde

Martin Barr popsal případ, který nazval zvláštním případem echolalie. Tento termín je od té doby s autismem spojován. Stejného názoru je i Říhová a Vitásková (2012), které připojují i ulpívání a vyptávání se na to samé. Echolalie v projevu jedinců s PAS nachází taktéž Hrdlička a Komárek (2014). U klientů našeho výzkumného vzorku (viz Schéma 5) však tento jev není zastoupen v tak četném množství, jak bychom na základě dostupné literatury mohli předpokládat.

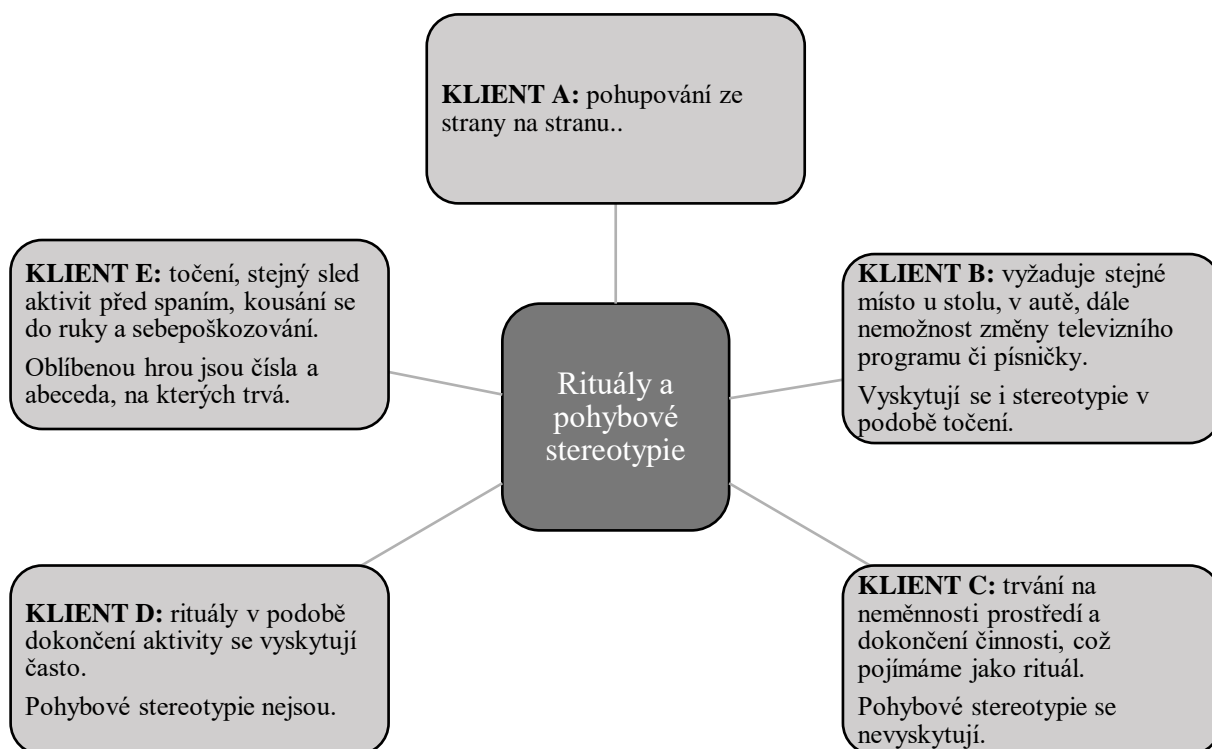


*Schéma 5: Klíčová oblast echolalie*

Echolalie ve významu, jak jej chápe logopedie, se vyskytují pouze u klienta E, který je nejmladším z výzkumného vzorku. V minulosti byly echolalie zaznamenány i u klienta D, v současné době se však nevyskytují. Konstatujeme tedy, že většina klientů vzorku je bez pozitivního nálezu v oblasti echolalie – což je velice příjemné zjištění, které tedy popírá tvrzení dostupná v literatuře.

Základním symptomem z triády poruch autistického spektra jsou pohybové stereotypie a rituály, které jsou obsaženy v obou klasifikačních systémech – v evropské MKN i americkém DSM. Taktéž většina autorů pojímá tento symptom jako hlavní a nezbytný pro stanovení diagnózy z okruhu poruch autistického spektra. Na základě pozorování našich 5 klientů můžeme konstatovat, že diagnóza autismu byla klientům přidělena na základě tohoto dílčího symptomu oprávněně. Rituály a pohybové stereotypie se vyskytují v určité míře u

každého z klientů. Následující schéma (viz Schéma 6) specifikuje rituály a stereotypie u jednotlivých klientů. Je samozřejmé, že každý klient je svými rituály specifický a jedinečný.

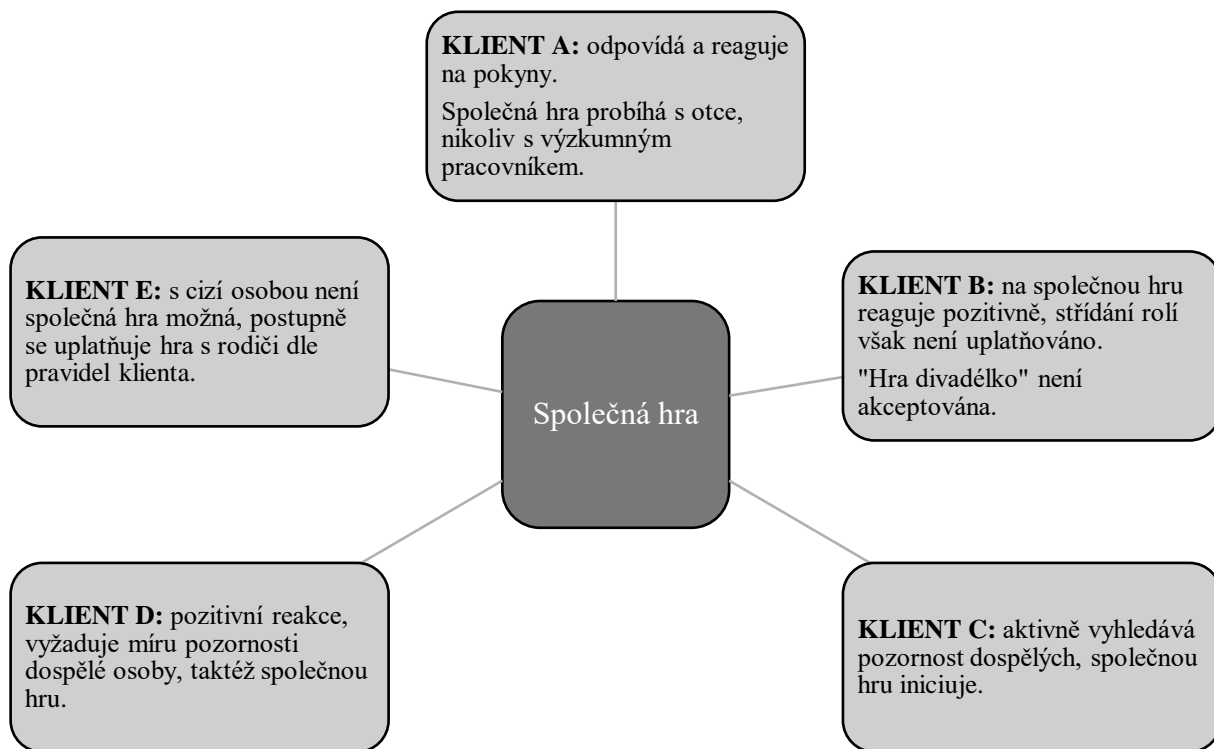


*Schéma 6: Klíčová oblast rituálů a pohybové stereotypie*

V subtestu Pragmatika komunikace nás nejvíce zajímala reakce na společnou hru či aktivitu jednotlivých klientů. Došli jsme k závěrům, že společná hra má u každého klienta individuální průběh a své charakteristiky, jak můžeme vidět níže (viz Schéma 7).

Značnou individuálnost projevů ve hře najdeme zakotvenou v disertační práci autorky Šporclové (2015), která zjistila, že právě chybějící sociální dovednosti jsou prvním ukazatelem o odlišném vývoji dětí na straně rodičů. Mimo jiné se jedná o zájem v oblasti společné hry. Taktéž Americká psychiatrická asociace (DSM-5, 2015) potvrzuje nezájem jedinců s PAS o navazování sociálního kontaktu a neschopnost vytvořit vztah a udržet jej.

Na základě uvedeného schématu se přikláníme k výroku Thorové (2016) o odlišnosti sociální interakce (tedy i společné hry) jednotlivých jedinců s PAS. Ta se liší kvalitou a mírou poruchy. Za nutné považujeme individuální a důkladné zhodnocení momentální situace, věku, kultury a pohlaví, na což upozorňuje APA v DSM-5. (2015).



*Schéma 7: Klíčová oblast společné hry*

Jako zajímavou a pro následující část logopedické diagnostiky a terapie s těžšími jsme jako klíčovou oblast zařadili výběr pomůcek klientů, který byl různorodý. Došlo k identifikaci pomůcek, které klienti využívali v průběhu první části diagnostiky (viz Schéma 8).

Pro práci logopeda nebo jiného odborníka jsou tato data důležitá především z hlediska motivace klienta, která má v rámci logopedické péče specifické postavení. Motivace je využíváno v terapeutickém konceptu ABA<sup>79</sup> (Preissová, 2018). Říhová a Vitásková (2012) upozorňují na specifika výběru prvků motivace, který je dle jejich názoru výlučně individuální a tvoří celý motivační systém. S názorem výše uvedených autorů souhlasíme a na základě provedeného předvýzkumu usuzujeme na jedinečnost a specifickou pomůcek, které si klienti v rámci subtestu Pragmatika komunikace vybírali. Docházelo k výběru pomůcek z vlastních hraček, v některých případech došlo na volbu hraček nových (od výzkumného pracovníka). U klienta C a D nemohl být pozorován spontánní výběr hraček v prostředí domova, neboť diagnostika proběhla v rámci umělého prostředí diagnostického centra NAUTIS nebo herny v rané péči JAN z.s.

<sup>79</sup> ABA – *Aplíed Behavioral Analysis, tedy aplikovaná behaviorální analýza (Preissová, 2018)*

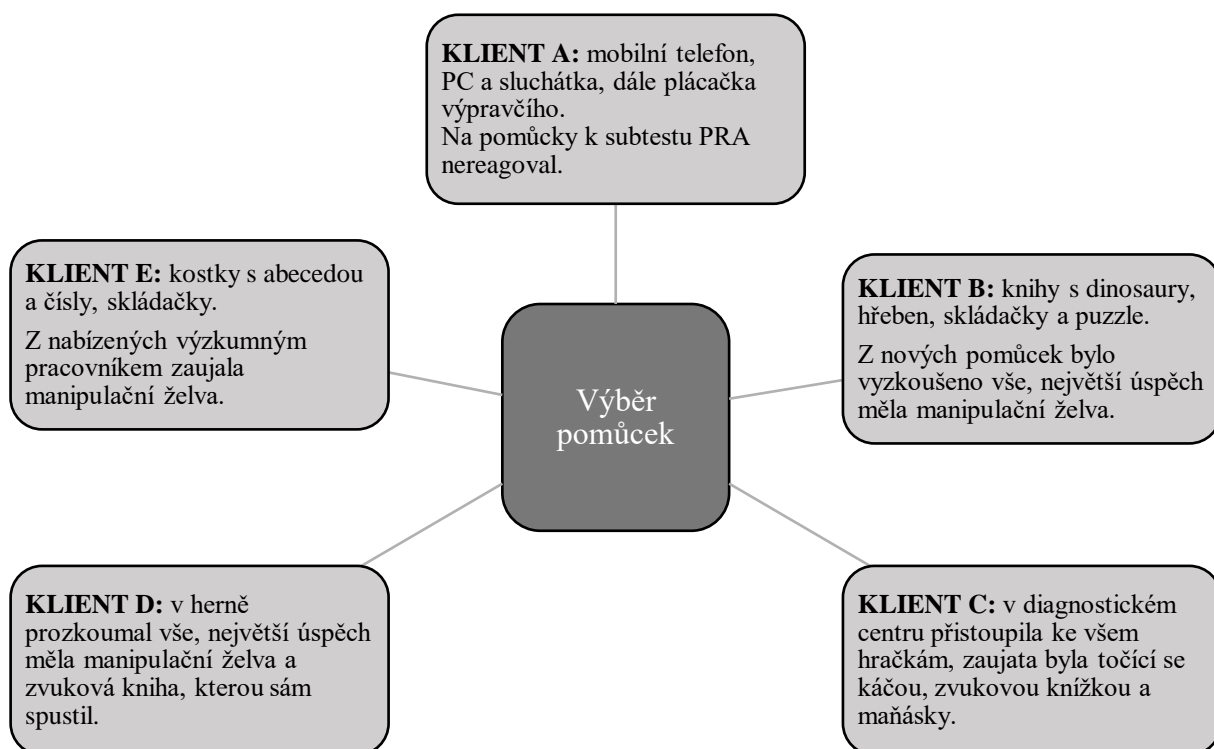
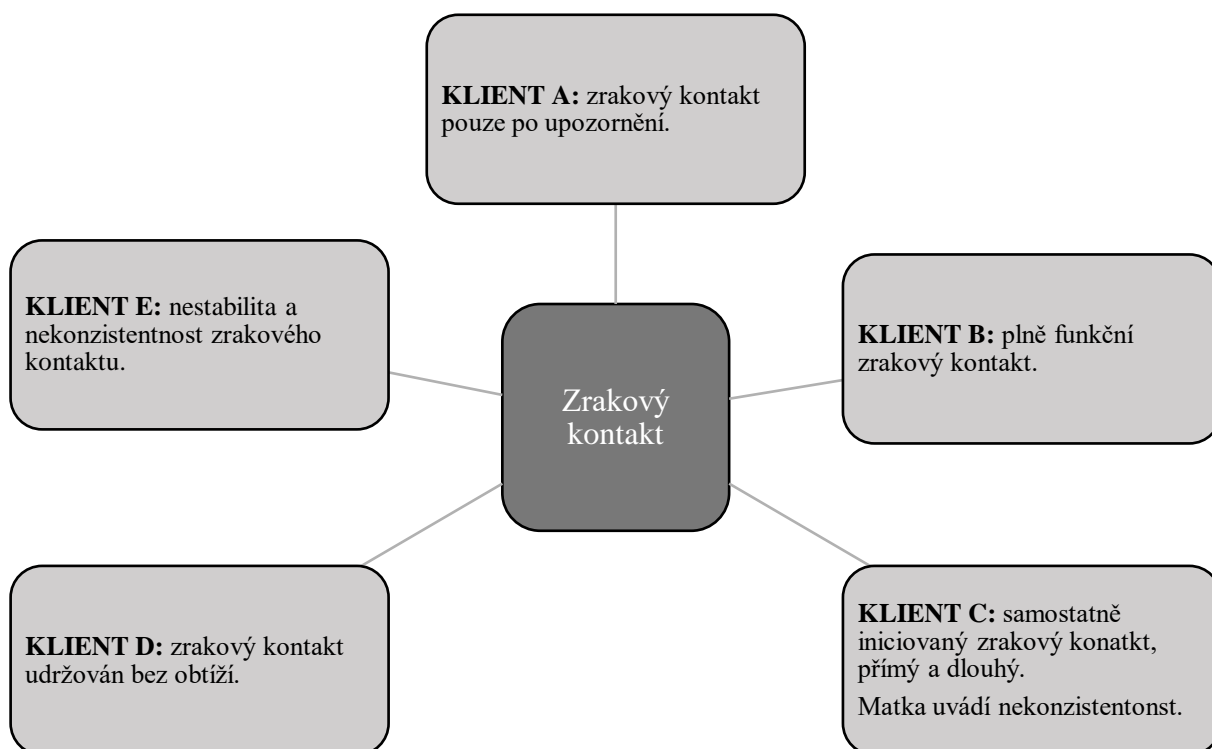


Schéma 8: Klíčová oblast výběru pomůcek pro činnost/hru

Můžeme konstatovat, že nejvyšší míru použití nabyla pomůcka manipulační želva, kterou jsme do výběru pomůcek zařadili z důvodu vysoké míry zapojení vizuální percepce. Pro svou barevnost a velikost upoutala většinu klientů výzkumného vzorku.

Poslední klíčová oblast (viz Schéma 9) se zabývá fenoménem zrakového kontaktu u osob s poruchou autistického spektra, kterou jsme zařadili v návaznosti na četnou zásobu tvrzení z pramenů literatury. Jedná se o jeden z předpokladů pozitivního vývoje komunikace u dětí raného věku např. spolu se sdílenou pozorností. (Kerekrétiová, 2009). Mnohá tvrzení odborné literatury o neschopnosti navázat zrakový kontakt u osob s PAS se dočteme u autorů jako je Vitásková (2016) nebo Škodová (2003).

Ve výzkumu *Hodnocení pragmatiky komunikace u poruch autistického spektra* pod vedením autorské dvojice Vitásková a Kytnarová (2016) je zrakovému kontaktu věnována značná pozornost. Autorky to dokládají nosností této položky při diferenciální diagnostice PAS a posuzování pragmatiky komunikace v logopedické intervenci a edukačním prostředí. V rámci šetření bylo zjištěno, že děti s PAS mají v oblasti zrakového kontaktu nejhorší výsledky, hned v návaznosti byla uvedena oblast sociální interakce (komunikační pravidla). Výsledky byly pod úrovní výsledků dětí s lehkým mentálním postižením, které se vyznačovaly hodnotami skoro stejnými jako u intaktního vzorku v této oblasti.



*Schéma 9: Klíčová oblast zrakového kontaktu*

V našem poměrně malém výzkumném vzorku jsme měli možnost zaznamenat u většiny (4 z 5) klientů zrakový kontakt aktivní (avšak na různé úrovni). Částečně tak můžeme popírat výsledky výše uvedeného výzkumu, je nutné si uvědomit, že výše uvedená studie pracovala s daleko vyšším počtem účastníků (30) a odlišnými nástroji pro měření. Můžeme tvrdit, že nemůžeme trvat na tvrzení narušeného zrakového kontaktu u osob s PAS v plošném měřítku. Došli jsme k závěru, že i ve skupině klientů s PAS našeho výzkumného vzorku jsou děti, které zrakový kontakt mají funkční.

Na začátku praktické části byl definován základní a hlavní cíl diplomové práce: **Vytvoření logopedického diagnostického materiálu a detekce dosavadní jazykové a komunikační úrovně u vybraných dětí s poruchou autistického spektra.**

Tento jediný a hlavní cíl se podařilo naplnit, byl vytvořen logopedický diagnostický materiál určený pro detekci jazykové a komunikační úrovně dětí předškolního věku s poruchou autistického spektra. Bohužel však nedošlo k plnému využití a ověření.

Výzkumná otázka číslo jedna zněla: **Je možné evidovat efektivitu logopedické diagnostiky prostřednictvím nově využitých diagnostických materiálů a přizpůsobení subtestů každému jedinci?** V souvislosti s celosvětovou pandemií COVID-19 jsme

nemohli objektivně efektivitu vytvořeného materiálu posoudit a stanovit tak jednoznačný výsledek/odpověď na tuto výzkumnou otázku. Dle *Slovníku cizích slov pro nové století* (Linhart et al., 2002, s. 96) je efektivita definována jako „účinnost, působivost, efektivnost, *eficiencie*<sup>80</sup>.“ K výše zmíněné otázce bychom mohli užít i pojem verifikace, tedy potvrzení o zkoumání, které je doložené objektivními důkazy. (Bureš, Renda, Doležal, 2016). Tyto objektivní důkazy v současné době nemáme k dispozici. Díky procesům zjišťování efektivit mohou být prováděny následné změny (Bourová, 2016), čehož jsme chtěly dosáhnout. Zjistit na kolik je zkonstruovaný materiál efektivní a připravený pro přechod do logopedické praxe. Uvědomili jsme si však, že toto není otázkou předvýzkumu, nýbrž delší longitudinální studie. Určení efektivit vychází z hodnocení, tedy ze systematického zkoumání daného materiálu (může se jednat o vzdělávací plán, vzdělávací materiál atd.) nebo jeho částí. Tento proces zahrnuje mimo jiné zjištění, zpracování a interpretaci dat. (Bourová, 2016). Můžeme tedy konstatovat, že evaluace diagnostického procesu velmi úzce s ověřováním efektivit souvisí.

Z výše uvedeného plyne, že k verifikaci efektivnosti nemohlo objektivně dojít. Potřebovali bychom zajistit všechny úrovně logopedické intervence – tedy nejenom úvodní anamnestická data z rozhovoru a pozorování, ale také data z diagnostiky komunikace získané přímou prací s klientem, taktéž by bylo nutné zjišťovat postup klienta v rámci logopedické terapie, která se od kvalitního diagnostického procesu odvíjí a přímo na ni navazuje. Bylo by taktéž nutné zajistit vyšší počet klientů, kteří by se do výzkumu zapojili. Celkové hlubší prozkoumání materiálu a zajištění dlouhodobějšího průběhu výzkumu by bylo pro ověření jeho efektivit výhodnější. Můžeme se zde zamyslet a s těmito informacemi odejít k přípravě dalšího výzkumu, který by bylo možné na základě této započaté práce uskutečnit.

Mohli jsme však subjektivně posoudit a zhodnotit práci s vytvořeným materiálem, alespoň jeho první části, která byla využita při sběru dat pro tvorbu případových studií. Subjektivně, z pohledu výzkumného pracovníka, hodnotíme využívání první části logopedického diagnostického materiálu jako efektivní. Se strukturou pro rozhovor a schématem pro pozorování se nám ve výzkumném terénu pracovalo velice dobře. Prostor pro poznámky a zápisy je dostatečný. Nevýhodu jsme spatřovali v jednotlivých listech, které jsme měli pouze seřazeny za sebou, praktičtější by bylo jednotlivé listy záznamového archu spolehlivě

---

<sup>80</sup> *eficiencie* – účinnost, působivost (Linhart et al., 2002)



sešít nebo zvolit odlišný formát pro záznamový arch – napadá nás formát A3 s využitím přehnutí v jeho polovině. Další poznámky autorky práce k vytvořenému a užitému materiálu budou popsány dole (níže).

Výzkumná otázka číslo dvě zněla: **Je možné evidovat přínos použitím nově vytvořeného diagnostického materiálu pro logopedickou praxi?** V současné době si nedovolujeme odpovědět na tuto výzkumnou otázku. Logopedický diagnostický materiál byl vytvořen, avšak nedošlo k jeho komplexnímu rozšíření do logopedické praxe a následnému hodnocení přínosu tohoto materiálu. Tato část práce bude předmětem dalšího výzkumu, který navrhujeme. Evidence přínosu by mohla probíhat dotazníkovým šetřením u logopedů, kteří by s materiálem pracovali.

V této závěrečné fázi práce bychom se rádi vyjádřili k celému procesu práce s vytvořeným materiálem. Mohli jsme si vyzkoušet pracovat se strukturou 13 otázek a schématem pro pozorování, také se subtestem Pragmatika komunikace. Na tomto místě bychom uvedli poznámky k první části logopedického diagnostického materiálu.

Tato část diagnostiky by dle našeho názoru měla probíhat při prvním setkání odborníka (logopeda) a rodiny. Může se jednat o setkání matky, otce nebo jiné pečující osoby. Avšak měla by to být osoba, která je v denním kontaktu s klientem a má dostatečné informace o klientovi. Na začátku je nutné podepsat informovaný souhlas, poté poprosit o možnost nahrávání rozhovoru, což v logopedické praxi není zcela běžné – můžeme však potvrdit mnohem kvalitnější analýzu dat u klientů, kde byla audionahrávka rozhovoru pořízena oproti klientům, kde nahrávka pořízena být nemohla, nejčastěji v návaznosti na nesouhlas rodiče či nemožnost nahrávání (telefonický rozhovor).

Jako další bod, který chceme zmínit je celková časová náročnost úvodní části diagnostiky. V rámci výzkumného vzorku 5 klientů se časová dotace potřebná k vykonání úvodního/prvního setkání pohybovala v rozmezí od 90 minut do 180 minut, což je značný rozdíl a jistě se projeví na získaných datech. Je zcela jisté, že zajištění 90minutové návštěvy ze strany klinického logopeda nebude možné.

Také prostředí, ve kterém se diagnostika odehrává má vysoký význam pro výzkumného pracovníka. Dovolujeme si tvrdit, že informace získané v domácím prostředí jsou zcela jinak ceněné než informace získané v prostředí logopedické ambulance či jinde mimo domov.

Prostředí domova, tedy prostředí přirozené, poskytuje celé rodině, a hlavně klientovi výhodu v podobě známého prostředí. Pokud tuto informaci vztáhneme ke klientům s PAS, výsledkem nám bude mnohem lepší adaptace na element cizí osoby u klienta. To se nám potvrdilo ve třech případech, kdy došlo k navštívení domácnosti klientů. V případě klienta C došlo k setkání v diagnostickém centru NAUTIS, což bylo cizí a nové prostředí, které mělo vliv na průběh diagnostiky. Taktéž u klienta D došlo k setkání v jiném než domácím prostředí (herna rané péče JAN z.s.). Klienti mají neustále potřebu nové prostředí objevovat a zkoumat, docházelo tak k otázkám a značnému odbíhání od procesu diagnostiky. Také byl zaznamenán nutný prostor k adaptaci na nové prostředí.

Chceme zdůraznit, že domácí prostředí skrývá zcela jiné informace, které nám v logopedické ambulanci unikají. Při tvorbě materiálu jsme vycházeli z Lechtova rozložení logopedické diagnostiky na osm bodů. Posledním bodem, který autor publikace *Diagnostika narušené komunikační schopnosti* (Lechta, 2003) uvádí, je průzkum sociálního prostředí. Dbali jsme na to, aby právě první část diagnostiky komunikace u dětí s PAS proběhla v co možná nejpřirozenějších podmínkách – nejlépe v prostředí domova. Vnímáme domácí prostředí jako další proměnou, která nám do diagnostického procesu zasahuje a významným způsobem jej ovlivňuje. S využitím tohoto prostředí v rámci diagnostiky jsme byli nadmíru spokojeni a myslíme si, že by bylo vhodné, aby tento bod diagnostiky NKS byl minimálně u jedinců s PAS splněn. Potvrzujeme tímto významnost tohoto bodu, který Lechta považoval taktéž za důležitý. Zároveň si dovoluujeme upozornit na těžkosti, které mohou nastat, při realizaci návštěv na straně logopedů – je asi těžké si představit, že by každý klinický logoped mohl za klientem s PAS na první návštěvu zavítat do jeho nejpřirozenějšího prostředí. Bylo by tedy vhodné zajistit informace o sociálním prostředí alternativním způsobem. Napadá nás možná spolupráce s pracovníky rané péče, do jejichž systému bývají klienti s PAS zařazeni v čase, kdy přicházejí k logopedovi. Jednalo by se o novou dimenzi multidisciplinárního přístupu v logopedické praxi. Domníváme se, že i poradce rané péče je schopný kvalitně klienta posoudit na základě předloženého schématu pro pozorování nebo na základě zaškolení v subtestu Pragmatika komunikace.

Závěrem bychom rádi shrnuli a vyzdvihli poznatky (data analýzou prověřená), ke kterým jsme dospěli. Uvědomujeme si, že získané informace byly čerpány z výzkumného vzorku

5 klientů – tzn., že se v závislosti na budoucím navýšení výzkumného vzorku mohou změnit a nelze je zobecňovat.

Předvýzkum se konal v prostředí domovů klientů (až na dvě výjimky, kde se toto zabezpečit nepodařilo). Prvek zasazení logopedické diagnostiky do domácího prostředí považujeme za jeden z důležitých předpokladů pozitivní adaptace klienta na element cizí osoby v podobě výzkumného pracovníka (logopeda). Klient, který je středem zájmu, evidentně z tohoto přístupu profituje.

Podstatným bodem je časové hledisko celé logopedické diagnostiky u klientů s autismem. Nemůžeme zobecnit v jaké časové normě bychom měli být schopni diagnostiku komunikace provést. Cílovou skupinu klientů s poruchou autistického spektra vnímáme natolik specificky, že by bylo vhodné diagnostické podmínky uzpůsobit každému klientovi na míru. Vhodná časová dotace tady dle našeho názoru neexistuje, a pokud chceme zajistit co nejkvalitnější posouzení komunikace ve všech jejích složkách, nemůžeme tomuto procesu věnovat pouze jedno setkání. Je vhodné diagnostikovat průběžně a postupně v návaznosti na celkové individuální a věkové zvláštnosti klienta. Výhodou v logopedické praxi je možnost a nutnost prolínání logopedické diagnostiky s logopedickou terapií.

Byly zjištěny benefity domácího prostředí v rámci diagnostiky komunikace u klientů s autismem, dále pozitiva při uplatnění audionahrávek v procesu diagnostiky. Benefitem pro klinického logopeda či jiného pracovníka vyšetřujícího jazykovou a komunikační úroveň klienta je možnost využití připravených záznamových archů pro rozhovor a pozorování, také záznamový arch pro subtest Pragmatika komunikace. Komplex těchto materiálů by měl přinést důležitá data do celkového klinického obrazu (jazykového a komunikačního profilu) klienta.

## 10 LIMITY PRÁCE

V následující části budou popsány limity, které byly autorkou práce zaznamenány v průběhu celého šetření, a které vnímáme jako významné a ovlivňující celkový výsledek a závěry této práce. Jako nejpodstatnější se nám jeví limit vysoké časové náročnosti a vzdálenosti od jednotlivých klientů. Dalším limitem byl zdravotní stav klientů, na který autorka práce v průběhu předvýzkumu musela brát neustále ohledy. Vliv na celkovou realizaci práce měl také způsob dopravy – vzhledem k tomu, že autorka práce necestovala automobilem, projevílo se to na časové prodlevě a celkovém plánování jednotlivých návštěv u klientů.

Nejvýznamnějším limitem se nejen pro tuto práci stala celosvětová situace pandemie COVID-19, která narušila celkový průběh našeho předvýzkumu, který nemohl být dokončen zamýšleným způsobem.

Rádi bychom na tomto místě upozornili na etické aspekty předvýzkumného šetření. Měli bychom zhodnotit dodržení základních etických principů, které by se měli uplatňovat v rámci každého výzkumu. Švaříček a Šed'ová (2014, s. 43-50) uvádějí jako nejzákladnější následující tři principy etického přístupu k výzkumu:

- důvěrnost,
- informovaný souhlas,
- zpřístupnění práce účastníkům výzkumu.

Za důvěrnost ve výzkumu je považováno jednání výzkumného pracovníka, které nepovede ke zveřejnění dat, která by mohla čtenáři umožnit identifikovat účastníky výzkumu – pokud tohoto nemůže výzkumník dosáhnout, neměl by práci publikovat. (Švaříček, Šed'ová, 2014). V rámci našeho výzkumu byly všichni účastníci předem seznámeni s podmínkami předvýzkumu a taktéž byly obeznámeni o zásadách zajišťujících uchování jejich osobních a identifikačních údajů. V návaznosti na toto obeznámení byl se všemi zákonnými zástupci sepsán informovaný souhlas s předvýzkumnou akcí a účasti v ní.

Co se týká zpřístupnění práce, všem účastníkům byla v elektronické podobě zaslána zpráva o předvýzkumné akci, která korespondovala se závěry jednotlivých případových studií. Po zveřejnění práce bude v návaznosti zaslán rodinám i přímý odkaz, kde si budou moci celou diplomovou práci přečíst. Bude tak zajištěn přístup všem účastníkům předvýzkumu k této diplomové práci.

## **Limity na straně zkoumaných osob**

Dle stanovených kritérií jsme oslovili 120 rodin prostřednictvím e-mailové korespondence, odezvou nám bylo několik reakcí. Většina rodin (z celé České republiky) nebyla ochotná nebo pro ni bylo problematické (z různých důvodů) se podílet na předvýzkumné akci. Důvody neúčasti, které zaznívaly jsou bodově shrnuty zde:

- nemožnost organizačně zajistit rodinu v průběhu předvýzkumu,
- nesplnění požadovaných kritérií,
- časová náročnost předvýzkumu,
- vysoká vzdálenost od míst, kde předvýzkum probíhal (Olomouc, Praha, Vrchlabí a okolí).

Mnoho oslovených rodin na nabídku spolupráce vůbec nezareagovalo. Tudíž jsme se s nimi nemohly v dalším postupu spojit.

Dalším limitem, který spatřujeme na straně zkoumaných osob byla značná míra subjektivity poskytnutých informací. Jednalo se o data získaná z rozhovoru s rodiči, kteří nehodnotí své dítě objektivně, na což je nutné myslet při analýze a interpretaci získaných dat.

## **Limity na straně výzkumníka**

Na straně výzkumného pracovníka se vyskytovalo hned několik limitů. Chceme jmenovat hlavně nemožnost zajištění standartního průběhu všech rozhovorů. Rozhovory a následné pozorování byly konané v různých denních dobách, taktéž jejich časová náročnost se lišila. V poslední fázi předvýzkumu byla forma osobního rozhovoru nahrazena formou telefonickou (případová studie E).

Při tvorbě dílčích logopedických subtestů jsme se shledali s limity technickými – nedostatečně kvalitní technologie pro tisk, skenování a laminaci. Vysoká časová náročnost praktické výroby materiálu nebyla efektivní a můžeme konstatovat, že předčila předpokládaný průběh realizace výroby materiálu.

## **Limity na straně metod sběru dat**

Metody sběru dat, které jsme využívali byly spolehlivé a dobře připravené, limitem byla obsáhlost a náročnost na dodržení jistých pravidel etického kodexu. Analýza lékařské dokumentace byla časově náročná, ale poskytla cenné informace, nevýhodou byla možnost

prozkoumání lékařských zpráv pouze na místě (některé rodiny lékařskou dokumentaci neposkytly ve formě kopie). V rámci struktury otázek pro rozhovor jsme zaznamenali nutnost upřesnění některých otázek výzkumným pracovníkem tak, aby došlo k plnému pochopení na straně rodiče.

### **Limity na straně výzkumného terénu**

Limity na straně výzkumného terénu můžeme spatřovat v různorodosti prostředí, ve kterém byl předvýzkum konán. V některých případech se jednalo o přirozené sociální prostředí – prostředí domova, ale ve dvou případech se jednalo o prostředí diagnostického centra NAUTIS či herny rané péče JAN z.s., které byly využity na základě požadavků klientů a jejich nemožnosti konat setkání v jejich přirozeném prostředí. To mohlo ovlivnit a zkreslit závěry z těchto diagnostických setkání.

## 11 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Následující část textu předkládá návrhy pro další vědecko-výzkumnou činnost v oblasti, kterou jsme v našem předvýzkumném šetření započali.

Předvýzkum, který byl realizován mohl v praxi u klientů výzkumného vzorku pracovat s vytvořeným rozhovorem pro rodiče k jazykovému a komunikačnímu vývoji dětí s PAS, taktéž se schématem pro pozorování a subttestem Pragmatika komunikace. Bohužel nemohlo dojít k užití další části sestavené logopedické diagnostiky. Uvědomujeme si značnou časovou náročnou tohoto předvýzkumu. Jsme rádi, že mohl materiál vzniknout, ale limitem zůstává, že nemohlo být 10 subttestů použito a ozkoušeno naším výzkumným vzorkem.

V současné době máme ideu poskytnout záznamový arch k rozhovoru a pozorování – alespoň spolupracujícím organizacím, kteří se na předvýzkumu podíleli. Ve většině těchto organizací logoped nepůsobí a vnímáme jako přínosné zmíněné materiály poskytnout alespoň části praxe, která pracuje s cílovou skupinou poruch autistického spektra. S využitými materiály dle našeho názoru mohou pracovat i poradci rané péče či psychologové. Další možností by bylo uveřejnění materiálů způsobem, ze kterého by profitovala cílová skupina, tedy logopedi v praxi a jejich klienti. Otázkou je, jak takové zveřejnění provést. Zcela vhodnou formou je volba zřízení webové stránky, kde by se materiály mohly nacházet. To je další podnět k promyšlení pro autorku práce.

Do budoucna plánujeme pokračovat s předvýzkumným šetřením a výzkumný vzorek pěti klientů podrobit druhé části celé diagnostiky. Poté alespoň částečně analyzovat práci s materiálem a přistoupit k efektivnímu vylepšování materiálu. Po dokončení předvýzkumu (základní části a prvních úprav) by bylo žádoucí navýšit výzkumný vzorek a přistoupit k rozsáhlejšímu testování (diagnostikování) prostřednictvím vzniklého materiálu určeného logopedické praxi. Taktéž si uvědomuje možnosti a náročnost posuzování efektivity materiálu – z tohoto pohledu bychom rádi zajistili překlenutí logopedické diagnostiky do další fáze, terapie. Longitudinálnost následujícího výzkumu by přispěla k vyšší validitě ověřovacího procesu.

Jsme si vědomi toho, že následující záměry a výzkumné plány jsou již předmětem výzkumu pro větší výzkumný tým, který by se mohl skládat z vědeckých pracovníků, ale i logopedů z praxe, kteří by přispěli podnětnými návrhy pro vylepšení efektivity logopedického diagnostického materiálu.

Jsme přesvědčeni, že je před námi dlouhá cesta, která může mít několik vědecko-výzkumných směrů. Doufáme, že okolnosti dají prostor pro vznik logopedického materiálu, který by sloužil k diagnostice komunikace v nejširším možném pohledu u dětí s poruchou autistického spektra a následnému uvedení tohoto materiálu do logopedické praxe, kam patří.



## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ADAMUS, P., A. VANČOVÁ, M. LÖFFLEROVÁ, 2017. *Poruchy autistického spektra v kontextu aktuálních interdisciplinárních poznatků*. Ostrava: Pedagogická fakulta Ostravské univerzity. ISBN 978-80-7464-957-8.

ALVESSON, M., 2003. Beyond Neopositivists, Romantics, and Localists: A Reflexive Approach to Interviews in Organizational Research. *Academy of Management Review*. Mississippi State, Miss: Academy of Management, 28(1), 13-33. ISSN 0363-7425.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015. *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, DSM-5*. Praha: Hogrefe – Testcentrum. ISBN 978-80-86471-52-5.

*Autism Society* [online], 2016. Maryland: Autism Society, [cit. 2019-07-31]. Dostupné z: <https://www.autism-society.org/dsm-iv-diagnostic-classifications/>

*Autismus-screening.eu* [online], 2016. Praha: Centrum Terapie Autismu, [cit. 2019-10-02]. Dostupné z: <https://www.autismus-screening.eu/>

BAILEY, A., et al., 1995. Autism as a strongly genetic disorder: evidence from a British twin study. *Psychological Medicine* [online]. (25), 63-67 [cit. 2019-10-03]. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/15407569\\_Autism\\_as\\_a\\_Strongly\\_Genetic\\_Disorder\\_Evidence\\_from\\_a\\_British\\_Twin\\_Study](https://www.researchgate.net/publication/15407569_Autism_as_a_Strongly_Genetic_Disorder_Evidence_from_a_British_Twin_Study)

BAYLEY, N., 2005. *Bayley Scales of Infant and Toddler Development, Third Edition*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

BEESON, P.M. (unpublished). *The Arizona Semantic Test*.

BERANOVÁ, I., K. THROVÁ, M. HRDLIČKA, L. PROPPER, 2014. Specifické diagnostické metody. HRDLIČKA, M., V. KOMÁREK, ed. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. 2., doplněné. Praha: Portál. s. 91-106. ISBN 978-80-262-0686-6.

BIRNER, B. J., 2013. *Introduction to Pragmatics*. Oxford: Wiley-Blackwell. ISBN 978-1-4051-7583-8.

BITTNEROVÁ, I., 2012. *Fonologické uvědomění u dětí předškolního věku*. Olomouc. Diplomová práce. Pedagogická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Mgr. Renata Mlčáková, Ph.D.

- BOLTON, P., H. MACDONALD, et al., 1994. A case controlled Family History Study of Autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, s. 877-900. ISSN 1469-7610.
- BOUROVÁ, L., 2016. *Zjišťování efektivity vzdělávání v organizaci*. Olomouc. Diplomová práce. Filozofická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce doc. PhDr. Miroslava Dvořáková, Ph.D.
- BRIERLEY, J., 1996. *7 prvních let života rozhoduje*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-484-2.
- BUNTOVÁ D., E. TICHÁ, 2016. Autizmus. KERÉKRÉTIÓVÁ, A. et al. *Logopédia*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave. s. 162-178. ISBN 978.80-223-4165-3.
- BUREŠ, M., M. RENDA a M. DOLEŽAL et al., 2016. *Efektivní testování softwaru: Klíčové otázky pro efektivitu testovacího procesu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-9390-7.
- BYTEŠNÍKOVÁ, I., 2012. *Komunikace dětí předškolního věku*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3008-0.
- Centrum Terapie Autismu, 2017. *Centrum Terapie Autismu* [online]. Praha: Centrum Terapie Autismu [cit. 2020-02-18]. Dostupné z: <https://www.terapie-autismu.cz/>
- COLE, E. B., 1992. *Listening and talking: A guide to promoting spoken language in young hearing-impaired children*. Washington, D. C.: Alexander Graham Bell Association for the Deaf. ISBN 0-88200-172-8.
- ČADILOVÁ V., Z. ŽAMPACHOVÁ, 2013. *Rozvoj sociálních dovedností u dětí s autismem (pro děti předškolního věku a pro děti se sníženými rozumovými schopnostmi)*. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-905576-2-8.
- ČADILOVÁ, V., K. THOROVÁ, Z. ŽAMPACHOVÁ, 2012. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb. Část II., (Diagnostické domény pro žáky s poruchami autistického spektra)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3054-6.
- ČADILOVÁ, V., Z. ŽAMPACHOVÁ, 2012. *Pacient s poruchou autistického spektra v ordinaci lékaře*. Praha: APLA PRAHA. ISBN 978-80-87690-03-1.
- ČADILOVÁ, V., Z. ŽAMPACHOVÁ, 2015. *Edukačně hodnotící profil dítěte s poruchou autistického spektra*. 4. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-905993-6-9.

- ČERMÁK, F., 2011. *Jazyk a jazykověda*. 4. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80- 246-1946-0.
- ČERNÝ, J., 2008. *Úvod do studia jazyka*. 2. vyd. Olomouc: Rubico. ISBN 978-80-7346-093-8.
- ČERNÝ, V., 2009. *Řeč těla*. Brno: Computer Press, a.s. ISBN 978-80-251-2449-9.
- DE MEYER, M. K., 1979. *Parents and Children in Autism*. Washington D. C.: Halsted Press. ISBN 978-0470267332.
- DE VITO, J. A., 2008. *Základy mezilidské komunikace*. 6. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2018-0.
- Diakonie* [online], 2020. Praha: VIZUS [cit. 2020-02-26]. Dostupné z: <https://vrchlabi.diakonie.cz/nase-sluzby/rana-pece/>
- DISMAN, M., 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0139-7.
- DLOUHÁ, O. et al., 2017. *Poruchy vývoje řeči*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-314-2.
- DUNN, W., 1999. *Short Sensory Profile*. USA: The Psychological Corporation.
- DVOŘÁK, J., 2001. *Logopedický slovník: terminologický a výkladový*. 2. upravené a rozšířené. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. ISBN 80-902536-2-8.
- FARLEY, P., 2014. Dozens of Genes Associated with Autism in New Research. *University of California San Francisco* [online]. (research) [cit. 2019-10-03]. Dostupné z: <https://www.ucsf.edu/news/2014/10/120146/dozens-genes-associated-autism-new-research>
- FERNANDES, F. D. M., C. A. H. AMATO, D. R. MOLINI-AVEJONAS, 2011. Language Assessment in Autism. MOHAMMADI, M. *A Comprehensive Book on Autism Spectrum Disorders* [online]. Rijeka: InTech [cit. 2020-02-24]. ISBN 978-953-51-4434-2. Dostupné z: <https://www.intechopen.com/books/a-comprehensive-book-on-autism-spectrum-disorders>
- GAVORA, P. a et al., 2010. *Elektronická učebnica pedagogického výskumu* [online]. Bratislava: Univerzita Komenského [cit. 2020-02-25]. ISBN 978-80-223-2951-4. Dostupné z: <http://www.e-metodologia.fedu.uniba.sk/>

- GILLBERG, CH., A. PEETERS, 2008. *Autismus: zdravotní a výchovné aspekty*. 3. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-498-4.
- GROB, A., C. S. MEYER, P. HAGMANN-VON ARX, 2014. *IDS, Inteligenční a vývojová škála pro děti ve věku 5-10 let*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.
- HARTL, P., H. HARTLOVÁ, 2015. *Psychologický slovník*. 3. aktualizované. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0873-0.
- HAYES, N., 2009. *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0534-0.
- HEILMANN, Ch. M., 2013. *Řeč těla: gesta-mimika-emoce*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4394-3.
- HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. přepracované a rozšířené. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
- HENDL, J., J. REMR, 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1192-1.
- HIRSCHOVÁ, M., 2013. *Pragmatika v češtině* [online]. 2. Praha: Karolinum [cit. 2020-02-16]. ISBN 978-80-246-2390-0. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=905905>
- HOŠKOVÁ, L., J. LAKATOŠOVÁ, 1994. *Komunikace*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-7067-407-5.
- HRDLIČKA, M., V. KOMÁREK, ed., 2014. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. 2., doplněné. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0686-6.
- HUER, M. B., L. MILLER, 2011. *Test of Early Communication and Emerging Language, TECEL*. Texas: PRO-ED, Inc.
- CHRÁSKA, M., 2007. *Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1369-4.
- ICD-11: browser* [online], 2018. World Health Organizations, [cit. 2019-08-01]. Dostupné z: <https://icd.wh.int/browse11/l-m/en>
- IOSSIFOV, I., B. J. O'ROAK, et al., 2014. The contribution of de novo coding mutations to autism spectrum disorders. *Nature*, 515, s. 216-221. ISSN 0028-0836.

*Jdeme autistům naproti* [online], 2019. Ostrava: banan.cz [cit. 2020-02-26]. Dostupné z: <http://www.jan-olomouc.cz/>

JEDLIČKA, I., 2007. Vývoj řeči. ŠKODOVÁ, E., I. JEDLIČKA, et al. *Klinická logopedie*. 2. Praha: Portál. s. 93-94. ISBN 978-80-7367-340-6.

*Jiný svět* [online], 2020. Dobříš: Z jiného světa [cit. 2020-02-19]. Dostupné z: <https://www.autismus-a-my.cz/>

JIRÁSEK, J., Z. MATĚJČEK, Z. ŽLAB, 1966. *Poruchy čtení a psaní: vývojová dyslexie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. ISBN (Váz.).

KÁBRT, J., P. KUCHARSKÝ, R. SCHAMS, et al., 2000. *Latinsko/český slovník*. Vozice: LEDA. ISBN 80-85927-82-9.

KAPALKOVÁ, S., L. VENCELOVÁ, 2016. Vývin jazykových schopností dětí v předškol-  
skom a mladšom školskom veku. KEREKRÉTIOVÁ, A. et al. *Logopedická propedeutika*.  
Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave. s. 145-166. ISBN 978-80-223-4164-6.

KARLÍK, P., M. NEKULA, J. PLESKALOVÁ, ed., 2002. *Encyklopedický slovník češtiny*.  
Praha: Nakladatelství Lidové noviny. ISBN 807106484X.

KEREKRÉTIOVÁ, A., 2009. *Základy logopedie*. Bratislava: Univerzita Komenského.  
ISBN 978-80-223-2574-5.

KEREKRÉTIOVÁ, A., 2016. *Logopedická propedeutika*. Bratislava: Univerzita Komen-  
ského v Bratislave. ISBN 978-80-223-4164-6.

KLENKOVÁ, J., 2006. *Logopedie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1110-9.

KOCUROVÁ, M., 2002. *Komunikační kompetence jako téma inkluzivní školy*. Dobrá voda  
u Pelhřimova: Aleš Čeněk. ISBN 80-86473-23-6.

KOLBÁBOVÁ, H., KLENKOVÁ, J., 2003. *Diagnostika předškoláka: správný vývoj řeči  
dítěte*. Ilustroval E. KOLBÁBKOVÁ. Brno: Nakladatelství MC. ISBN 859-40-4225-026-1.

KRAHULCOVÁ, B., 2013. *Dyslalie – patlavost, vady a poruchy výslovnosti*. Praha: Beakra.  
ISBN: 978-80-903863-1-0.

KRAUS, J. et al., 2007. *Nový akademický slovník cizích slov*. Dotisk. Praha: ACADEMIA.  
ISBN 978-80-200-1351-4.

- KREJČÍŘOVÁ, D., 2015. Pervazivní vývojové poruchy a dětské psychózy. SVOBODA, M., D. KREJČÍŘOVÁ, M. VÁGNEROVÁ. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál. s. 514-541. ISBN 978-80-262-0899-0.
- KREJČÍŘOVÁ, D., 2018. Poruchy řeči a komunikace z pohledu dětské klinické psychologie. NEUBAUER, K., et al. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál. s. 170-182. ISBN 978-80-262-1390-1.
- KURIC, J. et al., 1989. *Ontogenetická psychologie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- KUTÁLKOVÁ, D, 2005. *Vývoj dětské řeči krok za krokem*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1026-9.
- LAMPI, K. M., et al., 2013. Parental age and risk of autism spectrum disorders in a Finnish national birth cohort. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 43(11), s. 2526-2535. ISSN 0162-3257.
- LANGMEIER, J., D. KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualizované. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1284-0.
- LEHEČKOVÁ, H., 1997. Jazyk, komunikace a řečové poruchy. KULIŠŤÁK, P., *Afázie*. Praha: Triton. s. 125-174. ISBN 80-85875-38-1.
- LECHTA, V. et al., 1990. *Logopedické repetitorium*. Bratislav: SPN. ISBN 80-0800-447-9.
- LECHTA, V. et al., 2002. *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*. Žilina: Osveta, Martin. ISBN 80-8063-100-X.
- LECHTA, V. et al., 2003. *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-801-5.
- LECHTA, V., 2007. Metody logopedické intervence. ŠKODOVÁ, E., I. JEDLIČKA et al. *Klinická logopedie*. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-340-6.
- LECHTA, V., 2007. Základní vymezení oboru logopedie. ŠKODOVÁ, E., I. JEDLIČKA, et al. *Klinická logopedie*. 2. Praha: Portál. s. 17-28. ISBN 978-80-7367-340-6.
- LEWIS, M., 1996. *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. Baltimore: Williams and Wilkins. ISBN 978-1496345493.

- LEYFER, O. T., et al., 2008. Overlap between autism and specific autism impairment: comparison of Autism Diagnostic Interview and Autism Diagnostic observation Schedule scores. *Autism Research Journal*, 1, 5, s. 284-295. ISSN 1939-3806.
- LILIENFELD S. O., H. ARKOWITZ, 2007. Autism: An epidemic? *Scientific American Mind*, 18, 2, s. 90-91. ISSN 1555-2284.etiolo
- LINHART, J., et al., 2002. *Slovník cizích slov pro nové století*. Litvínov: Dialog. ISBN 80-85843-61-7.
- LYALL, K., J. N. CONSTANTINO, et al., 2014. *Parental Social Responsiveness and Risk of Autism Spectrum Disorder in Offspring*. *JAMA Psychiatry*, 71(8), s. 936-942. ISSN 2168-622X.
- Magnetic's, Magnimo. *Dřevěné magnety se zvířátky*. Paříž: Djeco. EAN 3070900031241.
- MARKOVÁ J., 2016. Základy lingvistiky. KEREKRÉTIOVÁ, A. et al. *Logopedická propeutika*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave. s. 86-102. ISBN 978.80-223-4164-6.
- MATĚJČEK, Z., Z. ŽLAB, 1972. *Zkouška laterality*. Brno, Czechia: Psychodiagnostika.
- MIKUDOVÁ, H., 2014. *Pragmatická jazyková rovina u osob s poruchou autistického spektra*. Olomouc. Diplomová práce. Pedagogická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce PhDr. Alena Říhová, Ph.D.
- MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1362-4.
- MISTRÍK, J., 1969. *Frekvencia slov v slovenčine*. Bratislava: Vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied.
- MIŠOVIČ, J., 2019. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: SLON: SocioLOGické Nakladatelství. ISBN 978-80-7419285-2.
- MLČÁKOVÁ, R., K. VITÁSKOVÁ, 2013. *Narušení artikulace a narušení vývoje mluvené řeči – vstup do problematiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3721-7.

*Naděje pro autismus* [online], 2020. Praha: Naděje pro autismus [cit. 2020-02-19]. Dostupné z: <https://www.nadejeproautismus.cz/>

*NAUTIS* [online], 2020. Praha: Nautis [cit. 2020-02-19]. Dostupné z: <https://nautis.cz/cz/onas>

NEŠPOR, Z. R., 2019. Sociologická encyklopedie. *Sociologická encyklopedie* [online]. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2019 [cit. 2020-02-25]. Dostupné z: [https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Hlavn%C3%AD\\_strana](https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Hlavn%C3%AD_strana)

NEUBAUER, K., et al., 2018. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1390-1.

NEUBAUER, K., 2014. *Logopedie a surdopedie: učební text pro základní kurz*. Hradec Králové: Gaudeamus: Univerzita Hradec Králové. ISBN 978-80-7435-500-4.

NEWSCHAFFER, C. J., D. FALLIN, N L. LEE, 2002. Heritable and Nonheritable risk factors for Autism Spectrum Disorders. *Epidemiologic Reviews* [online]. 24(2), s. 137-153. [cit. 2019-10-03]. Dostupné z: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.501.9281&rep=rep1&type=pdf>

OKSAAR, E., 1983. *Language Acquisition in the Early Years. An Introduction to Peadolinguistics*. London: Batsford Academic and Educational Press. ISBN 978-0312465971.

*OSKOLA* [online], 2019. Brno: Oskola [cit. 2020-02-19]. Dostupné z: <https://www.obrazkova-skola.cz/#>

OŠLEJŠKOVÁ, H., 2006. Autismus, neurologické, behaviorální a kognitivní projevy. *Neurologie pro praxi*. 7.(4), s. 189-191. ISSN 1213-1814.

OŠLEJŠKOVÁ, H., 2008. Poruchy autistického spektra: poruchy vyvíjejícího se mozku. *Pediatric pro praxi*. 9.(2), s. 80-84. ISSN 1213-0494.

PACKER, A., 2016. Neocortical neurogenesis and the etiology of autism spectrum disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 64, s. 185-195. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2016.03.002.

PAŘENICOVÁ, E., 2013. *Adaptace dítěte na školní prostředí*. Olomouc. Diplomová práce. Pedagogická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce PhDr. Jitka Petrová, Ph. D.



*Pasparta* [online], 2020. Praha: Pasparta [cit. 2020-02-19]. Dostupné z: <http://www.pasparta.cz/>

PEČEŇÁK, J. 2003. Diagnostika dětského autismu. In: LECHTA, V. et al. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. 1. vyd. Praha: Portál. s. 262-279. ISBN 80-7178-801-5.

PIAGET, J., 1966. *Psychologie inteligence*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

PIAGET, J., B. INHELDER, 2014. *Psychologie dítěte*. 6. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0691-0.

*Piktomag, komunikační a didaktické pomůcky* [online], 2020. Praha: Pigtomag [cit. 2020-02-19]. Dostupné z: <http://pikto.piktomag.cz/>

Plagiocefalie-poruchy deformity hlavy. *PLAGIOCEFALIE* [online], 2017. Frýdek-Místek: 2RSOLUTIONS [cit. 2020-04-17]. Dostupné z: [http://plagiocefalie.cz/deformity\\_lebky-typy\\_deformit.html](http://plagiocefalie.cz/deformity_lebky-typy_deformit.html)

PLAŇAVA, I., 2005. *Průvodce mezilidskou komunikací: přístupy – dovednosti – poruchy*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0858-2.

POSPÍŠILOVÁ, L., 2018. Neurovývojové poruchy a klinická logopedie. NEUBAUER, K., et al. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál. s. 183-222. ISBN 978-80-262-1390-1.

PREISSOVÁ, I., 2018. Pervazivní vývojová onemocnění a poruchy komunikace. NEUBAUER, K. et al. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál. s. 514-525. ISBN 978-80-262-1390-1.

PRŮCHA, J., 2011. *Dětská řeč a komunikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3181-0.

PRŮCHA, J., E. WALTEROVÁ, J. MAREŠ, 2001. *Pedagogický slovník*. 3., rozšířené a aktualizované. Praha: Portál. ISBN 80-7178-579-2.

PRŮCHA, J., E. WALTEROVÁ, J. MAREŠ, 2013. *Pedagogický slovník*. 7. aktualizované a rozšířené. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0403-9.

RAZAVI, F., M. POURMOHAMADREZA-TAJRISHI, H. HAGHGOO, E. BAKHSHI, S. TAVAKOLI, S. M. A. MIRI, 2019. Pragmatic Language in Children With Autism Spectrum Disorders. *Iranian Rehabilitation Journal*. 17(3), 225-235. DOI: 10.32598/irj.17.3.225. Dostupné z:

[https://www.researchgate.net/publication/335977195\\_Number\\_3\\_Pragmatic\\_Language\\_in\\_Children\\_With\\_Autism\\_Spectrum\\_Disorders](https://www.researchgate.net/publication/335977195_Number_3_Pragmatic_Language_in_Children_With_Autism_Spectrum_Disorders) [accessed Feb 13 2020].

REISINGER, L. M., K. M. CORNISH, E. FOMBONNE, 2011. Diagnostic Differentiation of Autism Spectrum Disorders and Pragmatic Language Impairment. *Journal of Autism & Developmental Disorders*. 41(12), s. 1694–1704. ISSN 0162-3257.

RIMLAND, B., 1962. *Infantile Autism: The Syndrome and Its Implications for a Neural Theory of Behavior*. Appleton-Century-Crofts. s. 221–236.

ŘÍHOVÁ, A., 2011. *Poruchy autistického spektra: pomoc pro rodiče dětí s PAS*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 90 s. ISBN 978-80-244-2677-8.

ŘÍHOVÁ, A., K. VITÁSKOVÁ, 2012. *Logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra. Odborná publikace pro logopedy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2908-3.

*ScienceDirect* [online], 2019. Amsterdam: Elsevier C.V., [cit. 2019-10-04]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/>

SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. *Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku*. Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7.

SINCLAIR, J., 1993. Don't Mourn for Us. *Our Voice, Autism Network International newsletter*, 1, 3, [http://www.autreat.com/dont\\_mourn.html](http://www.autreat.com/dont_mourn.html).

*Slovník cizích slov* [online], 2004. Praha: ABZ.cz, [cit. 2019-07-30]. Dostupné z: <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/>

STRAUSS, A., J. CORBINOVÁ, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert. ISBN 80-85834-60-X.

STRAUSSOVÁ, R., 2018. Kazuistika: Metoda rané intervence u batolat O.T.A., přechod od autismu ke zdravému vývoji za využití tréninku rodičů bez přímé práce s dítětem – 8 setkání v průběhu 18 měsíců (18-36 měsíců). In: *SOFT-Společnost rodinných a systematických terapeutů* [online]. Praha: SOFT [cit. 2020-02-19]. Dostupné z: <http://soft-zs.cz/item/294-straussova-romana-metoda-rane-intervence-u-batolat-o-t-a>

- STRAUSSOVÁ, R., M. KNOTKOVÁ. 2011. *Průvodce rodičů dětí s poruchou autistického spektra: jak začít a proč*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0002-4.
- STRYKOVÁ, E., I. PŮLPÁNOVÁ, 2001. Komunikace a autismus. *Česká logopedie*. Praha: Česká logopedická společnost Miloše Sováka, 2000, s. 116–133.
- SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, 2000. *Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize: duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. 2. vyd. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 8085121441.
- SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, 2018. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, MKN 10. revize*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-7472-168-7.
- ŠEBESTA, K., 1999. *Od jazyka ke komunikaci. Didaktika českého jazyka a komunikační výchova*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-711-9.
- ŠKODOVÁ, E., 2003. Symptomatické poruchy řeči. ŠKODOVÁ, E., I. JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. Praha: Portál. s. 410-416. ISBN 80-7178-546-6.
- ŠKODOVÁ, E., I. JEDLIČKA, et al., 2007. *Klinická logopedie*. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-340-6.
- ŠKODOVÁ, E., MICHEK, F., MORAVCOVÁ, M. *Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí*. Praha: Realia, 1995. ISBN 80-238-0312-3.
- ŠPORCLOVÁ, V., 2015. *Úprava, ověření a standardizace screeningové metody Dětské autistické chování – DACH*. Praha. Disertační práce. Filozofická fakulta, Univerzita Karlova.
- ŠPORCLOVÁ, V., 2018. *Autismus od A do Z*. Praha: PASPARTA Publishing. ISBN 978-80-88163-98-5.
- ŠVAŘÍČEK, R., K. ŠEĐOVÁ, et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
- TAYLOR, L., et al., 2015. Evidence for shared deficits in identifying emotions from faces and from voices in autism spectrum disorders and specific language impairment. *International Journal of Language and Communication Disorders*. 50, 4, s. 452-466. ISSN 1460-6984.

- TELLEGEN, P. J., J. LAROS, D. HEIDER, 2008. *Neverbální inteligenční test. SON-R 2 ½ – 7*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.
- THOROVÁ, K., 2008. *Poruchy autistického spektra: včasná diagnóza branou k účinné pomoci*. 2. Praha: APLA. ISBN 978-80-254-6339-0.
- THOROVÁ, K., 2012. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus. Atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0215-8.
- THOROVÁ, K., 2015. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0714-6.
- THOROVÁ, K., 2016. *Poruchy autistického spektra*. 3., přepracované a rozšířené. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0768-9.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online], 2019. Praha: ÚZIS ČR, [cit. 2019-10-02]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn>
- VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2., doplněné a přepracované. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.
- VAŠEK, Š., 2005. *Základy speciální pedagogiky*. Praha: Vysoká škola Jana Amose Komenského. ISBN 80-86723-13-5.
- Velký lékařský slovník [online], 1998. Praha: Maxdorf, [cit. 2019-10-04]. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz/lexikon-pojem/synaptogeneze>
- VÉVODOVÁ, Š., K. IVANOVÁ, et al., 2015. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4770-4.
- VITÁSKOVÁ, K. et al., 2018. *Komunikační, jazykové a orofaciální procesy v logopedii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5466-5.
- VITÁSKOVÁ, K., A. PEUTELSCHMIEDOVÁ, 2005. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-224-1088-5.
- VITÁSKOVÁ, K., et al., 2016. *Výzkum vybraných parametrů produkce a percepce hlasu, řeči a jazyka ve vazbě na specifické etiologické determinanty v logopedickém náhledu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5099-5.

- VITÁSKOVÁ, K., et al., 2017. *Výzkum poruch a odchylek komunikační schopnosti a orofaciálního systému z logopedického hlediska*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5288-3.
- VITÁSKOVÁ, K., L. KYTNAROVÁ, 2016. *Pragmatická jazyková rovina u osob s poruchou autistického spektra*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5214-2.
- VOKURKA, M., J. HUGO, 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované. Praha: MAXDORF. ISBN 978-80-7345-456-2.
- VOLDEN, J., J. COOLICAN, N. GARON, J. WHITE, S. BRYSON, 2008. Brief Report: Pragmatic Language in Autism Spectrum Disorder: Relationships to Measures of Ability and Disability. *Journal of Autism & Developmental Disorders*. 2009(39), 388-393. DOI: DOI 10.1007/s10803-008-0618-y. ISSN 1573-3432.
- VYBÍRAL, Z., 2009. *Psychologie komunikace*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-387-1.
- WATZLAWICK, P., J. B. BAVELAS, D. JACKSON, 2011. *Pragmatika lidské komunikace: interakční vzorce, patologie a paradoxy*. Brno: Newton Books. ISBN 978-80-87325-00-1.
- WECHSLER, D., 2002. WISC-III. *Wechslerova inteligenční škála pro děti*. Praha: Testcentrum.
- WEINTRAUB, K., 2011. Autism counts. *Nature* [online]. (479), s. 22-24 [cit. 2019-10-02]. Dostupné z: <https://www.nature.com/articles/479022a.pdf>
- WIENER, J. M., 1997. *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. 2. Washington D. C., American Psychiatric Press. ISBN 978-1882103034.
- YIN, R. K., 2003. *Case study research: design and methods*. 3. Thousand Oaks, Calif.: London: SAGE. ISBN 076192552X.

## SEZNAM TABULEK

**Tabulka 1:** Přehled klasifikací PAS a terminologických rozdílů

**Tabulka 2:** Diagnostická kritéria dle DSM-5

**Tabulka 3:** Stupně závažnosti poruch autistického spektra

**Tabulka 4:** Diagnostická kritéria pro dětský autismus dle MKN-10

**Tabulka 5:** Jednotlivé typy sociálního chování u jedinců s PAS

**Tabulka 6:** Prvky mezilidské komunikace

**Tabulka 7:** Základní deficity ve verbální a neverbální komunikaci jedinců s PAS

**Tabulka 8:** Pomůcky v logopedické intervenci klientů s PAS

**Tabulka 9:** Výzkumný vzorek předvýzkumné akce

**Tabulka 10:** Shrnující tabulka s lékařskou dokumentací

## SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A SCHÉMAT

**Obrázek 1:** Karty se symboly

**Obrázek 2:** Kartičky pro strukturalizaci času

**Obrázek 3:** Struktura prostoru – krabice/box

**Obrázek 4:** Vyšetřovací listy ST

**Obrázek 5:** Upevnění hlavního obrázku

**Obrázek 6:** Testové dvojice VFS

**Obrázek 7:** Testový list R – přední strana

**Obrázek 8:** Testový list R – zadní strana s rytmickým schématem

**Obrázek 9:** Pomůcky pro subtest LaG

**Obrázek 10:** Ukázková fotografie pohybového úkonu pro hrubou motoriku

**Obrázek 11:** Ukázková fotografie pohybového úkonu pro oromotoriku

**Obrázek 12:** „Náš obrázkový slovník“ SZaP\_P

**Obrázek 13:** Vyšetřovací listy SZaP\_S

**Obrázek 14:** Situační obrázky SV

**Obrázek 15:** Sada obrázků SV k zařazení pod situaci

**Obrázek 16:** Předlohové list ZP a magnety

**Obrázek 17:** Obrázková sada SP

**Obrázek 18:** Pracovní list MaS\_MČ

**Obrázek 19:** Obrázkové dvojice MaS\_MČ

**Obrázek 20:** Obrázky MaS\_P

**Obrázek 21:** Obrázky MaS\_PV

**Obrázek 22:** Figurky a domeček MaS\_PV

**Obrázek 23:** Obrázky MaS\_OV

**Graf 1:** Vývojový graf klientky B (ve věku 4 let a 1 měsíce)

**Graf 2:** Vývojový profil klienta D (ve věku 4 let a 11 měsíců)

**Schéma 1:** Klíčová oblast reakce na pokyn „ne“

**Schéma 2:** Klíčová oblast reakce na otázky a oslovení

**Schéma 3:** Klíčová oblast zajištění logopedické péče

**Schéma 4:** Klíčová oblast problematiky gramatiky navazující na otázky 10-13 z rozhovoru pro rodiče

**Schéma 5:** Klíčová oblast echolalie

**Schéma 6:** Klíčová oblast rituálů a pohybové stereotypie

**Schéma 7:** Klíčová oblast společné hry

**Schéma 8:** Klíčová oblast výběru pomůcek pro činnost/hru

**Schéma 9:** Klíčová oblast zrakového kontaktu



# SEZNAM PŘÍLOH

**Příloha 1:** Informativní leták k předvýzkumné akci

**Příloha 2:** Informovaný souhlas

**Příloha 3:** Záznamový arch k polostrukturovanému rozhovoru s rodiči dětí s PAS k jazykovému a komunikačnímu vývoji spolu se schématem pro pozorování

**Příloha 4:** Záznamový arch pro 11. subtest Pragmatika komunikace (PRA)

**Příloha 5:** Záznamový arch pro subtest Sémantický test (ST)

**Příloha 6:** Záznamový arch pro subtest Vyšetření fonemického sluchu (VFS)

**Příloha 7:** Záznamový arch pro subtest Rytmizace (R)

**Příloha 8:** Záznamový arch pro subtest Lateralita a grafomotorika (LaR)

**Příloha 9:** Záznamový arch pro subtest Motorika (M)

**Příloha 10:** Záznamový arch pro subtest Slovní zásoba a pojmenování (SZaP)

**Příloha 11:** Záznamový arch pro subtest Situační vnímání (SV)

**Příloha 12:** Záznamový arch pro subtest Zraková percepce (ZP)

**Příloha 13:** Záznamový arch pro subtest Sluchová percepce (SP)

**Příloha 14:** Záznamový arch pro subtest Morfologie a syntax (MaS)

**Příloha 15:** Kompletní seznam zdrojů použitého obrázkového a informačního materiálu v logopedickém diagnostickém materiálu

## **LOGOPEDICKÁ DIAGNOSTIKA U DĚTÍ S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA (PAS)**

Dovoluji si Vás oslovit v rámci diplomové práce, vedené pod záštitou Ústavu speciálněpedagogických studií na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Práce nese název „Diagnostika komunikace předškolních dětí s poruchou autistického spektra optikou předvýzkumu“. Hlavním cílem práce je zpracovat diagnostický nástroj zaměřující se na komunikaci dětí předškolního věku s diagnózou PAS.

### **Koho pro výzkum hledám?**

Děti s poruchou autistického spektra předškolního věku (od 3 let po nástup do základní školy), jejich rodiče (případně jejich učitele).

### **K čemu bude diagnostický nástroj sloužit?**

Vznikne modifikovaný nástroj, který bude hodnotit úroveň komunikace dětí s PAS. Na jeho základě bude mnohem snazší vytvářet individuální plán logopedické terapie. Pokud bude jeho používání považováno za úspěšné, budou jej moci využívat kliničtí logopedi a logopedi pro zhodnocení komunikace dětí s PAS, o které pečují.

### **Co od Vás potřebuji a o co prosím?**

Především Váš čistý zájem podílet se na tomto výzkumném šetření. Dále 2 hodiny Vašeho času ve dvou sezeních (60 + 60 minut).

**S veškerými dotazy se na mě můžete obracet. Budu se těšit na naše osobní setkání.**

Kristina Novotná

**tel.:** [REDACTED]; **e-mail:** [REDACTED]

vedoucí práce: Mgr. Adéla Hanáková, Ph.D.

*Příloha 2: Informovaný souhlas*

Univerzita Palackého v Olomouci  
PEDAGOGICKÁ FAKULTA  
Ústav speciálněpedagogických studií

INFORMOVANÝ SOUHLAS

o spolupráci ve výzkumu v rámci zpracování kvalifikační práce (diplomové práce)

Vážený pane/paní,

žádáme Vás o souhlas s publikováním od Vás získaných dat v rámci diplomové práce s názvem *Diagnostika komunikace předškolních dětí s poruchou autistického spektra optikou předvýzkumu* a zároveň Vám děkujeme za spolupráci při výzkumném šetření.

Dále žádáme o souhlas s poskytnutím výzkumného materiálu (včetně audionahrávky) ve formě řízeného rozhovoru/dotazníku a provedení logopedické diagnostiky. Veškerá zjištěná data budou analyzována a popisována v diplomové práci Kristiny Novotné (výzkumná pracovnice). Prosím, stvrďte svým podpisem, že Vám výzkumná pracovnice poskytla ponaučení a osobně Vám vysvětlila, jak bude celý výzkum probíhat.

Cílem diplomové práce je vytvořit ucelený diagnostický materiál sloužící k logopedické diagnostice. Diagnostický materiál se skládá z řízeného rozhovoru s rodiči dětí s diagnózou poruchy autistického spektra a z přímého pozorování dětí s touto diagnózou. Dále provedení logopedické diagnostiky v jejích dílčích úkolech (subtestech).

Cílem je získat data o možnosti uplatnění tohoto materiálu v logopedické praxi. Osobní data nebudou v diplomové práci zveřejněna, data budou uchována v anonymizované podobě a v maximální možné míře zajistím, aby získaná data nebyla zneužita.

Celková doba administrace diagnostického materiálu činí přibližně 2 hodiny, přičemž bude rozdělena do dvou setkání. V rámci prvního setkání zrealizujeme řízený rozhovor a přímé pozorování dítěte. V druhém setkání bude provedena logopedická diagnostika dítěte.





Základní oblasti pozorování dítěte:

Zrakový kontakt	
Mimický projev a gestikulace	
Projevování aktivního zájmu o ostatní děti	
Používání těla jiné osoby	
Sdílená pozornost, úsilí podělit se s druhými o vlastní potěšení	
Ukazování na objekty	
Imitace a imaginativní hra	
Sociální komunikace	
Echolalie	
Nesprávné používání zájmen	
Zvláštnosti v mluvním projevu	
Ohraničené a neobvyklé zájmy	
Trvání na neměnnosti prostředí, rituály, pohybové stereotypie	
Používání předmětů	
Mimořádné schopnosti	

POLOŽKA ROZHOVORU	ODPOVĚDI / POZNÁMKY	POZOROVÁNÍ / PŘÍMÉ HODNOCENÍ	HODNOTÍCÍ KRITÉRIA (pozn.)	
<p>1. Jaká je reakce na pokyn „ne“?</p> <p>Reaguje konzistentně na pokyn „ne“.</p>			<p>Dítě se vždy zastaví na pokyn, alespoň na okamžik.</p>	
<p>2. Pozorujete, že produkuje sled slov podobající se větě?</p> <p>Vokalizuje sled slov podobný „větám“.</p>			<p>Dítě produkuje řetěz nebo řetězec (proud) slabik (ne žvatlání), pro věty užívá typický rozpoznatelné vzory intonace. Uděláme bod, pokud dítě ke komunikaci ve slovech, frázích a větách užívá AAK.</p>	
<p>3. Jak probíhá prohlížení obrázků nebo čtení knížky? Dokáže udržet pozornost na obrázcích?</p> <p>Prohlíží si nebo projeví zájem o obrázek po dobu 1 minuty.</p>			<p>Dítě kouká na obrázky nebo se jich dotýká po dobu jedné minuty.</p>	
<p>4. Dokáže adekvátně odpovědět na otázky? „Kde je...?“ „Jaká to je barva?“</p> <p>Reaguje adekvátně na otázky (Kdo, Co, Kdy, Kde, Jak).</p>			<p>Dítě reaguje adekvátně odpovědí na otázku, bez ohledu na to, zda je odpověď správná.</p>	

5. Jak reaguje na oslovení jeho jménem?			Dítě reaguje adekvátně – pohledem, otočením.	
6. Jakým způsobem probíhá jeho hra? Hraje si sám, zvládne si hrát s vámi?			Dítě si vezme kostku a předvádí litání „zmrzliny“.	
7. Zapojí se do symbolické hry? To znamená, že předstírá, že lžice je telefon nebo kostka je zmrzlinou. 7. Používá gesta a zvuky z vlastního repertoáru?			Dítě správně imituje gesto i zvuk. Udělíme bod, pokud dítě ke komunikaci ve slovech, frázích a větách užívá AAK.	
Umní zopakovat, imitovat nejméně jedno gesto a jeden zvuk, který zná? 8. Reaguje adekvátně na „ano-ne“ otázky? Rozumí „ano-ne“ otázkám?			Dítě reaguje prostřednictvím gesta, ukazování, fyzickým označením, nebo vokalizací či slovy. Dítě by mělo i adekvátně odpovědět.	
Zeptejte se dítěte na „ano-ne“ otázku, např. „Jsem holka/kluček?“ 9. Dokáže napodobit vaše gesta?			Dítě zopakuje nejméně 2 gesta. Udělíme bod, pokud dítě ke komunikaci ve slovech, frázích a větách užívá AAK.	



<p>10. Zná osobní zájmena?  Řekněte: „Ukaž mi mou kostku.“ Čekajte na reakci. „Ukaž mi tvoji tužku.“ Kolik osobních zájmen dítě zná? Pro představu, používá „můj“, „tvůj“?</p>			<p>Dítě správně rozpoznává „můj“, „tvůj“.</p>	
<p>11. Rozlišuje (případně i používá) přídavná jména? Rozumí konceptu velikosti?</p>			<p>Umí rozpoznat, který z předmětů je menší v porovnání s větším? Dítě správně ukáže na menší plstěný kus v obou pokusech. Dítě používá přídavná jména ve spontánní mluvě – kolik?</p>	
<p>12. Rozumí množnému číslu?  Řekněte: „Ukaž mi menší z nich.“</p>			<p>Dítě správně ukáže na dvě kostky spojené dohromady nebo na všechny kostky, která má před sebou.</p>	
<p>Řekněte: „Ukaž mi kostku.“ Pokud dítě ukáže na jednu kostku pokračujte. „Ukaž mi kostky.“  13. Rozumí minulým výpovědím (rozumí minulému času)?</p>			<p>Dítě dokazuje, že rozumí slovům v minulém čase (slova se změni a indikují tak minulý čas).</p>	
<p>Rozumí slovům v minulém čase? (Např. chodil, jedl, řídl, hrál, zpíval, běhal).</p>				

Doplňující otázky:

Vzdělávací systém (Jaké předškolní zařízení dítě navštěvuje?)	
Dosavadní logopedická péče.	
Co bych měla vědět před diagnostikou – Čeho se dítě bojí? Co má rádo? Co její motivuje?	

**POZNÁMKY:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**ZDROJE:**

TEST RANÉ KOMUNIKACE A JAZYKA – TECCEL (Test of Early Communication and Emerging Language); Mary Blake Huer; Lynda Miller (PRO-ED, Inc, 2011)  
PEČENÁK, J. 2003. Diagnostika dětského autismu. In: LECHTA, V. et al. *Diagnostika narušené komunikací schopnosti*. Praha: Portál, s. 262-279. ISBN 80-7178-801-5.

**PRAGMATICKÁ JAZYKOVÁ ROVINA  
ZÁZNAMOVÝ ARCH**

<b>Jméno:</b>	<b>Datum narození:</b>
<b>Datum vyšetření:</b>	<b>Věk:</b> <b>rok:                      měsíc:</b>
<b>Diagnóza:</b>	

**Zaměřujeme se na tyto prvky v samostatné, spontánní hře:**

Průběh hry jedince.	
Výběr pomůcek pro hru.	
Komunikace.	
Symbolická a imaginativní hra.	

**Zaměření na následující prvky ve společné hře:**

Navázání kontaktu. Zrakový kontakt.	
Reakce na hru vedle sebe.	
Reakce na společnou hru, aktivitu.	
Aktivní zapojení do společné aktivity.	
Střídání rolí ve hře.	



*Příloha 5: Záznamový arch pro subtest Sémantický test (ST)*

**SÉMANTICKÝ TEST (ST)  
ZÁZNAMOVÝ ARCH**

<b>Jméno:</b>	<b>Datum narození:</b>
<b>Datum vyšetření:</b>	<b>Věk:</b> <b>rok:                      měsíc:</b>
<b>Diagnóza:</b>	

**ZÁCVIK:**

	<b>Přiřazovaná položka</b>	<b>Položka 1 (správná)</b>	<b>Položka 2</b>	<b>Odpověď</b>
<b>A</b>	JABLKO	banán	vidlička	
<b>B</b>	MELOUN	ananas	cibule	

**TEST:**

	<b>Přiřazovaná položka</b>	<b>Položka 1 (správná)</b>	<b>Položka 2</b>	<b>Odpověď</b>
<b>1</b>	ZÁMEK	klíč	tužka	
<b>2</b>	BRÝLE	oči	ucho	
<b>3</b>	BOTY	ponožky	ruka	
<b>4</b>	MRKEV	králík	medvěd	
<b>5</b>	LETADLO	vrtulník/helikoptéra	auto	
<b>6</b>	STŮL	židle	postel	
<b>7</b>	FLÉTNÁ	klavír	zvon	
<b>8</b>	HŘEBÍK	kladivo	pila	
<b>9</b>	RUKAVICE	ruce	noha	
<b>10</b>	ZUBY	kartáček	hřeben	

## VYŠETŘENÍ FONEMICKÉHO SLUCHU (VFS) ZÁZNAMOVÝ ARCH

<b>Jméno:</b>	<b>Datum narození:</b>
<b>Datum vyšetření:</b>	<b>Věk:</b> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">rok:                      měsíc:</div>
<b>Diagnóza:</b>	

### ZÁCVIK:

<b>A</b>	husa-pusa	
<b>B</b>	bije-pije	
<b>C</b>	míč-meč	

### TEST:

<b>1</b>	koza-kosa		kosa-koza	
<b>2</b>	pes-les		les-pes	
<b>3</b>	boty-noty		noty-boty	
<b>4</b>	muška-myška		myška-muška	

<b>5</b>	dělo-tělo		tělo-dělo	
<b>6</b>	zívá-dívá		dívá-zívá	
<b>7</b>	mrak-drak		drak-mrak	
<b>8</b>	tužka-taška		taška-tužka	

<b>9</b>	vozy-vosy		vosy-vozy	
<b>10</b>	bába-žába		žába-bába	
<b>11</b>	nos-kos		kos-nos	
<b>12</b>	dům-dým		dým-dům	

**ZNĚLOST – NEZNĚLOST**

koza-kosa

dělo-tělo

vozy-vosy

**NOSOVOST – NENOSOVOST**

mrak-drak

boty-noty

nos-kos

**KONTINUÁLNOST –  
NEKONTINUÁLNOST**

pes-les

zívá-dívá

bába-žába

**KOMPAKTNOST – DIFUSNOST**

muška-myška

tužka-taška

dům-dým

**HODNOCENÍ:**

Znělost – Neznělost \_\_\_\_\_

Kontinuálnost – Nekontinuálnost \_\_\_\_\_

Nosovost – Nenosovost \_\_\_\_\_

Kompaktnost – Difusnost (samohlásky) \_\_\_\_\_

**Poznámky:**

---

---

---

---

---

---

---

**Závěr:**

---

---

---

---

---

---

---

*Příloha 7: Záznamový arch pro subtest Rytmizace (R)*

**RYTMIZACE (R)  
ZÁZNAMOVÝ ARCH**

<b>Jméno:</b>	<b>Datum narození:</b>
<b>Datum vyšetření:</b>	<b>Věk:</b> <b>rok:                      měsíc:</b>
<b>Diagnóza:</b>	

**ZÁCVIK:**

- (A) pes
- (B) kočička
- (C) dům/domeček

**TEST:**

	<b>Rytmizované slovo</b>	<b>Využití nápovědy (rytmické schéma; tablet)</b>	
<b>1</b>	hlava		
<b>2</b>	postel		
<b>3</b>	noha		
<b>4</b>	lízátko		
<b>5</b>	pastelky		
<b>6</b>	medvídek		
<b>7</b>	batůžek		
<b>8</b>	babička		
<b>9</b>	sluníčko		
<b>10</b>	uklízečka		



**LATERALITA A GRAFOMOTORIKA (LaG)**  
**ZÁZNAMOVÝ ARCH**

<b>Jméno:</b>	<b>Datum narození:</b>
<b>Datum vyšetření:</b>	<b>Věk:</b> rok:                      měsíc:
<b>Diagnóza:</b>	

		<b>Preference ruky při úkolu</b>
<b>1</b>	Korálky do lahvičky	
<b>2</b>	Klíček do zámku	
<b>3</b>	Puzzle	

**Kresba:**

---

---

**Poznámky:**

---

---

---

**Závěr:**

---

---

---

**MOTORIKA (M) + schopnost napodobování**  
**ZÁZNAMOVÝ ARCH**

<b>Jméno:</b>	<b>Datum narození:</b>
<b>Datum vyšetření:</b>	<b>Věk:</b> rok:                      měsíc:
<b>Diagnóza:</b>	

**ZÁCVIK:**

- (A) Předpažit paže před tělo.
- (B) Úklon hlavy do strany – k ramenu (vpravo).
- (C) Zamračení se.

**Motorika celého těla (hrubá motorika):**

<b>1</b>	Zvednout paže vzhůru, nad hlavu, podél uší.	
<b>2</b>	Pravá ruka vzpažit, levá ruka upažit.	
<b>3</b>	Ruce v bok, stoj na pravé noze.	
<b>4</b>	Dřep.	
<b>5</b>	Stoj rozkročný, úklon k levé noze.	

**Oromotorika:**

<b>6</b>	Úsměv se zavřenými rty.	
<b>7</b>	Stisknutí, sevření, semknutí rtů.	
<b>8</b>	Nafouknout tváře.	
<b>9</b>	Protrakce jazyka – jazyk vpřed, ven z dutiny ústní. Lateralizace.	
<b>10</b>	Elevace jazyka za horní zuby.	

## SLOVNÍ ZÁSoba A POJMENOVÁNÍ (SZaP) ZÁZNAMOVÝ ARCH

<b>Jméno:</b>	<b>Datum narození:</b>
<b>Datum vyšetření:</b>	<b>Věk:</b> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">rok:                      měsíc:</div>
<b>Diagnóza:</b>	

**Pojmenování (P) – aktivní slovní zásoba:**

- |                    |                 |
|--------------------|-----------------|
| 1. dům             |                 |
| 2. ruka            |                 |
| 3. kostel          |                 |
| 4. hodiny          | 18. střílí      |
| 5. láhev           | 19. běží        |
| 6. míč             | 20. pláče       |
| 7. rohlík          | 21. telefonuje  |
| 8. pes             | 22. žehlí       |
| 9. kolo            | 23. vaří        |
| 10. hrnek          | 24. maluje      |
| 11. toaletní papír | 25. plave       |
| 12. zrcadlo        | 26. řídí        |
| 13. triko          | 27. raduje se   |
| 14. ucho           | 28. bruslí      |
| 15. jahoda         | 29. pere prádlo |
| 16. robot          |                 |
| 17. traktor        |                 |

**Slovník (S):**

**ZÁCVIK:**

<b>A</b>	ryba		kolo		pes		dům	
----------	------	--	------	--	-----	--	-----	--

**TEST:**

<b>1</b>	počítač		kalhoty		lampa		holka	
<b>2</b>	kočka		fén		opice		buben	
<b>3</b>	nůžky		had		dveře		postel	

**SITUAČNÍ VNÍMÁNÍ (SV) – zařazení do kategorie  
ZÁZNAMOVÝ ARCH**

<b>Jméno:</b>	<b>Datum narození:</b>
<b>Datum vyšetření:</b>	<b>Věk:</b> rok:                      měsíc:
<b>Diagnóza:</b>	

**ZÁCVIK (A):**

<b>Obchod – OVOCE</b>		<b>Obchod – ZELENINA</b>	
Jablko.		Okurka.	
Hroznové víno.		Paprika.	
Pomeranč.		Brambora.	

**TEST (1, 2, 3):**

<b>MÁMA</b>		<b>PES</b>	
Kabelka.		Bouda.	
Rtěnka.		Kost.	
Boty na podpatku.		Miska s granulemi.	

<b>VESELÝ</b>		<b>SMUTNÝ</b>	
Dostal dárek.		Je nemocný.	
Má dort.		Mračí se.	
Jedou na kole.		Spadnul, odřel si koleno.	

<b>KUCHYŇ</b>		<b>KOUPELNA</b>	
Lednice.		Umyvadlo.	
Hrnce.		Kartáček a pasta na zuby.	
Příbory.		Záchod.	

*Příloha 12: Záznamový arch pro subtest Zraková percepce (ZP)*

**ZRAKOVÁ PERCEPCE (ZP)  
ZÁZNAMOVÝ ARCH**

<b>Jméno:</b>	<b>Datum narození:</b>
<b>Datum vyšetření:</b>	<b>Věk:</b> <b>rok:                      měsíc:</b>
<b>Diagnóza:</b>	

**ZÁCVIK:**

<b>A</b>	had	slon	ryba	kůň	
----------	-----	------	------	-----	--

**TEST:**

<b>1</b>	kráva	slepice	prase	beruška	
<b>2</b>	zebra	žirafa	lev	jelen	
<b>3</b>	krokodýl	delfín	liška	šnek	
<b>4</b>	ovce	želva	chobotnice	papoušek	

**Poznámky:**

---

---

---

---

**Závěr:**

---

---

---

---

**SLUCHOVÁ PERCEPCE (SP) – zvuky**  
**ZÁZNAMOVÝ ARCH**

<b>Jméno:</b>	<b>Datum narození:</b>
<b>Datum vyšetření:</b>	<b>Věk:</b> <b>rok:                      měsíc:</b>
<b>Diagnóza:</b>	

**ZÁCVIK:**

	<b>Slyšený zvuk</b>	<b>Poznámky</b>	
<b>A</b>	píšťalka		
<b>B</b>	pes		

**TEST:**

	<b>Slyšený zvuk</b>	<b>Poznámky</b>	
<b>1</b>	pláč		
<b>2</b>	flétna		
<b>3</b>	domovní zvonek		
<b>4</b>	sprcha		
<b>5</b>	auto		
<b>6</b>	smích		
<b>7</b>	záchod		
<b>8</b>	vysavač		
<b>9</b>	klakson		
<b>10</b>	zvonek		
<b>11</b>	kostel		
<b>12</b>	ptáček		

**Závěr:**

---

---

---

**MORFOLOGIE A SYNTAX (MaS)**  
**ZÁZNAMOVÝ ARCH**

<b>Jméno:</b>	<b>Datum narození:</b>
<b>Datum vyšetření:</b>	<b>Věk:</b> <b>rok:                      měsíc:</b>
<b>Diagnóza:</b>	

**Množné číslo/plurál (MČ):**

<b>Tvorba množného čísla</b>		<b>Tvorba jednotného čísla</b>	
jeden dům	dva:	dva míče	jeden:
jeden medvídek	dva:	dva motýlci	jeden:
jedna slepice	dvě:	dvě kytičky	jedna:
jedno lízátko	dvě:	dvě kočky	jedna:

	<b>Zadávaná věta</b>	<b>Odpověď</b>
<b>A</b>	Kluci běhají.	
<b>1</b>	Kluk dostal dárek.	
<b>2</b>	Instalatér opravuje trubky.	

**Přechylování (P):**

		<b>Odpověď</b>	
<b>A</b>	uklízeč	uklízečka	
<b>1</b>	zahradnice	zahradník	
<b>2</b>	tanečník	tanečnice	
<b>3</b>	pošťák	pošťáčka	

**Předložkové vazby (PV):**

	Zadávaná věta	Odpověď
A	Váza je <u>na stole</u> .	
1	Klobouk je <u>na věšáku</u> .	
2	Oblečení je <u>ve skříni</u> .	
3	Knížky jsou <u>v knihovně</u> .	

		Odpověď
1	PŘED	
2	ZA	
3	VEDLE	
4	VPRAVO	
5	VLEVO	
6	NA	

**Opravování vět (OV):**

	Zadávaná věta	Odpověď
A	Sluníčko <u>svítíme</u> .	špatně
B	Lupič sedí na <u>koněm</u> .	špatně
C	Slon sází kytku.	správně
1	Opice jí <u>banánu</u> .	špatně
2	Holka smrká.	správně
3	Lev <u>se koupeš</u> .	špatně
4	Holka opéká vuřty.	správně

**Poznámky:**

---

---

---

---

---

---

---

**Závěr:**

---

---

---

---

---

---

---



*Příloha 15: Kompletní seznam zdrojů použitého obrázkového a informačního materiálu v logopedickém diagnostickém materiálu*

## ZDROJE OBRÁZKOVÉHO MATERIÁLU UŽITÉHO V DIAGNOSTICKÉM MATERIÁLU

### SÉMANTICKÝ TEST (ST)

JABLKO	SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. <i>Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku</i> . Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. <b>S_30</b>
banán	<i>Moje knihovnička – Slova</i> , 2014. Praha: Knižní klub. EAN 9788024243467. ISBN 978-80-242-4346-7.
vidlička	<i>První slova – malá obrázková knížka</i> , 2019. Praha: Svojtka & Co., s.r.o. ISBN 978-80-256-2672-6. <b>s. 2</b>
MELOUN	VEBEROVÁ, E., 1976. <i>Svět kolem nás</i> , vyd. 2. Ilustroval J. ČERNÝ. Praha: Albatros. <b>s. 98</b>
ananas	PUMPRLA, R., 2013. <i>Moje první kniha – Výslovnost</i> . Nová: INFOA. ISBN 978-80-7240-849-8.
cibule	SOCOLOVSKÝ, G., 2006. <i>První slůvka: obrázkový lexikon</i> . Ilustroval S. SOCOLOVSKÝ. Praha: SUN. ISBN 80-86965-19-8. <b>s. 8</b>
ZÁMEK	PUMPRLA, R., 2013. <i>Moje první kniha – Výslovnost</i> . Nová: INFOA. ISBN 978-80-7240-849-8.
klíč	SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. <i>Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku</i> . Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. <b>S_46</b>
tužka	SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. <i>Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku</i> . Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. <b>RoS_4</b>
BRÝLE	FIALOVÁ, H., 2017. <i>Logopedie s Povídkámek – R. Procvičujeme hlásku R</i> . Ilustroval E. PLICKOVÁ. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-1153-0. <b>s. 26</b>
oči	FIALOVÁ, H., 2017. <i>Logopedie s Povídkámek – R. Procvičujeme hlásku R</i> . Ilustroval E. PLICKOVÁ. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-1153-0. <b>s. 50</b>
ucho	SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. <i>Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku</i> . Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. <b>S_54</b>
BOTA	PUMPRLA, R., 2013. <i>Moje první kniha – Výslovnost</i> . Nová: INFOA. ISBN 978-80-7240-849-8.
ponožka	VEBEROVÁ, E., 1976. <i>Svět kolem nás</i> , vyd. 2. Ilustroval J. ČERNÝ. Praha: Albatros. <b>s. 235</b>
ruka	PUMPRLA, R., 2013. <i>Moje první kniha – Výslovnost</i> . Nová: INFOA. ISBN 978-80-7240-849-8.
MRKEV	<i>Moje knihovnička – Slova</i> , 2014. Praha: Knižní klub. EAN 9788024243467. ISBN 978-80-242-4346-7.
králík	<i>Moje knihovnička – Zvířata</i> , 2014. Praha: Knižní klub. EAN 9788024243450. ISBN 978-80-242-4345-0.
medvěd	<i>Moje knihovnička – Zvířata</i> , 2014. Praha: Knižní klub. EAN 9788024243450. ISBN 978-80-242-4345-0.
LETADLO	VEBEROVÁ, E., 1976. <i>Svět kolem nás</i> , vyd. 2. Ilustroval J. ČERNÝ. Praha: Albatros. <b>s. 259</b>
virtulník	FIALOVÁ, H., 2017. <i>Logopedie s Povídkámek – R. Procvičujeme hlásku R</i> . Ilustroval E. PLICKOVÁ. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-1153-0. <b>s. 32</b>
helikoptéra	FIALOVÁ, H., 2017. <i>Logopedie s Povídkámek – R. Procvičujeme hlásku R</i> . Ilustroval E. PLICKOVÁ. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-1153-0. <b>s. 32</b>
auto	<i>Moje první kniha – Auta</i> , 2011. Nová: INFOA. ISBN 978-80-7240-769-9.
STŮL	SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. <i>Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku</i> . Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. <b>S_16</b>
židle	SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. <i>Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku</i> . Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. <b>PoG_5</b>
postel	SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. <i>Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku</i> . Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. <b>S_16</b>
FLÉTNA	<i>Moje první slova</i> , 2008. Praha: FRAGMENT. ISBN 978-80-253-0690-1.
klavír	<i>Moje první slova</i> , 2008. Praha: FRAGMENT. ISBN 978-80-253-0690-1.
zvonek	PUMPRLA, R., 2013. <i>Moje první kniha – Výslovnost</i> . Nová: INFOA. ISBN 978-80-7240-849-8.
HŘEBÍK	CHARVÁTOVÁ-KOPICOVÁ, V., Š. BOHÁČOVÁ, 2013. <i>Šimonovy pracovní listy. 7, Logopedická cvičení II.</i> , vyd. 5. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0573-9.
kladivo	<i>Moje první slova</i> , 2008. Praha: FRAGMENT. ISBN 978-80-253-0690-1.
pila	<i>Moje první slova</i> , 2008. Praha: FRAGMENT. ISBN 978-80-253-0690-1.
RUKAVICE	<i>Moje knihovnička – Slova</i> , 2014. Praha: Knižní klub. EAN 9788024243467. ISBN 978-80-242-4346-7.
ruce	PUMPRLA, R., 2013. <i>Moje první kniha – Výslovnost</i> . Nová: INFOA. ISBN 978-80-7240-849-8.
noha	SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. <i>Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku</i> . Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. <b>S_54</b>
ZUBY	FIALOVÁ, H., 2017. <i>Logopedie s Povídkámek – R. Procvičujeme hlásku R</i> . Ilustroval E. PLICKOVÁ. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-1153-0. <b>s. 74</b>
kartáček	FIALOVÁ, H., 2017. <i>Logopedie s Povídkámek – R. Procvičujeme hlásku R</i> . Ilustroval E. PLICKOVÁ. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-1153-0. <b>s. 80</b>
hřeben	<i>První slova – malá obrázková knížka</i> , 2019. Praha: Svojtka & Co., s.r.o. ISBN 978-80-256-2672-6. <b>s. 8</b>

### VYŠETŘENÍ FONEMATICKÉHO SLUCHU (VFS)

ŠKODOVÁ, E., MICHEK, F., MORAVCOVÁ, M. *Hodnocení fonematičkého sluchu u předškolních dětí*. Praha: Realia, 1995. ISBN 80-238-0312-3.

## RYTMIZACE (R)

JIRÁSEK, J., Z. MATĚJČEK, Z. ŽLAB, 1966. *Poruchy čtení a psaní: vývojová dyslexie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. ISBN (Váz.).

pes	<i>Moje knihovnička – Slova</i> , 2014. Praha: Knižní klub. EAN 9788024243467. ISBN 978-80-242-4346-7.
kočička	<i>Moje knihovnička – Slova</i> , 2014. Praha: Knižní klub. EAN 9788024243467. ISBN 978-80-242-4346-7.
dům	FIALOVÁ, H., 2017. <i>Logopedie s Povidálkem – R. Procvičujeme hlásku R</i> . Ilustroval E. PLICKOVÁ. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-1153-0. s. 46
hlava	VEBEROVÁ, E., 1976. <i>Svět kolem nás</i> , vyd. 2. Ilustroval J. ČERNÝ. Praha: Albatros. s. 15
postel	SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. <i>Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku</i> . Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. S. 16
noha	SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. <i>Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku</i> . Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. S. 54
lízátko	SOCOLOVSKY, G., 2006. <i>První slůvka: obrázkový lexikon</i> . Ilustroval S. SOCOLOVSKY. Praha: SUN. ISBN 80-86965-19-8. s. 15
pastelky	<i>Moje knihovnička – Slova</i> , 2014. Praha: Knižní klub. EAN 9788024243467. ISBN 978-80-242-4346-7.
medvídek	SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. <i>Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku</i> . Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. S. 27
batůžek	SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. <i>Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku</i> . Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. RoS 8
babička	FIALOVÁ, H., 2017. <i>Logopedie s Povidálkem – R. Procvičujeme hlásku R</i> . Ilustroval E. PLICKOVÁ. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-1153-0. s. 74
sluníčko	SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. <i>Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku</i> . Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. GU_PG1
uklízečka	SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. <i>Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku</i> . Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. M_14

## LATERALITA A GRAFOMOTORIKA (LaG)

Matějček, Z., Z. Žlab, 1972. *Zkouška laterality*. Brno, Czechia: Psychodiagnostika.

## MOTORIKA (M)

Subtest Motorika byl vytvořen z vlastních fotografií, které byly pořízeny pro účely tvorby tohoto logopedického diagnostického materiálu.

## SLOVNÍ ZÁSoba A POJMENOVÁNÍ (SZaP)

### „Pojmenování“ (SZaP P)

dům	FIALOVÁ, H., 2017. <i>Logopedie s Povidálkem – R. Procvičujeme hlásku R</i> . Ilustroval E. PLICKOVÁ. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-1153-0. s. 46
ruka	PUMPRLA, R., 2013. <i>Moje první kniha – Výslovnost</i> . Nová: INFOA. ISBN 978-80-7240-849-8.
kostel	vlastní tvorba
hodiny	SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. <i>Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku</i> . Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. S. 22
láhev	BIATOGTOWSKA-PIWKO, B., 2018. <i>Kid's Book: WORD</i> . Ilustroval SHUTTERSTOCK. Poland: Olesiejuk. ISBN 978-83-274-7461-2.
míč	<i>Moje knihovnička – Slova</i> , 2014. Praha: Knižní klub. EAN 9788024243467. ISBN 978-80-242-4346-7.
rohlík	FIALOVÁ, H., 2017. <i>Logopedie s Povidálkem – R. Procvičujeme hlásku R</i> . Ilustroval E. PLICKOVÁ. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-1153-0. s. 57
pes	<i>Moje knihovnička – Slova</i> , 2014. Praha: Knižní klub. EAN 9788024243467. ISBN 978-80-242-4346-7.
kolo	SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. <i>Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku</i> . Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. S. 2
hrnek	BIATOGTOWSKA-PIWKO, B., 2018. <i>Kid's Book: WORD</i> . Ilustroval SHUTTERSTOCK. Poland: Olesiejuk. ISBN 978-83-274-7461-2.
toaletní papír	<i>První slova – malá obrázková knížka</i> , 2019. Praha: Svojtka & Co., s.r.o. ISBN 978-80-256-2672-6. s. 8
zrcadlo	FIALOVÁ, H., 2017. <i>Logopedie s Povidálkem – R. Procvičujeme hlásku R</i> . Ilustroval E. PLICKOVÁ. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-1153-0. s. 50
triko	<i>Moje knihovnička – Slova</i> , 2014. Praha: Knižní klub. EAN 9788024243467. ISBN 978-80-242-4346-7.
ucho	SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. <i>Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku</i> . Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. S. 54
jáhoda	<i>Moje knihovnička – Slova</i> , 2014. Praha: Knižní klub. EAN 9788024243467. ISBN 978-80-242-4346-7.
robot	PUMPRLA, R., 2013. <i>Moje první kniha – Výslovnost</i> . Nová: INFOA. ISBN 978-80-7240-849-8.
traktor	PUMPRLA, R., 2013. <i>Moje první kniha – Výslovnost</i> . Nová: INFOA. ISBN 978-80-7240-849-8.
střílí	SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. <i>Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku</i> . Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. S. 5
běží	SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. <i>Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku</i> . Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. M_10
pláče	SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. <i>Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku</i> . Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. GU_PG13
telefonuje	SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. <i>Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku</i> . Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. S. 10
žehlí	VEBEROVÁ, E., 1976. <i>Svět kolem nás</i> , vyd. 2. Ilustroval J. ČERNÝ. Praha: Albatros. s. 62
vaří	VEBEROVÁ, E., 1976. <i>Svět kolem nás</i> , vyd. 2. Ilustroval J. ČERNÝ. Praha: Albatros. s. 62
maluje	VEBEROVÁ, E., 1976. <i>Svět kolem nás</i> , vyd. 2. Ilustroval J. ČERNÝ. Praha: Albatros. s. 299

plave	SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. <i>Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku</i> . Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. <b>M 8</b>
řídí	SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. <i>Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku</i> . Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. <b>M 7</b>
raduje se	<i>Moje první slova</i> , 2008. Praha: FRAGMENT. ISBN 978-80-253-0690-1.
bruslí	FIALOVÁ, H., 2017. <i>Logopedie s Povídkám – R. Procvičujeme hlásku R</i> . Ilustroval E. PLICKOVÁ. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-1153-0. <b>s. 26</b>
pere prádlo	VEBEROVÁ, E., 1976. <i>Svět kolem nás</i> , vyd. 2. Ilustroval J. ČERNÝ. Praha: Albatros. <b>s. 62</b>

### „Slovník“ (SZaP S)

ryba	PUMPRLA, R., 2013. <i>Moje první kniha – Výslovnost</i> . Nová: INFOA. ISBN 978-80-7240-849-8.
kolo	SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. <i>Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku</i> . Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. <b>S 2</b>
pes	<i>Moje knihovnička – Zvířata</i> , 2014. Praha: Knižní klub. EAN 9788024243450. ISBN 978-80-242-4345-0.
dům	KOLBÁBKOVÁ, H., J. KLENKOVÁ, 2003. <i>Diagnostika předškoláka: správný vývoj řeči dítěte</i> . Ilustroval E. KOLBÁBKOVÁ. Brno: Nakladatelství MC. ISBN 859-40-4225-026-1. <b>s. 100</b>
počítač	SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. <i>Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku</i> . Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. <b>S 27</b>
kalhoty	<i>Moje knihovnička – Slova</i> , 2014. Praha: Knižní klub. EAN 9788024243467. ISBN 978-80-242-4346-7.
lampa	SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. <i>Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku</i> . Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. <b>S 12</b>
holka	PUMPRLA, R., 2013. <i>Moje první kniha – Výslovnost</i> . Nová: INFOA. ISBN 978-80-7240-849-8.
kočka	<i>Moje knihovnička – Zvířata</i> , 2014. Praha: Knižní klub. EAN 9788024243450. ISBN 978-80-242-4345-0.
fěn	SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. <i>Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku</i> . Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. <b>S 12</b>
opice	SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. <i>Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku</i> . Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. <b>S 12</b>
buben	<i>Moje první slova</i> , 2008. Praha: FRAGMENT. ISBN 978-80-253-0690-1.
nůžky	SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. <i>Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku</i> . Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. <b>S 12</b>
had	<i>Moje první slova</i> , 2008. Praha: FRAGMENT. ISBN 978-80-253-0690-1.
dveře	CHARVÁTOVÁ-KOPICOVÁ, V., Š. BOHÁČOVÁ, 2013. <i>Šimonovy pracovní listy. 7, Logopedická cvičení II.</i> , vyd. 5. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0573-9.
postel	SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. <i>Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku</i> . Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. <b>S 16</b>

### SITUAČNÍ VNÍMÁNÍ (SV)

OVOCE	vlastní tvorba
ZELENINA	vlastní tvorba
jablko	SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. <i>Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku</i> . Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. <b>S 30</b>
hroznové víno	SOCOLOVSKY, G., 2006. <i>První slůvka: obrázkový lexikon</i> . Ilustroval S. SOCOLOVSKY. Praha: SUN. ISBN 80-86965-19-8. <b>s. 9</b>
pomeranč	SOCOLOVSKY, G., 2006. <i>První slůvka: obrázkový lexikon</i> . Ilustroval S. SOCOLOVSKY. Praha: SUN. ISBN 80-86965-19-8. <b>s. 9</b>
okurka	FIALOVÁ, H., 2017. <i>Logopedie s Povídkám – R. Procvičujeme hlásku R</i> . Ilustroval E. PLICKOVÁ. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-1153-0. <b>s. 67</b>
paprika	SOCOLOVSKY, G., 2006. <i>První slůvka: obrázkový lexikon</i> . Ilustroval S. SOCOLOVSKY. Praha: SUN. ISBN 80-86965-19-8. <b>s. 8</b>
brambora	PUMPRLA, R., 2013. <i>Moje první kniha – Výslovnost</i> . Nová: INFOA. ISBN 978-80-7240-849-8.
MÁMA	SOCOLOVSKY, G., 2006. <i>První slůvka: obrázkový lexikon</i> . Ilustroval S. SOCOLOVSKY. Praha: SUN. ISBN 80-86965-19-8. <b>s. 15</b>
PES	SOCOLOVSKY, G., 2006. <i>První slůvka: obrázkový lexikon</i> . Ilustroval S. SOCOLOVSKY. Praha: SUN. ISBN 80-86965-19-8. <b>s. 30</b>
kabelka	VEBEROVÁ, E., 1976. <i>Svět kolem nás</i> , vyd. 2. Ilustroval J. ČERNÝ. Praha: Albatros. <b>s. 236</b>
rtěnka	SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. <i>Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku</i> . Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. <b>S 19</b>
boty na podpatku	VEBEROVÁ, E., 1976. <i>Svět kolem nás</i> , vyd. 2. Ilustroval J. ČERNÝ. Praha: Albatros. <b>s. 236</b>
bouda	<i>Moje první slova</i> , 2008. Praha: FRAGMENT. ISBN 978-80-253-0690-1.
kost	vlastní tvorba
miska s granulemi	FIALOVÁ, H., 2017. <i>Logopedie s Povídkám – R. Procvičujeme hlásku R</i> . Ilustroval E. PLICKOVÁ. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-1153-0. <b>s. 77</b>
VESELÝ	vlastní tvorba
SMUTNÝ	vlastní tvorba
Dostal dárek.	SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. <i>Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku</i> . Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. <b>PoG 15</b>

Má dort.	FIALOVÁ, H., 2017. <i>Logopedie s Povídkem – R. Procvičujeme hlásku R</i> . Ilustroval E. PLICKOVÁ. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-1153-0. s. <b>27</b>
Jedou na kole.	FIALOVÁ, H., 2017. <i>Logopedie s Povídkem – R. Procvičujeme hlásku R</i> . Ilustroval E. PLICKOVÁ. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-1153-0. s. <b>18</b>
Je nemocný.	FIALOVÁ, H., 2017. <i>Logopedie s Povídkem – R. Procvičujeme hlásku R</i> . Ilustroval E. PLICKOVÁ. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-1153-0. s. <b>82</b>
Mračí se.	FIALOVÁ, H., 2017. <i>Logopedie s Povídkem – R. Procvičujeme hlásku R</i> . Ilustroval E. PLICKOVÁ. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-1153-0. s. <b>28</b>
Spadnul, odřel si koleno.	VEBEROVÁ, E., 1976. <i>Svět kolem nás</i> , vyd. 2. Ilustroval J. ČERNÝ. Praha: Albatros. s. <b>16</b>
KUCHYŇ	VEBEROVÁ, E., 1976. <i>Svět kolem nás</i> , vyd. 2. Ilustroval J. ČERNÝ. Praha: Albatros. s. <b>48</b>
KOUPELNA	VEBEROVÁ, E., 1976. <i>Svět kolem nás</i> , vyd. 2. Ilustroval J. ČERNÝ. Praha: Albatros. s. <b>53</b>
lednice	SOCOLOVSKÝ, G., 2006. <i>První slůvka – obrázkový lexikon</i> . Ilustroval S. SOCOLOVSKÝ. Praha: SUN. ISBN 80-86965-19-8. s. <b>5</b>
hrnce	VEBEROVÁ, E., 1976. <i>Svět kolem nás</i> , vyd. 2. Ilustroval J. ČERNÝ. Praha: Albatros. s. <b>49</b>
přibory	VEBEROVÁ, E., 1976. <i>Svět kolem nás</i> , vyd. 2. Ilustroval J. ČERNÝ. Praha: Albatros. s. <b>51</b>
zubní kartáček a pasta	FIALOVÁ, H., 2017. <i>Logopedie s Povídkem – R. Procvičujeme hlásku R</i> . Ilustroval E. PLICKOVÁ. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-1153-0. s. <b>80</b>
umyvadlo	<i>První slova – malá obrázková knížka</i> , 2019. Praha: Svojtka & Co., s.r.o. ISBN 978-80-256-2672-6. s. <b>8</b>
záchod	<i>První slova – malá obrázková knížka</i> , 2019. Praha: Svojtka & Co., s.r.o. ISBN 978-80-256-2672-6. s. <b>8</b>

### ZRAKOVÁ PERCEPCE (ZP)

Magnetic's, Magnimo. *Dřevěné magnety se zvířátky*. Paříž: Djeco. EAN 3070900031241.

### SLUCHOVÁ PERCEPCE (SP)

píšťalka	vlastní tvorba
pes	<i>Moje knihovnička – Zvířata</i> , 2014. Praha: Knižní klub. EAN 9788024243450. ISBN 978-80-242-4345-0.
pláč	<i>Moje první slova</i> , 2008. Praha: FRAGMENT. ISBN 978-80-253-0690-1.
flétna	<i>Moje první slova</i> , 2008. Praha: FRAGMENT. ISBN 978-80-253-0690-1.
domovní zvonek	vlastní tvorba
sprcha	vlastní tvorba
auto	PUMPRLA, R., 2013. <i>Moje první kniha – Výslovnost</i> . Nová: INFOA. ISBN 978-80-7240-849-8.
smích	<i>Moje první slova</i> , 2008. Praha: FRAGMENT. ISBN 978-80-253-0690-1.
záchod	<i>První slova – malá obrázková knížka</i> , 2019. Praha: Svojtka & Co., s.r.o. ISBN 978-80-256-2672-6. s. <b>8</b>
vysavač	vlastní tvorba
klakson	vlastní tvorba
zvonek	PUMPRLA, R., 2013. <i>Moje první kniha – Výslovnost</i> . Nová: INFOA. ISBN 978-80-7240-849-8.
kostel	vlastní tvorba
ptáček	SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. <i>Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku</i> . Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. S. <b>30</b>

### MORFOLOGIE A SYNTAX (MaS)

#### „Množné číslo/plurál“ (MaS\_MČ)

pracovní listy	KOLBÁBKOVÁ, H., J. KLENKOVÁ, 2003. <i>Diagnostika předškoláka: správný vývoj řeči dítěte</i> . Ilustroval E. KOLBÁBKOVÁ. Brno: Nakladatelství MC. ISBN 859-40-4225-026-1. s. <b>100-101</b>
obrázkový materiál	SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. <i>Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku</i> . Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. <b>PoG_10, PoG_8, PoG_6</b>

#### „Přechylování“ (MaS\_P)

SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. *Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku*. Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. **M\_20, M\_21, M\_23, M\_24**

#### „Předložkové vazby“ (MaS\_PV)

SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. *Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku*. Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. **M\_26, M\_27, M\_28, M\_25**

#### „Opravování vět“ (MaS\_OV)

SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., F. SMOLÍK, 2014. *Diagnostikou jazykového vývoje, diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku*. Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4239-7. **GU\_PG1, GU\_OPI, GU\_PG2, GU\_PG9, GU\_PG4, GU\_OP2, GU\_OP6**

### PRAGMATIKA KOMUNIKACE (PRA)

**popis obrázku** – KOLBÁBKOVÁ, H., J. KLENKOVÁ, 2003. *Diagnostika předškoláka: správný vývoj řeči dítěte*. Ilustroval E. KOLBÁBKOVÁ. Brno: Nakladatelství MC. ISBN 859-40-4225-026-1. s. **113**

## SEZNAM ZKRATEK

<b>A.S.A.S.</b>	The Australian Scale for Asperger's syndrome
<b>AAK</b>	alternativní a augmentativní komunikace
<b>ABC</b>	Autism Behavior Checklist
<b>ADI-R</b>	Autism Diagnostic Interview – Revised
<b>ADOS</b>	Autism Diagnostic Observation Schedule
<b>aj.</b>	a jiné
<b>AP</b>	Apgar skóre
<b>APA</b>	American Psychiatric Association (Americká psychiatrická asociace)
<b>apod.</b>	a podobně
<b>ASD</b>	Autism Spectrum Disorders (poruchy autistického spektra)
<b>ASDS</b>	Asperger Syndrom Diagnostic Scale
<b>ASSQ</b>	Asperger Syndrome Screening Questionnaire
<b>atd.</b>	a tak dále
<b>CARS</b>	Childhood Autism Rating Scale
<b>CAST</b>	Childhood Asprger Syndrome Test
<b>CNS</b>	centrální nervová soustava
<b>č.</b>	číslo
<b>DACH</b>	Dětské autistické chování
<b>Diakonie ČCE</b>	Diakonie Českobratrské církve evangelické
<b>DISCO</b>	Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders
<b>DSM</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch)
<b>E-2</b>	Diagnostic Checklist E-2

<b>EIA</b>	Early Infantile Autism (časný dětský autismus)
<b>GARS</b>	Gilliam Autism Rating Scale
<b>GARS-2</b>	Gilliam Autism Rating Scale-Second Edition
<b>GARS-3</b>	Gilliam Autism Rating Scale-Third Edition
<b>HBS</b>	Schedule of Handicaps and Behavior and Skills
<b>ICD</b>	International Classification of Diseases
<b>IDS</b>	Intelligence and Developmental Scale
<b>IDS-P</b>	Intelligence and Developmental Scale-Preschool
<b>JAN z.s.</b>	Jdeme Autistům naproti z.s. („zapsaný spolek“)
<b>LaG</b>	subtest Lateralita a grafomotorika
<b>M</b>	subtest Motorika
<b>MaS</b>	subtest Morfologie a syntax
<b>M-CHAT</b>	Modified Checklist for Autism in Toddlers
<b>M-CHAT-R</b>	Modified Checklist for Autism in Toddlers-Revised
<b>M-CHAT-R/F</b>	Modified Checklist for Autism in Toddlers-Revised with Follow-up
<b>MKN</b>	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
<b>MŠ</b>	mateřská škola
<b>např.</b>	například
<b>NAUTIS</b>	NAUTIS: Národní ústav pro autismus z.ú. („zapsaný ústav“)
<b>NKS</b>	narušená komunikační schopnost
<b>NS</b>	nespecifikované
<b>OVŘ</b>	opožděný vývoj řeči
<b>PAS</b>	poruchy autistického spektra
<b>PDD</b>	Pervasive Developmental Disorders (pervazivní vývojové poruchy)

<b>PDD-NOS</b>	Pervasive Developmental Disorder-not otherwise specified (pervazivní vývojová porucha-blíže nespecifikovaná)
<b>PDDST</b>	Pervasive Developmental Disorders Screening Test
<b>PECS</b>	Picture Exchange Communication System
<b>PLI</b>	Pragmatic Language Impairment (porucha pragmatiky jazyka)
<b>PPP</b>	pedagogicko-psychologická poradna
<b>PRA</b>	subtest Pragmatika komunikace
<b>PVP</b>	pervazivní vývojové poruchy
<b>R</b>	subtest Rytmizace
<b>RVP PV</b>	Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání
<b>SEE</b>	Social Emotional Evaluation
<b>SLDT</b>	Social Language Development Test
<b>SON-R</b>	Snijders-Oomen-Nonverbal-Intelligence Test-Revised
<b>SP</b>	subtest Sluchová percepce
<b>SPC</b>	speciálně-pedagogické centrum
<b>ST</b>	subtest Sémantický test
<b>SV</b>	subtest Situační vnímání
<b>SZaP</b>	subtest Slovní zásoba a pojmenování
<b>tab.</b>	tabulka
<b>TECEL</b>	Test of Early Communication and Emerging Language
<b>tj.</b>	to je
<b>TPBA</b>	Transdisciplinary Play-Based Assessment
<b>tzn.</b>	to znamená
<b>tzv.</b>	takzvaný
<b>USA</b>	The United States of Amerika (Spojené státy americké)

<b>VFS</b>	subtest Vyšetření fonematického sluchu
<b>VOKS</b>	výměnný obrázkový komunikační systém
<b>WHO</b>	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
<b>WISC-III</b>	Wechsler Intelligence Scale for Children-Third Edition (Wechslerova inteligenční škála pro děti, třetí vydání)
<b>ZP</b>	subtest Zraková percepce



## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Kristina Novotná
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Adéla Hanáková, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2020

<b>Název práce:</b>	Diagnostika komunikace předškolních dětí s poruchou autistického spektra optikou předvýzkumu
<b>Název v angličtině:</b>	Diagnostics of Communication of pre-school children with Autism Spectrum Disorders in pre-research View
<b>Anotace práce:</b>	Tématem práce je diagnostika komunikace u dětí předškolního věku s poruchou autistického spektra. Teoretická část pojednává o problematice autismu v celé jeho šíři, hlavně ve vazbě na komunikaci a její diagnostiku. Praktická část obsahuje logopedický diagnostický materiál a pět případových studií, které byly sestaveny jako profily jazykové a komunikační úrovně klientů výzkumného vzorku. Cílem práce bylo sestavit logopedický diagnostický materiál, který by sloužil k diagnostice komunikace u dětí s PAS. Byl vytvořen polostrukturovaný rozhovor, schéma pro pozorování a 10+1 subtestů logopedické diagnostiky.
<b>Klíčová slova:</b>	poruchy autistického spektra, předškolní věk, komunikace, logopedická diagnostika, logopedický diagnostický materiál
<b>Anotace v angličtině:</b>	Topic of this thesis is diagnostics of communication of pre-school children with Autism Spectrum Disorders. The theoretical part discusses the issue of autism in its entirety in relation to communications and its diagnostics. Content of the practical part is diagnostics material of communication and five case studies. These studies are profiles of language and communication level of children from pre-research. The aim of this thesis is to create diagnostics material for speech therapists for diagnostics of communication of children with ASD. We are created semi-structured interview, schema for observation and 10+1 subtests of diagnostics.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Autism Spectrum Disorders, pre-school age, communication, diagnostics of communication, diagnostic material of communication
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	<b>Příloha 1:</b> Informativní leták k předvýzkumné akci <b>Příloha 2:</b> Informovaný souhlas <b>Příloha 3:</b> Záznamový arch k polostrukturovanému rozhovoru s rodiči dětí s PAS k jazykovému a komunikačnímu vývoji spolu se schématem pro pozorování <b>Příloha 4:</b> Záznamový arch pro 11. subtest Pragmatika komunikace (PRA) <b>Příloha 5:</b> Záznamový arch pro subtest Sémantický test (ST) <b>Příloha 6:</b> Záznamový arch pro subtest Vyšetření fonemického sluchu (VFS)

	<p><b>Příloha 7:</b> Záznamový arch pro subtest Rytmizace (R)</p> <p><b>Příloha 8:</b> Záznamový arch pro subtest Lateralita a grafomotorika (LaR)</p> <p><b>Příloha 9:</b> Záznamový arch pro subtest Motorika (M)</p> <p><b>Příloha 10:</b> Záznamový arch pro subtest Slovní zásoba a pojmenování (SZaP)</p> <p><b>Příloha 11:</b> Záznamový arch pro subtest Situační vnímání (SV)</p> <p><b>Příloha 12:</b> Záznamový arch pro subtest Zraková percepcce (ZP)</p> <p><b>Příloha 13:</b> Záznamový arch pro subtest Sluchová percepcce (SP)</p> <p><b>Příloha 14:</b> Záznamový arch pro subtest Morfologie a syntax (MaS)</p> <p><b>Příloha 15:</b> Kompletní seznam zdrojů použitého obrázkového a informačního materiálu v logopedickém diagnostickém materiálu</p>
<b>Rozsah práce:</b>	209 stran + 27 stran příloh + <i>Metodická příručka</i> volně vložená k práci (52 stran)
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk