

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Šárka došková

IV. ročník – prezenční studium

Logopedie

Logopedická péče u osob s poruchami autistického
spektra prováděná v ambulancích klinických
logopedů

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Lucia Pastieriková, Ph.D.

OLOMOUC 2011

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen
prameny uvedené v seznamu literatury.

V Olomouci dne 27. 6. 2011

.....

Děkuji Mgr. Lucii Pastierikové, Ph.D. za odborné vedení, podporu, vstřícnost a cenné rady při zpracování této diplomové práce. Děkuji také za spolupráci Mgr. Ireně Hradilové, klinické logopedce z Uherského Hradiště a jejím kolegům, bez kterých bych nemohla realizovat praktickou část práce.

OBSAH

ÚVOD.....	6
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1 VYMEZENÍ POJMU A HISTORICKÝ VÝVOJ DĚTSKÉHO AUTISMU.....	8
2 ETIOLOGIE.....	11
2.1 GENETICKÉ VLIVY.....	11
2.2 NEUROBIOLOGICKÉ VLIVY.....	12
2.3 POJETÍ PSYCHOANALYTICKÉ.....	12
2.4 POJETÍ BEHAVIORÁLNÍ.....	12
3 ROZDĚLENÍ PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA.....	14
3.1 DĚTSKÝ AUTISMUS F84.0.....	14
3.2 ATYPICKÝ AUTISMUS F84.1.....	14
3.3 ASPERGERŮV SYNDROM F84.5.....	16
3.4 RETTŮV SYNDROM F84.2.....	18
3.5 JINÁ DEZIENTEGRAČNÍ PORUCHA V DĚTSTVÍ F 84.3.....	19
3.6 HYPERAKTIVNÍ PORUCHA SDRUŽENÁ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ A STEREOTYPNÍMI POHYBY F84.4.....	19
3.7 AUTISTICKÉ RYSY.....	20
3.8 JINÉ PORUCHY PŘÍBUZNÉ AUTISMU.....	20
4 KLINICKÝ OBRAZ.....	21
4.1 TYP OSAMĚLÝ.....	21
4.2 TYP PASIVNÍ.....	22
4.3 TYP AKTIVNÍ- ZVLÁŠTNÍ.....	22
4.4 CHARAKTERISTICKÉ PROJEVY – TRIÁDA PROBLÉMOVÝCH OBLASTÍ SPOLEČNÁ PRO PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA.....	23
5 KOMUNIKACE A JEJÍ ODLIŠNOSTI U OSOB S PORUCHAMI AUTISTICKÉHO SPEKTRA	26
5.1 KOMUNIKACE.....	26
5.2 VÝVOJ KOMUNIKACE U DĚTÍ S PORUCHAMI AUTISTICKÉHO SPEKTRA.....	27
5.3 KOMUNIKACE U DĚTÍ S PORUCHAMI AUTISTICKÉHO SPEKTRA A JEJÍ ODLIŠNOSTI.....	28
6 LOGOPEDICKÁ TERAPIE.....	34
6.1 LOGOPEDICKÁ TERAPIE.....	34
7 SYSTÉMY PRO PODPORU KOMUNIKACE U OSOB S PORUCHAMI AUTISTICKÉHO SPEKTRA.....	37
7.1 ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE.....	38
7.2 FACILITOVANÁ KOMUNIKACE.....	39
7.3 VÝMĚNNÝ OBRÁZKOVÝ KOMUNIKAČNÍ SYSTÉM (VOKS).....	38
7.4 PIKTOGRAMY.....	39
7.5 KOMUNIKAČNÍ SYSTÉM BLISS.....	39
7.6 KOMUNIKAČNÍ SYSTÉM MAKATON.....	39
7.7 ZNAK DO ŘEČI.....	39
II. PRAKTICKÁ ČÁST.....	41
8 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	41
8.1 CÍL ŠETŘENÍ.....	41

8.2 STANOVENÍ HYPOTÉZ.....	41
8.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU.....	42
8.4 METODY ŠETŘENÍ.....	42
8.5 PRŮBĚH ŠETŘENÍ.....	42
8.6 VÝSLEDKY DANÉHO ŠETŘENÍ.....	42
8.7 DÍLČÍ ZÁVĚRY.....	54
ZÁVĚR.....	56
METODICKÁ PŘÍRUČKA.....	58
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	61
PŘÍLOHA Č.1.....	63
PŘÍLOHA Č.2.....	69
ANOTACE.....	74

ÚVOD

„My nerozumíme jemu a on nerozumí nám. Lidé s autismem jen obtížně hledají cesty, jak se orientovat v sobě samém a věcech kolem sebe. Stále častěji se však objevují nové metody učení, díky kterým se lidé s autismem mohou na náš svět lépe napojit a zmírnit tak své potíže pramenící z vlastní nejistoty.“ (PEETERS, 1998)

Autisté, osoby, s kterými přicházíme všichni do kontaktu, možná častěji než si sami myslíme. V poslední době, jako by se s nimi „roztrhl pytel“. Možná je to jen jeden z moderních trendů, možná že diagnostika dosáhla ve svém vývoji, daných kvalit na přesnější určení toho postižení. Je li ovšem správné použít termín postižení – spousta lidí jej chápe jako něco jiného, jako něco že je potřeba se bát. Autisté se určitě necítí postižení, mají svůj svět, který jim dává logiku a řád a v němž se cítí bezpečně. Náš svět je pro ně nadmíru chaotický a zmatený. Problém nastává ve chvíli, kdy je potřeba ty dva světy propojit. A tohle propojení je možné díky komunikaci, díky řeči. Řeč je základní dorozumívací prostředek, a proto je nutné ji rozvíjet i u autistických dětí. Rozvoj řeči může probíhat přirozeně, ale někdy je potřeba mu trochu pomoci. O to se snaží specializovaná centra, která se zabývají péčí o osoby s poruchami autistického spektra ve všech oblastech – rozvoj motoriky, samostatnosti, sebeobsluhy, rozvoj čtení a psaní, tak i speciálně-pedagogická centra a v neposlední řadě také logopedi.

Při své logopedické praxi jsem se v ambulanci klinického logopeda, setkala s autistickými dětmi, nebylo jich mnoho, ale dostatek na to, aby si zasloužili speciální péči. Do ambulaní klinický logopedů, chodí malé procento dětí s diagnózou autismu. Většina logopedů, se snaží tyhle děti poslat na pracoviště, kde mají větší zkušenosti a zabývají se autismem rutinně. I přesto by byla potřeba zvýšit informovanost klinických logopedů o správném přístupu a péči o tyto děti. Proto jsem se tímhle problémem rozhodla zabývat ve své diplomové práci, kdy jsem pomocí dotazníků, zjišťovala užívání speciálních metod u dětí s autisty, mezioborovou spoluprací, množství klientů z řad autistů u klinických logopedů ve Zlínském kraji.

V diplomové práci se v první teoretické části zabýváme několika oblastmi. V první části vymezujeme pojmy týkající se problematiky autismu, historického vývoje poruch

autismu, jeho etiologií, klinickým obrazem a rozdělením. V další části práce se zabýváme narušenou komunikační schopností u dětí s poruchami autistického spektra.

V praktické části jsme se snažili zjistit práci klinických logopedů při práci s autistickými dětmi, specifickými odlišnostmi terapie. Předpokládali jsme, že logopedi pracují rutině a nemají potřebu vyhledávání a používání odlišných terapeutických metod, při menším zastoupení autistických dětí v jejich ambulancích.

Naším hlavním cílem v teoretické části práce je vymezení pojmů týkajících se autismu a narušení komunikačních schopností u osob trpících autismem.

V praktické části je hlavním cílem poukázat na nedostačující aktivity logopedů v terapeutické činnosti, jejich neuspokojivé znalosti v oblasti autistické problematiky a zároveň potvrdit nevyužívání terapeutických materiálů pro vývoj řeči u autistických osob. Zkusíme nastínit jednotlivé rady, jak zefektivnit dosavadní terapeutickou činnost klinických logopedů v soukromých ambulancích.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ POJMU A HISTORICKÝ VÝVOJ DĚTSKÉHO AUTISMU

Autismus je jednou z nejzávažnějších poruch dětského mentálního vývoje. Jedná se o vrozenou poruchu některých mozkových funkcí. Porucha vzniká na neurobiologickém podkladě. Důsledkem poruchy je, že dítě dobře nerozumí tomu, co vidí, slyší a prožívá. Duševní vývoj dítěte je díky tomuto handicapu narušen hlavně v oblasti komunikace, sociální interakce a představivosti. Autismus doprovází specifické vzorce chování (Thorová, 2006).

Autismus (z řec. αὐτός *autos*, sám) je tzv. vývojové duševní postižení projevující se abnormální sociální interakcí, stálými opakujícími se vzorci chování a narušenými komunikačními schopnostmi objevující se před třetím rokem věku (Thorová, 2006).

Termín *autismus* vymyslel a poprvé použil švýcarský psychiatr Eugene Bleuler v roce 1911, podle řeckého slova pro „sám, já“, pro to aby si popsal obtíže schizofreniků při komunikaci s druhými lidmi (Thorová, 2006).

V dřívějších dobách, jak uvádí Thorová (2006), najdeme nápaditost v chování, podobné autismu již ve starověkém Řecku. Tehdy byly považovány za svaté, kdežto středověk je odsoudil jako ďáblem posedlé.

Ve čtyřicátých letech minulého století popsal americký psychiatr Leo Kanner u dětí novou klinickou jednotku, kterou nazval časný infantilní autismus. Charakterizoval ji deficitem schopnosti vytvářet vztahy s lidmi, narušenou řečí, abnormální odpovědí na některé běžné podmínky z okolí a obsedantní touhou po neměnnosti, přičemž některé schopnosti (zejména mechanická paměť) zůstávaly dobře zachovány. (Hrdlička, 2008).

Poruchu Kanner od počátku odlišoval od schizofrenie a považoval ji za poruchu psychického vývoje. Přesto byl v pozdějších letech (a to až do zavedení současné 10.

Revize mezinárodní klasifikace nemocí v roce 1992) dětský autismus řazen mezi psychózy vznikající specificky v dětství. V současnosti je dětský autismus spolu s dalšími podobnými onemocněními považován za pervazivní, tj. celou osobnost zachvacující prostupující vývojovou poruchou, nikoli tedy psychózu (Čihák in Škodová, Jedlička 2007).

Rok po Kannerovi popsal podobný syndrom vídeňský pediatr Hans Asperger. Syndrom považoval za poruchu osobnosti. U dětí popisoval potíže v sociálním chování, zvláštnosti v komunikaci při bohatě rozvinuté slovní řeči, vysokou míru intelektu, motorickou neobratnost a ulpívavé, omezené zájmy (Frith, 1991).

Projevy podobné autismu popisoval i Eduard Seguin u mentálně retardovaného chlapce, či Vídeňský pedagog Heller (Thorová, 2006).

„Slovo pervazivní znamená, že je zasaženo něco hluboko v člověku, něco, co zasahuje celou osobnost“ Označení „pervazivní porucha“ vystihuje podstatu poruchy mnohem lépe než pouhé slovo „autismus“. Překlad slova autismus je „obrácený do sebe“ nebo „nezúčastněný“, potíže těchto lidí jsou však mnohem širší než pouhá sociální uzavřenost (Peeters, 1998). Jedná se o všechny závažné vývojové poruchy, které začínají v raném dětství. Tyto poruchy se mohou projevovat od narození, mohou se však začít projevovat i v batolecím nebo předškolním věku (Krejčířová, 2003).

V dnešní době se od termínu pervazivní vývojové poruchy upouští a přechází se k termínu **poruchy autistického spektra**, který je považován za výstižnější především proto, že abnormní chování a specifické deficity jsou považovány častěji za různorodé než pervazivní (Thorová, 2006).

Autismus se vyskytuje ve většině zemí a kultur. Výsledky epidemiologických výzkumů se liší, což je dáno nejednotností diagnostických kritérií. První studii provedl Victor Lotter v šedesátých letech minulého století. Vycházel ze dvou základních diagnostických kritérií, což je sociální odtažitost a odpor ke změnám v navyklých situacích. Jeho výsledky odhalily, že na deseti tisíc narozených dětí připadá 5 dětí s autismem. Studie probíhala v Anglii (Thorová, 2006).

Do současné doby se uskutečnilo na 30 epidemiologických studií, z jejich výsledků můžeme říct, že se dětský autismus vyskytuje v počtu od deseti do 17 dětí na deset tisíc narozených dětí (Thorová, 2006).

Vyšší výskyt poruch autistického spektra je světovou odbornou veřejností již přijímán jako fakt a není zpochybňován. Nárůst počtu dětí, diagnostikovaných poruchou autistického spektra má své logické opodstatnění, mezi které patří rozšíření hranic diagnostických kritérií, zlepšení schopností odborníků rozeznávat a diagnostikovat poruchy autistického spektra, poruchy autistického spektra jsou již diagnostikovány společně s jinými typy poruch jako jsou Downův syndrom, dětská mozková obrna, Tourettův syndrom, smyslová postižení aj., zlepšila se schopnost rozeznávat poruchy autistického spektra i u dětí které mají intelekt v pásmu průměru a navštěvují běžné školy (Thorová, 2006).

Obecně se udává, že vývojovými poruchami trpí častěji chlapci. Také autismus je u děvčat vzácnější. Nejčastěji uváděným poměrem jsou 3 až 4 chlapci s autismem na 1 dívku (dle MKN-10, DSM-III) (Thorová, 2006).

2 ETIOLOGIE

Je dosud neznámá a je předmětem intenzivního výzkumu. Gillberg (1998) dělí autismus podle zjistitelnosti jeho příčiny na:

- Familiární autismus 8,5 %
- Autismus spojený s diagnostikovatelným somatickým onemocněním či anomálií 37%
- Autismus s nespecifickými projevy mozkového poškození bez nálezu diagnostikovatelné poruchy v rodinné anamnéze 46%
- Autismus bez nálezu diagnostikovatelné poruchy v rodinné anamnéze a bez zjevné poruchy CNS 8,5%

2.1 GENETICKÉ VLIVY

Genetické vlivy jsou u autismu nepochybně velmi silné a dětský autismus je dnes uváděn jako jedna z poruch s nejsilnější genetickou komponentou.

Teorii vlivu genetiky podporují fakta, že v rodinách s autistickými dětmi se často objevuje u rodičů či příbuzných širší autistické chování (Pečeňák, 2003).

Výsledky výzkumů na dvojčatech a sourozencích odhalili skutečnost, že na vznik autismu se genetické faktory podílí v 91-93% (Bailey, in Thorová, 2006).

Při genetických výzkumech, které probíhali v 70. letech, se přišlo na spojitost cytogenetických abnormalit s vývojovými poruchami, včetně autismu. Byli zjišťovány anomálie na chromozomech, které souvisí s autismem. Našly se geny, které mají přímou souvislost se vznikem autismu. Avšak vědecké výzkumy, stále nejsou schopny prokázat mechanismus genetické příčiny autismu. Vědci se domnívají, že zde hraje roli více genů (Thorová, 2006).

Jak uvádí Thorová (2006) u autismu mluvíme o multifaktoriální příčině, kdy se na vzniku podílí různý počet genů a to v různé míře. Jedná se o geny specifické, které společně s dalšími faktory určují, zda porucha vznikne a v jaké míře se projeví.

2.2 NEUROBIOLOGICKÉ VLIVY

Problematika autismu spočívá v percepční nedokonalosti. Signály, které přicházejí zvenčí, jsou zpracovány neefektivně. Dítě z nich nedokáže vytvořit informaci která by dávala smysl. Autismus je definován jako porucha percepční integrace, kdy dítě nedokáže porozumět okolnímu prostředí a tím se neobjeví řeč. Tak popisují autismus neurobiologové Ornitz a Ritvo, kteří jsou průkopníky neurobiologického pojetí autismu. (Thorová, 2006)

Acosta (2003, in Thorová, 2006) uvádí, že v případě autismu jde o vrozenou, neurovývojovou poruchu na neurobiologickém základě.

V současné době se autismus chápe jako vývojová porucha, která dosud nemá jasné etiologické faktory. Akceptuje se názor, že většina případů má prokazatelné nespecifické organické poškození - neurobiologická báze postižení. (Pečeňák, 2003)

2.3 POJETÍ PSYCHOANALYTICKÉ

Zastáncem psychoanalytické teorie je například M. Mahlerová, která tvrdí, že za vznikem autismu je odmítání dítěte rodiči. Rodiče dítě nejsou schopni přijmout, jsou vůči němu chladní. Dítě se uzavírá do sebe a reaguje autistickým chováním. Podle této teorie, by se každé dítě mělo vyvíjet autisticky do 4 měsíců, pak začíná normální vývoj. Pokud se však rodiče chovají i dítěti neempaticky, bude se i nadále rozvíjet autistický model chování (Thorová, 2006).

Tato teorie je již překonaná, platila ve čtyřicátých letech dvacátého století.

2.4 POJETÍ BEHAVIORÁLNÍ

Pojetí behaviorální považuje za spouštěcí mechanismus autismu organickou příčinu. Představiteli tohoto směru jsou C.B. Fester a O. Ivar Lovass. Uplatňuje se zde přístup odměn a trestů k posílení správného a žádoucího chování u dětí s autistickou poruchou a také ke snížení deficitu, který je způsoben organickou příčinou. V poslední době se ustupuje od užívání trestů a užívá se více pozitivních prostředků (např. odměna jídlem) (Thorová, 2006).

Minshew zjistil, že u autistických dětí se objevuje abnormální nález na EEG, a to až u 80% dětí s autismem při opakovaném vyšetření. Dále se u dětí s autistickou poruchou objevuje epilepsie, a to v 20-25% případů (Thorová, 2006).

Při vyšetření zobrazovacími metodami byli zjištěny abnormality ve velikosti a struktuře mozkových komor a mozečku. Tyto změny se mohou podílet na vzniku autismu. (Pečeňák, 2003)

3 ROZDĚLENÍ PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA

3.1 DĚTSKÝ AUTISMUS F84.0

Dětský autismus tvoří jádro poruch autistického spektra (hlavně z pohledu historického). Stupeň závažnosti poruchy bývá různý, od mírné formy (málo mírných symptomů) až po těžkou (velké množství závažných symptomů). Problémy se musí projevit v každé části diagnostické triády. Kromě poruch v klíčových oblastech sociální interakce, komunikace a představivosti mohou lidé s autismem trpět mnoha dalšími dysfunkcemi, které se projevují navenek odlišným, abnormálním až bizarním chováním. Typická je značná variabilita symptomů. Porucha se diagnostikuje bez ohledu na přítomnost či nepřítomnost jakékoli jiné přidružené poruchy. Specifický projev deficitů charakteristických pro autismus se mění s věkem dítěte. Syndrom lze diagnostikovat v každé věkové skupině.

Wingová a Potter (2002) odhadují, že jen jedna třetina, maximálně polovina dětí, které mají diagnostikovaný dětský autismus na základě kritérií uvedených v MKN-10, by splňovala původní Kannerova kritéria. (Thorová , 2006, str. 177)

3.2 ATYPICKÝ AUTISMUS F84.1

Tuto diagnózu použijeme, jestliže porucha nespĺňuje kritéria pro dětský autismus buď nesplněním všech tří okruhů diagnostických kritérií, nebo je opožděný nástup po třetím roce života (Hort, 2008).

Atypický autismus je velmi heterogenní diagnostická jednotka, která tvoří součást autistického spektra. Dítě splňuje jen částečně diagnostická kritéria daná pro dětský autismus. Nicméně u dítěte najdeme řadu specifických sociálních, emocionálních a behaviorálních symptomů, které se s potížemi, jež mají lidé s autismem shodují (Thorová , 2006).

Americký diagnostický systém DSM-IV termín atypický autismus jako samostatnou kategorii nezná, užívá termín pervazivní vývojová porucha

nespecifikovaná, která zahrnuje běžně rozšířené pojmy jako atypický autismus, pervazivní vývojovou poruchu nebo atypický vývoj osobnosti. Tato kategorie je v USA terčem kritiky pro svou málo vypovídající hodnotu (Hort, 2008).

Pro diagnózu je důležité, že celkový obraz u atypického autismu nesplňuje plně kritéria jiné pervazivní vývojové poruchy. Chybou je, že kategorie atypického autismu nemá stanoveny hranice a ani klinický obraz nebyl ještě přesně definován. Diagnóza je tak založena na co nejlepším odhadu a poněkud subjektivním mínění diagnostika. Typické pro tuto kategorii jsou potíže v navazování vztahů s vrstevníky a neobvyklá přecitlivělost na specifické vnější podměty. Sociální dovednosti jsou méně narušeny než bývá u klasického autismu. (Volkmar, 1997)

Atypický autismus diagnostikujeme obvykle v těchto případech:

1. První symptomy autismu byly zaznamenány až po třetím roce života. Tato situace je vzácná, ale vzhledem k heterogenitě příčin vzniku autismu možná.
2. Abnormální vývoj je zaznamenán ve všech třech oblastech diagnostické triády, nicméně způsob vyjádření, tíže a frekvence symptomů nenaplnuje diagnostická kritéria. Například u DSM-IV stačí méně symptomů místo povinných šesti.
3. Není naplněna diagnostická triáda. Jedna z oblastí není primárně a výrazně narušena.
4. Autistické chování se přidružuje k těžké a hluboké mentální retardaci. Můžeme pozorovat některé symptomy jednoznačně typické pro autismus, nicméně mentální věk je natolik nízký (obvykle méně než 15 měsíců), že míra komunikačního nebo sociálního deficitu nemůže být v ostrém kontrastu s projevy obvyklými pro mentální retardaci. (Thorová, 2006, str. 183)

3.3 ASPERGERŮV SYNDROM F84.5

V roce 1943 popsal americký psychiatr Leo Kanner skupinu jedenácti dětí s poruchou, kterou nazval časný infantilní autismus, o rok později publikoval vídeňský pediatr Hans Asperger, aniž o Kannerově práci věděl, zprávu o podobné skupině dětí, u nichž poruchu nazval „autistická psychopatie“. Aspergerovi děti se vyznačovaly rovněž těžkou poruchou sociální interakce a komunikace, přestože měly dobře vyvinutou (někdy i předčasně) řeč a normální vysokou inteligenci. Vykazovaly dále zúžené, stereotypní zájmy a motorickou neobratnost (Peeters, 1998).

Po skončení druhé světové války pokračovaly oba ideově příbuzné koncepty ve vývoji poměrně dlouho nezávisle na sobě, důvody nejsou dodnes příliš jasné a mohly být i osobního rázu. V roce 1981 DeMyer et. Al. Užili poprvé termínu vysoce funkčního autismu – HFA high functioning autism (dále jen HFA) pro podskupinu autistických pacientů s normální či nadprůměrnou inteligencí. V témže roce Lorna Wingová prosadila výraz Aspergerův syndrom (dále jen AS) pro pacienty dříve označované jako „autističtí psychopati“. Od té doby dochází ke sblížení obou konceptů a je vedena rozsáhlá diskuze o tom, zda se jedná o jednu, či dvě nozologické jednotky a jaká kritéria lze použít k jejich odlišení. Pokusme se nyní vymezit AS oproti HFA (Peeters, 1998).

VÝSKYT

Výskyt autismu je 5-10/10000 dětí. HFA tvoří malou část a to asi 11-34% to by odpovídalo prevalenci HFA menší než 5/10000 dětí. Naopak AS je zřejmě častější, údajně je výskyt v rozmezí 36-71/10000 dětí ve věku 7-16 let (Thorová , 2006).

INTELIGENČNÍ KVOCIENT

Pacienti s AS mívají vyšší celkové skóre IQ a verbální IQ než pacienti s HFA. AS by neměl být diagnostikován u pacientů s IQ nižším než 70 (Thorová , 2006).

MOTORICKÁ NEOBRATNOST

Je popisována převážně u pacientů s AS (Thorová , 2006).

ŘEČ

Řečové schopnosti bývají poškozeny vždy u HFA, zatímco u AS bývají intaktní, někdy dokonce hypertrofované. Vývojově by se u AS nemělo vyskytovat opoždění či narušení vývoje řeči před třetím rokem života, tak jak to bývá typické pro autismus. Problém je však ten, že většina případů AS se dostane k psychiatrovi až po sedmém roce života, kdy už si rodiče obtížně vzpomenou na podrobnosti o vývoji řeči dítěte (Thorová, 2006).

Děti s Aspergerovým syndromem mohou a nemusí mít opožděný vývoj řeči. Ve věku pěti let již mluví plynule. V tomto věku mají většinou čistou výslovnost a dobrou slovní zásobu. Vývoj řeči však bývá poněkud abnormní. Často se učí mluvit jakoby z paměti, recitují básničky, dlouhé statě z knih či úryvky pohádek. Od normálního vývoje řeči se děti s Aspergerovým syndromem odlišují nápadně mechanickou, šroubovitou a formální řečí kopírující výrazy dospělých. Děti s Aspergerovým syndromem mívají potíže hlavně v oblasti pragmatického užívání řeči, což znamená, že řeč málokdy odpovídá sociálnímu kontextu dané situace. Vykřikují například nesouvislé věty, ulpívají na tématech, aniž by je zajímala reakce a zájem posluchače, pedanticky lpí na přesném vyjadřování či vyžadují dodržování určitých verbálních rituálů (Thorová, 2006, str. 186).

Někteří lidé s Aspergerovým syndromem se vůbec nedokážou orientovat podle neverbálních signálů, jako jsou například výrazy tváře či kontext dané situace. Humorně nebo ironicky řečené výroky chápou doslovně, což vede k projevům sociálně mnohdy těžko akceptovatelného chování (Thorová, 2006, str. 188).

ŽIVOTNÍ ADAPTACE A PROGNOZA

Zdá se, že pacienti s AS jsou později detekováni jako problémoví a jejich prognóza je relativně lepší než u pacientů s HFA, ačkoli kontrolovaná data nejsou k dispozici. Na druhé straně pacienti s AS bývají častěji chybně diagnostikováni a terapeuticky vedeni, nejčastěji pod diagnózami atypická schizofrenie, paranoidní porucha, deprese, schizoidní porucha osobnosti, schizotypní porucha nebo obsedantně-kompluzivní porucha. U AS je rovněž větší pravděpodobnost suicidálního jednání, atypické deprese a závislosti na alkoholu než u HFA (Thorová, 2006).

Přátelství v pravém slova smyslu tyto děti navazují jen velmi obtížně, nezářídka o bližší kontakt ani nestojí a dávají přednost hře o samotě. Soutěživost, pravidla her, či dokonce smysl pro fair – play zůstávají pro mnohé děti s Aspergerovým syndromem nepochopitelné. Obtížně chápou potřeby cizích lidí, chybí jim empatie a působí egocentricky. Velmi snadno podléhají stresu. Mají omezenou schopnost vyjádřit své pocity. Děti s aspergerovým syndromem často podléhají nekontrolovatelným záchvatům vzteku a bývají náladové. Zájmy mívají úzký ulpívající charakter. Rozdělujeme je na primární (nesklonitelné, rigidní) a sekundární (s potencionálem tvořivého rozvíjení) (Thorová, 2006).

S problémovým chováním se u lidí s Aspergerovým syndromem nesetkáváme vždy, ale bývá poměrně časté. Adaptabilita je snižena, změny v navyklém řádu a rutíně často snáší s velkými obtížemi. Reakcí bývá rigidní chování ve formě rituálů. Které děti s Aspergerových syndromem směřují vůči sobě i svému okolí, to znamená, že některé rituály sami provádí a vyžadují je od druhých lidí (Jelínková, 2000).

3.4 RETTŮV SYNDROM F84.2

Syndrom doprovázený těžkým neurologickým postižením, které má pervazivní dopad na somatické, motorické i psychické funkce. Poprvé byl popsán v roce 1965 dětským neurologem Andreasem Rettem. Vyskytuje se pouze u žen, jeho prevalence je popisována u 6-7/ 100000 dívek. Příčina syndromu je genetická. V roce 1999 Huda Zoghbi objevil gen situovaný na raménku chromozomu X, který je podle dosavadních výzkumů odpovědný za 77-80% případů vzniku Rettova syndromu. (Huppke, 2000; Kerr, 2001) Zbýlých 20 až 23% jsou dívky, u nichž se nepotvrdí na základě dosavadních limitovaných znalostí genetická porucha, ale splňují diagnostická kritéria Rettova syndromu či se k nim nápadně blíží. (Solaas, 2002) Naopak dívky, u kterých byla mutace genu prokázána, nemusí kritéria naplňovat. (Huppke, 2000) Charakteristický je normální či téměř normální časný vývoj, následovaný ztrátou řeči, manuálních dovedností (ztráta schopnosti používat účelně ruku) a zpomalení růstu hlavy. Později se vyvíjí skolióza nebo kyfoskolióza. Za stěžejní symptomy byla označena ztráta kognitivních schopností, ataxie a ztráta účelných schopností rukou. Téměř všechny pacientky mají patologické EEG ve smyslu výskytu epileptických grafoelementů, až u 75% dětí se rozvíjí epilepsie. Ačkoliv několik let po začátku nemoci děti ještě vykazují

některé sociální zájmy a schopnosti, pravidelný výsledkem je těžké mentální postižení. Nemoc končí invaliditou někdy i imobilitou. V roce 1992 byl Rettův syndrom zařazen do oficiálního diagnostického systému mezinárodní klasifikace nemocí mezi pervazivní vývojové poruchy (v té době se ještě jednalo o syndrom bez známé příčiny). Terapie se omezuje na symptomatickou intervenci. (Thorová, 2006, str. 211)

3.5 JINÁ DEZIENTEGRAČNÍ PORUCHA V DĚTSTVÍ F 84.3

Dětská dezintegrační porucha, dříve známá pod názvem Hellerův syndrom, Hellerova demence nebo dezintegrační psychóza, byla poprvé popsána v roce 1908. Je charakteristická počátečním obdobím normálního vývoje následovaném rychlou ztrátou (během několika měsíců) dříve získaných dovedností. Kritéria DSM-IV ještě upřesňují, že ztráta dovedností nastává před dosažením věku deseti let, což kritéria MKN-10 nestanovují. Prognóza je obvykle špatná. Většina nemocných zůstane těžce mentálně retardovaná, přesněji řečeno dementní (Thorová, 2006).

3.6 HYPERAKTIVNÍ PORUCHA SDRUŽENÁ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ A STEREOTYPNÍMI POHYBY F84.4

Jedná se o vágně definovanou poruchu, která sdružuje hyperaktivní syndrom (nereagující na stimulancia), mentální retardaci a stereotypní pohyby a/ nebo sebepoškozování. V adolescenci může být hyperaktivita nahrazena hypoaktivitou, což u pravé hyperkinetické poruchy není obvyklé. Nevyskytuje se sociální narušení autistického typu (Thorová, 2006).

Dále bych zde zařadila poruchu příbuzné autismu, které nejsou zařazené v mezinárodní klasifikaci nemocí jako samostatné poruchy.

3.7 AUTISTICKÉ RYSY

Postižení, kteří vykazují tři nebo více symptomů a nesplňují kritéria pro autismus, Aspergerův syndrom, dětskou dezintegrační poruchu či jinou poruchu příbuznou autismu, mohou být diagnostikovány jako osoby s „autistickými rysy“ (Thorová, 2006).

Mnohé děti s poruchou pozornosti a těžkou motorickou neobratností (děti s tak zvanou poruchou DAMP: deficits in attention, motor control and perception – porucha pozornosti, motoriky a vnímání) mívají autistické rysy (Gillbert, 1983).

Také mnozí postižení s mentální retardací nesplňující kritéria pro autismus trpí poruchou příbuznou autismu či autistickými rysy (Gillbert, 1983).

Vzhledem k chybějící jednotné definici není jasné, zda autistické rysy jsou synonymem pro symptomy 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. Přesto se diagnostický závěr „autistické rysy“ v České republice těší velké oblibě (Thorová, 2006).

Snad nejvíce lidí používá diagnózu autistické rysy nebo autistické rysy s mentální retardací jako označení pro děti, jejichž správná diagnóza by měla znít atypický autismus anebo dětský autismus a mentální retardace (Thorová, 2006).

3.8 JINÉ PORUCHY PŘÍBUZNÉ AUTISMU

Poruchy, které obsahují některé prvky autistické symptomatologie, ale nesplňují všechna kritéria autismu, Aspergerova syndromu či dětské dezintegrační poruchy, jsou

z hlediska diagnózy největší problémem. Co se týká jejich označení a rozdělení do subtypů nebylo zatím dosaženo shody (Thorová, 2006).

4 KLINICKÝ OBRAZ

JE CHARAKTERIZOVÁN ZEJMÉNA V TĚCHTO OBLASTECH:

Kvalitativní narušení sociální interakce - v popředí s nezájmem o kontakt s lidmi, včetně nejbližší rodiny, a slabá nebo žádná odpověď na emoce jiných lidí. Vážně přizpůsobení chování sociálnímu kontextu. Nápadné je rovněž špatné používání sociálních signálů a slabá integrace sociálního, emočního a komunikačního chování (Thorová, 2006).

U dětí s poruchami autistického spektra se setkáváme s celou škálou sociálního chování, která má dva extrémní póly. Pól osamělý, kdy se dítě při každé snaze o sociální kontakt odvrátí, stáhne se, protestuje. Protikladem je pól extrémní, nepřiměřené sociální aktivity, kdy se dítě s poruchou autistického spektra snaží navázat sociální kontakt všude a s každým, přičemž vůbec nectí sociální normu (Thorová, 2006).

Lorna Wingová, popsala tři typy sociální interakce u lidí s poruchou autistického spektra – typ osamělý, pasivní, aktivní-zvláštní. Posléze přidala ještě čtvrtý typ – formální. Toto rozlišení je v současné době běžně užíváno (Thorová, 2006).

4.1 TYP OSAMĚLÝ

- minimální či žádná snaha o fyzický kontakt, aktivní vyhýbání se fyzickému kontaktu, některé fyzické doteky (houpání, lechtání) však mohou mít rádi
- nezájem o sociální kontakt a komunikaci
- samotářství, nezájem o okolí, vyhýbání se očnímu kontaktu, neváže vágny oční kontakt bez komunikačního záměru
- nevyhledávání útěchy, snížený prách bolestivosti
- nezájem o vrstevníky

- v ranném věku se neprojevuje separační úzkost
- chybí schopnost empatie, může být i agrese
- s věkem se většinou kontakt s blízkými osobami zlepšuje (Thorová, 2006).

4.2 TYP PASIVNÍ

- omezená spontaneita v sociální interakci, sociální chování je méně diferencované
- malá schopnost projevit své potřeby
- malé potěšení ze sociálního kontaktu
- omezená schopnost sdílet radost s ostatními, empatie a sociální intuice, poskytovat
- útěchu, poprosit o pomoc
- sociální komunikace nespontánní nebo zcela chybí, komunikace je využívána převážně k uspokojování základních potřeb
- poruchy chování méně časté, hypoaktivní (Thorová, 2006).

4.3 TYP AKTIVNÍ- ZVLÁŠTNÍ

- přílišná spontaneita v sociální interakci
- sociální dezinhibice, nedodržování intimních vzdáleností
- omezený, či vůbec žádný vztah k posluchači
- řečové a myšlenkové perseverace týkající se většinou vlastních zájmů
- pervazivní ulpívání dotazování, sociálně velmi obtěžující chování
- obliba jednoduchých sociálních rituálů
- celková nepřiměřenost sociálního kontaktu, obtíže chápání pravidel společenského chování, potíže chápat kontext sociální situace
- často ulpívavý oční kontakt nebo oční kontakt bez komunikační funkce

- často se pojí s hyperaktivitou (Thorová, 2006).

Narušená komunikace a hra – dominuje opožděný vývoj řeči a její nedostatečné sociální užívání, projevující se například nedostatečnou vzájemností v běžném rozhovoru a sníženou přizpůsobivostí jazykového vyjadřování. Od ostatních dětí se autisté liší deficitem ve schopnosti hrát si – patrná je porucha ve fantazijní a společenské napodobující hře, relativní nedostatek tvořivost a fantazie v myšlení (Thorová, 2006).

Omezené, stereotypní chování a zájmy – dominuje obsedantní lpění na neměnnosti života a prostředí pacienta, projevující se dodržováním nefunkčních rituálů a odporem i k sebemenším změnám osobního prostředí. Pro okolí jsou nápadné motorické manýrismy – volní, stereotypní, opakující se pohyby rukou, prstů nebo celého těla, které nemají žádný zřejmý účel a slouží patrně k uvolnění napětí. Obraz doplňují zúžené a specifické zájmy, zcela odlišné od zájmů vrstevníků – obvyklý bývá zájem o neživé, mechanické předměty, nikoliv o společenské, interaktivní koníčky (Thorová, 2006).

4.4 CHARAKTERISTICKÉ PROJEVY – TRIÁDA PROBLÉMOVÝCH OBLASTÍ SPOLEČNÁ PRO PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA

V této kapitole se budeme zabývat pouze oblastí sociální interakce a imaginace. Oblast komunikace bude zařazena v následující kapitole.

SOCIÁLNÍ INTERAKCE

Sociální chování u dětí pozorujeme už od prvních týdnů i dnů života. Sociální úsměv, sociální broukání a oční kontakt se s každým měsícem vývoje upevňují. Sociální chování se stává stále diferencovanějším (Thorová, 2006).

Porucha sociální interakce se hloubkou postižení u jednotlivých dětí s poruchou autistického spektra výrazně liší. (Thorová, 2006).

Jak uvádí Gillberg (1998) Vývoj sociálního chování u dětí s poruchami autistického spektra se podstatně liší od normy. Dítě v 6 měsících jsou méně aktivní a potřeba sociálního kontaktu se u nich neprojevuje. V pozdějším věku, okolo 12 měsíce bezproblémově snáší odloučení od matky. Ve dvou letech dokážou rozeznat rodiče, nedokážou ovšem projevit city, nebo jen velmi omezeně. Od tří let nepřijímají své vrstevníky a jsou nejradši osamoceni. V pozdějším věku se orientují spíše na dospělé osoby než na vrstevníky a nedokážou rozumět pravidlům her.

Mezi zvláštnosti v oblasti sociálního chování se řadí neobvyklá reakce na dotyk cizí osoby, neusmívají se, nevyhledávají sociální kontakt s matkou, nemají potřebu mazlit se, objímat se, izolují se od ostatních, vyhovuje jim samota. Často dochází i k sebepoškozování. (Vítková, 2004)

Velkým problémem u dětí s poruchami autistického spektra je oční kontakt, nedokážou jej navázat, udržet. Jejich pohled bývá upřený, a dá se popsat jako prázdný či strnulý. (Gillberg, Peeters, 1998)

Chování jedinců s poruchou autistického spektra vůči druhým osobám je netypické, k lidem se chovají jako k věcem, nedokážou přijmout emoce lidí ve svém okolí. Obvyklé je že nedokážou napodobovat, při napodobování chybí spontánnost. Chybí zde snaha sdílení pozornosti s ostatními. (Opatřilová, 2006)

Osoby s autismem své potřeby vyjadřují nepřiměřeně. Jejich jednání, může být bráno jako provokativní vůči druhým osobám (tahání druhé osoby za oděv vlasy, neustálé následování aj.). Často se vyskytuje zvláštní jev, kdy jedinec s poruchou autistického spektra užívá jako nástroj k podání předmětu ruku druhé osoby. (Pečeňák, 2003)

Velká část dětí s poruchou autistického spektra by si přála sociální kontakt, nedokážou však překonat nejistotu, strach, problémy v komunikaci a neschopnost navázat kontakt. Chování ostatních lidí se jim zdá nečitelné, nevypočitatelné a ohrožující. Děti s poruchami autistického spektra mají svůj specifický kognitivní styl, který jim nedovoluje chápat komplexnost sociálních vztahů. Dané instrukce, pokyny či situace chápou doslovně, nedokážou věci zobecnit, jejich myšlení je rigidní. Je nutné uvědomit si odlišnost každého dítěte s poruchou autistického spektra, a proto je odlišné i jeho sociální chování, u kterého je různá míra narušení. (Thorová, 2006).

PŘEDSTAVIVOST

Autistická porucha se projevuje i v oblasti představivosti. Někteří autoři uvádějí termín rigidita v myšlení a chování. Děti s poruchami autistického spektra mají omezený okruh zájmů, chování se často opakuje a má rituální charakter. (Jelínková, 2000).

V daných aktivitách dítě vyhledává předvídatelnost, často vyžaduje stereotypní činnost, která nevyžaduje představivost. (Thorová, 2006).

Mezi nejčastější projevy problémů v oblasti představivosti patří zejména rituály, rutiny, nutkavé chování, stereotypní chování, motorické stereotypy, odpor ke změnám, vyžadování neměnnosti, sbírání předmětů, omezený okruh zájmů, úzkost, strach a fobie. (Opatřilová, 2006).

Jak uvádí Gillberg (1998) Ve vývoji dítěte můžeme pozorovat značné odlišnosti. Od 8. měsíce se u dětí s poruchami autistického spektra objevují stereotypní, dlouhotrvající motorické pohyby. Jejich zájem o okolí je malý. Od dvou let si dokážou hrát s hračkami, styl hraní je neobvyklý, hračky řadí do řad, pozorují povrch, materiál, ale hra není funkční. Od 3 let hračky pouze „žmoulají“. Teprve od 4 let se objevuje funkční používání předmětů. Za hračku považují jakýkoliv předmět. Symbolická hra u nich téměř neexistuje. Často jsou velmi zaujati pozorováním jednotlivých předmětů, na které se upřeně dívají. Ve věku 5 let můžeme zpozorovat schopnost užití pantomimy, ale vnímání dramatických her jako prostředku socialize u nich neexistuje.

5 KOMUNIKACE a JEJÍ ODLIŠNOSTI U OSOB S PORUCHAMI AUTISTICKÉHO SPEKTRA

5.1 KOMUNIKACE

Slovo komunikace pochází z latinského *communicatio*. Jedná se o přenos různých komunikačních obsahů prostřednictvím různých komunikačních systémů zejména pomocí jazyka. Dochází k výměně informací, sdělování a dorozumívání. (Dvořák, 1998)

Řeč se řadí mezi nejdůležitější prostředky socializace.

Schopnost řečové komunikace znamená schopnost vědomě používat jazyk jako složitý komunikační systém znaků i symbolů ve všech jeho formách (Lechta, 1994, in Klenková, 2006).

V nejširším slova smyslu lze komunikaci chápat jako výraz interakce, tedy vzájemného a oboustranného ovlivňování mezi dvěma či více systémy. (Klenková, 1996)

Jak uvádí Kubová (1996) komunikace znamená schopnost užívat výrazové prostředky k tvorbě a pěstování mezilidských vztahů. Komunikace probíhá pomocí sdělovacích procesů, kdy jedinci pomocí nich projevují své emoce myšlenky aj. vůči ostatním lidem.

Každá komunikace ovlivňuje toho, s kým komunikujeme, zároveň jsme my ovlivňováni tím, s kým komunikujeme (Vybíral, 2009).

Schopnost komunikace ve velké míře ovlivňuje vývoj vztahů s různými lidmi. (Vágnerová, 1999).

Existují 4 prvky které tvoří komunikaci:

- Komunikátor – osoba která sděluje informaci
- Komunikant – osoba která přijímá nové informace
- Komuniké – konkrétní informace, obsahující sdělení
- Komunikační kanál – jedná se o komunikační kód, který je předem dohodnutý a osoby účastníci se komunikace používají stejný.

Benesch (2001)

Komunikace se rozděluje na komunikaci verbální a komunikaci neverbální. Používá slovní výrazové prostředky (slovo mluvené i psané) a neslovní výrazové prostředky (posunky přirozené nebo umělé). (Kubová, 1996)

5.2 VÝVOJ KOMUNIKACE U DĚTÍ S PORUCHAMI AUTISTICKÉHO SPEKTRA

- Období kolem 6. Měsíce – dítě má obtíže s interpretací pláče
- Období kolem 8. Měsíce – u dítěte se projevuje neobvyklé žvatlání, je netypické a omezené, chybí napodobovací složka, absence výrazů, gest a zvuků
- Období kolem 1. Roku – objevují se první slova, které postrádají smysluplný řád, pláč je hlasitý
- Období kolem 2. Let – slovní zásoba čítá méně než 15 slov. Je typické, že naučené slovo vymizí. Gesta chybí

- Období kolem 3. let - dítě nepoužívá jazyk kreativně, pouze opakuje slova či fráze. Tón hlasu je netypický, stejně jako rytmus řeči
- Období kolem 4. Let – období napodobující, dítě napodobuje fráze, přítomny jsou echolálie, které dítě může použít ke komunikaci, či k vyjádření přání
- Období kolem 5. Let - dítě má problémy s chápáním řeči, abstraktním představám nedokáže porozumět, chybí samostatnost vyjadřování. Opakování kladených otázek, které jsou velmi sporadické. Chybí samostatné vyjadřování, problémy ve správném užití zájmen.

Gillberg a Peeters (1998).

Jak poukazuje Howlin (2005), u dětí s poruchami autistického spektra se vyskytují obtíže s porozuměním řeči, převážně v sociálním kontextu. Po celý život přetrvává doslovná interpretace, která někdy může na druhé působit jako nezdvořilost. Velký problém se skrývá v použití ironie, kterou nedokážou pochopit, stejně jako budoucí události.

5.3 KOMUNIKACE U DĚTÍ S PORUCHAMI AUTISTICKÉHO SPEKTRA A JEJÍ ODLIŠNOSTI

Poruchy autistického spektra jsou primárně poruchy komunikace. Opožděný vývoj řeči bývá velmi často první příčinou znepokojení udávanou rodiči. (Gillberg,1998)

Jak uvádí Paul (1987) zhruba polovina dětí s poruchou autistického spektra si nikdy neosvojí řeč na takovou úroveň, aby sloužila ke komunikačním účelům.

U dětí, které si řeč osvojí, zaznamenáváme nápadně odchylný vývoj řeči s četnými abnormalitami. Porucha komunikace se u dětí s PAS projevuje na úrovni receptivní i expresivní, verbální i neverbální. Deficity v komunikaci u dětí s autismem a jejich kombinace jsou velmi různorodé. Nejde jen o pomalejší rozvoj řeči, ale také o kreativní využití jazyka. Opakují slova, celé věty, které slyšely a další. Děti mohou mít dostatečnou slovní zásobu, ale nedokážou slova smysluplně a tvořivě použít ke konverzaci. Proto potřebují k rozvoji komunikace více reálných předmětů a názorných

příkladů. Liší se pestrostí projevů i celkovou mírou komunikačního handicapu. Řeč u těchto dětí nemusí být poškozena, v komplexním řečovém vývoji však nalezneme abnormality vždy. (Gillberg, Peeters, 1998)

Z poruch autistického spektra mají řeč nejméně narušenou lidé s Aspergerovým syndromem, pasivní slovní zásoba bývá bohatá, v testech verbálního myšlení obvykle dosahují průměrných či nadprůměrných výsledků. Potíže se objevují hlavně v sociálním a praktickém využívání komunikace. (Thorová, 2006)

U dětského autismu, který je celoživotní handicap, brání postiženému v adaptaci na prostředí, v němž žije. Mezi nejvýznamnější symptomy v řeči patří:

- u dětí se často projevuje nemluvnost
- pokud mluví, mluví stále o jedné věci
- bývají přítomny četné echolálie
- opakuje slova či věty
- kvalita komunikace bývá silně narušena
- chybí oční kontakt
- pokud se dítě naučí mluvit, v řeči jsou typické nápadnosti
- neschopnost konverzace (Krejčířová, 1997)

Nejčastějším problémem je deficit v komunikaci u osob s poruchami autistického spektra. Velká část osob s autismem nemluví. Pokud užívají řeč, mají velký problém se sdělením, nedokážou vyjádřit svá přání a potřeby, což může vést k izolaci či frustraci (Schopler, 1999).

U dětí s poruchami autistického spektra dochází k výraznému opoždění řeči.

Jak uvádí Thorová (2006) U dětí s poruchami autistického spektra se objevují potíže v modulaci řeči, mluví buď velmi potichu, nebo hlasitě, a nejsou schopni přizpůsobit hlasitost řeči k dané situaci, či na požádání. Jejich vyjadřování bývá monotónní, rytmus je buď krátký nebo naopak velmi prodloužený. Velmi častá je špatná artikulace. Mechanická řeč se postupem ztrácí (Howlin, 2005).

Hlas u těchto dětí bývá posazen buď velmi vysoce, nebo naopak nízko.

Děti s poruchami autistického spektra často užívají věty či fráze, které odposlechnou od dospělých. Často si opakují, co někdy slyšeli. Vlastní věty, které vytvoří spontánně, jsou neplnulé, neartikulované (Krejčířová, 2003).

V řeči se velmi často objevují agramatismy. Slova tvoří gramaticky nesprávně, používají zejména podstatná jména a slovesa. Velmi často tvoří pouze jednoslovné věty (Opatřilová, 2006).

Velmi typické jsou záměny zájmen. Mluví o sobě převážně v druhé osobě jednotného čísla. Obtíže jsou velmi často spojeny s používáním rodů, časů a skloňováním. Gramatické pravidla si osvojují velmi pomalu. Slovní zásoba bývá chudá, nedostatečná (Thorová, 2006).

Řeč i myšlení u dětí s poruchou autistického spektra jsou jednostranné. Nedokážou význam slova zevšeobecnit. To znamená, že slovu rozumí pouze v jedné dané situaci, při použití slova v situaci jiné si jeho význam nedokážou vyložit nebo si jej vyloží doslovně. Nechápu význam slova v širších souvislostech. Význam určitého slova má jen pro velmi malý okruh používání (Schopler, 1999).

Velmi často se objevují echolálie, pokud je přítomna při vyšším mentálním věku, můžeme ji považovat za autistický rys. Echolálie může být jednoduchá, ale i jako kompletní forma řeči. Často může vést k dojmu, že postižený je schopnější než ve skutečnosti. Může být opožděná i bezprostřední (Peeters, 1998).

Repetitivní používání jazyka se může objevit jako výraz strachu, stresu, k upoutání pozornosti druhých osob, či jako možnost jak si vytvořit kontakt s jinými osobami. Echolálii způsobuje i obsedantní chování (Howlin, 2005).

Pragmatickou rovina jazyka, bývá též narušená. Lidé s poruchami autistického spektra nechápu konverzaci jako společensky významnou. Problém je se zahájením

konverzace, její plynulostí, výměnou komunikačních rolí a s ukončením konverzace. Lidí s poruchou autistického spektra velmi často pokládají otázky, které jsou společensky nevhodné, až vulgární. Nedokážou rozlišit rozdíl mezi tykáním a vykáním. A často se snaží konverzací upoutat okolí k pozornosti (Thorová, 2006).

Jak uvádí Howlin (2005), potíže u dětí s poruchami autistického spektra činí chápání řeči v sociálním kontextu. V dospělém věku často sdělení interpretují doslovným způsobem, jejich projev se zdá být nezdvořilý.

Latentně reagují na verbální instrukce, rozumí pouze jednoduchým pokynům. Někdy se může objevit tzv. sluchová verbální agnózie, kdy dítě řeč vůbec nechápe (Thorová, 2006).

Jak uvádí Thorová (2006), řeč si neosvojí asi polovina dětí s poruchami autistického spektra na komunikační úrovni.

U dětí s poruchami autistického spektra, které si osvojí řeč, můžeme nalézt nápadně odchylný vývoj řeči s mnoha abnormitami. Porucha komunikace se u nich projevuje na úrovni expresivní i receptivní, verbální i neverbální. Deficity v komunikaci se liší pestrostí projevů i celkovou mírou narušení komunikace (Thorová, 2006).

U některých lidí můžeme najít tzv. literární přesnost, která se dá chápat jako doslovné chápání slyšených slov. Tito lidé nedokážou pochopit ironii, dvojsmysl, vtíp. Velký problém jim dělá chápání homonym, synonym, či nářečí (Thorová, 2006).

Je důležité vyjadřovat se jednoduše a stručně, aby nás osoby s poruchami autistického spektra chápali (Schopler, 1999).

Nerozumí abstraktním pojmům a událostem v budoucnosti, což může vést k vážným následkům, když jedinec nedokáže vyjádřit své city a emoce (Howlin, 2005).

Zde uvádím přehled projevů v komunikaci u osob s poruchami autistického spektra dle Čadilové (2007):

- Absence „dialogického žvatlání“ v kojeneckém věku.
- Opožděný a nerovnoměrný rozvoj řeči.
- Narušená a opožděná verbální komunikace.

- Narušená neverbální komunikace – porušené užívání gest, porušený zrakový kontakt, chudá mimika apod.
- Porucha chápání řeči – lidé s autismem často nereagují nebo reagují nesprávně na verbální pokyny.
- Nepozornost vůči oslovení, nereagování na své jméno – často se jeví jako neslyšící.
- Nevšímavost k otázkám a prosbám – velmi často nereagují na komunikační kontakt druhých lidí, zejména v cizím prostředí a s neznámými lidmi.
- Absence iniciativy ke komunikaci – často do komunikace sami vůbec nevstupují.
- Nechápaní abstraktních pojmů.
- Doslovný výklad vysloveného – obtížně chápou humor, ironii, nadsázku, přísloví apod.
- Gramatické chyby, záměna zájmen – často o sobě mluví ve druhé nebo třetí osobě jednotného čísla.
- Echolálie – okamžité opakování slyšeného používají lidé s autismem ve chvíli, kdy nerozumí, co se jim říká, nebo ve chvíli, kdy chtějí vyjádřit souhlas a nejsou schopni odpovědět na otázku. Oddálené echolálie jsou naposlouchané věty z okolí (např. televizní reklamy, filmy).
- Neologismy – tvorba vlastních slov.
- Nesrozumitelné artikulace podobné řeči – v mluvním projevu jde dobře zachytit začátky a konce vět, ale celkovému mluvnímu projevu není vůbec rozumět. Lidé s autismem si takto spíše „povídají“ pro sebe.
- Porucha intonace, důrazu a síly hlasu – buď mluví monotónně, nebo naopak používají intonaci přehnanou, která neodpovídá komunikačnímu záměru. Někteří mluví velmi potichu, jiní nadměrně křičí.

NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE

I zde se u osob s poruchami autistického spektra vyskytuje řada obtíží. Své potřeby nedokážou pro okolí srozumitelně formulovat, proto je vyjadřují pomocí tahání druhé osoby k danému předmětu. Vyjádření potřeb bývá nepřiměřené (Thorová, 2006).

Výraz obličeje nás neinformuje o pocitech, mimika a gesta nejsou diferencované, nevariabilní. Pohyb hlavy jako vyjádření souhlasu či nesouhlasu chybí nebo je nezřetelný (Thorová, 2006).

Úsměv v sociálním kontaktu chybí, pro emoce se vyskytuje pouze několik výrazů. Mimika bývá živá, ale nepřiměřená dané situaci. S věkem se postupně rozvíjí (Thorová, 2006).

Při komunikaci dítě narušuje intimní zónu druhé osoby, tlačí se na ni, naklání obličej k druhému. Děti s poruchou autistického spektra často používají ruce druhých jako nástroje k vyjádření potřeb a přání. Často se zde vyskytuje agresivní chování, které může mít i charakter sebepoškozování, může se vyskytovat ve chvílích, kdy si dítě snaží získat pozornost, nebo při neschopnosti se dorozumět (Opatřilová, 2006).

Potíže v oblasti neverbální komunikace se projevují nejen v oblasti vyjádření ale i v oblasti porozumění. Lidé s poruchami autistického spektra nejsou schopni dekodovat a pochopit význam neverbální komunikace druhých lidí. Mají potíže s chápáním jemných a komplexních pravidel, kterými se neverbální komunikace řídí (Thorová, 2006).

Dále se můžou objevit problémy v komunikaci jako je nereagování na oslovení, na své jméno. Přeslechnou otázky druhých. V cizím prostředí s výskytem neznámými lidmi nereagují na komunikační kontakt cizích osob (Thorová, 2007).

6 LOGOPEDICKÁ TERAPIE

6.1 LOGOPEDICKÁ TERAPIE

Těžištěm logopedické terapie je podle Grohnfeldta stimulace a korekce nezvinutých, opožděných, ztracených nebo vadných řečových funkcí (Lechta, 2005).

Rozdělení metod logopedické terapie dle Lechty (2005):

- stimulující - nezvinuté a opožděné řečové funkce
- korigující - vadné řečové funkce
- reedukující - ztracené (nebo zdánlivě ztracené), dezintegrované řečové funkce

Logopedickou terapii lze definovat jako specifickou aktivitu, kterou je možné realizovat specifickými metodami, ve specifické situaci záměrného učení. Jedná o řízené učení, které probíhá pod záměrným řízením, usměrňováním a kontrolou logopeda v podmínkách logopedických zařízení, případně také mimo ně, může ho ale také realizovat sama osoba s narušenou komunikační schopností (respektive s rodiči, příbuznými) pod supervizí logopeda (Lechta, 2005).

V logopedické terapii lze využít různé druhy učení (pojmové učení, percepčně-motorické učení, verbální učení, učení podmiňováním, aj.). Dále můžeme užívat metody obecné pedagogiky (metoda cvičení, metoda příkladu) a metody speciální pedagogiky (reedukace, kompenzace, rehabilitace, aj.) (Lechta, 2005).

Principy uplatňované v logopedické terapii využívají kromě všeobecných principů řízeného učení, také principy obecné pedagogiky (princip uvědomělosti, aktivity, názornosti, soustavnosti, trvanlivosti, individuálního přístupu) a speciální pedagogiky (princip komplexnosti, dispenzarizace, optimálního prostředí, socializace/resocializace) a také se využívají specificky logopedické principy, mezi které patří principy:

- minimální akce
- relaxace
- komplexnosti
- symetričnosti terapeutického vztahu
- multisenzoriálního nebo monosenzoriálního přístupu
- krátkodobého, ale častého procvičování
- funkčního používání řeči
- celostního přístupu
- včasné intervence
- imitace přirozeného
- normálního vývoje řeči
- překonávání komunikační bariéry

Terapie

Dvořák (1998) dělí zaměření terapie na následující:

- **kauzální** – zaměřuje se na příčiny narušené komunikační schopnosti a snaží se je odstranit;
- **symptomatické** – terapie zaměřena na redukci projevů narušené komunikační schopnosti, formování komunikační schopnosti jednotlivce, aby dosáhla normy;
- **celostní, holistické** – holistické zaměření jak z hlediska člověka s NKS, tak i z hlediska jednotlivých součástí terapie.

FORMY TERAPIE DLE LECHTY (2005):

- individuální – různě dlouhá sezení závislá na druhu narušené komunikační schopnosti a na věku jedince s narušenou komunikační schopností
- skupinová – skupina je tvořena třemi až šesti lidmi s narušenou komunikační schopností podle potřeby
- intenzivní – např. několikrát denně
- intervalová – intenzivní terapie se opakovaně aplikuje po odstupu několika týdnů či měsíců

Jednotlivé formy terapie se dají dle potřeby střídat popřípadě kombinovat.

7 SYSTÉMY PRO PODPORU ROZVOJE KOMUNIKACE U OSOB S PORUCHAMI AUTISTICKÉHO SPEKTRA

7.1 ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE

Jak uvádí Čadilová (2007), pro osoby s poruchami autistického spektra je nejdůležitější včasný rozvoj. Do rozvoje je nutné zahrnout též výuku komunikace, tedy sociálně-komunikačních schopností. Faktem je, že dítě nesděljuje z důvodu chybějících komunikačních prostředků. Komunikační bariéra je frustrující, což může být spouštěcím faktorem problémového chování. Navržené alternativní komunikaci musí dítě rozumět, musí být pro ně smysluplné. Používáním alternativní komunikace je možné předcházet mnohým nepříjemným a těžkým situacím (Čadilová, 2007).

- **augmentativní komunikační systémy** podporují již existující komunikační schopnosti a dovednosti, které jsou ale nedostatečné pro dorozumívání. Uspadňují nejen porozumění řeči, ale také vlastní vyjadřování.
- **alternativní komunikační systémy** se využívají jako náhrada mluvené řeči (Klenková, 2004).

Jelikož mnoho dětí s autismem mluví jen velmi málo nebo nemluví vůbec, je potřeba naučit je alternativnímu dorozumívacímu systému. Je důležité, aby se dítě naučilo dorozumívat nějakým způsobem, ať už mluví, nebo ne. Každé dítě je individuální a může být tedy obtížné zvolit tu nejlepší alternativní cestu dorozumívání. Je třeba zvážit výhody i nevýhody vybraného způsobu dorozumívání. Mezi augmentativní a alternativní metody komunikace patří nácvik znaků, používání piktogramů, symbolů, psaní a čtení slov, ucelenou metodiku tvoří např. britský PECS (Picture Exchange Communication System), u nás známý jako Výměnný obrázkový komunikační systém (VOKS). Komunikační terapie zprostředkovává dítěti nejen alternativní způsob komunikace, ale snaží se také rozvíjet

a navozovat všechny potřebné funkce komunikace. Prostředky jsou vybírány podle schopností dítěte, často se nacvičuje kombinace několika prostředků (zrakový kontakt, verbální spojení, postoj apod.). Mezi funkce komunikace patří: žádost, získání pozornosti, popis okolí, popis vlastní činnosti, souhlas, nesouhlas, vyjádření pocitů, citů, podávání a získávání informací

a sociální komunikace – vyjádření touhy po fyzickém kontaktu, omluva, vybidnutí ke společné aktivitě atd.) (Thorová, 2006).

7.2 Facilitovaná komunikace

Facilitovaná komunikace patří mezi specifické nápravné techniky pro autismus. Autorkou této techniky je Rosemary Crossleyová. Metoda je založena na mechanické podpoře ruky druhou osobou. Důležitá je přitom důvěra k facilitátorovi (osoba, která asistenci provádí). Facilitátor přidržuje ruku, zápěstí nebo paži osoby, která chce něco sdělit a vytukává zprávu na tabulce s abecedou, popřípadě na počítači. Cílem je omezit podporu facilitátorovy ruky na co nejmenší míru. Z podpory zápěstí se přechází na podporu lokte, ramene, až se omezí jen na lehký dotyk ramene. Při této metodě se začíná od jednoduchých otázek až k dokonalejší komunikaci (Klenková, 2004).

7.3 Výměnný obrázkový komunikační systém (VOKS)

Výměnný obrázkový komunikační systém je známý též jako The Picture Exchange Communication System (PECS). Tento systém rozvíjí funkční sociální komunikaci, kdy se dítě nejdříve učí navázat kontakt a vyjádřit svá přání pomocí obrázků. Velkou výhodou u tohoto systému je to, že dítě si samo iniciuje kontakt. Tato metoda děti velmi motivuje, díky použití dosáhnout svých přání. (Jelínková, 2004).

Metoda funguje na principu postupně navazujících kroků:

iniciace komunikace, využití obrázku pro dosažení cíle, umění vybrat si z předložených možností, skládání jednoduchých vět pomocí obrázků, užívání obrázků pro odpovědi na otázky, komentování věcí, aktivit, situací (Jelínková, 2004).

7.4 Piktogramy

Piktogramy představují zjednodušená zobrazení skutečnosti, jako předmětů, činností, vlastností. Jsou snadno srozumitelné. Jednoduchým řazením piktogramů je možno vytvářet věty nebo rozvrh hodin, režim dne, týdne aj. (Klenková, 2004).

7.5 Komunikační systém Bliss

Metoda Bliss označuje dorozumívací systém, který používá místo slov symbolické obrázky. Systém vyvinul rakouský inženýr Charles K. Bliss. Při jeho tvorbě byl inspirován čínským obrázkovým písmem, které mělo sloužit k lepšímu vzájemnému porozumění mezi národy. Systém Bliss je upraven tak, aby byl využíván osobami, které umí číst, tak i těmi, kteří čtení neovládají. Je zde používáno asi 26 základních prvků, z nichž bylo složeno přibližně 1 400 standardizovaných symbolů (Kubová, 1996).

7.6 Komunikační systém Makaton

Systém Makaton představuje jazykový program, poskytující základní prostředky komunikace, podněcující rozvoj mluvené řeči i jejímu porozumění. Systém byl vytvořen Margaret Walker z Velké Británie. Jedná se o jazykový program, který využívá manuální znaky doplněné mluvenou řečí a symboly. Základ tvoří asi 350 znaků, které vychází z denního života. Znaky si každý stát vybírá a standardizuje (Klenková, 2004).

7.7 Znak do řeči

Znak do řeči – jedná se o kompenzační prostředek pro osoby s poruchami řeči. Použití znaků pomáhá jedinci komunikovat formou, která je založena na řeči těla, mimice a na přirozených znacích. Znak do řeči pouze doplňuje, ovšem nenahrazuje, řeč

mluvenou. Cílem této metody je především celkový rozvoj komunikačních dovedností. Charakteristickým rysem znaku do řeči je, že znak se používá jen u nejdůležitějších slov ve větě (Klenková, 2004).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

8 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

V této kapitole by sem popsala své výzkumné šetření, které probíhalo od listopadu 2010 do března 2011.

Každý logoped by měl znát specifické metody práce a terapie řeči u dětí s poruchami autistického spektra. Je jeho povinností, poskytnout odbornou a kvalifikovanou péči, každému ze svých klientů, i těm, jejichž zastoupení je procentuálně menší.

8.1 CÍL ŠETŘENÍ

Hlavním cílem výzkumného projektu bylo, zjistit informovanost a erudovanost klinických logopedů při práci s dětmi s poruchou autistického spektra. Dále jsme se snažili analyzovat metody, užívané při práci s autistickými dětmi a specifické terapeutické materiály. Dále byla položena otázka, zda by logopedi uvítali logopedickou příručku, které by zefektivnila jejich práci. Při kladných odpovědích, by byl v konečném důsledku vytvořen pomocný materiál.

8.2 STANOVENÍ HYPOTÉZ

Při sestavování koncepce dotazníků i celkového pojetí práce, jsme vycházeli z daných hypotéz:

H1: Většina respondentů, bude mít ve své logopedické praxi jen malý počet dětí s poruchami autistického spektra.

H2: Většina dotazovaných logopedů, nebude u malého vzorku autistických dětí používat specifické metody práce.

H3: Velká část respondentů, nebude využívat specifické terapeutické materiály při práci s dítětem

H4: Většina dotázaných respondentů bude souhlasit s logopedickou příručkou

8.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU

Výzkumným vzorkem v tomto případě, byli kliničtí logopedi, pracující v soukromých ordinacích, ve zlínském a jihomoravském kraji.

Ve zlínském a jihomoravském kraji pracuje v soukromých ambulancích celkem 46 klinických logopedů. Během svého šetření jsem jich oslovila 40. Výběr byl limitován prací v soukromé ambulanci. Z dotázaných logopedů mi odpovědělo 25, tedy více než polovina.

8.4 METODY ŠETŘENÍ

Jako hlavní metoda šetření byl zvolen dotazník, který spadá pod empirické metody. Dle Dvořáka (2007), který dotazník popisuje ve svém slovníku, se jedná o: „soubor otázek předkládaných osobám ve standardní podobě za účelem zjištění specifických údajů“.

Většina otázek byla otevřená, zjišťovali se konkrétní fakta.

8.5 PRŮBĚH ŠETŘENÍ

Oslovení logopedi ve dvou krajích byli obesláni dotazníkem, pomocí služeb české pošty. Obálka obsahovala dotazník, druhou obálku a známku. Před obesláním, jsem se s každým logopedem spojila telefonicky, zdali by bylo možné zapojit je do výzkumného procesu. Nadpoloviční většina souhlasila, ostatní odmítli s oddůvodněním nedostatku času. 5 logopedů nabídlo osobní setkání, při němž by byl dotazník rozebrán pomocí řízeného rozhovoru. Této nabídky jsem využila, ve dvou případech jsem se účastnila terapie autistických dětí.

Obálek s vyplněným dotazníkem se mi vrátilo 13. Ostatní se evidentně neměli zájem podílem. Z výzkumného vzorku se mi tedy vrátila odpověď od 18 dotazovaných z celkového počtu 25 logopedů. Což činí 72% návratnost, s kterou se dá již provádět výzkum.

Veškeré informace obsažené v dotazníku byli anonymní.

8.6 VÝSLEDKY DANÉHO ŠETŘENÍ

Nyní vyhodnotíme získané informace z řad logopedů, týkající se problematiky péče a terapie o autistické děti.

Otázky pokládané v dotazníku zněly následovně:

- Kolik dětí s Poruchami autistického spektra (dále jen PAS) dochází do vaší ambulance?
- Jaké typy poruch autistického spektra se nejčastěji objevují ve vaší ambulanci?
- V jakém věkovém rozmezí máte děti s PAS ve své péči?
- Které pohlaví dětí s PAS je dominantní?
- Jaké jsou nejčastější logopedické diagnózy u dětí s PAS ve vaší péči?
- Je přístup k dětem s PAS individuálnější než k dětem bez PAS?
- Využíváte nějaké speciální metody (př. Piktogramy) při práci s dětmi s PAS?
- Je četnost návštěv dětí s PAS ve vaší ambulanci četnější než u ostatních poruch?
- Můžete prosím stručně uvést příklad práce s dítětem s PAS ve vaší ambulanci?

Na otázku č. 1 My kliničtí logopedi odpovídali následovně, získané informace jsou uvedeny v následující tabulce a grafu č. 1:

Tab. 1 *kolik dětí s PAS dochází do vaší ambulance*

Počet dětí s poruchou PAS	Počet logopedů, kteří uvedli daný počet dětí
1 dítě	5
2 děti	6
3 děti	4
4 děti	2

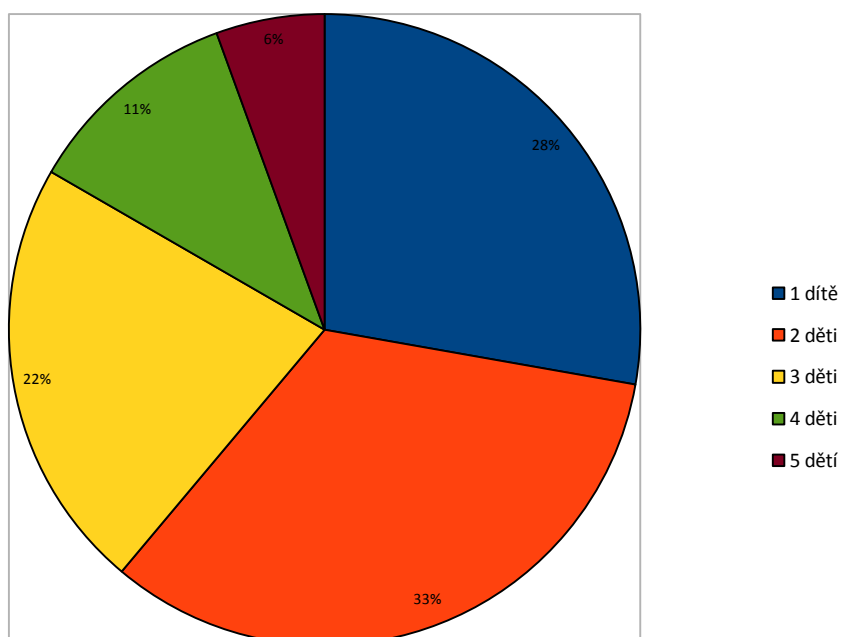
5 dětí	1
	Celkový počet dětí je 42

Z dané tabulky je patrné, že v ambulancích klinických logopedů je registrováno minimálně třicet dětí, což poukazuje na fakt, že by měla být vyvinuta metodická příručka, která by usnadnila práci s těmito dětmi.

Celkový počet dětí se mi zdá poměrně vysoký, když vezmeme v úvahu, že v daných krajích existují speciální mateřské i základní školy určené autistickým dětem, kdy by měl být přítomen i logoped.

Vyšší číslo dětí si vysvětlují tím, že v poslední době je velmi rozšířená integrace těchto dětí do běžných mateřských a základních škol.

Graf č.1



Při otázce č. 2 jsem se zajímala, které typy autistických poruch se v ordinacích klinických logopedů vyskytují nejčastěji.

Největší zastoupení zde má aspergerův syndrom, který je diagnostikován u 27 dětí z celkového počtu 42. Jako druhá nejčastější porucha je uváděn dětský autismus, který je diagnostikován u 8 dětí. Atypický autismus je přítomen u 5 dětí z celkového počtu. Zbývající dvě děti mají diagnózu hyperaktivní poruchy sdružené s mentální retardací a stereotypními pohyby.

Pokud bychom dané čísla vyjádřili procentuálně, bude to vypadat následovně (viz tabulka č. 2, graf č.2):

Tab. 2 *procentuální zastoupení jednotlivých poruch v ambulancích klinických logopedů*

Porucha autistického spektra	Procentuální zastoupení
Aspergerův syndrom	60%
Dětský autismus	20%
Atypický autismus	14%
Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby	6%

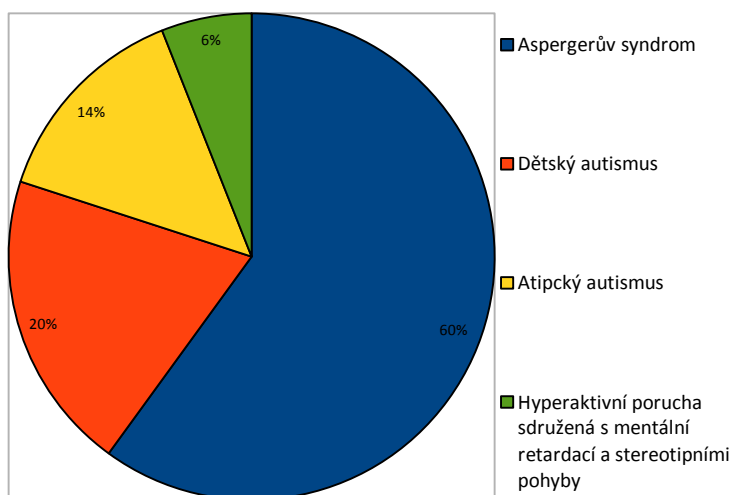
Jak nám výsledky ukazují, nejčastěji se logopedi setkávají s aspergerovým syndromem, který má velmi různorodé symptomy, které plynule přecházejí od normy. Někdy je velmi těžké diagnostikovat aspergerův syndrom, odlišit jej od sociální neobratnosti, která může být spojena s vyhraněnými zájmy a výraznějšími rysy osobnosti (Thorová, 2006)

Zamýšlím se nad tím, zda to není v poslední době moderní trend, že velká část dětí se nyní potýká s aspergerovým syndromem, když před dvěma desetiletími, byl jeho výskyt minimální. Je určitě správné, že jsme o dané věci více informováni, a proto jak rodiče tak i odborní pracovníci, mohou k dětem přistupovat dle jejich požadavků. Míra informovanosti o dané problematice je na vysoké úrovni.

Při výzkumu, jsem dále zjistila že formy dětského autismu jsou mírnějšího rázu, kdy lze pozorovat mírné zlepšení s věkem.

Otázka č. 3 se ptala na věkové rozmezí klientů s poruchami autistického spektra.

Graf č. 2



Velká část dotazovaných logopedů uváděla, že věkové rozmezí je od 3 – 17 let. Při důkladném rozepsání jsme zjistili následující:

Tab. 3 věkové kategorie a jejich zastoupení z celkového počtu

Věk dítěte	Počet dětí
3-4 roky	8
5-6 let	14
7-8 let	6
9-10 let	8
11-12 let	2
13-14 let	3
15-17 let	1

Předchozí tabulka nám podává informace o tom, že největší zastoupení má věková kategorie předškolních dětí, tedy věk 5-6 let.

Podle mého názoru je to dáno snahou rodičů, dohnat co nejvíce deficitů, aby dítě bylo schopné zvládnout nástup do školy.

Další velmi zastoupenou věkovou kategorií je období kolem 10 let. Je to doba, kdy je nutné fixovat naučené dovednosti, aby nedocházelo ke stagnaci vývoje.

Procentuální vyjádření činí (viz. Graf č. 3):

3-4 roky – 19 %

5-6 let – 33,3%

7-8 let – 14,3%

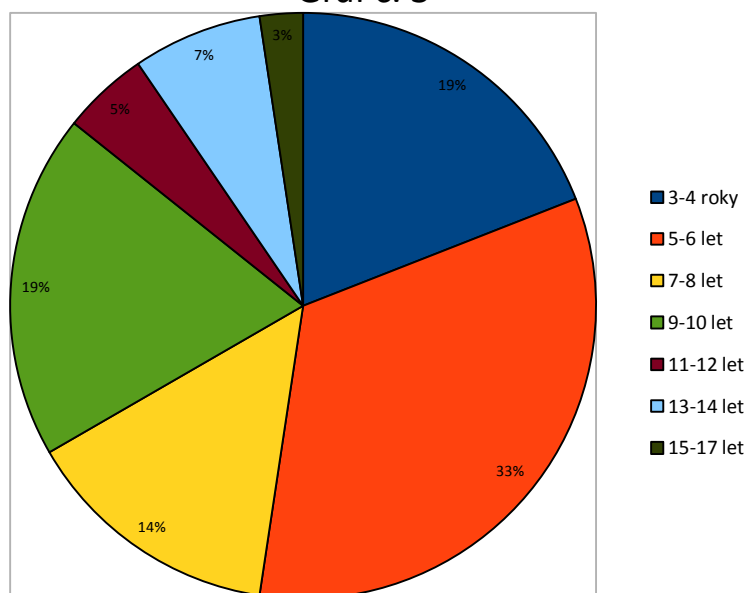
9-10 let – 19%

11-12 let – 5%

13-14 let – 7%

15-17 let – 2,3%

Graf č. 3



U otázky č. 4 jsem očekávala, že z daných šetření vyplyne, převaha chlapců. Skutečně tomu tak bylo. Jak uvádí Thorová(2006) obecně platí, že vývojovými poruchami častěji trpí chlapci. Také autismus je u děvčat vzácnější. Nejčastěji uváděným poměrem jsou tři až čtyři chlapci na jednu dívku. U aspergerova syndromu je poměr chlapců k děvčatům ještě vyšší. Na druhou stranu existuje předpoklad, že vysoký nepoměr mezi pohlavími může být způsoben nedokonalou diagnostikou syndromu u děvčat.

Švédský neuropsychiatr CH. Gillberg se domnívá, že autismus u dívek má obvykle mírnější manifestaci symptomů. Dívky s poruchou autistického spektra bývají méně hyperaktivní, méně agresivní a více sociabilní než chlapci. (Paul, 2003)

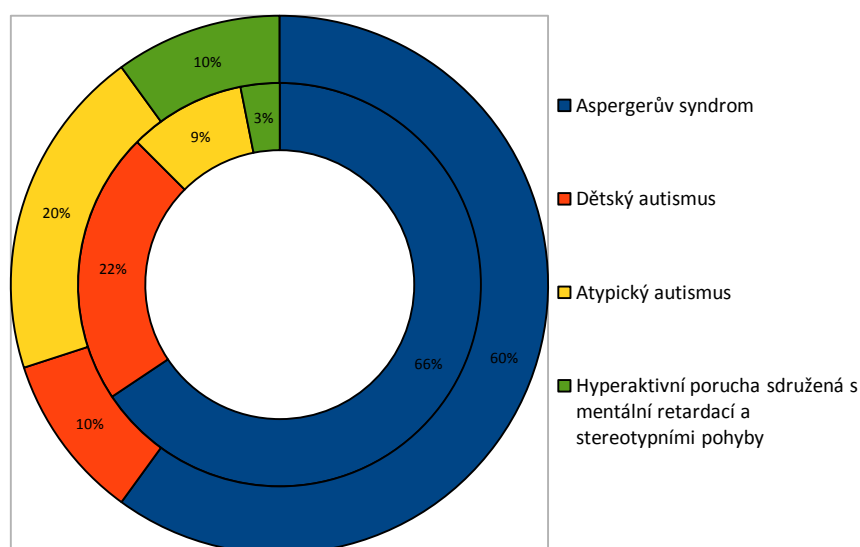
Při našem výzkumu jsme dosáhli čísel, které jsou uvedeny v následující tabulce a grafu č. 4:

Tab. 4 počet zastoupení chlapců a dívek u jednotlivých poruch

	Počet chlapců	Počet dívek
Aspergerův syndrom	21	6

Dětský autismus	7	1
Atypický autismus	3	2
Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby	1	1
celkem	32	10

Graf č. 4



U otázky č. 5, jsme se zabývali logopedickou problematikou a to nejčastějšími vadami řeči, vyskytující se u dětí s poruchami řeči.

Naše šetření ukázalo, že nejčastěji zastoupenou poruchou je opožděný vývoj řeči, jakožto symptomatická porucha řeči při poruchách autistického spektra.

Jako další nejčastější poruchu uváděli dyslalii, poruchy psané a čtení řeči a výjimečně se vyskytovali i poruchy zvuku řeči, způsobené anomáliemi v oblasti orofaciální.

Většina řečových poruch se vyskytuje v kombinaci s dalšími poruchami, ne osamoceně.

Zastoupení řečových vad v celkovém počtu dětí:

Symptomatická porucha řeči byla udána u 36 dětí, z celkového počtu 42.

Dyslalie se objevuje téměř všech dětí, tedy u 39 dětí z celkového počtu 42.

Poruchy čtené a psané řeči byli zaznamenány u 32 dětí.

Poruchy zvuku řeči u 9 dětí z počtu 42.

Zmiňme se o symptomatických poruchách řeči a je její terapii, ta by měla porbíhat mezioborově a v týmu specialistů. Jedná se o velmi složitý proces, který vyžaduje hluboké znalosti dané problematiky.

Dle Čiháka (2002) je autismus extrémní egocentrismus. Autistické dítě se nechce přizpůsobovat okolí, ale snaží se přizpůsobit okolí a chování ostatních lidí svým potřebám, a to i agresí. Psychofarmakologická léčba neovlivňuje jádrový problém, ale pouze mírní nežádoucí projevy chování a vede ke zmírnění afektů.

U **otázky č. 6** nás zajímalo, zdali je přístup logopedů, k dětem s poruchami autistického spektra individuálnější, než k ostatním dětem většina jich uvedla, že ano.

Individualita každého dítěte si vyžaduje i individuální přístup všech pracovníků, kteří s ním přijdou do kontaktu. Velmi výrazně to pocítíme při setkání s dětmi s poruchami autistického spektra.

Každé dítě je jiné, má odlišný vývoj, hloubku svého postižení a zájmy. Proto je nutné aby se při prvotním setkání s dítětem logoped, důkladně seznámil s jeho zvláštnostmi.

Dítě je nutné motivovat a podněcovat ke komunikaci cíleným vytvářením komunikačních situací pomocí každodenních aktivit a přirozených činností. Vhodná motivace může být také předmětem, který mají děti ve velké oblibě. Je nutné pečlivě vybírat pomůcky, které jsou pro dítě v daném období stěžejní a projevuje o ně velký

zájem. Prioritně vybrané pomůcky, se mohou měnit s každým sezením, proto je nutné všimnout si na začátku terapie všech reakcí dítěte, na co zaměřuje svoji pozornost.

Je velmi těžké plánovat, co budeme následující terapii provádět, vždy se rozhodne, až po setkání s dítětem, jaký je jeho momentální psychický stav.

U dětí s poruchami autistického spektra je nutné rozvíjet i ostatní složky, jako je například jemná a hrubá motorika, čtení a psaní, smyslové vnímání aj.

Otázka č. 7 zjišťovala, zda logopedi využívají některou ze speciálních metod pro práci s dětmi s poruchami autistického spektra.

Z dotázaných 25 logopedů, jich 12 uvedlo, že využívají pomocných vzdělávacích programů, jako jsou TEACCH a VOKS. Z těchto programů čerpají rady, jak s dítětem pracovat, neřídí se jimi ovšem plně při své práci.

Ostatní logopedii, využívají prvky relaxace, herní terapie, muzikoterapie či arteterapie.

Využívají materiálů a hraček ve své ambulanci, počítač, má pouze 6 dotázaných logopedů.

Program VOKS – (Výměnný obrázkový komunikační systém). VOKS se velmi podobá systému PECS (Picture Exchange Communication System), který je s velkou oblibou používán v anglicky mluvících zemích. Tyhle programy jsou založeny na stejném principu a při nácviku se postupuje v po sobě logicky následujících krocích, používá se větný proužek atd. využívá se zde speciální soubor černobílých obrázků – perokreseb. Ale, samozřejmě se dají využít i barevné obrázky, fotografie atd. - důležité je použít to, na co dítě nejlépe reaguje. Obrázků se využívá k neverbální komunikaci.

V logopedické ambulanci se dá využít jako podpůrná metoda, ke zdokonalení řeči.

Program TEACCH – Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children – léčení, výchova a vzdělávání dětí s autismem i jiným komunikačním handicapem.

Program TEACCH staví na modelu individuálního přístupu k dětem, aktivní generalizaci dovedností, úzké spolupráce s rodinou, integrací autistických dětí do společnosti, je zde pozitivní přístup i k dětem s problematickým chováním, aktivní snaha o pedagogickou intervenci vedoucí ke zlepšení chování.

Otázka č. 8 se zabývá otázkou, zda děti s autistickými poruchami docházejí do ambulancí častěji, než ostatní děti. Dalo by se předpokládat, že četnost jejich návštěv, by měla být vyšší, než například u dětí s dyslálií, je zde nutnost větší komplexnosti terapie a tudíž by návštěvy měli být četnější.

Jak nám ovšem dotazník vypovídá, četnost návštěv dětí s poruchami autistického spektra, je stejná, nebo méně častá, jako u ostatních dětí.

Následující tabulka nám říká, jak často děti do ambulancí docházejí.

Tab. 5 četnost návštěv dětí s PAS, v ambulancích klinických logopedů

Četnost návštěv	Počet dětí, které dochází do ambulancí v dané periodicitě
1x týdně	3
1x za dva týdny	5
1x za tři týdny	12
1x za čtyři týdny	19
1x za šest týdnů	3

Velkým problémem bývá nemocnost dětí s poruchami autistického spektra. Někdy se stává, že je terapie přerušena i na či více měsíců.

Délka terapie, trvá přibližně třicet minut, záleží na schopnosti koncentrace a únavě dítěte. Někdy se stává, že dítě je natolik „rozladěno“ že terapie, je téměř nemožná.

Při hledání náhradního termínu terapie, často narážíme na problém s rodiči, kdy jejich vytíženost neumožňuje jiný termín, než na kterou jsou zvyklí a mají zaběhlý řád chodu domácnosti a zaměstnání.

Některé děti s poruchami autistického spektra přímo vyžadují, pravidelnou docházku do ambulance, pokud se tak neděje, např. kvůli nemoci, bývají nervózní, rozladěné, někdy může docházet až k agresi.

V otázce č. 9, jsem prosila logopedy, aby stručně uvedli příklad průběhu terapie s dítětem.

Z daných odpovědí by se dalo vyvozovat následující:

- Před začátkem terapie probíhá rozmluva s rodiči, o pokrocích či stagnacích dítěte, co se naučil nového, specifické zvláštnosti které se nově objevují a jiné.
- Zahájení terapie vždy stejným způsobem, úvodní rozhovor, procvičení oromotoriky
- Procvičení správného výdechového proudu a jemné motoriky
- Zahájení řečové terapie – ukázka zvířátek – jaké vydávají zvuky, jak se jmenují, použití obrázku k popisu, pexesa a jiné
- Logopedická terapie dyslalie – vyvození nového zvuku – identifikace zvuku s příslušnou hláskou, fixace nově vytvořené hlásky – automatizace.
- Cvičení pomocí zvukových nahrávek, zvukových pexes
- Využívání arteterapie – kreslení, spojování, vybarvování
- Relace (může být použita v průběhu celé terapie)
- Rozhovor s rodiči, rady jak s dítětem pracovat
- Vyplnění dokumentace

S daného šetření vyplývá, že velká část logopedů, pracuje s dětmi s poruchami autistického spektra bez větších rozdílů jako s ostatními dětmi.

Logopedi, kteří se zúčastnili daného výzkumu, by uvítali osvětu v podobě informačních materiálů, brožurek a jiných.

Všichni s dotázaných se shodují, že materiály a programy vydávané pro práci s dětmi s poruchami autistického spektra jsou velmi drahé. Z důvodu nízké návštěvnosti autistických dětí, je pro ně bezvýznamné investovat tak velké částky do daných materiálů.

Velká část používá své materiály, které nasbíraly během dlouholeté praxe. Tyto materiály nepodléhají novým trendům ve vývoji péče o autistické dítě, mohou se jevit jako zastaralé. Většina logopedů, kteří se zúčastnili daného šetření uvádí, že se snaží většinu autistické klientely převést na specializované pracoviště v nejbližším okolí. Ne vždy však mohou rodiče dojíždět do specializovaných center, nebo jsou zaplněné kapacity.

V první řadě by se mělo dbát o dítě – dát mu to nejlepší co kvalifikovaní odborníci mohou nabídnout. Kliničtí logopedi se nebrání osvětě, která by jim doplnila chybějící znalosti. Při vyšší erudovanosti logopedů, by mohl změnit názor na autistické děti a neměli by strach mít je ve své péči.

8.7 DÍLČÍ ZÁVĚRY

Cílem výzkumu bylo ověření domněnky, že logopedická osvěta v oblasti terapie autistických dětí je nedostačující, i když by měla své uplatnění.

Bohužel, při malém rozsahu dotazovaných a regionálním omezení, je téměř nemožné výsledky zobecňovat. Získané informace, ale mohou nastínit aktuální znalost logopedů ohledně autistické problematiky.

Na základě výsledků daného výzkumu, byly zjištěny tyto závěry:

Hypotéza 1 byla ověřena: Počet dětí s poruchou autistického spektra, které navštěvují ambulance klinických logopedů je nízký, důvodem může být neznalost logopedů práce s těmito dětmi a jejich doporučení k návštěvám specializovaného centra.

Hypotéza 2 byla ověřena: Většina logopedů řeší terapii poruch řeči u dětí s poruchami autistického spektra, stejně jako u ostatních dětí.

Hypotéza 3 byla ověřena: Velká část logopedů nepoužívá materiály určené pro práci s autistickými dětmi, pro jejich nedostatek na trhu a vyšší pořizovací cenu.

Hypotéza 4 byla ověřena: většina dotazovaných se přiklání k tvorbě brožury, kde budou obsaženy základní informace pro práci s autisty.

Pokud se zamyslíme nad danou problematikou, je třeba si uvědomit, že vývoj péče o děti s poruchami autistického spektra, dosáhl v posledních letech velkého rozmachu. Většina dotazovaných klinických logopedů, pracují ve svém oboru, již desítky let a je pro ně jednodušší, když dítě přepošlou na specializované pracoviště, než aby se sami vzdělávali a kupovali nové materiály. Otázkou je kdyby materiály byly finančně dostupnější, zdali by se zvýšil zájem logopedů si je koupit a pracovat podle nich.

Můžeme usuzovat, že většina logopedů nemá potřebu zvyšovat svoji kvalifikaci, kvůli „hrstce“ dětí. Je vůbec možné po nich něco takového vyžadovat? Především by mělo jít o děti, kterým tu péči poskytují, logopedi jsou tu pro ně. Nechceme kritizovat logopedickou péči, ale kdyby logopedi vložili do své práce trochu úsilí, namísto stereotypního odříkávání básniček, dosáhli by mnohem větších a efektivnějších výsledků.

Dovolíme si usuzovat, že nová generace, bude mít širší záběr svých znalostí a tedy i komplexnější péči. Otázkou je, zda postupem času nezapadnou do stejného stereotypu jako jejich předchůdci.

Klademe si otázku, zda by logopedi sami, mohli tvořit pomocné příručky pro práci s autistickými dětmi, kdy by čerpali ze své vlastní zkušenosti a úspěchů, kterých se jim podařilo dosáhnout během své práce.

Klíčem k řešení nepříznivé situace by mohla být aktivita samotných logopedů v osvětové činnosti. Položme si otázku, zdali nám přijde péče logopedů o děti s poruchami autistického spektra dostačující? Při výzkumu jsme nezáslechli ani slůvko o skupinové terapii, která by mohla být velmi prospěšná. Navíc při malém

počtu dětí s poruchami autistického spektra, které dochází do ambulancí klinických logopedů, by nemělo činit problém dohodnout společný termín.

ZÁVĚR

Komunikace je jedním ze základních dorozumívacích prostředků. Je pro nás spojením s okolním světem. Pokud dochází k problémům v oblasti komunikace dochází k problémům v sociální interakci. Logopedi, jakožto odborníci na řeč, jsou tu proto, aby nám pomáhali překonávat problémy právě v téhle oblasti. Autismus postihuje právě oblast komunikace a to nejen verbální ale i tu neverbální.

„Autismus je postižení se kterým není lehké žít, lidé s tímto postižením jsou neustále ve světě, kterému nerozumí, nebo mu rozumí jen s obtížemi, ve světě, který je nechápe nebo chápe jen s obtížemi. Proto nás nepřekvapuje, jestliže se tito lidé před tímto světem uzavírají do sebe sama nebo vyjadřují svou frustraci tím, že tlučou hlavou do zdi či se vztekají.“ (Gillberg, Petters, 2008, str. 7)

Hlavním cílem diplomové práce bylo zmapovat metodické postupy klinických logopedů v ambulancích o děti s poruchami autistického spektra. Zjištění by mohlo přispět k osvětě logopedů, která je zde nedostatečná. Celkový fakt, že většina logopedů nevyužívá specifických materiálů pro práci s autisty, nepřítomnost počítačů a tím i počítačových programů, které mohou být velmi prospěšné v edukaci, vede k zamyšlení, zdali je poskytovaná péče, to nejlepší co můžou rodiči svým dětem zajistit. V některých případech rodiče nemají možnost využívat specializovaného centra zaměřeného na autistické poruchy, proto využívají služeb logopedů, a doufají v kvalitní péči.

Výsledky praktické části jasně naznačují, že kvalitní a systematická osvěta logopedů v oblasti terapie autismu, téměř neexistuje. Logopedi nevyužívají všech prostředků, které jim jsou k dispozici v oblasti sebevzdělávání. Rádi bychom proto

nastínili, aspoň základní pravidla, jak s autistickým dítětem správně pracovat, abychom rozvíjeli co nejvíce narušených oblastí komunikace. Bylo by hezké, kdyby většina erudovaných odborníků pořádala více seminářů a praktických cvičení s logopedy, vydávali pomocné brožury, aby došlo k větší informovanosti logopedů. Doufáme, že předkládaná diplomová práce přispěje k zamyšlení logopedů k šíření celkové osvěty nejen v péči o autistické děti.

Rady a typy, jak pracovat s dítětem s poruchou autistického spektra

- **Je nutné dát věcem řád** – během práce s malým autistou, vytvořte prostředí, které je jasně dané a předvídatelné.
- **Pracovat s jasně daným systémem komunikace** – autisti musí mít možnost se vyjadřovat, vyjadřování je možné pokud mají adaptovaný systém komunikace.
- **Procvičování sebeobslužných dovedností** – tak aby se autisti byli schopni postarat sami o sebe, během nácviku, se dá pracovat i s řečí, tedy jejím nácvikem.
- **Udělat jej užitečným** – pokud bude mít dítě pocit, že je užitečné, nebude nešťastné.
- **Snažte se vybudovat schopnost samostatnosti** – když něco nejde předvídat, je třeba aby si dítě ve volném čase dokázalo vytvořit zábavu. Učte jej tvořivosti.
- **Kolektivní komunikace** – naučit dítě fungovat v kolektivu, rozvíjení společných zájmů. Skupinová terapie
- **Příjemné prostředí** – snažte se navodit příjemnou atmosféru, zjistěte si oblíbené bonbóny, předměty, pracujte s tím co má dítě rádo, společné téma, oblíbená oblast zájmů může napomoci komunikaci
- **Nabízejte jistoty** – nábytek i vybavení by měli být stále na stejném místě, tak aby se dítě cítilo klidně, vše je tak jak má být. Při práci pracujte u stolu, při relaxaci se přesuňte na koberec. Každá činnost se provádí v jasně určené části místnosti
- **Dodržování pravidel** – na začátku si vždy určete dobu, po kterou budete s dítětem pracovat a řekněte mu to („až bude velká ručička na číslici 6, zkončíme“) popřípadě ukažte. Dítě může pociťovat nervozitu, když nemá přesnou hranici konce. Dodržujte dané intervaly

- **Moderní trendy** – zapojte do terapie počítač a počítačové programy. V dnešním přetechizovaném světě děti technické pomůcky přímo vyhledávají. Sami budou chtít pracovat s počítačem.
- **Komplexnost** – zapojte do terapie i nácvik jemné a hrubé motoriky a oromotoriky. Nacvičte správné dýchání. Všechny složky jsou důležité pro správný vývoj, na chvíli zapomeňte, že jste tu jen kvůli nácviku komunikace.
- **Zapojte fantazii** – nejen vaši ale i autistických dětí, zkuste vymýšlet nové básničky, rýmováčky a jiné.
- **Rozcvička nám prospěje** – na začátku sezení si můžeme dát s dítětem malou rozcvičku, uvolní se nám do těla endorfiny, prokrví mozek a zvýší se schopnost lépe přijímat nové informace
- **Pochvala je důležitá** – nezapomeňte chválit, za každou maličkost, která se dítěti podaří. Podporujete tím pozitivní přístup k činnosti.
- **Relaxace** – terapie bývá někdy velmi náročná, je naprosto v pořádku, když ji klidně i několikrát přerušíme a zrelaxujeme jak tělo i mysl. Dítě by nemělo být unavené, terapie pak ztrácí svůj význam.
- **Zapojte hudbu** – hudba může velmi pozitivně ovlivňovat soustředění. Většina dětí si poslech hudby vychutnává, zapojte ji do terapie, naučte se písničku. (Pozor, ujistěte se, že dítě hudbu dobře snáší, můžou se objevit i výjimky, které ji nesnesou)
- **Hrajte si** – hra je nejlepší terapeutický i didaktický prostředek. Snažte se, aby dítě mělo pocit, že si jde hrát ne se učit.
- **Naučte se gesta** – vyzkoušejte videotrénink – natočte sebe i dítě při různých situacích, následně pomocí zpětné vazby nahrávku s dítětem proberte.
- **Co takhle zvířata** – zní to neobvykle, ale i zvířata mohou pomáhat v rozvíjení komunikace. Koně do ambulancí asi nedostanete, ale vyzkoušet můžete želvu nebo třeba křečka. Velkou roli zde hraje i casterapie – tu můžete rodičům doporučit, jako doplňkovou terapii.
- **Houpejte se** – na podporu koordinace těla můžete použít zavěšené sítě, nafukovací míče a jiné. Děti ocení, když můžou sedět i jinde než jen na židli.

- **Využívejte dotek** – na zklidnění autistického dítěte je někdy vhodné použít silného objetí – poproste rodiče o pomoc
- **Odpočinek od prostoru** – některým dětem prospěje chvilka v klidu a v soukromí, zařídte malý koutek, kde dítě může být v těsném prostoru např. „malá chaloupka“, pytel naplněný molitanovými kuličkami, dítě zde může trávit chvilku, během rozhovoru s rodiči.
- **Světlo je důležité** – k navození příjemné atmosféry můžete použít barevné žárovky, lampy měnící barvy a jiné. Držte se zásady že je nutné mít místnost dostatečně osvětlenou, dítě nebude spavé.
- **Trocha vůně neuškodí** – využijte aromaterapie, používejte vůni kterou si dítě oblíbí. Může mít zklidňující (levandule) nebo povzbuzující (citron) účinky.
- **Mluvte s rodiči** – dochází k výměně informací, dozvídáme se o dítěti i o rodinném zázemí. Můžeme rodičům radit jak se mají chovat v určitých situacích a co dělat, popřípadě co nedělat, aby se jejich dítě co nejlépe rozvíjelo.
- **Ke všem klientům přistupujte stejně** – snažte si nevypěstovat vůči některým dětem nenávisť. Je velmi jednoduché podlehnout negativním pocitům vůči některým dětem, většinou těm, co více „zlobí“.
- **Mějte rádi svou práci** – pokud svou práci vykonáváme s radostí, jsme uvolnění a nevychází z nás napětí. Děti mají schopnost vycítit naši negativu a můžou být podrážděné.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

BEYER, J., GAMNELOFT, L. *Autismus a hra*. Praha: Portál, 2006. ISBN 807367-157-3

BONDY, A., FROTS, L. *Vizuální komunikační strategie v autismu*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2053-1

ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. A KOL. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.

DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník: terminologický a výkladový*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 1998.

GILLBERG, CH. PEETERS, T. *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-201-7

HORT , V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., A KOL. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2008

HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-813-9

JELÍNKOVÁ, M. *Autismus II. – problémy v sociálních vztazích dětí s autismem*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2000.

JELÍNKOVÁ, M. *Autismus III. – problémy s představivostí u dětí s autismem*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2000.

KLENKOVÁ, J.: Alternativní a augmentativní komunikační systémy. In. VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno : Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.

KLENKOVÁ, J. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1110-9

KREJČÍŘOVÁ, D. *Autismus VII. – diagnostika poruch autistického spektra*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství, 2003.

- KUBOVÁ, L. *Alternativní komunikace, cesta ke vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí*. TECH-MARKET : Praha, 1996. ISBN 80-902134-1-3
- LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002. ISBN 8071785725
- PEETERS, T. *Autismus: od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci*. Praha: Scientia, 1998. ISBN 80-7183-114-X
- PEČEŇÁK, J. *Diagnostika dětského autismu*. In LECHTA, V. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5
- RICHMAN, S. *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální terapie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-102-6
- SHOPLER, E., MESIBOV, G.B. *Autistické chování*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-133-9
- ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6
- THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7
- TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování dětí*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-503-2
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-308-0
- VERMEULEN, P. *Autistické myšlení*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1600-3
- VOCILKA, M. *Autismus*. Praha: TECH-MARKET, 1996. ISBN 80-902134-3-X
- VYBÍRAL, Z. *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-387-1

PŘÍLOHA Č.1

DIAGNOSTIKA PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA

V současné době neexistuje zkouška biologického charakteru, která by prokázala autismus. Screening se proto zcela zákonitě zaměřuje na mapování a výzkum chování. V diagnostice se vždy cení nejvíce klinická zkušenost. Nicméně potřebnou zkušenost a z ní vyplývající jistotu při vyšetřování dětí s poruchou autistického spektra získají jen lidé pracující na pracovištích, která se rutinně zabývají touto skupinou poruch.

Pokud má být zachycen co největší počet dětí v co nejranějším věku je zapotřebí, aby co nejširší počet odborníků byl schopen vyslovit alespoň podezření na poruchu autistického spektra. To se týká hlavně profesí, jako jsou pediatři, psychiatři, psychologové, učitelé, neurologové, logopedi a pracovníci pedagogicko-psychologických poraden a speciálně pedagogických center. Pro ně jsou nejvhodnější pomocníky screeningové metody, které jsou celkově nenáročné na administraci, a k jejich použití je zapotřebí jen základní trénink. Screeningových dotazníků, které se více či méně úspěšně snaží o detekci autismu existuje v zahraničí celá řada. Jejich nevýhodou je menší spolehlivost. Selhávají nejčastěji při detekci mírnějších forem poruch autistického spektra nebo fungují jako falešně pozitivní, což znamená, že přiřknou autistickou symptomatiku osobám, které trpí jinou poruchou. (Thorová, 2006, str. 264)

Jak uvádí Krejčířová (2003) autismus může diagnostikovat pouze dětský psychiatr, a ostatní odborníci mu napomáhají v diagnostice.

ADI-R AUTISM DIAGNOSTIC INTERVIEW-REVISED

V dnešní době se jedná o jednu z nejlépe ověřených metod, založenou na semistrukturovaném rozhovoru s rodiči dítěte či dospělého se suspektními projevy autismu. Nejspolehlivější je pokud se provádí v předškolním věku. Za velkou nevýhodu je považována dlouhá doba administrace, která činí 90-120 minut. Skóre, které získáme, se dá algoritmem převést na kritéria MKN-10, tím získáme 4 skóry, které jsou důležité pro diagnostiku a to v těchto případech:

1. Sociální interakce – u kterého hodnotíme neverbální chování jako prostředek sociální interakce, schopnost navázání kontaktu se svými vrstevníky a schopnost vzájemně sdílet potěšení a úroveň sociálně emočních dovedností.
2. Komunikace - v oblasti neverbální komunikace hodnotíme schopnost užívat gesta a úroveň sociálně-napodobivé hry. U verbální komunikace se hodnotí schopnost konverzace, jejího navázání a zvláštnosti ve vývoji řeči.
3. Chování s opakujícími se a stereotypními tendencemi – hodnotí se pohybové stereotypie, omezení a ulpívání v oblasti zájmů, míra kompulzivního chování, nefunkční zacházení s předměty a neobvyklé smyslové zájmy.

ADOS –AUTISM DIAGNOSTIC OBSERVATION SCHEDULE

Jedná se o metodu založenou na semistrukturovaném vyšetření, kdy v rámci jednotlivých, přesně daných aktivit hodnotíme fungování diagnostikované osoby převážně v oblasti sociální interakce a komunikace

CARS – CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE

Je jednou z nejpoužívanějších metod v České republice. Vypracovali ji odborníci v rámci programu TEACCH a je vhodná spíše ke screeningu autismu. Má 15 položek, z nichž každá se hodnotí na stupnici od 1 do 4 podle frekvence a intenzity abnormních projevů v určité oblasti. Administrace škály trvá půl hodiny až hodinu (Hrdlička, 2004).

Koluje v několika verzích překladu, ale jeho užití je příliš okrajové, takže zatím neslouží účelu, ke kterému je určen. Stěžejní diagnostickou metodou je objektivní pozorování a standardní systematické vyšetření. Strukturované posuzovací škály a dotazníky je možné vyplňovat v rodinách a ve školách a přispět tak podrobnějšími informacemi k zpřesnění diagnostického procesu.

PSYCHOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Většinou běží ve dvou liniích. Za prvé mapujeme symptomatiku typickou pro děti s poruchou autistického spektra, za druhé vyšetřujeme aktuální schopnosti dítěte. Děti které na vyšetření přicházejí, se od sebe liší věkem, mentálními schopnostmi, mírou adaptability i chováním.

Vyšetření začíná většinou úvodním pohovorem s rodiči. Na první konzultaci docházejí rodiče většinou bez dětí. Dozvídáme se informace o minulých vyšetřeních, údaje o školní docházce. Zjistíme postoj rodičů na současnou situaci týkající se dítěte a sestavíme anamnézu.

Při další konzultaci, přicházíme do kontaktu s dítětem. Všímáme si dítěte při volné činnosti, při interakci s rodiči, s vyšetřujícím, schopnosti adaptace na nové prostředí i výběr hraček.

Další etapou je řízená práce s dítětem. Zde administrujeme dílčí úkoly z vývojových škál, u zdatných dětí použijeme standardizované metody (např. Wechslerův inteligenční test). Všímáme si schopnosti spolupráce při činnosti, kvality pracovního chování, úroveň aktivity. Každé dítě reaguje v testové situaci jinak, některé mohou spolupracovat bez problémů. Děti s nízkou funkční adaptabilitou mohou mít takové problémy, že administrace testového materiálu je nemožná. Pokud se potíže objevují i při opakování testu, je nutné orientačně stanovit schopnosti dítěte, na základě ústního pohovoru s rodiči a učiteli.

Při vyšetření se zaměříme především na zmapování chování, schopností a projevů v následujících oblastech:

- všímáme si sociálního chování a schopnost spolupráce (s rodiči, osobami blízkými, cizími a s vrstevníky)
- všímáme si schopnosti napodobovat řeč, pohyb či komplexní činnosti
- v řečovém projevu pozorujeme porozumění řeči, slovní zásobu, užívání abstraktních pojmů a celkovou kvalitu komunikace
- též mapujeme neverbální kontakt, jeho kvalitu a frekvenci (oční kontakt, gesta, mimika)
- kontrolujeme celkovou motoriku, kvalitu koordinace, hrubou a jemnou motoriku a grafomotoriku
- sledujeme analyticko-logické myšlení, které zahrnuje početní schopnosti a zvládnutí abstraktně-vizuálních úkonů (skládačky, Ravenův test)
- neopomeneme sledovat emoční reaktivitu, přiměřenost aktivity, zrakové a sluchové vnímání a úroveň samoobslužných dovedností

V závěru je nutné s rodiči probrat diagnostická shrnutí, základní doporučení a nasměrování na následnou péči. (Thorová, 2006)

Dále zde uvádím výzkumná kritéria MNK – 10 pro diagnostikování dětského autismu

VÝZKUMNÁ KRITÉRIA MNK-10:

- A. Vývoj je narušený nebo abnormální nejméně v jedné z následujících oblastí a je patrný před dosažením věku tří let dítěte:
 1. expresivní nebo receptivní řeč je užívána při sociální komunikaci
 2. vývoj sociální interakce a selektivních sociálních vazeb
 3. funkční hra a symbolika

- A. Dítě musí vykazovat nejméně šest symptomů, které jsou uvedené pod následujícími body. Z bodu 1. By to měli být nejméně dva symptomy. Z bodů 2. a 3. nejméně jeden symptom z každého:
1. Kvalitativní narušení sociální interakce se projevuje nejméně dvěma ze čtyř následujících oblastí:
 - a) zrakový kontakt není adekvátně používán, dítě jej neudrží, gesta výraz obličeje a postoje těla jsou nepřiměřená k sociální integraci
 - b) dítě není schopno rozvíjení vztahů mezi vrstevníky, záleží na mentální úrovni dítěte, dále pak zapojení do společných zájmů a aktivit
 - c) dochází k nedostatku sociálně emoční reciprocit – reakce na emoce lidí v okolí je nepřiměřená, narušená, dítě není schopno přizpůsobit své chování sociálnímu kontextu, dále je zde omezení sociální integrace
 - d) dítě neumí spontánně sdílet emoce a společné zájmy s ostatními lidmi
 2. Kvalitativní narušení komunikace projevující se nejméně v jedné z níže uvedených oblastí:
 - a) zpomalení, zaostávání až absence vývoje mluvené řeči, jako alternativní komunikace chybí snaha náhrady například gesty a mimikou
 - b) setkáváme se s neschopností udržení konverzace, stejně jako neschopnost začít konverzací s osobami na jejichž komunikaci je třeba reagovat
 - c) v řeči se objevují stereotypie, dochází k idiosynkratickému užívání slov
 - d) Absence samostatných symbolických nebo napodobovacích her.
 3. Omezené, opakující se stereotypní vzorce chování, zájmů a aktivit, které se projevují minimálně v jedné u následujících oblastí:
 - a) zaujetí minimálně jedním stereotypním a omezeným zájmem, ty bývají většinou netypické svým obsahem či intenzitou, popřípadě jasně daném
 - b) zaujetí a setrvávání ve specifických, rutinních činnostech, které jsou často bezúčelné

c) motorické zvyky které mají svůj stereotypní stále se opakující řád (pohyby celého těla ze strany na stranu, poklepávání, pohyb paží či hlavy)

d) fascinace a dlouhodobý zájem o nefunkční části hraček a ostatních (sledování tvaru, pohyblivých částí, tvarů či barev)

A. Klinický obraz neodpovídá jiným pervazivním vývojovým poruchám, specifickým vývojovým poruchám receptivní řeči (F 80.2) se sekundárními sociálně emočními problémy, mentální retardaci (F 70- F 79) s přidruženými emočními či behaviorálními poruchami, reaktivním poruchám přichylnosti (F 94.1), dezinhibované poruše přichylnosti (F 94.2), schizofrenií s neobvykle včasným začátkem (F 20) a Rettovu syndromu (F 84.2). (Pečeňák, 2003)

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

K poruchám autistického spektra se často mohou připojovat poruchy jiné. U některých poruch je spoluvýskyt poruchy autistického spektra několikrát čtenější než bývá u běžné populace. Vzhledem k zvolení vhodného přístupu je zapotřebí diagnostikovat autismus vždy zvlášť. Příznaky autismu jsou natolik širokospektré a prolínající se, že jejich vzájemné hranice, a tudíž přesnou definici je obtížné vymezit.

PŘÍLOHA Č.2

Diagnostická kritéria pro dětský autismus (F 84.0) dle MKN - 10

Autismus je zařazen mezi pervazivní vývojové poruchy, což je skupina poruch, které se diagnostikují na základě projevů chování. Stupeň závažnosti poruch bývá různý, typická je také značná variabilita symptomů. Porucha se diagnostikuje bez ohledu na přítomnost či nepřítomnost jakéhokoli přidruženého chorobného stavu. Specifický projev deficitů charakteristických pro autismus se mění s věkem dětí. Syndrom je možno diagnostikovat v každé věkové skupině.

1. Autismus se projevuje před třemi roky věku dítěte

2. Kvalitativní narušení sociální interakce

- nepřiměřené hodnocení společenských emočních situací
- nedostačující odpověď na emoce jiných lidí
- nedostatečné přizpůsobení sociálnímu kontextu
- špatné používání sociálních signálů
- chybí sociálně - emoční vzájemnost
- slabá integrace sociálního, komunikačního a emočního chování

3. Kvalitativní narušení sociální interakce

- nedostatečné sociální užívání řeči bez ohledu na úroveň jazykových schopností
- porucha imaginační a společenské napodobivé hry
- nedostatečná synchronizace a reciprocita v konverzačním rozhovoru
- snížená přizpůsobivost v jazykovém vyjadřování
- relativní nedostatek tvořivosti a fantazie v myšlení
- chybí emoční reakce na přátelské přiblížení jiných lidí (verbální i neverbální)
- narušená kadence a důraz komunikace, které jsou odrazem modulace komunikace
- nedostatečná gestikulace užívaná k zvýraznění komunikace

4. Omezené, opakující se stereotypní způsoby chování, zájmy a aktivity

- rigidita a rutinní chování v široké škále aspektů každodenního života (všední zvyky, hry)
- specifická přichylnost k předmětům, které jsou pro daný věk netypické (jiné než např. plyšové hračky)
- lpění na rutině, vykonávání speciálních rituálů
- stereotypní zájmy - např. data, jízdni řády
- pohybové stereotypie
- zájem o nefunkční prvky předmětů (například omak, vůně)
- odpor ke změnám v běžném průběhu činností nebo v detailech osobního prostředí (například přesunutí dekorací nebo nábytku v rodinném domě)

Nespecifické rysy

- strach (fobie)
- poruchy spánku a příjmu potravy
- záchvaty vzteku a agrese (zvláště pokud je přítomna těžká mentální retardace)
- většinou chybí spontaneita, iniciativa a tvořivost při organizování volného času
- potíže s koncepčností při rozhodování v práci i přesto, že schopnostmi na samotné úkoly stačí

** (American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Fourth edition, Washington DC, American Psychiatric Association, 1994)*

Diagnostická kritéria pro autistickou poruchu (autistic disorder, 299.0) dle DSM - IV *

Kategorie I

k diagnóze je zapotřebí minimálně šest níže uvedených symptomů z kategorie I, a to nejméně dva symptomy z odstavce A, nejméně jeden symptom z odstavce B a nejméně jeden symptom z odstavce C.

A. Kvalitativní narušení sociální interakce (nejméně dva symptomy)

- Výrazně narušená schopnost přiměřeně užívat neverbální chování (oční kontakt, výraz obličeje, postoj těla a gesta) v různých sociálních situacích.
- Neschopnost vytvářet vztahy s vrstevníky s přihlédnutím na dosaženou vývojovou úroveň.
- Malá schopnost spontánně sdílet s ostatními radost a zájmy, mít potěšení ze společné činnosti (například dítě neukazuje věci, které ho zajímají; nepřináší ostatním věci, aby se podívali apod.).
- Nedostatečná schopnost sociální a emocionální empatie (neúčastní se jednoduchých sociálních hříček, preferuje činnost o samotě, ostatní lidi může využívat jako pomocníky nebo "mechanické" pomůcky).

B. Kvalitativní narušení komunikace (nejméně jeden symptom)

- Opožděný vývoj řeči nebo se řeč vůbec nevyvine (dítě se nesnaží nedostatky kompenzovat jiným alternativním způsobem komunikace jako jsou například mimika a gesta).
- U dětí, které mají vyvinutou řeč, je výrazně postižená schopnost iniciovat nebo udržet konverzaci s ostatními.
- Stereotypní a opakující se používání řeči nebo idiosynkratický jazyk.
- Chybí různorodá, spontánní, symbolická a sociálně napodobivá hra odpovídající vývojové úrovni.

C. Omezené, opakující se nebo stereotypní vzorce chování, zájmů nebo aktivit (nejméně jeden symptom)

- Nápadně výrazné zaujetí pro jednu nebo více činností, které je abnormální buď intenzitou nebo předmětem zájmu (např. meteorologie, statistika).
- Zjevné ulpívání na specifických, nefunkčních rituálech a rutinní činnosti, odpor ke změnám (mladší děti mohou mít katastrofální reakce na drobné změny jako je změna záclon, nebo změna polohy jídelního stolu, vyžadování stejné cesty).
- Stereotypní a opakující se motorické manýrování (třepání či krouživé pohyby rukama a prsty nebo komplexní specifické pohyby celým tělem).
- Nepřiměřeně dlouho trávající zaujetí částmi předmětů (knoflíky, části těla)

Kategorie II

Opožděný vývoj či abnormální chování alespoň v jedné z následujících kategorií se projeví před třetím rokem věku dítěte.

- sociální interakce
- jazyk ve vztahu k sociální komunikaci
- symbolická a fantazijní hra

Kategorie III

Diagnostická kritéria dětské dezintegrační poruchy, Rettova syndromu či Aspergerova syndromu lépe nevyhovují

Nespecifické rysy

- nerovnoměrný profil kognitivních schopností (např. hyperlexie)
- problémy s užíváním jazyka a jeho gramatickou strukturou, užívání 3. osoby singuláru namísto 1. osoby ("já"), mnoho dětí s vysocefunkčním autismem má úroveň receptivního jazyka na nižší úrovni než expresivního.
- upřednostňování periferního zrakového vnímání (koutkem oka) před přímým pohledem
- snížená schopnost imitace pohybů, nachýlená chůze či chůze po špičkách, tleskání, luskání prsty
- fascinace pohybem (roztáčení hraček, otvírání a zavírání dveří, fén či jiné otáčející se předměty)
- neobvyklé reakce na smyslové podněty (hypersenzitivita na zvuky, světla nebo doteky, nepřiměřená reakce na vůně a pachy)
- nepřiměřené emocionální reakce (bezdůvodný pláč nebo smích, střídání nálad, afekty, úzkost, absence strachu v nebezpečných situacích)
- problémy s chováním (dyskoncentrace, agresivita, sebezraňování, impulzivita, záchvaty vzteku)
- problémy se spánkem, jídle

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Šárka Došková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	<u>Mgr. Lucia Pastieriková, Ph.D.</u>
Rok obhajoby:	2011

Název práce:	Logopedická péče u osob s poruchami autistického spektra prováděná v ambulancích klinických logopedů.
Název v angličtině:	Speech therapy for individuals with autism spectrum disorders pursues in clinical speech therapist's ambulanicies
Anotace práce:	Diplomová práce pojednává o problematice logopedické péče v ambulancích klinických logopedů u dětí s poruchami autistického spektra. V teoretické části se zabýváme historií autismu a její etiologií. Rozepisujeme poruchy autistického spektra a jejich diagnostiku. Dále se zabýváme triádou problémových oblastí, do kterých spadá sociální interakce, imaginace a komunikace, klinickým obrazem a narušením komunikace. V praktické části se zabýváme rozborem výzkumu, který byl prováděn pomocí dotazníku, zaslaného klinickým logopedům v kraji Jihomoravském a Zlínském.
Klíčová slova:	Poruchy autistického spektra, aspergerův syndrom, dětský autismus, logopedie, řeč, komunikace, imaginace, sociální

	interakce, narušení komunikace, dotazník
Anotace v angličtině:	<p>Thesis concerns about speech therapy in surgeries of clinical speech therapist with autistic disordered children. Theoretical part deals with history of autism and its etiology. I itemize each disorder from autistic spectrum and it's diagnostics. Then we handle with triad of problematic areas, where relate social</p> <p>interaction, imagination and communication, then clinical icon and communicate deconstruction. In practical part I analyse research, which has been threaten by questionnaire sent to clinical speech doctors in Jihomoravsky and Zlinsky region</p>
Klíčová slova v angličtině:	Autistic Disordered Children, Asperger Syndrome, Autist In Childhood, speech therapy, speech, communication, imagination, social interaction, Disorder of communication, <u>questionnaire</u>
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č. 1 Diagnostika poruch autistického spektra</p> <p>Příloha č. 2 Diagnostická kritéria pro dětský autismus (F 84.0) dle MKN - 10</p>
Rozsah práce:	74 stran
Jazyk práce:	čeština