UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Ústav speciálněpedagogických studií

Disertační práce

Mgr. Alena Říhová

LOGOPEDICKÁ INTERVENCE U OSOB S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Olomouc 2012

školitelka: **doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.**

Prohlašuji, že jsem disertační práci vypracovala samostatně a pouze s využitím informačních zdrojů uvedených v seznamu literatury.

V Olomouci 9. 4. 2012 ……

Mgr. Alena Říhová

Na prvním místě patří můj upřimný dík paní doc. Mgr. Kateřině Vitáskové, Ph.D. Její vstřícnost, ochota, odborná pomoc a podpora mě provázela v průběhu celého studia, motivovala k další odborné činnosti a podstatným způsobem se podílela na mém profesním a osobnostním růstu. Také jí velice děkuji za cenné rady, podnětné připomínky a odborné vedení předložené práce.

Zároveň bych chtěla poděkovat rodině, všem mým kolegům, známým a kamarádům za jejich trpělivost, podporu a důvěru, kterou do mě vkládali.

Zvláštní poděkování náleží lidem s poruchou autistického spektra, se kterými jsem se setkala, s nimiž jsem pracovala a jež mě nechali nahlédnout do svých životních osudů.

V neposlední řadě děkuji paní ředitelce Mgr. Janě Malé, klinickým logopedům, speciálním pedagogům a rodičům dětí s poruchou autistického spektra, kteří byli ochotní se mnou spolupracovat.

OBSAH

ÚVOD....6

TEORETICKÁ ČÁST....9

1 PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA....10

1.1 Vývoj názorů na problematiku poruch autistického spektra....10

1.2 Terminologické vymezení poruch autistického spektra....12

1.3 Definice poruch autistického spektra....15

1.4 Klasifikace poruch autistického spektra....18

1.5 Prevalence a komorbidita....25

2 SYMPTOMATOLOGIE PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA....28

2.1 Specifické symptomy....28

2.1.1 Sociální interakce a sociální chování....29

2.1.2 Představivost, zájmy, hra....34

2.2 Nespecifické symptomy....38

3 ETIOPATOGENEZE PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA....42

4 DIAGNOSTIKA PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA....49

5 TERAPEUTICKÉ A EDUKAČNÍ PŘÍSTUPY K OSOBÁM S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA....53

6 KOMUNIKACE OSOB S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA....62

6.1 Narušená komunikační schopnost u osob s poruchou autistického spektra....64

6.1.1 Neverbální komunikace u osob s poruchou autistického spektra....67

6.1.2 Verbální komunikace u osob s poruchou autistického spektra....73

7 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE U OSOB S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA....86

PRAKTICKÁ ČÁST....89

8 ANALÝZA SOUČASNÉHO STAVU POSKYTOVANÉ LOGOPEDICKÉ INTERVENCE U OSOB S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA....90

8.1 Formulace výzkumného problému a kladené výzkumné otázky....91

8.2 Výzkumné cíle a výzkumné hypotézy....93

8.3 Metodologie výzkumu a forma zpracování výsledků....95

8.4 Design výzkumu....97

8.5 Analýza výsledků výzkumu....101

8.5.1 Analýza výsledků dotazníkového šetření pro klinické logopedy....101

8.5.2 Analýza výsledků dotazníkového šetření pro speciální pedagogy....128

8.5.3 Analýza výsledků dotazníkového šetření pro rodiče dětí s PAS....140
8.6 Shrnutí, závěry a komparace výsledků dotazníkových šetření....166
8.7 Verifikace hypotéz....181
8.8 Diskuze....188
8.9 Doporučení pro oblast teorie a praxe speciální pedagogiky....197
9 DOPORUČENÍ PRO LOGOPEDICKOU INTERVENCI U OSOB S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA....201
9.1 Navázání kontaktu s klientem s PAS....202
9.2 Sběr informací a vytvoření anamnézy....205
9.3 Organizace a vybavení logopedického pracoviště....206
9.4 Pomůcky a didaktický materiál....209
9.5 Zásady logopedické intervence u osob s PAS....216
9.6 Diagnostika narušené komunikační schopnosti....220
9.6.1 Orientační diagnostika....221
9.6.2 Základní diagnostika....233
9.7 Možnosti stimulace komunikačních schopností....243
9.7.1 Preverbální dovednosti....244
9.7.2 Porozumění....250
9.7.3 Hrubá a jemná motorika....252
9.7.4 Auditivní percepce....256
9.7.5 Rozvoj kognitivních schopností....258
9.7.6 Neverbální komunikace....261
9.7.7 Verbální komunikace....268
9.7.8 Alternativní a augmentativní komunikace....282
9.8 Záznam průběhu logopedické intervence....289
ZÁVĚR....290
BIBLIOGRAFIE....292
SEZNAM PUBLIKAČNÍ A ODBORNÉ ČINNOSTI AUTORKY DISERTAČNÍ PRÁCE....308
ANOTACE DISERTAČNÍ PRÁCE....312
SUMMARY....314
ZUSAMMENFASSUNG....315
SEZNAM TABULEK....316
SEZNAM GRAFŮ....318
SEZNAM ZKRATEK....320
SEZNAM PŘÍLOH....321

ÚVOD

Komunikace, tedy přenos informací mezi minimálně dvěma účastníky prostřednictvím jistého komunikačního systému, není výlučně lidskou schopností. Komunikují mezi sebou všichni živočichové, dokonce i druhy na nízkém stupni fylogenetického vývoje. U člověka se však tato dovednost vyvíjí, stává se prostředkem sociální interakce, participuje na utváření kognitivních schopností, je nástrojem seberealizace, sebekoncepce a globálního formování persony. Odlišuje jej od ostatních živočichů a činí z něj bytost moudrou, myslící. Z těchto důvodů je deficit či absence komunikační schopnosti zásadním a negativním zásahem do života člověka.

Poruchy autistického spektra (dále též PAS) jsou neurovývojovým onemocněním, kde narušení komunikační schopnosti je specifickým symptomem klinického obrazu. Společně s odlišnostmi v reciproční sociální interakci a s problémy v imaginaci tvoří tzv. diagnostickou triádu, jejíž naplnění je stěžejní pro diagnostický proces a případnou diagnózu. Opožděný vývoj řeči bývá velmi často první příčinou znepokojení indikovanou rodiči a narušení komunikační schopnosti s primární aberací v pragmatické jazykové rovině se pervazivně dotýká všech jazykových rovin a forem komunikace. Z těchto důvodů se logoped stává důležitým a nezbytným odborníkem participujícím na péči o jedince s PAS. V současné době nemáme (v tuzemských podmínkách) žádné výzkumné zprávy, které by mapovaly současný stav poskytované logopedické intervence u této klientely v České republice a zároveň poskytly náhled na vytyčenou problematiku ze tří heterogenních úhlů pohledů (klinický logoped, speciální pedagog, rodič dítěte s poruchou autistického spektra). Absenci, o níž referují kliničtí logopedi, ale také speciální pedagogové a rodiče dětí s PAS, evidujeme rovněž v případě poskytnutí kohezních informací vztahujících se k realizaci logopedické intervence. Nutnost zabývat se danou oblastí potvrzují výpovědi nejen rodičů dětí s PAS, ale i studentů speciální pedagogiky či osobních a pedagogických asistentů pracujících s lidmi s tímto postižením. Referují především o problémovém chování a inhibici v možnosti psychosociálního rozvoje osob s pervazivní vývojovou poruchou v důsledku nefunkčního komunikačního systému. Dané poznatky se staly impulzem ke zpracování této problematiky v předkládané disertační práci.

Hlavním cílem disertační práce je **rozšířit jak v teoretické, tak v praktické rovině aktuální stav vědomostí týkajících se narušené komunikační schopnosti a logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra**. Cílem teoretické části práce je zejména deskripce, dále pak tuzemská a zahraniční komparace dostupných teoretických znalostí směřovaných především do oblasti narušené komunikační schopnosti a logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra. Úkolem praktické části disertační práce je **analýza aktuálního stavu poskytované logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra v České republice a produkce doporučení pro logopedy** týkající se logopedické intervence u klientů s PAS. Analýza stávající situace v poskytování logopedické intervence je cílená na hlubší komparaci a detekci faktorů a okolností, které determinují zmíněnou situaci. Výstupem bude proniknutí do zkoumané problematiky, porozumění její bázi a nástin řešení případných deficitů směřovaných primárně do oblasti pregraduální, postgraduální přípravy logopedů a jejich celoživotního vzdělávání.

Práci budeme koncipovat do dvou částí, a to na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je dedikována jak obecné rovině – terminologie, klasifikace, symptomatologie, etiologie, diagnostika a intervence, tak bližšímu pojednání o komunikaci, narušené komunikační schopnosti a logopedické intervenci u osob s PAS, jejíž podrobnější deskripci považujeme v této části práce za stěžejní. Praktickou část reprezentují dvě oblasti. První zastupuje výzkumné šetření, jehož ústřední náplní je zmapování a následná analýza současného stavu poskytované logopedické intervence u osob s PAS v České republice. Výzkumná část je inicializována metodologickými východisky, které primárně pojímají formulaci problému, stanovení cílů, výzkumných hypotéz a výzkumných metod. Ústřední část tvoří analýza výsledků dotazníkových šetření od klinických logopedů, speciálních pedagogů a rodičů dětí s poruchou autistického spektra, která je pro vizualizaci doplněna sloupcovými grafy a tabulkami. Závěrem se nad získanými daty zamýšlíme, diskutujeme nad výsledky a nabízíme doporučení pro oblast teorie a praxe speciální pedagogiky. Druhá oblast – doporučení pro logopedy zaměřená na logopedickou intervenci u osob s PAS je vyústěním jak teoretické části disertační práce, tak se zároveň stává reflexí výsledků výzkumného šetření akcentujícího potřebnost její realizace. Doporučení je diferencováno do dílčích částí, které jsou tvořeny úvodem k doporučení, základním náhledem do problematiky a inspirací k možnosti navázání

prvního i dalších kontaktů s klientem s PAS. Následující oblast náleží sběru informací a sestavení anamnézy, deskripci pomůcek, didaktického materiálu, organizaci a vybavení logopedického pracoviště. Za důležité pokládáme zásady logopedické intervence u osob s PAS, hodnocení jejich narušené komunikační schopnosti a konkrétní příklady a možnosti stimulace komunikační schopnosti. Závěr doporučení představuje formulář záznamu průběhu logopedické intervence.

V předkládané práci se primárně opíráme o kvantitativní výzkumnou metodu dotazníku, která je stěžejní vědeckou technikou praktické části disertační práce cílené na analýzu stávající situace v poskytování logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra v České republice. Pro verifikaci námi stanovených hypotéz užijeme Test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku a Test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku. Kvantitativní metody budou doplněny také postupy kvalitativními, jejichž aplikace je nezbytná při konstruování výše zmíněného doporučení pro logopedickou intervenci u osob s poruchou autistického spektra. K užitým metodám bude patřit především pozorování, rozhovor se speciálními pedagogy a rodiči dětí s poruchou autistického spektra.

Výsledky disertační práce by měly být **přínosem pro teorii a praxi speciální pedagogiky, především pro vědní obor logopedii**, dále také přispět studentům společenskovědních a medicínských oborů, primárně budoucím odborníkům v oblasti speciální pedagogiky, pedagogiky, psychologie, medicíny, také specialistům a širší veřejnosti k porozumění námi stanovené problematiky. Kardinálním cílem je **teoreticky i empiricky zdůvodnit naši akcentaci na opodstatněnost a nezbytnost rané logopedické intervence** směřované na rozvoj pragmatické jazykové roviny a objasnit roli logopeda jako **nepostradatelného odborníka v rámci interdisciplinárního přístupu** k osobám s poruchami autistického spektra. Naším přáním je, aby tato práce dokázala motivovat jak studenty, odborníky, tak i rodiče dětí s PAS či širokou veřejnost k zájmu o studium odborné literatury, aby se stala incentivou ke kladení korelačních otázek, jejichž vyústěním by mohla být realizace dalších vědeckých výzkumů.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část disertační práce je zaměřena na problematiku poruch autistického spektra a členěna do sedmi hlavních kapitol s příslušnými podkapitolami. Cílem této části práce je deskripce, tuzemská a zahraniční komparace dostupných teoretických znalostí a umožnění základního, ale zároveň globálního vhledu do zkoumané problematiky. Blíže pojednáváme o komunikaci, narušené komunikační schopnosti a logopedické intervenci u osob s PAS.

V první kapitole se zmiňujeme o terminologii, definici a klasifikaci jednotlivých nozologických jednotek patřících dle MKN – 10 do pervazivních vývojových poruch. Neopomínáme specifikovat vývojové, profesní i osobnostní aspekty, které determinují pohled na výše uvedené oblasti. Druhá kapitola je věnována symptomatologii PAS, kterou jsme se pro lepší přehlednost rozhodli diferencovat do dvou podkapitol zaměřených na specifické a nespecifické projevy. Etiologický aspekt přibližuje kapitola třetí. Podtrhuje v současné době akceptovanou multifaktoriálnost, nejednoznačnost etiologických faktorů a uvádí heterogenní názory jednotlivých odborníků na danou oblast. Čtvrtá kapitola poukazuje na možnosti diagnostiky, představuje základní diagnostické metody a vymezuje odborníky, kteří jsou kompetentní diagnostiku realizovat. Současné intervenční přístupy a jejich komparace jsou uvedeny v kapitole páté. Teoretickou část uzavírá kapitola šestá a sedmá. Šestá kapitola je vzhledem k ostatním částem práce kvantitativně zevrubnější, je cílena na komunikaci a specifika narušené komunikační schopnosti u osob s PAS. Na tomto místě si všímáme deficitů dotýkajících se jednotlivých jazykových rovin, dílčích forem komunikace a upozorňujeme na pragmatickou jazykovou rovinu, která je stěžejní aberantní oblastí této problematiky. Následující kapitola zaměřená na logopedickou intervenci je s ohledem na její podrobnou deskripci v praktické části disertační práce nastíněna jen schematicky.

Při zpracování teoretické části disertační práce se opíráme o studium a komparaci tuzemské a zahraniční literatury, současně aplikujeme teoretické i praktické poznatky získané absolvováním odborných seminářů a kurzů (viz Bibliografie).

1 PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Abychom zajistili komplexní pohled na problematiku poruch autistického spektra, nesmíme opomenout historický náhled, terminologické vymezení, definici PAS, klasifikaci jejich jednotlivých podtypů, prevalenci a komorbiditu. Úvodní podkapitoly pojednávají o vývoji názorů na osoby s tímto typem postižení, specifikují heterogennost terminologického aparátu, nejednotnost aplikovaných pojmů u jednotlivých odborníků a akcentují na termíny v současné době preferované. V dalších částech této kapitoly referujeme o vymezení PAS, blíže deskripujeme jednotlivé nozologické jednotky poruch autistického spektra a všímáme si koincidencí s jinými nemoci. Při klasifikaci vycházíme z Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10, *Duševní poruchy a poruchy chování*, 2006) a okrajově se zmiňujeme i o jiných klasifikačních systémech.

1.1 Vývoj názorů na problematiku poruch autistického spektra

V historickém kontextu se setkáváme s odlišnými přístupy k výchově, vzdělávání a péči o osoby s poruchou autistického spektra. Pohybovaly se od likvidace, segregace přes přehlížení až k systematické výchově a v současnosti stále více preferované společenské integraci či inkluzi. Hrdlička (2004) uvádí, že prvním dílem vztahujícím se k pervazivním vývojovým poruchám je monografie vídeňského pedagoga Hellera z počátku 20. století. Druhou nejznámější publikací je dle uvedeného autora práce amerického psychiatra Leo Kannera *Autistické poruchy afektivního kontaktu* z roku 1943 a neméně historicky významnou je kniha *Autističtí psychopati v dětství* (1944), jehož autorem je vídeňský pediatr Hans Asperger. V současné době zaznamenáváme bohatou distribuci odborné i populárně-vědecké literatury tuzemské i zahraniční věnující se problematice poruch autistického spektra. Vzhledem k zaměření disertační práce níže uvádíme jen nástin vývoje názorů na problematiku PAS.

Psychoanalytická (psychogenní) teorie, která převládala v době Kannera, se dle Jelínkové (2010) stala základem pro mylné vysvětlení i léčení autismu. Vycházelo se z předpokladu, že autismus je emocionální porucha, která má svůj původ v patologickém prostředí rodiny. Léčba spočívala v segregaci dítěte od rodičů a jeho umístění do psychiatrické léčebny, kde se za jedinou správnou terapii považovala psychoterapie

společně s medikací (ibid.). „Matka lednička“ byl termín, který užil Leo Kanner pro typickou matku dítěte s PAS. Specifikoval ji jako emočně chladnou, odtažitou a časopisy začaly psát o rodičích, kteří se „rozmrazili“ jen na krátkou chvilku, aby dokázali zplodit potomka (Thorová, 2006; Weber, 1970). I přes to, že danou teorii můžeme dnes považovat za překonanou, zanechala velké množství negativních důsledků dotýkajících se jak rodiny, tak samotného jedince s PAS. „Koncem 40. let vyslovilo několik výzkumníků (např. Binderová, 1947) teorii o kontinuitě psychotických stavů v dětství (kam byl řazen i dětský autismus) se schizofrenií“ (Hrdlička, 2004, s. 12). Daná skutečnost se promítla v chybném zařazení dětského autismu, v Mezinárodní klasifikaci nemocí i v americkém klasifikačním manuálu do skupiny schizofrenních psychóz v dětství.

Ruter, Kolvin, Hersov (in Hrdlička, 2004) uvádějí, že teprve v 70. letech 20. století několik prací vymezilo autismus vzhledem ke schizofrenii z hlediska klinických příznaků, průběhu i rodinné anamnézy. Významnou osobností v období medicínského a vědeckého pojetí autismu je Van Krevelen, který kritizoval Kannerovu psychoanalytickou teorii jeho vzniku a zdůraznil nutnost zkoumání organické příčiny (Shor, Schweiggert, 2001). Na základě rozsáhlých empirických výzkumů (např. práce Rimlanda) v 60. a 80. letech 20. století začíná dominovat názor, který inklinuje k recepci tohoto postižení jako vývojové poruchy, jejíž příčinu musíme hledat v oblasti organické, biologické a somatické (Jelínková, 2010; Sigman, Caps, 2000). První definici autismu publikovala v roce 1977 Americká autistická společnost a o tři roky později vložila Americká psychiatrická asociace definici „autistického syndromu“ do diagnostického a statistického manuálu (Richman, 2006). Samostatná skupina nemocí nazvaná „pervazivní vývojové poruchy“ se objevila v novém konceptu amerického diagnostického manuálu DSM-III (Američan Psychiatric Association, 1980) a byla specifikována jako narušení vývoje mnohočetných základních psychologických funkcí. Do Mezinárodní klasifikace nemocí se však tento koncept dostal až v roce 1993 (MKN-10, 1992) (Hrdlička, 2004; Ošlejšková, 2008).

V současné době jsou poruchy autistického spektra vnímány jako heterogenní skupina specifických a nespecifických příznaků, pro něž je charakteristická pervazivní symptomatologie a podstatná diference vývoje dítěte s PAS vzhledem k jedinci intaktnímu. Thorová (2006) ve shodě například s Beyerem, Gammeltoftem (2006), Richmanem (2006) a Vermaulenem (2001) podotýká, že poruchy autistického spektra jsou vrozeným, celoživotním, neurovývojovým onemocněním vznikajícím s největší pravděpodobností na

podkladě neurobiologickém, čímž náleží k nejzávažnějším poruchám dětského mentálního vývoje. Termín pervazivní implikuje, že vývoj dítěte s tímto typem postižení je narušen do hloubky, v mnoha oblastech a ireverzibilně determinuje jeho biopsychosociální osobnostní dimenzi (Thorová, 2006).

1.2 Terminologické vymezení poruch autistického spektra

Termín autismus poprvé užil švýcarský psychiatr Bleuer a byl označením pro symptom charakteristický u klientů s psychiatrickým onemocněním – schizofrenií (Jelínková, 2010; Kruk-Lasocka, 1994; Thorová, 2006). Bleuer (in Thorová, 2006) uvádí, že se daný příznak týká neproduktivního a pasivního myšlení, které je obráceno do vlastního nitra. Současná psychiatrie (srov. např. Janotová, 2006; Musil, 2006; Raboch, Pavlovský, Hort, 2008 et al.) v souvislosti s danou symptomatikou preferuje užití termínu nerealistické myšlení. Čadilová, Jůn, Thorová (2007) ve shodě s Hrdličkou (2004), Opekarovou (2010) upozorňují na skutečnost, že pojem autismus jako označení pro dílčí projev schizofrenie se užívá dosud. Evidentní je to například při výkladu daného pojmu dle *Psychologického slovníku*. „Autismus – stažení se do sebe, zapadnutí do sebe, sociální izolace, egocentrické, nerealistické myšlení, snění… “ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 63). Dva heterogenní významy jednoho termínu bohužel vedou k nejasnostem, jež mohou vyústit v situaci, kdy je tato porucha mylně spojována či zaměňována se schizofrenií. Zároveň musíme ale upozornit na skutečnost, že komorbidita autismu s touto psychiatrickou nemocí není vyloučena, naopak její koincidence je často evidována především u osob s Aspergerovým syndromem (Jelínková, 2010; Opekarová, 2010; Hrdlička, 2004).

Americký psychiatr Kanner popsal v roce 1943 jedenáct dětí, které vykazovaly nepřiměřené a netypické chování a užil pro tyto projevy termín „Časný dětský autismus“ (Wurst, 1976). Inspirací pro dané pojmenování mu byl řecký původ slova „autos“, což znamená „sám“, a přípona „ismus“, která je vyložena jako „orientace, stav“ (Buntová, Tichá, 2009). Tímto Kanner vyjadřoval domněnku, že pozorované děti jsou osamělé, uzavřené do vlastního vnitřního světa, nezajímající se o svět kolem sebe, neschopné lásky a přátelství (Thorová, 2006). Dnes ale již víme, že daná generalizace není možná a klinický obraz autismu je heterogenní jak v rámci jednotlivých podtypů, tak variabilnost nacházíme u každého jedince s PAS. Ve starší odborné literatuře se můžeme setkat s termínem

Kannerův autismus, dalšími synonymy je jaderný (nukleární) autismus, infantilní autismus (oficiálně použit v 9. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí, 1978) a v současnosti dle 10. verze Mezinárodní klasifikace nemocí 1993, preferovaný termín dětský autismus (Pečeňák in Lechta, 2003).

V roce 1908 rakouský speciální pedagog Heller publikoval studii šesti dětí, u kterých mezi třetím a čtvrtým rokem došlo ke zřetelnému regresu, i když premorbidní vývoj nevykazoval žádné aberace vzhledem k normě (Heller, 1908). V této souvislosti užil termín dementia infantilis, který byl postupně nahrazen termínem Hellerův syndrom. Dnes je preferován název jiná dezintegrační porucha (MKN – 10, *Duševní poruchy a poruchy chování*, 2006). Jelínková (2010) se zmiňuje o tom, že ve stejné době jako Kanner, publikuje vídeňský psychiatr Asperger práci o autistické psychopatii s názvem *Autistische Psychopathen im Kindersalter* (Autistická psychopatie v dětství). Popsal obtíže v sociálním chování, v komunikaci, motorickou dyspraxii, stereotypní a ulpívavé zájmy při dobrých intelektových předpokladech (Thorová, 2006). V roce 1981 byl termín autistická psychopatie nahrazen pojmem Aspergerův syndrom. Ve stejném roce DeMyer použil poprvé termín vysocefunkční autismus a od té doby je vedena polemika týkající se vymezení Aspergerova syndromu vzhledem k vysocefunkčnímu autismu (Attwood, 2005) (srov. např. Howlin, 2005; Hrdlička, 2004; Wurst, 1976 et al.). Od roku 1988 se rozšiřuje pojetí autismu, což odrážejí termíny porucha autistického spektra a autistické kontinuum (Hrdlička, 2004).

V současné době se nejčastěji setkáváme s termíny pervazivní vývojové poruchy a poruchy autistického spektra. „Pervazivní vývojové poruchy patří k nejzávažnějším poruchám dětského mentálního vývoje. V důsledku vrozeného postižení mozkových funkcí, které dítěti umožňují komunikaci, sociální interakci a symbolické myšlení, dochází k tomu, že dítě nedokáže vyhodnocovat informace stejným způsobem jako děti stejné mentální úrovně. Vnímá, prožívá, a tudíž se i chová jinak“ (Thorová, 2006, s. 58). Buntová, Tichá (2009) specifikují význam pojmu pervazivní a uvádějí, že dané slovo znamená všepronikající a vyjadřuje fakt, že vývoj dítěte je narušen do hloubky v mnoha směrech. Jelínková (in Srbková, 2007) hovoří o lékařském náhledu, který upřednostňuje zařazení daného narušení mezi pervazivní vývojové poruchy. Tímto pojmem je vyjádřeno, že na rozdíl od jiných vývojových poruch se znevýhodnění projeví ve všech funkčních oblastech (Pečeňák in Lechta, 2003). Termín poruchy autistického spektra se rozšířil do

celého světa a vypovídá o variabilnosti specifických i nespecifických symptomů. Jeho aplikace je dnes běžná a mnohými odborníky preferovaná (srov. např. Jelínková, 2010; Straussová, Knotková, 2011). Thorová (2006) komparuje výše uvedené termíny a podotýká, že pojem poruchy autistického spektra zhruba odpovídá termínu pervazivní vývojové poruchy. Doporučuje ale preferenci pojmu poruchy autistického spektra, protože specifické deficity a abnormální chování jsou dle ní spíše heterogenní než pervazivní.

Nesmíme opomenout dříve i v současné době frekventovaně užívaný termín autistické rysy, který Jelínková (2010), Thorová (2006), Hrdlička (2004) recipují jako neadekvátní. „Vzhledem k chybějící jednotné definici není jasné, zda autistické rysy jsou synonymem poruch autistického spektra, nebo označením pro projevy dětí, jejichž chování však frekvencí a intenzitou neodpovídá diagnostickým kritériím žádné poruchy autistického spektra. V žádném případě autistické rysy nejsou diagnózou“ (Thorová, 2006, s. 208). K této problematice se shodně vyjadřuje Hrdlička (2004), který zmiňuje, že termín autistické rysy se v praxi používá příliš volně a měl by být substituován termínem atypický autismus. V genetickém výzkumu a epidemiologických studiích se můžeme setkat s pojmem autistický genotyp, jenž by měl být užíván jen v korelaci k této výzkumné sféře (ibid.). Schor a Schweigert (2001) věcně podotýkají, že je třeba se vyvarovat stigmatizujícímu označení „ty jsi autista…“ a akcentují na preferenci termínu ve smyslu osoba s autismem/poruchou autistického spektra, která v souvislosti se změnou paradigmatu speciální pedagogiky klade na první místo osobnostní dimenzi před postižením.

Mezi všeobecně uznávané a rozšířené diagnostické systémy patří v Evropě diagnostická kritéria vydaná Světovou zdravotnickou organizací (MKN – 10), ve Spojených státech amerických pak kritéria americké psychiatrické asociace DSM – IV (Thorová, 2006). Podle Mezinárodní klasifikace nemocí – 10 revize (2006) tvoří pervazivní vývojové poruchy jednu z diagnostických kategorií spadajících pod F 80–F89 Poruchy psychického vývoje. Mezi zmíněnou nozologickou kategorii dle dané klasifikace náleží:

F 84.0 Dětský autismus

F 84.1 Atypický autismus

F 84.2 Rettův syndrom

F 84.3 Jiná dezintegrační porucha v dětství

F 84.4 Hyperaktivní porucha spojená s mentální retardací a stereotypními pohyby

F 84.5 Aspergerův syndrom

F 84.8 Jiné pervazivní vývojové poruchy

F 84.9 Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná

Odlišný pohled na terminologické vymezení a kategorizaci této problematiky zastává Opekarová (2010). Pervazivní vývojové poruchy považuje za zastřešující, globální termín, kam shodně s Mezinárodní klasifikací nemocí řadí všechny výše deskripované podkategorie. Variabilnost spočívá v pojetí pojmu poruchy autistického spektra, který je dle ní součástí pervazivních vývojových poruch, a zahrnuje diagnózy dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom a jinou dezintegrační poruchu v dětství. Akcentuje na fakt, že zbývající nozologické jednotky – Rettův syndrom, hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby a pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná jsou více heterogenní vzhledem k první oblasti a není zde možné analogické uplatňování terapie jako u jí pojímaných poruch autistického spektra.

Z uvedeného je evidentní, že historické, profesní hledisko a individuálnost každého odborníka pramenící z osobních teoretických vědomostí a praktických zkušeností determinuje terminologické pojetí i kategorické zařazení této problematiky. V práci budeme preferovat užití termínu poruchy autistického spektra. Termín „spektrum“ v sobě implikuje variabilitu a různorodost, která je u osob s PAS velice evidentní, proto se přikláníme k upřednostnění daného terminologického vymezení.

1.3 Definice poruch autistického spektra

Poruchy autistického spektra jsou vrozenou, celoživotní, vývojovou poruchou, která ovlivňuje globální vývoj dítěte (Beyer, Gammeltoft, 2006; Buntová, Tichá, 2009; Vermaulen, 2001 et al.). Jedná se o narušení, které je trvalé, neléčitelné, ale speciálními intervenčními přístupy ovlivnitelné (Hrdlička, 2004; Šedibová, 1998). Průcha (2003) v *Pedagogickém slovníku* pojednává o PAS jako o vývojové poruše, která se projevuje absencí schopnosti komunikovat a navazovat kontakty s okolím. Jedinec obtížně vyjadřuje svá přání, potřeby, nechápe, proč mu ostatní nerozumí, uzavírá se do vlastního světa a projevuje se jako extrémně introvertní bytost (ibid.). Vocilka (in Říhová, 2009) ve shodě

s Průchou (2003) specifikuje tuto poruchu jako patologickou zaměřenost k vlastní osobě s narušením kontaktu s vnějším světem. Dále se zmiňuje o tom, že lidé s PAS mají jiný způsob poznání, který spočívá v odlišné percepci, zpracování a expresi senzuálních informací, proto konstatuje, že se jedná o velice těžké vývojové onemocnění, kde jedinec ztrácí schopnost najít a pochopit smysl našeho světa. Jelínková (2010) věcně poznamenává, že explikace výrazu „autistický" ve smyslu uzavřený není nejvýstižnější, protože deficit v oblasti sociální interakce je velice variabilní a nelze jej jednoznačně generalizovat (srov. např. Howlin, 2005; Šedibová, 1998; Thorová, 2006). „Pervazivní vývojové poruchy se projeví vždy již v prvních letech života, typické věkové rozmezí záleží na konkrétním typu poruchy. Ke stanovení diagnózy je zapotřebí několik symptomů v jednotlivých oblastech triády. Diagnózu tedy stanovujeme, kromě Rettova syndromu, u kterého byl objeven gen odpovědný za vznik poruchy, na základě chování dítěte" (Thorová, 2006, s. 58–59). Richman (2006) uvádí, že první symptomy se obvykle objeví před třicátým měsícem věku a zřetelnými se stávají v době, kdy u dítěte dojde k výraznému deficitu v ontogenezi komunikace.

Do kategorie poruch autistického spektra náleží vývojové poruchy, které mají svoji inicializaci v raném dětství a jsou charakterizovány poruchou reciproční sociální interakce, komunikace a imaginace (De Clerg, 2007; Říčan, Krejčířová a kol., 2006). Uvedené deficity byly britskou lékařkou Wingovou označeny za tzv. triádu symptomů charakteristickou pro klinický obraz daného narušení. Její naplnění je nezbytnou podmínkou pro stanovení diagnózy PAS (Pečeňák in Lechta, 2003). Gillberg, Peeters (2003) se zmiňují o tom, že jedinec s PAS má odlišný vývojový profil jako důsledek „schizmatické" osobnosti, který se manifestuje v komunikaci, sociální interakci a představivosti. V této souvislosti chceme upozornit na nutnou obezřetnost v užívání termínu (v tomto případě pojem *schizmatický*), který by mohl evokovat mylnou záměnu či spojitost se schizofrenií, o čemž byla již zmínka v kapitole *1.2 Terminologické vymezení poruch autistického spektra*. S uvedenou triádou příznaků se neztotožňuje Opekarová (2010), hovoří o tzv. diádě příznaků. Primárním deficitem je dle ní narušení komunikační schopnosti a imaginace. Problémy vycházející z abnormalit v těchto dvou oblastech jsou důsledkem obtíží v sociální sféře. Sociální kompetence u osob s PAS je tedy dle Opekarové (2010) reflexí komunikace a imaginace.

Anglický psycholog David Ricks (in Beyer, J., Gammeltoft, 2002) v letech 1975 a 1979 uveřejnil studii související se zmiňovanou problematikou. Ricks konfrontoval 3 skupiny o 6 dětech, které se ještě neuměly verbálně vyjadřovat, se 4 odlišnými situacemi. Ve skupinách byly děti s PAS, děti s dyslexií a intaktní děti. Reakce jednotlivých dětí byly zaznamenány na magnetofon.

Situace byly následující:

- dítěti bylo naservírováno jeho nejoblíbenější jídlo
- dítěti bylo jeho nejoblíbenější jídlo odebráno
- dítě opět uvidělo svou matku poté, co se mu ztratila z dohledu
- před dítětem byl vyfouknut míč.

Posléze matky poslouchaly magnetofonový záznam a měly deskripovat, co konkrétně slyšely. Všem ženám se zdálo poměrně jednoduché interpretovat reakce dětí s dyslexií nebo děti intaktních. Důvodem byl fakt, že reakce zmíněných dětí si byly velmi podobné, ale jednotlivé matky jen s velkými obtížemi rozpoznávaly reakce svého vlastního dítěte. Naopak rodiče dětí a PAS bezpečně poznaly reakce svého dítěte a byly schopny jeho projevy správně interpretovat. Z Ricksovy studie vyplynuly zajímavé poznatky:

- dítě s autismem není schopné (oproti intaktním dětem) osvojit si dovednost nutnou pro vyjádření vlastních pocitů (nebo dítě s autismem tuto schopnost poměrně brzy ztrácí)
- děti s autismem vyjadřují své pocity záměrně
- děti s autismem potřebují pro své vyjádření podporu blízké osoby, které je dobře znají a jsou schopny jejich pocity, potřeby bezpečně identifikovat a interpretovat.

Tato studie se nám jeví významná především v překonání dříve zažitých stereotypních představ pojednávajících o absolutní absenci emoční exprese u jedinců s poruchami autistického spektra. Poukazuje na nutnost dalších vědeckých studií a nabádá k nezbytnému kritickému pohledu týkajícímu se generalizace symptomatického pojetí a definic dané problematiky.

Symptomy této poruchy jsou charakteristickým rysem chování jedince a variují od takřka úplné absence některých dovedností až po lehčí, spíše kvantitativní odlišnosti (*MKN – 10, Duševní poruchy a poruchy chování*, 2006). Richman (2006) také poukazuje na

nehomogennost v symptomatologii a pojednává o tom, že i když lidé s PAS vykazují podobné příznaky, neexistují dvě osoby s úplně shodnými projevy. Aby bylo možné stanovení diagnózy PAS, musí jedinec splňovat alespoň dvě kritéria z první kategorie (sociální interakce), dvě kritéria z druhé kategorie (komunikace) a jedno kritérium ze třetí kategorie (aktivity, zájmy, imaginace) (ibid.). Bližší pojednávání je uvedeno v kapitole *2 Symptomatologie poruch autistického spektra.*

1.4 Klasifikace poruch autistického spektra

Každá nozologická jednotka poruch autistického spektra má svá specifika a správná diferenciální diagnostika je základním předpokladem přesné diagnózy a volby adekvátního intervenčního přístupu. Při deskripci vycházíme z diagnostických kritérií dle Mezinárodní klasifikace nemocí – 10 revize (2006). Ve Spojených státech amerických jsou preferována kritéria vydaná Americkou psychiatrickou asociací DSM–IV. Pro komparaci nabízíme níže uvedenou tabulku (viz **Tabulka 1:** *Porovnání světového klasifikačního systému MKN – 10 s americkým DSM – IV*).

Tab. 1: *Komparace světového klasifikačního systému MKN – 10 s americkým DSM – IV*

MKN – 10 (1992)	**DSM – IV (1994)**
Dětský autismus F 84.0	Autistická porucha
Atypický autismus F 84.1	Pervazivní vývojová porucha jinak nespecifikovaná
Aspergerův syndrom F 84.5	Aspergerova porucha
Jiná dezintegrační porucha v dětství F 84.3	Desintegrační porucha v dětství
Rettův syndrom F 84.2	Rettova porucha
Hyperaktivní porucha spojená s mentální retardací a stereotypními pohyby F 84.4	__
Jiné pervazivní vývojové poruchy F 84.8	Pervazivní vývojová porucha jinak nespecifikovaná
Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná F 84.9	__

(Hrdlička, 2004, s. 15)

Na tomto místě blíže pojednáváme o dílčích diagnostických kategoriích PAS. Nejdříve uvádíme dětský autismus, atypický autismus, Rettův syndrom a jinou dezintegrační poruchu v dětství. Následně se zmiňujeme o hyperaktivní poruše spojené s mentální retardací, o Aspergerově syndromu a kapitolu ukončujeme vymezením jiné pervazivní vývojové poruchy a pervazivní vývojové poruchy nespecifikované.

Dětský autismus patří mezi nejlépe prostudovanou a zároveň mezi nejtěžší poruchu autistického spektra (Hrdlička, 2004). Dětský autismus nebo též Kannerův autismus deskripoval poprvé Leo Kanner v roce 1943. Vycházel z dlouhodobého studia jedenácti dětí, které charakterizoval jako nekompetentní navazovat kontakt s jinými lidmi. Tento symptom pojmenoval extrémní dětskou osamělostí a zdůrazňoval, že se daný sociální deficit vyskytuje již v raném věku. Život dítěte s PAS specifikuje jako monotónní, opuštěný, prázdný (Nesnídalová, 1995). Současné teoretické i praktické poznatky nabízí odlišný pohled na symptomatologii dětského autismu (srov např. Beyer, Gammeltoft, 2002; Pečeňák, 2006; Schor, Schweiggert, 2001 et al.). Podle Thorové (2006) tvoří dětský autismus z historického pohledu jádro poruch autistického spektra. Stejně jako ostatní poruchy této diagnostické kategorie má širokou variabilitu symptomů a vždy je zaznamenána prezence příznaků ve všech částech diagnostické triády (Howlin, 2005). Kromě těchto specifických diagnostických projevů (viz diagnostická triáda) se prezentuje také řadou jiných, nespecifických symptomů. Mezi nejčastější náleží poruchy spánku a příjmu jídla, senzorické deficity, úzkost, obtíže s příjmem potravy, spánkem a problémové chování (*MKN – 10*, *Duševní poruchy a poruchy chování,* 2006). Peeters (1998) a Vocilka (1995) se zmiňují o tom, že aberace ve vývoji dítěte se projeví do třetího roku věku a prevalence je čtyřikrát vyšší u chlapců než u dívek. Nejčastější komorbiditou dětského autismu je mentální retardace, kterou Hrdlička (in Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2008) uvádí až ve dvou třetinách případů. Na základě této skutečnosti podotýká fakt, že většina jedinců s dětským autismem je i v dospělém věku odkázána na pomoc rodiny či institucí. Čadilová, Jůn, Thorová (2007) se zmiňují o existenci těžké formy autismu, tzv. nízkofunkčního autismu. Nízkofunkční autismus se obvykle pojí s absencí verbální produkce, s vysoce stereotypními behaviorálními projevy, poruchami chování a mentální retardací těžšího stupně (ibid.). Podle Thorové (in Čadilová, Jůn, Thorová, 2007) mají nejmírnější varianty poruchy, které označuje za hraniční symptomatiku či vysocefunkční autismus podobu spíše disharmonického osobnostního vývoje spojeného s nerovnoměrným

vývojem psychomotorických schopností, s obtížemi v komunikaci, poruchou aktivity, pozornosti a mírnějšími poruchami chování. Hranice mezi vysocefunkčním autismem a Aspergerovým syndromem nejsou přesné, jejich bližší specifikace a vzájemná diferenciace je předmětem mnoha hypotéz (Srbková, 2007).

Atypický autismus je diagnostická kategorie, která je vytvořena na základě potřeby zařadit pod diagnózu osoby, které vykazují symptomy charakteristické pro poruchy autistického spektra, ale nesplňují diagnostická kritéria pro dětský autismus (Schor, Schweiggert, 2001). Tato diagnóza je užita tehdy, kdy jedinec nesplní kritéria pro dětský autismus nenaplněním diagnostické triády nebo časovým nástupem dané poruchy (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2008). Podle Thorové (2006) je atypický autismus zastřešující termín pro osoby, na které by se hodil nesprávný termín autistické rysy či projevy. Příznaky narušeného vývoje se na rozdíl od dětského autismu manifestují až po třetím roce věku dítěte a v rámci diagnostických kritérií není jedna z oblastí výrazně narušena, kvantita či kvalita symptomů neodpovídá diagnóze dětský autismus. U osob s atypickým autismem nacházíme také řadu specifických sociálních, emocionálních a behaviorálních symptomů, které jsou shodné s obtížemi u klientů s dětským autismem (Thorová in Říhová, 2009). Volkmar (in Čadilová, Jůn, Thorová, 2007) uvádí, že sociální schopnosti bývají narušeny méně, jedná se o lepší sociální či komunikační dovednosti a absenci stereotypních zájmů. Vývoj dílčích schopností je ale nerovnoměrný a z hlediska náročnosti intervence, další péče se neliší od dětského autismu (ibid.). Americký diagnostický systém DSM – IV termín atypický autismus jako samostatnou kategorii nemá, dané symptomy zastřešuje pod pojem pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná (Matzies, 2010).

Rettův syndrom byl poprvé popsán Rettem v roce 1965 a do obecného povědomí se dostal na základě studie vypracované Hagbergem a jeho kolegy v roce 1983 (Baron-Cohen, Bölte, Freitag, Kohlhammer, 2010). Jedná se o poruchu autistického spektra, která se vyskytuje jen u žen a její prevalence je 6–7/10 000 dívek. Příčina syndromu je genetická, byl lokalizován gen odpovídající za vznik poruchy na distálním dlouhém raménku X chromozomu (Hrdlička, 2004). Thorová (2006) uvádí, že se jedná o narušení, které je doprovázeno těžkým neurologickým postižením s dopadem na somatické, motorické i psychické funkce. Geneze Rettova syndromu je popisována modelem představujícím 4 základní stadia:

1. Stadium stagnace (6. měsíc – 1,5 roku)
2. Vývojová regrese (1–2 roky do 13–19 měsíců)
3. Pseudostacionární stadium (3–4 roky, přetrvává mnoho let)
4. Motorická degenerace (školní věk, adolescence)
   (*4 Phasen*, 2010)

Diskutabilní zůstává zařazení Rettova syndromu v rámci klasifikačních systémů. MKN i DSM řadí Rettův syndrom či Rettovu poruchu mezi pervazivní vývojové poruchy. S tímto zařazením ale nesouhlasí mnozí odborníci (srov. např. Čadilová, Jůn, Thorová, 2007; Besnier, 2009; Opekarová, 2010 et al.), kteří zdůrazňují odlišnost Rettova syndromu od PAS jak ve sféře etiologické, tak symptomatické. Pro klinický obraz je typický intaktní raný vývoj, který je následně vystřídán opožděným vývojem řeči či ztrátou neverbálních či verbálních komunikačních schopností a zpomalením růstu hlavy. Později se vyvíjí skolióza nebo kyfoskolióza a téměř u všech je detekované patologické EEG svědčící pro epileptiformní aktivitu (Říčan, Krejčířová, 2006; *Die Entdeckung*, 2010). Začátek Rettova syndromu je mezi 7.–24. měsícem života a charakteristickým symptomem je ztráta funkčních pohybů ruky a získaných jemných manipulačních motorických schopností. V behaviorálním projevu dominují stereotypní, kroutivé „mycí“ pohyby rukou s pažemi ohnutými před hrudníkem či bradou. Časté je stereotypní navlhčování rukou slinami, nedostatečná mastikace potravy, hyperventilace, ztráta kontroly nad mikcí a defekací. Svalstvo je hypotonické, pohyby méně koordinované a chůze o široké bázi (*MKN – 10, Duševní poruchy a poruchy chování*, 2006). Baron–Cohen, Bölte, Freitag, Kohlhammer (2010) upozorňují na to, že se v dospělosti velice často můžeme setkat se spinální atrofií a rigidní elasticitou. Lewis (in Hrdlička, 2004) se zmiňuje o tom, že klinický obraz Rettova syndromu je závažnější a prognóza je horší než u dětského autismu.

Jiná dezintegrační porucha, infantilní demence, Hellerův syndrom a dezintegrační psychóza jsou čtyři heterogenní názvy pro jednu poruchu, která byla popsána v roce 1908 speciálním pedagogem Hellerem. Jedná se o vzácné onemocnění, kdy do roku 1999 bylo v literatuře popsáno jen 126 případů (Hrdlička in Říhová, 2009). K rozvoji symptomů specifických pro PAS dochází až po období úplně nebo téměř úplně bezproblémového časného vývoje, nejčastěji mezi 2.–4. rokem. Někdy je začátek náhlý, jindy pozvolný (Říčan, Krejčířová, 2006). Pro manifestaci symptomů je charakteristický 2.–10. rok věku a

typická je progresivní ztráta již nabytých dovedností (Hrdlička, 2004). „Deteriorizace může být náhlá nebo trvat několik měsíců a je vystřídána obdobím stagnace. Dítě se zhorší v komunikačních a sociálních dovednostech, často nastupuje chování zcela typické pro autismus. Prognóza není dobrá, často přetrvává těžká mentální retardace“ (Thorová, 2006, s. 194).

Hyperaktivní porucha spojená s mentální retardací je neurčitá nozologická jednotka, která se pod poruchy autistického spektra zařazuje z toho důvodu, protože u těžké mentální retardace jsou přidružené problémy s hyperaktivitou, s pozorností a stereotypní behaviorální projevy (*MKN – 10, Duševní poruchy a poruchy chování*, 2006). Samozřejmě je hodné diskuze, do jaké míry se uvedené projevy týkají mentálního postižení a do jaké PAS.

Aspergerův syndrom je termín, který se během posledních desetiletí dostává do popředí zájmu odborníků, a to nejen v oblasti dětské psychiatrie, ale i v rámci pedagogických a psychologických oborů (Jørgensen, Hoffmann, 2009). Specifické deficity v chování a projevech typických pro osoby s Aspergerovým syndromem poprvé detekoval vídeňský lékař Asperger, který pro signifikaci daných obtíží užil pojem autistická psychopatie (Attwood, 2005). Termín Aspergerův syndrom poprvé užila britská lékařka Wingová v roce 1981. Na základě svých zjištění definovala klinické příznaky, kam řadí nedostatek empatie, jednoduchou, nepřiléhavou a jednostrannou interakci, omezenou případně neexistující schopnost iniciovat, navazovat a udržet si přátelství, přesnou, jednotvárnou řeč, deficity v neverbální komunikaci, hluboký zájem o specifický jev či předmět a motorickou dyspraxii s nepřirozenými motorickým posturem (Jøergensen, Hoffmann, 2009). Můžeme říci, že se jedná o jednu z nejdiskutovanějších diagnóz z kategorie pervazivních vývojových poruch, protože odborníci obtížně hledají jednoznačné ohraničení Aspergerova syndromu vzhledem k vysocefunkčnímu autismu. Manjiviona a Prior, Miller a Ozonoff, Gilchrist (in Hrdlička, 2004) se přiklání k tomu, že Aspergerův syndrom je jen méně závažnou variantou autismu a dělení do dvou diagnóz je umělé. S uvedeným se neztotožňuje Attwood (2005) a Thorová (2004). „Spory o tom, zda Aspergerův syndrom existuje jako samostatná jednotka, nebo zda se jedná jen o část autistického kontinua, stále pokračují. V současné době je Aspergerův syndrom považován za samostatnou nozologickou jednotku. Tvrdit, že Aspergerův syndrom je mírnější formou autismu, je značně zjednodušené“ (Thorová, 2006, s. 185). Základní diferenciaci

symptomů u těchto dvou diagnostických jednotek uvádí Hrdlička (2004) a Jørgensen, Hoffmann (2009):

1. Frekvence výskytu Aspergerova syndromu je vyšší než u osob s vysocefunkčním autismem.
2. Osoby s Aspergerovým syndromem mají vyšší celkové IQ a verbální IQ než osoby s vysocefunkčním autismem.
3. Komunikační schopnosti jsou u osob s vysocefunkčním autismem více deficitní, můžeme nacházet i opožděný či narušený vývoj řeči, který u osob s Aspergerovým syndromem nedetekujeme.
4. Omezené stereotypní zájmy bývají u osob s Aspergerovým syndromem propracovanější než u vysocefunkčního autismu a obecně méně abnormální, i když nepřiměřenost věkovému kontextu je zřetelná.
5. Osoby s Aspergerovým syndromem bývají později diagnostikováni a často chybně diagnostikovány (nejčastěji jako jedinci s poruchou chování, s atypickou schizofrenií, paranoidní poruchou apod.). Prognóza je ale v případě Aspergerova syndromu považována za příznivější.

Symptomy Aspergerova syndromu či sociální dyslexie, jak bývá někdy nazýván, mají mnoho forem. Jedná se o velmi různorodý klinický obraz, jenž plynule přechází do normy (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007). Atwood (2005), Dubin (2009) a Vosmik, Bělohlávková (2010) se shodují v následujících základních příznacích. Sociální intelekt u osob s Aspergerovým syndromem vykazuje vždy hluboký deficit vzhledem k intelektovým schopnostem, které se u lidí s Aspergerovým syndromem pohybují v pásmu průměru až nadprůměru, proto by tato porucha nikdy neměla být diagnostikována člověku s IQ pod 70. Dobrý intelekt však lidem s Aspergerovým syndromem nezaručuje samostatnost v životě, přestože je do jisté míry zárukou dosažení lepší úrovně sebeobsluhy a vyššího vzdělání. Zřejmé je narušení v již zmiňované sociální oblasti, pro kterou je typické sociálně i emočně nepřiměřené chování, problémy s navázáním interakce s vrstevníky a neodpovídající interpretace sociálních podnětů. Neverbální komunikace vykazuje omezenou percepci a expresi gest, mimiky, problémy s navázáním a udržením zrakového kontaktu, nerespektováním komunikačních zón a přítomnost specifického posturu. Bondy, Frost (2007) zdůrazňují specifika narušené komunikační schopnosti, mezi

které řadí obtíže v suprasegmentální jazykové rovině, deficity v reciproční konverzaci a poukazují na verbalismy, neologismy, echolálie a verbální stereotypie. Vitásková (2010) upozorňuje, že zvláště u osob s poruchou autistického spektra, především pak u osob s Aspergerovým syndromem, se může vyskytovat hyperlexie. Hyperlexie přitom není opačným protipólem dyslexie, která je charakterizována jako specifická vývojová porucha čtení a řazena mezi jazykově podmíněné specifické poruchy učení. Hyperlexie je sice rovněž poruchou čtení, ale deficit spočívá především ve čtení s porozuměním, které je ve výrazném kontrastu k průměrné či nadprůměrné schopnosti rozpoznávat pomocí mechanické složky čtenářských dovedností slova jak izolovaná (samostatně stojící či předkládaná), tak jejich sekvence (slovní spojení). Jedinci s hyperlexií se mohou naučit mechanicky číst tak, že rychlost jejich čtení je přiměřená a srovnatelná s normou daného jazyka, ne-li nadprůměrná. Mají však prokazatelné opoždění v jazykových dovednostech. Nejedná se tedy o tzv. tachylexii přinášející čtenáři dokonce jakousi časovou výhodu, ale o deficitní způsob zpracování verbálního grafického materiálu (Vitásková, 2010). U jedinců s touto poruchou můžeme také pozorovat fascinaci písmeny a čísly (blíže např. Vitásková, 2009). Problematická je však z pohledu diferenciálně-diagnostického a intervenčního skutečnost, že hyperlexie prochází napříč různými diagnózami, a proto zůstává stále poněkud méně probádaným deficitem a náhledy na její pojetí se různí. Jedna skupina odborníků ji považuje za vrozenou mimořádnou schopnost, jiná zase za vývojovou poruchu čtení s porozuměním, další za sociální (či sociálně-pragmatický) čtenářský deficit, který neumožňuje adekvátně využít získané informace zprostředkované prostřednictvím nenarušené formální stránky čtení v běžném životě, při učení, analýze textu a jeho dalším zpracování apod. (např. Grigorenko, Klin, Volkmar, 2003 a další). Hyperlexie může být součástí různých syndromů, jako např. Savantova, Tourettova, Aspergerova, Rettova či jiných (Vitásková, 2006; Wallace, 2008). Mnohými odborníky je začleňována do konceptu stále tzv. neverbálních (či pseudo-verbálních) poruch učení (blíže např. Vitásková, 2009), do skupiny specificky narušeného vývoje řeči či přímo k sémanticko-pragmatické poruše jazyka (blíže např. Vitásková, 2008).

Jednou z posledních diagnostických kategorií, o které se v této kapitole zmíníme, je jiná pervazivní vývojová porucha. Dle Thorové (2006) jiná pervazivní vývojová porucha nepodléhá přesné definici. Komunikace, sociální interakce, hra a imaginace vykazují jisté abnormality vzhledem k intaktní populaci, ale ne do takového rozsahu, aby splňovaly

diagnostická kritéria pro PAS. Sekundárními důsledky uvedených obtíží jsou problémy s představivostí, stereotypní zájmy a malá schopnost rozpoznávat mezi realitou a fantazií (ibid.).

Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná je diagnostická kategorie, jež by měla být užita pro poruchy, na které se hodí všeobecný popis poruch autistického spektra. Nedostatek vhodných informací nebo protichůdné nálezy však znamenají, že diagnostická kritéria nevyhovují žádné z ostatních kódovaných kategorií v F84 (MKN – 10, *Duševní poruchy a poruchy chování,* 2006).

1.5 Prevalence a komorbidita

Vágnerová (2008) uvádí, že údaje o četnosti výskytu poruch autistického spektra se pohybují v určitém rozmezí, 2–20 dětí na 100 000, které je dáno přísností daného diagnostického kritéria. Podobnou hodnotu zmiňuje i Gillberg, Peeters (2003) a akcentuje na skutečnost, že poruchy autistického spektra jsou frekventovanější, než se donedávna odhadovalo. Čáslavská (2010) v této souvislosti hovoří o výpočtu prevalence PAS v populaci na 0,9 %, 9 dětí z 1000 má tedy některou z forem poruch autistického spektra. Komárek (2010) poukazuje na zvyšující se prevalenci PAS a daný údaj pokládá za překonaný. Podle něj se v 90 letech počet diagnostikovaných dětí zvýšil na 30/10 000 a v současné době hovoří dokonce o počtu 90/100 000. S významně vyšší prevalencí jak dětského autismu, tak ostatních pervazivních vývojových poruch nás také ve své studii seznamuje Bairda et al. (in Hrdlička, 2004). „Podle kritérií MKN-10 udávané hodnoty činí 30,8 a 57,9/10 000 a podle kritérií DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) pak 16,8 a 62,6/10 000 v práci Chakrabartiho a Trombony (2001) a 40,0 a 67,0/10 000 v práci Bertranda at al. (2001) (in ibid., s. 35). „Autismus není vůbec vzácný, naopak. Jeho prevalence je v novějších studiích udávána mezi 1,7/1000–4,1/1000 a pro celé spektrum autistických poruch dokonce až na 5,8/1000–6,7/1000 (Allen in Ošlejšková, 2008). Strunecká (2009) se ve své publikaci věnuje výskytu PAS v USA a v této souvislosti hovoří o „epidemii autismu v této zemi“. Statistické výzkumy, které byly realizované v letech 2002–2007 přicházejí s četností jedno dítě s autismem na 101 narozených dětí. Uvádí se, že v současné době je v USA diagnostikováno 1 500 000 klientů s PAS (in ibid.). Strunecká (2009) a Thorová (2007) hovoří o stávající prevalenci PAS v České republice,

která je dle nich asi 250 000 osob s tímto postižením. S danými výsledky se ztotožňují i jiní odborníci (srov. Jelínková, 2010; Komárek, 2010; Ošlejšková, 2008 et al.). Rice (2010) poukazuje na skutečnost, že mezi lety 2002–2006 je evidován nárůst autismu o 57 %. Danou situaci vysvětluje kvalitnějšími statistickými údaji, lepší identifikací prvotních symptomů a zvyšování počtu tzv. rizikových faktorů. Zamyslíme-li se nad výše uvedenými údaji a obecném povědomí o vzrůstajícím počtu osob s PAS, musíme upozornit na možnost falešně pozitivních diagnóz, které mohou zkreslit prevalenci tohoto postižení. Na místě je rovněž akcentace na stálé zlepšování současných diagnostických metod směřovaných především do raném věku dítěte. Poruchou autistického spektra jsou mnohem častěji postiženy chlapci než dívky, je udáván poměr 4–5 : 1 (Harris, Köhler, Piven et al. in Vágnerová, 2008; Neumann, Čápová, 2001).

Wiener, Sadock a Sadock (in Hrdlička, 2004) poukazují na skutečnost, že nejčastější psychiatrickou komorbiditou dětského autismu je mentální retardace, a to asi v 75% případů, kdy 30 % dětí s PAS spadá do pásma mírné a středně těžké mentální retardace a 45 % do pásma hluboké a těžké mentální retardace. Obdobné výsledky týkající se koincidence PAS s mentální retardací uvádí i Buntová, Tichá (2009), Poustka, Bölte, et al. (2008). Nejčastější neurologickou komorbiditou je dle Volkmara (in Hrdlička, 2004) epilepsie, která je evidována u 4,8–26,4 % klientů. S daným tvrzením se shodují i jiní autoři (srov. Freitag, 2008; Lisý, 2007; Ošlejšková, 2006 et al.). Goode et al. (in Poustka, Bölte, Feineis-Matthews, Schmötzer, 2008) uvádí, že u osob s PAS, jejichž nonverbální IQ je nižší než 70 je četnost výskytu epilepsie 18 %, u nonverbálního IQ 50–69 hodnota16 % a u nonverbálního IQ 35–69 četnost 20 %. Z uvedeného je evidentní, že čím je nižší hodnota nonverbálního IQ, tím je vyšší četnost výskytu epilepsie u osob s PAS. Ošlejšková (2006) zveřejňuje výsledky vypovídající o skutečnosti, že 40 % klientů s PAS trpí epileptickými záchvaty a 50 % má specifickou epileptickou abnormalitu v EEG. Další častou koincidencí PAS jsou psychické poruchy, mezi které patří především hyperaktivita, tikové poruchy, afektivní poruchy, agresivní poruchy chování a obsedantně kompulzivní poruchy (Freitag, 2008). Podle Gillberga (2003) se projevy autismu mohou až v 25 % případů vyskytnout u jiné diagnostikované poruchy – fragilního X chromozomu a jiných chromozomálních anomálií, infekce cytomegalovirem, encefalitidy, meningitidy způsobené Haemophilus influenzae, hypotyreiodismus, Moebiova syndromu, Duchennovy muskulární atrofie, mukopolysacharidózy, tuberkulózní sklerózy, Williamsova syndromu a

další. Spoluvýskyt všech výše deskripovaných onemocnění činí tuto problematiku ještě více variabilní a komplikovanou. Přístup k jedincům s PAS neodmyslitelně vyžaduje interdisciplinární angažovanost odborníků (speciální pedagog, logoped, psycholog, psychiatr, neurolog, pediatr a další) a akceptaci globálního přístupu k symptomatologii tohoto postižení.

2 SYMPTOMATOLOGIE PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA

První příznaky signalizující poruchu autistického spektra jsou zjevné již v raném věku dítěte a pervazivním způsobem negativně determinují jeho další vývoj a socializaci (Pátá, 2008). Neexistuje žádný typický jedinec s PAS, tak jako neexistuje žádná typicky zdravá osoba; každý člověk je jedinečný a převažují mezi nimi spíše rozdíly než podobnosti (Jelínková, 2001). I přes tuto skutečnost respektované diagnostické systémy (MKN – 10, DSM – III-R, DSM – IV) shodně deskripují tři stěžejní deficitní oblasti, jejichž naplnění se stává podkladem ke stanovení diagnózy poruchy autistického spektra. Cílem této kapitoly je seznámení jak se specifickými symptomy pervazivních vývojových poruch, tak se symptomy nespecifickými, jejichž prezenci evidujeme souběžně i v případě jiných, především psychiatrických, neurologických a vývojových onemocnění.

2.1 Specifické symptomy

Podrobnou deskripci specifických symptomů vycházející z longitudinálních výzkumných šetření realizoval Kanner. Detekoval markantní diference ve vývoji sledovaných dětí a společně se svým spolupracovníkem Eisenbergerem zdůraznil úroveň komunikačních a intelektových schopností jako důležitých dovedností nezbytných pro jejich další vývoj (Kaner, Eisenberg in Howlin, 2005). V roce 1956 tito vědci definovali autismus, který dle nich spočívá ve dvou stěžejních aberacích – extrémní osamělosti a výrazném ulpívání na rigidních a stereotypních rituálech (Sigman, Capps, 2000). I přes to, že je v současné době daný pohled již překonaný, musíme z historického hlediska považovat studie zmíněných osob za jednu z primárních incentiv směřujících k dalším výzkumům, reflexím, polemikám či studiím.

Nový pohled na deficity v sociální interakci u osob s poruchou autistického spektra jako první přináší Kahan. Upozornil, že odmítání kontaktu v přímé interakci není přítomné u všech dětí s PAS a současně podotýká variabilitu a heterogennost ve škále jejího narušení (Sigman in Thorová, 2006). Nelze opomenout další významnou osobnost v oboru dětské psychiatrie – Ruttera, který akcentuje na narušenou komunikační schopnost jako jednoho

z nejmarkantnějších symptomů klinického obrazu pervazivní vývojové poruchy (Poustka, Bölte, Matthews, Schmötzer; 2008). Vocilka (1994) pokládá za základní znak poruch autistického spektra neschopnost dítěte chovat se v různých společenských situacích přiměřeně a zmiňuje se o tom, že tělesný kontakt, pohyb nebo zvuk může daný jedinec recipovat jako stimul vyvolávající bolest. V roce 1979 Wingová a Gouldová poprvé užívají termín poruchy autistického spektra a podotýkají, že osoby spadající do této kategorie vykazují zřetelné deficity v triádě oblastí zahrnující sociální interakci, komunikaci a imaginaci (Thorová, 2006). Ve shodě s Wingovou a Gouldovou zmiňuje uvedenou diagnostickou triádu symptomů také Freitag (2008), Pátá (2007), Vosmik (2010), kteří uvádějí, že i přes velkou variabilitu projevů PAS je jádrem obtíží aberace v oblasti sociální interakce, komunikace a imaginace. Triáda specifických symptomů je u většiny odborníků (srov. např. Čadilová, Jůn, Thorová; 2007; De Clerg, 2007; Hrdlička, Komárek, 2004) akceptovaná jako charakteristická symptomatologie utvářející klinický obraz poruch autistického spektra. Diferentní pohled ale preferuje Opekarová (2010), která hovoří o tzv. diádě specifických příznaků spočívající v narušení komunikační schopnosti a v aberacích dotýkajících se myšlení. Deficity v sociální interakci jsou dle ní důsledkem komunikačních a kognitivních obtíží. Sadock a Sadock (in Hrdlička, Komárek, 2004) zmiňují, že první symptomy poruch autistického spektra bývají u většiny dětí zřejmé již kolem 12.–18. měsíce věku a mezi primární příznaky náleží opožděný vývoj řeči a nedostatečný zájem o sociální interakci. Hrdlička (2004) realizoval analýzu anamnestických údajů rodin dětí s autismem a dochází k závěru, že u 55 % respondentů detekujeme abnormality v psychomotorickém vývoji již kolem prvního roku věku dítěte. Manifestace specifických symptomů PAS může mít dvojí charakter prezentovaný buď pozvolným, postupným, plíživým nástupem, či prudkou a náhlou regresí (Steinhausen, Gundelfinger, 2010).

V následující části této práce budeme blíže pojednávat o specifikách sociální interakce a kognice u osob s poruchou autistického spektra. Narušenou komunikační schopnost zde zmiňovat nebudeme, protože se jí podrobně věnujeme v kapitole 6 *Komunikace osob s poruchou autistického spektra*.

2.1.1 Sociální interakce a sociální chování

Bremner (in Hewstone, Stroebe, 2006) zdůrazňuje překonání behavioristického pohledu na dítě ve smyslu *tabula rasa*, jež v sobě implikuje získávání dovedností a

vědomostí až v průběhu života a naopak akcentuje na velké množství reflexů, schopností a predispozic daných vrozeně, díky nimž novorozenci aktivně poznávají svět. K tomuto tvrzení se také přiklání Dunbar (in Čadilová, Thorová, Žampachová a kol., 2011), jehož hypotéza spočívá v domněnce, že člověk přichází na svět vybaven tzv. sociálním mozkem umožňujícím rychlý rozvoj sociálních dovedností. Tento autor také podotýká, že v důsledku deficitů lokalizovaných v daných cerebelárních oblastech dochází u osob s PAS k vrozenému narušení sociálních dovedností.

Za jednu z nejdůležitějších schopností evidentní již v raném věku dítěte je jeho prosociální chování, proto Hewstone a Stroebe (2006) uvádějí, že děti jsou od narození sociální bytosti. Dle nás by bylo ale adekvátní pozměnit dané tvrzení ve smyslu inkorporace rovněž prenatálního období. Můžeme tedy říci, že prosociální chování je charakteristickou lidskou schopností markantní v průběhu celé ontogeneze člověka. O prezenci a významu sociální interakce mezi matkou a jedincem v prenatálním období hovoří Dittrichová, Papoušek, Paul et al. (2004); Langmeier, Krejčířová (1998) a Pouthas, Jouen (2000). Emocionalita matky během těhotenství může zásadním způsobem ovlivnit frekvenci pohybů plodu. Například extrémní strach matky u plodu evokuje hyperaktivitu, která později však přechází v hypoaktivitu (Van der Berga in Pouthas, Jouen, 2000). Patrná je také pozitivní emoční reaktivita matky na jeho první či opakované pohyby, jež na bázi zpětné vazby působí stejně na fétus (Langmeier, Krejčířová, 1998). Bowlby (2010) hovoří o vrozené prezenci stavebních kamenů představujících predispozici vývoje citové vazby, mezi které řadí neonatální pláč, sání, přidržování se, orientaci, úsměv, žvatlání, plazení a chůzi. Daný autor zároveň podotýká, že primární exprese těchto forem chování je strukturovaná jednoduše, zhruba a přibližně. „I přesto je dítě schopno jisté diskriminace od samého začátku; a rovněž od samého začátku u něj existuje výrazná tendence reagovat specifickým způsobem na různé druhy podnětů, které běžně přicházejí od druhého člověka – sluchové podněty z lidského hlasu, zrakové podněty z lidské tváře a hmatové a kinestetické podněty z lidských rukou a těla. Z těchto drobných začátků povstávají vysoce diskriminující a komplexní systémy, které později v kojeneckém a dětském věku – vlastně po celý zbytek života – zprostředkovávají citovou vazbu ke konkrétním postavám“ (in ibid., str. 232).

Z uvedeného je zřejmé, že již od prenatálního období je člověk prosociálně disponován a jeho veškeré behaviorální projevy jsou akcí či reakcí na sociální prostředí,

jehož je každý jedinec nedílnou součástí. Sociální dovednosti jsou dále základním předpokladem pro schopnost disponovat interaktivními schopnostmi ať v rámci diadické, malé či velké sociální skupiny a v průběhu ontogeneze se stávají stále více diferencovanější. Z těchto důvodů jsou jakékoliv deficity v sociální interakci faktorem podstatným způsobem determinujícím socializaci osob, v našem případě osob s poruchou autistického spektra, do společnosti.

Narušení sociální interakce a deficity v sociálním chování jsou markantním symptomem poruch autistického spektra. „Byl to právě zvláštní charakter sociálního chování (sociální izolace), který vedl Leo Kannera k tomu, že poruchu, kterou pozoroval u svých dětských pacientů, nazval infantilním autismem. Kanner předpokládal, že tyto děti přicházejí na svět s vrozenou neschopností navazovat normální biologicky podmíněný kontakt s lidmi“ (Jelínková, 2000, s. 4). K podobnému názoru se přiklání také Asperger (1968) a Nesnídalová (1994). Zdůrazňují absenci vyjádření libosti či nelibosti, hovoří o dětech, jež nedovedou recipovat a využít emocionální péči rodičů a konstatují, že osoby s PAS nevyrostou v samostatnou osobnost. Podle Kannera (in Nesnídalová, 1994) je svět dítěte s autismem monotónní, opuštěný, prázdný a poruchy autistického spektra specifikuje jako velké a trvalé poškození emocionálních vztahů k ostatním dětem. I přes to, že sociální intelekt člověka s PAS je vždy ve výrazné disproporci s jeho mentálními schopnostmi, není možné aberace v sociální interakci vnímat pouze jednostranně a generalizovaně, proto musíme výše uvedené náhledy v současné době považovat za překonané.

Gillberg a Peeters (2003) komparují vývoj sociální interakce u intaktního dítěte s dítětem s pervazivní vývojovou poruchou a docházejí k závěrům poukazujícím na menší sociální aktivitu a iniciativu ze strany dítěte s PAS, dále evidují hyperexcitabilitu k sociálním stimulům a menší četnost v navazování zrakového kontaktu. Na druhou stranu ale také hovoří o jedné třetině dětí, která interakci akceptovala, a ve stejném počtu prezentují osoby, jež kontakt odmítají. Jejich závěry také vypovídají o absenci separační úzkosti, lhostejnosti k vrstevníkům, o problémech s pochopením společenských norem a pravidel, o upřednostňování samoty a orientaci směřované spíše na dospělou populaci. Svoboda, Krejčířová a Vágnerová (2001) zmiňují kvalitativní poruchu reciproční sociální interakce, kam dle nich spadají problémy s udržením zrakového kontaktu, nevyžadování přítomnosti ani pomoci druhých, nezájem o hru s druhými dětmi, nenavazování přátelských vztahů, absence empatie, neschopnost skutečné reciprocity a udržení sociální

distance. Daní autoři také pojednávají o separační úzkosti, která může být přítomna, ale zároveň upozorňují, že negativní reakce na separaci matky je primárně způsobena obtížemi ve zvládání změn, kterou její distance pro dítě představuje. Z uvedeného je patrné, že v rámci sociální interakce nacházíme variabilní a heterogenní škálu chování, jejíž antagonistické póly dle Thorové (2006) tvoří typ osamělý a typ extrémní. Pro první pól – osamělý je charakteristické odvracení dítěte při každé snaze o sociální kontakt. Mezi další možné reakce patří protest, stažení se, zakrývání očí, uší, repetitivní manipulační aktivity s předměty či motorické stereotypy. Protikladem je pól extrémní, pro který je specifické nepřiměřené a neadekvátní navazování sociálního kontaktu v důsledku neschopnosti pochopit, aplikovat a generalizovat pravidla sociální normy (in ibid.). Thorová (2006, 2010, 2011) přejímá klasifikaci narušené sociální interakce Wingové a doplňuje ji o typ smíšený, což považujeme vzhledem k tomu, že jednoznačně typické chování odpovídající konkrétní kategorii vykazuje jen malá část lidí s PAS, za potřebné. V současné době je u odborníků preferována kategorizace sociální interakce zahrnující typ osamělý (*aloof*), typ pasivní (*passive*), typ aktivní – zvláštní (*active but odd*), typ formální, afektovaný (*over-formal, stilted*) a typ smíšený zvláštní (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007; Thorová, 2006; Vosmik, Bělohlávková, 2010). Hodnocení sociální interakce by dle nás mělo být nedílnou součástí nejen psychologického, ale také speciálněpedagogického diagnostického vyšetření. Zároveň je také třeba podotknout intraindividuální variabilitu příznaků determinovanou například osobou, s níž je interakce realizována, přítomností interferenčních faktorů v prostředí apod. Za důležitou považujeme následnou inkorporaci intervenčních přístupů cílených na korekci této problematické oblasti. Například Jelínková (2010) uvádí, že sociální chování je možné a také důležité prostřednictvím výchovně-vzdělávacích programů rozvíjet.

Problémy v sociální interakci spojené s omezenou či nepřítomnou recepcí jemných a komplexních sociálních vztahů jsou dle Straussové a Knotkové (2011) důsledkem deficitu v detekci, analýze a expresi sociálních signálů. Tyto autorky uvádějí, že jedincům s PAS činí podstatné problémy identifikovat významy diferentních výrazů tváře, výšky, intenzity či témbru hlasu, postrádají tedy tzv. vodítko k dekódování kontextu situace. Jelínková (2010) akcentuje na skutečnost, že sociální chování vyžaduje mnohem větší adaptabilitu a dokonalejší schopnost abstrakce než lidem s PAS umožní jejich inflexibilní kognitivní styl. Inflexibilní kognitivní styl u osob s pervazivní vývojovou poruchou

předurčuje rigiditu a omezenou kreativitu v behaviorálních projevech. Dále ovlivňuje fantazii, smyslové vnímání i exekutivní schopnosti (Neumann, Čápová, 2001; Simpson, 2004; Vermeulen, 2006). Specifický kognitivní styl osob s PAS je odpovědný za rigiditu v myšlení, za obtíže v porozumění metakomunikaci, doslovné a přesné chápání instrukcí a situací. Je také důsledkem malé schopnosti či neschopnosti generalizace a problémů v recepci komplexních sociálních vztahů a situací (Matzies, 2010; Ošlejšková, 2006; Thorová, 2006). Vrozené deficity v reciproční sociální interakci jsou také objasňovány teorií mysli a teorii centrální koherence. „Teorie mysli je specifická kognitivní schopnost, která umožňuje vytvářet systém úsudků a názorů o duševních stavech, které nelze přímo pozorovat. Jedná se o komplexní fenomén, který se u člověka vyvíjí od raného dětství a umožňuje dítěti chápat, že existuje i jiný svět, než který vnímá svými smysly“ (Baron-Cohen et al., in Hrdlička, Komárek, 2004, s. 26). Důsledkem neschopnosti uvědomění si duševních stavů jiných lidí je neporozumění lidským pocitům, deficity v recepci informací, které lidé již z předchozích zkušeností znají, a problémy s pochopením intencí ostatních osob (Jelínková, 2010; Thorová, 2006). Centrální koherence je schopnost sumarizovat dílčí informace a vytvářet z nich tímto způsobem smysluplné celky (Gillberg, Peeters, 2003; Schopler, Lansing, Waters, 2000). Autorka teorie Uta Frith (in Thorová, 2006) zmiňuje, že její aberace se manifestuje myšlením ve fragmentech, obtížemi ve třídění informací do celků a problémy s vyvozováním a řazením informací.

Častým symptomem charakteristickým pro zmíněnou problematiku u osob s PAS je snížená schopnost až neschopnost adekvátně reagovat na city a emoce někoho jiného, dále také problémy se sdílením emocí a obtížná integrace sociálního a emocionálního chování v rámci interpersonálních vztahů (Howlin, 2005). Někteří lidé s daným typem postižení jsou schopni detekovat, co druhým lidem způsobuje potíže, ale více jsou při interpretaci orientováni na pravidla než na emotivitu (de Vignemont in Čadilová, Thorová, Žampachová, 2011). O poruše sociální adaptace hovoří Vágnerová (2004). „Děti s autismem nerozlišují jednotlivé sociální situace a nerozumějí jejich smyslu, nechápou tudíž ani to, jaké chování by bylo aktuálně vhodné. Deficit v oblasti sociálního porozumění se projeví i neschopností učit se imitací, proto si tyto děti neosvojí mnohé způsoby chování. Neschopnost napodobovat se manifestuje i ve hře a důsledkem je porucha sociální adaptace“ (in ibid., s. 321). Vermeulen (2006) podotýká, že pro osoby s PAS je typické konkrétní, inflexibilní myšlení. Hovoří o vnímání sociálních situací jako neřešitelných

záhad z důvodu implicitních významů sociálních podnětů a neustálých změn probíhajících na základě různých druhů kontextů. Howlin (2005) deskripuje stěžejní aberace v sociální oblasti doprovázející jedince s danou poruchou v průběhu celého života a řadí mezi ně především problémy ve vztazích s vrstevníky, obtížné porozumění přátelství a tomu, kdo není přítel, neschopnost porozumět emocím druhých a adekvátně na ně reagovat, deficity ve sdílení emocí a zážitků, integrací sociálního chování a neschopnost interpretovat a internalizovat společenská pravidla.

Obtíže v sociální a emocionální oblasti zásadním způsobem ovlivňují život člověka s poruchou autistického spektra. Neustálá variabilita společenského prostředí neumožňuje těmto lidem se na danou situaci připravit, proto se interpersonální interakce stává jednou z nejobtížnějších oblastí jejich existence (Boyd, 2011; Patrick, 2011).

2.1.2 Představivost, zájmy, hra

„Porozumět každodennímu životu stojí lidi s autismem nesmírnou námahu. Pochopit, že kartáček na zuby může být zelený i červený, si žádá velké intelektové vypětí. Nejméně pěti různým věcem, na kterých jezdíme, říkáme kolo, dvanáct předmětů, každý jiného tvaru a barvy nazýváme stejným slovem sklenice“ (De Clerg, 2007, s. 51). Zmíněné velice dobře vystihuje obtíže v imaginaci, jež jsou dalším charakteristickým symptomem pro osoby s poruchou autistického spektra. Dle Hartla, Hartlové (2004) je představivost schopnost vytvářet představy – obsahy vědomí, vybavené či přepracované minulé zážitky a vjemy, které jsou předpokladem tvořivé činnosti. Narušení této oblasti má na mentální vývoj dítěte s PAS negativní vliv v několika směrech. Na prvním místě se odráží v neschopnosti imitace a symbolického myšlení. Tím způsobuje interferenci v rozvoji herních aktivit a vede k vyhledávání i preferování předvídatelnosti v činnostech. Dalším dopadem této aberace je ulpívání na stereotypních aktivitách a nápadná diference v trávení volného času vzhledem k intaktním vrstevníkům (Poustka, Bölte, Feineis-Matthews, Schmötzer, 2008; Straussová, Knotková, 2011; Thorová, 2006). Diagnostická kritéria MKN – 10 pro dětský autismus deskripují jako jedno ze svých hodnotících měřítek pervazivních vývojových poruch omezené, opakující se a stereotypní vzorce chování, zájmů a aktivit. Dle zmíněného klasifikačního systému náleží do dané oblasti stálé zabývání se jedním nebo více stereotypními a omezenými zájmy, které jsou abnormální co do obsahu nebo zaměření. Deskripováno je také extrémní zaměření pozornosti specifické

zálibě, jež je deficitní ve své intenzitě a přesně vymezeném druhu, i když ne v rozsahu a zaměření. K následujícímu symptomu patří zdánlivě kompulzivní lpění na nefunkčních rutinách nebo rituálech a neměnné, opakující se motorické manýry. Poslední diagnostickou kategorii reprezentuje zájem o části předmětů nebo nefunkční prvky hraček (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000). V rámci diagnostických kritérií dle Gillberga (in Vosmik, Bělohlávková, 2010) je zmínka o zájmových aktivitách, pro které je specifická převaha mechanického a nefunkčního jednání nad pravým významem činnosti. Dále je zde pojednáváno o omezeném rozsahu oblíbených aktivit spojených s jednoznačným specifickým zájmem a ulpíváním na něm. Můžeme konstatovat, že v důsledku deficitů ve schopnosti imaginace vykazují činnosti jedince s PAS rigiditu. Vyhledávají a upřednostňují stereotypní aktivity a extrémní, ulpívavé, neodklonitelné kognitivní zaujetí pro specifické téma nebo činnost (Říčan, Krejčířová a kol., 2006).

Šedibová, Vladová (2010) zmiňuje, že omezené, repetitivní a stereotypní vzorce chování částečně odpovídají „úzkostně-obsesivní touze po stálosti“ popsané Kannerem v roce 1968, který za jeden z nejfrekventovanějších a vysoce markantních příznaků pokládá mimořádné zaujetí předměty nebo jejich částmi. Jelínková (2000) zmiňuje manifestaci kvantitativního deficitu v oblasti představivosti u osob s PAS a podotýká prezenci repetitivních behaviorálních projevů, omezeného okruhu zájmů a přítomnost rituálů. Dle Thorové (2006) narušená schopnost imitace a symbolického myšlení negativně determinuje rozvoj hry a nedostatečná představivost způsobuje upřednostňování činností a aktivit, které primárně preferují mladší děti. Vermeulen (2006) se ve své publikaci věnuje hyperselektivitě a uvádí, že „lidé s autismem jsou ve svém chování v mnohých ohledech řízeny detaily, což má za následek určitou rigiditu v různých modelech jejich chování. Tento druh nepružnosti má mnoho jmen: rigidita, odpor ke změně, stereotypní chování, rituální chování. To všechno jsou vyjádření jednoho a totéž problému: problému flexibilní generalizace“ (in ibid., s. 82). Vágnerová (2005) akcentuje na narušený rozvoj symbolických funkcí a nazývá jej poruchou fantazijní produkce. Osoby s PAS nejsou schopny diferencovat mezi podstatnými a indiferentními znaky, mají problémy v oblasti exekutivních funkcí, v organizaci informací a v přechodu od jednoho tématu či stimulu na jiný. Také nedokáží plánovat či odložit nějakou činnost a mají problémy s anticipací důsledků svých jednání (in ibid.). Richman (2006) podotýká, že velká část osob s PAS vykazuje neobvyklé zacházení s hračkami či předměty, dále hovoří o primárním zaměření

se na abnormální vzorce v chování či na rutinní činnosti charakteristické snahou o její neměnnost. Dalším nepřehlédnutelným vzorcem projevů jsou stereotypní a repetitivní prvky v chování, mezi které patří například tleskání, plácání rukama, grimasování, kolébání a otáčení tělem, pozorování třepetajících rukou či verbální stereotypy (in ibid.).

Vosmik, Bělohlávková (2010) se zamýšlí nad odbornou diskuzí týkající se toho, zda specifické zájmy osob s poruchou autistického spektra inkorporovat do diagnostických kritérií či nikoli. Důvodem polemiky je skutečnost, že do jisté míry můžeme nejrůznější i intenzivní záliby detekovat rovněž u intaktních lidí. Jejím výsledkem je akcentace opodstatněnosti této oblasti, neboť dané specifické činnosti mnohem více ovlivňují a do jisté míry omezují či znemožňují každodenní aktivity a plné zapojení jedince s poruchou autistického spektra do společnosti. Druhy zájmových oblastí jsou u osob s PAS velice heterogenní a také často predikovány konkrétní diagnostickou jednotkou v rámci pervazivních vývojových poruch či případnou koincidencí s jinými nemocemi. Atwood (2005), Boyd (2003) Gillberg, Peeters (2003) shodně deskripují širokou škálu specifických zájmových aktivit zahrnujících jak jednoduché nefunkční manipulační aktivity, tak složité a náročné motorické činnosti či hluboké jednostranné a rigidní zájmové oblasti. Ze zmíněných můžeme uvést například motorické stereotypy, ke kterým náleží především mávání, kroucení a symetrické plácání rukama, třepotání prsty jedné ruky či oběma rukama, kolébání tělem, potřásání hlavou, pohupování, otáčení různého stupně, stereotypní ztuhnutí určité části těla nebo celého těla či chůze po špičkách. Přítomné jsou obvykle i vokální či verbální stereotypy nebo charakteristické zájmy, k nimž patří například sbírání zvolených předmětů, obliba v úzce vymezených oblastech, jako je doprava, mapy, elektronika, dinosauři, písmena, číslice, ale také třídění, řazení a seskupování předmětů podle určitého klíče – barvy, velikosti, konzistence apod. Howlin (2005) pojednává o okruhu zájmů u osob s vysocefunkčním autismem či Aspergerovým syndromem, pro něž je typické sbírání faktů – tituly knih, kvízy, unikátní výsledky apod. a předmětů. Také podotýká, že dané specifické zájmy obvykle perzistují do dospělého věku a upozorňuje na jejich dopad, který může sahat až k omezení možnosti či nemožnosti aktivně se začlenit do pracovního procesu. Dle Říčana a Krejčířové (2006) se inklinace ke stereotypiím rozvíjí obvykle až ve třetím nebo čtvrtém roce života a nejvýraznější bývá v předškolním věku dítěte.

Jelínková (2001) zmiňuje opodstatněnost stereotypních prvků v chování u osob s PAS a podotýká, že prostřednictvím daných behaviorálních projevů si tito lidé snaží vytvořit pocit bezpečí, jistoty a předvídatelnosti. „Neschopnost přijímat změny a přirozeně na ně reagovat vyvolává pocit úzkosti a dítě se ocitá ve stresové situaci“ (Jelínková, 2000, s. 5). Pro překonání extrémního stresu, jehož zdrojem může být například neočekávaná změna v jeho obvyklých činnostech, vstup do neznámého prostředí či setkání s novými lidmi, věcmi, aktivují osoby s PAS obranné mechanismy cílené k dosažení vnitřní rovnováhy. Tyto stereotypní a rigidní projevy v chování jsou pro osoby s PAS proto dysfunkční jen zdánlivě. „Funkce stereotypů může být různá, velmi často však jde o obranu před sociálními požadavky okolí, kterým dítě nerozumí, a uniká tedy k jistotě neměnného, stále se pravidelně opakujícího“ (Říčan, Krejčířová, 2006, s. 207). K této oblasti se také vyjadřuje Vosmik a Bělohlávková (2010), kteří doplňují, že stereotypní chování bývá často sebestimulující a objevuje se také v situacích, kdy se dítě nudí. Dále prezentují sumarizaci přístupů v oblasti zájmů a rituálů a doporučují například využití specifických zájmů či rituálů pro relaxaci, pro podnícení konverzace, k nastolení řádu, pravidel a k prožitku radosti. Poukazují ale na nutnost časově vymezit realizaci specifického zájmu a považují za opodstatněné vyvarovat se činnosti vyvolávající silnou frustraci či dlouhotrvající nudu.

Nakonečný (1993) uvádí, že hra je nejdůležitější sociální činností, na jejímž základě se dítě dostává do kontaktu nejen se svým sociálním prostředím, ale také získává nové poznatky o okolním světě a také o sobě. Hra vyplňuje většinu času života dítěte, proto by mu měla přinášet radost a přispívat ke globálnímu rozvoji jeho osobnosti (Moor, 2010). Bohužel děti s poruchou autistického spektra nemohou využít svých herních schopností, a proto bývají často mylně označovány za osoby, které si hrát nedokáží (Beyer, Gammeltoft, 2006). „Kvalita hry, její spontánnost, pestrost, radost ze sociální interakce, míra zapojení dítěte a schopnost se na ni soustředit se odvíjí od tíže symptomatiky a významným podílem určuje úroveň celkové adaptability dítěte“ (Thorová, 2006, s. 118). Baron-Cohen (in ibid.) komparuje herní aktivity u intaktních dětí, dětí s Downovým syndromem a skupinou dětí s poruchou autistického spektra. Výsledkem je zjištění, že z výzkumného souboru se pouze 20 % dětí s PAS zabývá symbolickou hrou, na rozdíl od 80 % dětí s Downovým syndromem a 90 % dětí bez vývojových obtíží. Důvodem těchto výsledků může být tvrzení Bezera a Gammeltofta (2006), který poznamenává, že děti

s PAS jsou na nízké úrovni ve volné spontánní hře, zatímco při testech je jejich úroveň mnohem vyšší, zvláště, je-li jim nabídnuta odměna a dospělý hru předem strukturuje. Můžeme tedy shrnout, že v převážné míře osoby s pervazivní vývojovou poruchou manipulují s předměty v neměnné stereotypní hře a absentuje či je v mnohem menší míře přítomna spontánní funkční hra. Její charakter je v převážné většině deskripován jako mechanický, bez přirozeného zájmu o zkoumání okolního prostředí (in ibid.).

Ovšem i jedinci s PAS, pokud vytvoříme vhodné prostředí jež bude saturovat jejich potřeby, mohou mít profit a radost z herních činností (Beyer, Gammeltoft, 2006). Naším úkolem je tedy modifikovat klima, ve kterém budou naplňovány specifické herní potřeby těchto dětí a nabízet stále nové metody, které umožní další možné perspektivy využití her u osob s poruchou autistického spektra (Schopler, 1999).

2.2 Nespecifické symptomy

Kromě specifických symptomů, jež jsou charakteristické pro osoby s poruchou autistického spektra, se tato neurovývojová porucha manifestuje také projevy nespecifickými, mezi které patří především abnormality ve zpracování senzorických informací, odlišnosti v motorickém vývoji, změněná emoční reaktivita, problematická adaptabilita, obtíže v chování, se spánkem, příjmem potravy či sexuálním chováním.

„Obtíže ve smyslovém vnímání zdůrazňoval již Leo Kanner. Mezinárodní klasifikace nemocí zmiňuje neobvyklé vjemové preference týkající se pouze čichu a hmatu. Percepční problémy jsou lépe popsány v DSM–IV mezi variabilními rysy a vychází z práce Ornitze a Ritva, kteří již ke konci šedesátých let 20. století došli k závěru, že zvláštnosti v percepci se týkají všech smyslů“ (Thorová, 2006, s. 130). O senzorických deficitech pojednává Vágnerová (2004) a zdůrazňuje, že jedinci s PAS zpracovávají smyslové stimuly jinak, než je obvyklé, a vnímají svět nestandardním způsobem. Při jeho poznávání preferují jiné smyslové aktivity než jejich vrstevníci, například poznávání čichem. Dle Čadilové a Žampachové (2011) se aberace ve smyslovém vnímání projevují odlišným způsobem recepce ve smyslu hyposenzitivity nebo naopak hypersenzitivity. K častým projevům patří také nadměrný zájem až fascinace určitými smyslovými vjemy představujícími autostimulační až ulpívavý charakter (in ibid.). Mühlpachr, Vítková (2004) akcentují na prezenci neobvyklosti a nepravidelnosti ve všech oblastech vnímání a zároveň

podotýkají, že zmíněné deficity jsou přítomny i přes absenci poškození smyslové funkce. Také deskripují jednotlivé signalizátory, kam spadá například nedostatečná reakce na taktilní stimuly, zdánlivá necitlivost na pocity chladu, tepla, bolesti, autostimulace (například píchání do očí, uší, rychlé kývání hlavou), přičichávání k osobám či předmětům a olizování předmětů či osob. Za markantní symptomy změněné senzitivity dále pokládají fascinaci optickými či akustickými podněty, přítomnost neobvyklých nebo nepochopitelných, paradoxních reakcí na pocity chutě a zápachu, tendenci jen krátce se na osoby a věci podívat, individuální zálibu pro určité optické struktury či zdánlivé přehlížení osob a věcí. Podíváme-li se na jednotlivé smyslové modality, můžeme konstatovat, že pro zrakovou percepci je charakteristické detailní pozorování předmětů, sledování objektů z blízka, z dálky či bočním koutkem oka. Problematickou se stává fixace podnětů, ulpívání na nich a časově omezené vizuální vnímání (de Clerg, 2007). Podezření na sluchové postižení může být implikováno rodiči či odborníky při registraci specifik týkající se primárně hyposenzitivity na sluchové podněty. Howlin (2005) zmiňuje auditivní vnímání a poukazuje na přítomnost neadekvátní reakce při slabé intenzitě zvukových podnětů nebo na ignoraci, lhostejnost či apatii k zvukovým podnětům vyvolávajícím běžně u intaktní populace nelibé pocity. Hypersenzitivita, hyposenzitivita či autostimulační aktivity se dotýkají také čichového, chuťového vnímání nebo vestibulárního systému. Změněné je rovněž čití teploty a bolesti (Pátá, 2007). Přecitlivělost na taktilní stimuly se velice často manifestuje striktním odmítáním sociálního kontaktu. Naopak snížená citlivost na tyto podněty obvykle ústí ve sníženou schopnost až neschopnost taktilního poznání předmětů a preference taktilní autostimulace je charakterizována obsesivní touhou po poznání předmětů a věcí prostřednictvím tohoto smyslového kanálu (Mühlpachr, Vítková, 2004; Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001; Thorová, 2006). Jelínková (2010) zmiňuje další problematickou oblast, a to senzorickou integraci, jež zapříčiňuje nemožnost globální senzorické percepce a ústí ve zúžené a selektované vnímání. Příčinu těchto diferencí musíme dle Vágnerové (2004) hledat v biologickém základě – v abnormalitách zasahujících oblast temporoparietálního asociačního kortexu a poruchy lokalizované v hipokampu. Attwood (in Vosmik, Bělohlávková, 2010) udává, že 40 % osob s PAS vykazuje přecitlivělost některých smyslů (jednoho i více) a podotýká, že hypersenzitivita během dětství ustupuje, ale bohužel ne u všech, někteří s ní musí žít celý život.

Svoboda, Krejčířová, Vágnerová (2001) hovoří o nerovnoměrném vývojovém profilu dětí s PAS a zároveň upozorňují na prezenci specifických obtíží dyspraktického charakteru. „Mnozí lidé s Aspergerovým syndromem mají různé fyzické problémy, trpí motorickou neobratností nebo jsou silně přecitlivělí na smyslové podněty (doteky, zvuky, pachy a vůně, teplotu, bolest či pohyb). Tyto problémy se vyskytují navzdory průměrnému, či dokonce nadprůměrnému intelektu“ (Patrick, 2011, s. 13). O deficitech zasahujících oblast motoriky u osob s Aspergerovým syndromem pojednává také Dubin (2009) a Vosmik, Bělohlávková (2010). Jedním z prvních symptomů signalizujících motorické deficity může být opožděný motorický vývoj, problematická motorická koordinace, stereotypní pohyby, motorické tiky, hyperaktivita, impulzivnost, ale také pasivita či realizace pohybů po delší časové latenci. I přes počáteční aberace v motorických schopností se později může tento vývoj stabilizovat a normalizovat (in ibid.). Thorová (2006) upozorňuje na intraoblastní nerovnoměrný vývoj motoriky, při kterém přetrvávají obtíže v učení se novým motorickým dovednostem, ale na druhou stranu absentují problémy se zautomatizovanými pohyby. Ehlers, Gillberg (in Attwood, 2005) zmiňují výsledky výzkumného šetření vypovídajícího o tom, že 50–90 % dětí a dospělých s Aspergerovým syndromem má problémy s motorickou koordinací. Daná skutečnost proto incentovala Corina a Christophera Gillbergovi k implementaci pohybových obtíží do svých šesti diagnostických kritérií (in ibid.).

Dalším markantním symptomem je zvýšená pohotovost k agresivnímu reagování, např. k rozbíjení věcí, tendence k útokům na lidi. Toto chování lze recipovat jako sociálně nestandardní způsob zvládání pocitů napětí a úzkosti, které v nich vnější podněty vyvolávají. Relativně často se lze setkat i s autoagresivitou, která se stává v tomto případě nadprahovou autostimulační aktivitou poskytující jisté uvolnění v situaci silného napětí (Boyd, 2011; Jørgensen, 2009; Vágnerová, 2004). Nápadná bývá též nekonzistentní a inadekvátní emoční reaktivita, nízká frustrační tolerance, problematická adaptabilita, výbuchy zlosti či extrémní stavy úzkosti (Richman, 2006). Obvyklá bývá rovněž emoční labilita manifestující se u osob s PAS prudkými afekty s křikem, pláčem či sebepoškozováním bez objektivního předchozího vyvolávajícího stimulu (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

Mezi nespecifické symptomy u osob s PAS můžeme také zařadit obtíže se spánkem, s přijímáním potravy a se sexuálním chováním. Problematice sexuality u osob

s PAS se v našich podmínkách věnuje například Pastieriková (2010). Zamýšlí se nad nedostatečnou osvětou vztahující se k dané oblasti a upozorňuje na nepřirozenost situace vznikající v nekoedukovaných zařízeních. Hovoří také o nedostatku soukromí, zkresleném postoji rodičů, odborníků či personálu pečujícího o tyto jedince a upozorňuje na zvýšené riziko spojené se zneužíváním.

3 ETIOPATOGENEZE PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Etiologie poruch autistického spektra nebyla v současné době jednoznačně prokázána. I přes nespočetné množství tuzemských a zahraničních výzkumů, existuje nepřeberná četnost nejrůznějších teorií a hypotéz týkajících se příčiny či příčin vzniku PAS. Možné etiologické faktory pohlíží na tuto problematiku jako na dědičné onemocnění, na poruchu, kde se uplatňuje vliv výživy, prodělané nemoci, vliv metabolického onemocnění či genetických vloh. Komplexnost a velká variabilita symptomů PAS ukazuje na kvantitu poruch s mnohočetnými etiologiemi. Příčina PAS bude tedy s největší pravděpodobností multifaktoriální.

Poruchy autistického spektra byly dlouho považovány za neorganické onemocnění způsobené nevhodnou výchovou. Dané přesvědčení je charakteristické pro již zmiňované psychoanalytické hnutí, které vzniklo v období před druhou světovou válkou. Za příčinu autismu považoval Kanner konstitucionální dispozici k chybnému vývoji ega působícího v kombinaci s patologickou emocionální atmosférou tvořenou rodiči (Nesnídalová, 1994; Schor, Schweiggert, 2001). Tuto teorii podporoval také etiolog Tinbergen (1974), který uvedl, že děti s autismem jsou oběťmi stresu – (tlaku prostředí) a trpí poruchou afiliace v důsledku úzkostné neurózy (Raju in Hrdlička, Komárek, 2004). Dalším představitelem psychoanalytické teorie je dětský psychiatr Bettleheim, který sice připouští prezenci organických faktorů, ale za primární podnět vedoucí ke vzniku PAS považuje chybné rodičovské postoje (Thorová, 2006). Významnou osobností snažící se popřít zmíněnou teorii byl Van Krevelen. Kritizoval psychoanalytický výklad, zdůraznil nutnost zkoumání organické příčiny autismu a dospěl k závěru, že se jedná o hluboko zasahující poruchu, určitou centrální anomálii (ibid.). Další, dnes již překonanou hypotézou je mínění Benderové, které ztotožňuje autismus s dětskou schizofrenií. Tato autorka se domnívá, že dětská schizofrenie je výsledkem opožděného zrání v embryonální době, které se projeví primitivním přizpůsobením se prostředí ve formě bizarního chování (Jelínková, 2010; Ošlejšková, 2008; Thorová, 2006).

Thorová (2006) podotýká, že současné vědecké studie směřují k pojímání autismu jako důsledku změn v mozkovém vývoji. Poruchy autistického spektra jsou považovány za

vrozené a řadíme je mezi neurovývojové poškození vznikající na neurobiologickém základě. Dílčí nozologické jednotky náležící do kategorie poruchy autistického spektra se v současnosti chápou jako vývojové a všeobecně se přijímá názor, že ve většině případů se akceptuje nespecifické organické poškození (Graham, Kaplan et al. in Pečeňák in Lechta, 2003). S daným tvrzením se ztotožňuje také Gillberg, Peeters (2008), kteří uvádějí, že stejně jako sluchové či zrakové postižení, i příčina PAS je v somatické, biologické či organické oblasti. „Je zřejmé, že jde o neurologickou poruchu, která se specificky projeví v kognitivním vnímání a následně i v chování. Celá řada neurochemických studií mozku prokázala, že je několik variant mozkových dysfunkcí, které vedou k plnému rozvinutí pervazivní vývojové poruchy“ (Jelínková, 2010, s. 3). Jedním z prvních, kdo přichází s neurobiologickým modelem postižení, je dle Hrdličky, Komárka (2004) Rimland, Gillberg a Minshev. Kromě neurologické podstaty je dnes také akcentován vývojový faktor a psychodynamický koncept interaktivní autoorganizace vyvíjejícího se mozku (Eigsti, Webb in ibid.).

Vysoce rizikovým faktorem, který může přispívat ke vzniku PAS, jsou nepříznivé okolnosti vznikající v době gravidity, v průběhu porodu a v rané době postnatální. Lorna Wingová (in Attwood, 2005) uvádí, že téměř u poloviny sledovaných probandů detekovala obtíže v době těhotenství, při porodu nebo krátce po něm, které mohly zapříčinit deficity v mozkové tkáni. „Více dětí s autismem než v běžné populaci utrpělo během těhotenství, porodu či těsně po porodu poškození mozku. Zejména tehdy, měly-li snížené optimální podmínky v pre-, peri- a neonatální periodě“ (Gillberg, Peeters, 2003, s. 54). Zajímavá je studie realizovaná na souboru extrémně nezralých novorozenců, kterou zmiňuje Stejskalová (2010). Autorka uvádí, že výsledky výzkumu poukazují na evidovanou existenci PAS u 8 % dětí (z 219 dětí narozených před 26. týdnem gravidity), přičemž v kontrolní skupině 153 žáků narozených v termínu porodu byl výskyt PAS nulový. Je tedy verifikované, že mozek předčasně narozených dětí má odlišnou genezi a vyšší prevalenci ke vzniku kognitivních a neurobiologických poruch v komparaci s dětmi narozenými v termínu porodu (ibid.). Gillberg (in Atwood, 2005) zmiňuje studii, která dospěla k závěru, že častým rizikovým faktorem pervazivních vývojových poruch je prezence toxémie v době gravidity. Zásadní roli při vzniku autismu mohou také sehrávat infekční onemocnění, jedná se například o zarděnky v době těhotenství matky, herpes virus v prvních letech života dítěte a jiné infekce způsobující aberace vyvíjejícího se mozku

(Gillberg, Peeters, 2003). Hrdlička, Komárek (2004) uvádějí za jednu z primárních příčin velmi časné poškození mozku (ve 24.–26. embryonálním dnu) například léky (thalidomid, kyselina valproová) a jinými teratogeny působící na Hoxa 1 geny, které odpovídají za kaudokraniální vývoj cerebella. Ashwood (in Amaral, 2010) poukazuje ve svých studiích na deficity imunitního systému u lidí s PAS. Realizoval pilotní výzkum na opicích (makaci), kterým byla aplikována injekce protilátek od matek dětí s autismem. U jejich mláďat se objevily pohybové stereotypie a hyperaktivita (ibid.). Autor tedy vyslovuje hypotézu o možnosti pohledu na PAS jako na autoimunitní poruchu, kdy protilátky matky poškodí vyvíjející se mozek plodu.

Stálé zdokonalování a rozvoj neurologických vyšetřovacích metod přispívá k odhalení konkrétních aberantních struktur centrální nervové soustavy (dále také CNS), umožňuje detekci neuroanatomických a neurohistopatologických nálezů a dalších oblastí deficitních vzhledem k intaktnímu vývoji a konstrukci CNS. „Moderní neurozobrazovací a funkční metody in vivo nebo neuroanatomické nálezy post mortem odhalují změny v nejrůznějších lokalitách centrální nervové soustavy. Byly publikovány desítky studií s nálezy MRI. Shodně a frekventovaně jsou udávány strukturální změny v mozkové kůře, především v oblasti temporálního a frontálního laloku post mortem, dále v oblasti mozkového kmene, limbického systému a cerebellu“ (Ošlejšková, 2008, s. 81). Amygdala, hippokampus, frontální lalok a mozeček jsou v centru zájmu výzkumníků. Nálezy post mortem popisují zvýšenou hustotu malých, pevně vtěsnaných neuronů v entorhinálním kortexu a v některých jádrech amygdaly, hippocampu a naopak menší počet Purkyňových buněk v mozečku (ibid.). Thorová (2006) se zmiňuje o dvou oblastech, které mají z etiologického hlediska vztah ke vzniku PAS. Jedná se o dysfunkci temporálně – frontální oblasti mozku a dysfunkci mozkového kmene. Jiní odborníci (Hrdlička, Komárek, 2006; Lisný, 2007; Poustka, Bölte, Freineis Matthews, Schmötzer, 2008) poukazují na změny v morfologii kůry mozkové, v parietálním laloku, bazálních ganglií, amygdale, hypokampu, v corpu callosum, caudatum, cerebellum a komorového systému. Ošlejšková (2006) upozorňuje na zvýšený počet zdánlivě nezralých buněk v amygdale, v hyppocampu a abnormality (zmenšení) v corpus callosum. Také pojednává o menších neuronech a početnějších „minisloupců“, do nichž je lidská mozková kůra strukturovaná. Hrdlička (in ibid.) prokázal v souboru 77 pacientů s PAS signifikantní korelaci některých subskóre škály ADI-R s velikostí corpus callosum, bilaterálně s velikostí nukleus caudatus,

amygdaly a pravostranně s rozměry hippocampu. Minshew (2010) hovoří o větším obvodu hlavy, dysfunkčním dendritickém stromu CA1 a synaptických patologiích. K dispozici máme také velké množství výzkumů věnujících se neurochemii mozku. Především je studována role extrémního oxidativního stresu na neurony, který vede k jejich poškození, buněčný růst neuronů cerebella a neurotrofiny. Také množství oxytocinu, hladina serotoninu a dysfunkce systému endogenních opioidů mohou mít důležitou roli při vzniku poruch autistického spektra (srov. Jørgensen, 2009; Lisý, 2007; Ošlejšková, 2006 et al.). Nedávno objeveným a diskutovaným možným faktorem podílejícím se na vzniku PAS je nadbytek testosteronu v těhotenství. Autoři dané teorie se domnívají, že symptomy PAS jsou v podstatě krajní mezí „typicky mužských" vlastností, jakými jsou větší potřeba samoty, menší schopnost empatie, obtíže ve vyjadřovacích schopnostech, větší smysl pro přesnost a podobně (Dohan in Říhová, 2009). Změněné funkčnosti konkrétních mozkových segmentů při specifických činnostech si všímá Koukolík (2002). Realizoval výzkumné šetření u čtrnácti jedinců, kteří měli diagnostikovaný autismus bez přidruženého mentálního postižení. Prostřednictvím fMR zjistil, že jejich pravostranný gyrus fusiformis a pravostranný dolní temporální závit se během sledování tváří chovají do jisté míry podobně jako homogenní korové oblasti intaktních jedinců při sledování předmětů. Při rozlišování tváří, nikoli objektů, se u skupiny osob s PAS v komparaci s jedinci kontrolními výrazně aktivoval pravostranný dolní spánkový závit a naopak, pravostranný gyrus fusiformis se u jedinců s autismem aktivoval méně (ibid.).

Zajímavými se jeví řada tuzemských i zahraničních studií věnujících se komorbiditě epilepsie s poruchami autistického spektra. Studie zdůrazňují vysokou koexistenci epilepsie nebo epileptiformní specifické abnormality v EEG a kladou si otázku, zda chování charakteristické pro osoby s PAS může být reflexí jednou z mnoha možných kognitivních a behaviorálních poruch epileptického původu. Hara (in Ošlejšková, 2008) podotýká, že asociovaná epilepsie je negativní faktor pro úroveň kognice, adaptability, emocionality a chování u osob s PAS. Výsledky výzkumu poukazují na nutnost intenzivního zkoumání souvislosti epilepsie a autismu, hovoří o složitosti, heterogennosti problematiky a shodují se v tom, že zatím neexistují ireverzibilní důkazy o její kauzální roli (Ošlejšková, 2002, 2004, 2008, 2011; Deecke, Fischer, Schmidt, 2005 et al.).

Existuje předpoklad, že signifikantní roli při vzniku PAS hrají hereditární faktory (Folstein, 2003; IMGSAC, 2001; Muhle, 2004 in Thorová, 2006). Myšlenku genetické

příčiny této poruchy podpořil v roce 1969 Friedman (in ibid.), který detekoval její prezenci ve velké míře u dětí trpících fenylketonurií. Již Hans Asperger při vyšetřování dětí v souvislosti s „autistickou psychopatií“ zjistil, že tyto osoby měly nejméně jednoho z rodičů s podobnými osobnostními projevy (Preißmann, 2010; Attwood, 2005; Jelínková, 2010 et al.). Jelínková (2010) akcentuje na skutečnost, že i když hereditární faktory vedoucí ke vzniku PAS nebyly jednoznačně prokázány, odborníci se shodují na genetické dispozici ke kognitivnímu nebo sociálními deficitu. V této souvislosti hovoří Bazeghi (in Pastieriková, 2010) o analogii u velmi inteligentních partnerů, kteří mají charakterové vlastnosti blízké sociálním deficitům typických především u osob s Aspergerovým syndromem. Autor uvádí, že jejich děti mají vyšší predispozici ke vzniku PAS. Důkazy svědčící pro genetickou příčinu této poruchy se opírají o studium jednovaječných a dvojvaječných dvojčat. Z výzkumných zpráv vyplývá, že genetické faktory se podílejí na vzniku autismu v 91–93 % (Szatmari in Thorová, 2006). Hrdlička, Komárek (2004) uvádějí, že u monozygotních dvojčat je shoda pro autismus přes 60 %. Pro širší symptomy autistického spektra u monozygotních dvojčat 80 %–90 % a u dizigotních dvojčat kolem 10 %. Spektrum chromozomální aberace je široké a přestavby byly rozpoznány téměř na všech chromozomech. Opakovaně jsou identifikovány v oblasti 15q11–q13, duplikace 15 chromozomu, inverze, dalece a translace na chromozomu 7 (ibid.). Jednoznačně geneticky podloženou poruchou autistického spektra je Rettův syndrom, který se primárně týká žen s incidencí 1 : 10 000 (Richman, 2006; Simpson, 2004; Vermeulen, 2006). Příčinou Rettova syndromu je methyl CpG – vážící protein (MeCP2), který je lokalizován na X-chromozomu. U některých klientů byly nedávno detekovány mutace na dvou dalších genech (cycli-dependent dinase like 5, CDKL a Netrin G1) (Lisý, 2007). Moderní vědecké metody umožňující explikovat molekulární podstatu mnohých geneticky podmíněných chorob poukazují na mutaci genu kódujícího protein zvaný IL1RAPL1, který je velice důležitý pro synaptické spojení mezi neurony. V důsledku mutace daného proteinu, který kontroluje správnou funkci glutamátového receptoru je porušená glutamatergní signalizace, jejíž dopad spočívá ve výrazných kognitivních poruchách (Pavlowsky, Gianfelice, Zanchi et al., 2010). Rozdílný pohled na roli genetických faktorů zastává Strunecká (2009). Považuje tento faktor za přeceňovaný a hovoří o interakci genetických dispozic a vlivů okolního prostředí, které se markantním způsobem podílejí na vzniku PAS (blíže viz dále).

Velice diskutabilní a kontroverzní oblastí je zmiňovaný vliv a spolupůsobení faktorů vnějšího prostředí. Strunecká (2009) mezi tyto faktory řadí rtuť, glutamát, fluorid, hliník, „syndrom propustného střeva“, nedostatečné vstřebávání vitamínů a očkování. Hoffman (2008) pojednává o spouštěcích faktorech PAS, mezi které řadí prostředí (olovo, kadmium, hliník, antimon, rtuť, chemikálie jako formaldehyd, toluen a podobně), stravu (nedostatek vápníku, hořčíku, železa, vitamínu B6 nebo B1, antioxidantů, glutathionu, esenciálních mastných kyselin a jiných potravinových doplňků), metabolické obtíže (nedostatečný detoxikace ledvinami, hypoglykémie, plísně, prach a další), alergie (potraviny, barviva, aditiva), střevní nemoci (nedostatečná absorpce, přebytek kvasinek, neúplné strávení proteinů, parazitární nemoci a další) a imunologické aberace (očkování, virové infekce). Thorová (2006) v souvislosti s faktory vnějšího prostředí hovoří o tzv. střevní teorii, která silně rozbouřila veřejné mínění a podnítila odborníky k dalším šetřením. „Wakefield na základě svého výzkumu z roku 1998 došel k závěru, že existuje spojitost mezi chronickými gastrointestinálními potížemi a autismem. Teoreticky vyslovil podezření, že důsledkem očkování (trojkombinace spalničky, zarděnky, příušnice) dojde k zánětu tenkého a tlustého střeva. Toxiny, které ve střevech v důsledku zánětu vznikají, se dostanou do krve a poškodí mozek tak, že vznikne autismus (in ibid. s., 48). Ověřovací studie ale neprokázaly souvislost mezi očkováním a PAS, daný výzkum byl tedy signifikován za nevědecký (srov. Blafl in Thorová, 2006; Simpson, 2004; Pazdera, 2011 et al.). Neméthová (in Pastieriková, 2010) shodně s Wakefieldovou hypotézou recipuje PAS jako metabolickou poruchu, jejíž příčina spočívá ve špatném štěpení proteinů. V důsledků dané poruchy vznikají halucinogenní morfiny ovlivňující centrální nervový systém, proto je u osob s PAS indikováno dietní opatření vylučující glutein a kasein (GFCF dieta) (srov. Cherutti, 2011; Klaveness, Bigam, 2011; Strunecká, 2009 et al.).

Jako poslední možnou příčinu uvádíme korelaci mezi věkem otce a rizikem vzniku autismu. „Muži, kteří se stanou otci po čtyřicítce, mají ve srovnání s mladšími otci vyšší riziko, že jejich dítě bude postižené autismem (Rodný, 2006, s. 6). Dané výsledky uveřejňuje časopis Archives of General Psychiatry v září 2006. V rámci studie bylo zkoumáno 130 000 izraelských Židů narozených v osmdesátých letech minulého století. Ti, jejichž otcové byly starší 40 let, trpěli šestkrát častěji PAS ve srovnání s lidmi, jejichž otcové byli mladší 30 let (v porovnání se skupinou, jejichž otcové byli ve věku 30–39 let,

byla četnost autismu 1,5 krát vyšší). Naopak zanedbatelný je vliv stáří matky v době porodu (ibid.).

Z uvedeného je zřejmé, že v současné době nemůžeme hovořit o jednoznačné a jediné příčině poruch autistického spektra. Výše uvedené výzkumy, názory, pohledy a hypotézy jsou velice heterogenní a oblast etiologie bude ještě dlouhou dobu předmětem studia nejrůznějších výzkumů.

4 DIAGNOSTIKA PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Psychologický slovník (Hartl, Hartlová, 2010) vymezuje diagnostiku jako specifickou aktivitu, která je směřována k zjištění diagnózy, projevů a příznaků nemoci s cílem determinovat její příčiny, způsob léčby a prognózu terapie. Pro poruchy autistického spektra a její dílčí nozologické diagnostické kategorie je charakteristická absence relevantní a empiricky podložené zkoušky biologického charakteru, která by dokázala detekovat pervazivní vývojovou poruchu. Z uvedeného je tedy zřejmé, že primární místo v této oblasti zaujímá mapování behaviorálních projevů.

V současné době je cílem nejen snížit věk diagnózy u dětí na rozmezí mezi 18. až 24. měsícem věku, a tak zahájit co nejdříve speciálněpedagogickou péči, ale zároveň poskytnout rodičům odpovědi na základní otázky týkající se přístupu k dítěti, pohovořit o možnostech rozvoje, pomoci s dílčími nácviky, jako je například zlepšení zrakového kontaktu, motoriky, komunikace, navození spolupráce apod. (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007; Thorová, 2006; Thorová, 2008). Bohužel se ale v praxi setkáváme s výraznou deficitní oblastí, která se dotýká této problematiky. Za alarmující můžeme považovat výsledky výzkumného šetření, které reflektují skutečnost, že 12 rodičů ze 17 nebylo spokojeno s přístupem jednotlivých odborníků. Jako hlavní důvody nespokojenosti uvádějí pozdní diagnózu, insuficienci v poskytovaných informací, nedostatečnou znalost problematiky a netrpělivost. 10 rodičů ze 17 muselo informace vyhledávat samo, především prostřednictvím studia odborné literatury. Pouze 4 rodiče získali informace od speciálního pedagoga, 3 od psychiatra a 1 od pediatra (Říhová a kol., 2011). Daná situace signalizuje na jedné straně nutnost systematické edukace jednotlivých odborníků, ale také poukazuje na potřebnou inicializaci opatření směřovaných k zvýšení obecného povědomí odborníků o potřebnosti poskytovat rodičům dětí s PAS adekvátní a dostatečně saturované informace. V této souvislosti lze zmínit např. Crowleyho (2009), který zkoumal příčiny téměř dvouleté průměrné prodlevy mezi prvním podezřením rodičů na autismus jejich dětí a stanovením diagnózy PAS na základě výzkumu jejich vnímání efektivity využívaných terapií. Jednalo se o skupinu početnou přes 200 respondentů, kteří referovali o lhostejném postoji a nedostatečné praktické orientovanosti v dané problematice. Obtížné stanovování a prolongace konečné diagnózy může dle jejich názoru způsobovat primární zaměření především na hodnocení psychologických a dalších nebiologických symptomů a ukazatelů,

i když je současně referována nedostatečná dostupnost psychologů a dalších pracovníků zkušených v oblasti diagnostiky autismu. Logopedi (v daném výzkumu logopedi pracující ve zdravotnictví) a ergoterapeuti mají dle rodičů tendenci pracovat v mnohem delším období než odborníci v oblasti výživy, kteří pracují promptněji a efektivněji. Tato rodičovská perspektiva může být ale ovlivněna poměrně obtížným posuzováním jednotlivých psychologických kritérií či právě logopedické diagnostiky (možná i v souvislosti s komplikovaností a heterogenním podkladem diagnostiky narušeného vývoje řeči).

Diagnostika a výsledné stanovení diagnózy poruchy autistického spektra je proces velice náročný a podléhá determinaci v celé řadě faktorů. Mezi relevantní indikátory můžeme signifikovat například věk jedince, kdy byla realizována první diagnostika, momentální psychický a fyzický stav vyšetřovaného klienta, dále koincidenci případných somatických, neurologických, psychických či psychiatrických onemocnění. Diferenciaci ve stanovení výsledné diagnózy nacházíme také u odborníků dle profesní erudovanosti (primárně mezi klinickým psychologem a psychiatrem). Za potřebné považujeme také upozornit na skutečnost, že klinický obraz PAS je inkonzistentní vzhledem k vývoji dítěte, proto shledáváme za nezbytné indikovat opakovanou verifikaci diagnózy. Níže uvádíme základní screeningové a diagnostické nástroje, které vzhledem k zaměření práce deskripujeme jen v základní charakteristice.

Beranová, Thorová (in Hrdlička, 2004) podotýkají, že podstatnou část diagnostického procesu tvoří psychologické vyšetření. Zároveň zmíněné autorky upozorňují na skutečnost, že jeho realizace má svá specifika, která se váží k problémům v chování, v recepci, a jež plynou z deficitů v oblasti komunikace, sociální interakce i imaginace. „Existuje mnoho psychodiagnostických metod, které jsme zvyklí v praxi používat. Avšak při vyšetření dítěte s poruchou autistického spektra je náš repertoár spíše omezen. Většinou nelze navázat dostatečně kvalitní kontakt s dítětem, nerozumí mnoha instrukcím, nereaguje na běžně prováděné pokyny“ (ibid., s. 74). Hlavním nástrojem v diferenciální psychodiagnostice je pozorování, interview, vývojové škály (Gesselova vývojová škála, škála N. Bayleyové), analýza anamnestických informací, strukturované pozorování hry (např. škála TPBA), Ravenovy testy, Wechslerovy zkoušky inteligence, testy rozumových schopností, analýza kresby, grafomotoriky a specifické diagnostické

testy (Malatzies, 2010; Říčan, Krejčířová, 2006; Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001 et al.).

Pro podmínky České republiky dosud nebyly standardizovány žádné testy týkající se poruch autistického spektra. Jednotliví odborníci tedy vycházejí a využívají zdroje zahraniční. Deficit v reciproční sociální interakci je markantním a specifickým symptomem dílčích nozologických jednotek pervazivní vývojové poruchy, proto je diagnostikování dané oblasti také součástí všech diferenciálně diagnostických nástrojů. Dostupné jsou také testy, jejichž parciální část mapuje schopnost empatie či sociální hry. Diagnostické nástroje jsou diferencované dle věku klienta – např. pro děti od 12 let (ADOS-T, CHAT), pro dospělé (AAA, AQ, ADOS) (Čadilová, Thorová, Žampachová a kol., 2011). Svobodová (2010) ve shodě s Beranovou et al. (in Hrdlička, 2004) a Ošlejškovou (2010) podotýkají, že se v současné době v tuzemských podmínkách k diagnostice PAS aplikuje primárně semistrukturovaná škála CARS, dále strukturované diagnostické interview ADI-R a nástroj CHAT. Bližší popis jednotlivých diagnostických metod uvádíme v příloze č. 1 *Deskripce nejčastěji aplikovaných diagnostických metod užitých v rámci diagnostiky poruch autistického spektra*.

Na tomto místě pokládáme za potřebné nastínit problematiku diferenciální diagnostiky, jejíž cílem je stanovit, do které nozologické jednotky detekovaný klinický obraz náleží. Diferenciální diagnostiku můžeme dle nás členit na dvě základní oblasti, a to na intrafenoménovou a extrafenoménovou. Specifický klinický obraz i intervenční působení je heterogenní v rámci jednotlivých diagnostických kategorií PAS, proto diferenciaci vzhledem k dílčím nozologickým jednotkám považujeme za relevantní. O extrafenoménové diagnostice pojednává například Freitag (2008), Gillberg, Peeters (2003) a Tepest (2011). Deskripují hlavní diagnostické kategorie a zdůrazňují za nezbytné odlišit poruchy autistického spektra primárně od mentální retardace, syndromu fragilního X chromozomu, elektivního mutismu, poruchy opozičního vzdoru, poruchy aktivity a pozornosti, schizoidní poruchy osobnosti, obsedantně-komplulzivní poruchy, hyperkinetické poruchy, sociálně úzkostné poruchy v dětství a Tourettovu syndromu.

Závěrem chceme podotknout, že raná a správná diagnostika, diferenciální diagnostika, časná verifikovaná diagnóza s následná adekvátní intervence jsou markantní predispozicí dobré prognózy poruch autistického spektra. Z tohoto důvodu považujeme za velice potřebné, aby co největší počet odborníků (především pediatři, speciální

pedagogové, logopedi, psychologové, psychiatři a neurologové) dokázal evidovat první symptomy, které mohou být ukazatelem prezence pervazivní vývojové poruchy.

5 TERAPEUTICKÉ A EDUKAČNÍ PŘÍSTUPY K OSOBÁM S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Můžeme říci, že v současnosti bohužel neexistuje žádná terapie, která by přinášela stoprocentní výsledky. Teorie a hypotézy o příčinách poruch autistického spektra jsou s terapiemi u daného typu postižení v interferenčním vztahu. Mnohé terapie na některou z teorií přímo navazují nebo z ní alespoň částečně vycházejí. Stejně tak jako existuje velké množství teorií či domněnek o etiologii PAS, evidujeme také nepřeberné množství terapií, přístupů nebo doporučení (Říhová, 2009). Gillberg, Peeters (2003), Matzies (2010) a Schopler, Reicher (1998) se shodují, že nejlepší vzdělávací výsledky přináší strukturované vzdělávací programy. „Strukturované vzdělávací programy, kombinace behaviorálních technik, využívání vizualizovaných informací, kvalitní spolupráce s rodinou, dobrá znalost vývojové psychologie a specifik poruch autistického spektra, uplatňování teorie učení, pedagogická a terapeutická empatie tvoří nejlepší základ pro kvalitní pomoc“ (Thorová, 2006, str. 381). Cílem této kapitoly je deskripce a bližší specifikace nejužívanějších intervenčních přístupů k osobám s poruchou autistického spektra. Seznamujeme s konkrétními přístupy a poukazujeme nejen na jejich přednosti, ale i na případné slabé stránky.

Rutter a Bartak (Rutter, 1987; Short, 1984 in Howlin, 2005) jsou prvními odborníky, kteří kladli důraz na nutnost a opodstatněnost struktury inkorporované nejen do výchovně-vzdělávacího přístupu, ale do celého života jedince s poruchou autistického spektra. Slovo struktura či strukturalizace dle Čadilové a Žampachové (2008) v sobě implikuje členění, přehlednost konkrétního sdělení či situace. Účelem struktury je zajištění jistoty, neměnnosti a předvídatelnosti, která predisponuje k realizaci každodenních činností s jistou rutinou (ibid.). „Strukturalizace znamená vnesení jasných pravidel, zprůhlednění posloupnosti činností a jednoznačné uspořádání prostředí, ve kterém se člověk s PAS pohybuje“ (Thorová, 2006, s. 384). Vzhledem k bázi této problematiky pojící se s inflexibilním kognitivním stylem, oslabenou centrální koherencí a deficity exekutivních funkcí se stává intervence vycházející a respektující strukturovaný přístup u dané klientely nezbytností (Bondy, Frost, 2007; Jelínková, 2010; Richman, 2006 et al.). Primárním cílem metody opírající se o strukturovaný přístupu je zabezpečit jedinci s PAS předvídatelnost,

pocit jistoty, bezpečí, logičnost, a tím vytvořit podmínky pro lepší recepci a zpracování prezentovaných informací (Steinhausen, 2010). Čadilová, Žampachová (2008) ve shodě s Gillbergem, Peetersem (2003) hovoří o struktuře prostoru, struktuře pracovního místa, struktuře času, o denním režimu, dlouhodobém režimu a struktuře činností. De Clerg (2007) podotýká, že osoby s poruchou autistického spektra mají problémy v pochopením časoprostorových souvislostí. Zmiňuje také evidentní deficity v analýze prezentovaných informací a zároveň sumarizuje opodstatněnost struktury, strukturovaného přístupu, který do jisté míry slouží jako kompenzační činitel výše uvedených problematických oblastí. K této skutečnosti se přikláníme také a strukturu či strukturovaný přístup považujeme za primární a neodmyslitelnou součástí přístupu k osobám s poruchou autistického spektra. Tuto skutečnost reflektuje rovněž následující intervenční přístup – TEACCH program.

TEACCH program,[1] který můžeme přeložit jako *Terapie a vzdělávání dětí s autismem a dětí s příbuznými poruchami komunikace* je státní modelový program vzniklý ve Spojených státech v roce 1966 na univerzitě v Chapel Hill v Severní Karolíně. Projekt byl veden Ericem Schoplerem a je pojímán jako vyústění opodstatněných negativních reakcí spojených s preferencí psychoanalytické teorie, která ve své podstatě přisuzovala rodičům dětí s PAS primární podíl na vzniku této poruchy (Nebuchlová, 2007). TEACCH program dokázal tyto nepravdivé teorie vyvrátit a naopak zdůraznit opodstatněnost zapojení rodičů do intervenčního působení. Rodiče tedy pokládá za nedílnou a důležitou součást ze všech osob pečujících o jedince s PAS (ibid.). „V průběhu projektu jsme dokázali, že rodiče dětí trpících autismem a příbuznými poruchami mohou úspěšně působit jako koterapeuti a spolupracovníci odborníků při návrhu individuálního programu speciálního vzdělávání. Pokud je dítě zařazeno do školní docházky, tento program se pak může stát součástí případného přístupu školy k dítěti“ (Schopler, Reichler, Lansingová, 1998). Opatřilová (in Pipeková, 2006) uvádí hlavní filozofická východiska a zásady TEACCH modelu. Na prvním místě je kladen akcent na uplatňování individuálního přístupu k jedinci s PAS, následně je upozorňováno na nutnost aktivní generalizace dovedností (prostupnost školního a domácího prostředí) a na úzkou spolupráci s rodinou. Dále je podotýkáno na integraci dětí s poruchou autistického spektra do společnosti, na přímý vztah mezi ohodnocením, intervencí a pozitivní přístup i k dětem s problémovým chováním. Mezi stěžejní body, ze kterých vychází TEACCH program, patří především

[1] Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children

fyzická struktura, vizuální podpora, zajištění předvídatelnosti, strukturované práce pedagoga a práce s motivací (Schor, Schweiggert, 2001; Steinhausen, Gundelfinger, 2010; Thorová, 2006 et al.). Krejčířová (in Říčan, Krejčířová, 2006) podotýká, že TEACCH program je komplexním systémem diagnostiky, terapie a vzdělávání pro děti s autismem a dalšími komunikačními poruchami, jehož hlavním cílem je zlepšení adaptace. O pozitivních referencích vztahujících se k danému vzdělávacímu programu hovoří také Urbanovská (2011). Podotýká, že pokud budou dodrženy zásady a principy vycházející z filozofie TEACCH programu, zajistíme tím optimální podmínky pro navázání kontaktu a práci s jedincem s PAS.

Dalšími metodami, kterým se budeme v rámci této kapitoly věnovat, jsou behaviorální přístupy. „Lidské chování není náhodným řetězcem událostí, jež by na sebe ničím nenavazovaly. Problémová i neproblémová chování se nevyskytují náhodně. Behaviorální terapie vychází z teorie učení a předpokládá, že určité chování je spouštěno faktory, které mu předcházejí, a udržováno faktory, které po něm následují“ (Možný, Praško in Jůn, 2007, s. 109). Lidské chování je determinováno třemi stěžejními činiteli, mezi něž náleží A (antecedent) – spouštěč, B (behavior) – vlastní chování a C (consequence) – následek, zpevňovač (ibid.). Behaviorální terapie dle Stejskalové (2003) vychází z myšlenky, že určitému chování se lze naučit i odnaučit. Usiluje o změnu v konkrétním chování, které je problémové či maladaptivní. Jedná se o detekci problémového chování, behaviorální a funkční analýzu chování, lékařské posouzení; druhým bodem je analýza prostředí; následuje analýza činnosti; čtvrtou oblastí je diferenční zpevňování – odměny za vhodné chování a poslední tvoří averzivní tlumení (Boyd, 2011; Emerson, 2008; Jůn, 2007). Z principů behaviorální terapie vychází teoretická východiska aplikované behaviorální analýzy (ABA). Richman (2006) zmiňuje, že aplikovaná behaviorální analýza se opírá o teorii recipující poruchu autistického spektra jako neurologicky podmíněný syndrom, jež se manifestuje v chování jedince s tímto postižením. ABA operuje s excesy i deficity chování tak, že po malých a přesně definovaných krocích učí a posiluje žádoucí chování (ibid.). Zajímavé se nám jeví výzkumné šetření, kde Lovaas prezentoval výsledky aplikované ABA uskutečněné v rámci rané intervenční terapie. Eviduje v rámci celého výzkumného souboru (19 dětí předškolního věku) dramatické zlepšení v nárůstu intelektu a také se ukázalo, že většina dětí, která daný program absolvovala, byla integrována do tzv. hlavního vzdělávacího

proudu (McEachin, 1993 in Thorová, 2006). Kromě nesporných předností, mezi něž můžeme řadit především redukci problémového chování jedince s PAS, nacházíme také kritické pohledy, mezi které patří především přílišná intenzita individuální práce, rigidita a malý důraz na běžné dětské aktivity (ibid.).

S behaviorálními přístupy úzce souvisí EIBI – včasný intenzivní intervenční program[2]. Jeho zakladatelem je Lovaas, který pracoval s čtyřletými dětmi se specifickými potřebami. Svůj výzkum inicioval v roce 1970 a jeho stěžejními principy je intervence realizovaná 1 : 1, generalizace získaných dovedností do nových důležitých oblastí života dítěte, jeho rodiny a realizace veškerých naučených dovedností v každodenních situacích (Tokovská, 2009). Mezi rozhodující faktory časného intenzivního programu EIBI dle Lovaase (in Tokovská, 2009) patří vysoká intenzita, intervence v pravidelném časovém intervalu, přizpůsobení programu dle individuálních potřeb jedince, spolupráce s rodiči, holistický přístup, integrace, generalizace, kontinuální hodnocení vývoje dítěte a interdisciplinární spolupráce. Cílem daného programu je, aby děti prostřednictvím výuky imitace (hrubé motoriky, jemné motoriky, exprese zvuků, kombinací slov a jednoduchých vět) zažily pocit úspěchu a dané dovednosti dokázaly spontánně inkorporovat do jiných situací (ibid.).

Součástí terapeutického přístupu k jedinci s poruchou autistického spektra se neodmyslitelně stává také medikace farmak, především psychofarmak. V daném případě můžeme ale hovořit o terapii symptomatické, jejímž primárním cílem je eliminace průvodních psychických či psychiatrických obtíží pojících se s touto problematikou. Hrdlička (2004) uvádí, že jedinci s PAS byli konfrontováni s celou řadou studií týkajících se účinku psychofarmak, ale bohužel dosud nebyla nalezena žádná účinná farmakologická léčba proti tzv. nukleárním symptomům autismu. Dle Rapina (in Hrdlička, 2004) hlavní metodou nadále zůstávají speciálněpedagogické a behaviorální intervence. Psychofarmaka tvoří komplementární terapii cílenou k redukci či eliminaci konkrétních obtíží. Za stěžejní medikamenty indikované u osob s PAS považuje Edelson (2011) neuroleptika, psychostimulancia, antidepresiva, buspiron, clonidin a thimostabilizátory. Za neúčinné naopak považuje indikaci například fenfluraminu, naltrexonu, impraminu a desipraminu. Gillberg, Peeters (2003) dále dodávají, že vzhledem k časté koincidenci epilepsie s PAS, se stává obvyklou indikace antiepileptik. Zároveň daní autoři upozorňují na možné nežádoucí

[2] ***E**arly* – začátek terapie po dosažení 4. roku dítěte, ***I**ntentziv* – děti se účastní intervence minimálně 40 hodin týdně, ***B**ehavioral **i**ntervention* – užití mětod zaměřené na moderní teorii učení

symptomy a doprovodné behaviorální obtíže pojící se často s užíváním či nadužíváním psychofarmak.

V současné době se jak v odborné, tak laické veřejnosti dostává stále více do povědomí intenzivně diskutovaná problematika tzv. terapie pevným objetím. Terapie pevným objetím (*Holding Therapy*, *Festhaltenterapie*) se stává kontroverzní oblastí označovanou jak termíny bezvýhradná láska, emocionální konfrontace, souznění, usmíření, tak pojmy násilí, agrese či týrání. Autorkou tohoto přístupu je Martha Welchová, která zastává stanovisko, že podstatou problematiky autismu je narušení interakce mezi matkou a dítětem. Její pokračovatelkou je dětská psycholožka českého původu Jiřina Prekopová, jež tuto metodu rozpracovala a upravila rovněž pro osoby s kombinovaným postižením, pro jedince s poruchami chování a narušenou komunikační schopností (Stejskalová, 2003). Richman (2006) uvádí, že daný přístup dosáhl svého vrcholu v osmdesátých letech 20. století a současně jej charakterizuje jako reziduální pozůstatek psychoanalytického pohledu na problematiku PAS. Prekopová (2009) ale považuje terapii pevným objetím za terapii vztahovou, rodinnou a specifikuje ji následovně. „Při terapii pevným objetím leží klient na karimatce s osobou jemu blízkou (tedy matkou, otcem, partnerem nebo dítětem). Obě osoby konfrontují ve společném pevném objetí své konfliktní emoce. Tím se mezi nimi může znovu rozproudit láska“ (Prekopová, 2009, s. 27). Jedinec konfrontující se s danou metodu recipuje ochranu, autoritu a jistotu. Také ventiluje své pocity a zároveň s rodičem či jinou osobou, která se aktivně účastní dané interakce, vlastní negativní pocity sdílí. Základní podmínkou je, že terapie nesmí být ukončena dříve, než dojde k odeznění klientových negativních citů. Jejím cílem je vzájemné usmíření, zklidnění a obnova narušených vztahů (ibid.). Thorová (2006) ale poukazuje na deficitní místa propagované metody. Za opodstatněnou kritiku považuje to, že razance, s jakou je objetí dítěti vnucováno, může naopak vést ještě k výraznějšímu odmítání doteků a současně podotýká možnost evokace stresu, zmatku, úzkosti, paniky nebo také iniciování frustrace či pocitu bezmoci a zrady. Další skutečností vypovídající o slabých místech tohoto přístupu je absence její empirické validity a nevhodná interpretace příčin autismu. Thorová (2011) nesouhlasí s hlavní filozofií terapie pevným objetím a principiálním způsobem vystupuje proti její realizaci. „Terapie je kritiky chápána jako násilí páchané na dítěti, nabídka bezpodmínečné lásky jako vnější kontrola a terapeutický úspěch jako submisivita a vyčerpání dítěte. Podivné a pro dítě nepochopitelné chování rodiče s využitím fyzické

převahy vyvolává pocit strachu, paniky, bezmoci. Následuje vyčerpání a podřízení se vůli rodiče. Myslet si, že zdravé láskyplné emoční pouto stojí na těchto základech, je podivné. Projevy kladných emocí nelze vždy považovat za terapeutický úspěch, jsme totiž schopni je projevovat i vůči tyranovi“ (Thorová, 2011, s. 1). Dané stanovisko zastáváme také a ztotožňujeme se s výrokem Friedricha (in ibid.), který hovoří, že terapie pevným objetím a různé její obměny nejsou terapiemi, nýbrž trestem a nikdy by se neměly používat.

Další kontroverzní metodou aplikovanou v rámci intervenčních přístupů k osobám s poruchou autistického spektra je Son Rise program, terapie volbou neboli též *Option therapy*. Son Rise přístup je metodou uplatněnou v domácím prostředí a zaměřenou primárně na vytvoření láskyplného a akceptujícího klimatu, jehož hlavním cílem není přizpůsobení jedince s PAS našemu světu, ale naopak naše vstoupení a pochopení jeho vnímání a prožívání (Peterková, 2009). Metoda byla vytvořena manželi Kaufmanovými pro svého syna Rauna, kterému byla v 18. měsících věku diagnostikována porucha autistického spektra (Kaufman, 2005). Kaufman (2005) pojednává o základních principech a technikách, ke kterým řadí na prvním místě využití motivace dítěte, dále zapojení terapeuta do jeho stereotypních aktivit, učení pomocí interaktivní hry, nadšení, energický přístup a vytvoření bezpečného a co nejméně rozptylujícího prostředí. Za stěžejní však Kaufman (in ibid.) pokládá neodsuzování jedince a jeho bezpodmínečné přijetí. Z dílčích prvků Son Rise programu vybíráme například joining. Jedná se o zrcadlení, kdy se terapeut zapojuje do oblíbených aktivit jedince s PAS tím způsobem, že jej věrně napodobuje (Srbková, 2009). Neubauerová (in Urbanovská, 2011) dodává, že tímto přístupem získáme důvěru dítěte a navážeme sociální kontakt. Jako přínosné a využitelné například v rámci logopedické intervence se nám jeví prvek inkorporace poliček. Police by dle zásad daného programu měly být asi 1,35 m nad zemí případně výše, aby na ně jedinec s PAS měl znemožněný přímý přístup. Zde by mělo být umístěno jídlo, hračky a další oblíbené předměty, které se stávají incentivou ke komunikační apetenci. Son Rise program není ani tolik metodou jako spíše životní filozofií a způsobem myšlení. Tento přístup má nejblíže k humanistické psychologii a přístupu zaměřeného na člověka C. R. Rogerse (Kratochvíl, 2006). Můžeme říci, že dílčí techniky či principy Son Rise programu mohou být přínosné při práci s jedinci s PAS, proto je doporučujeme aplikovat například v rámci herních aktivit. Protože dané principy samy o sobě nevedou ke zlepšení symptomů PAS, stavíme se negativně k preferenci daného přístupu jako jediné terapie k osobám s tímto typem

postižení. K danému se shodně vyjadřují i přední odborníci (např. Čadilová, Jelínková, Jůn) na problematiku poruch autistického spektra, kteří také podotýkají možnost a přínosnost aplikace singulárních prvků v rámci terapeutických přístupů k těmto osobám.

V 70. letech minulého století australanka Rosemary Crosley naučila prostřednictvím řízeného výběru komunikačních jednotek vyjadřovat své pocity, přání či sdělení více než 800 lidí s nejrůznějším druhem handicapu. Tuto metodu vypracovala a pojmenovala facilitovaná komunikace (Janovcová, 2004). Facilitovaná nebo také usnadňovaná komunikace je dle Vexiau (2003) strategie, která umožňuje osobám s vážnými poruchami komunikace, aby ukazovaly prstem na předměty, obrázky, symboly, písmena nebo slova s cílem komunikovat. Tato metoda je mnohými odborníky (srov. např. Krahulcová, 2003; Laudová, 2003) řazena k systémům alternativní a augmentativní komunikace. Podstata přístupu spočívá v subvenci prstu, ruky, zápěstí, paže či ramene klienta s narušenou komunikační schopností. Prostřednictvím této facilitace je mu poskytnuta zpětná vazba a současně stimulace k pohybu (Valenta, Müller, 2009). Facilitovaná komunikace má řadu zastánců, ale také velké množství odpůrců. Jelínková (1995) podotýká, že není sebemenší důkaz o její důvěryhodnosti a přiklání se ke stanovisku vypovídajícímu o manipulaci jednotlivých výpovědí facilitátorem. V USA byl realizován výzkum cílený na ověření vlivu asistenta v rámci procesu facilitované komunikace. Po devíti měsících výzkumného šetření bylo stanoveno, že v rámci dané interakce dominuje neuvědomělé aktivní působení asistenta determinující výpovědi člověka s postižením. Následně se stala tato metoda vědecky vyvrácená a Americká asociace psychiatrů ji specifikovala jako kontroverzní s vědecky nepodloženým efektem (Mášková, 2010).

Na tomto místě v krátkosti zmiňujeme dietní opatření, která se v současné době stávají především mezi rodiči dětí s PAS intenzivně diskutovanou oblastí. V 60. letech minulého století Dohan (in Říhová, 2009) prezentuje své zjištění poukazující na souvislost vzniku poruch autistického spektra s deficitní resorpcí mléčných bílkovin a lepku. Z tohoto důvodu je u dětí s PAS indikována GFCF dieta spočívající ve vyloučení lepku a/nebo kaseinu ze stravy. Mikulášková (in Srbková, 2009) uvádí, že dodržování dané diety u osob s PAS vede především ke zlepšení zrakového kontaktu, dále se díky ní mírní gastrické obtíže a zlepšuje kvalita spánku. O pozitivních výsledcích referuje také Strunecká (2008) a seznamuje s výzkumem ARI, kde došlo u 2561 vyšetřovaných osob v 66 % ke zlepšení,

u 31 % respondentů se efektivita neprokázalo a zhoršení bylo evidováno u 3 %. K daným rezultátům se ale staví skepticky například Richman (2006) a Black (in Thorová, 2006). Podotýkají nedostatečnou validitu výzkumných šetření týkajících se této problematiky a poukazují na absenci dostatečně podrobné vědecké studie, která by prokázala její pozitivitu. Naopak hovoří o ověřovacích šetřeních reflektujících nepotvrzení efektivity GFCF diety v 95 %. Souhlasíme se skepticismem Thorové (2006) a přikláníme se ke stanovisku poukazujícímu na to, že aplikace dané diety může u osob s PAS vést k nerovnováze živin, k redukci pestrosti jídelníčku a v případě její volby doporučujeme nejdříve konzultaci s lékařem. V 60. letech minulého století zmiňuje Dohan (in Strunecká, 2008) faktory, které se spolupodílejí či zapříčiňují vznik autismu. Rovněž akcentuje na markantní roli stravy a poukazuje na evidovanou insuficienci vápníku, hořčíku, železa, vitamínu B6 a B1, antioxidantů, glutathionu, esenciálních mastných kyselin a jiných potravinových doplňků. Jeho terapie – biomodulační léčba, spočívá v kompenzaci těchto deficitů v podobě jejich saturace. V České republice se dané oblasti věnuje např. Šula[3].

Mezi následující terapie, jež jsou rozšířené především v zahraničí, patří například HANDLE přístup,[4] senzorická integrace (SI),[5] Growing minds program (GM)[6] či Floortime (DIR)[7]. Jako další podpůrné terapie můžeme u osob s poruchou autistického spektra doporučit muzikoterapii, zooterapii (např. hipoterapii, canisterapii, plavání s delfíny), také arteterapii, ergoterapii, fyzioterapii a relaxační techniky.

V současné době evidujeme velké množství tuzemských i zahraničních výzkumů věnujících se jak hledisku etiologickému, diagnostickému, tak problematice jednotlivých intervenčních přístupů či terapiím v rámci poruch autistického spektra. Bohužel se kromě přínosných a vědecky podložených programů setkáváme také s metodami nevědeckými či s takovými, které mohou mít na osobu s PAS spíše negativní dopad (viz např. terapie pevným objetím, GFCF dieta apod.). Zajímavé je výzkumné šetření, kde Regehr a Feldman (2009) zjišťovali hodnocení poskytované péče z pozice rodičů dětí s geneticky podmíněným rizikem autismu či projevů širšího autistického fenotypu. Mimo jiné prokázali, že většina rodičů si z nabízených desítek různých přístupů k terapii poruch

[3] Více informací např. na webových stránkách http://www.aktip.cz/cs/o-nas/biomodulacni-lecebne-metody.html (cit. 4.11.2011)

[4] Více informací např. na webových stránkách http://www.handle.org/ (cit. 4.11.2011)

[5] Více informací např. na webových stránkách http://www.sensoryintegration.org.uk/ (cit. 4.11.2011)

[6] Více informací např. na webových stránkách http://www.autism-programs.com/ (cit. 4.11.2011)

[7] Více informací např. na webových stránkách http://www.icdl.com/DIRFloortime.shtml (cit. 4.11.2011)

autistického spektra vybírají prvotně ty, jejichž účinnost či prokazatelný vliv nejsou podloženy empirickým výzkumem (vitamínová léčba, dieta, senzorická integrace, terapeutické naslouchání apod.) či je případně kombinují s behaviorálními technikami (mezi které řadí i logopedickou intervenci). Paradoxně je i přes absenci jejich empirické validity hodnotí jako efektivní a uspokojující. Tuto skutečnost můžeme dle nás také přikládat způsobu jejich distribuce. Většinou se jedná o velice dobře a poutavě zpracovaný způsob marketingové prezentace, který operuje s verbálními výrazy, jako je například „zázrak pokračuje“, „autismus není na doživotí“, „vyléčení“ apod. Narození dítěte s PAS a následná péče o něj představuje zátěžovou situaci pro celou rodinu, proto je samozřejmé, že rodiče hledají nejrůznější cesty, jak svému dítěti co možno nejvíce pomoci. Abychom předešli deziluzi, nesprávnému přístupu nebo vyčerpání důležitého věkového období na neefektivní intervenci, je potřeba, aby co nejvíce odborníků dokázalo rodičům dětí s PAS poskytnout efektivní informace a nabídnout pomoc s volbou a vedením adekvátní intervence.

6 KOMUNIKACE OSOB S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Náplní této kapitoly bude bližší specifikace problematiky komunikace u osob s poruchou autistického spektra. Její uvedení je tvořeno vymezením a objasněním pojmu komunikace a s tím úzce souvisejících termínů jazyk, řeč, jazyková a řečová kompetence. Následující podkapitola charakterizuje narušenou komunikační schopnost nejprve v obecné rovině, následně pojednává o její dominanci u osob s tímto typem postižení. V další části se blíže věnujeme konkrétním specifikám a deficitům v komunikační schopnosti, a to jak v rovině verbální, tak neverbální.

Na úvod je třeba zmínit, že neexistuje žádná forma života bez schopnosti a potřeby komunikovat. Komunikace jako dovednost informace přijímat a předávat patří mezi základní charakteristiky života (Lejska, 2003). *Logopedický slovník* vymezuje daný termín jako „přenos různých informačních obsahů pomocí různých komunikačních systémů zejména prostřednictvím jazyka, který se realizuje ve třech hlavních formách: mluvené, psané, ukazované“ (Dvořák, 2001, s. 100). Na širší etymologický význam slova komunikace poukazuje Vybíral (2005) který uvádí, že komunikační výměnou je jak sdělování, tak sdílení. Komunikaci je možno charakterizovat jako proces efektivní výměny informací prostřednictvím určitého signálního systému znaků (kódů) probíhajících během interakce konverzačních partnerů (Van Balkom, Palek, Pázstor et al. in Vitásková, 2005). Téměř kongruentní definici uvádí *Psychologický slovník* (Hartl, Hartlová, 2010), jež souběžně akcentuje na diferenci pojmů komunikace a jazyk. Dle Mlčákové (2011) je jazyk systém signálů, znaků a symbolů používaný k řečové komunikaci lidí, je podmíněn kognitivními procesy. Dále uvádí, že se jedná se o soubor jazykových norem platných v určitém společenství. Pojem lidská řeč uvádí například Dvořák (2007), který jej recipuje jako specifickou lidskou schopnost, formu sdělování a dorozumívání založenou na používání slovních i neslovních výrazových prostředků. Opodstatněnost v rozlišení termínů jazyk a řeč shledává také Vitásková (2005), která zároveň upozorňuje na nutnost odlišit i termíny komunikační a jazyková kompetence. Vybíral (2005) podotýká, že komunikační kompetence je slovní spojení, které v sobě zahrnuje soubor základních předpokladů umožňujících komunikaci s ostatními lidmi. Autor dále zmiňuje, že

„kompetence není jen technická záležitost opřená o vybavenost, rychlost a dovednost vybírat kódy. Je ovlivňována sebepojetím a sebevědomím, které ji zvyšuje či snižuje“ (in ibid., s. 48). Na rozdíl od uvedené specifikace je jazyková kompetence vrozená schopnost osvojit si přirozeným způsobem gramatickou strukturu daného jazyka bez znalosti jejich zákonitostí (Arnold in Vitásková, 2005). Neubauer (2007) deskripuje pojem řečová komunikace, který dle něj predisponuje proces, v němž jsou mezi účastníky předávány informace. Implikuje v sobě záměr, výběr prostředků a jejich užití, příjem informace, zpracování, porozumění obsahu a tvorbu odpovědí.

De Vito (2008) uvádí, že interpersonální komunikace se stává z vysílání a přijímání verbálních i neverbálních sdělení mezi dvěma nebo více lidmi. Se zmíněným dichotomickým členěním implementujícím verbální a neverbální složku komunikace souhlasí například Kejklíčková (2011), Klenková (2006) či Sovák (1987). Za opodstatněné považujeme uvést, že „s ohledem na oblast komunikace jedinců se sluchovým postižením je nezbytné upozornit na nový rozměr rozsahu pojmu verbální komunikace ve smyslu rozšíření klasické dichotomické klasifikace, převládající ve starší logopedické literatuře, o formu komunikace prostřednictvím znakového jazyka, tedy v systému vizuálně-motorickém, která má svoji verbálně nevokální složku či složku orální“ (Vitásková, 2005, s. 14). Relaci dílčích složek komunikace k lidské psychice, problém vztahu řeči, jazyka a intrapersonální či interpersonální komunikací se z psychologického aspektu věnuje například Janoušek (2007), který přisuzuje důležitost významové analýzy verbální komunikace a pokládá ji za jednu z možných cest vedoucích k poznání lidské psychiky. O funkcích komunikace hovoří Watson (in Jelínková, 1999) a diferencuje je do dvou skupin, přičemž do první náleží schopnost požádat o něco (slovem, obrázkem, gestem), schopnost vhodným způsobem přilákat pozornost (např. poklepat na rameno, vzít za ruku) a odmítnutí, negace (např. pohybem hlavy, kartička s nápisem NE). Druhou skupinu tvoří schopnost okomentovat okolí nebo nějakou činnost, dovednost poskytnout informace o minulosti či budoucnosti, schopnost požádat o informace a komunikace pomocí emocí. Dle Watsona (in ibid.) se osoby s PAS při poskytnutí vhodné intervence první funkci naučí, ale funkce náležící druhé skupině činí těmto lidem značné obtíže.

Komunikace náleží mezi nejdůležitější schopnosti determinující další globální vývoj jedince, má zásadní dopad na jeho socializaci a osobnostní konstituci. Z těchto

důvodů je narušení komunikační schopnosti evidentním deficitem, jehož dopady mají přesah z intrapersonální do interpersonální oblasti.

6.1 Narušená komunikační schopnost u osob s poruchou autistického spektra

Pojem narušená komunikační schopnost je v současné době základní a zastřešující kategorií ve vědní disciplíně logopedii. Byl vymezen Lechtou v roce 1990 a implikuje fakt, že „komunikační schopnost jedince je narušená tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. Přitom může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfologickou, lexikální, pragmatickou rovinu jazykových projevů, resp. může se jednat o verbální i neverbální, mluvenou i grafickou formu interindividuální komunikace, její expresivní i receptivní složku“ (Lechta, 1990, s. 19). Narušení komunikační schopnosti se může dotýkat komunikace verbální i neverbální, mluvené i grafické formy a symbolických či nesymbolických procesů. Deficit může zasahovat složku expresivní či receptivní a může být trvalého nebo přechodného rázu. Exprese narušené komunikační schopnosti nabývá svojí prezencí buď podoby vrozené vady řeči, či získané poruchy řeči. V klinickém obrazu může dominovat či být symptomem jiného onemocnění. Dle rozsahu se může jednat o narušení globální nebo parciální a osoba s tímto znevýhodněním si dané problémy může, ale také nemusí uvědomovat (Lechta, 2003).

Narušená komunikační schopnost je dle Vágnerové (2005) dominantním symptomem klinického obrazu poruch autistického spektra a patří společně s narušenou reciproční sociální interakcí a problémy v imaginaci k tzv. diagnostické triádě. S uvedeným se ztotožňuje Gillberg (in Thorová, 2006), který podotýká, že poruchy autistického spektra jsou primárně poruchami komunikace a současně zdůrazňuje opožděný vývoj řeči či nápadnosti v její ontogenezi, jež jsou velmi často první příčinou znepokojení udávanou rodiči. Svoboda, Krejčířová, Vágnerová (2001) také upozorňují na dominanci narušené komunikační schopnosti a uvádějí, že se jedná o holistickou insuficienci ve všech jazykových rovinách, kdy osoby s PAS velmi málo napodobují druhé, téměř nepoužívají gesta, mimiku a v jejich somatické expresi chybí komunikační význam. K danému se shodně vyjadřují Ricks a Wing (1975), kteří navíc poukazují na

možnou detekci abnormalit vyskytujících se již v období preverbálních komunikačních aktivit. Toto tvrzení můžeme podpořit také výsledky našeho výzkumu (SGS výzkum, *Analýza současného stavu poskytované péče v raném věku a logopedické intervence u osob s PAS*, Olomouc 2010/2011 PdF_2010_020). Dle výpovědi rodičů dětí s PAS je opožděný vývoj řeči či specifika v komunikační schopnosti přítomná v 89,47 % a jejich prezence je v dominantní pozici (75 %) zřetelná již před 1. rokem věku dítěte. K následujícím evidentním symptomům detekovaným v raném věku dítěte dle uvedených respondentů náleží obtíže s navázáním, udržením a funkčním užitím zrakového kontaktu (73,96 %), problémy ve hře (63,16 %), se spánkem (57,89 %) a stereotypní projevy v chování (52,63 %). Menší procentuální zastoupení prezentuje změněná senzitivita k jednotlivým stimulům (36,84 %), opoždění psychomotorického vývoje (36,84 %), problémové chování (36,84 %), deficity v reciproční sociální interakci (31,58 %), obtíže s přijímáním potravy (26,32 %) a změna ve svalovém tonusu (15,79 %). Z uvedeného je patrná detekce zmiňované diagnostické triády u dětí s PAS v jejich raném věku a poziční dominance narušené komunikační schopnosti (Říhová, 2012).

Narušená komunikační schopnost u osob s poruchou autistického spektra se pervazivně dotýká všech jazykových rovin, přičemž primární a specifické jsou deficity zasahující pragmatickou jazykovou rovinu (Bondy, Frost, 2007). „Jde o globální selhávání ve všech komunikačních modalitách – tedy i v preverbálních interakčních dovednostech. Tyto děti celkově velmi málo napodobují druhé, téměř neužívají gesta, ale i jejich mimice a ostatním tělesným pohybům chybí komunikační význam. Specificky je narušeno tzv. sociální načasování, které je nezbytné pro dialog“ (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001, s. 514). Daní autoři také zmiňují, že téměř polovina dětí s autismem si neosvojí verbální komunikaci a snaha o akvizici znakového jazyka je dle nich většinou také bezvýsledná. Pokud se u dětí s daným typem postižení řeč rozvíjí, může být slovní zásoba dostatečně saturovaná, ale i přes tuto skutečnost se v řeči manifestuje řada nápadností, mezi které patří například echolálie či přesná imitace melodie a intonace (in ibid.). Howlin (2005) uvádí, že zhruba u 30 % jedinců s PAS není funkční komunikace vytvořena nikdy a u zbylé části jsou abnormality v komunikační schopnosti velice patrné. Peeters (1998) také pojednává o kvantitativních ukazatelích, které reflektují skutečnost, že asi u 50 % osob s PAS absentuje verbální komunikace a u 75 % osob z těch, kteří verbální komunikaci užívají, dominuje echolálie. Eisenmajer (in Attwood, 2005) si všímá ontogeneze řeči u osob s Aspergerovým

syndromem a podotýká, že téměř u 50 % dětí je její vývoj opožděný a také zároveň upozorňuje na akceleraci a normalizaci do pátého roku věku dítěte.

Thorová (2006) pojednává o tom, že aberace v komunikační schopnosti jsou evidentní jak na úrovni receptivní, expresivní, tak verbální i neverbální. Míra narušení je dle ní značně variabilní a i přes intaktní řečový projev vždy nalézáme v jejím komplexním vývoji abnormality. Heterogennost této problematiky se manifestuje ve variabilitě symptomatologie narušené komunikační schopnosti. Mezi osobami s PAS evidujeme jak jedince, kteří verbálně nekomunikují a mají problémy s porozuměním komunikačního sdělení, tak osoby, jejichž řeč je plynulá a aktivní slovní zásoba je intaktní (Čadilová, Thorová, Žampachová, 2011). Pečeňák (in Lechta, 2003) akcentuje na nejcharakterističtější projev verbální komunikace u osob s dětským autismem – na nesprávné používání zájmen, které je reflektováno ve skutečnost zastupující komunikaci jedince o sobě v druhé nebo ve třetí osobě. Zároveň také vystihuje podstatu této problematiky, když uvádí, že komunikace osob s poruchou autistického spektra neslouží své základní funkci – výměně informací. O dané skutečnosti pojednává také Schopler, Reicher, Lansing (2011). Ti hovoří o velmi malém či absentujícím komunikačním záměru, který je stěžejní oblastí v narušené komunikační schopnosti u této klientely. Vágnerová (2005) zmiňuje specifika neverbální komunikace a podotýká, že osoby s PAS nereagují standardním způsobem na běžné sociální signály. „Lidský obličej je z jejich hlediska příliš proměnlivým podnětem, nejsou schopné diferencovat jednotlivé mimické výrazy vyjadřující emoční prožitek. Nechápou jejich význam, a tudíž pro ně nemají obvyklou informační hodnotu“ (in ibid., s. 366). Hrdlička (in Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000) hovoří o aberacích v oblasti sociálního užití komunikační schopnosti, které u osob s pervazivní vývojovou poruchou spatřuje například v nedostatečné reciprocitě při vedení konverzace a ve snížené adaptibilitě individuálního jazykového vyjadřování. Také nápadnosti ve verbální komunikaci jsou velice markantním a specifickým ukazatelem tohoto postižení (srov. např. Richman, 2006; Šedibová, Vladová, 2010; Vocilka, 1995). Mezi typické verbální symptomy patří například echolalie, neologismy, idiosynkrazie, problémy s generalizací, s modulačními faktory řeči či prezence verbalismu (De Clerg, 2007; Jelínková, 1999; Pečeňák, 2003).

Valenta (2003) upozorňuje, že intervence cílená na rozvoj funkční komunikace by měla být inicializovaná rozvojem schopnosti vnímat a rozumět jazyku. Následné budování

dovednosti jeho aktivního užívání musí být primárně směřováno na budování preverbální úrovně, teprve potom lze přistoupit k vokalizaci a k vědomému používání řeči (in ibid.). Vzhledem k tíži symptomatiky narušené komunikační schopnosti u osob s poruchou autistického spektra má v rámci aplikace logopedické intervence své nepostradatelné místo také alternativní a augmentativní komunikace. Závěrem této podkapitoly lze říci, že heterogenní symptomatika poruch autistického spektra s pervazivním charakterem narušené komunikační schopnosti predisponuje k nezbytné preferenci individuálního přístupu k jedinci s PAS a klade po stránce odborné i osobnostní zvýšené nároky na logopeda.

6.1.1 Neverbální komunikace u osob s poruchou autistického spektra

Úvodem je třeba podotknout, že „důležitou součástí učení, jak být společenskou lidskou bytostí, je osvojení si schopnosti vysílat neverbální informace. Stejně důležité je naučit se jim rozumět“ (Doherty-Sneddon, 2005, s. 11). Neverbální komunikace je dle DeVita (2008) přenos informací, který je realizován beze slov. Šimíčková-Čížková (2004) uvádí, že daná forma komunikace spočívá v záměrném používání mimoslovních prostředků k recipročnímu dorozumívání, ovlivňování i vyjadřování. Klasifikace dílčích forem neverbální komunikace jsou různé, například Křivohlavý (in Šimíčková-Čížková, 2004) diferencuje proxemiku, haptiku, kineziku, gestiku, mimiku a pohledy a Argyle (in ibid.) vymezuje tělesný kontakt, blízkost, orientaci, vzezření, pozici, kývnutí hlavy, výraz tváře, gesta, pohledy a neverbální aspekty řeči.

Efektivní neverbální komunikace implikuje dvě základní sféry, jejíchž funkční užití přináší benefit v psychosociální harmonii jedince a také v účinném působení na druhé lidi (Burgoon, Hoobler in ibid.). Deficity v neverbální komunikaci, jež jsou typické pro osoby s PAS, z těchto důvodů evokují osobnostní dysharmonii primárně spočívající ve snížené schopnosti či neschopnosti recipovat a vyjadřovat neverbální stimuly. Hlavní funkce neverbální komunikace náleží ve zdůraznění verbálního sdělení a v doplnění významných nuancí, které verbální komunikace postrádá. Další význam této formy komunikace přísluší regulaci verbálního sdělení, možnosti kongruentně neverbálně přeformulovat verbální expresi a v neposledním řadě dokáže člověk pomocí neverbální komunikace nahradit i komunikací verbální (Čáp, Čechová, Rozsypalová, 1992; De Vito, 2008; Vágnerová, 2007). Vágnerová (2007) akcentuje na skutečnost, že i neverbální přenos informací se musí

člověk v průběhu svého života naučit a zároveň poukazuje na její determinovanost sociokulturními faktory, proto ji lze dle uvedené autorky pochopit teprve v jeho situačním kontextu. Vzhledem k tomu, že u osob s PAS je deficit v sociální interakci, v sociálním učení a v pochopení sociálních situací velice zřetelný, nacházíme viditelné aberace i v této schopnosti.

Pro osoby s poruchou autistického spektra je charakteristické v různé míře narušení všech výše deskripovaných signálů neverbální povahy. V následující části textu budeme pojednávat především o specifikách zrakového kontaktu, mimiky, gestikulace, posturace a kineziky u osob s námi zvoleným typem postižení.

Zrak je pro člověka velice důležitý smyslový orgán, kterým získáváme 70–80 % informací. Výzkumy v této oblasti evidují aktivity plodu na vizuální podněty již po 5. měsíci intrauterinního života (Langmeier, Krejčířová, 2000; Lechta, 2002). Zájem o zrakový kontakt je u intaktních dětí patrný již od narození, například Bowlby (2010) uvádí, že na velmi silné optické podněty dítě reaguje celým tělem a již 3 hodiny po porodu dokáže sledovat tvář matky – je tedy schopno navázat zrakový kontakt. Thorová (2006) zmiňuje, že dovednost udržet zrakový kontakt na delší časový úsek se rozvíjí během prvních třech měsíců věku dítěte a sledování směru pohledu ke vzdálenějším objektům, což je vlastnost typická pouze pro primáty, je detekována až kolem devátého měsíce. Baron-Cohen (in ibid.) hovoří, že sledování pohledu je považováno za napodobovací gesto, jež má podstatný význam pro rozvoj vyšších sociálních dovedností. Baron-Cohen et al. (in Doherty-Sneddon, 2005) mapovali skupinu 41 batolat, u nichž bylo vzhledem k hereditální zátěži zvýšené nebezpečí vzniku autismu. Ve věku osmnácti měsíců čtyři z těchto dětí vykazovaly nejméně dva ze tří deficitů, mezi které náležela absence symbolické hry, nepřítomnost deklarativního ukazování a nesledování pohledu druhých lidí. Výsledky výzkumu ukazují, že u všech čtyř dětí byla později diagnostikována porucha autistického spektra. Prezence obtíží pojících se se zrakovým kontaktem je reflektována také rodiči dětí s PAS, které jsme oslovili v rámci grantového projektu specifického výzkumu (Říhová et al., 2011). Dílčí výzkumná data vztahující se ke zrakovému kontaktu poukazují na přítomnost deficitů s navázáním, udržením či funkčním užitím zrakového kontaktu v 73,69 % odpovědí.

I přes absenci zrakové vady nedokáží někteří lidé s PAS používat daný smysl intaktním způsobem. Mohou mít obtíže s fixováním zraku na předměty, také v důsledku

ulpívání nedokáží distribuovat vizuální pozornost z jednoho stimulu na druhý nebo může být přítomen i odlišný způsob pozorování předmětů – například vnějším koutkem oka (Thorová, 2006). Obtíží se zrakovým kontaktem u osob s PAS si všímá například Emerson (2008), Gillberg, Peeters (2003), Hrdlička, Komárek (2004). Zmínění autoři podotýkají, že aberace v dané schopnosti jsou evidentním symptomem pervazivní vývojové poruchy a k hlavním specifikám dle nich patří především menší frekvenční četnost v navazování a udržování zrakového kontaktu a vyhýbání se přímé vizuální interakci. Attwood (2005) a Jørgensen, Hoffmann (2009) si všímají zrakového kontaktu u osob s Aspergerovým syndromem a konstatují, že nepřítomnost pobídky, souhlasu, nesouhlasu či náznaku střídání prostřednictvím pohledu negativně determinuje inicializaci, vedení či střídání v průběhu komunikační situace. Možnosti zrakové percepce jsou také determinovány změněnou senzorickou percepcí ve smyslu hypersenzitivity, hyposenzitivity či přítomností autostimulační činnosti zaměřené na zrakové podněty (Boyd, 2011; Richman, 2006). Dalším faktorem, podstatným způsobem ztěžujícím možnosti tohoto poznání, je přítomnost vizuální agnozie, která predisponuje jedince s PAS k neschopnosti rozpoznávat specifické zrakové stimuly, a absence schopnosti používat sociální pohled deklarativním způsobem (Steinhausen, Gundelfinger, 2010). Volkmar a Mayes (in Doherty-Sneddon, 2005) podotýkají, že současné studie poukazují na to, že dítě s autismem se nevyhýbá zrakovému kontaktu, jak se dříve předpokládalo, naopak navazuje zrakový kontakt s druhými lidmi v obvyklé míře, ale ne v obvyklých okamžicích interakce. „Z toho lze soudit, že osoby s autismem nechápou význam pohledu stejným způsobem jako děti a dospělí, kteří nejsou postiženi autismem. Lidé s autismem nechápou význam očí pro pochopení stavu mysli ostatních lidí a pro komunikaci“ (in ibid., s. 108).

„Při vyjadřování emocí je obličej obzvláště významný. Ostatní neverbální kanály nedefinují specifické emoce, ale informují o jejich intenzitě. Z obličeje lze vyčíst také jiné typy velmi důležitých informací, některé výrazy se používají ve všech kulturách a mnohé z nich nepotřebují slovní doprovod“ (Doherty-Sneddon, 2005, s. 123–124). Jedním z nejzjevnějších symptomů narušené neverbální komunikace u osob s PAS je hypomimie, kterou *Psychologický slovník* (Hartl, Hartlová, 2010) specifikuje jako chorobné snížení obličejové mimiky. Nesnídalová (1994) v této souvislosti zmiňuje termín „výraz mlčenlivé moudrosti“ zahrnující oploštělou mimikou osob s PAS, která v dostatečné míře nereaguje na aktuální dění a inhibuje vyjádření jeho potřeb. Nesnídalová (in Hrdlička, Komárek,

2004) dále hovoří o tom, že exprese obličeje jedince s pervazivní vývojovou poruchou neinformuje o jeho pocitech, výraz pro základní emoční prožívání, jako je libost, nelibost, odpor, může být adekvátně prezentován, ale většinou dominuje jeho neutrálnost. Thorová (2006) podotýká, že úsměv dítěte s PAS v rámci sociální interakce obvykle chybí nebo je nezřetelný, v jiné situaci je konvulzivní nebo jej je dítě schopné sdílet jen s nejbližšími osobami. U osob s PAS evidujeme také potíže v oblasti porozumění neverbální komunikace, kterou obtížně dekódují a interpretují, tím vzniká deficit ve schopnosti recipovat signály, jež komunikační partner prostřednictví mimiky jedinci s tímto typem postižení zprostředkovává (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007; Gillberg, Peeters, 2003; Lawson, 2008). Zajímavá je studie percepce obličeje v raném věkovém období dítěte, kterou realizoval Blažek (2012). Akcentuje na skutečnost, že obličej je pro komunikaci a tvorbu recipročního vztahu mezi matkou a dítětem klíčový a zároveň identifikuje mechanismy předpokládající danou schopnost. „Existují vrozené základy pro to, aby novorozenec obličej identifikoval a zvláště, aby se velmi rychle učil rozlišovat jeho jednotlivé části a na tomto základě i rozpoznávat známé obličeje, především obličej matky. Současně se rozvíjí rekognice mimických výrazů, vyšší citlivost je na zrakový kontakt a na úsměv. Vrozené předpoklady však nelze chápat jako jednoznačné schéma; východiskem je základní diferenciace členitosti obličeje“ (in ibid., s. 45). Accera et al. (in ibid.) v této souvislosti hovoří, že existuje mechanismus, který vede k preferenci lidské tváře a specifikuje jej jako tzv. „obličejové neurokognitivní sítě“ s lokalizací v dolní části occipitálního laloku, především gyrus fusiformis, amygdaly, dílčí oblasti temporálního závitu a prefrontální oblasti. Vzhledem k tomu, že Ošlejšková (2008) identifikuje u osob s poruchou autistického spektra abnormality pojící se s homogenními výše deskripovanými oblastmi cerebella (především lobus temporalis, frontalis a amygrada, více viz kapitola *3 Etiopatogeneze poruch autistického spektra*), vyplývá z této skutečnosti okolnost, že osoby s poruchou autistického spektra jsou vzhledem k neurobiologické bázi této poruchy predisponovány k problémům v percepci a s tím samozřejmě v reciproční vztahu související expresí obličeje.

Posunek či tělesný pohyb nesoucí význam se nazývá gestem a společně s výše zmíněnou mimikou formuje jedny z hlavních neverbálních prostředků exprese i recepce člověka a živočichů (Atkinson, 2003). Užití gest v sobě implikuje velké množství informací, které reflektují například míru znalostí a úroveň chápání. Také umožňují jedinci

vnímat jiným způsobem problémy, jež nelze formulovat verbálně, a zároveň lze dodat, že gesta rovněž facilitují plnění úkolů a vedou k lepšímu zapamatování si pokynů (Goldin-Meadow; Wood, Bruner a Ross in Doherty-Sneddon, 2005; Mertin, Gillernová, 2010). Můžeme tedy říci, že gesta jsou podstatným vnějším indikátorem lidského myšlení, vědomostí a lze je diferencovat dle jejich sémantiky například na gesta synsémantická, autosémantická, deiktická, ikonická, symbolická či kontaktová gesta (Hayesová, 2011; Šimíčková-Čížková, 2004). Jelínková (1999) uvádí, že v případě gest, mezi kterými je jednoznačně viditelné spojení s jejich významem, obvykle u osob s PAS, neevidujeme obtíže v jejich užití. Odlišná situace nastává ale v případě, kdy vizuální spojení mezi gestem a významem absentuje, což je dominantní část ze všech typů této formy neverbální komunikace. Markantní problémy vznikají tedy převážně u gest symbolických, která jsou nejednoznačná a jejichž význam je třeba dedukovat ze sociální interakce či domýšlet. Ke zmíněným gestům náleží především ty, jež prezentují emoce, city či abstraktní pojmy (ibid.). Thorová (2006) uvádí, že na rozdíl od imperativního ukazování, kde jsou aberace méně zřetelné, nacházíme patrné narušení v deklarativním ukazování, které buď není přítomno, nebo je jeho nástup v pozdějším věku. Pohyby hlavy sloužící k vyjádření souhlasu či nesouhlasu mohou chybět, být nezřetelné či méně frekventované a obvyklá gesta (např. spontánní zamávání rukou, potlesk z radosti apod.) absentují nebo jsou užívána sporadicky (Čadilová, Jůn, Thorová, 2011; Thorová, 2006). Těžkosti související s vnímáním i produkcí neverbální komunikace jsou dle Freitaga (2008) a Šedibové (1998) odrazem inflexibilního kognitivního stylu, problémů v chápání symbolů a souvislostí, obtíží s generalizací, abstrakcí a s dlouhodobou pamětí. S danou skutečností velice úzce souvisí otázka užití znakového jazyka u osob s poruchou autistického spektra. Znakový jazyk je dle Krahulcové (2003) vizuálně motorický komunikační systém, přirozený a plnohodnotný komunikační prostředek osob se sluchovým postižením. Předpokladem pro jeho osvojení je dle Bondyho a Frosta (2007) nápodoba, dobrá úroveň motorických dovedností, schopnost osvojit si slovní zásobu znakového jazyka, porozumění především ikonickým, arbitrárním znakům a samozřejmě také navázání a udržení zrakového kontaktu. Vzhledem k tomu, že u osob s PAS evidujeme problémy se zrakovým kontaktem, v koordinaci motorických pohybů doprovázených případnými motorickými stereotypy, také s ohledem na obtíže s generalizací, nápodobou a inkorporací mimiky, jež je nezbytnou součástí dané komunikace, je rozhodnutí, zda učit osoby s PAS užívat znakový jazyk

komplikované a stává se záležitostí podrobné diagnostiky stěžejních dovedností (srov. např. Bondy, Frost, 2007; Jelínková, 1999; Sigman, Capps, 2000). Attwood, Frith a Hermelin (in Howlin, 2005) poukazují na možná rizika pojící se s výukou znakového jazyka u osob s PAS. Upozorňují, že dokonce i v případě osvojení znakového jazyka mají jedinci s autismem tendenci jej používat stereotypním, nekomunikativním nebo rituálním způsobem, proto v případě volby alternativního komunikačního systému doporučují preferenci vizuálního systému.

Další oblastí neverbální komunikace, kde nacházíme u osob s poruchou autistického spektra menší odlišnosti či podstatné aberace stávající se až interferencí v komunikačním procesu, je tělesná posturace a somatická kineze. Pro tuto somatickou oblast je specifické jak nedodržování adekvátní distance v průběhu personální interakce, tak prezence neobvyklých, nápadných a nestandardních behaviorálních projevů, mezi které patří například poskakování, kývání, kolébání, svěšená ramena či točení se dokolečka (Attwood, 2005; Vosmik, Bělohlávková, 2010). Dalším velice častým symptomem je užití fyzické manipulace k vyjádření či dosažení svého cíle. „Mnohé děti s PAS dokážou své přání vyjádřit vedením nebo postrkováním druhé osoby. Často mají tendenci využívat ruku dospělého jako nástroje (ukazují jeho rukou na dálku nebo v knížce, užívají ruku k otevření dveří, k uchopení tužky, stavění kostek či otevření limonády), nevyužívají přitom žádné jiné prostředky neverbální komunikace (například zrakového kontaktu nebo vokalizaci)“ (Thorová, 2006, s. 99).

Gillberg a Peeters (2003) uskutečnili komparaci vývoje jazyka a komunikace u intaktních dětí a dětí s autismem. Výsledky dotýkající se neverbální komunikace poukazují například na menší reciproční sociální aktivitu a nevyhledávání zrakového kontaktu v 6 měsíci věku dítěte. Také upozorňují na absenci nápodoby zvukových projevů, na nepřítomnost imitace gest a výrazů v 8 měsíci věku jedince s PAS. Dle realizovaného výzkumu dále ve 24 měsíci nedochází u těchto dětí na rozdíl od jejich intaktních vrstevníků k rozvoji gestikulace, která je prezentovaná výjimečnou přítomností deiktického gesta. Dominuje zejména gesto automaticky naučené s výrazným problémem jeho inkorporace do odlišných sociálních situací a s jinými osobami. Tito autoři si také všimli preference fyzické manipulace (např. bere rodiče za ruku, aby dosáhlo své hračky, jídla apod.) před jinou formou verbální či neverbální komunikace, jež se u dítěte objevilo kolem 36 měsíce věku. Ve shodném časovém období (36 měsíc věku), je dle uvedených autorů

u dítěte s PAS evidentní pokračování a zdůraznění repetitivních motorických pohybů, mezi které náleží především kolébání, otáčení či chůze po špičkách. Výpovědi rodičů, které uvádí Gillberg, Peeters (2003) ve shodě s námi získanými výsledky již zmíněného grantového specifického výzkumu (2009/2010), reflektují deficity v neverbální komunikaci, jež jsou markantní již v raném vývoji dítěte. Mezi detekované symptomy patří primárně absence neverbální či verbální reakce na oslovení či na jiný verbální nebo auditivní stimul, dále problémy s navázáním a udržením zrakového kontaktu, nepřítomnost či menší spontánnost v užití gest a prezence stereotypních, nefunkčních motorických aktivit.

6.1.2 Verbální komunikace u osob s poruchou autistického spektra

„Neexistuje žádná jiná vlastnost, žádná jiná schopnost, kterou by se člověk tak výrazně odlišoval od ostatních živočichů, jako je právě slovo a řeč, jenž jsou jen lidské“ (Lejska, 2003, s. 10). Verbální komunikaci můžeme specifikovat jako přenos informací, pocitů, názorů, stanovisek prostřednictvím slov (*verbum*) nabývající podoby mluvené i psané (srov. např. Hartl, Hartlová, 2010; Klenková, 2006; Olejníčková in Jurkovičová a kol., 2010). Ekvivalentní definici uvádí *Logopedický slovník*, podle nějž je slovní (verbální) komunikace vymezena jako „dorozumívání pomocí slov“ (Dvořák, 2001, s. 100). S výše uvedeným se také ztotožňuje Šimíčková-Čížková (2004), která navíc akcentuje přesah časových i prostorových omezení sociálních vztahů. David a Nouza (in Vitásková, 2005) uvádějí, že jednou z forem verbální komunikace je řeč orální využívající artikulované zvukové znaky, jež jsou realizovány na úrovní významové, lingvistické, artikulační a akustické.

Význam verbální komunikace je dle Mikuláštíka (2010) nepopiratelný. Tato forma vyjádření je nezbytnou součástí sociálního života každého jedince, a také nepostradatelnou podmínkou rozvoje myšlení (in ibid.). „Ve verbálním sdělení se odráží naše jazyková vybavenost, mentální úroveň či znalost. Sdělení jsou ovlivněna kulturou, pohlavím, věkem člověka, jeho výchovou i osobností“ (Olejníčková in Jurkovičová a kol., s. 25). Braun (in Klenková, 2006) hovoří, že verbální komunikace v sobě zahrnuje všechny komunikační procesy, jejichž realizace je uskutečněna prostřednictvím mluvené nebo psané řeči. Podtrhuje také její vysokou sociální relevanci, která se prostřednictvím inteligence člověka manifestuje především ve slově a písmu.

Jedním z hlavních diagnostických kritérií poruch autistického spektra je narušená verbální složka komunikace, která po detailní verifikaci a realizaci diferenciálně diagnostického vyšetření přispívá ke stanovení diagnózy pervazivní vývojová porucha. Cílem této podkapitoly je přiblížení charakteristických deficitů ve verbální komunikaci, seznámení s aberacemi dotýkajícími se jednotlivých jazykových rovin a poukázání na specifika komunikace pojící se s dílčími diagnostickými jednotkami pervazivní vývojové poruchy. Úvodem si všímáme signifikátorů markantních již v průběhu ontogeneze řeči a poukazujeme na možnosti jejich včasné detekce.

Vývoj komunikace je dle Kerekrétiové (2010) přirozený proces osvojování si porozumění, vyjadřování a používání komunikační schopnosti jako komplexního systému znaků a symbolů ve všech jeho formách v rámci ontogeneze člověka. Řečový vývoj tak dle uvedené autorky představuje proces postupné interiorizace verbálního systému chování v komplexu jeho interakční, konceptuální, nominační a axiologické složky (in ibid.). Peutelschmiedová (2003) upozorňuje, že schopností řeči se odlišujeme nejen od zvířat, ale variabilitu v této dovednosti nacházíme také v rovině interpersonální. Zmíněná autorka zároveň podotýká, že verbální komunikace je reflexí motorických schopností, rozsahu znalostí a vědomostí, způsobu myšlení, sociálního chování a osobnostních vlastností. Na proces ontogeneze řeči se aplikují všeobecně platné vývojové principy a mezi odborníky je akceptovaná jeho diference na preverbální a verbální úroveň (srov. např. Kerekrétiová, 2010; Lechta, 2002; Sovák, 1989). Narušená komunikační schopnost u osob s poruchou autistického spektra se promítá v rámci ontogeneze řeči jak do její formy verbální a neverbální, tak do sféry recepce i exprese a podstatným způsobem podmiňuje možnosti jeho globálního rozvoje.

Podíváme-li se na výzkumnou studii Gillberga, Peeterse (2003), o které jsme referovali již v části věnované neverbální komunikaci, můžeme konstatovat, že již vokální projevy dítěte mohou vzhledem k intaktnímu dítěti podléhat markantní diferenci. Například v období kolem 6. měsíce věku je problematické interpretovat pláč dítěte s PAS, jeho žvatlání je v 8. měsíci obvykle omezené či neobvyklé (pískot). Rovněž není přítomna nápodoba zvuků. Pro 24. měsíc je typické, že aktivní slovní zásoba je menší než 15 slov a přítomný je také fakt, že slova, která se dítě již naučilo používat, opět mizí. V 36. měsíci věku dítěte je kombinace slov pouze ojedinělá. Dle Gillberga a Peeterse (2003, s. 18) dítě v tomto věkovém období „může opakovat fráze, ale nepoužívá kreativní jazyk. Má zvláštní

rytmus, tón a přízvuk. Chybná artikulace se vyskytuje asi u poloviny dětí, jež používají řeč a více než polovina nepoužívá jazyk funkčním způsobem.“ Ve 48. měsíci dítě s tímto postižením sporadicky kombinuje dvě nebo tři slova a přetrvává echolálie, která je dle Lechty (2002) fyziologickým jevem v období 8.–10. měsíce věku intaktního dítěte. Watson, Marcus (in Gillberg, Peeters, 2003) zmiňují, že v 60. měsíci věku jsou pro dítě s pervazivní vývojovou poruchou charakteristické problémy s recepcí a expresí imaginace, především v oblasti časoprostorových vztahů. Dále deskripují problémy s inicializací a vedením konverzace, nesprávné užívání osobních zájmen, ojedinělé kladení otázek, které jsou v případě prezence stále opakované a mají ulpívavý charakter. Markantní symptomy evidují uvedení autoři také v charakteristice hlasového projevu vykazujícího abnormální výšku a rytmus. Již zmiňovaný výzkum uskutečněný v rámci grantového projektu specifického výzkumu (PdF UP, Olomouc, 2010/2011) si stanovil za dílčí cíl zmapovat první výrazné symptomy ve vývoji dítěte v jeho raném věku. Prostřednictvím dotazníků doplněných rozhovory jsme usilovali o reflexi uvedené oblasti z aspektu rodičů dětí s PAS. Výsledkem jsou výpovědi poukazující na menší frekvenci žvatlání dítěte, na opožděný nástup prvních slov, absenci zjišťovacích otázek typu „Proč“ a redukci dvouslovných či tříslovných vět nabývajících dysgramatický charakter. Převážná část rodičů, jejichž děti mají diagnostikovaný dětský autismus, referovala o absenci verbální komunikace, která perzistuje i do současnosti. Homogenní četnost probandů zároveň poukazovala na přítomnost preverbální vokalizace. Zaregistrovali jsme také výpovědi rodičů dětí s Aspergerovým syndromem, které popisovaly prezenci echolálie, neologismů, verbálních stereotypů, logorhey či neschopnost funkční výměny informací v průběhu konverzace (Říhová, 2012). K problematice ontogeneze komunikace u sob s PAS se také vyjadřuje Beyer, Gammeltoft (2006). Uvádějí, že častým symptomem u osob s dětským autismem je absence verbální komunikace. Pokud se dle uvedených autorů verbální komunikace se slovní zásobou a gramatikou odpovídající intaktním dětem plně rozvine, nacházíme i přes tuto skutečnost problémy se sdílením pozornosti, deficity v imaginaci, sociální reciprocitě, tedy v pragmatické jazykové rovině komunikace. Lewis, Wiener (in Hrdlička, Komárek, 2004) akcentují na nedostatečný komunikativní význam řeči, na sníženou adaptabilitu jazykového vyjadřování a opožděný vývoj komunikace. K této oblasti se shodně vyjadřuje Richman (2006), který upozorňuje na velké obtíže s kreativním užitím jazyka, na echolalický charakter slov či celých vět a prezenci manipulace s rukou dospělého za

účelem uspokojení vlastní potřeby. Čadilová, Thorová, Žampachová (2011) ve shodě se všemi výše uvedenými údaji dodávají specifika ve vývoji komunikace u osob s Aspergerovým syndromem. „Děti s Aspergerovým syndromem mohou a nemusejí mít opožděný vývoj řeči. Do dvou let však musí používat slova a ve třech letech minimálně jednoduchá větná spojení. Ve věku pěti let by již měly mluvit plynule a slovní zásoba by odpovídala věku. I mezi dětmi s Aspergerovým syndromem jsou rozdíly v kvalitě komunikace. Některé děti jsou v řečových dovednostech méně zdatné, jiné naopak mají nadprůměrné vyjadřovací schopnosti“ (in ibid., s. 37). Na závěr této části uvádíme deskripci symptomů, jejichž prezence, charakteristická pro osoby s PAS, by se měla stát incentivou k indikaci logopedické intervence. Mezi zmíněné kardiální symptomy řadí Pátá (2007) skutečnost, kdy dítě do 12. měsíce nežvatlá, do 12. měsíce negestikuluje, do 16. měsíce spontánně verbálně nekomunikuje a do 24. měsíce spontánně neužívá věty. Dále sem náleží ztráta jakýchkoli jazykových nebo sociálních schopností v kterémkoli věku, nepřítomnost verbální či neverbální reakce na oslovení, absence ve vyjadřování svých potřeb a snížená schopnost až neschopnost adekvátní reakce na pokyny druhých lidí.

Z uvedeného je zřejmé, že v rámci poruch autistického spektra evidujeme variabilní úroveň komunikační schopnosti. Detekujeme opožděný vývoj řeči, přetrvávání echolálií, dysgramatismů, také menší aktivní slovní zásobu, preferenci manipulačních aktivit jako prostředků k dosažení svého cíle a další výše uvedené symptomy. I přes uvedenou heterogennost můžeme říci, že v rámci ontogeneze řeči nacházíme velice specifické aberace, které se mohou stát prvním signalizátorem znepokojení s vývojem dítěte a následně přispět k včasné a správné diagnóze. Z tohoto důvodu se akcentace na mapování vývoje komunikace rodiči, především kompetentními odborníky (na prvním místě pediatry) stává důležitým determinantem prognózy dané poruchy. Zároveň lze konstatovat, že pro všechny jedince s diagnostikovanou pervazivní vývojovou poruchou je charakteristický deficit dotýkající se jedné komunikační sféry, a to funkční komunikace. V následující části textu se budeme věnovat narušené komunikační schopnosti u osob s PAS z hlediska jednotlivých jazykových rovin.

Ve foneticko-fonologické jazykové rovině si dle Mlčákové (2011) u klientů s narušenou komunikační schopností všímáme specifik dotýkajících se oblasti respirace, fonace, rezonance a artikulace. Jedná se o zvukovou rovinu řeči, které v dřívější době logopedi věnovali primární pozornost (Peutelschmiedová, 2003). Čadilová, Jůn, Thorová

(2011) zaznamenávají pět základních typů ve vývoji komunikace, mezi které patří zaprvé skutečnost, kdy dítě mluvilo první slova, potom vývoj stagnoval a následovala regrese až úplná ztráta verbální exprese. Druhým typem je stav, kdy dítě verbálně komunikovalo a tato forma komunikace je stále přítomná, ale progres jejího vývoje je velice pomalý. Následující pozici představuje absence verbální komunikace, která není u jedince evidována ani v předchozím věku a pro další příklad vývoje řeči je specifická náhlá stagnace její ontogeneze. Poslední typ je reprezentován faktem, kdy jedinec splní řečové vývojové mezníky, často je vývoj i akcelerován, ale zásadní regresi zaznamenáváme v sociální stránce komunikace.

O opožděném vývoji řeči, jež je dle našeho již zmiňovaného specifického grantového výzkumu patrný u 89 % námi oslovených respondentů (převažovali klienti s dětským autismem) se dále vzhledem k výše popsaným specifikám dotýkajícím se ontogeneze řeči osob s PAS nebudeme již blíže věnovat. Na tomto místě uvedeme další zřejmý symptom verbální komunikace – echolálii. Echolálie je „ozvěnovité opakování slyšených slabik, slov a vět po druhých osobách, obvykle bez pochopení obsahu řeči“ (Dvořák, 2001, s. 62). Dle Lechty (2002) může její exprese implikovat špatné porozumění, snahu o navázání komunikace, také touhu po dosažení určitého cíle či potřeby na sebe upozornit. Fyziologicky se daný projev vyskytuje v 8. až 10. měsíci věku dítěte, projevuje se reduplikací nejrůznějších slabik a dané období je nazýváno experimentací se zvuky (in ibid.). U osob s PAS je však podstatná diference spočívající v jejím přetrvávání po další dlouhou dobu, případně po celý život. Tímto se také stává charakteristickým rysem řeči u osob s daným postižením (srov. např. Baron-Cohen, Bölte, Freitag, 2010; Pečeňák, 2003; Straussová, Knotková, 2011). Thorová (2006) diferencuje jednotlivé typy echolálií na echolálii bezprostřední bez komunikačního významu (reflexní), efekt posledního slova (forma nefunkční bezprostřední echolálie), echolálii bezprostřední s komunikačním významem, semiecholálii (záměna zájmen a rodů), echolálii opožděnou bez komunikační funkce a echolálii opožděnou plnící komunikační funkci (pokud je dešifrována). De Clerg (2007) ve shodě s Peetersem (1998) vnímá tento symptom u osob s PAS jako vývojově vyšší stupeň v rozvoji komunikační schopnosti a zároveň uvádí, že „echolálie je jejich pokusem, jak přežít v chaotickém světě; používají jazyk, kterému rozumí, ale ne jazyk, který od nich vyžaduje jejich okolí. Slova a věty mají často hyperselektivní význam, rozhodující je detail, který převažuje nad vnímáním většího celku“ (De Clerg, s. 28–29).

K dalším specifikám verbální komunikace, charakteristickým především u osob s Aspergerovým syndromem, patří skutečnost, že dítě neprochází obdobím kladení otázek typu „Proč“, které Lechta (2002) označuje jako tzv. druhý věk otázek a časově jej vymezuje u intaktního dítěte do věku 3–3,5 let. Jejich prezence značí zájem dítěte o svět, který jej obklopuje, je reflexí potřeby získávání informací a incentivou k reciproční sociální interakci. Dotazy jedinců s pervazivní vývojovou poruchou vykazují ale jistá specifika pro něž je typická ulpívavost na konkrétním úzce vyhraněném tématu, stereotypnost v jejich kladení, obsesivní touha po získávání identických odpovědí a verbální stereotypie utvářející bázi dotazu (Beyer, Gammeltoft, 2006; Richman, 2006; Vermaulen, 2006). Značné odlišnosti nacházíme také v modulačních faktorech řeči. „Využívání prozodických prvků v expresivní složce řeči bývá narušené: příliš vysoko nebo příliš nízko posazený hlas, monotónní mechanické vyjadřování připomínající řeč robota (bez důrazu na klíčová slova, bez emočního zabarvení, jako je lítost, procítění, zlost), obtíže v modulaci hlasitosti (řeč je příliš nahlas nebo potichu, neschopnost ztišit či zesílit hlas na požádání nebo přizpůsobit se okolnostem – posluchač je vzdálenější, nechceme, aby nás někdo slyšel apod.), zvláštní rytmus – dítě mluví »staccato« nebo »legato«“ (Thorová, 2006, s. 105). Fine (in Richman, 2005) akcentuje na monotónnost verbálního projevu, na absenci přirozené práce s melodií a neadekvátní aplikaci přízvuku lokalizovanou na téměř každé slabice. Baron-Cohen a Staunton (in ibid.) uvádějí, že při změně lokality spojené s jinou zvukovou podobou řeči jedinci s PAS nejsou obvykle schopni přizpůsobit se dané okolnosti. Současně ale tito autoři upozorňují, že jakmile jsou zaujati výrokem, který je mimořádně osloví, dokážou původní zdroj bezchybně napodobit. Přesnou imitaci nacházíme také v případě oblíbeného seriálového hrdiny, moderátora, zpěváka apod. Nejen oblast exprese prozodických faktorů je u osob s PAS pozměněna, ale obtíže nacházíme také v případě interpretace recipované složky modulačních faktorů řeči (Jelínková, 1999). Vnímání zřetelných i jemných prozodických nuancí v sobě skýtá schopnost pochopit význam sdělení reprezentovaný v dané zvukové podobě. Například Bondy, Frost (2007) zmiňují, že schopnost člověka používat komunikační dovednosti nemusí být v recipročním vztahu se schopností rozumět. Deficit v porozumění, jehož reflexí je dezinterpretace humoru, parodie a nepochopení abstraktních pojmů, je specifickým komunikačním deficitem.

Verbální komunikace osob s PAS je podstatným způsobem stížená auditivní verbální agnózií. Agnozie je dle *Psychologického slovníku* (Hartl, Hartlová, 2010, s. 17) „neschopnost poznávat a chápat smyslové počitky; poškozeno není smyslové ústrojí ani nervy, ale příslušné oblasti mozkové kůry“. V případě *auditory agnozia* se jedná o neschopnost recipovat a diskriminovat zvuky řeči, hudby i nehudební auditivní stimuly (in ibid.). Důsledkem této poruchy je snížená schopnost až neschopnost porozumět jednoduchým, ale především složitějším verbálním pokynům a také delší časová latence v reakci na auditivní instrukci (Greenspan, Shanker, 2007). Boyd (2011) ve shodě s Čadilovou, Jůnem a Thorovou (2011) referují o artikulačních obtížích jedinců s poruchou autistického spektra, pro které je na jednu stranu typická setřelá až nesrozumitelná artikulace, ale na druhou stranu se můžeme (především u osob s Aspergerovým syndromem) setkat s precizní, výraznou až akcentovanou realizací jednotlivých hlásek. Kerbeshian, Burd, Fisher et al. (in Attwood, 2005) v souvislosti s touto problematikou podotýkají, že v průběhu dospívání jedinci s Aspergerovým syndromem začnou dbát na svůj verbální projev, který nabývá přehnaně formální až akcentované podoby. Tantam, Volden, Loud (in ibid.) pojednávají o jedinečné schopnosti v tvorbě nových slov či novotvarů – neologismů, jejichž realizace může být i pro jedince s PAS zdrojem radosti. Další charakteristický symptom můžeme spatřovat v produkci verbalismů, ale také v prezencí samomluvy, která v dřívější době přispívala k mylné inklinaci či ztotožnění s psychiatrickou nemocí schizofrenií (srov. Jelínková, 2010; Krejčířová, 2010; Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006).

Morfologicko-syntaktická jazyková rovina, která je dle Melichara, Styblíka (in Mlčáková, 2011) označována též jako rovina gramatická, pojednává o tvarosloví a syntaxi. Lechta (2002) uvádí, že v procesu ontogeneze řeči dítě prochází obdobím tzv. fyziologických dysgramatismů, v období kolem 3 – 3,5. roku věku je obvykle slovosled a řazení slov ve větě správné a v době mezi 4 – 5. rokem věku jsou verbální projevy většinou gramaticky korektní. Verbální komunikace osob s poruchou autistického spektra vykazuje vzhledem k morfologicko-syntaktické jazykové rovině markantní deficity, které se dle Páté (2007) a Sigamna, Cappse (2000) mohou manifestovat variabilní symptomatikou, mezi níž spadá jak inklinace k užívání holých, jednoslovných či dvouslovných vět, tak problémy s přivlastňovacími zájmeny, skloňováním, časem a rody. Pro tuto problematiku je dále specifická absence předložek, spojek, pomalé osvojování si gramatických pravidel daného

jazyka a mechanické řazení slov do vět. Časté také bývá používání infinitivů a velice problematickou oblastí jsou zájmena, pro něž je typická substituce první osoby za druhou a třetí. „Většina osob s autismem má problémy s používáním zájmen. Již překonaná psychodynamická teorie se domnívala, že jedinec s postižením odmítá vlastní já. Ve skutečnosti je tento problém důsledkem doslovného způsobu myšlení. Dítě s autismem nemůže z přímého pozorování pochopit, proč je jedna a tatáž osoba jednou nazývána »já«, jindy »ty« nebo »on« apod.“ (Jelínková, 1999, s. 4). Schor, Schweiggert (2001) a Sigamn, Capps (2000) upozorňují, že osoby s PAS rigidním způsobem ulpívají na gramatických pravidlech a flexibilně je nepřizpůsobují jazykovému prostředí. Z těchto důvodů se dle uvedených autorů pravidelně vyskytují například potíže s konstrukcemi vět v pasivu a s tvorbou otázek.

Lexikálně-sémantická jazyková rovina v sobě zahrnuje aktivní, pasivní slovní zásobu společně se sémantikou, morfémy a jinými znaky (Klenková, 2000). „Všechny formy řeči jsou odkazy. Ukazují na fundamentální, neviditelné významy. Odkazy jsou totožné se symboly a řeč je tak systémem složených symbolů. Bez symbolů neexistuje komunikace, žádná interakce mezi lidmi“ (Vermeulen, 2006). Protože je převážná většina symbolů abstraktního rázu, postrádají osoby s PAS schopnost disponovat jejich dekódování, a tím způsobují lidem s PAS velké problémy v pochopení (Vermeulen, 2006). Včetně zmíněných problémů s imaginací a abstrakcí potýkají se jedinci s PAS také s obtížemi se vzájemně souvisejícími symboly a s jejich propojením v adekvátní kontext. Kódování, dekódování, interpretace a reinterpretace se z tohoto důvodu pro ně stává složitou oblastí (in ibid.). Thorová (2006) uvádí, že osoby s PAS vykazují obtíže v chápání významu široké škály všech funkcí komunikace, také mají problémy s rozlišením toho, k čemu slova slouží a k následujícím patří těžkosti s pochopením, že existují slova, která mají obecný význam. Jako typický příklad zmiňuje daná autorka logoreu, která v sobě nenese žádný, nebo jen přibližný komunikační smysl. Nutkavé užívání vulgárních výrazů, jež je zaznamenáno především u osob s Aspergerovým syndromem, je nazýváno koprolálií. Dalším charakteristickým syndromem ve verbální komunikaci je hypergeneralizace nebo naopak neschopnost generalizace sémantiky jednotlivých slov (Simpson, 2004). Zjevným se stává také problém s abstrakcí, který ústí v řadu obtíží ztěžující lidem s PAS efektivní interpersonální interakci (Říhová, 2009). Intaktní dítě je predisponováno k vrozené preferenci lidské řeči před ostatními auditivními podněty a

k schopnosti přiřazovat význam k recipovaným stimulům. Obtíže s vnímáním abstraktních pojmů jsou důsledkem hyperrealistické recepce a deficitů v pochopení symbolů (in ibid.).

Hodnocení úrovně aktivní a pasivní slovní zásoby je u osob s PAS oblastí velice problematickou a zatíženou nemožností její generalizace. „I když slovní zásoba mnohých lidí s autismem zůstává i v dospělosti omezena, u některých se vyjadřovací dovednosti s věkem pozoruhodně zlepší. I přesto pokračují problémy v hledání správných slov a výrazů k vyjádření vlastních myšlenek“ (Howlin, 2005). Bondy, Frost (2007) například uvádějí, že vývoj aktivní slovní zásoby bývá často do druhého roku věku dítěte s poruchou autistického spektra intaktní. Vývojovou regresi, která může být prezentovaná až absencí verbální exprese, evidujeme kolem druhého roku věku dítěte. Zároveň ale poukazuje, že děti s autismem mohou opakovat věci, které slyší v rádiu, televizi či podobných zdrojích, ale nenapodobují, co říkají jejich rodiče a ostatní lidé. Závěrem tento autor konstatuje, že ve věku dvou až tří let u dětí s PAS nacházíme zřetelně kvantitativně diferentní aktivní slovní zásobu vzhledem k dětem intaktním. Eisenmajer (in Attwood, 2005) hovoří o opožděném vývoji řeči u osob s Aspergerovým syndromem a jeho normalizaci do pátého roku věku, přičemž primární deficit nespočívá v aktivní slovní zásobě, ale v pragmatické komunikaci, doslovné interpretaci, akcelerovaném vyjadřování, narušení prozodických faktorů a v dalších problémových oblastech. Attwood (2005) deskripuje specifické symptomy, kdy prezence alespoň tří následujících značí naplnění diagnostické položky. Mezi zmíněné příznaky náleží:

- „opožděný vývoj řeči
- na první dojem hyperkorektní jazykový projev
- formální, pedantský přístup k řeči
- neobvyklé frázování, atypicky působící řeč
- nedostatečné porozumění, mylné chápání obrazných významů či sdělení, jejichž pochopení se předpokládá s naprostou samozřejmostí“ (in ibid., s. 67).

Jednou z posledních, ale stěžejních oblastí, které se budeme v této kapitole věnovat, je pragmatika lidské komunikace a její narušení u osob s poruchou autistického spektra. Pragmatika komunikace je dle Watzlawicka, Bavelasové, Jacksona (2011) interpersonální interakce, kdy prostřednictví tohoto působení iniciujeme účinky, které vedou jak k adekvátnímu recipování, tak k odpovídající behaviorální reakci přiměřené situačnímu

kontextu. Daný autor současně podotýká, že „se neomezuje pouze – nyní v obecném slova smyslu »pragmatický« – na účinky komunikačního aktu na příjemce (recipienta) tohoto jednání, nýbrž musíme brát ohled na účinek percipientovy reakce, jež je s tím nerozlučně spojená, na vysílajícího. Klademe tím pádem menší důraz na tradiční vztahy: vysílající-znak a znak-příjemce, a spíše preferujeme mezilidský vztah vysílající-příjemce mediovaný komunikací“ (in ibid., s. 25). Mlčáková (2011) se také zmiňuje o pragmatické jazykové rovině a uvádí, že tato rovina představuje uplatnění komunikační schopnosti, osvojení řečových dovedností v každodenním životě a realizaci komunikačního záměru. Batesová (in ibid.) podotýká, že v rámci ontogeneze řeči komunikační intence nastupuje dříve než mluvená řeč a prostřednictvím této schopnosti dokáže dítě vyjadřovat přání hrát si, projevuje nespokojenost či pláčem přivolá blízkou osobu. Je tedy zřejmé, že pragmatická jazyková rovina je nezbytným předpokladem funkční sociální interakce a její narušení je zásadním faktorem inhibujícím efektivní realizaci komunikačního procesu.

Narušení pragmatické jazykové roviny je specifickým symptomem komunikační schopnosti u osob s poruchou autistického spektra. Značným způsobem prostupuje všemi diagnostickými jednotkami a tím z ní utváří charakteristický příznak prezentující danou problematiku (srov. např. Geldart, 2008; Šedibová, 1998; Vosmik, Bělohlávková, 2010). Pečeňák (in Lechta, 2003) podotýká, že i u verbálně schopných osob s PAS je pragmatická jazyková rovina významně narušena. V řeči dle uvedeného autora absentuje komunikační záměr a tím neslouží ke své primární funkci – k výměně informací. Jelínková (1999) zmiňuje problémy v komunikaci, jež mají dopad v sociální sféře a akcentuje na hereditární deficit ve schopnosti navazovat kontakty s ostatními lidmi. „Pokud se u nich rozvine řeč, pak ji využívají pouze k uspokojování svých potřeb a k získání informací. Nemají-li děti s autismem vrozenou schopnost vcítit se do myšlení někoho jiného, pak se nemůžeme divit, že neumějí naslouchat partnerovi, nejsou schopni přenechat slovo někomu jinému, drží se svého oblíbeného tématu, a to i tehdy, kdy ostatní účastníky konverzace toto téma vůbec nezajímá“ (in ibid., s. 4). Vermeulen (2006) zdůrazňuje, že i přes osvojení si dostatečně kvantitativní aktivní slovní zásoby otázka „jak, proč, na jak dlouho a kdy“ je pro osoby s PAS velice obtížná. Philips et al. (in ibid.) referuje o výsledcích výzkumného šetření cíleného na komparaci komunikační schopnosti mezi dvouletými intaktními dětmi a dvouletými dětmi s poruchou autistického spektra. Výzkumná data dle uvedeného autora poukazují na podstatné deficity u dětí s PAS primárně v dovednostech, které implikují

schopnost požádat o něco, schopnost upozornit na podnět či situaci, která se stala předmětem jejich zájmu a také upozorňují na problémy se sdílením pozornosti a dedikací dostatečné pozornosti obsahu komunikace. Vermeulen (2006) dále také recipuje, že největší problém pro osoby s PAS představuje nalézt cestu, jak adaptovat svoje komunikační schopnosti a způsob vyjadřování většinové populaci a sociálnímu kontextu, která i v případě snahy ze strany jedince s tímto postižením často končí inklinací k echoláliím, verbálním automatismům či verbálním stereotypiím. Beyer, Gammeltoft (2006) uvádí, že o efektivním dialogu můžeme hovořit, když si angažované osoby v průběhu interakce zprostředkují své hodnocení situace, harmonizují dvě heterogenní stanoviska a jejichž výsledkem je společná reakce. „Lidé s autismem mají se sdílením svých zkušeností problémy po celý život a je pro ně velmi obtížné sladit své emocionální zážitky s jinými lidmi. Zdravé děti obvykle zvládnou tento typ dialogu již v prvním roce života, to znamená mnohem dříve, než začnou mluvit“ (in ibid., s. 26). O pragmatické jazykové rovině jako bazálním problému v komunikační schopnosti u osob s PAS hovoří také Howlin (2005), podle níž hlavní problém převážné většiny osob s PAS nespočívá v tom, jaká slova používají, nýbrž tkví v tom, jak je používají. Tato skutečnost je dle uvedené autorky důsledkem vrozených deficitů v sociálních vztazích a v nepochopení společenských norem. Podstatnou aberací pojící se s interferencí ve funkční komunikaci je nedostatek reciprocity a vzájemnosti v komunikaci. Její reflexí je snížená schopnost až neschopnost naslouchat sdělením druhého, absence radosti z rozhovoru, problémy s přizpůsobením se a s tím spojené „skákání do řeči“, nerespektování osobní zóny či ulpívání na oblíbeném jednostranně zaměřeném tématu (Howlin, 2005). O inflexibilním kognitivním stylu a s tím úzce souvisejícími problémy s adaptací hovoří Jelínková (2009), která zároveň uvádí, že dopad těchto obtíží je evidentní v inklinaci pro verbální stereotypie, verbální rituály, logorheu či preferenci věděckých otázek a specifických témat na úkor funkční komunikace. Bondy a Frost (2007) zmiňují dopady narušené pragmatické jazykové roviny a uvádějí, že „všichni se cítíme velmi frustrovaní, nemůžeme-li mít věci, které chceme nejvíce. Cítíme-li se frustrovaní, končíme tak, že děláme věci, které nejsou příjemné jiným ani nám. Děti s výraznými komunikačními deficity mohou projevovat agresivitu, výbuchy vzteku či sebezraňování spojené s frustrací nad neschopností dostat to, co chtějí“ (in ibid., s. 31).

Pragmatické jazykové roviny u osob s Aspergerovým syndromem se věnuje Baltax, Baron-Cohen, Eales, Tantam (in Attwood, 2005). Akcentují na skutečnost, že deficity v této jazykové rovině jsou symptomem, který je markantní okamžitě po inicializaci konverzace a řadí k nim především problémy s vedením rozhovoru, lpění na jednom specifickém tématu a obtíže se střídáním v průběhu konverzace. Obvyklý je také nezájem o informační sdělení od komunikačního partnera či inklinace k poznámkám, které nesouvisí s konverzačním tématem. K dalším problematickým oblastem jsou dle výše deskripovaných autorů potíže s objasňováním toho, co se událo, dojde-li během konverzace k omylu nebo nepochopení, dále snížená schopnost až neschopnost vyrovnat se s nejistotou a chybami, obtíže s překonáváním tendencí uvádět nevhodné připomínky a deficit v uvědomění si toho, kdy by neměli zasahovat či přerušovat rozhovor. Hlavní bariérou ve funkční komunikaci je dle Straussové, Knotkové (2011) selhání v sociálních interakcích. Osoby s PAS nechápou, že myšlenky všech lidí ve stejném čase nejsou homogenní, proto chybí potřeba jejich sdílení a absentují reakce na otázky, jejichž přání je nevyslovené (in ibid.). „Komunikace je komplexní záležitostí, nepotřebujete pochopit pouze slova a jejich vnitřní vztahy, jejich význam, ale také sociální svět, který leží skryt za slovy, záměr za slovy (Vermeulen, 2006, s. 75).

Potřebnost a nezbytnost nácviku funkční komunikace zdůrazňují Bondy, Frost (2007), kteří současně uvádějí, že „chceme-li dítě naučit nové komunikační dovednosti, která by nahradila problémové chování, jež používá jako komunikační strategii, musíme si být jisti, že nová dovednost opravdu dosahuje toho, čeho dítě chtělo ve skutečnosti dosáhnout. Takže děti, které potřebují pomoc, musí se naučit, jak o ni požádat, zatímco ty, které potřebují více podpory, musíme naučit, jak požádat o podporu“ (in ibid., s. 42). Boyd (2011) zmiňuje, že jedinec s PAS se musí intenčně učit komunikačním dovednostem, které intaktní dítě osvojuje automaticky a deskripuje zásady, které by měl intaktní jedinec pro lepší recepci komunikace dodržovat. K daným principům řadí především modulaci hlasového projevu, poskytnutí dostatku časového prostoru na přemýšlení, nácvik tzv. „záchranných“ frází, ale také vymezení hranic, rozvíjení jazykových schopností a nahrávání vzkazu na záznamník. K opodstatněnosti nácviku funkční komunikace se přiklání také Attwood (2005), Richman (2006) a Straussová, Knotková (2011). „Nácvik se týká běžných způsobů, jakými se hovor zahajuje, poznámek a otázek odpovídajících kontextu. Nabízejí se hry vycházející z přehrávání rolí, aby si děti procvičily různé situace,

vedení je pochopitelně doplněno vysvětlováním, proč jsou některé způsoby zahajování rozhovorů nevhodné“ (Attwood, 2005, s. 68–69).

V závěrečné části této kapitoly se zmíníme o z logopedického hlediska zajímavé problematice Rettova syndromu. Náleží mezi těžké neurologické postižení a mnohými odborníky je především vzhledem ke znalosti příčiny této poruchy a dopadu na somatické, motorické i psychické funkce diskutováno její zařazení mezi poruchy autistického spektra (srov. např. Jelínková, 2011). Thorová (2006) podotýká, že porozumění u dívek s Rettovým syndromem je na lepší úrovni než produkce komunikace. V důsledku multifunkčního handicapu jsou jejich možnosti komunikace omezené, proto tato autorka pokládá za potřebné aplikovat alternativní a augmentativní komunikaci, nejčastěji prostřednictvím zrakového kontaktu naučit vyjádření souhlasu/nesouhlasu. Specifika logopedické intervence u dívek s Rettovým syndromem vzhledem k ostatním diagnostickým jednotkám pervazivní vývojové poruchy spočívají v repetitivní protruzi jazyka, v prezenci mimovolních mobilních aktivitách lingvy a přítomností bruxismu. U osob s tímto typem postižení také evidujeme výrazné obtíže v respiraci (apnoe, hyperventilace), které jsou charakteristické v období vývojové regrese (1–4 roky), stereotypní vkládání rukou do úst a svalovou hypotonii, která je základním symptomem dané poruchy (Záhoráková, Martásek, 2009). Z těchto důvodů jsou na logopeda kladeny zvýšené nároky při realizaci logopedické intervence a její úspěšnost je také podmíněna spoluprací s ostatními odborníky, především s psychology, neurology, ale také fyzioterapeuty či ergoterapeuty.

Závěrem této kapitoly chceme zdůraznit, že poruchy autistického spektra jsou primárně narušenou komunikační schopností, jejichž dopad registrujeme ve všech jazykových rovinách, všech jejích formách s hlavní aberací dotýkající se pragmatické jazykové roviny. Raná logopedická intervence cílená na rozvoj funkční komunikace za respektu specifických zásad, přístupů, uspořádání pracoviště, volby pomůcek a preference interdisciplinárního přístupu představují zásadní faktory determinující další globální rozvoj jedince s poruchou autistického spektra.

7 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE U OSOB S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Intervence je dle *Logopedického slovníku* „vměšování, zásah, zákrok v něčí prospěch; zákrok do nějakého jevu, procesu s cílem ovlivnit jej; často jako synonymum reedukace, terapie“ (Dvořák, 2001, s. 93). Adjektivum „logopedická“ v sobě implikuje fakt, že je aplikovaná u osob s narušenou komunikační schopností a při své realizaci užívá metody, prostředky, zásady, jež jsou charakteristické pro speciálně pedagogickou vědní disciplínu logopedii (Říhová, 2009).

Cílem této kapitoly je poskytnout základní vhled do oblasti logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra. Vzhledem k tomu, že 9 kapitola s názvem *Doporučení pro logopedickou intervenci u osob s poruchou autistického spektra* se detailně věnuje jednotlivým oblastem utvářejícím logopedickou intervenci (anamnestický rozhovor, navázání kontaktu, zásady přístupu k osobám s PAS, organizace a vybavení logopedického pracoviště, výběr pomůcek, diagnostika komunikační schopnosti a konkrétní příklady možnosti stimulace komunikace) je dané oblasti blíže věnováno až v příslušné kapitole. Inkorporace zmíněné deváté kapitoly poskytující ucelené seznámení s logopedickou intervencí u této klientely je reflexí potřeby její realizace avizované klinickými logopedy, kteří byli respondenty našeho výzkumu.

Vzhledem k tomu, jak jsme již podrobně upozornili v předchozí kapitole, že narušená komunikační schopnost u osob s poruchou autistického spektra je dominantním a často také prvním markantním symptomem klinického obrazu této poruchy, pokládáme realizaci logopedické intervence za důležitou a opodstatněnou. Zároveň je třeba akcentovat na její včasnou aplikaci, neboť efektivní využití raného věku dítěte za účelem budování pragmatické jazykové roviny se stává základním předpokladem jeho holistického rozvoje a možností socializace. Logopedická intervence u klientů s PAS je determinována řadou reparabilních i ireparabilních faktorů a tím také klade zvýšené nároky na logopeda. Mezi neovlivnitelné faktory můžeme na prvním místě uvést dílčí nozologickou jednotku spadající do kategorie pervazivních vývojových poruch, dále úroveň intelektových schopností, kognitivních dovedností a emocionálních schopností. Průběh je samozřejmě také determinován koincidencí přidružených onemocnění. K reparabilním činitelům náleží

především znalost problematiky PAS logopedem, vybavení a organizace logopedického pracoviště, ale také interdisciplinární kooperace s ostatními odborníky (speciální pedagog, psycholog, pediatr, psychiatr, audiolog apod.) a spolupráce s rodinou jedince s PAS. Specifika této klientely také vyžadují znalost a respekt jednotlivých zásad, adekvátní selekci logopedických pomůcek a organizaci logopedického pracoviště. Je také potřeba upozornit, že náplň logopedické intervence přesahuje působnost cílenou na oblast komunikace, ale její zaměření by mělo být v recipročním vztahu s rozvojem koexistujících a vzájemně determinujících oblastí. Kromě pragmatické jazykové roviny, která se vzhledem k bázi problematiky narušené komunikační schopnosti u osob s PAS stává primární oblastí, pokládáme za potřebné diagnostikovat a následně případně stimulovat auditivní, vizuální i taktilní percepci, také hrubou a jemnou motoriku, záměrnou pozornost, střídání, neverbální kognitivní dovednosti a další schopnosti. Nedílnou součástí logopedické intervence, velice úzce související s pragmatickou jazykovou rovinou, je nácvik modelových sociálních situací u osob s Aspergerovým syndromem. Za nezbytné také pokládáme intervenční programy cílené na recepci a expresi emocí a dalších schopností utvářejících neverbální komunikaci. Další oblasti detailně popisujeme v rámci kapitoly *9 Doporučení pro logopedickou intervenci u osob s poruchou autistického spektra*.

Integrální součástí logopedické intervence se také stává implementace alternativní či augmentativní komunikace. Její užití je určeno především osobám s dětským autismem, kde evidujeme vzhledem k ostatním diagnostickým jednotkám poruch autistického spektra nejčetnější prezenci preverbální vokalizace s absencí funkčního užití verbálního či jiného sdělení. „Termín alternativní a augmentativní komunikace se vztahuje k intervencím, které byly vytvořeny za účelem kompenzace poruch v oblasti expresivní komunikace. Slovo augmentativní ukazuje, že mohou být tyto intervence použity ke zlepšení efektivity komunikace skrze existující prostředky (včetně řeči), zatímco alternativní naznačuje vyvíjení systémů, které dočasně či trvale nahrazují řeč“ (Bondy, Frost, 2007, s. 48). Klasifikace alternativní a augmentativní komunikace je heterogenní, například dle Laudové (2003) je diferencována na systémy nevyžadující pomůcky a systémy vyžadující pomůcky. Janovcová (2004) člení jednotlivé systémy dle senzorického inputu na akusticko-taktilní, optické, opticko akustické a vibrační. Vzhledem k inflexibilnímu kognitivnímu stylu, obtížemi s abstrakcí, imaginací, s generalizací, s adekvátním užitím zrakového kontaktu,

inicializací komunikace a s ohledem na extrémně silné vazby na realitu, jež společně utváří charakteristické symptomy, pokládáme za potřebnou preferenci vizuálního systému alternativní a augmentativní komunikace (srov. např. Bondy, Frost, 2007; Jelínková, 1999). Škodová, Jedlička a kol. (2003) uvádějí, že cílem alternativní a augmentativní komunikace je umožnit lidem se závažnými poruchami komunikace účinně se dorozumívat a reagovat na podněty ve svém okolí, a to v takovém rozsahu, aby se stejně jako ostatní mohli aktivně účastnit života ve společnosti. Jelínková (1999) zdůrazňuje, že alternativní a augmentativní komunikace není konečným cílem, ale prostředkem k dosažení co největší nezávislosti. Logoped, který má v péči osoby s PAS měl by být znalý především vizuálních systémů alternativní a augmentativní komunikace, jejichž aplikací by měla předcházet podrobná diagnostika a konzultace s jednotlivými zainteresovanými odborníky a rodiči jedince s PAS. Více informací o alternativní a augmentativní komunikaci, především o Výměnném obrázkovém systému, uvádíme v již zmíněné deváté kapitole.

Činnost logopeda nespočívá jen v přímé intervenční angažovanosti, ale jeho nepostradatelnou roli musíme spatřovat již v osvětové aktivitě spočívající primárně v akcentaci na opodstatněnost realizace logopedické intervence cílené primárně do odborného pole působnosti pediatrů, speciálních pedagogů a psychologů. Zmínění odborníci by měli mapovat vývoj dítěte, případně jsou prvními specialisty realizujícími diagnostiku a přímé intervenční působení. Z důvodu potřebnosti logopedické intervence a nezbytnosti její rané realizace, pokládáme edukaci a následnou interdisciplinární spolupráci zmíněných odborníků za nepostradatelnou.

Stejně jako je heterogenní autistické spektrum s jednotlivými symptomy, je variabilní i logopedická intervence u dětského autismu, Aspergerova syndromu a Rettovy choroby. Individuální přístup a cíl logopedické intervence evidujeme i u osob se stejnou diagnostickou jednotkou. Můžeme tedy říci, že interindividuální a extraindividuální determinanty se stávají významnými faktory logopedické intervence. Jejím cílem by měl být co možná největší komplexní rozvoj jedince s poruchou autistického spektra, podpora tzv. silných, ostrůvkovitých schopností a stimulace oblastí deficitních za účelem dosažení funkční komunikace.

PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část disertační práce je diferencována do dvou hlavních kapitol. V první kapitole si klademe za cíl zmapovat stávající situaci v poskytování logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra v České republice. Za výzkumnou metodu jsme si zvolili dotazník, který sestává ze strukturovaných, nestrukturovaných i polostrukturovaných položek. Pro výzkumné šetření jsme konstruovali tři typy dotazníků, jež byly distribuovány klinickým logopedům, speciálním pedagogům, kteří pracují s dětmi s poruchou autistického spektra a rodičům dětí s touto diagnózou. Úvodní část je iniciována designem výzkumu, následuje oblast věnující se metodologickým východiskům – formulování výzkumného problému, stanovení výzkumných cílů a hypotéz, kvantitě výzkumného vzorku, metodám a administraci získaných dat. Stěžejní oblastí je analýza a interpretace výsledků, která je podepřena vizualizací prostřednictvím sloupcových grafů a tabulek. V následující podkapitole verifikujeme stanovené hypotézy, sumarizujeme podstatné informace a závěrečnou podkapitolu pak utváří diskuze nad výzkumnými daty a doporučení pro oblast teorie a praxe speciální pedagogiky.

Druhou oblastí je soubor doporučení pro realizaci logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra. Inkorporaci této problematiky považujeme za důležité vyústění jak teoretické, tak praktické části disertační práce. Zároveň je také reakcí na reflexi logopedů získanou v rámci výzkumného šetření grantového projektu, specifického výzkumu nazvaného *Analýza současného stavu poskytované péče v raném věku a logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra* (PdF UP Olomouc 2010/2011, PdF_2010_020),[8] jehož výsledky akcentují na opodstatněnost a potřebnost její realizace zastoupenou v 94,74 %. Cíleně se zde zaměřuje na oblasti, které respondenti detekovali za deficitní a v nichž spatřovali potřebu zpracování.

[8] *Analýza současného stavu poskytované péče v raném věku a logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra*. Specifický výzkum. PdF_2010_020. PdF UP Olomouc, 2010/2011. Hlavní řešitel: Mgr. Alena Říhová, spoluřešitelé: doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.; Mgr. Lucia Pastieriková, Ph.D.; Mgr. Eva Urbanovská. Dostupné na: http://www.uss.upol.cz/poruchy-autistickeho-spektra/ (cit. 04-06-11).

8 ANALÝZA SOUČASNÉHO STAVU POSKYTOVANÉ LOGOPEDICKÉ INTERVENCE U OSOB S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Stěžejní náplní praktické části disertační práce je realizace analýzy současného stavu poskytované logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra. Šetření je lokalizováno na území České republiky a za výzkumnou metodu jsme zvolili tři typy dotazníků cílené pro tři heterogenní skupiny respondentů – klinické logopedy, speciální pedagogy a rodiče dětí s PAS.

Preference klinických logopedů vzhledem k logopedům působícím v resortu ministerstva školství, ministerstva práce a sociálních věcí vyplývá ze skutečnosti dané tím, že velká část klientů s diagnostikovanou pervazivní poruchou je v případě indikace logopedické intervence primárně doporučena ke klinickému logopedovi. Naším záměrem proto bylo prostřednictvím dotazníkového šetření oslovit všechny tyto odborníky na území České republiky a daným způsobem zmapovat stávající situaci v poskytování logopedické intervence u námi zvolené klientely. Druhou skupinou respondentů výzkumného šetření jsou speciální pedagogové pracující s dětmi s poruchami autistického spektra. Speciální pedagog je s jedincem s PAS vzhledem k ostatním odborníkům participujícím na péči o daného klienta v intenzivním a téměř každodenním kontaktu, proto jsme jej preferovali ve výběru před ostatními specialisty (např. psychology, psychiatry, neurology apod.). Zmíněná dílčí část šetření si stanovila za cíl realizovat reflexi poskytované logopedické intervence z aspektu speciálněpedagogického. Poslední soubor respondentů je reprezentován rodiči dětí s poruchou autistického spektra. Pozice rodiče v rámci péče o dítě s tímto typem postižení je samozřejmě nepostradatelná. Můžeme také říci, že správná, včasná edukace a podpora principiálním způsobem determinuje jak vztahovou dimenzi rodič – dítě, tak prognosticky předurčuje možnosti vývoje jejich dítěte. Respondenty výzkumu proto byli také rodiče dětí s PAS. Prostřednictvím otázek směřovaných primárně na oblast narušené komunikační schopnosti a logopedické intervence jsme usilovali o holistický náhled na zkoumanou problematiku.

Analýza a komparace výsledků získaných z dotazníkového šetření nám tímto způsobem umožní náhled na zkoumanou oblast ze tří různorodých úhlů pohledu, poskytne

komparaci dílčích rezultátů a svými výstupy obohatí teorii i praxi vědního oboru speciální pedagogiky. Primární akcent je kladen na analýzu dat získaných od klinických logopedů.

8.1 Formulace výzkumného problému a kladené výzkumné otázky

Hlavním východiskem pro realizaci daného výzkumu je absence tuzemského výzkumného šetření, které by mapovalo stávající situaci v poskytování logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra v České republice.

V odborných publikacích (srov. např. Buntová, Tichá, 2009; Crowley, 2009; Neumann, Čapová, 2001) je akcentováno na skutečnost vypovídající, že narušená komunikační schopnost u osob s PAS je jedním z hlavních symptomů klinického obrazu této poruchy. Je prezentována jako součást tzv. diagnostické triády, jejíž naplnění je stěžejní pro diagnózu pervazivní vývojová porucha. Shodné výsledky reflektuje také výzkumné šetření[9] poukazující na prezenci opožděného vývoje řeči a aberaci ve vývoji komunikace v 82,35 % vzhledem k celkovému počtu odpovědí. Následnou deficitní oblastí byl dle výpovědi rodičů problém s navázáním a udržením zrakového kontaktu (58,82 %), obtíže při hře (52,91 %), stereotypní projevy v chování (46,07 %) a problémy se spánkem (46 %). Z uvedeného je evidentní, že narušená komunikační schopnost je dominantním a charakteristickým symptomem zkoumané problematiky. Z této skutečnosti můžeme dále usuzovat, že včasná logopedická intervence primárně zaměřená na rozvoj pragmatických komunikačních schopností má velice důležité postavení při uplatňování komplexního přístupu k osobám s PAS. Její raná a efektivní realizace může zásadním způsobem determinovat osobnostní rozvoj jedince s PAS. Zda jsou klienti s PAS v péči logopeda, případně která diagnostická kategorie dominuje, které intervenční metody jsou preferovány, také často polemizovaná oblast alternativní a augmentativní komunikace a další parciální úseky utváří výzkumné šetření. Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem můžeme konstatovat, že evidence a analýza stávajícího stavu v poskytování logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra je nezbytná. Komparace získaných

[9] *Analýza současného stavu poskytované péče v raném věku a logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra*. Specifický výzkum. PdF_2010_020. PdF UP Olomouc, 2010/2011. Hlavní řešitel: Mgr. Alena Říhová, spoluřešitelé: doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D, Mgr. Lucia Pastieriková, Ph.D., Mgr. Eva Urbanovská. Dostupné na: http://www.uss.upol.cz/poruchy-autistickeho-spektra/ (cit. 1. 11. 2011)

výsledků by mohla detekovat případné deficitní oblasti a následně nastínit jejich možné řešení.

Níže uvedené výzkumné otázky segmentujeme do tří částí odpovídajících koncepci jednotlivých dotazníků. Utváří je jedna otázka hlavní – obecná a následují otázky dílčí – blíže specifikované.

Pro výzkumné šetření cílené na skupinu klinických logopedů jsme si stanovili hlavní výzkumnou otázku: **Jaký je současný stav poskytované logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra v České republice?**

Dále jsme si vymezili partikulární výzkumné otázky:

- Jak koliduje četnost klientely s PAS v logopedické intervenci u klinických logopedů vzhledem k celkovému počtu osob s PAS v České republice?
- Můžeme považovat základní znalost problematiky PAS u klinických logopedů za dostačující?
- Je v rámci logopedické intervence u oslovených respondentů jednoznačná převaha některé diagnostické kategorie PAS?
- Získávají kliničtí logopedi informace o problematice PAS? Pokud ano, jak?
- Je v rámci logopedické intervence u klientů s PAS užívaná některá z forem alternativní a augmentativní komunikace?

V rámci výzkumného šetření určeného k dotazníkovému šetření u speciálních pedagogů jsme si stanovili následující otázku: **Jak reflektují speciální pedagogové pracující s klienty s PAS logopedickou intervenci?**

Dále jsme si vymezili parciální výzkumné otázky:

- Jsou klienti s PAS u oslovených speciálních pedagogů v péči logopeda?
- Jak funguje interdisciplinární spolupráce mezi speciálním pedagogem a logopedem?
- Jsou speciální pedagogové spokojeni s logopedickou intervencí? Pokud ano, v čem konkrétně? Pokud ne, v čem konkrétně?

Nedílnou součástí výzkumného šetření je třetí typ dotazníků určený pro rodiče dětí s poruchou autistického spektra. I zde si klademe hlavní a následně dílčí otázky.
Hlavní otázka daného dotazníku zní: **Jak reflektují rodiče dětí s poruchou autistického spektra logopedickou intervenci?**

Dále jsme si stanovili dílčí výzkumné otázky:

- Jsou klienti s PAS u oslovených rodičů v péči logopeda?
- Je funkční spolupráce mezi logopedem a rodičem?
- Jsou rodiče spokojeni s poskytovanou logopedickou intervencí? Pokud ano, v čem konkrétně. Pokud ne, v čem konkrétně.

8.2 Výzkumné cíle a výzkumné hypotézy

Stejně jako v předchozí podkapitole i zde diferencujeme výzkumné cíle a výzkumné hypotézy dle jednotlivých dotazníků cílených pro specifické skupiny probandů a v případě cílů je opět dále segmentujeme na část hlavní a dílčí.

Hlavním cílem pervazivně prostupujícím celým výzkumným šetřením je **prostřednictvím dotazníkového šetření zmapovat současný stav v poskytování logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra v České republice**.

Dílčí cíle týkající se dotazníkového šetření u klinických logopedů jsou následující:

- Zjistit základní informovanost klinických logopedů o problematice PAS.
- Zjistit četnost klientely s PAS u oslovených logopedů.
- Detekovat nejčastější diagnostickou kategorii v rámci PAS, u které je realizovaná logopedická intervence.
- Zmapovat situaci a formu v získávání informací týkajících se problematiky PAS.
- Zmapovat interdisciplinární spolupráci klinického logopeda s ostatními odborníky.
- Zjistit užití alternativní a augmentativní komunikace při logopedické intervenci u osob s PAS.

V rámci dotazníkového šetření určeného k detekci poskytované logopedické intervence z pohledu speciálního pedagoga byl stanoven hlavní cíl: **Prostřednictvím**

dotazníkového šetření uskutečnit reflexi logopedické intervence u osob s PAS z aspektu speciálního pedagoga.

Mezi parciální cíle týkající se této skupiny respondentů patří:

- Zjistit četnost klientely s PAS, u níž je realizovaná logopedická intervence.
- Zmapovat interdisciplinární spolupráci speciálního pedagoga s logopedem.
- Detekovat spokojenost speciálních pedagogů s logopedickou intervencí u klientů s PAS.

V rámci dotazníkového šetření určeného k detekci poskytované logopedické intervence z pohledu rodiče dítěte byl stanoven hlavní cíl: **Prostřednictvím dotazníkového šetření uskutečnit reflexi logopedické intervence u osob s PAS z pohledu rodiče dítěte s PAS.**

Na základě výše formulovaných cílů stanovujeme následující hypotézy:

1. **Kliničtí logopedi, kteří mají v péči osoby s poruchou autistického spektra, vykazují vyšší znalost problematiky PAS na rozdíl od klinických logopedů, kteří klienty s tímto typem postižení v péči nemají.**

   $H1_0$: Mezi znalostí problematiky poruch autistického spektra a přítomností této klientely v péči klinických logopedů není statisticky významný rozdíl.
   $H1_A$: Mezi znalostí problematiky poruch autistického spektra a přítomností této klientely v péči klinických logopedů je statisticky významný rozdíl.

2. **Kliničtí logopedi, kteří mají základní povědomí o problematice PAS, uplatňují interdisciplinární přístup, na rozdíl od klinických logopedů, jež nemají základní povědomí o této problematice.**

   $H2_0$: Mezi znalostí problematiky poruch autistického spektra a preferencí interdisciplinárního přístupu k osobám s PAS není statisticky významný rozdíl.
   $H2_A$: Mezi znalostí problematiky poruch autistického spektra a preferencí interdisciplinárního přístupu k osobám s PAS je statisticky významný rozdíl.

3. **Kliničtí logopedi s praxí kratší než 10 let získávají informace o problematice PAS při studiu na vysoké škole na rozdíl od klinických logopedů, kteří uvádějí praxi delší než 10 let.**

   $H3_0$: Mezi klinickými logopedy, jejichž praxe v oboru je kratší než 10 let a zároveň mezi těmi, kteří mají praxi delší než 10 let a získáváním informací o problematice poruch autistického spektra při studiu na vysoké škole není statisticky významný rozdíl.
   $H3_A$: Mezi klinickými logopedy, jejichž praxe v oboru je kratší než 10 let a zároveň mezi těmi, kteří mají praxi delší než 10 let a získáváním informací o problematice poruch autistického spektra při studiu na vysoké škole je statisticky významný rozdíl.

4. **Kliničtí logopedi, kteří mají v péči osoby s poruchou autistického spektra, bez ohledu na délku jejich praxe, preferují v rámci logopedické intervence strukturovaný přístup.**

   $H4_0$: Mezi klinickými logopedy, kteří mají v péči osoby s poruchou autistického spektra, jejichž praxe v oboru je kratší než 10 let, a zároveň mezi těmi, kteří mají praxi delší než 10 let, není statisticky významný rozdíl v aplikaci strukturovaného přístupu v rámci logopedické intervence.
   $H4_A$: Mezi klinickými logopedy, kteří mají v péči osoby s poruchou autistického spektra, jejichž praxe v oboru je kratší než 10 let a zároveň mezi těmi, kteří mají praxi delší než 10 let, je statisticky významný rozdíl v aplikaci strukturovaného přístupu v rámci logopedické intervence.

8.3 Metodologie výzkumu a forma zpracování výsledků

Cílem výzkumného šetření je detekce a analýza výzkumných dat vztahujících se k logopedické intervenci u osob s poruchou autistického spektra. Na základě získaných informací a výsledků budeme formulovat závěry a doporučení pro teorii i praxi. Naším hlavním cílem jsou komplexní poznatky a informace o aktuálním stavu poskytované

logopedické intervence u osob s PAS. Za výzkumnou metodu jsme si zvolili dotazník, který je distribuován logopedům pracujícím v rezortu zdravotnictví, speciálním pedagogům, kteří pečují o děti s PAS a rodičům dětí s touto diagnózou. Výzkum je realizován na území České republiky a kromě dotazníků pro rodiče, kde jsme upřednostnili distribuci prostřednictvím osobního kontaktu či zprostředkováním druhé osoby, jsme preferovali poštovní korespondenci.

Výzkum je realizován v několika fázích, při kterých se opíráme o výzkumné metody. Aplikaci výzkumných metod předchází studium odborné tuzemské, zahraniční literatury a komparace získaných informací. Mezi aplikované výzkumné postupy patří dotazník a statistické metody určené k verifikaci stanovených hypotéz. Stěžejní výzkumnou metodou užitou pro naše výzkumné šetření je dotazník. Gavora (in Chráska, 2007) uvádí, že dotazník je způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Zároveň hovoří o tom, že samotný dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, jež jsou promyšleně seřazeny a na které respondent odpovídá písemně. Podle stupně otevřenosti otázek rozlišujeme otázky otevřené (nestrukturované), uzavřené (strukturované) a polouzavřené. Otevřené otázky dávají respondentovi volnost v odpovědích a při jejich shromáždění je třeba provést dodatečnou kategorizaci. Uzavřené otázky nabízí respondentovi určitý počet předem připravených odpovědí a polouzavřené otázky jsou kombinací otázek otevřených a uzavřených. Je zde možnost výběru z nabízených odpovědí současně s požadavkem vysvětlení či objasnění (ibid.). Ferjenčík (2000) zmiňuje výhody dotazníku, mezi které řadí úsporu času, finančních prostředků a lepší kvantifikaci získaných dat. Upozorňuje ale také na nevýhody, které lze dle něj spatřovat v menší flexibilitě, obvykle nižší věrohodnosti dat, nutnosti větší pečlivosti při přípravě dotazníku a nesrozumitelnosti plynoucí z případné nesprávné formulace jednotlivých položek. Chráska (2007) zmiňuje nejdůležitější požadavky, které je potřeba při sestavování dotazníku respektovat. K hlavním zásadám patří především jasnost, srozumitelnost, jednoznačnost a stručnost položek v dotazníku. Měly by zjišťovat jen nezbytné údaje a neměly by být sugestivní.

Námi konstruované dotazníky pro klinické logopedy, speciální pedagogy i rodiče dětí s PAS mají podobnou formální strukturu. Všechny jsou uvedeny oslovením se sumarizací podstatných informací týkajících se odůvodnění potřebnosti výzkumného šetření, jeho účelu a záměru. První strana je dále doplněna afirmací o anonymnosti,

nezneužitelnosti a k dispozici jsou také kontaktní údaje na autorku dotazníku. Následující strana je iniciována krátkým doporučením pro formu vyplnění a dále již následují jednotlivé dotazníkové položky, kterých je v případě dotazníku pro klinické logopedy 16, v dotazníku určeném speciálním pedagogům 10 a v dotazníku pro rodiče dětí s PAS 25. V rámci našeho výzkumného šetření kombinujeme jak otázky otevřené, uzavřené, tak polouzavřené. Pro registraci adekvátní hodnoty – především míry spokojenosti – užíváme škálu Likertova typu. Dotazník pro klinické logopedy je uzavřen informací o připravované publikaci týkající se doporučení pro realizaci logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra a výzvou, že v případě zájmu a po zanechání kontaktního e-mailu knihu zašleme. Obsahová heterogennost jednotlivých dotazníků je ovlivněna jak skupinou respondentů, tak kladenými otázkami a hlavními i dílčími cíli, které jsou stanoveny v předchozích podkapitolách. Všechny tři dotazníky jsou uvedeny v příloze této práce.

Informace získané prostřednictvím jednotlivých dotazníků jsou zaznamenány a následně statisticky zpracovány. Cílem této části disertační práce (uvedené v kapitole 8.7) je verifikace námi stanovených hypotéz, pro kterou jsme si zvolili Test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku, jež je aplikován v případě, kdy rozhodujeme, zda existuje závislost mezi dvěma pedagogickými jevy, které byly zachyceny prostřednictvím nominálního (popř. ordinálního) měření, a Test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku, kdy proměnné, mezi nimiž ověřujeme vztah, mohou nabývat pouze dvou alternativních kvalit (Chráska, 2007). Analýza a zpracování výzkumných dat bude následně podkladem pro generalizaci doporučení cílených primárně do oblasti pregraduální, postgraduální a celoživotní přípravy odborníků participujících na péči o jedince s PAS.

8.4 Design výzkumu

Stěžejní náplní této podkapitoly je seznámení s realizací výzkumného šetření, především s jeho formou, způsobem distribuce a odůvodnění dané preference.

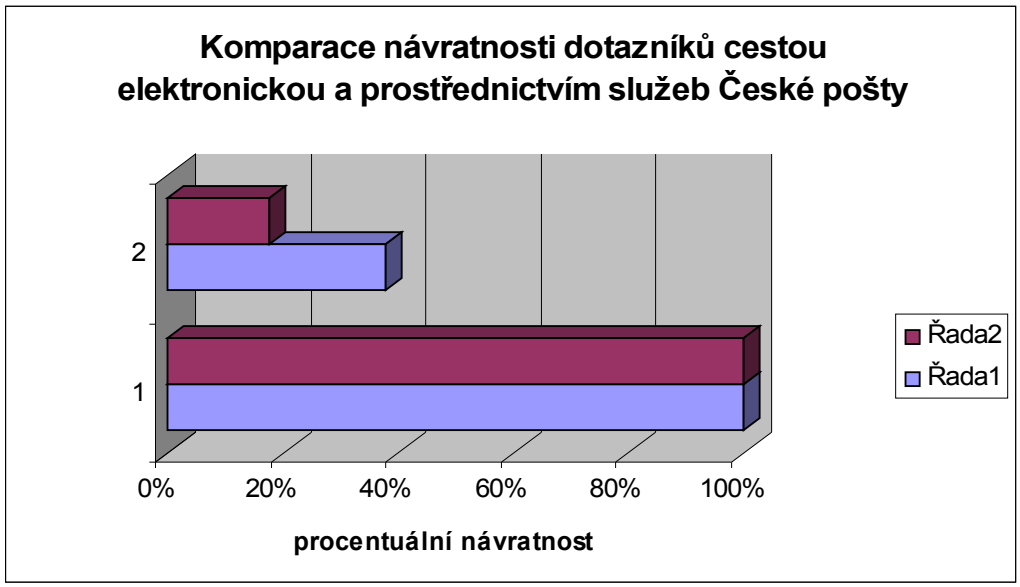
Jak již bylo zmíněno, výzkumnou metodou pro zmapování stávající situace v poskytování logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra jsou tři typy dotazníků usilujících o globální náhled na zkoumanou problematiku ze tří diferencovaných úhlů pohledu – tedy z aspektu logopedického, speciálněpedagogického a z pohledu rodiče

dítěte s PAS. První skupinou respondentů byli kliničtí logopedi působící na území České republiky. Kontaktní údaje na dané odborníky jsme získali z aktualizovaných informací adresáře logopedických pracovišť uvedených na webových stránkách Asociace klinických logopedů ČR (http://www.klinickalogopedie.cz/). V době distribuce příslušného dotazníku – 26. 5. 2011 byl aktuální počet klinických logopedů v ČR 408. Tuto skupinu – základní soubor jsme formou uvedené výzkumné metody oslovili. Zároveň jsme si vědomi skutečnosti vyplývající z fluktuace kvantity základního souboru respondentů dané průběžným ukončením předatestační přípravy a úspěšným splněním podmínek atestace. Předpokládáme, že kvalitativně nedojde k velké četnostní kolizi, a tak ke změně získaných výsledků. Druhý dotazník byl cílen pro skupinu respondentů, kterou prezentovali speciální pedagogové pečující o děti s poruchou autistického spektra předškolního a mladšího školního věku. Výsledný počet dotazníků distribuovaného těmto respondentům byl 396. Kontaktní údaje na jednotlivé odborníky či instituce (mateřské školy, mateřské školy speciální, základní školy speciální) jsme získali prostřednictvím krajských koordinátorů pro problematiku poruch autistického spektra v České republice a dále na základě údajů volně přístupných na internetových stránkách určených primárně pro mateřské školy speciální a základní školy speciální. Můžeme tedy hovořit o realizaci náhodného výběru lokalizovaného v tuzemských podmínkách. Poslední typ dotazníků byl určen rodičům dětí s poruchou autistického spektra. Získání spolupráce pro dotazníkové šetření je v tomto případě velice senzitivní záležitostí. Konfrontace rodičů dětí s jakýmkoli typem postižení s variabilními dotazníky, průzkumy, anketami od lékařů či jiných odborníků je velice frekventované, přirozeně tedy nacházíme problematické získávání této formy spolupráce. Počet dotazníků, které jsme rozeslali daným respondentům, byl 41. Kontakty na jednotlivé rodiče jsme získali na základě přímého intervenčního působení a dalšími kontakty, které nám tito rodiče zprostředkovali. Komparaci výsledků z dotazníků získaných od klinických logopedů a speciálních pedagogů můžeme považovat vzhledem k četnosti distribuce i návratu (408 X 396; 35,29 % X 31,83 %) za relevantní. Tuto skutečnost nemůžeme bohužel z výše uvedených důvodů potvrdit u třetí skupiny respondentů (41 rozeslaných; 46,34 % navrácených). Nicméně, i přes kvantitativně nesrovnatelný ukazatel, považujeme výpovědi od rodičů za velice přínosné.

K distribuci dotazníků můžeme obecně užít dva její základní způsoby, a to buď dotazník v podobě písemné, či v podobě elektronické. Výběr formy implikuje v sobě

způsob získávání odpovědí. Ta může být v případě tištěné podoby dotazníků cestou osobního kontaktu nebo kontaktu prostřednictvím druhé osoby či využitím služeb České pošty. Při preferenci elektronické podoby se využívá kontaktování prostřednictvím informačního e-mailu s přiloženým odkazem na dotazník prezentovaný na vytvořené webové stránce či badatel v e-mailu přikládá dokument, který jej obsahuje. V rámci grantového specifického výzkumu realizovaného na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci[10], jehož hlavním cílem byla analýza stávajícího stavu poskytované rané péče a logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra, jsme distribuovali dotazníky elektronickou cestou. Incentivou k danému výběru nám byla domněnka opírající se o přesvědčení dobré přístupnosti oslovených respondentů k internetu a menší časové dotace při vyplňování a následném navrácení dotazníků v elektronické podobě. Výsledkem byla ale velice nízká návratnost – 18 % navrácených dotazníků. Telefonickým či osobním kontaktem nám byla poskytnuta reflexe vypovídající o přesycení odborníků dotazníky (především dotazníky od studentů vyšších odborných škol, bakalářských a magisterských studijních programů) v této podobě. Dle výpovědi oslovených odborníků je převážná většina ani dále nestuduje a automaticky ze svého e-mailu odstraňuje. Z tohoto důvodu jsme ve výběru upřednostnili tištěnou formu dotazníku a jejich distribuci prostřednictvím služeb České pošty. Výsledkem je získaná průměrně 38% návratnost. Níže uvádíme grafickou ilustraci komparace návratnosti dotazníků distribuovaných elektronickou cestou s dotazníky navrácenými prostřednictvím služeb České pošty.

[10] *Analýza současného stavu poskytované péče v raném věku a logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra*. Specifický výzkum. PdF_2010_020. PdF UP Olomouc, 2010/2011. Hlavní řešitel: Mgr. Alena Říhová, spoluřešitelé: doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D, Mgr. Lucia Pastieriková, Ph.D., Mgr. Eva Urbanovská. Dostupné na: http://www.uss.upol.cz/poruchy-autistickeho-spektra/ (cit. 30.10.2011)



Graf 1: *Komparace návratnosti dotazníků cestou elektronickou a prostřednictvím služeb České pošty*

Legenda:

Řada 1 – dotazníky distribuované prostřednictvím služeb služeb České pošty

Řada 2 – dotazníky distribuované elektronicky

1 – počet rozeslaných dotazníků (v procentech)

2 – počet navrácených dotazníků (v procentech)

Z prezentovaného grafu je evidentní podstatná diference v těchto dvou způsobech distribuce. Pozitivní referenci musíme tedy přikládat způsobu získávání dotazníků prostřednictvím služeb České pošty – jedná se o 2,1krát vyšší četnost navrácených dotazníků. Samozřejmě nejvyšší návratnost bychom mohli předpokládat při osobním kontaktu. Vzhledem k vymezenému cíli oslovit klinické logopedy, speciální pedagogy na území celé České republiky, jsme nemohli tento způsob z důvodu časové náročnosti realizovat.

Návratnost dotazníků může badatel do jisté míry ovlivnit. Na prvním místě patří samotná konstrukce dotazníku, která by měla splňovat jistá kritéria a směřovat k co nejmenší možné náročnosti u oslovených respondentů (více viz kapitola 8.3 *Metodologie výzkumu*). Druhou oblastí, která může v pozitivním slova smyslu ovlivnit četnost odpovědí, je formální úprava samotné distribuce. Distribuce našeho šetření sestávala ze čtyř částí, kdy stěžejní oblast zaujímal dotazník pro klinické logopedy, speciální pedagogy a rodiče

dětí s poruchou autistického spektra (blíže o jednotlivých dotaznících viz kapitola 8.3 *Metodologie výzkumu*). Dále byl k dotazníkům přiložen průvodní list, jehož účelem bylo seznámit s výzkumem, obsahoval rovněž kontaktní údaje a doplněn byl vlastnoručním podpisem. Abychom respondenty co nejvíce motivovali ke spolupráci, rozhodli jsme se přikládat malý dárek v podobě ručně vyrobeného origami – jeřábka[11]. Nedílnou a poslední součásti byla samozřejmě ofrankovaná obálka se zpáteční adresou. Výběrem a zpracováním všech dílčích složek rozeslaného dotazníku jsme usilovali o co možná nejmenší náročnost při jeho vyplňování a o co největší motivaci probandů ke spolupráci.

8.5 Analýza výsledků výzkumu

Cílem této podkapitoly je realizace detailní analýzy výzkumných dat získaných od klinických logopedů, speciálních pedagogů a rodičů dětí s PAS směřovaných na zmapování stávající situace v poskytování logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra v České republice.

8.5.1 Analýza výsledků dotazníkového šetření pro klinické logopedy

Prostřednictvím služeb České pošty jsme 26. 5. 2011 rozeslali klinickým logopedům pracujícím na území České republiky **408** dotazníků. V průběhu dvou měsíců se nám sporadicky vracely a konečným výsledkem bylo **144** navrácených dotazníků. Můžeme tedy hovořit o **35,29%** návratnosti. V důsledku změněné adresy se nám 9 dotazníků – **2,21 %** vrátilo zpět.

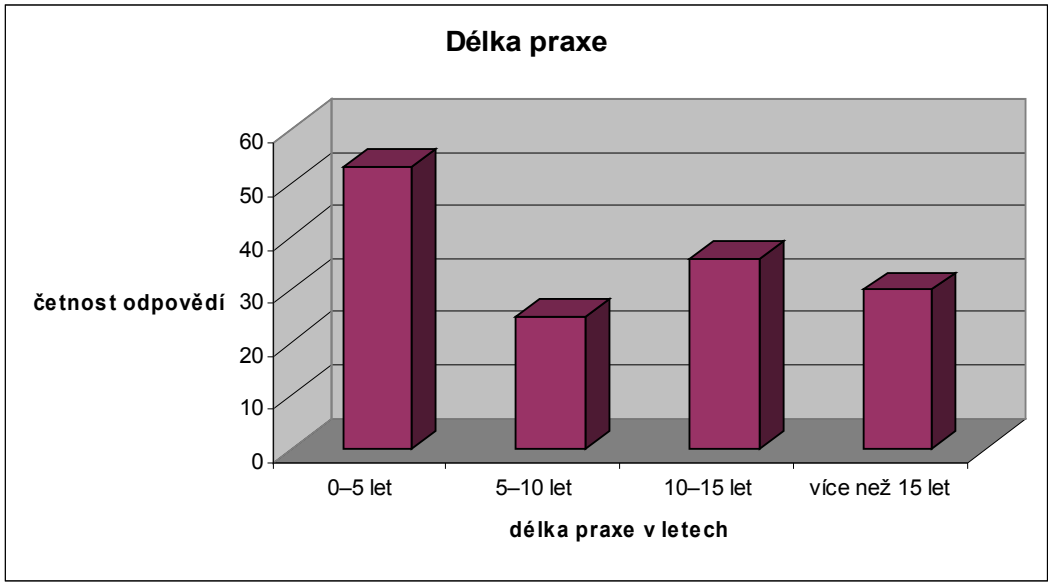
První položka byla cílená na detekci délky praxe u oslovených respondentů.

[11] Evidovali jsme pozitivní reference na přiložený origam. Z uvedeného vybíráme například: *„Děkuji moc, za jařábka, velice originální.“ „Moc jste mě potěšila, děkuji za dáreček!!!“ „Díky za origam, je krásný a taky asi kouzelný, vyšlo sluníčko ☺.“ „Moc, moc děkuji, zpříjemnil den….“*

Tab. 2: *Délka praxe klinických logopedů*

1. Jaká je délka Vaší praxe?		
délka praxe v letech	*četnost*	*procentuální četnost*
A. **0–5 let**	**53**	**36,81**
B. 5–10 let	25	17,36
C. **10–15 let**	**36**	**25**
D. více než 15 let	30	20,83
∑	**144**	**100**

Z uvedené tabulky č. 2 a níže znázorněného grafu č. 2 je patrné, že největší četnost klinických logopedů, kteří nám vyplnili dotazník, má délku odborné praxe v časovém rozmezí **0–5 let**. 36 klinických logopedů deskripovalo délku praxe 10–15 let a nejnižší četnost – 25 logopedů uvádí, že délka jejich praxe je 5–10 let. Z uvedeného můžeme usuzovat, že největší ochota k vyplňování našeho dotazníku byla u klinických logopedů, kteří pracují v oboru klinická logopedie v časovém úseku 0–5 let, což může být dáno také tím, že se sami nedávno potýkali s výzkumným šetřením a uvědomují si problematičnost získávání dostatečně kvantitativního vzorku respondentů.



Graf 2: *Délka praxe klinických logopedů*

Následující dvě položky (viz tabulka č. 3 a tabulka č. 4) byly směřovány na znalost problematiky poruch autistického spektra. Bez dostatečné vědomostní orientace v dané oblasti nemůže být přístup jak logopeda, tak i jednotlivých odborníků pečujících o jedince

s PAS k osobám s tímto typem postižení dobrý. Proto jsme se v dotazníkovém šetření orientovali i na danou sféru a rozdělili ji do dvou položek, které se zaměřují v prvním případě na základní charakteristiku a obecné vymezení poruch autistického spektra a v druhém bodě jsme vyzvali klinické logopedy k deskripci dílčích diagnostických kategorií spadajících pod nozologickou jednotku poruchy autistického spektra. Důvodem daného výběru byl jak monitoring znalosti ve vymezení a zařazení pervazivních vývojových poruch, tak verifikace informovanosti a opodstatněnosti intrafenoménové diferenciální diagnostiky.

Pro vyhodnocení vědomostní položky určené k základnímu vymezení poruch autistického spektra jsme stanovili následující kritéria:

Hodnocení: **dostatečná**, **částečná**, **nedostatečná**

Za dostatečnou odpověď jsme považovali:

- Základní specifikace poruchy – pervazivní, vývojová, neurovývojová, všepronikající, neurobiologická porucha, zastřešující termín pro pervazivní vývojové poruchy, neurovývojové onemocnění apod.
- Vyjmenování či případná bližší deskripce základní diagnostické triády – deficit v sociální interakci, komunikaci a imaginaci – ve specifických symptomech, případně uvést i symptomy nespecifické (změněné smyslové vnímání, obtíže v motorice, spánku, problémy s přijímáním potravy apod.)

Za částečnou odpověď jsme považovali:

- Absenci prvního nebo druhého bodu v kritériích pro dostatečnou odpověď.
- Absenci některé z oblasti základní diagnostické triády.

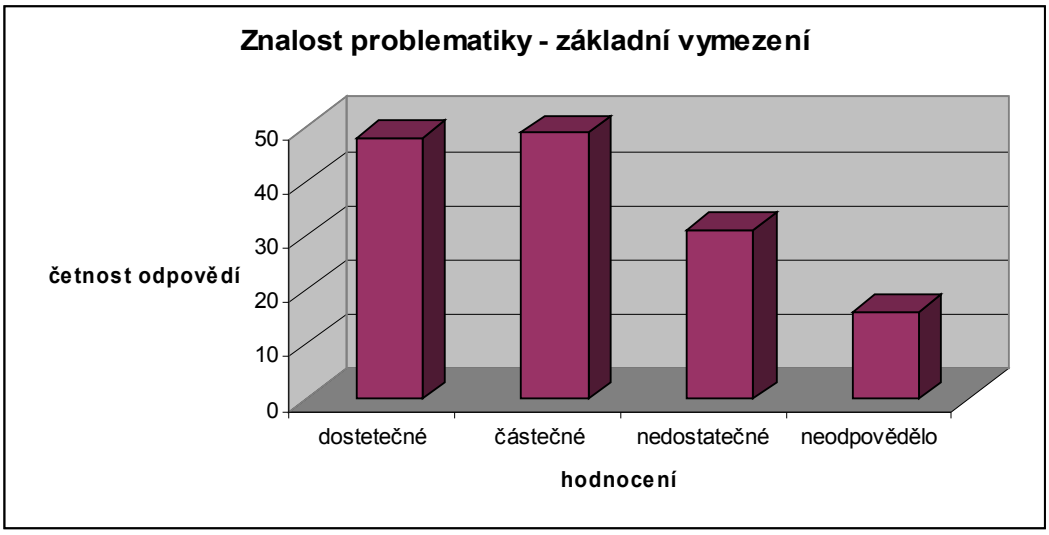
Za nedostatečnou odpověď jsme považovali:

- Odpovědi, které byly v disproporci s výše uvedenými kritérii.

Tab. 3: *Znalost problematiky – základní vymezení poruch autistického spektra*

2. Jak byste vysvětlil/a termín poruchy autistického spektra?		
hodnocení	*četnost*	*procentuální četnost*
A. **dostatečné**	**48**	**33,33**
B. **částečné**	**49**	**34,03**
C. nedostatečné	31	21,53
D. neodpovědělo	16	11,11
∑	**144**	**100**

Na základě analýzy získaných dat (viz graf č. 3) docházíme ke stanovisku vypovídajícímu o tom, že nejvyšší hodnotou (**34,03 %** odpovědí) je zastoupena klasifikace **částečná**. Dle našich kritérií se jednalo o výpovědi, jež byly částečné buď z hlediska specifikace (klinický logoped uvedl například jen deskripci pervazivní vývojová porucha, ale dále již neuvedl specifické a nespecifické symptomy), nebo partikulární z hlediska absentujícího podstatného specifického symptomu. Druhou hodnotou, jež je vzhledem k výše uvedené jen nepatrně diferentní, je námi stanovená kategorizace **dostatečná** (**33,33 %**). Dané hodnocení vypovídá o adekvátním základním povědomí o problematice PAS (specifikován charakter postižení a hlavní deficitní oblasti). **Nedostatečná vědomostní** orientace ve vymezené problematice (prezentována zásadní disproporcí se stanoveným dostatečným hodnocením) je evidována u **21,53 %** respondentů. Můžeme tedy říci, že 31 klinických logopedů ze 144 nemá dle našich kritérií dostatečné základní povědomí o této problematice. Tento rezultát vzhledem k inkorporaci dané problematiky v rámci předatestační přípravy klinických logopedů je třeba recipovat jako velice negativní.



Graf 3: *Znalost problematiky – základní vymezení poruch autistického spektra*

Z jednotlivých odpovědí hodnocených námi jako nedostatečné můžeme uvést například: „Široká škála poruch chování v jiném světě. Člověk s autismem má svůj svět. Poruchy, kde se projevují autistické rysy. Neurotický syndrom. Poruchy chování. Depresivní porucha osobnosti. Neschopnost navázat sociální kontakt. Psychiatrická porucha, kdy jedinec není schopen sociální interakce.“ Z této deskripce je zřejmé setrvávání na již překonaných názorech a stanoviscích týkajících se především sociální interakce. I přes fakt, že deficit v reciproční sociální interakci je charakteristický pro jedince s PAS, nemůžeme tento specifický symptom generalizovat na všechny osoby s poruchou autistického spektra a nelze vnímat lidi s tímto postižením jako ty, jímž daná schopnost plně absentuje. Dále považujeme za velice nevhodné dávat do synonymického vztahu poruchy chování s pervazivní vývojovou poruchou. Jedná se o dvě heterogenní diagnostické kategorie, kde problémové chování osob s poruchou autistického spektra je především reflexí obtíží plynoucích z bázi dané problematiky. Zástupné označení aberací v recepci, expresi a zpracování stimulů plynoucích z inflexibilního kognitivního stylu a dalších specifik kognice charakteristických pro osoby s PAS termínem „vlastní či vnitřní svět“, je dle nás typické spíše pro mínění laické veřejnosti. Danou specifikaci nepovažujeme u klinických logopedů, kteří by měli mít minimálně základní teoretické povědomí o této oblasti za vhodnou.

Druhá vědomostní položka (viz tabulka č. 4 a graf č. 4) byla zaměřena na získání informací reflektujících úroveň znalosti dílčích nozologických jednotek náležících pod

diagnostickou kategorii poruchy autistického spektra. Bez jejich dostatečné znalosti není možná intrafenoménová diferenciální diagnostika a následný adekvátní intervenční přístup. Pro její vyhodnocení jsme si stanovili následující kritéria:

Hodnocení: **dostatečná, částečná, nedostatečná**

Za dostatečnou odpověď jsme považovali:

- Uvedení alespoň tří následujících diagnostických kategorií: **dětský autismus, Aspergerův syndrom, atypický autismus**, Rettův syndrom, jiná dezintegrační porucha v dětství, hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby a pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná.

Za částečnou odpověď jsme považovali:

- Uvedení méně než tří výše deskripovaných diagnostických kategorií, případně kombinaci správných odpovědí s nesprávnými (společně zmíněné např. neurózy, psychózy, tikové poruchy apod.).

Za nedostatečnou odpověď jsme považovali:

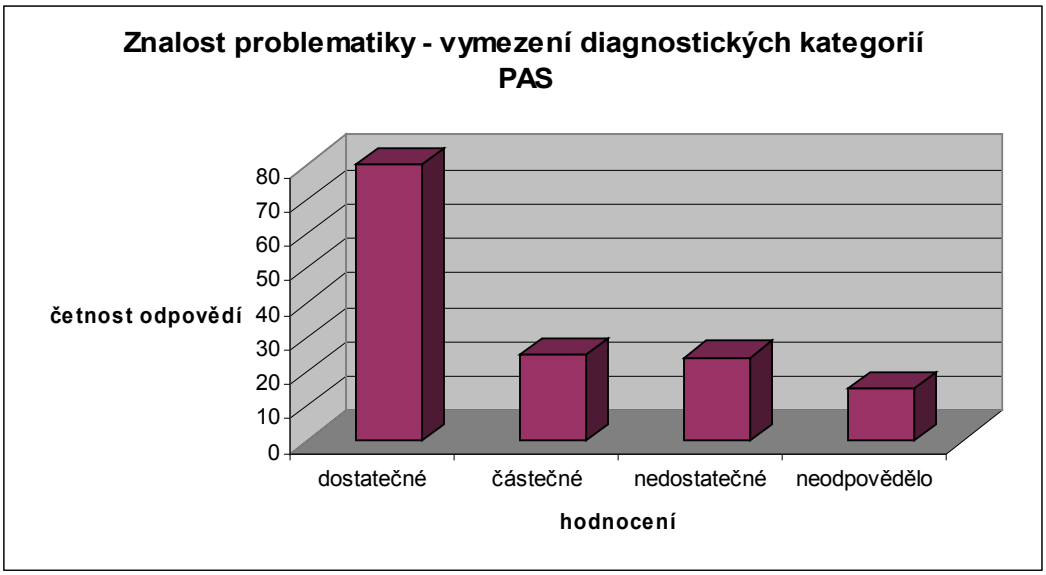
- Uvedení mylných onemocnění, poruch, dílčích symptomů poruchy apod.

Tab. 4: *Znalost problematiky – vymezení diagnostických kategorií PAS*

3. Jaké poruchy dle Vás patří pod terminologickou kategorii poruchy autistického spektra?		
hodnocení	*četnost*	*procentuální četnost*
A. **dostatečné**	**80**	**55,56**
B. **částečné**	**25**	**17,36**
C. nedostatečné	24	16,67
D. neodpovědělo	15	10,42
∑	**144**	**100**

Ze znázorněné tabulky č. 4 je zřejmé, že jednoznačnou dominanci v nabízených kriteriálních hodnoceních zaujímá údaj prezentující význam **dostatečné**. Můžeme tedy konstatovat, že **55,56 %** odpovědí splňuje námi stanovené vědomostní požadavky týkající se diagnostických jednotek spadajících pod kategorii poruchy autistického spektra.

Samozřejmě si musíme být také vědomi potenciálního úskalí pojícího se se zvolenou výzkumnou metodou – dotazníkem. Respondenti si mohou potřebnou odpověď v odborné literatuře či jiných informačních zdrojích vyhledat, a tím se může výrazně změnit její výpovědní hodnota. Vědomí této možnosti je tedy opodstatněné.



Graf 4: *Znalost problematiky – vymezení diagnostických kategorií PAS*

Následující, ale kvantitativně značně diferentní počet (viz graf č. 4) náležela položce druhé – hodnocení částečné. Daný údaj byl prezentován četností 17,36 % a týkal se odpovědí, v rámci nichž respondenti deskripovali méně než tři diagnostické jednotky, případně kombinovali nesprávné nozologické kategorie se správnými. Další frekvenčně blízkou hodnotou (16,67 %) byla položka vztahující se ke kritériu nedostatečné, která implikovala, že kliničtí logopedi nemají v dostatečné míře základní znalost o dílčích diagnózách PAS. Uváděli následující deskripci: „koktavost, poruchy expresivní i receptivní řeči, poruchy řeči v oblasti motoriky, poruchy pozornosti, potíže se zrakovým kontaktem, poruchy pozornosti, komunikace, motoriky, poruchy chování, poruchy CNS, porucha smyslového vývoje, poruchy v oblasti komunikace, mentální retardace, autistické rysy, neurotické poruchy, různé druhy a stupně autismu, poruchy psychiky, komunikace, chování, poruchy tikové, hyperaktivita.“ Z odpovědí je zřejmé, jak nesprávné porozumění dané dotazníkové položce – respondenti odpovídali primárně výčtem dílčích symptomů,

tak současně uváděli principiálně chybné odpovědi, v nichž se jednalo především o ztotožnění s mentální retardací, s poruchami chování či například s tikovými poruchami.

V rámci jednotlivých odpovědí jsme se setkávali s termíny, které bychom dnes mohli označit za překonané (infantilní autismus, Kannerův autismus) či nesprávné (autistické rysy). Termín **autistické rysy** jsme evidovali u **17 odpovědí**, procentuálně se jednalo o **13,39 %** ze všech výpovědí od klinických logopedů. Nesprávnost užití tohoto pojmu je akcentována například Hrdličkou (2004), Thorovou (2006), kteří hovoří o nejednoznačné specifikaci a absentujících diagnostických kritériích vztahujících se k danému termínu. Tito autoři zároveň podotýkají preferenci nozologické jednotky atypický autismus před často v odborné a laické veřejnosti užívanými pojmy „autistické rysy". K dalším termínům, které se opakovaly v rámci jednotlivých odpovědí, patřily pojmy **infantilní autismus** či **Kannerův syndrom**. Početně se jednalo o **15** údajů, tedy **11,81 %**. V současné době je můžeme považovat za překonané a měly by být nahrazeny v tomto případě termínem dětským autismem.

Po analýze výzkumných dat získaných z položek týkajících se délky praxe v oboru klinická logopedie a znalostní oblasti v rámci základní charakteristiky poruch autistického spektra (viz tabulka č. 2, tabulka č. 3, tabulka č. 4 a graf č. 2, graf č. 3, graf č. 4) docházíme k těmto závěrům. Kliničtí logopedi, kteří deskripovali délku praxe v časovém rozmezí 0–5 let mají dle našich kritérií dostatečnou znalost PAS v počtu 19 odpovědí z 53 respondentů (35,85 %), naopak nedostatečnou znalost jsme zaznamenali u 18 klinických logopedů (33,96 %), částečná znalost byla evidovaná u 13 klinických logopedů (24,53 %) a 2 kliničtí logopedi (3,77 %) neodpověděli. Dostatečná znalost základní charakteristiky PAS je u respondentů, kteří mají praxi 0–5 let nejfrekventovanější (39,58 %). U klinických logopedů s délkou praxe 5–10 let je prezentována hodnotou 22,92 %, u klinických logopedů s délkou praxe 10–15 let 20,83 % a u identických respondentů s délkou praxe větší než 15 let zastoupena počtem 16,67 %. Musíme ale také dodat, že nedostatečná znalost týkající se základního povědomí o podstatě problematiky PAS je v největší četnosti evidována také u klinických logopedů, kteří mají délku své praxe 0–5 let v četnosti 58,06 %, dále u klinických logopedů s praxí 10–15 let ve frekvenci 22,58 %, následně u klinických logopedů s praxí více než 15 let – 12,9 % a nejnižší četnost – 6,45 % je specifická pro logopedy, kteří mají praxi v délce 5–10 let.

Dále jsme v rámci analýzy zjišťovali, kolik klinických logopedů splnilo naše kritéria pro základní charakteristiku PAS a zároveň správně deskripovalo dílčí nozologické kategorie (viz tabulka č. 2, tabulka č. 3 a graf č. 2, graf č. 3). Výsledkem je skutečnost, že počet klinických logopedů, kteří mají délku praxe v časovém intervalu 0–5 let a zároveň vykazují uspokojivou znalost první i druhé vědomostní oblasti, je 15. Četnost logopedů, jejichž praxe je 5–10 let a splňují námi stanovená kritéria je 11. Následně k logopedům s praxí 10–15 let jich náleží 8 a respondentů s praxí delší než 15 let je 6. Podíváme-li se na antagonistickou oblast – kolik klinických logopedů nemá dle našich kritérií dostatečnou znalost první a zároveň druhé hodnotící položky, docházíme k faktu, že počet klinických logopedů, kteří mají praxi 0–5 let splňují tato kritéria v počtu 6 a u klinických logopedů s praxí 5–10 let daná oblast absentuje. Dále u klinických logopedů s praxí 10–15 let evidujeme počet 7 a odborníci s praxí větší než 15 let jsou zastoupeny počtem 2.

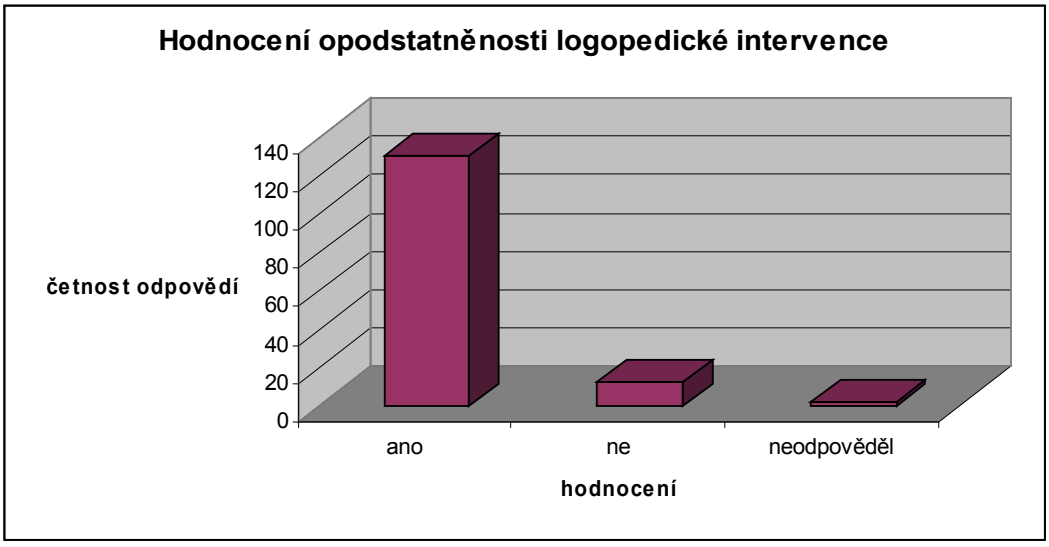
Poslední oblastí, na kterou se na tomto místě zaměříme, je deskripce dílčích diagnostických kategorií spadajících pod poruchy autistického spektra (viz tabulka č. 2, tabulka č. 4 a graf č. 2, graf č. 4). Největší četnost správných odpovědí týkajících se této oblasti jsme zaznamenali u klinických logopedů, jejichž délka praxe je v rozmezí 0–5 let. Jednalo se o 29 dostatečných odpovědí z celkového počtu 79 (36,71 %). Následující pozici zaujímali probandi s délkou praxe 10–15 let (29,11 %) a nejmenší četnost náležela klinickým logopedům s praxí delší než 15 let (13,92 %). Nedostatečnou znalost jednotlivých diagnostických kategorií vykazovali na prvním místě také kliničtí logopedi s praxí 0–5 let (37,5 %), dále kliničtí logopedi s praxí 10–15 let (33,33 %), odborníci s praxí 5–10 let (16,67 %) a nejnižší hodnota náležela těm, kteří uvedli praxi delší než 15 let (12,5 %).

Cílem následující položky dotazníku (viz tabulka č. 5) bylo zmapovat, zda oslovení respondenti považují realizaci logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra za potřebnou a následně také proč ano, případně proč ne.

Tab. 5: *Opodstatněnost logopedické intervence u osob s PAS*

4. Je dle Vás logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra důležitá?		
hodnocení	*četnost*	*procentuální četnost*
A. **ano**	**130**	**90,28**
B. ne	12	8,33
C. neodpověděl	2	1,39
∑	**144**	**100**

Evidentní je jednoznačná převaha hodnoty reflektující, že kliničtí logopedi v 90,28 % recipují realizaci logopedické intervence za potřebnou (viz tabulka č. 5 a graf č. 5). Antagonistickou hodnotu nacházíme pouze u 8,33 % odpovědí. Z pozitivních referencí můžeme například uvést: „Protože jednou z oblastí, která je narušená, je právě komunikace. Neschopnost porozumět okolí a dorozumět se s okolím může vést a často vede k agresivnímu chování. Navíc osoby s PAS neužívají komunikaci funkčně, často neví, proč komunikovat, a na to je potřeba se zaměřit. Komunikace je důležitá i pro celkový rozvoj osobnosti jedince, je vždy nezbytně nutné mít nějaký komunikační kanál a logoped je ten, který by měl funkční komunikační kanál nalézt.“



Graf 5: *Opodstatněnost logopedické intervence u osob s PAS*

I přes nízkou hodnotu negativních odpovědí nacházíme sdělení referující o negativním přístupu k logopedické intervenci. Z uvedených vybíráme například: „Měl by se starat spíše psychiatr. Prvořadá by měla být speciálněpedagogická péče a péče

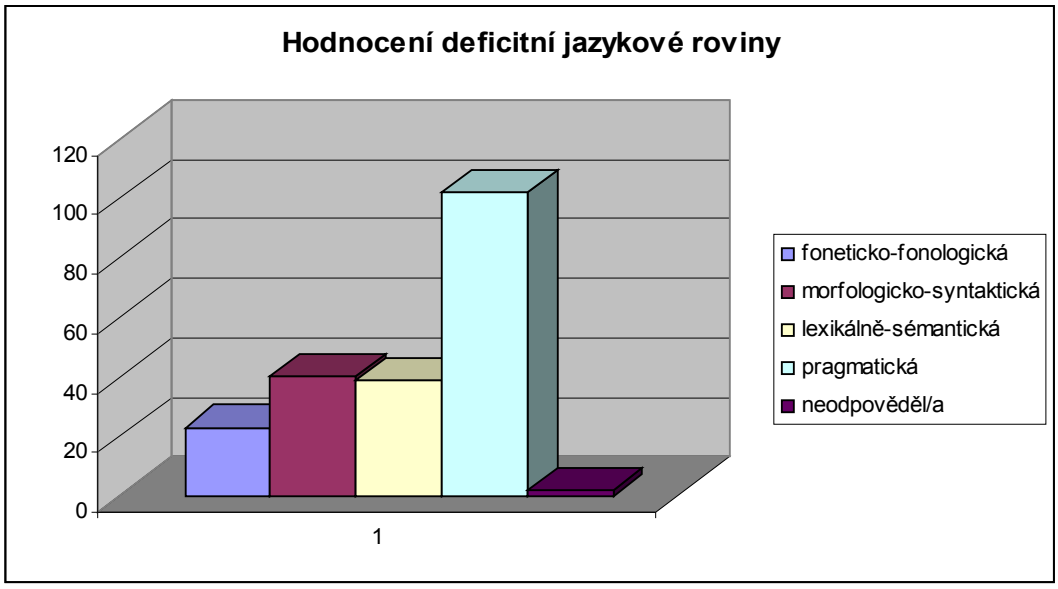
odborníků pro autismus. Je to velmi úzký specifický problém. Měli by být v péči spíše lékařů.“ Všechny reakce týkající se negativního postoje k logopedické intervenci měly společnou oblast – segregaci logopeda jako odborníka pečujícího o jedince s PAS a preferenci odborníka z jiné oblasti – především speciálního pedagoga, psychologa či lékaře. Tato domněnka je samozřejmě nesprávná. Logoped je důležitým odborníkem v rámci interdisciplinárního přístupu k osobě s PAS a tuto skutečnost by si v měli být vědomi jak logopedi, tak jednotliví odborníci, kteří se angažují na rozvoji jedince s tímto postižením.

K další položce (viz tabulka č. 6), kterou bychom opět mohli zařadit mezi ty, jež mapují základní povědomí o této problematice, spadá sféra zjišťující, zda kliničtí logopedi mají dostatečné povědomí o dominantní jazykové rovině manifestující se jako primárně deficitní v rámci narušené komunikační schopnosti u osob s PAS.

Tab. 6: *Deficitní jazyková rovina*

5. Která jazyková rovina je dle Vás u osob s poruchou autistického spektra nejvíce deficitní?		
jazyková rovina	*četnost*	*procentuální četnost*
A. foneticko-fonologická	23	15,97
B. **morfologicko-syntaktická**	**40**	**27,78**
C. lexikálně-sémantická	39	27,03
D. **pragmatická**	**102**	**70,83**
E. neodpověděl/a	2	1,39

Z tabulky č. 6 je zřejmá převaha správné odpovědi – detekce pragmatické jazykové roviny jako hlavního narušení v rámci jednotlivých jazykových rovin u osob s PAS. Tato rovina je prezentována v 70,83 % odpovědí. Můžeme tedy hovořit o relativně dostatečném povědomí o deficitní jazykové rovině. Druhou, relativně vysoce četnou hodnotou (27,78 %) je detekce morfologicko-syntaktické jazykové roviny a v těsné blízkosti stojí rovina lexikálně-sémantická (27,03 %).



Graf 6: *Deficitní jazyková rovina*

Neabsentuje ani prezence foneticko-fonologické jazykové roviny (viz graf č. 6), která je zastoupena počtem 23 odpovědí (15,97 %). Danou četnost nemůžeme považovat za irelevantní. I přes její frekvenčně téměř nejnižší prezenci je signalizátorem preference foneticko-fonologické jazykové roviny, která se také bohužel často stává dominantní náplní logopedické intervence.

Následující část dotazníku (viz tabulka č. 7) byla cílená na zmapování skutečnosti, zda oslovení respondenti mají v péči klienty s poruchou autistického spektra či nikoli.

Tab. 7: *Četnost klientely s PAS v péči klinického logopeda*

6. Máte v péči klienty s poruchou autistického spektra?		
vyjádření	*četnost*	*procentuální četnost*
A. **ano**	**80**	**55,56**
B. ne	64	44,44
∑	**144**	**100**

Můžeme konstatovat, že 55,56 % respondentů, kteří vyplnili náš dotazník, má v péči osoby s PAS. Jedná se o 80 klinických logopedů ze 144, tedy o nadpoloviční většinu ze všech angažovaných klinických logopedů České republiky. Tuto četnost nemůžeme i přes uvedenou skutečnost považovat za optimální. V současné době je v České republice dle Thorové (2010) přibližně 20 000 osob s poruchou autistického spektra. Opodstatněnost logopedické intervence patří každé diagnostické jednotce v rámci pervazivních vývojových

poruch. Podle daného údaje by na klinické logopedy, kteří nám uvedli, že mají v péči jedince s PAS, připadlo přibližně 250 klientů s PAS. Samozřejmě je část klientů s PAS v péči školního logopeda. Bohužel ale musíme konstatovat, že také u velkého množství osob s PAS absentuje realizace logopedické intervence. Reflexi realizované logopedické intervence z pohledu speciálního pedagoga a rodičů dětí s PAS uvádíme v dalších podkapitolách této práce.

Součástí dané oblasti bylo také zjistit, kolik klientů s PAS mají kliničtí logopedi případně v péči. Nejnižší četnost odpovídala jednomu klientovi a nejvyšší dvaceti osobám s PAS. Nejfrekventovanější odpověď náležela počtu 2, byla uvedena jednadvacetkrát. Nejnižší četnost současně zastupovaly 3 hodnoty: 12, 18 a 20, jež respondenti zaznamenali dvakrát. Průměrný počet klientů s PAS činí tedy po zaokrouhlení 4 osoby na každého klinického logopeda.

Následující část dotazníkového šetření (viz tabulka č. 8) byla směřována na zmapování toho, se kterou diagnostickou kategorií v rámci PAS se kliničtí logopedi nejčastěji setkávají.

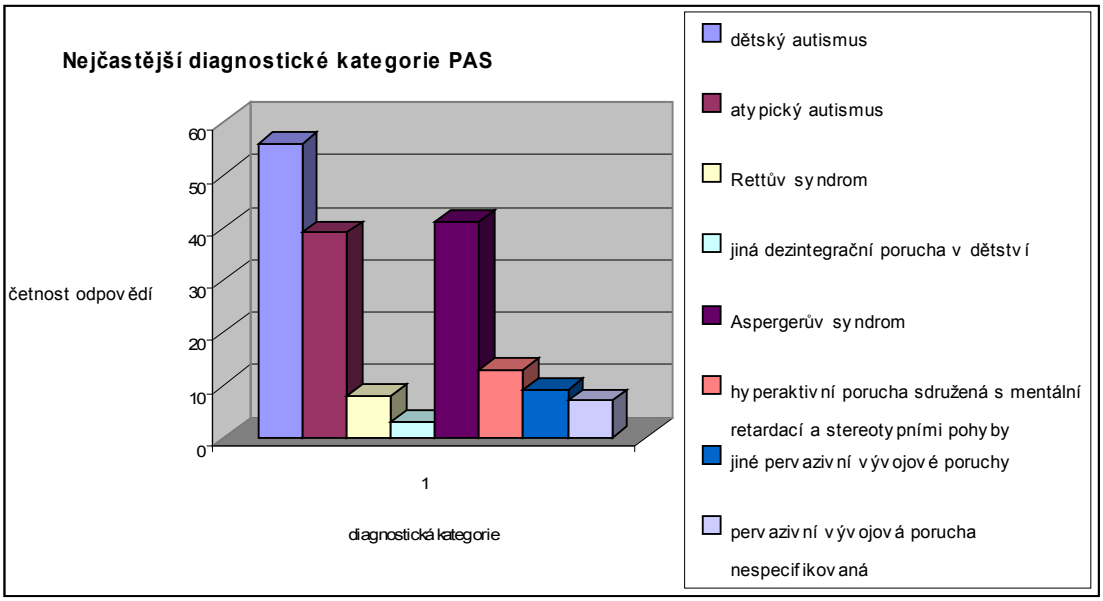
Tab. 8: *Diagnostické kategorie*

8. Z poruch autistického spektra mají Vaši klienti diagnostikovaný:		
diagnostická kategorie	*četnost*	*procentuální četnost*
A. **dětský autismus**	**56**	**38,88**
B. atypický autismus	39	27,03
C. Rettův syndrom	8	5,56
D. jiná dezintegrační porucha v dětství	3	2,03
E. **Aspergerův syndrom**	**41**	**28,47**
F. hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby	13	9,03
G. jiné pervazivní vývojové poruchy	9	6,25
H. pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná	7	4,86

Z uvedené tabulky č. 8 a níže znázorněného grafu č. 7 je evidentní, že převahu nad jednotlivými diagnostickými kategoriemi v rámci nozologické jednotky poruchy autistického spektra zaujímá diagnóza dětský autismus (33,88 %), následující hodnota

náleží Aspergerovu syndromu (28,47 %) a atypickému autismu (27,03 %). Nižší procentuální zastoupení má hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby (9,03 %), jiná pervazivní vývojová porucha (6,25 %), Rettův syndrom (5,56 %), pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná (4,86 %) a nejnižší hodnota náleží jiné dezintegrační poruše v dětství (2,03 %).

Dominance dětského autismu nad ostatními diagnostickými kategoriemi je dle nás daná primárně tím, že narušená komunikační schopnost (včetně ontogeneze komunikace) je velice signifikantním symptomem dětského autismu i pro laickou veřejnost. Častá koincidence s mentálním postižením se opět viditelně reflektuje v deficitech v komunikační schopnosti, která se u osob s dětským autismem stává jedním z hlavních symptomů klinického obrazu daného postižení. Klienty s Aspergerovým syndromem, pro něž je viditelný deficit pragmatické jazykové roviny, reflektuje 41 respondentů (28,47 %).



Graf 7: *Diagnostické kategorie*

Vzhledem k ostatním kategoriím můžeme registrovat relativně vysokou hodnotu náležící k diagnóze atypický autismus (27,03 %) a naopak velice nízký kvantitativní ukazatel (2, 03 %) vztahující se k diagnóze jiná dezintegrační porucha v dětství. Na druhou stranu ale nenacházíme absenci žádné diagnostické kategorie. V současné době evidujeme stále se zdokonalující diagnostiku a diferenciální diagnostiku, jejichž prostřednictvím je nám umožněna přesnější specifikace dílčích obtíží a symptomů. Správná a důkladná

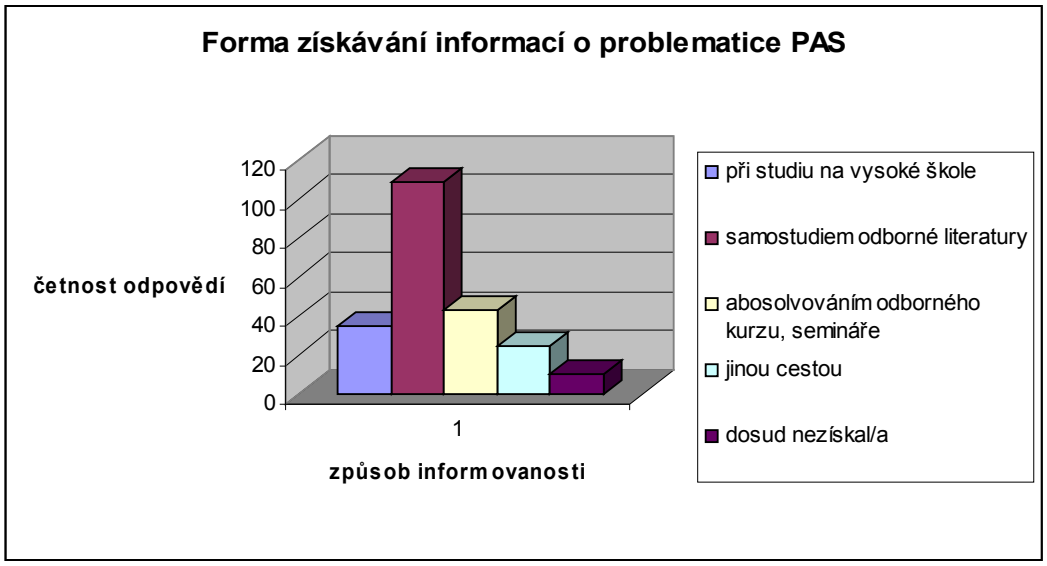
diferenciální diagnostika je základním předpokladem dobré volby intervenčního přístupu. Z tohoto důvodu by se logoped ve své praxi měl běžně setkávat nejen s klienty s diagnózou dětský autismus a Aspergerův syndrom, ale i se všemi dalšími nozologickými jednotkami pervazivních vývojových poruch.

Následující položka dotazníků (viz tabulka č. 9) měla za úkol zjistit, zda a případně jakou formou získávají kliničtí logopedi informace o problematice poruch autistického spektra.

Tab. 9: *Informovanost o problematice PAS*

9. Informace o problematice poruch autistického spektra jste získal/a:		
způsob informovanosti	*četnost*	*procentuální četnost*
A. při studiu na vysoké škole	35	24,31
B. **samostudiem odborné literatury**	**109**	**75,69**
C. **absolvováním odborného kurzu, semináře**	**43**	**29,86**
D. jinou cestou (prosím, uveďte)	25 praktická zkušenost (1), rozhovory s odborníky (11), internet (11), praxí (2)	17,36
E. dosud nezískal/a	10	0,69

Jak je patrné z výše uvedené tabulky č. 9, největší počet logopedů deskripuje kategorii prezentující získávání informací prostřednictvím samostudia odborné literatury (75,69 %). Následující, ale relevantně kvantitativně diferentní hodnotu zastupuje forma edukace v podobě absolvování odborných kurzů či seminářů (29,86 %). Další hodnota náleží zprostředkování informací jinou cestou (17,36 %) – konkrétně osobní praktickou zkušeností s klienty s PAS, interwiem s odborníky věnujícími se této problematice, informacemi uvedenými na webových stránkách a praxí. Předposlední hodnotu supluje získávání informací při studiu na vysoké škole (24,31 %) a nejnižší hodnota přísluší kategorii, která implikuje absenci informovanosti o problematice PAS.



Graf 8: *Informovanost o problematice PAS*

Za velice alarmující (viz graf č. 8) můžeme považovat, že pouze 35 logopedů ze 144 respondentů (24,31 %) uvádí vysokou školu jako zdroj informací o pervazivních vývojových poruchách. Při studiu na vysoké škole by logopedi měli získávat základní povědomí o osobách s narušenou komunikační schopností, mezi které problematika poruch autistického spektra neodmyslitelně náleží. I když minimálně početně zastoupenou, za to vysoce negativní výpovědní hodnotu musíme pokládat také to, že 10 klinických logopedů, tedy 0,69 % dosud nezískalo žádné informace pojící se s touto oblastí. Pro současnou dobu je charakteristický zvýšený zájem o problematiku PAS, je realizováno velké množství výzkumů, šetření a informace rovněž v podobě osvěty jsou uvedeny jak v odborných publikacích, periodikách, tak i na webových stránkách. Přístupnost k těmto informacím považujeme tedy za velice dobrou, proto bychom u daných odborníků předpokládali plnou absenci položky hovořící o tom, že klinický logoped dosud informace nezískal.

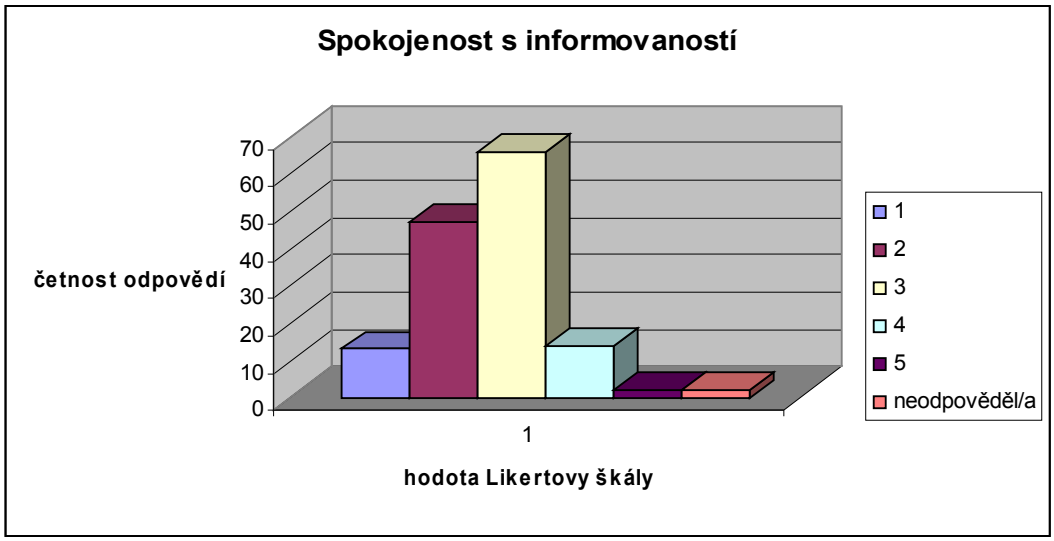
Jsou kliničtí logopedi spokojeni s informovaností? Na tuto otázku odpovídá následující položka dotazníku (viz tabulka č. 10).

Tab. 10: *Spokojenost s informovaností*

10. Zaznamenejte prosím spokojenost s informovaností a s možností jejich praktického užití		
hodnota Likertovy škály	*četnost*	*procentuální četnost*
A. 1	13	9,03
B. **2**	**47**	**32,64**
C. **3**	**66**	**45,83**
D. 4	14	9,72
E. 5	2	1,39
F. neodpověděl/a	2	1,39
∑	**144**	**100**

Pro konstruování položky týkající se spokojenosti s poskytovanými informacemi o problematice poruch autistického spektra jsme užili škálu Likertova typu, kde údaj 5 znamená naprostou spokojenost a položka 1 naprostou nespokojenost. Z výzkumných dat (viz tabulka č. 10 a graf č. 9) je evidentní, že největší četnost je zastoupena hodnotou střední, prezentovanou v 45,83 %. Můžeme tedy konstatovat, že téměř polovina klinických logopedů hodnotí spokojenost s poskytovanými informacemi na úrovni střední linie. Podíváme-li se na následující údaje, nacházíme dále hodnotu 2 (32,64 %), jež v sobě implikuje sklon k negativnímu hodnocení. Další data inklinující k pozitivním referencím (hodnota 4) jsou zastoupena v 9,72 %. Přítomna je také reference reflektující naprostou nespokojenost s informovaností (9,03 %), kterou nemůžeme považovat za irelevantní. Na druhou stranu naprostá spokojenost společně s absentujícími odpověďmi zaujímá nejnižší četnostní zastoupení (1,39 %).

Shrneme-li zjištěné údaje, musíme konstatovat, že spokojenost s poskytovanými informacemi ohledně poruch autistického spektra je klinickými logopedy vnímána ve střední linii s přesahem do negativních referencí. Pouze 2 kliničtí logopedi se ztotožňují s naprostou spokojeností, proto je nezbytné považovat danou okolnost za negativní údaj. Na druhou stranu bychom se ale měli také zamyslet nad tím, zda daní odborníci mají sami snahu a motivaci získávat informace o problematice PAS, které jsou dle nás v současné době v dostatečné míře přístupné (viz například vzdělávací kurzy realizované Asociací pomáhající lidem s autismem (APLA, Praha); Institutem pedagogicko-psychologického poradenství ČR; Autistikem apod.).



Graf. 9: *Spokojenost s informovaností*

Dílčím úkolem šetření vztahujícího se k informovanosti o pervazivních vývojových poruchách (viz tabulka č. 11) bylo zjistit, jaký postoj zaujímají kliničtí logopedi k potřebě větší edukace a školení o logopedické intervenci u osob s poruchou autistického spektra.

Tab. 11: *Postoj k informovanosti*

11. Myslíte si, že by bylo třeba větší informovanosti a školení logopedů o logopedické intervenci u osob s poruchou autistického spektra?		
vyjádření	*četnost*	*procentuální četnost*
A. **ano**	**126**	**87,5**
B. ne	18	12,5
∑	144	100

Výsledkem je skutečnost poukazující na zájem o větší informovanost a školení v problematice logopedické intervence u osob s PAS v počtu 126 odpovědí ze 144. Jedná se tedy o 87,5% pozitivní inklinaci. Při dotázání, jakou formu vzdělávání by respondenti upřednostnili, nacházíme kongruentní odpovědi stávající ze seminářů orientovaných prakticky, doplněných přímými ukázkami a videoanalýzami realizované logopedické intervence s klientem s tímto typem postižení. V 10 odpovědích bylo akcentováno na inkorporaci zmíněné oblasti již v rámci pregraduální přípravy na výkon povolání logopeda na vysokých školách.

Podrobíme-li položky týkající se informovanosti detailnější analýze (viz tabulka č. 9, tabulka č. 10 a graf č. 8, graf č. 9), docházíme k následujícím závěrům. Respondenti kteří uvedli, že informace o problematice poruch autistického spektra získali při studiu na vysoké škole, současně zaznamenávají spokojenost s touto formou edukace (prostřednictvím Likertovy škály) v případě hodnoty 1 (naprostá nespokojenost) ve 3 případech. Dále deskripují údaj 2 v počtu 9, škálu 3 v kvantu 18, 4 v množství 5 a škálu 5 evidujeme pouze v jednom případě. Při získávání informací primárně formou samostudia jednoznačně dominuje střední hodnota v počtu 54 respondentů. Následující pozici zaujímá hodnota 2 (41 respondentů) a naprostá spokojenost je přítomna u 2 respondentů. Podíváme-li se na spokojenost s kurzy cílenými na problematiku PAS, opět převažuje hodnota střední (24 respondentů). Dále detekujeme absenci hodnoty zastupující naprostou nespokojenost a naprostá spokojenost je prezentována u dvou respondentů.

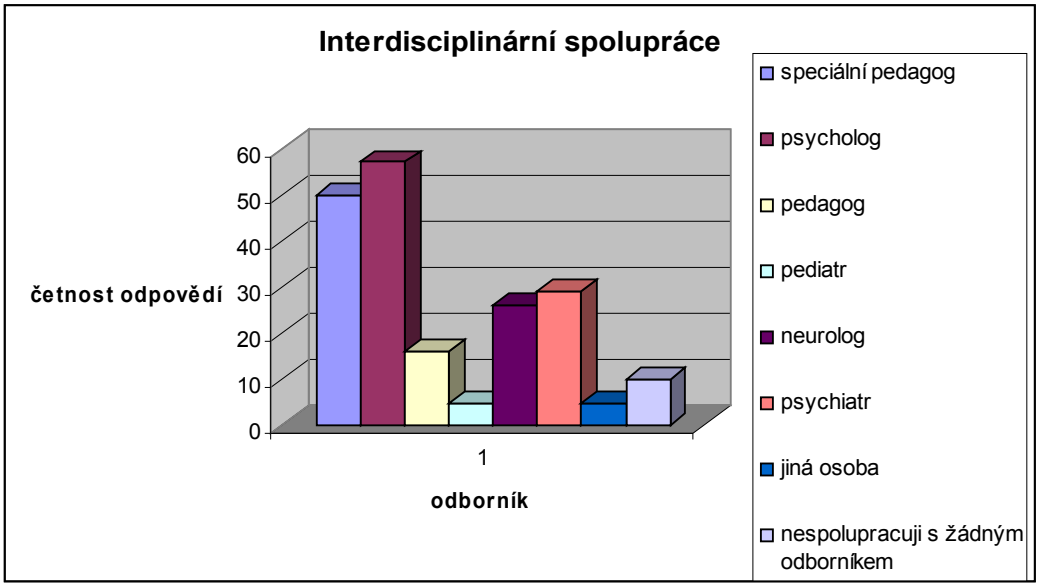
Z uvedeného je zřejmé, že ve všech formách získávání informací o problematice poruch autistického spektra dominuje hodnocení zastupující střední hodnotu v rámci škály Likertova typu. Nemůžeme ale opomenout i význam pojící se k negativním referencím v případě vysoké školy a samostudia. Naopak v pozitivním smyslu shledáváme skutečnost, která hovoří o nepřítomnosti hodnoty 1 – naprosté nespokojenosti v případě nabývání informací formou účasti na seminářích či kurzech věnujících se dané problematice.

Efektivita logopedické intervence je zajištěna za předpokladu interdisciplinární spolupráce všech odborníků angažujících se na péči o dítěte s PAS. Tuto okolnost můžeme považovat za důležitý determinant, proto naše šetření bylo zaměřeno také na zmapování této oblasti (viz tabulka č. 12).

Tab. 12: *Interdisciplinární spolupráce*

12. Uveďte prosím, s jakým odborníkem v rámci interdisciplinární péče o klienta s poruchou autistického spektra spolupracujete:		
odborník	*četnost*	*procentuální četnost*
A. **speciální pedagog**	**50**	**34,72**
B. **psycholog**	**57**	**39,58**
C. pedagog	16	11,11
D. pediatr	5	3,47
E. neurolog	26	18,06
F. psychiatr	29	20,14
G. jiná osoba (prosím uveďte)	5 (ergoterapeut 2), foniatr (2), audiolog (1), fyzioterapeut (1)	3,47
H. nespolupracuji s žádným odborníkem	10	6,94

Výsledky týkající se interdisciplinární spolupráce klinického logopeda s jiným odborníkem (viz tabulka č. 12 a graf č. 10) vypovídají o nejfrekventovanější spolupráci s psychologem (39,58 %) a následně o nesignifikantně nižší procentuální četnosti se speciálním pedagogem (34,72 %). Výrazně nižší zastoupení je dáno spolupráci s psychiatrem (20,14 %) a neurologem (18,06 %). S pedagogem kooperuje 16 respondentů (11,11 %) a nejnižší četnost (3,47 %) náleží pediatrovi a jiné osobě (ergoterapeutovi, foniatrovi, audiologovi a fyzioterapeutovi). Počet respondentů, kteří uvedli, že nespolupracují s žádným odborníkem v rámci logopedické intervence, byl 10 (6,94 %).



Graf 10: *Interdisciplinární spolupráce*

Klinický psycholog a psychiatr jsou odborníci kompetentní realizovat diagnostiku poruch autistického spektra a poradensky či terapeuticky působit na klienta s PAS a jeho rodinu. Z těchto důvodů je dle nás, a jak to také částečně vyplývá i z výše uvedené tabulky č. 12 a grafu č. 10, spolupráce s těmito odborníky přirozeným vyústěním. Bohužel se ale musíme přiklonit k nedostatečné procentuální četnosti a vidět deficity i v hodnotě, která představuje ze všech deskripovaných četnost nejvyšší. Domníváme se, že procentuální zastoupení 39,58 % v případě psychologa není dostačující. Ke stejnému závěru samozřejmě docházíme i u psychiatra, u něhož je míra interdisciplinarity s klinickým logopedem prezentována četností 20,14 %. Dalším významným odborníkem působícím primárně speciálněedukační intervencí je speciální pedagog, s nímž je v kontaktu 50 respondentů (34,72 %). Ani tuto hodnotu nemůžeme považovat za pozitivní referenci. Abychom došli ke zlepšení této situace, měli bychom se na danou oblast zaměřit již v rámci pregraduální, postgraduální přípravy logopedů, včetně seminářů a školení o problematice logopedické intervence u osob s PAS.

Alarmující výsledky (pouze 3,47 %) získáváme při vyhodnocení spolupráce klinického logopeda s pediatrem. Pediatr je odborník, jehož pracovní náplní by mělo být mapování a evidence biopsychosociálního vývoje dítěte. Včasnou detekcí varovných symptomů a následným doporučením specializované diagnostiky může podstatným

způsobem přispět k rané diagnóze a včasné intervenci, která je pozitivním determinantem dobré prognózy edukačního a terapeutického působení. Negativní výsledky vztahující se k této oblasti jsme získali také při analýze výsledků grantového specifického výzkumu na PdF UP (2010/2011 PdF_2010_020), kde rodiče dětí s poruchou autistického spektra poukazovali na zásadní nedostatky v získávání informací o této problematice. Za potřebný proto shledáváme podrobnější výzkum, jenž by napomohl poodhalit hlubší determinanty reflektující danou skutečnost.

V dotazníkovém šetření jsme se také zaměřili na to, zda kliničtí logopedi uplatňují při realizaci logopedické intervence speciálně-intervenční metody a pokud ano, tak které preferují.

Tab. 13: *Užití speciálně-intervenčních metod*

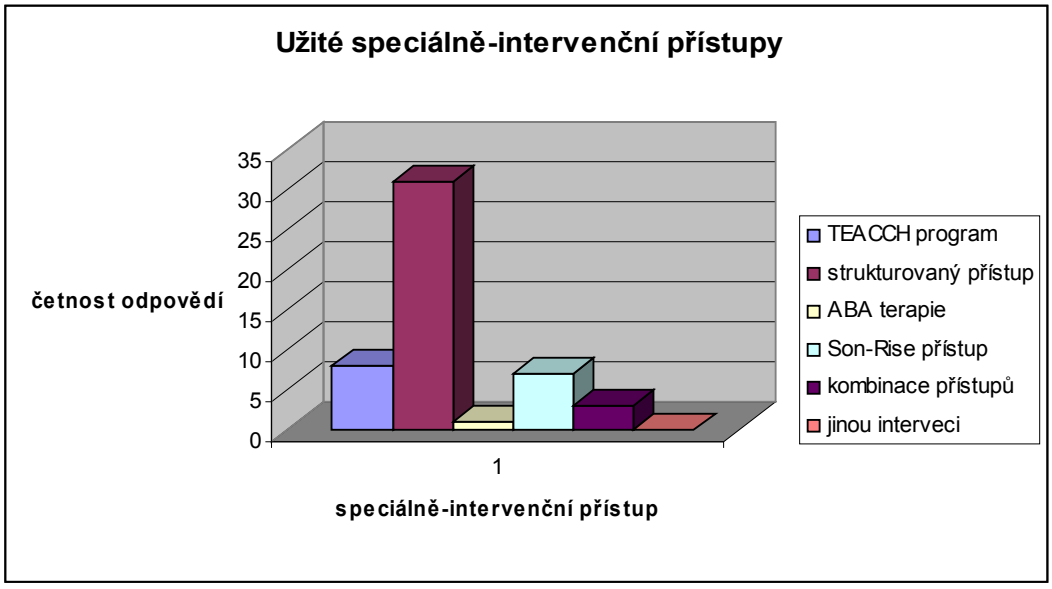
13. Užíváte v rámci logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra některou ze speciálně-intervenčních metod (např. strukturovaný přístup, ABA, Son-Rise apod.)?		
vyjádření	*četnost*	*procentuální četnost*
A. ano	**42**	**52,5**
B. ne	38	47,5
∑	**80**	**100**

Z výzkumných dat (viz tabulka č. 13) získaných od oslovených klinických logopedů, kteří mají v péči osoby s PAS, je patrné, že v mírně nadpoloviční počtu (52,5 %) při logopedické intervenci tito odborníci aplikují speciálně-intervenční metody určené a priori pro osoby s pervazivní vývojovou poruchou.

Tab. 14: *Druh speciálně-intervenční metody*

Pokud ano, jedná se o:		
speciálně-intervenční přístup	*četnost*	*procentuální četnost*
A. **TEACCH program**	**8**	**19,05**
B. **strukturovaný přístup**	**31**	**73,81**
C. ABA terapie	1	0,02
D. Son-Rise přístup	7	16,67
E. kombinace přístupů (prosím uveďte)	3 (všechny uvedené 2) 1 (portage)	7,14
F. jinou intervenci (prosím uveďte)	0	0

Z nabídnutých intervenčních přístupů (viz tabulka č. 14) respondenti v největším počtu (73,81 %) registrovali strukturovaný přístup. S významnou četnostní diferencí vzhledem ke strukturovanému přístupu dále nacházíme TEACCH program (19,05 %) a Son-Rise přístup (16,67 %). Nejmenší četnost zaujímá kombinace přístupů (7,14 %) a ABA terapie (0,02 %).



Graf 11: *Druh speciálně-intervenční metody*

Inkorporaci strukturovaného přístupu do logopedické intervence, který představuje dominantní postavení vzhledem k ostatním užitým metodám u osob s PAS (viz graf č. 11), považujeme s ohledem na specifické obtíže dané klientely za výsledek pozitivní. Cílem

logopedické intervence samozřejmě není rigidita a extrémní strukturalizace, ale nabytí funkční komunikace a její generalizace. Většinou se ale bez její aplikace, kterou můžeme v průběhu jednotlivých intervencí dle klientových reakcí redukovat, neobejdeme. Třetí pozici v užitých intervenčních přístupech zaujímá Son Rise přístup. Jeho poutavá prezentace slibující dobrý prognostický vývoj jedince s PAS oslovila nejen mnohé rodiče, ale jak je patrné z tabulky a grafu, i jednotlivé odborníky, v našem případě klinické logopedy. K této metodě zaujímáme spíše skeptický postoj, ale za možnou považujeme inspiraci dílčími doporučeními či přístupy (blíže např. v kapitole věnující se logopedické intervenci u osob s PAS). Nedoporučujeme ale Son Rise metodu jako hlavní náplň intervenčního působení. ABA terapii využívá v rámci logopedické intervence pouze jeden respondent (0,02 %). Tato skutečnost je dle nás ovlivněna především okolností danou tím, že její aplikaci neodmyslitelně předchází nutnost školení a odborné edukace.

Následujícím dílčím cílem dotazníkového šetření (viz tabulka č. 15) bylo zjistit, zda kliničtí logopedi v rámci logopedické intervence u osob s PAS uplatňují systémy alternativní či augmentativní komunikace a pokud ano, s kterou formou mají u klientů s PAS pozitivní zkušenosti. Důvodem zařazení dané oblasti je polemický pohled některých odborníků a především rodičů na tuto oblast.

Tab. 15: *Užití alternativní a augmentativní komunikace*

14. Využíváte při logopedické intervenci některou z forem alternativní a augmentativní komunikace?		
vyjádření	*četnost*	*procentuální četnost*
A. **ano**	**65**	**81,25**
B. ne	15	18,75
∑	**80**	**100**

Z výzkumných dat je patrné, že více než tři čtvrtiny klinických logopedů (81,25 %), jež mají v péči osoby s poruchou autistického spektra, aplikují systémy alternativní a augmentativní komunikace. Negativní referenci nacházíme u 15 respondentů (18,75 %). Tuto skutečnost musíme považovat za pozitivní okolnost reflektující změnu v zaměření logopedie spočívající v upřednostňování pragmatické jazykové roviny před dřívějším primárním zaměřením se na foneticko-fonologickou jazykovou rovinou.

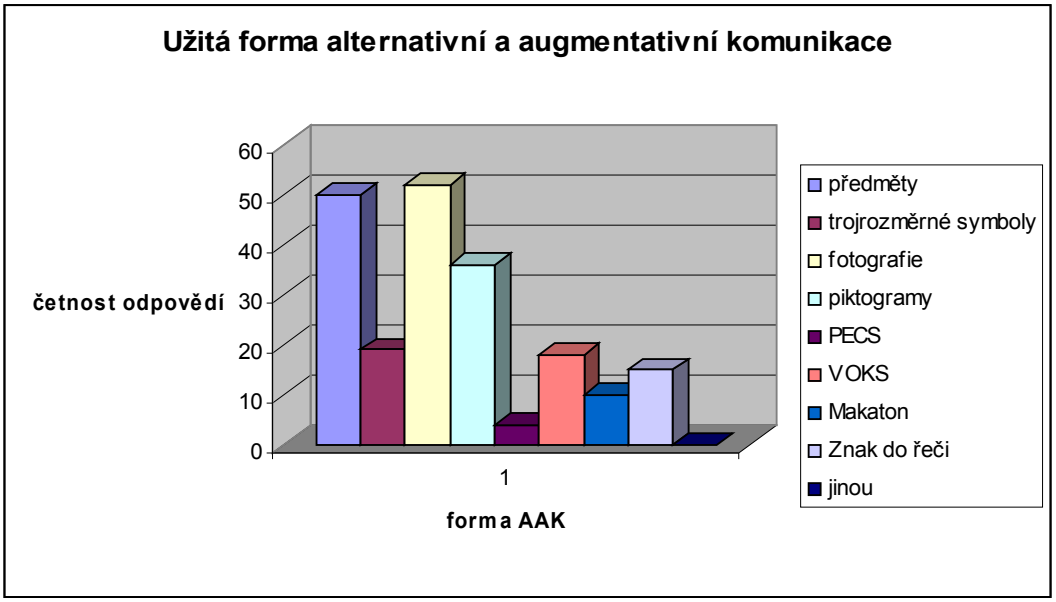
Při komparaci dílčích výsledků (viz tabulka č. 8 a tabulka č. 15) docházíme k následujícímu závěru. Kliničtí logopedi užívají u klientů s dětským autismem v 87,6 % alternativní či augmentativní komunikační systémy. Vzhledem k tíži narušené komunikační schopnosti a verbální expresi, která dle Hrdličky (2004) u osob s dětským autismem až v 50 % setrvává na úrovni preverbální vokalizace, akcentujeme její opodstatnění a považujeme prezentované výsledky za velice pozitivní. Vysoké procentuální zastoupení nacházíme i u osob s Aspergerovým syndromem, kde 73,17 % respondentů uvádí, že při logopedické intervenci užívá prvky alternativní či augmentativní komunikace. Tato skutečnost je pro nás ale trochu zarážející, neboť fluence verbální produkce a aktivní slovní zásoba zde obvykle nebývá deficitní. Aberace se dle Attwoda (2005) dotýkají percepce a exprese neverbální komunikace, pochopení metafor, ironie apod., primárně tedy v pragmatice komunikace. Z těchto důvodů považujeme u osob s Aspergerovým syndromem za důležité zaměřit se především na nácvik těchto oblastí, například prostřednictvím modelových sociálních situací (více viz kapitola věnující se logopedické intervenci). U této klientely nespatřujeme tedy užití alternativní a augmentativní komunikace za opodstatněné.

Tab. 16: *Typ alternativní a augmentativní komunikace*

Pokud ano, jedná se o:		
forma AAK	*četnost*	*procentuální četnost*
A. **předměty**	**50**	**76,92**
B. trojrozměrné symboly	19	29,23
C. **fotografie**	**52**	**80**
D. piktogramy	36	55,38
E. PECS	4	6,15
F. VOKS	18	27,69
G. Makaton	10	15,38
H. Znak do řeči	15	23,08
I. jinou (prosím uveďte)	0	0

Podíváme-li se na parciální typy alternativní a augmentativní komunikace (viz tabulka č. 16 a graf č. 12), převažuje u klinických logopedů užití fotografií (80 %) a předmětů (76,92 %). Jedná se o komunikační systémy, které vycházejí a upřednostňují vizuální percepci – tedy smyslové vnímání, které osoby s PAS preferují před komunikací cestou verbální, proto považujeme danou selekci v rámci jednotlivých AAK systémů za výbornou. Nadpoloviční zastoupení také zaujímají piktogramy (55,38 %) a následná pozice

náleží trojrozměrným symbolům (29,23 %), VOKS systému (27,69 %) a znaku do řeči (23,08 %). Nejmenší využití má dle našich respondentů Makaton (15,38 %) a PECS (6,15 %)



Graf 12: *Typ alternativní a augmentativní komunikace*

Za funkční komunikační systém u osob s PAS považujeme Výměnný obrázkový komunikační systém (VOKS) vytvořený Knapcovou. Tento systém alternativní komunikace vychází z principů AAK systému PECS autorů Bondyho a Frosta. Z našeho výzkumu vyplývá, že jej užívá pouze 18 oslovených respondentů a dle výpovědí jej 17 z nich aplikuje u osob s dětským autismem. Zde bychom chtěli podotknout, že užití tohoto systému se může stát přínosem pro osoby s pervazivní vývojovou poruchou (více viz kapitola o alternativní a augmentativní komunikaci). Naproti tomu fotografie představují vysokoprocentní užití. Jejich aplikaci potvrzuje 80 % ze všech logopedů, kteří při intervenci užívají AAK systémy. Tuto formu komunikace respondenti upřednostňují opět v největším počtu (40 respondentů) u klientů s dětským autismem. Nesmíme opomenout ani znak do řeči (23,08 %). I přes specifika vizuálně-motorického komunikačního systému, jenž se stává pro osoby s PAS hůře recipientní i realizovatelný, může také zde klinický logoped u některých klientů najít jeho uplatnění.

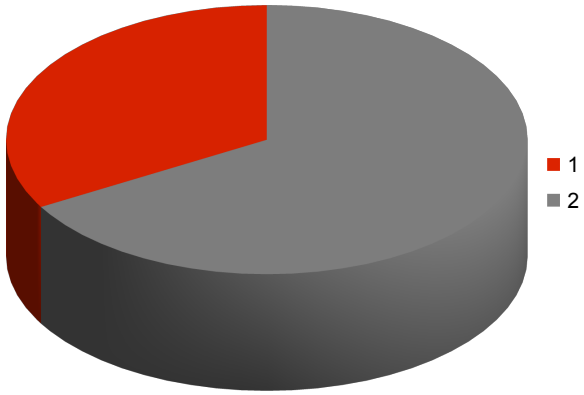
Poslední dvě položky dotazníku byly konstruovány jako otevřené a jejich cílem bylo zmapovat, co je dle klinických logopedů nejnáročnější při práci s klientem s poruchou autistického spektra. V závěrečné části byl respondentům dán prostor na případné náměty či připomínky.

Z dílčích výpovědí je patrné, že za nejobtížnější při realizaci logopedické intervence u osob s PAS kliničtí logopedi pokládají získání spolupráce, motivaci k vzájemné interakci a nabytí důvěry svého klienta. Dále hovoří o časové náročnosti terapie, o vysokých požadavcích kladených na vybavení logopedického pracoviště a na výběr pomůcek. Reflektují také jeden ze stěžejních problémů, a to obtížnou schopnost až neschopnost generalizace již naučených schopností, dovedností a selekci vhodného způsobu funkční komunikace. Za náročné také považují spolupráci s rodiči či jinými příbuznými a rovněž neztratit i přes velmi pomalé pokroky motivaci k další práci. Z jednotlivých výpovědí můžeme například uvést. „Udržet si pedagogický optimismus, dodávat naději a optimismus rodičům. Dlouhodobá spolupráce s rodinou, navázání kontaktu s klientem, důležité, aby se rodina nevzdala, umět vyzvednout i dílčí úspěchy. Velmi náročné na pozornost, velký výdej energie. Důležitá je trpělivost a naučit se radovat i z malých pokroků."

V rámci poslední položky zmiňují kliničtí logopedi například: „Vzhledem k tomu, že dětí s PAS přibývá a někteří logopedi přistupují k dětem nezodpovědně, je potřeba prohloubit znalosti a vcítění se do problému. Na semináři, kurzu nepotřebujeme 150 verzí teorie, ale praxi – předat konkrétní rady a zkušenosti. Stále přetrvává záměna diagnóz v populaci dětí, např. v MŠ jsou jako autistické děti považovány děti nesmělé a retardované. U dětí je potřeba v oblasti diferenciální diagnostiky dlouhodobé sledování chování, aby vývoj komunikace pomáhal k zeslabení v oblasti rituálů a afektivity. Nezastávám princip rychlé diagnostiky. Dle mého názoru je velmi malá informovanost i v řadách logopedů, většina z nich odmítá s autisty pracovat – bohužel i vlivem špatné diagnostiky a přístupu některých odborníků." Z uvedeného je zřejmé, že stále nacházíme deficitní oblast především v oblasti nedostatečné či nesprávné informovanosti, konkrétně ve sdílení praktických rad a doporučení týkajících se logopedické intervence u dané klientely.

8.5.2 Analýza výsledků dotazníkového šetření pro speciální pedagogy

Prostřednictvím služeb České pošty jsme 8. 6. 2011 distribuovali speciálním pedagogům pracujícím s dětmi s poruchou autistického spektra v předškolním věku (dle Langmeiera, Krejčířové, 2010 se jedná o věk ohraničený vstupem dítěte do školy) a v mladším školním věku (dle Langmeiera, Krejčířové, 2010 věk v časovém rozmezí od 6 do cca 12 let věku dítěte) na území České republiky **396** dotazníků. Kontakty na jednotlivé speciální pedagogy či výchovně-vzdělávací instituce jsme získali prostřednictvím krajských koordinátorů ČR pro problematiku poruch autistického spektra a informacemi volně přístupnými na webových stránkách. Z důvodu produkce předpokladů pro možnou komparaci s prvním výzkumným souborem klinických logopedů v ČR bylo naším cílem oslovit přibližně stejně kvantitativně homogenní skupinu speciálních pedagogů. Jednalo se o náhodnou selekci. V průběhu dvou měsíců se nám dotazníky postupně vracely a definitivním výsledkem bylo **126** navrácených dotazníků. Můžeme tedy hovořit o **31,83%** návratnosti, kterou považujeme vzhledem k návratnosti dotazníků od klinických logopedů (35,29 %) za komparativní. Dále jsme také evidovali nevyplněné dotazníky (především kvůli změněné adrese) v počtu **14** (3,54 %).



Graf 13: *Četnost navrácených dotazníků od speciálních pedagogů*

Legenda:

1 – počet nenavrácených dotazníků

2 – počet navrácených dotazníků

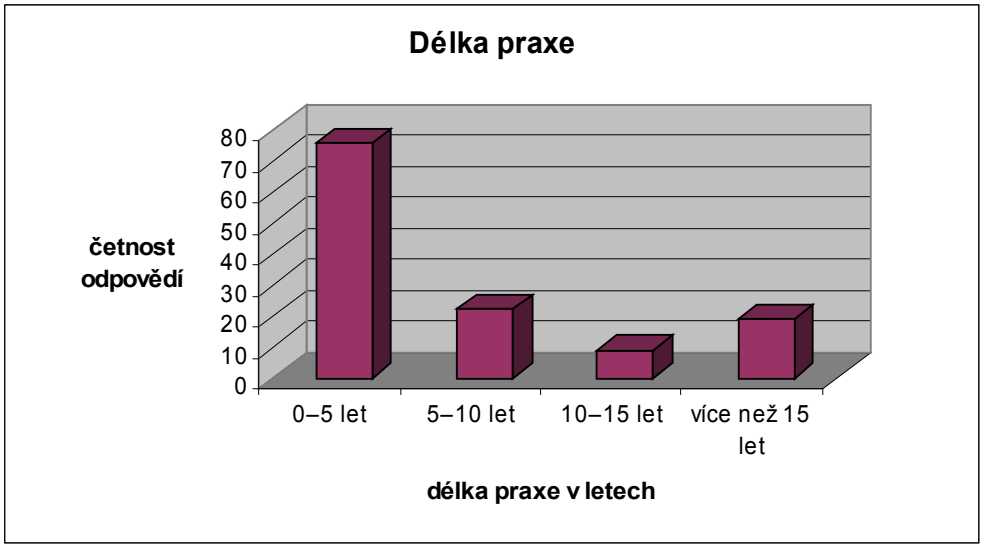
První položka byla cílená na detekci délky praxe u oslovených respondentů.

Tab. 17: *Délka praxe oslovených speciálních pedagogů*

1. Jaká je délka Vaší praxe?		
délka praxe v letech	*četnost*	*procentuální četnost*
A. **0–5 let**	**76**	**60,32**
B. **5–10 let**	**22**	**17,46**
C. 10–15 let	9	7,14
D. více než 15 let	19	15,08
∑	**126**	**100**

Z uvedené tabulky č. 17 a níže znázorněného grafu č. 14 je patrné, že největší četnost speciálních pedagogů, kteří vyplnili náš dotazník, má délku odborné praxe v časovém rozmezí 0–5 let (60,32 %). 22 speciálních pedagogů (17,46 %), tedy podstatně méně než v případě respondentů reflektujících délku praxe v rozmezí 0–5 let uvádí, že odbornou praxi s dětmi s PAS mají v časovém rozmezí 5–10 let. Následnou četnostní pozici zaujímají odborníci, kteří deskripovali praxi v délce větší než 15 let (15,08 %) a nejnižší procentuální četnost (7,14 %) náleží speciálním pedagogům s odbornou praxí 10–15 let.

Na základě analýzy dotazníkové položky zaměřené na délku praxe u oslovených odborníků můžeme hovořit o tom, že nadpoloviční počet respondentů (76 ze 126) absolvovalo praxi v oboru speciální pedagogika v časovém rozmezí 0–5 let.



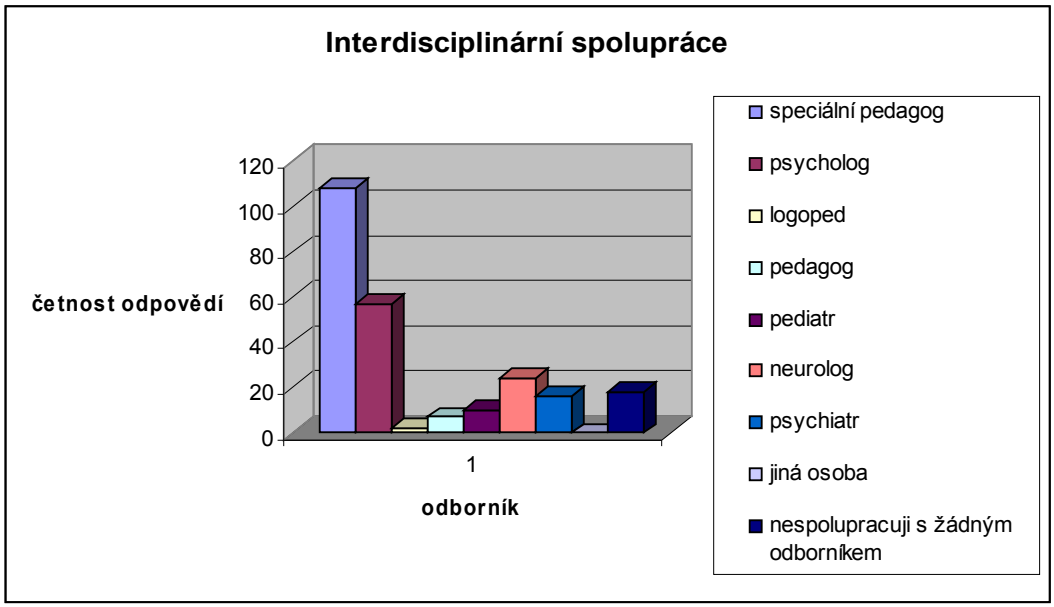
Graf 14: *Délka praxe speciálních pedagogů*

V rámci daného dotazníkového šetření (viz tabulka č. 18) jsme si stanovili za cíl zmapovat případnou spolupráci s odborníky participujícími na intervenčním či terapeutickém působení u klientů s PAS. Tuto oblast považujeme za velice důležitý determinační činitel, proto se jí věnuje druhá položka dotazníků. Vzhledem k zaměření disertační práce primárně analyzujeme interdisciplinaritu speciálního pedagoga s logopedem. Neopomínáme ani zmínit i ostatní odborníky (speciální pedagog, psycholog, pedagog, lékaři apod.), kteří zaujímají v rámci preference interdisciplinárního a holistického přístupu k osobě s PAS opodstatněnou pozici.

Tab. 18: *Interdisciplinární spolupráce*

2. V případě nejasností či potřeby pomoci s klientem s poruchou autistického spektra byste se obrátil/a na:		
odborník	*četnost*	*procentuální četnost*
A. **speciální pedagog**	**108**	**85,71**
B. **psycholog**	**57**	**45,24**
C. logoped	2	1,59
D. pedagog	7	5,56
E. pediatr	10	7,94
F. neurolog	24	19,05
G. psychiatr	16	12,7
H. jiná osoba (prosím uveďte)	0	0
I. nespolupracuji s žádným odborníkem	18	14,29

V případě nejasností či potřeby pomoci s klientem s poruchou autistického spektra by se většina oslovených respondentů (85,71 %) obrátila na svého kolegu, tedy opět na speciálního pedagoga. Další procentuální zastoupení (45,24 %) náleží psychologovi a neurologovi (19,05 %). Nižší četnost odpovědí vypovídá o případné spolupráci s psychiatrem (12,7 %), pediatrem (7,94 %) a pedagogem (5,56 %). S logopedem by spolupracovali pouze dva speciální pedagogové (1,59 %) a za negativní výpovědní hodnotu (v četnosti 18 odpovědí; 14,29 %) musíme považovat skutečnost vypovídající o absenci spolupráce s odborníkem.



Graf 15: *Interdisciplinární spolupráce*

Za pozitivní výpovědní hodnotu považujeme relativně vysokou míru spolupráce se speciálním pedagogem (viz graf č. 15). Tato skutečnost (108 respondentů ze 126 oslovených) je dle nás přirozeným vyústěním součinnosti speciálních pedagogů v rámci daného vzdělávacího pracoviště, kterou musíme samozřejmě reflektovat jen kladně. Je třeba ale také akcentovat na kooperaci, která není cílena pouze v rámci jednoho výchovně-vzdělávacího pracoviště, ale zaznamenává přesah jak lokalizačně, tak v rámci profesní fundovanosti. Bohužel musíme konstatovat, že kromě spolupráce s psychologem, kterou nemůžeme také v četnostním zastoupení považovat za optimální, evidujeme v případě následujících odborníků velice nízkou až nedostačující procentuální reprezentaci.

Nemůžeme opomenou fakt hovořící o kooperaci s pediatrem. Jak bylo uvedeno již v analýze dotazníkového šetření od klinických logopedů, může tento odborník včasnou a správnou detekcí prvních symptomů přispět k rané diagnóze a intervenci. Pediatr by měl být znalý problematiky poruch autistického spektra a v případě potřeby iniciovat či předat kontakt nejen na psychologa, psychiatra, ale i na speciálního pedagoga. Aby byla tato oblast naplněna, museli bychom evidovat procentuálně vyšší míru spolupráce. Z výsledků (viz tabulka č. 18 a graf č. 15) je dále patrné, že 18 speciálních pedagogů nespolupracuje s žádným odborníkem. Kooperace s odborníky pečujícími o jedince s PAS je dle nás základním předpokladem úspěšnosti intervence, proto by ideálně měla tato hodnota absentovat.

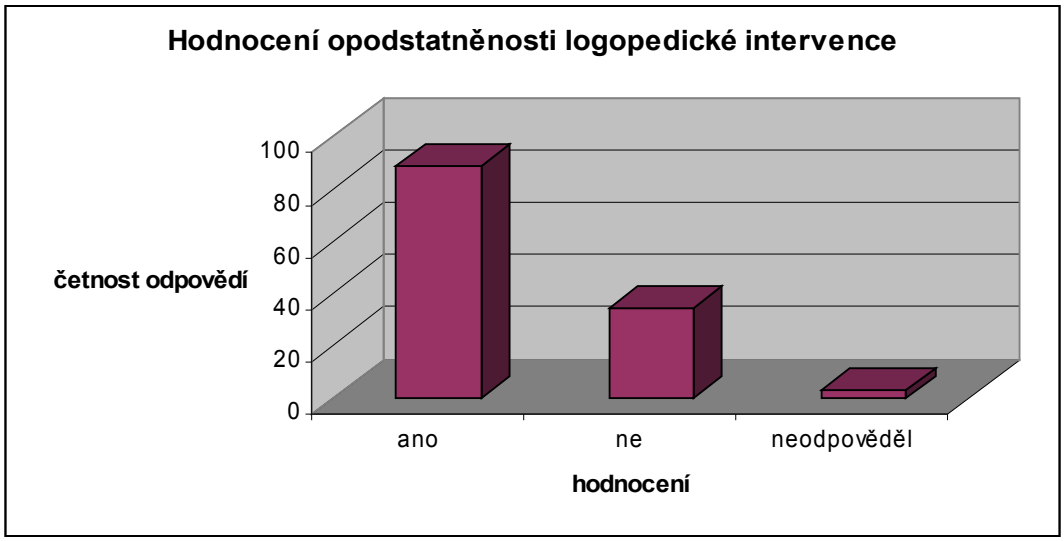
Závěrem této položky se musíme zmínit o logopedovi. Pouze dva speciální pedagogové (1,59 %) referují o kooperaci s daným odborníkem. Tento fakt musíme hodnotit za vysoce alarmující. Vzhledem k tomu, že aberace v komunikační schopnosti dítěte s PAS jsou zřejmé již v jeho raném věku a efektivita časné logopedické intervence cílená na stimulaci funkční komunikační schopnosti je evidentní, recipujeme za velice přínosné a potřebné, aby speciální pedagog byl v pravidelném kontaktu s logopedem. Sdělení speciálních pedagogů vypovídají o antagonistických údajích, než bychom v optimálním případě předpokládali. Za nezbytné proto pokládáme zaměřit úsilí na zlepšení dané oblasti.

V další části dotazníkového šetření (viz tabulka č. 19) jsme si stanovili za úkol zmapovat, zda považují speciální pedagogové u osob s PAS realizaci logopedické intervence za důležitou a proč ano či proč ne.

Tab. 19: *Opodstatněnost logopedické intervence u osob s PAS*

3. Je dle Vás logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra důležitá?		
hodnocení	*četnost*	*procentuální četnost*
A. **ano**	**89**	**70,63**
B. ne	34	26,98
C. neodpověděl	3	2,38
∑	**126**	**100**

Z výše uvedené tabulky č. 19 je zřejmá markantní převaha pozitivních referencí vztahujících se k potřebnosti logopedické intervence u osob s PAS. Její opodstatnění a náležitost si uvědomuje 89 speciálních pedagogů (70,63 % ze všech dotázaných).



Graf 16: *Opodstatněnost logopedické intervence u osob s PAS*

Z jednotlivých odpovědí můžeme tedy generalizovat v převážné většině (70,63 %) pozitivní stanovisko k realizaci logopedické intervence u osob s PAS. Dominantní pozici zaujímá specifikace vypovídající o tom, že rozvoj komunikace je základním předpokladem reciproční sociální interakce s okolím. Můžeme uvést například: „Řeč je důležitá pro začlenění jedince do společnosti, pro samostatnost." „Komunikace s okolím, zapojení, včlenění se." Evidujeme ale také odpovědi, které hovoří o důležitosti logopedické intervence z důvodu korekce foneticko-fonologické jazykové roviny. Jedná se například o tvrzení: „Procvičování výslovnosti." „Aby se nezanedbala mluva, výchova, vzdělávání, zařazení do života." Nalezneme rovněž odpovědi, které bychom mohly označit za obecného či laického rázu: „Ano, tito lidé patří mezi nás, je třeba jim pomoct." „Protože to má smysl." „Každý posun vpřed je důležitý a dobrý." „Každá pomoc se počítá." Z uvedeného je zřejmá heterogennost parciálních výpovědí inklinujících k pozitivnímu stanovisku aplikace logopedické intervence. Implikují v sobě různorodý pohled na problematiku poruch autistického spektra, která reflektuje jak znalost této problematiky, obecný pohled na oblast narušené komunikační schopnosti, tak současně preferenci foneticko-fonologickou jazykové roviny, což musíme samozřejmě vnímat za mylné stanovisko.

V případě preference negativních odpovědí (26,98 %) nacházíme, s výjimkou jedné odezvy, absence bližší specifikace upřednostněných stanovisek. Zmíněná volná odpověď hovoří o dostatečné slovní zásobě a komunikačních dovednostech u osob s PAS, s čímž

nemůžeme souhlasit, a to vzhledem k bázi narušené komunikační schopnosti u této klientely.

Stěžejní oblast výzkumného šetření (viz tabulka č. 20) byla směřována na zjištění toho, zda u oslovených respondentů jsou děti s pervazivní vývojovou poruchou v péči logopeda.

Tab. 20: *Realizace logopedické intervence u osob s PAS*

4. Jsou Vaši klienti v péči logopeda?		
hodnocení	*četnost*	*procentuální četnost*
A. **ano**	**69**	**54,76**
B. **ne**	**34**	**26,98**
C. nevím	23	18,25
∑	**126**	**100**

Nadpoloviční počet respondentů (54,76 %) referuje o realizaci logopedické intervence u klientů s PAS. Její absenci uvádí 34 odborníků (26,98 %) a za nezbytné považujeme upozornit na hodnotu poukazující na fakt, že v případě 23 respondentů (18,25 %) neevidujeme znalost toho, zda jejich klienti jsou v péči logopeda. Tato hodnota (viz tabulka č. 20) reflektuje, že oslovení respondenti nemají dostatečné základní povědomí nejenom o funkci logopedické intervence u osob s PAS, ale také současně sděluje, že speciálním pedagogům absentuje dostatečná informovanost o klientech, jež mají v péči. Zároveň se můžeme domnívat, že tito odborníci si v dostatečné míře neuvědomují potřebnost interdisciplinární spolupráce spočívající primárně ve vzájemném předáváním informací.

Vzhledem k opodstatněnosti logopedické intervence u všech nozologických jednotek spadajících pod diagnostickou kategorii poruchy autistického spektra, považujeme počet kladných referencí (69 odpovědí) za nedostačující. Narušená komunikační schopnost, která pervazivním způsobem zasahuje jedince s PAS, je signifikantním symptomem klinického obrazu této poruchy. Proto musíme akcentovat na implementaci logopedické péče jako nedílného elementu intervenčních přístupů. Za relevantní můžeme považovat výpovědi pojednávající o nevědomosti realizace logopedické intervence. Tato skutečnost se týká 23 respondentů (18,25 %), poukazuje na absenci interdisciplinární spolupráce a také na nedostatečnou kooperaci s rodiči dětí PAS, jež by měly být pro všechny zainteresované odborníky zdrojem informací o dítěti.

Úkolem následujících položek (viz tabulka č. 21 a tabulka č. 22) bylo zjistit, zda jsou speciální pedagogové v kontaktu s logopedem pečujícím o jejich klienty a pokud ano, jaká forma a frekvence synergické kooperace je preferována při recipročním předávání informací.

Tab. 21: *Kontakt s logopedem*

5. Jste v kontaktu s logopedem pečujícím o dítě s PAS?		
hodnocení	*četnost*	*procentuální četnost*
A. ano	41	32,54
B. **ne**	**85**	**67,46**
∑	**126**	**100**

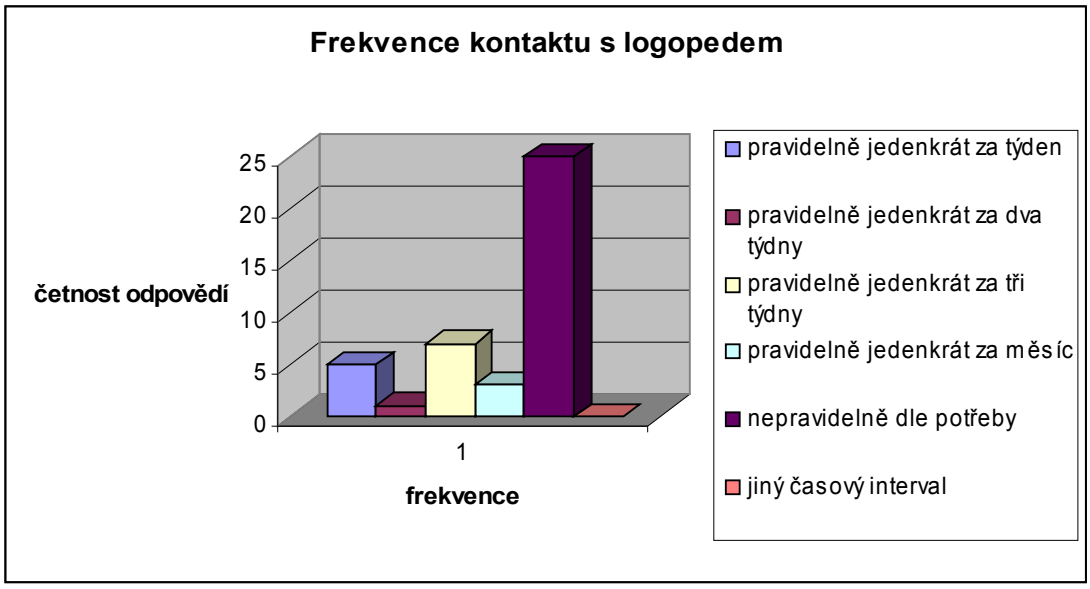
Ze získaných odpovědí je patrné, že 85 speciálních pedagogů ze 126 (67,46 %) není v kontaktu s logopedem. O vzájemné součinnosti hovoří pouze 41 respondentů (32,54 %), proto daný údaj považujeme za hodnotu velice nízkou. V této oblasti vidíme deficitní parciální úsek logopedické intervence u osob s PAS, jenž by si zasloužil efektivní řešení.

Tab. 22: *Frekvence kontaktu s logopedem*

6. S logopedem jste v kontaktu:		
frekvence	*četnost*	*procentuální četnost*
A. pravidelně jedenkrát za týden	5	12,2
B. pravidelně jedenkrát za dva týdny	1	2,44
C. **pravidelně jedenkrát za tři týdny**	**7**	**17,07**
D. pravidelně jedenkrát za měsíc	3	7,32
E. **nepravidelně dle potřeby**	**25**	**60,96**
F. jiný časový interval	0	0
∑	**41**	**100**

Podrobíme-li frekvenci kooperace s logopedem (u 41 speciálních pedagogů) analýze, získáváme výsledky poukazující na fakt, že procentuálně nejvyšší zastoupení (60,69 %) náleží nepravidelnému kontaktu vycházejícímu z individuálních potřeb participujících odborníků. Následující, četnostně ale již vzhledem k první hodnotě značně kvantitativně diferentní pozici (17,07 %) zaujímá frekvence kontaktu v pravidelných

intervalech jedenkrát za tři týdny. Dalším, procentuálně nízkým zastoupením je prezentována spolupráce s logopedem v pravidelném časovém rozmezí jedenkrát za týden (12,2 %) a hodnota náležící četnosti pravidelného kontaktu jedenkrát za měsíc (7,32 %). Nejnižší počet odpovědí (2,44 %) náležel pravidelné kooperaci jedenkrát za dva týdny.



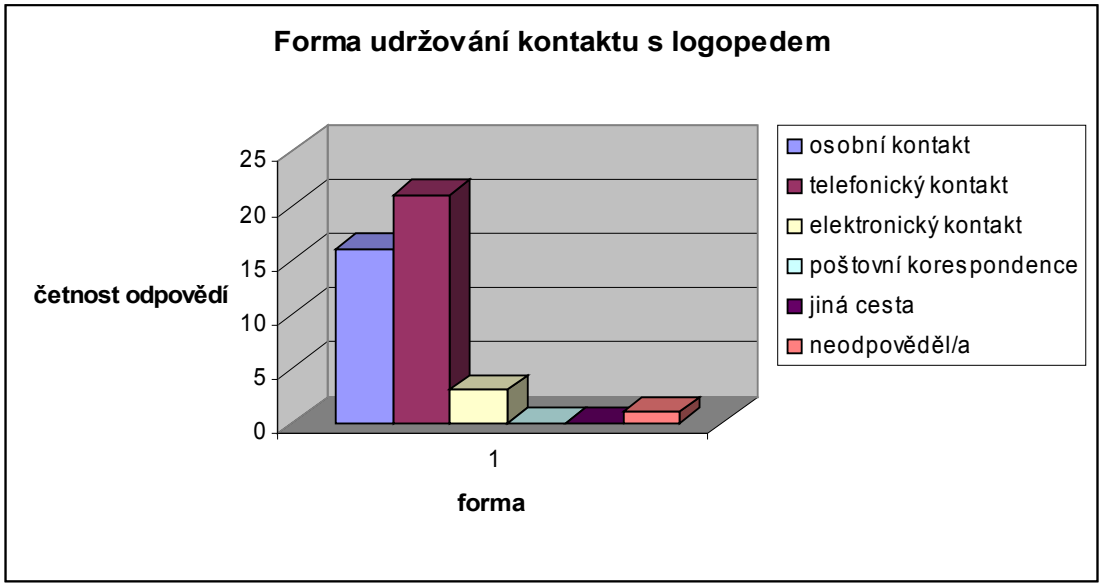
Graf 17: *Frekvence kontaktu s logopedem*

Výše vizualizovaná data (viz graf č. 17) poukazují na jednoznačnou preferenci nepravidelného kontaktování se s logopedem odvíjejícího se z individuálních potřeb speciálního pedagoga. Tuto frekvenci kontaktu nepovažujeme za optimální. Pro monitoring globálního vývoje dítěte, jenž je základním předpokladem mapování efektivity zvoleného intervenčního přístupu, pokládáme pravidelnou kooperaci speciálního pedagoga s logopedem za potřebnou. Z tohoto důvodu vidíme vzájemné informování se v pravidelných časových intervalech, nejlépe jedenkrát za čtrnáct dní, za ideální stav. Bohužel jsme tuto frekvenci zaznamenali pouze v případě jednoho speciálního pedagoga (2,44 %), což můžeme nepochybně považovat za skutečnost velice nedostačující. Z celkového počtu 41 respondentů 7 speciálních pedagogů uvádí, že jsou s logopedem v kontaktu pravidelně, a to v časovém intervalu jedenkrát za tři týdny. I přes to, že daná hodnota zaujímá pozičně druhou nejčetnější kategorii, musíme konstatovat, že 17,07% zastoupení není úplně nejoptimálnější kvantitativní ukazatel. K tomuto tvrzení se musíme přiklonit i v případě následujících výzkumných dat.

Tab. 23: *Forma udržování kontaktu s logopedem*

7. S logopedem komunikujete formou:		
forma komunikace	*četnost*	*procentuální četnost*
A. **osobní kontakt**	**16**	**39,02**
B. **telefonický kontakt**	**21**	**51,22**
C. elektronický kontakt	3	7,32
D. poštovní korespondence	0	0
E. jiná cesta (prosím uveďte)	0	0
F. neodpověděl/a	1	2,44
∑	**41**	**100**

V případě udržování kontaktu s logopedem (viz tabulka č. 23) upřednostňuje více než poloviční počet respondentů (51,22 %) telefonický kontakt. Další hodnota je zastoupena preferencí osobního setkání (39,02 %) a spoluprací prostřednictvím elektronické cesty (7,32 %). Absenci odpovědí nacházíme u poštovní korespondence. Jeden speciální pedagog (2,44 %) na danou položku vůbec neodpověděl.



Graf 18: *Forma udržování kontaktu s logopedem*

Preferenci telefonického kontaktu před ostatními komunikačními cestami (viz graf č. 18) považujeme vzhledem k potenciálnosti rychlého spojení a možnosti okamžitého reagování na sdílené informace za přirozenou selekci z nabízených možností. Zajímavou se nám jeví reference o kontaktování logopeda prostřednictvím osobního setkáním. Jedná se o 16 logopedů (39,02 %) a podíváme-li se na spojitost vzhledem k její frekvenci, tak 9 speciálních pedagogů (56,25 %) kooperuje s logopedem nepravidelně dle potřeby, 5 odborníků (31,25 %) informuje o pravidelném sdělování jedenkrát za tři týdny a 2 respondenti (12,5 %) uvádějí, že jsou v kontaktu s tímto odborníkem pravidelně každý týden. Můžeme předpokládat, že se jedná o logopedy pracující v rámci koexistujícího pracoviště se speciálním pedagogem, kde vzdálenost není bariérou a interdisciplinarita jednotlivých odborníků by měla být samozřejmostí. Dovolujeme si nepředpokládat, že by speciální pedagogové a logopedi působící od sebe v dostatečně vzdáleném pracovišti běžně referovali v osobním kontaktu o jednotlivých klientech s PAS. Samozřejmě by tímto způsobem docházelo k nejoptimálnějšímu přenosu informací a zkušeností. S ohledem na náročnou pracovní a časovou vytíženost obou specialistů, nemůžeme danou formu kooperace vyžadovat. Naopak akcentovat lze v případě telefonické či elektronické komunikace.

Zprostředkování informací prostřednictvím elektronické cesty (především e-maily) je v současné době jedním z nejrozšířenějších způsobů jejich distribuce, proto nás v negativním slova smyslu oslovily hodnoty implikující, že pouze 3 speciální pedagogové (7,32 %) využívají daný komunikační kanál. Na druhou stranu nás ale nepřekvapila absence odpovědí v případě poštovní korespondence, která pro komunikátory představuje časovou ztrátu, jež je obvykle příčinou demotivace v jejím užití.

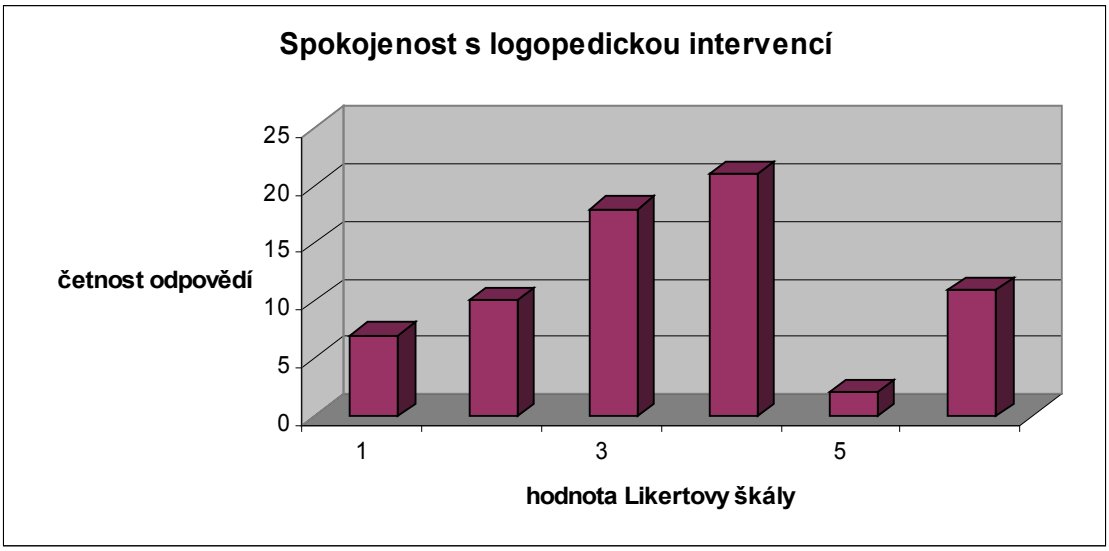
Poslední oblast dotazníkového šetření (viz tabulka č. 24) byla cílená na zjištění toho, zda jsou speciální pedagogové spokojeni s poskytovanou logopedickou péčí a proč ano či proč ne.

Tab. 24: *Spokojenost s logopedickou intervencí*

8. Zaznamenejte prosím spokojenost logopedickou intervencí (Likertova škála)		
hodnota Likertovy škály	*četnost*	*procentuální četnost*
1	7	10,14
2	10	14,49
3	**18**	**26,09**
4	**21**	**30,43**
5	2	2,9
neodpověděl/a	11	15,94
∑	**69**	**100**

Po analýze výzkumných dat (viz tabulka č. 24 a graf č. 19) docházíme ke zjištění, že žádný výzkumný indikátor nenabývá markantnějších kvantitativních hodnot, které by mohly podléhat případné generalizaci. Pro zhodnocení spokojenosti speciálních pedagogů s poskytovanou logopedickou intervencí u dětí s PAS jsme aplikovali škálu Likertova typu, kde hodnota číslo 1 znamená naprostou nespokojenost a hodnota číslo 5 naprostou spokojenost. Mírnou převahu nad střední hodnotou v četnosti 21 odpovědí (30,43 %) zaujímá pozice číslo 4, která v sobě implikuje sklon k pozitivnímu hodnocení logopedické intervence. Četnostně druhá pozice (26,09 %) se pojí s hodnotou střední, jež vzhledem ke svému neutrálnímu zastoupení se nepřiklání k pozitivním ani k negativním referencím a třetí místo náleží 11 respondentům, kteří tuto položku nevyplnili. Z vizualizované tabulky č. 24 je dále patrné, že 14,29 % speciálních pedagogů se ztotožňuje s hodnotou 2 pojednávající o inklinaci k nespokojenosti s realizovanou logopedickou intervencí a

naprostou nespokojenost zaznamenáváme u 7 respondentů (10,14 %). Na druhé straně se s naprostou spokojeností ztotožňují pouze 2 dotazovaní (2,9 %).



Graf 19: *Spokojenost s logopedickou intervencí*

Jako důvod spokojenosti s poskytovanou logopedickou intervencí speciální pedagogové jednotně udávali snížení či vymizení agresivních a autoagresivních behaviorálních projevů v důsledku osvojeného funkčního komunikačního systému (alternativní či augmentativní komunikace), dále také zvýšení aktivity a větší míru zapojení jedince s PAS do kolektivu. O zlepšení srozumitelnosti verbálního projevu, rozvoji aktivní i pasivní slovní zásoby a o pozitivních změnách v morfologicko-syntaktické jazykové rovině hovořilo 7 respondentů. Negativní odpovědi zahrnovala sdělení pojednávající o nepřítomnosti výsledků či o jejich minimech, jež byly neúměrné vzhledem k délce již realizované logopedické intervence.

8.5.3 Analýza výsledků dotazníkového šetření pro rodiče dětí s PAS

Prostřednictvím osobního kontaktu jsme 30. 6. 2011 předali rodičům dětí s poruchou autistického spektra 30 dotazníků a současně jsme 11 dotazníků distribuovali zprostředkovaně s přispěním rodičů dětí s PAS. Celkový počet rozšířených dotazníků činil **41**. V průběhu jednoho měsíce se nám sporadicky vracely a výsledným počtem bylo **19** dotazníků – tedy **46,34%** návratnost. Vzhledem ke kvantitativně nesrovnatelnému souboru

těchto probandů se skupinou klinických logopedů (408) a speciálních pedagogů (396) si uvědomujeme nemožnost jejich vzájemné komparace a následné generalizace výzkumných dat. I přes tuto skutečnost vnímáme získané výpovědi za cenné.

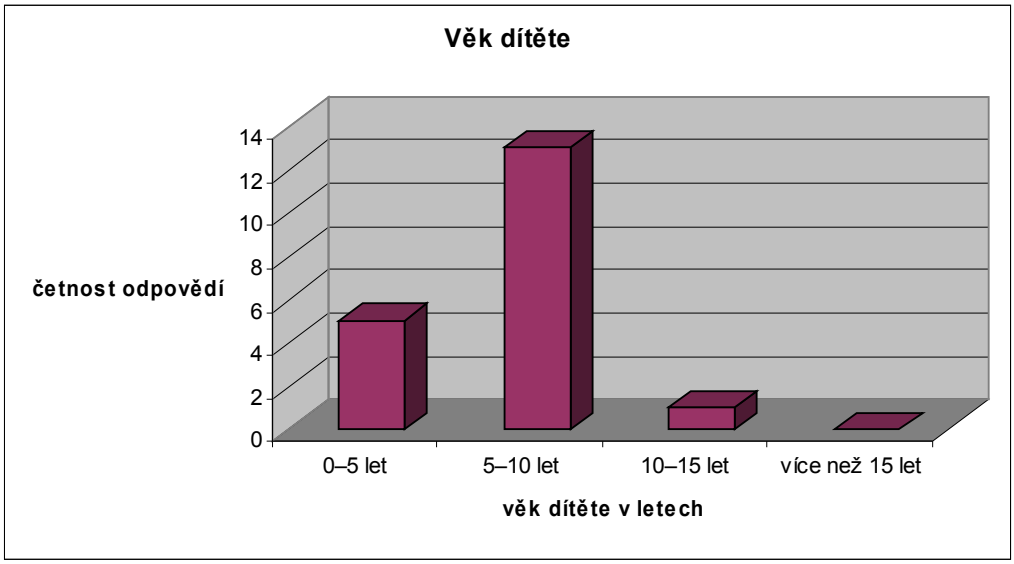
První dvě položky (viz tabulka č. 25, tabulka č. 26 a graf č. 20) byly zaměřeny na obecné identifikační údaje, tedy uvedení věku a pohlaví dítěte.

Tab. 25: *Věk dítěte*

1. Věk dítěte:		
věk	*četnost*	*procentuální četnost*
A. **0–5 let**	**5**	**26,32**
B. **5–10 let**	**13**	**68,42**
C. 10–15 let	1	5,26
D. více než 15 let	0	0
∑	**19**	**100**

Rodiče, kteří vyplnili náš dotazník, uvádějí, že v 68,42 % mají děti ve věku 5–10 let. Menší část respondentů (26,32 %) zaznamenala věkové rozmezí 0–5 let a pouze jeden rodič (5,26 %) zmiňuje, že jeho dítě má 10–15 let. Poslední kategorie registrující věk vyšší než 15 let není evidována.

Z uvedeného je zřejmé, že více než polovina rodičů (68,42 %) zaznamenává věk svého dítěte v rozmezí 5–10 let. Důvodem této převahy je skutečnost daná tím, že naše intervenční působení je zaměřeno na děti předškolního a mladšího školního věku. Proto jsme primárně oslovili rodiče, se kterými jsme v pravidelném kontaktu. Další zprostředkované údaje získané prostřednictvím těchto probandů byly opět především od rodičů, jejichž děti jsou stejné věkové kategorie. Předpokládáme tedy, že rodiče dětí s PAS ve větší četnosti udržují kontakt s rodiči, jejichž potomci jsou s dětmi uvedených osob věkově blízké.



Graf 20: *Věk dítěte*

Z níže uvedené tabulky č. 26 je patrné, že jednoznačnou převahu (73,68 %) v našem výzkumném souboru zaujímají rodiče, jejichž děti jsou mužského pohlaví. V případě osob s PAS ženského pohlaví evidujeme prezenci 5 odpovědí (26,32 %).

Zmíněné podporuje obecně rozšířený odborný fakt, dle kterého u osob s poruchou autistického spektra převažují muži, a to v poměru 2–3 : 1 (srov. např. Boyd, 2011; Hrdlička, Komárek, 2004; Ošlejšková, 2006).

Tab. 26: *Pohlaví dítěte*

2. Pohlaví dítěte:		
pohlaví	*četnost*	*procentuální četnost*
A. žena	5	26,32
B. muž	**14**	**73,68**
∑	**19**	**100**

Cílem našeho šetření (viz tabulka č. 27) je zmapovat, ve kterém věkovém období si rodiče dětí s PAS poprvé všimli varovných symptomů a následně také to, o kterou oblast či deficitní funkci se jednalo. Kromě všech oblastí specifických pro klinický obraz pervazivní vývojové poruchy si všímáme především komunikační schopnosti v nejširším slova smyslu. Monitorujeme, zda je dle výpovědi rodičů dětí s PAS přítomna narušená komunikační schopnost a jakou četnost vzhledem k ostatním aberantním schopnostem zaujímá.

Tab. 27: *První znepokojení ve vývoji dítěte (věk)*

3. Kdy jste si poprvé všiml/a, že s Vaším dítětem není něco v pořádku?		
věkové rozmezí	*četnost*	*procentuální četnost*
A. **před 1. rokem věku**	**6**	**31,58**
B. 1.–1,5. rok věku	2	10,53
C. 1,5.–2. rok věku	1	5,26
D. 2.–2,5. rok věku	3	15,79
E. **2,5.–3. rok věku**	**4**	**21,02**
F. 3.–3,5. rok věku	2	10,53
G. 3,5.–4. rok věku	1	5,26
H. 4.–4,5. rok věku	0	0
I. 4,5.–5. rok věku	0	0
J. po 5. roce věku	0	0
∑	**19**	**100**

Nejvyšší frekvenční zastoupení (31,58 %) představuje detekce prvních symptomů již před prvním rokem věku dítěte. Daná okolnost většinou směřuje rodiče k případným pochybnostem a k monitoringu vývoje dítěte. Se svým znepokojením by se správně měli tito lidé obrátit na odborníka (v tomto případě na pediatra), který by měl být znalý problematiky PAS a kompetentní jim poskytnout jim adekvátní pomoc.

K druhé četnostní pozici náleží 4 výpovědi (21,02 %) vztahující se k evidenci prvních symptomů v průběhu 2,5.–3. roku věku dítěte. V tomto věkovém období by většina nozologických jednotek spadajících pod diagnózu poruchy autistického spektra měla již vykazovat abnormality zřetelně diferentní vzhledem k vývoji intaktního dítěte. Z tohoto důvodu pokládáme za významné uvědomění si (především v případě pediatrů) specifických a nespecifických symptomů pojících se s klinickým obrazem PAS. Odlišnosti ve vývoji svého dítěte mezi 2.–2,5. rokem věku zaregistrovali 3 rodiče a stejnou poziční rovinu (5,26 %) zaujímají hodnoty odrážející prezenci časných symptomů mezi 1,5.–2. a 3,5.–4. rokem věku. V případě vyššího věku dítěte nenacházíme žádné odpovědi.



Graf 21: *První znepokojení ve vývoji dítěte (věk)*

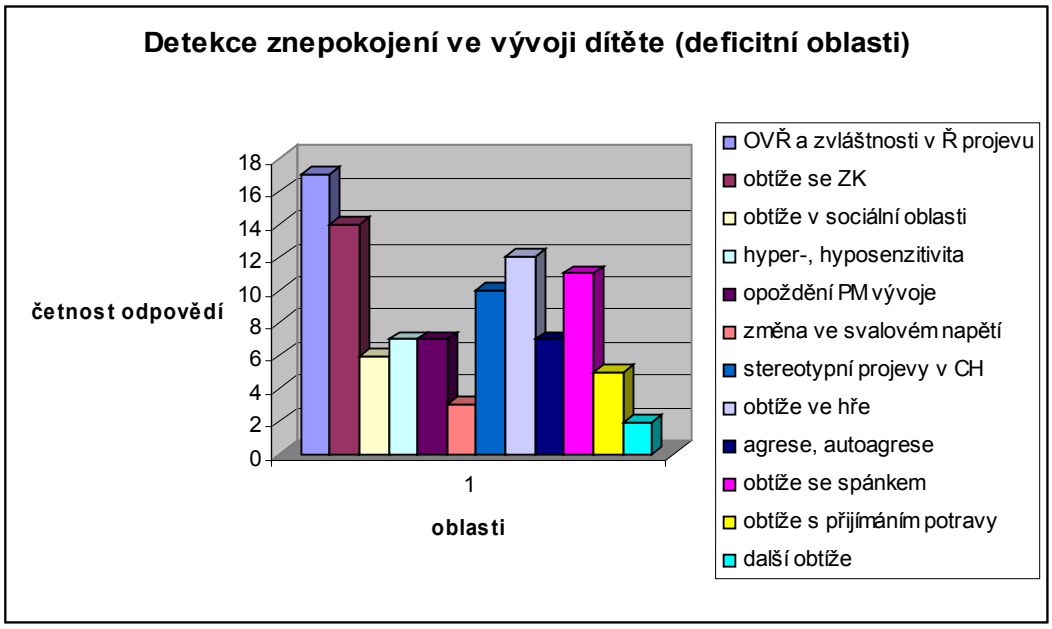
Znepokojení rodičů s vývojem jejich dítěte již před prvním rokem věku (viz graf č. 21) považujeme vzhledem k relativně vysoké četnosti (31,58 %) za pozitivní rezultát. Je zřejmé, že téměř třetina námi oslovených rodičů eviduje aberace ve vývoji svého dítěte již v jeho raném věku. Tyto deficity zaznamenáme ve většině případů až zpětně prostřednictvím anamnézy, proto považujeme na tomto místě za potřebné apelovat na osvětu cílenou na širokou veřejnost, a samozřejmě k již zmiňovaným lékařům pediatrům. Toto opatření by mohlo dopomoci k detekci prvních varovných symptomů již v časném věkovém období dítěte. Další věkovou periodou, která se stala pro rodiče dětí s PAS signalizátorem k pochybnostem, byl 2,5.–3. roku věku. V daném období se stávají obtíže v komunikační schopnosti markantní. Narušená komunikační schopnost je dominantním symptomem klinického obrazu PAS a vzhledem k její zřetelné evidenci mezi 2,5. –3. rokem velká část rodičů zaznamená první symptomy poruchy právě ve zmíněném věkovém období. Absenci odpovědí vztahujících se k vyššímu věku než 4 roky lze pokládat za kladný výsledek. Můžeme konstatovat, že získaná data podporují mínění odborníků apelujících na prezenci charakteristických symptomů pervazivních vývojových poruch již před 36. měsícem věku dítěte (srov. např. Jelínková, 2010; Matzies, 2010; Ošlejšková, 2008).

Tab. 28: *První znepokojení ve vývoji dítěte (oblasti)*

4. Konkrétně Vás ve vývoji dítěte znepokojilo:		
Deficitní oblast	*četnost*	*procentuální četnost*
A. **opožděný vývoj řeči a zvláštnosti v řečovém projevu**	**17**	**89,47**
B. **obtíže se zrakovým kontaktem**	**14**	**73,68**
C. obtíže v sociální oblasti	6	31,58
D. přecitlivělost či netečnost k sluchovým, zrakovým, hmatovým, čichovým, chuťovým podnětům	7	36,84
E. opoždění psychomotorického vývoje	7	36,84
F. změna ve svalovém napětí	3	15,79
G. stereotypní projevy v chování	10	52,63
H. obtíže ve hře	12	63,16
I. agresivní, autoagresivní projevy v chování, záchvaty vzteku, úzkosti	7	36,84
J. obtíže se spánkem	11	57,89
K. obtíže s přijímáním potravy	5	26,32
L. další obtíže (prosím uveďte)	2 spolupráce (1) změny (1)	10,53

Analyzujeme-li položku dotazníku vztahující se k parciálním deficitním oblastem jako primárním markantním symptomům PAS (viz tabulka č. 28 a graf č. 22) docházíme k následujícím výsledkům. Jednoznačnou dominanci (89,47 %) vzhledem ke všem deskripovaným aberacím charakteristickým pro klinický obraz pervazivní vývojové poruchy nacházíme u hodnoty týkající se opožděného vývoje řeči či deficitů v komunikační schopnosti. Následnou vysoce procentuálně zastoupenou hodnotou, která také přísluší do oblasti komunikace, v daném případě neverbální komunikace, jsou obtíže se zrakovým kontaktem. Dle výpovědí rodičů dětí s PAS jsou zřetelné obtíže (v 73,68 %) s jejím navázáním, udržením nebo obvyklá je přítomnost specifik ve vizuálních funkčních oblastech. Další pořadí představuje narušení herních aktivit (63,16 %), problémy se spánkem (57,89 %) a stereotypní behaviorální symptomy (52,63 %). Homogenní hodnota

(36,84 %) je charakteristická pro změněnou senzorickou percepci, opoždění psychomotorického vývoje dítěte a pro agresivní či autoagresivní projevy v chování. Obtíže v sociální interakci jsou respondenty signalizovány v relativně menším početním zastoupení (31,58 %). Problémy s přijímáním potravy vykazuje 26,32 % dětí s PAS a nejmenší procentuální četnost je specifická pro změny ve svalovém tonusu (15,79 %).



Graf 22: *První znepokojení ve vývoji dítěte (oblasti)*

Narušená komunikační schopnost, jak je patrné z uvedené tabulky č. 28 a vizualizovaného grafu č. 22, je nejen specifickým symptomem náležícím k tzv. diagnostické triádě poruch autistického spektra, ale také u většiny rodičů dětí s PAS (89,47 %) představuje zřetelný příznak, který rodiče evidují v raném věku. Daná skutečnost podporuje náš důraz kladený na opodstatněnost rané logopedické intervence cílené na budování funkční komunikační schopnosti. S první deficitní oblastí je v recipročním vztahu druhá hodnota poukazující na obtíže ve zrakovém kontaktu, jež jsou reflektovány u téměř tří čtvrtin dětí s PAS. Důležitost zrakového kontaktu v rámci sociálního učení je nezastupitelná, proto by měl být rozvoj této schopnosti nedílnou součástí logopedické intervence.

Sociální interakce – další deficitní oblast charakteristická pro tuto problematiku, je u námi oslovených rodičů dětí s PAS zaznamenána v relativně nízkém procentuálním zastoupení (31,58 %). Samozřejmě není možné vzhledem k velikosti výzkumného vzorku tuto výpovědní hodnotu generalizovat, ale na druhou stranu můžeme vést diskuzi o stále zažitém a rigidním pohledu nejen rodičů, ale bohužel i řady odborníků na sociální interakci u osob s PAS ve smyslu extrémní osamělosti, sociální izolace či krajní uzavřenosti. Daný náhled můžeme označit za jednostranný a simplifikovaný. U většiny dětí s PAS je sociální interakce prezentována variabilní a nestabilní křivkou, jejíž projevy zasahují jak do pásma subnormy, tak patologie. Toto tvrzení podporují nejen jednotliví odborníci (srov. např. Jelínková, 2010; Thorová, 2006 a další), ale ke zmíněnému přispívají i výše uvedené výsledky výzkumného šetření pojící se s oblastí reciproční sociální interakce.

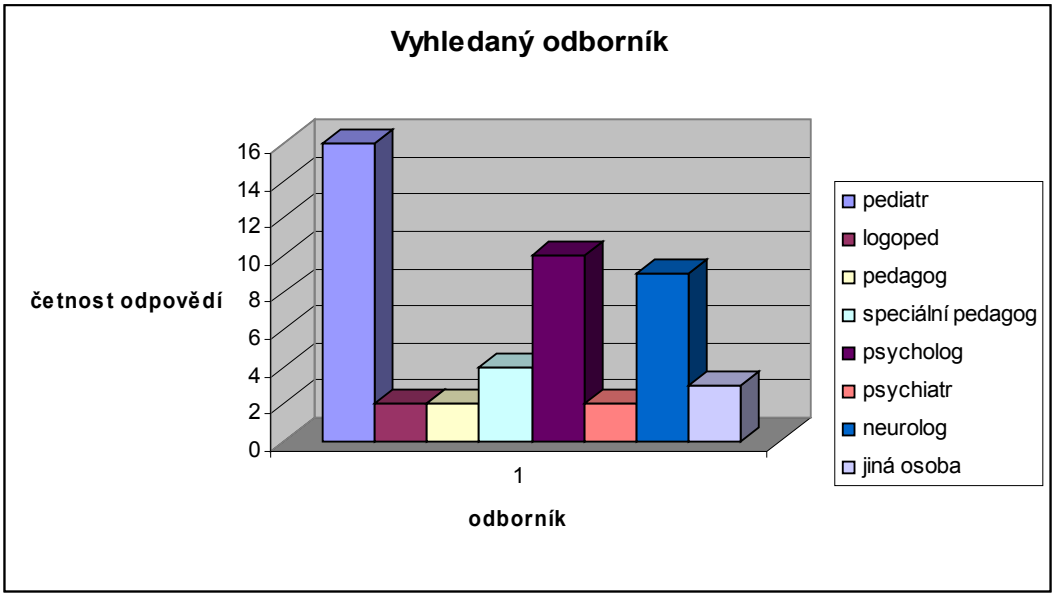
Realizujeme-li komparaci věku dítěte s jednotlivým aberantními oblastmi (se zaměřením se na tzv diagnostickou triádu) (viz tabulka č. 27, tabulka č. 28 a graf č. 21, graf č. 22), můžeme konstatovat následující. Opožděný vývoj řeči a specifika v komunikačním projevu charakteristická pro osoby s PAS společně s deficitním zrakovým kontaktem jsou v největší míře (75 %) zřetelná již před 1. rokem věku dítěte, naopak nejmenší četnost (výpověď jednoho respondenta) je v případě obou položek typická pro velice nízký věk dítěte – 6. měsíc. Analogické výpovědní hodnoty evidujeme i v rámci sociální interakce, která implikuje, že nejčastěji (73,5 %) je její deficit zřetelný kolem prvního roku věku dítěte a nejnižší četnost (výpověď jednoho respondenta) náležela jedinci mezi 2,5.–3. rokem věku. Většina respondentů (81,43 %) registruje stereotypní behaviorální projevy kolem 2. roku věku dítěte a nejmenší četnost (výpověď dvou probandů) je evidována v prvním roce věku dítěte.

V následujících položkách (viz tabulka č. 29 a tabulka č. 30) jsme se zaměřili na zmapování toho, kterého odborníka rodiče dětí s PAS vyhledali, zda byli spokojeni s jeho přístupem a v neposlední řadě jsme respondenty rovněž vyzvali k odůvodnění svého stanoviska.

Tab. 29: *Vyhledaný odborník*

5. Se svým znepokojením jste se obrátil/a na:		
odborník	*četnost*	*procentuální četnost*
A. **pediatr**	**16**	**84,21**
B. logoped	2	10,53
C. pedagog	2	10,53
D. speciální pedagog	4	21,05
E. **psycholog**	**10**	**52,63**
F. psychiatr	2	10,53
G. neurolog	9	47,37
H. jiná osoba (prosím uveďte)	3 známí (1), kineziolog (1), genetik (1)	15,79

Z uvedeného (viz tabulka č. 29 a graf č. 23) je patrné, že v největší míře (84,21 %) se rodiče při znepokojení s vývojem svého dítěte obraceli na pediatra, následně – ve více než polovičním zastoupení (52,63 %) na psychologa a v četnosti procentuálně blízké (47,37 %) na neurologa. Se speciálním pedagogem se zkontaktovali 4 rodiče (21,05 %) a v menším počtu (2 rodiče – tedy 10,53 %) byl osloven logoped, pedagog a psychiatr. Jeden rodič také zaznamenal kontakt s kineziologem a genetikem.



Graf 23: *Vyhledaný odborník*

Vyhledání lékaře, pediatra, je přirozeným krokem při znepokojení rodičů s vývojem dítěte, proto evidujeme nejvyšší četnostní zastoupení (84,21 %) právě u dané profesní

odbornosti. Úkolem pediatra by mělo být globální zhodnocení vývoje dítěte a případně následné doporučení dalších specializovaných vyšetření. Zda jsou rodiče dětí s PAS spokojeni s touto péčí, bude zmíněno na následujících řádcích.

Dalším preferovaným odborníkem je dle výpovědi rodičů (viz graf č. 23) psycholog. Klinický psycholog či psychiatr jsou odborníci kompetentní realizovat diagnostiku a následně stanovit případnou diagnózu poruchy autistického spektra, této skutečnosti odpovídá i poziční prezence dané odbornosti. Četnostně nižší hodnota (4 rodiče – tedy 21,05 %) náleží speciálním pedagogům. I přes skutečnost, že rodiče primárně speciálního pedagoga při znepokojení nevyhledávají, předpokládáme, že vzhledem k faktu vypovídajícímu o převážném vzdělávání dětí ve speciálních školách (78,95 % – podrobněji viz dále) kontakt s daným odborníkem udržují.

I přes to, že zhruba 89,5 % rodičů eviduje narušenou komunikační schopnost již v raném věku dítěte, kontakt s logopedem neupřednostňují. Dané vnímáme za jedno ze stěžejních oblastí zapřičiňující absenci funkčního komunikačního systému u osob s PAS i v pozdějším věku. Důvodem může být přetrvávání nesprávného povědomí o primární orientaci logopedů na foneticko-fonologickou jazykovou rovinu, dále také domněnka vztahující se k péči o děti s narušenou komunikační schopností až v pozdějším věkovém období.

Tab. 30: *Spokojenost s odborníkem*

6. Byl/a jste spokojený/á s přístupem daného odborníka?		
spokojenost	*četnost*	*procentuální četnost*
A. ano	5	26,32
B. **ne**	**14**	**73,68**
∑	**19**	**100**

Jsou rodiče dětí s PAS spokojeni s přístupem odborníka, na kterého se kvůli svému znepokojení ve vývoji dítěte obrátili? Shodně můžeme říci (viz tabulka č. 30), že negativní odpověď je v tomto případě na místě. 14 rodičů z 19 (73,68 %) uvádí, že nebyli spokojeni s přístupem a dalším opatřením vyhledaného specialisty. Pozitivní zkušenost je naopak referována pouze 5 rodiči (26,32 %).

V případě negativních odpovědí dominuje daná reakce zejména u pediatrů, kde 13 respondentů není spokojeno s péčí tohoto specialisty. Pozitivní referenci s daným odborníkem potvrzují pouze 3 rodiče. U speciálních pedagogů nacházíme absenci

záporných výpovědí, dominují tedy kladné reference. Rodiče, kteří vyhledají pomoc psychologa, jsou s ní spokojeni v 60 %. Pozitivní zkušenost s logopedickou péčí vykazuje jeden rodič a zároveň negativní odezvu udává také jeden rodič.

Jako hlavní důvod nespokojenosti rodiče dětí s PAS udávají absenci informovanosti o problematice PAS, nedostatečnou znalost dané oblasti a pozdní diagnózu. Z jednotlivých odpovědí uvádíme například: „Doktorka nám řekla, že kluci jsou holt línější…“ „Žádné informace ani doporučení, jen sdělení vyčkat.“ „Pediatr nám doporučil dát syna do MŠ, že se řeč rozvine v kolektivu a při záchvatech vzteku, ať ho sprchujeme studenou vodou. Až na naši žádost nás odeslal k psychologovi. Po stanovení diagnózy nám řekl, že se za 15 let svého působení s autismem nesetkal.“ „Lékař nám neporadil a neodeslal nikam, přešli jsme k jinému, ten ale také neporadil. Chybí tu návaznost lékařů nebo odborníků jeden na druhého.“ V četnostně značně menším procentuálním zastoupení (26,32 %) nacházíme odpovědi reflektující spokojenost s poskytovanou péčí jednotlivých odborníků. Respondenti pojednávají o vstřícném přístupu daného odborníka, o poskytnutí informací o problematice PAS, zprostředkování kontaktů na další odborníky a doporučení následného odborného vyšetření.

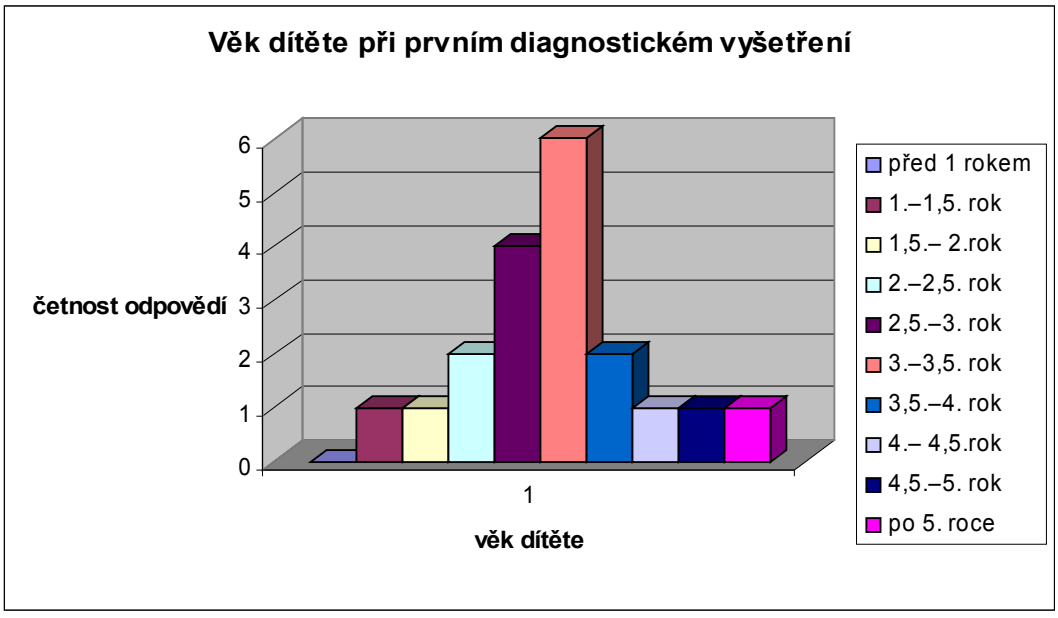
V této části dotazníkového šetření jsme respondentům kladli otázku cílenou na zmapování toho, jaké opatření příslušný odborník aplikoval. Výsledkem jsou odpovědi vypovídající o absenci jakýkoliv dalších postupů, dále medikace psychofarmak a doporučení dalšího odborného vyšetření (psychologické, speciálněpedagogické, neurologické a psychiatrické).

Další položky dotazníkového šetření (viz tabulka č. 31 a tabulka č. 32) rozpoznávaly, které diagnostické kategorie u dětí s PAS převládaly. Dílčím cílem také bylo zjistit průměrný věk dítěte, kdy bylo realizováno diagnostické vyšetření.

Tab. 31: *Věk diagnostického vyšetření*

8. V kolika letech proběhlo u dítěte první diagnostické vyšetření?		
věkové rozmezí	*četnost*	*procentuální četnost*
A. před 1. rokem	0	0
B. 1.–1,5. rok	1	5,26
C. 1,5.–2. rok	1	5,26
D. 2.–2,5. rok	2	10,53
E. **2,5.–3. rok**	**4**	**21,05**
F. **3.–3,5. rok**	**6**	**31,58**
G. 3,5.–4. rok	2	10,53
H. 4.–4,5. rok	1	5,26
J. 4,5.–5. rok	1	5,26
K. po 5. roce	1	5,26
∑	**19**	**100**

Ze znázorněné tabulky č. 31 je patrné, že 6 respondentů (31,58 %) deskripuje první diagnostické vyšetření svého dítěte mezi 3.–3,5. rokem věku. Následující pozici (21,05 %) zaujímá diagnostika ve věkovém rozmezí 2,5.–3. roky a ve shodném hodnotovém významu (10,53 %) je zastoupen interval mezi 2.–2,5. rokem a 3,5.–4. rokem věku dítěte. Nejnižší frekvence (1 odpověď; tedy 5,26 %) je prezentována pětkrát a zastupuje období mezi 1.–1,5. rokem; 1,5.–2. rokem; 4.–4,5. rokem; 4,5.–5. rokem a po 5. roce věku dítěte.



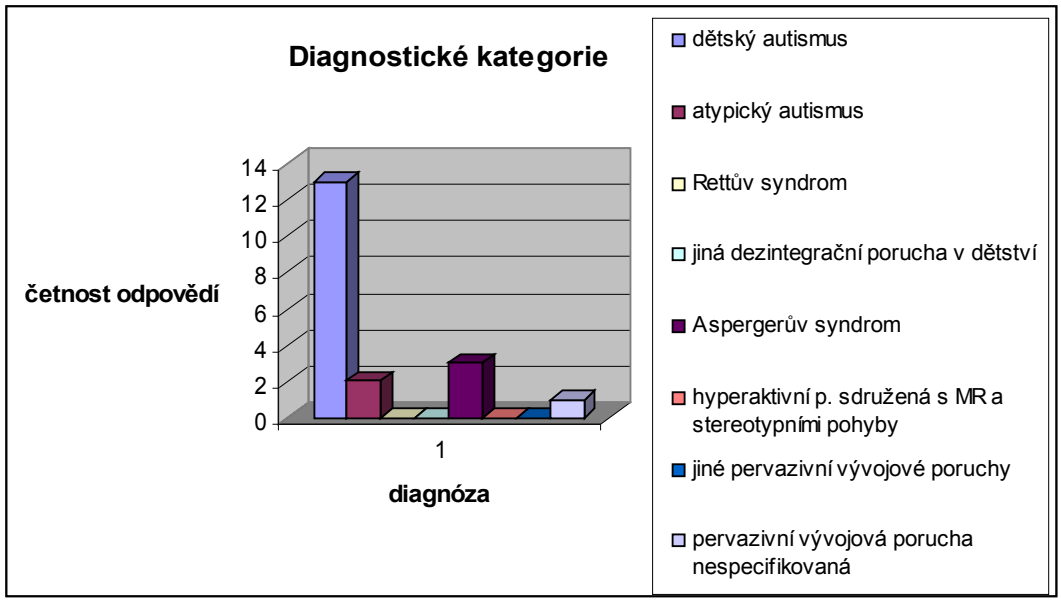
Graf 24: *Věk diagnostického vyšetření*

Získaná data (viz graf č. 24) potvrzují stanoviska odborníků věnujících se diagnostice PAS. Ta poukazují na nejfrekventovanější diagnostiku poruch autistického spektra kolem 3. roku věku dítěte. I přes nestabilní symptomatologii a heterogennost klinického obrazu se specifické symptomy stávají v daném období zřetelnější a více nápadné (srov. např. Ošlejšková, 2008; Steinhausen, Gundelfinger, 2010; Thorová, 2006 et al.).

Tab. 32: *Diagnóza*

9. Vaše dítě mělo diagnostikovaný:		
diagnóza	*četnost*	*procentuální četnost*
A. **dětský autismus**	**13**	**68,42**
B. atypický autismus	2	10,53
C. Rettův syndrom	0	0
D. jiná dezintegrační porucha v dětství	0	0
E. **Aspergerův syndrom**	**3**	**15,79**
F. hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby	0	0
G. jiné pervazivní vývojové poruchy	0	0
H. pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná	1	5,26
∑	**19**	**100**

Rodiče, kteří vyplnili náš dotazník, mají v převážné většině (68,42 %) děti s diagnózou dětský autismus. Další pozice (viz graf č. 25) náleží diagnóze Aspergerův syndrom (15,79 %) a atypický autismus (10,53 %). V nejmenším procentuálním zastoupením nacházíme diagnostickou kategorii pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná (5,26 %) a následující diagnózy absentují.



Graf 25: *Diagnóza*

Porovnáme-li jednotlivé diagnostické kategorie s věkem diagnostického vyšetření (viz tabulka č. 31, tabulka č. 32 a graf č. 24, graf č. 25), docházíme k těmto stanoviskům. U klientů s diagnózou dětský autismus je dle výpovědí respondentů nejčastějším věkem prvního diagnostického vyšetření 2,5.–3,5. rok věku. U klientů s Aspergerovým syndromem je v převaze věkové období po 3,5. roku věku a atypický autismus je jedenkrát deskripován v 1,5. roku věku dítěte a v druhém případě ve 3,5. roku věku dítěte.

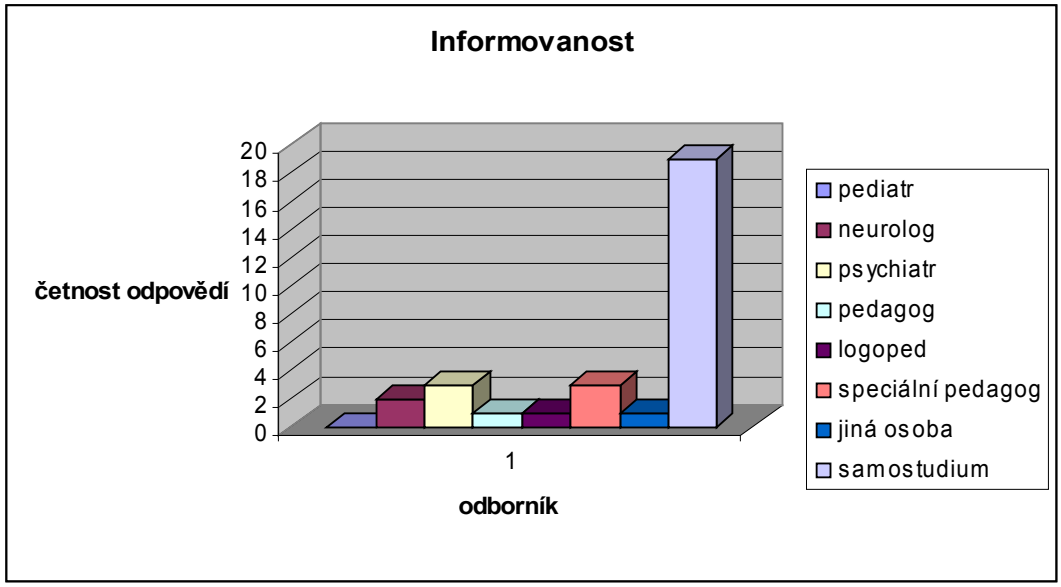
Z uvedeného je zřejmé, že dětský autismus, jehož specifický klinický obraz je ve většině případů markantní již v raném věkovém období, v sobě také obvykle implikuje raný věk diagnózy (obvykle před či kolem 3. roku věku). Odlišnou situaci nacházíme u osob s Aspergerovým syndromem, kde sociální deficity se stávají výraznějším indikátorem až v době vstupu dítěte do předškolního či školního zařízení. Z tohoto důvodu, jak je mimo jiné také evidentní z výsledků našeho šetření, je věk stanovení diagnózy obvykle vzhledem k dětskému autismu pozdější (třetí a vyšší rok věku dítěte).

V další položce (viz tabulka č. 33) jsme zjišťovali, který odborník rodičům dětí s PAS poskytl informace o této problematice a zda byly dostatečné.

Tab. 33: *Poskytnutí informací o problematice PAS*

11. Informace ohledně poruch autistického spektra Vám poskytl:		
odborník	*četnost*	*procentuální četnost*
A. pediatr	0	0
B. neurolog	2	10,53
C. **psychiatr**	**3**	**15,79**
D. pedagog	1	5,26
E. logoped	1	5,26
F. **speciální pedagog**	**3**	**15,79**
G. jiná osoba (prosím uveďte)	1 (psycholog)	5,26
H. **získávali jste informace sami prostřednictvím odborné literatury**	**19**	**100**

Absolutní dominanci nad ostatními kategoriemi v plném početním zastoupení (všech 19 rodičů) představuje získávání informací samostudiem – především prostřednictvím studia odborné literatury. Dalším informačním zdrojem se pro rodiče, i když ve velmi nízké četnostní prezenci (15,79 %), stává psychiatr a speciální pedagog. Ještě nižší hodnotu nacházíme v případě získávání informací od neurologa – pouze 2 rodiče (10,53 %) udávají informovanost od daného odborníka a nejnižší četnost je demonstrována třemi odborníky (pedagog, logoped, psycholog) v procentuálním zastoupení 5,26 %. Nacházíme také plnou absenci zprostředkování informací o problematice poruch autistického spektra od lékaře, pediatra.



Graf 26: *Poskytnutí informací o problematice PAS*

Za alarmující považujeme výpovědi respondentů reflektující skutečnost (viz graf č. 26), že pro rodiče dětí s PAS se stává primárním informačním zdrojem o této problematice samostudium dostupné literatury. Motivace k získávání informací danou cestou je samozřejmě velice pozitivní indikátor zájmu ze strany rodičů, musíme ale také současně akcentovat, že by neměl být jediným pramenem. Aktivní interakce při vzájemné výměně informací (prostřednictvím konzultací, seminářů apod.) ať už zprostředkovaná odborníky či jinými osobami má nezastupitelnou roli. Zároveň za velice negativní sdělení je třeba považovat fakt pojednávající o tom, že žádný námi oslovený rodič nezískal informace o problematice poruch autistického spektra od pediatra. Vzhledem k tomu, že převážná většina rodičů (84,21 %) se při znepokojení s vývojem svého dítěte obrací právě na pediatra a následně od něj nezíská žádné adekvátní informace o pervazivních vývojových poruchách, musíme danou skutečnost považovat za nepříznivou a apelovat na řešení.

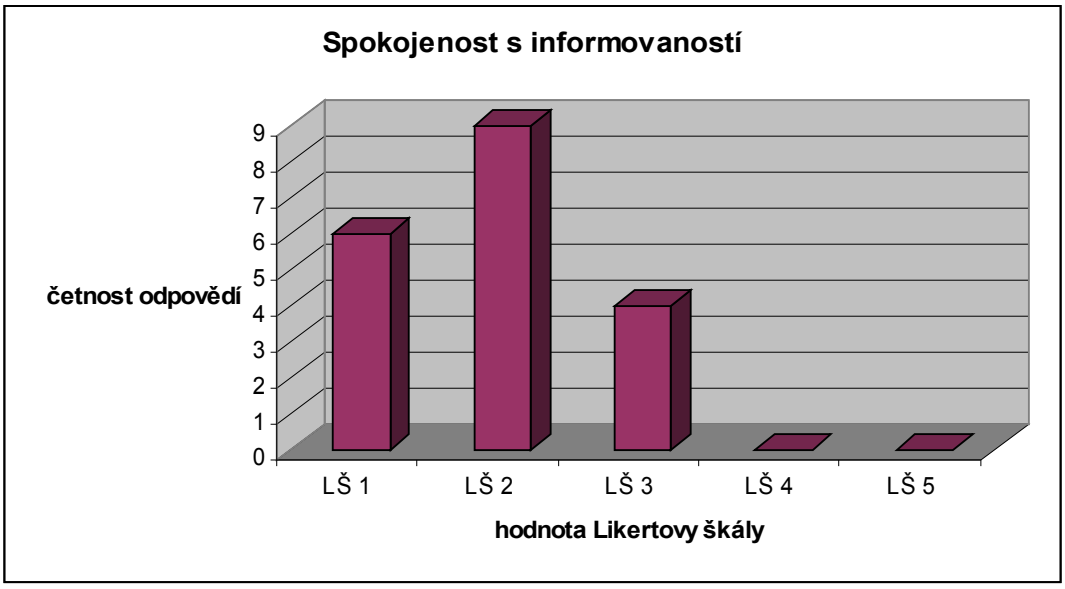
I přes to, že speciální pedagog a psychiatr rodičům dětí s PAS informace poskytl, nemůžeme vzhledem k četnosti odpovědí (3 odpovědi vztahující se ke speciálnímu pedagogovi a stejný počet i k psychiatrovi – tedy 15,79 %) pokládat danou hodnotu za dostatečnou. Totožné stanovisko zastáváme i v případě neurologa, který o této problematice informoval pouze 2 respondenty (10,53 %).

Tab. 34: *Spokojenost s poskytnutými informacemi*

12. Zaznamenejte prosím spokojenost s informovaností:		
hodnota Likertovy škály	*četnost*	*procentuální četnost*
1	**6**	**31,58**
2	**9**	**57,37**
3	4	21,05
4	0	0
5	0	0
∑	**19**	**100**

K záznamu spokojenosti s poskytnutými informacemi (viz tabulka č. 34) jsme aplikovali škálu Likertova typu, kde hodnota 1 znamená naprostou nespokojenost. Opačnou pozici – naprostou spokojenost, zastupuje hodnota 5. Jak je patrné ze znázorněné tabulky č. 34 a grafu č. 27, převahu v 57,37% zastoupení zaujímá číslo 2, tedy pozice směřující k negativnímu výpovědnímu významu s příklonem k nespokojenosti. Podstatnou výpovědní kvalitu má také druhá pozice, která hovoří o skutečnosti, že 31,58 % rodičů dětí s PAS není spokojeno s poskytovanými informacemi (v daném procentuálním zastoupení převažuje údaj 1 Likertovy škály). Dle analýzy se tato hodnota pojí primárně s informovaností prostřednictvím samostudia odborné literatury. Můžeme tedy říci, že respondenti, kteří zaznamenali číslo 1 – naprostou nespokojenost, uváděli danou souvstažnost ve všech případech ke studiu dostupné literatury. V případě hodnoty druhé, také dominovalo samostudium odborné literatury, ale současně nacházíme jednoho respondenta uvádějícího zprostředkování informací od psychologa.

Ve střední linii inklinující k neutrální pozici v získávání informací zastoupené přibližně 21 % evidujeme kromě znovu přítomného samostudia také profesi speciálního pedagoga, informovanost od psychologa a neurologa. Hodnotu Likertovy škály 4 a 5, která pojednává o příklonu ke spokojenosti až k naprosté spokojenosti se získanými informacemi o problematice PAS, bohužel nenacházíme.



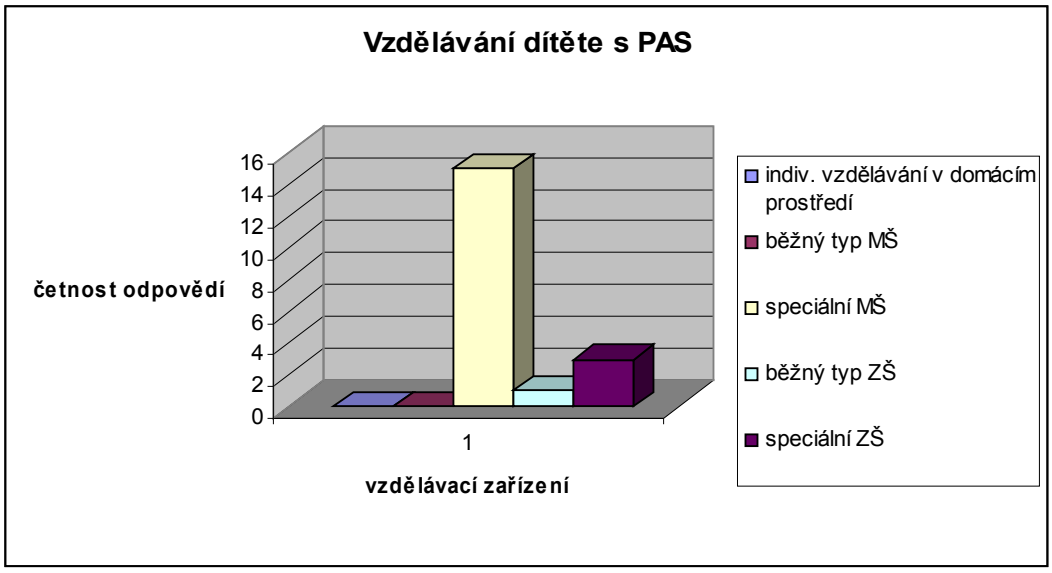
Graf 27: *Spokojenost s poskytnutými informacemi*

Úkolem následujících položek dotazníku (viz tabulka č. 35 a tabulka č. 36) bylo zmapovat, jaké školské zařízení v současné době dítě navštěvuje a v péči kterého odborníka se v současnosti nachází.

Tab. 35: *Vzdělávací zařízení*

13. V současné době je Vaše dítě vzděláváno:		
typ vzdělávací instituce	*četnost*	*procentuální četnost*
A. individuální vzdělávání v domácím prostředí	0	0
B. běžný typ MŠ	0	0
C. **speciální MŠ**	**15**	**78,95**
D. běžný typ ZŠ	1	5,26
E. **speciální ZŠ**	**3**	**15,79**
∑	**19**	**100**

V největším početním zastoupení (15 rodičů – 78,95 %) jsou děti námi oslovených respondentů vzdělávány ve speciální mateřské škole. Ve speciální základní škole jsou edukovány 3 děti (15,79 %) a jeden klient s PAS (5,26 %) navštěvuje běžný typ základní školy.



Graf 28: *Vzdělávací zařízení*

Žádný rodič neudává edukaci v domácím prostředí dle individuálního vzdělávacího plánu a absentuje také vzdělávání v běžném typu mateřské školy (viz graf č. 28). Důvodem tak vysoké početní převahy speciální mateřské školy je skutečnost daná tím, že většinu oslovených rodičů známe z osobního kontaktu v rámci našeho působení v daném typu zařízení.

Tab. 36: *Odborník pečující o dítě s PAS*

14. V současné době je Vaše dítě v péči:		
odborník	*četnost*	*procentuální četnost*
A. pedagog	1	5,26
B. **speciální pedagog**	**16**	**84,21**
C. **logoped**	**16**	**84,21**
D. **psycholog**	**11**	**57,89**
E. psychiatr	10	52,63
F. neurolog	7	36,84
H. jiná osoba (prosím uveďte)	2 (alergolog, imunolog), léčitel (1)	10,53

Nejčastěji deskripovaným odborníkem pečujícím o dítě s PAS je speciální pedagog společně s logopedem (84,21 %). Dalším specialistou je psycholog (57,89 %) a psychiatr (52,63 %). V menším zastoupení (36,84 %) je prezentován neurolog a nejnižší hodnota (5,26 %) náleží pedagogovi, alergologovi, imunologovi. Jeden rodič také zmiňuje léčitele.

Za velmi pozitivní považujeme péči logopeda, která je reflektována téměř u 85 % dětí s PAS. I přes to, že rodiče primárně daného odborníka při znepokojení s vývojem dítěte nevyhledávají, můžeme na základě výše uvedených výzkumných dat (viz tabulka č. 36) předpokládat, že na bázi dalších doporučení a následných opatření je logoped nedílnou součásti interdisciplinárního týmu pečujícího o jedince s poruchou autistického spektra. Okolnost signalizující vysokoprocentní zastoupení speciálního pedagoga je v recipročním vztahu s výše zmíněným faktem pojednávajícím o převaze edukace vyšetřovaných dětí v mateřské škole speciální. Psycholog a psychiatr jsou v neposlední řadě dalšími odborníky, kteří by měli být s rodinou a dítětem s PAS v pravidelném kontaktu. Přestože evidujeme nadpoloviční počet výpovědí uvádějících angažovanost těchto profesí v rámci intervenčního působení u daného postižení, nepovažujeme uvedenou hodnotu za dostačující. Ke stejnému stanovisku se přikláníme i v případě odborného lékaře, neurologa.

Následným úkolem dotazníkového šetření bylo zmapovat, zda rodiče dětí s PAS považují realizaci logopedické intervence za opodstatněnou a případně proč ano či proč ne.

Tab. 37: *Opodstatněnost logopedické intervence u osob s PAS*

15. Je dle Vás logopedická intervence u Vašeho dítěte důležitá?		
hodnocení	*četnost*	*procentuální četnost*
A. **ano**	**19**	**100**
B. ne	0	0
∑	**19**	**100**

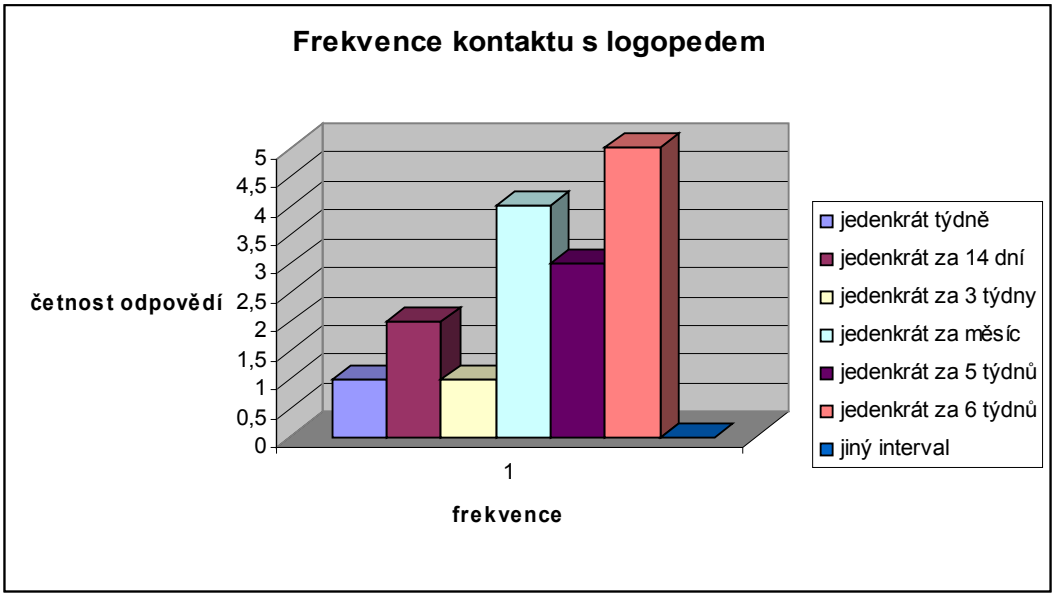
Z uvedené tabulky č. 37 je zřejmé, že všichni oslovení rodiče pokládají realizaci logopedické intervence u svého dítěte za potřebnou. Hlavním důvodem je dle výpovědi jednotlivých respondentů opodstatněnost rozvoje komunikace jako schopnosti ovlivňující další globální rozvoj dítěte a nezbytnost osvojit si funkční komunikační systém za účelem vyjádření jeho potřeb a přání. Respondenti také akcentují na rozvoj komunikace jako schopnosti predisponující začlenění osob s PAS do společnosti.

Po evidenci realizace logopedické intervence u dětí s PAS (viz tabulka č. 36) jsme si také stanovili za úkol zjistit, jakou frekvenci kontaktu s daným odborníkem rodiče udržují a zda jsou přítomni při jejím průběhu.

Tab. 38: *Frekvence kontaktu s logopedem*

17. Jak často je Vaše dítě v péči logopeda?		
frekvence	*četnost*	*procentuální četnost*
A. jedenkrát týdně	1	6,25
B. jedenkrát za 14 dní	2	12,5
C. jedenkrát za 3 týdny	1	6,25
D. **jedenkrát za měsíc**	**4**	**25**
E. jedenkrát za 5 týdnů	3	18,75
F. **jedenkrát za 6 týdnů**	**5**	**31,25**
G. jiný interval (prosím uveďte)	0	0
∑	**16**	**100**

Nejvyšší četnostní zastoupení (viz tabulka č. 38 a graf č. 29) zaujímá interval realizace logopedické intervence jedenkrát za 6 týdnů (31,25 %), následující pozice náleží frekvenci setkávání jedenkrát za měsíc (25 %) a jedenkrát za 5 týdnů (18,75 %). Významně nižší výpovědní hodnotu (12,5 %) má frekvence odpovídající četnosti jedenkrát za 14 dní a v nejnižší míře (6,25 %) je prezentována její realizace jedenkrát týdně a jedenkrát za 3 týdny.



Graf 29: *Frekvence kontaktu s logopedem*

Logopedická intervence u osob s PAS je časově i obsahově velice náročná a determinovaná řadou reparabilních i ireparabilních faktorů. Na logopeda jsou kladeny

vysoké nároky jak po stránce profesní fundovanosti, tak osobnostních schopností. Vzhledem ke zmíněné náročnosti a problematické generalizaci dosud získaných schopností, považujeme adekvátní interval logopedické intervence jedenkrát za týden, případně jedenkrát za 14 dní. Ze získaných výzkumných dat je však jednoznačně patrné, že frekvenci pravidelného setkávání jedenkrát za týden potvrzuje pouze jeden rodič dítěte s PAS. Naopak nejvíce je zastoupena hodnota hovořící o uskutečnění intervence jedenkrát za 6 týdnů, proto s tímto úsekem nemůžeme být spokojeni.

Tab. 39: *Přítomnost rodičů při logopedické intervenci*

18. Jste přítomni při logopedické intervenci?		
výpověď	*četnost*	*procentuální četnost*
A. **ano**	**11**	**68,75**
B. ne	5	31,25
∑	**16**	**100**

Osmnáctá položka dotazníku (viz tabulka č. 39) zjišťovala, zda jsou rodiče přítomni při logopedické intervence u svého dítěte. Jejich prezenci považujeme za důležitou a pro návaznost v doporučených postupech za nezbytnou. Na druhou stranu se ale také můžeme setkat s lepší spoluprací při absenci rodiče či příbuzného. I v tomto případě bychom ale neměli zapomenout na edukaci a případnou demonstraci procvičované oblasti.

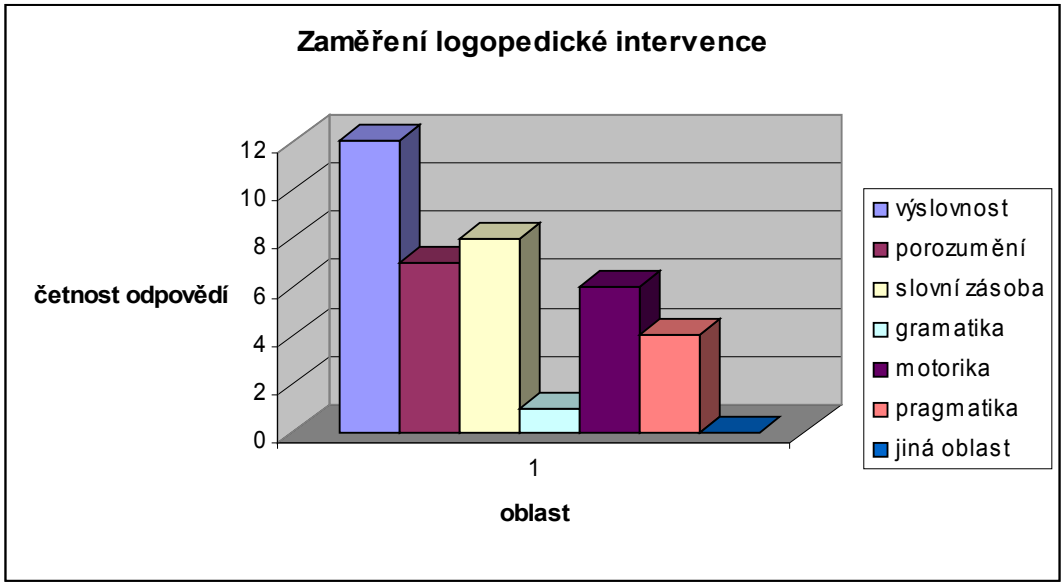
Můžeme konstatovat, že v případě našich respondentů je 11 rodičů (68,75 %) z 16 přítomno při průběhu logopedické intervence. Jedná se tedy o nadpoloviční počet z dotazovaných osob a daný ukazatel lze považovat za pozitivní výpověďmi hodnotu.

V jedné z posledních částí dotazníkového šetření věnujících se logopedické intervenci (viz tabulka č. 40) jsme si kladli za cíl detekovat oblast komunikace, na kterou se logoped při intervenčním působení dle rodičů dětí s PAS zaměřuje.

Tab. 40: *Oblast zaměření logopedické intervence u osob s PAS*

19. Logoped se při logopedické intervenci především zaměřuje na rozvoj:		
oblast	*četnost*	*procentuální četnost*
A. **výslovnost**	**12**	**75**
B. porozumění	7	43,75
C. **slovní zásoba**	**8**	**50**
D. gramatika	1	6,21
E. motorika	6	37,5
F. pragmatika	4	25
G. jiná oblast (prosím, uveďte)	0	0

V převaze nad ostatními hodnotami nacházíme zaměření logopedické intervence na výslovnost (75 %), dále na slovní zásobu (50 %) a porozumění (43,75 %). V menším četnostním zastoupení jsou deskripovaná data vypovídající o orientaci logopedické péče na motoriku (37,5 %) a pragmatickou jazykovou rovinu komunikace (25 %). Morfologicko-syntaktickou jazykovou rovinu zmiňuje pouze jeden respondent (6,21 %).



Graf 30: *Oblast zaměření logopedické intervence u osob s PAS*

Preferenci foneticko-fonolofické jazykové roviny (viz graf č. 30) jako primární oblasti při rozvoji komunikační schopnosti u osob s PAS nepovažujeme vzhledem k bázi této problematiky za relevantní. Bohužel analýza výsledků dotazníkového šetření od rodičů dětí s PAS poukazuje na to, že tři čtvrtiny z oslovených respondentů zaznamenávají při

realizaci logopedické intervence upřednostňování této jazykové roviny. Zároveň si musíme být také vědomi možnosti zkreslení výsledků v důsledku nesprávného zhodnocení průběhu intervence ze strany rodičů.

Pragmatika – primárně aberantní oblast v rámci narušené komunikační schopnosti u osob s PAS, by měla být stěžejní sférou, na níž je zaměřena péče logopeda. Ani na tomto místě nemůžeme referovat o kladných výsledcích, neboť orientace na danou oblast je dle výpovědí respondentů zastoupena v 25 % (4 rodiče z 16 hovoří o budování funkční komunikace). Rozvoj aktivní a pasivní slovní zásoby, jež je také důležitou součástí logopedické intervence, evidujeme dle dotazovaných rodičů u 50 % logopedů. Za nedostatečnou početní prezenci pokládáme také rozvoj motorických schopností (37,5 %) a gramatiku, o níž pojednává pouze jeden rodič (6,21 %).

V dotazníkovém šetření nás také zajímalo, zda jsou rodiče dětí s PAS obeznámeni se systémy alternativní či augmentativní komunikace a zda některé z nich aplikují.

Tab. 41: *Užití alternativní a augmentativní komunikace*

20. Užívá logoped u Vašeho dítěte alternativní a augmentativní komunikaci?		
odpověď	*četnost*	*procentuální četnost*
A. ano	7	43,75
B. **ne**	**9**	**56,25**
∑	**16**	**100**

Užití alternativní a augmentativní komunikace především u osob s dětským autismem by zejména z důvodu preference výstavby funkční komunikace mělo být nedílnou součástí logopedické intervence. Získaná data (viz tabulka č. 41) však upozorňují na to, že aplikace těchto systémů není v rámci logopedické intervence samozřejmostí – její uplatnění potvrzuje 43,75 %. V mírné převaze je tedy negace (56,25 %) týkající se alternativní a augmentativní komunikace.

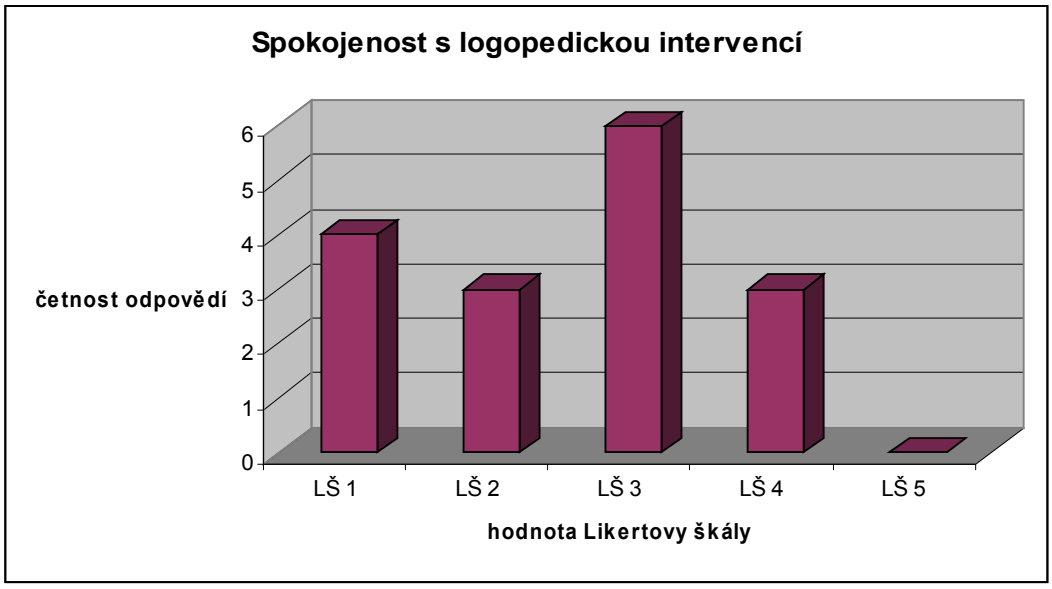
V poslední položce dotazníku (viz tabulka č. 42 a tabulka č. 43) určeného pro rodiče dětí s PAS jsme si stanovili za cíl reflektovat spokojenost respondentů s poskytovanou logopedickou intervencí. Tuto položku jsme diferencovali do dichotomických částí, které hodnotí v první sféře spokojenost s informovaností (o

komunikaci a možnostech rozvoje včetně praktické edukace) a druhá část se týkala spokojenosti s jejími výsledky.

Tab. 42: *Spokojenost s logopedickou intervencí (informovanost)*

21. Zaznamenejte prosím spokojenost s informacemi získanými od logopeda týkající se komunikace a možnostmi jejího rozvoje		
hodnota Likertovy škály	*četnost*	*procentuální četnost*
1	**4**	**25**
2	3	18,75
3	**6**	**37,5**
4	3	18,75
5	0	0
∑	**16**	**100**

Součástí práce logopeda by měla být také edukace rodičů směřovaná jak k objasnění podstaty problematiky narušené komunikační schopnosti u osob s PAS, tak i k demonstraci přímých ukázek a zácviků v rozvoji stěžejních komunikačních oblastí. Jsou dotazovaní rodiče spokojeni s touto informovaností? Bohužel se musíme přiklonit spíše k negativní referenci. V největším počtu (37,5 %) evidujeme hodnotu číslo 3 Likertovy škály, jež v sobě implikuje neutrální stanovisko. Nelze ale opomenout hodnotu pozičně druhou (25 %), prezentovanou číslem 1, která znamená naprostou nespokojenost s poskytovanými informacemi. Tuto skutečnost lze považovat za velice negativní výpovědní hodnotu. V totožné četnosti (18,75 %) evidujeme hodnotu číslo 2 (příklon k negativním referencím) a číslo 4 (příklon k pozitivním referencím). Hodnota číslo 5 – naprostá spokojenost s poskytovanými informacemi, není zastoupena v žádném počtu.



Graf 31: *Spokojenost s logopedickou intervencí (informovanost)*

Tab. 43: *Spokojenost s výsledky logopedické intervence*

22. Jste spokojeni s výsledky logopedické intervence?		
odpověď	*četnost*	*procentuální četnost*
A. ano	8	50
B. ne	8	50
∑	**16**	**100**

Podíváme-li se na stanoviska rodičů dětí s PAS k výsledkům realizované logopedické intervence (viz tabulka č. 43), evidujeme homogenní počet odpovědí vypovídajících o pozitivních i negativních referencí, proto se nelze přiklonit k žádnému převažujícímu aspektu.

Součástí této položky byla také deskripce kladných či záporných hledisek reflektujících výsledky logopedické intervence. Mezi pozitivní výpovědi náleží například: „Dělá pokroky, snaží se komunikovat.“ „Logoped má zájem o problematiku, snaží se rozvíjet komunikaci a hledat cesty, je to ale běh na dlouho trať a výsledky jsou pomalé.“ „Dochází k rozvoji v komunikaci, zájmu o komunikaci, užívá piktogramy.“ „Zájem ze strany logopeda, kreativita, hledání cesty, výroba pomůcek.“ Naopak mezi negativní výpovědi náleží například: „Nejsou moc žádné výsledky, dítě nenavazuje zrakový kontakt, stále nemá dostatečný zájem komunikovat.“ „Na logopedii chodí již dlouho – 2 roky, a výsledky jsou velice malé, problém s navázáním kontaktu s dítětem.“ „Špatná organizace a

vybavení ordinace – moc věcí, vše dítě rozptýlí, pak se soustředí na jiné aktivity, čas rychle uteče a logoped nenaváže ani kontakt s dítětem.“ „Logopedka je netrpělivá, časová omezenost trvání logopedie.“

Jak je patrné z výše uvedených odpovědí, převažuje v případě záporných reakcí problém v navázání kontaktu s klientem s PAS, nevhodná organizace logopedického pracoviště a časově omezená dotace logopedické intervence. V případě pozitivních reakcí nacházíme obecné odezvy zastoupené snahou o komunikaci ze strany dítěte s PAS, větším úsilím o ní či přítomností kreativity a zájmu ze strany logopeda.

V závěrečné části dotazníku jsme dali respondentům prostor pro případné náměty, připomínky, stížnosti, pochvaly či trápení. Z uvedených můžeme zmínit například: „Problematická je návaznost péče mezi odborníky – jejich vzájemná komunikace a předávání informací. Velmi málo péče o děti s PAS – rodiče nemají možnost si odpočinout. Logopedi odmítají přijímat dítě s autismem, že nemají dostatečné podmínky, vybavení pracoviště apod.“ „Syn je velice fixován na učitelky. Při styku s cizími lidmi je občas problém, že na něm postižení tzv. »není vidět«, spousta lidí o autismu nic neví a mají poměrně dost nemístné připomínky, bohužel i děti jeho věku, a někdy je vidět, že je mu to líto…“ „Chybí mi tu informovanost, někdy i přístup lidí – profesionální přístup, ochota komunikovat, opravdový zájem pomoci, systematické vzdělávání.“ „Chybí zde fundované poradenství pro rodiče, informace stejně musí rodič najít sám, stejně jako způsob, jak s dítětem pracovat.“ „Při řešení problémů nám bylo vždy sděleno, že bychom měli začít synovi dávat medikaci.“

Posoudíme-li dané výpovědi, docházíme k závěru, že téměř u všech probandů považujeme za stěžejní problematickou oblast nedostatečnou informovanost či dezinformovanost jednotlivých odborníků o problematice PAS. S danou skutečností úzce souvisí insuficientní nebo chybně sdělované informace rodičům dětí s PAS.

8.6 Shrnutí, závěry a komparace výsledků dotazníkových šetření

Výzkumné šetření cílené na analýzu stávající situace v poskytování logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra v České republice je postaveno na distribuci tří heterogenních dotazníků určených klinickým logopedům, speciálním

pedagogům pracujícím s dětmi s poruchou autistického spektra a rodičům jedinců s danou diagnózou. Záměrem výběru uvedených respondentů je snaha o globální náhled na zkoumanou oblast ze tří odlišných úhlů pohledů.

Hlavním úkolem dotazníkového šetření aplikovaného u klinických logopedů bylo zmapovat četnost klientů s diagnózou poruchy autistického spektra, detekovat nejčastější diagnostickou kategorii v rámci pervazivních vývojových poruch, zjistit preferenci přístupů či případné užití alternativní a augmentativní komunikace. Na základě stanovených hodnotících kritérií jsme reflektovali znalost problematiky PAS, povědomí o narušené komunikační schopnosti, spokojenost s poskytovanými informacemi o této problematice a úroveň interdisciplinární spolupráce.

Dle Asociace klinických logopedů České republiky je v současné době v rámci této lokality evidováno 408 klinických logopedů. Tuto základní výzkumnou skupinu jsme oslovili prostřednictvím poštovní korespondence a z celkového počtu rozeslaných dotazníků získali 35,29 % odpovědí (144 dotazníků). Mezi respondenty, kteří vyplnili distribuovaný dotazník, převažovala v četnosti 36,81 % délka jejich odborná praxe v časovém rozmezí 0–5 let. Pro účely dotazníkového šetření byla stanovena kritéria pro vyhodnocení položek vztahujících se ke znalosti základní specifikace poruch autistického spektra a jednotlivých diagnostických kategorií (blíže viz 8.5.1 *Analýza výsledků dotazníkového šetření pro klinické logopedy*). Vědomostní položky poukazují na to, že znalost základního vymezení zkoumané problematiky se u oslovených klinických logopedů pohybuje v mírné převaze u hodnoty částečná (34,03 %) vzhledem ke kategorii dostatečná (33,33 %). Nedostatečné povědomí o této oblasti jsem evidovali u 31 klinických logopedů (21,53 %). Deskripované hodnoty nejsou výrazně diferentní, proto nemůžeme hovořit o zásadní dominanci žádného stanoveného kriteriálního hodnocení. Dostatečnou znalost problematiky PAS bychom mohli předpokládat u klinických logopedů, jejichž délka praxe je v časovém rozmezí 0–5 let. Vzhledem k tomu, že poruchy autistického spektra jsou součástí anotací předmětů logopedie, psychopedie či základů speciální pedagogiky vyučovaných u studentů studijního programu speciální pedagogika na vysokých školách připravujících studenty pro výkon povolání v oboru logopedie, měli by kliničtí logopedi s tak krátkou časovou prodlevou od ukončení studia vysoké školy mít dostatečné základní povědomí o zkoumané problematice. Ke stejnému stanovisku se přikláníme i z důvodu implementace seminářů týkajících se PAS v rámci předatestační

přípravy klinických logopedů v České republice. Výsledky dotazníkového šetření nám ale bohužel ukazují jiné výsledky. U klinických logopedů, kteří mají délku praxe v časovém intervalu 0–5 let, zaznamenáváme dostatečnou znalost problematiky pervazivních vývojových vad v počtu 19 odpovědí z 53 respondentů (35,85 %) a nedostatečná znalost vytyčené oblasti zaujímá téměř homogenní výpovědní hodnotu prezentovanou počtem 18 klinických logopedů (33,96 %). Z tohoto důvodu se nemůžeme přiklonit k námi vyjádřené domněnce a musíme vidět deficity ve znalostní oblasti i u této skupiny klinických logopedů. Nedostatečnou znalost evidujeme také v relativně vysokém četnostním zastoupení u klinických logopedů s delší praxí v oboru. Například u respondentů s praxí 10–15 let v četnosti 22,58 % a u klinických logopedů s praxí delší než 15 let 12,9 %. Musíme tedy konstatovat, že nedostatky pojící se s touto položkou dotazníků jsou evidentní a oslovení kliničtí logopedi nemají takovou znalostní orientaci, jakou bychom očekávali. Vyhodnocení druhé vědomostní oblasti vztahující se k dílčím diagnostickým kategoriím reprezentuje fakt reflektující převahu kritéria dostatečná znalost (55,56 %) vzhledem ke kategorii částečná (17,36 %) a nedostatečná (16,67 %). I přes tuto skutečnost nacházíme v dotaznících odpovědi, které bychom mohli označit za nesprávné či překonané. Jednalo se o pojmy autistické rysy (13,39 %) a infantilní autismus či Kannerův autismus (11,81 %).

Většina oslovených respondentů (90,28 %) považuje realizaci logopedické intervence u osob s PAS za opodstatněnou a jako nejvíce deficitní jazykovou rovinu v rámci narušené komunikační schopnosti recipují aberace v pragmatické jazykové rovině (70,83 %). Morfologicko-syntaktická jazyková rovina je demonstrována četností 27,78 % a v případě foneticko-fonologické jazykové roviny nacházíme hodnotu 15,97 %. Zřejmá je tedy viditelná převaha správných odpovědí (pragmatické jazykové roviny) nad ostatními nabízenými možnostmi. Nemůžeme ale opomenout prezenci foneticko-fonologické jazykové roviny, která by v ideálním případě měla plně absentovat. Ukazatel vypovídající o detekci této sféry zahrnuje skutečnost implikující, že 23 klinických logopedů stále považuje tuto oblast za primárně insuficientní. I když je procentuálně daná položka vzhledem k ostatním spolukategoriím nižší, nemůžeme daný ukazatel považovat za bezvýznamný a je třeba jej pokládat za přetrvávání (v daném případě 15,97%) nedostatečné znalosti v oblasti narušené komunikační schopnosti u osob s PAS.

Za důležitou část dotazníkového šetření pokládáme zmapování toho, zda jsou klienti s PAS v péči logopeda. Výsledky výzkumného šetření poukazují, že v mírně nadpolovičním počtu (55,56 %) převažují respondenti, kteří potvrzují realizaci logopedické intervence u osob s touto diagnózou. V nejvyšším počtu (21 klinických logopedů) je uváděno, že v současné době mají oslovení respondenti v péči průměrně dva klienty s pervazivní vývojovou poruchou, naopak nejnižší četnost zaznamenáváme při deskripci dvanácti, osmnácti a dvaceti klientů. Ze všech získaných dat vyplývají průměrně čtyři osoby na každého klinického logopeda, jejichž odpověď byla vzhledem k intervenci u osob s PAS pozitivní. S ohledem na skutečnost, že v České republice je dle Thorové (2010) v současné době přibližně 20 000 lidí s poruchou autistického spektra, musíme považovat výše uvedenou četnost za nedostačující. K nejfrekventovanějším diagnostickým kategoriím náležel dětský autismus (33,88 %), dále Aspergerův syndrom (28,47 %) a atypický autismus (27,03 %). Nejmenší frekvence odpovědí náležela diagnóze jiná dezintegrační porucha v dětství (2,03 %).

Tři čtvrtiny klinických logopedů (75,69 %) získává informace o problematice PAS primárně prostřednictvím samostudia odborné literatury. Účast na odborném semináři či kurzu reflektuje 29,86 % a při studiu na vysoké škole se s danou problematikou setkalo 24,31 % dotazovaných. Bohužel jsou ale přítomny také odpovědi poukazující na okolnost, že 10 odborníků (0,69 %) informace o této problematice dosud nezískalo. I přes skutečnost, že tato hodnota má velice nízké procentuální zastoupení, musíme akcentovat její negativní výpovědní charakter. V současné době, pro níž je charakteristický zvýšený zájem nejen odborné, ale i laické veřejnosti o problematiku poruch autistického spektra, bychom předpokládali její plnou absenci. Při vyjádření spokojenosti s poskytovanými informacemi dominuje hodnota číslo 3 Likertovy škály, která v sobě implikuje neutrální poziční stanovisko. Následující místo zaujímá hodnota 2 (32,64 %) přiklánějící se k negativní referenci týkající se spokojenosti s poskytovanými informacemi o problematice PAS a naprostá nespokojenost je prezentována v četnosti 9,03 %. Naopak pro naprostou spokojenost je charakteristická hodnota 1,39 % a k potřebě větší informovanosti se přiklání převážná většina (87,5 %) respondentů.

Nejčastěji uváděným odborníkem, se kterým jsou logopedi v kontaktu při péči o osoby s PAS, je psycholog (39,58 %), následně speciální pedagog (34,72 %) a psychiatr (20,14 %). Preference psychologa je správným vyústěním diagnostického a terapeutického

procesu, který je v kompetenci daného odborníka. Domníváme se, že spolupráce se speciálním pedagogem je velice potřebná a může být také pro oba zainteresované specialisty přínosná, proto nepokládáme danou hodnotu, i přes to, že nabývá druhé poziční zastoupení, za dostatečně saturovanou. Při reflexi speciálně-intervenčních přístupů dominuje v mírně nadpoloviční převaze (52,5 %) pozitivní reference jejich aplikace v rámci logopedické intervence. Mezi nejčastěji užité metody patří strukturovaný přístup (73,81 %), TEACCH program (19,05 %) a Son Rise přístup (16,67 %). V nejmenším počtu (1 respondent; 0,02 %) je zmíněna ABA terapie. Za pozitivní výpovědní hodnotu pokládáme, že v převážné většině (81,25 %) logopedi inkorporují alternativní a augmentativní komunikaci jako přístup či metodu rozvíjející komunikační schopnost. Z preferovaných komunikačních systémů uvádějí na prvním místě fotografie (80 %), předměty (76,92 %) a piktogramy (55,38 %). Velice nízké procentuální zastoupení zaujímá PECS (6,15 %). Vzhledem k naší specifikaci pokládáme tento komunikační prostředek především u osob s dětským autismem za efektivní, ale jak vyplývá z výsledků výzkumného šetření je nedostatečně rozšířený. Možné řešení vidíme ve větší nabídce vzdělávacích kurzů zaměřených na Výměnný obrázkový komunikační systém (modifikovaná verze PECS pro podmínky České republiky), která je v současné době omezena pouze na Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, navíc disponuje nedostatečnou kapacitou i frekvencí pořádaných seminářů.

Poslední oblast dotazníkového šetření byla cílená na zjištění, co považují kliničtí logopedi u osob s poruchou autistického spektra za nejnáročnější. Z parciálních odpovědí je patrné, že za obtížné pokládají daní odborníci především vybavení logopedického pracoviště a výběr pomůcek, dále navázání kontaktu s dítětem, spolupráci s rodiči, selekci vhodného funkčního komunikačního systému a zabránění demotivace v důsledku malých pokroků.

Deficitní oblasti v rámci dotazníkového šetření u klinických logopedů spatřujeme v nedostatečné znalosti problematiky poruch autistického spektra, která je charakteristická jak u klinických logopedů s praxí v délce 0–5 let (33,96 %), tak u respondentů jejichž praxe je v časovém intervalu, 10–15 let (22,58 %) a více než 15 let (12,9 %). V rámci znalostních položek současně detekujeme nesprávné (autistické rysy) i chybné (Kannerův syndrom, infantilní autismus) termíny, jež považujeme opět za signalizaci nedostatečné znalostní orientace ve zkoumané problematice. Dále pokládáme za negativní výpovědní

hodnotu fakt, že 23 klinických logopedů deskripuje foneticko-fonologickou jazykovou rovinu jako primární aberaci v rámci narušené komunikační schopnosti u osob s poruchou autistického spektra. Vzhledem k počtu osob s PAS v České republice musíme také za nevyhovující vnímat 55,56% prezenci klientů s PAS v péči klinických logopedů. Za alarmující dále shledáváme výpovědi 10 respondentů, kteří uvádějí, že informace o pervazivních vývojových poruchách dosud nezískali. Vědomosti nabyté při studiu na vysoké škole uvádí pouze 24,31 % respondentů a naopak zdroj informací v podobě samostudia odborné literatury představuje 75,69 % odpovědí.

Druhý výzkumný soubor tvořili speciální pedagogové pečující o děti s poruchou autistického spektra v předškolním či mladším školním věku. Důvodem výběru zmíněného věkového rozmezí byl předpoklad, že dané období ve větší míře predisponuje jedince k účasti na logopedické intervenci. Argument vztahující se ke kvantitativnímu ukazateli výzkumného souboru (396 respondentů) spočívá ve vytvoření komparativního souboru s prvním výzkumným vzorkem klinických logopedů. Prostřednictvím služeb České pošty bylo distribuováno 396 dotazníků, ze kterých bylo 126 (31,83 %) navráceno. U respondentů, kteří vyplnili dotazník, dominovala délka praxe v časovém rozmezí 0–5 let (60,32 %), dále 22 speciálních pedagogů (17,46 %) uvedlo praxi v časovém intervalu 5–10 let, 15,08 % detekovalo její interval vyšší než 15 let a poslední místo náleží odborné působnosti v rozmezí 10–15 let (7,14 %).

První část dotazníku byla cílená na zmapování funkčnosti interdisciplinární spolupráce speciálních pedagogů s jednotlivými odborníky (speciální pedagog, psycholog, pedagog, logoped, psychiatr, pediatr a další). Vzhledem k zaměření dotazníkového šetření jsme se primárně orientovali na zmapování kooperace s logopedem, kterou můžeme na základě analýzy výzkumných dat považovat bohužel za alarmující. Pouze dva speciální pedagogové (1,59 %) zmiňují preferenci součinnosti s logopedem v rámci přístupu k jedinci s PAS. Kooperaci speciálního pedagoga s tímto odborníkem vnímáme jako jeden z významných faktorů determinujících rozvoj komunikačních schopností. Pokud speciální pedagog není v dostatečné míře obeznámen, jak komunikaci u osob s PAS stimulovat a které komunikační systémy u konkrétního dítěte preferovat, nemůžeme předpokládat pozitivní prognózu v dané schopnosti. V největší míře je u oslovených respondentů zaznamenána spolupráce se speciálním pedagogem (85,71 %), dále s psychologem (45,24 %) a neurologem (19,05 %). Kvantitativně nižší ukazatel je charakteristický pro

pediatra (7,94 %), pedagoga (5,56 %) a již zmíněného logopeda (1,59 %). V relativně vysokém četnostním procentuálním zastoupení (14,29 %) nacházíme absenci spolupráce s odborníkem, kterou nesmíme považovat za bezvýznamný ukazatel. Naopak získaná hodnota ukazuje na skutečnost, že 18 speciálních pedagogů neudržuje kontakt s žádným odborníkem participujícím na intervenci u osob s PAS.

K opodstatněnosti logopedické intervence se pozitivně vyjadřuje převážná většina (70,63 %) speciálních pedagogů, naopak negativní stanovisko k její realizaci zaujímá 26,98 % dotázaných. Kladné odpovědi jsou zastoupeny aspektem referujícím o tom, že rozvoj komunikačních schopností je základním předpokladem socializace člověka do společnosti. V případě záporných výpovědí bližší specifikace není evidována.

Stěžejním úkolem daného dotazníkového šetření bylo zmapovat, zda děti s PAS u oslovených speciálních pedagogů jsou v péči logopeda. Získaná data vypovídají, že v mírně nadpolovičního počtu (54,76 %) je u osob s pervazivní vývojovou poruchou realizována logopedická intervence. Její absenci udává 26,98 % a neznalost aplikace potvrzuje 23 respondentů (18,25 %). Kontakt s logopedem, dle výpovědi dotazovaných odborníků, udržuje 32,54 % speciálních pedagogů a nepřítomnost je prezentována četností 67,46 %. Zajímavá se nám jeví komparace dvou položek dotazníku – interdisciplinarity společně s hodnotou referující o udržování kontaktu speciálního pedagoga s logopedem. V případě první položky, jak bylo uvedeno již výše, pouze dva speciální pedagogové potvrzují angažovanost na interdisciplinární spolupráci s logopedem. Jiná data ale získáváme v rámci druhé položky reflektující, že 41 speciálních pedagogů je v kontaktu se zkoumaným odborníkem. Z uvedeného můžeme usuzovat, že v převážné míře (v případě 39 logopedů) je incentiva ke kooperaci indikována ze strany logopeda. Domníváme se, že tito odborníci jsou více angažovaní v incipientní fázi interdisciplinarity spočívající v primární aktivní interakci s jiným odborníkem (v našem případě se speciálním pedagogem).

Podíváme-li se na frekvenci kontaktu speciálního pedagoga s logopedem, tak 60,96 % oslovených osob zmiňuje preferenci nepravidelného intervalu v setkávání. Četnostně diferentní hodnotě náleží další pozice vztahující se k pravidelné kooperaci jedenkrát za tři týdny (17,07 %). Následné místo patří pravidelnému předávání informací jedenkrát za týden (12,2 %) a nejmenší pozice přísluší pravidelné spolupráci jedenkrát za dva týdny (2,44 %). Z uvedeného je zřejmá preference nepravidelného

kontaktu vycházejícího z individuálních potřeb speciálního pedagoga či logopeda. Tuto frekvenci nemůžeme ale považovat za optimální. Pro efektivitu logopedické intervence bychom doporučovali upřednostnit pravidelnou kooperaci jedenkrát za čtrnáct dní, která je však oslovenými odborníky zaznamenána pouze jedním respondentem (2,44 %). Co se týká formy kontaktování, tak více než polovina speciálních pedagogů dává přednost telefonickému kontaktu (51,22 %) a 39,02 % respondentů deskripuje osobní kontakt. Absenci odpovědí evidujeme v případě jednoho odborníka a poštovní korespondenci neupřednostňuje žádný speciální pedagog. Rychlost, menší časová náročnost a vysoký benefit telefonického kontaktu je podepřen jednotlivými výpověďmi hovořícími o tom, že tento způsob kontaktování preferuje 21 respondentů. Pouze 3 odborníci hovoří o elektronické komunikaci, kterou bychom vzhledem k rozšíření této formy dorozumívání pokládali za frekventovanější. Nulovou hodnotu vzhledem k časové náročnosti zastupuje poštovní korespondence.

V poslední části tohoto dotazníkového šetření jsme mapovali spokojenost s výsledky logopedické intervence. První pozici (30,43 %) zaujímá hodnota číslo 4 škály Likertova typu implikující příklon k pozitivním referencím. Následující postavení má neutrální střední hodnota (26,09 %), naprostá nespokojenost je evidována u 10,14 % respondentů a 15,95 % odborníků neodpovědělo. Můžeme konstatovat, že speciální pedagogové v převážné většině referují o neutrálním stanovisku vztahujícím se k hodnocení benefitu realizované intervence a zároveň mírnou převahu přikládají pozitivní evaluaci. Jako důvod spokojenosti s poskytovanou logopedickou intervencí speciální pedagogové jednotně udávali snížení či vymizení agresivních a autoagresivních behaviorálních projevů v důsledku osvojeného funkčního komunikačního systému, také větší míru zapojení jedince s PAS do kolektivu a zlepšení srozumitelnosti verbálního projevu.

Nyní uvedeme komparaci homogenních položek implementovaných jak v rámci dotazníků určených klinickým logopedům, tak dotazníků pro speciální pedagogy. Podíváme-li se na jejich návratnost prostřednictvím služeb České pošty, nacházíme 35,29 % v případě klinických logopedů a 31,83 % u speciálních pedagogů. I přes to, že mírnou převahu zaujímá hodnota získaná od klinických logopedů (diference 3,46 %), můžeme považovat daná data za téměř shodná a dílčí údaje v rámci obou dvou typů dotazníků za komparativní. Jak u klinických logopedů, tak u speciálních pedagogů

převažovala délka praxe v časovém intervalu 0–5 let. Kliničtí logopedi ji evidovali v 36,81 % a speciální pedagogové dokonce v nadpolovičním početním zastoupení (60,32 %). Naopak v nejnižší frekvenci vyplnili dotazník logopedi s praxí 5–10 let (17,36 %) a speciální pedagogové s praxí 10–15 let (7,14 %). Z uvedeného můžeme usuzovat na skutečnost, že větší ochota ke spolupráci je přítomná u odborníků, kteří jsou bezprostředně po ukončení vzdělání (s odbornou působností 0–5 let). Tento fakt můžeme dle nás přikládat na jedné straně dosud aktuálním vlastním zkušenostem pojícím se s jejich výzkumem a také případnému většímu entuziasmu pro obor.

Další oblastí mapovanou v rámci obou typů dotazníků byla interdisciplinární spolupráce, kterou pokládáme u osob s poruchou autistického spektra za velice potřebnou. U speciálního pedagoga dominovala odpověď v podobě kooperace se speciálním pedagogem (85,71 %), následnou pozici zaujímal psycholog (45,24 %), neurolog (19,05 %) a psychiatr (12,7 %). Nižší procentuální zastoupení náleželo pediatrovi (7,94 %), pedagogovi (5,56 %) a logopedovi (1,59 %). Absenci spolupráce s odborníkem deskripovalo 18 speciálních pedagogů (14,29 %), což považujeme za relativně vysoké procentuální zastoupení, proto musíme akcentovat na negativní charakter této hodnoty a spatřovat její záporný odraz v péči o jedince s PAS. Tuto hodnotu nacházíme také v rámci dotazníků pro klinické logopedy. I přes to, že je její pozice nižší (6,94 %), nemůžeme považovat výpovědi 10 logopedů pojednávajících o nepřítomnosti spolupráce s odborníky angažujícími se na péči o osoby s tímto typem postižení za bezvýznamné. Logoped je v kontaktu se speciálním pedagogem pouze v 34,72% zastoupení, v ještě nižší procentuální reprezentaci evidujeme odbornou profesi psychiatra (20,14 %) a nejnižší pozici nacházíme při spolupráci s pediatrem (3, 47 %). Kooperaci speciálního pedagoga, který je s dítětem s PAS vzhledem k ostatním odborníkům v nejčastějším kontaktu s logopedem – odborníkem v oblasti narušené komunikační schopnosti, považujeme v rámci aktivity cílené na rozvoj komunikační schopnosti za nejdůležitější. Získaná data bohužel poukazují na značné deficity a tímto se stávají signalizátorem nutnosti jejich řešení.

S opodstatněností logopedické intervence korespondují oba dotazovaní odborníci. U klinických logopedů je přítomný téměř většinový souhlas (90,28 %) a speciální pedagogové k pozitivní referenci inklinují v nadpolovičním počtu (70,63 %). Poslední komparativní položkou je evidence logopedické intervence či vlastní angažovanost na její

realizaci. Výsledkem jsou téměř shodná výzkumná data. Uskutečnění logopedické intervence potvrzuje 80 klinických logopedů (55,56 %) a 69 speciálních pedagogů (54,76 %) hovoří o tom, že jejich děti s PAS navštěvují tohoto specialistu. Danou četnost nepovažujeme vzhledem k počtu osob s poruchou autistického spektra v České republice (cca 20 000 osob s PAS) a potřebnosti logopedické intervence u každé diagnostické kategorie spadající dle Mezinárodní klasifikace nemocí do pervazivních vývojových poruch za dostatečnou. Za negativní výpovědní hodnotu musíme zároveň považovat fakt, že 23 speciálních pedagogů není informováno o tom, zda jsou jejich klienti s PAS v péči logopeda.

Shrneme-li srovnání dvou heterogenních typů dotazníků můžeme konstatovat, že spolupráce speciálních pedagogů s logopedy je výrazně nedostačující. Za negativní indikátor pokládáme také evidenci nepřítomnosti spolupráce s ostatními odborníky (v případě speciálních pedagogů 14,29 % a klinických logopedů 6,94 %) a za nezbytné shledáváme vyšší procentuální zastoupení osob s poruchou autistického spektra v péči logopedů.

Třetí typ dotazníku je určen rodičům dětí s poruchou autistického spektra. I přes to, že jej nemůžeme vzhledem k malému vzorku oslovených respondentů (41 rodičů) pokládat za komparativní, recipujeme jeho výpovědní hodnotu za významnou. Cílem daného výzkumného šetření bylo zmapovat deficitní oblast stávající se primárním znepokojením s vývojem dítěte, dále zjistit, na kterého odborníka se rodiče obrátili, zda byli spokojeni s jeho přístupem a s poskytnutými informacemi o problematice PAS. Orientovali jsme se také na oblast logopedické intervence a kladli otázky vztahující se k jejímu zaměření, na přítomnost rodičů či na spokojenost s výsledky.

Prostřednictvím osobního či zprostředkovaného kontaktu jsme rodičům dětí s PAS předali 41 dotazníků. Vrátilo se nám jich 19, proto můžeme hovořit o 46,34% návratnosti. V nadpoloviční převaze (68,42 %) tvořily náš výzkumný soubor děti ve věkovém rozmezí 5–10 let, následující hodnota (26,32 %) náležela dětem s PAS, kterým bylo 0–5 let a vyšší věk než 15 let neevidujeme. Jedinci, kteří byli součástí našeho výzkumného šetření, měli převážně diagnózou dětský autismus (68,42 %) a v současné době navštěvují zejména speciální mateřskou školu (78,95 %). Jednoznačnou dominanci tvořili osoby mužského pohlaví (73,68 %), což nám potvrzuje výroky odborníků (např. Buntová, Tichá, 2009;

Čadilová, Jůn, Thorová, 2007; Hrdlička, Komárek, 2004 a další) uvádějících převahu poruch autistického spektra u mužů vzhledem k ženám v poměru 2–3 : 1.

Primární znepokojení s vývojem dítěte detekovali oslovení rodiče v největším počtu (31,58 %) již před jeho prvním rokem věku. Mezi 2.–3. rokem zaznamenává první aberace 21,02 % respondentů, v rozmezí 2.–2,5. roku 15,79 % a mezi 3,5.–4. rokem 5,26 %. Vyšší věk již není deskripován. K markantním deficitům náleží na prvním místě opožděný vývoj řeči a deficity v komunikační schopnosti. Dle výpovědi rodičů jsou specifika narušené komunikační schopnosti přítomna v 89,47 %. Na základě této skutečnosti lze pokládat zmíněnou oblast za možný primární diagnostický marker poruchy autistického spektra v tak raném věku dítěte. Z tohoto důvodu pokládáme za nezbytné, aby jednotliví odborníci (pediatři, psychologové, psychiatři, speciální pedagogové a další) byli znalí jak ontogeneze komunikace u intaktní populace, tak specifik vývoje a deficitů komunikační schopnosti charakteristické pro dané postižení. Pouze tímto způsobem můžeme první příznaky včasně registrovat, analyzovat a na základě diferenciální diagnostiky také diagnostikovat. K dalším deskripovaným symptomům náleží obtíže s navázáním, udržením a funkčním užitím zrakového kontaktu (73,96 %), problémy ve hře (63,16 %), se spánkem (57,89 %) a přítomnost stereotypních projevů v chování (52,63 %). Menší procentuální zastoupení prezentuje změněná senzitivita k jednotlivým stimulům (36,84 %), opoždění psychomotorického vývoje (36,84 %), problémové chování (36,84 %), deficity v reciproční sociální interakci (31,58 %), obtíže s přijímáním potravy (26,32 %) a změna ve svalovém tonu (15,79 %). Z uvedeného je zřejmé, že tzv. diagnostickou triádu zahrnující narušení v oblasti komunikace, sociální interakce a imaginace detekují rodiče dětí s PAS již v raném věku jejich dítěte. V následujících letech se stává nedílnou součástí klinického obrazu této poruchy a pervazivním způsobem determinuje možnosti dalšího rozvoje.

K odborníkům, na které se rodiče s výše uvedeným znepokojením obrátili, patřil především pediatr (84,21 %), psycholog (52,63 %), neurolog (47,37 %) a speciální pedagog (21,05 %). Menší zastoupení (10,53 %) náleželo logopedovi, pedagogovi, psychiatrovi a jeden rodič deskripuje také kineziologa a genetika. K zamyšlení stojí fakt vypovídající o tom, že i přes tak vysokoprocentní referenci narušené komunikační schopnosti v raném věku dítěte (89,47 %, přičemž 75 % aberací je zřejmých již před prvním rokem věku dítěte) je kompetentní odborník – logoped vyhledán jen dvěma

respondenty. Příčina dle nás spočívá v téměř absolutní absenci spolupráce odborníků (především pediatrů a speciálních pedagogů) s tímto specialistou. Zřejmé je to například z výpovědí speciálních pedagogů hovořících o tom, že kontakt s logopedem udržují pouze v 34,72% zastoupení. Daný ukazatel musíme pokládat za nedostačující a za potřebné považujeme apelovat na řešení této situace. Zaměříme-li se na spokojenost s péčí vyhledaného odborníka, nalézáme převahu (73,68 %) záporných odpovědí. O kladných referencích se zmiňuje pouze 26,32 % respondentů. Jako následná opatření jednotlivých specialistů rodiče dětí s PAS v největším zastoupení uvádějí absenci dalších opatření, medikaci psychofarmak či zprostředkování doporučení dalšího odborného vyšetření.

Úkolem dotazníkového šetření bylo také zmapovat zdroj informovanosti o problematice PAS a spokojenost s ní. Všichni oslovení rodiče se shodují na tom, že hlavním zdrojem vědomostí se jim v této oblasti stává samostudium dostupné literatury či hledání příslušných odkazů na webových stránkách. Speciální pedagog a psychiatr poskytl sdělení týkající se této oblasti pouze 3 respondentům, neurolog 2 dotazovaným a v případě pedagoga, logopeda a psychologa reflektoval tuto skutečnost jen 1 rodič. Danou okolnost pokládáme za alarmující deficit, jehož odezvu můžeme nalézat například v příklonu rodičů k alternativním až „šarlatánským“ metodám, dále také v přetrvávání již překonaných, rigidních postojů a přístupů k dítěti s PAS či v prezenci deprese, úzkosti a sociální izolace, v níž může tato vysoce zatěžující životní okolnost v případě neposkytnutí včasné a adekvátní pomoci vyústit. Zároveň je třeba podotknout, že i přes výše uvedené 84,21% vyhledání pediatra žádný z nich informace o pervazivních vývojových poruchách našim respondentům nepředal. Spokojenost se získanými informacemi jsme opět mapovali prostřednictvím škály Likertova typu. Hodnota číslo 2 je přítomna u 57,37 % respondentů, hodnota 1 u 31,58 % a hodnota 3 u 21,05 %. Jak je patrné z převahy výše deskripovaných údajů implikujících negativní poziční stanovisko, nejsou rodiče dětí s PAS spokojeni s poskytovanými informacemi.

Ústřední část dotazníkového šetření byla zaměřena na detekci a analýzu poskytované logopedické intervence u osob s PAS. Za hlavní cíl jsme si stanovili zjistit, zda rodiče považují její realizaci za opodstatněnou, jak často probíhá, jestli jsou při ní přítomni, na kterou jazykovou rovinu se logoped zaměřuje a zda jsou spokojeni s jejími výsledky. Důležitost logopedické intervence potvrzují všichni respondenti a jako zdůvodnění svého stanoviska pojednávají primárně o determinaci osobnostního rozvoje

prostřednictvím komunikace. Zmiňují také potřebnost stimulace komunikační schopnosti z důvodu socializace. Považují ji za nezbytnou k vyjádření přání a potřeb jedince. Respondenti jsou s logopedem v největším početním zastoupení (31,25 %) v kontaktu jedenkrát za 6 týdnů, následující pozice náleží realizaci logopedické intervence jedenkrát za měsíc (25 %), %), jedenkrát za 5 týdnů (18,75 %) a jedenkrát za 14 dní (12,5 %). Jeden rodič (6,25 %) deskripuje interval v setkávání jedenkrát týdně a jedenkrát za tři týdny. Uvedenou dominantní pozici týkající se intervenčního působení jedenkrát za 6 týdnů či jednou za měsíc nemůžeme považovat za dostačující. Vzhledem k náročnosti logopedické intervence, obtížné generalizaci nabytých zkušeností a k potřebě větší časové dotace z důvodu možných obtíží s iniciálním navázáním kontaktu, doporučujeme její frekventovanější realizaci.

Za pozitivní shledáváme výpovědi 11 respondentů reflektující aktivní participaci na logopedické péči, kterou považujeme z důvodu potřebné angažovanosti a edukace rodičů za příznivou. Naším následujícím cílem bylo také detekovat oblast komunikace, na kterou se logopedi zaměřují. Výsledky dotazníkového šetření ukazují, že 75 % rodičů recipuje preferenci foneticko-fonologické jazykové roviny, další oblastí rozvoje je slovní zásoba (50 %), porozumění (43,75 %), motorika (37,5 %), pragmatika (25 %) a na gramatiku se dle dotazovaných osob zaměřuje 6,21 % logopedů. Záznam foneticko-fonologické jazykové roviny v tak vysokém procentuálním zastoupení (75 %) nepovažujeme vzhledem k bázi této problematiky za pozitivní. Naopak vyšší četnostní zastoupení bychom předpokládali v případě pragmatické jazykové roviny, jež je prezentována četností 25 %. Za dostatečné nepokládáme ani výpovědi vztahující se k orientaci logopeda na porozumění, motorické schopnosti a gramatiku. Rodičům dětí s PAS jsme také kladli otázky související s používáním nebo zapojováním alternativní a augmentativní komunikace. Ze získaných dat je patrné, že u 43,75 % dětí je potvrzena jejich aplikace, což vnímáme za pozitivní referenci a mírný posun ve správné recepci zaměření logopeda u daného typu postižení.

Poslední položky dotazníků si kladly za úkol zmapovat spokojenost s logopedickou intervencí. Opět jsme je diferencovali do dvou hlavních částí mapujících postoj k informovanosti a stanovisko k výsledkům intervenčního procesu. Rodiče dětí s PAS v největším počtu (37,5 %) zaujímají neutrální aspekt k získávání vědomostí o dané problematice. Absentuje tedy příklon jak k pozitivním, tak negativním referencím.

Nechybí ani hodnota 1 Likertovy škály zastupující naprostou nespokojenost, jež je zaznamenána 4 respondenty, a údaj 2 (příklon k zápornému hodnocení) deskripovaný 3 rodiči. Hodnota implikující naprostou spokojenost absentuje. Můžeme konstatovat, že logopedi dle výpovědí respondentů neposkytují informace o problematice narušené komunikační schopnosti v dostatečné kvalitě ani kvantitě. Z druhé hodnotící oblasti je patrné, že jedna polovina oslovených jedinců výsledky logopedické intervence posuzuje pozitivně a druhá polovina respondentů negativně. Z tohoto důvodu nemůžeme inklinovat k žádné vyhraněné klasifikaci v dané oblasti. Závěrečná část dotazníků pro rodiče dětí s PAS poskytovala volný prostor pro vlastní připomínky. Partikulární výpovědi se opět primárně týkaly nepřítomnosti, nedostatečnosti či nesprávnosti v získávání informací o problematice PAS.

Závěrem této podkapitoly zdůrazňujeme a shrnujeme stěžejní výzkumná fakta a deficity vztahující se ke všem třem typům dotazníků. Pojednáváme o interdisciplinaritě, informovanosti, o realizaci logopedické intervence a spokojenosti s jejím poskytováním. Interdisciplinární spolupráce jednotlivých odborníků angažujících se na intervenčním přístupu k jedinci s PAS, jak jsem zmiňovali již výše, je základním předpokladem efektivity terapeutického působení a globálního náhledu na osoby s tímto typem postižení. Výzkumná data poukazují, že kliničtí logopedi na prvním místě spolupracují s psychologem (39,58 %), následně se speciálním pedagogem (34,72 %) a psychiatrem (20,14 %). Pouze 5 respondentů udržuje kontakt s pediatrem (3,47 %) a 10 dotazovaných odborníků nespolupracuje s žádným specialistou. S psychologem je v kontaktu také speciální pedagog a tato četnostní kooperace (45,24 %) je svojí hodnotou blízká ukazateli od klinických logopedů. Zásadní diferenci, i když kvantitativně nekomparativní, nacházíme u rodičů dětí s PAS, kteří v zastoupení pouze jedné osoby deskripují zmiňovanou spolupráci. Se speciálním pedagogem je v nejvyšším počtu (85,71 %) v kontaktu speciální pedagog. Danou skutečnost přikládáme kolegiální angažovanosti v rámci jednoho pracoviště. Recipujeme ji samozřejmě jako pozitivní ukazatel, ale zároveň akcentujeme na nutnost zvýšení daného indikátoru také u klinických logopedů a rodičů dětí s PAS. Za potřebnou pokládáme interdisciplinaritu speciálního pedagoga a rodiče s logopedem. V této oblasti nacházíme, zejména u speciálních pedagogů, alarmující výpovědi. V případě zmíněných odborníků pouze 2 lidé (1,59 %) deskripují tuto položku, procentuálně vyšší reprezentaci evidujeme ale u rodičů dětí s PAS hovořících o tom, že 16

rodičů z 19 je v kontaktu s daným specialistou. Nesmíme také opomenout kooperaci s pediatrem, kterou pokládáme za bázi včasné diagnostiky, diferenciální diagnostiky a rané intervence. Bohužel i v této sféře musíme poukázat na podstatné nedostatky. S pediatrem spolupracuje pouze 5 klinických logopedů a 10 speciálních pedagogů. Navíc za velice negativní výpovědní hodnotu považujeme 10 odpovědí od klinických logopedů udávajících, že neudržují kontakt s žádným specialistou.

Kliničtí logopedi a rodiče se v převážné většině (logopedi – 75,69 % a rodiče – 100 %) shodují na tom, že informace o problematice PAS získávali prostřednictvím samostudia. Semináře či kurzy věnující se pervazivním vývojovým poruchám absolvovalo 43 logopedů, 35 odborníků nabylo znalosti při studiu na vysoké škole a 10 logopedů udává absenci informovanosti vztahující se k tomuto postižení. I přes velice nízkou reprezentaci (15,79 % a 10,53 %) uvádějí někteří rodiče psychiatra, speciálního pedagoga a neurologa jako zdroje informovanosti o problematice PAS. Logopeda deskripuje pouze jeden respondent. K opodstatněnosti logopedické intervence se v 90,28% prezenci přiklání kliničtí logopedi, v četnostně nižší převaze (70,63 %) i speciální pedagogové a plně početní preferenci uvádí rodiče dětí s PAS. Podíváme-li se na kvantitativní indikátor klientely s PAS v péči logopedů, nacházíme její nadpoloviční převahu u klinických logopedů (55,56 %) a téměř kongruentní výpovědní aspekt u speciálních pedagogů (54,76 %). Zaměříme-li se na data získaná od rodičů dětí s PAS, evidujeme realizaci logopedické intervence u 16 jedinců z celkového počtu 19. Spokojenost s logopedickou péčí je speciálními pedagogy suplována primárně neutrálním stanoviskem (škála 3 Likertova typu) s mírnou inklinací k pozitivním referencím (30,43 %). Bohužel ale také nacházíme negativní posudky (10,14 %) hovořící o absenci rezultátů logopedické intervence či o minimálních pokrocích neúměrných době její realizace. U rodičů dětí s PAS dominuje polovina respondentů přiklánějících se ke kladnému hodnocení a druhá polovina zaujímá postoj záporný.

Závěrem lze konstatovat, že deficitní oblasti a prostor pro řešení detekovaných nedostatků nacházíme v početně nedostatečně uspokojivé spolupráci klinických logopedů a speciálních pedagogů s pediatrem, s psychologem a také ve vzájemné kooperaci logopedů se speciálními pedagogy. Současně pokládáme za alarmující insuficientní zdroj vědomostí zastoupený institucí vysokých škol. Evidujeme rovněž absenci či aberace v předávání informací rodičům dětí s PAS jednotlivými odborníky (pediatry, psychology, speciálními

pedagogy apod.). Za negativní ukazatel musíme taktéž pokládat reflexi specialistů udávající absolutní absenci znalostí ve zkoumané sféře a na posledním místě je nezbytné, vzhledem k nenahraditelnému postavení logopedické intervence u osob s PAS, akcentovat na nedostatečnou kvantitu osob s PAS, u níž je realizovaná logopedická intervence.

8.7 Verifikace hypotéz

Na základě výzkumných cílů jsme formulovali výzkumné předpoklady a výzkumné hypotézy, které byly následně stylizované na hypotézy statistické – nulové H_0 a alternativní H_A. Za účelem jejich verifikace jsme aplikovali Test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku a Test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku. Pracovali jsme na hladině významnosti 0,05; 0,01 a 0,001.

Hypotéza 1.

Kliničtí logopedi, kteří mají v péči osoby s poruchou autistického spektra, vykazují vyšší základní znalost problematiky PAS na rozdíl od klinických logopedů, kteří klienty s tímto typem postižení v péči nemají.

$H1_0$: Mezi základní znalostí problematiky poruch autistického spektra a přítomností této klientely v péči klinických logopedů není statisticky významný rozdíl.
$H1_A$: Mezi základní znalostí problematiky poruch autistického spektra a přítomností této klientely v péči klinických logopedů je statisticky významný rozdíl.

Pro evaluaci dané vědomostní položky (položka dotazníku č. 2) byla stanovena hodnotící kritéria, která jsou segmentována do dílčích kategorií: *dostatečná*, *částečná*, *nedostatečná*.

Za dostatečnou odpověď jsme považovali:

- Základní specifikace poruchy – pervazivní, vývojová, neurovývojová, všepronikající, neurobiologická porucha, zastřešující termín pro pervazivní vývojové poruchy, neurovývojové onemocnění apod.

- Vyjmenování či případná bližší deskripce základní diagnostické triády – deficit v reciproční sociální interakci, v komunikaci a imaginaci – ve specifických symptomech, případně uvést i symptomy nespecifické (aberace ve smyslové recepci, obtíže v motorice, se spánkem, problémy s přijímáním potravy apod.).

Za částečnou odpověď jsme považovali:

- Absenci prvního nebo druhého bodu v kritériích pro dostatečnou odpověď.
- Absenci některé z oblasti základní diagnostické triády.

Za nedostatečnou odpověď jsme považovali:

- Odpovědi, které byly v disproporci s výše uvedenými kritérii.

Statistická metoda: Test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku

Pozorované četnosti

	mají v péči	nemají v péči	součty
dostatečná	28	20	48
částečná	34	15	49
nedostatečná	8	23	31
součty	70	58	128

Teoretické četnosti

	mají v péči	nemají v péči	součty
dostatečná	26,25	21,75	48,00
částečná	26,80	22,20	49,00
nedostatečná	16,95	14,05	31,00
součty	70,00	58,00	128,00

Schéma pro Chí-kvadrát

	mají v péči	nemají v péči	součty
dostatečná	0,12	0,14	0,26
částečná	1,94	2,34	4,27
nedostatečná	4,73	5,71	10,43
součty	6,78	8,18	14,97

C
0,324
K
0,342

$$\chi^2 = \frac{(P-O)^2}{O}$$

Chí-kvadrát = 14,965

alfa	Chi2	**14,965**
0,05	Chi2-krit	**5,991**
0,01	Chi2-krit	**9,210**
0,001	Chi2-krit	**13,816**

Hypotézu HO zamítáme na hladině statistické významnosti 0.05
Hypotézu HO zamítáme na hladině statistické významnosti 0.01
Hypotézu HO zamítáme na hladině statistické významnosti 0.001

Na základě výsledků aplikované statistické metody Test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku a na bázi komparace vypočítané hodnoty s hodnotou kritickou musíme nulovou hypotézu zamítnout a přijmout hypotézu alternativní. Potvrzujeme tedy výzkumnou hypotézu pojednávající o tom, že kliničtí logopedi, kteří mají v péči osoby s poruchou autistického spektra, vykazují vyšší základní znalost problematiky PAS na rozdíl od klinických logopedů, kteří klienty s tímto typem postižení v péči nemají.

Hypotéza 2.

Kliničtí logopedi, kteří mají základní povědomí o problematice PAS, uplatňují interdisciplinární přístup, na rozdíl od klinických logopedů, jež nemají základní povědomí o této problematice.

H2$_0$: Mezi znalostí problematiky poruch autistického spektra a preferencí interdisciplinárního přístupu k osobám s PAS není statisticky významný rozdíl.

H2$_A$: Mezi znalostí problematiky poruch autistického spektra a preferencí interdisciplinárního přístupu k osobám s PAS je statisticky významný rozdíl.

Statistická metoda: Test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku

Pozorované četnosti

	dostatečná znalost	nedostatečná znalost	součty
spolupracují	23	5	28
nespolupracují	5	3	8
součty	28	8	36

Teoretické četnosti

	dostatečná znalost	nedostatečná znalost	součty
spolupracují	21,78	6,22	28,00
nespolupracují	6,22	1,78	8,00
součty	28,00	8,00	36,00

Schéma pro Chí-kvadrát

	dostatečná znalost	nedostatečná znalost	součty
spolupracují	0,02	0,08	0,11
nespolupracují	0,08	0,29	0,38
součty	0,11	0,38	**0,485**

FI =
0,116

$$\chi^2 = n \cdot \frac{(ad-bc)^2}{(a+b)\cdot(a+c)\cdot(b+d)\cdot(c+d)}$$

Chí-kvadrát = 0,485

alfa	Chi2	**0,485**
0,05	Chi2-krit	**3,841**
0,01	Chi2-krit	**6,635**
0,001	Chi2-krit	**10,828**

Hypotézu HO přijímáme na hladině statistické významnosti 0.05
Hypotézu HO přijímáme na hladině statistické významnosti 0.01
Hypotézu HO přijímáme na hladině statistické významnosti 0.001

Na základě výsledků aplikované statistické metody Test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku a na bázi komparace vypočítané hodnoty s hodnotou kritickou musíme nulovou hypotézu přijmout a tím zamítnout hypotézu alternativní. Zamítáme tedy výzkumnou hypotézu pojednávající o tom, že kliničtí logopedi, kteří mají základní povědomí o problematice PAS uplatňují interdisciplinární přístup na rozdíl od klinických logopedů, jež nemají základní povědomí o této problematice.

Hypotéza 3.

Kliničtí logopedi s praxí kratší než 10 let získávají informace o problematice PAS při studiu na vysoké škole na rozdíl od klinických logopedů, kteří uvádějí praxi delší než 10 let.

H3$_0$: Mezi klinickými logopedy, jejichž praxe v oboru je kratší než 10 let a zároveň mezi těmi, kteří mají praxi delší než 10 let a získáváním informací o problematice poruch autistického spektra při studiu na vysoké škole není statisticky významný rozdíl.

H3$_A$: Mezi klinickými logopedy jejichž praxe v oboru je kratší než 10 let a zároveň mezi těmi, kteří mají praxi delší než 10 let a získáváním informací o problematice poruch autistického spektra při studiu na vysoké škole je statisticky významný rozdíl.

Statistická metoda: Test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku

Pozorované četnosti

	získávají info. na VŠ	nezískávají info. na VŠ	součty
kratší než 10 let	35	43	78
delší než 10 let	1	65	66
součty	36	108	144

Teoretické četnosti

	získávají info. na VŠ	nezískávají info. na VŠ	součty
kratší než 10 let	19,50	58,50	78,00
delší než 10 let	16,50	49,50	66,00
součty	36,00	108,00	144,00

Schéma pro Chí-kvadrát

	získávají info. na VŠ	nezískávají info. na VŠ	součty
kratší než 10 let	11,54	3,85	15,38
delší než 10 let	13,64	4,55	18,18
součty	25,17	8,39	**33,566**

FI =
0,483

$$\chi^2 = n \cdot \frac{(ad-bc)^2}{(a+b)\cdot(a+c)\cdot(b+d)\cdot(c+d)}$$

Chí-kvadrát = 33,566

alfa	Chi2	**33,566**
0,05	Chi2-krit	**3,841**
0,01	Chi2-krit	**6,635**
0,001	Chi2-krit	**10,828**

Hypotézu HO zamítáme na hladině statistické významnosti 0.05
Hypotézu HO zamítáme na hladině statistické významnosti 0.01
Hypotézu HO zamítáme na hladině statistické významnosti 0.001

Na základě výsledků aplikované statistické metody Test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku a na bázi komparace vypočítané hodnoty s hodnotou kritickou musíme nulovou hypotézu zamítnout a přijmout hypotézu alternativní. Potvrzujeme tedy výzkumnou hypotézu pojednávající o tom, že kliničtí logopedi s praxí kratší než 10 let

získávají informace o problematice PAS při studiu na vysoké škole na rozdíl od klinických logopedů, kteří uvádějí praxi delší než 10 let.

Hypotéza 4.

Kliničtí logopedi, kteří mají v péči osoby s poruchou autistického spektra, bez ohledu na délku jejich praxe, preferují v rámci logopedické intervence strukturovaný přístup.

$H4_0$: Mezi klinickými logopedy, kteří mají v péči osoby s poruchou autistického spektra a jejichž praxe v oboru je kratší než 10 let, zároveň mezi těmi, kteří mají praxi delší než 10 let, není statisticky významný rozdíl v aplikaci strukturovaného přístupu v rámci logopedické intervence.

$H4_A$: Mezi klinickými logopedy, kteří mají v péči osoby s poruchou autistického spektra, jejichž praxe v oboru je kratší než 10 let, a zároveň mezi těmi, kteří mají praxi delší než 10 let, je statisticky významný rozdíl v aplikaci strukturovaného přístupu v rámci logopedické intervence.

Statistická metoda: Test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku

Pozorované četnosti

	využívají SP	nevyužívají SP	součty
kratší než 10 let	11	6	17
delší než 10 let	9	5	14
součty	20	11	31

Teoretické četnosti

	využívají SP	nevyužívají SP	součty
kratší než 10 let	10,97	6,03	17,00
delší než 10 let	9,03	4,97	14,00
součty	20,00	11,00	31,00

Schéma pro Chí-kvadrát

	využívají SP	nevyužívají SP	součty
kratší než 10 let	0,02	0,04	0,06
delší než 10 let	0,02	0,04	0,07
součty	0,04	0,08	**0,124**

FI =
0,063

$$\chi^2 = n \cdot \frac{(ad-bc)^2}{(a+b)\cdot(a+c)\cdot(b+d)\cdot(c+d)}$$

Chí-kvadrát = 0,124

alfa	Chi2	**0,124**
0,05	Chi2-krit	**3,841**
0,01	Chi2-krit	**6,635**
0,001	Chi2-krit	**10,828**

Hypotézu HO přijímáme na hladině statistické významnosti 0.05
Hypotézu HO přijímáme na hladině statistické významnosti 0.01
Hypotézu HO přijímáme na hladině statistické významnosti 0.001

Na základě výsledků aplikované statistické metody Test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku a na bázi komparace vypočítané hodnoty s hodnotou kritickou musíme nulovou hypotézu přijmout a tím zamítnout hypotézu alternativní. Přijímáme tedy výzkumnou hypotézu pojednávající o tom, že kliničtí logopedi, kteří mají v péči osoby s poruchou autistického spektra bez ohledu na délku jejich praxe, preferují v rámci logopedické intervence strukturovaný přístup.

8.8 Diskuze

V této části disertační práce vedeme diskuzi nad získanými výsledky dotazníkového šetření od klinických logopedů, speciálních pedagogů a rodičů dětí s poruchou autistického spektra. Vycházíme z kladených výzkumných otázek, stanovených výzkumných hypotéz a

opíráme se o parciální analýzy jednotlivých či komparovaných dotazníkových položek prezentovaných v příslušných kapitolách dané práce.

Hlavním cílem praktické části disertační práce bylo na základě teoretických východisek realizovat analýzu aktuálního stavu v poskytování logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra v České republice prostřednictvím reflexí tří heterogenních a důležitých skupin odborníků, která by dle nás mohla vést k holistickému náhledu na vytyčenou a zkoumanou problematiku. Nejdříve se zmíníme o návratnosti dotazníků a věkové kategorizaci respondentů. Především se ale zaměříme na realizaci logopedické intervence u klientů s poruchou autistického spektra, na znalostní sféru dané problematiky, preferenci metod v rámci intervenčních přístupů, funkčnost interdisciplinárního modelu kooperace a na další principiální oblasti.

Prostřednictvím služeb České pošty v případě klinických logopedů a speciálních pedagogů a osobním zprostředkováním u rodičů dětí s poruchou autistického spektra jsme v průběhu měsíce květen – červen 2011 distribuovali všechny tři typy dotazníků. Výsledkem je **35,29% návratnost (144 dotazníků ze 408) od klinických logopedů, 31,83% návratnost (126 dotazníků ze 396) od speciálních pedagogů a od rodičů dětí s poruchou autistického spektra jsme získali 46,34 % (19 dotazníků ze 41)**. Jako motivaci ke spolupráci byl současně s dotazníkem přikládán vlastnoručně vyrobené origami a pro zájemce nabídnuta následná elektronická distribuce doporučení pro logopedickou intervenci u osob s poruchou autistického spektra. Cestu ke kooperaci s klinickými logopedy, jež jsou stěžejními respondenty našeho výzkumného šetření, jsme hledali také formou zprostředkovaného kontaktu na setkáních klinických logopedů pod záštitou Asociace klinických logopedů České republiky, především snahou o zpřístupnění tohoto šetření na webových stránkách dané asociace. Výsledky ale nebyly bohužel ani v případě jednoho zvoleného postupu žádné. Získaná výše uvedená četnost jednotlivých dotazníků samozřejmě nedisponuje možností generalizace výzkumných dat, ale vzhledem k uskutečněnému předvýzkumu, kde byla preferována distribuce dotazníků formou elektronickou (18% návratnost), je výsledná četnost dotazníků vyšší. Daná skutečnost poukazuje na malý zájem odborníků o participaci na výzkumném šetření. Zaměříme-li se na věk, respektive na délku profesní působnosti, můžeme říci, že **jak v případě klinických logopedů, tak u speciálních pedagogů dominovala délka jejich praxe v časovém rozmezí 0–5 let**. Lze se tedy domnívat, že daní respondenti se sami nedávno potýkali

s vlastní diplomovou či disertační prací, proto motivace ke kooperaci mohla být u nich vyšší než v případě specialistů s delším odborným působením.

Ze získaných výzkumných dat je patrné, že **z celkového počtu 144 klinických logopedů má v péči osoby s poruchami autistického spektra 80 respondentů (55,56 %), přičemž průměrný počet klientů s touto diagnózou na každého odborníka, který u nich potvrdil realizaci logopedické intervence, jsou 4 osoby s PAS**, **celkem se tedy jedná přibližně o 320 jedinců**. S odkazem na Ošlejškovou (2008), Struneckou (2009), Thorovou (2007), které referují o stávající prevalenci poruch autistického spektra v České republice pohybující se v rozmezí 200 000–250 000 osob, musíme získané údaje považovat za výrazně nedostačující. Zvyšování četnosti lidí s PAS nejen v České republice, ale například i v USA (srov. např. Strunecká, 2009), o kterém shodně informuje Komárek (2010), Čáslavská (2010), a zároveň nezbytnost realizace logopedické intervence u všech klientů s diagnózou pervazivní vývojové poruchy (více viz kapitola 6 *Komunikace u osob s poruchou autistického spektra a kapitola* 7 *Logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra*) směřují ke skutečnosti, že klienti s PAS reprezentují dostatečně kvantitativně saturovanou a opodstatněnou klientelu, u níž by intervence cílená na rozvoj funkční komunikační schopnosti měla představovat důležitou a nezastupitelnou roli. Podíváme-li se na realizaci logopedické intervence na základě referencí získaných od speciálních pedagogů, můžeme téměř kongruentně vzhledem k výše uvedeným údajům říci, že **z celkového počtu 126 speciálních pedagogů udává realizaci logopedické intervence u svých klientů s PAS 69 respondentů (54,76 %). Její absenci zmiňuje 34 speciálních pedagogů (26,98 %) a neznalost potvrzuje 23 odborníků (18,25 %)**. Shodně s Pátou (2007), Richmanem (2006) a Straussovou, Knotkovou (2011) akcentujeme na významné postavení logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra, poukazujeme na potřebu její implementace a recipujeme ji jako nedílnou součást hlavních intervenčních metod u dané klientely. Z deskripovaného je evidentní, že jak v případě klinických logopedů, tak speciálních pedagogů je v mírně nadpolovičním procentuálním zastoupení logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra uskutečňována. Uvedená data ale nemůžeme recipovat jako generalizující indikátor logopedické péče o klienty s tímto typem postižení. Musíme si být vědomi i okolností, jež znemožňují její absolutní zobecnění. Mezi primární faktory náleží především absence plné návratnosti v rámci dotazníkového šetření od klinických logopedů i speciálních pedagogů a také

preference klinických logopedů. I přes to, že logopedickou péči mohou a zajisté i poskytují logopedi pracující v resortu ministerstva školství, ministerstva práce a sociálních věcí. Na tomto místě je tedy adekvátní uvést, že 80 oslovených klinických logopedů a 69 oslovených speciálních pedagogů potvrzuje aplikaci logopedické intervence u námi sledovaných klientů. Uvedenou četnost můžeme vzhledem k výše prezentovaným informacím vztahujícím se k počtu osob s PAS v České republice a opodstatněnosti její realizace, pokládat za stav nedostačující a zároveň za fakt, který vybízí k zamyšlení se nad možnými způsoby jeho řešení. **Rodiče dětí s poruchou autistického spektra vypovídají o skutečnosti, že i přes narušenou komunikační schopnost v 89,47 % je logoped vyhledán z celkového počtu 19 rodičů pouze 2 respondenty**. Co zapříčiňuje danou skutečnost, která je dle nás alarmující? Důvod je třeba spatřovat především v edukaci odborníků, v informovanosti rodičů a ve funkčnosti interdisciplinární kooperace. Na druhou stranu je možné, že k insuficientnímu kvantitativnímu ukazateli realizace logopedické intervence u osob s PAS přispívá záporný postoj spočívající a priori v obavě přijímat lidí s PAS jednotlivými logopedy. K této oblasti se vyjadřuje Jelínková (2011), která uvádí, že odborníci v jejichž kompetenci je problematika narušené komunikační schopnosti u osob s PAS často vykazují obavy, nejistotu a strach z její náročnosti, proto v mnoha případech péči odmítají. K dané skutečnosti se vyjadřuje také Wernerová (2011), která zkoumala v Izraeli postoje k problematice autismu u 42 studentek z oborů sociální práce, pedagogiky, ošetřovatelství, ergoterapie a logopedie (klinického směru). I přesto, že oslovené respondentky vnímaly práci s osobami s poruchou autistického spektra jako obohacující, důležitou, obtížnou a frustrující, současně ji označovaly jako vyzývající k osobnostnímu i profesionálnímu rozvoji. Studentky hodnotily jako důležité naučit se odolávat stigmatizujícím předsudkům o autismu a akcentovaly význam teoretického i praktického znalostního rozvoje již během pregraduálního studia.

Předpokladem aplikované, rané a funkční logopedické intervence je dle nás její včasné doporučení jednotlivými odborníky (primárně pediatry). Jedná se tedy o preferenci interdisciplinárního přístupu, který může podstatným způsobem ovlivnit její realizaci a tím přispět k rozvoji komunikační schopnosti, jejíž deficit je dominantním a specifickým symptomem klinického obrazu poruch autistického spektra. Z tohoto důvodu jsme se v dotazníkovém šetření u všech tří skupin respondentů zaměřili na tuto oblast a podrobili ji detailnější analýze. **Kliničtí logopedi referují, že nejčastějším odborníkem, se kterým**

jsou v kontaktu, je psycholog (39,58 %), následně speciální pedagog (34,72 %) a psychiatr (20,14 %). Výrazně nižší procentuální zastoupení náleží spolupráci s psychiatrem (20,14 %), neurologem (18,06 %) a nejnižší kooperace (3,47 %) je udávána pediatrovi. Také jsme evidovali 10 odpovědí (6,94 %), které vypovídaly o absenci spolupráce s jakýmkoli odborníkem. Vzhledem k tomu, že klinický psycholog a psychiatr jsou odborníci kompetentní diagnostikovat poruchu autistického spektra, předpokládali bychom, že v rámci preference interdisciplinárního přístupu, budou tito specialisté zaujímat primární a dostatečně kvantitativně saturovanou četnost. I přes to, že psycholog zaujímá z referovaných odborníků dominantní deskripci, musíme jeho detekci pokládat za nedostatečnou. Homogenní stanovisko zaujímáme samozřejmě i v případě psychiatra a deficitní oblast nacházíme i u speciálního pedagoga, který je s osobou s PAS a jejich rodiči vzhledem k ostatním výše uvedeným odborníkům v nejfrekventovanějším kontaktu. Výsledky výzkumného šetření dále poukazují, že se speciálním pedagogem je v kontaktu pouze 50 klinických logopedů a za negativní musíme pokládat data vypovídající o minimální součinnosti klinického logopeda s pediatrem. **Domníváme se, že jedním z faktorů přispívajících k nedostatečné realizaci logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra je deficit v interdisciplinární kooperaci pediatra se speciálním pedagogem**. Odborného lékaře, pediatra, pokládáme za odborníka, který včasnou detekcí specifických deficitů dotýkajících se především sociální interakce, imaginace a komunikace může podmínit ranou diagnostiku a včasně indikovanou terapii, tedy i logopedickou intervenci. K negativnímu výpovědnímu stanovisku musíme inklinovat i v případě 10 odpovědí reflektujících nepřítomnost spolupráce s žádným specialistou. **Pocítí-li speciální pedagog potřebu konzultace problematiky poruch autistického spektra, většina respondentů (85,71 %) by oslovila opět svého kolegu – speciálního pedagoga. Další, ale četnostně významně nižší hodnota (45,24 %) je charakteristická pro psychologa a 19,05 % je specifických pro neurologa. Nižší četnost odpovědí vypovídá o případné spolupráci s psychiatrem (12,7 %), pediatrem (7,94 %) a pedagogem (5,56 %). S logopedem by spolupracovali pouze dva speciální pedagogové (1,59 %) a za negativní výpovědní hodnotu (14,29 %) musíme považovat skutečnost vypovídající o absenci spolupráce s odborníkem.** Shodně s daty získanými od klinických logopedů musíme i na tomto místě prezentovat, že deficitní bázi v poskytování logopedické intervence shledáváme v nedostatečné až absentují spolupráci

s důležitými odborníky, primárně s pediatrem, logopedem, psychologem, speciálním pedagogem a psychiatrem. Výpovědi speciálních pedagogů referujících o tom, že pouze dva z nich preferují kontakt s logopedem, mohou být do jisté míry projevem nedostatečné znalosti problematiky narušené komunikační schopnosti osob s PAS u daných odborníků. **V nejvyšší míře (84,21 %) se rodiče při znepokojení s vývojem svého dítěte obrátí na pediatra, dále v nadpoloviční prezenci (52,63 %) na psychologa a v 47,37 % na neurologa. Se speciálním pedagogem se zkontaktovali 4 rodiče (21,05 %) a pouze 2 rodiče vyhledali logopeda, psychiatra a pedagoga**. Podstatnou diskrepanci shledáváme v tom, že i přes primární vyhledání pediatra, adekvátní informace o problematice poruch autistického spektra a kontakty na další odborníky v potřebné kvantitě i kvalitě bohužel od něj rodiče nezískají. Otázkou tedy zůstává, jak by bylo možné řešit tuto evidentně deficitní oblast (blíže viz kapitola 8.9 *Doporučení pro oblast teorie a praxe speciální pedagogiky*). Shrneme-li problematiku interdisciplinární spolupráce, můžeme konstatovat, že o nedostatcích v dané sféře referují kliničtí logopedi, speciální pedagogové i rodiče dětí s PAS. Evidujeme ji u všech odborných profesí s markantním deficitem vztahujícím se k odbornosti pediatra. Opodstatněnost k akcentaci na řešení této problematiky vidíme také v zamítnutí námi stanovené hypotézy číslo dva (viz kapitola 8.7 *Verifikace hypotéz*). Na základě statistické verifikace můžeme potvrdit, že deficity v preferenci interdisciplinárního přístupu evidujeme u oslovených respondentů bez ohledu na jejich základní povědomí o problematice poruch autistického spektra. Vyvstává tedy otázka, jak hluboké, do jaké míry zevrubné a od koho odborníci znalosti o problematice poruch autistického spektra získávají a případně jak inkorporují teoretické vědomosti do své odborné působnosti.

Dostatečná znalost problematiky poruch autistického spektra, jak jsme se zmínili již výše, je primárním indikátorem vedoucím k vhodnému přístupu k lidem s tímto typem postižení a k poskytnutí adekvátních informací nejen rodičům dětí s PAS, ale i ostatním odborníkům. Na tuto oblast jsem se zaměřili v dotazníkovém šetření u klinických logopedů a diferencovali ji do tří položek pojednávajících o základním povědomí o problematice poruch autistického spektra, znalosti diagnostických jednotek spadajících dle MKN–10 do pervazivních vývojových poruch a na orientaci v primární aberaci zasahující narušenou komunikační schopnost. Pro kategorizaci první a druhé vědomostní položky jsme stanovili hodnotící kritéria (viz podkapitola 8.5.1 *Analýza výsledků dotazníkového šetření pro klinické logopedy*). Po analýze dílčích znalostních dat docházíme k tomu, že **znalost**

základního vymezení problematiky poruch autistického spektra se pohybuje v mírné převaze u hodnoty částečná (34,03 %) vzhledem ke kategorii dostatečná (33,33 %). Nedostatečné povědomí o této oblasti jsem evidovali u 31 klinických logopedů (21,53 %). Deskripované hodnoty nejsou výrazně diferentní, proto nemůžeme hovořit o zásadní dominanci žádného stanoveného kriteriálního hodnocení. Předpokládáme, že vzhledem k implementaci problematiky poruch autistického spektra v rámci předatestační přípravy klinických logopedů a nedávno absolvovaného studia na vysoké škole, by dostatečnou znalost měli vykazovat primárně kliničtí logopedi, jejichž délka praxe je v časovém rozmezí 0–5 let. Výsledky dotazníkového šetření ale poukazují na skutečnost, že kliničtí logopedi jejichž odborná působnost spadá do výše vymezeného období, vykazují dostatečnou znalost základní specifikace poruch autistického spektra v četnosti 19 odpovědí z 53 respondentů (35,85 %). Nedostatečná znalost vytyčené oblasti zaujímá téměř homogenní výpovědní hodnotu prezentovanou počtem 18 klinických logopedů (33,96 %), proto nemůžeme výše stanovenou domněnku přijmout. Za důležité považujeme upozornit na významnou korelaci mezi základní vědomostní orientaci v PAS a aktivní angažovanosti na logopedické péči o tyto klienty. Stanovená hypotéza spočívající v tom, že kliničtí logopedi, kteří mají v péči osoby s poruchou autistického spektra vykazují lepší základní znalost problematiky PAS na rozdíl od klinických logopedů, kteří klienty s tímto typem postižení v péči nemají, byla statistickou metodou potvrzena a tím i přijata. Můžeme tedy předpokládat, že kliničtí logopedi, kteří uskutečňují intervenci u těchto osob, získají základní povědomí o dané problematice buď na základě praktických zkušeností, nebo je kontakt s lidmi s tímto postižením motivuje k dalšímu studiu či účasti na odborných kurzech a seminářích. **Zaměříme-li se na orientaci v dílčích diagnostických kategoriích poruch autistického spektra, nacházíme převahu námi stanoveného kritéria dostatečná znalost (55,56 %) vzhledem ke kategorii částečná (17,36 %) a nedostatečná (16,67 %)**. S ohledem na první vědomostní položku můžeme na tomto místě vidět podstatnější diferenci v uvedených kriteriálních hodnoceních. Dominantní pozici zaujímá dostatečná znalost, což můžeme považovat za výsledek pozitivní. Zároveň je potřeba zmínit přítomnost překonaných (infantilní autismus či Kannerův autismus, 11,81 %) a nesprávných (autistické rysy, 13,39 %) termínů. **Za nejvíce deficitní jazykovou rovinu pokládají kliničtí logopedi aberace v pragmatické jazykové rovině (70,83 %). Morfologicko-syntaktická jazyková rovina je prezentována četností**

27,78 % a v případě foneticko-fonologické jazykové roviny nacházíme hodnotu 15,97 %. Lze konstatovat, že v převážné míře oslovení respondenti správně detekují primární aberaci v narušené komunikační schopnosti, současně je ale nezbytné rovněž upozornit na prezenci foneticko-fonologické jazykové roviny, kterou deskripovalo 23 klinických logopedů. Referenci dané oblasti jako primárně insuficientní je třeba recipovat jako neznalost bazální problematiky narušené komunikační schopnosti a můžeme předpokládat, že daní respondenti nemohou zaujímat adekvátní přístup k osobám s PAS.

Abychom mohli vytvořit globální náhled na znalostní sféru problematiky poruch autistického spektra, potřebujeme také zmapovat, zda a případně jakým způsobem respondenti získávají informace o této oblasti. **Tři čtvrtiny klinických logopedů (75,69 %) získává informace o problematice PAS primárně prostřednictvím samostudia odborné literatury. Účast na odborném semináři či kurzu reflektuje 29,86 % a při studiu na vysoké škole se s danou problematikou setkalo 24,31 % dotazovaných. Bohužel jsou ale přítomny také odpovědi poukazující na okolnost, že 10 odborníků (0,69 %) informace o této problematice dosud nezískalo**. Na tomto místě je nezbytné podotknout, že i přes skutečnost poukazující na převahu samostudia a relativně významně saturované absence informovanosti, evidujeme v současné době velké množství vzdělávacích seminářů a kurzů věnujících se problematice poruch autistického spektra i konkrétně komunikaci u jedinců s touto diagnózou (například Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, Asociace pomáhající lidem s autismem – APLA Praha či sdružení Quip a další). Otázkou tedy zůstává, jak motivovat odborníky k získávání dalších důležitých vědomostí. V rámci této oblasti jsme si kladli otázku, zda souvisí získávání informací o problematice PAS na vysoké škole s délkou praxe těchto odborníků. Na jejím základě jsme si stanovili výzkumnou hypotézu (hypotéza číslo 3 viz kapitola 8.7 *Verifikace hypotéz*). Po statistické verifikaci docházíme k jejímu potvrzení a lze tedy konstatovat, že kliničtí logopedi s odbornou praxí kratší než 10 let získávají informace o zkoumané oblasti při studiu na vysoké škole na rozdíl od logopedů, kteří evidují delší odborné působení. Příčina dle nás spočívá především v aktuálnosti problematiky poruch autistického spektra, kterou reflektuje bohatá distribuce tuzemské, zahraniční literatury či realizace výzkumných šetření a z toho vyplývající implementace dané problematiky do anotací studijního programu speciální pedagogika a příslušných studijních oborů včetně logopedie v rámci vyučovaných předmětů (například základy speciální pedagogiky,

poradenství, psychopedie, logopedie apod.). V dotazníkovém šetření pro rodiče dětí s PAS jsme si také stanovili za úkol zmapovat zdroj informovanosti o problematice PAS. **Hlavním informačním pramenem se pro rodiče dětí s PAS stává samostudium odborné literatury. Speciální pedagog a psychiatr poskytl sdělení týkající se této oblasti pouze 3 respondentům, neurolog 2 dotazovaným a v případě pedagoga, logopeda a psychologa reflektoval tuto skutečnost jen 1 rodič**. I přes to, že vzhledem k nedostatečně kvantitativnímu vzorku respondentů nemůžeme získaná data pokládat za generalizující, vnímáme deskripované údaje za negativní. I na tomto místě apelujeme na roli pediatra, na něhož se se svým znepokojením obrátilo 84,21 % respondentů, ale z 19 rodičů bohužel žádný potřebné informace nezískal.

Aby byla realizovaná logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra funkční, je nezbytná vhodná selekce a aplikace speciálně-intervenčních metod. **K nejčastěji aplikovaným metodám, které kliničtí logopedi v rámci logopedické intervence preferují, je strukturovaný přístup (73,81 %), TEACCH program (19,05 %) a Son Rise přístup (16,67 %). V nejmenším počtu je uváděna ABA terapie (0,02 %)**. Strukturovaný přístup je metoda, která vychází a respektuje specifické potřeby jedinců s PAS, proto reference týkající se jejího uplatnění zastoupeného téměř ve třech čtvrtinách, vnímáme za výsledek kladný. Danou skutečnost nám potvrzuje statisticky verifikovaná a přijatá výzkumná hypotéza hovořící o tom, že kliničtí logopedi, kteří mají v péči osoby s poruchou autistického spektra bez ohledu na délku jejich praxe, preferují v rámci logopedické intervence strukturovaný přístup. Nemůžeme ale opomenout prezenci Son Rise přístupu, který nepokládáme za primárně vhodnou a jedinou intervenční metodu.

Shrneme-li uvedená fakta, spatřujeme deficitní oblast v poskytování logopedické intervence již ve fázi předcházející její realizaci – v aktivní angažovanosti pediatrů na poskytování relevantních informací rodičům. Dále pokládáme za nedostačující a ne plně funkční participaci pediatra na kooperaci s ostatními odborníky, v našem případě primárně s logopedy. Jak jsem uvedli již výše, vnímáme dané okolnosti za oblast, jejíž řešení by mohlo vést ke zvýšení včasné indikace logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra. Pokud budou logopedi v dostatečné míře seznámeni s touto problematikou, můžeme danou cestou přispět rovněž k včasnému budování funkční komunikace.

8.9 Doporučení pro oblast teorie a praxe speciální pedagogiky

Na základě analýzy dílčích položek dotazníkového šetření pro klinické logopedy, speciální pedagogy, rodiče dětí s poruchou autistického spektra a zároveň na podkladě výsledků získaných z kapitol věnujících se shrnutí, komparaci a diskuzi formulujeme na tomto místě doporučení pro oblast teorie a praxe speciální pedagogiky.

Doporučení diferencujeme do dílčích oddílů směřovaných jak k nejširší veřejnosti, tak následně k akademickým pracovníkům, studentům příslušných oborů a jednotlivým odborníkům.

- **Doporučení směrem k veřejnosti**

Za nezbytnou pokládáme osvětovou činnost cílenou k nejširší veřejnosti. Její realizace uskutečněná prostřednictvím osvětových seminářů, vstupů v rámci televizního či rádiového přenosu nebo formou publikace článků v odborných, populárně vědeckých časopisech či periodikách zaměřených na životní styl, volný čas apod. může vhodným způsobem poskytnout veřejnosti přístupné informace týkající se specifických i nespecifických projevů, edukačních i terapeutických možností u osob s poruchou autistického spektra. Danou cestou mohou být rovněž zpřístupněny informace vztahující se ke specifikám narušené komunikace či k doporučení, jak s jedincem s touto diagnózou komunikaci iniciovat, vést a ukončit. Srozumitelným způsobem lze danou formou předat informace o možnostech alternativní a augmentativní komunikace a tím předejít dezinterpretaci, přispět k pochopení konkrétní situace a dopomoci k zapojení se do konverzace. Příkladem může být každoročně odborně tematicky organizovaný filmový festival AFO (Akademia film Olomouc), kde byla v dubnu 2010 věnována hlavní linie problematice poruch autistického spektra (např. Mgr. Alena Říhová vedla odbornou diskuzi cílenou na problematiku narušené komunikační schopnosti na základě prezentovaných dokumentů „A jako autismus“ a „Děti hvězd“)

- **Doporučení směrem k akademickým pracovníkům**

Za důležitou považujeme aktivní participaci garantů jednotlivých studijních oborů na inkorporaci problematiky poruch autistického spektra do akreditačních spisů a následně do anotací vyučovaných předmětů jak všeobecného základu (například Základy speciální pedagogiky, Poradenství, Speciálněpedagogické diagnostické metody apod.), tak úzce zaměřených předmětů (Logopedie, Psychopedie, Kombinované vady apod.). Zmíněná

skutečnost by se neměla týkat jen studentů speciálněpedagogických vědních disciplín (např. na Ústavu speciálněpedagogických studií je tato oblast dostatečně saturována: více například viz http://www.uss.upol.cz/cz/anotace/), ale za důležitou ji pokládáme rovněž u studentů společenskovědních disciplín, například psychologie, sociologie, sociální práce apod. Nepostradatelnou se stává výuka předmětů zaměřených na problematiku poruch autistického spektra – kromě dostatečné znalosti klinického obrazu PAS, orientace v diagnostických metodách a intervenčních přístupech, tak rovněž ve znalosti zásad přístupu k jedinci s PAS a jejich komunikačních specifik, u studentů lékařských fakult – konkrétně tedy studentů všech oborů lékařství, fyzioterapie, ergoterapie, ošetřovatelství apod. Integrace zmíněné problematiky by měla prostupovat nejen prezenčním studiem, ale měla by se stát také nedílnou součástí studia kombinovaného a celoživotního vzdělávání. Inkorporovaný předmět nebo přednášky v rámci vyučovaného předmětu by měly mít přesah speciálněpedagogického pohledu na osoby s poruchou autistického spektra a upřednostňovat holistický náhled na danou problematiku také z aspektu medicínského, sociálního, pracovněprávního při zachování akcentace na interdisciplinární kooperaci všech angažovaných odborníků (včetně rodičů a příbuzných).

Jako pozitivní shledáváme výzkumnou, publikační a přednáškovou působnost akademických pracovníků. Realizace výzkumných šetření vztahujících se k problematice poruch autistického spektra má velký význam svými novými a aktuálními poznatky pro obohacení současné vědy. Jejich následná distribuce (odborné články, reference příspěvků na konferencích, na setkání odborníků či rodičů apod.) mezi širokou veřejnost, studenty a odborníky může přispět k poskytnutí adekvátních informací a vyvrácení mýtů, se kterými se i v současné době vzhledem k této problematice setkáváme (např. ŘÍHOVÁ, A. *Co by měl zdravotník vědět o PAS*. In Sestra, Praha: Mladá fronta, 2011. č. 4/2011, ročník 21. s. 23–24. ISSN 1210-0404. ŘÍHOVÁ, A. a kol. ŘÍHOVÁ, A. *Komunikace zdravotníků s klientem s poruchou autistického spektra*. In Sestra, Praha: Mladá fronta, 2010. ISSN 1210-0404. ŘÍHOVÁ, A.; VITÁSKOVÁ, K. *Logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra (odborná publikace pro logopedy)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-2908-3.)

- **Doporučení směrem k logopedům**

Jedním z hlavních determinantů formujících logopedickou intervenci u osob s poruchou autistického spektra je znalostní sféra dané problematiky. Teoretický základ by

logopedi měli získat při studiu na vysoké škole, ale vzhledem k akcelerujícím poznatkům ve zkoumané oblasti předpokládáme, že aktivní participace na získávání vědomostí je celoživotní záležitostí. Doporučujeme tedy jak studium tuzemské a zahraniční literatury, tak účast na vzdělávacích kurzech, seminářích věnujících se problematice poruch autistického spektra a primárně narušené komunikační schopnosti u této klientely. Již v předcházejících částech disertační práce byla akcentována důležitost interdisciplinární spolupráce a zdůrazněna její role vzhledem ke globálnímu náhledu na osobu s PAS. K včasné realizaci logopedické intervence a nezbytné kooperaci s pediatrem, jehož role je vzhledem k iniciaci této péče podstatná, může logoped prostřednictvím své aktivní angažovanosti zásadním způsobem přispívat. Cestu vidíme ve zprostředkování informací (prostřednictvím odborných seminářů, osvětové publikace či informačních letáků umístěných do ordinace lékaře) o problematice ontogeneze řeči a specifik narušeného vývoje řeči u dětí s pervazivní vývojovou poruchou (např. ŘÍHOVÁ, A. a kol. *Poruchy autistického spektra (pomoc pro rodiče dětí s PAS).* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2677-8). Tímto způsobem lze docílit nejen edukační působnost na pediatra, ale také zajistit přímý přístup ke kontaktům na ostatní logopedy, což je základním předpokladem časné realizace logopedické intervence a jejich funkční interdisciplinární spolupráce.

Včetně znalostní orientace a profesní kooperace je předpokladem efektivní logopedické intervence také organizační uspořádání, vybavení ordinace a výběr pomůcek (blíže viz kapitola 9 *Doporučení pro logopedickou intervenci u osob s poruchou autistického spektra*). Na tomto místě doporučujeme, aby daný odborník uvážlivě vybíral pomůcky k realizaci logopedické intervence a respektoval specifika potřeb osob s touto diagnózou.

- **Doporučení směrem k ostatním odborníkům (pediatrům, psychiatrům, psychologům, speciálním pedagogům apod.)**

Na prvním místě musíme opět uvést znalost problematiky poruch autistického spektra. Bez dostatečné edukace získané nejen při studiu na vysoké škole, ale také prostřednictvím absolvování vzdělávacích kurzů a seminářů se domníváme, že ani přístup k osobám s PAS nemůže být správný a adekvátní. Za nezbytné dále pokládáme podporovat spolupráci s kolegy, rodiči dětí s PAS a dalšími odborníky z oblasti speciální pedagogiky, psychologie, medicíny apod. a motivovat jednotlivé odborníky k prezentaci vlastních

zkušeností či výzkumných šetření na konferencích, v odborných periodikách či publikacích. Předpokládáme, že reference o zážitcích z praxe a vzájemná výměna informací by mohla směřovat k hlubšímu zájmu o tuto problematiku a k uvědomění si přínosů reciproční kooperace.

- **Doporučení směrem k rodičům**

Rodiče dětí s PAS mají nárok na získávání dostatečně kvalitních informací o problematice poruch autistického spektra od jednotlivých odborníků. Tento zdroj vědomostí by měl být primární a odkazy na další zdroje vědomostí (odborná literatura, webové stránky, kontakty na sdružení, na odborníky apod.) jejich následným přirozeným vyústěním. Za důležitou pokládáme korekci a správné nasměrování v případě inklinace k metodám, jež by mohly být pro dítě a jeho rodinu nevhodné a neefektivní. Nezbytná je samozřejmě psychická podpora, povzbuzení, uznání a zprostředkování kontaktů na rodiče dětí se stejnou diagnózou.

9 DOPORUČENÍ PRO LOGOPEDICKOU INTERVENCI U OSOB S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Poruchy autistického spektra představují heterogenní a ne vždy striktně definovanou skupinu specifických či nespecifických symptomů, pro něž je charakteristická pervazivní symptomatologie a podstatná diference vývoje dítěte s PAS vzhledem k jedinci intaktnímu. I přes tuto skutečnost můžeme říci, že všemi diagnostickými kategoriemi v rámci poruch autistického spektra prostupuje společná a markantně deficitní oblast – narušená komunikační schopnost. Problematice narušené komunikační schopnosti, především realizaci logopedické intervence u této klientely se věnuje druhý úsek praktické části disertační práce, jehož cílem je zevrubně deskripovat parciální oblasti logopedické péče a vytvořit model její realizace, který ale samozřejmě nelze uniformovaně aplikovat na všechny osoby s poruchou autistického spektra.

Důvodem k zařazení této ryze prakticky orientované oblasti je poskytnout holistický náhled na problematiku narušené komunikační schopnosti a tím umožnit nejen teoretická východiska a analýzu stávající situace v poskytování logopedické intervence, ale nabídnout také doporučení, které by se mohlo stát pro logopedy inspirací. Předkládaná část je rovněž výstupem grantového projektu specifického výzkumu *Analýza současného stavu poskytované péče v raném věku a logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra* (PdF UP v Olomouci 2010/2011, PdF_2010_020)[12], která byla zároveň v roce 2012 prostřednictvím vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci publikovaná[13]. Incentivou k její realizaci byly také výsledky předvýzkumu uskutečněného v rámci řešení grantového projektu specifického výzkumu *Analýza současného stavu poskytované péče v raném věku a logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra* (PdF UP v Olomouci 2010/2011, PdF_2010_020)[14], které reflektovaly skutečnost vypovídající o tom, že 94,74 % z oslovených respondentů (logopedů Olomouckého kraje) považuje práci zaměřenou na problematiku logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra za přínosnou. Za velice potřebnou, avšak v praxi absentující pokládají zmínění odborníci především

[12] Hlavní řešitel: Mgr. Alena Říhová, spoluřešitel: doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.

[13] ŘÍHOVÁ, A.; VITÁSKOVÁ, K. *Logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra (odborná publikace pro logopedy)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-2908-3.

[14] Havní řešitel: Mgr. Alena Říhová, spoluřešitel: doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.; Mgr. Lucia Pastieriková, Ph.D.; Mgr. Eva Urbanovská

deskripci pomůcek, dále konkrétní příklady stimulace komunikační schopnosti, diagnostiku narušené komunikační schopnosti, uspořádání a vybavení logopedického pracoviště. Tato práce respektuje jejich výpovědi, dotýká se zmíněných oblastí a usiluje o globální přístup k rozvoji komunikační kompetence.

Mezi výzkumné metody užité při koncipování této práce patří studium a komparace tuzemské a zahraniční literatury, dále interpretace a analýza informací získaných absolvováním kurzů a seminářů týkajících se problematiky poruch autistického spektra. Uvedená doporučení vztahující se například k vybavení logopedického pracoviště, užití pomůcek a především konkrétní náměty k možnosti stimulace komunikační schopnosti vycházejí z našich zkušeností při práci s klienty s PAS a s kombinovaným postižením. Při přímém intervenčním působení jsme jako primární výzkumnou metodu užili pozorování a interview s rodiči dětí s PAS a s odborníky (speciální pedagogové, psychologové).

Tato část disertační práce je členěna do osmi hlavních částí usilujících pojmout proces logopedické intervence v jejím komplexu. Akcent je kladen převážně na oblast diagnostiky, kterou považujeme za stěžejní. Stranou zájmu nezůstává ani navázání kontaktu s klientem, které je vzhledem k tomuto typu znevýhodnění obvykle problematické. Zmíněno je také vybavení, uspořádání místnosti, didaktické pomůcky a další předměty či materiály, jež jsou pro motivaci klienta podstatné. Podrobně se věnujeme konkrétním příkladům a praktickým radám respektujícím holistický přístup k narušené komunikační schopnosti. Tato část kvantitativně převyšuje nad ostatními. Zahrnuje příklady stimulace preverbálních dovedností (preverbální vokalizace, pozornost, nápodoba, střídání, ukazování na objekty, žádání), porozumění, pasivní slovní zásoby, hrubé a jemné motoriky, auditivní percepce, kognitivní oblasti, neverbální komunikace, verbální komunikace, alternativní a augmentativní komunikace. Jsou zde objasněny jak techniky direktivní, tak nedirektivní. Závěrem nabízíme k dispozici tabulku usnadňující a zpřehledňující záznam průběhu logopedické intervence.

9.1 Navázání kontaktu s klientem s PAS

Navázání kontaktu s osobou s poruchou autistického spektra bývá obvykle velice náročné jak z hlediska profesní fundovanosti, osobnostních schopností, tak i časové dotace. Prosociální dovednosti jsou u dané klientely evidentně deficitní a patří k jednomu ze

zásadních faktorů determinujících realizaci logopedické intervence. Tato skutečnost je podepřena analýzou výpovědí logopedů uvádějících tři nejvíce frekventované oblasti činící logopedickou intervenci u osob s poruchou autistického spektra náročnou. Na prvním místě je evidováno navázání a udržení recipročního sociálního kontaktu s osobou s PAS, dále budování komunikačního systému, především funkčních komunikačních kompetencí, a zvládání agresivních behaviorálních projevů (Říhová et al., 2011).

„Podobně jako v životě může už první kontakt někdy ovlivnit průběh celého procesu. Nebude-li jedinec s narušenou komunikační schopností hned při prvním kontaktu vnímat diagnostika jako člověka, který ho chápe, jenž ho nechce zkoušet ani sankcionovat za chybný výkon, ale chce mu pomoci, může to ohrozit úspěšnost celé další intervence...“ (Lechta, 2003, s. 36). Preismann (2010) podotýká, že úspěšnost terapie závisí na vytvoření vztahu důvěry mezi terapeutem a klientem. Vztahová dimenze je při práci s lidmi s poruchou autistického spektra důležitá. Navázání a budování kontaktu s klientem s PAS není ale jednoduché, protože narušení sociální interakce je jedním ze specifických deficitů charakteristických pro danou problematiku (ibid., 2010). Touto skutečností jsou dle nás kladeny na odborníka vysoké nároky nejen po stránce odborné, ale také intuitivní a empatické. Hlavním cílem logopedické intervence by dle Freusera (in Preismann, 2010) mělo být v bezpečném, přehledném a příjemném prostředí naučit klienta vybudování vztahů a získání citu pro interakci s druhými lidmi, a to pomocí předvídatelnosti a spolehlivosti. Musíme také podotknout, že nikdo nezná dítě lépe než jeho rodič. Rodiče či jiní příbuzní osob s PAS jsou tedy nezbytným a velice důležitým článkem terapeutického týmu. Mohou se nám stát důležitým zdrojem přínosných informací.

Nyní uvedeme to, co dle nás může budování kontaktu a následné spolupráci pomoci. Zmiňujeme příklady a doporučení týkající se prvních, druhých a následných kontaktů. Náplně jednotlivých kontaktů nelze jednoznačně omezit a vzájemná profundace je obvyklá. Samozřejmě, že níže deskripovaná situace je pouze jakýmsi ideálním modelem, proto je zapotřebí si uvědomit, že logoped musí být vždy připraven na improvizaci plynoucí z konkrétní situace.

První kontakt:

- Prvnímu přímému kontaktu s klientem s PAS by mělo ideálně předcházet setkání s rodičem/rodiči či jinými příbuznými. Při tomto setkání bychom měli realizovat sběr důležitých dat, tedy provést anamnézu a získat potřebné informace

(viz podkapitola 9.2 *Sběr informací a vytvoření anamnézy*).

- Před logopedickou intervencí doporučujeme upravit a přizpůsobit logopedické pracoviště (viz podkapitola 9.3 *Organizace a vybavení logopedického pracoviště*).
- Snažme se zajistit, aby dítě s PAS nečekalo před zahájením logopedické intervence v čekárně logopedického pracoviště, na chodbě apod. Dodržujme přesný čas domluvené schůzky.
- Na logopedickou intervenci si na základě rozhovoru s rodičem či jiným příbuzným zajistěme oblíbené pomůcky, hry, aktivity.
- Při prvním kontaktu nevyžadujme plnění instrukcí.
- Pozorujme chování klienta, jeho preferované předměty, hračky, činnosti apod.
- Dejme mu dostatek časového prostoru pro poznání a zvyknutí si na nové prostředí.
- Během daného času veďme rozhovor s rodiči, získejme další důležité údaje, informujme se o oblíbených činnostech, o aktuálních problémech apod.
- Nabídněme klientovi předmět, hračku, činnost a sledujme reakce.
- Pomalu se zapojujme do jeho činností – nejdříve se jen přibližme do jeho blízkosti, pokud nejsou reakce negativní, tak se následně zapojme do aktivity – rozsah a délku trvání přizpůsobujme vždy reakci.
- Snažme se naše výzvy, komentování vizualizovat (fotografie, obrázky, rozkreslování situací apod.).
- Nenuťme jej k verbální či neverbální expresi.
- Pozitivně reagujme na případnou verbální, neverbální komunikaci či na zájem o předmět, hračku, činnost.
- Dle možností se zapojme do klientových aktivit.
- Stanovme si s rodiči, s příbuzným či klientem s PAS interval návštěv a přesný čas, kdy bude intervence probíhat, a tento čas dodržujme.

Druhý kontakt:

- Logopedickou intervenci začínejme rozhovorem s rodiči, příbuznými či s klientem s PAS o momentálním emočním rozpoložení, o současných problémech apod.
- Využívejme oblíbené aktivity klienta, motivujme přes oblíbené předměty, činnosti.
- Dodržujme všechny výše popsané zásady „prvního kontaktu“.
- Dejme mu dostatek časového prostoru na reakci.

- Postupně zapojujme nové věci do oblíbených, mnohdy stereotypních zájmových aktivit – rozsah a délku trvání přizpůsobujme vždy jeho reakci.
- Dodržujme zásady uvedené v podkapitole 9.5 *Zásady komunikace s osobami s PAS.*
- Dle možností proveďme orientační diagnostiku (viz podkapitola 9.6.1 *Orientační diagnostika*).

Následné kontakty:

- Postupujme dle výše uvedených bodů popsaných v „druhém kontaktu“, případně v „prvním kontaktu“.
- Na základě realizované diagnostiky – orientační či základní (viz podkapitola 9.6.1 *Orientační diagnostika* a 9.6.2 *Základní diagnostika*) – zmapujme „silné“ a deficitní stránky klienta.
- Rozvíjejme deficitní oblasti a posilujme je, stavme na „silných“ stránkách jedince s PAS.
- Jako inspiraci můžete při realizaci logopedické intervence využít příklady uvedené v podkapitole 9.7 *Možnosti stimulace komunikačních schopností*.

9.2 Sběr informací a vytvoření anamnézy

Pro vytvoření komplexního pohledu na jedince s PAS považujeme za přínosné zkoncipování anamnézy. Podrobná anamnéza nám může poskytnout velké množství cenných informací, které nasměrují naši logopedickou intervenci. Pojem anamnéza vychází z latinského *anamnesis*, vzpomenout si. Z medicínského aspektu znamená rozhovor lékaře s pacientem, při kterém získáváme důležité informace týkající se jeho zdravotního stavu. Komplexní anamnéza obsahuje osobní údaje o zdravotním stavu od prenatálního období až po současnost a zásadní informace o onemocnění v rodině, sociálním, sociálně-kulturním prostředí, ve kterém klient vyrůstá, a pracovním statusu. Prostřednictvím anamnézy jsou shromažďovány všechny údaje a okolnosti, které mohly vést ke vzniku příslušné nemoci či postižení (Hartl, Hartlová, 2004). Potřebné informace k vytvoření anamnézy získáváme rozhovorem s rodiči, s odborníky (speciální pedagog,

pedagog, dětský psycholog, pediatr a další), případně z psychologických, psychiatrickým či jiných lékařských zpráv (ibid., 2004).

Jako možné vodítko uvádíme anamnestický dotazník (viz příloha č. 5). Je konstituován s akcentem na komunikační schopnost a věkově ohraničen nástupem do školy. Vždy je samozřejmě třeba potřebné informace doplnit individuálně dle každého klienta a jeho specifických obtíží.

9.3 Organizace a vybavení logopedického pracoviště

Organizace místnosti, kde je logopedická intervence realizovaná, zaujímá u klientů s PAS podstatnou roli. Spolupráce, pozornost a splnění požadovaných činností je do určité míry reflexí materiálního vybavení a jeho uspořádání prostoru.

Pokud je to možné, vytvoříme pro klienty s PAS speciální místnost. V opačném případě vždy prostor před plánovanou logopedickou intervencí uzpůsobíme tak, abychom zajistili co nejpříznivější podmínky pro její uskutečnění. Jedná se především o odstranění dekoračních věcí, přemíry hraček, pomůcek a drobných předmětů. Jejich prezence signalizuje nejen riziko pozření, ale ztěžuje jedincům s PAS koncentraci na naše stimuly a může vést k ulpívání na přítomných věcech. Přesycenost podněty působí tedy značně rušivě a často ztěžuje navázání kontaktu. Může také působit multisenzoriálně, a tím porušovat zásadu unisenzoriálního přístupu, která je vzhledem k obtížím se senzorickou integrací podstatná. „Místnost musí působit teple a příjemně, zcela jinak než prostředí nemocniční, a měla by poskytovat dostatek prostoru pro aktivní, konstruktivní hru“ (Geldard, 2008, s. 156). Autor dále uvádí, že ideální místnost by měla být vybavena umyvadlem s tekoucí vodou. Díky tomu se mohou děti umýt a uvést do původního stavu prostor, ve kterém použily barvy, hlínu apod., což je také důležitým druhem sociálního učení. Přítomnost umyvadla považujeme za podstatnou především u dětí, které trpí obsedantní potřebou čistoty. Nemožnost umytí i lehce znečištěných rukou může vést k zásadním obtížím (křik, pláč, agrese či autoagrese) determinujícím další průběh intervence či její předčasné ukončení. Přínosem je odhlučnění místnosti jako prevence negativního působení rušivých zvuků doléhajících z okolního prostředí. Odhlučnění místnosti je dobré i pro předcházení nedorozumění s okolím v situacích, kdy osoby s PAS nedokážou korigovat svůj hlasový projev. Z důvodu častého pobytu klientů na zemi, jedná

se především o dobu určenou k volné činnosti, je doporučováno, aby na podlaze byly koberce. Pokud je to možné, je vhodné ze stejného důvodu upřednostnit podlahové topení před topením prostřednictvím radiátorů. Jsme si vědomi toho, že výše uvedená doporučení jsou finančně nákladná a že je nelze ve většině případů zajistit. Jako alternativa může postačit třeba matrace, pokrytí podlahy částí koberce apod.

Logopedické pracoviště by dle nás mělo splňovat i následující kritéria. Klientovi s PAS musíme na prvním místě zajistit pocit bezpečí. Pokud je to možné, měla by být místnost v přízemí a rohy nábytku zaoblené. Za velice potřebné a finančně minimálně náročné považujeme vytvoření zákoutí, kde se může klient s PAS v případě úzkosti, disharmonie na chvíli separovat. Může se jednat o trampolínu, o zavěšený houpací vak, o matraci umístěnou v rohu místnosti, zástěnu a další. Tento prostor by měl evokovat pocit bezpečí, jistoty a vést k zmírnění případných obtíží. Jako důležitá a efektivní pomůcka se nám jeví velké nástěnné zrcadlo. Měli bychom jej upřednostnit před klasickým logopedickým zrcadlem, jehož otáčení či případné zaujetí spojovacími šroubky působí často interferenčně vzhledem k jeho primárnímu účelu. Nástěnné zrcadlo použijeme k nácviku rozvoje sebeuvědomění, somatognozie a ke korekci narušeného koverbálního chování. Dále nepovažujeme za vhodné, aby klient před vstupem do logopedické místnosti procházel úzkou chodbičkou, čímž by mohlo dojít k evokaci nepříjemných pocitů vyvolaných nemožností vyhnutí se taktilním kontaktům.

Měli bychom dbát i na barevnost jednotlivých komponentů a osvětlení. Stěny by měly být bílé, případně vymalovány tlumenými barvami. Nezbytné je vyhnout se intenzivním barvám jež vytvářejí lesklý povrch, a tím i odlesk, který opět může vyvolat intenzivní zaujetí. Jako podlahové krytí doporučujeme koberec či linoleum s tlumenými barvami a bez vzorů. Přítomnost vzorovaného koberce opět u některých osob s PAS implikuje zúžení pozornosti pouze na tento objekt. Osvětlení by nemělo být intenzivní. Upřednostňujeme doplňkové osvětlení jinými zdroji před jedním centrálním osvětlením. Vybavení místnosti by mělo být jednoduché, měli bychom se vyvarovat velkému množství dekorací a doplňků.

Je potřebné, aby logoped před logopedickou intervencí individuálně u každého klienta připravil stěžejní pomůcky a ostatní věci uložil například do skříně či na poličky. Za vhodné považujeme doplnit každý používaný předmět vizualizací (fotografie, piktogram apod.). Jako motivující a z praxe osvědčené shledáváme umístění oblíbených

hraček a předmětů klienta na polici, která mu je přístupna pouze vizuálně. Přístupová bariéra se při silné motivaci k získání stává incentivou k žádosti, a to ať už třeba v podobě neverbálního či verbálního projevu. Snažme se tedy vytvářet co možná nejvíce podnětné prostředí pro realizaci komunikace. Přínosnou součástí logopedické pracovny nejen pro logopeda, ale i pro osoby s PAS, především pro klienty s Aspergerovým syndromem či vysocefunkčním autismem, je videokamera. Po písemném souhlasu rodičů je vytvořen digitálního záznam logopedické intervence. Nahrávka se stává jedincům s PAS reflexí a směřuje k fixaci žádoucího chování a k detekci nežádoucích behaviorálních projevů. Vizuální a auditivní facilitace je také nápomocna při znovuvybavení si důležitých situací a je samozřejmě také archivací a komparací průběhu jednotlivých intervencí. Z uvedeného je patrné široké užití této přístrojové techniky.

Logoped by měl dodržovat stálost v organizaci místnosti, především stejnou pozici hraček, nábytku a vytvořeného zákoutí. Pokud je nutná zásadní změna v místnosti, je nezbytné klienta na ni postupně připravovat. Vždy je třeba předcházet případným obtížím plynoucím z úzkosti vyvolané nepředvídatelnou změnou. Důležitá je strukturalizace prostoru, a to především u klientů, jejichž adaptabilita je problematická a vzdělávací program nejen ve škole, ale i doma vychází ze strukturovaného přístupu. Proto je nezbytností, aby logoped komunikoval s rodiči, učiteli a uzpůsobil prostředí pro klienta tak, jak je na ně zvyklý a jak mu nejvíce vyhovuje. Jedná se například o vyhranění jedné specifické židle určené k pracovní činnosti, polštáře pro případnou aktivitu na zemi a již zmiňované zákoutí. Strukturu, stálost, neměnnost je dle nás třeba respektovat především při začátcích logopedické intervence, kdy si klient zvyká na naši přítomnost a na nové prostředí. Naším cílem ale není vytvářet jednoznačně předvídatelné, rigidní prostředí, a tím ztížit následnou již tak problematickou generalizaci ve variabilním sociálním prostředí. Proto pokládáme za potřebné postupné vkládání menších změn a zvyšování kvantifikace podnětů. Vždy je ale třeba individuálně zhodnotit potenciální reakci a osobnostní konstituci každého jedince s PAS. Pocit jistoty musí být vždy zachován a klidné, příjemné prostředí bez stresujících a frustrujících faktorů musí zůstat stále prioritou.

Na závěr uvádíme Besniera (2009), který hovoří o tom, že pokud budeme jedince s PAS pozorovat, tak oni sami nám řeknou, jak místnost zorganizovat.

9.4 Pomůcky a didaktický materiál

Správný a uvážlivý výběr pomůcek a didaktického materiálu je další důležitou determinantou kvality a prognózy realizované logopedické intervence. Pomůcky a didaktický materiál určený k práci s klientem s poruchou autistického spektra můžeme rozdělit do tří základních kategorií. Do první patří ty, které se běžně užívají i u jiných typů narušené komunikační schopnosti, do druhé pomůcky pro případnou aplikaci alternativní či augmentativní komunikace a do třetí materiál určený a priori pro osoby s PAS. Vitásková (2005) poukazuje na skutečnost, že při výběru pomůcek a přístrojové techniky si musíme uvědomovat fakt, který implikuje skutečnost danou tím, že jejich výběr a následné užití je ovlivněno celou řadou významných faktorů. Mezi ně řadí věkové rozpětí jedinců s narušenou komunikační schopností, prezenci či absenci přidruženého postižení, dosavadní zkušenosti ze strany klienta s přístrojovou technikou, pomůckami a finanční možnosti. Jak uvádí Lechta (in ibid.), dělíme klasické logopedické pomůcky a přístroje na stimulační, motivační a didaktické, derivační a podpůrné. Vzhledem k prostorové ohraničenosti a zaměření této příručky nebudeme dané pojmy blíže specifikovat. Níže uvedené příklady nejsou samozřejmě komplexní a netvoří plný a konečný výčet všech pomůcek a didaktického materiálu pro logopedickou intervenci u osob s poruchou autistického spektra. Je třeba jej recipovat jako možné vodítko, motivaci, ke kterému neodmyslitelně také patří osobní a specifické předměty každého jedince s PAS a kreativita logopeda pro tvorbu dalších materiálů vycházejících z momentální situace a individuálních potřeb jednotlivých klientů.

Mezi pomůcky náležející do námi vymezené první skupiny, které můžeme samozřejmě užít jak u klientů s PAS, tak u osob s jiným typem narušené komunikační schopnosti v rámci logopedické intervence, patří například:

- bublifuky, brčka, vata, míčky
- hračky (maňásci, panenky, kostky, auta apod.)
- obrazový materiál či cvičné texty
- knihy (dětské říkanky, básničky, písničky, encyklopedie apod.)
- logopedické zrcadlo
- v případě korekce vadné výslovnosti logopedické sondy, špátle, rotavibrátor apod.; nezbytné je věnovat zvýšenou pozornost na přítomnost případné hypersenzitivity

na taktilní stimuly, pokud chceme dané pomůcky užít, považujeme na místě postupnou desenzibilizaci

- hudební nástroje (bubínek, rytmická dřívka, činely, triangl, flétny, harmoničky, klavírky apod.)
- papíry, tužka č. 2, pastelky, voskovky, tělové barvičky apod.
- mediální počítačový software (Speechwiever, Brebta, FONO, FONO 2, Mentio, Méďa počítá, Altík, Písmohrádky, Než půjdeme do školy apod.)
- plastelína, inteligentní plastelína, modelína, keramická hlína apod.
- dřevěné vkládačky, korálky, kostky, puzzle apod.
- pomůcky pro orofaciální stimulaci (masážní míčky, štětičky, čokoláda, kečup, zubní kartáček apod.; více informací je možné získat v publikacích např. Kittel, 1999; Gangale, 2004).

Protože hlavním cílem logopedické intervence u klientů s PAS je budování pragmatické jazykové roviny, pragmatické kompetence, pracuje logoped také s pomůckami určenými pro alternativní a augmentativní komunikaci. Blíže o této oblasti pojednáváme v podkapitole 9.7 *Možnosti stimulace komunikačních schopností*, proto se na tomto místě omezíme pouze na výčet pomůcek, které jsou k nácviku a následnému užití této formy komunikace nezbytností. Jedná se především o pomůcky, mezi které patří například:

- trojrozměrné předměty
- miniaturní podoby předmětů či části předmětů jako zástupných symbolů
- fotografie
- obrázky (vystřižené z časopisů, novin, perokresby či vlastní nákresy apod.)
- symboly (piktogramy, PCS, PICSSYMS, Makaton, Bliss)
- systémy (Makaton, Bliss systém, pomůcky k nácviku globálního – učebnice První čtení či sociálního čtení – fotografie a obrázky, piktogramy, slova a skupiny slov)
- písmena, psaná slova, skupiny slov, vět, fráze
- slovník sociálních situací (např. Obrázkový slovník sociálních situací pro děti s poruchou autistického spektra, Straussová, Knotková, Mátlová, Apla Praha a Střední Čechy, 2011)

- komunikační knihy
- komunikační brašny
- komunikační palety
- dotykové obrazovky
- čtecí tabulka
- pomůcky s hlasovým výstupem
- počítač
- alternativní myš – Trackball, Easyball, Penta apod.
- alternativní klávesnice – např. Intellikeyes
- iPad
- počítačové programy (Speechwiever, ACKeyboard, Boardmaker apod.)

Třetí skupinu pomůcek tvoří oblast předmětů indikovaných primárně pro osoby s PAS. Jejich užití ale není u klientů s jiným typem narušené komunikační schopnosti samozřejmě kontraindikací. Dané pomůcky vycházejí ze specifik jejich percepce, charakteristického kognitivního stylu, prožívání, zájmů, často rigidních schopností a typických dovedností. Stěžejní determinantou je dle nás motivace. Pokud pomůcka podnítí u klienta s PAS zájem, bude ji používat a vracet se k ní. Motivovat jedince s poruchou autistického spektra k určité aktivitě, k manipulaci s předměty a především inkorporaci pozitivní zkušenosti do jiných činností je nejobtížnější oblastí edukačního působení.

„Hračky musí být jednoznačné a mělo by se s nimi snadno manipulovat. Jestliže dítěti poskytneme více hraček najednou, může to dítě mást. Hračky musí být přitažlivé, ale ne tolik, aby dítě ztratilo zájem o jiné věci. Když vybíráme hračky, je třeba najít tu správnou rovnováhu“ (Beyer, Gammeltoft, 2006). Uvedené považujeme za jedno z klíčových při výběru i při samotné výrobě pomůcek a materiálů pro klienty s PAS. Dobrou zkušenost máme s předměty a činnostmi, u kterých je evidentní jednoznačná příčinná souvislost. Jedná se například o bublifuk, „káču“, autíčko vydávající zvuk a jiné podobné předměty. Vzhledem k problematické generalizaci a preferenci vizualizace považujeme za účelné užití skutečných či miniaturních podob předmětů, věcí, staveb, které v reálné podobě jedince běžně obklopují, a tím evokují pocit známosti a často vedou i k větší motivaci a k činnosti s nimi. Jak jsme uvedli výše, je třeba stavět na zájmech a specifikách vnímání jedinců s PAS. Při taktilní, vizuální či auditivní preferenci bychom

tedy měli upřednostňovat materiály, které tyto oblasti podporují. Následující výčet jsme se rozhodli diferencovat dle jednotlivých senzorických preferencí.

Mezi pomůcky, které můžeme užít u klientů upřednostňujících taktilní vnímání, patří například:

- masážní míčky
- plastelína, inteligentní plastelína, modelína
- sáčky s pískem, kuličkami apod.
- kamínky
- kresba do písku
- prstové barvičky
- různé typy látek
- různé reliéfní povrchy (např. dřevěná destička s různými tkaninami, rytinami apod.)
- korálky, kostky
- taktilní knihy
- reliéfní pomůcky, především obrázky primárně indikované u osob s nevidomostí
- reliéfní znázornění postavení mluvidel

Obvyklou preferencí u osob s PAS je vizuální percepce. Upřednostňování vizuálního způsobu komunikace před cestou auditivní je pro jedince s tímto typem postižení charakteristické, proto užití vizuálních pomůcek při logopedické intervenci se stává nezbytností. Efektivní užití takovýchto pomůcek může být ztíženo obtížemi s navazováním a udržením zrakového kontaktu, případně přítomností přidružených zrakových vad a poruch. V případě intaktní fyziologie zraku doporučujeme inkorporaci činností, které jsou cílené na jeho rozvíjení a upevňování (blíže viz podkapitola 9.7 *Možnosti stimulace komunikačních schopností*).

Mezi pomůcky, které můžeme užít u klientů upřednostňujících vizuální vnímání, patří například:

- fotografie
- obrázky (jednoduchost, kontrastnost, bez přílišných detailů)
- symboly různých systémů alternativní a augmentativní komunikace
- leporela

- puzzle
- vkládačky
- barevná čísla, slova (podpora globálního čtení při přikládání k předmětům, obrázkům)
- dotyková obrazovka
- počítačové výukové programy s viditelnou vizuální reflexí (například Speechwiever, Tygříkův příběh, Povídání s Vyzvídálkem apod.)
- zrcadlo
- reflexe prostřednictvím videonahrávky
- úkoly se světelnou signalizací
- vizuální strukturalizace denního programu (zmenšené předměty, fotografie, obrázky)
- vizualizace emocí („emoční kartičky“)
- situační obrázky

Jak jsme se již zmínili, percepce verbální či neverbální komunikace je u osob s PAS velmi obtížná. Stěžejní problematickou oblastí je inflexibilní kognitivní styl, který způsobuje obtížnou diskriminaci verbálních i neverbálních kódů. Komunikace se pro ně stává těžko pochopitelná, nasycená proudem nedetekovaných zvuků, kdy rozlišení významu je problematické. Na druhou stranu jsme u osob s PAS zaznamenali zájem o hudbu, a to jak o její složku receptivní, tak expresivní. Předvídatelnost a opakované melodické sekvence vzbuzují zájem ze strany klienta s poruchou autistického spektra. I z hlediska ontogenetického vývoje řeči, jak uvádí např. Bowlby (2010), Lechta (2002), Ohnesorg (1959), je melodie a rytmus řeči to první, co dítě z řeči recipuje. Užití hudebních prvků v rámci logopedické intervence považujeme tedy za její nedílnou součást.

Mezi pomůcky, které můžeme užít u klientů reagujících pozitivně na auditivní vnímání, patří například:

- auditivní knihy
- zvukové hračky
- pomůcky s hlasovým výstupem
- komunikátory

- počítačové programy s hlasovým výstupem (například Brepta, FONO, FONO 2 apod.)
- hudební nástroje (flétna, bubínek, rytmická dřívka, činelky, klavírek apod.)

Z již uvedených důvodů považujeme dále za významné pomůcky, které podněcují k navázání a udržení zrakového kontaktu.
Mezi ně patří například:

- výrazné barevné brýle
- tělové barvy pro zvýraznění okolí očí
- klobouk
- maska

Mezi další pomůcky patří například prostředky signalizující začátek a konec úkolu nebo činnosti. Ty se stávají nezbytností pro klienty, kteří odmítají pracovat a stále ulpívají na svých oblíbených a stereotypních činnostech. Jsou také dobrým nástrojem k zajištění potřeby předvídatelnosti a kontroly. V první fázi je nezbytné nabídnout dítěti velmi krátkou dobu na splnění úkolové činnosti a podstatně delší časový úsek na jeho oblíbenou aktivitu. Časovou dimenzi pozvolna vyrovnáváme, až docílíme podstatné redukce doby klientových specifických, často stereotypních zájmů a prolongaci úkolových aktivit. Vše je třeba ale realizovat pozvolna.

Pro časové ohraničení pracovní činnosti od volné aktivity lze užít například:

- minutku
- přesýpací hodiny
- budík
- stopky

Může se stát, že zvuk minutěnky či budíku není klientovi s PAS příjemný. Měli bychom tedy preferovat méně intenzivní auditivní signalizaci či užít signalizaci vizuální.

Konkrétní myšlení, které je typické pro klienty s PAS, je příčinou oblíbenosti her a aktivit, jež jsou založeny na principu „akce a reakce“. Tyto aktivity jsou většinou velice preferované, neboť jim poskytují jasnost, stálost a předvídatelnost.

K těmto činnostem můžeme využít pomůcky, mezi které patří například:

- míčky
- kostky
- stavebnice
- maňásci
- klobouk, plátno
- bublifuk
- hračka v krabici
- točící se káča

Intaktní dítě si je již v šesti měsících vědomo, že jeho chování může být napodobeno jinými lidmi. Některé děti s autismem mají velké potíže uvědomit si spojení mezi svým chováním a následnou reakcí ostatních lidí (Beyer, Gammeltoft, 2006). Pomocí hry rozvíjející schopnost napodobování a zrcadlení lze zviditelnit a konkretizovat vztah mezi chováním logopeda či jiné osoby a klienta s PAS.
K těmto aktivitám využijeme pomůcky, mezi které patří například:

- dvě točící se „káči“
- dva telefony
- dvě auta
- dva klobouky
- dva bublifuky
- dvě flétny

Nácvik sociálních situací je další nezbytnou součástí logopedické intervence. Klienti s PAS mají obtíže v běžných komunikačních situacích, jako je nakupování, návštěva restaurace či lékaře, účast na narozeninové oslavě a další. K nácviku sociálních kompetencí musí mít logoped také k dispozici řadu pomůcek:

- situační obrázky, fotografie
- komunikační knihu
- slovník sociálních situací (např. Obrázkový slovník sociálních situací pro děti s poruchou autistického spektra, Straussová a kol., 2011)

- miniaturizace postaviček, budov apod.
- miniaturizaci nábytku a dalšího vybavení bytu, restaurace apod.
- kostýmy či profesní oblečení

9.5 Zásady logopedické intervence u osob s PAS

Logopedická intervence u osob s PAS má svá specifika, která vycházejí z báze daného postižení. Znalostmi a respektováním níže uvedených zásad můžeme pozitivně ovlivnit průběh a efektivitu realizované logopedické intervence. Je třeba vycházet ze speciálněpedagogických, úžeji logopedických a samozřejmě primárně z přístupů charakteristických pro klienty s poruchou autistického spektra. První dvě oblasti – tedy speciálněpedagogické a logopedické zásady – uvádíme vzhledem k zaměření této práce pouze schematicky. Blíže se věnujeme těm, které vycházejí z obtíží typických u naší cílené klientely. Logopedická intervence u klientů s poruchou autistického spektra není primárně zaměřena na rozvoj foneticko-fonologické jazykové roviny. Stěžejní deficit zasahující pragmatickou jazykovou rovinu udává směr působnosti logopeda a určuje dílčí i globální cíle logopedické intervence. Měl by být upřednostňován holistický přístup k narušené komunikační schopnosti, podněcován globální rozvoj schopností, mezi které patří například: preverbální vokalizace, auditivní, vizuální percepce, grafomotorika, oromotorika, jemná a hrubá motorika, kognitivní dovednosti, spolupráce, nácvik sociálních situací a další (více viz podkapitola 9.7 *Možnosti stimulace komunikačních schopností*). Ústředními zásady při logopedické intervenci u klientů s poruchou autistického spektra je dle nás: **princip včasné intervence, imitace přirozeného vývoje řeči, princip překonávání komunikační bariéry** (zaměření se na člověka jako na biopsychosociální jednotku) a **princip funkčního používání řeči**.

Speciálněpedagogické principy:

- individuální přístup
- interdisciplinární přístup
- důkladná, verifikovaná diagnostika a stanovení priorit
- princip komplexnosti
- princip dispenzarizace

- zásada vývojovosti
- princip motivace
- princip názornosti
- princip soustavnosti
- princip aktivity

(Klenková, 2006; Lechta, 2005)

Logopedické principy:

- princip minimální akce
- princip relaxace
- princip vývoje
- princip symetričnosti terapeutického vztahu
- princip krátkodobého, ale častého procvičování
- princip celostního přístupu

(Klenková, 2006; Lechta, 2005; Vitásková, Peutelschmiedová 2005)

Principy práce s klientem s PAS:

- **unisenzoriální přístup**

  Vzhledem k obtížím s intermodální senzorickou integrací, která vyvolává u osob s PAS deficity v percepci, orientaci, pocit přetížení a ztrátu pozornosti, je třeba předkládat podněty působící unisenzoriálně.

- **odměna, pozitivní posílení, pochvala**

  Na jakýkoli zájem a snahu o komunikaci (verbální i nonverbální) okamžitě reagujme. Preferujme odměny verbální nebo činnostní (pochvala, vykonání oblíbené činnosti, preferovaná hračka apod.) před odměnami v podobě oblíbených jídel (především před sladkostmi).

- **silné stránky klienta**

  Důkladná diagnostika (blíže viz podkapitola 9.6 *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*) nám pomůže zmapovat „silné“ stránky klienta. Jejich využití se stává dobrým prostředkem navázání kontaktu s osobou s PAS, získání spolupráce a motivací k další, námi požadované aktivitě.

- **pomalý pozvolný přístup od jednodušších úkolů ke složitějším**

- **vytváření dostatečného množství komunikačních stimulů a příležitostí ke komunikaci**

  Nepředvídáme to, co chce klient říci nebo čeho chce dosáhnout, ale podněcujeme jej k jakékoliv formě vyjádření. Úmyslně vytváříme prostředí, které motivuje ke komunikaci (nedokončené úkoly, oblíbené hračky nejsou v bezprostřední blízkosti apod.).
- **práce s témbrem a intenzitou hlasového projevu**

  Zájem a pozornost můžeme získat změnou témbru či kolísáním intenzity hlasového projevu. Vždy musíme ale dát pozor u klientů s hyperakusis, kterým intenzivní auditivní vjem může vyvolat bolest. V daném případě upřednostňujeme tišší, klidný hlas.
- **respekt individuálního tempa, stanovení krátkodobých cílů**
- **snaha o příjemné prostředí bez faktorů stresu, úzkosti a námi přehnaných požadavků**
- **vhodná organizace a vybavení místnosti**

  (více viz podkapitola 9.3 *Organizace a vybavení logopedického pracoviště*)
- **komunikace prostřednictvím předmětů**

  Přibližujeme-li předměty (především oblíbené předměty) k našim ústům, recipuje jedinec s PAS oromotoriku příslušné hlásky, slabiky, slova či verbálního sdělení. Pokud přiložíme předmět k našim očím, obvykle dochází k navázání zrakového kontaktu.
- **opakování gest, pohybů klienta (zrcadlení)**

  Zrcadlíme-li behaviorální, neverbální i verbální projevy klienta, dochází většinou k získání jeho pozornosti a navázání kontaktu, jenž je předpokladem k další činnosti.
- **stálé komentování situace a popis veškeré aktivity**
- **jasná, srozumitelná mluva, užívání kratších větných spojení**
- **konkrétní komunikace**

  Při verbálním sdělení neužívejme příliš abstraktní termíny, držme se stálých pojmenování, vyhýbejme se ironii, sarkasmům, frázím, dvojvýznamovým větám apod.
- **jednoduchá spojení opakujeme stále dokola**

Opakováním fixujeme důležité fráze a podněcujeme jejich produkci.

- **kladení důrazu na klíčová slova**

  Fluence verbálního projevu intaktního jedince indikuje u klientů s PAS neschopnost diferencovat dílčí sdělení, a tím extrahovat podstatné od méně důležitého. Důrazem, případně doplněním o gestikulaci či vizualizaci, napomůžeme ke správnému pochopení klíčové informace.
- **pokud klient nerozumí, rozfázovat pokyny (věty) na jednotlivé kroky**
- **držet se stálých označení předmětů a situací**
- **poskytnout dostatek časového prostoru na verbální či neverbální reakci**

  Odpověď či reakce na naši neverbální či verbální výzvu často následuje až s určitou časovou latencí, proto je třeba nezapomenout nabídnout klientovi dostatečný časový prostor.
- **vizualizace**

  Vizualizace je pro osoby s PAS lépe pochopitelná, poskytuje stálost, jistotu a předvídatelnost, na rozdíl od neverbálního či verbálního projevu.
- **názornost**
- **systematičnost**
- **strukturalizace**

  Strukturalizace dne, činností, vytvoření denního režimu je obvykle velkým přínosem pro lidi s PAS. Logoped by měl navazovat na výukový systém a přístup preferovaný rodiči a speciálními pedagogy. Strukturalizace logopedické intervence a jednotlivých úkolů se může stát nezbytností.
- **přirozená gestikulace při komunikaci**
- **reakce na jakékoliv verbální i neverbální projevy**
- **pozornost k relevanci tónu hlasu a k výrazu tváře**
- **podporujme navazování a udržování zrakového kontaktu**

  K tomu, abychom se přesvědčili, že je dítě skutečně interaktivní, potřebujeme jeho zrakový kontakt. Způsoby k vytvoření zrakového kontaktu mohou být následující: joining – účastnění se aktivit a rituálů dítěte jej často rychle zaujme a vede k navázání zrakového kontaktu, užití výrazných brýlí, tělových barev kolem očí, masky, klobouku, gest směřujících k našim očím, podávání věcí, které dítě chce, v úrovni našich očí, pochvala za spontánní zrakový kontakt apod.

- **ujištění, že klient našemu úkolu, instrukci rozumí**
- **pochvala**

  Pochválíme dítě za každou snahu o vyslovení slova, ne pouze v případě, když dítě řekne slovo správně. Chválíme také každou jinou snahu o komunikaci (například gestikulaci).
- **nácvik sociálních kompetencí**

  Nácvik sociálních kompetencí (např. zdravení, nakupování v obchodě, objednávání v restauraci, vedení rozhovoru apod.) by měl být nedílnou součástí logopedické intervence především u osob s Aspergerovým syndromem a vysocefunkčním autismem.

(Bondy, Frost, 2007; De Clerg, 2007; Schopler, Reicher, Lansingová, 1998 et al.)

9.6 Diagnostika narušené komunikační schopnosti

Psychologický slovník (Hartl, Hartlová, 2004) specifikuje diagnostiku jako činnost směřující k zjištění diagnózy, projevů a příznaků choroby s cílem odhalit její příčiny, způsob léčby a prognózu onemocnění. Kompetenci k diagnostikování poruch autistického spektra má v současné době klinický psycholog či psychiatr. Stanovení diagnózy se ale neobejde bez antecedentních, odborných diagnostických a diferenciálně diagnostických vyšetření, jejichž komparace umožní vytvořit globální náhled na vyšetřovanou osobu. V daném procesu má tedy významnou pozici vedle již zmíněných odborníků především pediatr, neurolog, audiolog, logoped, pedagog, speciální pedagog. Angažovanost logopeda tedy považujeme za důležitou. Diagnostika narušené komunikační schopnosti je dále nezbytná k přímé logopedické intervenci, která určuje její realizaci a dílčí oblasti zaměření. Výsledkem diagnostiky komunikačních schopností u osob s PAS by měla být podrobná deskripce všech jejích složek, jazykových rovin a dovedností, které jsou nezbytné pro komunikační kompetenci. Protože je to činnost velmi náročná, dlouhodobá a determinovaná řadou ovlivnitelných i neovlivnitelných faktorů, nesmíme opomenout její verifikaci.

Níže uvedenou diagnostiku jsme se rozhodli diferencovat do dvou na sobě nezávislých oblastí. První, nazvaná *Orientační diagnostika*, je dle nás možno realizovat při jednom z prvních setkání a jejím cílem je základní zhodnocení komunikační schopnosti

u osob s poruchou autistického spektra. Výstupem by měl být globální náhled nejen na komunikační schopnost, ale také na dovednosti, které jsou s komunikační kompetencí v recipročním vztahu. Druhá, nazvaná *Základní diagnostika*, je časově náročnější, nedoporučujeme ji aplikovat již při prvních setkáních, protože je cílená k podrobnému a komplexnímu zhodnocení komunikační schopnosti u klientů s poruchou autistického spektra. Analýzou získaných údajů by měl být vytvořen náhled na „silné" a „slabé" stránky jedince s PAS, od něhož by se měla následně odvíjet logopedická intervence, tedy plné užití „silných" stránek a stimulace oblastí deficitních.

Deskripovaná diagnostická doporučení vycházejí ze zkušeností získaných při logopedické intervenci u dětí s PAS, absolvováním odborných vzdělávacích seminářů (viz seznam literatury), především z kurzu *Problematika komunikace u osob s poruchou autistického spektra* a *Nácvik funkční verbální komunikace u dětí předškolního a mladšího školního věku.* Dále jsme se opírali o studium a komparaci odborné literatury, např. Pečeňák in Lechta, 2003; Richman, 2006; Howlin, 2005 et al.

9.6.1 Orientační diagnostika

Pokyny k zadávání a k záznamu

- *Orientační diagnostika* slouží k základnímu zhodnocení komunikační schopnosti u klienta s PAS.
- *Orientační diagnostiku* je možné realizovat při prvních kontaktech s klientem s PAS.
- Výstupem *Orientační diagnostiky* je nejen globální náhled na komunikační schopnost, ale také na dovednosti, jež jsou s komunikační kompetencí v recipročním vztahu. Jedná se o:
    - hrubou motoriku
    - jemnou motoriku
    - grafomotoriku
    - auditivní percepci
    - zrakový kontakt
    - spolupráci
    - porozumění řeči

    - verbální produkci
    - behaviorální projevy při vzniku komunikační bariéry
- Při *Orientační diagnostice* využíváme pomůcky, mezi které patří například:
    - kostky
    - dřevěné vkládačky (tvary, zvířata)
    - bílý nelinkovaný papír (A4)
    - tužka číslo 2
    - rytmická dřívka, flétna, bubínek a další Orffovy nástroje
    - obrázková kniha
    - bublifuk
    - oblíbené hračky, předměty apod.
- Při hodnocení se opíráme o metody:
    - pozorování
    - rozhovor
    - analýza grafického projevu klienta
    - analýza úchopu
    - analýza receptivní složky řeči
    - analýza expresivní složky řeči
    - hodnocení jednotlivých položek

Oblasti pro hodnocení

Na tomto místě vám nabízíme jednotlivé oblasti (hrubá motorika, jemná motorika, grafomotorika, auditivní percepce apod.) s příslušnými hodnotícími položkami. Při své diagnostice je můžete užít jako inspiraci.

Hrubá motorika

Somatická posturace:

- vzpřímené držení těla bez svalové hypotonie či hypertonie a bez přítomnosti dyskoordinovaných pohybů
- svalová hypotonie
- svalová hypertonie

- dyskoordinace pohybových aktivit
- narušené držení těla se svalovou hypotonií a s přítomností dyskoordinovaných pohybů
- narušené držení těla se svalovou hypertonií a s přítomností dyskoordinovaných pohybů

Lokomoce:

- koordinované pohyby horních a dolních končetin
- dyskoordinace pohybů horních a dolních končetin, narušení dynamiky pohybu
- stupurózní pohybová aktivita

Stereotypie:

- nepřítomnost stereotypních pohybů týkajících se hrubé motoriky
- přítomnost stereotypních pohybů týkajících se hrubé motoriky, konkrétně se jedná o (prosím doplňte):

Jemná motorika

Stavění kostek:

- zájem o danou aktivitu, úchop předmětu věkově odpovídá jeho fyziologickému vývoji[15] – bezproblémové stavění kostek na sebe[16]
- zájem o danou aktivitu, úchop předmětu věkově odpovídá jeho fyziologickému vývoji, obtíže ve stavění kostek na sebe[17]
- zájem o danou aktivitu, problematický úchop[18] a obtíže ve stavění kostek na sebe
- zájem o danou aktivitu, realizace úchopu a stavění kostek pouze s dopomocí
- nezájem o danou aktivitu, obtížná motivace a nemožnost jejího hodnocení

Dřevěné vkládačky:

[15] Ulnární dlaňový úchop (1.–6. měsíc), radiální dlaňový úchop (6.–7. měsíc), prstový úchop radiální (8. měsíc), nůžkový úchop (8. měsíc), spodní klešťový úchop (9.–10. měsíc), vrchní klešťový (pinzetový) úchop (11. měsíc). (Langmeier, Krejčířová, 2000)

[16] Koordinace oko-ruka, motorika nevykazuje známky tremoru, spasmu, hypertonie či hypotonie, bez přítomnosti stereotypních pohybových aktivit apod.

[17] Např. tremor znemožňující dokončit fázi přiložení kostky, narušení koordinace oko-ruka, přítomnost stereotypních pohybových aktivit znemožňujících dokončit fázi přiložení kostek na sebe.

[18] Spastické držení předmětu, hypotonické svalstvo rukou, přítomnost stereotypních pohybových aktivit, úchop neodpovídá jeho fyziologickému vývoji.

- zájem o danou aktivitu, úchop předmětu věkově odpovídá jeho fyziologickému vývoji,[19] bezproblémové vkládání tvarů[20]
- zájem o danou aktivitu, úchop předmětu věkově odpovídá jeho fyziologickému vývoji, obtíže při vkládání tvarů[21]
- zájem o danou aktivitu, problematický úchop[22] a obtíže při vkládání tvarů
- zájem o danou aktivitu, realizace úchopu a vložení vkládačky možný pouze s dopomocí
- nezájem o danou aktivitu, obtížná motivace k ní a nemožnost jejího hodnocení

Stereotypie

- nejsou přítomny stereotypie týkající se jemné motoriky
- přítomnost stereotypních pohybů týkajících se jemné motoriky, konkrétně se jedná o (prosím doplňte):

[19] Viz poznámka č. 2.
[20] Viz poznámka č. 3.
[21] Viz poznámka č. 4.
[22] Viz poznámka č. 5.

Grafomotorika

Zájem o kresbu

- kreslí spontánně, bez výzvy
- kreslí po opakované výzvě
- kreslí s naší dopomocí
- odmítá kreslit

Úchop psacího náčiní

- dlaňový[23]
- klíšťkový[24]
- dovnitř otočený příčný úchop[25]
- příčný úchop s nataženým ukazovákem[26]
- správné – špetkovité držení tužky[27]

Formální složka kresby

Přítlak

- správný přítlak na psací náčiní
- silný přítlak na psací náčiní
- slabý přítlak na psací náčiní

Linie

- správně vedené linie
- zdvojené linie
- nedotažené linie

Tremor

- kresba bez přítomnosti tremoru
- přítomnost tremoru v kresbě

Další charakteristiky kresby

- adekvátnost či neadekvátnost velikosti kresby, tvaru kresby apod. (prosím, blíže specifikujte):

[23] Fyziologický v 4.–6. měsíci věku dítěte.
[24] Fyziologický v 11.–13. měsíci věku dítěte.
[25] Fyziologický v 18.–24. měsíci věku dítěte.
[26] Fyziologický v 3.–4,5. roku věku dítěte.
[27] Fyziologický v 5.–7. roce věku dítěte.

Obsahová složka kresby

- kresba po obsahové složce odpovídá mentálnímu a chronologickému věku klienta
- kresba po obsahové složce neodpovídá mentálnímu a chronologickému věku klienta
- v kresebném projevu nenacházíme věkově neadekvátní, stereotypní a ulpívavá témata
- v kresebném projevu nacházíme věkově neadekvátní, stereotypní a ulpívavá témata

Auditivní percepce

Reakce na oslovení

- klient reaguje na oslovení[28]
- klient reaguje na oslovení s časovou latencí nebo až po taktilní či vizuální výzvě
- klient nereaguje na opakované oslovení

Reakce na změněnou intonaci řeči

- klient reaguje na změněnou intonaci řeči[29]
- klient reaguje na změněnou intonaci řeči po časové latenci, po taktilní či vizuální výzvě nebo po zdůraznění modulačních faktorů řeči
- klient nereaguje na změněnou intonaci řeči

Reakce na hudební nástroje

- klient reaguje na hudební nástroje[30]
- klient reaguje na hudební nástroje po časové latenci, po taktilní, vizuální či verbální výzvě
- klient reaguje na hudební nástroje po časově náročnější motivaci a naší dopomoci
- klient neprojevuje zájem o hudební nástroje

Schopnost spontánní rytmické reprodukce

- klient je schopen vlastní rytmické reprodukce
- klient je schopen vlastní rytmické reprodukce po časové latenci
- klient je schopen rytmické reprodukce po časově náročnější motivaci a naší dopomoci

[28] Otočí se, naváže zrakový kontakt, verbální produkce apod.
[29] Zastaví se, otočí se, naváže zrakový kontakt, verbální produkce apod.
[30] Zájem o hru na hudební nástroje, vlastní hudební produkce apod.

- klient odmítá manipulaci s hudebními nástroji, spontánní rytmickou reprodukci nelze hodnotit
- klient není schopen spontánní rytmické reprodukce (užívá hudební nástroje k jiné, především stereotypní aktivitě)

Schopnost napodobivé rytmické reprodukce

- klient je schopen správně napodobovat rytmickou reprodukci
- klient je schopen správně napodobovat rytmickou reprodukci po časové latenci
- klient je schopen správně napodobovat rytmickou reprodukci po časově náročnější motivaci a naší dopomoci
- klient se snaží napodobovat rytmickou reprodukci, nacházíme větší odlišnosti od původní rytmické produkce
- klient není schopen napodobit rytmickou reprodukci

Zapojení se do zpěvu

- klient se zapojuje do zpěvu[31]
- klient se zapojuje do zpěvu po časové latenci
- klient se zapojuje do zpěvu až po naší časově náročnější motivaci
- klient nejeví zájem o zpěv

Zrakový kontakt

- klient je schopen spontánně navázat zrakový kontakt
- klient navazuje zrakový kontakt na krátký časový úsek, jedná se o „těkavý“, krátkodobý zrakový kontakt
- klient navazuje zrakový kontakt po opakované verbální výzvě, po motivaci[32]
- ve zrakovém projevu nacházíme aberace[33]
- klient nenavazuje zrakový kontakt spontánně ani po verbální výzvě či po výše uvedené motivaci

Spolupráce

Reakce klienta na pokyny

[31] Motorický pohyb, broukání, zpěv apod.

[32] Např. po přiblížení oblíbeného předmětu k našim očím, užití barevných brýlí apod.

[33] Zaujaté pozorování detailu předmětu, pohled „bočním“ koutkem oka, potřeba zvýšené zrakové stimulace, ulpívavý pohled apod.

- klient reaguje na pokyny[34]
- klient reaguje na pokyny po časové latenci, po opakované výzvě
- klient vykoná požadovanou činnost s naší dopomocí
- klient nereaguje na pokyny, požadovaná činnost není vykonaná

Zapojení se do společných aktivit

- klient se spontánně zapojuje do společných aktivit[35]
- zapojení do společných aktivit předchází časová latence a dlouhodobá motivace
- klient se zapojí do požadované aktivity s naší dopomocí
- klient se nezapojuje do společných aktivit, požadovaná činnost není vykonaná

Porozumění řeči

Rozpoznání požadované věci

- klient rozpozná požadovanou věc[36]
- klient rozpozná požadovanou věc po opakované výzvě, s časovou latencí
- klient rozpozná požadované věci po naší dopomoci
- klient není schopen opakovaně rozpoznat požadované věci

Provedení pokynů, instrukcí

- klient dokáže bez problému splnit instrukce[37] adekvátní k jeho mentálnímu a chronologickému věku
- klient splní požadované instrukce po časové latenci, opakované výzvě, po dlouhodobé motivaci
- klient splní požadované instrukce částečně – po naší prvotní dopomoci
- klient není schopen splnit pokyny, instrukce

[34] Otočí se, naváže zrakový kontakt, přichází, popř. vykoná požadovanou činnost apod.
[35] Prohlížení knihy, činnost s hračkami, předměty apod.
[36] Podívá se na ni, ukáže, přinese požadovanou věc apod.
[37] Zavři knihu, foukni do bublifuku, bouchni do bubínku, polož panenku na autíčko apod.

Řečová produkce

Prozodické faktory řeči

- intenzita hlasového projevu
    - subjektivně adekvátní hlasový projev
    - subjektivně silná intenzita hlasového projevu
    - subjektivně slabá intenzita hlasového projevu
    - subjektivně přítomnost kolísání intenzity hlasového projevu
- barva hlasového projevu
    - subjektivně adekvátní barva hlasového projevu
    - změny v zabarvení hlasového projevu, specifikujte:
- rytmus řeči
    - adekvátní rytmus řeči
    - v řečovém projevu přítomné prvky „staccata“
    - v řečovém projevu přítomné prvky „legata“
    - v řečovém projevu dominuje monotónní rytmus řeči
- melodie řeči
    - subjektivně adekvátní melodie řeči
    - v řečovém projevu dominuje „zpěvavý“ hlasový projev
    - jiné zvláštnosti v melodii řeči, prosím specifikujte:

Dosažený stupeň ontogeneze řeči[38]

- období pragmatizace
    - emocionalizace křiku
    - broukání
    - komunikační křik
    - pudové žvatlání
    - napodobivé žvatlání
    - porozumění řeči
- období sémantizace
    - jednoslovné věty

[38] Dle Lechty (2002).

    - zná asi 70–80 slov
    - tzv. první věk otázek
    - dvojslovné věty
- období lexemizace
    - ovládá 200– 400 slov
    - gramatizace řeči – pozvolný začátek skloňování a časování
    - přesný transfer v oblasti gramatických jevů
    - víceslovné věty
    - pochopení komunikačního poslání řeči
- období gramatizace
    - umí více než 1000 slov
    - období fyziologických obtíží v řeči
    - tvoří souvětí
    - tzv. druhý věk otázek
    - z gramatického aspektu se řeč blíží normě
    - tvoří i podřadící souvětí
- období intelektualizace
    - z gramatického aspektu je řeč správná
    - ovládá 1500–2000 slov
    - správná reprodukce dlouhé věty
    - regulační funkce řeči
    - ústup fyziologické dyslálie
    - dokončuje se proces fonematické diferenciace

Echolálie

- echolálie není přítomna
- přítomnost echolálie
    - hlásková
    - slovní
    - větná
    - bezprostřední s komunikačním významem

- bezprostřední bez komunikačního významu
- opožděná s komunikačním významem
- opožděná bez komunikačního významu
- semiecholálie

Další verbální specifika

- neologismy
- verbalismy
- idiosynkrazie
- logorhea
- literární přesnost
- verbální stereotypie
- jiná specifika, prosím napište:

Pragmatická jazyková rovina

Zájem o komunikaci

- klient má zájem o komunikaci, sám komunikaci iniciuje, případně užívá „vlastní" způsob komunikace či některou z forem alternativní a augmentativní komunikace
- klient má zájem o komunikaci, kterému předchází dlouhodobá motivace z naší strany a časová latence
- klient neprojevuje zájem o komunikaci

Jednotný funkční komunikační systém

- klient má jednotný funkční komunikační systém s okolím[39]
- klient nemá jednotný funkční komunikační systém s okolím

Reciprocita komunikačního procesu

- klient je schopen iniciace rozhovoru, vedení rozhovoru, střídání se v rozhovoru a neulpívá na komunikačních tématech
- klient má obtíže v iniciaci rozhovoru, ve vedení rozhovoru, střídání se v rozhovoru a ulpívá na komunikačních tématech

Lexikálně-sémantická jazyková rovina

Pasivní slovní zásoba

[39] Verbální, neverbální komunikace či alternativní nebo augmentativní komunikační systém.

- vzhledem k mentálnímu a chronologickému věku se nám jeví pasivní zásoba dostatečná
- vzhledem k mentálnímu a chronologickému věku se nám nejeví pasivní slovní zásoba dostatečná

Aktivní slovní zásoba

- vzhledem k mentálnímu a chronologickému věku se nám jeví aktivní slovní zásoba dostatečná
- vzhledem k mentálnímu a chronologickému věku se nám nejeví aktivní slovní zásoba dostatečná
- položku není možné vzhledem k dosaženému vývojovému stupni řeči hodnotit

Morfologicko-syntaktická jazyková rovina

- vzhledem k mentálnímu a chronologickému věku se nám jeví morfologicko-syntaktická jazyková rovina adekvátní
- dysgramatismy
- užívání zájmen, příslovcí
- sklon užívat infinitiv
- užívání holých vět
- mechanické skládání slov do vět
- jiné obtíže, prosím specifikujte:
- položku není možné vzhledem k dosaženému vývojovému stupni řeči hodnotit

Foneticko-fonologická jazyková rovina

- vzhledem k mentálnímu a chronologickému věku se nám jeví foneticko-fonologická jazyková rovina adekvátní
- dyslálie, prosím specifikujte:
- substituce
- asimilace
- redukce
- reduplikace
- elize
- epenteze
- metateze

- specifické obtíže (specifické asimilace, artikulační neobratnost)
- setřenost mluvy
- akcentovaná artikulace
- položku není možné vzhledem k dosaženému vývojovému stupni řeči hodnotit

Behaviorální projevy při vzniku komunikační bariéry

- křik, pláč při vzniku komunikační bariéry
- agresivní a autoagresivní projevy při vzniku komunikační bariéry
- apatie při vzniku komunikační bariéry

Pro přehlednost doporučujeme zhotovení *Diagnostické tabulky k Orientační diagnostice* (viz příloha č. 6). Její vyplnění nám umožní přesnou vizualizaci problémových oblastí a tím určí cíl (cíle) logopedické intervence.

9.6.2 Základní diagnostika

Pokyny k zadávání a záznamu *Základní diagnostiky*

1. *Základní diagnostika* slouží k podrobnému a komplexnímu zhodnocení komunikační schopnosti u klientů s PAS.
2. *Základní diagnostiku* nerealizujeme při jednom z prvních kontaktů, ale až po opakovaných intervencích, kdy můžeme předpokládat již určitou míru adaptability.
3. *Základní diagnostiku* je třeba opakovaně verifikovat.
4. Opakovanou verifikací zaznamenáme vývojové změny, změny v důsledku probíhající intervence a také zajistíme i jistou objektivitu hodnocení.
5. Při *Základní diagnostice* využíváme pomůcky, mezi které patří například:

- kostky
- dřevěné vkládačky (tvary, zvířata)
- bílý nelinkovaný papír (A4)
- tužka číslo 2
- rytmická dřívka, flétna, bubínek a další Orffovy nástroje
- obrázková kniha, leporela
- situační obrázky

- obrázky s emoční vizualizací (tzv. „smajlíky“)
- bublifuk
- oblíbené hračky, předměty apod.
- logopedické zrcadlo

6. Při hodnocení *Základní diagnostiky* se opíráme o metody:

- pozorování
- rozhovor
- analýzu grafického projevu klienta
- analýzu úchopu
- analýzu receptivní složky řeči
- analýzu expresivní složky řeči

7. Hodnocení jednotlivých položek:

- jednotlivé položky by měly být zaznamenávány číselně (X, 0, 1, 2) dle výše uvedené diagnostické škály a pro vizualizaci doporučujeme grafické znázornění.

Při sestavování níže uvedené diagnostické škály pro neverbální a verbální komunikaci jsme vycházeli z *Diagnostické škály* dle Pečeňáka (Pečeňák in Lechta, 2003), adekvátní diagnostické tabulky a výsledné profily uvádíme v příloze č. 7.

Diagnostická škála neverbální komunikace

Zrakový kontakt

0 – neschopnost navázat a udržet zrakový kontakt

1 – aberace v navazování zrakového kontaktu[40]

2 – spontánní navazování a udržení zrakového kontaktu

Percepce mimiky

X – položku není možné hodnotit

0 – neschopnost percepce mimiky

1 – omezená schopnost percepce mimiky[41]

2 – adekvátní schopnost percepce mimiky

[40] Sporadický, prchlivý zrakový kontakt, ulpívavý zrakový kontakt, pohled bočním koutkem oka apod.

[41] Přítomná percepce jen základních projevů (libost-nelibost, radost-smutek), případně nekonzistentnost v rozlišení.

Exprese mimiky

0 – neschopnost exprese mimiky

1 – omezená schopnost exprese mimiky[42]

2 – schopnost mimické exprese adekvátní, situačně podmíněná

Percepce gestikulace

X – položku není možné hodnotit

0 – neschopnost percepce gestikulace

1 – omezená schopnost percepce gestikulace[43]

2 – adekvátní schopnost percepce gestikulace

Exprese gestikulace

0 – neschopnost exprese gestikulace

1 – omezená schopnost exprese gestikulace[44]

2 – schopnost exprese gestikulace adekvátní, situačně podmíněná

Použití těla jiné osoby

0 – prezence užití těla jiné osoby k uspokojení vlastních potřeb je běžná

1 – užití těla jiné osoby k uspokojení vlastních potřeb je sporadické

2 – absence užití těla jiné osoby k uspokojení vlastních potřeb

Aktivní zájem o lidi

0 – absence aktivního zájmu o lidi

1 – sporadický zájem o lidi[45]

2 – přítomnost adekvátního aktivního zájmu o lidi

Aktivní zájem o okolní předměty, věci

0 – absence aktivního zájmu o okolní předměty, věci

1 – sporadický zájem o okolní předměty, věci[46]

2 – přítomnost aktivního zájmu o okolní předměty, věci

Imitace

0 – minimální nebo žádné projevy imitace

[42] Sporadická exprese mimiky, mimika je v disproporci se situačním kontextem a momentálním emocionálním rozpoložením, projev působí mechanicky.

[43] Přítomnost pouze základních gestikulačních výrazů, například „ahoj, pojď sem“ apod., případně nekonzistentnost v rozlišení.

[44] Sporadická exprese gestikulace je v disproporci se situačním kontextem a momentálním emocionálním rozpoložením, projev působí mechanicky.

[45] Přítomnost zájmu o blízké a známé osoby, na ostatní reaguje apaticky či neadekvátním způsobem.

[46] Přítomnost zájmu o známé předměty či předměty jeho zájmu, na ostatní reaguje apaticky či neadekvátním způsobem.

1 – schopnost imitace přítomna v omezeném rozsahu, sporadická

2 – schopnost spontánní imitace, imitace je inkorporována do herní aktivity

Reakce na vlastní jméno

0 – absence neverbální reakce na vlastní jméno

1 – ojedinělá neverbální reakce na vlastní jméno

2 – běžná neverbální reakce na vlastní jméno

Ukazování na objekty

0 – absence ukazování na objekty

1 – sporadické ukazování na objekty[47]

2 – běžná schopnost ukázat na objekty

Žádání o objekty

0 – absence neverbální žádosti o objekty

1 – sporadická neverbální žádost o objekty[48]

2 – prezence adekvátní schopnosti požádat neverbálně o objekty

Posturace těla

1 – posturace těla vykazuje přítomnost projevů, které nejsou běžné, narušují jiné aktivity a vyžadují přizpůsobení okolí

2 – posturace těla sporadicky vykazuje přítomnost projevů, které nejsou běžné, narušují jiné aktivity a nevyžadují přizpůsobení okolí

3 – posturace těla nevykazuje přítomnost projevů, jež nejsou běžné, které narušují jiné aktivity

Percepce emocí u druhých lidí

X – položku není možné hodnotit

0 – neschopnost adekvátní percepce emocí

1 – omezená schopnost percepce emocí[49]

2 – adekvátní schopnost percepce emocí

Exprese emocí

0 – neschopnost exprese emocí

1 – omezená schopnost exprese emocí[50]

[47] Ukázání s dopomocí, po verbální či neverbální výzvě, po časové latenci apod.

[48] Žádost o objekty po verbální či neverbální výzvě, s dopomocí, po časové latenci apod.

[49] Percepce emocí omezená na základní emoční projevy (libost-nelibost, radost-smutek apod.), případně nekonzistentnost v rozlišení.

[50] Sporadická schopnost exprese emocí, často jsou v disproporci se situačním kontextem a momentálním emocionálním rozpoložením, projev působí mechanicky.

2 – schopnost správné, adekvátní exprese emocí

Souhlas

0 – neschopnost adekvátního neverbálního vyjádření souhlasu

1 – omezená schopnost adekvátního neverbálního vyjádření souhlasu[51]

2 – schopnost adekvátně neverbálně vyjádřit souhlas

Nesouhlas

0 – neschopnost adekvátního neverbálního vyjádření nesouhlasu

1 – omezená schopnost adekvátního neverbálního vyjádření nesouhlasu[52]

2 – schopnost adekvátně neverbálně vyjádřit nesouhlas

Schopnost podělit se s druhými o vlastní potěšení

X – položku není možné hodnotit

0 – neschopnost podělit se s druhými o vlastní potěšení

1 – omezená schopnost podělit se s druhými o vlastní potěšení[53]

2 – schopnost podělit se s druhými o vlastní potěšení

Proxemika

0 – neadekvátní proxemika

1 – sporadická přítomnost neadekvátní proxemiky[54]

2 – obvyklá, adekvátní proxemika

Diagnostická škála verbální komunikace

Verbální nápodoba

0 – neschopnost verbální nápodoby

1 – omezená schopnost verbální nápodoby[55]

2 – schopnost adekvátní verbální nápodoby

Echolálie

0 – absence echolálie hlásky, slova, věty

1 – sporadická echolálie hlásky, slova, věty

[51] Sporadické neverbální vyjádření souhlasu, vyjádření po časové latenci, případně s dopomocí apod.

[52] Sporadické neverbální vyjádření nesouhlasu, vyjádření po časové latenci, případně s dopomocí apod.

[53] Schopnost je přítomna sporadicky, primárně vázaná k známým či blízkým lidem, k její realizaci je zapotřebí dopomoc, případně nastává po delší časové latenci apod.

[54] Neadekvátní proxemika, je přítomná sporadicky, jedinec je schopen ji na základě upozornění korigovat.

[55] Verbální nápodoba po dlouhé časové latenci, nacházíme diference od verbálního vzoru, k verbální produkci je třeba dostatečná motivace apod.

2 – přítomnost echolálie hlásky, slova, věty

Spontánní exprese slov

0 – absence spontánní exprese slov

1 – sporadická spontánní exprese slov

2 – prezence spontánní exprese slov

Spontánní exprese vět

0 – absence spontánní exprese vět

1 – sporadická spontánní exprese vět

2 – prezence spontánní exprese vět

Používání jednoduchých verbálních formulací (do 3 vět)

0 – absence používání jednoduchých formulací

1 – sporadické používání jednoduchých formulací

2 – prezence jednoduchých formulací

Používání složitějších formulací (spontánně užívá více než 3 věty)

0 – absence používání složitějších formulací

1 – sporadické používání složitějších formulací

2 – prezence složitějších formulací

Spontánní užívání jiné formy komunikace[56]

0 – absence spontánního užití jiné formy komunikace

1 – sporadické užití jiné formy komunikace

2 – běžné užití jiné formy komunikace

Zájmena

X – položku není možné hodnotit

0 – absence používání zájmen

1 – sporadické užití zájmen, případně nesprávné používání zájmen (prosím uveďte)

2 – správné používání zájmen

Verbální stereotypie

X – položku není možné hodnotit

0 – běžné užívání verbálních stereotypií

1 – sporadická prezence verbálních stereotypií

2 – absence užívání verbálních stereotypií

[56] Nejčastěji užití ruky jiného člověka k dosažení uspokojení potřeby.

Neologismy

X – položku není možné hodnotit

0 – běžné užívání neologismů

1 – sporadické užívání neologismů

2 – absence užívání neologismů

Idiosynkrazie

X – položku není možné hodnotit

0 – běžné užívání idiosynkrazií

1 – sporadické užívání idiosynkrazií

2 – absence užívání idiosynkrazií

Logorhea

X – položku není možné hodnotit

0 – běžný výskyt logorhei

1 – sporadický výskyt logorhei

2 – absence logorhei

Verbalismus

X – položku není možné hodnotit

0 – běžný výskyt verbalismu

1 – sporadický výskyt verbalismus

2 – absence verbalismu

Koprolálie

X – položku není možné hodnotit

0 – běžný výskyt koprolálie

1 – sporadický výskyt koprolálie

2 – absence koprolálie

Verbální autostimulace

X – položku není možné hodnotit

0 – běžný výskyt verbální autostimulace

1 – sporadický výskyt verbální autostimulace

2 – absence verbální autostimulace

Prozódie

X – položku není možné hodnotit

0 – zjevné nápadnosti v mluvním projevu, řeč zní mechanicky, monotónně

1 – nápadnosti v intonaci, rytmu, zabarvení, mluvní projev se mění v závislosti na situaci

2 – bez nápadnosti v intonaci, rytmu, zabarvení, správné užití prozodických faktorů v řeči

Pasivní slovní zásoba

0 – zdá se, že pasivní slovní zásoba neodpovídá mentálnímu a chronologickému věku klienta

1 – zdá se, že pasivní slovní zásoba je na hranici odpovídající mentálnímu a chronologickému věku klienta

2 – zdá se, že pasivní slovní zásoba odpovídá mentálnímu a chronologickému věku klienta

Aktivní slovní zásoba

X – položku není možné hodnotit

0 – aktivní slovní zásoba neodpovídá mentálnímu a chronologickému věku klienta

1 – aktivní slovní zásoba je na hranici odpovídající mentálnímu a chronologickému věku klienta

2 – aktivní slovní zásoba odpovídá mentálnímu a chronologickému věku klienta

Porozumění jednoduchým instrukcím

0 – absence reakce (verbální) na jednoduché instrukce

1 – sporadická reakce (verbální) na jednoduché instrukce

2 – prezence reakce (verbální) na jednoduché instrukce

Porozumění složitějším instrukcím

0 – absence reakce (verbální) na složitější instrukce

1 – sporadická reakce (verbální) na složitější instrukce

2 – prezence reakce (verbální) na složitější instrukce

Generalizace

X – položku není možné hodnotit

0 – absence správné generalizace, neschopnost generalizace či hypergeneralizace

1 – sporadický výskyt správné generalizace

2 – správná generalizace

Percepce abstraktních verbálních pojmů

X – položku není možné hodnotit

0 – absence adekvátní reakce (verbální či neverbální) na abstraktní verbální pojmy

1 – sporadická adekvátní reakce (verbální či neverbální) na abstraktní verbální pojmy

2 – prezence adekvátní reakce (verbální či neverbální) na abstraktní verbální pojmy

Užívání abstraktních verbálních pojmů

X – položku není možné hodnotit

0 – absence užití abstraktních verbálních pojmů

1 – sporadické užití abstraktních verbálních pojmů

2 – prezence užití abstraktních verbálních pojmů

Ulpívání na stejných konverzačních tématech

X – položku není možné hodnotit

0 – běžné ulpívání na stejných konverzačních tématech, které ztěžuje funkční komunikaci

1 – sporadické ulpívání na stejných konverzačních tématech

2 – absence ulpívání na stejných konverzačních tématech

„Mimořádné" zájmy

0 – přítomnost „mimořádných", věkově neodpovídajících zájmů[57], které zapříčiňují omezení jiných aktivit

1 – přítomnost „mimořádných", věkově neodpovídajících zájmů, které významně neomezují jiné aktivity

2 – absence „mimořádných", věkově neodpovídajících zájmů

Neobvyklé zájmy

0 – přítomnost neobvyklých zájmů[58], které zapříčiňují omezení jiných aktivit

1 – neobvyklé zájmy, jež výrazně nenarušují jiné aktivity

2 – absence neobvyklých zájmy

Souhlas

X – položku není možné hodnotit

0 – absence schopnosti verbálně vyjádřit souhlas

1 – sporadické verbální vyjádření souhlasu

2 – schopnost verbálně vyjádřit souhlas

Nesouhlas

X – položku není možné hodnotit

[57] Například znalosti v oblasti matematiky, v zeměpise, fyzice, popř. jiných oblastech, které značně omezují jiné aktivity.

[58] Například zaujetí žaluziemi, šrouby, topením, dveřmi, popř. jinými činnostmi a věcmi.

0 – absence schopnosti verbálně vyjádřit nesouhlas

1 – sporadické verbální vyjádření nesouhlasu

2 – schopnost verbálně vyjádřit nesouhlas

Věnování pozornosti okolí (popis)

X – položku není možné hodnotit

0 – absence schopnosti věnovat pozornost okolí (popis)

1 – sporadická schopnost věnovat pozornost okolí (popis), případně potřeba naší dopomoci

2 – schopnost věnovat pozornost okolí (popis)

Věnování pozornosti sobě (popis)

X – položku není možné hodnotit

0 – absence schopnosti věnovat pozornost sobě (popis)

1 – omezená schopnost věnovat pozornost sobě (popis), sporadická, případně potřeba naší dopomoci

2 – schopnost věnovat pozornost sobě (popis)

Získání informací od druhých

X – položku není možné hodnotit

0 – neschopnost získat informace od druhých

1 – omezená schopnost získat informace od druhých, sporadická, případně potřeba naší dopomoci

2 – schopnost získat informace od druhých

Poskytování informací druhým

X – položku není možné hodnotit

0 – neschopnost poskytovat informace druhým

1 – omezená schopnost poskytovat informace druhým, sporadická, případně potřeba naší dopomoci

2 – schopnost poskytovat informace druhým

Žádání o objekty

X – položku není možné hodnotit

0 – neschopnost verbálně požádat o objekty

1 – omezená schopnost verbálně požádat o objekty, sporadická, případně potřeba naší dopomoci

2 – schopnost verbálně požádat o objekty

Auditivní percepce

0 – opomíjení auditivních stimulů, auditivní agnózie

1 – hyposenzitivita či hypersenzitivita auditivní percepce

2 – intaktní auditivní percepce, správná reakce na auditivní stimuly

Verbalizace emocí

X – položku není možné hodnotit

0 – absence schopnosti verbalizovat emoce

1 – omezená schopnost verbalizovat emoce, sporadická, případně potřeba naší dopomoci

2 – schopnost správně verbalizovat emoce

Schopnost podělit se s druhými o vlastní potěšení

X – položku není možné hodnotit

0 – neschopnost podělit se s druhými o vlastní potěšení

1 – omezená schopnost podělit se s druhými o vlastní potěšení, sporadická, případně potřeba naší dopomoci

2 – schopnost podělit se s druhými o vlastní potěšení

Reciproční konverzace

X – položku není možné hodnotit

0 – neschopnost vést reciproční konverzaci

1 – omezená schopnost vést reciproční konverzaci, sporadická, případně potřeba naší dopomoci

2 – schopnost vést reciproční konverzaci

Sociální komunikace

X – položku není možné hodnotit

0 – absence úsilí o navázání kontaktu

1 – omezené úsilí o navázání kontaktu, většinou za cílem uspokojení potřeb

2 – schopnost navázat kontakt, úsilí o udržení kontaktu

9.7 Možnosti stimulace komunikačních schopností

Náplní této podkapitoly je nabídnutí konkrétních příkladů a možností stimulace komunikační schopnosti, která se dotýká jak preverbálních dovedností, hrubé a jemné

motoriky, auditivní percepce, verbální i neverbální komunikace a dalších významných oblastí.

9.7.1 Preverbální dovednosti

Daná podkapitola pojednává o důležitosti preverbálních dovedností a možnostech její stimulace. Je zde věnován prostor pro preverbální vokalizaci, pozornost, nápodobu, střídání, ukazování na objekty a žádání.

Preverbální vokalizace

V souvislosti s preverbální komunikací se užívají synonymní termíny, jako je například předřečová činnost, předstupeň řeči, přípravné stadium, preverbální období (Lechta, 2002). Lechta (2002) se zmiňuje o tom, že stále více autorů mluví v této souvislosti i o vývoji neverbální komunikace a dále podotýká, že je těžké stanovit přesnou hranici mezi předverbálními a neverbálními projevy. Následně daný autor konstatuje, že předverbální projevy se úžeji vážou na budoucí zvukovou, slovní mluvenou řeč, řečená slova dítěte, zatímco neverbální projevy zahrnují širší škálu, která implikuje nezvukové i zvukové projevy. Prostřednictvím preverbální komunikace, při níž dochází k experimentaci se zvuky, k jejich osvojování, kombinacím, se vytváří základy pro druhé hlavní stadium ontogeneze řeči – tedy pro stadium vlastního vývoje řeči. Podpora a stimulace preverbální komunikace je tedy velice důležitá a opodstatněná činnost. S tímto také souhlasí například Richman (2006), který podotýká, že jakmile dítě s poruchou autistického spektra začne vokalizovat, je třeba preverbální projevy podporovat. Označení předmětu zvukem, jako je např. „baa“ ve smyslu balón, je prvním krokem k funkčnímu verbálnímu projevu. (ibid.)

Možnosti stimulace preverbální vokalizace

1. Základní předpoklady k rozvoji preverbální vokalizace.

- klient je spokojený (jsou uspokojeny jeho momentální fyzické i psychické potřeby)
- prostředí je dostatečně stimulující a motivující (pozor ale na unisenzoriální přístup)
- respektujeme individuální tempo dítěte
- na každý pokus o komunikaci reagujeme
- výrazy a gesta klienta převedeme do reálných slov, popř. doplníme citoslovci

- nesnažíme se předvídat každou potřebu dítěte, iniciujeme jej k vokální, verbální produkci
- poskytneme klientovi dostatek časového prostoru na verbální i neverbální komunikaci

2. Podporujeme vydávání zvuků.

- lechtejme dítě a smějme se s ním (pozor na klienty s hypersenzitivitou k taktilním stimulům)
- dělejme grimasy doplněné zvukovým projevem
- dělejme grimasy doplněné zvukovým projevem před zrcadlem a vyzývejme jej k napodobování
- využívejme foukání do brčka, peříčka, svíčky, míčku, vaty, flétny, bublifuku
- pijme s klientem ze slánky a tuto aktivitu doprovoďme vokálním projevem

3. Při verbálním napodobování začínáme s jednoduchými jednoslabičnými zvuky, postupně přecházíme na složitější kombinaci zvuků.
4. Interakci bychom měli doprovázet velkým množstvím rozmanitých zvuků (např. jak dělají zvířata, vítr, moře, auto, klapot podkov apod.).
5. Spojujme vyslovený zvuk s konkrétním předmětem nebo činností.
6. Aplikujme pauzy či přerušení oblíbené činnosti a vyčkejme na zvukovou incentivu dítěte signalizující pokračování činnosti.
7. Využívejme rytmická cvičení, hru na hudební dřívka, zpěv doplněný pohybem s vokalizací apod.
8. Zpívejme společně písničky a říkejme říkanky (zvláště jsou vhodné písničky s onomatopoi).

- Zpívejme např. písničku Skákal pes, opakovaně se před slovem „hop“ odmlčme a vyčkejme, až dítě dané slovo řekne nebo alespoň projeví snahu o verbální produkci. Potom pokračujme dále.

9. Oromotorická cvičení spojená s vokalizací jsou vhodná jako podpora rozvoje preverbální vokalizace, mobility oromotorických svalů a napodobování.

- protruze rtů (foukání + konsonant F)
- elevace jazyka (+ “ble“)
- mastikace (+ “mmmm“ či „mňam“)
- úsměv (+ „í“ či „sýr“)

(Newman, 2004; Richman, 2006)

Pozornost

V psychologické literatuře (Atkinson, 2003; Kern, Mehl, Nolz, Peter, 2006; Plháková, 2004 et al.) je pozornost definována jako mentální proces, jehož hlavní funkcí je perfundovat do vědomí omezený počet informací, a tím jej chránit před zahlcením velkého množství stimulů. Základní vlastností pozornosti je selektivita a hlavní diference uvádí pozornost bezděčnou a záměrnou (Plháková, 2004). Schopnost koncentrace, sdílení a rozsah pozornosti se věkem kvalitativně i kvantitativně zlepšuje. Je tedy obvyklé, že malé děti mají malý rozsah pozornosti (Lynch, Kidd, 2002). U osob s PAS deficit v pozornosti přetrvává nezávisle na věku jedince. Dle nás evidujeme především obtíže v auditivní pozornosti, s jejím sdílením, rozsahem a distribucí. Na druhé straně se setkáváme s hlubokým zájmem a s intenzivním zaujetím pro oblíbené předměty či činnosti, jež často dosahují stupně ulpívavosti. Pozornost je ale možné systematickým cvičením zlepšit. Lynch, Kidd (2002) uvádějí, že cílem těchto cvičení by měla být akcelerace doby, kdy je osoba s PAS schopna soustředit se na nějakou činnost. Zlepšení koncentrace je potřebné ve všech oblastech učení.

Možnosti stimulace pozornosti

Pozornost můžeme zlepšit:

- uspokojením klientových momentálních fyzických a psychických potřeb
- odstraněním externích rušivých vlivů (hluk, vysoká pokojová teplota, předimenzovanost podněty apod.)
- užíváním hraček, o které má klient zájem
- se stejnými hračkami obměňujeme herní aktivity (např. panenku uspáváme, krmíme, češeme apod., s kostkami točíme, ale i stavíme, do rytmu ťukáme apod.)
- po krátkém časovém úseku střídáme hračky a herní aktivity
- odměňujeme zájem o činnost, sdílení a udržení pozornosti (v první fázi se často nevyhneme odměnám v podobě oblíbeného jídla – vysoký motivační faktor, dále doporučujeme přecházet v odměny činnostní či verbální)

Napodobování

Napodobování je „vědomé nebo nevědomé opakování chování, které jedinec pozoruje u jiných jedinců. Pramení z napodobovacího pudu jako vrozené potřeby a schopnosti napodobovat okolí. Napodobování je základní mechanismus socializačního procesu, nejvýznamnějším nástrojem sociálního chování“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 342–343). Studie prokázaly, že novorozenec je schopen po nácviku některé výrazy tváře dospělých napodobovat již 36 hodin po narození, čemuž může napomáhat také to, že některé výrazy tváře pro emoce jsou vrozené (ibid.). Napodobování je nezbytné pro komunikaci, která zahrnuje interakci a spolupráci mezi dvěma lidmi. Raná komunikace mezi rodiči a dítětem začíná právě tím, že rodič napodobuje zvuky či výrazy tváře dítěte a dává jim význam (Lynch, Kidd, 2002). Thorová (2006) upozorňuje na skutečnost, že děti s PAS mohou napodobovat dospělé. Aberace je ale dle ní patrná v tom, že tak činí v menší míře, s mnohem menším entuziasmem a většinou absentuje spontaneita. Logoped by se měl tedy primárně zaměřit na rozvoj nápodoby.

Možnosti stimulace napodobování

1. Základní předpoklad k rozvoji schopnosti napodobování.

- Sami napodobujme zvuky, gesta, mimiku, činnosti klienta tak, aby nabyly na významu.
- Opakujme zvuky, gesta, činnosti, které dítě bezprostředně produkovalo a pozorujme, zda je bude opakovat po nás.
- Zrcadlení klientových projevů realizujeme dlouhodobě, opakovaně a nabídněme mu dostatečný časový prostor na jeho reakci.

2. Pokud jedinec spontánně nenapodobuje ani nejeví sebemenší snahu o tuto aktivitu, doporučujeme vést v první fázi klientovu ruku a požadovanou aktivitu společně realizovat (např. stavění kostek, házení míče do krabice).
3. Jakmile zaznamenáme, že jedinec začíná spolupracovat, zmenšujme facilitaci – posunujeme ruku na zápěstí, posléze k lokti a nakonec se jemně dotýkáme paže.
4. Zmírňování pomoci by mělo být postupné, občas se nevyhneme návratu ke střední až plné podpoře. Konečným výsledkem by měla být samostatná činnost.
5. Využijme zrcadlo a motivujme dítě k napodobování naší mimiky, gestikulace, pohybů.

6. Přidejme se ke klientově aktivitě, pozvolna do ní inkorporujme nové prvky, pozměňme ji a vybídněme jej, aby zopakovalo to, co děláme.
7. Podporujme a motivujme k napodobování běžných každodenních činností a aktivit (např. čistění zubů, česání vlasů, utírání stolu apod.), každodenních gest (například mávání na rozloučenou, hrození apod.).
8. Pro podporu napodobování jsou také vhodné říkanky:

Kalamajka, mik, mik, mik,	Paci, paci, pacičky,
oženil se kominík.	táta koupil botičky.
Za ženu měl Elišku	A maminka pásek,
v roztrhaném kožíšku. (tleskání na poslední tři slabiky)	za myší ocásek.
	(tleskání)

(Lynch, Kidd, 2002; Newman, 2004)

Střídání

Newman (2004) uvádí, že střídání je velmi důležitá dovednost a podotýká, že zpočátku je toto chování takřka nepostřehnutelné. Střídání je základní podmínkou efektivního komunikačního procesu, který je percipován dovednostmi, jako je naslouchání, čekání, verbální či neverbální exprese, iniciace a střídání. Při komunikační interakci dochází ke střídání ve verbální a neverbální komunikaci a jakákoliv aberace průběhu působí interferenčně vzhledem k jeho záměru. Jeho narušení je typické u osob s Aspergerovým syndromem, jejichž komunikace je obvykle charakterizována ulpíváním na konverzačních tématech, verbálními stereotypiemi, verbální rigiditou, verbalismy, absencí reciprocity komunikačního procesu a dalšími specifickými symptomy. Z uvedeného je evidentní, že pro funkční komunikační proces je střídání téměř nezbytností, proto je třeba tuto dovednost podporovat již od útlého věku dítěte.

Možnosti stimulace střídání

1. Základní předpoklad k rozvoji střídání:

- dostatečné porozumění řeči (dle potřeby podpořme verbální sdělení vizualizací – fotografie, piktogramy, nákresy apod.)
- uspokojení momentálních fyzických a psychických potřeb
- navázání zrakového kontaktu (možnosti stimulace zrakového kontaktu viz dále)

- časový prostor na reakci (je třeba mít na paměti, že odpověď na naši výzvu často následuje s jistou časovou latencí)

2. Sedněme si k dítěti čelem a napodobujeme jeho mimiku, gesta, pohyby, zvuky.
3. Svoji reakci přežeňme a poté dejme klientovi čas, aby pochopilo, že je řada na něm.
4. K porozumění střídání v komunikaci pomáhá:

- přesýpací hodiny (jedinec vidí, jak dlouho trvá jedna činnost a kdy začíná druhá)
- stopky
- budík

5. Hry a činnosti podporující střídání:

- střídání při krmení hraček
- stavění kostek
- házení míčků do nádoby
- kresba
- bublifuk

Ukazování na objekty a žádání

„Gesta a řeč spolu souvisejí s ohledem na své zpracování. Gesta nám pomáhají při řeči a poskytují nám také delší kanál, jímž můžeme vyjadřovat související informace. Děti často vyjadřují informace pomocí gest dříve, než je dokážou vyjádřit slovy. Významně to ovlivňuje rozvoj jejich smyslu pro komunikaci s ostatními lidmi a osvojování si řeči“ (Doherty-Sneddon, 2005, s. 81). McNeill (in Doherty-Sneddon, 2005) kategorizuje gesta na gesta zobrazovací (ikonická), ukazovací, metaforická (např. kreslení abstraktního pojmu ve vzduchu) a rytmická (např. krátké pohyby rukou nahoru a dolů provázející slova). První ukazování můžeme zaznamenat asi od 10. měsíce věku dítěte. Zpočátku nejde o skutečné ukazování prstem, ale může se jednat o natahování po předmětech (ibid.). Obtíže s nápodobou, nedostatečnosti v reciprocitě sociální interakce, její iniciace a apetence ústí k problémům v oblasti gestikulace a vede k inhibici neverbální žádosti. Stimulace těchto dovedností je proto další potřebnou oblastí utvářející cíl a plán logopedické intervence.

Možnosti stimulace ukazování na objekty a žádání

1. Předpokladem úspěchu vedoucího ke zvládnutí schopnosti ukazování na objekty a jejich požadování je motivace klienta např. oblíbeným jídlem nebo činností.

2. Oblíbenou věc, jídlo držíme mimo dosah klienta a řekneme: „Co bys chtěl?“ nebo „Ukaž, co chceš.“ Přítomnost motivující věci v zorném poli je ale nezbytností.
3. Pokud osoba s PAS nereaguje na naši výzvu, facilitujeme její realizaci – vedeme ruku klienta tak, aby ukázal na věc či jídlo.
4. Vždy vedeme pravou ruku u klienta preferujícího pravou horní končetinu a levou ruku u klienta preferujícího levou horní končetinu.
5. Jakmile klient s dopomocí ukáže na požadovanou věc, jídlo, musí následovat její předání (konzumace jídla či časové omezení aktivity s preferovaným předmětem).
6. Samozřejmě je důležitá následná verbální pochvala (jinou odměnu bychom již neměli užít!).
7. Podstatná je následná eliminace dopomoci – naši ruku na umístíme na zápěstí, posléze k lokti a nakonec se jemně dotýkáme paže.
8. Zmírňování pomoci by mělo být postupné, občas se nevyhneme návratu ke střední až plné podpoře. Konečným výsledkem by měla být samostatná činnost.
9. Potřebné je pozvolné zvyšování počtu předmětů, činností, případně potravin a nezůstávat rigidně jen u oblíbených.

(Richman, 2006)

9.7.2 Porozumění

Porozumění řeči nastupuje obvykle kolem 10. měsíce věku dítěte. Slyšené zvuky jedinec asociuje s vjemy či konkrétní představou, která se často opakuje. Obsah slov ale dítě ještě nechápe. V tomto období je také možné zaregistrovat počátek rozvoje pasivní slovní zásoby (Klenková, 2006). Lechta (2002) specifikuje porozumění řeči jako obvyklou motorickou reakci na globální zvukový obraz slov asociovaný s konkrétní, často se opakující situací. Časově tento autor řadí počátek porozumění řeči do období kolem 10.–12. měsíce věku. Dítě si tedy postupně uvědomuje, že zvuky znamenají slova. A když potom nějaké slovo slyší opakovaně ve stejné situaci, pochopí, že slovo označuje určitý předmět nebo jev. Dítě rozumí spoustě věcí dřív, než je schopno samo mluvit, a kvantita pasivní slovní zásoby je rozsáhlejší než aktivní slovní zásoba (Newman, 2004). Hodnocení stupně porozumění řeči u osob s PAS je vzhledem k absenci komunikační apetence, prezenci stereotypních ulpívavých zájmů zužujících rozsah pozornosti například na auditivní stimuly velmi problematické.

Možnosti stimulace rozvoje porozumění, pasivní slovní zásoby

1. Při interakci s klientem užívejme jednodušší slovní spojení, kratší věty, vyhněme se abstraktním výrazům a ustáleným spojením, slova opakujme stále dokola.
2. Užitá slova, slovní spojení vždy spojujme s konkrétní věcí, činností.
3. Pokládejme klientovi jednoduché otázky typu „Kde je míček?“, „Kde je máme?“ nebo mu dávejme stručné pokyny jako „Podej mi lžičku.“, „Podej mi medvídka.“ Pokud klient nereaguje, dojdeme pro daný předmět sami a komentujme ho slovy „Tady je míček“, „Tady je lžička“.
4. Časově se orientujme na tady a teď.
5. Pro rozšiřování znalostí a vědomostí dítěte využívejme každodenní realitu. Např. oblékání, stravování, nakupování apod.
6. Snaží-li se klient neverbálně vyjádřit své potřeby a žádosti, snažme se je vždy verbalizovat, dítě pochválit a dát požadovanou věc.
7. Neustále komentujme veškeré dění, naši i klientovu činnost.
8. Přínosné se nám jeví založení společného sešitu, kde jsou umístěny fotky blízkých, fotky oblíbených věcí, hraček, jídel, zážitků apod. Společné prohlížení a vyprávění rozvíjí porozumění, pasivní slovní zásobu i paměť.
9. Důležité je společné prohlížení obrázkových knih. Knihy volíme podle chronologického i mentálního věku klienta, podle zájmu, vizuální percepce. Základem je, aby kniha byla pro klienta srozumitelná a zajímavá. Vedle vlastní verbální produkce při společném prohlížení, motivujeme dítě k ukazování obrázků.
10. Procvičujme a užívejme jednoduché instrukce:

- sedni si
- udělej „pá, pá“
- postav se
- pojď sem

11. Dobrou pomůckou je logopedické zrcadlo, které kromě rozvoje porozumění, nápodoby, pasivní slovní zásoby, vede také k rozvoji sebepojetí. Můžeme využít hry:

- napodobování zvuků, grimas
- dotýkání se svého obličeje
- ukazujme na klienta v zrcadle a opakovaně vyslovujme jeho jméno

12. Logopedickou intervenci prokládejme hříčkami, lechtáním, pohybem, zpěvem, např.:

- lechtejme dítě a přitom pojmenovávejme ty části těla, kde je šimráme
- básnička „Vařila myšička kašičku“ (střídejme se v ukazování na prsty a lechtání)
- pohybová básnička „Kolo kolo mlýnský“
- pohybová básnička :
  /:Hlava, ramena, kolena, palce
  kolena, palce, kolena, palce:/
  oči, uši, pusa, krk.
- písnička poukazující na části těla:
  Paci, paci, pacičky, to jsou moje ručičky.
  Ťapy, ťapy, ťapičky, to jsou moje nožičky.
  Ručky aby tleskaly, nožky aby běhaly.

(Newman, 2004, Richman, 2006)

9.7.3 Hrubá a jemná motorika

Diagnostika a následný rozvoj hrubé, jemné motoriky a především oromotoriky je opodstatněný vzhledem k vysoké korelaci mezi úrovní vývoje motorických schopností a ontogenezi komunikace (Lechta, 2003). De Vries, Hopkins, van Geijn (in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005) uvádějí, že pořadí vývoje pohybů mluvidel koresponduje s poznatky o vývoji motorické aktivity plodu v intrauterinním stadiu vývoje. Zmínění autoři dále poznamenávají, že zívání evidujeme již od 10. týdne intrauterinního života, depresi mandibuly od 10. až 11. týdne, mobilitu jazyka od 11. týdne, sání a polykání od 12. týdne prenatálního období. Vývoji hrubé, jemné motoriky a psychomotoriky se věnuje především vývojová psychologie (např. Langmeier, Krejčířová, 2006; Vágnerová, 2000 a další), oromotorickou aktivitu a její vývoj nalezneme například v publikaci Pouthas, Jouen (2000); Průcha (2011); Vitásková, Peutelschmiedová (2005) a další. Narušení hrubé, jemné motoriky a oromotoriky patří mezi nespecifické symptomy tvořící klinický obraz pervazivní vývojové poruchy. Motorické deficity jsou prezentované například možným opožděným motorickým vývojem, svalovou hypotonií či hypertonií, motorickými stereotypiemi a abnormálními chůzovými mechanismy (např. chůze po špičkách).

Možnosti stimulace rozvoje hrubé motoriky

Logopedickou intervenci doporučujeme prokládat činnostmi:

- skákání na gymnastickém míči
- skákání na trampolíně
- kopání do míče
- pohyb do rytmu při písničce, např. „Kolo, kolo mlýnský“, „Červený šátečku...“
- prolézání tunelem
- vyhýbání se a překonávání překážek
- skákání z nízké lavičky či z židle s naší dopomocí doplněné odpočítáváním:
  „Připravit, pozor, teď.“
  „Spadla lžička do kafíčka, udělala bác.“

Možnosti stimulace rozvoje jemné motoriky

1. Podněcování k aktivitám, které vedou k rozvoji jemné motoriky:

- Poznávejme předměty, které jsou z různého materiálu:
  - písek
  - rýže
  - plastelína
  - voda
  - textilie
  - krém
  - vata
- porovnávejme předměty z různého materiálu
- posílejme si vzájemně míč
- malujme prstovými barvami
- trhejme a mačkejme noviny
- modelujme z plastelíny
- opakovaně si s klientem hrajme „Vařila myšička kašičku“

2. Podporujme aktivity založené na rytmické mobilitě horních končetin, můžeme použít:

- chrastítko

- klíče
- rytmická dřívka
- bubínek
- tleskání

3. Podporujme úchopovou aktivitu:

- kroužky
- kostky
- sáčky naplněné kuličkami, pískem apod.
- hračky

4. Podporujme stavění a pouštění předmětů:

- stavme na sebe kostky, plechovky, věž z kostek apod., můžeme ji také společně shodit
- dávejme drobnější předměty do velké nádoby
- předávejme předměty z jedné nádoby do druhé
- vyzývejme klienta, aby předměty pouštěl na tvrdý povrch
- vyzývejme klienta, aby předměty vkládal do košíku

5. Podporujeme ukazování:

- ťukejme do klavíru, rozsvěcujme a zhasínejme
- prohlížejme si knihu a ukazujme na obrázky
- vytáčejme čísla na telefonu
- vytvářejme prstem prohloubeniny do plastelíny
- kresleme prstovými barvy

6. Další aktivity sloužící k rozvoji jemné motoriky:

- stříhání
- skládání puzzle
- skládání papíru
- navlékání korálků
- zasunování předmětů do odpovídajících otvorů
- motání klubíček z vlny
- šroubování uzávěru z lahví apod.
- házení na cíl

Možnosti stimulace rozvoje oromotoriky

1. Veškeré činnosti určené k rozvoji oromotoriky by měly být prováděné formou hry a s nápodobou.
2. K jednotlivým aktivitám užívejme oblíbené potraviny, např.:

- lízátka
- čokoládu
- marmeládu
- pudink
- kečup
- želé bonbóny
- jogurt

3. Další využitelné pomůcky:

- zrcadlo
- špátle
- špejle s vatou
- zubní kartáček
- gumové rukavice
- žínka
- gáza

4. Cvičení, které můžeme při logopedické intervenci využít:

- nafukování tváří před zrcadlem (posilování bilabiálního závěru)
- olizování čokolády, marmelády, kečupu apod. potřených na horním rtu
- olizování čokolády, marmelády, kečupu apod. potřených na dolním rtu jazykem
- olizování lízátka, které držíme před ústy
- napodobování „jak dělá koníček“, „jak dělá čertík“, „jak frká kůň“, „jak ráno zívám“
- před zrcadlem – elevace jazyka k nosu, mobilita jazyka k bradě, do stran apod.
- posílání pusy na dálku
- „kapr“ – otvírejme a zavírejme pomalu před zrcadlem ústa jako ryba
- „opice“ umístěme apex jazyka mezi dolní ret a dolní zubní dáseň, tlačme zevnitř na dolní

- ret a přejíždějme jazykem ze strany na stranu
- „kočička“ – kružme špičkou jazyka a olizujeme si rty dokola v jednom i druhém směru, ústa jsou pootevřená, brada se nehýbe
- „had“ – apex jazyka je umístěn mezi rty a realizuje pohyb ze strany na stranu, jazyk se nedotýká zubů

9.7.4 Auditivní percepce

Sluch je nezbytný smyslový orgán potřebný k získávání informací, rozvoji myšlení a řeči. Zásadním způsobem participuje na využívání náhodného učení a procesu sociálního učení (Potměšil, 2003). Již mezi 17. a 26. týdnem lze zaznamenat první propojení auditivní percepce a verbální produkce. Dítě začíná spojovat svůj hlasový projev s možností reakce na něj formou zvuků a zvučků, broukáním a žvatláním (ibid.). Sluch má v rámci ontogeneze řeči mimořádně důležitou úlohu v období napodobujícího žvatlání. Vlivem vědomé sluchové kontroly při napodobování zvuků ze svého jazykového prostředí se z rozmanitého spektra nejrůznějších zvuků začínají vyčleňovat hlásky mateřského jazyka a dítě přestává produkovat zvuky, jež ve svém jazykovém prostředí neslyší (Klenková, 2006; Lechta, 2002; Průcha, 2011 et al.). Sovák (1989) v této souvislosti pojednává o utváření artikulačního proprioceptivně-akustického okruhu. Sluchová recepce může být u klientů s PAS pozměněna ve smyslu hyposenzitivity, hypersenzitivity či auditivní autostimulace a absence reakce na auditivní stimuly či oslovení indikuje z důvodu podezření na sluchovou ztrátu návštěvu audiologa (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007; Gillberg, Peeters, 1998; Thorová, 2004 et al.).

Možnosti stimulace auditivní percepce

1. Vnímání zvuků lze zlepšit:

- zaveďme si slovo, gesto či znak pro pojem nahlas, středně hlasitě a potichu, který stále stabilně užívejme
- poskytněme jedinci s PAS dostatek zkušeností se zvuky, vibracemi
- poslouchejme společně rozmanité zvuky
- komentujme zvukové projevy klienta i okolní zvuky
- mluvíme-li na klienta, buďme v jeho bezprostřední blízkosti a snažme se o navázání zrakového kontaktu

2. Podporujme zkoumání zvuků:

- věci, s kterými lze bouchat (krabice, lžíce, rytmická dřívka apod.)
- věci, na které lze troubit (píšťalky, harmoniky, flétny apod.)
- věci, kterými lze chrastit (chrastítka, nádoby plněné pískem, rýží apod.)

3. Podporujme hru se zvukovými hračky:

- zvonečky
- xylofon
- harmonika
- pískající hračky
- bubínky

4. Veďme dítě k rozlišování a určování hlasitého zvuku a ticha:

- připravme si „hlučné“ i „tiché“ hračky
- vyndejme jednu „hlučnou“ hračku, nechme ji dítěti k hraní a slovem či gestem upozorněme, že je hlučná, totéž učiňme u „tiché“ hračky
- v další fázi dejme klientovi čas, aby označení hračky po nás zopakoval
- vždy klienta verbálně pochvalme a umožněme mu na chvíli si s hračkou pohrát
- následně motivujme klienta k vlastnímu označení bez naší dopomocí.

5. Poslouchání hudby:

- umožněme klientovi poslouchat hudbu a vnímat její vibrace
- pohybujme se v rytmu a motivujme klienta k zapojení se

6. Zpívejme si s klientem, zapojujme zpěv a pohyb, např. „Tluče bubeníček“, „Pec nám spadla“, „Prší, prší“, „Kočka leze dírou“.
7. Podporujme u klienta schopnost rozlišení lokalizace zvuku a diferenciaci mezi zvuky.
8. Podporujme u klienta schopnost rozlišení začátku a konce hudební sekvence. Při hře se zvuky můžeme trvání znázornit jízdou autíčka, kresbou.
9. Zahajujme hry verbálním pokynem: „Připravit, pozor, teď!“ Pokyn učí dítě soustředit se na popud k zahájení činnosti
10. Učme klienta poznávat, určovat a produkovat symbolické zvuky:

- zvuky vozidel (auto, vlak, sanitka, hasiči apod.)
- zvuky zvířat (pes, kočka, had, kráva, ovce apod.)

(Lynch, Kidd, 2002, Newman, 2004)

9.7.5 Rozvoj kognitivních schopností

Poznání je zprostředkováno vnímáním, pamětí, myšlením, emocemi a můžeme jej definovat jako více či méně přesné obrazy odráženého světa ve vědomí (Hartl, Hartlová, 2000). Plháková (2004) vymezuje vnímání neboli percepci jako organizaci a interpretaci senzorických informací. Tato autorka dále uvádí, že jde o proces, jehož výsledkem jsou vjemy, které se mnohdy značně liší od neúplných údajů detekovaných našimi smysly. Paměť můžeme v nejširším slova smyslu definovat jako schopnost zaznamenávat životní zkušenosti (ibid.). O myšlení jako vrcholném poznávacím procesu, jenž je dán pouze člověku, hovoří Atkinson (2003). Největší úspěchy lidského druhu pramení z jeho schopnosti vytvářet složité myšlenky, sdělovat je druhým a prakticky je využívat (ibid., 2003). Poslední deskripovaný psychický proces – emoce, jsou specifikovány jako komplexní stav vznikající v reakci na určité afektivně zabarvené zážitky (Fridja, Lazarus in Atkinson, 2003). Vnímání osob s PAS je determinováno absencí či omezenou schopností generalizace. Recepce je primárně vázaná na konkrétní, stabilní situaci. Další problematickou oblastí jsou obtíže s recepcí a expresí emočních výrazů, pochopením signálů neverbální komunikace a s kontextovou integrací souvisejících symbolů (Beyer, Gammeltoft, 2006; Attwod, 2005; De Clerg, 2007; et al.).

Možnosti stimulace rozvoje kognitivních procesů

1. **Napodobování** (konkrétní příklady viz výše)
2. **Zkoumání objektů**

- vytvářejme dostatek příležitostí ke zkoumání předmětů
- nezapomeňme dbát na bezpečí klienta
- nabízejme předměty různých tvarů, materiálů, barev:
    - suchý zip
    - odstřižky látek
    - kamínky
    - dřevo
    - kuchyňské nástroje

- plastelína
- plechovka s rýží, pískem apod.
- barevné kolíčky
- kostky
- hračky, které svítí, vydávají zvuky apod.
- nejdříve klientovi nabízíme předměty větší, dobře uchopitelné, postupně předměty menší

3. Zkoumání prostředí

- zkoumání je aktivita důležitá pro kognitivní rozvoj dítěte; intaktní dítě ji spontánně začíná realizovat při samostatné mobilitě; jedincům s PAS je ale téměř vždy potřebné k této aktivitě dopomoci
- veďme klienta k taktilnímu poznání:
  - poznávejme zdi, stůl, topení, dveře apod.
  - posaďme klienta na židli, položme jej na koberec, postel, trampolínu, gymnastický míč apod.
- veďme klienta k vizuálnímu poznání:
  - upozorněme na předměty v okolí
  - nasviťme okolí
  - seznamujme s vizuálním didaktickým materiálem (leporela, fotografie, obrázkové knihy apod.)
- veďme klienta k auditivnímu poznání:
  - ťukejme na dveře
  - přejíždějme rukou přes topení
  - tleskejme na trampolínu, koberec apod.
  - zapojme do intervence hudební nástroje
- komentujme předměty, věci v bezprostředním okolí

4. Příčina a následek

- hračky, které podporují pochopení příčiny a následku:
  - hračky, které po signalizaci vyskakují z krabičky
  - hračky, které po signalizaci vydávají zvuk
  - hračky, které po signalizaci svítí

- auditivní knihy
- leporela
- počítačové hry
- klávesové nástroje

- aktivity, které podporují pochopení příčiny a následku:
  - stavění a bourání kostek
  - hra „Připravit se, pozor, teď.“
  - písničky s pohybem: „Kolo kolo mlýnský“, „Zajíček v své jamce“

5. Poznávání vztahů

- umisťování předmětů na sebe:
  - kostky
  - lego
  - menší předměty na větší
- umisťování předmětů do sebe:
  - menší plechovky do větší
  - menší tiskátka do větších
  - posílejme ke klientovi míčky, autíčka, kuličky

6. Přiřazování obrázků, tvarů, symbolů, barev

- položme před klienta jeden obrázek, předmět a dejme mu čas na seznámení se s ním (poznání taktilní, verbálně okomentujme, co je na něm)
- nabídněme klientovi dva obrázky či předměty, kde jeden je totožný s předloženým
- motivujeme jej k výběru totožného předmětu, nejdříve mu ale sami znázorněme, co po něm žádáme
- někdy je třeba mezistupeň v podobě dopomoci prostřednictvím vedení ruky klienta, která by měla být následně stále zmenšována
- nejdříve předkládáme předměty, mezi kterými je významný rozdíl, a nabízíme výběr ze dvou předmětů, rozdílnost můžeme postupně zmenšovat
- rozdíl vždy verbalizujeme, předměty pojmenujeme a pochválíme klienta
- tímto způsobem lze rozlišovat jak tvary, barvy, velikost, tak posléze jemnější detaily

7. Selekce obrázků, tvarů, symbolů

- klientovi předložíme dva obrázky, předměty, které se od sebe výrazně liší, a verbálně jej vybídneme, aby námi požadovaný vybral
- nejdříve náš požadavek předvedeme
- často je nezbytná facilitace prostřednictvím vedení klientovi ruky, dopomoc postupně snižujeme
- jedince vždy pochválíme a verbálně okomentujeme vybraný obrázek, předmět
- diferenciace mezi předměty, obrázky dále zmenšujeme a výběr rozšiřujeme

8. Třídění a seskupování

- pro nácvik této dovednosti využíváme:
  - uklízení hraček (například kostky do jedné krabice, míčky do druhé apod.)
  - vytváření hromádek z kostek, třídění předmětů podle barvy, velikosti, tvaru apod.

9. Paměť

- velmi vhodné je opakované zpívání jednoduchých písniček s důrazem na to, aby klient doplňoval klíčová slova
- pokud klient verbálně nekomunikuje, učíme jej stěžejní, s písní se pojící gesto či pohyb a motivujeme jej k jeho realizaci
- vybízejme klienta, aby vyprávěl o tom, co prožil během dne
- u jedinců verbálně nekomunikujících zaveďme komunikační knihu, pomocí níž klient ukazuje na obrázky a vyjádří tak proběhlý den
- v průběhu intervence vyzvěme klienta, aby určité věci přinesl nebo dal na správné místo (často je třeba naše dopomoc v podobě vedení)

9.7.6 Neverbální komunikace

„Komunikace je proces výměny informací, dorozumění a zprostředkování zpráv nebo informací všeho druhu. Intraindividuální, extraindividuální a interindividuální komunikace znamená obousměrný tok informací uvnitř jediného subjektu, zachycení signálů ze zevního světa a obousměrný tok mezi lidmi“ (Krahulcová, 2003, s. 12). Jednou z forem komunikace je komunikace neverbální, která prostřednictvím neverbálních prostředků sdělení doprovází, doplňuje, objasňuje i nahrazuje verbální sdělení. Doherty-Sneddon (2005) podotýká, že mnohé časné mimoslovní signály se objevují ještě dříve, než

se dítě začne verbálně vyjadřovat. Dle ní jsou důležitým ukazatelem rostoucího porozumění světu, v němž dítě žije. Mezi nejdůležitější součásti této formy komunikace patří mimika, gestikulace, zrakový kontakt, proxemika, posturace a další složky. U osob s PAS nacházíme v neverbální komunikaci evidentní deficity zasahující mimiku, gestikulaci, posturaci těla, percepci neverbální komunikace a mnohá další. Čadilová, Jůn, Thorová (2007) uvádějí specifika, mezi která řadí absenci či nedostatečnost v užití gest, ukazování, v navázání zrakového kontaktu a sledování směru pohledu druhé osoby či adekvátní neverbální reakce na souhlas či nesouhlas.

Možnosti stimulace rozvoje neverbální komunikace

Zrakový kontakt

Zrakový kontakt je velice důležitá forma neverbální komunikace. Langmeier, Krejčířová (in Lechta, 2002) uvádějí, že již po 5. měsíci intrauterinního života plod reaguje na vizuální podněty. Význam vizuální percepce lze spatřovat minimálně ve dvou základních dimenzích. Zrakové stimuly jako takové provokují dítě k vokalizaci, později k žvatlání a řečovým projevům. Odezírání pohybů mluvidel přispívá k osvojení si artikulace a neverbální komunikace (Lechta, 2002). Zrakový kontakt je důležitým zdrojem sociální interakce pro dítě i pro dospělého, vztahuje se k řadě aspektů sociálního a emočního rozvoje a hraje významnou roli v psychickém vývoji dítěte (Doherty-Sneddon, 2005). U osob s PAS nacházíme zjevné aberace ve schopnosti adekvátně navazovat a udržet zrakový kontakt. Pohled je ulpívavý jakoby skrz, osoby s PAS se vyhýbají zrakovému kontaktu a nejsou schopny zkoordinovat oční pohyby s ukazováním. Problémy jim také činí schopnost sledovat směr pohledu jiné osoby mimo vlastní zorné pole (Volkmar, Mayes in Doherty-Sneddon, 2005). Činnosti zaměřené na rozvoj zrakového kontaktu jsou tedy významným komponentem logopedické intervence u osob s PAS.

Možnosti stimulace zrakového kontaktu

1. Základní předpoklad k navázání zrakového kontaktu: stát k dítěti čelem, stejná výšková úroveň očí, adekvátní proxemika.
2. Navázání zrakového kontaktu podněcujeme verbálními výzvy:

- můžeme užít například verbální výzvy: „Podívej se ne mě. Ukaž oči. Kde máš oči?“

- po navázání a udržení zrakového kontaktu by měla následovat odměna (preference verbální odměny)

3. Verbální výzvu je v počátcích nácviku vhodné současně doplnit posílením v podobě oblíbeného jídla, hračky, předmětu:

- oblíbené jídlo, hračku, předmět přiblížíme k našim očím, abychom motivovali dítě k navázání zrakového kontaktu.
- po navázání zrakového kontaktu by měla následovat verbální odměna a předání jídla, hračky či předmětu
- postupně přecházíme pouze na verbální odměnu

4. Přerušení oblíbené aktivity, bezprostřední výzva k navázání zrakového kontaktu a následná iniciace předchozí činnosti se může stát dalším posilujícím a motivujícím faktorem.
5. Písničky a říkadla:

- pro navázání zrakového kontaktu jsou vhodné písničky jako „Paci, paci, pacičky....“, „Vařila myšička kašičku“

  Například: Houpy, houpy, houpy.
  Co si žabák koupí?
  Koupí on si za kačku
  velikánskou klouzačku.

  Po zvážení v říkadle přestaneme. Až klient naváže zrakový kontakt, říkadlo dokončíme.

6. Zrakový kontakt přilákáme:

- úsměvem
- vydáváním legračních zvuků
- variabilními a výraznými grimasy: pohybujme obočím, krabatíme nos, mrkáme apod.
- neobvyklými brýlemi (barevné, velké apod.)
- nápadným kloboukem
- maskou
- zvukovou hračkou (chřastítka, pouťová trumpetka, zvonečky, píšťalka apod.) a vydáváme zvuk; přestaneme a začneme znovu až po navázání zrakového kontaktu
- pomalováním si obličeje tělovými barvami kolem očí

- slabým nafouknutím tváří
- nafouknutím balónku, vytvářením bublifukových bublin
- foukáním peříčka na dítě a lechtáním jej
- vytvořením „dalekohledu“ z tvrdého papíru, který si nasadíme na oči
- nasazením a sundáváním klobouku nebo se za něj schováváme

7. Zrcadlení: spoluúčastnění a zrcadlení aktivit a rituálů klienta vede často k navození zrakového kontaktu.
8. Hra na schovávanou v podobě známého „bu bu bu baf“ s pomůckami:

- šátek
- záclona
- oblečení
- přikládat ruce na obličej

(Lebeer, 2006; Lynch, Kidd, 2002; Newman, 2004 et al.)

Emoce

„City a intencionalita vytvářejí jádro lidské povahy a mají biologické základy a evolučně genetické dějiny“ (Zimmer in Nakonečný, 1998, s. 413). Traxel (in ibid.) soudí, že definování emocí není nezbytností, protože si je každý uvědomujeme z vlastních zážitků. Pro ilustraci uvádíme pracovní definici Schmidt-Atzertova. „Emoce je kvalitativně blíže popsatelný stav, který vystupuje se změnami na jedné nebo z více následujících rovin: cit, tělesný stav a výraz“ (Schmidt-Atzertov in Nakonečný, 1998, s. 413). Emocionalita osob s poruchou autistického spektra vykazuje markantní abnormality, mezi které patří především impulzivita, nízká frustrační tolerance, destrukce, agresivita, dráždivost, sebedestruktivní chování a záchvaty vzteku. Není ojedinělá ani sebevztažnost, sebelítost, tenze, deprese, sebepodhodnocování a paranoia (Schopler, Mesibov, 1997; Thorová, 2008; Vocilka et al., 1995). Absence či nedostatečnost ve schopnosti recepce a exprese emočních prožitků může vyústit v netečnost či neadekvátní reakci. Emoce vyjadřuje tedy jedinec s PAS často nepřiměřeně momentální situaci a jeho chování může být doprovázené například neadekvátním smíchem či pláčem.

Quirk-Hoddgson (in Howlin, 2005) uvádí, že obrázky, fotografie, zvukové nahrávky a videozáznamy jsou výborné pomůcky pro pochopení emocionálních stavů a vysvětlení, proč určité situace vyvolávají rozdílné pocity. Nejdříve doporučujeme začít

s malým počtem – dva obrázky či fotografie a s bipolárními emocemi (například radost/smutek). Klient by se měl učit rozpoznávat emoce u druhých, sám je umět vyjadřovat a v nejvyšším stupni rozpoznat právě probíhající emocionální stav u sebe (vyjádřit verbálně či ukázat na obrázek, fotografii).

Jako efektivní se nám při nácviku rozpoznávání a vyjadřování emocí jeví užití obrázkových karet[59] (facilitace v podobě vizualizace) a přímý nácvik před logopedickým zrcadlem. Emoční karty mohou vyjadřovat pocity, mezi které patří například:

- vzteklý
- šťastný
- smutný
- hladový
- nemocný
- zděšený
- polekaný
- litující
- smutný
- otrávený
- dobrý
- milý
- znechucený

(Gabeney in Howlin, 2005; Boyd, 2011)

Možnosti stimulace

1. Seznámíme klienta s fotografií či obrázkem (verbálně pojmenujeme, vysvětlíme na jemu blízké konkrétní situaci).
2. Před zrcadlem vyjádříme konkrétní emoci, spojíme ji s odpovídajícím obrázkem, fotografií a pojmenujeme ji.

[59] Při jejich vytváření doporučujeme preferenci tvrdého podkladu (kartonový papír, dřevěné destičky apod.) před tenkým papírem. Jako zástupné symboly můžeme užít „smajlíky“, fotografie, vlastní nákresy apod. Vždy individuálně u každého jedince zhodnotíme preferenci symbolu. Dobré se nám jeví doplnit každou vizualizaci popisem – užijme hůlkové písmo v dolní části obrázků, podporujeme tím případný nácvik globálního čtení.

3. Ještě jednou vyjádříme danou emoci a vyzveme klienta k přiřazení obrázku a případnému pojmenování. Zpočátku jedinci s PAS dopomáháme (např. vedeme ruku klienta k odpovídajícímu obrázku).
4. Snahu vždy pochválíme.
5. Rozšiřujeme počet obrázků, fotografií a projevených emocí.
6. Výuku rozšíříme o vlastní klientovu expresi.
7. Předvedeme před zrcadlem již známou emoci a vyzveme klienta k zopakování, pojmenování a přiřadíme odpovídající obrázek či fotografii.
8. Redukujeme naši dopomoc v podobě předvedení exprese a pozvolna rozšiřujeme počet rozpoznaných emočních projevů.
9. V průběhu logopedické intervence, při dalších hrách a aktivitách cíleně směřujeme klienta k verbálnímu vyjádření momentálního emočního stavu a k případnému přiřazení obrázku či fotografie.
10. Dobrou pomůckou je také videozáznam nejrůznějších situací a zážitků, kde ústřední roli může sehrávat jak klient s PAS, jeho blízcí, tak cizí osoby. Analýzou daného videozáznamu a určováním adekvátních emocí vytváříme další nácvikové situace.

Komunikační gesta

Gesta jsou důležitou součástí neverbální komunikace a podstatným způsobem objasňují, doplňují či nahrazují každodenní sociální interakci. Eckman a Friesen (in Hartl, Hartlová; 2000) podotýkají, že v průběhu komunikačního procesu evidujeme velké množství gest. Hovoří například o gestech ilustračních, regulačních, adaptačních, dále také o afektivních, symbolických, gestech regulujících komunikaci a dalších. Hrdlička (2004), Jelínková (1999) a Atwood (2005) se shodují v následujících specifikách narušení této formy neverbální komunikace. Pro gesta je typická absence deklarativního ukazování, které vyjadřuje zájem osoby a slouží k upoutání pozornosti komunikačního partnera. Imperativní ukazování vyjadřující žádost je narušeno méně a mobilita hlavy sloužící k vyjádření souhlasu či nesouhlasu buď chybí, nebo je méně zřetelná a frekventovaná. Běžná komunikační gesta, jako je například zamávání na pozdrav, jsou užívána buď sporadicky, nebo vůbec. Z těchto důvodů považujeme za důležité a potřebné inkorporovat do logopedické intervence nácvik recepce i exprese gest.

Do logopedické intervence můžeme zařadit nácvik komunikačních gest, jako je například:

- mávání na pozdrav
- gesto, které nám říká: „Pojď sem“
- gesto, které nám říká: „Bolí mě....“
- gesta vyjadřující souhlas
- gesta vyjadřující nesouhlas
- gesto „prosím“

Nácvik komunikačních gest je obdobný nácviku výše popsaných emocí. Jako důležitou pomůcku opět použijeme logopedické zrcadlo a vyjádřené gesto pojmenujeme. Střídáme proces pojmenování a vyjádření. V prvotní fázi je obvyklá dopomoc například v podobě vedení klientovy ruky. Výsledným procesem by měla být jejich aplikace do běžné, každodenní sociální situace.

Posturace těla

Neadekvátní posturace těla je pro osoby s PAS charakteristická. Mezi její projevy patří například stereotypní třepotání prsty rukou před obličejem, chůze po špičkách, pozoruhodné pohybové variace a další. Tato specifika téměř vždy vzbuzují zájem okolí a je velmi obtížné je korigovat či potlačit. V rámci nácviku reciproční sociální interakce či nácviku modelových situací je možné posilováním a nápodobou vytvořit správný model posturu. Bohužel při stresové situaci se téměř vždy znovu objeví.

Hlasový projev

Beyer, Gammeltoft (2006) a Williamsov (1995) hovoří o neschopnosti správné modulace hlasitosti řečového projevu u osob s PAS (jedinec mluví buď potichu, nebo nahlas), dále o jeho dominující monotónnosti a o případné přítomnosti „staccata“ či „legata“ . Významným symptomem je hypersenzitivita na auditivní podněty, která může u jedinců s PAS evokovat pocit bolesti zapříčiněný subjektivním nepřiměřeným vnímáním hlasového projevu vlastního či jiných osob (ibid.). Úkolem logopedické intervence je seznamování klienta s jeho hlasovým projevem formou herních aktivit a modifikace správné intenzity a výšky hlasu.

Možnosti stimulace hlasového projevu

Při intervenci užíváme hry a zábavné aktivity, které jsou spojené s hlasovou expresí:

1. Foukání do bublifuku s doprovodnou vokalizací (například „fúúú“).
- troubení do dětské trumpety
- „houkání“ do umělohmotné trubice
- napodobování „jak dělá indián“ apod.
2. Korekce intenzity hlasového projevu.
- spočívá ve správném řečovém vzoru, ve virtuálním znázornění správné intenzity hlasu a posílení formou odměny (věc, činnost či verbální pochvala)
- pro vizuální znázornění můžeme užít například obrázek rádia s knoflíky, kde 0 znamená ticho – klient nemluví, 1 – šepot, 2 – správná intenzita a 3 hlasitý projev
- nejdříve mluvíme sami správnou intenzitou a ukážeme č. 2, následně vizuálně ukážeme hlasový projev klienta a motivujeme jej k požadovanému projevu
3. Korekce výšky hlasu.
- postup je analogický jako u korekce intenzity hlasu
- opět znázorníme např. na hudebním nástroji (na struně kytary) strunu 1 – hluboký hlas, struna 2 – správná výška hlasu a struna 3 – vysoký hlas
- nejdříve sami promluvíme správnou výškou hlasu a vizuálně znázorníme, následně znázorníme klientův projev a motivujeme jej k požadované, správné výšce
- opět každý pokus verbálně pochválíme

9.7.7 Verbální komunikace

Vymezení termínu komunikace je již uvedeno v podkapitole 9.7.6 *Neverbální komunikace*. Na tomto místě považujeme za potřebné podotknout skutečnost, že klasické dichotomické členění komunikace na verbální a neverbální je již překonáno. Plnohodnotným a přirozeným mateřským jazykem pro osoby se sluchovým postižením je znakový jazyk, který zaujímá vzhledem ke dvěma výše uvedeným formám komunikace rovnocenné postavení (Vitásková, 2005). Verbální komunikace je specificky lidskou formou dorozumívání a například Šimíčková-Čížková (2004) ji označuje za komunikaci symbolickou, neboť dochází k přenosu informace prostřednictvím specifických symbolů.

Narušení verbální komunikace je jedno z hlavních diagnostických kritérií přispívajících k přesné verifikaci ve stanovení diagnózy pervazivní vývojové poruchy. Howlin (2005) poukazuje na skutečnost, že i když se mluvený projev u dětí s PAS (především u osob s Aspergerovým syndromem či vysocefunkčním autismem) věkem zlepší, problémy v mnohých lingvistických oblastech přetrvávají. Vermaulen (2006), Bondy, Frost (2007), Peeters (1998) upozorňují, že deficity ve verbální komunikaci nacházíme již při ontogenezi řeči. Cílem logopedické intervence zaměřené na verbální složku komunikace je dle Jelínkové (1999) vytvořit smysluplný jazyk, který je pro dítě závažný v určité sociální situaci. „S rozvojem komunikace roste u dětí schopnost poznávat okolí, zlepší se předvídání události, rozvíjí se pochopení příčin a následků. Dítě se učí organizovat svou činnost, podporuje se schopnost generalizace, snižuje se strach dítěte a nejistota, vzrůstá sebevědomí a flexibilita v jednání“ (ibid., s. 8).

Možnosti stimulace verbální komunikace

Při logopedické intervenci u osob s PAS se lze samozřejmě opírat také o zásady a přístupy, které nejsou primárně určeny pro danou cílovou skupinu. Na tomto místě zmiňujeme interpretaci sociálně interakcionistického přístupu k terapii dětí s narušeným vývojem řeči raného a předškolního věku (Weistuchová, Lewis; 1991 in Lechta; 2005), který je diferencován na nedirektivní a direktivní komunikační techniky.

Nedirektivní komunikační techniky

1. **Mapování kontextu**

- Mapování kontextu neboli komentování je založeno na popisu předmětů, dějů, událostí, které klient bezprostředně pozoruje.
- Je vázáno k probíhající události, k momentálnímu dění.
- Verbální komentování přizpůsobujeme aktuálnímu stavu dítěte, mentálnímu i chronologickému věku.

  Typy mapování:
- komentování kontextu
- komentování činnosti rodiče (terapeuta) během společné aktivity s dítětem (self-talking)
- komentování činnosti dítěte (parallel-talking)

2. **Přemosťování**

- „Přemosťování znamená používání slova známého z jednoho kontextu v dalším, novém kontextu.
- Dítě si takovýmto způsobem osvojuje hranice slovních kategorií a vytváří nová slova“ (Mikulajová, Kapalková in Lechta, 2005, s. 72).
- Bernsteinová a Tiegermanová-Farberová (in ibid.) uvádějí, že jde o dvojstupňový proces.
- Prvním krokem je rychlé, velmi všeobecné pochopení významu slova z použitého konkrétního kontextu.
- Druhý krok je pomalejší a postupné zpřesňování významu daného slova v procesu jeho používání.

3. **Modelování a nápodoba**

- Modelování je založené na tom, že používání určité struktury v řeči se stane vzorem a čase vede k jejímu používání.
- Vyloučené je verbální nucení ke komunikaci typu „tak řekni“.
- „Modelování je tedy strategií poskytování správné řečové formy v daném kontextu. Je to příležitost, aby dítě slyšelo ucelené, správné věty, které jsou v jeho »zóně nejbližšího rozvoje«“ (ibid., s. 72).
- Pokud klient neodpovídá na naše otázky, naformulujeme odpověď za něj. Efektivní se zdá tato metoda ve spojení s napovídáním (ibid.).

4. **Otázky**

- Kladené otázky mají za úkol vyprovokovat klienta k verbální odpovědi, získat informace či odpověď ano/ne.
- Důležité je dostatečný časový prostor na odpověď, ptát se na to, co dítě umí, zná a formulovat otázky jednoznačně.

5. **Oprava**

- Oprava je založena na správném obsahovém i formálním přeformulování promluvy dítěte.
- Tímto způsobem poskytujeme jedinci zpětnou vazbu toho, jakou podobu mělo realizované sdělení mít.
- Nevyžadujeme ale následné zopakování správné odpovědi (Lechta, 2005).

6. **Uznání**

- Velmi důležité je ocenit každý komunikační záměr.
- „Prostřednictvím uznání se dítě učí, že mluvení má určitou hodnotu a že řečí mohou vyjádřit svá přání a potřeby“ (ibid., s. 74).
- Mikulajová, Kapalková (in Lechta, 2005) podotýkají fakt, že řeč dětí, jejichž rodiče oceňují jejich verbální projev, je rozvinutější než řeč dětí stejného věku, ale také poukazují na skutečnost, že řeč dětí s narušeným vývojem řeči je podstatně méně oceňována rodiči než řeč intaktních.

7. Rozšiřování

- Tato technika spočívá v umisťování projevu klienta do ucelenější syntaktické formy.
- Jde o odpověď terapeuta, který rozvíjí a zpřesňuje projev klienta.
- Odpověď terapeuta musí vycházet z dosažené řečové úrovně klienta.

Direktivní terapeutické techniky

Direktivní terapeutické techniky vycházejí z behavioristické teorie. Jedná se o imitační učení. Tato technika je nejméně přirozená, protože eliminuje přirozené okolnosti (Lechta, 2005). Úkoly jsou strukturovány, a proto pokládáme i využití těchto technik u osob s PAS za přínosné.

1. Přímá imitace

- Logoped vyzývá klienta, aby po něm imitoval výpověď, která se následně posiluje a nabízí v nových kontextech.

2. Model

- Při této technice využívá logoped třetí osobu bez narušené komunikační schopnosti.
- Model přednese správnou odpověď či zopakování místo klienta.
- Správná odpověď je odměněna a klientovi se následně nabídne, aby odpovídal jako model.
- Jedná se o opožděnou imitaci.

3. Přímo položené otázky

- Logoped pokládá otázky typu: „Co je tohle?“ „Řekni...“
- Leheyová (in Lechta, 2005) doporučuje jejich včleňování do smysluplného kontextu se zapojením třetí osoby.

Další zásady a doporučení pro rozvoj a stimulaci verbální komunikace

Škodová (2003) považuje při logopedické intervenci u klientů s narušeným vývojem řeči za důležité:

1. Poskytnout dostatek přiměřených řečových podnětů a klienta k řečovému projevu stimulovat.
2. Poskytnout správný řečový vzor, který musí odpovídat zvukovým, artikulačním a gramatickým normám jazyka.
3. Nabídnout klientovi především ty zvuky, které je již schopno napodobit, aby si upevnilo spojení mezi auditivním obrazem slyšeného zvuku a jeho kinestetickou podobou.
4. Motivovat klienta k opakování. Nejdříve klient opakuje melodii řeči, jednoduché zvuky, později jednotlivé slabiky, slova a nakonec celé věty.

Lechta (1990) zmiňuje následující, námi vybrané zásady, které jsou důležité pro rozvoj verbální komunikace:

1. **Optimální postup, který imituje přirozený vývoj řeči**.

- Nejdříve identifikujme, v jakém vývojovém stadiu řeči se klient nachází.
- Následně usilujeme o přechod k další etapě ontogeneze řeči.

2. **Vytvořit prostředí, podmínky, kde bude mít klient potřebu komunikovat**.

- Kilensová (in ibid..) popisuje Schillingovu metodu, která vychází z hypotézy, že je bezvýsledné podnítit dítě, aby napodobovalo naše zvukové projevy, pokud neprošlo stadiem sebenapodobování. Proto zdůrazňuje podněcovat klienty k dané dovednosti.
- Elementární zvuky, které klient produkuje, okamžitě zopakujeme se stejnou modulací a opakujeme je až do té doby, než začne tyto zvuky napodobovat spontánně.

3. **Preferovat obsahovou stránku řeči před výslovností**.

- Arnold (in ibid.) doporučuje začít s korekcí foneticko-fonologické jazykové roviny až tehdy, když dítě dosáhne čtyř roků mentálního věku.

4. **Upřednostňovat zásadu názornosti**.
5. **Zásada upřednostňování sociálního aspektu**.

- Tato zásada vychází z upřednostňování pragmatické jazykové roviny a spočívá ve vytváření modelových situací, které mají vést klienta k tomu, aby dokázal v každodenních situacích aplikovat to, co si již osvojil (blíže viz dále).

Častou komorbiditou PAS je mentální postižení. Klenková (2006) se zmiňuje o zásadách logopedické intervence u těchto klientů:

1. **Zásada imitace přirozeného vývoje řeči**

- vyšetřením se zjistí vývojové stadium řeči u dítěte a od tohoto stadia pokračuje stimulace vývoje řeči na základě zásady vývojovostí.

2. **Důležité je vědět, jaký je u dítěte věk mentální**.

- není rozhodující věk chronologický (Lechta in ibid.)
- proto se logoped na začátku péče nesoustřeďuje na výslovnost dětí, ale snaží se rozvíjet slovní zásobu (pasivní slovní zásobu a dle možností dítěte i aktivní slovní zásobu)

3. **Rozvíjí se motorika, sluchová percepce, schopnost fonematické diferenciace, využívá se nejrůznějších pasivních a posléze i aktivních cvičení motoriky artikulačního aparátu**.
4. Vývoj řeči se stimuluje pomocí spojení hudby, zpěvu a pohybu, a to na základě **zásady rytmizace**. (Kábele in ibid.)
5. **Využívá se zásada názornosti** – bez názorných obrázků, pomůcek apod. mechanicky nelze opakovat s dětmi slova, věty. Všechna cvičení se provádí hravou formou.
6. **Vždy se poskytuje dětem správný řečový vzor** – klidná, srozumitelná mluva v odpovídajícím tempu (mluva, která odpovídá obsahové, gramatické i artikulační jazykové normě).
7. Aktivity se vždy přizpůsobí individuálním potřebám, zájmům, citům dětí.
8. Dítě se provokuje k řeči (vědomě se vytvářejí situace, které jej podněcují).

Vatera, Boudzio (in ibid.) seznamují s tím, jaké jsou možnosti v ovlivňování prostřednictvím stimulace verbální komunikace:

1. Možnosti, jak začít a také udržet vzájemnou výměnu podnětů.

2. Možnosti, jak kožní stimulací působit na získávání řečových schopností dětí s postižením.
3. Možnosti, jak ovlivňovat oromotoriku, poruchy citlivosti (hyposenzitivita, hypersenzitivita) v orální oblasti.
4. Možnosti, jak ovlivňovat orální reflexy.
5. Možnosti, jak překonávat poruchy přijímání potravy, učit dítě správně sát, polykat, dýchat.
6. Možnosti, jak učit dítě preverbální vokalizaci.
7. Možnosti, jak překonávat u dítěte hypersalivaci.
8. Možnosti, jak podporovat předřečové porozumění řeči.

Kutálková (2002) se ve své publikaci okrajově zmiňuje o problematice poruch autistického spektra a uvádí doporučení. Z námi vybraných tam např. řadí:

1. Musíme vyvolat mluvní apetit, aby dítě mělo vůbec důvod snažit se mluvit.
2. Používejme stále stejná slova pro stejnou věc.
3. Každý pokus o mluvenou žádost nezapomeňme pochválit.
4. Jakmile začne slov pomalu přibývat, je možné pomalu doplňovat slovní zásobu i pomocí obrázků.

Richman (2006) zmiňuje důležité činnosti, které podněcují verbální komunikaci osob s PAS:

1. Verbální napodobování

- „Jakmile je dítě schopno napodobovat orální motorická cvičení, dokáže správně intonovat a vydávat různé zvuky pomocí pohybů úst a jazyka, pak je připraveno na verbální napodobování. I když mnohé děti umí některá slova a celé věty, napodobování zlepšuje jejich výslovnost a pomáhá řadit jednotlivá slova do slovních spojení a vět“ (ibid., s. 83).
- Citovaný autor doporučuje začít s jednoduchými jednoslabičnými zvuky, pak přejít na kombinaci zvuků a teprve pak začít s nácvikem slov (princip přirozeného vývoje).

- Mezi požadavky, které jsou na verbální napodobování kladené, patří pozvolné postupování od jednoduššího k složitějšímu. Přiměřeně reagujeme na projev klienta, každý pokus pochválíme.

2. Způsoby rozvíjení spontánního jazyka

- Základem je vytvoření klidného, příjemného a motivujícího prostředí.
- Vybereme si jednu nebo dvě situace (viz tabulka níže), užíváme vhodné výrazy a tuto aktivitu opakujeme několikrát v průběhu intervence.
- Povzbuzujeme klienta k adekvátní reakci.
- Pozvolna přidáváme další situace

Tab. 44: *Ukázky situací a vhodných verbálních výrazů*

Situace	**Vhodné výrazy**
Hračka upadla na zem.	Oj/Jejda.
Puzzle jsou příliš složité.	Pomoz mi.
Sušenky/kostky jsou příliš vysoko.	Chci/mohl bych dostat.
Krabice na sušenky je prázdná.	Už nejsou.
Během veselé hry.	Pošimrej mne, polechtej mne.
Tužka se zlomila.	Rozbila se.
Dítě chce pochovat.	Pochovat.
Při hře se zipem.	Rozepnout.

(Richman, 2006, s. 85)

Lynch, Kidd (2002) nám nabízí pokyny, které podněcují klienta k verbálnímu projevu:

1. Vyberte si jedno nebo dvě slova, na která se zaměříte během dalšího týdne, měsíce nebo po dobu, jakou bude dítě potřebovat. Vyberte taková, která dítě považuje za užitečná nebo zajímavá.
2. Tato slova můžete používat opakovaně. Kdykoli je to možné, snažte se je použít v krátkých jednoduchých větách a ne jen sama o sobě.
3. Používejte slova v každodenních situacích.
4. Dejte dítěti prostor hovořit. Napodobujte nebo rozvíjejte všechna slova, o která se pokouší, a oceňujte jeho úsilí.

5. Ujistěte se, že rodina ví, v jakých slovech se snažíte dítě podpořit, aby vám také mohli pomoci.
6. Důležité je nezmařit požitek dítěte ze hry tím, že budete trvat na tom, aby zkoušelo slovo vyslovit.

Jelínková (1999) v kapitole *Výuka komunikace* poznamenává, že nejdůležitější strategií je snížení nároků a zjednodušení výkladu na vývojovou úroveň dítěte. U klientů s PAS musíme zvolit specifický způsob zadávání a objasňování úkolů, tedy strukturovanou výuku s vizualizovanou podporou (ibid.). „Výběr cílů komunikace musí být založen na individuálním hodnocení jak receptivní složky jazyka, tak expresivní složky. Dítě se nejdříve naučí rozumět, pak teprve smysluplně komunikovat“ (ibid., s. 8). Tato autorka následně uvádí zásadní poznatky:

1. Klient si musí především uvědomit, že **slovo má okamžité následky**.

- Pokud klient správně reaguje na slovní pokyn, následuje odměna (preferujme verbální odměnu či odměnu v podobě oblíbené činnosti).
- Když dokáže správně reagovat na jednoslovné pokyny, učme ho porozumět i delším větám.
- Jelínková (1999) jednoznačně upřednostňuje provádění pokynů při zábavné strukturované hře.

2. Pokud klient s PAS verbálně nekomunikuje, začínejme s **výukou prekomunikačních dovedností**, které jsou klíčové pro rozvoj jiných dovedností a podporují pozdější rozvoj verbální komunikace.

- Při výuce vybírejme takové signály, gesta vztahující se k předmětům či činnostem, které klient denně pozoruje a které má rád.

3. **Zaměření se pouze na aktivní slovní zásobu nestačí**.

- Vzhledem ke kognitivnímu deficitu zhoršujícího až znemožňujícího například analýzu, kreativní užití zkušeností, jedinec s PAS slova či věty často pouze mechanicky opakuje.

4. Logoped musí klienta s PAS nejen naučit verbálně vyjadřovat jisté slovo, větu či frázi, ale měl by jej naučit toto slovo **používat v různých situacích (generalizace) a motivovat k používání**. Například umí-li dítě slovo „kolo“, musíme jej naučit, že jsou různá kola (malá, velká, na obrázku, hračka...).

5. Jelínková (ibid.) doporučuje **integrovanou výuku rozvoje komunikace**.

- Slovo doprovází gesto, nápis, obrázek či fotografie, případně i předmět. Osobu s PAS bychom měli postupnou integrací seznamovat s různou podobou jednoho významu. Vzhledem k nutnému unisenzoriálnímu přístupu, je třeba ale dané doporučení zvážit.

Logopedická intervence má dle nás velmi důležité místo i u klientů, jejichž aktivní slovní zásoba je relativně dostatečná. Deficity komunikační schopnosti u osob s PAS jsou pervazivní, komplexní a ovlivňují globální rozvoj jedince. Proto je nezbytností, aby logoped zaměřil pozornost také na nácvik společenských otázek, jednoduchých i složitějších formulací, dále na efektivní recipročí konverzaci i výuku pochopení emocí a abstraktních pojmů.

Společenské otázky

Program behaviorálně orientovaných škol zaměřujících se na nácvik společenských otázek má podstatný význam u osob s PAS. Program je vhodný pro klienty, kteří již ovládají základní komunikační dovednosti (především pro osoby s Aspergerovým syndromem), obecně je doporučováno posilovat jej nejen v domácím prostředí (Richman, 2006). Cílem by měla být jak schopnost adekvátního kladení otázek, tak přiměřená verbální odpověď. Mezi důležité otázky dle Richmana (2006) patří:

- Jak se jmenuješ?
- Kde bydlíš?
- Jakou máš adresu?
- Kolik je ti let?
- Kdy máš narozeniny?
- Jaké je tvé oblíbené jídlo?
- Kdo žije ve vaší rodině?
- Co dělá tvoje maminka?
- Co dělá tvůj tatínek?
- Máš sourozence?
- Co dělá tvůj sourozenec?

Mezi další společenské otázky, na které považujeme vhodné se v rámci logopedické intervence zaměřit, patří např.:

- Jak se dnes cítíš?
- Máš se dobře?
- Jaké je dnes počasí?
- Co jsi dělal o víkendu?
- Jak jsi se měl ve škole?

Výuka společenských otázek je pro jedince s PAS (především pro osoby s Aspergerovým syndromem či vysocefunkčním autismem) pro každodenní sociální interakci potřebná, ale na druhou stranu velice náročná. Jedná se totiž již o jistou míru abstrakce a na všechny otázky není možné odpovídat vždy v každé situaci stejným způsobem. V počáteční fázi výuky doporučujeme facilitaci prostřednictvím vizualizace. Může se jednat o rozkreslení kladené otázky, o vizuální znázornění klíčového slova (fotografie, piktogram, situační obrázek, znak do řeči apod.). Když jsme si jisti, že porozumění je v pořádku, musíme hledat způsoby, jak zajistit také adekvátní reakci na případnou otázku. Na část otázek (například: „Jak se jmenuješ? Kdy ses narodil? Kde bydlíš? Máš sourozence?“ apod.) můžeme opakovaným tréninkem docílit zapamatování si rigidních odpovědí. Druhá, bohužel ta kvantitativně bohatší část, vyžaduje aktuální reakci a variabilitu odpovědí. Prostředkem k pomoci může být zásoba (různorodé větné fráze na proužkách papíru) verbálních odpovědí. Především je ale potřebná opakovaná konfrontace s těmito otázkami a naše prvotní dopomoc. Nesmíme ale zapomínat na potřebnost umožnit jedinci s PAS zažít pocit komunikačního úspěchu a snažit se co možná nejvíce inhibovat komunikační bariéru.

Jednoduché a složitější formulace

Nácvik jednoduchých a posléze i složitějších formulací je podle nás nezbytný pro začlenění jedince s PAS do sociálního dění. Obtíže v reciproční sociální interakci jim většinou znemožňují přirozenou sociální akvizici, proto je nezbytností systematická výuka, která jim měla umožnit lépe využívat komunikační dovednosti a mnohem lépe reagovat na konkrétní situace. Věty, které budeme nacvičovat, by měly odpovídat mentálnímu věku klienta. Mezi jednoduché formulace můžeme zařadit:

- Podívej se, co jsem udělal. Udělal jsem...

- Je čas na...
- Teď bych rád...
- Pomoz mi s...
- Budeme si povídat o...

(Moor, 2010; Boyd, 2011)

Mezi složitější formulace patří:

- Podívej se, jaké je venku počasí. Je tam...
- Co budeme mít dneska k obědu? Mám rád...
- Po obědě chci dělat (hrát) si s....
- Dneska jsme dělali ve škole...
- Byl bych rád, kdyby...

(ibid.)

Reciproční konverzace

Adjektivum reciproční je možné dle *Psychologického slovníku* (Hartl, Hartlová, 2000) vnímat jako vzájemný. Reciproční komunikace je tedy komplexní proces, který reflektuje řadu neodmyslitelných faktorů. Jedná se především o adekvátní komunikační prostředí a proxemiku, funkční verbální i neverbální komunikační prostředky, schopnost vést a udržet konverzační téma, střídání v rozhovoru a další. Efektivní komunikace, ke které je třeba schopností, jako je empatie, znalost kontextu, neverbální komunikace a intuice, je pro klienty s PAS nesmírně náročná. Nácvik reciprocity může osobě s PAS ulehčit interpersonální komunikaci. I v této oblasti má logoped možnost působení.

Při nácviku by se logoped měl zaměřit na:

1. Praktický nácvik správné proxemiky.
2. Nácvik schopnosti udržet zrakový kontakt při komunikaci.
3. Nácvik schopnosti exprese a percepce neverbální komunikace.
4. Nácvik znalosti a praktické aplikace vykání a tykání.
5. Nácvik schopnosti zahájit a vést konverzační téma (neulpívat pouze na „oblíbených“, jednosměrných tématech, ale mít zásobu jednoduchých otázek a frází – viz výše).
6. Nácvik střídání v konverzaci (nechat komunikačního partnera domluvit, neskákat mu do řeči, nepřerušovat jej apod.).

7. Nácvik schopnosti ukončit konverzaci – možný nácvik jednodušších formulek např.:

- „Děkuji za váš čas, ale již musím odejít“
- „Tak se měj hezky.“
- „Zase se uvidíme příště. Ahoj.“

Abstraktní pojmy

S abstraktními pojmy, frázemi se v každodenním životě setkáváme stále, jsou součástí běžného dne. Klienti s PAS mají problémy s jejich pochopením, interpretací a užití. Tato skutečnost souvisí s inflexibilním kognitivním způsobem myšlení, s verbální rigiditou a přesnou jednoznačnou interpretací (Thorová, 2006; Hrdlička, Komárek, 2004 et al.). Howlin (2005) uvádí, že dokonce neurčité nebo nepřesné odpovědi jako „brzy“, „možná“, „budu na to myslet“ mohou vyvolat extrémní úzkost, která nepomine, dokud jedinec nedostane přesnější odpověď na to, zda nebo kdy se něco stane. V této situaci nemůžeme spoléhat na komunikačního partnera, který není vždy zasvěcený do dané problematiky, ale je třeba připravit osobu s PAS. Měli bychom je obeznámit s významem daného pojmu, s tím, co daná odpověď zahrnuje, nabídnout jim tedy alternativní vysvětlení daného pojmu, a tak předejít pocitu úzkosti. Hlavní strategií k nácviku této oblasti vidíme ve věcném, konkrétním vysvětlení, v případném rozkreslení odpovídající situace či jiné formě vizualizace.

Můžeme napomoci vysvětlením, zobrazením a nácvikem žádoucích reakcí na abstraktní výrazy, především na různé řečnické fráze a metafory, jako je např.:

- „Já tě zastřelím.“
- „Já tě uškrtím.“
- „Vzal nohy na ramena.“
- „Hlava rodiny.“
- „Zlom vaz.“
- „Trhni si nohou.“

Nácvik konkrétních modelových situací

Logopedická intervence by se dle nás měla, a to především u klientů s Aspergerovým syndromem, také zaměřit na nácvik konkrétních sociálních situací. I přesto, že sociální interakce téměř nikdy neprobíhá podle přesných pravidel a modelů,

nýbrž je profundovaná intuicí a improvizací, můžeme alespoň částečně kompenzovat případné obtíže. Podpora spočívá především v nácviku konkrétních modelových situací. Jednotlivé modelové situace realizujeme na logopedickém pracovišti, následně doporučujeme jejich nácvik s rodiči, v domácím prostředí a v poslední řadě také praktické užití v reálné sociální situaci. Za velice přínosné považujeme pořízení videozáznamu, který nám při následné intervenci umožní optimální i neadekvátní reakce společně s klientem detekovat a analyzovat.

Mezi modelové situace patří například:

- Nakupování v obchodním domě.
- Objednávání si v restauraci.
- Nácvik konverzace s chlapcem, dívkou, učitelem apod.
- Nácvik přijímacího pohovoru.
- Napsání a poslání dopisu kamarádovi.
- Telefonické domluvení si schůzky.
- Objednání se u lékaře.
- Návštěva lékaře.
- Posílání balíku.
- Koupení si vstupenky na výstavu, lístků na vlak, na vystoupení apod.

Příklad: **Přátelství**

1. Seznamte jedince s PAS s nároky, které přátelství přináší:
- vzájemná podpora
- vzájemná pomoc
- společně trávený čas
- naslouchání druhému
- snaha porozumět jeden druhému
2. Pomozme osobě s PAS vytvořit seznam osobních zájmů. Přátelství je často založeno na společných zájmech.

3. Vytvořte společně seznam blízkých a známých lidí v okolí osoby s PAS.
4. Vytvořte si seznam společných oblíbených věcí a činností s jednotlivými lidmi.
5. Zkuste zinscenovat setkání s jedním z přátel.
6. Dejte jedinci s PAS následující doporučení před realizovaným setkáním:

- při prvním setkání doporučujeme pro oba lidi známé a oblíbené místo,
- orientačně si stanovme dobu trvání schůzky,
- naslouchejte partnerovi pozorně a vhodně odpovídejte,
- buďte milí a myslete na potřeby druhého,
- na závěr setkání poděkujte ze strávený čas a sdělte, že doufáte v další setkání.

7. Po určitě době (asi po týdnu od konání schůzky) je vhodné partnera znovu oslovit (zeptat se, co si myslí o vašem setkání, jak se mu daří apod.)

(Patrick, 2011).

Bližší informace týkající se nácviku funkčních sociálních dovedností u osob s poruchou autistického spektra je možné najít například v publikacích:
BOYD, B. *Výchova dítěte s Aspergerovým syndromem*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-834-0.
PATRICK, N. *Rozvíjení sociálních dovedností lidí s poruchami autistického spektra. Tipy a strategie pro každodenní život*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-867-8.

Cenné podklady můžete také získat absolvováním kurzů a seminářů, které pořádá například APLA Střední Čechy, občanské sdružení Autistik či Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR.

9.7.8 Alternativní a augmentativní komunikace

Peeters (1998) upozorňuje na skutečnost, že asi u 50 % osob s PAS absentuje verbální komunikace. Její nepřítomnost dominuje především u osob s dětským autismem, které se dle našeho výzkumu[60] stávají nejčastější klientelou v praxi logopedů. Z tohoto

[60] *Analýza současného stavu poskytované péče v raném věku a logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra*. Specifický výzkum. PdF_2010_020. PdF UP Olomouc, 2010/2011. Hlavní řešitel: Mgr. Alena Říhová, spoluřešitelé: doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.; Mgr. Lucia Pastieriková, Ph.D.; Mgr. Eva Urbanovská. Dostupné na: http://www.uss.upol.cz/poruchy-autistickeho-spektra/ (cit. 04-06-11).

důvodu považujeme za důležité, aby měl logoped dostatečné povědomí o alternativní a augmentativní komunikaci, jejich možnostech a opodstatněních. Alternativní a augmentativní komunikace (dále AAK) jsou komunikační systémy, které mají podporovat již existující, ale nedostatečné komunikační schopnosti, nebo nahrazují mluvenou řeč. (Laudová in Škodová, 2003) Jelínková (1999) podotýká, že je mylné se domnívat, pokud učíme alternativní a augmentativní komunikaci, bráníme rozvoji komunikaci verbální a zdůrazňuje opodstatněnost vizuálních komunikačních systémů, které jsou nejvhodnější formou pro klienty s rigidním způsobem myšlení a extrémně silnou vazbou na realitu. Výhodami vizuálních komunikačních systémů jsou konkrétnost, nepomíjivost, jednoznačnost a zvýšení samostatnosti. Vizuální komunikace pomáhá překonat problém času a lépe se vyrovnat se změnou prostředí či situace (Škodová, Jedlička, 2003). Aplikace AAK není podle nás konečným cílem, ale nástrojem, který umožňuje klientům s těžším postižením vyjádřit svá přání, potřeby, a tak předejít autodestruktivnímu a agresivnímu chování.

Mezi AAK systémy, které je u klientů s PAS po individuálním zvážení možné užít, patří především:

- předměty
- trojrozměrné symboly
- fotografie
- piktogramy
- PECS
- Výměnný obrázkový komunikační systém
- Makaton
- znak do řeči
- komunikační tabulky
- komunikátory
- počítač

Volba AAK vychází z komplexního ohodnocení jak vnitřních potenciálů klienta, tak možnosti a motivace okolí. U klientů s nejtěžším stupněm postižení je na místě komunikace prostřednictvím předmětů, kdy si klient volí mezi dvěma či více předměty

znázorňujícími činnost, potřebu, zájem. Určitou abstrakcí jsou zmenšené předměty a trojrozměrné předměty. Fotografie jsou častou a realistickou komunikační cestou. Na tomto místě se blíže věnujeme Výměnnému obrázkovému systému, se kterým máme osobní pozitivní zkušenosti a AAK systému PECS.

PECS

Bondy a Frost vyvinuli tento komunikační systém primárně pro malé děti s PAS. (Bondy, Frost, 2007)

Tato metoda měla splnit řadu věcí :

1. dítě by mělo napodobovat komunikaci (spíše než záviset na podnětu od dospělého)
2. dítě by mělo najít komunikačního partnera a navázat s ním kontakt
3. dítě by mělo použít jednoduchý obrázek a vyvarovat se tím nedorozumění ohledně obsahu sdělení

Tato metoda komunikace by měla zamezit určitým potenciálním problémům:

1. dítě by nemělo být závislé na pobídkách dospělého
2. dítě by se nemuselo před začátkem lekce naučit imitovat činy či slova
3. dítě by se před začátkem této lekce nemuselo naučit zrakovému kontaktu na požádání
4. dítě by se před začátkem této lekce nemuselo učit tiše sedět na židli
5. dítě by se rychle naučilo komunikovat, aniž by se nejprve učilo spojovat obrázky s předměty

(in ibid., s. 69, 70).

Základním předpokladem pro začátek výuky PECS je uvědomění si toho, co klient dělá, co má rád, co jej motivuje k aktivitě. Doporučuje se zhotovení seznamu pro klienta potencionálně posilujících předmětů či odměn. Abychom udělali diagnostiku uvedeného posilujícího podnětu či odměny, musíme klienta pozorovat, zeptat se na jeho preference rodičů či blízkých osob nebo předkládat klientovi potraviny, hračky a sledovat, co si vybere, a také zjistit hierarchickou preferenci (zda si klient vybere raději hračku než jídlo apod.). To je velmi důležité pro upoutání pozornosti a získání zájmu. Jako významné se jeví také zjištění toho, co klient odmítá. Tyto věci budou využity k výuce klidného

odmítnutí. Snad nejdůležitější je ohodnocení toho, kolik snahy klient vynaloží do získávání čehokoli. Pokud se klient nesnaží nebo se málo snaží získat posilující předměty, potom se pravděpodobně nebude více snažit získat obrázky korespondující s těmito předměty. Namístě je tedy pracovat na tom, aby dítě dokázalo dostatečně ukázat na to, co chce. Kontraindikací nejsou obtíže v oblasti jemné motoriky. Manipulaci s obrázky klientovi individuálně přizpůsobíme (nalepíme obrázek na dřevěnou destičku, kostku apod.) (ibid.). Bondy, Frost (2007) uvádějí, že si nejsou vědomi žádných kognitivních předpokladů v rámci standardizovaného testu. Výuka PECS je rozdělena do šesti fází:

1. fáze: děti se učí iniciovat komunikaci
2. fáze: rozšiřuje se o použití obrázků u jiných lidí, na jiných místech, o jiné odměny
3. fáze: je určena specifické volbě mezi obrázky
4. fáze: učí klienta konstruovat jednoduché věty; také se může začít učit klienta být specifičtější ohledně toho, co chtějí
5. fáze: poskytuje ujištění, že děti mohou reagovat na přímou otázku: „Co chceš?“
6. fáze: učí klienta komentovat různé předměty a aktivity

(Bondy, Frost; 2007).

V rámci výuky PECS lze užít symboly:

- fotografie
- nákresy
- loga produktů
- trojrozměrné nebo miniaturizované reprezentace

(ibid.).

Hlavní rozdíly mezi metodikou PECS a metodikou VOKS

Metodika VOKS vychází ze zásad původního systému PECS, ale přesto je v mnohém jiná. Odlišnost je dána především vyšším počtem hlavních lekcí a rozšířením lekcí doplňkových. Zvlášť se obrací na komunikačního partnera a na asistenta a přímý poznámkový aparát je adekvátně vřazen do jednotlivých lekcí. Metodika VOKS je dále rozšířena o konkrétní příklady, zkušenosti, rady, fotografie a příběhy autorky tohoto systému – Margity Knapcové. Zásadní diferencí je přizpůsobenost metodiky jazykovým aspektům češtiny a kladení velkého důrazu na vizuální podporu řeči komunikačních partnerů klienta (Knapcová, 2006).

Metodika VOKS je rozdělena na čtyři části:

1. Přípravné práce.
- podávají informace pro komunikačního partnera, asistenta a prostředí
- popisuje pomůcky a způsob při výběru odměn
2. Výukové a doplňkové lekce.
3. Výukové lekce tvoří hlavní strukturu nácviku.
4. Doplňkové lekce rozšiřují výukové lekce a jsou zaměřené například na navázání zrakového kontaktu, rozvoje větné stavby, „obrácené“ komunikace a další.

Jednotlivé fáze výuky komunikačního systému PECS:

1. fáze: iniciování komunikace

- Nejdříve musíme zajistit, že klient bude daný předmět chtít. Abychom zvýšili pravděpodobnost, že bude předmět vyžadovat, několikrát mu daný předmět odmítněme. Když mu následně tento předmět předložíme, bude motivován jej získat. Další strategie k posílení – viz příloha č. 8.
- Při výuce první lekce jsou vhodní dva lidé. Jedna osoba je přímo před klientem a láká ho něčím žádoucím. Tato osoba, kterou označil Bondy a Frost (2007) komunikačním partnerem, nepoužívá žádné slovní pobídky.
- Pokud klient sáhne po lákavém předmětu, druhá osoba sedící či stojící za klientem jej vede k:
  - zvednutí obrázku (s jakoukoliv mírou nezbytné fyzické dopomoci)
  - sáhnutí po první osobě
  - umístění obrázku na otevřenou dlaň první osoby a komunikační partner dá okamžitě předmět a současně jej pojmenuje
- Jakmile klient iniciuje zájem o předmět (podívá se na něj, pohybuje se k němu, natáhne po něm ruce...), zastavte se a čekejte. Čekání zvýší pravděpodobnost, že bude spontánně komunikovat. Počkejte alespoň 5 sekund s výrazem očekávání a potom mu poskytněte přesné pobídky.
- Pobídkou může být gestikulace ve snaze upoutat pozornost na komunikační knihu, vyřčení první hlásky slova či použití druhé osoby jako modelu reakce.

- V této lekci se následně snažíme roli druhé osoby redukovat. Fyzická nápověda poskytuje fyzickou dopomoc při zvedání a dosahování, zatímco eliminuje dopomoc při výběru obrázku.
- Poté je poskytnuta pomoc při zvedání obrázku, ale eliminována na natažení se k otevřené ruce. Tato redukce může zahrnovat změnu místa kontaktu od ruky klienta k zápěstí, lokti atd. Nakonec je pomoc eliminována na zvednutí obrázku (Bondy, Frost, 2007).

2. fáze: rozšiřování použití obrázků

- V této fázi se komunikační partner postupně začíná oddalovat od klienta, aby pomohl rozvíjet větší vytrvalost na straně dítěte.
- Obrázky či symboly už též nejsou přímo před klientem, ale posuneme je dále, aby se snažil získat obrázek a přinést jej.
- Zde je na místě vytvoření pořadače se suchým zipem. Na přední straně pořadače je zatím vždy jen jeden obrázek.
- Dále je také důležité postupné rozšiřování počtu motivujících předmětů.

3. fáze: volba vzkazu v rámci PECS

- Tato fáze již začleňuje druhý obrázek, abychom se ujistili, že dítě chápe, jak obrázky souvisejí s konkrétními předměty.
- Na začátku bude jeden obrázek spojen s něčím, čemu dítě dává z velké míry přednost.
- Je řada možností, jak zvolit druhý obrázek (rušivý obrázek). Rušivý obrázek může být buď:
  - obrázek něčeho neutrálního či něčeho, co dítě nemá rádo
  - obrázek, který vypadá zřetelně jinak než obrázek preferovaného předmětu:
  - barva předmětu (např. jeden obrázek je černobílý a druhý barevný)
  - barva pozadí (např. na pozadí jednoho obrázku je bílé, na druhém žluté pozadí)
  - velikost (např. jeden obrázek je velký, druhý malý)
- Rušivý obrázek by v každém případě měl zobrazovat předmět, který klient nepreferuje. Viditelné rozdíly mezi obrázky postupně zmenšujeme. V této fázi je zapotřebí jen jeden asistent. Nejdříve se klient učí rozlišovat mezi dvěma předměty, postupně zvyšujeme počet a zmenšujeme rozdíly.

4. **fáze: zavedení větné struktury v rámci PECS**

- První krok spočívá ve vytvoření větného proužku, který může být z komunikační knihy odstraněn a na který můžeme umístit obrázky, abychom vytvořili větu.
- Vytvoříme obrázek s ikonou reprezentující „Já chci...“. „Tuto lekci zahájíme tak, že obrázek »Já chci...« už je na proužku s větou a my vedeme dítě k tomu, aby umístilo obrázek toho, co chce, na proužek s větou. Poté je vedeno k tomu, aby vyměnilo celý proužek s větou. Příště již dítě učíme umístit jak ikonu »Já chci...«, tak obrázek toho, co chce, na proužek s větou předtím, než proužek někomu dá.“ (ibid., s. 85)
- Když nám klient podá obrázek, přečteme mu větu a jakmile je pořadí naučeno plynule, začneme zavádět pauzu mezi vyřčením: „Já chci...“ a jménem žádaného předmětu.
- Když se klient naučí používat větný proužek, pokračujeme ve výuce toho, aby byl schopen objasnit to, o co žádá. Objasnění se může týkat počtu, barvy, velikosti apod. – viz příloha č. 9. (Bondy, Frost, 2007)

Než začneme fázi, která je zaměřena na rozlišení vlastností, musíme se ujistit, že klient projevuje preference spojené s daným atributem.

5. **fáze: výuka, jak odpovídat na jednoduché otázky**

- V této fázi výuky je potřeba zavést jednoduché otázky.
- Klient se učí reagovat na otázku: „Co chceš?“. Předtím než klient od nás obdrží to, co žádal, položíme otázku: „Co chceš?“ Postupně eliminujeme prezentování předmětů a pokládáme jen otázku.
- Bondy, Frost (2007) doporučují při námi položené otázce současně ukázat na obrázek „Chci“ a upozorňují na skutečnost, že je třeba stále zdůrazňovat spontaneitu dítěte a poskytovat klientovi dostatek příležitostí ke spontánním žádostem.

6. **fáze: výuka komentování**

- Klient se učí odpovídat na jiné, jednodušší otázky, mezi které patří např. „Co vidíš?“ „Co slyšíš?“ „Co máš?“.
- Komentáře ústí v sociální důsledky, proto nesmíme klientovi dát předmět k dispozici (naučil by se jen, že tato fáze je jiným způsobem, jak si o něco požádat), ale měli bychom odpovědět např. „Ano! Vidím lžíci! Také vidím lžíci!...“Abychom

klienta motivovali ke komentování, musí se něco v okolí změnit či se stát něco neobvyklého (ibid.).

9.8 Záznam průběhu logopedické intervence

Na tomto místě nabízíme tabulku, která umožňuje záznam průběhu realizované logopedické intervence. Je diferencována do čtyř částí a implementuje položku pro datum logopedické intervence, dále obsahuje prostor pro deskripci jejich cílů, také oblast na deskripci prostředků k dosažení stanoveného záměru a poslední část je určená pro případné poznámky. Její vyplnění a pravidelná evidence může pomoci zmapovat průběh logopedické intervence. Předloženou tabulku je možné samozřejmě dle individuálních potřeb pro každého klienta upravit.

Jméno klienta:
Věk klienta:
Diagnóza:

Tab. 45: *Záznam průběhu logopedické intervence*

Datum	**Cíl logopedické intervence**	**Prostředky k dosažení**	**Poznámky**

ZÁVĚR

Předložená disertační práce si stanovila za hlavní cíl rozšířit jak v teoretické, tak praktické rovině aktuální stav poznatků týkajících se primárně narušené komunikační schopnosti a logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra. Úkolem praktické části této práce byla realizace analýzy aktuálního stavu poskytované logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra v České republice a vytvoření doporučení pro logopedy směřovaného k péči daného odborníka o klienty s touto diagnózou. Hlavním motivem se stala absence tuzemského výzkumného šetření, které by mapovalo stávající situaci, a zároveň nepřítomnost práce, jež by globálním způsobem seznamovala se specifiky logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra.

V teoretické části jsem se věnovali nejen základnímu vhledu do zkoumané problematiky – terminologickému vymezení poruch autistického spektra, jejich klasifikací, ale i symptomatologii, etiologii, diagnostice, terapeutickým a edukačním přístupům k jedincům s daným postižením. Snažili jsme se o kvantitativní vyváženost dílčích kapitol, podkapitol a usilovali o aktuální a holistický náhled na zkoumanou problematiku. Vzhledem k zaměření disertační práce byla podrobnější, a tím i rozsáhlejší deskripce věnovaná specifikám komunikace osob s poruchou autistického spektra. V této části je uvedeno obecné vymezení termínů, jako je například komunikace, komunikační kompetence, narušená komunikační schopnost, dále pak specifikace narušené komunikační schopnosti u osob s PAS dotýkající se komunikace verbální, neverbální, receptivní, expresivní a jednotlivých jazykových rovin. Na tomto místě si všímáme i diferencí v ontogenezi komunikace osob s PAS vzhledem k intaktním dětem a zmiňujeme rovněž charakteristické projevy u vybraných diagnostických jednotek v rámci poruch autistického spektra.

Praktickou část disertační práce jsme se rozhodli diferencovat do dvou na sebe navazujících částí, jejichž úkolem bylo na základě teoretických východisek zmapovat aktuální situaci v poskytování logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra a po verifikovaném apelu logopedů vypracovat doporučení pro její realizaci. Analýza zkoumané oblasti byla uskutečněna ze tří heterogenních úhlů pohledu – z aspektu klinického logopeda, speciálního pedagoga a rodičů dětí s PAS. V dílčích kapitolách byl realizován rozbor jednotlivých reflexí a získaná data deskripovaná, komparovaná a

podrobena diskuzi v závěrečných kapitolách daného úseku práce. Stanovené výzkumné hypotézy, které byly verifikovány prostřednictvím Testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku a Testu nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku, se nám ve třech případech ze čtyř potvrdily. Pro přehlednou vizualizaci je daná část práce proložena sloupcovými grafy a tabulkami, jejichž seznam je deskripován v závěrečných částech disertační práce. V doporučení pro logopedickou intervenci u osob s poruchou autistického spektra jsme se zaměřili na oblasti, které považujeme při jejím uskutečnění za principiální. Z daného důvodu byl věnován prostor pro charakteristiku zásad přístupů k osobám s PAS, organizaci a vybavení logopedického pracoviště, hodnocení komunikační schopnosti, možnosti stimulace komunikace a pro další faktory významným způsobem determinujícím realizaci a průběh logopedické intervence.

Závěrem můžeme konstatovat, že narušená komunikační schopnost je dominantním a markantním specifickým symptomem klinického obrazu poruch autistického spektra. Z tohoto důvodu je angažovanost logopeda na rané logopedické intervenci cílené na rozvoj funkční komunikace principiální oblastí, jejíž funkční saturace zásadním způsobem predisponuje harmonický psychosociální vývoj jedince s poruchou autistického spektra. V disertační práci jsme usilovali jak o teoretický, tak praktický vhled do vytyčené problematiky, bylo poukázáno na deficitní oblasti a nastíněno jejich možné řešení. Narušená komunikační schopnost u osob s PAS je problematikou komplikovanou, nesmírně širokou a oblastí nabízející prostor pro další výzkumná šetření.

BIBLIOGRAFIE

ŘÍHOVÁ, A. 2009. *Logopedická intervence u dítěte s poruchou autistického spektra*. Olomouc: Univerzita Palackého. Pedagogická fakulta. Ústav speciálněpedagogických studií. Vedoucí diplomové práce: Kateřina Vitásková.

ŘÍHOVÁ, A. a kol. 2011. *Poruchy autistického spektra (pomoc pro rodiče dětí s PAS*). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2677-8.

ŘÍHOVÁ, A.; VITÁSKOVÁ, K. *Logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra (odborná publikace pro logopedy)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-2908-3.

ASPERGER, H. 1968. *Heilpädagogik*. Wien: Springer-Verlag. Library of Congress Catalog Card Number 68-25506.

ATKINSON, R. 2003. *Psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-640-3.

ATTWOD, T. 2005. *Aspergerův syndrom. Porucha sociálních vztahů a komunikace.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-979-8.

BARON-COHEN, S.; BÖLTE, S.; FREITAG, CH. 2010. *Diagnose und Therapie von Autismus-Spektrum-Störungen: Grundlagen und Praxis.* Stuttgart: Kohlhammer. ISBN 978-3-17-020350-1.

BERANOVÁ, I.; THOROVÁ, K. 2004. Psychodiagnostika. In: HRDLIČKA, M.; KOMÁREK, V. *Dětský autismus*. Praha: Portál, s. 72–89. ISBN 80-7178-8139.

BERANOVÁ, I.; THOROVÁ, K.; HRDLIČKA, M.; PROPPER, L. 2004. Specifické diagnostické metody. In: HRDLIČKA, M.; KOMÁREK, V. *Dětský autismus*. Praha: Portál, s. 92 –107. ISBN 80-7178-8139.

BEYER, J.; GAMMELTOFT, L. 2006. *Autismus a hra.* Praha: Portál. ISBN 80-7367-157-3.

BONDY, A.; FROST, L. 2007. *Vizuální komunikační strategie v autismu.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2053-1.

BOWLBY, J. 2010. *Vazba. Teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-670-4.

BOYD, B. 2011. *Výchova dítěte s Aspergerovým syndromem*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-834-0.

BUNTOVÁ, D.; TICHÁ, E. 2009. Autizmus. In: KEREKRÉTIOVÁ, A. *Základy logopedie*. Bratislava: Univerzita Komenského, s. 257–272. ISBN 978-80-223-2574-5.

CROWLEY D., M. 2009. Autism spectrum disorders (ASD) diagnosis, therapies and thein perceived effectiveness – extract from a report of a parent survey. *Australasian College of Nutritional & Environmental Medicine Journal*. September 2009, vol. 28, no. 3, p. 11–16. ISSN 1328-8040.

ČADILOVÁ, V.; JŮN, H.; THOROVÁ, K. a kol. 2007. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem.* Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-319-2.

ĆADILOVÁ, V.; ŽAMPACHOVÁ, Z. 2008. *Strukturované učení. Vzdělávání dětí s autismem a jinými vývojovými poruchami*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-475-5.

ČÁP, J.; ČECHOVÁ, V.; ROZSYPALOVÁ, M. 1992. *Psychologie 1*. Praha: SPN. ISBN 80-04-26627-4.

DE CLERG, H. 2007. *Mami, je to člověk, nebo zvíře?* Praha: Portál. ISBN 978-7367-2355-5.

DEVITO, J., A. 2008. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2018-0.

DITTRICHOVÁ, J.; PAPOUŠEK, M.; PAUL, K. a kol. 2004. Chování *dítěte raného věku a rodičovská péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0399-8.

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

DUBIN, N. 2009. *Šikana dětí s poruchami autistického spektra*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-553-0.

DVOŘÁK, J. 2001. *Logopedický slovník.* Žďár nad Sázavou: Logopaedia Clinica. ISBN 80-902536-2-8.

EMERSON, E. 2008. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-390-1.

FERJENČÍK, J. 2000. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-367-6.

FREITAG, CH. 2008. *Autismus – Spektrum – Störungen*. München: Ernst Reinhard Verlag. ISBN 978-3-497-01900-7.

GANGALE, D. 2004. *Rehabilitace orofaciální oblasti*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0534-6.

GELDART, K. 2008. *Dětská psychoterapie a poradenství*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-476-2.

GILLBERG, CH.; PEETERS, T. 2003. *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty.* Praha: Portál. ISBN 80-7176-856-2.

GRIGORENKO, E. L.; KLIN, A.; VOLKMAR, F. 2003. Annotation: Hyperlexia: disability or superability? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Roč. 44, s. 1079–1091.

GREENSPAN, S. I.; SHANKER, S. 2007. *Der erste Gedanke. Frühkindliche Kommunikation und die Evolution menschlichen Denkens*. Hemsbach: Beltz Verlag. ISBN 978-3-407-85779-8.

HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. 2000. *Psychologický slovník.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X.

HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. 2010. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.

HAYESOVÁ, N. 2011. *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-909-5.

HEWSTONE, M.; STROEBE, W. 2006. *Sociální psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-092-5.

HORT, V.; HRDLIČKA, M.; KOCOURKOVÁ, J.; MALÁ, E. 2000. *Dětská a adolescentní psychiatrie.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-472-9.

HOWLIN, P. 2005. *Autismus u dospívajících a dospělých.* Praha: Portál. ISBN 80-7367-041-0.

HRDLIČKA, M.; KOMÁREK, V. 2004. *Dětský autismus*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-813-9.

CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.

JANOTOVÁ, D. 2006. *Psychiatrie – minimum pro praxi*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-746-1.

JANOUŠEK, J. 2007. *Verbální komunikace a lidská psychika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1594-0.

JANOVCOVÁ, Z. 2004. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Brno: Masarykova Univerzita v Brně. ISBN 80-210-3204-9.

JELÍNKOVÁ, M. 1999. *Autismus I. Problémy komunikace.* Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR. ISBN neuvedeno.

JELÍNKOVÁ, M. 2001. *Autismus V. Hra a hračka v životě dítěte s autismem.* Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR. ISBN neuvedeno.

JELÍNKOVÁ, M. 2010. *Autismus – pervazivní vývojové poruchy*. Praha: Autistik. ISBN neuvedeno.

JØRGENSEN, O.; HOFFMANN, K. 2009. *Asperger: Syndrom zwischen Artismus und Normalität*. München: Beltz. ISBN: 978-3-407-22112-4.

JŮN, H. 2007. Co spouští problémové chování klientů v ústavech sociální péče. In: ČADILOVÁ, V.; JŮN, H.; THOROVÁ, K. a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem.* Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-319-2.

KAUFMAN, B. 2005. *Son-Rise. Zázrak pokračuje*. Bratislava: Barracuda. ISBN 80-969237-8-1.

KEREKRÉTIOVÁ, A. 2008. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislavě. ISBN 978-80-223-2574-5.

KERN, H.; MEHLOVÁ, CH.; NOLZ, H.; PETER, M.; WINTERSPERGEROVÁ, R. 1999. *Přehled psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-426-5.

KITTEL, A. 1999. *Myofunkční terapie*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-6.

KLENKOVÁ, J. 2000. *Kapitoly z logopedie I.* Brno: Paido. ISBN 80-85931-88-5.

KLENKOVÁ, J. 2006. *Logopedie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1110-9.

KNAPCOVÁ, M. 2006. *Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS.* Praha: Institut pedagogicko- psychologického poradenství ČR. ISBN neuvedeno.

KRAHULCOVÁ, B. 2003. *Komunikace sluchově postižených*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0329-2.

KRATOCHVÍL, S. 2006. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-122-0.

KRUK-LASOCKA, J. 1994. *Z problematyki autyzmu*. Wrocław: Uniwersytet Wrocławski. ISBN 83-229-1046-0.

KUTÁLKOVÁ, D. 2002. *Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-667-5.

LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. 1998. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-195-X.

LAUDOVÁ, L. 2003. Alternativní a augmentativní komunikace. In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I., a kol. *Klinická logopedie.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-546-6.

LAWSON, W. 2008. *Život za sklem. Osobní výpověď ženy s Aspergerovým syndromem*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-389-5.

LEBEER, J. 2006. *Programy pro rozvoj myšlení dětí s odchylkami vývoje.* Praha: Portál. ISBN 80-7376-103-4.

LECHTA, V. 1990. *Logopedické repetitórium*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatelství. ISBN 80-08-00447-9.

LECHTA, V. 2002. *Symptomatické poruchy řeči u dětí.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-572-5.

LECHTA, V. 2003. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-801-5.

LECHTA, V. 2005. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-961-5.

LECHTA, V. (ed.). 2011. *Základy inkluzivní pedagogiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-679-7.

LEJSKA, M. 2003. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie.* Brno: Paido. ISBN 80-7315-038-7.

LISÝ, L. 2007. Pokroky v genetike neurovývojových porúch. *Pediatrie pro praxi.* s. 222–224. ISSN 1803-526.

LYNCH, CH.; KIDD, J. 2010. *Cvičení pro rozvoj řeči: prevence a náprava poruch komunikace u mladších dětí*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-699-5.

MÁŠKOVÁ, V. 2010. *Využití alternativní komunikace při edukaci jedinců se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Masarykova Univerzita, Pedagogická fakulta. Diplomová práce. Vedoucí práce: Lucie Procházková.

MATZIES, M. 2010. *Sozialtraining für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen*. Stuttgart: Kohlhammer. ISBN-10:3-17-020681-8.

Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popis klinických příznaků a diagnostická vodítka. 2006. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-11-5.

MERTIN, V.; GILLERNOVÁ, I. 2010. *Psychologie pro učitelky mateřské školy. Druhé, rozšířené a přepracované vydání*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-627-8.

MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.

MIKULÁŠTÍK, M. 2010. *Komunikační dovednosti v praxi. 2., doplněné a přepracované vydání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2339-6.

MLČÁKOVÁ, R. 2011. Osoby s narušenou komunikační schopností. In: MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.

MOOR, J. 2010. *Hra a zábavné činnosti pro děti s autismem. Praktické nápady pro každý den*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367787-9.

MUSIL, J. 2006. *Klinická psychologie a psychiatrie: přehled pro studenty teologie a pedagogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN: 80-244-1153-9.

NAKONEČNÝ, M. 1998. *Základy psychologie*. Praha: Academia. ISBN 80-200-0689-3.

NAKONEČNÝ, M. 1993. *Základy psychologie osobnosti*. Praha: Management Press,. ISBN 80-85603-34-9.

NEBUCHLOVÁ, L. 2007. *Využití prvků TEACCH programu při výuce žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami*. Brno, Masarykova univerzita. Bakalářská práce. Vedoucí práce: Jarmila Pipeková.

NESNÍDALOVÁ, R. 1994. *Extrémní osamělost.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-024-3.

NEUBAUER, K. 2007. *Logopedie. 2., přepracované a rozšířené vydání*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7041-093-6.

NEUMANN, D.; ČÁPOVÁ, E. 2001. Dětský autizmus na rozhraní. *Pediatrie pro praxi*, č. 4, s. 174–176. ISSN 1803-526.

NEWMAN, S. 2004. *Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-872-4.

OLEJNÍČKOVÁ, J. 2010. Obecně o lidské komunikaci. In: JURKOVIČOVÁ, P (ed.) a kol. *Komunikace a lidé s mentálním postižením*. *Metodický materiál.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2648-8.

OŠLEJŠKOVÁ, H. 2004. Asociace behaviorálních poruch autistického spektra a řečových poruch s epilepsií a epileptiformními EEG abnormalitami. *Pediatrie pro praxi,* č. 4, s. 214 –217. ISSN 1803-526.

OŠLEJŠKOVÁ, H. 2006. Autismus. Neurologické, behaviorální a kognitivní projevy. *Pediatrie pro praxi,* č. 5, s. 189–191. ISSN 1803-526.

OŠLEJŠKOVÁ, H. 2008. Časné klinické projevy autismu v dětství a mládí jsou klíčem k včasné diagnóze. *Pediatrie pro praxi,* č. 3, s. 161–163. ISSN 1803-526.

OŠLEJŠKOVÁ, H. 2008. Může být epilepsie u dětí s autismem příčinou autistické regrese a dezintegrační poruchy? *Pediatrie pro praxi*, č. 2, s. 91–93. ISSN 1803-526.

OŠLEJŠKOVÁ, H. 2008. Poruchy autistického spektra: poruchy vyvíjejícího se mozku. *Pediatrie pro praxi*, č. 2, s. 80–84. ISSN 1803-526.

PASTIERIKOVÁ, L. 2010. *Sexuálna výchova u osob s poruchou autistického spektra*. Disertační práce. Olomouc: Univerzita Palackého. Pedagogická fakulta. Ústav speciálněpedagogických studií. Vedoucí práce: Kateřina Vitásková

PÁTÁ, P., K. 2007. *Mé dítě má autismus.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2185-9.

PATRICK, N., J. 2011. *Rozvíjení sociálních dovedností lidí s poruchami autistického spektra. Tipy a strategie pro každodenní život*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-867-8.

PEČEŇÁK, J. 2003. Diagnostika dětského autismu. In: LECHTA, V. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti.* Praha: Portál, s. 262–274. ISBN 80-7178-801-5.

PEETERS, T. 1998. *Autismus od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci.* Praha: Scientia. ISBN 80-7183-114-X.

PETERKOVÁ, H. 2009. *Využití metody Son-Rise u dětí s autismem*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Bakalářská práce. Vedoucí práce: Petra Jurkovičová.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. 2003. *Logopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0258-0.

PIPEKOVÁ, J. 2006. *Osoby s mentálním postižením ve světě současných edukativních trendů*. Brno: MSD, spol. s.r.o. 210 s. ISBN 80-86633-40-3.

PLHÁKOVÁ, A. 2004. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1387-3.

POTMĚŠIL, M. 2003. *Čtení k surdopedii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 802440-766-3.

POUTHAS, V.; JOUEN, F. 2000. *Psychologie novorozence. Chování nejmenšího dítěte a jeho poznávání*. Praha: Grada. ISBN 80-7169960-8.

PREISSMANN, CH. 2010. *Život s Aspergerovým syndromem*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-688-9.

PREKOPOVÁ, J. 2009. *Pevné obětí. Cesta k vnitřní svobodě*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-614-8.

PRŮCHA, J. 2011. *Dětská řeč a komunikace. Poznatky vývojové psycholingvistiky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3138-0.

PRŮCHA, J.; WALTEROVÁ, E.; MAREŠ, J. 2003. *Pedagogický slovník.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-772-8.

RABOCH, J.; PAVLOVSKÝ, P.; JANOTOVÁ, D. 2006. *Psychiatrie. Minimum pro praxi.* Praha: Triton. ISBN 80-7254-746-1.

REGEHR, K.; FELDMAN, M. 2009. Parent-selected interventions for infants at-risk for autism spectrum disorders and their affected siblings. *Behavioral Interventions*. November, vol. 24 no. 4, p. 237–248. ISSN 1072-0847.

RICHMAN, S. 2006. *Výchova dětí s autismem.* Praha: Portál. ISBN 80-7367-102-6.

RODNÝ, T. 2006. Věk otce a riziko autismu. *Psychologie dnes*, roč. 12, č. 10, s. 6. ISSN 1212-9607.

ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ, D. 2006. *Dětská klinická psychologie.* Praha: Grada. ISBN 80-247-1049-8.

SCHOPLER, E. 1999. *Příběhy dětí s autismem a příbuznými poruchami vývoje: výchova a vzdělávání dětí s autismem*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-202-5.

SCHOPLER, E.; MESIBOV, G. 1997. *Autistické chování.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-133-9.

SCHOPLER, E.; REICHER, R. J.; LANSINGOVÁ, M. 1998. *Strategie a metody výuky dětí s artismem a dalšími vývojovými poruchami.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-199-1.

SCHOPLER, E.; LANSINGOVÁ, M.; WATERSOVÁ, L. 2000. *Výukové aktivity pro děti s autismem*. Praha: Modrý klíč. ISBN neuvedeno.

SCHOR, B. J.; SCHWEIGGERT, A. 2001. *Autismus, ein häufig verkanntes Problem*. Niederlassung Donauwörth: Auer. ISBN: 3-403-03201-9.

SIGMAN, M.; CAPPS, L. 2000. *Autismus bei Koncern. Ursachen, Erscheinungsformen und Behandlund*. Bern: Hans Huber. ISBN 3-456-83494-2.

SIMPSON, R., L. 2004. *Autism Spektrum Disorders*. Thousand Oaks: Corwin Press. ISBN 978-4129-0603-6.

SNOWLING, M., J. 2007. Language and literally skills: Who is at risk and why? In BISHOP, V. M. and LEONARD, B. L.; *Speech and language impairment in children. Causes, characteristics, intervention, and outcome*. Hove, East Sussex: Psychology Press. pp. 245–272 .

SOVÁK, M. 1989. *Logopedie předškolního věku*. Praha: SPN. ISBN neuvedeno.

SOVÁK, M. 1987. Komunikace jako životní princip – formy a patologie mezilidské komunikace. In BALÁŽ, J. a kol. *Interperzonálna komunikácia a jej poruchy*. Bratislava: SPN. ISBN neuvedeno.

SRBKOVÁ, J. 2007. *Edukační a terapeutické přístupy k osobám s vybranou duševní poruchou.* Olomouc: Univerzita Palackého. Pedagogická fakulta. Katedra psychologie a patopsychologie. Vedoucí bakalářské práce: Oldřich Müller.

SRBKOVÁ, J. 2009. *Son-Rise program*. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Diplomová práce. Vedoucí práce: Barbora Bazalová.

STEJSKALOVÁ, K. 2010. *Kvalita života dětí s retinopatií nedonošených*. Disertační práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. Ústav speciálněpedagogických studií. Vedoucí práce: Libuše Ludíková

STEJSKALOVÁ, M. 2003. *Terapie autismu*. Praha: Univerzita Karlova. Diplomová práce. Vedoucí: Miroslava Jelínková.

STEINHAUSEN, H., CH.; GUNDELFINGER, R. 2010. *Diagnose und Therapie von Autismus-Spektrum-Störungen. Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer. ISBN 978-3-17-020350-1.

STRAUSSOVÁ, R.; KNOTKOVÁ, M.; MÁTLOVÁ, I. 2010. *Obrázkový slovník sociálních situací pro děti s poruchou autistického spektra.* Praha: Apla. ISBN 978-80-254-9477-6.

STRAUSSOVÁ, R.; KNOTKOVÁ, M. 2011. *Průvodce rodičů dětí s poruchou autistického spektra*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0002-4.

STRUNECKÁ, A. 2009. *Přemůžeme autismus?* Blansko: ALMI. ISBN 978-80-904344-0-0.

SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, M., VÁGNEROVÁ, M. 2001. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-545-8.

ŠEDIBOVÁ, A. *ABC autistickej triady*. 1998. Bratislava: Merkur Print. ISBN 80-967754-1-3.

ŠEDIBOVÁ, A.; VLADOVÁ, K. 2010. Autismus a další pervazivní vývojové poruchy. In:

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. 2004. *Přehled sociální psychologie*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0929-1.

ŠKODOVÁ, E.; JEDLIČKA, I., a kol. 2003. *Klinická logopedie.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-546-6.

ŠVAŘÍČEK, R.; ŠEĎOVÁ, K. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

THOROVÁ, K. 2006. *Poruchy autistického spektra.* Praha: Portál. ISBN 80-7376-091-7.

THOROVÁ, K. 2008. *Poruchy autistického spektra. Včasná diagnóza branou k účinné pomoci*. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem – Apla Praha. Informační příručka.

TOKOVSKÁ, M. 2009. EIBI – včasný intenzívny intervenčný program pre deti s diagnózou autizmu. *Efeta otvor sa*. Martin: Osveta, č. 4, roč. XIX. ISSN 1335-1397.

URBANOVSKÁ, E. 2011. *Jak pracovat se žákem s poruchami autistického spektra*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2678-5.

VALENTA, M. a kol. 2003. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0698-5.

VALENTA, M.; MÜLLER, O. 2009. *Psychopedie. Teoretické základy a metodika*. Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-137-1.

VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, M. 2005. *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1074-4.

VÁGNEROVÁ, M. 2007. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-0841-9.

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

VEXIAU, A. 2003. M. *Dej mi ruku, ať mohu mluvit. Vrátit slovo těm, kteří jsou odříznuti od světa*. Praha: ISV. ISBN 80-86642-28-3.

VITÁSKOVÁ, K.; PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. 2005. *Logopedie.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1088-5.

VITÁSKOVÁ, K. 2005. Fyziologie produkce a percepce orální komunikace s důrazem na orální praxii. In: VITÁSKOVÁ, K.; PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1088-5.

VITÁSKOVÁ, K. 2006. Neverbální poruchy učení a jazyka – možnost rozšíření obsahového záběru logopedické intervence? In *Sborník z mezinárodní konference „Komunikace a její místo v Rámcovém vzdělávacím programu základního vzdělávání*". Brno: PdF MU. S. 112. [fulltext - CD-rom].

VITÁSKOVÁ, K. 2008. Speciálněpedagogická diagnostika specifických poruch učení v kontextu transferu etiologických faktorů a symptomatologie. In *Špecifické poruchy učenia a správania v kontexte inluzívnej edukácie. Zborník z prvej medzinárodnej e-konferencie v Prešove 5.–7. máj 2008*. Prešov: Pedagogická fakulta Prešovskej university. s. 23–29. ISBN 978-80-8068-801-1.

VITÁSKOVÁ, K. 2010. Aktuální náhled na dyslexii a související poruchy čtení v dětství a dospělosti. *Neurologie pro praxi*. Roč. 11, č. 6. s. 382–385. ISSN 1213-1814 (tištěná verze), ISSN 1803-5280 (online verze).

VÍTKOVÁ, M. (ed.) 2004. *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-071-9.

VOCILKA, M. 1995. *Autismus a možnosti výchovné praxe.* Praha: Septima. ISBN 80-85801-58-2.

VOSMIK, M.; BĚLOHLÁVKOVÁ, L. 2010. *Žáci s poruchou autistického spektra v běžné škole*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-687-2.

VYBÍRAL, Z. 2005. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-998-4.

WALLACE, L. G. 2008. Neuropsychological studies of savant skills: Can they inform the neuroscience of giftedness? *Roeper Review.* Oct-Dec. vol. 30, s. 229–246.

WATZLAWICK, P.; BAVELASOVÁ, J. B.; JACKSON, D. 2011. *Pragmatika lidské komunikace. Interakční vzorce, patologie a paradoxy*. Brno: Newton Books. ISBN 978-80-87325-00-1.

WEBER, D. 1970. *Der Frühkindliche Autismus*. Bern: Verlag Hans Huber. ISBN 79-122977. ISBN neuvedeno.

WERNER, S. 2011. Assessing female students' attitudes in various health and social professions toward working with people with autism**:** A preliminary study. *Journal of Interprofessional Care*. March 2011, vol. 25, no 2, pp. 131–137. ISSN 1356-1820.

WURST, E. 1976. *Arbeiten zur Teorie und Praxi der Rehabilitation in Medúzin, Psychologie und Sonderpädagogik*. Bern: Verlag Hans Huber. ISBN: 3-456-80278-1.

ZÁHORÁKOVÁ, D.; MARTÁSEK, P. 2009. Rettův syndrom. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. Praha: Ambit Media, a. s. 72/105(6): 525–533. ISSN 1210-7859.

Elektronické zdroje:

ŘÍHOVÁ, A. *Analýza současného stavu poskytované péče v raném věku a logopedické intervence u osob s PAS. Výsledky výzkumu* [online]. [cit. 2012-05-01]. Dostupné z: http://www.uss.upol.cz/poruchy-autistickeho-spektra/vyzkum.php.

AMARAL, D. Neurobiologické a neuroimunní faktory u autismu [online]. In: *Zápis z IX. Kongresu Autisme Europe, Catania, Itálie*, 8.10–10.2010 [cit. 2011-12-04]. Dostupné z: http://www.praha.apla.cz/zpravy-z-akci/zapis-z-ix.-kongresu-autisme-europe-catania-italie-8.-10.10.-2010-2.html.

BLAŽEK, V. *Percepce obličeje v raném období* [online]. Elektronický časopis ČMPS. [cit. 2012-09-01]. Dostupné z: http://e-psycholog.eu/pdf/blazek.pdf.

BURDOVÁ, J. *Diagnostika dětí s poruchou autistického spektra* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta. Diplomová práce. 2009. Vedoucí práce: Radko Obereignerů. [cit. 2011-16-05]. Dostupné z: http://theses.cz/id/ev4siy/63981-157589979.pdf.

ČADILOVÁ, V.; THOROVÁ, K.; ŽAMPACHOVÁ, *Z. Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb. Část II. (diagnostické domény pro žáky s poruchou autistického spektra)* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. [cit. 2011-28-10]. Dostupné z: http://spc-info.upol.cz/profil/?p=390.

ČADILOVÁ, Z.; ŽAMPACHOVÁ, Z. Domény k posuzování míry funkčnosti [online]. In: ČADILOVÁ, V.; THOROVÁ, K.; ŽAMPACHOVÁ, *Z. Katalog posuzování míry*

speciálních vzdělávacích potřeb. Část II. (diagnostické domény pro žáky s poruchou autistického spektra). Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. [cit. 2011-28-10]. Dostupné z: http://spc-info.upol.cz/profil/?p=390.

ČÁSLAVSKÁ, V. *Demografický ukazatel výskytu PAS v populaci dle nejnovějších výzkumů,* 2010 [online]. [cit. 2011-12-04]. Dostupné z: http://www.autismus.cz/odborne-clanky/demograficky-ukazatel-vyskytu-pas-v-populaci-dle-nejnovejsich-vyz-2.html.

Český statistický úřad [online]. [cit. 2010-1-11].

Dostupné z: http://vdb.czso.cz/vdbvo/uvod.jsp.

Das Rett syndrom, die Entdeckung, 4 Phasen [online]. [cit. 2010-17-10]. Dostupné z: http://www.rett-syndrom.de/.

DEECKE, L.; FISCHER, P.; SCHMIDT, R. *Komorbidität bei Epilepsie im Kindes – und Jugendalter (DFP)*, 2005 [online]. [cit. 2011-12-04]. Dostupné z: http://www.clinicum.at/dynasite.cfm?dsmid=65758&dspaid=499677.

EDELSON, S. *Introducing the Global Autism Collaboration*, 2011 [online]. [cit. 2011-02-11]. Dostupné z: http://digitool.is.cuni.cz:1801/view/action/singleViewer.do?dvs=1320258607503~149&locale=cs&side_by_side=false&VIEWER_URL=/view/action/singleViewer.do?&DELIVERY_RULE_ID=7&search_terms=SYS%20=%20000010906&adjacency=N&application=DIGITOOL-3&frameId=1&usePid1=true&usePid2=true.

HELLER, T. (1908) *Geschichte* [online]. [cit. 2010-13-10]. Dostupné z: http://www.autismus-web.de/.

HOFFMAN, R., G. *Otázky kolem vzniku a léčení autismu*, 2008 [online]. [cit. 2011-11-04]. Dostupné z: www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1073&tmplid=45.

CHERUTTI, R. *Dieta GFCF, cozinha sem gluten e sem caseína*, 2011 [online]. [cit. 2011-10-03]. Dostupné z: http://www.cherutti.com.br/2010/08/dieta-gfcf-cozinha-sem-glutem-e-sem.html.

KLAVENESS, J.; BIGAM, J. *The GFCFKids Diet Survey*, 2011 [online]. [cit. 2011-17-03]. Dostupné z: http://www.gfcf.unas.cz/home.html.

MINSHEW, N. *Neurální základ PAS* [online]. In Zápis z IX. Kongresu Autisme Europe, Catania, Itálie, 8.–10.10.2010 [cit. 2011-12-04]. Dostupné z: http://www.praha.apla.cz/zpravy-z-akci/zapis-z-ix.-kongresu-autisme-europe-catania-italie-8.-10.10.-2010-2.html.

OŠLEJŠKOVÁ, H. *Autismus a epilepsie*, 2001 [online]. [cit. 2011-12-04]. Dostupné z: http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/autismus-a-epilepsie-145533.

OŠLEJŠKOVÁ, H. *Autismus – porucha časného vývoje mozku. Včasná diagnostika autismu – společný multidisciplinární cíl*. 2010 [online]. [cit. 2011-28-10]. Dostupné z: http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2010/26/26/texty/cze/oslejskova_c.pdf.

OŠLEJŠKOVÁ, H. *Kognitivně behaviorální genotyp autismu*, 2011 [online]. [cit. 2011-12-04]. Dostupné z: http://www.kognice.cz/de3mentia/oslejskova.pdf.

PAZDERA, J. *Wakefieldova studie byla podvrh kvůli akademické marnivosti* [online]. [cit. 2011-08-04]. Dostupné z: http://www.osel.cz/index.php?clanek=5464_blank.

RICE, C. *Prevalence PAS v různých částech USA* [online]. In Zápis z IX. Kongresu Autisme Europe, Catania, Itálie, 8.–10.10.2010 [cit. 2011-12-04]. Dostupné z: http://www.praha.apla.cz/zpravy-z-akci/zapis-z-ix.-kongresu-autisme-europe-catania-italie-8.-10.10.-2010-2.html.

RICKS, WING (1975) in *Sprache und Sprachentwicklung bei autistischen Kindern* [online]. [cit. 2010-10-10]. Dostupné z: http://www.autismus-web.de/>

RICHMAN, L. Peaceful coexistence: autism, Asperger's, hyperlexia. *AHA- American Hyperlexia Association*. [online]. 1996 [cit. 2006-02-12]. Dostupné z: http://www.hyperlexia.org/aha_winter9697.html.

SVOBODOVÁ, P. *Jak se diagnostikuje autismus?* 2011 [online]. [cit. 2011-28-10]. Dostupné z: http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=2227.

TEPEST, R. *Psychotherapeutische Behandlungsangebote*. 2011 [online]. [cit. 2011-28-10]. Dostupné z: http://neurologie-psychiatrie.uk-koeln.de/psychiatrie-und-psychotherapie/aerzte/psychotherapeutische-behandlungsangebote.

THOROVÁ, K. *Komplexní diagnostika autismu* [online]. [cit. 2011-13-04]. Dostupné z: http://www.autismus.cz/diagnostika/komplexni-diagnostika-autismu.html.

THOROVÁ, K. Mezilidské vztahy a jednání, sociální a emoční dovednosti [online]. In: ČADILOVÁ, V.; THOROVÁ, K.; ŽAMPACHOVÁ, *Z. Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb. Část II. (diagnostické domény pro žáky s poruchou autistického spektra)*. Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. [cit. 2011-28-10]. Dostupné z: http://spc-info.upol.cz/profil/?p=390.

THOROVÁ, K. *Vynucená objetí aneb oficiální stanovisko APLA k dokumentu Mámo, táto, obejmi mě* [online]. [cit. 2011-11-03]. Dostupné z: http://www.praha.apla.cz/vynucena-objeti-aneb-oficialni-stanovisko-apla-k-dokumentu-mamo-tato-obejmu-te.html.

Vzdělávací kurzy, semináře, konference:

Kurz usnadňované komunikace (6. 3. 2005). Vedený: Mgr. Catherine Božoňovou, uskutečněný na Vyšší odborné škole sociální CARITAS, Olomouc.

DOHAN, R. *Dny podpůrných terapií*, pořádaný dne 24. září 2005, v Brně, Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity.

Problematika komunikace u osob s poruchou autistického spektra (8.–9. 11. 2007) pořádající organizace: APLA (Asociace pomáhající lidem s autismem) Praha.

BESNIER in Evropské dny handicapu v Ostravě, 5. 10. – 8. 10. 2009. *Vhodné vybavení místnosti přináší autistickým osobám kvalitnější život.*

Základy vzdělávání a péče o občany s autismem, Autistik, Praha 12. 3. – 13. 3. 2010, 26. – 27. 3. 2010, 9. – 10. 4. 2010. Lektorka: Ing. Miroslava Jelínková, další odborníci: PhDr. Olga Opekarová, Ph.D., Prof. Mudr. Michal Hrdlička, CSc., PhDr. Dana Krejčířová a další.

Alternativní a augmentativní komunikace, Akreditováno MPSV ČR pod č. 2008/118 – SP. 16 hodin Lektor: Mgr. Lucie Laudová, Praha, 29.–30. 4.2010.

MERTENS, A., AERTS, I. *Jak stanovit úroveň porozumění u postižených autismem. Jak učit postižené autismem vyjádřit svůj názor. Možnosti a obtíže*. Seminář odborníků z Centra pro konkrétní komunikaci v Gentu. Pořadatel: Autistik, 17. 12. 2010, Praha.

SEZNAM PUBLIKAČNÍ A ODBORNÉ ČINNOSTI AUTORKY DISERTAČNÍ PRÁCE

Odborné články

ŘÍHOVÁ, A. *Logopedická intervence u osob poruchou autistického spektra.* In: Efeta otvor sa, Martin: Osveta, 2009. ISSN 1335-1397.

ŘÍHOVÁ, A. *Alternativní a augmentativní komunikace jako součást logopedické intervence u klientů s poruchou autistického spektra*. Česká logopedie, Praha: Logopedická společnost Miloše Sováka, 2010.

ŘÍHOVÁ, A. *Komunikace zdravotníků s klientem s poruchou autistického spektra*. In: Sestra, Praha: Mladá fronta, 2010. ISSN 1210-0404.

ŘÍHOVÁ, A. *Logoped jako důležitý odborník v péči o osobu s poruchou autistického spektra v raném věkovém období.* Mezinárodní vědecká konference Pregraduální příprava učitelů v kontextu kurikulární reformy. Pedagogická fakulta UP v Olomouci, Katedra primární pedagogiky. 27.ledna 2010. In: sborník *Primární a preprimární vzdělávání z pohledu studentů doktorských studijních oborů*. Olomouc: UP, 2011, s. 76–84. ISBN 978-80-244-2774-4.

ŘÍHOVÁ, A. *Analysis of the Current Situation in Care provided in Early Age and Speech Therapy Intervention in Individuals with Autistic Spectrum Disorder*. In: e-Pedagogium. Olomouci. PdF, 2011, s. 38–54. ISSN 1213-7758.

ŘÍHOVÁ, A. *Co by měl zdravotník vědět o PAS*. In: Sestra, Praha: Mladá fronta, 2011. č. 4/2011, ročník 21, s. 23–24. ISSN 1210-0404.

ŘÍHOVÁ, A. *Kazuistika dítěte s dětským autismem*. In: Efeta otvor sa, Martin: Osveta, ročník XXI. 2/2011, s. 13–18. ISSN 1335-1397.

ŘÍHOVÁ, A. *Poruchy autistického spektra (pomoc pro rodiče dětí s PAS)*. In: Psychologie Dnes. Praha: Portál, 2011, 10/2011. ISSN 1212-9607.

ŘÍHOVÁ, A.; URBANOVSKÁ, E.; KRAHULCOVÁ, K. *Hudebně-pohybová terapie s prvky logopedické stimulace u klientů s kombinovaným postižením*. XII. Mezinárodní

konference k problematice osob se specifickými potřebami. 2. 3. – 3. 2011. Olomouc. In: sborník (v přípravě).

ŘÍHOVÁ, A. *Možnosti stimulace komunikační schopnosti u klientů s poruchou autistického spektra*. Mezinárodní konference Komunikace a handicap. Hradec Králové, 6. – 7. 9. 2011. In: sborník (v přípravě).

ŘÍHOVÁ, A.; KRAHULCOVÁ, K.; URBANOVSKÁ, E. *Hudebně-pohybová terapie s prvky logopedické stimulace u klientů s kombinovaným postižením*. Mezinárodní konference Komunikace a handicap. Hradec Králové, 6.–7. 9. 2011. In: sborník (v přípravě).

VITÁSKOVÁ, K.; ŘÍHOVÁ, A. Role logopeda v moderní diferenciální diagnostice neverbální složky komunikace. VI. Międzynarodowa Konferencja Naukowa z cyklu *Specjalne potrzeby edukacyjne. „Nowe tendencje w pedagogice specjalnej- wykładnia teoretyczna i empiryczna"*. Ustroń, 16. – 18. listopada 2011. Sborník (v přípravě).

ŘÍHOVÁ, A. a kol. *Poruchy autistického spektra (pomoc pro rodiče dětí s PAS)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2677-8.

ŘÍHOVÁ, A.; VITÁSKOVÁ, K. *Logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra (odborná publikace pro logopedy)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-2908-3.

ŘÍHOVÁ, A.; VITÁSKOVÁ, K. *Znalost problematiky poruch autistického spektra u klinických logopedů a jejich interdisciplinární angažovanost v rámci intervenčního přístupu k této klientele – principiální faktory determinující efektivitu inkluzivního vzdělávání*. XIII Mezinárodní konference k problematice osob se specifickými potřebami a I. Tyflopedická konference. 14. 3. 2012. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Sborník (v přípravě).

Recenze

ŘÍHOVÁ, A. Nick Dubin: *Šikana dětí s poruchami autistického světa*, Praha: Rodina a Škola, 2009. ISSN 0035-7766.

ŘÍHOVÁ, A. Donna Williams: *Nikdo nikde*, Praha: Psychologie Dnes, 2010. ISSN 1212-9607.

ŘÍHOVÁ, A. Viktor Lechta a kol.: *Základy inkluzivní pedagogiky* [online]. [cit. 2010-08-20] Dostupné z: http://obchod.portal.cz/produkt/zaklady-inkluzivni-pedagogiky/.

ŘÍHOVÁ, A. Lisá, E. Hry k rozvoji sociálních kompetencí žáků 1. stupně ZŠ [online]. [cit. 2010-09-099] Dostupné z: http://obchod.portal.cz/produkt/hry-k-rozvoji-socialnich-kompetenci-zaku-1-stupne-zs/.

ŘÍHOVÁ, A. Viktor Lechta : *Koktavost. Integrativní přístup*. [online]. [cit. 2010-12-10]. Dostupné z: http://obchod.portal.cz/recenze/koktavost-vazana/30398/.

ŘÍHOVÁ, A. Věra Pokorná: *Vývojové poruchy učení v dětství a dospělosti.* [online]. [cit. 2011-03-20] Dostupné z: http://obchod.portal.cz/produkt/vyvojove-poruchy-uceni-v-detstvi-a-dospelosti/.

Aktivní vystoupení na konferencích

16. 9. 2009: III. Konference výzkumného záměru PdF MU *„Speciální potřeby žáků v kontextu Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání“*. Příspěvek – Poruchy autistického spektra z aspektu logopedického.

30. 9. 2009: XI. Mezinárodní konference k problematice prevence sociálně pedagogických jevů s názvem *„Prevence násilí“*. Vsetín. Příspěvek – Šikana u osob s poruchou autistického spektra.

8. 10. 2009: XVII. Ročník Evropských dnů handicapu, Workshop s názvem *„Podívejte se, co umíme“*. Ostrava. Příspěvek – Narušená komunikační schopnost u osob s poruchou autistického spektra.

4. 3. 2010: VI. Mezinárodní konference k problematice osob se specifickými potřebami a VI. Mezinárodní dramaterapeutická konference. UP Olomouc. Příspěvek – Dítě s poruchou autistického spektra v raném věkovém období v kontextu rodiny.

14. 9. 2010: Kultúra školy a výchovných zariadení", Pedagogicka fakulta UK Bratislava, Katedra sociálnej pedagogiky, Šoltésova 4, Bratislava, ve dnech 13.–14. semptembra 2010. Příspěvek s názvem: *Klima školy v procesu edukace klientů s poruchou autistickeho spektra na běžném typu základní školy.*

3. 3. 2011: XII. Mezinárodní konference k problematice osob se specifickými potřebami a VII. Mezinárodní dramaterapeutická konference. Konference. UP Olomouc. Příspěvek –

Reflexe rodičů dětí s poruchou autistického spektra na stávající stav v poskytování péče o osoby s PAS v raném věkovém období.

13. 10. 2011: Konference k oslavě u příležitosti 60. výročí založení logopedické školy. 13. –14. 10. 2011. UP Olomouc. Příspěvek: *Reflexe speciálních pedagogů na stávající situaci v poskytování logopedické intervence u klientů s poruchou autistického spektra*. Doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.; Mgr. Alena Říhová.

Projektová činnost

Analýza současného stavu poskytované péče v raném věku a logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra. Studentská grantová soutěž Univerzity Palackého v Olomouci. PdF_2010_020. Funkce: řešitel.

Možnosti profesní přípravy a pracovního uplatnění jedinců s poruchami autistického spektra. Studentská grantová soutěž Univerzity Palackého v Olomouci.PdF_2010_018**.** Funkce: spoluřešitel.

Logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra. Studentská grantová soutěž Univerzity Palackého v Olomouci. PdF_2011_010. Funkce: řešitel.

Hudebně-pohybová terapie s prvky logopedické stimulace. Fond rozvoje vysokého školství. 2603/2011. Univerzita Palackého v Olomouci. 2011/2012. Funkce: řešitel.

ANOTACE DISERTAČNÍ PRÁCE

Jméno a příjmení:	Alena ŘÍHOVÁ
Název práce:	**LOGOPEDICKÁ INTERVENCE U OSOB S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA**
Vedoucí práce:	doc. Mgr. Kateřina VITÁSKOVÁ, Ph.D.
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Obor:	speciální pedagogika
Počet stran:	321
Počet příloh:	9
Rok obhajoby:	2012
Klíčová slova:	poruchy autistického spektra, komunikace, narušená komunikační schopnost, logopedická intervence, klinický logoped, speciální pedagog, rodič dítěte s poruchou autistického spektra

Resumé

Disertační práce se věnuje problematice logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra v České republice a je členěna do dvou hlavních pasáží – na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části sumarizujeme aktuální informace týkající se terminologie, symptomatologie, etiologie, diagnostiky a speciálně-edukačních či terapeutických přístupů k jedincům s poruchou autistického spektra. Vzhledem k orientaci této práce se blíže zaměřujeme na specifika narušené komunikační schopnosti u vybrané klientely. Praktická část je cílená jak na analýzu stávající situace v poskytované logopedické intervence v České republice, tak na zprostředkování ucelených informací (doporučení) pro její realizaci u osob s poruchou autistického spektra. K analýze poskytované logopedické intervence byl za hlavní výzkumnou metodu zvolen dotazník a distribuován třem heterogenním skupinám respondentů (kliničtí logopedi, speciální pedagogové a rodiče dětí s poruchou autistického spektra). Hlavním cílem daného kroku je získání reflexí na zkoumanou problematiku ze tří odlišných úhlů pohledu. Druhý úsek této

práce je diferencován do dílčích kapitol věnujících se například navázání kontaktu s osobou s PAS, anamnestickému rozhovoru, dále je dedikován prostor pro hodnocení narušené komunikační schopnosti, pro vybavení logopedického pracoviště, správný výběr pomůcek a další oblasti stávající se integrální součástí práce logopeda. Nedílným elementem disertační práce je analýza získaných výsledků, doporučení pro oblast teorie a praxe speciální pedagogiky a sumarizující závěr.

SUMMARY

The dissertation deals with the issues of speech intervention for the people suffering autistic disorders in the Czech Republic, and is divided in two main chapters - theoretical and practical. The theoretical part sums up the current information related to the terminology, symptomatology, etiology, diagnostics and special-education or therapeutic approach to the individuals with autism spectrum disorder. Due to the orientation of this paper we are taking closer look at the specific features of impaired communication abilities of the selected clientele. The practical part aims at both the analysis of the current situation of speech therapy provided in the Czech Republic and the supply of comprehensive information (recommendations) for its implementation with the people suffering from autistic disorders. Questionnaire was selected as the main method to analyze the speech therapy provided, distributed to three homogenous groups of respondents (clinical speech therapists, special education teachers and parents of the children with autism spectrum disorder). The main objective of the step was to collect feedback related to the subject issues from three different points of view. The second chapter of this paper is divided into specific parts dealing e.g. with the issue of establishing contact with a person suffering from PAS, or case history interview; other topics include impaired communication skill evaluation, equipment of speech therapy room, correct selection of aides and other aspects that have become an integral part of speech therapist's work. Analysis of the results is an integral element of the dissertation, together with both theoretical and practical recommendations for special needs educational science, and executive summary.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Dissertationsarbeit widmet sich der Problematik der logopädischen Intervention bei Personen mit einer Autismus-Spektrum-Störung in der Tschechischen Republik und ist in zwei Hauptpassagen – in einen theoretischen und einen praktischen Teil gegliedert. Im theoretischen Teil stellen wir aktuelle Informationen betreffend Terminologie, Symptomatik, Ätiologie, Diagnostik sowie speziell edukative oder therapeutische Ansätze bei Personen mit einer Autismus-Spektrum-Störung zusammen. Auf Grund der Ausrichtung der vorliegenden Arbeit befassen wir uns näher mit spezifischen Merkmalen der gestörten Kommunikationsfähigkeit bei der ausgewählten Klientel. Der praktische Teil zielt sowohl auf die Analyse der bestehenden Situation der geleisteten logopädischen Intervention in der Tschechischen Republik als auch auf die Vermittlung komplexer Informationen (Empfehlungen) für deren Durchführung bei Personen mit einer Autismus-Spektrum-Störung ab. Zwecks Analyse der geleisteten logopädischen Intervention wurde als Hauptuntersuchungsmethode ein Fragebogen gewählt und dieser an drei heterogene Befragtengruppen (klinische Logopäden, Heilpädagogen und Eltern von Kindern mit einer Autismus-Spektrum-Störung) verteilt. Der Hauptzweck dieses Schrittes war, Reflexionen betreffend die untersuchte Problematik aus drei verschiedenen Perspektiven zu sammeln. Der zweite Teil der vorliegenden Arbeit ist in Teilkapitel gegliedert, die sich zum Beispiel der Kontaktaufnahme zur Person mit einer ASS, dem Anamnesegespräch widmen, des Weiteren ist ein Raum für die Bewertung der gestörten Kommunikationsfähigkeit dediziert, für die Ausstattung eines logopädischen Arbeitsplatzes, die richtige Wahl von Hilfsmitteln und weitere Gebiete, die zum integralen Bestandteil der logopädischen Arbeit werden. Ein untrennbarer Teil der Dissertationsarbeit sind die Analyse der gewonnenen Ergebnisse, die Empfehlungen für die Theorie und Praxis der Heilpädagogik sowie der zusammenfassende Schluss.

SEZNAM TABULEK

TAB. 1: KOMPARACE SVĚTOVÉHO KLASIFIKAČNÍHO SYSTÉMU MKN – 10 S AMERICKÝM DSM – IV 18

TAB. 2: DÉLKA PRAXE KLINICKÝCH LOGOPEDŮ.....102

TAB. 3: ZNALOST PROBLEMATIKY – ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA.....104

TAB. 4: ZNALOST PROBLEMATIKY – VYMEZENÍ DIAGNOSTICKÝCH KATEGORIÍ PAS…106

TAB. 5: OPODSTATNĚNOST LOGOPEDICKÉ INTERVENCE U OSOB S PAS.....110

TAB. 6: DEFICITNÍ JAZYKOVÁ ROVINA.....111

TAB. 7: ČETNOST KLIENTELY S PAS V PÉČI KLINICKÉHO LOGOPEDA.....112

TAB. 8: DIAGNOSTICKÉ KATEGORIE.....113

TAB. 9: INFORMOVANOST O PROBLEMATICE PAS.....115

TAB. 10: SPOKOJENOST S INFORMOVANOSTÍ.....117

TAB. 11: POSTOJ K INFORMOVANOSTI.....118

TAB. 12: INTERDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE.....120

TAB. 13: UŽITÍ SPECIÁLNĚ-INTERVENČNÍCH METOD.....122

TAB. 14: DRUH SPECIÁLNĚ-INTERVENČNÍ METODY.....123

TAB. 15: UŽITÍ ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE.....124

TAB. 16: TYP ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE.....125

TAB. 17: DÉLKA PRAXE OSLOVENÝCH SPECIÁLNÍCH PEDAGOGŮ.....129

TAB. 18: INTERDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE.....130

TAB. 19: OPODSTATNĚNOST LOGOPEDICKÉ INTERVENCE U OSOB S PAS.....132

TAB. 20: REALIZACE LOGOPEDICKÉ INTERVENCE U OSOB S PAS.....134

TAB. 21: KONTAKT S LOGOPEDEM.....135

TAB. 22: FREKVENCE KONTAKTU S LOGOPEDEM.....135

TAB. 23: FORMA UDRŽOVÁNÍ KONTAKTU S LOGOPEDEM.....137

TAB. 24: SPOKOJENOST S LOGOPEDICKOU INTERVENCÍ.....139

TAB. 25: VĚK DÍTĚTE.....141

TAB. 26: POHLAVÍ DÍTĚTE.....142

TAB. 27: PRVNÍ ZNEPOKOJENÍ VE VÝVOJI DÍTĚTE (VĚK).....143

TAB. 28: PRVNÍ ZNEPOKOJENÍ VE VÝVOJI DÍTĚTE (OBLASTI).....145

TAB. 29: VYHLEDANÝ ODBORNÍK.....148

TAB. 30: SPOKOJENOST S ODBORNÍKEM.....149

TAB. 31: VĚK DIAGNOSTICKÉHO VYŠETŘENÍ.....151

TAB. 32: DIAGNÓZA.....152

TAB. 33: POSKYTNUTÍ INFORMACÍ O PROBLEMATICE PAS.....154

TAB. 34: SPOKOJENOST S POSKYTNUTÝMI INFORMACEMI.....156

TAB. 35: VZDĚLÁVACÍ ZAŘÍZENÍ.....157

TAB. 36: ODBORNÍK PEČUJÍCÍ O DÍTĚ S PAS.....158

TAB. 37: OPODSTATNĚNOST LOGOPEDICKÉ INTERVENCE U OSOB S PAS.....159

TAB. 38: FREKVENCE KONTAKTU S LOGOPEDEM.....160

TAB. 39: PŘÍTOMNOST RODIČŮ PŘI LOGOPEDICKÉ INTERVENCI.....161

TAB. 40: OBLAST ZAMĚŘENÍ LOGOPEDICKÉ INTERVENCE U OSOB S PAS.....162

TAB. 41: UŽITÍ ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE.....163

TAB. 42: SPOKOJENOST S LOGOPEDICKOU INTERVENCÍ (INFORMOVANOST).....164

TAB. 43: SPOKOJENOST S VÝSLEDKY LOGOPEDICKÉ INTERVENCE.....165

TAB. 44: UKÁZKY SITUACÍ A VHODNÝCH VERBÁLNÍCH VÝRAZŮ.....275

TAB. 45: ZÁZNAM PRŮBĚHU LOGOPEDICKÉ INTERVENCE.....289

SEZNAM GRAFŮ

GRAF 1: KOMPARACE NÁVRATNOSTI DOTAZNÍKŮ CESTOU ELEKTRONICKOU A PROSTŘEDNICTVÍM SLUŽEB ČESKÉ POŠTY....100

GRAF 2: DÉLKA PRAXE KLINICKÝCH LOGOPEDŮ....102

GRAF 3: ZNALOST PROBLEMATIKY – ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA....105

GRAF 4: ZNALOST PROBLEMATIKY – VYMEZENÍ DIAGNOSTICKÝCH KATEGORIÍ PAS. 107

GRAF 5: OPODSTATNĚNOST LOGOPEDICKÉ INTERVENCE U OSOB S PAS....110

GRAF 6: DEFICITNÍ JAZYKOVÁ ROVINA....112

GRAF 7: DIAGNOSTICKÉ KATEGORIE....114

GRAF 8: INFORMOVANOST O PROBLEMATICE PAS....116

GRAF. 9: SPOKOJENOST S INFORMOVANOSTÍ....118

GRAF 10: INTERDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE....121

GRAF 11: DRUH SPECIÁLNĚ-INTERVENČNÍ METODY....123

GRAF 12: TYP ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE....126

GRAF 13: ČETNOST NAVRÁCENÝCH DOTAZNÍKŮ OD SPECIÁLNÍCH PEDAGOGŮ....128

GRAF 14: DÉLKA PRAXE SPECIÁLNÍCH PEDAGOGŮ....129

GRAF 15: INTERDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE....131

GRAF 16: OPODSTATNĚNOST LOGOPEDICKÉ INTERVENCE U OSOB S PAS....133

GRAF 17: FREKVENCE KONTAKTU S LOGOPEDEM....136

GRAF 18: FORMA UDRŽOVÁNÍ KONTAKTU S LOGOPEDEM....138

GRAF 19: SPOKOJENOST S LOGOPEDICKOU INTERVENCÍ....140

GRAF 20: VĚK DÍTĚTE....142

GRAF 21: PRVNÍ ZNEPOKOJENÍ VE VÝVOJI DÍTĚTE (VĚK)....144

GRAF 22: PRVNÍ ZNEPOKOJENÍ VE VÝVOJI DÍTĚTE (OBLASTI)....146

GRAF 23: VYHLEDANÝ ODBORNÍK....148

GRAF 24: VĚK DIAGNOSTICKÉHO VYŠETŘENÍ....151

GRAF 25: DIAGNÓZA....153

GRAF 26: POSKYTNUTÍ INFORMACÍ O PROBLEMATICE PAS.....155

GRAF 27: SPOKOJENOST S POSKYTNUTÝMI INFORMACEMI.....157

GRAF 28: VZDĚLÁVACÍ ZAŘÍZENÍ.....158

GRAF 29: FREKVENCE KONTAKTU S LOGOPEDEM.....160

GRAF 30: OBLAST ZAMĚŘENÍ LOGOPEDICKÉ INTERVENCE U OSOB S PAS.....162

GRAF 31: SPOKOJENOST S LOGOPEDICKOU INTERVENCÍ (INFORMOVANOST).....165

SEZNAM ZKRATEK

AAA – Adult Asperger Assessment

AAK – alternativní a augmentativní komunikace

ABA – aplikovaná behaviorální analýza

ADI-R – Autism Diagnostic Interview-Revised

ADOS – Autism Diagnostic Observation Schedule

AFO – Academia film Olomouc

APLA – Asociace pomáhající lidem s autismem

AQ – Kvocient autistického spektra

CARS – Childhood Autism Rating Scale

CNS – centrální nervová soustava

ČR – Česká republika

DSM-III – diagnostický a statistický manuál (3. revize)

EEG – elektroencephalografie

EIBI – Early Intentziv Behavioral intervention

fMR – funkční magnetická resonance

GFCF – gluten free, casein free

H_A – hypotéza alternativní

H_0 – hypotéza nulová

CHAT – Checklist for Autism in Toddlers

IQ – intelignenční kvocient

MKN – 10 – Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize)

MRI – magnetic resonance imaging, magnetická resonance

PAS – porucha(y) autistického spektra

PECS – The Picture Exchange Communication System

Pdf UP – Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

TEACCCH – Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children

VOKS – Výměnný obrázkový komunikační systém

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: *Deskripce nejčastěji aplikovaných diagnostických metod užitých v rámci diagnostiky poruch autistického spektra*

Příloha 2: *Dotazník pro klinické logopedy*

Příloha 3: *Dotazník pro speciální pedagogy*

Příloha 4: *Dotazník pro rodiče dětí s poruchou autistického spektra*

Příloha 5: *Anamnestický dotazník*

Příloha 6: *Diagnostická tabulka k Orientační diagnostice*

Příloha 7: *Diagnostické tabulky a výsledné profily k Základní diagnostice*

Příloha 8: *Strategie k posílení výběru předmětu v rámci výuky systému VOKS*

Příloha 9: *Diferenciace vlastností a jejich potenciální stimuly v rámci výuky systému VOKS*

Příloha 1: *Deskripce nejčastěji aplikovaných diagnostických metod užitých v rámci diagnostiky poruch autistického spektra*

- *DACH – Dětské autistické chování* je česká screeningová metoda, která je a priory indikována k depistáži. Autorkou je Thorová (2003) a jeho vyhodnocení je možné považovat pouze za orientační. Struktura je tvořena souborem otázek, jež jsou cílené pro rodiče dětí od 18 měsíců do 5 let a je směřován na detekci percepce, verbální komunikace, neverbální komunikace, sociálního chování, motoriky, emocionality, způsobu trávení volného času, problémového chování a adaptace (Burdová, 2009).
- *ADI-R – Autism Diagnostic Interview-Revised* (Lord, Rutter et al., 1994) je považován za jednu z nejlépe verifikovaných metod založených na semi-strukturovaném rozhovoru s rodiči dítěte či dospělého se suspektními projevy autismu. Nejspolehlivější výsledky získáme, pokud je aplikován v předškolním věku.
- *ADOS – Autism Diagnostic Observation Schedule* (Lord et al., 1989) je validním, spolehlivým a standardizovaným diagnostickým nástrojem, jež je semi-strukturovaným vyšetřením, v rámci kterého odborník primárně mapuje oblast sociální interakce a komunikace. Screeeningovou metodou určenou pro detekci Aspergerova syndromu u dětí mladšího školního věku je *A. S. A. S. – The Australian Scale for Asperger's syndrome* (Garnett, Attwood, 1995).
- K diagnostice Aspergerova syndromu je možné také užít *AQ test – Kvocient autistického spektra* (Baron-Cohen, 2001). Je označován za orientační metodu, která informuje o riziku Aspergerova syndromu v adolescenci a dospělosti. Jak jsme se zmínili již výše, mezi jednu z nejfrekventovanějších diagnostických metod v České republice náleží *CARS – Childhood Autism Rating Scale – Škála dětského autistického chování* (Schopler, Reicher, 1988). Jedná se o posuzovací stupnici vypracovanou týmem odborníků v rámci státního programu TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Other Communicatively Handicapped Children*) stávající se z 15 položek, kde se každá položka hodnotí na stupnici od jedné do čtyř podle frekvence a intenzity jednotlivých projevů v dané oblasti. Sponheim a Spurkland (in Hrdlička, 2004) zdůrazňují, že nevýhodou této škály je její malá spolehlivost.

- Baron-Cohen, odborník věnující se diagnostice PAS v raném věku dítěte, zkonstruoval diagnostický nástroj pojmenovaný *CHAT – Checklist for Autism in Toddlers* (Baron-Cohen et. al., 1992). Tato screeningová metoda je diferencována do dvou částí a je reprezentována otázkami, na něž odpovídají rodiče, a následně oddílem druhým vycházejícím z přímého pozorování dítěte.
- Mezi další diagnostické nástroje, které může odborník při diagnostice PAS využít, patří například *AAA – Adult Asperger Assessment* (Baron-Cohen, Wheelwright, Woodbury-Smith, 2006), *EQ TEST – Empathy Quotient* (Baron-Cohen, Wheelwright, 2001), *THE PLAY OBSERVATION SCALE* (Rubin, 2001), *PEP-R – Psychoedukační profil revidovaný* (Schopler, Reicher et al., 1979), ale také *Vineladskou škálu adaptivního chování* (Sparrow, Cicchetti, Balla, 2005), *Edukačně hodnotící profil dítěte s poruchou autistického spektra (do 7 let)* (Čadilová, Žampachová, 2004), *Edukačně hodnotící profil dítěte s poruchou autistického spektra (8–15 let)* (Čadilová, Žampachová, 2006) a další. (Beranová a kol., in Hrdlička, 2004; Čadilová a kol, 2011; Thorová, 2006 et al.).

Příloha 2: *Dotazník pro klinické logopedy*

Kontaktní osoba:
Mgr. Alena Říhová
Ústav speciálněpedagogických studií
Pedagogická fakulta
Žižkovo nám. 5
771 40 Olomouc
e-mail: alca.rihova@email.cz
tel: +42058563 53 21

Vážení kolegové,

prosíme Vás o vyplnění následujícího dotazníku určeného k výzkumnému šetření na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

Toto dotazníkové šetření je realizováno v rámci disertační práce s názvem *Logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra*. Naším cílem je analýza stávající situace v poskytování logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra v České republice.

Dílčím výstupem disertační práce bude *Doporučení pro logopedickou intervenci u osob s poruchou autistického spektra*, které Vám bude dle zájmu v elektronické podobě k dispozici.

Informace, které poskytnete, jsou důvěrné, anonymní a budou využity pouze pro účely výzkumu.

Děkujeme za spolupráci!

Dotazník je koncipován kombinací položek strukturovaných, nestrukturovaných a polostrukturovaných. U otevřených (nestrukturovaných) položek prosíme o volnou odpověď. U položek uzavřených (strukturovaných) vyberte prosím z nabízených možností. Správné odpovědi označte křížkem (písmenem „X“). Je možné označit i více odpovědí. Případně vpisujte další možnosti na místa tomu určená. U škálových položek prosíme o zaznamenání (opět pomocí“X“) adekvátního čísla.

1. **Jaká je délka Vaší praxe?**
   A. 0–5 let
   B. 5–10 let
   C. 10–15 let
   D. více než 15 let

2. **Jak byste vysvětlil/a termín poruchy autistického spektra?**

3. **Jaké poruchy dle Vás patří pod terminologickou kategorii poruchy autistického spektra?**

4. **Je dle Vás logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra důležitá?**
   Uveďte prosím proč ano nebo proč ne.

   A. ano
   B. ne

5. **Která jazyková rovina je dle Vás u osob s poruchou autistického spektra nejvíce deficitní?**

   A. foneticko-fonologická
   B. morfologicko-syntaktická
   C. lexikálně-sémantická
   D. pragmatická

6. **Máte v péči klienty s poruchou autistického spektra?**
   Pokud nemáte, dotazník prosím dále již nevyplňujte. Děkujeme.

   A. ano
   B. ne

7. **Kolik klientů s poruchou autistického spektra máte v péči?**

8. **Z poruch autistického spektra mají Vaši klienti diagnostikovaný:**
   (možno označit více položek)
   Uveďte prosím, která diagnostická kategorie byla u Vašich klientů nejčastější.

   A. dětský autismus
   B. atypický autismus
   C. Rettův syndrom
   D. jiná dezintegrační porucha v dětství
   E. Aspergerův syndrom
   F. hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby
   G. jiné pervazivní vývojové poruchy
   H. pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná

9. **Informace o problematice poruch autistického spektra jste získal/a:**
   (možno označit více položek)

   A. při studiu na vysoké škole

   B. samostudiem odborné literatury

   C. absolvování odborného kurzu, semináře

   D. jinou cestou (prosím uveďte)

   E. dosud nezískal/a

10. **Zaznamenejte prosím spokojenost s informovaností a s možností jejich praktického užití.**

    naprostá nespokojenost 1 2 3 4 5 naprostá spokojenost

11. **Myslíte si, že by bylo třeba větší informovanosti a školení logopedů o logopedické intervenci u osob s poruchou autistického spektra?**
    Pokud ano, jakou formu informovanosti byste přivítal/a?

    A. ano

    B. ne

12. **Uveďte prosím s jakým odborníkem v rámci interdisciplinární péče o klienta s poruchou autistického spektra spolupracujete:**
    (možno označit více položek)

    A. speciální pedagog

    B. psycholog

    C. pedagog

    D. pediatr

    E. neurolog

    F. psychiatr

G. jiná osoba.....

H. nespolupracuji s žádným odborníkem

13. Užíváte v rámci logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra nějakou speciálně intervenční metodu?

A. ano

B. ne

Pokud ano, jedná se o:

A. TEACCH

B. Strukturovaný přístup

B. ABA

C. Son-Rise

D. kombinace (prosím uveďte)

E. jinou (prosím uveďte)

14. Využíváte při logopedické intervenci některou z forem alternativní a augmentativní komunikace?

A. ano

B. ne

Pokud ano, jedná se o:

(možno označit více položek)

A. předměty

B. trojrozměrné symboly

C. fotografie

D. piktogramy

E. PECS

F. VOKS

G. Makaton

H. Znak do řeči

I. jinou (prosím uveďte)

15. Co je dle Vás nejnáročnější při práci s klientem s poruchou autistického spektra?

16. Uveďte prosím jakékoli další náměty, připomínky…

Velice děkujeme za Váš čas a ochotu při vyplňování dotazníku!

V případě zájmu o *Doporučení pro logopedickou intervenci u osob s poruchou autistického spektra* prosíme o Váš kontaktní e-mail:

Příloha 3: *Dotazník pro speciální pedagogy*

Kontaktní osoba:
Mgr. Alena Říhová
Ústav speciálněpedagogických studií
Pedagogická fakulta
Žižkovo nám. 5
771 40 Olomouc
e-mail: alca.rihova@email.cz
tel: +42058563 53 20

Vážení kolegové,

prosíme o vyplnění následujícího dotazníku určeného k výzkumnému šetření na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

Toto dotazníkové šetření je realizováno v rámci disertační práce s názvem *Logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra*. Naším cílem je analýza stávající situace v poskytování logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra v České republice.

Informace, které poskytnete, jsou důvěrné, anonymní a budou využity pouze pro účely výzkumu.

Děkujeme za spolupráci!

Dotazník je koncipován kombinací položek strukturovaných, nestrukturovaných a polostrukturovaných. U otevřených (nestrukturovaných) položek prosíme o volnou odpověď. U položek uzavřených (strukturovaných) vyberte prosím z nabízených možností. Správné odpovědi označte křížkem (písmenem „X“). Je možné označit i více odpovědí. Případně vpisujte další možnosti na místa tomu určená. U škálových položek prosíme o zaznamenání (opět pomocí“X“) adekvátního čísla.

1. **Jaká je délka Vaší praxe?**

   A. 0–5 let
   B. 5–10 let
   C. 10–15 let
   D. více než 15 let

2. **V případě nejasností či potřeby pomoci s klientem s poruchou autistického spektra byste se obrátil/a na:**
   (možno označit více položek)

   A. psychologa
   B. psychiatra
   C. speciálního pedagoga
   D. logopeda
   E. pediatra
   F. neurologa
   G. jiná profese (prosím uveďte)

3. **Je dle Vás logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra důležitá?**
   Uveďte prosím proč ano nebo proč ne.

   A. ano
   B. ne

4. **Jsou Vaši klienti v péči logopeda?**
   Pokud je Vaše odpověď ne či nevím, dotazník prosím dále již nevyplňujte. Děkujeme.

   A. ano
   B. ne
   C. nevím

5. **Jste v kontaktu s logopedem pečujícím o dítě s PAS?**
   Pokud je Vaše odpověď ne, položku 6, 7 a 8 prosím nevyplňujte

   A. ano
   B. ne

6. **S logopedem jste v kontaktu:**

   A. pravidelně jedenkrát za týden
   B. pravidelně jedenkrát za dva týdny
   C. pravidelně jedenkrát za tři týdny
   D. pravidelně jedenkrát za měsíc
   E. nepravidelně dle potřeby
   F. jiný časový interval (prosím uveďte)

7. **S logopedem komunikujete formou:**

   A. osobní kontakt
   B. telefonický kontakt
   C. elektronický kontakt
   D. poštovní korespondence
   E. jiná cesta (prosím uveďte)

8. **Zaznamenejte prosím spokojenost se spoluprací s logopedem:**

naprostá nespokojenost 1 2 3 4 5 naprostá spokojenost

9. **Jste spokojeni s výsledky logopedické intervence?**
   Uveďte prosím proč ano a proč ne.

   A. ano
   B. ne

10. **Uveďte prosím jakékoli další náměty, připomínky**

Velice děkujeme za Váš čas a ochotu při vyplňování dotazníku!

Příloha 4: *Dotazník pro rodiče dětí s poruchou autistického spektra*

Kontaktní osoba:
Mgr. Alena Říhová
Ústav speciálněpedagogických studií
Pedagogická fakulta
Žižkovo nám. 5
771 40 Olomouc
e-mail: alca.rihova@email.cz
tel: +42058563 53 20

Vážení rodiče,

prosíme o vyplnění následujícího dotazníku určeného k výzkumnému šetření na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

Toto dotazníkové šetření je realizováno v rámci disertační práce s názvem *Logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra*. Cílem dané práce je především analýza stávajícího stavu v poskytování logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra. Jedním z dílčích výstupů bude vytvoření doporučení pro logopedy týkající se konkrétních přístupů, rad a doporučení, jak postupovat při realizaci logopedické intervence u Vašich dětí. Vyplněním dotazníku můžete přispět k zmapování současného stavu poskytované intervence a napomoci tak ke zkvalitnění péče o děti s poruchou autistického spektra.

Informace, které poskytnete, jsou důvěrné, anonymní a budou využity pouze pro účely výzkumu.

Děkujeme za spolupráci!

Dotazník je koncipován jako polostrukturovaný. U otevřených položek prosíme o volnou odpověď. U položek uzavřených vyberte prosím z nabízených možností. Správné

odpovědi označte křížkem (písmenem „X“). Je možné označit i více odpovědí. Případně vpisujte další možnosti na místa tomu určená. U škálových položek prosíme o zaznamenání (opět pomocí křížku) adekvátního čísla.

1. **Věk dítěte:**
   (uvádějte prosím roky i měsíce)

2. **Pohlaví dítěte:**

   A. žena

   B. muž

3. **Kdy jste si poprvé všiml/a, že s Vaším dítětem není něco v pořádku?**

4. **Konkrétně Vás ve vývoji a v projevech dítěte znepokojilo:**
   (možno označit více položek)

   A. opožděný vývoj řeči a zvláštnosti v řečovém projevu
   (nemluví, neužívá gesta, nereaguje na oslovení, „vlastní pojmenování“, vyptává se pořád dokola na to samé...)

   B. obtíže se zrakovým kontaktem
   (navazování, udržení, pohled skrz)

   C. obtíže v sociální oblasti
   (odmítání tělesného kontaktu, pasivita při tělesném kontaktu...)

   D. přecitlivělost či netečnost k sluchovým, zrakovým, hmatovým, čichovým, chuťovým podnětům

   E. opoždění psychomotorického vývoje
   (sezení, lezení, stání, chůze)

   F. změna ve svalovém napětí

(hypertonie – zvýšené napětí, hypotonie – svalová ochablost)

G. stereotypní projevy v chování
(třepotání prstů ruky, kývání, poskakování, točení se...)

H. obtíže ve hře
(dítě méně či vůbec nenapodobuje, nemá zájem o hračky, dává přednost hračkám či věcem, se kterými stereotypně pohybuje)

I. agresivní, autoagresivní projevy v chování, záchvaty vzteku, zlosti

J. obtíže se spánkem

K. obtíže s přijímáním potravy

L. další obtíže *(prosím uveďte):*

5. Se svým znepokojením jste se obrátil/a na:
(možno označit více položek)

A. pediatra

B. logopeda

C. pedagoga

D. speciálního pedagoga

E. psychologa

F. psychiatra

G. neurologa

H. jiná osoba *(prosím uveďte)*:

6. Byl/a jste spokojený/á s přístupem daného odborníka?
Pokud ne, napište prosím proč.

A. ano

B. ne

7. Jaké byly další kroky daného odborníka?

8. V kolika letech a měsících proběhlo u dítěte první diagnostické vyšetření?

9. Kým a kde bylo dítě diagnostikováno?

10. V kolika letech a měsících byla u dítěte stanovena definitivní diagnóza?

11. Vaše dítě mělo diagnostikovaný:

A. dětský autismus

B. atypický autismus

C. Rettův syndrom

D. jiná dezintegrační porucha v dětství

E. Aspergerův syndrom

F. hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby

G. jiné pervazivní vývojové poruchy

H. pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná

12. Co Vám bylo po stanovení diagnózy doporučeno?

13. Informace ohledně poruch autistického spektra Vám poskytl:

(možno označit více položek)

A. pediatr

B. neurolog

C. psychiatr

D. pedagog

E. logoped

F. speciální pedagog

H. jiná osoba.....

I. získávali jste sami prostřednictvím odborné literatury

14. Zaznamenejte prosím spokojenost s informovaností:

naprostá nespokojenost 1 2 3 4 5 *naprostá spokojenost*

15. V současné době je Vaše dítě vzděláváno:

A. individuální vzdělávání v domácím prostředí

B. běžný typ MŠ

C. speciální MŠ

D. běžný typ ZŠ

E. speciální ZŠ

16. V současné době je Vaše dítě v péči:

(možno označit více položek)

A. pedagoga

B. speciálního pedagoga

C. logopeda

D. psychologa

E. psychiatra

F. neurologa

G. jiný odborník *(prosím uveďte)*.....

17. Je dle Vás logopedická intervence u Vašeho dítěte důležitá?

Uveďte prosím <u>proč ano nebo proč ne</u>.

A. ano

B. ne

18. Je Vaše dítě v péči logopeda? Pokud ne, dotazník prosím již dále nevyplňujte. Děkujeme!

A. ano
B. ne

19. Jak často je Vaše dítě v péči logopeda?

A. jedenkrát týdně
B. jedenkrát za 14 dní
C. jedenkrát za 3 týdny
D. jedenkrát za měsíc
E. jedenkrát za 5 týdnů
F. jedenkrát za 6 týdnů
G. jiný interval *(prosím uveďte)*…..

20. Jste přítomni při logopedické intervenci?

A. ano
B. ne

21. Užívá logoped u Vašeho dítěte alternativní a augmentativní komunikaci (obrázky, piktogramy, znak do řeči, VOKS apod.)?

A. ano
B. ne

22. Logoped se při logopedické intervenci především zaměřuje na rozvoj:
(možno označit více odpovědí)

A. výslovnosti
B. porozumění

C. slovní zásoby

D. gramatiky

E. motoriky

F. pragmatiky (nácvik sociálních situací, porozumění neverbální komunikaci, korekce intenzity hlasového projevu apod.)

G. jiná oblast *(prosím uveďte)*.....

23. Zaznamenejte prosím míru spokojenost s informacemi získanými od logopeda týkající se komunikace a možností jejího rozvoje.

naprostá nespokojenost 1 2 3 4 5 *naprostá spokojenost*

24. Jste spokojeni s výsledky logopedické intervence?
Uveďte prosím <u>proč ano a proč ne</u>.

A. ano

B. ne

25. Uveďte prosím jakékoli další náměty, připomínky, stížnosti, pochvaly, trápení…

Velice děkujeme za Vaši ochotu a čas při vyplňování tohoto dotazníku!

Příloha 5: *Anamnestický dotazník*

1. Rodinná anamnéza
Měl(a) jste někdy nebo máte problémy s řečí? Pokud ano, specifikujte prosím, o jaké problémy šlo, a uveďte, zda jste navštěvoval(a) či navštěvujete logopeda.
Měl(a) nebo má váš manžel(ka)/otec (matka) vašeho dítěte někdy problémy s řečí? Pokud ano, specifikujte prosím, o jaké problémy šlo, a uveďte, zda navštěvoval(a) či navštěvuje logopeda.
Vyskytují se ve vaší rodině neurologické, psychologické, psychiatrické či jiné závažnější nemoci?
Má vaše dítě sourozence? Pokud ano, kdy se narodil(a)?
Prodělal (sourozenec) nebo má nějaké závažnější onemocnění, jako je například epilepsie, neurologické či metabolické onemocnění apod.?
Měl(a) někdy nebo má (sourozenec) problémy s řečí? Pokud ano, specifikujte prosím, o jaké problémy šlo, a uveďte, zda navštěvoval(a) či navštěvuje logopeda.

2. Osobní anamnéza
V pořadí z které gravidity je vyšetřované dítě?
Měla jste (měla vaše manželka, matka vašeho dítěte) komplikace během těhotenství, jako je například infekční onemocnění, diabetes mellitus, hypertenze, úrazy, pády apod.?
Bylo vaše dítě narozené v termínu, předčasně narozené, přenošené, popřípadě bylo nutné porod vyvolávat?
Byl váš porod (vaší manželky, matky vašeho dítěte) spontánní, protahovaný, kleštěmi, jinak komplikovaný či byl indikován císařský řez?

Byla nutná resuscitace nebo jiné opatření bezprostředně po narození?
Byly problémy s kojením? Popřípadě mělo dítě indikováno jiný způsob výživy?
Vyskytly se u vašeho dítěte jiné nemoci, úrazy nebo komplikace v době poporodní?
Jak byste hodnotili vývoj jeho motoriky (zvedání hlavičky, sed, chůze apod.)?
Reagovalo kolem tří měsíců na váš úsměv, obličej, promluvení? Jak?
Navazovalo spontánně zrakový kontakt?
Dokázal(a) jste podle křiku dítěte rozlišit co chce?
Ve kterém měsíci začalo dítě broukat?
Kdy dítě začalo žvatlat?
Uklidnilo se, když jste na něj promluvili?
Kdy začalo napodobovat zvuky, vydávat a imitovat své zvuky?
Napodobovalo vaše chování a chování, činnosti ostatních?
Otočilo se, když jste jej oslovili jménem?
Pozorovali jste, že řeči rozumí? Pokud ano, od kterého měsíce?

Kdy se objevilo první slovo?
Kdy začalo udržovat osobní čistotu?
Projevovalo dítě zájem o hračky a natahovalo se pro ně?
Vyskytla se u dítěte separační úzkost?
Zaznamenali jste motorické stereotypy?
Pozoroval(a) jste nějaké zvláštní chůzové mechanismy, problémy s rovnováhou či dyskoordinaci pohybů?
Vyjadřovalo zájem o komunikaci?
Pozoroval(a) jste růst slovní zásoby?
Kdy začínalo tvořit dvojslovné věty?
Užívalo otázky typu „Proč?“ a „Kdy?“.
Vyjadřovalo se gesty a jinou neverbální komunikací?
Rozumělo vašim gestům a jiné neverbální komunikaci?
Pozorovali jste nějaké „zvláštnosti“ v komunikaci?

Mělo zájem o kontakt s vámi, s ostatními lidmi a dětmi?
Pozoroval(a) jste kolem třetího věku roku vzdor a negativismus?
Dokázalo se samo najíst, napít, pomáhalo vám při oblékání?
Hrálo si spontánně nebo jej bylo třeba vybízet či mu pomáhat? Byla hra funkční?
Navštěvovalo vaše dítě mateřskou školu?
Mělo problémy se sociálním začleněním do kolektivu?

3. Výchovná anamnéza
Jaký styl výchovy upřednostňujete?

4. Farmakologická anamnéza
Užívá vaše dítě či užívalo pravidelně léky? Pokud ano, jaké?

Příloha 6: *Diagnostická tabulka k Orientační diagnostice*

Jméno:

Věk:

Datum:

Hrubá motorika	
Úkoly, sledované oblasti	*Hodnocení*
Somatická posturace	
Lokomoce	
Stereotypie	
Jemná motorika	
Úkoly, sledované oblasti	*Hodnocení*
Stavění kostek	
Dřevěné vkládačky	
Stereotypie	
Grafomotorika	
Úkoly, sledované oblasti	*Hodnocení*
Zájem o kresbu	
Úchop psacího náčiní	
Formální složka kresby: - přítlak - linie - tremor - další charakteristiky kresby Obsahová složka kresby: - adekvátnost vzhledem k věku - stereotypní, ulpívavá témata v kresbě	
Auditivní percepce	
Úkoly, sledované oblasti	*Hodnocení*
Reakce na oslovení	

Reakce na změněnou intonaci řeči	
Reakce na hudební nástroje	
Schopnost spontánní rytmické reprodukce	
Schopnost napodobované rytmické reprodukce	
Zapojení se do zpěvu	
Zrakový kontakt	
Úkoly, sledované oblasti	*Hodnocení*
Spontánní navazování zrakového kontaktu	
Navazování zrakového kontaktu po oslovení, vyzvání	
Navazování zrakového kontaktu po přiblížení předmětu k našim očím	
Spolupráce	
Úkoly, sledované oblasti	*Hodnocení*
Reakce klienta na pokyny	
Zapojení se do aktivity	
Porozumění řeči	
Úkoly, sledované oblasti	*Hodnocení*
Rozpoznávání požadované věci	
Provedení pokynů, instrukcí	
Řečová produkce	
Úkoly, sledované oblasti	*Hodnocení*
Prozodické faktory řeči: - intenzita hlasového projevu - barva hlasového projevu - rytmus řeči - melodie řeči	
Dosažený stupeň ontogeneze řeči: - období pragmatizace - období sémantizace - období lexemizace - období gramatizace - období intelektualizace	
Echolálie	

Další verbální specifika	
Pragmatická jazyková rovina: - zájem o komunikaci - jednotný funkční komunikační systém - reciprocita komunikačního procesu	
Lexikálně-sémantická jazyková rovina: - pasivní slovní zásoba - aktivní slovní zásoba	
Morfologicko-syntaktická jazyková rovina	
Foneticko-fonologická jazyková rovina	
Behaviorální projevy při vzniku komunikační bariéry	

Závěr:

Příloha 7: *Diagnostické tabulky a výsledné profily k Základní diagnostice*

Diagnostika neverbální komunikace

Položka	**Hodnocení**	
	Hodnota	**Poznámky**
Zrakový kontakt		
Percepce mimiky		
Exprese mimiky		
Percepce gestikulace		
Exprese gestikulace		
Ukazování na objekty		
Žádání o objekty		
Použití těla jiné osoby		
Posturace těla		
Proxemika		
Aktivní zájem o lidi		
Aktivní zájem o okolní předměty, věci		
Reakce na vlastní jméno		
Imitace		
Percepce emocí u druhých lidí		
Exprese emocí		
Souhlas		
Nesouhlas		
Schopnost podělit se s druhými o vlastní potěšení		

Výsledný profil neverbální komunikace

Silné oblasti	**Deficitní oblasti**

Diagnostika verbální komunikace

Položka	**Hodnocení**	
	Hodnota	**Poznámky**
Verbální napodobování		
Echolálie		
Spontánní exprese slov		
Spontánní exprese vět		
Používání jednoduchých vět		
Používání složitějších vět (souvětí)		
Spontánní užívání jiné formy komunikace		
Zájmena		
Verbální stereotypie		
Neologismy		
Idiosynkrazie		
Logorhea		
Verbalismus		
Koprolálie		
Verbální autostimulace		
Prozódie		
Pasivní slovní zásoba		
Aktivní slovní zásoba		
Porozumění jednoduchým instrukcím		
Porozumění složitějším instrukcím		
Generalizace		
Percepce abstraktních verbálních pojmů		
Užívání abstraktních verbálních pojmů		
Ulpívání na stejných konverzačních tématech		
„Mimořádné“ zájmy		
Neobvyklé zájmy		
Souhlas		

Nesouhlas		
Věnování pozornosti okolí (popis)		
Věnování pozornosti sobě (popis)		
Získávání informací od druhých		
Poskytování informací druhým		
Žádání o objekty		
Auditivní percepce		
Verbalizace emocí		
Schopnost podělit se s druhými o vlastní potěšení		
Reciproční konverzace		
Sociální komunikace		

Výsledný profil verbální komunikace

Silné oblasti	**Deficitní oblasti**

Příloha 8: *Strategie k posílení výběru předmětu v rámci výuky systému VOKS*

1. Učiňme oblíbené předměty nedostupnými.	Umístěte oblíbené předměty dítěte tak, aby byly z jeho dosahu, ale stále na dohled. Uložte předměty na vysokou poličku, na vrchol pultu, do průhledných nádob atd. Nenabízejte předměty automaticky.
2. Dávejme malé porce.	V průběhu hlavního jídla či svačiny nabídněte sousto či malé porce. Nakrájejte jídlo a dejte z něj jen kousek. Dejte dítěti nepatrné podněty typu: „Máme více džusu," nebo mu ukažte jídlo/pití. Tím mu pomůžete pochopit, že to, co chce, je k dispozici.
3. Konzumujte porci oblíbeného jídla před dítětem.	Jezte či pijte to, co má dítě velmi rádo, v jeho dohledu. Ukažte maximální uspokojení z toho, že jste schopni zkonzumovat daný předmět.
4. Vytvořte potřebu asistence.	Umožněte dítěti přístup k oblíbenému předmětu, u kterého potřebuje vaši asistenci, aby si ho užilo. Podpořte dítě v tom, aby u vás hledalo pomoc, když se natahuje po hračce, chce zapnout televizi, rádio, přehrávač či něco jiného.
5. Přerušte oblíbenou společnou aktivitu.	Začněte s oblíbenou aktivitou, kterou se účastníte vy i dítě. Zatímco se oba dobře bavíte, přestaňte s danou činností, podpořte dítě v tom, aby vám dalo signál, že chce pokračovat. Například když jej houpete na houpačce, zastavte se ve vzduchu nad zemí.
6. Nabídněte dítěti něco, co nemá rádo.	Navrhněte dítěti předmět, který nepreferuje, a podpořte ho v tom, aby vám řeklo „ne" přijatelným způsobem.
7. Nabídněte volbu.	Držte dva oblíbené předměty a nic neříkejte. Očekávejte, že vám dítě dá znát, který chce.
8. Porušte očekávání dítěte.	Začněte s dítětem skládat puzzle. Poté, co složí tři nebo čtyři dílky, mu dejte dílek, který tam evidentně nepatří.
9. Překvapte dítě.	„Náhodou" něco vylijte, upusťte či rozbijte. Povzdechněte a podívejte se na „nepořádek" a poté na dítě. Počkejte na reakci.

(Wetherby, Prizant in Bondy, Frost, 2007, s. 74–75)

Příloha 9: *Diferenciace vlastností a jejich potenciální stimuly v rámci výuky systému VOKS*

Typ vlastnosti	**Předměty běžného užívání, jež jsou potencionálními stimuly**
Barva	Sladkost, voskovky, kostky, lego, oblečení, džus, bonbóny apod.
Velikost a. velký nebo naopak malý b. dlouhý nebo naopak krátký	 a. celá sušenka nebo naopak drobek b. preclíky, šňůra
Pozice	Bonbón na židli nebo naopak bonbón na stole (jeden, který má rád, jeden který nemá rád). Např. „Chci...bonbón...židle.“ ve smyslu „Chci bonbón na židli, ne ten na podlaze.“ (kde „na“ neposkytuje žádnou zásadní informaci)
Tvar	Keksy, sušenky, desky...
Relativní umístění	Hračka NA židli nebo naopak POD židlí (jednu, kterou má rádo, a jednu, kterou rádo nemá). V tomto případě „na“ neposkytuje zásadní informaci o tom, který předmět je žádaný.
Kvantita	10 sušenek nebo naopak 1 sušenka
Teplota	Studený nápoj nebo naopak horký nápoj
Struktura	Hladká látka nebo naopak hrubá látka
Čistota	Čistý ručník nebo naopak špinavý ručník
Části těla	Sem patří pomůcky z lékárničky či tělový krém
Slova činností	„Uhoď“, „vrať“, „hoď“, „chyť míč“

(Bondy, Frost, 2007, s. 91, 92)

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Ústav speciálněpedagogických studií

Autoreferát disertační práce

Mgr. Alena Říhová

LOGOPEDICKÁ INTERVENCE U OSOB S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Olomouc 2012 školitelka: **doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.**

Jméno a příjmení: Alena ŘÍHOVÁ

Název práce: LOGOPEDICKÁ INTERVENCE U OSOB S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Vedoucí práce: doc. Mgr. Kateřina VITÁSKOVÁ, Ph.D.

Oponenti disertační práce:

Prof. PhDr. Viktor Lechta, CSc.

Prof. PaedDr. Milan Valenta, Ph.D.

Místo a termín obhajoby: Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci ….....

Místo, kde bude disertační práce s posudky vystavena 14 dnů před vykonáním její obhajoby: Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

OBSAH disertační práce

ÚVOD....6

TEORETICKÁ ČÁST....9

1 PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA....10

1.1 Vývoj názorů na problematiku poruch autistického spektra....10

1.2 Terminologické vymezení poruch autistického spektra....12

1.3 Definice poruch autistického spektra....15

1.4 Klasifikace poruch autistického spektra....18

1.5 Prevalence a komorbidita....25

2 SYMPTOMATOLOGIE PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA....28

2.1 Specifické symptomy....28

2.1.1 Sociální interakce a sociální chování....29

2.1.2 Představivost, zájmy, hra....34

2.2 Nespecifické symptomy....38

3 ETIOPATOGENEZE PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA....42

4 DIAGNOSTIKA PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA....49

5 TERAPEUTICKÉ A EDUKAČNÍ PŘÍSTUPY K OSOBÁM S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA....53

6 KOMUNIKACE OSOB S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA....62

6.1 Narušená komunikační schopnost u osob s poruchou autistického spektra....64

6.1.1 Neverbální komunikace u osob s poruchou autistického spektra....67

6.1.2 Verbální komunikace u osob s poruchou autistického spektra....73

7 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE U OSOB S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA....86

PRAKTICKÁ ČÁST....89

8 ANALÝZA SOUČASNÉHO STAVU POSKYTOVANÉ LOGOPEDICKÉ INTERVENCE U OSOB S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA....90

8.1 Formulace výzkumného problému a kladené výzkumné otázky....91

8.2 Výzkumné cíle a výzkumné hypotézy....93

8.3 Metodologie výzkumu a forma zpracování výsledků....95

8.4 Design výzkumu....97

8.5 Analýza výsledků výzkumu....101

8.5.1 Analýza výsledků dotazníkového šetření pro klinické logopedy....101

8.5.2 Analýza výsledků dotazníkového šetření pro speciální pedagogy....128

8.5.3 Analýza výsledků dotazníkového šetření pro rodiče dětí s PAS....140
8.6 Shrnutí, závěry a komparace výsledků dotazníkových šetření....166
8.7 Verifikace hypotéz....181
8.8 Diskuze....188
8.9 Doporučení pro oblast teorie a praxe speciální pedagogiky....197

9 DOPORUČENÍ PRO LOGOPEDICKOU INTERVENCI U OSOB S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA....201

9.1 Navázání kontaktu s klientem s PAS....202
9.2 Sběr informací a vytvoření anamnézy....205
9.3 Organizace a vybavení logopedického pracoviště....206
9.4 Pomůcky a didaktický materiál....209
9.5 Zásady logopedické intervence u osob s PAS....216
9.6 Diagnostika narušené komunikační schopnosti....220
9.6.1 Orientační diagnostika....221
9.6.2 Základní diagnostika....233
9.7 Možnosti stimulace komunikačních schopností....243
9.7.1 Preverbální dovednosti....244
9.7.2 Porozumění....250
9.7.3 Hrubá a jemná motorika....252
9.7.4 Auditivní percepce....256
9.7.5 Rozvoj kognitivních schopností....258
9.7.6 Neverbální komunikace....261
9.7.7 Verbální komunikace....268
9.7.8 Alternativní a augmentativní komunikace....282
9.8 Záznam průběhu logopedické intervence....289

ZÁVĚR....290

BIBLIOGRAFIE....292

SEZNAM PUBLIKAČNÍ A ODBORNÉ ČINNOSTI AUTORKY DISERTAČNÍ PRÁCE....308

ANOTACE DISERTAČNÍ PRÁCE....312

SUMMARY....314

ZUSAMMENFASSUNG....315

SEZNAM TABULEK....316

SEZNAM GRAFŮ....318

SEZNAM ZKRATEK....320

SEZNAM PŘÍLOH....321

ÚVOD

Komunikace, tedy přenos informací mezi minimálně dvěma účastníky prostřednictvím jistého komunikačního systému, není výlučně lidskou schopností. Komunikují mezi sebou všichni živočichové, dokonce i druhy na nízkém stupni fylogenetického vývoje. U člověka se však tato dovednost vyvíjí, stává se prostředkem sociální interakce, participuje na utváření kognitivních schopností, je nástrojem seberealizace, sebekoncepce a globálního formování persony. Odlišuje jej od ostatních živočichů a činí z něj bytost moudrou, myslící. Z těchto důvodů je deficit či absence komunikační schopnosti zásadním a negativním zásahem do života člověka.

Poruchy autistického spektra (dále též PAS) jsou neurovývojovým onemocněním, kde narušení komunikační schopnosti je specifickým symptomem klinického obrazu. Společně s odlišnostmi v reciproční sociální interakci a s problémy v imaginaci tvoří tzv. diagnostickou triádu, jejíž naplnění je stěžejní pro diagnostický proces a případnou diagnózu. Opožděný vývoj řeči bývá velmi často první příčinou znepokojení indikovanou rodiči a narušení komunikační schopnosti s primární aberací v pragmatické jazykové rovině se pervazivně dotýká všech jazykových rovin a forem komunikace. Z těchto důvodů se logoped stává důležitým a nezbytným odborníkem participujícím na péči o jedince s PAS. V současné době nemáme (v tuzemských podmínkách) žádné výzkumné zprávy, které by mapovaly současný stav poskytované logopedické intervence u této klientely v České republice a zároveň poskytly náhled na vytyčenou problematiku ze tří heterogenních úhlů pohledů (klinický logoped, speciální pedagog, rodič dítěte s poruchou autistického spektra). Absenci, o níž referují kliničtí logopedi, ale také speciální pedagogové a rodiče dětí s PAS, evidujeme rovněž v případě poskytnutí kohezních informací vztahujících se k realizaci logopedické intervence. Nutnost zabývat se danou oblastí potvrzují výpovědi nejen rodičů dětí s PAS, ale i studentů speciální pedagogiky či osobních a pedagogických asistentů pracujících s lidmi s tímto postižením. Referují především o problémovém chování a inhibici v možnosti psychosociálního rozvoje osob s pervazivní vývojovou poruchou v důsledku nefunkčního komunikačního systému. Dané poznatky se staly impulzem ke zpracování této problematiky v předkládané disertační práci.

Hlavním cílem disertační práce je **rozšířit jak v teoretické, tak v praktické rovině aktuální stav vědomostí týkajících se narušené komunikační schopnosti a logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra**. Cílem teoretické části práce je zejména deskripce, dále pak tuzemská a zahraniční komparace dostupných teoretických znalostí směřovaných především do oblasti narušené komunikační schopnosti a logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra. Úkolem praktické části disertační práce je **analýza aktuálního stavu poskytované logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra v České republice a produkce doporučení pro logopedy** týkající se logopedické intervence u klientů s PAS. Analýza stávající situace v poskytování logopedické intervence je cílená na hlubší komparaci a detekci faktorů a okolností, které determinují zmíněnou situaci. Výstupem bude proniknutí do zkoumané problematiky, porozumění její bázi a nástin řešení případných deficitů směřovaných primárně do oblasti pregraduální, postgraduální přípravy logopedů a jejich celoživotního vzdělávání.

Práci budeme koncipovat do dvou částí, a to na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je dedikována jak obecné rovině – terminologie, klasifikace, symptomatologie, etiologie, diagnostika a intervence, tak bližšímu pojednání o komunikaci, narušené komunikační schopnosti a logopedické intervenci u osob s PAS, jejíž podrobnější deskripci považujeme v této části práce za stěžejní. Praktickou část reprezentují dvě oblasti. První zastupuje výzkumné šetření, jehož ústřední náplní je zmapování a následná analýza současného stavu poskytované logopedické intervence u osob s PAS v České republice. Výzkumná část je inicializována metodologickými východisky, které primárně pojímají formulaci problému, stanovení cílů, výzkumných hypotéz a výzkumných metod. Ústřední část tvoří analýza výsledků dotazníkových šetření od klinických logopedů, speciálních pedagogů a rodičů dětí s poruchou autistického spektra, která je pro vizualizaci doplněna sloupcovými grafy a tabulkami. Závěrem se nad získanými daty zamýšlíme, diskutujeme nad výsledky a nabízíme doporučení pro oblast teorie a praxe speciální pedagogiky. Druhá oblast – doporučení pro logopedy zaměřená na logopedickou intervenci u osob s PAS je vyústěním jak teoretické části disertační práce, tak se zároveň stává reflexí výsledků výzkumného šetření akcentujícího potřebnost její realizace. Doporučení je diferencováno do dílčích částí, které jsou tvořeny úvodem k doporučení, základním náhledem do problematiky a inspirací k možnosti navázání

prvního i dalších kontaktů s klientem s PAS. Následující oblast náleží sběru informací a sestavení anamnézy, deskripci pomůcek, didaktického materiálu, organizaci a vybavení logopedického pracoviště. Za důležité pokládáme zásady logopedické intervence u osob s PAS, hodnocení jejich narušené komunikační schopnosti a konkrétní příklady a možnosti stimulace komunikační schopnosti. Závěr doporučení představuje formulář záznamu průběhu logopedické intervence.

V předkládané práci se primárně opíráme o kvantitativní výzkumnou metodu dotazníku, která je stěžejní vědeckou technikou praktické části disertační práce cílené na analýzu stávající situace v poskytování logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra v České republice. Pro verifikaci námi stanovených hypotéz užijeme Test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku a Test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku. Kvantitativní metody budou doplněny také postupy kvalitativními, jejichž aplikace je nezbytná při konstruování výše zmíněného doporučení pro logopedickou intervenci u osob s poruchou autistického spektra. K užitým metodám bude patřit především pozorování, rozhovor se speciálními pedagogy a rodiči dětí s poruchou autistického spektra.

Výsledky disertační práce by měly být **přínosem pro teorii a praxi speciální pedagogiky, především pro vědní obor logopedii**, dále také přispět studentům společenskovědních a medicínských oborů, primárně budoucím odborníkům v oblasti speciální pedagogiky, pedagogiky, psychologie, medicíny, také specialistům a širší veřejnosti k porozumění námi stanovené problematiky. Kardinálním cílem je **teoreticky i empiricky zdůvodnit naši akcentaci na opodstatněnost a nezbytnost rané logopedické intervence** směřované na rozvoj pragmatické jazykové roviny a objasnit roli logopeda jako **nepostradatelného odborníka v rámci interdisciplinárního přístupu** k osobám s poruchami autistického spektra. Naším přáním je, aby tato práce dokázala motivovat jak studenty, odborníky, tak i rodiče dětí s PAS či širokou veřejnost k zájmu o studium odborné literatury, aby se stala incentivou ke kladení korelačních otázek, jejichž vyústěním by mohla být realizace dalších vědeckých výzkumů.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část disertační práce je zaměřena na problematiku poruch autistického spektra a členěna do sedmi hlavních kapitol s příslušnými podkapitolami. Cílem této části práce je deskripce, tuzemská a zahraniční komparace dostupných teoretických znalostí a umožnění základního, ale zároveň globálního vhledu do zkoumané problematiky. Blíže pojednáváme o komunikaci, narušené komunikační schopnosti a logopedické intervenci u osob s PAS.

V první kapitole se zmiňujeme o terminologii, definici a klasifikaci jednotlivých nozologických jednotek patřících dle MKN – 10 do pervazivních vývojových poruch. Neopomínáme specifikovat vývojové, profesní i osobnostní aspekty, které determinují pohled na výše uvedené oblasti. Druhá kapitola je věnována symptomatologii PAS, kterou jsme se pro lepší přehlednost rozhodli diferencovat do dvou podkapitol zaměřených na specifické a nespecifické projevy. Etiologický aspekt přibližuje kapitola třetí. Podtrhuje v současné době akceptovanou multifaktoriálnost, nejednoznačnost etiologických faktorů a uvádí heterogenní názory jednotlivých odborníků na danou oblast. Čtvrtá kapitola poukazuje na možnosti diagnostiky, představuje základní diagnostické metody a vymezuje odborníky, kteří jsou kompetentní diagnostiku realizovat. Současné intervenční přístupy a jejich komparace jsou uvedeny v kapitole páté. Teoretickou část uzavírá kapitola šestá a sedmá. Šestá kapitola je vzhledem k ostatním částem práce kvantitativně zevrubnější, je cílena na komunikaci a specifika narušené komunikační schopnosti u osob s PAS. Na tomto místě si všímáme deficitů dotýkajících se jednotlivých jazykových rovin, dílčích forem komunikace a upozorňujeme na pragmatickou jazykovou rovinu, která je stěžejní aberantní oblastí této problematiky. Následující kapitola zaměřená na logopedickou intervenci je s ohledem na její podrobnou deskripci v praktické části disertační práce nastíněna jen schematicky.

Při zpracování teoretické části disertační práce se opíráme o studium a komparaci tuzemské a zahraniční literatury, současně aplikujeme teoretické i praktické poznatky získané absolvováním odborných seminářů a kurzů (viz Bibliografie).

PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část disertační práce je diferencována do dvou hlavních kapitol. V první kapitole si klademe za cíl zmapovat stávající situaci v poskytování logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra v České republice. Za výzkumnou metodu jsme si zvolili dotazník, který sestává ze strukturovaných, nestrukturovaných i polostrukturovaných položek. Pro výzkumné šetření jsme konstruovali tři typy dotazníků, jež byly distribuovány klinickým logopedům, speciálním pedagogům, kteří pracují s dětmi s poruchou autistického spektra a rodičům dětí s touto diagnózou. Úvodní část je iniciována designem výzkumu, následuje oblast věnující se metodologickým východiskům – formulování výzkumného problému, stanovení výzkumných cílů a hypotéz, kvantitě výzkumného vzorku, metodám a administraci získaných dat. Stěžejní oblastí je analýza a interpretace výsledků, která je podepřena vizualizací prostřednictvím sloupcových grafů a tabulek. V následující podkapitole verifikujeme stanovené hypotézy, sumarizujeme podstatné informace a závěrečnou podkapitolu pak utváří diskuze nad výzkumnými daty a doporučení pro oblast teorie a praxe speciální pedagogiky.

Druhou oblastí je soubor doporučení pro realizaci logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra. Inkorporaci této problematiky považujeme za důležité vyústění jak teoretické, tak praktické části disertační práce. Zároveň je také reakcí na reflexi logopedů získanou v rámci výzkumného šetření grantového projektu, specifického výzkumu nazvaného *Analýza současného stavu poskytované péče v raném věku a logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra* (PdF UP Olomouc 2010/2011, PdF_2010_020),[61] jehož výsledky akcentují na opodstatněnost a potřebnost její realizace zastoupenou v 94,74 %. Cíleně se zde zaměřuje na oblasti, které respondenti detekovali za deficitní a v nichž spatřovali potřebu zpracování.

[61] *Analýza současného stavu poskytované péče v raném věku a logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra*. Specifický výzkum. PdF_2010_020. PdF UP Olomouc, 2010/2011. Hlavní řešitel: Mgr. Alena Říhová, spoluřešitelé: doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.; Mgr. Lucia Pastieriková, Ph.D.; Mgr. Eva Urbanovská. Dostupné na: http://www.uss.upol.cz/poruchy-autistickeho-spektra/ (cit. 04-06-11).

SHRNUTÍ, ZÁVĚRY A KOMPARACE DOTAZNÍKOVÝCH ŠETŘENÍ

Výzkumné šetření cílené na analýzu stávající situace v poskytování logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra v České republice je postaveno na distribuci tří heterogenních dotazníků určených klinickým logopedům, speciálním pedagogům pracujícím s dětmi s poruchou autistického spektra a rodičům jedinců s danou diagnózou. Záměrem výběru uvedených respondentů je snaha o globální náhled na zkoumanou oblast ze tří odlišných úhlů pohledů.

Hlavním úkolem dotazníkového šetření aplikovaného u klinických logopedů bylo zmapovat četnost klientů s diagnózou poruchy autistického spektra, detekovat nejčastější diagnostickou kategorii v rámci pervazivních vývojových poruch, zjistit preferenci přístupů či případné užití alternativní a augmentativní komunikace. Na základě stanovených hodnotících kritérií jsme reflektovali znalost problematiky PAS, povědomí o narušené komunikační schopnosti, spokojenost s poskytovanými informacemi o této problematice a úroveň interdisciplinární spolupráce.

Dle Asociace klinických logopedů České republiky je v současné době v rámci této lokality evidováno 408 klinických logopedů. Tuto základní výzkumnou skupinu jsme oslovili prostřednictvím poštovní korespondence a z celkového počtu rozeslaných dotazníků získali 35,29 % odpovědí (144 dotazníků). Mezi respondenty, kteří vyplnili distribuovaný dotazník, převažovala v četnosti 36,81 % délka jejich odborná praxe v časovém rozmezí 0–5 let. Pro účely dotazníkového šetření byla stanovena kritéria pro vyhodnocení položek vztahujících se ke znalosti základní specifikace poruch autistického spektra a jednotlivých diagnostických kategorií (blíže viz 8.5.1 *Analýza výsledků dotazníkového šetření pro klinické logopedy*). Vědomostní položky poukazují na to, že znalost základního vymezení zkoumané problematiky se u oslovených klinických logopedů pohybuje v mírné převaze u hodnoty částečná (34,03 %) vzhledem ke kategorii dostatečná (33,33 %). Nedostatečné povědomí o této oblasti jsem evidovali u 31 klinických logopedů (21,53 %). Deskripované hodnoty nejsou výrazně diferentní, proto nemůžeme hovořit o zásadní dominanci žádného stanoveného kriteriálního hodnocení. Dostatečnou znalost problematiky PAS bychom mohli předpokládat u klinických logopedů, jejichž

délka praxe je v časovém rozmezí 0–5 let. Vzhledem k tomu, že poruchy autistického spektra jsou součástí anotací předmětů logopedie, psychopedie či základů speciální pedagogiky vyučovaných u studentů studijního programu speciální pedagogika na vysokých školách připravujících studenty pro výkon povolání v oboru logopedie, měli by kliničtí logopedi s tak krátkou časovou prodlevou od ukončení studia vysoké školy mít dostatečné základní povědomí o zkoumané problematice. Ke stejnému stanovisku se přikláníme i z důvodu implementace seminářů týkajících se PAS v rámci předatestační přípravy klinických logopedů v České republice. Výsledky dotazníkového šetření nám ale bohužel ukazují jiné výsledky. U klinických logopedů, kteří mají délku praxe v časovém intervalu 0–5 let, zaznamenáváme dostatečnou znalost problematiky pervazivních vývojových vad v počtu 19 odpovědí z 53 respondentů (35,85 %) a nedostatečná znalost vytyčené oblasti zaujímá téměř homogenní výpovědní hodnotu prezentovanou počtem 18 klinických logopedů (33,96 %). Z tohoto důvodu se nemůžeme přiklonit k námi vyjádřené domněnce a musíme vidět deficity ve znalostní oblasti i u této skupiny klinických logopedů. Nedostatečnou znalost evidujeme také v relativně vysokém četnostním zastoupení u klinických logopedů s delší praxí v oboru. Například u respondentů s praxí 10–15 let v četnosti 22,58 % a u klinických logopedů s praxí delší než 15 let 12,9 %. Musíme tedy konstatovat, že nedostatky pojící se s touto položkou dotazníků jsou evidentní a oslovení kliničtí logopedi nemají takovou znalostní orientaci, jakou bychom očekávali. Vyhodnocení druhé vědomostní oblasti vztahující se k dílčím diagnostickým kategoriím reprezentuje fakt reflektující převahu kritéria dostatečná znalost (55,56 %) vzhledem ke kategorii částečná (17,36 %) a nedostatečná (16,67 %). I přes tuto skutečnost nacházíme v dotaznících odpovědi, které bychom mohli označit za nesprávné či překonané. Jednalo se o pojmy autistické rysy (13,39 %) a infantilní autismus či Kannerův autismus (11,81 %).

Většina oslovených respondentů (90,28 %) považuje realizaci logopedické intervence u osob s PAS za opodstatněnou a jako nejvíce deficitní jazykovou rovinu v rámci narušené komunikační schopnosti recipují aberace v pragmatické jazykové rovině (70,83 %). Morfologicko-syntaktická jazyková rovina je demonstrována četností 27,78 % a v případě foneticko-fonologické jazykové roviny nacházíme hodnotu 15,97 %. Zřejmá je tedy viditelná převaha správných odpovědí (pragmatické jazykové roviny) nad ostatními nabízenými možnostmi. Nemůžeme ale opomenout prezenci foneticko-fonologické

jazykové roviny, která by v ideálním případě měla plně absentovat. Ukazatel vypovídající o detekci této sféry zahrnuje skutečnost implikující, že 23 klinických logopedů stále považuje tuto oblast za primárně insuficientní. I když je procentuálně daná položka vzhledem k ostatním spolukategoriím nižší, nemůžeme daný ukazatel považovat za bezvýznamný a je třeba jej pokládat za přetrvávání (v daném případě 15,97%) nedostatečné znalosti v oblasti narušené komunikační schopnosti u osob s PAS.

Za důležitou část dotazníkového šetření pokládáme zmapování toho, zda jsou klienti s PAS v péči logopeda. Výsledky výzkumného šetření poukazují, že v mírně nadpolovičním počtu (55,56 %) převažují respondenti, kteří potvrzují realizaci logopedické intervence u osob s touto diagnózou. V nejvyšším počtu (21 klinických logopedů) je uváděno, že v současné době mají oslovení respondenti v péči průměrně dva klienty s pervazivní vývojovou poruchou, naopak nejnižší četnost zaznamenáváme při deskripci dvanácti, osmnácti a dvaceti klientů. Ze všech získaných dat vyplývají průměrně čtyři osoby na každého klinického logopeda, jejichž odpověď byla vzhledem k intervenci u osob s PAS pozitivní. S ohledem na skutečnost, že v České republice je dle Thorové (2010) v současné době přibližně 20 000 lidí s poruchou autistického spektra, musíme považovat výše uvedenou četnost za nedostačující. K nejfrekventovanějším diagnostickým kategoriím náležel dětský autismus (33,88 %), dále Aspergerův syndrom (28,47 %) a atypický autismus (27,03 %). Nejmenší frekvence odpovědí náležela diagnóze jiná dezintegrační porucha v dětství (2,03 %).

Tři čtvrtiny klinických logopedů (75,69 %) získává informace o problematice PAS primárně prostřednictvím samostudia odborné literatury. Účast na odborném semináři či kurzu reflektuje 29,86 % a při studiu na vysoké škole se s danou problematikou setkalo 24,31 % dotazovaných. Bohužel jsou ale přítomny také odpovědi poukazující na okolnost, že 10 odborníků (0,69 %) informace o této problematice dosud nezískalo. I přes skutečnost, že tato hodnota má velice nízké procentuální zastoupení, musíme akcentovat její negativní výpovědní charakter. V současné době, pro níž je charakteristický zvýšený zájem nejen odborné, ale i laické veřejnosti o problematiku poruch autistického spektra, bychom předpokládali její plnou absenci. Při vyjádření spokojenosti s poskytovanými informacemi dominuje hodnota číslo 3 Likertovy škály, která v sobě implikuje neutrální poziční stanovisko. Následující místo zaujímá hodnota 2 (32,64 %) přiklánějící se k negativní referenci týkající se spokojenosti s poskytovanými informacemi o problematice

PAS a naprostá nespokojenost je prezentována v četnosti 9,03 %. Naopak pro naprostou spokojenost je charakteristická hodnota 1,39 % a k potřebě větší informovanosti se přiklání převážná většina (87,5 %) respondentů.

Nejčastěji uváděným odborníkem, se kterým jsou logopedi v kontaktu při péči o osoby s PAS, je psycholog (39,58 %), následně speciální pedagog (34,72 %) a psychiatr (20,14 %). Preference psychologa je správným vyústěním diagnostického a terapeutického procesu, který je v kompetenci daného odborníka. Domníváme se, že spolupráce se speciálním pedagogem je velice potřebná a může být také pro oba zainteresované specialisty přínosná, proto nepokládáme danou hodnotu, i přes to, že nabývá druhé poziční zastoupení, za dostatečně saturovanou. Při reflexi speciálně-intervenčních přístupů dominuje v mírně nadpoloviční převaze (52,5 %) pozitivní reference jejich aplikace v rámci logopedické intervence. Mezi nejčastěji užité metody patří strukturovaný přístup (73,81 %), TEACCH program (19,05 %) a Son Rise přístup (16,67 %). V nejmenším počtu (1 respondent; 0,02 %) je zmíněna ABA terapie. Za pozitivní výpovědní hodnotu pokládáme, že v převážné většině (81,25 %) logopedi inkorporují alternativní a augmentativní komunikaci jako přístup či metodu rozvíjející komunikační schopnost. Z preferovaných komunikačních systémů uvádějí na prvním místě fotografie (80 %), předměty (76,92 %) a piktogramy (55,38 %). Velice nízké procentuální zastoupení zaujímá PECS (6,15 %). Vzhledem k naší specifikaci pokládáme tento komunikační prostředek především u osob s dětským autismem za efektivní, ale jak vyplývá z výsledků výzkumného šetření je nedostatečně rozšířený. Možné řešení vidíme ve větší nabídce vzdělávacích kurzů zaměřených na Výměnný obrázkový komunikační systém (modifikovaná verze PECS pro podmínky České republiky), která je v současné době omezena pouze na Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, navíc disponuje nedostatečnou kapacitou i frekvencí pořádaných seminářů.

Poslední oblast dotazníkového šetření byla cílená na zjištění, co považují kliničtí logopedi u osob s poruchou autistického spektra za nejnáročnější. Z parciálních odpovědí je patrné, že za obtížné pokládají daní odborníci především vybavení logopedického pracoviště a výběr pomůcek, dále navázání kontaktu s dítětem, spolupráci s rodiči, selekci vhodného funkčního komunikačního systému a zabránění demotivace v důsledku malých pokroků.

Deficitní oblasti v rámci dotazníkového šetření u klinických logopedů spatřujeme v nedostatečné znalosti problematiky poruch autistického spektra, která je charakteristická jak u klinických logopedů s praxí v délce 0–5 let (33,96 %), tak u respondentů jejichž praxe je v časovém intervalu, 10–15 let (22,58 %) a více než 15 let (12,9 %). V rámci znalostních položek současně detekujeme nesprávné (autistické rysy) i chybné (Kannerův syndrom, infantilní autismus) termíny, jež považujeme opět za signalizaci nedostatečné znalostní orientace ve zkoumané problematice. Dále pokládáme za negativní výpovědní hodnotu fakt, že 23 klinických logopedů deskripuje foneticko-fonologickou jazykovou rovinu jako primární aberaci v rámci narušené komunikační schopnosti u osob s poruchou autistického spektra. Vzhledem k počtu osob s PAS v České republice musíme také za nevyhovující vnímat 55,56% prezenci klientů s PAS v péči klinických logopedů. Za alarmující dále shledáváme výpovědi 10 respondentů, kteří uvádějí, že informace o pervazivních vývojových poruchách dosud nezískali. Vědomosti nabyté při studiu na vysoké škole uvádí pouze 24,31 % respondentů a naopak zdroj informací v podobě samostudia odborné literatury představuje 75,69 % odpovědí.

Druhý výzkumný soubor tvořili speciální pedagogové pečující o děti s poruchou autistického spektra v předškolním či mladším školním věku. Důvodem výběru zmíněného věkového rozmezí byl předpoklad, že dané období ve větší míře predisponuje jedince k účasti na logopedické intervenci. Argument vztahující se ke kvantitativnímu ukazateli výzkumného souboru (396 respondentů) spočívá ve vytvoření komparativního souboru s prvním výzkumným vzorkem klinických logopedů. Prostřednictvím služeb České pošty bylo distribuováno 396 dotazníků, ze kterých bylo 126 (31,83 %) navráceno. U respondentů, kteří vyplnili dotazník, dominovala délka praxe v časovém rozmezí 0–5 let (60,32 %), dále 22 speciálních pedagogů (17,46 %) uvedlo praxi v časovém intervalu 5–10 let, 15,08 % detekovalo její interval vyšší než 15 let a poslední místo náleží odborné působnosti v rozmezí 10–15 let (7,14 %).

První část dotazníku byla cílená na zmapování funkčnosti interdisciplinární spolupráce speciálních pedagogů s jednotlivými odborníky (speciální pedagog, psycholog, pedagog, logoped, psychiatr, pediatr a další). Vzhledem k zaměření dotazníkového šetření jsme se primárně orientovali na zmapování kooperace s logopedem, kterou můžeme na základě analýzy výzkumných dat považovat bohužel za alarmující. Pouze dva speciální pedagogové (1,59 %) zmiňují preferenci součinnosti s logopedem v rámci přístupu

k jedinci s PAS. Kooperaci speciálního pedagoga s tímto odborníkem vnímáme jako jeden z významných faktorů determinujících rozvoj komunikačních schopností. Pokud speciální pedagog není v dostatečné míře obeznámen, jak komunikaci u osob s PAS stimulovat a které komunikační systémy u konkrétního dítěte preferovat, nemůžeme předpokládat pozitivní prognózu v dané schopnosti. V největší míře je u oslovených respondentů zaznamenána spolupráce se speciálním pedagogem (85,71 %), dále s psychologem (45,24 %) a neurologem (19,05 %). Kvantitativně nižší ukazatel je charakteristický pro pediatra (7,94 %), pedagoga (5,56 %) a již zmíněného logopeda (1,59 %). V relativně vysokém četnostním procentuálním zastoupení (14,29 %) nacházíme absenci spolupráce s odborníkem, kterou nesmíme považovat za bezvýznamný ukazatel. Naopak získaná hodnota ukazuje na skutečnost, že 18 speciálních pedagogů neudržuje kontakt s žádným odborníkem participujícím na intervenci u osob s PAS.

K opodstatněnosti logopedické intervence se pozitivně vyjadřuje převážná většina (70,63 %) speciálních pedagogů, naopak negativní stanovisko k její realizaci zaujímá 26,98 % dotázaných. Kladné odpovědi jsou zastoupeny aspektem referujícím o tom, že rozvoj komunikačních schopností je základním předpokladem socializace člověka do společnosti. V případě záporných výpovědí bližší specifikace není evidována.

Stěžejním úkolem daného dotazníkového šetření bylo zmapovat, zda děti s PAS u oslovených speciálních pedagogů jsou v péči logopeda. Získaná data vypovídají, že v mírně nadpolovičního počtu (54,76 %) je u osob s pervazivní vývojovou poruchou realizována logopedická intervence. Její absenci udává 26,98 % a neznalost aplikace potvrzuje 23 respondentů (18,25 %). Kontakt s logopedem, dle výpovědi dotazovaných odborníků, udržuje 32,54 % speciálních pedagogů a nepřítomnost je prezentována četností 67,46 %. Zajímavá se nám jeví komparace dvou položek dotazníku – interdisciplinarity společně s hodnotou referující o udržování kontaktu speciálního pedagoga s logopedem. V případě první položky, jak bylo uvedeno již výše, pouze dva speciální pedagogové potvrzují angažovanost na interdisciplinární spolupráci s logopedem. Jiná data ale získáváme v rámci druhé položky reflektující, že 41 speciálních pedagogů je v kontaktu se zkoumaným odborníkem. Z uvedeného můžeme usuzovat, že v převážné míře (v případě 39 logopedů) je incentiva ke kooperaci indikována ze strany logopeda. Domníváme se, že tito odborníci jsou více angažovaní v incipientní fázi interdisciplinarity spočívající

v primární aktivní interakci s jiným odborníkem (v našem případě se speciálním pedagogem).

Podíváme-li se na frekvenci kontaktu speciálního pedagoga s logopedem, tak 60,96 % oslovených osob zmiňuje preferenci nepravidelného intervalu v setkávání. Četnostně diferentní hodnotě náleží další pozice vztahující se k pravidelné kooperaci jedenkrát za tři týdny (17,07 %). Následné místo patří pravidelnému předávání informací jedenkrát za týden (12,2 %) a nejmenší pozice přísluší pravidelné spolupráci jedenkrát za dva týdny (2,44 %). Z uvedeného je zřejmá preference nepravidelného kontaktu vycházejícího z individuálních potřeb speciálního pedagoga či logopeda. Tuto frekvenci nemůžeme ale považovat za optimální. Pro efektivitu logopedické intervence bychom doporučovali upřednostnit pravidelnou kooperaci jedenkrát za čtrnáct dní, která je však oslovenými odborníky zaznamenána pouze jedním respondentem (2,44 %). Co se týká formy kontaktování, tak více než polovina speciálních pedagogů dává přednost telefonickému kontaktu (51,22 %) a 39,02 % respondentů deskripuje osobní kontakt. Absenci odpovědí evidujeme v případě jednoho odborníka a poštovní korespondenci neupřednostňuje žádný speciální pedagog. Rychlost, menší časová náročnost a vysoký benefit telefonického kontaktu je podepřen jednotlivými výpověďmi hovořícími o tom, že tento způsob kontaktování preferuje 21 respondentů. Pouze 3 odborníci hovoří o elektronické komunikaci, kterou bychom vzhledem k rozšíření této formy dorozumívání pokládali za frekventovanější. Nulovou hodnotu vzhledem k časové náročnosti zastupuje poštovní korespondence.

V poslední části tohoto dotazníkového šetření jsme mapovali spokojenost s výsledky logopedické intervence. První pozici (30,43 %) zaujímá hodnota číslo 4 škály Likertova typu implikující příklon k pozitivním referencím. Následující postavení má neutrální střední hodnota (26,09 %), naprostá nespokojenost je evidována u 10,14 % respondentů a 15,95 % odborníků neodpovědělo. Můžeme konstatovat, že speciální pedagogové v převážné většině referují o neutrálním stanovisku vztahujícím se k hodnocení benefitu realizované intervence a zároveň mírnou převahu přikládají pozitivní evaluaci. Jako důvod spokojenosti s poskytovanou logopedickou intervencí speciální pedagogové jednotně udávali snížení či vymizení agresivních a autoagresivních behaviorálních projevů v důsledku osvojeného funkčního komunikačního systému, také

větší míru zapojení jedince s PAS do kolektivu a zlepšení srozumitelnosti verbálního projevu.

Nyní uvedeme komparaci homogenních položek implementovaných jak v rámci dotazníků určených klinickým logopedům, tak dotazníků pro speciální pedagogy. Podíváme-li se na jejich návratnost prostřednictvím služeb České pošty, nacházíme 35,29 % v případě klinických logopedů a 31,83 % u speciálních pedagogů. I přes to, že mírnou převahu zaujímá hodnota získaná od klinických logopedů (diference 3,46 %), můžeme považovat daná data za téměř shodná a dílčí údaje v rámci obou dvou typů dotazníků za komparativní. Jak u klinických logopedů, tak u speciálních pedagogů převažovala délka praxe v časovém intervalu 0–5 let. Kliničtí logopedi ji evidovali v 36,81 % a speciální pedagogové dokonce v nadpolovičním početním zastoupení (60,32 %). Naopak v nejnižší frekvenci vyplnili dotazník logopedi s praxí 5–10 let (17,36 %) a speciální pedagogové s praxí 10–15 let (7,14 %). Z uvedeného můžeme usuzovat na skutečnost, že větší ochota ke spolupráci je přítomná u odborníků, kteří jsou bezprostředně po ukončení vzdělání (s odbornou působností 0–5 let). Tento fakt můžeme dle nás přikládat na jedné straně dosud aktuálním vlastním zkušenostem pojícím se s jejich výzkumem a také případnému většímu entuziasmu pro obor.

Další oblastí mapovanou v rámci obou typů dotazníků byla interdisciplinární spolupráce, kterou pokládáme u osob s poruchou autistického spektra za velice potřebnou. U speciálního pedagoga dominovala odpověď v podobě kooperace se speciálním pedagogem (85,71 %), následnou pozici zaujímal psycholog (45,24 %), neurolog (19,05 %) a psychiatr (12,7 %). Nižší procentuální zastoupení náleželo pediatrovi (7,94 %), pedagogovi (5,56 %) a logopedovi (1,59 %). Absenci spolupráce s odborníkem deskripovalo 18 speciálních pedagogů (14,29 %), což považujeme za relativně vysoké procentuální zastoupení, proto musíme akcentovat na negativní charakter této hodnoty a spatřovat její záporný odraz v péči o jedince s PAS. Tuto hodnotu nacházíme také v rámci dotazníků pro klinické logopedy. I přes to, že je její pozice nižší (6,94 %), nemůžeme považovat výpovědi 10 logopedů pojednávajících o nepřítomnosti spolupráce s odborníky angažujícími se na péči o osoby s tímto typem postižení za bezvýznamné. Logoped je v kontaktu se speciálním pedagogem pouze v 34,72% zastoupení, v ještě nižší procentuální reprezentaci evidujeme odbornou profesi psychiatra (20,14 %) a nejnižší pozici nacházíme při spolupráci s pediatrem (3, 47 %). Kooperaci speciálního pedagoga,

který je s dítětem s PAS vzhledem k ostatním odborníkům v nejčastějším kontaktu s logopedem – odborníkem v oblasti narušené komunikační schopnosti, považujeme v rámci aktivity cílené na rozvoj komunikační schopnosti za nejdůležitější. Získaná data bohužel poukazují na značné deficity a tímto se stávají signalizátorem nutnosti jejich řešení.

S opodstatněností logopedické intervence korespondují oba dotazovaní odborníci. U klinických logopedů je přítomný téměř většinový souhlas (90,28 %) a speciální pedagogové k pozitivní referenci inklinují v nadpolovičním počtu (70,63 %). Poslední komparativní položkou je evidence logopedické intervence či vlastní angažovanost na její realizaci. Výsledkem jsou téměř shodná výzkumná data. Uskutečnění logopedické intervence potvrzuje 80 klinických logopedů (55,56 %) a 69 speciálních pedagogů (54,76 %) hovoří o tom, že jejich děti s PAS navštěvují tohoto specialistu. Danou četnost nepovažujeme vzhledem k počtu osob s poruchou autistického spektra v České republice (cca 20 000 osob s PAS) a potřebnosti logopedické intervence u každé diagnostické kategorie spadající dle Mezinárodní klasifikace nemocí do pervazivních vývojových poruch za dostatečnou. Za negativní výpovědní hodnotu musíme zároveň považovat fakt, že 23 speciálních pedagogů není informováno o tom, zda jsou jejich klienti s PAS v péči logopeda.

Shrneme-li srovnání dvou heterogenních typů dotazníků můžeme konstatovat, že spolupráce speciálních pedagogů s logopedy je výrazně nedostačující. Za negativní indikátor pokládáme také evidenci nepřítomnosti spolupráce s ostatními odborníky (v případě speciálních pedagogů 14,29 % a klinických logopedů 6,94 %) a za nezbytné shledáváme vyšší procentuální zastoupení osob s poruchou autistického spektra v péči logopedů.

Třetí typ dotazníku je určen rodičům dětí s poruchou autistického spektra. I přes to, že jej nemůžeme vzhledem k malému vzorku oslovených respondentů (41 rodičů) pokládat za komparativní, recipujeme jeho výpovědní hodnotu za významnou. Cílem daného výzkumného šetření bylo zmapovat deficitní oblast stávající se primárním znepokojením s vývojem dítěte, dále zjistit, na kterého odborníka se rodiče obrátili, zda byli spokojeni s jeho přístupem a s poskytnutými informacemi o problematice PAS. Orientovali jsme se také na oblast logopedické intervence a kladli otázky vztahující se k jejímu zaměření, na přítomnost rodičů či na spokojenost s výsledky.

Prostřednictvím osobního či zprostředkovaného kontaktu jsme rodičům dětí s PAS předali 41 dotazníků. Vrátilo se nám jich 19, proto můžeme hovořit o 46,34% návratnosti. V nadpoloviční převaze (68,42 %) tvořily náš výzkumný soubor děti ve věkovém rozmezí 5–10 let, následující hodnota (26,32 %) náležela dětem s PAS, kterým bylo 0–5 let a vyšší věk než 15 let neevidujeme. Jedinci, kteří byli součástí našeho výzkumného šetření, měli převážně diagnózou dětský autismus (68,42 %) a v současné době navštěvují zejména speciální mateřskou školu (78,95 %). Jednoznačnou dominanci tvořili osoby mužského pohlaví (73,68 %), což nám potvrzuje výroky odborníků (např. Buntová, Tichá, 2009; Čadilová, Jůn, Thorová, 2007; Hrdlička, Komárek, 2004 a další) uvádějících převahu poruch autistického spektra u mužů vzhledem k ženám v poměru 2–3 : 1.

Primární znepokojení s vývojem dítěte detekovali oslovení rodiče v největším počtu (31,58 %) již před jeho prvním rokem věku. Mezi 2.–3. rokem zaznamenává první aberace 21,02 % respondentů, v rozmezí 2.–2,5. roku 15,79 % a mezi 3,5.–4. rokem 5,26 %. Vyšší věk již není deskripován. K markantním deficitům náleží na prvním místě opožděný vývoj řeči a deficity v komunikační schopnosti. Dle výpovědi rodičů jsou specifika narušené komunikační schopnosti přítomna v 89,47 %. Na základě této skutečnosti lze pokládat zmíněnou oblast za možný primární diagnostický marker poruchy autistického spektra v tak raném věku dítěte. Z tohoto důvodu pokládáme za nezbytné, aby jednotliví odborníci (pediatři, psychologové, psychiatři, speciální pedagogové a další) byli znalí jak ontogeneze komunikace u intaktní populace, tak specifik vývoje a deficitů komunikační schopnosti charakteristické pro dané postižení. Pouze tímto způsobem můžeme první příznaky včasně registrovat, analyzovat a na základě diferenciální diagnostiky také diagnostikovat. K dalším deskripovaným symptomům náleží obtíže s navázáním, udržením a funkčním užitím zrakového kontaktu (73,96 %), problémy ve hře (63,16 %), se spánkem (57,89 %) a přítomnost stereotypních projevů v chování (52,63 %). Menší procentuální zastoupení prezentuje změněná senzitivita k jednotlivým stimulům (36,84 %), opoždění psychomotorického vývoje (36,84 %), problémové chování (36,84 %), deficity v reciproční sociální interakci (31,58 %), obtíže s přijímáním potravy (26,32 %) a změna ve svalovém tonu (15,79 %). Z uvedeného je zřejmé, že tzv. diagnostickou triádu zahrnující narušení v oblasti komunikace, sociální interakce a imaginace detekují rodiče dětí s PAS již v raném věku jejich dítěte. V následujících letech se stává nedílnou součástí

klinického obrazu této poruchy a pervazivním způsobem determinuje možnosti dalšího rozvoje.

K odborníkům, na které se rodiče s výše uvedeným znepokojením obrátili, patřil především pediatr (84,21 %), psycholog (52,63 %), neurolog (47,37 %) a speciální pedagog (21,05 %). Menší zastoupení (10,53 %) náleželo logopedovi, pedagogovi, psychiatrovi a jeden rodič deskripuje také kineziologa a genetika. K zamyšlení stojí fakt vypovídající o tom, že i přes tak vysokoprocentní referenci narušené komunikační schopnosti v raném věku dítěte (89,47 %, přičemž 75 % aberací je zřejmých již před prvním rokem věku dítěte) je kompetentní odborník – logoped vyhledán jen dvěma respondenty. Příčina dle nás spočívá v téměř absolutní absenci spolupráce odborníků (především pediatrů a speciálních pedagogů) s tímto specialistou. Zřejmé je to například z výpovědí speciálních pedagogů hovořících o tom, že kontakt s logopedem udržují pouze v 34,72% zastoupení. Daný ukazatel musíme pokládat za nedostačující a za potřebné považujeme apelovat na řešení této situace. Zaměříme-li se na spokojenost s péčí vyhledaného odborníka, nalézáme převahu (73,68 %) záporných odpovědí. O kladných referencích se zmiňuje pouze 26,32 % respondentů. Jako následná opatření jednotlivých specialistů rodiče dětí s PAS v největším zastoupení uvádějí absenci dalších opatření, medikaci psychofarmak či zprostředkování doporučení dalšího odborného vyšetření.

Úkolem dotazníkového šetření bylo také zmapovat zdroj informovanosti o problematice PAS a spokojenost s ní. Všichni oslovení rodiče se shodují na tom, že hlavním zdrojem vědomostí se jim v této oblasti stává samostudium dostupné literatury či hledání příslušných odkazů na webových stránkách. Speciální pedagog a psychiatr poskytl sdělení týkající se této oblasti pouze 3 respondentům, neurolog 2 dotazovaným a v případě pedagoga, logopeda a psychologa reflektoval tuto skutečnost jen 1 rodič. Danou okolnost pokládáme za alarmující deficit, jehož odezvu můžeme nalézat například v příklonu rodičů k alternativním až „šarlatánským“ metodám, dále také v přetrvávání již překonaných, rigidních postojů a přístupů k dítěti s PAS či v prezenci deprese, úzkosti a sociální izolace, v níž může tato vysoce zatěžující životní okolnost v případě neposkytnutí včasné a adekvátní pomoci vyústit. Zároveň je třeba podotknout, že i přes výše uvedené 84,21% vyhledání pediatra žádný z nich informace o pervazivních vývojových poruchách našim respondentům nepředal. Spokojenost se získanými informacemi jsme opět mapovali prostřednictvím škály Likertova typu. Hodnota číslo 2 je přítomna u 57,37 % respondentů,

hodnota 1 u 31,58 % a hodnota 3 u 21,05 %. Jak je patrné z převahy výše deskripovaných údajů implikujících negativní poziční stanovisko, nejsou rodiče dětí s PAS spokojeni s poskytovanými informacemi.

Ústřední část dotazníkového šetření byla zaměřena na detekci a analýzu poskytované logopedické intervence u osob s PAS. Za hlavní cíl jsme si stanovili zjistit, zda rodiče považují její realizaci za opodstatněnou, jak často probíhá, jestli jsou při ní přítomni, na kterou jazykovou rovinu se logoped zaměřuje a zda jsou spokojeni s jejími výsledky. Důležitost logopedické intervence potvrzují všichni respondenti a jako zdůvodnění svého stanoviska pojednávají primárně o determinaci osobnostního rozvoje prostřednictvím komunikace. Zmiňují také potřebnost stimulace komunikační schopnosti z důvodu socializace. Považují ji za nezbytnou k vyjádření přání a potřeb jedince. Respondenti jsou s logopedem v největším početním zastoupení (31,25 %) v kontaktu jedenkrát za 6 týdnů, následující pozice náleží realizaci logopedické intervence jedenkrát za měsíc (25 %), %), jedenkrát za 5 týdnů (18,75 %) a jedenkrát za 14 dní (12,5 %). Jeden rodič (6,25 %) deskripuje interval v setkávání jedenkrát týdně a jedenkrát za tři týdny. Uvedenou dominantní pozici týkající se intervenčního působení jedenkrát za 6 týdnů či jednou za měsíc nemůžeme považovat za dostačující. Vzhledem k náročnosti logopedické intervence, obtížné generalizaci nabytých zkušeností a k potřebě větší časové dotace z důvodu možných obtíží s iniciálním navázáním kontaktu, doporučujeme její frekventovanější realizaci.

Za pozitivní shledáváme výpovědi 11 respondentů reflektující aktivní participaci na logopedické péči, kterou považujeme z důvodu potřebné angažovanosti a edukace rodičů za příznivou. Naším následujícím cílem bylo také detekovat oblast komunikace, na kterou se logopedi zaměřují. Výsledky dotazníkového šetření ukazují, že 75 % rodičů recipuje preferenci foneticko-fonologické jazykové roviny, další oblastí rozvoje je slovní zásoba (50 %), porozumění (43,75 %), motorika (37,5 %), pragmatika (25 %) a na gramatiku se dle dotazovaných osob zaměřuje 6,21 % logopedů. Záznam foneticko-fonologické jazykové roviny v tak vysokém procentuálním zastoupení (75 %) nepovažujeme vzhledem k bázi této problematiky za pozitivní. Naopak vyšší četnostní zastoupení bychom předpokládali v případě pragmatické jazykové roviny, jež je prezentována četností 25 %. Za dostatečné nepokládáme ani výpovědi vztahující se k orientaci logopeda na porozumění, motorické schopnosti a gramatiku. Rodičům dětí s PAS jsme také kladli

otázky související s používáním nebo zapojováním alternativní a augmentativní komunikace. Ze získaných dat je patrné, že u 43,75 % dětí je potvrzena jejich aplikace, což vnímáme za pozitivní referenci a mírný posun ve správné recepci zaměření logopeda u daného typu postižení.

Poslední položky dotazníků si kladly za úkol zmapovat spokojenost s logopedickou intervencí. Opět jsme je diferencovali do dvou hlavních částí mapujících postoj k informovanosti a stanovisko k výsledkům intervenčního procesu. Rodiče dětí s PAS v největším počtu (37,5 %) zaujímají neutrální aspekt k získávání vědomostí o dané problematice. Absentuje tedy příklon jak k pozitivním, tak negativním referencím. Nechybí ani hodnota 1 Likertovy škály zastupující naprostou nespokojenost, jež je zaznamenána 4 respondenty, a údaj 2 (příklon k zápornému hodnocení) deskripovaný 3 rodiči. Hodnota implikující naprostou spokojenost absentuje. Můžeme konstatovat, že logopedi dle výpovědí respondentů neposkytují informace o problematice narušené komunikační schopnosti v dostatečné kvalitě ani kvantitě. Z druhé hodnotící oblasti je patrné, že jedna polovina oslovených jedinců výsledky logopedické intervence posuzuje pozitivně a druhá polovina respondentů negativně. Z tohoto důvodu nemůžeme inklinovat k žádné vyhraněné klasifikaci v dané oblasti. Závěrečná část dotazníků pro rodiče dětí s PAS poskytovala volný prostor pro vlastní připomínky. Partikulární výpovědi se opět primárně týkaly nepřítomnosti, nedostatečnosti či nesprávnosti v získávání informací o problematice PAS.

Závěrem této podkapitoly zdůrazňujeme a shrnujeme stěžejní výzkumná fakta a deficity vztahující se ke všem třem typům dotazníků. Pojednáváme o interdisciplinaritě, informovanosti, o realizaci logopedické intervence a spokojenosti s jejím poskytováním. Interdisciplinární spolupráce jednotlivých odborníků angažujících se na intervenčním přístupu k jedinci s PAS, jak jsem zmiňovali již výše, je základním předpokladem efektivity terapeutického působení a globálního náhledu na osoby s tímto typem postižení. Výzkumná data poukazují, že kliničtí logopedi na prvním místě spolupracují s psychologem (39,58 %), následně se speciálním pedagogem (34,72 %) a psychiatrem (20,14 %). Pouze 5 respondentů udržuje kontakt s pediatrem (3,47 %) a 10 dotazovaných odborníků nespolupracuje s žádným specialistou. S psychologem je v kontaktu také speciální pedagog a tato četnostní kooperace (45,24 %) je svojí hodnotou blízká ukazateli od klinických logopedů. Zásadní diferenci, i když kvantitativně nekomparativní,

nacházíme u rodičů dětí s PAS, kteří v zastoupení pouze jedné osoby deskripují zmiňovanou spolupráci. Se speciálním pedagogem je v nejvyšším počtu (85,71 %) v kontaktu speciální pedagog. Danou skutečnost přikládáme kolegiální angažovanosti v rámci jednoho pracoviště. Recipujeme ji samozřejmě jako pozitivní ukazatel, ale zároveň akcentujeme na nutnost zvýšení daného indikátoru také u klinických logopedů a rodičů dětí s PAS. Za potřebnou pokládáme interdisciplinaritu speciálního pedagoga a rodiče s logopedem. V této oblasti nacházíme, zejména u speciálních pedagogů, alarmující výpovědi. V případě zmíněných odborníků pouze 2 lidé (1,59 %) deskripují tuto položku, procentuálně vyšší reprezentaci evidujeme ale u rodičů dětí s PAS hovořících o tom, že 16 rodičů z 19 je v kontaktu s daným specialistou. Nesmíme také opomenout kooperaci s pediatrem, kterou pokládáme za bázi včasné diagnostiky, diferenciální diagnostiky a rané intervence. Bohužel i v této sféře musíme poukázat na podstatné nedostatky. S pediatrem spolupracuje pouze 5 klinických logopedů a 10 speciálních pedagogů. Navíc za velice negativní výpovědní hodnotu považujeme 10 odpovědí od klinických logopedů udávajících, že neudržují kontakt s žádným specialistou.

Kliničtí logopedi a rodiče se v převážné většině (logopedi – 75,69 % a rodiče – 100 %) shodují na tom, že informace o problematice PAS získávali prostřednictvím samostudia. Semináře či kurzy věnující se pervazivním vývojovým poruchám absolvovalo 43 logopedů, 35 odborníků nabylo znalosti při studiu na vysoké škole a 10 logopedů udává absenci informovanosti vztahující se k tomuto postižení. I přes velice nízkou reprezentaci (15,79 % a 10,53 %) uvádějí někteří rodiče psychiatra, speciálního pedagoga a neurologa jako zdroje informovanosti o problematice PAS. Logopeda deskripuje pouze jeden respondent. K opodstatněnosti logopedické intervence se v 90,28% prezenci přiklání kliničtí logopedi, v četnostně nižší převaze (70,63 %) i speciální pedagogové a plně početní preferenci uvádí rodiče dětí s PAS. Podíváme-li se na kvantitativní indikátor klientely s PAS v péči logopedů, nacházíme její nadpoloviční převahu u klinických logopedů (55,56 %) a téměř kongruentní výpovědní aspekt u speciálních pedagogů (54,76 %). Zaměříme-li se na data získaná od rodičů dětí s PAS, evidujeme realizaci logopedické intervence u 16 jedinců z celkového počtu 19. Spokojenost s logopedickou péčí je speciálními pedagogy suplována primárně neutrálním stanoviskem (škála 3 Likertova typu) s mírnou inklinací k pozitivním referencím (30,43 %). Bohužel ale také nacházíme negativní posudky (10,14 %) hovořící o absenci rezultátů logopedické

intervence či o minimálních pokrocích neúměrných době její realizace. U rodičů dětí s PAS dominuje polovina respondentů přiklánějících se ke kladnému hodnocení a druhá polovina zaujímá postoj záporný.

Závěrem lze konstatovat, že deficitní oblasti a prostor pro řešení detekovaných nedostatků nacházíme v početně nedostatečně uspokojivé spolupráci klinických logopedů a speciálních pedagogů s pediatrem, s psychologem a také ve vzájemné kooperaci logopedů se speciálními pedagogy. Současně pokládáme za alarmující insuficientní zdroj vědomostí zastoupený institucí vysokých škol. Evidujeme rovněž absenci či aberace v předávání informací rodičům dětí s PAS jednotlivými odborníky (pediatry, psychology, speciálními pedagogy apod.). Za negativní ukazatel musíme taktéž pokládat reflexi specialistů udávající absolutní absenci znalostí ve zkoumané sféře a na posledním místě je nezbytné, vzhledem k nenahraditelnému postavení logopedické intervence u osob s PAS, akcentovat na nedostatečnou kvantitu osob s PAS, u níž je realizovaná logopedická intervence.

VERIFIKACE HYPOTÉZ

Na základě výzkumných cílů jsme formulovali výzkumné předpoklady a výzkumné hypotézy, které byly následně stylizované na hypotézy statistické – nulové H_0 a alternativní H_A. Za účelem jejich verifikace jsme aplikovali Test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku a Test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku. Pracovali jsme na hladině významnosti 0,05; 0,01 a 0,001.

Hypotéza 1.

Kliničtí logopedi, kteří mají v péči osoby s poruchou autistického spektra, vykazují vyšší základní znalost problematiky PAS na rozdíl od klinických logopedů, kteří klienty s tímto typem postižení v péči nemají.

H1$_0$: Mezi základní znalostí problematiky poruch autistického spektra a přítomností této klientely v péči klinických logopedů není statisticky významný rozdíl.
H1$_A$: Mezi základní znalostí problematiky poruch autistického spektra a přítomností této klientely v péči klinických logopedů je statisticky významný rozdíl.

Pro evaluaci dané vědomostní položky (položka dotazníku č. 2) byla stanovena hodnotící kritéria, která jsou segmentována do dílčích kategorií: *dostatečná*, *částečná*, *nedostatečná*.

Za dostatečnou odpověď jsme považovali:

1 Základní specifikace poruchy – pervazivní, vývojová, neurovývojová, všepronikající, neurobiologická porucha, zastřešující termín pro pervazivní vývojové poruchy, neurovývojové onemocnění apod.
2 Vyjmenování či případná bližší deskripce základní diagnostické triády – deficit v reciproční sociální interakci, v komunikaci a imaginaci – ve specifických symptomech, případně uvést i symptomy nespecifické (aberace ve smyslové recepci, obtíže v motorice, se spánkem, problémy s přijímáním potravy apod.).

Za částečnou odpověď jsme považovali:

1. Absenci prvního nebo druhého bodu v kritériích pro dostatečnou odpověď.
2. Absenci některé z oblasti základní diagnostické triády.

Za nedostatečnou odpověď jsme považovali:

1 Odpovědi, které byly v disproporci s výše uvedenými kritérii.

Statistická metoda: Test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku

Pozorované četnosti

	mají v péči	nemají v péči	součty
dostatečná	28	20	48
částečná	34	15	49
nedostatečná	8	23	31
součty	70	58	128

Teoretické četnosti

	mají v péči	nemají v péči	součty
dostatečná	26,25	21,75	48,00
částečná	26,80	22,20	49,00
nedostatečná	16,95	14,05	31,00
součty	70,00	58,00	128,00

Schéma pro Chí-kvadrát

	mají v péči	nemají v péči	součty
dostatečná	0,12	0,14	0,26
částečná	1,94	2,34	4,27
nedostatečná	4,73	5,71	10,43
součty	6,78	8,18	14,97

C
0,324
K
0,342

$$\chi^2 = \frac{(P-O)^2}{O}$$

Chí-kvadrát = 14,965

alfa	Chi2	**14,965**
0,05	Chi2-krit	**5,991**
0,01	Chi2-krit	**9,210**
0,001	Chi2-krit	**13,816**

Hypotézu HO zamítáme na hladině statistické významnosti 0.05
Hypotézu HO zamítáme na hladině statistické významnosti 0.01
Hypotézu HO zamítáme na hladině statistické významnosti 0.001

Na základě výsledků aplikované statistické metody Test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku a na bázi komparace vypočítané hodnoty s hodnotou kritickou musíme nulovou hypotézu zamítnout a přijmout hypotézu alternativní. Potvrzujeme tedy výzkumnou hypotézu pojednávající o tom, že kliničtí logopedi, kteří mají v péči osoby s poruchou autistického spektra, vykazují vyšší základní znalost problematiky PAS na rozdíl od klinických logopedů, kteří klienty s tímto typem postižení v péči nemají.

Hypotéza 2.

Kliničtí logopedi, kteří mají základní povědomí o problematice PAS, uplatňují interdisciplinární přístup, na rozdíl od klinických logopedů, jež nemají základní povědomí o této problematice.

$H2_0$: Mezi znalostí problematiky poruch autistického spektra a preferencí interdisciplinárního přístupu k osobám s PAS není statisticky významný rozdíl.

$H2_A$: Mezi znalostí problematiky poruch autistického spektra a preferencí interdisciplinárního přístupu k osobám s PAS je statisticky významný rozdíl.

Statistická metoda: Test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku

Pozorované četnosti

	dostatečná znalost	nedostatečná znalost	součty
spolupracují	23	5	28
nespolupracují	5	3	8
součty	28	8	3

Teoretické četnosti

	dostatečná znalost	nedostatečná znalost	součty
spolupracují	21,78	6,22	28,00
nespolupracují	6,22	1,78	8,00
součty	28,00	8,00	36,00

Schéma pro Chí-kvadrát

	dostatečná znalost	nedostatečná znalost	součty
spolupracují	0,02	0,08	0,11
nespolupracují	0,08	0,29	0,38
součty	0,11	0,38	**0,485**

FI =
0,116

$$\chi^2 = n \cdot \frac{(ad-bc)^2}{(a+b)\cdot(a+c)\cdot(b+d)\cdot(c+d)}$$

Chí-kvadrát = 0,485

alfa	Chi2	**0,485**
0,05	Chi2-krit	**3,841**
0,01	Chi2-krit	**6,635**
0,001	Chi2-krit	**10,828**

Hypotézu HO přijímáme na hladině statistické významnosti 0.05
Hypotézu HO přijímáme na hladině statistické významnosti 0.01
Hypotézu HO přijímáme na hladině statistické významnosti 0.001

Na základě výsledků aplikované statistické metody Test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku a na bázi komparace vypočítané hodnoty s hodnotou kritickou musíme nulovou hypotézu přijmout a tím zamítnout hypotézu alternativní. Zamítáme tedy výzkumnou hypotézu pojednávající o tom, že kliničtí logopedi, kteří mají základní povědomí o problematice PAS uplatňují interdisciplinární přístup na rozdíl od klinických logopedů, jež nemají základní povědomí o této problematice.

Hypotéza 3.

Kliničtí logopedi s praxí kratší než 10 let získávají informace o problematice PAS při studiu na vysoké škole na rozdíl od klinických logopedů, kteří uvádějí praxi delší než 10 let.

H3$_0$: Mezi klinickými logopedy, jejichž praxe v oboru je kratší než 10 let a zároveň mezi těmi, kteří mají praxi delší než 10 let a získáváním informací o problematice poruch autistického spektra při studiu na vysoké škole není statisticky významný rozdíl.

H3$_A$: Mezi klinickými logopedy jejichž praxe v oboru je kratší než 10 let a zároveň mezi těmi, kteří mají praxi delší než 10 let a získáváním informací o problematice poruch autistického spektra při studiu na vysoké škole je statisticky významný rozdíl.

Statistická metoda: Test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku

Pozorované četnosti

	získávají info. na VŠ	nezískávají info. na VŠ	součty
kratší než 10 let	35	43	78
delší než 10 let	1	65	66
součty	36	108	144

Teoretické četnosti

	získávají info. na VŠ	nezískávají info. na VŠ	součty
kratší než 10 let	19,50	58,50	78,00
delší než 10 let	16,50	49,50	66,00
součty	36,00	108,00	144,00

Schéma pro Chí-kvadrát

	získávají info. na VŠ	nezískávají info. na VŠ	součty
kratší než 10 let	11,54	3,85	15,38
delší než 10 let	13,64	4,55	18,18
součty	25,17	8,39	**33,566**

FI =
0,483

$$\chi^2 = n \cdot \frac{(ad-bc)^2}{(a+b)\cdot(a+c)\cdot(b+d)\cdot(c+d)}$$

Chí-kvadrát = 33,566

alfa	Chi2	**33,566**
0,05	Chi2-krit	**3,841**
0,01	Chi2-krit	**6,635**
0,001	Chi2-krit	**10,828**

Hypotézu HO zamítáme na hladině statistické významnosti 0.05
Hypotézu HO zamítáme na hladině statistické významnosti 0.01
Hypotézu HO zamítáme na hladině statistické významnosti 0.001

Na základě výsledků aplikované statistické metody Test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku a na bázi komparace vypočítané hodnoty s hodnotou kritickou musíme nulovou hypotézu zamítnout a přijmout hypotézu alternativní. Potvrzujeme tedy výzkumnou hypotézu pojednávající o tom, že kliničtí logopedi s praxí kratší než 10 let získávají informace o problematice PAS při studiu na vysoké škole na rozdíl od klinických logopedů, kteří uvádějí praxi delší než 10 let.

Hypotéza 4.

Kliničtí logopedi, kteří mají v péči osoby s poruchou autistického spektra bez ohledu na délku jejich praxe preferují v rámci logopedické intervence strukturovaný přístup.

$H4_0$: Mezi klinickými logopedy, kteří mají v péči osoby s poruchou autistického spektra a jejichž praxe v oboru je kratší než 10 let, zároveň mezi těmi, kteří mají praxi delší než 10 let, není statisticky významný rozdíl v aplikaci strukturovaného přístupu v rámci logopedické intervence.

$H4_A$: Mezi klinickými logopedy, kteří mají v péči osoby s poruchou autistického spektra, jejichž praxe v oboru je kratší než 10 let, a zároveň mezi těmi, kteří mají praxi delší než 10 let, je statisticky významný rozdíl v aplikaci strukturovaného přístupu v rámci logopedické intervence.

Statistická metoda: Test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku

Pozorované četnosti

	využívají SP	nevyužívají SP	součty
kratší než 10 let	11	6	17
delší než 10 let	9	5	14
součty	20	11	31

Teoretické četnosti

	využívají SP	nevyužívají SP	součty
kratší než 10 let	10,97	6,03	17,00
delší než 10 let	9,03	4,97	14,00
součty	20,00	11,00	31,00

Schéma pro Chí-kvadrát

	využívají SP	nevyužívají SP	součty
kratší než 10 let	0,02	0,04	0,06
delší než 10 let	0,02	0,04	0,07
součty	0,04	0,08	**0,124**

FI =
0,063

$$\chi^2 = n \cdot \frac{(ad - bc)^2}{(a+b)\cdot(a+c)\cdot(b+d)\cdot(c+d)}$$

Chí-kvadrát = 0,124

alfa	Chi2	**0,124**
0,05	Chi2-krit	**3,841**
0,01	Chi2-krit	**6,635**
0,001	Chi2-krit	**10,828**

Hypotézu HO přijímáme na hladině statistické významnosti 0.05
Hypotézu HO přijímáme na hladině statistické významnosti 0.01
Hypotézu HO přijímáme na hladině statistické významnosti 0.001

Na základě výsledků aplikované statistické metody Test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku a na bázi komparace vypočítané hodnoty s hodnotou kritickou musíme nulovou hypotézu přijmout a tím zamítnout hypotézu alternativní. Přijímáme tedy výzkumnou hypotézu pojednávající o tom, že kliničtí logopedi, kteří mají v péči osoby s poruchou autistického spektra bez ohledu na délku jejich praxe, preferují v rámci logopedické intervence strukturovaný přístup.

DISKUZE

V této části disertační práce vedeme diskuzi nad získanými výsledky dotazníkového šetření od klinických logopedů, speciálních pedagogů a rodičů dětí s poruchou autistického spektra. Vycházíme z kladených výzkumných otázek, stanovených výzkumných hypotéz a opíráme se o parciální analýzy jednotlivých či komparovaných dotazníkových položek prezentovaných v příslušných kapitolách dané práce.

Hlavním cílem praktické části disertační práce bylo na základě teoretických východisek realizovat analýzu aktuálního stavu v poskytování logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra v České republice prostřednictvím reflexí tří heterogenních a důležitých skupin odborníků, která by dle nás mohla vést k holistickému náhledu na vytyčenou a zkoumanou problematiku. Nejdříve se zmíníme o návratnosti dotazníků a věkové kategorizaci respondentů. Především se ale zaměříme na realizaci logopedické intervence u klientů s poruchou autistického spektra, na znalostní sféru dané problematiky, preferenci metod v rámci intervenčních přístupů, funkčnost interdisciplinárního modelu kooperace a na další principiální oblasti.

Prostřednictvím služeb České pošty v případě klinických logopedů a speciálních pedagogů a osobním zprostředkováním u rodičů dětí s poruchou autistického spektra jsme v průběhu měsíce květen – červen 2011 distribuovali všechny tři typy dotazníků. Výsledkem je **35,29% návratnost (144 dotazníků ze 408) od klinických logopedů, 31,83% návratnost (126 dotazníků ze 396) od speciálních pedagogů a od rodičů dětí s poruchou autistického spektra jsme získali 46,34 % (19 dotazníků ze 41)**. Jako motivaci ke spolupráci byl současně s dotazníkem přikládán vlastnoručně vyrobené origami a pro zájemce nabídnuta následná elektronická distribuce doporučení pro logopedickou intervenci u osob s poruchou autistického spektra. Cestu ke kooperaci s klinickými logopedy, jež jsou stěžejními respondenty našeho výzkumného šetření, jsme hledali také formou zprostředkovaného kontaktu na setkáních klinických logopedů pod záštitou Asociace klinických logopedů České republiky, především snahou o zpřístupnění tohoto šetření na webových stránkách dané asociace. Výsledky ale nebyly bohužel ani v případě jednoho zvoleného postupu žádné. Získaná výše uvedená četnost jednotlivých dotazníků samozřejmě nedisponuje možností generalizace výzkumných dat, ale vzhledem k uskutečněnému předvýzkumu, kde byla preferována distribuce dotazníků formou

elektronickou (18% návratnost), je výsledná četnost dotazníků vyšší. Daná skutečnost poukazuje na malý zájem odborníků o participaci na výzkumném šetření. Zaměříme-li se na věk, respektive na délku profesní působnosti, můžeme říci, že **jak v případě klinických logopedů, tak u speciálních pedagogů dominovala délka jejich praxe v časovém rozmezí 0–5 let**. Lze se tedy domnívat, že daní respondenti se sami nedávno potýkali s vlastní diplomovou či disertační prací, proto motivace ke kooperaci mohla být u nich vyšší než v případě specialistů s delším odborným působením.

Ze získaných výzkumných dat je patrné, že **z celkového počtu 144 klinických logopedů má v péči osoby s poruchami autistického spektra 80 respondentů (55,56 %), přičemž průměrný počet klientů s touto diagnózou na každého odborníka, který u nich potvrdil realizaci logopedické intervence, jsou 4 osoby s PAS**, **celkem se tedy jedná přibližně o 320 jedinců**. S odkazem na Ošlejškovou (2008), Struneckou (2009), Thorovou (2007), které referují o stávající prevalenci poruch autistického spektra v České republice pohybující se v rozmezí 200 000–250 000 osob, musíme získané údaje považovat za výrazně nedostačující. Zvyšování četnosti lidí s PAS nejen v České republice, ale například i v USA (srov. např. Strunecká, 2009), o kterém shodně informuje Komárek (2010), Čáslavská (2010), a zároveň nezbytnost realizace logopedické intervence u všech klientů s diagnózou pervazivní vývojové poruchy (více viz kapitola 6 *Komunikace u osob s poruchou autistického spektra a kapitola* 7 *Logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra*) směřují ke skutečnosti, že klienti s PAS reprezentují dostatečně kvantitativně saturovanou a opodstatněnou klientelu, u níž by intervence cílená na rozvoj funkční komunikační schopnosti měla představovat důležitou a nezastupitelnou roli. Podíváme-li se na realizaci logopedické intervence na základě referencí získaných od speciálních pedagogů, můžeme téměř kongruentně vzhledem k výše uvedeným údajům říci, že **z celkového počtu 126 speciálních pedagogů udává realizaci logopedické intervence u svých klientů s PAS 69 respondentů (54,76 %). Její absenci zmiňuje 34 speciálních pedagogů (26,98 %) a neznalost potvrzuje 23 odborníků (18,25 %)**. Shodně s Pátou (2007), Richmanem (2006) a Straussovou, Knotkovou (2011) akcentujeme na významné postavení logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra, poukazujeme na potřebu její implementace a recipujeme ji jako nedílnou součást hlavních intervenčních metod u dané klientely. Z deskripovaného je evidentní, že jak v případě klinických logopedů, tak speciálních pedagogů je v mírně nadpolovičním procentuálním

zastoupení logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra uskutečňována. Uvedená data ale nemůžeme recipovat jako generalizující indikátor logopedické péče o klienty s tímto typem postižení. Musíme si být vědomi i okolností, jež znemožňují její absolutní zobecnění. Mezi primární faktory náleží především absence plné návratnosti v rámci dotazníkového šetření od klinických logopedů i speciálních pedagogů a také preference klinických logopedů. I přes to, že logopedickou péči mohou a zajisté i poskytují logopedi pracující v resortu ministerstva školství, ministerstva práce a sociálních věcí. Na tomto místě je tedy adekvátní uvést, že 80 oslovených klinických logopedů a 69 oslovených speciálních pedagogů potvrzuje aplikaci logopedické intervence u námi sledovaných klientů. Uvedenou četnost můžeme vzhledem k výše prezentovaným informacím vztahujícím se k počtu osob s PAS v České republice a opodstatněnosti její realizace, pokládat za stav nedostačující a zároveň za fakt, který vybízí k zamyšlení se nad možnými způsoby jeho řešení. **Rodiče dětí s poruchou autistického spektra vypovídají o skutečnosti, že i přes narušenou komunikační schopnost v 89,47 % je logoped vyhledán z celkového počtu 19 rodičů pouze 2 respondenty**. Co zapříčiňuje danou skutečnost, která je dle nás alarmující? Důvod je třeba spatřovat především v edukaci odborníků, v informovanosti rodičů a ve funkčnosti interdisciplinární kooperace. Na druhou stranu je možné, že k insuficientnímu kvantitativnímu ukazateli realizace logopedické intervence u osob s PAS přispívá záporný postoj spočívající a priori v obavě přijímat lidí s PAS jednotlivými logopedy. K této oblasti se vyjadřuje Jelínková (2011), která uvádí, že odborníci v jejichž kompetenci je problematika narušené komunikační schopnosti u osob s PAS často vykazují obavy, nejistotu a strach z její náročnosti, proto v mnoha případech péči odmítají. K dané skutečnosti se vyjadřuje také Wernerová (2011), která zkoumala v Izraeli postoje k problematice autismu u 42 studentek z oborů sociální práce, pedagogiky, ošetřovatelství, ergoterapie a logopedie (klinického směru). I přesto, že oslovené respondentky vnímaly práci s osobami s poruchou autistického spektra jako obohacující, důležitou, obtížnou a frustrující, současně ji označovaly jako vyzývající k osobnostnímu i profesionálnímu rozvoji. Studentky hodnotily jako důležité naučit se odolávat stigmatizujícím předsudkům o autismu a akcentovaly význam teoretického i praktického znalostního rozvoje již během pregraduálního studia.

Předpokladem aplikované, rané a funkční logopedické intervence je dle nás její včasné doporučení jednotlivými odborníky (primárně pediatry). Jedná se tedy o preferenci

interdisciplinárního přístupu, který může podstatným způsobem ovlivnit její realizaci a tím přispět k rozvoji komunikační schopnosti, jejíž deficit je dominantním a specifickým symptomem klinického obrazu poruch autistického spektra. Z tohoto důvodu jsme se v dotazníkovém šetření u všech tří skupin respondentů zaměřili na tuto oblast a podrobili ji detailnější analýze. **Kliničtí logopedi referují, že nejčastějším odborníkem, se kterým jsou v kontaktu, je psycholog (39,58 %), následně speciální pedagog (34,72 %) a psychiatr (20,14 %). Výrazně nižší procentuální zastoupení náleží spolupráci s psychiatrem (20,14 %), neurologem (18,06 %) a nejnižší kooperace (3,47 %) je udávána pediatrovi. Také jsme evidovali 10 odpovědí (6,94 %), které vypovídaly o absenci spolupráce s jakýmkoli odborníkem.** Vzhledem k tomu, že klinický psycholog a psychiatr jsou odborníci kompetentní diagnostikovat poruchu autistického spektra, předpokládali bychom, že v rámci preference interdisciplinárního přístupu, budou tito specialisté zaujímat primární a dostatečně kvantitativně saturovanou četnost. I přes to, že psycholog zaujímá z referovaných odborníků dominantní deskripci, musíme jeho detekci pokládat za nedostatečnou. Homogenní stanovisko zaujímáme samozřejmě i v případě psychiatra a deficitní oblast nacházíme i u speciálního pedagoga, který je s osobou s PAS a jejich rodiči vzhledem k ostatním výše uvedeným odborníkům v nejfrekventovanějším kontaktu. Výsledky výzkumného šetření dále poukazují, že se speciálním pedagogem je v kontaktu pouze 50 klinických logopedů a za negativní musíme pokládat data vypovídající o minimální součinnosti klinického logopeda s pediatrem. **Domníváme se, že jedním z faktorů přispívajících k nedostatečné realizaci logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra je deficit v interdisciplinární kooperaci pediatra se speciálním pedagogem**. Odborného lékaře, pediatra, pokládáme za odborníka, který včasnou detekcí specifických deficitů dotýkajících se především sociální interakce, imaginace a komunikace může podmínit ranou diagnostiku a včasně indikovanou terapii, tedy i logopedickou intervenci. K negativnímu výpovědnímu stanovisku musíme inklinovat i v případě 10 odpovědí reflektujících nepřítomnost spolupráce s žádným specialistou. **Pocítí-li speciální pedagog potřebu konzultace problematiky poruch autistického spektra, většina respondentů (85,71 %) by oslovila opět svého kolegu – speciálního pedagoga. Další, ale četnostně významně nižší hodnota (45,24 %) je charakteristická pro psychologa a 19,05 % je specifických pro neurologa. Nižší četnost odpovědí vypovídá o případné spolupráci s psychiatrem (12,7 %), pediatrem**

(7,94 %) a pedagogem (5,56 %). S logopedem by spolupracovali pouze dva speciální pedagogové (1,59 %) a za negativní výpovědní hodnotu (14,29 %) musíme považovat skutečnost vypovídající o absenci spolupráce s odborníkem. Shodně s daty získanými od klinických logopedů musíme i na tomto místě prezentovat, že deficitní bázi v poskytování logopedické intervence shledáváme v nedostatečné až absentující spolupráci s důležitými odborníky, primárně s pediatrem, logopedem, psychologem, speciálním pedagogem a psychiatrem. Výpovědi speciálních pedagogů referujících o tom, že pouze dva z nich preferují kontakt s logopedem, mohou být do jisté míry projevem nedostatečné znalosti problematiky narušené komunikační schopnosti osob s PAS u daných odborníků. **V nejvyšší míře (84,21 %) se rodiče při znepokojení s vývojem svého dítěte obrátí na pediatra, dále v nadpoloviční prezenci (52,63 %) na psychologa a v 47,37 % na neurologa. Se speciálním pedagogem se zkontaktovali 4 rodiče (21,05 %) a pouze 2 rodiče vyhledali logopeda, psychiatra a pedagoga**. Podstatnou diskrepanci shledáváme v tom, že i přes primární vyhledání pediatra, adekvátní informace o problematice poruch autistického spektra a kontakty na další odborníky v potřebné kvantitě i kvalitě bohužel od něj rodiče nezískají. Otázkou tedy zůstává, jak by bylo možné řešit tuto evidentně deficitní oblast (blíže viz kapitola 8.9 *Doporučení pro oblast teorie a praxe speciální pedagogiky*). Shrneme-li problematiku interdisciplinární spolupráce, můžeme konstatovat, že o nedostatcích v dané sféře referují kliničtí logopedi, speciální pedagogové i rodiče dětí s PAS. Evidujeme ji u všech odborných profesí s markantním deficitem vztahujícím se k odbornosti pediatra. Opodstatněnost k akcentaci na řešení této problematiky vidíme také v zamítnutí námi stanovené hypotézy číslo dva (viz kapitola 8.7 *Verifikace hypotéz*). Na základě statistické verifikace můžeme potvrdit, že deficity v preferenci interdisciplinárního přístupu evidujeme u oslovených respondentů bez ohledu na jejich základní povědomí o problematice poruch autistického spektra. Vyvstává tedy otázka, jak hluboké, do jaké míry zevrubné a od koho odborníci znalosti o problematice poruch autistického spektra získávají a případně jak inkorporují teoretické vědomosti do své odborné působnosti.

Dostatečná znalost problematiky poruch autistického spektra, jak jsme se zmínili již výše, je primárním indikátorem vedoucím k vhodnému přístupu k lidem s tímto typem postižení a k poskytnutí adekvátních informací nejen rodičům dětí s PAS, ale i ostatním odborníkům. Na tuto oblast jsem se zaměřili v dotazníkovém šetření u klinických logopedů a diferencovali ji do tří položek pojednávajících o základním povědomí o problematice

poruch autistického spektra, znalosti diagnostických jednotek spadajících dle MKN–10 do pervazivních vývojových poruch a na orientaci v primární aberaci zasahující narušenou komunikační schopnost. Pro kategorizaci první a druhé vědomostní položky jsme stanovili hodnotící kritéria (viz podkapitola 8.5.1 *Analýza výsledků dotazníkového šetření pro klinické logopedy*). Po analýze dílčích znalostních dat docházíme k tomu, že **znalost základního vymezení problematiky poruch autistického spektra se pohybuje v mírné převaze u hodnoty částečná (34,03 %) vzhledem ke kategorii dostatečná (33,33 %). Nedostatečné povědomí o této oblasti jsem evidovali u 31 klinických logopedů (21,53 %). Deskripované hodnoty nejsou výrazně diferentní, proto nemůžeme hovořit o zásadní dominanci žádného stanoveného kriteriálního hodnocení**. Předpokládáme, že vzhledem k implementaci problematiky poruch autistického spektra v rámci předatestační přípravy klinických logopedů a nedávno absolvovaného studia na vysoké škole, by dostatečnou znalost měli vykazovat primárně kliničtí logopedi, jejichž délka praxe je v časovém rozmezí 0–5 let. Výsledky dotazníkového šetření ale poukazují na skutečnost, že kliničtí logopedi jejichž odborná působnost spadá do výše vymezeného období, vykazují dostatečnou znalost základní specifikace poruch autistického spektra v četnosti 19 odpovědí z 53 respondentů (35,85 %). Nedostatečná znalost vytyčené oblasti zaujímá téměř homogenní výpovědní hodnotu prezentovanou počtem 18 klinických logopedů (33,96 %), proto nemůžeme výše stanovenou domněnku přijmout. Za důležité považujeme upozornit na významnou korelaci mezi základní vědomostní orientaci v PAS a aktivní angažovanosti na logopedické péči o tyto klienty. Stanovená hypotéza spočívající v tom, že kliničtí logopedi, kteří mají v péči osoby s poruchou autistického spektra vykazují lepší základní znalost problematiky PAS na rozdíl od klinických logopedů, kteří klienty s tímto typem postižení v péči nemají, byla statistickou metodou potvrzena a tím i přijata. Můžeme tedy předpokládat, že kliničtí logopedi, kteří uskutečňují intervenci u těchto osob, získají základní povědomí o dané problematice buď na základě praktických zkušeností, nebo je kontakt s lidmi s tímto postižením motivuje k dalšímu studiu či účasti na odborných kurzech a seminářích. **Zaměříme-li se na orientaci v dílčích diagnostických kategoriích poruch autistického spektra, nacházíme převahu námi stanoveného kritéria dostatečná znalost (55,56 %) vzhledem ke kategorii částečná (17,36 %) a nedostatečná (16,67 %)**. S ohledem na první vědomostní položku můžeme na tomto místě vidět podstatnější diferenci v uvedených kriteriálních hodnoceních. Dominantní pozici

zaujímá dostatečná znalost, což můžeme považovat za výsledek pozitivní. Zároveň je potřeba zmínit přítomnost překonaných (infantilní autismus či Kannerův autismus, 11,81 %) a nesprávných (autistické rysy, 13,39 %) termínů. **Za nejvíce deficitní jazykovou rovinu pokládají kliničtí logopedi aberace v pragmatické jazykové rovině (70,83 %). Morfologicko-syntaktická jazyková rovina je prezentována četností 27,78 % a v případě foneticko-fonologické jazykové roviny nacházíme hodnotu 15,97 %**. Lze konstatovat, že v převážné míře oslovení respondenti správně detekují primární aberenci v narušené komunikační schopnosti, současně je ale nezbytné rovněž upozornit na prezenci foneticko-fonologické jazykové roviny, kterou deskripovalo 23 klinických logopedů. Referenci dané oblasti jako primárně insuficientní je třeba recipovat jako neznalost bazální problematiky narušené komunikační schopnosti a můžeme předpokládat, že daní respondenti nemohou zaujímat adekvátní přístup k osobám s PAS.

Abychom mohli vytvořit globální náhled na znalostní sféru problematiky poruch autistického spektra, potřebujeme také zmapovat, zda a případně jakým způsobem respondenti získávají informace o této oblasti. **Tři čtvrtiny klinických logopedů (75,69 %) získává informace o problematice PAS primárně prostřednictvím samostudia odborné literatury. Účast na odborném semináři či kurzu reflektuje 29,86 % a při studiu na vysoké škole se s danou problematikou setkalo 24,31 % dotazovaných. Bohužel jsou ale přítomny také odpovědi poukazující na okolnost, že 10 odborníků (0,69 %) informace o této problematice dosud nezískalo**. Na tomto místě je nezbytné podotknout, že i přes skutečnost poukazující na převahu samostudia a relativně významně saturované absence informovanosti, evidujeme v současné době velké množství vzdělávacích seminářů a kurzů věnujících se problematice poruch autistického spektra i konkrétně komunikaci u jedinců s touto diagnózou (například Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, Asociace pomáhající lidem s autismem – APLA Praha či sdružení Quip a další). Otázkou tedy zůstává, jak motivovat odborníky k získávání dalších důležitých vědomostí. V rámci této oblasti jsme si kladli otázku, zda souvisí získávání informací o problematice PAS na vysoké škole s délkou praxe těchto odborníků. Na jejím základě jsme si stanovili výzkumnou hypotézu (hypotéza číslo 3 viz kapitola 8.7 *Verifikace hypotéz*). Po statistické verifikaci docházíme k jejímu potvrzení a lze tedy konstatovat, že kliničtí logopedi s odbornou praxí kratší než 10 let získávají informace o zkoumané oblasti při studiu na vysoké škole na rozdíl od logopedů, kteří evidují delší

odborné působení. Příčina dle nás spočívá především v aktuálnosti problematiky poruch autistického spektra, kterou reflektuje bohatá distribuce tuzemské, zahraniční literatury či realizace výzkumných šetření a z toho vyplývající implementace dané problematiky do anotací studijního programu speciální pedagogika a příslušných studijních oborů včetně logopedie v rámci vyučovaných předmětů (například základy speciální pedagogiky, poradenství, psychopedie, logopedie apod.). V dotazníkovém šetření pro rodiče dětí s PAS jsme si také stanovili za úkol zmapovat zdroj informovanosti o problematice PAS. **Hlavním informačním pramenem se pro rodiče dětí s PAS stává samostudium odborné literatury. Speciální pedagog a psychiatr poskytl sdělení týkající se této oblasti pouze 3 respondentům, neurolog 2 dotazovaným a v případě pedagoga, logopeda a psychologa reflektoval tuto skutečnost jen 1 rodič**. I přes to, že vzhledem k nedostatečně kvantitativnímu vzorku respondentů nemůžeme získaná data pokládat za generalizující, vnímáme deskripované údaje za negativní. I na tomto místě apelujeme na roli pediatra, na něhož se se svým znepokojením obrátilo 84,21 % respondentů, ale z 19 rodičů bohužel žádný potřebné informace nezískal.

Aby byla realizovaná logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra funkční, je nezbytná vhodná selekce a aplikace speciálně-intervenčních metod. **K nejčastěji aplikovaným metodám, které kliničtí logopedi v rámci logopedické intervence preferují, je strukturovaný přístup (73,81 %), TEACCH program (19,05 %) a Son Rise přístup (16,67 %). V nejmenším počtu je uváděna ABA terapie (0,02 %)**. Strukturovaný přístup je metoda, která vychází a respektuje specifické potřeby jedinců s PAS, proto reference týkající se jejího uplatnění zastoupeného téměř ve třech čtvrtinách, vnímáme za výsledek kladný. Danou skutečnost nám potvrzuje statisticky verifikovaná a přijatá výzkumná hypotéza hovořící o tom, že kliničtí logopedi, kteří mají v péči osoby s poruchou autistického spektra bez ohledu na délku jejich praxe, preferují v rámci logopedické intervence strukturovaný přístup. Nemůžeme ale opomenout prezenci Son Rise přístupu, který nepokládáme za primárně vhodnou a jedinou intervenční metodu.

Shrneme-li uvedená fakta, spatřujeme deficitní oblast v poskytování logopedické intervence již ve fázi předcházející její realizaci – v aktivní angažovanosti pediatrů na poskytování relevantních informací rodičům. Dále pokládáme za nedostačující a ne plně funkční participaci pediatra na kooperaci s ostatními odborníky, v našem případě primárně s logopedy. Jak jsem uvedli již výše, vnímáme dané okolnosti za oblast, jejíž řešení by

mohlo vést ke zvýšení včasné indikace logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra. Pokud budou logopedi v dostatečné míře seznámeni s touto problematikou, můžeme danou cestou přispět rovněž k včasnému budování funkční komunikace.

DOPORUČENÍ PRO OBLAST TEORIE A PRAXE SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

Na základě analýzy dílčích položek dotazníkového šetření pro klinické logopedy, speciální pedagogy, rodiče dětí s poruchou autistického spektra a zároveň na podkladě výsledků získaných z kapitol věnujících se shrnutí, komparaci a diskuzi formulujeme na tomto místě doporučení pro oblast teorie a praxe speciální pedagogiky.

Doporučení diferencujeme do dílčích oddílů směřovaných jak k nejširší veřejnosti, tak následně k akademickým pracovníkům, studentům příslušných oborů a jednotlivým odborníkům.

2 Doporučení směrem k veřejnosti

Za nezbytnou pokládáme osvětovou činnost cílenou k nejširší veřejnosti. Její realizace uskutečněná prostřednictvím osvětových seminářů, vstupů v rámci televizního či rádiového přenosu nebo formou publikace článků v odborných, populárně vědeckých časopisech či periodikách zaměřených na životní styl, volný čas apod. může vhodným způsobem poskytnout veřejnosti přístupné informace týkající se specifických i nespecifických projevů, edukačních i terapeutických možností u osob s poruchou autistického spektra. Danou cestou mohou být rovněž zpřístupněny informace vztahující se ke specifikám narušené komunikace či k doporučení, jak s jedincem s touto diagnózou komunikaci iniciovat, vést a ukončit. Srozumitelným způsobem lze danou formou předat informace o možnostech alternativní a augmentativní komunikace a tím předejít dezinterpretaci, přispět k pochopení konkrétní situace a dopomoci k zapojení se do konverzace. Příkladem může být každoročně odborně tematicky organizovaný filmový festival AFO (Akademia film Olomouc), kde byla v dubnu 2010 věnována hlavní linie problematice poruch autistického spektra (např. Mgr. Alena Říhová vedla odbornou diskuzi cílenou na problematiku narušené komunikační schopnosti na základě prezentovaných dokumentů „A jako autismus“ a „Děti hvězd“)

3 Doporučení směrem k akademickým pracovníkům

Za důležitou považujeme aktivní participaci garantů jednotlivých studijních oborů na inkorporaci problematiky poruch autistického spektra do akreditačních spisů a následně do anotací vyučovaných předmětů jak všeobecného základu (například Základy speciální

pedagogiky, Poradenství, Speciálněpedagogické diagnostické metody apod.), tak úzce zaměřených předmětů (Logopedie, Psychopedie, Kombinované vady apod.). Zmíněná skutečnost by se neměla týkat jen studentů speciálněpedagogických vědních disciplín (např. na Ústavu speciálněpedagogických studií je tato oblast dostatečně saturována: více například viz http://www.uss.upol.cz/cz/anotace/), ale za důležitou ji pokládáme rovněž u studentů společenskovědních disciplín, například psychologie, sociologie, sociální práce apod. Nepostradatelnou se stává výuka předmětů zaměřených na problematiku poruch autistického spektra – kromě dostatečné znalosti klinického obrazu PAS, orientace v diagnostických metodách a intervenčních přístupech, tak rovněž ve znalosti zásad přístupu k jedinci s PAS a jejich komunikačních specifik, u studentů lékařských fakult – konkrétně tedy studentů všech oborů lékařství, fyzioterapie, ergoterapie, ošetřovatelství apod. Integrace zmíněné problematiky by měla prostupovat nejen prezenčním studiem, ale měla by se stát také nedílnou součástí studia kombinovaného a celoživotního vzdělávání. Inkorporovaný předmět nebo přednášky v rámci vyučovaného předmětu by měly mít přesah speciálněpedagogického pohledu na osoby s poruchou autistického spektra a upřednostňovat holistický náhled na danou problematiku také z aspektu medicínského, sociálního, pracovněprávního při zachování akcentace na interdisciplinární kooperaci všech angažovaných odborníků (včetně rodičů a příbuzných).

Jako pozitivní shledáváme výzkumnou, publikační a přednáškovou působnost akademických pracovníků. Realizace výzkumných šetření vztahujících se k problematice poruch autistického spektra má velký význam svými novými a aktuálními poznatky pro obohacení současné vědy. Jejich následná distribuce (odborné články, reference příspěvků na konferencích, na setkání odborníků či rodičů apod.) mezi širokou veřejnost, studenty a odborníky může přispět k poskytnutí adekvátních informací a vyvrácení mýtů, se kterými se i v současné době vzhledem k této problematice setkáváme (např. ŘÍHOVÁ, A. *Co by měl zdravotník vědět o PAS*. In Sestra, Praha: Mladá fronta, 2011. č. 4/2011, ročník 21. s. 23–24. ISSN 1210-0404. ŘÍHOVÁ, A. a kol. ŘÍHOVÁ, A. *Komunikace zdravotníků s klientem s poruchou autistického spektra*. In Sestra, Praha: Mladá fronta, 2010. ISSN 1210-0404. ŘÍHOVÁ, A.; VITÁSKOVÁ, K. *Logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra (odborná publikace pro logopedy)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-2908-3.)

4 Doporučení směrem k logopedům

Jedním z hlavních determinantů formujících logopedickou intervenci u osob s poruchou autistického spektra je znalostní sféra dané problematiky. Teoretický základ by logopedi měli získat při studiu na vysoké škole, ale vzhledem k akcelerujícím poznatkům ve zkoumané oblasti předpokládáme, že aktivní participace na získávání vědomostí je celoživotní záležitostí. Doporučujeme tedy jak studium tuzemské a zahraniční literatury, tak účast na vzdělávacích kurzech, seminářích věnujících se problematice poruch autistického spektra a primárně narušené komunikační schopnosti u této klientely. Již v předcházejících částech disertační práce byla akcentována důležitost interdisciplinární spolupráce a zdůrazněna její role vzhledem ke globálnímu náhledu na osobu s PAS. K včasné realizaci logopedické intervence a nezbytné kooperaci s pediatrem, jehož role je vzhledem k iniciaci této péče podstatná, může logoped prostřednictvím své aktivní angažovanosti zásadním způsobem přispívat. Cestu vidíme ve **z**prostředkování informací (prostřednictvím odborných seminářů, osvětové publikace či informačních letáků umístěných do ordinace lékaře) o problematice ontogeneze řeči a specifik narušeného vývoje řeči u dětí s pervazivní vývojovou poruchou (např. ŘÍHOVÁ, A. a kol. *Poruchy autistického spektra (pomoc pro rodiče dětí s PAS).* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2677-8). Tímto způsobem lze docílit nejen edukační působnost na pediatra, ale také zajistit přímý přístup ke kontaktům na ostatní logopedy, což je základním předpokladem časné realizace logopedické intervence a jejich funkční interdisciplinární spolupráce.

Včetně znalostní orientace a profesní kooperace je předpokladem efektivní logopedické intervence také organizační uspořádání, vybavení ordinace a výběr pomůcek (blíže viz kapitola 9 *Doporučení pro logopedickou intervenci u osob s poruchou autistického spektra*). Na tomto místě doporučujeme, aby daný odborník uvážlivě vybíral pomůcky k realizaci logopedické intervence a respektoval specifika potřeb osob s touto diagnózou.

5 Doporučení směrem k ostatním odborníkům (pediatrům, psychiatrům, psychologům, speciálním pedagogům apod.)

Na prvním místě musíme opět uvést znalost problematiky poruch autistického spektra. Bez dostatečné edukace získané nejen při studiu na vysoké škole, ale také prostřednictvím absolvování vzdělávacích kurzů a seminářů se domníváme, že ani přístup k osobám s PAS nemůže být správný a adekvátní. Za nezbytné dále pokládáme podporovat

spolupráci s kolegy, rodiči dětí s PAS a dalšími odborníky z oblasti speciální pedagogiky, psychologie, medicíny apod. a motivovat jednotlivé odborníky k prezentaci vlastních zkušeností či výzkumných šetření na konferencích, v odborných periodikách či publikacích. Předpokládáme, že reference o zážitcích z praxe a vzájemná výměna informací by mohla směřovat k hlubšímu zájmu o tuto problematiku a k uvědomění si přínosů reciproční kooperace.

6 Doporučení směrem k rodičům

Rodiče dětí s PAS mají nárok na získávání dostatečně kvalitních informací o problematice poruch autistického spektra od jednotlivých odborníků. Tento zdroj vědomostí by měl být primární a odkazy na další zdroje vědomostí (odborná literatura, webové stránky, kontakty na sdružení, na odborníky apod.) jejich následným přirozeným vyústěním. Za důležitou pokládáme korekci a správné nasměrování v případě inklinace k metodám, jež by mohly být pro dítě a jeho rodinu nevhodné a neefektivní. Nezbytná je samozřejmě psychická podpora, povzbuzení, uznání a zprostředkování kontaktů na rodiče dětí se stejnou diagnózou.

ZÁVĚR

Předložená disertační práce si stanovila za hlavní cíl rozšířit jak v teoretické, tak praktické rovině aktuální stav poznatků týkajících se primárně narušené komunikační schopnosti a logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra. Úkolem praktické části této práce byla realizace analýzy aktuálního stavu poskytované logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra v České republice a vytvoření doporučení pro logopedy směřovaného k péči daného odborníka o klienty s touto diagnózou. Hlavním motivem se stala absence tuzemského výzkumného šetření, které by mapovalo stávající situaci, a zároveň nepřítomnost práce, jež by globálním způsobem seznamovala se specifiky logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra.

V teoretické části jsem se věnovali nejen základnímu vhledu do zkoumané problematiky – terminologickému vymezení poruch autistického spektra, jejich klasifikací, ale i symptomatologii, etiologii, diagnostice, terapeutickým a edukačním přístupům k jedincům s daným postižením. Snažili jsme se o kvantitativní vyváženost dílčích kapitol, podkapitol a usilovali o aktuální a holistický náhled na zkoumanou problematiku. Vzhledem k zaměření disertační práce byla podrobnější, a tím i rozsáhlejší deskripce věnovaná specifikám komunikace osob s poruchou autistického spektra. V této části je uvedeno obecné vymezení termínů, jako je například komunikace, komunikační kompetence, narušená komunikační schopnost, dále pak specifikace narušené komunikační schopnosti u osob s PAS dotýkající se komunikace verbální, neverbální, receptivní, expresivní a jednotlivých jazykových rovin. Na tomto místě si všímáme i diferencí v ontogenezi komunikace osob s PAS vzhledem k intaktním dětem a zmiňujeme rovněž charakteristické projevy u vybraných diagnostických jednotek v rámci poruch autistického spektra.

Praktickou část disertační práce jsme se rozhodli diferencovat do dvou na sebe navazujících částí, jejichž úkolem bylo na základě teoretických východisek zmapovat aktuální situaci v poskytování logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra a po verifikovaném apelu logopedů vypracovat doporučení pro její realizaci. Analýza zkoumané oblasti byla uskutečněna ze tří heterogenních úhlů pohledu – z aspektu klinického logopeda, speciálního pedagoga a rodičů dětí s PAS. V dílčích kapitolách byl realizován rozbor jednotlivých reflexí a získaná data deskripovaná, komparovaná a

podrobena diskuzi v závěrečných kapitolách daného úseku práce. Stanovené výzkumné hypotézy, které byly verifikovány prostřednictvím Testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku a Testu nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku, se nám ve třech případech ze čtyř potvrdily. Pro přehlednou vizualizaci je daná část práce proložena sloupcovými grafy a tabulkami, jejichž seznam je deskripován v závěrečných částech disertační práce. V doporučení pro logopedickou intervenci u osob s poruchou autistického spektra jsme se zaměřili na oblasti, které považujeme při jejím uskutečnění za principiální. Z daného důvodu byl věnován prostor pro charakteristiku zásad přístupů k osobám s PAS, organizaci a vybavení logopedického pracoviště, hodnocení komunikační schopnosti, možnosti stimulace komunikace a pro další faktory významným způsobem determinujícím realizaci a průběh logopedické intervence.

Závěrem můžeme konstatovat, že narušená komunikační schopnost je dominantním a markantním specifickým symptomem klinického obrazu poruch autistického spektra. Z tohoto důvodu je angažovanost logopeda na rané logopedické intervenci cílené na rozvoj funkční komunikace principiální oblastí, jejíž funkční saturace zásadním způsobem predisponuje harmonický psychosociální vývoj jedince s poruchou autistického spektra. V disertační práci jsme usilovali jak o teoretický, tak praktický vhled do vytyčené problematiky, bylo poukázáno na deficitní oblasti a nastíněno jejich možné řešení. Narušená komunikační schopnost u osob s PAS je problematikou komplikovanou, nesmírně širokou a oblastí nabízející prostor pro další výzkumná šetření.

SEZNAM LITERATURY POUŽITÉ V DISERTAČNÍ PRÁCI

ŘÍHOVÁ, A. 2009. *Logopedická intervence u dítěte s poruchou autistického spektra*. Olomouc: Univerzita Palackého. Pedagogická fakulta. Ústav speciálněpedagogických studií. Vedoucí diplomové práce: Kateřina Vitásková.

ŘÍHOVÁ, A. a kol. 2011. *Poruchy autistického spektra (pomoc pro rodiče dětí s PAS*). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2677-8.

ŘÍHOVÁ, A.; VITÁSKOVÁ, K. *Logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra (odborná publikace pro logopedy)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-2908-3.

ASPERGER, H. 1968. *Heilpädagogik*. Wien: Springer-Verlag. Library of Congress Catalog Card Number 68-25506.

ATKINSON, R. 2003. *Psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-640-3.

ATTWOD, T. 2005. *Aspergerův syndrom. Porucha sociálních vztahů a komunikace.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-979-8.

BARON-COHEN, S.; BÖLTE, S.; FREITAG, CH. 2010. *Diagnose und Therapie von Autismus-Spektrum-Störungen: Grundlagen und Praxis.* Stuttgart: Kohlhammer. ISBN 978-3-17-020350-1.

BERANOVÁ, I.; THOROVÁ, K. 2004. Psychodiagnostika. In: HRDLIČKA, M.; KOMÁREK, V. *Dětský autismus*. Praha: Portál, s. 72–89. ISBN 80-7178-8139.

BERANOVÁ, I.; THOROVÁ, K.; HRDLIČKA, M.; PROPPER, L. 2004. Specifické diagnostické metody. In: HRDLIČKA, M.; KOMÁREK, V. *Dětský autismus*. Praha: Portál, s. 92 –107. ISBN 80-7178-8139.

BEYER, J.; GAMMELTOFT, L. 2006. *Autismus a hra.* Praha: Portál. ISBN 80-7367-157-3.

BONDY, A.; FROST, L. 2007. *Vizuální komunikační strategie v autismu.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2053-1.

BOWLBY, J. 2010. *Vazba. Teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-670-4.

BOYD, B. 2011. *Výchova dítěte s Aspergerovým syndromem*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-834-0.

BUNTOVÁ, D.; TICHÁ, E. 2009. Autizmus. In: KEREKRÉTIOVÁ, A. *Základy logopedie*. Bratislava: Univerzita Komenského, s. 257–272. ISBN 978-80-223-2574-5.

CROWLEY D., M. 2009. Autism spectrum disorders (ASD) diagnosis, therapies and thein perceived effectiveness – extract from a report of a parent survey. *Australasian College of Nutritional & Environmental Medicine Journal*. September 2009, vol. 28, no. 3, p. 11–16. ISSN 1328-8040.

ČADILOVÁ, V.; JŮN, H.; THOROVÁ, K. a kol. 2007. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem.* Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-319-2.

ĆADILOVÁ, V.; ŽAMPACHOVÁ, Z. 2008. *Strukturované učení. Vzdělávání dětí s autismem a jinými vývojovými poruchami*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-475-5.

ČÁP, J.; ČECHOVÁ, V.; ROZSYPALOVÁ, M. 1992. *Psychologie 1*. Praha: SPN. ISBN 80-04-26627-4.

DE CLERG, H. 2007. *Mami, je to člověk, nebo zvíře?* Praha: Portál. ISBN 978-7367-2355-5.

DEVITO, J., A. 2008. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2018-0.

DITTRICHOVÁ, J.; PAPOUŠEK, M.; PAUL, K. a kol. 2004. Chování *dítěte raného věku a rodičovská péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0399-8.

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

DUBIN, N. 2009. *Šikana dětí s poruchami autistického spektra*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-553-0.

DVOŘÁK, J. 2001. *Logopedický slovník.* Žďár nad Sázavou: Logopaedia Clinica. ISBN 80-902536-2-8.

EMERSON, E. 2008. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-390-1.

FERJENČÍK, J. 2000. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-367-6.

FREITAG, CH. 2008. *Autismus – Spektrum – Störungen*. München: Ernst Reinhard Verlag. ISBN 978-3-497-01900-7.

GANGALE, D. 2004. *Rehabilitace orofaciální oblasti*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0534-6.

GELDART, K. 2008. *Dětská psychoterapie a poradenství*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-476-2.

GILLBERG, CH.; PEETERS, T. 2003. *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty.* Praha: Portál. ISBN 80-7176-856-2.

GRIGORENKO, E. L.; KLIN, A.; VOLKMAR, F. 2003. Annotation: Hyperlexia: disability or superability? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Roč. 44, s. 1079–1091.

GREENSPAN, S. I.; SHANKER, S. 2007. *Der erste Gedanke. Frühkindliche Kommunikation und die Evolution menschlichen Denkens*. Hemsbach: Beltz Verlag. ISBN 978-3-407-85779-8.

HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. 2000. *Psychologický slovník.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X.

HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. 2010. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.

HAYESOVÁ, N. 2011. *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-909-5.

HEWSTONE, M.; STROEBE, W. 2006. *Sociální psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-092-5.

HORT, V.; HRDLIČKA, M.; KOCOURKOVÁ, J.; MALÁ, E. 2000. *Dětská a adolescentní psychiatrie.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-472-9.

HOWLIN, P. 2005. *Autismus u dospívajících a dospělých.* Praha: Portál. ISBN 80-7367-041-0.

HRDLIČKA, M.; KOMÁREK, V. 2004. *Dětský autismus*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-813-9.

CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.

JANOTOVÁ, D. 2006. *Psychiatrie – minimum pro praxi*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-746-1.

JANOUŠEK, J. 2007. *Verbální komunikace a lidská psychika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1594-0.

JANOVCOVÁ, Z. 2004. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Brno: Masarykova Univerzita v Brně. ISBN 80-210-3204-9.

JELÍNKOVÁ, M. 1999. *Autismus I. Problémy komunikace.* Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR. ISBN neuvedeno.

JELÍNKOVÁ, M. 2001. *Autismus V. Hra a hračka v životě dítěte s autismem.* Praha: Institut pedagogicko- psychologického poradenství ČR. ISBN neuvedeno.

JELÍNKOVÁ, M. 2010. *Autismus – pervazivní vývojové poruchy*. Praha: Autistik. ISBN neuvedeno.

JØRGENSEN, O.; HOFFMANN, K. 2009. *Asperger: Syndrom zwischen Artismus und Normalität*. München: Beltz. ISBN: 978-3-407-22112-4.

JŮN, H. 2007. Co spouští problémové chování klientů v ústavech sociální péče. In: ČADILOVÁ, V.; JŮN, H.; THOROVÁ, K. a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem.* Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-319-2.

KAUFMAN, B. 2005. *Son-Rise. Zázrak pokračuje*. Bratislava: Barracuda. ISBN 80-969237-8-1.

KEREKRÉTIOVÁ, A. 2008. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislavě. ISBN 978-80-223-2574-5.

KERN, H.; MEHLOVÁ, CH.; NOLZ, H.; PETER, M.; WINTERSPERGEROVÁ, R. 1999. *Přehled psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-426-5.

KITTEL, A. 1999. *Myofunkční terapie*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-6.

KLENKOVÁ, J. 2000. *Kapitoly z logopedie I.* Brno: Paido. ISBN 80-85931-88-5.

KLENKOVÁ, J. 2006. *Logopedie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1110-9.

KNAPCOVÁ, M. 2006. *Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS.* Praha: Institut pedagogicko- psychologického poradenství ČR. ISBN neuvedeno.

KRAHULCOVÁ, B. 2003. *Komunikace sluchově postižených*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0329-2.

KRATOCHVÍL, S. 2006. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-122-0.

KRUK-LASOCKA, J. 1994. *Z problematyki autyzmu*. Wrocław: Uniwersytet Wrocławski. ISBN 83-229-1046-0.

KUTÁLKOVÁ, D. 2002. *Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-667-5.

LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. 1998. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-195-X.

LAUDOVÁ, L. 2003. Alternativní a augmentativní komunikace. In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I., a kol. *Klinická logopedie.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-546-6.

LAWSON, W. 2008. *Život za sklem. Osobní výpověď ženy s Aspergerovým syndromem*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-389-5.

LEBEER, J. 2006. *Programy pro rozvoj myšlení dětí s odchylkami vývoje.* Praha: Portál. ISBN 80-7376-103-4.

LECHTA, V. 1990. *Logopedické repetitórium*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatelství. ISBN 80-08-00447-9.

LECHTA, V. 2002. *Symptomatické poruchy řeči u dětí.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-572-5.

LECHTA, V. 2003. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-801-5.

LECHTA, V. 2005. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-961-5.

LECHTA, V. (ed.). 2011. *Základy inkluzivní pedagogiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-679-7.

LEJSKA, M. 2003. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie.* Brno: Paido. ISBN 80-7315-038-7.

LISÝ, L. 2007. Pokroky v genetike neurovývojových porúch. *Pediatrie pro praxi.* s. 222–224. ISSN 1803-526.

LYNCH, CH.; KIDD, J. 2010. *Cvičení pro rozvoj řeči: prevence a náprava poruch komunikace u mladších dětí*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-699-5.

MÁŠKOVÁ, V. 2010. *Využití alternativní komunikace při edukaci jedinců se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Masarykova Univerzita, Pedagogická fakulta. Diplomová práce. Vedoucí práce: Lucie Procházková.

MATZIES, M. 2010. *Sozialtraining für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen*. Stuttgart: Kohlhammer. ISBN-10:3-17-020681-8.

Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popis klinických příznaků a diagnostická vodítka. 2006. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-11-5.

MERTIN, V.; GILLERNOVÁ, I. 2010. *Psychologie pro učitelky mateřské školy. Druhé, rozšířené a přepracované vydání*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-627-8.

MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.

MIKULÁŠTÍK, M. 2010. *Komunikační dovednosti v praxi. 2., doplněné a přepracované vydání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2339-6.

MLČÁKOVÁ, R. 2011. Osoby s narušenou komunikační schopností. In: MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.

MOOR, J. 2010. *Hra a zábavné činnosti pro děti s autismem. Praktické nápady pro každý den*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367787-9.

MUSIL, J. 2006. *Klinická psychologie a psychiatrie: přehled pro studenty teologie a pedagogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN: 80-244-1153-9.

NAKONEČNÝ, M. 1998. *Základy psychologie*. Praha: Academia. ISBN 80-200-0689-3.

NAKONEČNÝ, M. 1993. *Základy psychologie osobnosti*. Praha: Management Press,. ISBN 80-85603-34-9.

NEBUCHLOVÁ, L. 2007. *Využití prvků TEACCH programu při výuce žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami*. Brno, Masarykova univerzita. Bakalářská práce. Vedoucí práce: Jarmila Pipeková.

NESNÍDALOVÁ, R. 1994. *Extrémní osamělost.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-024-3.

NEUBAUER, K. 2007. *Logopedie. 2., přepracované a rozšířené vydání*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7041-093-6.

NEUMANN, D.; ČÁPOVÁ, E. 2001. Dětský autizmus na rozhraní. *Pediatrie pro praxi*, č. 4, s. 174–176. ISSN 1803-526.

NEWMAN, S. 2004. *Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-872-4.

OLEJNÍČKOVÁ, J. 2010. Obecně o lidské komunikaci. In: JURKOVIČOVÁ, P (ed.) a kol. *Komunikace a lidé s mentálním postižením*. *Metodický materiál.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2648-8.

OŠLEJŠKOVÁ, H. 2004. Asociace behaviorálních poruch autistického spektra a řečových poruch s epilepsií a epileptiformními EEG abnormalitami. *Pediatrie pro praxi,* č. 4, s. 214 –217. ISSN 1803-526.

OŠLEJŠKOVÁ, H. 2006. Autismus. Neurologické, behaviorální a kognitivní projevy. *Pediatrie pro praxi,* č. 5, s. 189–191. ISSN 1803-526.

OŠLEJŠKOVÁ, H. 2008. Časné klinické projevy autismu v dětství a mládí jsou klíčem k včasné diagnóze. *Pediatrie pro praxi,* č. 3, s. 161–163. ISSN 1803-526.

OŠLEJŠKOVÁ, H. 2008. Může být epilepsie u dětí s autismem příčinou autistické regrese a dezintegrační poruchy? *Pediatrie pro praxi*, č. 2, s. 91–93. ISSN 1803-526.

OŠLEJŠKOVÁ, H. 2008. Poruchy autistického spektra: poruchy vyvíjejícího se mozku. *Pediatrie pro praxi*, č. 2, s. 80–84. ISSN 1803-526.

PASTIERIKOVÁ, L. 2010. *Sexuálna výchova u osob s poruchou autistického spektra*. Disertační práce. Olomouc: Univerzita Palackého. Pedagogická fakulta. Ústav speciálněpedagogických studií. Vedoucí práce: Kateřina Vitásková

PÁTÁ, P., K. 2007. *Mé dítě má autismus.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2185-9.

PATRICK, N., J. 2011. *Rozvíjení sociálních dovedností lidí s poruchami autistického spektra. Tipy a strategie pro každodenní život*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-867-8.

PEČEŇÁK, J. 2003. Diagnostika dětského autismu. In: LECHTA, V. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti.* Praha: Portál, s. 262–274. ISBN 80-7178-801-5.

PEETERS, T. 1998. *Autismus od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci.* Praha: Scientia. ISBN 80-7183-114-X.

PETERKOVÁ, H. 2009. *Využití metody Son-Rise u dětí s autismem*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Bakalářská práce. Vedoucí práce: Petra Jurkovičová.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. 2003. *Logopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0258-0.

PIPEKOVÁ, J. 2006. *Osoby s mentálním postižením ve světě současných edukativních trendů*. Brno: MSD, spol. s.r.o. 210 s. ISBN 80-86633-40-3.

PLHÁKOVÁ, A. 2004. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1387-3.

POTMĚŠIL, M. 2003. *Čtení k surdopedii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 802440-766-3.

POUTHAS, V.; JOUEN, F. 2000. *Psychologie novorozence. Chování nejmenšího dítěte a jeho poznávání*. Praha: Grada. ISBN 80-7169960-8.

PREISSMANN, CH. 2010. *Život s Aspergerovým syndromem*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-688-9.

PREKOPOVÁ, J. 2009. *Pevné obětí. Cesta k vnitřní svobodě*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-614-8.

PRŮCHA, J. 2011. *Dětská řeč a komunikace. Poznatky vývojové psycholingvistiky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3138-0.

PRŮCHA, J.; WALTEROVÁ, E.; MAREŠ, J. 2003. *Pedagogický slovník.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-772-8.

RABOCH, J.; PAVLOVSKÝ, P.; JANOTOVÁ, D. 2006. *Psychiatrie. Minimum pro praxi.* Praha: Triton. ISBN 80-7254-746-1.

REGEHR, K.; FELDMAN, M. 2009. Parent-selected interventions for infants at-risk for autism spectrum disorders and their affected siblings. *Behavioral Interventions*. November, vol. 24 no. 4, p. 237–248. ISSN 1072-0847.

RICHMAN, S. 2006. *Výchova dětí s autismem.* Praha: Portál. ISBN 80-7367-102-6.

RODNÝ, T. 2006. Věk otce a riziko autismu. *Psychologie dnes*, roč. 12, č. 10, s. 6. ISSN 1212-9607.

ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ, D. 2006. *Dětská klinická psychologie.* Praha: Grada. ISBN 80-247-1049-8.

SCHOPLER, E. 1999. *Příběhy dětí s autismem a příbuznými poruchami vývoje: výchova a vzdělávání dětí s autismem*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-202-5.

SCHOPLER, E.; MESIBOV, G. 1997. *Autistické chování.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-133-9.

SCHOPLER, E.; REICHER, R. J.; LANSINGOVÁ, M. 1998. *Strategie a metody výuky dětí s artismem a dalšími vývojovými poruchami.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-199-1.

SCHOPLER, E.; LANSINGOVÁ, M.; WATERSOVÁ, L. 2000. *Výukové aktivity pro děti s autismem*. Praha: Modrý klíč. ISBN neuvedeno.

SCHOR, B. J.; SCHWEIGGERT, A. 2001. *Autismus, ein häufig verkanntes Problem*. Niederlassung Donauwörth: Auer. ISBN: 3-403-03201-9.

SIGMAN, M.; CAPPS, L. 2000. *Autismus bei Koncern. Ursachen, Erscheinungsformen und Behandlund*. Bern: Hans Huber. ISBN 3-456-83494-2.

SIMPSON, R., L. 2004. *Autism Spektrum Disorders*. Thousand Oaks: Corwin Press. ISBN 978-4129-0603-6.

SNOWLING, M., J. 2007. Language and literally skills: Who is at risk and why? In BISHOP, V. M. and LEONARD, B. L.; *Speech and language impairment in children. Causes, characteristics, intervention, and outcome*. Hove, East Sussex: Psychology Press. pp. 245–272 .

SOVÁK, M. 1989. *Logopedie předškolního věku*. Praha: SPN. ISBN neuvedeno.

SOVÁK, M. 1987. Komunikace jako životní princip – formy a patologie mezilidské komunikace. In BALÁŽ, J. a kol. *Interperzonálna komunikácia a jej poruchy*. Bratislava: SPN. ISBN neuvedeno.

SRBKOVÁ, J. 2007. *Edukační a terapeutické přístupy k osobám s vybranou duševní poruchou.* Olomouc: Univerzita Palackého. Pedagogická fakulta. Katedra psychologie a patopsychologie. Vedoucí bakalářské práce: Oldřich Müller.

SRBKOVÁ, J. 2009. *Son-Rise program*. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Diplomová práce. Vedoucí práce: Barbora Bazalová.

STEJSKALOVÁ, K. 2010. *Kvalita života dětí s retinopatií nedonošených*. Disertační práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. Ústav speciálněpedagogických studií. Vedoucí práce: Libuše Ludíková

STEJSKALOVÁ, M. 2003. *Terapie autismu*. Praha: Univerzita Karlova. Diplomová práce. Vedoucí: Miroslava Jelínková.

STEINHAUSEN, H., CH.; GUNDELFINGER, R. 2010. *Diagnose und Therapie von Autismus-Spektrum-Störungen. Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer. ISBN 978-3-17-020350-1.

STRAUSSOVÁ, R.; KNOTKOVÁ, M.; MÁTLOVÁ, I. 2010. *Obrázkový slovník sociálních situací pro děti s poruchou autistického spektra.* Praha: Apla. ISBN 978-80-254-9477-6.

STRAUSSOVÁ, R.; KNOTKOVÁ, M. 2011. *Průvodce rodičů dětí s poruchou autistického spektra*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0002-4.

STRUNECKÁ, A. 2009. *Přemůžeme autismus?* Blansko: ALMI. ISBN 978-80-904344-0-0.

SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, M., VÁGNEROVÁ, M. 2001. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-545-8.

ŠEDIBOVÁ, A. *ABC autistickej triady*. 1998. Bratislava: Merkur Print. ISBN 80-967754-1-3.

ŠEDIBOVÁ, A.; VLADOVÁ, K. 2010. Autismus a další pervazivní vývojové poruchy. In:

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. 2004. *Přehled sociální psychologie*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0929-1.

ŠKODOVÁ, E.; JEDLIČKA, I., a kol. 2003. *Klinická logopedie.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-546-6.

ŠVAŘÍČEK, R.; ŠEĎOVÁ, K. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

THOROVÁ, K. 2006. *Poruchy autistického spektra.* Praha: Portál. ISBN 80-7376-091-7.

THOROVÁ, K. 2008. *Poruchy autistického spektra. Včasná diagnóza branou k účinné pomoci*. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem – Apla Praha. Informační příručka.

TOKOVSKÁ, M. 2009. *EIBI – včasný intenzívny intervenčný program pre deti s diagnózou autizmu*. In Efeta otvor sa. Martin: Osveta, č. 4, roč. XIX. ISSN 1335-1397.

URBANOVSKÁ, E. 2011. *Jak pracovat se žákem s poruchami autistického spektra*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2678-5.

VALENTA, M. a kol. 2003. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0698-5.

VALENTA, M.; MÜLLER, O. 2009. *Psychopedie. Teoretické základy a metodika*. Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-137-1.

VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, M. 2005. *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1074-4.

VÁGNEROVÁ, M. 2007. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-0841-9.

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

VEXIAU, A. 2003. M. *Dej mi ruku, ať mohu mluvit. Vrátit slovo těm, kteří jsou odříznuti od světa*. Praha: ISV. ISBN 80-86642-28-3.

VITÁSKOVÁ, K.; PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. 2005. *Logopedie.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1088-5.

VITÁSKOVÁ, K. 2005. Fyziologie produkce a percepce orální komunikace s důrazem na orální praxii. In: VITÁSKOVÁ, K.; PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1088-5.

VITÁSKOVÁ, K. 2006. Neverbální poruchy učení a jazyka – možnost rozšíření obsahového záběru logopedické intervence? In *Sborník z mezinárodní konference „Komunikace a její místo v Rámcovém vzdělávacím programu základního vzdělávání*". Brno: PdF MU. S. 112. [fulltext - CD-rom].

VITÁSKOVÁ, K. 2008. Speciálněpedagogická diagnostika specifických poruch učení v kontextu transferu etiologických faktorů a symptomatologie. In *Špecifické poruchy učenia a správania v kontexte inluzívnej edukácie. Zborník z prvej medzinárodnej e-konferencie v Prešove 5.–7. máj 2008*. Prešov: Pedagogická fakulta Prešovskej university. s. 23–29. ISBN 978-80-8068-801-1.

VITÁSKOVÁ, K. 2010. Aktuální náhled na dyslexii a související poruchy čtení v dětství a dospělosti. *Neurologie pro praxi*. Roč. 11, č. 6. s. 382–385. ISSN 1213-1814 (tištěná verze), ISSN 1803-5280 (online verze).

VÍTKOVÁ, M. (ed.) 2004. *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-071-9.

VOCILKA, M. 1995. *Autismus a možnosti výchovné praxe.* Praha: Septima. ISBN 80-85801-58-2.

VOSMIK, M.; BĚLOHLÁVKOVÁ, L. 2010. *Žáci s poruchou autistického spektra v běžné škole*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-687-2.

VYBÍRAL, Z. 2005. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-998-4.

WALLACE, L. G. 2008. Neuropsychological studies of savant skills: Can they inform the neuroscience of giftedness? *Roeper Review.* Oct-Dec. vol. 30, s. 229–246.

WATZLAWICK, P.; BAVELASOVÁ, J. B.; JACKSON, D. 2011. *Pragmatika lidské komunikace. Interakční vzorce, patologie a paradoxy*. Brno: Newton Books. ISBN 978-80-87325-00-1.

WEBER, D. 1970. *Der Frühkindliche Autismus*. Bern: Verlag Hans Huber. ISBN 79-122977. ISBN neuvedeno.

WERNER, S. 2011. Assessing female students' attitudes in various health and social professions toward working with people with autism**:** A preliminary study. *Journal of Interprofessional Care*. March 2011, vol. 25, no 2, pp. 131–137. ISSN 1356-1820.

WURST, E. 1976. *Arbeiten zur Teorie und Praxi der Rehabilitation in Medúzin, Psychologie und Sonderpädagogik*. Bern: Verlag Hans Huber. ISBN: 3-456-80278-1.

ZÁHORÁKOVÁ, D.; MARTÁSEK, P. 2009. Rettův syndrom. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. Praha: Ambit Media, a. s. 72/105(6): 525–533. ISSN 1210-7859.

Elektronické zdroje

ŘÍHOVÁ, A. *Analýza současného stavu poskytované péče v raném věku a logopedické intervence u osob s PAS. Výsledky výzkumu* [online]. [cit. 2012-05-01]. Dostupné z: http://www.uss.upol.cz/poruchy-autistickeho-spektra/vyzkum.php.

AMARAL, D. Neurobiologické a neuroimunní faktory u autismu [online]. In: *Zápis z IX. Kongresu Autisme Europe, Catania, Itálie*, 8.10–10.2010 [cit. 2011-12-04]. Dostupné z: http://www.praha.apla.cz/zpravy-z-akci/zapis-z-ix.-kongresu-autisme-europe-catania-italie-8.-10.10.-2010-2.html.

BLAŽEK, V. *Percepce obličeje v raném období* [online]. Elektronický časopis ČMPS. [cit. 2012-09-01]. Dostupné z: http://e-psycholog.eu/pdf/blazek.pdf.

BURDOVÁ, J. *Diagnostika dětí s poruchou autistického spektra* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta. Diplomová práce. 2009. Vedoucí práce: Radko Obereignerů. [cit. 2011-16-05]. Dostupné z: http://theses.cz/id/ev4siy/63981-157589979.pdf.

ČADILOVÁ, V.; THOROVÁ, K.; ŽAMPACHOVÁ, *Z. Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb. Část II. (diagnostické domény pro žáky s poruchou autistického spektra)* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. [cit. 2011-28-10]. Dostupné z: http://spc-info.upol.cz/profil/?p=390.

ČADILOVÁ, Z.; ŽAMPACHOVÁ, Z. Domény k posuzování míry funkčnosti [online]. In: ČADILOVÁ, V.; THOROVÁ, K.; ŽAMPACHOVÁ, *Z. Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb. Část II. (diagnostické domény pro žáky s poruchou*

autistického spektra). Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. [cit. 2011-28-10]. Dostupné z: http://spc-info.upol.cz/profil/?p=390.

ČÁSLAVSKÁ, V. *Demografický ukazatel výskytu PAS v populaci dle nejnovějších výzkumů,* 2010 [online]. [cit. 2011-12-04]. Dostupné z: http://www.autismus.cz/odborne-clanky/demograficky-ukazatel-vyskytu-pas-v-populaci-dle-nejnovejsich-vyz-2.html.

Český statistický úřad [online]. [cit. 2010-1-11].

Dostupné z: http://vdb.czso.cz/vdbvo/uvod.jsp.

Das Rett syndrom, die Entdeckung, 4 Phasen [online]. [cit. 2010-17-10]. Dostupné z: http://www.rett-syndrom.de/.

DEECKE, L.; FISCHER, P.; SCHMIDT, R. *Komorbidität bei Epilepsie im Kindes – und Jugendalter (DFP)*, 2005 [online]. [cit. 2011-12-04]. Dostupné z: http://www.clinicum.at/dynasite.cfm?dsmid=65758&dspaid=499677

EDELSON, S. *Introducing the Global Autism Collaboration*, 2011 [online]. [cit. 2011-02-11]. Dostupné z: http://digitool.is.cuni.cz:1801/view/action/singleViewer.do?dvs=1320258607503~149&locale=cs&side_by_side=false&VIEWER_URL=/view/action/singleViewer.do?&DELIVERY_RULE_ID=7&search_terms=SYS%20=%20000010906&adjacency=N&application=DIGITOOL-3&frameId=1&usePid1=true&usePid2=true.

HELLER, T. (1908) *Geschichte* [online]. [cit. 2010-13-10]. Dostupné z: http://www.autismus-web.de/.

HOFFMAN, R., G. *Otázky kolem vzniku a léčení autismu*, 2008 [online]. [cit. 2011-11-04]. Dostupné z: www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1073&tmplid=45.

CHERUTTI, R. *Dieta GFCF, cozinha sem gluten e sem caseína*, 2011 [online]. [cit. 2011-10-03]. Dostupné z: http://www.cherutti.com.br/2010/08/dieta-gfcf-cozinha-sem-glutem-e-sem.html.

KLAVENESS, J.; BIGAM, J. *The GFCFKids Diet Survey*, 2011 [online]. [cit. 2011-17-03]. Dostupné z: http://www.gfcf.unas.cz/home.html.

MINSHEW, N. *Neurální základ PAS* [online]. In Zápis z IX. Kongresu Autisme Europe, Catania, Itálie, 8.–10.10.2010 [cit. 2011-12-04]. Dostupné z:

http://www.praha.apla.cz/zpravy-z-akci/zapis-z-ix.-kongresu-autisme-europe-catania-italie-8.-10.10.-2010-2.html.

OŠLEJŠKOVÁ, H. *Autismus a epilepsie*, 2001 [online]. [cit. 2011-12-04]. Dostupné z: http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/autismus-a-epilepsie-145533.

OŠLEJŠKOVÁ, H. *Autismus – porucha časného vývoje mozku. Včasná diagnostika autismu – společný multidisciplinární cíl*. 2010 [online]. [cit. 2011-28-10]. Dostupné z: http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2010/26/26/texty/cze/oslejskova_c.pdf.

OŠLEJŠKOVÁ, H. *Kognitivně behaviorální genotyp autismu*, 2011 [online]. [cit. 2011-12-04]. Dostupné z: http://www.kognice.cz/de3mentia/oslejskova.pdf.

PAZDERA, J. *Wakefieldova studie byla podvrh kvůli akademické marnivosti* [online]. [cit. 2011-08-04]. Dostupné z: http://www.osel.cz/index.php?clanek=5464_blank.

RICE, C. *Prevalence PAS v různých částech USA* [online]. In Zápis z IX. Kongresu Autisme Europe, Catania, Itálie, 8.–10.10.2010 [cit. 2011-12-04]. Dostupné z: http://www.praha.apla.cz/zpravy-z-akci/zapis-z-ix.-kongresu-autisme-europe-catania-italie-8.-10.10.-2010-2.html

RICKS, WING (1975) in *Sprache und Sprachentwicklung bei autistischen Kindern* [online]. [cit. 2010-10-10]. Dostupné z: >http://www.autismus-web.de/

RICHMAN, L. Peaceful coexistence: autism, Asperger's, hyperlexia. *AHA- American Hyperlexia Association*. [online]. 1996 [cit. 2006-02-12]. Dostupné z: http://www.hyperlexia.org/aha_winter9697.html.

SVOBODOVÁ, P. *Jak se diagnostikuje autismus?* 2011 [online]. [cit. 2011-28-10]. Dostupné z: http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=2227.

TEPEST, R. *Psychotherapeutische Behandlungsangebote*. 2011 [online]. [cit. 2011-28-10]. Dostupné z: http://neurologie-psychiatrie.uk-koeln.de/psychiatrie-und-psychotherapie/aerzte/psychotherapeutische-behandlungsangebote.

THOROVÁ, K. *Komplexní diagnostika autismu* [online]. [cit. 2011-13-04]. Dostupné z: http://www.autismus.cz/diagnostika/komplexni-diagnostika-autismu.html.

THOROVÁ, K. Mezilidské vztahy a jednání, sociální a emoční dovednosti [online]. In: ČADILOVÁ, V.; THOROVÁ, K.; ŽAMPACHOVÁ, *Z. Katalog posuzování míry*

speciálních vzdělávacích potřeb. Část II. (diagnostické domény pro žáky s poruchou autistického spektra). Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. [cit. 2011-28-10]. Dostupné z: http://spc-info.upol.cz/profil/?p=390.

THOROVÁ, K. *Vynucená objetí aneb oficiální stanovisko APLA k dokumentu Mámo, táto, obejmi mě* [online]. [cit. 2011-11-03]. Dostupné z: http://www.praha.apla.cz/vynucena-objeti-aneb-oficialni-stanovisko-apla-k-dokumentu-mamo-tato-obejmu-te.html.

Vzdělávací kurzy, semináře, konference

Kurz usnadňované komunikace (6. 3. 2005). Vedený: Mgr. Catherine Božoňovou, uskutečněný na Vyšší odborné škole sociální CARITAS, Olomouc.

DOHAN, R. *Dny podpůrných terapií*, pořádaný dne 24. září 2005, v Brně, Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity.

Problematika komunikace u osob s poruchou autistického spektra (8.–9. 11. 2007) pořádající organizace: APLA (Asociace pomáhající lidem s autismem) Praha.

BESNIER in Evropské dny handicapu v Ostravě, 5. 10. – 8. 10. 2009. *Vhodné vybavení místnosti přináší autistickým osobám kvalitnější život.*

Základy vzdělávání a péče o občany s autismem, Autistik, Praha 12. 3. – 13. 3. 2010, 26. – 27. 3. 2010, 9. – 10. 4. 2010. Lektorka: Ing. Miroslava Jelínková, další odborníci: PhDr. Olga Opekarová, Ph.D., Prof. Mudr. Michal Hrdlička, CSc., PhDr. Dana Krejčířová a další.

Alternativní a augmentativní komunikace, Akreditováno MPSV ČR pod č. 2008/118 – SP. 16 hodin Lektor: Mgr. Lucie Laudová, Praha, 29.–30. 4.2010.

MERTENS, A., AERTS, I. *Jak stanovit úroveň porozumění u postižených autismem. Jak učit postižené autismem vyjádřit svůj názor*. *Možnosti a obtíže*. Seminář odborníků z Centra pro konkrétní komunikaci v Gentu. Pořadatel: Autistik, 17. 12. 2010, Praha.

SEZNAM PUBLIKAČNÍ A ODBORNÉ ČINNOSTI AUTORKY DISERTAČNÍ PRÁCE

Odborné články

ŘÍHOVÁ, A. *Logopedická intervence u osob poruchou autistického spektra.* In: Efeta otvor sa, Martin: Osveta, 2009. ISSN 1335-1397.

ŘÍHOVÁ, A. *Alternativní a augmentativní komunikace jako součást logopedické intervence u klientů s poruchou autistického spektra*. Česká logopedie, Praha: Logopedická společnost Miloše Sováka, 2010.

ŘÍHOVÁ, A. *Komunikace zdravotníků s klientem s poruchou autistického spektra*. In: Sestra, Praha: Mladá fronta, 2010. ISSN 1210-0404.

ŘÍHOVÁ, A. *Logoped jako důležitý odborník v péči o osobu s poruchou autistického spektra v raném věkovém období.* Mezinárodní vědecká konference Pregraduální příprava učitelů v kontextu kurikulární reformy. Pedagogická fakulta UP v Olomouci, Katedra primární pedagogiky. 27.ledna 2010. In: sborník *Primární a preprimární vzdělávání z pohledu studentů doktorských studijních oborů*. Olomouc: UP, 2011, s. 76–84. ISBN 978-80-244-2774-4.

ŘÍHOVÁ, A. *Analysis of the Current Situation in Care provided in Early Age and Speech Therapy Intervention in Individuals with Autistic Spectrum Disorder*. In: e-Pedagogium. Olomouci. PdF, 2011, s. 38–54. ISSN 1213-7758.

ŘÍHOVÁ, A. *Co by měl zdravotník vědět o PAS*. In: Sestra, Praha: Mladá fronta, 2011. č. 4/2011, ročník 21, s. 23–24. ISSN 1210-0404.

ŘÍHOVÁ, A. *Kazuistika dítěte s dětským autismem*. In: Efeta otvor sa, Martin: Osveta, ročník XXI. 2/2011, s. 13–18. ISSN 1335-1397.

ŘÍHOVÁ, A. *Poruchy autistického spektra (pomoc pro rodiče dětí s PAS)*. In: Psychologie Dnes. Praha: Portál, 2011, 10/2011. ISSN 1212-9607.

ŘÍHOVÁ, A.; URBANOVSKÁ, E.; KRAHULCOVÁ, K. *Hudebně-pohybová terapie s prvky logopedické stimulace u klientů s kombinovaným postižením*. XII. Mezinárodní

konference k problematice osob se specifickými potřebami. 2. 3. – 3. 2011. Olomouc. In: sborník (v přípravě).

ŘÍHOVÁ, A. *Možnosti stimulace komunikační schopnosti u klientů s poruchou autistického spektra*. Mezinárodní konference Komunikace a handicap. Hradec Králové, 6. – 7. 9. 2011. In: sborník (v přípravě).

ŘÍHOVÁ, A.; KRAHULCOVÁ, K.; URBANOVSKÁ, E. *Hudebně-pohybová terapie s prvky logopedické stimulace u klientů s kombinovaným postižením*. Mezinárodní konference Komunikace a handicap. Hradec Králové, 6. – 7. 9. 2011. In: sborník (v přípravě).

VITÁSKOVÁ, K.; ŘÍHOVÁ, A. Role logopeda v moderní diferenciální diagnostice neverbální složky komunikace. VI. Międzynarodowa Konferencja Naukowa z cyklu *Specjalne potrzeby edukacyjne. „Nowe tendencje w pedagogice specjalnej- wykładnia teoretyczna i empiryczna"*. Ustroń, 16. – 18. listopada 2011. Sborník (v přípravě).

ŘÍHOVÁ, A. a kol. *Poruchy autistického spektra (pomoc pro rodiče dětí s PAS)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2677-8.

ŘÍHOVÁ, A.; VITÁSKOVÁ, K. *Logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra (odborná publikace pro logopedy)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-2908-3.

ŘÍHOVÁ, A.; VITÁSKOVÁ, K. *Znalost problematiky poruch autistického spektra u klinických logopedů a jejich interdisciplinární angažovanost v rámci intervenčního přístupu k této klientele – principiální faktory determinující efektivitu inkluzivního vzdělávání*. XIII Mezinárodní konference k problematice osob se specifickými potřebami a I. Tyflopedická konference. 14. 3. 2012. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Sborník (v přípravě).

Recenze

ŘÍHOVÁ, A. Nick Dubin: *Šikana dětí s poruchami autistického světa*, Praha: Rodina a Škola, 2009. ISSN: 0035-7766.

ŘÍHOVÁ, A. Donna Williams: *Nikdo nikde*, Praha: Psychologie Dnes, 2010. ISSN 1212-9607.

ŘÍHOVÁ, A. Viktor Lechta a kol.: *Základy inkluzivní pedagogiky* [online]. [cit. 2010-08-20] Dostupné z: http://obchod.portal.cz/produkt/zaklady-inkluzivni-pedagogiky/.

ŘÍHOVÁ, A. Lisá, E. Hry k rozvoji sociálních kompetencí žáků 1. stupně ZŠ [online]. [cit. 2010-09-099] Dostupné z: http://obchod.portal.cz/produkt/hry-k-rozvoji-socialnich-kompetenci-zaku-1-stupne-zs/.

ŘÍHOVÁ, A. Viktor Lechta : *Koktavost. Integrativní přístup*. [online]. [cit. 2010-12-10]. Dostupné z: http://obchod.portal.cz/recenze/koktavost-vazana/30398/.

ŘÍHOVÁ, A. Věra Pokorná: *Vývojové poruchy učení v dětství a dospělosti.* [online]. [cit. 2011-03-20] Dostupné z: http://obchod.portal.cz/produkt/vyvojove-poruchy-uceni-v-detstvi-a-dospelosti/.

Aktivní vystoupení na konferencích

16. 9. 2009: III. Konference výzkumného záměru PdF MU *„Speciální potřeby žáků v kontextu Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání“*. Příspěvek – Poruchy autistického spektra z aspektu logopedického.

30. 9. 2009: XI. Mezinárodní konference k problematice prevence sociálně pedagogických jevů s názvem *„Prevence násilí“*. Vsetín. Příspěvek – Šikana u osob s poruchou autistického spektra.

8. 10. 2009: XVII. Ročník Evropských dnů handicapu, Workshop s názvem *„Podívejte se, co umíme“*. Ostrava. Příspěvek – Narušená komunikační schopnost u osob s poruchou autistického spektra.

4. 3. 2010: VI. Mezinárodní konference k problematice osob se specifickými potřebami a VI. Mezinárodní dramaterapeutická konference. UP Olomouc. Příspěvek – Dítě s poruchou autistického spektra v raném věkovém období v kontextu rodiny.

14. 9. 2010: Kultúra školy a výchovných zariadení", Pedagogicka fakulta UK Bratislava, Katedra sociálnej pedagogiky, Šoltésova 4, Bratislava, ve dnech 13. – 14. semptembra 2010. Příspěvek s názvem: *Klima školy v procesu edukace klientů s poruchou autistickeho spektra na běžném typu základní školy.*

3. 3. 2011: XII. Mezinárodní konference k problematice osob se specifickými potřebami a VII. Mezinárodní dramaterapeutická konference. Konference. UP Olomouc. Příspěvek –

Reflexe rodičů dětí s poruchou autistického spektra na stávající stav v poskytování péče o osoby s PAS v raném věkovém období.

13. 10. 2011: Konference k oslavě u příležitosti 60. výročí založení logopedické školy. 13. – 14. 10. 2011. UP Olomouc. Příspěvek: *Reflexe speciálních pedagogů na stávající situaci v poskytování logopedické intervence u klientů s poruchou autistického spektra*. Doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.; Mgr. Alena Říhová.

Projektová činnost

Analýza současného stavu poskytované péče v raném věku a logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra. Studentská grantová soutěž Univerzity Palackého v Olomouci. PdF_2010_020. Funkce: řešitel.

Možnosti profesní přípravy a pracovního uplatnění jedinců s poruchami autistického spektra. Studentská grantová soutěž Univerzity Palackého v Olomouci.PdF_2010_018**.** Funkce: spoluřešitel.

Logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra. Studentská grantová soutěž Univerzity Palackého v Olomouci. PdF_2011_010. Funkce: řešitel.

Hudebně-pohybová terapie s prvky logopedické stimulace. Fond rozvoje vysokého školství. Univerzita Palackého v Olomouci. 2011/2012. Funkce: řešitel.

ANOTACE DISERTAČNÍ PRÁCE

Jméno a příjmení:	Alena ŘÍHOVÁ
Název práce:	**LOGOPEDICKÁ INTERVENCE U OSOB S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA**
Vedoucí práce:	doc. Mgr. Kateřina VITÁSKOVÁ, Ph.D.
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Obor:	speciální pedagogika
Počet stran:	321
Počet příloh:	9
Rok obhajoby:	2012
Klíčová slova:	poruchy autistického spektra, komunikace, narušená komunikační schopnost, logopedická intervence, klinický logoped, speciální pedagog, rodič dítěte s poruchou autistického spektra

Resumé

Disertační práce se věnuje problematice logopedické intervence u osob s poruchou autistického spektra v České republice a je členěna do dvou hlavních pasáží – na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části sumarizujeme aktuální informace týkající se terminologie, symptomatologie, etiologie, diagnostiky a speciálně-edukačních či terapeutických přístupů k jedincům s poruchou autistického spektra. Vzhledem k orientaci této práce se blíže zaměřujeme na specifika narušené komunikační schopnosti u vybrané klientely. Praktická část je cílená jak na analýzu stávající situace v poskytované logopedické intervence v České republice, tak na zprostředkování ucelených informací (doporučení) pro její realizaci u osob s poruchou autistického spektra. K analýze poskytované logopedické intervence byl za hlavní výzkumnou metodu zvolen dotazník a distribuován třem heterogenním skupinám respondentů (kliničtí logopedi, speciální pedagogové a rodiče dětí s poruchou autistického spektra). Hlavním cílem daného kroku je získání reflexí na zkoumanou problematiku ze tří odlišných úhlů pohledu. Druhý úsek této

práce je diferencován do dílčích kapitol věnujících se například navázání kontaktu s osobou s PAS, anamnestickému rozhovoru, dále je dedikován prostor pro hodnocení narušené komunikační schopnosti, pro vybavení logopedického pracoviště, správný výběr pomůcek a další oblasti stávající se integrální součástí práce logopeda. Nedílným elementem disertační práce je analýza získaných výsledků, doporučení pro oblast teorie a praxe speciální pedagogiky a sumarizující závěr.

SUMMARY

The dissertation deals with the issues of speech intervention for the people suffering autistic disorders in the Czech Republic, and is divided in two main chapters - theoretical and practical. The theoretical part sums up the current information related to the terminology, symptomatology, etiology, diagnostics and special-education or therapeutic approach to the individuals with autism spectrum disorder. Due to the orientation of this paper we are taking closer look at the specific features of impaired communication abilities of the selected clientele. The practical part aims at both the analysis of the current situation of speech therapy provided in the Czech Republic and the supply of comprehensive information (recommendations) for its implementation with the people suffering from autistic disorders. Questionnaire was selected as the main method to analyze the speech therapy provided, distributed to three homogenous groups of respondents (clinical speech therapists, special education teachers and parents of the children with autism spectrum disorder). The main objective of the step was to collect feedback related to the subject issues from three different points of view. The second chapter of this paper is divided into specific parts dealing e.g. with the issue of establishing contact with a person suffering from PAS, or case history interview; other topics include impaired communication skill evaluation, equipment of speech therapy room, correct selection of aides and other aspects that have become an integral part of speech therapist's work. Analysis of the results is an integral element of the dissertation, together with both theoretical and practical recommendations for special needs educational science, and executive summary.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Dissertationsarbeit widmet sich der Problematik der logopädischen Intervention bei Personen mit einer Autismus-Spektrum-Störung in der Tschechischen Republik und ist in zwei Hauptpassagen – in einen theoretischen und einen praktischen Teil gegliedert. Im theoretischen Teil stellen wir aktuelle Informationen betreffend Terminologie, Symptomatik, Ätiologie, Diagnostik sowie speziell edukative oder therapeutische Ansätze bei Personen mit einer Autismus-Spektrum-Störung zusammen. Auf Grund der Ausrichtung der vorliegenden Arbeit befassen wir uns näher mit spezifischen Merkmalen der gestörten Kommunikationsfähigkeit bei der ausgewählten Klientel. Der praktische Teil zielt sowohl auf die Analyse der bestehenden Situation der geleisteten logopädischen Intervention in der Tschechischen Republik als auch auf die Vermittlung komplexer Informationen (Empfehlungen) für deren Durchführung bei Personen mit einer Autismus-Spektrum-Störung ab. Zwecks Analyse der geleisteten logopädischen Intervention wurde als Hauptuntersuchungsmethode ein Fragebogen gewählt und dieser an drei heterogene Befragtengruppen (klinische Logopäden, Heilpädagogen und Eltern von Kindern mit einer Autismus-Spektrum-Störung) verteilt. Der Hauptzweck dieses Schrittes war, Reflexionen betreffend die untersuchte Problematik aus drei verschiedenen Perspektiven zu sammeln. Der zweite Teil der vorliegenden Arbeit ist in Teilkapitel gegliedert, die sich zum Beispiel der Kontaktaufnahme zur Person mit einer ASS, dem Anamnesegespräch widmen, des Weiteren ist ein Raum für die Bewertung der gestörten Kommunikationsfähigkeit dediziert, für die Ausstattung eines logopädischen Arbeitsplatzes, die richtige Wahl von Hilfsmitteln und weitere Gebiete, die zum integralen Bestandteil der logopädischen Arbeit werden. Ein untrennbarer Teil der Dissertationsarbeit sind die Analyse der gewonnenen Ergebnisse, die Empfehlungen für die Theorie und Praxis der Heilpädagogik sowie der zusammenfassende Schluss.