

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Eva Švecová

ANALÝZA VÝVOJE KOMUNIKAČNÍCH STRATEGIÍ U DÍTĚTE  
S DĚTSKÝM AUTISMEM Z POHLEDU LOGOPEDA

Olomouc 2017

vedoucí práce: doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s použitím uvedených zdrojů a literatury.

V Olomouci dne: 21. 6. 2017.

.....

Eva Švecová

#### Poděkování:

Na prvním místě bych chtěla poděkovat doc. Mgr. Kateřině Vitáskové, Ph.D., za odborné a vstřícné vedení mé diplomové práce, za cenné rady, za její přístup, ochotu a trpělivost. Dále bych ráda poděkovala rodině chlapce, za spolupráci. Velké díky patří také chlapci samotnému a v neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině, která mi byla vždy oporou.

# Obsah

|                                                                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Úvod.....                                                                                                 | 7  |
| I Teoretická část.....                                                                                    | 9  |
| 1 Porucha autistického spektra .....                                                                      | 9  |
| 1.1 Pervazivní vývojové poruchy a poruchy autistického spektra .....                                      | 9  |
| 1.1.1 Pojem pervazivní vývojové poruchy .....                                                             | 9  |
| 1.1.2 Pojem autismus .....                                                                                | 11 |
| 1.1.3 Pojem dětský autismus.....                                                                          | 12 |
| 1.1.4 Pojem porucha autistického spektra .....                                                            | 13 |
| 1.2 Etiologie autismu.....                                                                                | 13 |
| 1.3 Prevalence autismu.....                                                                               | 16 |
| 1.4 Autismus podle MKN 10, DSM 5 a vize MKN 11.....                                                       | 17 |
| 1.4.1 MKN 10 .....                                                                                        | 17 |
| 1.4.2 DSM 5.....                                                                                          | 18 |
| 1.4.3 MKN 11 .....                                                                                        | 22 |
| 1.5 Symptomatologie autismu.....                                                                          | 22 |
| 1.5.1 Triáda postižených oblastí u jedinců s PAS.....                                                     | 24 |
| 1.5.2 Další symptomy .....                                                                                | 29 |
| 1.6 Vývoj a průběh poruchy autistického spektra .....                                                     | 31 |
| 1.7 Diagnostika autismu.....                                                                              | 32 |
| 1.7.1 Screeningová metoda M – CHAT a observační škála ADOS .....                                          | 33 |
| 1.7.2 Diferenciální diagnostika .....                                                                     | 34 |
| 1.8 Hodnotící profily dětí s PAS .....                                                                    | 35 |
| 2 Komunikace, komunikační schopnost a narušená komunikační schopnost .....                                | 37 |
| 2.1 Komunikace, jazyk, řeč, formy komunikace, komunikační schopnost a narušená komunikační schopnost..... | 37 |

|       |                                                                         |    |
|-------|-------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.1.1 | Pojem komunikace.....                                                   | 37 |
| 2.1.2 | Pojem jazyk.....                                                        | 37 |
| 2.1.3 | Pojem řeč .....                                                         | 38 |
| 2.1.4 | Verbální a nonverbální komunikace .....                                 | 38 |
| 2.1.5 | Komunikační schopnost.....                                              | 39 |
| 2.1.6 | Narušená komunikační schopnost .....                                    | 39 |
| 2.2   | Alternativní a augmentativní komunikace .....                           | 40 |
| 2.2.1 | Systémy AAK .....                                                       | 41 |
| 2.3   | Specifika komunikace u jedinců s PAS.....                               | 43 |
| 2.4   | Logopedická intervence u osob s PAS.....                                | 46 |
| 2.4.1 | Pojem intervence.....                                                   | 46 |
| 2.4.2 | Logopedická intervence .....                                            | 47 |
| 2.4.3 | Zásady logopedické intervence u osob s PAS .....                        | 47 |
| 2.4.4 | Možnosti stimulace komunikace u jedinců s PAS .....                     | 49 |
| II    | Praktická část .....                                                    | 52 |
| 3     | Analýza vývoje komunikačních strategií u dítěte s dětským autismem..... | 52 |
| 3.1   | Metodologie výzkumného šetření .....                                    | 52 |
| 3.2   | Cíle výzkumného šetření a výzkumné otázky.....                          | 53 |
| 3.3   | Výzkumný vzorek .....                                                   | 54 |
| 3.4   | Výzkumné prostředí .....                                                | 54 |
| 3.5   | Využité metody sběru dat.....                                           | 54 |
| 3.6   | Průběh výzkumu.....                                                     | 56 |
| 4     | Kazuistika chlapce .....                                                | 58 |
| 4.1   | Anamnéza Jiřího.....                                                    | 58 |
| 4.1.1 | Rodinná anamnéza .....                                                  | 58 |
| 4.1.2 | Osobní anamnéza .....                                                   | 60 |
| 4.1.3 | Výchovná anamnéza .....                                                 | 64 |

|       |                                                                                                               |     |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4.1.4 | Školská anamnéza .....                                                                                        | 64  |
| 4.1.5 | Farmakologická anamnéza .....                                                                                 | 64  |
| 4.1.6 | Vývoj chlapce .....                                                                                           | 64  |
| 4.2   | Prodělaná lékařská vyšetření a hospitalizace, zprávy z vyšetření .....                                        | 65  |
| 4.2.1 | Zprávy z lékařských vyšetření .....                                                                           | 65  |
| 5     | Interpretace výsledků výzkumného šetření a závěr praktické části.....                                         | 77  |
| 5.1   | Hodnocené oblasti dle EHP – vývojové profily v průběhu času.....                                              | 77  |
| 5.2   | Vývoj vybraných rysů chování, komunikace a interakce chlapce v MŠ .....                                       | 91  |
| 5.3   | Hodnocení vývoje neverbální a verbální komunikace chlapce jinými<br>zainteresovanými osobami a odborníky..... | 93  |
| 5.3.1 | Neverbální komunikace .....                                                                                   | 94  |
| 5.3.2 | Verbální komunikace .....                                                                                     | 98  |
| 5.4   | Závěr praktické části .....                                                                                   | 101 |
|       | Závěr .....                                                                                                   | 108 |
|       | Seznam použité literatury .....                                                                               | 109 |
|       | Seznam zkratk .....                                                                                           | 115 |
|       | Seznam grafů .....                                                                                            | 116 |
|       | Seznam tabulek .....                                                                                          | 116 |
|       | Seznam příloh .....                                                                                           | 117 |

## Úvod

Poruchy autistického spektra se v současné době dostávají stále více do povědomí veřejnosti. Jde o diagnózu, která v minulosti nebyla používána tolik, jako je tomu v současnosti. Neexistuje tedy téměř žádná osoba, která by se nikdy nesetkala s nikým, kdo trpí nějakou formou autismu. Do povědomí veřejnosti se autismus dostává díky masmédiím a sociálním sítím. O autismu bylo natočeno již několik filmů, příkladem může být velice známý film *Rain Man* z roku 1988. Dále lze jmenovat novější film s názvem *Temple Grandinová*, který byl natočený v roce 2010 a inspirován byl skutečným příběhem ženy s Aspergerovým syndromem, která je současně profesorkou na Coloradské Univerzitě a také snad nejznámější osobou s poruchou autistického spektra. V českém prostředí vznikly v nedávné době dva dokumentární filmy. V roce 2016 *Normální autistický film* a v roce 2017 byl natočen dokument *Děti úplňku*. *Normální autistický film* zobrazuje několik osudů dětí s Aspergerovým syndromem, zatímco film *Děti úplňku* ukazuje příběhy několika rodin s dětmi s diagnózou nejtěžšího autismu, jde o nízkofunkční autismus. I díky filmům a dokumentům může být široké veřejnosti v současné době jasné, že autismus neprezentuje vždy naprosto totožné symptomy. Rozdíly mohou být v hloubce projevu symptomů i v jejich rozmanitosti. Z toho vyplývá také potřeba individuálního přístupu a péče ke každé osobě.

Autismus je dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů 10. revize pervazivní vývojová porucha. Pojem pervazivní znamená všeprostupující. Ve smyslu poruch autistického spektra to znamená, že symptomy prostupují celou osobností člověka a mohou se objevit všude. Nejčastější projevy můžeme sledovat zejména ve třech oblastech. V této práci se autorka bude podrobně zabývat právě jednou z těchto oblastí, a to oblastí komunikace. Komunikace je pro každého člověka velice důležitá. K tomu, aby se člověk mohl dorozumět se svým okolím, k vyjádření svých potřeb a přání, je nutné osvojení nějakého funkčního způsobu komunikace. Existence funkčního způsobu komunikace je důležitá i z hlediska porozumění, aby byl jedinec s PAS nejenom schopen o něco požádat, ale zároveň rozuměl tomu, co mu chce sdělit někdo z jeho blízkých a okolí. Tato práce se bude zabývat vývojem komunikace u chlapečka s dětským autismem.

Diplomová práce je rozdělena na 2 části. První z nich je část teoretická a druhou částí je část praktická. Teoretická část se dělí na dvě kapitoly. První kapitola se věnuje poruchám autistického spektra. Nejprve se snaží osvětlit základní pojmy: pervazivní vývojová porucha, autismus, dětský autismus a porucha autistického spektra, dále se věnuje etiologii a prevalenci

autismu. Další podkapitola se snaží popsat autismus podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů 10. revize. Popisuje autismus i podle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch 5. revize a také přibližuje, jak se bude pojetí lišit v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů 11. revize. Tato revize se chystá pravděpodobně příštím rokem nahradit současnou, kterou je zatím revize desátá. První kapitola také popisuje symptomatologii autismu, vývoj a průběh poruchy autistického spektra, diagnostiku autismu a jako poslední se snaží přiblížit hodnotící profily u dětí s poruchou autistického spektra. Druhá kapitola se zabývá komunikací, zpočátku také vysvětluje pojmy: komunikace, jazyk, řeč, verbální a neverbální komunikace, komunikační schopnost a narušená komunikační schopnost. Zmiňuje také alternativní a augmentativní komunikační systémy (systémy PECS a VOKS), zabývá se specifiky komunikace u jedinců s poruchou autistického spektra a v závěru se věnuje logopedické intervenci u těchto osob.

Praktická část práce obsahuje tři kapitoly. První se věnuje popisu použitých metod a cílů výzkumu, věnuje se také charakteristice výzkumného vzorku, prostředí, využitých metod sběru dat a nakonec průběhu výzkumu. Druhou kapitolu představuje samotná kazuistika chlapce a třetí se věnuje interpretaci výsledků výzkumného šetření a závěrům šetření.

# **I Teoretická část**

Cílem této kapitoly je popsat poruchy autistického spektra, vysvětlit základní pojmy týkající se této problematiky, nastínit problematiku etiologie autismu, prevalenci autismu a popsat, jak je porucha autistického pojetí dělena v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů 10. revize (dále MKN 10), v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch 5. revize (dále DSM 5) a také v Mezinárodní klasifikaci nemocí 11. revize (dále MKN 11), která nahradí současnou desátou revizi. Dále se kapitola věnuje symptomatologii a diagnostice autismu a v závěru zmiňuje hodnotící profily dětí s autismem.

## **1 Porucha autistického spektra**

### **1.1 Pervazivní vývojové poruchy a poruchy autistického spektra**

Pro snadnější orientování v problematice poruch autistického spektra je důležité rozumět terminologii, tato podkapitola tedy nastiňuje pojmy používané v odborné literatuře.

#### **1.1.1 Pojem pervazivní vývojové poruchy**

Kejklíčková (2016) zmiňuje, že pojem pervazivní znamená prostupující celou osobností člověka. Již z názvu poruch lze tedy určit, že postižení je přítomno ve více oblastech. V souvislosti s poruchami autistického spektra máme na mysli sociální komunikaci, sociální interakci a imaginaci. Pervazivní vývojová porucha je všepřonikající porucha, která záporně mění motorickou, emoční, volní, kognitivní a řečovou osobnost a psychosociální úroveň dítěte. Dle autorky je pojem pervazivní porucha výstižnější než pojem autismus z důvodu toho, že deficity v daných třech oblastech se mohou vyskytovat v různých podobách a závažnostech. Mají-li lidé s poruchou autistického spektra problémy se sociální komunikací, sociálním porozuměním a imaginací a k tomu obtížně chápou to, co vidí a slyší, pak pojem autistický (obrácený do sebe) zcela nevystihuje obtíže jedince.

Vágnerová (2008) za pervazivní vývojové poruchy označuje ty poruchy, které závažným způsobem poškozují psychický vývoj jedinců a dále je společným označením závažných poruch, které se projevují již od raného dětství.

Thorová (2012) uvádí, že pervazivní vývojové poruchy (anglicky Pervasive Developmental Disorders) jsou jednou z nejzávažnějších poruch dětského mentálního vývoje. Slovo pervazivní je synonymem ke slovům všepřonikající a všeprostupující. To znamená, že vývoj onoho dítěte je narušen do hloubky ve všech směrech. Díky vrozenému postižení mozkových funkcí, které dítěti umožňují komunikaci, sociální interakci a symbolické myšlení, tedy fantazii, dochází k tomu, že dítě není schopno vyhodnocovat informace stejným způsobem, jako děti na stejné mentální úrovni. Vnímá a prožívá úplně jinak než ostatní děti v jeho věku a díky tomu je i jeho chování odlišné.

Poruchy autistického spektra diagnostikujeme na základě přítomnosti určitých symptomů a jejich množství. Tyto symptomy se objevují ve specifických oblastech a nikdy nelze určit diagnózu pouze na základě několika projevů. Zatímco pervazivní vývojové poruchy diagnostikujeme bez ohledu na přítomnost nebo nepřítomnost jiné přidružené poruchy či nemoci, což znamená, že autismus se může pojít s jakoukoli jinou nemocí či poruchou. V sedmdesátých letech psychiatricka Lorna Wingová z Velké Británie vymezila styčné oblasti, které jsou klíčové pro diagnózu a nazvala je triádou poškození. Tato triáda obsahuje potíže v sociálním chování, v komunikaci a představitosti (Thorová, 2012).

Pervazivní vývojové poruchy se objevují v prvních letech života. K určení diagnózy je vždy třeba několika symptomů v jednotlivých oblastech triády. Diagnózu tedy určujeme dle chování dítěte. Tato diagnostika je velice obtížná a to zvláště z důvodů různé rozsáhlosti a různorodosti symptomatiky. Jednotlivé symptomy se liší v četnosti a síle projevu. Liší se i stupně závažnosti. Projevy dítěte se mění s jeho věkem, mohou se objevit a zase zmizet. Chování dítěte se během vývoje mění pod vlivem sociálního prostředí, výchovy a vzdělávání. Důležitou roli hraje také osobnost dítěte, jeho kognitivní schopnosti a případně přidružené poruchy (Thorová, 2012).

I Petters (1998) hovoří o pervazivních vývojových poruchách. Jako pervazivní vývojovou poruchu definuje tu, ve které se objevují deficity v oblasti kognitivních funkcí jazyka, v motorice a také v sociálních dovednostech. Slovo „pervazivní“ popisuje jako zasažení něčeho, co je ukotvené hluboko v člověku, je to něco, co zasahuje celou osobnost. Dále uvádí, že pojem pervazivní porucha mnohem lépe vystihuje podstatu poruchy než pouhé slovo autismus. Projevy pervazivní poruchy se projevují v mnoha oblastech, jako je komunikace, sociální porozumění, imaginace. Lidé trpící pervazivní poruchou mají problémy s pochopením toho, co slyší a vidí. V tomto případě tedy označení „autistický“, tedy obrácený do sebe, nezúčastněný nebo lhostejný, není vhodnou definicí. Jejich problémy jsou mnohem širšího rázu.

Obtížnost v zařazení dětí do určité kategorie pervazivních vývojových poruch a jejich vzájemné překrývání (například autismus a Aspergerův syndrom) vyvolala potřebu vzniku všeobecného termínu pro praxi, který by zastřešoval děti s co největší mírou a škálou symptomů. Díky této potřebě se ve světě rozšířil pojem „poruchy autistického spektra“, který je zhruba podobný pervazivním vývojovým poruchám. Termín „poruchy autistického spektra“ je ale považován za výstižnější, protože specifické deficity a abnormální chování jsou považovány spíše za různorodé než pervazivní (Thorová, 2012).

### 1.1.2 Pojem autismus

Pedagogický slovník (Průcha, Walterová, Mareš, 2009, s. 23) definuje autismus jako *„...vývojovou poruchu, která se projevuje neschopností komunikovat a navazovat kontakty s okolím. Člověk s autismem neumí vyjádřit svá přání a potřeby a nechápe, proč mu ostatní nerozumějí. Obvykle se uzavírají do svého světa a projevují se tedy jako extrémně osamělé bytosti. Nejsou schopni sdílet emocionální prožitky (například radost nebo smutek) a zájmy s ostatními lidmi. Dvě třetiny těchto lidí zůstávají postižení po celý život.“*

Psychologický slovník (Hartl, Hartlová, 2015) pojem autismus vysvětluje jako *„...stažení se do sebe, zapadnutí do sebe, sociální izolace, egocentrické, nerealistické myšlení, snění. Bleuer<sup>1</sup> považoval rysy autismu za primární příznaky schizofrenie, převládá vnitřní snové vnímání světa a života nad vědomým vztahem k světu. Mají narušené vnímání reality, myšlení je zaměřené pouze na potřeby člověka samotného. Výrazná je především uzavřenost těchto lidí, neschopnost komunikace s druhými lidmi. V jejich řeči se vyskytuje často mutismus, echolálie, nesprávné používání zájmen a opakování stále stejných frází. Dále se můžou vyskytnout destruktivní projevy, jako například sebezraňování.“*

Dle lékařského slovníku (Vokurka, Hugo, 2015) je autismus poruchou projevující se nadměrným a chorobným zaměřením se k vlastní osobě. Projevuje se ztrátou kontaktu s realitou, nadměrnou sociální izolací a výrazným nerealistickým sněním. Etiopatogeneze autismu je komplexní, význam má dědičnost. U autismu se sledují změny v neurochemických dějích v mozku vnější vlivy a sociální vlivy.

---

<sup>1</sup> Eugen Bleuer – je švýcarský psychiatr. Narodil se v roce 1857 a zemřel 1939. Byl jedním z nejvlivnějších psychiatrů ve své době a dnes je znám svým zavedením pojmu schizofrenie - tato nemoc byla dříve známá jako dementia praecox a také svými studiemi o schizofreniích (Ottova všeobecná encyklopedie ve dvou svazcích, 2003).

Kábrt, Valach (1972) pojem autismus spojují s pojmem autoerotismus, tedy jako různé jevy v milostném životě zaměřené na vlastní osobu. O autismu ve smyslu pervazivní vývojové poruchy zde není žádná zmínka.

Edelsberg, Sovák, Edelsberg (2000) vysvětlují autismus jako poruchu, kterou je možné charakterizovat autistickým nebo dereistickým myšlením<sup>2</sup>. Obsahem tohoto myšlení je fantazijní produkce, která se někdy může jevit až jako denní snění. K těmto stavům ale může někdy docházet i u normálních lidí. Dále se zde popisuje chorobný autismus, který je součástí některých duševních chorob. Autistické myšlení trvá dlouhou dobu, někdy jsou to měsíce a někdy léta. Případná změna myšlení většinou nepodléhá vnějším vlivům a ani samotný člověk s autismem nemůže tento stav ovlivnit. Jeho chování se někdy může jevit tak, jako by se pohyboval jediný živý sám v okolním světě, který je mrtvý. Tito lidé nereagují na osoby nebo na pokusy navázání kontaktu přicházející z jejich okolí. Chorobný autismus se vyskytuje u nezletilých například při schizofrenii, při Kannerově časném infantilním autismu a při Aspergerově autistické psychopatii se setkáváme s o něco málo mírnější formou.

Richman (2008) píše, že autismus je pervazivní poruchou, kterou trpí 10 - 15 dětí z 1 000. Symptomy se obvykle projeví před 30. měsícem, ale zřetelnými se stanou v době, kdy dojde u dítěte k výrazné poruše komunikace.

### **1.1.3 Pojem dětský autismus**

Jde o typickou pervazivní vývojovou poruchu. Autismus je souhrnný název pro různé a často obtížně diferencovatelné varianty s podobnými projevy. Jde o charakteristické stažení se do sebe jako tendence k sociální izolaci. Termín byl poprvé použit Eugenem Bleuerem v roce 1911. Specifickou poruchu, kterou Leo Kanner v roce 1943 popsal jako raný dětský autismus. Kanner sledoval skupinu dětí, kterou tvořily závažněji postižené a především sociálně velice nápadné děti (Krejčířová, 2005).

Dětský autismus je synonymem pro Kannerův syndrom, Kannerův infantilní autismus a časný infantilní autismus (Krejčířová, 2005).

---

<sup>2</sup> Dereismus – je způsob myšlení odchylovící se od skutečnosti nebo zákonů logiky a zkušenosti k vlastním emočně silným představám a fantaziím – nazýváme dereistické myšlení (Kraus, 2005).

Krejčířová (2005) uvádí, že dětský autismus se projevuje od nejútlejšího věku s počátkem ve 30 až 36 měsících věku dítěte. Jde o poměrně vzácnou poruchu, kdy se rodí 3 - 5 dětí na 10 000 živě narozených<sup>3</sup>, ale současně jde o poměrně závažnou poruchu s narušeným utvářením sociálních vztahů a schopnosti komunikace. Tyto obtíže jsou tak závažné, že se promítají do celého života jedinců s autismem.

Zařazení dětského autismu mezi vývojové poruchy ho odděluje především od schizofrenie, což je z nozologického hlediska velmi významné (Pečeňák, 2002).

#### **1.1.4 Pojem porucha autistického spektra**

V diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch (2015) se dozvíme, že porucha autistického spektra (dále PAS) je poruchou dříve označovanou jako časný infantilní autismus, dětský autismus, Kannerův autismus, vysoce funkční autismus, atypický autismus, pervazivní vývojová porucha blíže nespecifikovaná, desintegrační porucha v dětství a Aspergerův syndrom. DSM 5 tedy pojem dětský autismus již neuznává a používá termínu porucha autistického spektra se specifikátory.

### **1.2 Etiologie autismu**

Krejčířová (2005) uvádí, že v současnosti se za příčinu této poruchy považuje souhra faktorů hereditárních a organických. Hereditární vlivy jsou stále předmětem hypotéz a organické vlivy zahrnují například vnější negativní vlivy, které zasahují vyvíjející se centrální nervový systém (dále CNS) dítěte v raných stádiích těhotenství. Dříve byly tyto poruchy řazeny k psychózám, od psychóz dospělých se ale liší tím, že mají vývojový charakter. Obtíže jsou přítomny od počátku vývoje. Charakter poruchy se mění, závažnost se spíše zmírňuje.

Autismus vzniká jako důsledek organického poškození mozku, ale bez jednoznačné etiologie. Je velice pravděpodobné, že se na jeho vzniku podílí více faktorů a tvoří se různými způsoby. Není ale zcela určitě podmíněn sociokulturně a četnost jeho výskytu ve všech zemích je obdobná (Vágnerová, 2008).

Dle Vágnerové (2008) se na vzniku autismu podílí genetická podmíněnost, exogenní vlivy, které působily v prenatálním období, dále strukturální odlišnosti mozku. Jako poslední

---

<sup>3</sup> Novější odhady zvyšují číslo na 15 – 30 dětí z 10 000 dětí živě narozených z důvodu diagnostikování dětí s hraničními výsledky (Krejčířová, 2005).

zmiňuje vnější sociální faktory, především chování rodičů k dítěti nelze považovat za důvody vzniku poruchy autistického spektra (Leo Kanner toto považoval za podstatné). Citově chladná výchova není příčinou této poruchy. Rodiče autistických dětí bývají často něčím nápadní, ale nelze tuto nápadnost považovat za důvod vzniku autismu, ale lze tyto projevy řadit spíše ke genetickým dispozicím. Tedy narušené vztahy k dítěti jsou většinou důsledkem choroby, ne její příčinou.

Genetická podmíněnost vzniku autistické poruchy byla opakovaně potvrzena. U rodičů autistických dětí byly zjištěny určité vlastnosti, které se podobají příznakům této poruchy. Jde například o problematiku navazování komunikace, obtíže v mezilidských vztazích, zvýšená rigidita, tendence k izolaci od okolí a větší úzkostnosti. Je možné, že jde o osobnostní rysy, které se u potomků rozvinou na extrémní, až patologické úrovni (Hrdlička in Vágnerová, 2008).

Exogenní, prenatálně působící vlivy mohou přispívat ke vzniku autismu, ale mohou být i jeho primární příčinou. Lze hovořit například o intrauterinní infekci (Köhler in Vágnerová, 2008).

Funkční či morfologická změna mozku je biologickým základem autismu. Největším problémem je to, že neexistuje určitý specifický nález, který by byl jednotný pro děti s poruchou autistického spektra. Dostupné zobrazovací metody nám ukazují různé strukturální odlišnosti v oblasti mozkové kůry, mozečku, limbického systému, bazálních ganglií i corpus callosum. Mezi jednotlivými oblastmi mozku se vytváří menší počet funkčních spojení – asociačních oblastí, než je obvyklé u zdravého jedince. Otázka, co je primární příčina autismu, je nadále nejasná. Odchytky, které byly zjištěny u autistických dětí, jsou velmi různorodé a nelze tedy stanovit jednoznačný závěr (Komárek in Vágnerová, 2008).

Dle Hrdličky (2008) je etiologie poruch autistického spektra prozatím neznámá a neustále podrobována zkoumání. Nelze ale popřít genetické vlivy, které se podílí na vzniku autismu. Autismus lze dělit dle zjistitelnosti jeho příčin na:

- autismus familiární (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 bez zjevné poruchy CNS (8, 5 %).

Hrdlička (2008) zdůrazňuje i význam biochemických nálezů. Asi u čtvrtiny pacientů s poruchou autistického spektra jde o hyperserotoninémii, jde o patogenezi serotoninergního systému. Pro autisty je tedy charakteristický vyšší práh bolesti a častý výskyt autostimulací. Tyto projevy korespondují s nálezem vyšších hladin endogenních opioidů.

Autismus se ve 37 % vyskytuje se somatickými poruchami, ale nelze mluvit o přímé příčinné souvislosti. Autismus se může vyskytnout u syndromu fragilního X a jiných chromozomálních anomálií, zarděnek matky, infekce cytomegalovirem, encefalitidy (především herpetické), meningitidy, fenylketonurie, Rettova syndromu, Sotosova syndromu, tuberkulózní sklerózy, Westova syndromu, Williamsova syndromu a dalších. Ale seskupení patogenetických faktorů specifických pro autismus se nepodařilo identifikovat (Hrdlička, 2008).

Hrdlička (2008) dále uvádí, že na všechny tyto onemocnění musí odborníci myslet nejen při anamnestickém šetření, ale i při plánování laboratorních a konziliárních vyšetření. Klient by měl také projít screeningem genetických vad a vrozených metabolických vad. Abnormity u autismu potvrzující neurobiologický podklad poruchy lze nalézt pomocí vyšetřovacích metod, jako je elektroencefalografie, počítačová tomografie, magnetická rezonance. Elektroencefalografie (EEG) je abnormální u dětí s autismem – může být spojeno s nižším intelektem nebo s epilepsií. Epilepsie se u autistických jedinců vyskytuje až u 16 – 36 % pacientů, zatímco u normální dětské a adolescentní populace je to pouze 0,5 %.

Vágnerová (2008) uvádí vyšší procento dětí s poruchou autistického spektra trpících současně i epilepsií, jde celkem o 16 – 40 % dětí a tento fakt svědčí o organickém základě této poruchy.

Epilepsie u autistických dětí většinou začíná ve dvou věkových obdobích a těmi jsou předškolní věk a po desátém roce života dítěte. U těch, kde epilepsie vzniká v předškolním věku, jsou nálezy odpovídající mentální retardaci a u druhé skupiny (po desátém roce života) jde především o pacienty s dětským autismem. Další zobrazovací metody, jako je CT<sup>4</sup> a MRI<sup>5</sup> zobrazují struktury mozku, kde je možné zjistit abnormitu mozkové kůry, mozečku, také oblasti hippocampu, amygdaly, corpus callosum. Není ale podmínkou, že u pacientů s autismem musí existovat abnormity v oblasti centrální nervové soustavy. Poslední zobrazovací metody ukazují funkci – jsou jimi SPECT a PET vyšetření, ale i funkční MRI vyšetření. U vyšetřování autistických pacientů jsou v počátcích, ale představují

---

<sup>4</sup> Computed Tomography = počítačová tomografie.

<sup>5</sup> Magnetic Resonance Imaging = magnetická rezonance.

pravděpodobně nadějný pokrok. Jde o vyšetřování difuzních regionálních abnormalit intrahemisferálních i interhemisferálních, ale tyto výsledky jsou částečně rozporné s doposud popsanými strukturálními abnormalitami (Hrdlička, 2008).

### 1.3 Prevalence autismu

Richard (1997) uvádí, že jde o třetí nejobvyklejší vývojové postižení. Píše, že jde o 15 případů na 10 000 narozených dětí.

Prevalence autismu se udává v rozmezí 2 – 20 dětí z 10 000 živě narozených. Přesnější údaje jsou 5 - 10 dětí z 10 000 živě narozených. Porucha je častější u chlapců než u dívek, a to v poměru 4 – 5 : 1 (Hrdlička, 2008; Vágnerová, 2008; DSM 5, 2015). Tuto informaci Vágnerová (2008) dále doplňuje sdělením, že pokud jsou do této skupiny řazeny pouze děti s plně vyvinutými příznaky, je jich přibližně 0,05 %. Kejkličková (2016) uvádí rozdílné údaje prevalence autismu, tím je 15 – 25 dětí na 10 000 živě narozených. V České Republice tedy může žít okolo 15 000 – 20 000 lidí s poruchou autistického spektra, to znamená, že se každoročně narodí okolo 200 dětí s poruchou autistického spektra. Strunecká (2016) konstatuje, že od doby vzniku filmu Rain Man (rok 1988), kdy byl autismus považován za vzácné onemocnění a jeho prevalence se udávala na 2 – 4 dětí na 10 000 živě narozených, se mnohé změnilo a od 60. let minulého století nastal prudký nárůst incidence PAS u předškolních dětí až k číslu 60 dětí na 10 000 živě narozených. DSM 5 (2013) uvádí, že v USA a jiných zemích se v nedávné době přiblížilo procento populace trpících poruchou autistického spektra k 1 %. Nicméně ale příčina nárůstu zůstává nejasná. Zda jde o rozšíření diagnostických kritérií od DSM IV, kde jsou nyní zahrnuty i hraniční případy, nebo zda jde o nárůst důsledkem zvýšené informovanosti, rozdílů v metodologii hodnocení nebo zda jde o skutečný nárůst poruchy autistického spektra. DSM 5 (2015) dále doplňuje, že ženy mají v klinických souborech často přidruženou poruchu intelektu, to naznačuje, že ženy bez přidružené poruchy intelektu nebo řeči nejsou často diagnostikovány. Důvodem může být například to, že u žen se objevují mírnější sociální a komunikační příznaky než u mužů.

## 1.4 Autismus podle MKN 10, DSM 5 a vize MKN 11

### 1.4.1 MKN 10

MKN 10 (2008) řadí poruchy autistického spektra do oddílu F 00 – F 99 nazvaného Poruchy duševní a poruchy chování. Do této skupiny se řadí poruchy psychického vývoje a nepatří sem příznaky, znaky a abnormální klinické nálezy nezařazené jinde, které spadají do skupiny R 00 - R 99. Oddíl F 00 – F 99 se dále dělí na další okruhy, tyto okruhy uvádím v tabulce (viz tabulka 1).

Tabulka 1: Dělení oddílu F 00 - F 99 Poruchy duševní a poruchy chování (MKN 10, 2008)

| F 00 – F 99 Poruchy duševní a poruchy chování |                                                                                   |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| F 00 – F 09                                   | Organické duševní poruchy včetně symptomatických                                  |
| F 10 – F 19                                   | Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek        |
| F 20 – F 29                                   | Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy                             |
| F 30 – F 39                                   | Afektivní poruchy (poruchy nálady)                                                |
| F 40 – F 48                                   | Neurotické, stresové a somatomorfní poruchy                                       |
| F 50 – F 59                                   | Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory |
| F 60 – F 69                                   | Poruchy osobnosti a chování u dospělých                                           |
| F 70 – F 79                                   | Mentální retardace                                                                |
| F 80 – F 89                                   | Poruchy psychického vývoje                                                        |
| F 90 – F 98                                   | Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání                 |
| F 99                                          | Neurčená duševní porucha                                                          |

V MKN 10 (2008) se poruchy autistického spektra řadí do F 80 – F 89 Poruchy psychického vývoje. Poruchy uvedené v této části mají společné znaky a těmi jsou:

- Začátek v kojeneckém věku nebo v dětství.
- Postižení nebo opoždění ve vývoji funkcí, které mají vztah k biologickému zrání centrální nervové soustavy.
- Stálý průběh bez remisí a relapsů, většinou je postižená řeč, prostorová orientace a motorická koordinace. Tato opoždění jsou většinou přítomna velmi časně, může být zjištěno a postupně se mírnit s přibývajícím věkem dítěte, ale drobnější defekty často přetrvávají až do dospělého věku.

Do kategorie F – 80 – F 89 MKN 10 (2008) dále řadí následující diagnózy, které pro přehlednost uvádíme v tabulce (viz tabulka 2).

Tabulka 2: Psychické vývojové poruchy v oddílu F 80 – F 89 (MKN 10, 2008)

| F 80 – F 89 Poruchy psychického vývoje |                                                 |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------|
| F 80                                   | Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka       |
| F 81                                   | Specifické vývojové poruchy školních dovedností |
| F 82                                   | Specifická vývojová porucha motorických funkcí  |
| F 83                                   | Smíšené specifické vývojové poruchy             |
| F 84                                   | Pervazivní vývojové poruchy                     |
| F 88                                   | Jiné poruchy psychického vývoje                 |
| F 89                                   | Neurčená porucha psychického vývoje             |

MKN 10 (2008) řadí dále poruchy autistického spektra do oddílu F 84 Pervazivní vývojové poruchy. Skupina těchto poruch je charakterizována kvalitativním porušením sociální interakce s ostatními lidmi na úrovni komunikace a omezeným stereotypním a opakujícím se souborem zájmů a činností. Tyto kvalitativní abnormality ve všech aspektech života jedince jsou jeho pervazivním rysem chování v každé situaci. Při přítomnosti současné mentální retardace se používají dodatkové kódy.

Dle MKN 10 (2008) se oddíl F 84 se dále dělí, již na konkrétní diagnózy.

Tabulka 3: Dělení oddílu F 84 na určité diagnózy (MKN 10, 2008)

| F 84 Pervazivní vývojové poruchy |                                                                           |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| F 84. 0                          | Dětský autismus                                                           |
| F 84. 1                          | Atypický autismus                                                         |
| F 84. 2                          | Rettův syndrom                                                            |
| F 84. 3                          | Jiná dětská dezintegrační porucha                                         |
| F 84. 4                          | Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby |
| F 84. 5                          | Aspergerův syndrom                                                        |
| F 84. 8                          | Jiné pervazivní vývojové poruchy                                          |
| F 84. 9                          | Pervazivní vývojová porucha NS                                            |

### 1.4.2 DSM 5

DSM 5 (2015) řadí poruchy autistického spektra k neurovývojovým poruchám. Dále k těmto poruchám patří také poruchy intelektu, poruchy komunikace, porucha pozornosti s hyperaktivitou, specifická porucha učení, poruchy motoriky, tikové poruchy a jako poslední skupinu zde řadí jiné neurovývojové poruchy.

PAS má dle DSM 5 (2015) kód 299.00. Tento kód se v MKN 10 rovná kódu F 84.0.

DSM 5 (2015) dělí poruchu autistického spektra na 3 stupně závažnosti, podle míry vyžadující podpory:

- Stupeň číslo 3 – vyžaduje velmi značnou podporu.
- Stupeň číslo 2 – vyžaduje značnou podporu.
- Stupeň číslo 1 – vyžaduje podporu.

Dále DSM 5 (2015) pracuje se specifikátory. Specifikovaná porucha autistického spektra může být:

- S přidruženou poruchou intelektu nebo bez poruchy intelektu, s přidruženou poruchou řeči nebo bez přidružené poruchy řeči nebo s katatonii<sup>6</sup>.
- Spojené se známými somatickým nebo genetickým onemocněním nebo environmentálním faktorem.
- Spojené s jinou neurovývojovou nebo behaviorální poruchou.

Diagnostická kritéria dle DSM 5 (2015):

A. Přetrvávající deficity v sociální komunikaci a interakci v nejrůznějších souvislostech, které se vyskytují v současnosti nebo jsou prokazatelné v minulosti a projevují se příznaky:

- Porušená sociálně – emoční reciprocita – jedná se o rozmezí od abnormálního přístupu a selhávání v běžné sociální konverzaci, dále omezené sdílení zájmů, emocí a citů až po stadium neschopnosti navázat sociální interakci nebo na ni adekvátně reagovat nebo nereagovat vůbec.
- Narušení neverbální komunikace – od nedostatečné integrace verbální i neverbální komunikace, dále abnormality v zrakovém kontaktu a řeči těla, neschopnost reagovat a porozumět gestům druhých až ke stadiu úplné neschopnosti vyjádření emocí ve výrazu tváře a nepřítomnosti neverbální komunikace.
- Narušení schopnosti navazovat a udržovat vztahy a rozumět vztahům. Jde také o nedostatečnou schopnost přizpůsobit své chování určité sociální situaci, obtíže ve fantazijní hře, ale i navazování přátelství a nezájem o vrstevníky.

---

<sup>6</sup> Katatonie – strnulost, ztuhlost, útlum v psychické i psychomotorické oblasti, projevy těžkého duševního onemocnění, zvláště schizofrenie (Kraus, 2005).

Dále se v DSM 5 (2015) specifikuje aktuální závažnost, která je dána závažností narušení sociální komunikace a dále omezených a repetitivních vzorců v chování.

B. Omezené a repetitivní vzorce chování, zájmů a aktivit. Projevují se nejméně dvěma z následujících příznaků, které jsou přítomny v současnosti nebo byly přítomny v minulosti:

- Stereotypní nebo repetitivně motorické projevy při užívání předmětů nebo řeči, jde o jednoduché pohybové stereotypie, rovnání hraček, roztáčení předmětů a jejich sledování jich, echolálie, opakování.
- Lpění na neměnnosti, neústupné trvání na rutině nebo ritualizovaných vzorcích verbálního i neverbálního chování – projevem může být nepřiměřené rozrušení při změně detailu, obtíže s přizpůsobením se změně, rigidní vzorce myšlení, ritualizované pozdravy, potřeba udržet vždy stejnou trasu při cestě za nějakým cílem apod.
- Neobvyklé silné a ulpívavé zájmy, které mají silnou intenzitu nebo zvláštní zaměření, většinou jde o omezené nebo perseverativní (ulpívající) zájmy.
- Snížená nebo zvýšená citlivost na senzorické podněty nebo smyslové vjemy, u osob s PAS se můžeme setkat například s narušením vnímání bolesti nebo teploty, nepředvídatelné a nepříznivé reakce na zvukové podněty, fascinací světlem nebo pohybem a tak dále.

Dále DSM 5 (2015) specifikuje aktuální závažnost poruchy, která je dána mírou narušení sociální komunikace a mírou přítomnosti omezených a repetitivních (opakujících se) vzorců chování.

C. Začátek obtíží spadá do raného vývoje.

D. Příznaky musí působit klinicky významné funkční narušení v sociální, školní, pracovní, ale i jiných a současně také důležitých oblastech života jedince.

E. Nelze tyto příznaky přičítat pouze poruchám intelektu nebo celkovému vývojovému opoždění. Porucha intelektu a PAS se obvykle vyskytují současně.

Chceme-li diagnostikovat komorbiditu poruchy autistického spektra a poruchy intelektu, sociální komunikace musí být pod vývojovou úrovní očekávanou pro daný věk.

DSM 5 (2015) uvádí 3 stupně závažnosti poruchy autistického spektra:

- Stupeň 3 – vyžadující velmi značnou podporu.
  - Ve verbální i neverbální komunikaci se objevují závažné deficity projevující se obtížným navazováním kontaktů a vztahů a při pokusech jiných lidí o sblížení dochází k minimálním úspěchům. Vyskytuje se neměnné chování a také velké obtíže s přizpůsobením se změnám. Tyto osoby se dále projevují omezeným nebo repetitivním chováním a tyto projevy dále ovlivňují psychické funkce. Jedinec tedy může prožívat velké obtíže, když má zaměřit pozornost jinam nebo změnit činnost.
  - Například jedinec se dorozumívá několika srozumitelnými slovy, málokdy navazuje sociální kontakt, pokud jej naváže, tak se to většinou stane neobvyklým způsobem pro splnění svých potřeb.
- Stupeň 2 – vyžadující značnou podporu.
  - Ve verbální a neverbální komunikaci se objevuje výrazný deficit, narušení v sociální oblasti je velmi značné i přes poskytnutou podporu, omezené navazování sociálních vztahů a při pokusech o navázání kontaktu od jiných lidí dochází k malým nebo abnormálním reakcím. Jedinec se projevuje také nepřizpůsobivým chováním a má problémy s přizpůsobením se změně. Toto chování se vyskytuje tak často, že si ho všimne i náhodný pozorovatel a toto chování narušuje psychické funkce. Jedinec cítí nepohodu, když má změnit pozornost jinam nebo změnit činnost.
  - Například jedinec mluví v jednoduchých větách, interakce se omezují na úzké a speciální zájmy a má výrazně zvláštní neverbální komunikaci.
- Stupeň 1 – vyžadující podporu.
  - Obvykle mají lidé s tímto stupněm závažnosti deficit v sociální komunikaci a bez fungující podpory způsobuje značné obtíže. Problém mu činí i navazování kontaktu, tedy sociálních interakcí a na pokus o navázání kontaktu jinou osobou většinou reagují atypicky nebo vůbec. Jeví se jako jedinec se sníženým zájmem o sociální komunikaci. Člověk s tímto stupněm závažnosti je nepřizpůsobivý a tato nepřizpůsobivost narušuje funkčnost v jedné nebo více oblastech. Má problémy se změnou aktivity, s organizací a plánováním, což mu brání v samostatnosti.

- Například se může tato osoba vyjadřovat v celých větách a zapojovat se do komunikace, ale v rozhovoru s ostatními selhává a jeho snahy o navázání přátelství jsou zvláštní a často neúspěšné.

### 1.4.3 MKN 11

V budoucí, tedy jedenácté revizi MKN budou poruchy autistického spektra patřit pod duševní poruchy, poruchy chování a neurovývojové poruchy v kapitole označené 06. Blíže budou zařazeny do neurovývojových poruch jako porucha autistického spektra označená 6A02. Tuto poruchu MKN 11 charakterizuje jako poruchu s přetrvávajícími obtížemi začít nebo udržet reciproční sociální interakci a komunikaci, také se vyskytuje škála omezeného, repetitivního a nepřizpůsobivého chování. Obvykle se projevívá v raném dětství, ale symptomy se neprojevují do pozdější doby, kdy požadavky okolí na sociální přizpůsobení dosáhnou jeho hranice. Symptomy se objevují v takové míře, že způsobují deficit nejen v osobní, rodinné, sociální a vzdělávací oblasti, ale i v zaměstnání. Objevují se i v dalších důležitých oblastech života. Jedinci skrz celé spektrum vykazují celou škálu intelektuálních schopností i jazykových schopností (World Health Organization, 2017).

Tabulka 4: Dělení poruch autistického spektra v MKN 11 (World Health Organization, 2017)

|         |                                                                                      |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 6A02. 1 | PAS bez poruchy intelektového vývoje a s lehkou nebo bez poruchy funkčního jazyka    |
| 6A02. 2 | PAS s poruchou intelektového vývoje a s lehkou nebo žádnou poruchou funkčního jazyka |
| 6A02. 3 | PAS bez poruchy intelektového vývoje a s poruchou funkčního jazyka                   |
| 6A02. 4 | PAS s poruchou intelektového vývoje a s poruchou funkčního jazyka                    |
| 6A02. 5 | PAS bez poruchy intelektového vývoje a s absencí funkčního jazyka                    |
| 6A02.Y  | Další specifikované PAS                                                              |
| 6A02. Z | PAS nespecifikované                                                                  |

## 1.5 Symptomatologie autismu

Není možné nalézt dvě osoby, u kterých by se objevily stejné projevy. Vzhledem k široké škále objevujících se symptomů pro diagnostiku autismu je ale potřeba přítomnosti deficitů projevujících se ve třech oblastech, kterými jsou sociální interakce, komunikace a představitelství (Pastieriková, 2013). Gillberg, Peeters (2008), Thorová (2012) zmiňují, že již

Wingová v roce 1989 pojmenovala tyto tři skupiny symptomů „triádou“, pokud se vyskytují společně.

Kejklíčková (2016) hovoří v souvislosti s poruchou autistického spektra jako o pervazivní poruše a o takzvané „triádě“ postižení. Ta se projevuje v oblastech sociální komunikace, sociální interakce a imaginace. Závažnost a projevy triády se mohou různit od úplného nedostatku některé z určitých oblastí, po lehčí odchylky. Pervazivní vývojové poruchy jsou charakteristické kvalitativním narušením sociální interakce na úrovni komunikace. I Pečeňák (2002) uvádí pro dětský autismus typické narušení ve třech základních okruzích, kterými jsou, kvalitativní porušení reciproční sociální interakce, dále kvalitativní narušení komunikace a třetím okruhem jsou omezené repetitivní a stereotypní vzorce chování, zájmů a aktivit. Hrdlička (2014) uvádí patologické projevy v sociálních vztazích, jazyku, řeči a celkově komunikaci, dále abnormální chování, hra a zájmy. Tyto projevy se při diagnóze dětský autismus musí projevit před dovršením třetího roku věku. Thorová (2016) uvádí výčet charakteristických projevů jako takzvanou „triádu problémových oblastí“, která je společná pro jedince s PAS. Prvním okruhem z triády je sociální interakce a sociální chování, druhým okruhem je narušená komunikace jedinců s PAS a posledním okruhem z triády je narušení představivosti, zájmů a hry. Obdobně i Richman (2008) popisuje, že symptomy autismu se nejčastěji projevují ve třech oblastech, kterými jsou: kvalitativní postižení v oblasti sociálních vztahů, dále kvalitativní postižení v komunikaci a poslední oblastí jsou repetitivně a stereotypní vzorce chování a zájmů. I Buntová, Tichá (2016) hovoří o „triádě“, která charakterizuje společně pervazivní vývojové poruchy a dále popisují symptomy, které nemusí být přítomné vždy. Jde o percepční poruchy (charakteristické jiným způsobem vnímání ve smyslu hypersenzitivity nebo hyposenzitivity nebo fascinací senzoryckými vjemy), dále hovoří o odlišnostech v motorickém vývoji a projevech. Ten může být opožděný nebo se mohou objevit abnormální motorické projevy a abnormální koordinace, může jít o stereotypní pohyby rukou a prstů, sebezraňující a stereotypní chování, stereotypní pohyby celého těla nebo motorické tiky, člověk s PAS může mít i tendence chodit po špičkách nebo může mít problémy s motorickou imitací. Dalším okruhem symptomů u jedince s PAS mohou být nepřiměřené emocionální reakce, neschopnost přizpůsobit se změnám, abnormality tělesných funkcí a fyzického vývoje nebo problémy s chováním. Krejčířová (2005) uvádí pro dětský autismus projevy typické ve třech oblastech, kterými jsou: porucha řeči a komunikace, porucha sociálních vztahů a odpor ke změně, rigidita a nepružnost myšlenkových procesů. I Beyer, Gammeltoft (2006) popisují charakteristické rysy postižení

ve třech oblastech vývoje. Tyto oblasti nazývá triádou a jedná se o: sociální interakci, komunikaci a představivost.

Kejklíčková (2016) popisuje i jiné projevy, které se mohou u dětí s PAS vyskytnout. Většina autistických dětí upřednostňuje předměty před lidmi a lidskými obličejí. Běžná mezilidská komunikace je nezajímá a zrakovému kontaktu se spíše vyhýbají. Většina dětí s autismem upřednostňuje samotu před společenstvím lidí a na aktivní snahy ostatních o navázání kontaktu mohou reagovat pasivně. Nemusí reagovat ani na pozitivní projevy od ostatních, ale ani na ty negativní a v adolescenci a dospělosti většinou mívají potíže s navazováním a udržováním přátelství. Nemají rádi změny a obvykle preferují stále prostředí, na neočekávané změny mohou reagovat negativně až agresivně. Neradi zkouší nové aktivity a neradi se učí, tím pádem se u nich obvykle vyskytuje opožděný vývoj řeči. Pokud někdo zasáhne do jejich činnosti, mohou se velice rozčítit, stejné projevy se mohou objevit, naruší-li někdo jejich rutinu.

### **1.5.1 Triáda postižených oblastí u jedinců s PAS**

#### **Sociální interakce a sociální chování**

Děti s autismem nerozumí neverbálnímu chování a neumí ho správně používat. Sociální kontakty jsou nepřiměřené věku. Mohou se vyhýbat zrakovému kontaktu, mají problémy s porozuměním výrazů v obličejí, nejsou schopni navazovat kontakty s vrstevníky, dávají přednost samotě a nemají zájem o lidi, mohou používat ruku jiné osoby „prodlouženou ruku“, aby dosáhli na nějakou věc, projevují malou iniciativu a jejich herní dovednosti jsou minimální. Nemusí reagovat vstřícně na gesta k pochování, nesnáší dobře tělesný kontakt, nesledují zrakem osobu blízko nich a neprojevují strach z cizích lidí, vyskytuje se nezájem o lidi nebo naopak mohou k někomu extrémně přilnout (Richman, 2008). Stejně projevy kvalitativního narušení reciproční sociální interakce uvádí Buntová, Tichá (2016). Tento výčet doplňují o poznatek, že jedinci s PAS nejsou schopni porozumět metakomunikaci, nedisponují schopností zevšeobecňovat a veškeré instrukce chápou doslovně. Kombinace těchto symptomů neumožňují jedincům s autismem pochopit komplex sociálních vztahů.

Gillberg, Peeters (2008) uvádí přehlednou tabulku (viz tabulka 5) sociální interakce a sociálního vývoje, kde porovnává vývoj normálních dětí a vývoj dětí s PAS.

Tabulka 5: Škála autistických projevů v oblasti sociální interakce (Gillberg, Peeters, 2008)

| Věk v měsících | Sociální interakce – normální vývoj                                                                                                                                                                                   | Sociální interakce – vývoj dětí s autismem                                                                                                                                                                      |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2              | Otáčení hlavičky a očí za zvukem.<br>Úsměv je výrazem sociální interakce.                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                 |
| 6              | Radost z kontaktu, když dítě někdo pochová.<br>Napodobuje dospělé                                                                                                                                                     | Menší aktivita a náročnost než zdravé dítě.<br>Některé děti mohou být extrémně podrážděné a nevyhledávat zrakový kontakt.<br>Nevyžadují sociální kontakt.                                                       |
| 8              | Rozezná rodiče a neznámé.<br>Hry „ber a dej“ s dospělými.<br>Hra na schovávanou (s návodem dospělé osoby).<br>Ukazuje dospělým předměty.<br>Dělá „pápá“.<br>Pláče a leze za matkou, když opouští místnost.            | Těžko se zklidňuje, když je nešťastné.<br>Asi třetina dětí je uzavřená a může odmítat jakoukoli interakci, další třetina akceptuje interakci, ale iniciuje ji nepatrně.                                         |
| 12             | Častěji iniciuje hru.<br>Dokáže při hře měnit role.<br>Častější navazování zrakového kontaktu s dospělým při hře s hračkou.                                                                                           | Může poklesnout družnost, když dítě začne lézt.<br>Nemá problémy s odloučením                                                                                                                                   |
| 18             | Počátek hry s vrstevníky (samostatná nebo paralelní hra), převážně si hraje samo a náměty her se opakují.                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                 |
| 24             | Krátké hry s vrstevníky (hrubou motorikou – hra na honěnou), nejde o pouhé sdílení hraček.                                                                                                                            | Rozezná Rodiče od ostatních, ale omezené projevování citů.<br>Může projevit city, je-li požádáno.<br>Je lhostejné k dospělým krom rodičů.<br>Může se objevovat intenzivní strach.<br>Dítě dává přednost samotě. |
| 36             | Učení se změně rolí a sdílení s vrstevníky, také trvalejší spolupráci s nimi.<br>Pomáhání s domácími pracemi.<br>Rádo se předvádí především, když se ostatní smějí.<br>Touží se rodičům zavděčit a udělat jim radost. | Nepřijímá jiné děti.<br>Může být přehnaně reagující.<br>Nemusí být schopné pochopit význam trestu.                                                                                                              |
| 48             | Domluva rolí s vrstevníky.<br>Objevují se oblíbení kamarádi.<br>Slovně vylučuje nevíтанé vrstevníky ze hry (možné i fyzicky).                                                                                         | Nerozumí pravidlům hry s vrstevníky.                                                                                                                                                                            |
| 60             | Orientace více na vrstevníky než na rodiče.<br>Touží po kamarádství.<br>Běžné hádky a nadávky vrstevníkům.                                                                                                            | Orientace spíše na dospělé než na vrstevníky.<br>Občasné projevy společenskosti, ale interakce jsou napořád zvláštní,                                                                                           |

|  |                                                     |                         |
|--|-----------------------------------------------------|-------------------------|
|  | Změna rolí vůdce a podřízeného ve hře s vrstevníky. | především jednostranné. |
|--|-----------------------------------------------------|-------------------------|

Škodová (2003) uvádí podobné projevy, co se týče sociálních vztahů. Děti mohou být uzavřené do sebe a intenzivně se bránit zrakovému kontaktu, nemusí se umět mazlit a vyžadovat přítomnost ani pomoc druhých lidí. Dále píše, že děti si netvoří vztahy k rodičům a separační úzkost při odloučení od matky je spíše projevem reakce na změnu. Naproti tomu Thorová (2016) říká, že děti s PAS o sociální kontakt stojí, ale nejistota a neschopnost dítěte kontakt navázat se ukrývají za zdánlivou netečnost dítěte. Dále není pravdou, že děti s PAS nemají o ostatní děti zájem, mnoho dětí zájem má, ale potíže, které děti mají v sociálních dovednostech, komplikují vrstevnické vztahy. Strunecká (2016) potvrzuje, že děti s PAS cítí potřebu sociálního kontaktu.

Dítě není schopné navázat přiměřený sociální kontakt vzhledem k jeho chronologickému věku nebo reagovat běžným způsobem na snahu o sociální interakci. Například nemusí reagovat na vstup jiné osoby do místnosti, nenaváže zrakový kontakt apod. Emoce neodpovídají sociálnímu kontextu a někdy mohou být přehnané nebo paradoxní. Autistické děti neupozorňují okolí na předměty jejich zájmu, nesnaží se dospělého zaujmout a málokdy ukazují prstem. Obvykle používají ruku jiného, aby dosáhli předmětu svého zájmu (Pečeňák, 2002).

Sociální porucha nemusí být v kojeneckém věku nápadná, dítě se může normálně vyvíjet a rodiče začnou sledovat odchylky a vyhledávat pomoc až v průběhu druhého roku života. V tomto období obvykle děti přijímají sociální kontakty a sami je spontánně navazují, u dětí s PAS v tomto období začíná být jejich sociálně nereaktivní chování nápadné. První myšlenky většinou směřují k poruchám sluchu. Někdy lze pozorovat odchylky v sociálním chování již v kojeneckém věku, například se může dítě bránit zrakovému kontaktu, nemusí mít zájem o mazlení ani o pomoc od ostatních. Tvoření pouta a vazeb k rodičům může být také ambivalentní. Buďto se citová vazba nevytvoří a rodiče mohou mít pocit, že je dítě ignoruje nebo naopak se vytvoří velice silná citová vazba. Předškolní věk je typický nezájmem o hru s vrstevníky a neschopností navázat přátelské vztahy (Krejčířová, 2005).

Dle Thorové (2016) se projevy sociálního chování různí u jednotlivých dětí s PAS, ale lze konstatovat, že sociální intelekt je vždy v hlubokém deficitu vůči mentálním schopnostem člověka. Způsob sociální interakce se ale může měnit s věkem, není tedy stabilním jevem. Nejtypičtější jsou dva protipóly jedinců s PAS. Jde o jedince extrémně osamělého, který se vyhýbá navazování kontaktů nebo naopak o jedince s extrémní sociální aktivitou,

a ten se snaží navázat kontakt všude a s každým člověkem. Problémy s komunikací a neschopnost předvídat další dění jsou prohlubující faktory deficitu v sociální komunikaci. Obvykle je pro lidi s PAS chování ostatních nepochopitelné a nečitelné. Vyskytuje se u nich doslovné a přesné chápání instrukcí, rigidní myšlení, egocentrismus, omezená schopnost empatie, neschopnost zobecňovat a tak dále. Lidem s PAS neumožňuje pochopit komplexnost a jemnost sociálních vztahů. Více než dvě třetiny dětí s PAS má sociální vztahy k rodičům zachovány, obvykle mají obtíže kontaktovat vrstevníky a jsou spíše samotářští. Schopnost imitace je také omezena, imitaci většina typicky se vyvíjejících dětí zvládá výborně již od narození, zatímco děti s PAS mají obvykle s imitací problémy, mohou napodobovat dospělé. Neimitují ale tak často, jako jejich zdraví vrstevníci. Další problémovou oblastí je sdílení pozornosti, jde o aktivitu, kdy se více osob dělí o jeden předmět zájmu. Sdílená pozornost je narušena v obou jejích pohledech. Jde o aktivní složku sdílené pozornosti – kdy se dítě snaží přilákat dospělého k jeho aktivitě, tak i o pasivní složku sdílené pozornosti – kdy se dítě věnuje věcem, na které se ho snaží upozornit dospělý. Další narušenou oblastí je zrakový kontakt. Děti s PAS většinou neudrží zrakový kontakt dlouhou dobu a vůbec o něj nejeví zájem. Dovednost zrakově sdílené pozornosti je narušena nebo se objevuje později ve vývoji (třetí rok věku).

## Komunikace

Další oblastí z „triády“ specifických projevů u jedinců s PAS je narušený okruh komunikace. Specifikům komunikace u jedinců s PAS se autorka bude podrobněji věnovat ve druhé kapitole. Přesněji v podkapitole 2.3 Specifika komunikace u jedinců s PAS.

## Představivost, zájmy a hra

Stejnou tabulku, jako pro sociální interakci a vývoj uvádí Gillberg, Peeters (2008) pro okruh představivosti (viz tabulka 6).

Tabulka 6: Škála autistických projevů v oblasti představivosti (Gillberg, Peeters, 2008)

| Věk<br>v měsících | Představivost –<br>normální vývoj                                                                       | Představivost –<br>vývoj u dětí s autismem                     |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 6                 | Nediferencované reakce na předměty.                                                                     |                                                                |
| 8                 | Reakce na předměty jsou diferencované podle jejich charakteru. Dítě současně používá dva předměty.      | V bdělém stavu mohou převažovat opakující se motorické pohyby. |
| 12                | Sociálně přiměřené reakce na předměty (funkční použití předmětů). Vhodně kombinuje dva a více předmětů. |                                                                |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                         |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18 | Symbolická hra se vyskytuje poměrně často.<br>Hra je spojena s denními činnostmi dítěte.                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                         |
| 24 | Často předstírá skutečnou činnost s panenkou, zvířaty nebo dospělými. Předstírá činnosti, které souvisí s jeho aktivitami (nápodoba činností dospělého).<br>Vyvíjí se následnost předstíraných aktivit (jedna následuje za druhou tak, jak je tomu ve skutečnosti). | Projevuje malý zájem o okolí a jeho zkoumání.<br>Hračky většinou používá velice neobvykle (točí s kolečky nebo je řadí podle určitého schématu apod.).                                  |
| 36 | Příprava symbolické hry, dítě oznamuje, co má v plánu a hledá nejvhodnější předměty.<br>Nahrazuje jeden předmět jiným (banán místo telefonu).<br>Chová se k hračkám jako by byly schopny samostatné činnosti.                                                       | Neustále drží předměty.<br>Symbolická hra chybí.<br>Přetrvávají repetitivně motorické pohyby, jako je kolébání, otáčení, třepání rukama apod.<br>Vizuálně je dítě fascinováno předměty. |
| 48 | Sociálně – dramatická hra, předstíraná hra s dvěma a více dětmi.<br>Používá pantomimu k vyjadřování činnosti.                                                                                                                                                       | Předměty již používá funkčně.<br>Symbolická hra se může vyskytnout, pokud je, tak je jednoduchá a obvykle repetitivně.<br>Obvykle si nehraje s více hračkami.                           |
| 60 | Řeč – nejdůležitější role při navození tématu, rozdělení rolí a při dramatické hře.                                                                                                                                                                                 | Dítě je neschopné pantomimy a neexistuje u něj sociálně – dramatická hra.                                                                                                               |

Krejčířová (2005) uvádí třetí okruh triády jako: odpor ke změně, rigidita a nepružnost myšlenkových procesů. Popisuje symptomy jako je: neschopnost dítěte přizpůsobit se sebemenší změně v denní rutině nebo při uspořádání prostředí. Symbolická hra se vyskytuje pouze výjimečně, obvykle je hra autistů rigidní a stereotypní. Často lze pozorovat stereotypní pohyby – točení, kroucení, kývání nebo třepání rukama apod. Sklon ke stereotypním pohybům se obvykle rozvíjí mezi třetím a čtvrtým rokem života a nejvýraznější bývá v předškolním období. Stereotypy mohou zastupovat funkci obrany před požadavky okolí, kterým většinou dítě nerozumí a obává se jich. Rádo tedy setrvává v jistotě neměnného prostředí, jemuž rozumí. Buntová, Tichá (2016) uvádějí jako třetí okruh triády: omezené repetitivní a stereotypní vzorce chování a zájmů. Specificky postižená je oblast představivosti a vnímání. K vývoji představivosti je nezbytná rozvinutá schopnost imitace. Narušená schopnost imitace a symbolického myšlení způsobuje, že se hra nerozvíjí obvyklým způsobem. Thorová (2016) dodává, že hra je základem učení a celého vývoje jedince. Narušení vývoje hry způsobuje, že dítě preferuje aktivity, které jsou typické pro nižší

vývojové kategorie. Pečeňák (2003) uvádí třetí okruh z triády narušení také jako omezené, repetitivní a stereotypní vzorce chování, zájmů a aktivit. Častým symptomem z této oblasti může být mimořádné zaujetí předměty, které se mohou točit. Aktivitu vykonávají dlouho a na pokusy o přerušení aktivity zvenčí obvykle reagují negativně. Může je fascinovat nějaký předmět nebo pohyb. Předměty někdy ohmatávají nebo dokonce očichávají. Thorová (2016) uvádí jako třetí okruh z triády problémových oblastí narušenou schopnost představivosti. Součástí vývoje představivosti je i vývoj nápodoby, tedy imitace. U dětí s PAS je typické repetitivní a stereotypní chování, projevy a formy činností. S hračkami zacházejí děti s PAS nestandardním způsobem a nové hračky a činnosti je většinou nezajímají. Obvykle mají nějaké stereotypní zájmy, zaměření těchto zájmů se v průběhu času může měnit v řádu měsíců nebo i let. Richman (2008) uvádí typické aktivity a zájmy pro děti s autismem jako repetitivní zájmy a stereotypní vzorce chování, což se může projevovat například třepáním rukama, kolébáním, klepáním nebo verbálními stereotypy, s hračkami mohou děti zacházet neobvykle nebo se zaměřovat pouze na části určitého předmětu. Thorová (2016) dále uvádí, že repetitivní a stereotypní zájmy se mohou promítat i do kresebného projevu. V porovnání se zdravými vrstevníky, u kterých se některé tyto projevy mohou také objevit, se u dětí s PAS ve hře objevuje mnohem vyšší míra zaujetí, neodklonitelnosti, stereotypie a repetitivnosti. Při přerušení činnosti se může objevit problémové chování (agresivita, křik, autoagrese atd.) nebo dítě nemusí vůbec spolupracovat a přehlížet, co se kolem něj děje.

### **1.5.2 Další symptomy**

U dětí s PAS se mohou projevit abnormální smyslové reakce jako například přehnaný zájem o dotek nebo jeho odmítání, mohou disponovat čichovou a chuťovou přecitlivělostí, extrémní reakcí na zvuky apod. Dítě může například odmítat jídlo určité barvy nebo konzistence, přehnaně reaguje na zvuky nebo naopak reagovat na zvuky vůbec nemusí (Richman, 2008). Thorová (2016) uvádí některé nespecifické rysy u dětí s autismem a netýkají se „triády“ stěžejních oblastí, mohou se vyskytnout až u dvou třetin osob s PAS a některé z těchto symptomů byly zařazeny do diagnostických kritérií podle DSM 5. Jde o: percepční poruchy, které se dají sledovat v mnoha ohledech, jako například zvláštní způsob vnímání, přecitlivělost (hypersenzitivita) nebo naopak snížená citlivost (hyposenzitivita) na smyslové podněty. Přecitlivělost se projevuje úzkostnými až panickými projevy, vyhýbáním se určitému stimulu nebo například záchvaty křiku. Jejich odlišné vnímání vyžaduje empatii okolí. Percepční odchylky lze jmenovat ve zrakovém vnímání,

sluchovém, chuťovém, čichovém vnímání, ale i vnímání hmatem a vnímání doteků, ve vnitřním čítí a také se vyskytují odchylky ve vestibulárním systému.

Vnímání zrakem je odlišné než u zdravých jedinců, pozorují koutkem oka, z přílišné blízkosti nebo z neobvyklých úhlů. Zrak je někdy prehlivý nebo naopak velice ulpívavý. Hypersenzitivita na zrakové podněty se projevuje přecitlivělými reakcemi na blesk fotoaparátu apod. Hyposenzitivita se projeví neschopností reakce na zrakový podnět nebo dítě nevyhledává zrakové podněty. Lze hovořit i o zúžení zorného pole, kdy děti vnímají pouze ty předměty, které se nacházejí bezprostředně v jejich zrakovém poli. Obvykle se u osob s PAS hovoří až o fascinaci nějakými předměty se světelnými efekty (Thorová, 2016).

Svá specifika má i sluchové vnímání, které se může jevit jak přecitlivěle, tak i otupěle. Dítě reaguje přehnaně na slabý zvuk nebo naopak na hluk nereaguje. Objevuje se hypersenzitivita na sluchové podněty, které lidem běžně nevadí a vygraduje až do panické reakce. Děti si zakrývají uši, toto zakrytí slouží jako ochrana před zvuky, ale současně i jako ochrana, když se dítě cítí nejistě. Opakem hypersenzitivity na sluchové podněty je hyposenzitivita. Dítě v těchto případech nereaguje na silné zvuky a obvykle nereaguje na lidskou řeč. Reakce na lidskou řeč se u zdravých jedinců objevuje kolem desátého měsíce věku dítěte. U dětí s PAS se vyskytuje přehnaná fascinace zvukovými podněty, také se projevuje napodobováním zvuků, melodií nebo celých frází a vět (Thorová, 2016).

Chuťové vnímání se také projevuje hypersenzitivitou. Projevy přecitlivělosti na chuťové podněty jsou: přehnaná vybíravost a odmítání potravin. Některé děti preferují jídlo bez chuti, jakým je například rohlík nebo rýže, další preferují pouze určitá jídla. Problémy s jídlem ale většinou během let ustupují. Opakem je snížená citlivost na chuťové podněty, kdy dítě konzumuje nestavitelné předměty, jako je třeba pryž nebo mýdlo. Stereotypní chování se projevuje například tendencemi poznávat předměty olizováním nebo vkládáním do úst (Thorová, 2016).

V oblasti čichového vnímání se také objevují dva extrémy. Jedním z nich je přecitlivělost na různé vůně, na které dítě obvykle reaguje nevhodným chováním a druhým je naopak snížená citlivost, kdy dítě čich téměř nevyužívá. Někteří jedinci jsou čichovými vjemy fascinováni a i předměty, které se neprojevují výrazně, mohou děti poznávat skrze čich (Thorová, 2016).

Odlišnosti se vyskytují i ve vnímání hmatem a ve vnímání doteků, kdy nechut k fyzickému kontaktu nemusí být způsobena odmítáním sociálního kontaktu, ale hypersenzitivitou v oblasti kontaktu. Opakem přecitlivělosti je hyposenzitivita, která může vést až k dyspraxii dítěte. Někdy jde až o fascinaci nějakými předměty, kterých se dítě dotýká (Thorová, 2016).

Objevují se projevy neschopnosti pocítit žízeň, hlad, horko nebo chlad. Vyskytuje se snížený nebo zvýšený práh bolesti. Vestibulární systém dítěte může být také narušen ve smyslu hypersenzitivity (nesnášenlivost kolotočů, cestování autem nebo autobusem apod.). Ve smyslu hyposenzitivity (zvláštní postura těla, problémy s udržením rovnováhy a tedy vyhýbání se činnostem, které vyžadují rovnováhu). Další možností je autostimulační činnost, kdy dítě na houpačce tráví spoustu času nebo se rádo točí dokolečka (Thorová, 2016).

## **1.6 Vývoj a průběh poruchy autistického spektra**

Dle Masopustové, Lacinové (2006) jsou jednotlivé schopnosti dětí s PAS ve stejném věku na různých úrovních. Nejvíce postiženy jsou ty oblasti, které souvisejí s triádou postižení. Existují specifika, která se vyskytují v daném věku jedince, ale vždy záleží na stupni postižení a na míře kompenzace postižení. V kojeneckém věku lze u některých dětí pozorovat projevy, jako jsou: zvýšená nebo snížená aktivita nebo zvláštní typ pohledu, kdy zrakový kontakt nemusí chybět zcela, ale odvrací například hlavičku a vyhýbá se přímému zrakovému kontaktu. Dalším symptomem, který lze sledovat v kojeneckém věku, je nezáměr o lidskou řeč. Při prvních projevech žvatlání je tento deficit více výrazný a žvatlání poté nesměruje k prvním slovům, ale vyvíjí se v podivnou škálu zvuků, kterými může být houkání, bzučení, mlaskání apod. DSM 5 (2015) popisuje vývoj a průběh poruchy autistického spektra. Příznaky se většinou projeví během druhého roku života – od dvanácti do dvaceti čtyř měsíců, ale některé příznaky se objevují již před dokončením prvního roku života, některé až později. Obdobně i Menkes (2011) uvádí, že přibližně u třetiny dětí se vývoj během prvního roku života jeví jako normální a během druhého roku života může docházet k postupnému regresu k obrazu autismu. DSM 5 (2015) dále dodává, že lze v tomto případě hovořit o časném opoždění vývoje nebo o ztrátě sociálních nebo řečových dovedností. K této ztrátě většinou dochází mezi 12. a 24. měsícem a liší se od vývojové regrese, která se vyskytuje minimálně po dvou letech normálního vývoje dítěte. Behaviorální příznaky poruchy jsou zřejmé již v dětství, někdy se mohou být tyto projevy vyskytovat již během prvního roku života. Někdy je vývoj pozvolný a pomalý, jindy se naopak vývoj zastaví a nastává poměrně rychlá deteriorace sociálního chování a řečových dovedností. Tyto příznaky jsou většinou varovným příznakem poruchy autistického spektra, protože u jiných poruch jsou poměrně vzácné. Prvním příznakem je obvykle opoždění ve vývoji řeči doprovázené nezáměrem o sociální interakci. Během druhého roku se více vyskytuje zvláštní repetitivní chování a chybí typická hra. Příznaky jsou více patrné v raném dětství a v mladším školním věku a obvykle se zlepšují

během pozdního dětství. Je ale možné i to, že se chování některých jedinců během adolescence behaviorálně zhorší. Jde však pouze o malé procento adolescentů s poruchou autistického spektra. Menšina těchto jedinců v dospělosti žije samostatně a najde si práci a je tedy možné konstatovat, že jedinci s mírnějšími deficity jsou schopni samostatného života. Jsou sociálně naivní a zranitelní, mají problémy s organizováním praktických záležitostí a jsou náchylnější k úzkosti a depresi. Je možné, že jedinec získá diagnózu až v dospělosti, protože je diagnostikováno některé z dětí v rodině, v tomto případě je nutné dbát i na sebehodnocení jedince. Jedinci může být přidělena diagnóza PAS pouze v tom případě, kdy je vyloučena možnost, že jedinec měl během dětství vyhovující vztahy s vrstevníky a byl schopný navázat normální sociální kontakt. Masopustová, Lacinová (2006) tvrdí, že po dosažení jednoho roku věku dítěte lze již hovořit o prvních evidentních známkách autismu. Symptomy jsou znatelné v komunikaci verbální, ale i neverbální, jako je používání gest, ale i receptivní schopnost řeči. U autistů je velmi často omezena schopnost smysluplné komunikace prostřednictvím náhradních systémů. Odchylky lze sledovat v motorickém vývoji dítěte.

## 1.7 Diagnostika autismu

Při udělování diagnózy je třeba brát v úvahu i kulturní rozdíly v normách při verbální, ale také neverbální komunikaci a vztahy. Lidé s poruchou autistického spektra vykazují zřetelné narušení při porovnání s normou dané kultury. Tyto faktory mohou mnohdy ovlivnit věk, ve kterém je porucha diagnostikována (DSM 5, 2015).

V současnosti neexistuje zkouška biologického charakteru, která by mohla prokázat přítomnost autismu. Screening se zaměřuje na mapování a výzkum chování. Screeningové metody jsou pomůcky pro odborníky, kteří svou znalostí mohou zajistit co nejčasnější intervenci dětem s PAS, jsou většinou nenáročné na administraci a na jejich používání není potřeba zvláštní trénink. Screeningových dotazníků v zahraničí existuje celá řada. Nevýhodou je jejich nepřesnost a menší spolehlivost, mohou neurčit hraniční formu nebo naopak přiřknout autismus někomu, kdo trpí jinou poruchou, než je porucha autistického spektra. Dále existují posuzovací škály a semistrukturované dotazníky, tyto testy slouží odborníkům, které mají s autismem alespoň základní zkušenosti. V České republice se v současnosti používá semistrukturovaná škála CARS<sup>7</sup>, strukturované diagnostické interview

---

<sup>7</sup> Childhood Autism Rating Scale.

ADI – R a nástroj M - CHAT, ten koluje v několika verzích překladu, jeho použití je okrajové a už neslouží k původnímu účelu, kterým je populační screening (Beranová et al., 2014; Thorová 2016). Thorová (2016) dále uvádí observační škálu ADOS a český screeningový dotazník DACH.

Objektivní pozorování a standardní systematické vyšetření jsou stěžejní diagnostickou metodou. Ale i tyto metody mají některá úskalí a to především, že pozorování v rámci diagnostiky je časově omezené do několika hodin, maximálně dní a také jiné prostředí (domov, škola) ovlivňuje chování jedince. Strukturované posuzovací škály je možné vyplňovat v různých prostředích a přispívat tak k co nejpresnějšímu popisu a tím přispět k zpřesnění diagnostiky (Beranová et al., 2014; Thorová, 2016). Krejčířová (2005) uvádí, že meritem diagnostiky je pozorování projevů chování dítěte a důležitá je tedy znalost projevů poruch autistického spektra. Zdůrazňuje interdisciplinární spolupráci psychologa, pediatra, dětského neurologa, psychiatra, logopeda, foniatra a rehabilitačního pracovníka a speciálního pedagoga.

Diagnostický model dělí Thorová (2012; 2016) na tři fáze: první fáze je podezření, druhá fáze je diagnostická a poslední fáze je postdiagnostická. V první fázi podezření jsou rodiče znepokojeni s vývojem dítěte a většinou se jako první obrátí na pediatra, který může vyslovit podezření na poruchu autistického spektra. Pediatr by měl provést screeningové vyšetření a v případě pozitivních výsledků či vážání vyšle dítě na vyšetření do specializovaného pracoviště. Druhou fází je fáze diagnostická – kdy rodiče prochází různými vyšetřeními, jako je genetika, neurologie, psychiatrie, vyšetření zraku, sluchu apod. Většinou diagnostiku provádí dětský psycholog nebo psychiatr, ale nejvýhodnější je týmová spolupráce včetně speciálního pedagoga. Třetí fáze, fáze postdiagnostická, se vyznačuje orientací v problematice, kdy se rodiče učí, čtou doporučenou literaturu, vyhledávají si informace, kontaktují spolky a svépomocné skupiny a hledají služby následné péče.

Diagnózu dětského autismu lze nejdříve vyslovit poměrně jistě v 18 měsících věku dítěte (Krejčířová, 2005).

### **1.7.1 Screeningová metoda M – CHAT a observační škála ADOS**

V České republice se v současnosti nejvíce používá polostrukturovaná škála Childhood Autism Rating Scale (dále CARS), dále observační škála Autism Diagnostic Observation Schedule (dále ADOS) a český dotazník autistického chování (DACH).

Screeningový materiál používaný v ČR je dotazník jmenovaný Modified – Checklist for Autism in Toddlers (dále M – CHAT) (viz příloha č. 1). Identifikace pomocí screeningových dotazníků je možná již od 18 měsíců věku dítěte. V praxi pomáhá časné příznaky autismu odhalit pět příznaků, na kterých se shodli odborníci, těmi jsou: nepřítomnost žvatlání nebo broukání ve věku 12 měsíců, neužívání gest (ukazování a mávání) dítětem ve věku 12 měsíců, dítě nepoužívá slova ve věku 16 měsíců, neužívá dvojslovná spojení (nebo echolalicky opakuje, co slyšelo) ve věku 24 měsíců nebo došlo ke ztrátě řeči nebo jiných sociálních dovedností v jakémkoli věku dítěte. Zjistí-li pediatr jeden z těchto varovných příznaků autismu, měl by zvážit administraci podrobnějšího screeningového vyšetření a při pozitivním výsledku odeslat dítě na specializované vyšetření. Největší výhodou včasné diagnostiky je včasné zajištění péče (Dudová, Beranová, Hrdlička, 2013).

Lordová et al. (2000) popisuje metodu ADOS jako polostrukturované standardizované hodnocení sociálních interakcí, komunikace, hry a také nápaditého využívání materiálů u jedinců, u kterých se vyskytuje podezření na poruchu autistického spektra. Pozorovací škála je rozdělena do čtyř modulů, které jsou na 30 minut. Každý byl vytvořen speciálně pro každého jedince dle úrovně jeho expresivního jazyka. Lordová in Thorová (2016) uvádí, že výsledky získané pozorováním se převádí na kritéria MKN. Hodnotí se například komunikace verbální a neverbální, schopnost požádat o pomoc, vést konverzaci, schopnosti vést reciproční konverzaci, schopnosti nápodoby, úroveň symbolické hry nebo popis emočních stavů jedince. Podle věku dítěte a úrovně jeho vyjadřování se volí ze čtyř forem. Forma jedna je pro děti, které nemluví nebo řeč ve svém denním životě využívají velmi málo. Forma dva, je pro děti hovořící ve větách, ale ne plynule. Forma tři je určena dětem verbálně schopným a forma čtyři se užívá u verbálně schopných dospělých a dospívajících. Druhá forma ADOS byla obohacena o batolecí formu, kdy je možné diagnostikovat i dítě do 30 měsíců věku. Dudová, Mohaplová (2016) popisují test ADOS jako nejsofistikovanější a nejnáročnější diagnostický nástroj.

### **1.7.2 Diferenciální diagnostika**

Dle Thorové (2016) je diferenciální diagnostika poruch autistického spektra poměrně obtížnou záležitostí a vyžaduje značné znalosti z vývojové psychologie, psychopatologie a také klinickou zkušenost. Krejčířová (2005) uvádí, že od PAS je nutné odlišit jiné vývojových poruch, jako například od mentální retardace a kombinovaného postižení nebo specifických poruch řeči a poruch učení, dále od Rettova syndromu a od jiné než autistické

poruchy vývoje osobnosti, od sociálních problémů (schizoidní porucha u dětí, sociální úzkost nebo mutismus) a od závažných psychických poruch s pozdějším počátkem (jde o dětské psychózy, schizofrenie nebo dětské afázie). Masopustová, Lacinová (2006) uvádí, že je z hlediska diferenciální diagnostiky nutné vyloučit mentální retardaci, schizofrenii s časným vznikem nebo také deprivaci, depresi a poruchu pozornosti s hyperaktivitou i bez hyperaktivity.

## **1.8 Hodnotící profily dětí s PAS**

V roce 1994 byl do České republiky dovezen Psychoedukační profil vytvořený v roce 1990, do češtiny byl přeložen až v roce 2000. České diagnostické speciálněpedagogické nástroje byly vydány o něco později a to v letech 2005 a 2006 (Čadilová, Žampachová, 2012).

V rámci projektu Institutu pedagogicko – psychologického poradenství ČR byly vytvořeny metodické materiály Edukačně hodnotící profil dítěte s poruchou autistického spektra 0 – 7 let (dále EHP) a Edukačně hodnotící profil pro věkovou kategorii 8 – 15 let. Cílem tohoto hodnocení je poskytnout pedagogům informace, jak si dítě stojí v různých oblastech a tím pomoci k účinnější intervenci. Důležitý prvek edukačně hodnotících profilů je sestavení vývojového profilu dítěte, kde je jasně vidět, jak si dítě stojí v určitých oblastech. Nelze ho považovat za testový materiál (Čadilová, Žampachová, 2012). Čadilová, Thorová, Žampachová (2012) doplňují, že jde o materiál ve formě vývojových tabulek a že nejde o testový materiál, kde je potřeba standardizovaných pomůcek. Čadilová, Žampachová (2012) konstatují, že speciální pedagog může sledovat disharmonie ve vývoji a pružně na ně reagovat. Důležitými položkami jsou ty, ohodnocené jako „naznačené“, protože je nutné je procvičovat. Nezbytné je ale cvičit i úkoly hodnocené „splnil/a.“ Součástí Edukačně hodnotícího profilu je vyhodnocovač v elektronické podobě. Zadáním jednotlivých položek lze získat vývojový graf, který je ukazatelem celkového vývoje dítěte.

Čadilová, Žampachová (2015) uvádí oblasti a položky, které se v profilu hodnotí, zohledňují specifika dětí s PAS.

1. Sociální vývoj (40 položek).
2. Komunikace – receptivní řeč (57 položek).
3. Komunikace – expresivní řeč – verbální vyjadřování (70 položek).
4. Komunikace – expresivní řeč – neverbální vyjadřování (14 položek).
5. Imitace – motorická (25 položek).

6. Imitace – sociální (11 položek).
7. Imitace – verbální (18 položek).
8. Jemná motorika (43 položek).
9. Hrubá motorika (49 položek).
10. Grafomotorika a kresba (23 položek).
11. Sebeobsluha – stravování a stolování (36 položek).
12. Sebeobsluha – oblékání (31 položek).
13. Sebeobsluha – umývání (20 položek).
14. Sebeobsluha – používání WC (20 položek).
15. Vnímání – zrakové (17 položek)
16. Vnímání – sluchové (11 položek).
17. Vnímání – taktilní (7 položek).
18. Abstraktně vizuální myšlení (37 položek).

Profil obsahuje celkem 527 položek rozdělených do 18 okruhů. Položky profilu se hodnotí ve třech úrovních: splnil/a, naznačil/a, nesplnil/a. Hodnotíme splnil/a, když je dítě schopno úkol vykonat samostatně bez pomoci ostatních. Naznačil/a hodnotíme, pokud bylo nutné v průběhu úkolu zasáhnout zvenčí, může jít o předvedení úkolu, použití gest nebo slovní nápovědu. Naznačil/a hodnotíme i neúspěšnou snahu dítěte, kdy se o splnění snaží, ale je zřejmé, že úkol je nad aktuální schopnosti dítěte. Nesplnil/a hodnotíme, pokud dítě nerozumí zadání, nemá snahu úkol plnit nebo je potřeba úplné vedení pedagogem. Některým dětem mohou lépe vyhovovat úkoly z vyšší vývojové úrovně, které zvládne, ale ty z té nižší mu mohou činit problémy (Čadilová, Žampachová, 2015).

## **2 Komunikace, komunikační schopnost a narušená komunikační schopnost**

Cílem této kapitoly je nastínit problematiku komunikace, kapitola zahrnuje vysvětlení pojmů komunikační schopnost a narušená komunikační schopnost. Dále se pokouší popsat výměnný obrázkový komunikační systém, který je součástí alternativní a augmentativní komunikace (dále AAK) a také popsat specifika komunikace u jedinců s poruchou autistického spektra.

Peeters (1998, s. 11) uvádí, že „ ... to, co dává našemu životu smysl, je komunikace s jinými lidmi, schopnost rozumět jejich chování, zacházet s předměty, orientovat se v situacích a jednat s lidmi tvořivým způsobem. Jsou to právě ty oblasti, které jsou pro postižené s autismem nejobtížnější.“

### **2.1 Komunikace, jazyk, řeč, formy komunikace, komunikační schopnost a narušená komunikační schopnost**

#### **2.1.1 Pojem komunikace**

Komunikaci vymezuje Dvořák (2007, s. 102) jako „přenos různých informačních obsahů pomocí různých komunikačních systémů zejména skrz jazyk. Jde o výměnu informací, sdělování a dorozumívání. Komunikace se realizuje ve třech základních formách a těmi jsou mluvená forma, psaná forma a ukazovaná forma“. Hartl, Hartlová (2000, s. 265) definují komunikaci jako „sdělování a dorozumívání, přičemž komunikace není specificky lidským jevem, kterým je jazyk. Komunikace existuje i u jiných živočichů. V psychologickém pojetí jde především o přenos myšlenek, pocitů a emocí a jednání od jedné osoby k druhé.“ Průcha, Mareš, Walterová (2003, s. 130) uvádějí, že „komunikace je proces sdělování a dorozumívání.“

#### **2.1.2 Pojem jazyk**

„Jazyk je soustava druhotných dorozumívacích prostředků znakové povahy, zprostředkující dorozumívání lidí. Jazyk je kód, který se učíme užívat při sdělování myšlenek a vyjádření svých požadavků a potřeb. Jazyk se vztahuje ke kódování, které dává smysl hláskám, určuje nám, jaká sestava specifických fonémů bude užita k označení daného

*předmětu. Z aspektu teorie přenosu informací je jazyk ztotožňován s kódem a řeč s oznámením, tedy zprávou“ (Dvořák, 2007, s. 97).*

Hartl, Hartlová (2000) píše o jazyce, jako o systému vyjadřovacích a dorozumívacích prostředků znakové povahy. Je užíván k ústnímu i písemnému sdělování. Jinou definicí je jazyk sociálně strukturovaným systémem zvukových vzorců se standardizovaným významem.

Průcha, Mareš, Walterová (2003, s. 117) uvádějí, že „... jazyk je konvenční systém znaků používaný pro účely sociální komunikace. Pro vzdělávání má prioritní význam, neboť je hlavním prostředkem pedagogické komunikace a je také jedním ze základů vyučovaných předmětů.“

### **2.1.3 Pojem řeč**

Řeč je realizací a použitím jazyka jako systému v určitých konkrétních dorozumívacích aktech. V logopedii jde o formu sdělování a dorozumívání. Tato forma sdělování je založena na používání slovních, ale i neslovních prostředků komunikace. Mezi slovní řadíme mluvu a písmo a mezi neslovní řadíme gesta a mimiku (Dvořák, 2007).

Dvořák (2007) upozorňuje na snadnou zaměnitelnost termínů jazyk a řeč, i když jde o dva na sobě zcela nezávislé termíny. Řeč se vztahuje k mechanismu mluvení a zahrnuje pohyby mluvidel k produkci hlásek potřebných a také zahrnuje elementy dýchání a také mechanismy tvoření hlasu. Řeč je realizací, použitím jazyka.

Anglicky se termín řeč označuje speech nebo language a znamená schopnost člověka vyjádřit členěnými zvuky obsah vědomí. Jde o schopnost používat výrazové prostředky verbální, kterými jsou mluva a písmo, dále neverbální, mezi které se řadí například mimika, posunky a gesta. Řeč existuje jako mluvená, písemná a vnitřní (Hartl, Hartlová, 2000).

### **2.1.4 Verbální a nonverbální komunikace**

Verbální komunikací Dvořák (2007) rozumí dorozumívání se pomocí slov, která mohou být artikulovaná, tištěná nebo psaná, zatímco neverbální popisuje jako nonverbální nebo neslovní dorozumívání, které může zahrnovat posunky, znaky (například jako znaková řeč), prstovou abecedu, ukazování, symboly (piktogramy). Hartl, Hartlová (2015) popisuje komunikaci verbální jako komunikaci, která je zprostředkována slovy a jazykem a komunikaci nonverbální neboli neverbální popisují jako mimoslovní komunikaci, která je zprostředkována pohyby těla, gesty, mimikou, pohyby očí, kvalitou hlasu, pauzami v řeči,

smíchem, čichovými vjemy, používáním artefaktů, jako je oblečení apod. a která se uskutečňuje mnoha způsoby.

### 2.1.5 Komunikační schopnost

Komunikační schopnost (dále KS) vymezuje Lechta (2016) jako schopnost člověka vědomě využívat jazyk jako systém znaků a symbolů v celé jeho komplexnosti a ve všech jeho formách s cílem realizování komunikačního záměru. Komunikační schopnost zahrnuje všechny jazykové roviny. Při hodnocení komunikační schopnosti se hodnotí oblast vývojového kritéria (odpovídají projevy komunikační schopnosti vývojovým normám nebo ne), fyziologické kritérium (způsob komunikace je fyziologicky správné nebo ne), dále terapeutické kritérium (je nutný terapeutický zásah nebo ne), lingvistické kritérium (odpovídá daná úroveň komunikace normám kodifikovaným pro daný jazyk nebo ne) a naposled kritérium komunikačního záměru (zda dokáže člověk realizovat svůj komunikační záměr a zda je možné ze strany posluchače jeho komunikační záměr pochopit).

Foneticko – fonologická, neboli zvuková rovina řeči se vyznačuje možností zachytit různá specifika v oblasti respirace, fonace, rezonance a artikulace. Při vyšetřování si všímáme tvoření hlásek a jejich vnímání sluchem nebo zrakem, všímáme si spojování hlásek ve fonické řady a všímáme si modulačních faktorů řeči, jako je přízvuk, tempo, melodie, pauzy, barva hlasu apod. (Mlčáková, 2012). Morfologicko – syntaktická rovina se označuje také jako gramatická rovina jazyka. Morfologie neboli tvarolsoví pojednává o slovních druzích, jejich tvarech a významu těchto tvarů a syntax neboli skladba sleduje stavbu a tvoření souvětí. Do čtyř let se u dětí objevují dysgramatismy, které se nazývají fyziologické a pokud se chyby objevují dále, jedná se o dysgramatismus. Lexikálně – sémantická jazyková rovina sleduje úroveň aktivní a pasivní slovní zásoby dítěte, kdy aktivní slovní zásobou se rozumí slovník, který dítě aktivně využívá a pasivní slovník je označením těch pojmů, kterým dítě rozumí, ale samo je nevyužívá (Horáková, 2012). Pragmatická rovina jazyka je užití komunikace v sociálním kontaktu (Jehličková, 2012).

### 2.1.6 Narušená komunikační schopnost

Narušenou komunikační schopnost (dále NKS) Lechta et al. (2002, s. 13) definuje jako: „Komunikační schopnosť človeka je narušená vtedy, keď niektorá rovina jeho jazykových

*prejavov (príp. niekoľko rovín súčasne) posobí interferenčne vzhľadom na komunikačný zámer.“*

Při vymezování narušené komunikační schopnosti se zaměřujeme na poruchy, které vznikají při individuálním osvojování a používání jazyka, tedy při komunikaci, když je komunikační schopnost narušená. Soustředíme se na foneticko – fonologickou jazykovou rovinu, morfologicko – syntaktickou, lexikálně – sémantickou a také pragmatickou jazykovou rovinu. Narušená může být verbální, ale i neverbální komunikace a také mluvená, ale i grafická forma řeči. V průběhu komunikace může být porušená exprese, ale i recepce řeči (Lechta et al., 2002).

Lechta (2016) hovoří o NKS, kdy některá rovina nebo více rovin současně u člověka interferuje s komunikačním záměrem. U nejtěžších forem NKS nelze řeč dekódovat nebo nelze interpretovat komunikační záměr a někdy se mluvčí ani nepokusí realizovat svůj komunikační záměr, protože se bojí neúspěchu, výsměchu apod.

Lechta (2016) vymezuje 10 základních okruhů NKS: vývojová nemluvnost (narušený vývoj řeči), získaná orgánová nemluvnost (afázie), získaná psychogenní nemluvnost (mutismus, elektivní mutismus), narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie), narušení plynulosti řeči (koktavost, breptavost), narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie), poruchy hlasu (dysfonie, afonie), kombinované vady a poruchy řeči (současný výskyt více druhů NKS), symptomatické poruchy řeči (NKS se vyskytuje u jiných, dominujících postižení, onemocněních, narušeních) a poslední okruh je narušení grafické stránky řeči (agrafie, alexie, akalkulie, dyslexie, dysgrafie a dyskalkulie).

## **2.2 Alternativní a augmentativní komunikace**

Alternativní a augmentativní komunikace (dále AAK) jsou metody, které pomáhají jedincům, kteří mají problémy v komunikaci. Doporučují se těm, kteří mají obtíže mluvit, číst, psát nebo rozumět řeči druhých. Tito jedinci mohou užívat augmentativní komunikaci jako rozšiřující a alternativní jako nahrazující artikulovanou nebo psanou řeč (Dvořák, 2007; Bondy, Frost, 2007). Dvořák (2007) uvádí, že existuje rozsáhlý okruh osob, kterým AAK může pomoci. Jde například o osoby po cévní mozkové příhodě, se sluchovým nebo zrakovým postižením, mentálně retardované, s autismem, s míšním poškozením, motorickými poruchami řeči, progresivními chorobami, apod. Prelock (2006) konstatuje, že metody AAK jsou často užívané u osob s PAS a to jak doplňující, tak i jako základní prostředek komunikace. Dvořák (2007) dále tvrdí, že AAK může přispět ke zvýšení kvality života

jedinců. Místo slov využívá jednoduché schématické obrázky, piktogramy, grafické symboly nebo skutečné či zmenšené předměty. Může využívat také různých znaků ruky, které mohou být dynamické. Jde o gesta a znaky, prstovou abecedu a znakovou řeč. Šarounová et al. (2014) vymezuje oblast AAK jako nabídku a šanci pro ty, kteří nemohou dostatečně komunikovat mluvenou řečí. Každý člověk nějak komunikuje a systémy AAK pomáhají nalézt způsoby, které podpoří sníženou schopnost dorozumívat se řečí. AAK mohou pomoci dorozumívat se mluvenou řečí, ale i její psanou formou. Při zavádění metod AAK by měly být respektovány všechny dosavadní komunikační schopnosti člověka

MLčáková (2014) uvádí, že logoped se při své práci také setkává s AAK, kdy se snaží najít nejvhodnější způsob komunikace pro osoby se závažnými poruchami v komunikaci. Tyto problémy se často vyskytují i u osob s PAS. U osob s PAS hovoříme o symptomatické poruše řeči (je to porucha řeči, která doprovází jiné dominující postižení). Šarounová et al. (2014) dodává, že při využívání metod AAK je cílem co nejvyšší možná míra rozvoje mluvené řeči. Říhová, Vitásková (2012) systémy AAK také neřadí jako cíl práce logopeda, ale jako nástroj, který pomáhá vyjádřit přání, potřeby postoje a žádosti jedince s cílem předejít agresivnímu nebo autoagresivnímu chování.

Tvrzení některých autorů, že metody AAK mohou potlačovat řečovou produkci u dětí s PAS, vyvrací studie provedená Schlosserem, Wendtem (2008). Na vzorku 125 dětí a jejich sledování v průběhu času s používáním AAK nezastavilo vývoj mluvené řeči.

### **2.2.1 Systémy AAK**

Metody AAK se dělí na metody bez pomůcek a s pomůckami. Metody bez pomůcek jsou ty metody, ke kterým není potřeba žádných speciálních věcí a pomůcek a využívají především přirozené způsoby komunikace, jako je například cílený pohled, mimika, gesta, slovní označení souhlasu a nesouhlasu nebo například znaky. Metody s pomůckami se dále dělí na metody s netechnickými pomůckami (low – tech). Tyto metody užívají jednoduché pomůcky, které nemají hlasový výstup. Dále existují metody s technickými pomůckami (high – tech). Tyto metody využívají elektronické pomůcky a počítače, které mohou mít speciálně upravený hardware a software, aby je byly schopné použít i osoby s nějakým druhem postižení (Šarounová et al., 2014; Laudová, 2003).

Říhová, Vitásková (2013) řadí mezi možnosti AAK systémů, které lze u jedinců s PAS využít jsou: referenční předměty, trojrozměrné symboly, fotografie, piktogramy, Picture Exchange Communication System (dále PECS) a výměnný obrázkový komunikační systém

(dále VOKS), znak do řeči, Makaton, komunikační tabulky, komunikátory nebo také počítač. Šarounová et al. (2014) doplňuje, že komunikaci prostřednictvím předmětů užíváme nejčastěji u klientů s těžkým mentálním postižením. Fotografie jsou většinou využívány u malých dětí, využívají se ale i u větších dětí a dospělých pro označení konkrétních osob a míst. Bondy, Frost (2007) konstatují, že přechod od předmětů k fotografiím může být náročnější kvůli jejich symboličtějšímu vztahu k předmětům.

Bondy, Frost (2007) vyvinuli metodu PECS v průběhu let nejprve pro děti s autismem. Tato metoda pomáhá jedincům komunikovat skrze alternativní komunikaci.

### **Systémy PECS a VOKS**

Hlavním cílem systému PECS je vytvořit nějakou funkční formu komunikace u dítěte, u kterého zatím neexistuje žádná forma dorozumívání (Bondy, Frost, 2007). Lörinczová (2014) doplňuje tuto informaci o sekundární cíl, kterým je naučit dítě komunikovat mluvenou řečí. Bondy, Frost (2007) zdůrazňují, že obrázky, se kterými se bude pracovat lze vybrat dle specifických potřeb jedince, u malých dětí lze využívat i fotografie. Šarounová et al. (2014) uvádí, že jako obrázky lze využít různé materiály, kterými mohou být černobílé nebo barevné obrázky, digitální obrázky, kliparty, fotografie, symboly, loga předmětů nebo i trojrozměrné předměty a ty vybíráme dle potřeb klienta. Záměrem je, aby dítě získalo schopnost komunikovat. Prvním a nejdůležitějším krokem je, aby dítě vůbec mělo ke komunikaci důvod. Před začátkem používání PECS je nutné znát, co má dítě rádo a co je pro něj odměnou (ne pouze jídlo, ale i oblíbené hračky). Bondy, Frost (2007), Šarounová et al. (2014) dělí výuku programu PECS do šesti fází. První fáze je zaměřena na to, jak komunikovat a cílem je, aby dítě bylo schopné podat komunikačnímu partnerovi obrázek předmětu, který po něm požaduje, tedy iniciovat žádost. Fáze druhá je založena na rozšiřování použití obrázků, zvětšování vzdálenosti mezi dítětem a komunikačním partnerem, ale také na zvětšování vzdálenosti mezi klientem a obrázkem. Třetí fáze výuky používání PECS je fáze rozlišování mezi obrázky (nejprve se volí jeden žádoucí předmět a druhý neoblíbený a poté si dítě vybírá mezi dvěma oblíbenými předměty). Čtvrtou fází je zavedení větné struktury s použitím prvního obrázku, který představuje větný začátek: „Já chci.“ Po zvládnutí čtvrté fáze se s výukou pokračuje dále fází 5. a 6., ale souběžně s tím dítě druhá část nácviku učí popisu a rozvoji slovní zásoby. Tyto fáze by měly probíhat současně. Pátá fáze je zaměřena na výuku spontánní žádosti klienta o různé předměty a na schopnost odpovědět na otázku: „Co chceš?“ Poslední, šestá fáze je charakteristická tím, že učí klienta komentovat.

Zavedení komunikačního systému, jako je PECS nepotlačí vývoj mluvené řeči. Používání tohoto systému u dětí mladších 6 let po dobu jednoho roku je spojováno s osvojením řeči (Bondy, Frost, 2007). Bondy, Frost (2007) a Šarounová et al. (2014) ale zdůrazňují, že není dobré se systémem PECS skončit, jakmile se objeví první slova. Šarounová et al. (2004) tento postup vysvětluje tak, že je nutné, aby dítě dohnalo v řečové oblasti to, v čem je při používání obrázků a symbolů napřed.

Dle Lörinczové (2014) se v České republice používá systém VOKS. Tento program vychází z programu PECS. Tyto programy jsou považovány za identické, ale není tomu tak. Knapcová in Říhová, Vitásková (2013) popisuje tyto odlišnosti. U systému VOKS jde především o vyšší počet lekcí a zvláštní požadavky klade jak na komunikačního partnera, tak na asistenta. Systém VOKS také obsahuje konkrétní příklady, rady, fotografie a příběhy autorky, kterou je Margita Knapcová. Metodika systému VOKS je přizpůsobena češtině. Metodika VOKS má 4 části:

1. Přípravné práce.
  - Ty podávají důležité informace pro komunikačního partnera, asistenta v komunikaci a prostředí. Dále jsou zde popsány pomůcky a způsob výběru odměn.
2. Výukové a doplňkové lekce.
3. Výukové lekce = hlavní struktura nácviku.
4. Doplňkové lekce, které rozšiřují výukové lekce.

## 2.3 Specifika komunikace u jedinců s PAS

Gillberg, Peeters (2008) opět uvádí přehlednou tabulku i k oblasti jazyka a komunikace u dětí, které se vyvíjejí normálně a u dětí s PAS vždy dle věku určitého dítěte (viz tabulka 7). Uvádí také, že tabulky (v oblastech sociální interakce – tabulka 5, představivost – tabulka 6 a komunikace – tabulka 7) nelze brát doslovně, vždy je nutné mít na vědomí, že každý jedinec s PAS se vyvíjí zcela rozdílně od jiných a nelze tedy generalizovat.

Tabulka 7: Škála autistických projevů v oblasti jazyka a komunikace (Gillberg, Peeters, 2008)

| Věk v měsících | Jazyk a komunikace – normální vývoj                                                                      | Jazyk a komunikace – vývoj u dětí s autismem |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 2              | Broukání a samohláskové zvuky.                                                                           |                                              |
| 6              | „Konverzace“ pomocí vokálů nebo vyhledávání pozice tváří v tvář rodičům. Objevují se souhláskové shluky. | Obtížně interpretovatelný pláč.              |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8  | Různá intonace při žvatlání včetně intonace otázek.<br>Opakování slabik.<br>První gesta – dítě jimi ukazuje.                                                                                                                                                 | Omezené a neobvyklé žvatlání.<br>Nenapodobuje gesta, zvuky, ani výrazy.                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 12 | Objevují se první slova.<br>Při žvatlání používá intonaci. Slovně popisuje prostředí.<br>Hraje si se samohláskami. Využívá gesta spojená se slovy k přilákání pozornosti, ukázání předmětu nebo k vyjádření přání.                                           | Mohou se objevovat první slova, ale nejsou používána smysluplně.<br>Často hlasitě pláče, pláč se nedá interpretovat.                                                                                                                                                                                                                                |
| 18 | Slovník obsahuje 3 – 50 slov. Objevují se první věty ze dvou slov. Význam slova není specifikován („táta“ jsou všichni muži).<br>Využívá jazyk k popsání věcí a činností nebo k žádosti o něco.<br>Tahá lidi, aby dosáhlo pozornosti, slova často opakuje.   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 24 | Občasné spojení 3 – 5 slov (tzv. „telegrafická řeč“).<br>Tvoří jednoduché otázky. Používá ukazovací zájmeno „to“, které doprovází gestem.<br>Samo sebe označuje jménem, ne jako „já“.<br>Nesprávně používá zájmena.<br>Není schopno zachovat téma rozhovoru. | Obvykle používá méně než 15 slov, která se mohou objevit, ale zase zmizet.<br>Gesta se nerozvíjí, jenom výjimečně může ukázat na předmět.                                                                                                                                                                                                           |
| 36 | Slovní zásoba o přibližně 1000 slovech. Většinu gramatických pravidel používá správně. Slova již neopakuje a častěji používá slova „tam“ a „potom“.<br>Věk otázek.                                                                                           | Zřídka kombinuje slova, využívá fráze, ale nekombinuje je.<br>Objevuje se zvláštní rytmus, tón a přízvuk.<br>U těch dětí s PAS, které používají řeč, se vyskytuje chybná artikulace, ale více než polovina těchto dětí jazyk nevyužívá smysluplně.<br>Často bere dospělé za ruce a vodí je k předmětům a vyžaduje určité předměty na určitém místě. |
| 48 | Využívá Strukturované věty. Sleduje konverzaci a dodává informace. Chce vysvětlení některých slov a je schopno přizpůsobit kvalitu řeči svému posluchači.                                                                                                    | Zřídka tvořivě kombinuje dvě nebo tři slova.<br>Echolálii občas používá komunikativně.<br>Napodobuje televizní reklamy a občas i vyjadřuje přání.                                                                                                                                                                                                   |
| 60 | Stále více využívá komplexně strukturované věty.<br>Ovládá gramatická pravidla – je schopno                                                                                                                                                                  | Nerozumí a nevytváří abstraktní představy (čas). Neudrží konverzaci. Osobní zájmena neumí použít. Echolálie                                                                                                                                                                                                                                         |

|  |                                                                                                                       |                                                                                                                          |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | opravit větu dle gramatické struktury.<br>Rozvíjí se porozumění žertům a sarkasmu,<br>rozezná jazykovou dvojznačnost. | může přetrvávat. Otázky klade zřídka,<br>pokud ano, často se opakují.<br>Objevuje se abnormální výška a rytmus<br>hlasu. |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Kejklíčková (2016) uvádí, že se v ČR ročně narodí okolo 200 dětí s PAS. U osmdesáti procent těchto dětí se k této poruše přidružuje různě závažná mentální retardace. Funkční řeč se rozvine pouze u padesáti procent z těchto dětí a pouze pět procent z nich dovede v dospělosti žít samostatný život.

Buntová, Tichá (2016) hovoří o tom, že NKS u dětí s autismem není sekundární projev, ale jde o projev patologie ve vývoji řeči v oblasti triády. Již Weber Bell (1984) popisovala specifika komunikace u jedinců s PAS. U těchto jedinců pozorovala opožděný a odlišný vývoj řeči. Tento vývoj řeči je jedním ze základních rysů jedinců s PAS. Obvykle lze problémy s vývojem řeči pozorovat již v prvním roce života. Rodiče těchto dětí nepozorují ranou vokalizaci, který je typická pro děti zdravé. Mluva je obvykle echolalická. U některých se řeč nemusí objevit vůbec. Hlavní roli ve vývoji řeči zde hrají logopedi. Ti se musí naučit dítě motivovat ke komunikaci a rozvinout jejich expresivní i receptivní schopnosti.

Dle Straussově, Knotkové (2011) není zprvu důležité, že dítě nevyslovuje, ale je důležité naučit ho komunikovat. Je důležité nacvičovat funkční komunikaci, protože všechny děti s PAS v ní selhávají.

I Vágnerová (2008) hovoří o odlišném vývoji řeči u jedinců s PAS. Někdy se řeč nemusí objevit vůbec, jindy může být řeč velmi primitivní a jiná než u vrstevníků. Obvykle je porušena expresivní i receptivní složka řeči. Vývoj řeči nemusí být standardní, často se nevyskytuje žvatlání a jako první řečový projev je mechanické opakování slov či větších verbálních úseků. Nejzávažnějším problémem je neschopnost používat řeč pro komunikaci, obvykle se jedná o repetitivně monolog než dialog. Verbální projev autistů obsahuje echolalie, tedy mechanické opakování toho, co slyší od ostatních lidí bez potřeby porozumění. Dále se objevují verbální stereotypie – opakují stále stejná slovní spojení, která znají z televize nebo z rádia. Obvykle o sobě hovoří ve druhé nebo ve třetí osobě a nedodržují správná gramatická pravidla nebo slovosled a je jim to v podstatě jedno, protože řeč nepovažují za prostředek komunikace. Mohou se naučit mechanicky číst, ale nechápou smysl čteného. Problémy se vyskytují i v prozodických faktorech řeči, kterými jsou: výška, síla, melodie, tempo a podobně. Dle Thorové (2016) jsou PAS poruchy primárně poruchami komunikace, které se objevují na úrovni receptivní, expresivní, verbální a neverbální. U neverbální složky je patrné, že již od kojeneckého věku děti nedokážou vyjádřit své potřeby

výrazem v obličeji, postupem času se dítě může naučit lépe reagovat a projevy mohou být znatelnější. Dítě se raději naučí obsloužit samo, odskočit na toaletu, vzít si jídlo apod., než aby muselo komunikovat. První náznak sociálního chování, kdy dítě využije kontaktu dospělé osoby k vyjádření svého přání je, že dítě dovede osobu k předmětu svého zájmu, může zkusit navázat zrakový kontakt nebo použije jeho ruku jako nástroj k dosažení svých cílů. Verbální komunikace má také svá specifika. Thorová (2016) uvádí, že dítě nemusí mluvit vůbec nebo můžeme pozorovat úroveň jeho vyjadřovacích schopností pod úrovní jeho celkových mentálních schopností. V percepci se může objevovat sluchová verbální agnozie, kdy dítě řeči vůbec nerozumí nebo může rozumět pouze jednotlivým pokynům. Řeč dítěte může být setřelá až nesrozumitelná. Prozodické faktory se v řeči obvykle nevyskytují a dítě je také nedokáže dekódovat. Dalším znakem v řeči jedinců s PAS jsou agramatismy, kdy dítě není schopné používat zájmena, používá holé věty, má obtíže se skloňováním, časováním i slovní zásobou. Problémy mohou mít také s pojmy, které neoznačují přesně ty dané předměty, které má dítě na mysli (kniha neoznačuje přímo jeho oblíbenou knihu, ale jakoukoli knihu). Ve starším věku mívají problémy s doslovným chápáním, obtíže jim dělají i mnohovýznamová sdělení a v jejich řeči se objevuje logorhea<sup>8</sup> nebo dítě opakuje básničky, reklamy, písničky, které zaslechlo. Echolalie se objevuje bezprostředně po stimulu nebo i opožděně. V pragmatické rovině řeči se vyskytuje malá reciprocita konverzace, dále znaky společenské nepřiměřenosti (nevhodné otázky, obtíže s osločováním – tykání, vykání) apod. Thorová (2016) dále uvádí přehled zvláštností, které můžeme pozorovat ve verbálním projevu lidí s PAS (viz příloha č. 2).

## 2.4 Logopedická intervence u osob s PAS

### 2.4.1 Pojem intervence

Pojem intervence Dvořák (2007, s. 94) vysvětluje jako *“... odvozeninu od anglického slova intervene, což znamená zasahovat do něčeho, zakročit. Může to znamenat také zásah nebo zákrok v něčí prospěch, může být i zásahem do určitého jevu s cílem ovlivnit.”* Průcha, Walterová, Mareš (2003) intervenci vykládají také jako zákrok, který v pedagogice a psychologii sleduje zpravidla řešení problému jedince, rodiny nebo skupiny. Hartl, Hartlová

---

<sup>8</sup> Logorhea – „...chorobná povídavost, překotná povídavost, překotná řeč, nepřetržitý a nezastavitelný proud řeči bez ohledu na obsah, posluchače a danou životní situaci“ (Dvořák, 2007, s. 112 – 113).

(2000, s. 239) chápe intervenci taktéž jako „... *zákrok v širším smyslu a v užším smyslu cílený a předem promyšlený zásah zaměřený na zlepšení tíživé životní situace sledované osoby.*“

## **2.4.2 Logopedická intervence**

Specifickou činnost logopeda bychom mohli nazvat logopedickou intervencí. Logopedická intervence je specifickou aktivitou, kterou uskutečňuje logoped s cílem identifikovat NKS, eliminovat, zmírnit nebo překonat NKS a předejít tomuto narušení, tedy zlepšit komunikační schopnost. Logopedická intervence se dále dělí a plní své 3 základní cíle a těmi je diagnostika, terapie a prevence. Při logopedické intervenci je dle slov autora klíčové využívat i poznatků jiných odborníků, jako jsou lékaři, lingvisté, pedagogové, speciální pedagogové a v neposlední řadě také psychologové a další (Lechta, 2003; Klenková, 2006; Lechta et al., 2011b).

## **2.4.3 Zásady logopedické intervence u osob s PAS**

Logopedická intervence u osob s PAS má svá specifika, která vycházejí z báze daného postižení. Logoped svou znalostí zásad může pozitivně ovlivnit průběh a efektivitu logopedické intervence. Při intervenci je třeba vycházet ze speciálněpedagogických a logopedických přístupů, ale primárně z přístupů ke klientům s poruchou autistického spektra. Cílem práce logopeda pracujícím s dítětem s PAS není zaměření primárně na foneticko – fonologickou rovinu. Směr, kterým se logoped vydává při terapii, určuje deficit dítěte v pragmatické rovině jazyka. U logopedické intervence dětí s PAS se řídíme stěžejními zásadami, které jsou: princip včasné intervence, imitace přirozeného vývoje řeči, princip překonávání komunikační bariéry a princip funkčního používání řeči (Říhová, Vitásková, 2012).

Lechta et al. (2011b) vymezuje principy, neboli pravidla, která podmiňují úspěšnost logopedické terapie. Při logopedické terapii je třeba respektovat všeobecné principy řízeného učení, jako je princip motivace, zpětné informace, opakování a transferu. Dále se v logopedické terapii uplatňují tradiční pedagogické principy, jako je individuální přístup, komplexnosti, optimálního prostředí a socializace. Dominujícími principy jsou samozřejmě ty logopedické, kterými jsou: princip minimální akce, relaxace, vývoje, týmového přístupu, symetričnosti terapeutického vztahu, zásada krátkodobého, ale častého procvičování, zásada funkčního používání řeči.

Principy práce, využívané při práci s dítětem s PAS jsou dle Říhové, Vitáskové (2012):

- Unisenzoriální přístup (vzhledem k problémům se senzorickou integrací).
- Odměňování a pozitivní posilování, pochvaly (reagujeme kladně na okamžitě na zájem a snahu komunikovat).
- Zdůrazňování a zaměřování se na silné stránky klienta (pomocí znalosti jeho zájmů a silných stránek s ním snadněji navážeme kontakt a spolupráce může být motivací k další aktivitě).
- Pomalý přístup od jednodušších aktivit ke složitějším.
- Vytváření dostatečného množství komunikačních stimulů a příležitostí ke komunikaci (nesnažíme se předvídat, co chce vyjádřit, ale podněcujeme ho k jakékoli formě vyjádření, můžeme i úmyslně vytvářet prostředí, které motivuje ke komunikaci).
- Práce s intenzitou hlasového projevu, která může klienta upoutat.
- Respekt individuálního tempa klienta, proto se stanovují krátkodobé cíle.
- Snažíme se vytvářet příjemné prostředí bez faktorů stresu, úzkosti a námi přehnaných požadavků.
- Komunikace může probíhat prostřednictvím předmětů (přiblížíme-li oblíbenou hračku nebo věc klienta k našim ústům, jedinec s PAS vnímá oromotoriku příslušné hlásky, slabiky, slova nebo celého verbálního sdělení a přiložíme-li předmět k našim očím, obvykle dojde ke zrakovému kontaktu).
- Opakování projevů klienta – jeho gest a pohybů (zrcadlíme jeho chování, verbální i neverbální projevy a tím můžeme snadněji získat jeho pozornost).
- Stále komentování situací a popis veškerých prováděných aktivit.
- Používání jasné a srozumitelné mluvy v kratších slovních spojeních.
- Mluva je konkrétní bez abstraktních termínů, ironie, sarkasmu a dvojvýznamovým větám.
- Jednoduchá spojení opakujeme stále dokola (opakováním fráze fixujeme a podněcujeme jejich produkci).
- Kladení důraz na klíčová slova (obvykle jedinci s PAS nejsou schopni v toku komunikace zachytit to nejpodstatnější, proto jim může významně pomoci zdůrazněním důležitého).
- Pokyny rozfázujeme, nerozumí-li nám dítě.
- Je nutné držet se stále stejných označení předmětů a situací.
- Poskytneme dostatek času na verbální či neverbální reakci.

- Vizualizace (je pro jedince s PAS pochopitelná a poskytuje jedinci stálost a předvídatelnost).
- Názornost, systematickosti a strukturalizace (struktura dne – denní režim, může být i struktura logopedické intervence).
- Přirozená gesta při komunikaci.
- Reakce na jakékoli verbální i neverbální projevy.
- Podporujeme navazování a udržování zrakového kontaktu (můžeme ho zaujmout připojením se k jeho aktivitě a k upoutání pozornosti můžeme použít výrazné brýle, klobouk, barvy kolem očí, apod. nebo podáváním věcí, které si dítě žádá v úrovni našich očí a pochválíme ho za zrakový kontakt).
- Ujistění, že nám klient rozuměl.
- Trénink sociálních kompetencí.

#### **2.4.4 Možnosti stimulace komunikace u jedinců s PAS**

Stimulovat komunikaci lze již v raném věku a to i preverbální úroveň komunikace. Preverbální úroveň řeči se také označuje jako předstupeň, přípravné stadium, předřečová činnost a také jako předverbální období. Hranice mezi preverbálními a neverbálními projevy je ale tenká. Lze konstatovat, že preverbální projevy se více vážou na budoucí mluvenou řeč a neverbální projevy zahrnují více projevů zvukové i nezvukové podoby. Důležitý rozdíl je také v tom, že neverbální komunikace přetrvává do dospělosti a preverbální projevy vystřídá verbální komunikace (Lechta, 2011a).

Říhová, Vitásková (2013) uvádí možnosti stimulace preverbální vokalizace. Jako základ musíme splnit základní předpoklady, tedy aby dítě bylo spokojené a nic mu nechybělo, prostředí musí být motivující a stimulující a na každý pokus o komunikaci ze strany dítěte dospělý musí reagovat. Dítěti poskytujeme dostatek času na reakci. Tuto strategii zdůrazňují také Hornáková, Kapalková, Mikulajová (2009). Říhová, Vitásková (2013) dále popisují důležité body, jako je podporování vydávání zvuků různými pro dítě zábavnými činnostmi, verbální napodobování, při kterém je nutné dodržovat postup od jednodušších slov k těm těžším, interakci s dítětem dospělí doplňují různými zvuky. Využívání zpěvu písní a vyprávění říkanek, provádění oromotorických cvičení spojených s vokalizací (například elevace jazyka spojená s vyslovením „BLÉ“).

Důležité je dítě naučit ukazovat na předmět jeho zájmu. Návěkem může být držení předmětu, o který dítě jeví zájem. Poprvé dítěti vedeme ruku, aby si na předmět

ukázalo (Richman, 2008). Říhová, Vitásková (2013) doplňují, že po dopomoci a dosažení dítěte žádaného předmětu je důležitá verbální pochvala. Pomoc, kterou dítě vyžaduje, by se měla postupně snižovat a na konci nácviku by dítě mělo být schopno na předmět ukázat samo.

Richman (2008) dále popisuje zrakový kontakt, který je formou neverbální komunikace a také podporuje učení. Lze ho nacvičovat tak, že předmět zájmu umístíme před oči a pak ho dítě dostane. Posilování zrakového kontaktu může také probíhat tak, že vyčkáme v aktivitě, která dítě baví, a pokračujeme, až se dítě podívá. I spontánní zrakový kontakt během dne musíme oceňovat a tím posilovat. Reakce na jméno je také důležitým aspektem komunikace. Při nácviku si musíme být jisti, že není nic, co by dítě rozptylovalo. Zkusíme na dítě zavolat a jeho pohledu docílíme tak, že mu částečně zakryjeme oči nebo držíme v ruce sladkost. Postupně se při nácviku prodlužuje vzdálenost a také se situace ztíží rušivými podněty. Říhová, Vitásková (2013) uvádí možnosti, jak stimulovat zrakový kontakt. Důležité je, aby se dospělý snížil na úroveň dítěte, na stejnou úroveň očí. Tento důležitý krok uvádí i Horňáková, Kapalková, Mikulajová (2009) z toho důvodu, že dítě bude moci lépe sledovat, kam směřuje náš pohled, ale i naopak dospělý lépe pochopí, co je předmětem zájmu dítěte. Říhová, Vitásková (2013) uvádí další možnosti, kterými lze podněcovat zrakový kontakt. Jde o verbální výzvu, kterou lze zpočátku posílit oblíbenou hračkou nebo oblíbeným předmětem, která se po chvíli přeruší a s pokračováním se vyčkává na navázání zrakového kontaktu. Po jeho navázání se v činnosti pokračuje dál.

Říhová, Vitásková (2013) popisují schopnost nápodoby jako velice důležitou. Prvním krokem je, že dospělý napodobuje dítě, zrcadlí jeho projevy. Zrcadlení zdůrazňují i Horňáková, Kapalková, Mikulajová (2009), kdy je nutné, aby dospělý vydržel zrcadlit delší dobu. Tato metoda je vhodná především u menších dětí. Dle Říhové, Vitáskové (2013) je v dalších fázích nácviku nápodoby důležitá pomoc dítěti, pokud samo nejeví zájem o napodobování. Při prvním náznaku nápodoby ze strany dítěte snižujeme pomoc a cílem je samostatná činnost například před zrcadlem – napodobování mimiky, gestikulace a pohybů, následující krok je nápodoba každodenních aktivit a činností.

Porozumění řeči začíná nácvikem rozumění podstatným jménům, které pojmenováváme pouze v době, kdy se na něj dítě soustředí a jmenujeme je vždy stejně. Následují jednoduché instrukce, poté složitější instrukce. Velice důležitá je výuka jazyka pomocí hry, kdy rodič nebo dospělý komentuje hry, které s dítětem provádí - komentování probíhá prostřednictvím jednoduchých slov nebo jednoduchých vět (Richman, 2008).

Expresivní řeč lze rozvíjet podporou žvatlání a jiných zvuků, které dítěte vydává, dále dítě vedeme k nápodobě orálních motorických cvičení a po jejich zvládnutí se přistupuje

k verbálnímu napodobování. Dalším krokem je projev žádosti nebo přání zatím jedním slovem a následovně učení se podstatným jménům a předmětům, ale také učit dítě pozdravům v jakékoli možné situaci, kdy například dítě vejde do místnosti nebo místnost opouští. Důležité také je, aby si dítě osvojilo reakce na společenské otázky typu: „Jak se jmenuješ?“ nebo „Kde bydlíš?“ (Richman, 2008).

V logopedické terapii u dětí s PAS lze využít také nedirektivní a direktivní komunikační techniky. Mezi nedirektivní komunikační techniky patří mapování kontextu, tuto techniku lze nazvat i komentování, úroveň komentování by mělo být vždy na vyšší úrovni než je řečová úroveň dítěte. Komentování probíhá v kontextu situace a to buď formou self – talking, kdy rodič komentuje činnosti během společné aktivity s dítětem nebo formou parallel – talking, kdy rodič komentuje činnost dítěte. Další nedirektivní komunikační technikou je přemostňování, kdy dítě rodič učí používat jedno slovo v jiných kontextech jako například, že si obouváme ne jenom cvičky, ale i holínky apod. Třetí metoda je metoda modelování a nápovědy, kdy rodič obvykle i bez znalosti této metody zcela instinktivně po dítěti zopakuje jeho promluvu formálně, obsahově i gramaticky správně. Někdy postačí pouze nápověda dítěti, které je poté schopno promluvu formulovat správně. Další metodou je kladení otázek. Těmi můžeme v dítěti vyvolat odpověď. Z pozice rodiče je vhodné umět formulovat otázky tak, aby odpovědí nebylo pouze ano či ne, ale aby se dítě rozhovořilo. Dalšími metodami jsou nové uspořádání a oprava. Nové uspořádání znamená zopakovat po dítěti jeho promluvu, kterou však pozměníme, ale význam zůstává stejný a opravou je, že po dítěti dospělý zopakuje jeho sdělení správně. Mezi nedirektivní komunikační techniky patří také uznání, kdy dítěti dáváme najevo, že ho posloucháme, rozšiřování a prodlužování výpovědi dítěte (Lechta et al., 2011b). Nedirektivní komunikační techniky také popisují Hornáková, Kapalková, Mikulajová (2009). Lechta et al. (2011b) uvádí i direktivní terapeutické techniky, ty jsou používané v logopedické terapii řízené logopedem a jsou založené na imitaci. Logoped a dítě se zaměřují na nácvik konkrétní schopnosti.

## **II Praktická část**

### **3 Analýza vývoje komunikačních strategií u dítěte s dětským autismem**

Jak již autorka uvedla, komunikační schopnost je u dětí s PAS obvykle narušena, NKS u dětí s PAS patří do hlavní příznakové trojice společně s narušenou sociální interakcí a s narušenou představivostí, zájmy a hrou (Thorová, 2016). Komunikaci u dětí s poruchou autistického spektra je třeba podporovat, a to jak AAK systémy, tak i nedirektivními komunikačními technikami v prostředí domova, ve školských zařízeních, které dítě navštěvuje. Určité komunikační schopnosti lze tyto děti naučit, ale její vývoj není tak rychlý a prudký, jak je tomu u dětí intaktních. V praktické části se autorka zabývá vývojem komunikace u chlapce s PAS v průběhu dvou let.

#### **3.1 Metodologie výzkumného šetření**

Praktická část práce reprezentuje kvalitativní typ výzkumného šetření, konkrétně se jedná o případovou studii. Sedláček (2007) a Hendl (2016) popisují případovou studii jako detailní studium jednoho nebo několika případů. Hendl (2016) dodává, že v případové studii jde o zachycení složitosti případu a o popis všech vztahů v jejich celistvosti. Sedláček (2007) dále uvádí, že se mezi odborníky nevyskytuje jednotný názor ve vymezení případové studie, ale v zásadě lze říci, že případová studie je empirický design, jehož cílem je detailní popis. Empirický znamená, že všechna data musí být skutečná a vztahující se k případu. K získání údajů důležitých pro případovou studii lze využít veškeré možné zdroje sběru dat. Jádrem je vždy případ samotný. Jde o integrovaný systém, jež znamená náhled badatele na případ, kterým může být jedinec, skupina osob, procesy, události nebo instituce a výzkumník se snaží porozumět případu v jeho přirozeném prostředí. I Miovský (2006) uvádí, že případovou studii lze dělit na několik typů a pro nás stěžejní je jednopřípadová studie, kdy se výzkumník detailně zabývá jedním případem po delší časové období. Hendl (2016) dělí případovou studii na různé typy, lišící se podle sledovaného případu. Naším případem je dle jeho slov osobní případová studie, kdy se výzkumník zaměřuje na podrobný výzkum určitého aspektu u jedné osoby. Dalšími typy případových studií jsou: studie komunity, studium sociálních skupin, studium organizací a institucí a posledním typem je zkoumání programů, událostí, rolí

a vztahů. Jde o pružnou metodu vzhledem k množství a typu dat. Zdrojem těchto dat mohou být rozhovory, záznamy pozorování nebo dokumenty.

### **3.2 Cíle výzkumného šetření a výzkumné otázky**

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo analyzovat vývoj komunikace chlapce s diagnózou dětského autismu v průběhu časového období dvou let. Na základě hlavního cíle výzkumu autorka stanovila šest dílčích cílů, kterými jsou:

- 1. dílčí cíl: Vytvořit podrobnou anamnézu na základě rozhovoru s matkou.
- 2. dílčí cíl: Popsat podrobně lékařskou anamnézu na základě dostupných lékařských zpráv.
- 3. dílčí cíl: Opakovaně ohodnotit schopnosti chlapce všech oblastí podle edukačně hodnotícího profilu.
- 4. dílčí cíl: Ohodnotit aktuální stav všech oblastí obsažených v edukačně hodnotícím profilu s matkou chlapce.
- 5. dílčí cíl: Ohodnotit vývoj vybraných rysů chování, komunikace a interakce chlapce v mateřské škole (dále MŠ).
- 6. dílčí cíl: Porovnat závěry týkající se vývoje komunikace od jiných zainteresovaných osob a odborníků.

Na základě hlavního cíle výzkumného šetření a cílů dílčích byly zformulovány následující výzkumné otázky:

- Jak se měnily oblasti hodnocené edukačně hodnotícím profilem postupem času?
- Existují rozdíly v současném profilu dítěte (dle EHP) hodnoceném autorkou a matkou?
- Jakým způsobem se vyvíjela schopnost chlapce komunikovat (dle EHP) v průběhu času?
- Jakým způsobem byla ovlivněna komunikační schopnost chlapce při zavedení komunikačního systému VOKS?
- Jak se vyvíjely vybrané oblasti jedince v MŠ?
- Liší se názory na vývoj komunikace ostatních zainteresovaných osob a odborníků z chlapcova okolí?

### 3.3 Výzkumný vzorek

Ve výzkumném šetření se autorka zabývá jedním chlapcem s diagnózou dětského autismu. K výzkumným účelům je chlapec pojmenován Jiří. Kritériem k výzkumnému šetření je informovaný souhlas podepsaný zákonným zástupcem chlapce.

### 3.4 Výzkumné prostředí

Výzkumným prostředím bylo chlapcovo domácí, tedy přirozené prostředí. Za účelem hodnocení chlapce pomocí EHP autorka sledovala jeho projevy a schopnosti, jak doma, tak i venku při různých aktivitách. Dalším výzkumným prostředím byla MŠ, kterou Jirka navštěvuje od září roku 2016. Tento školní rok je jeho prvním rokem v předškolním zařízení. V MŠ probíhalo sledování vybraných rysů chování, komunikace a interakce. MŠ se nachází v malé vesnici, kam rodina s chlapcem dojíždí dvakrát až třikrát týdně z nedalekého městečka. Důvodem dojíždění byla neochota městských škol integrovat chlapce. V MŠ působí 5 dospělých osob - pedagogických pracovníků. Jsou zde 3 pedagogové a 2 osobní asistenti pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami. Jeden asistent je určený „našemu“ chlapci a druhý působí u jiného dítěte. V MŠ využívají některé prvky Montessori pedagogiky, jako je například ranní přivítání u elipsy nebo strukturované úkoly.

### 3.5 Využité metody sběru dat

Ke sběru dat a hodnocení vývoje chlapce byla využita především metoda pozorování. Hendl (2016) uvádí, že pozorování může mít různé podoby, jako například skryté – otevřené pozorování, zúčastněné (participantní) – nezúčastněné (neparticipantní) pozorování, strukturované – nestrukturované pozorování, v umělé – přirozené situaci a poslední formou je pozorování sebe samého – jiné osoby. V našem případě jde o otevřené, zúčastněné pozorování v přirozené situaci.

Hodnocení vývoje chlapce postupem času probíhalo prostřednictvím:

- Edukačně hodnotícího profilu dítěte s poruchou autistického spektra (0 – 7 let).
- Hodnocení vývoje vybraných rysů chování, komunikace a interakce chlapce v MŠ.
- Hodnocení neverbální a verbální komunikace chlapce.

### **Edukačně hodnotící profil dítěte s poruchou autistického spektra (0 – 7 let)**

Podrobněji se tomuto hodnoticímu materiálu autorka věnuje v podkapitole 1.8 Hodnotící profily dětí s PAS. Čadilová, Žampachová (2012) zdůrazňují, že nejde o testový materiál, jde o materiál ve formě vývojových tabulek, který slouží především k pružné reakci osob z okolí dítěte a změně intervenčních postupů dle současných potřeb dítěte.

Součástí EHP je také počítačový program, který po vyplnění všech položek vytvoří graf, ukazující vývoj v 18 hodnocených oblastech (viz podkapitola 1.8 Hodnotící profily dětí s PAS a podkapitola 5.1 Hodnocené oblasti dle EHP – vývojové profily v průběhu času) a srovná chronologický věk dítěte s vývojovou úrovní. Vždy se lze dopátrat, jakému věkovému období odpovídají současné dovednosti dítěte, a tím pádem tedy okolí dítěte ví, jakým oblastem se při interakci věnovat a co trénovat.

### **Hodnocení vývoje vybraných rysů chování, komunikace a interakce chlapce v MŠ**

K těmto účelům autorka vytvořila tabulku a škálu hodnocení k zaznamenávání změn ve sledovaném časovém období (viz příloha č. 3).

Při tvorbě této tabulky autorka vycházela ze sledovaných vlastností při první návštěvě MŠ. Tabulka se skládá z 15 sledovaných činností, ke kterým patří i hodnotící škála. Sledované činnosti jsou: navazuje spontánně kontakt, používá slova k navázání kontaktu, používá komunikační kartičky k navázání kontaktu, komunikuje spontánně s dospělými, komunikuje s vrstevníky, imituje vrstevníky, toleruje dospělé ve své přítomnosti, toleruje vrstevníky ve své přítomnosti, reaguje na oslovení, reaguje na pokusy o navázání kontaktu od dospělých, reaguje na pokusy o navázání kontaktu od vrstevníků, navazuje zrakový kontakt, užívá slova, užívá karty AAK k žádosti o jeho předmět zájmu a poslední hodnocenou oblastí je, zda vypadá spokojeně v MŠ.

Pro přehlednost autorka k hodnocení těchto oblastí navrhla hodnotící škálu, kdy hodnotíme:

- X – položku nelze hodnotit.
- 0 – neschopnost provést činnost.
- 1 – naznačil/a nebo částečně splnil/a.
- 2 – splnil/a.

## **Hodnocení neverbální a verbální komunikace chlapce**

K účelu hodnocení komunikace verbální a neverbální autorka vytvořila tabulku a škálu hodnocení. Při tvorbě těchto tabulek vycházela z tabulek, které uvádí Říhová, Vitásková (2013). Jednotlivé položky v tabulkách verbální a neverbální komunikace byly upraveny a vybrány dle individuálních schopností a možností chlapce. K této základní diagnostice verbálních a neverbálních schopností dle Říhové, Vitáskové (2013) lze použít pomůcky, které můžeme najít v každé domácnosti, a není potřeba žádných dalších speciálních pomůcek. Hodnocení jednotlivých položek je zaznamenáváno číselně (X, 0, 1 nebo 2) dle škály uvedené hned za tabulkou. Tabulky jsou součástí přílohové části práce (viz přílohy č. 4 a č. 5).

### **3.6 Průběh výzkumu**

Vlastní šetření se podařilo realizovat díky ochotné spolupráci celé rodiny chlapce a sestávalo ze čtyř dílčích částí. Východiskem celé spolupráce bylo sestavení a podepsání informovaného souhlasu (viz příloha č. 6).

Počátečním krokem bylo navázání kontaktu s rodinou. První setkání proběhlo v červnu roku 2015. Výsledkem tohoto setkání bylo navázání dlouhodobé spolupráce s rodinou ve formě pravidelného trávení času s chlapcem (zpravidla několikrát týdně). Od prvního setkání až do současnosti autorka v rozestupu přibližně 6 měsíců prováděla hodnocení dle EHP a výsledkem bylo sestavení vývojového profilu. Tímto hodnocením tedy celkem vzniklo 5 profilů – od jara roku 2015 po současnost (jaro 2017). Pro ověření a srovnání současného stavu chlapce poslední hodnocení provedla i jeho matka.

Druhou částí šetření bylo sledování vývoje vybraných rysů chování, komunikace a interakce v MŠ průběhu školního roku 2016/2017. První sledování proběhlo v říjnu roku 2016, druhé v prosinci a třetí v květnu roku 2017. Mezi dobou každého sledování je rozestup minimálně dvou měsíců, kdy autorka předpokládala lepší adaptaci dítěte v MŠ, která by se mohla projevit i v hodnocených oblastech.

Dalším krokem šetření bylo sestavení tabulek k hodnocení neverbální a verbální komunikace, při jejichž tvorbě autorka vycházela z tabulek uváděných v publikaci Říhová, Vitásková (2013), které upravila dle svých potřeb a přizpůsobila je schopnostem chlapce. Následně oslovila 3 osoby, které lze nazvat jako „jiné zainteresované osoby a odborníky“.

Těmito osobami jsou: osobní asistentka v MŠ, terapeutka z Centra Terapie Autismu (dále CTA)<sup>9</sup>, kam rodina dojíždí od prosince roku 2015 a dále klinická logopedka, u které je chlapec v péči od května roku 2015. Na tyto osoby se autorka obrátila s žádostí o ohodnocení. Cílem bylo získat i jiný náhled na chlapcovu komunikaci od jejich prvního setkání po současnost.

Poslední, čtvrtá část šetření představovala analýzu získaných dat na základě výsledných grafů z EHP, vyplněných tabulek hodnocení z MŠ a tabulek verbální a neverbální komunikace od ostatních zainteresovaných osob a odborníků.

---

<sup>9</sup> CTA – Jde o organizaci poskytující terapeutickou péči dětem s PAS a jejich rodinám, další cílovou skupinou jsou děti s problematickým chováním a s poruchami komunikace. Tato organizace vznikla v roce 2012 a v současnosti lze navštěvovat terapie v Praze, v Mníšku pod Brdy, v Lounech, v Havlíčkově Brodě a v Ostravě. Zakladatelkou a ředitelkou Mgr. Romana Straussová, Ph.D (Centrum Terapie Autismu, 2014).

## **4 Kazuistika chlapce**

V této kapitole autorka popíše případovou studii chlapce, který byl k účelu zachování co největší míry anonymity pojmenován Jiří.

### **4.1 Anamnéza Jiřího**

Anamnestický dotazník (viz příloha č. 7) byl zpracován a sepsán 3. 12. 2016, na základě rozhovoru s matkou Jiřího, ten se narodil v lednu roku 2013 a jeho národnost je česká.

#### **4.1.1 Rodinná anamnéza**

Rodinnou anamnézu chlapce autorka dělí do několika částí. Nejprve hovoří o matce a otci chlapce, dále popisuje rodiny obou rodičů. Dalším oddílem jsou sourozenci klienta a poslední částí rodinné anamnézy je popis rodiny samotné.

##### **Matka chlapce**

Matka se jmenuje Jana. Narodila se v roce 1982 (tedy při narození Jiřího bylo matce 31 let). Nejvyšší dosažené vzdělání matky je vysokoškolské a v současné době zaměstnaná není, je doma na mateřské dovolené s mladším bratrem Jiřího.

Matka je pravačka – pravou ruku preferuje při psaní, ale i při jiných činnostech, jako je například otevírání dveří, házení míčem, vaření apod. Matka nikdy neměla problémy s řečí a nikdy nedocházela k logopedovi. Nikdy na sobě nepozorovala nějaké rysy autismu, ani z výpovědí rodičů, když byla malé dítě. Její motorický vývoj byl zcela v pořádku, sed, lezení a chůze nastávaly v obdobích, kdy se běžně objevují. Matka měla dobrý komunikační apetit, měla zájem o komunikaci s okolím a mluvit začala velice brzy, ve dvou letech již skládala věty.

##### **Otec chlapce**

Otec se jmenuje Tomáš, narodil se v roce 1979 (při narození Jiřího bylo Tomášovi 34 let). Jeho nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské a v současné době pracuje v knihovně. Jeho tzv. šikovnější rukou je ruka pravá – při psaní i jiných činnostech. Otec nikdy neměl problémy s řečí a logopeda nenavštěvoval. Jeho komunikační apetit byl v normě a nikdy na sobě nepozoroval, ani dle výpovědí jeho okolí, nějaké rysy autismu.

## **Rodina matky**

Rodiče matky nikdy neprodělali nějaké závažnější onemocnění (např. nádorové, neurologické, metabolické nebo psychiatrické). Nikdy neměli problémy s řečí. Matka Jany nikdy žádné autistické rysy neprojevovala, zatímco otec prý ano. Dle slov Jany dlouho nemluvil a sám si na toto období pamatuje velice dobře. Nemluvil, ale promluvy ostatních lidí si přehrával v hlavě v duchu. Trvalo prý docela dlouho, než se rozmluvil, je to tzv. „matematický mozek.“ V dětství při počátcích komunikace se objevovaly spíše echolálie, projevovala se také horší adaptace a snížený komunikační apetit. Dědeček Jiřího pochází ze tří dětí, jeho dvě sestry se vyvíjely a komunikovaly bez problémů.

## **Rodina otce**

Rodiče otce také žádné závažné onemocnění neprodělali. Dle výpovědi matky se u prarodičů z otcovy strany nevyskytovaly problémy s řečí, ani žádné motorické zvláštnosti. Nevlastní bratr otce byl údajně léčen na schizofrenii. Vyskytuje se u něj smíšený abúzus a také horší sociální začlenění a porozumění, dle výpovědi matky jde ale spíše o depresivní syndrom (schizofrenie byla popisována v rodinné anamnéze z různých vyšetření, ale nikdy nebyla diagnostikována). Dle matky se u rodičů otce chlapce spíše autistické rysy neprojevovaly.

## **Sourozenci chlapce**

Jiří má jednoho mladšího bratra, který se narodil v říjnu roku 2015. Mezi sourozenci je rozdíl dva a tři čtvrtě roku (přesněji 33 měsíců). Bratr neprodělal žádné závažnější onemocnění a vyvíjí se dle norem. Motorický vývoj (sed, lezení, stavění se na nohy) i řečový vývoj (zatím žvatlání a první izolovaná slova) jsou v pořádku. Slova, která v současnosti používá, jsou máma, dí (dudlík), ktek (krtek), kyť (kytka), ták (toto slovo používala i matka v batolecím období). Nápodoby je schopen, zatímco Jiří nenapodobuje. Sourozenec udržuje zrakový kontakt a nejsou u něj pozorovány podobné vzorce chování jako u Jiřího. Ve screeningovém testu M – CHAT bratrovi Jirky vyšla hraniční hodnota, ale dle porovnání se starším bratrem, je více sociálně založený a více kontaktuje okolí. Je tedy možné, že hraniční výsledek vyšel díky projevům chování, které vidí u staršího bratra a sám ho občas praktikuje.

## **Rodina**

Rodina je úplná, žije ve dvoupokojovém bytě kousek od centra města. Celková ekonomická úroveň rodiny je dobrá.

### 4.1.2 Osobní anamnéza

Osobní anamnézu Jirky autorka dělí na tři důležitá období a to prenatální, perinatální a postnatální období. Postnatální období dále dělí na etapu kojení (od narození do prvního roku života), batolecí období (od prvního roku do konce třetího roku života) a na předškolní věk (etapa od tří let do konce šestého roku života).

#### Prenatální období

Matka byla doposud gravidní dvakrát. Jirka je z prvního těhotenství matky, toto těhotenství bylo neplánované. Šlo o fyziologickou graviditu. Jediným problémem, který se objevil, byl pouze jeden hraniční výsledek v Triple testu<sup>10</sup>, který byl proveden v šestnáctém týdnu těhotenství. Matka měla dále podstoupit genetický ultrazvuk, ale nic se při vyšetření nepotvrdilo.

Během těhotenství matka pracovala, do pátého měsíce měla i noční služby v nemocnici, byla vystavena stresu v práci. Dalším stresujícím činitelem byla nadcházející atestace a na konci těhotenství matka prodělala virózu, která byla důvodem urychlení porodu.

#### Perinatální období

Chlapec se narodil předčasně, přesněji 2 týdny před termínem porodu (38 + 0). Porod byl spontánní, hlavičkou, plodová voda byla zkalená (viróza ke konci gravidity je možnou příčinou). Po porodu měl Jirka zlomenou klíční kost vlevo. Měřil 48 centimetrů a vážil 2550 gramů, křičel a resuscitace nebo jiné opatření nebyla nutná. V inkubátoru umístěn nebyl. Neonatální icterus se objevil pouze ve slabé formě, nebylo třeba žádného lékařského zásahu. Rh faktor je u matky i dítěte stejný. Problémy s kojením se nevyskytovaly a jiná strava chlapci také indikována nebyla.

---

<sup>10</sup> Triple test – česky také trojitý test. Jde o screeningový laboratorní test zaměřený na vyhledávání závažných vrozených nemocí plodu. Provádí se nejčastěji v 16. týdnu těhotenství, ale standard je mezi 15. týdnem až 22. týdnem tak, aby bylo možné případně provést interrupci. Kombinovaný výpočet výsledků všech tří hodnot společně s věkem matky pomáhá odhalit riziko postižení dítěte Downovým či Edwardsovým syndromem. Jedna část testu může odhalit defekt neurální trubice nebo hrozící smrt plodu. Na základě výsledků se provádí aminocentéza – metoda, při které se odebírá plodová voda a jejím prostřednictvím lze zjistit i některá dědičná onemocnění ještě před narozením dítěte. Amniocentéza se doporučuje rodičkám nad 35 let (Vokurka, Hugo, 2015).

## **Postnatální období**

### **ETAPA DO PRVNÍHO ROKU ŽIVOTA (KOJENECKÉ OBDOBÍ) – 1/2013 - 1/2014**

Během prvního roku života Jirka trpěl gastroesofageálním refluxem a velice často zvracel, bylo proto nutné ho držet ve zvýšené poloze, dodnes při delším smíchu začne škytat.

Ve 4. měsíci Jirka začal pást koníky, do sedu se přitahoval v 9. měsíci nebo v 9,5 měsících, lézt začal v 10,5 měsících, stavět se a chodit s dopomocí od 14,5 měsíců. První dva zuby vyrostly v 8. měsíci, další dva zoubky v 10. měsíci a do 2,5 let měl chlapec již všechny zuby. Kolem 3 měsíců nereagoval na úsměv rodičů, jejich obličej nebo mluvu, reagovat začal až později. Takováto reakce vyžadovala značnou námahu a snahu ze strany matky, dříve se nesmál a matku to trápilo. Zrakový kontakt spontánně nenavazoval. Podle křiku matka poznala, o co si dítě říká po nějakém čase. Broukání se u chlapce objevilo ve 4 měsících a žvatlání v 16 měsících.

Neuklidnil se, když na něj matka promluvila a na řeč nereagoval. Uklidnit ho dokázaly stereotypy, jako například stále stejné pohádky nebo říkanky. Zvuky z okolí i své vlastní zvuky v tomto období vydávat, napodobovat a imitovat nezačal. V současné době prochází stadiem občasných echolalií a opakování slov (ne často). Na své jméno nereagoval, s tím začal až ve dvou a půl letech, po narození bratra. Na oslovení nereaguje ve sto procentech případů, reakce nastává například šestkrát z deseti zavolání. Porozumění řeči se v tomto období neobjevovalo, něčemu rozumí až v současnosti. První slovo se u chlapce objevilo až kolem třetího roku a bylo to slovo máma. V tomto období přetrvávalo spíše slabé žvatlání, toto žvatlání lze přirovnat ke zvukům, které vydával při nespokojenosti. Občas použil zdvojené slabiky, smysluplná slova nepoužíval.

V kojeneckém období používal pleny, výjimečně dal najevo, že je použita. Pleny rodina používá doposud, v současné době probíhá nácvik v udržování osobní čistoty.

Výživa, kterou byl schopen přijmout, je jídlo v kašovitě konzistenci, suchý rohlík a dva typy sušenek chutí nijak nevýrazných. Nová jídla odmítá a vyplivuje.

Ruka upřednostňovaná při uchopování předmětů je pravá.

Za hračkami se nenatahoval a měl zvláštní výběr hraček a zvláštní způsob hry.

Separační úzkost se u Jirky vyskytla po 4. měsíci a byla velice výrazná. Dokonce i v tom případě, když si chlapce vzal otec, tesknil po matce. Tato úzkost trvala poměrně dlouhou dobu, asi do 2,5 let.

V tomto období matka pozorovala nezáměrně o lidi, přezíral je, koukal jakoby skrz ně a ne na ně. Nezajímal se o prarodiče ani nekoukal na ostatní, nepozoroval své okolí tak, jako to

dělá zvědavé dítě. K dalším věcem, kterých si matka všimla, a nejsou zcela běžné, patřilo například to, že chlapec nemával na rozloučenou „papá“, ani ve čtrnácti měsících a měl naučené různé rituály. Jedním z takových rituálů bylo například to, že po příchodu k babičce po sundání bot běžel k radiátoru, dotknul se ho a pak zase běžel zpátky.

### **ETAPA DO TŘETÍHO ROKU ŽIVOTA (BATOLECÍ OBDOBÍ) – 1/2014 – 1/2016**

V tomto věkovém období u chlapce stále přetrvával nedostatek zrakového kontaktu a nezáměr o sociální vazby s rodinou. Pořád nemluvil, nemával na pozdrav, apod. Do současnosti měl dvakrát šitou hlavu po úrazu. První úraz se odehrál v listopadu 2015 (věk chlapce byl 2 roky a 9 měsíců), další v prosinci 2016 (věk chlapce byl 3 roky a 10 měsíců). Dalším úrazem byla zlomená ruka v únoru roku 2016 (věk chlapce byl 3 roky a měsíc).

Ve 14. měsíci Jirka prodělal těžší nemoc, trpěl na velké průjmy a zvracení. O komunikaci v období po prvním roce života nejevil žádný zájem. Kolem prvního roku nezná žádná slova a kontakt se nesnaží navázat. Růst slovní zásoby po prvním roce života nenastal. Nepojmenovával věci a hračky kolem sebe a období otázek se také neobjevilo. K upoutání pozornosti používal křik. V 19 měsících matka zkouší chlapce ohodnotit metodou M – CHAT. Výsledek chlapce byl v těžkém riziku na PAS, proto se matka rozhodla ihned kontaktovat neurologa. Krátce před 2. narozeninami se naučil vzít člověka za ruku a ukázat na to, co potřebuje, naučil se používat tzv. „prodlouženou ruku“. Snahy o navázání kontaktu se objevují v období mezi 2 lety a 3 měsíci a 2 lety a 6 měsíci. V tomto období se rodina snaží zavést výměnný obrázkový komunikační systém (VOKS), rodina spolupracuje se Střediskem rané péče. V létě roku 2015 proběhla odborná konzultace ohledně VOKS s tímto centrem.

V tomto období přetrvává separační úzkost, chlapec vydrží být s osobami blízkými nebo s těmi, které zná, ale není to samozřejmé a není to tak vždy. Reakce žárlivosti se u chlapce vyskytly občas, většinou kvůli mladšímu bratrovi. Lze ale říci, že žárlivost měla mírnější charakter.

Ve třech letech se objevil vzdor a negativismus. Vztekal se, když se mu něco nelíbilo nebo když nebylo něco tak, jak byl zvyklý. Samostatné pití chlapec zvládá, pije z kojenecké lahve. Tyto lahve má roztríděné podle toho, v jakém je prostředí. Doma používá jednu lahev a venku jinou. Jednou se dokonce stalo, že na procházce ztratili „venkovní“ lahev a pak šli na návštěvu k prarodičům a chlapec se z jiné lahve, kterou matka přinesla, nechtěl napít, protože to byla lahev „domácí.“

Batolecí období provází nácvik na toaletu. Zatím chlapec používá pleny. Při oblékání chlapec pomáhá, nastavuje ruce a je trpělivý.

Hra se objevuje, ale je atypická. Zájem o kreslení se u něj v tomto období neobjevil (až v současnosti ho zaujaly fixy). Kreslení se tedy spíše vyhýbá. Při těchto činnostech upřednostňuje pravou ruku.

V tomto období také nastala spolupráce s klinickou logopedkou – od května roku 2015 a také s terapeutkou z CTA – prosinec 2015.

Dítěti byla diagnostikována porucha autistického spektra v březnu 2015, chlapec měl v tomto období 2 roky a necelé 2 měsíce. K hospitalizaci do Fakultní nemocnice v Motole byl přijat plánovaně z důvodu diagnostiky pro podezření na poruchu autistického spektra.

### **ETAPA DO ŠESTÉHO ROKU ŽIVOTA (PŘEDŠKOLNÍ VĚK) – 1/2016 - současnost**

V předškolním věku matka vypožadovala jedno období, kdy chlapec upřednostňoval zvláštní chůzové mechanismy, chodil často po špičkách, ale také pozpátku. Tyto mechanismy používal občas i v rámci hry.

Slovní zásoba u chlapce roste, ale ne rapidně, naučil se používat některá slova, jako „NE“, „MÁMA“ apod. Neverbální komunikaci neprodukuje, ale okolo léta roku 2016 se naučil číst. Má aplikaci v tabletu s písmenky a venku na procházce vždy ukázal na nějakou ceduli a chtěl, aby mu ji dospělý přečetl nahlas. Slova sice nevysloví, ale dle názorů osob z jeho okolí jim musí rozumět. Fotky a obrázky, skrze které s rodinou komunikuje, jsou také popsány slovy, i proto chlapec některá slova zná. V tomto období se poprvé objevuje zájem o komunikaci, chce sdílet s ostatními, chce se podělit o svou radost. V oblékání chlapec stále dopomáhá (nastavuje ruce a nohy), ale samostatný není. Enuresis nocturna stále přetrvává, tento problém má zatím chlapec i ve dne (probíhá neustálý nácvik v udržování osobní čistoty upevňovaný systémem odměn).

Sociální kontakt s vrstevníky ho nezajímá a o jeho navázání se nesnaží. Vztah k sourozenci je neutrální, doma ho toleruje a bere na vědomí, ale nekontaktuje ho. MŠ navštěvuje od září roku 2016 do prosince téhož roku, dále ze zdravotních důvodů dočasně do školy chodit nebude, v MŠ byl integrován a k dispozici měl osobní asistentku. Docházel do MŠ pouze dvakrát týdně a do kolektivu vrstevníků se moc nezačlenil. Ostatní děti se snažili kontakt navazovat a Jirka je ve své přítomnosti většinou toleroval, ale nijak s nimi nekomunikoval. V současnosti má zájem i o kresbu fixou. K provedení činností využívá především pravou ruku.

Jiří kromě MŠ stále navštěvuje i logopedii (většinou jednou týdně) od 2,5 let, dále CTA v Havlíčkově Brodě od 2 let a 9 měsíců.

#### **4.1.3 Výchovná anamnéza**

Výchovu upřednostňují rodiče spíše volnější. Dítě má volnost ve svém pohybu, ale rodiče mu určují hranice, kdy již jde o společensky nevhodné chování a případy s možným nebezpečím. Respektují zájmy a potřeby dítěte. Důraz při výchově kladou na vzájemné porozumění a transparentnost jednotlivých situací. Chtějí, aby chlapec chápal to, co se kolem něj děje. Nejdůležitějším bodem je pro ně to, aby chlapec dokázal přijmout a pochopit, co je společensky nevhodné chování a osvojit si dovednosti v sebeobsluze, aby byl schopen žít vcelku samostatný život a uměl se o sebe sám postarat.

#### **4.1.4 Školská anamnéza**

Jak již autorka uvedla v kapitole 3. 4 Výzkumné prostředí, chlapec navštěvuje MŠ ve vesnici nedaleko bydliště. Do MŠ si chlapec nosí komunikační knihu a má zde i svůj rozvrh – denní režim (viz příloha č. 8), kde jsou fotky s různými činnostmi a při vykonání té dané činnosti kartu vždy odloží do košíku. V MŠ si dle matky chlapec vede skvěle. Od té doby, co začal do MŠ docházet, se jeho komunikace zlepšila, naučil se mávat na pozdrav a celkově je více pozorný.

#### **4.1.5 Farmakologická anamnéza**

Jiří žádné léky neužívá a nemá ani žádnou zvláštní dietu.

#### **4.1.6 Vývoj chlapce**

Anamnézu Jirky by autorka ráda zakončila interpretací krátkého vyprávění matky Jany.

*„Jirka jako miminko moc nekřičel a nebrečel. Později v kojeneckém období míval naopak nevyzpytatelné záchvaty pláče a křiku. Nebylo možné ho uklidnit nošením a kolébáním, já a manžel jsme mu museli pouštět nahlas hudbu. Po čase jsem se naučila poznávat, co dítě rozhodí a spustí tento nezastavitelný pláč a snažila jsem se tyto věci eliminovat. Z mé strany byla synovi věnována neustálá pozornost, eliminovala jsem veškeré spouštěče pláče a stavů zoufalství. Kvůli silné separační úzkosti jsem ho brala stále s sebou, dokonce i na toaletu.*

*Jirkovi chyběla jako staršímu kojenci zvědavost. Změna a nové prostory ho vždy dokáží rozhodit a dělají mu veliký problém (například nákupy). Při nutnosti nové prostory navštívit jsem se vždy vydala s jeho oblíbenými věcmi a hračkami, aby si mohl hrát s tím, co zná a na novém místě si zvykl. Zvědavý nebyl, ale snažila jsem se mu předkládat zajímavé podněty, aby měl chuť poznávat. Syn k nám má důvěru a lze říci, že kvůli kladnému vztahu a mé neustálé snaze máme velice dobrý vztah i nadále.“*

## 4.2 Prodělaná lékařská vyšetření a hospitalizace, zprávy z vyšetření

Chlapec podstoupil od března roku 2014 řadu lékařských vyšetření, tato vyšetření uvádíme pro přehlednost v tabulce (viz tabulka 8).

Tabulka 8: Přehled jednotlivých vyšetření

|                          | Rok   |        |        |        |       |        |  |
|--------------------------|-------|--------|--------|--------|-------|--------|--|
|                          | 2014  | 2015   |        | 2016   |       | 2017   |  |
| Neurologické             | Říjen | Březen | Září   | Duben  | Říjen | Březen |  |
| Genetické                |       | Květen |        |        |       |        |  |
| Psychiatrické            |       | Leden  | Červen | Květen |       |        |  |
| ORL a foniatrie          |       | Březen |        |        |       |        |  |
| FN Motol – hospitalizace |       | Březen |        |        |       |        |  |

Prvním z vyšetření bylo neurologické vyšetření v dětské neurologické ambulanci v říjnu roku 2014. Dalším vyšetřením se v březnu roku 2015 stalo psychiatrické vyšetření, tři dny poté v Praze podstoupil hospitalizaci z důvodu podezření na poruchu autistického spektra a na konci stejného měsíce prodělal také ORL vyšetření. V květnu toho roku dále podstoupil genetické, v červnu psychiatrické a v září neurologické vyšetření. V průběhu roku 2016 Jirka podstoupil jako první vyšetření neurologické (duben), dalším vyšetřením bylo psychiatrické (květen) a v říjnu Jirka prodělal neurologické vyšetření. V roce 2017 zatím v březnu podstoupil kontrolní neurologické vyšetření.

### 4.2.1 Zprávy z lékařských vyšetření

Zprávy z lékařských vyšetření autorka uvádí k dokreslení anamnestických údajů s cílem lepšího porozumění konkrétnímu případu, kdy zprávy psané různými odborníky mohou lépe

vystihnout současný stav a situaci, kde se Jirka při vyšetřeních nacházel a jak se v té době projevoval. Důležitou součástí zpráv jsou závěry a doporučení odborníků.

## **PRVNÍ (NEUROLOGICKÉ) VYŠETŘENÍ**

Prvním vyšetřením, které chlapec prodělal, bylo neurologické vyšetření v dětské neurologické ambulanci, které proběhlo v říjnu roku 2014, v době vyšetření byl Jirkovi 1 rok a 9 měsíců (21 měsíců).

### **ZPRÁVA Z VYŠETŘENÍ:**

Subjektivně: důvodem vyšetření byl dle rodičů nedostatečný zrakový kontakt, stereotypní hra, nutnost vyvíjet aktivity v okolí chlapce. Rodiče pozorovali také několik zahledění a následné otřepání tělem. V řeči chlapec stagnuje, nelze pozorovat pokrok, nenapodobuje zvířecí zvuky. Vyslovuje slabiky, ale nespojuje je do slov. Na požádání neukazuje obrázky a při hře potřebuje aktivitu dospělého, pohyby a chůze jsou také stereotypní.

Průběh vyšetření: v ordinaci během vyšetření chlapec projevoval známky neklidu, během vyšetření EEG<sup>11</sup> ho museli výrazně zabavit hudbou.

Závěr z vyšetření: atypický řečový vývoj. Vyšetření EEG předběžně bez patologie s normálně uspořádaným pozadím, některé projevy chování zacházejí až do pervazivních vývojových poruch.

Doporučení: vhodné sledování a celkové došetření.

## **DRUHÉ (PSYCHIATRICKÉ) VYŠETŘENÍ**

Druhé vyšetření, které chlapec prodělal, bylo psychiatrické vyšetření v ambulanci dětské a dorostové psychiatrie, které proběhlo na konci ledna roku 2015, Jirkovi byly v době vyšetření 2 roky (24 měsíců).

### **ZPRÁVA Z VYŠETŘENÍ:**

Vyšetřen pro suspektní poruchu autistického spektra.

Anamnéza odborná: neurologie suspektní záchvatovité stavy kolem 20 měsíce.

Subjektivně: do 1 roku mírné motorické opoždění, ve 14, 5 měsících začal chodit. První úsměv se objevil ve 3 měsících, i potom se úsměv těžko navozoval. Zrakový kontakt nenavazoval, minimálně fixoval obličej. Kolem roku nenapodoboval, nedělal „paci – paci“ a nespolupracoval. Nechtěl se nic učit. Ignoroval cizí lidi i babičky i příbuzné, až přezíravý pohled. Na bolest má normální reakci, přiměřenou. Řeč: zatím se nevyskytuje žádné slovo. Nespojuje si význam slov. Neslyší, nereaguje na jméno. Slyší dobře, reaguje na televizní

---

<sup>11</sup> EEG – elektroencefalografie – jde o záznam elektrické aktivity mozku (Dvořák, 2007).

znělku. Když chce o něco požádat, přijde a použije prodlouženou ruku. Občas používá slabiky, výjimečně cíleně. Někdy si zazpívá, nejvíce mluví pro sebe, žvatlá si. Regresivní vývoj nebyl zaznamenán. Má rád točící se předměty, točí s nimi dlouho. Má rád světla, odlesky světla a zkoumá světla. Má rád tvrdé věci s tvarem, ale nemá rád plyšáky. Má rád točení pračky, blikání světlem. Jde mu práce s tabletem - od roku a půl, rychle spojuje podobné předměty. Je vnímavý na hudbu – rychle pozná tu, kterou má rád a kterou zná, zklidňuje ho. Třepe rukama a hodně si ruce prohlíží. Doma má dobrou náladu, je radostný a veselý. Nové prostory mu činí problémy – naříká. Dříve nikam nechtěl chodit, nenechal se položit, trpěl opravdu velikou úzkostností (nyní rodiče pozorují zlepšení – nyní snáší změny obecně lépe než dříve). Toaletní trénink spíše náhodně. Činnosti rychle střídá. Je vybíravý v jídle, jí rohlíky, v současnosti je ještě kojen, nic nového nevyzkouší, nevezme si potravinu, kterou nezná. Dostává ovoce a kaši, je nutné Jirku krmit. Stravu je nutné namačkat, je zvyklý na určitou konzistenci a jinou odmítá. Sebeagrese se nevyskytuje, jednu chvíli ubližoval rodičům, ale rychle se naučil, že nemůže. Gesta nepoužívá a nerozumí jim. Chodí po špičkách a točí se do kolečka. Má rád šikmé plochy.

Objektivně: doprovod obou rodičů, bez autoagresivity, zrakový kontakt nenavazuje, ale současně nenavazuje ani žádný jiný kontakt, objevuje se stereotypní chování, stereotypní hra, řeč nerozvinutá, nerovnoměrný vývoj, třepe rukama, střídá činnosti.

Závěr: pervazivní vývojová porucha, v. s. dětský autismus.

Doporučení: plánovaná hospitalizace na Psychiatrické klinice FN Motol, zde bude realizováno MRI, metabolické vady a genetické vyšetření. Doporučeno kontaktovat speciálně pedagogické centrum (dále SPC).

## **TŘETÍ (NEUROLOGICKÉ) VYŠETŘENÍ**

Celkově jde o třetí vyšetření v řadě a jedná se o druhé neurologické vyšetření. Vyšetření proběhlo první týden v březnu roku 2015, Jirkův věk byl 2 roky a 2 měsíce (26 měsíců).

### **ZPRÁVA Z VYŠETŘENÍ:**

Subjektivně: chlapec výrazněji nemocný nebýval. Má své oblíbené hry a své specifické projevy. Afekty nebývají nijak výrazné.

Objektivně: chlapec byl drobný a v kontaktu opatrný, po chvílce požadoval drobnou hru se světlem, obrázky pozoroval. Zrakový kontakt nenavazuje, ale kontakt s rodiči je dobrý.

Závěr: opoždění vývoje řeči při pervazivní problematice (nález z FN v Motole).

Doporučení: došetření v Motole včetně MRI.

## ČTVRTÉ VYŠETŘENÍ - HOSPITALIZACE

Hospitalizace proběhla na Dětské psychiatrické klinice ve Fakultní nemocnici v Motole v Praze, šlo o hospitalizaci – pobyt 4 dny. Hospitalizaci chlapec podstoupil na Dětské psychiatrické klinice 2. FL UK a FN Motol v Praze. Chlapcův věk byl 2 roky a 2 měsíce (26 měsíců).

### ZPRÁVY Z VYŠETŘENÍ:

Důvodem přijetí k hospitalizaci: chlapec byl plánovaně přijat k diagnostické hospitalizaci v programu Autismus pro podezření na poruchu autistického spektra.

Autistické rysy, které se u chlapce objevují:

- Vývoj řeči a komunikační schopnosti.
  - U chlapce se vyskytuje výrazně opožděný vývoj řeči, občas použije zdvojené slabiky, zatím nepoužil žádné slovo s významem, zvukový doprovod činností, které provádí, se vyskytuje málo a v situaci nelibosti občas „vrní“. Přibližně od 22. měsíce začal rodiče vodit k předmětu, o který má zájem, do té doby jenom postával a nedal najevo, co chce. Chlapec na předměty neukazuje. Nereaguje na oslovení, rodiče si myslí, že jim spíše nerozumí, ale má rád mluvené slovo a písničky (před spaním mu čtou).
- Sociální interakce.
  - Nemá zájem o ostatní lidi ani děti, ignoruje je, není schopen například počkat, když je jiné dítě na houpačce, když si jiné dítě hraje s hračkou, kterou Jirka chce, odstrkuje ho a hračku si bere, neimituje ostatní děti. Lidi využívá ke svým potřebám, dokáže „použít“ kohokoli, pozná ale blízké lidi. Preferuje podle posloupnosti – matku, pak otce, poté babička. Asi s pěti příbuznými je zvyklý trávit čas. Vyžaduje si dělat „legrácky“, s konkrétní osobou chce provádět jen konkrétní hru, na kterou je zvyklý. Pokud rodiče potřebují zaujmout chlapcovu pozornost, otec udělá zvláštní zvuk („blé“), na to chlapec vzhledne (i během vyšetření), matka k upoutání pozornosti použije častěji fyzického kontaktu. Jirka má rád tělesný kontakt, dotyk, lechtání i hry, kdy visí hlavou dolů.
- Hra a užívání předmětů.
  - Od mala má zálibu v roztáčení předmětů (především víčka od sklenic, ale roztáčí i cokoli jiného), u autíčka se soustředí na detail – roztáčení koleček. Má rád pohádky a písničky, lpí na svých oblíbených, které zná a trvá mu, než si

nějakou novou píseň nebo pohádku oblíbí (matka třeba zkouší po chvilkách nabízet novou pohádku celý měsíc, než si na ni konečně zvykne). Nových věcí si spíše nevšímá, musí mu je někdo častěji předvádět. Rád se houpe na houpačce a rád má také skluzavky.

– Adaptace na změny.

- Změny snáší velice špatně, často plakal při změně prostředí již kolem půl roku věku. Chodí do mateřského centra, hraje si sám, je schopen toto prostředí tolerovat, jinak v minulosti zažíval velké rozrušení a vztek při návštěvě, která musela být ukončena, do cizího prostředí s ním nechodí. Když přijde babička k nim domů, vadí mu to „nepatří tam“. Dle výpovědi rodičů se chlapec chová nejvíce nestabilně, když se odehrává nějaká změna, například reagoval špatně na změnu trasy. Má své dvě lahve na pití, svoji deku, se kterou se uklidňuje. Nosí s sebou věci (tvrdé – dřevěná zvířátka, malé knížky), musí je mít u sebe doma i venku, střídá je po určité době. Vadí mu stříhání vlasů i nehtů.

– Stereotypie, abnormální zájmy, smyslové abnormality.

- Fascinace odlesky světla, odlesky na CD nebo DVD, lampy, dívá se na věci ze zvláštních úhlů. Chodí po špičkách (zvláště když je radostný), točí se dokola, v minulosti výrazné motorické manýrismy (třepání rukama) v současnosti již ne tolik pozorovatelné. Preferuje repetitivní (stále se opakující) činnosti. Před spaním probíhá rituál – série jeho oblíbených písniček a rodiče chlapci čtou.

Stav při přijetí – subjektivně dle rodičů: první znepokojení již krátce po dovršení prvního roku chlapce. Na většinu věcí reagoval jinak než vrstevníci, matka ho mezi 13. a 14. měsícem nemohla naučit „papá“. Neměl zájem o imitaci. Od 20. měsíce již suspekce na autismus, neměl zájem o lidi kolem, řeč se nevyvíjela, chlapec neudržoval zrakový kontakt, nedokázal si říci o věci, které chtěl a neukazoval na předměty kolem sebe. První kontaktovali rodiče dětského neurologa (podezření na záchvatovité onemocnění – stavy zahledění a následné otřepání), poté dětská psychiatrie a v současné době pobyt zde v nemocnici.

Při přijetí – objektivně: kontakt s lékařkou nenavazuje, nereaguje ani na její přítomnost v pokoji, hraje hru na tabletu, používá přitom ruku matky jako nástroje. Bez zrakového kontaktu, když je ruka lékařky blíže než matčina, použije ji stejně, jako tu matčinu. Nelibost dává najevo zvuky, slova netvoří. S matkou i otcem v emočním i fyzickém kontaktu, k matce se jde pomazlit, zataháním za její tričko dá najevo, že chce být nakojen, často matku bere

za ruku bez zrakového kontaktu a její rukou manipuluje s různými předměty nebo ji přivede ke svému předmětu zájmu (obrázkové knížky), s otcem reaguje pozitivně na různé manipulace, často s fyzickými prvky (schovávání se pod deku) nebo se směje, když otec vydává zvuky. Ve hře jsou silně zastoupeny stereotypní prvky, jako například roztáčení předmětů nebo házení věcí na zem. Činnosti mění sám nebo se přidá k činnosti, kterou iniciují rodiče. Po celou dobu rozhovoru nenavázal zrakový kontakt s rodiči ani nereagoval na přítomnost cizí osoby. Dává najevo rozrušení, dle rodičů mu vadí cizí prostředí.

Provedená vyšetření a výkony:

- Genetické vyšetření: žádné abnormality nenalezeny.
- Vyšetření EEG (vyšel lehce abnormální záznam, epileptické výbuchy nepotvrzeny) a pediatrické vyšetření.
- MRI mozku – bez patologických změn.
- Neurologické vyšetření – bez problému, doporučuje se nadále zůstat v péči neurologa.
- Testování metodou ADOS: použita byla první forma (děti nemluvící nebo řeč využívající málo). Výsledky natolik zřejmé, že již nebylo prováděno další vyšetření CARS.
- Psychologické vyšetření, při kterém byly použity metody rozhovoru, pozorování a Gesellova vývojová škála<sup>12</sup>. Závěrem psychologického vyšetření je, že chlapec splňuje diagnostická kritéria pro pervazivní vývojovou poruchu. Dle slov psychologky chlapec ke komunikaci řeč nepoužívá, začíná zdvojovat slabiky, ale ne s komunikačním významem. Nereaguje na jméno. Zaujme ho nezvyklý vysoký zvuk. Rodiče ho musí přenášet. Verbální porozumění je omezené na několik slov (ne, počkej, plína), ale chlapec chápe kontext běžných denních situací. Své potřeby si opatřuje prostřednictvím ruky ostatních, používá „prodlouženou ruku“.

---

<sup>12</sup> Gesellova vývojová škála – test vyvinutý ve 20. letech minulého století. Škála je určena k vyšetření dětí od 4 týdnů do 36 měsíců. Pro každý věkový stupeň je určeno charakteristické chování. Pro 1. rok života jsou stanoveny úkoly pro každé 4 týdny věku, pro 2. rok jsou odstupky po 3 měsících a po dosažení 2. roku věku jsou položky po 6 měsících. Položky se dělí do 5 oblastí, těmi jsou 1. adaptivní chování, 2. hrubá motorika, 3. jemná motorika ruky, 4. řeč (tu lze dále dělit od prvního roku věku dítěte na expresivní a receptivní složku) a 5. sociální chování. Pro každou oblast se stanoví vývojová úroveň, které dítě dosahuje (když dítě plní alespoň polovinu položek). K hodnocení a interpretaci výsledků je třeba vzít v úvahu také podrobnou anamnézu i kvalitativní popis chování dítěte a teprve na základě těchto údajů odborník určuje vývojovou úroveň dítěte a vývojový kvocient. Normy a standardizace jsou již zastaralé a proto tento test nadhodnocuje o několik bodů oproti nové škále Bayleyové (Dittrichová, Krejčířová, 2005).

Objevují se první důkazy existence mentální reprezentace (přinesl si prázdnou krabici s obrázkem kláves, obal od CD) – je vhodné zahájit práci s komunikačními kartami. Sebeobsluha je na úrovni maximálně deseti měsíců – nechápe nočník, částečně spolupracuje při oblékání, sám jí rohlík, jinak vyžaduje krmení a kašovitou konzistenci jeho stravy. Úroveň hrubé a jemné motoriky odpovídá věku, grafomotorika se nerozvíjí. Není problém s odkloněním afektů, činnosti často střídá a je možné ho vyrušit. Z psychologického vyšetření je doporučeno kontaktovat ranou péči, také krajského koordinátora pro pervazivní vývojové poruchy, dále také zahájit výcvik komunikace pomocí vizualizace (VOKS, případně jiná metoda užívaná ve školských zařízeních v místě bydliště).

Průběh hospitalizace: chlapec byl přijat v doprovodu rodičů. V nemocnici se dobře adaptoval a absolvoval všechna doporučená vyšetření. S rodiči byl v dobrém kontaktu, nevyjadřoval zájem o dění a kontakt s dětmi na oddělení, čas mimo indikovaná vyšetření trávil s rodiči na pokoji, prohlížel si knížky, sledoval pohádky a výrazná je preference činností s tělesnými prvky (například lechtání). Autistická symptomatika byla výrazně zastoupená ve všech třech jádrových příznakových okruzích. Jazykový vývoj je opožděný. Na základě psychiatrického a psychologického vyšetření, testové metody ADOS, observace chování na oddělení a výsledků dalších doplňujících vyšetření se uzavírá stav diagnostiky jako dětský autismus. Rodiče byli podrobně edukováni.

Stav pacienta při propuštění: v doprovodu rodičů je propuštěn domů do domácí péče, odchází v kompenzovaném somatickém i psychickém stavu.

Závěr: F 84. 0 Dětský autismus.

Doporučení: pravidelné kontroly dětského psychiatra, kontrolní psychologické vyšetření v intervalech přibližně jeden až dva roky. Zahájit nácvik komunikace pomocí vizualizace (například metoda VOKS nebo jiná metoda alternativní a augmentativní komunikace využívaná ve školských zařízeních v místě bydliště). Zajištění rané péče v blízkosti bydliště, doporučuje se výchovné a pedagogické vedení specializovaným odborníkem se znalostí práce s dětmi s poruchou autistického spektra, doporučeno navázání kontaktu s centrem SPC v místě bydliště. Rodičům byly předány kontakty na krajského koordinátora pro autismus a rodičovské sdružení Autistik.

## **PÁTÉ (OTORINOLARYNGOLOGICKÉ A FONIATRICKÉ) VYŠETŘENÍ**

Jirkovo páté vyšetření v řadě bylo na oddělení ORL (otorinolaryngologie)<sup>13</sup> a foniatrie<sup>14</sup>. Chlapci byly v době vyšetření 2 roky a 2 měsíce (26 měsíců).

### **ZPRÁVA Z VYŠETŘENÍ:**

Subjektivně: chlapce lékař popisuje jako spíše praváka, chodit začal ve 14 měsících, z mluvené řeči používá slabiky, slova ne. Obrázek dle slov matky nepopíše, sluch je dobrý.

Diagnóza: OVŘ u dítěte s normálními sluchovými předpoklady, dětský autismus, frenulum linguae breve.

Doporučení: frenulektomie podjazykové uzdičky, vyšetření otoakustických emisí a pokračování v logopedické péči.

## **ŠESTÉ (GENETICKÉ) VYŠETŘENÍ**

Dalším Jirkovým vyšetřením bylo genetické vyšetření na Ústavu biologie a lékařské genetiky ve Fakultní nemocnici v Motole v Praze, toto vyšetření proběhlo v květnu roku 2015. Chlapci byly v době vyšetření 2 roky a 4 měsíce (28 měsíců).

### **ZPRÁVA Z VYŠETŘENÍ:**

Důvodem vyšetření je program dětský autismus.

Osobní anamnéza klienta: psychomotorický vývoj chlapce v pásmu širší normy, stavěl se v roce a chodil ve 14, 5 měsících, řeč je opožděna, slova zatím nepoužívá. Čistotu neudrhuje, je na plenách. Nemocnost chlapce je běžná, občas nachlazení.

Socializace: po roce věku klienta si rodiče všimli, že chlapec nemává „pápá“, nedívá se do očí, nereaguje na své jméno. Nereaguje na řeč, ale reaguje na vizuální podněty – ukážou mu boty a chlapec pak ví, že jdou ven. Nemá rád změny, upřednostňuje stereotyp. Rád roztáčí víčka od sklenic i různé jiné věci.

Zájmy: Má rád hračky – nehraje si s nimi obvyklým způsobem, má rád tekoucí vodu (fontány, pítka, kašny a tak dále). Nemá zábrany ani strach, zrakový kontakt udržuje zřídka, pokud ano, tak většinou s rodinnými příslušníky. Dle slov matky si nehrál jako ostatní děti.

Prvními příznaky byly zvláštnosti v chování od jednoho roku věku chlapce.

Závěr: chlapec nevykazuje nápadnou faciální deformitu nebo odchylku, která by svědčila pro genetický syndrom s autismem. Nebyla zjištěna žádná orgánová vada. Z genetického hlediska byla u probanda vyloučena chromozomální vada, byl vyloučen syndrom fragilního X.

---

<sup>13</sup> ORL – je zkratka otorinolaryngologie – jde o ušní, nosní a krční lékařství (Dvořák, 2007).

<sup>14</sup> Foniatrie – obor v lékařství, který se zabývá fyziologií a patologií chorob hlasu (sluchu a řeči) a jejich léčbou, tento obor je součástí ORL (Dvořák, 2007).

Matka pacienta je opět gravidní – bylo jí tedy doporučeno zajistit provedení vyšetření screeningu dědičných metabolických poruch.

Genetickou příčinu potíží ve vývoji pacienta se nepodařilo prokázat. Riziko autistické poruchy pro dalšího sourozence je mírně zvýšené (dle současných poznatků až o 10 %).

Doporučení: zajistit sledování dítěte, kontrola zde s časovým odstupem 1, 5 roku.

## **SEDMÉ (PSYCHIATRICKÉ) VYŠETŘENÍ**

Sedmým vyšetřením je kontrolní vyšetření na oddělení Dětské a dorostové psychiatrie. Na tomto oddělení jde již o druhé vyšetření, tedy o kontrolní, které proběhlo v červnu roku 2015. Věk Jirky v tomto období byl 2 roky a 5 měsíců (29 měsíců).

### **ZPRÁVA Z VYŠETŘENÍ:**

Subjektivně: aktivita je cílenější, je komunikativnější, dříve byl lépe fyzicky zvladatelný. Komunikace – zatím žádné slovo, slabikuje. Rozumět začíná ojedinělým věcem – pokynům, které se stále opakují. Zatím používá prodlouženou ruku – dovede, navede. V současnosti používají obrázkovou komunikaci. Hra většinou s předměty, které si prohlíží, řadí, zajímají ho zvuky hraček, jak to zní, když klepne do stolu nebo o zem, pozorně si prohlíží obrázkové knížky, otevírá různá okénka v knihách. Nejraději má tablet a mobil, také různé houpání a dovádění s rodiči. Když chce, nosí ovládání od televize nebo stojánek od tabletu. Stereotypy: točení do kola, když má radost, běhá sem a tam. Příjem stravy: nové potraviny nejdou zavést, jeden druh sušenky, matka mu mačká jídlo do hmoty. Někdy mu vadí, že vidí jídlo a nechce ho při stravování vidět. Na tabletu je chlapec velmi šikovný. Náladu má spíše pozitivní, občas se mu něco nelíbí, agresivita se neobjevuje. Spí dobře, později usíná. Problém mu dělají nové prostory. Hluk mu nevadil, ale poslední dobou problémy s mixérem a vysavačem.

Objektivně: chlapec v doprovodu rodičů bez známek agresivity, zrakový kontakt nenavazuje, ale nenavazuje ani jiný kontakt, stereotypní hra, řeč nerozvinutá, nerovnoměrný vývoj, třepotá rukama, dobře naladěný.

Závěr: dětský autismus.

Doporučení: omega 3 kyseliny, vitaminy skupiny B (lze dodat formou konopného, lněného, meruňkového nebo mandlového oleje).

## **OSMÉ (NEUROLOGICKÉ) VYŠETŘENÍ**

Dalším, tedy osmým prodělaným vyšetřením, bylo kontrolní neurologické vyšetření. Jedná se o třetí neurologické vyšetření, které proběhlo v září 2015. Věk Jirky při tomto vyšetření byl 2 roky a 8 měsíců (32 měsíců).

### **ZPRÁVA Z VYŠETŘENÍ:**

Subjektivně: Řeči rozumí špatně, obrázky dokáže poznat a při motivaci se snaží vyhovět. Při logopedii začíná spolupracovat. Procházky zvládá již 500 m dlouhé, raději je chlapec v kočárku. Kolektiv rodiče zvažují v průběhu příštího roku. Občas rodiče sledují zahledění s následným otřepáním.

Objektivně: čilý, řečový projev – pouze citoslovce nebo rodičům ukáže, co potřebuje, ovládá foťák (doma i tablet).

Závěr: autismus.

Doporučení: práce s centry pro autisty, stimulace, logopedie.

## **DEVÁTÉ (NEUROLOGICKÉ) VYŠETŘENÍ**

Devátým vyšetřením, současně čtvrtým neurologickým vyšetřením a také prvním vyšetřením v roce 2016 je kontrolní neurologické vyšetření, které proběhlo v dubnu roku 2016. Věk Jirky při tomto vyšetření byl 3 roky a necelé 3 měsíce.

### **ZPRÁVA Z VYŠETŘENÍ:**

Subjektivně: na logopedii začal dobře spolupracovat a rodiče pozorují zlepšení, v komunikaci doma spíše ukazuje, používají fotky. V CTA je dobře zapojený – jezdí tam jednou nebo dvakrát týdně. Měl frakturu horní končetiny. Bratra toleruje dobře.

Objektivně: na počátku vyšetření neklidný (v novém prostředí), po zklidnění si hraje, pokyny po chvíli plní, sledování je dobré, zrakový kontakt nenavazuje, věci si bere bilaterálně.

Závěr: autismus. Vývoj zlepšený v komunikaci i v aktivitách.

Doporučení: práce kolem dítěte, logopedie.

## **DESÁTÉ (PSYCHIATRICKÉ) VYŠETŘENÍ**

Celkem desátým vyšetřením chlapce a současně také třetím vyšetřením bylo vyšetření psychiatrické. Jednalo se o kontrolní vyšetření, které proběhlo v květnu roku 2016. Věk Jirky při tomto vyšetření byl 3 roky a 4 měsíce (40 měsíců).

## **ZPRÁVA Z VYŠETŘENÍ:**

Subjektivně: při komunikaci se dívá více do očí, dobře komunikuje pomocí obrázků, začíná rozumět řeči. Začíná používat slova „tak tak“ a „máma“ cíleně, více se kouká do očí. Začíná si ukazovat, je schopný i imitace. Navštěvují CTA, kde podstupuje individuální terapii. Učí ho pohybové aktivity, skákání, kdy následuje okamžitá reakce a okamžitá zpětná vazba když se chlapci něco povede, aby cítil, že když se mu něco povede, lidé to vidí a jsou rádi. Bratra si nevšímá, spíše ho ignoruje. Rituály: nějakou dobu, například 14 dní vyžaduje stále stejnou věc. Hra: zkoumá zvuky, hlavně kolečka u aut nebo tablet, kde si sám zapne i novou aplikaci, na tabletu rád sleduje počasí, sám zkouší hrát na hudební nástroje. Jídlo: stále velmi vybíravý, sám jí rohlík. Toaleta a sebeobsluha: nácvik na toaletu probíhá od současnosti, trénují sedání na WC, jinak nosí celodenně pleny. Občas třepe rukama i nohama. Spí bez problémů celou noc. Narušení řádu snáší celkem dobře. Zvykl si na sádku (fraktura levé horní končetiny).

Objektivně: v doprovodu rodičů, bez agresivity, zrakový kontakt nenavazuje, ale nenavazuje ani jiný kontakt, stereotypní chování, stereotypní hra, řeč nerozvinutá. V současné době používá cíleně máma, táta. Objevuje se nerovnoměrný vývoj, třepe rukama a nohama, střídá činnosti, dobře naladěný, rychlejší přizpůsobivost ke změnám.

Závěr: dětský autismus.

Doporučení: Specifický přístup výchovný a vzdělávací, péče v SPC a individuální terapie v CTA.

## **JEDENÁCTÉ (NEUROLOGICKÉ) VYŠETŘENÍ**

Jedenáctým vyšetřením Jirky je neurologické vyšetření, je současné pátým vyšetřením na neurologii. Toto vyšetření se uskutečnilo v říjnu roku 2016. Věk Jirky při tomto vyšetření byl 3 roky 9 měsíců (45 měsíců).

## **ZPRÁVA Z VYŠETŘENÍ:**

Subjektivně: snesl pobyt v táboře s otcem (příměstský tábor – pobýval přes den s dětmi a asistenty sám). Ročního bratra toleruje celkem dobře. Zapojil se v září do MŠ běžného typu formou inkluze. V současnosti navštěvuje MŠ asi 2 dny v týdnu, celkem se adaptuje a děti ho přijímají, zvyká si na ně. Na logopedii dochází, nyní začíná jmenovat písmena, při terapiích cvičí rozumění – vizuálně rozumí, slova ještě moc ne (jenom někdy). Nyní byl po roce hodně nemocný – angína – pak se střídala celá rodina. Pohybové aktivity – spíše hraní – skluzavka, apod. Rodina je v kontaktu s ranou péčí a s CTA.

Objektivně: čilý, aktivně si hraje, věci si bere, v dobré interakci s otcem, prohlíží si knihy, řečový projev – není, po opakování pokyny pochopí, celkový stav je dobrý, chůze bez větších odchylek.

Závěr: autismus, vývoj opět o něco zlepšený, je lepší socializace.

Doporučení: kolektivní zapojení dále dle možností, stimulace.

## **DVANÁCTÉ (NEUROLOGICKÉ) VYŠETŘENÍ**

Dvanáctým vyšetřením chlapce je kontrolní neurologické vyšetření, současně je šestým neurologickým vyšetřením. Věk Jirky při tomto vyšetření byl 4 roky a 2 měsíce (50 měsíců).

### **ZPRÁVA Z VYŠETŘENÍ:**

Subjektivně: při logopedii jsou znatelné pokroky. Řeč – vyskytují se některá slova. Jednoduché pokyny schopen splnit, složitější zatím ne. Práce většinou s fotografiemi nebo piktogramy. Sourozence toleruje dobře, občas se vyskytují náznaky pomoci mladšímu bratrově. Udržování čistoty se začíná dařit.

Objektivně: čilý, hra, prozpěvuje si, na mozku normální nález, chůze a dřep bez problému.

Závěr: autismus, vývoj zlepšený v komunikaci, socializaci i návycích.

Doporučení: nadále MŠ, spolupráce s centry, kontrolní vyšetření na podzim.

## **5 Interpretace výsledků výzkumného šetření a závěr praktické části**

V této kapitole si autorka klade za cíl shrnutí všech výsledků, kterých dosáhla svým pozorováním a hodnocením. Pokusí se popsat progres v komunikaci u chlapce od června 2015 do května 2017, porovnat jednotlivé výsledky vývojových profilů dle EHP mezi sebou a srovnat poslední vývojový graf (ilustrující aktuální dovednosti) s výsledky hodnocení schopností chlapce jeho matkou. Dále se pokusí popsat vývoj vybraných rysů chlapce v MŠ a jako poslední shrnout závěry jiných zainteresovaných osob a odborníků starajících se o chlapce.

### **5.1 Hodnocené oblasti dle EHP – vývojové profily v průběhu času**

Jak již bylo uvedeno v podkapitole 3.6 Průběh výzkumu, na základě průběžného hodnocení chlapcových schopností ve všech oblastech, které hodnotí EHP, vzniklo 6 vývojových grafů. Pět z nich hodnotila sama autorka v průběhu času. První hodnocení proběhlo dne 20. 6. 2015, kdy se autorka s chlapcem teprve seznamovala. Druhý graf je datován k 20. 11. 2015, třetí 30. 6. 2016, čtvrtý 25. 11. 2016 a pátý 21. 5. 2017. Šestý, poslední graf, hodnotila matka chlapce a je zaměřený pouze na současný stav k 25. 5. 2017.

V kapitole 1. 8 Hodnotící profily dětí s PAS jsou již hodnocené oblasti v EHP dítěte s PAS (do 7 let) uvedeny, pro přehlednost ve vývojových grafech (graf 1 – graf 6) uvádíme hodnocené oblasti znovu, avšak zde v přehledné tabulce (viz tabulka 9). V následujících grafech jsou pak tyto schopnosti popsány pouze čísly.

Tabulka 9: Hodnocené oblasti v EHP

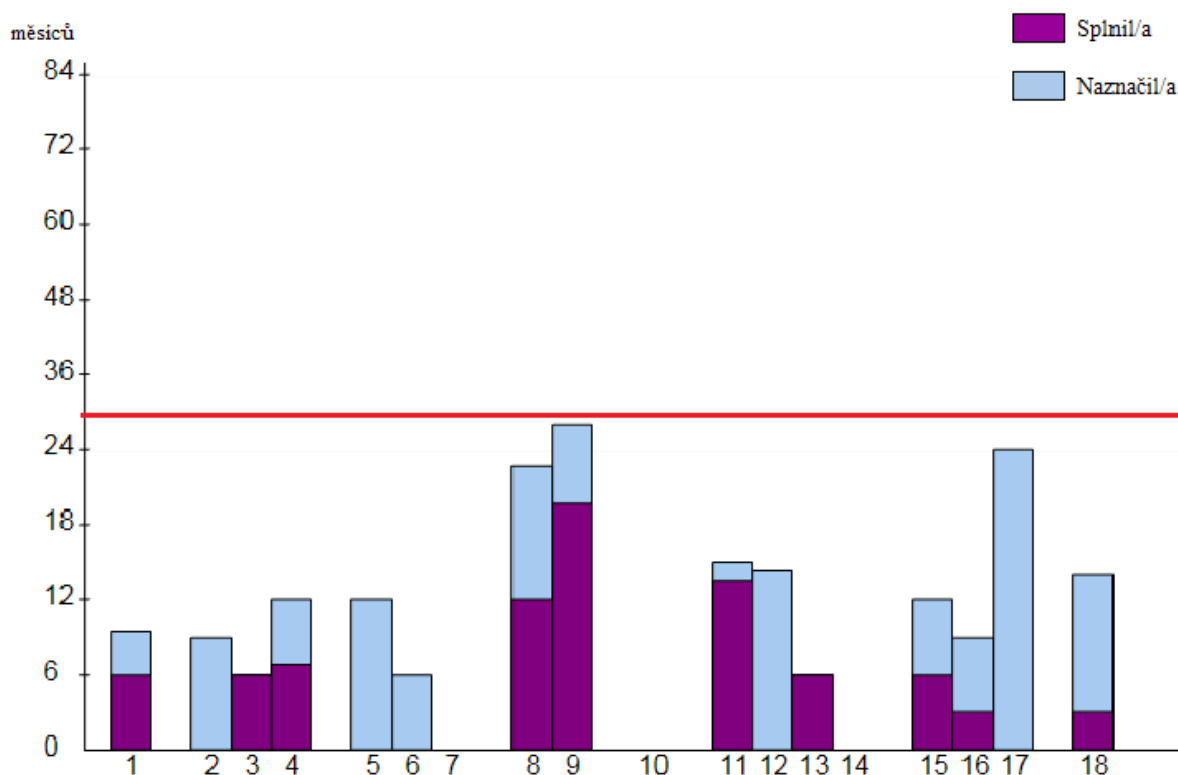
| Hodnocené oblasti v EHP |                                                      |       |                                                   |
|-------------------------|------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------|
| Číslo                   | Oblast                                               | Číslo | Oblast                                            |
| 1                       | Sociální vývoj                                       | 10    | Grafomotorika a kresba                            |
| 2                       | Komunikace – receptivní řeč                          | 11    | Sebeobsluha – stravování (jídlo/pití) a stolování |
| 3                       | Komunikace – expresivní řeč – verbální vyjadřování   | 12    | Sebeobsluha - oblékání                            |
| 4                       | Komunikace – expresivní řeč – neverbální vyjadřování | 13    | Sebeobsluha - umývání                             |
| 5                       | Imitace – motorická                                  | 14    | Sebeobsluha – používání WC                        |
| 6                       | Imitace – sociální                                   | 15    | Vnímání – zrakové                                 |
| 7                       | Imitace – verbální                                   | 16    | Vnímání – sluchové                                |
| 8                       | Jemná motorika                                       | 17    | Vnímání – taktilní                                |
| 9                       | Hrubá motorika                                       | 18    | Abstraktní a vizuální myšlení                     |

Vývojový graf znázorňuje, na jaké úrovni se dítě s PAS nachází v jednotlivých oblastech. Na ose x jsou znázorněny číslem hodnocené oblasti a na ose y jsou čísla věku dítěte v měsících, kterým odpovídá vývoj dítěte v době hodnocení. Některé sloupce vývojového grafu se mohou skládat ze dvou částí. Horní část reprezentuje pouze naznačenou schopnost (hodnocení „naznačil“) a dolní část sloupce představuje položky „splnil“. V grafech lze najít také sloupce, kdy položky patřící do této oblasti byly hodnoceny pouze jako „splnil“ (celé fialové), ale i grafy hodnocené pouze jako „naznačil“ (celé modré) a tyto jednobarevné grafy vidíme pouze tehdy, kdy byly položky hodnocené pouze „splnil“ nebo „naznačil“. Grafy obsahují červenou osu, která značí hranici chronologického věku v hodnoceném období. Jde o hranici, které by sloupce v ideálním případě měly dosahovat.

Při popisu rozdílů mezi vývojovými grafy chlapce v jednotlivých obdobích se vždy autorka zaměří na oblast s nejvyšším hodnocením, poté na oblast nehodnocenou nebo s nejnižším hodnocením. Dále na oblast sociálního vývoje, komunikace a sluchového vnímání. Oblast komunikace je pro naši práci nejstěžejnější, proto jí bude autorka věnovat nejvíce pozornosti. Bude se také zabývat tím, jak přítomné okolnosti mohly ovlivnit chlapcovu schopnost komunikace.

Jako poslední část podkapitoly 5.1 Hodnocené oblasti dle EHP – vývojové profily v průběhu času autorka uvádí pro ilustraci vývoje dva grafy. Prvním z nich je srovnání prvního vývojového grafu a pátého vývojového grafu a druhým je srovnání vývojových grafů v 52 měsících dle autorky a dle matky chlapce.

### První vývojový profil chlapce (ze dne 20. 6. 2015)



Graf 1: První vývojový profil chlapce, hodnoceno dne 20. 6. 2015, věk chlapce – 29 měsíců, hodnotila autorka

První vývojový profil chlapce byl vytvořen v červnu roku 2015. Chronologický věk Jiřího v tomto období byl 29 měsíců a červená osa v grafu označuje tuto věkovou hranici.

Nejlepších výsledků dosáhl v oblasti 9 - hrubá motorika. Horní hranice (hodnoceno „naznačil“) odpovídá vývojové úrovni dítěte ve 28 měsících, zatímco spodní hranice (hodnoceno „splnil“) odpovídá věkové úrovni dítěte ve 20 měsících. Sloupec 8 - jemná motorika je hodnocen také poměrně vysoko. Horní hranice (hodnoceno „naznačil“) je na věkové úrovni 22 – 23 měsíců a její spodní hranice (hodnoceno „splnil“) odpovídá schopnostem dítěte ve věku 12 měsíců.

V tomto období nebylo možné hodnotit oblast 7 – verbální imitaci (chlapec neimitoval ani zvuky ani slova z okolí), dále oblast 10 – grafomotorika a kresba (chlapec nejevil zájem o tuto aktivitu) a také oblast 14 – sebeobsluha a používání WC (chlapec byl stále na plenách a nácvik na toaletu zatím neprobíhal).

Oblast 1 – sociální vývoj má svoji horní hranici (hodnoceno „naznačil“) na úrovni 9,5 měsíců a spodní hranici (hodnoceno „splnil“) na úrovni 6 měsíců.

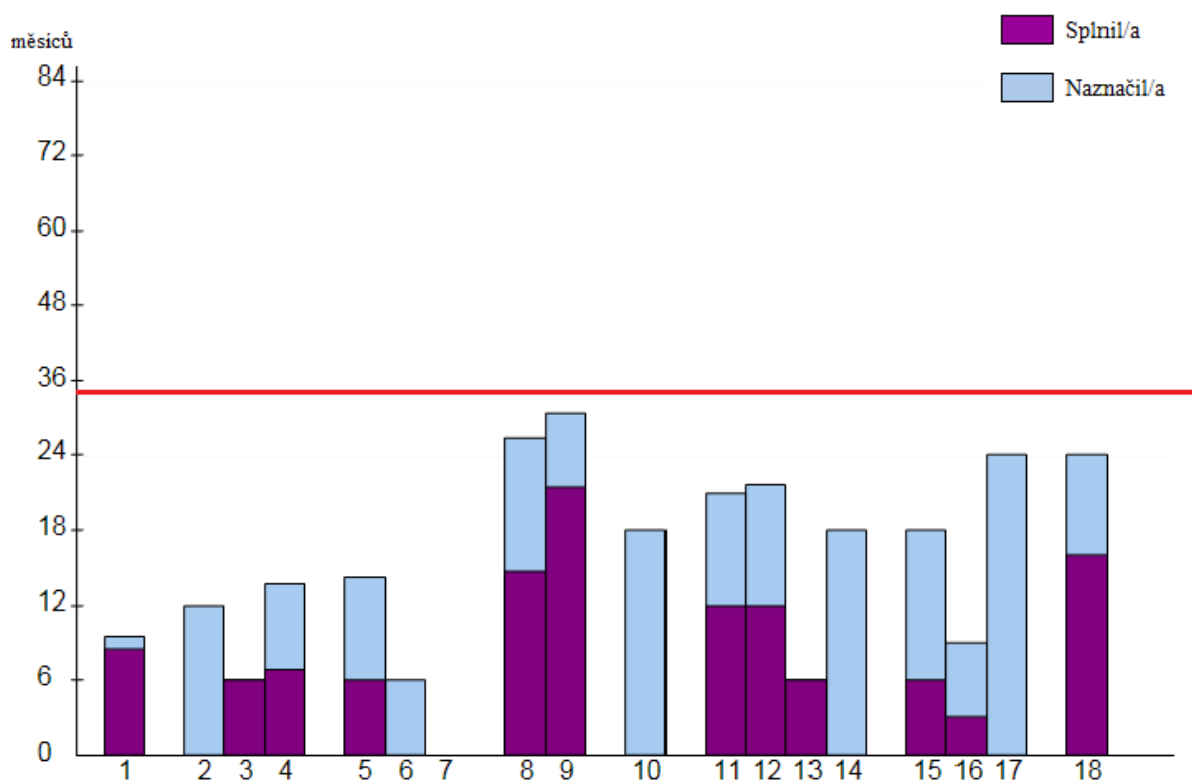
V komunikaci, oblast 2 - receptivní řeč, chlapec odpovídá hodnoceným stupněm „naznačil“ úrovni 9 měsíců. U verbálního vyjadřování je horní hranice (hodnoceno „splnil“)

rovna úrovni 6 měsíců. Poslední oblastí komunikace je neverbální vyjadřování, tato oblast je ze všech položek týkající se komunikace nejrozvinutější. Horní hranice (hodnoceno „naznačil“) odpovídá vývoji ročního dítěte a spodní hranice (hodnoceno „splnil“) odpovídá úrovni 6 – 7 měsíců.

S komunikací souvisí také oblast 16 - sluchové vnímání. Horní hranice tohoto sloupce (hodnoceno „naznačil“) odpovídá úrovni 9 měsíců a spodní hranice (hodnoceno „splnil“) odpovídá úrovni 3 měsíců.

Komunikační schopnost chlapce v tomto období je ve všech oblastech poměrně nízká, pod úrovní jeho chronologického věku. Chronologický věk chlapce je necelých 2,5 roku a vývoj řečových schopností v průměru odpovídá dítěti půlročnímu. Dle názoru autorky může být důvodem tohoto komunikačního deficitu fakt, že doposud nebyla zahájena výuka nějakého alternativního nebo augmentativního komunikačního systému a zatím neexistuje žádný druh funkční komunikace (matka vždy vycítila, co chlapec potřebuje a o co žádá). Logopeda v této době chlapec navštěvoval měsíc, ale nespolečně pracoval a projevoval se vzdorovitě, na práci s ním si zatím pomalu zvykal.

## Druhý vývojový profil chlapce (ze dne 20. 11. 2015)



Graf 2: Druhý vývojový profil chlapce, hodnoceno dne 20. 11. 2015, věk chlapce – 34 měsíců, hodnotila autorka

Druhý vývojový profil chlapce byl vytvořen v listopadu roku 2015. Touto dobou byl již chlapec na autorku zvyklý. Chronologický věk Jiřího v tomto období byl 34 měsíců a červená osa v grafu označuje hranici chronologického věku v době druhého hodnocení.

Z grafu je opět patrné, že nejsilnější hodnocenou oblastí je oblast 9 – hrubá motorika a oblast 8 – jemná motorika. Obě se oproti předchozímu hodnocení zlepšily. Horní hranice hrubé motoriky (hodnoceno „naznačil“) odpovídá úrovni 30 měsíců a spodní hranice (hodnoceno „splnil“) odpovídá úrovni 21 – 22 měsíců. Oblast jemné motoriky se také zlepšila oproti předchozímu vývojovému profilu. Její horní hranice (hodnoceno „naznačil“) se zvedla z úrovně 22 měsíců na úroveň 27 měsíců a spodní hranice sloupce (hodnoceno „splnil“) se zvedla z úrovně 12 měsíců na úroveň 14 – 15 měsíců.

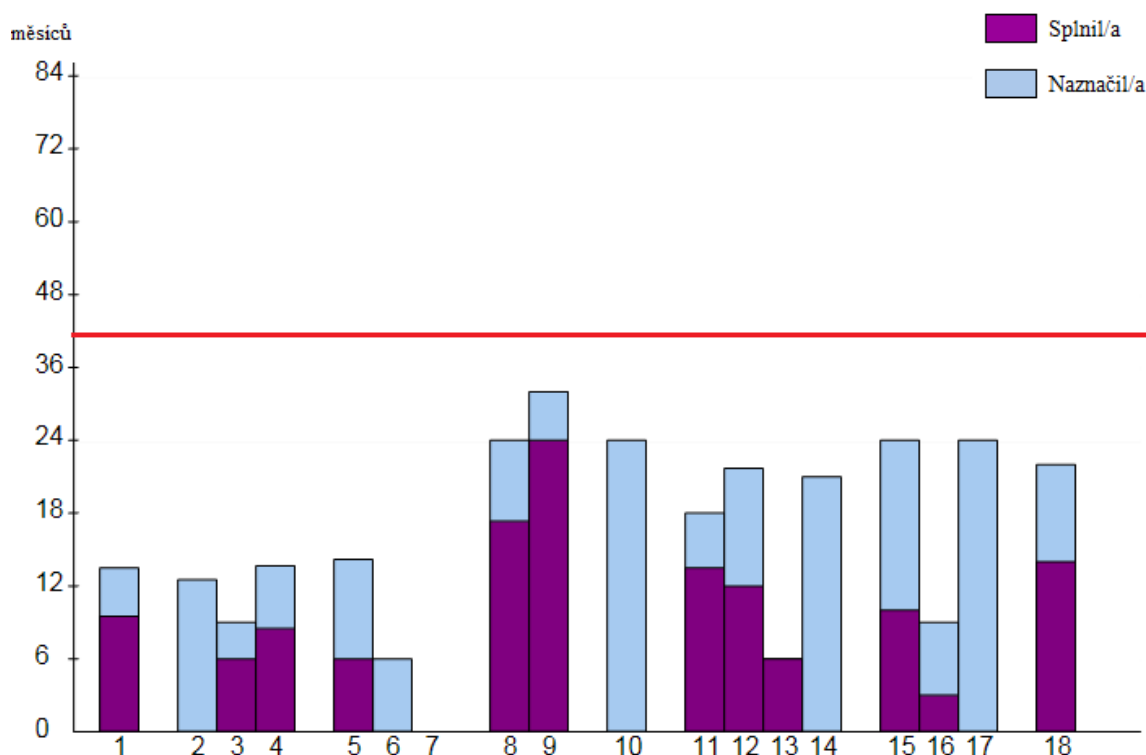
Oblasti, které nebylo možné hodnotit, se oproti předchozímu období zredukovaly. Nehodnocenou zůstala pouze oblast 7 - verbální imitace. Oblast 10 – grafomotorika a kresba se posunula na vývojovou úroveň 18 měsíčního dítěte. Alespoň jedna položka této oblasti „dítě čmárá na papír“ byla hodnocena stupněm „naznačil“. Chlapce touto dobou začaly fascinovat fixy a díky tomu u něj vzrostl zájem o kreslení. Také v oblasti 14 – sebeobsluha – používání WC nastala pozitivní změna. Zlepšení lze přičítat počínajícímu nácviku na toaletu.

V oblasti komunikace lze také sledovat určitý pokrok. Receptivní řeč se posunula (hodnoceno „naznačil“) z úrovně 9 měsíců na úroveň 12 měsíců. Verbální vyjadřování stagnuje na stejné úrovni hodnocené „splnil“ na úrovni 6 měsíců. Horní hranice (hodnoceno „naznačil“) oblasti neverbálního vyjadřování se nepatrně zvedla z původní úrovně 12 měsíců na současnou úroveň 14 měsíců. Sluchové vnímání, které s komunikací také úzce souvisí, se oproti předchozímu profilu nijak nezměnilo.

Dle autorčina názoru tento, ne zcela výrazný posun v komunikaci, může být způsoben zaváděním alternativního komunikačního systému VOKS, se kterým se Jirka během tohoto období seznamoval. Chlapec při něm nepotřebuje využívat expresivní řeči, proto se žádný výrazný posun neprojevil. Naproti tomu nepatrné zlepšení můžeme přičítat logopedickým terapiím u klinické logopedky, na kterou si již po půlroce spolupráce chlapec začínal pomalu zvykat a dokonce i spolupracovat.

Jistý vývoj lze sledovat ve všech hodnocených oblastech (nejprudší snad ve všech oblastech sebeobsluhy, dále ve zrakovém vnímání, ale také v oblasti abstraktně vizuálního myšlení). Současně ale v žádné oblasti chlapcův vývoj neodpovídá jeho chronologickému věku.

**Třetí vývojový profil chlapce (ze dne 30. 6. 2016)**



Graf 3: Třetí vývojový profil chlapce, hodnoceno dne 30. 6. 2016, věk chlapce – 41 měsíců, hodnotila autorka

Třetí vývojový profil chlapce byl vytvořen v červnu roku 2016. Chlapci bylo v tomto období 41 měsíců a červená osa v grafu označuje hranici chronologického věku. Z grafu je patrné, že úroveň ani jedné z hodnocených oblastí neodpovídá chlapcově chronologickému věku.

Opět nejlépe hodnocenými oblastmi jsou oblasti 9 – hrubá motorika a 8 – jemná motorika. Horní hranice (hodnoceno „naznačil“) sloupce hrubé motoriky se z předchozí úrovně 30 měsíců zlepšila na současnou úroveň 32 měsíců a spodní úroveň (hodnoceno „splnil“) se z původní hodnoty 21 – 22 měsíců zlepšila na současnou úroveň 24 měsíců. U jemné motoriky horní hranice (hodnoceno „naznačil“) poklesla z předchozí úrovně 27 měsíců na momentální úroveň 24 měsíců. Současně se ale spodní hranice sloupce jemné motoriky (hodnoceno „splnil“) zlepšila z úrovně 14 – 15 měsíců na 17 měsíců.

Nehodnocenou oblastí stále zůstává oblast číslo 7 - verbální imitace a původně nehodnocené oblasti 10 – grafomotorika a kresba a 14 – sebeobsluha – používání WC, jsou oproti druhému vývojovému profilu položeny zase o něco výše.

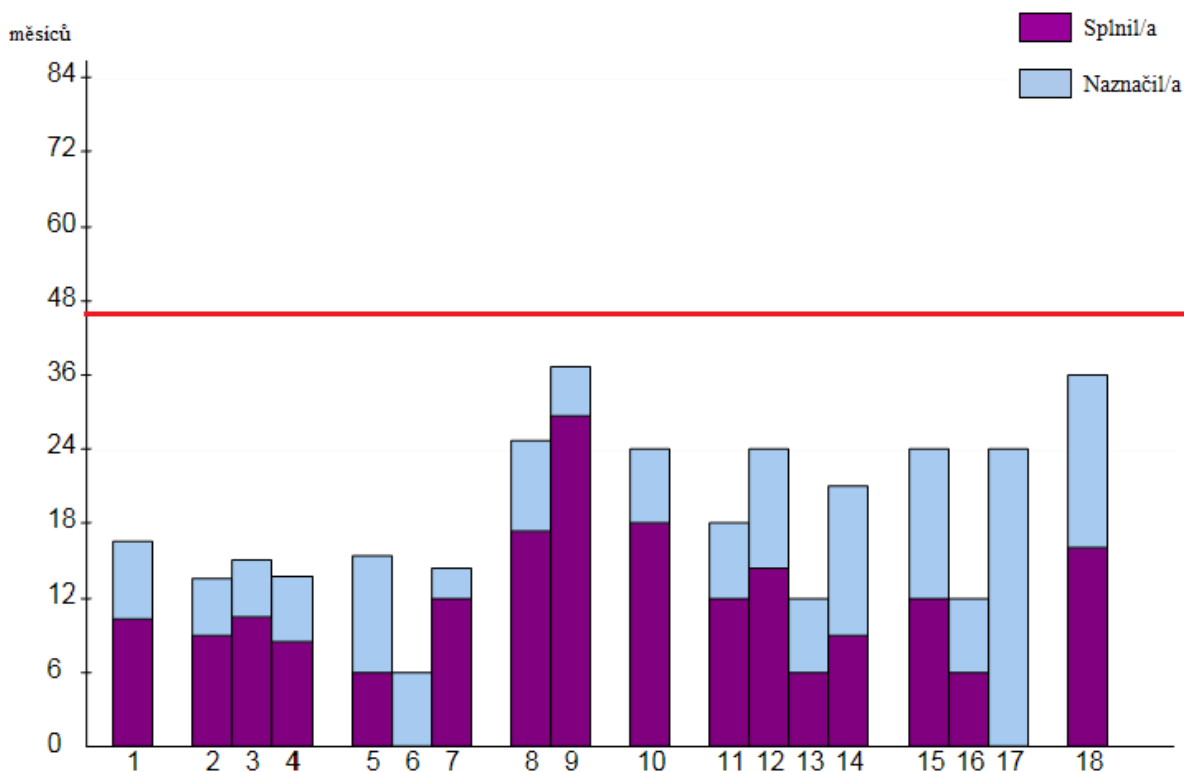
Oblast 1 – sociální vývoj se oproti druhému hodnocení také zlepšila, horní hranice (hodnoceno „naznačil“) nyní odpovídá úrovni 13,5 měsíců, kdy předchozí úroveň byla přibližně 9,5 měsíců a spodní hranice (hodnoceno „splnil“) se oproti minulé úrovni 7,5 měsíců zvedla na úroveň 8,5 měsíců.

V komunikaci také sledujeme jisté pokroky. U oblasti 2 – receptivní řeč se horní hranice (hodnoceno „naznačil“) oproti úrovni z druhého vývojového grafu 12 měsíců zlepšila na úroveň 13 měsíců. Další posun nastal v oblasti 3 – verbální vyjadřování, a to posunem horní hranice sloupce (hodnoceno „naznačil“) na úroveň 9 měsíců, přičemž spodní hranice (hodnoceno „splnil“) zůstává stejná. U neverbálního vyjadřování – oblast 4, zůstala horní hranice na stejné úrovni 14 měsíců a spodní hranice (hodnoceno „splnil“) se zvedla z úrovně 7 měsíců na 8,5 měsíců. Sloupec sluchového vnímání se vzhledem k druhému vývojovému profilu nijak nezměnil, vývoj sluchového vnímání tedy stagnuje.

Během tohoto období chlapec začal navštěvovat CTA, kam dojížděl dvakrát týdně. Adaptace trvala ale poměrně dlouhou dobu a občas byly návštěvy a práce v centru doprovázeny negativismem. Vývoj komunikace se v tomto období ve všech sledovaných oblastech nepatrně lepší, ale místy i stagnuje. Během tohoto období se výrazně zlepšila schopnost komunikace prostřednictvím alternativního komunikačního systému VOKS. Chlapec téměř po roce začal aktivně používat kartičky k vyjádření zájmu a byl schopen relativně bez známek odporu o něco požádat a „ukázat“ dospělému, co by si přál, ale také byl schopen pochopit sdělení dospělého směrem k němu samotnému při transparentním

ukazování na komunikační karty. Autorka usuzuje, že receptivní i expresivní komunikace byla ovlivněna právě využíváním jiného dorozumívacího systému, přičemž tyto formy komunikace „nepotřeboval“ a z toho důvodu se ony schopnosti nijak zvlášť nerozvíjely.

#### Čtvrtý vývojový profil chlapce (ze dne 25. 11. 2016)



Graf 4: Čtvrtý vývojový profil chlapce, hodnoceno dne 25. 11. 2016, věk chlapce – 46 měsíců, hodnotila autorka

Čtvrtý vývojový profil chlapce byl vytvořen v listopadu roku 2016. Chronologický věk chlapce v tomto období je 46 měsíců a červená osa v grafu značí hranici tohoto věku.

Z vývojového profilu je zřejmé, že schopnosti chlapce neodpovídají jeho chronologickému věku. Nejlépe hodnocenou oblastí zůstává oblast 9 - hrubá motorika, avšak na druhém místě se oproti předcházejícím grafům nenachází oblast 8 – jemná motorika, nýbrž oblast 18 – abstraktně vizuální myšlení. Sloupec hrubé motoriky se oproti předcházejícímu vývojovému grafu změnil, horní hranice (hodnoceno „naznačil“) se zvedla z úrovně 32 měsíců na úroveň 38 měsíců a spodní hranice sloupce (hodnoceno „splnil“) se z úrovně dvou let dostala na úroveň 29 měsíců. Druhou nejvyšší hodnotou je oblast 18 – abstraktně vizuální myšlení, její horní hranice (hodnoceno „naznačil“) se z úrovně 22 měsíců dostala na úroveň 36 měsíců a spodní hranice sloupce (hodnoceno „splnil“) se z původních 14 měsíců zlepšila na současných 16 měsíců.

Nejhůře hodnocenou oblastí je oblast 6 – sociální imitace, jejíž úroveň se již od prvního hodnocení nezměnila. V této oblasti tedy chlapec odpovídá úrovni 6 měsíců a to pouze hodnocením „naznačil“.

Oblast 1 - sociální vývoj, se oproti předchozímu hodnocení zlepšila. Horní hranice (hodnoceno „naznačil“) v předchozím hodnocení odpovídala úrovni 13,5 měsíců a nyní je na úrovni 16,5 měsíců, ale posun lze sledovat i ve spodní hranici (hodnoceno „splnil“), která se z úrovně 8,5 měsíců posunula na úroveň 10 měsíců.

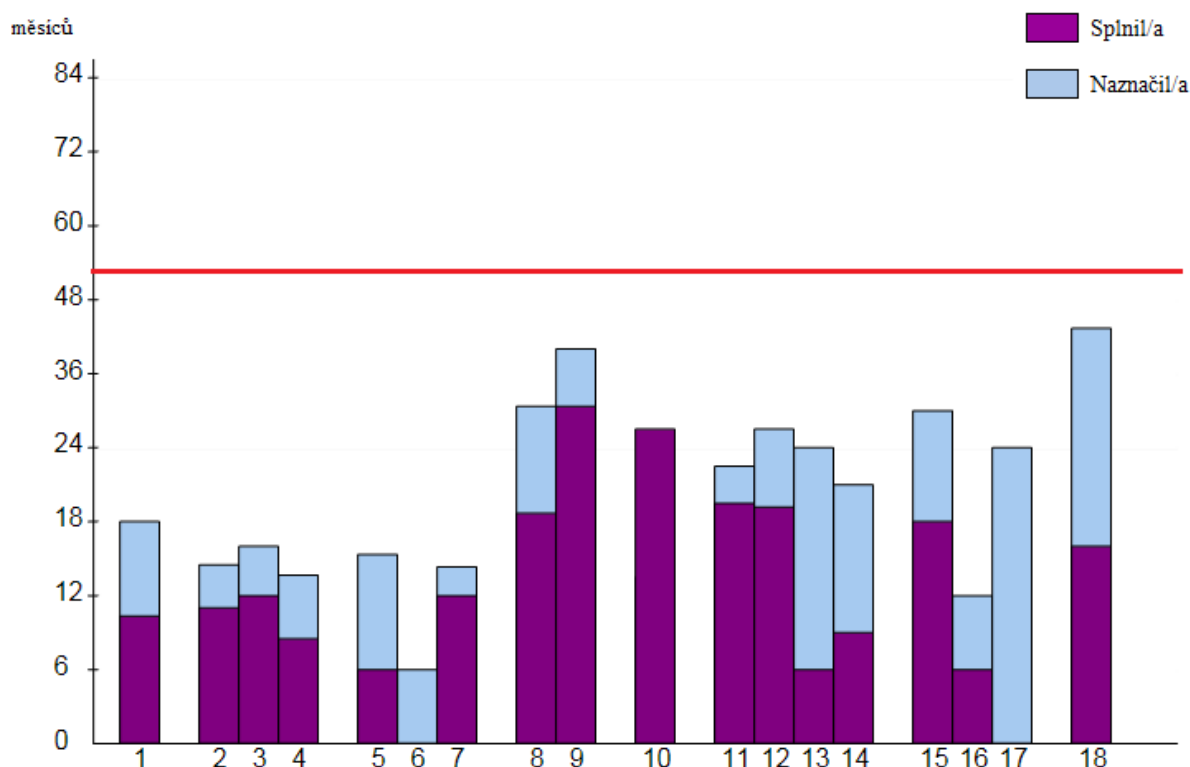
Celková komunikace chlapce se v tomto období také zlepšila. Horní hranice sloupce (hodnoceno „naznačil“) oblasti 2 - receptivní řeč, zůstala na stejné úrovni 13 měsíců, narostla ale i spodní hranice sloupce (hodnoceno „splnil“), která zde dříve nebyla (graf byl pouze modrý) a nyní odpovídá úrovni 9 měsíců. I sloupec verbální komunikace (oblast 3) se během tohoto období zvětšil, jeho horní hranice (hodnoceno „naznačil“) dříve odpovídala úrovni 9 měsíců a nyní jde o úroveň 15 měsíců, spodní hranice (hodnoceno „splnil“) tohoto sloupce také vzrostla, a to z původní úrovně 6 měsíců na 10,5 měsíců. Zatímco neverbální komunikace (oblast 4) chlapce se od předchozího hodnocení nijak nezlepšila, ani nezhoršila, dochází ke stagnaci v jejím vývoji. Oblast 16 – sluchové vnímání, které také souvisí s rozvojem komunikace, zůstává obdobná, jako v předchozím hodnocení.

V čase mezi třetím a čtvrtým hodnocením se chlapec zúčastnil příměstského tábora, který zaštiťovalo CTA. Zde byl chlapec v kontaktu s jinými dětmi s PAS a měl svoji asistentku. Názorem autorky je, že díky pobytu v tomto táboře se chlapec naučil lépe komunikovat, naučil se reagovat na pokyn „pápá“, začal ho také opakovat, zlepšila reakce na jméno, a začal používat slovo „ne“.

Současně v čase mezi těmito dvěma hodnoceními chlapec začal navštěvovat MŠ, kde kontakt s vrstevníky dle názoru autorky také napomohl k vývoji komunikačních schopností Jirky.

Ačkoli chlapec stále používá komunikační kartičky, v tomto období se zlepšila oblast verbální komunikace, ale i jeho receptivní řeč.

### Pátý vývojový profil chlapce (ze dne 21. 5. 2017)



Graf 5: Pátý vývojový profil chlapce, hodnoceno dne 21. 5. 2017, věk chlapce – 52 měsíců, hodnotila autorka

Pátý vývojový profil Jirky byl vytvořen v květnu 2017. Chronologický věk v tomto období byl 52 měsíců, červená osa v grafu značí tuto věkovou hranici.

Opět je z grafu patrné, že žádná z hodnocených oblastí neodpovídá chronologickému věku dítěte.

Nejlépe hodnocenou oblastí je oblast 18 – abstraktně vizuální myšlení. Horní hranice (hodnoceno „naznačil“) se oproti předchozí úrovni 36 měsíců zvedla na úroveň 43 měsíců a spodní hranice (hodnoceno „splnil“) zůstala na stejné úrovni 16 měsíců. V oblasti 9 – hrubá motorika se obě hranice v sloupci zvedly o 2 měsíce, horní hranice nyní představuje úroveň 40 měsíců a spodní hranice 31 měsíců. Naproti tomu nejnižší naměřenou hodnotou je oblast 6 - imitace sociální, ve které se vzhledem ke všem předcházejícím grafům nic nemění.

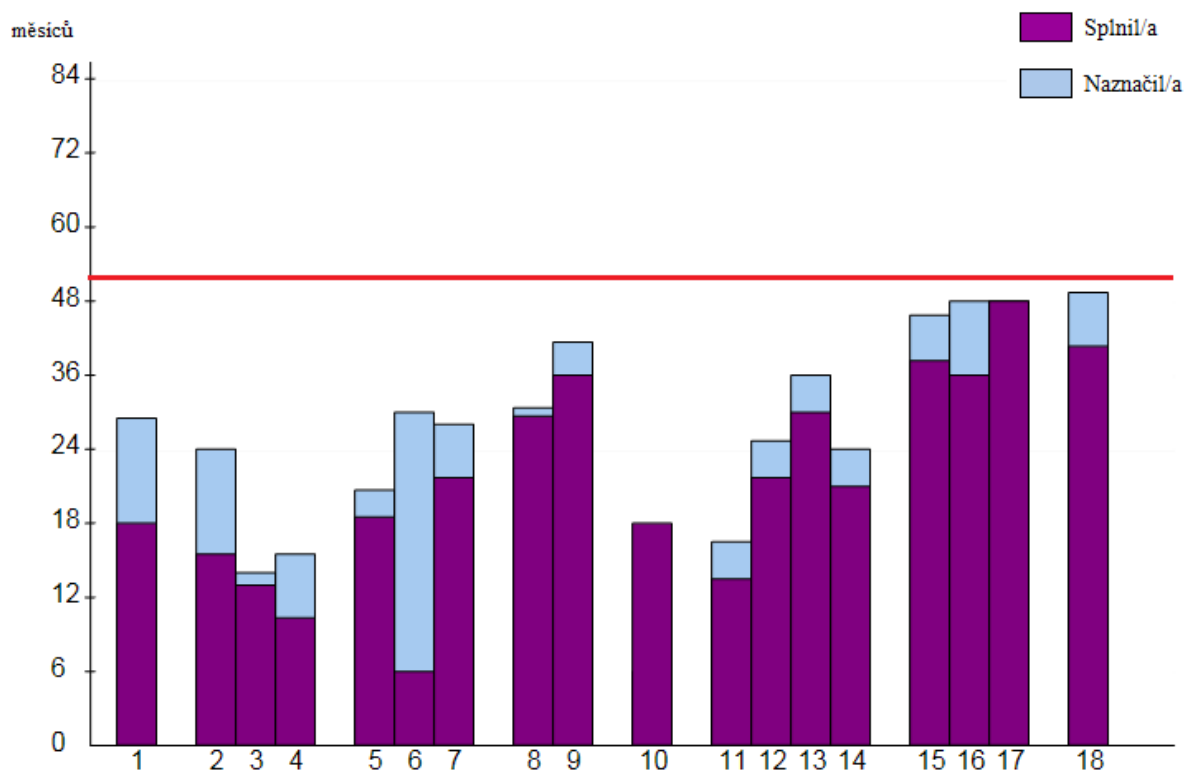
V oblasti 1 – sociální komunikace se horní hranice sloupce (hodnoceno „naznačil“) změnila z úrovně 16,5 měsíců na úroveň 18 měsíců, spodní hranice tohoto sloupce (hodnoceno „splnil“) zůstala na stejné vývojové úrovni jako u předchozího vývojového grafu, a to na úrovni desetiměsíčního kojence.

Komunikační schopnost chlapce se v receptivní, expresivní verbální i neverbální podobě zlepšila. Ve sloupci označující receptivní řeč se horní hranice (hodnoceno „naznačil“) zvedla

z původní úrovně 13,5 na úroveň 14,5 měsíců. Spodní hranice (hodnoceno „splnil“) se z úrovně 9 měsíců zvedla o 2 měsíce, tedy 11 měsíců. Verbální komunikace chlapce se také zlepšila, horní hranice (hodnoceno „naznačil“) z úrovně 15 měsíců na úroveň 16 měsíců a spodní hranice (hodnoceno „splnil“) z původní úrovně 10,5 měsíců na 12 měsíců. Neverbální komunikace se změnila pouze nepatrně. A to pouze spodní hranice (hodnocená „splnil“) z původních 8,5 měsíce na 9 měsíců. Oblast 7 - verbální imitace zůstala stejná jako v předchozím hodnocení a oblast 16 – sluchové vnímání se také vzhledem k předchozímu hodnocení nezměnila.

Autorka usuzuje, že pokrok v komunikaci může být způsoben adaptací na prostředí v MŠ. Do MŠ také chlapec začal chodit vícekrát v týdnu. Dalším pokrokem může být i nejistý, pomalý a nenápadný počátek imitace vrstevníků. Verbální imitace se v tomto období projevuje častěji, dítě začíná echolalicky opakovat slova, která vždy použije v kontextu, ale mluva je dyslalická. Aktivní slovní zásoba v současné době čítá slova: papoušek, vlak, koza, kyti (jako květina), táta, máma, pápá a had. Jirka také pojmenuje nahlas čísla od jedné do sedmi (čísla ale jmenuje pouze, když je vidí před sebou).

#### Vývojový profil chlapce hodnocený matkou (ze dne 25. 5. 2017)



Graf 6: Šestý vývojový profil chlapce, hodnoceno dne 25. 5. 2017, věk chlapce – 52 měsíců, hodnotila matka chlapce

Poslední vývojový profil chlapce byl vytvořen také v květnu 2017, chronologický věk chlapce byl v tomto období 52 měsíců a v grafu tuto hranici značí červená osa. Šesté hodnocení se liší tím, že jej prováděla matka chlapce. Profil je značně rozdílný v porovnání s ostatními grafy, které hodnotila autorka. Rozdíly jsou patrné již z prvního pohledu na vývojový graf.

Matka hodnotí jako nejsilnější oblast 18 – abstraktně vizuální myšlení. Sloupce oblastí 15, 16 a 17 (vnímání zrakové, sluchové a taktilní) také hodnotí jako velmi silné. Úrovně všech těchto oblastí jsou okolo 48 měsíců. Sebeobslužné činnosti – oblasti 11, 12, 13 a 14 hodnotí matka jako rozvinutější než autorka.

Grafomotoriku a kresbu (oblast 10) hodnotí naopak střídněji než autorka. Výsledky hrubé a jemné motoriky (oblasti 8 a 9) jsou porovnatelné, avšak oblasti imitace (oblasti 5, 6 a 7) hodnotí lépe. Překvapivé je především to, že autorka byla při hodnocení oblasti 6 – sociální imitace v průběhu všech pěti testování střídá, matka ale uvádí horní hranici (hodnoceno „naznačil“) na úrovni 30 měsíců a spodní hranici (hodnoceno „splnil“) na úrovni 6 měsíců, zatímco autorka hodnotila pouze stupněm „naznačil“ a vývojová úroveň až do pátého hodnocení dosahovala pouze úroveň 6 měsíců. Oblast 6 - sociální imitace je matkou nejnižší hodnocená hodnota jako „splnil“ na úrovni 6 měsíců. Je to současně hodnota, kde se hodnocení matky a autorky nejvíce rozchází.

Oblast 1 – sociální vývoj matka opět hodnotí lépe než autorka. Horní hranice (hodnoceno „naznačil“) je dle matky na úrovni 29 měsíců (autorka uvádí 18 měsíců) a spodní hranice (hodnoceno „splnil“) je na úrovni 18 měsíců (autorka uvádí 10 měsíců).

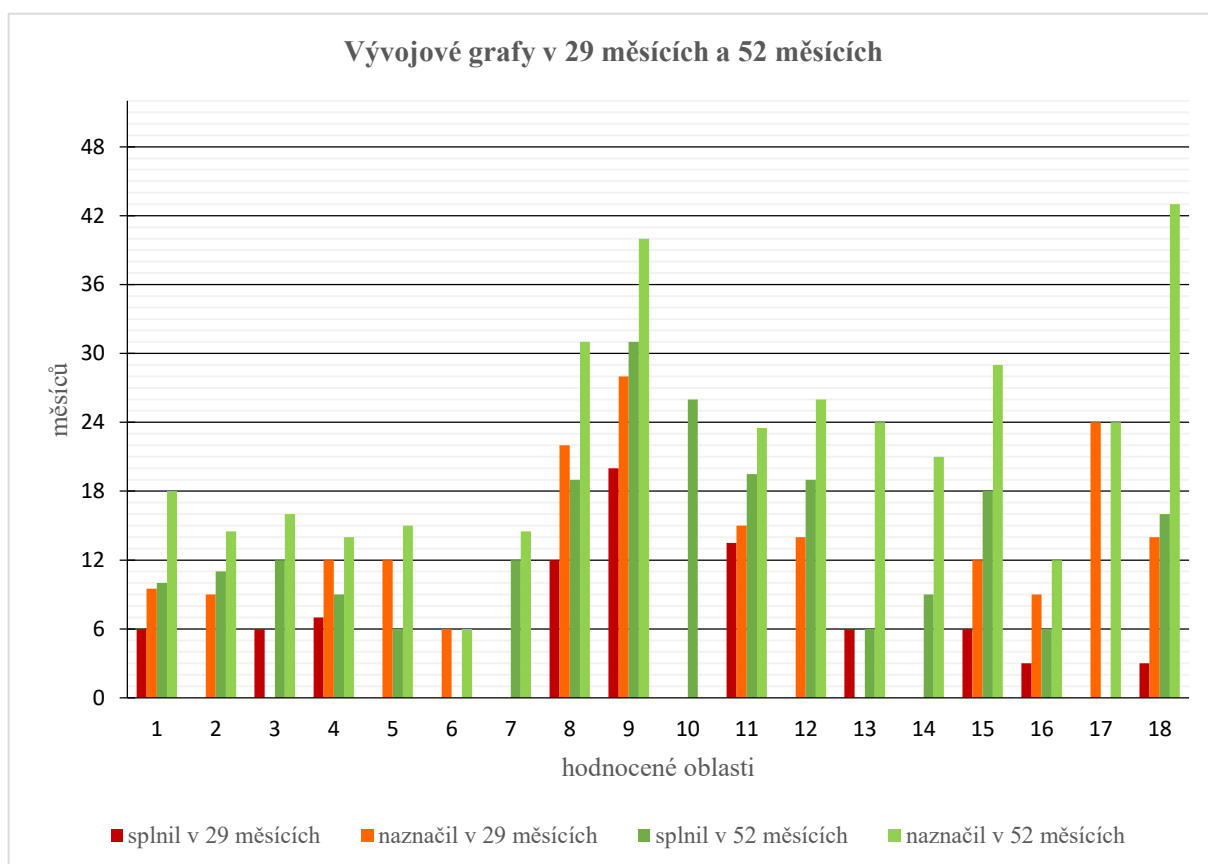
Pro nás nejdůležitější oblastí, oblast komunikace, matka hodnotí oproti autorce rozdílně. Horní hranici (hodnoceno „naznačil“) receptivní řeči umístila na 24 měsíců (autorka uvádí 14,5 měsíců) a spodní hranici (hodnocena „splnil“) umístila na úroveň 16,5 měsíců (autorka uvádí 11 měsíců). Sloupec pro verbální vyjadřování je porovnatelný s grafem autorky a oblast neverbálního vyjadřování je také srovnatelná.

Dle názoru autorky mohou být rozdíly ve výsledcích hodnocení autorkou a matkou způsobeny různými faktory. Například tím, že chlapec se s matkou může chovat a projevat jinak, může se cítit jistěji a bezpečněji. Tím pádem se i naplno projevuje, zatímco v průběhu času stráveného s autorkou se může bát a neprojevovat se bezprostředně tak, jak by to udělal v přítomnosti matky. Dalším možným vysvětlením je dle autorčina názoru fakt, že matka hodnotí svého syna vždy s nadsázkou, chce vidět i to, čeho chlapec reálně nedosahuje. Autorka naopak může být při hodnocení o to více zdrženlivá, ale také nemusí chlapce tak dobře znát a umět předpokládat, jak se v daných situacích chlapec zachová a co udělá.

Autorka usuzuje, že dalším možným vysvětlením může být i to, že chlapec nejvíce času tráví s matkou. Proto právě ona může být osobou, která zaznamená nevíce jeho pokroků ve všech oblastech, například vyslovení nějakého slova nebo echolalického zopakování některého slova, které již chlapec před autorkou nezopakuje. Autorka je naopak „nezaujatým pozorovatelem“ a její pohled „zvenku“ může být objektivnější, než pohled rodinných příslušníků a jejich hodnocení chlapcových schopností.

### Porovnání prvního a posledního vývojového profilu chlapce v jednom grafu

Pro srovnání zde autorka uvádí také graf sloužící k porovnání vývoje. Obsahem grafu je první vývojový profil chlapce, hodnocený 20. 6. 2015 a pátý vývojový profil chlapce, hodnocený 21. 5. 2017. Časový rozdíl mezi oběma hodnoceními jsou necelé dva roky, přesněji 23 měsíců. Poslední vodorovná osa značí chronologický věk chlapce při posledním hodnocení (52 měsíců). Ideálně by této hranice měly dosahovat u každé oblasti zelené hodnoty. Sloupce pro „splnil“ a „naznačil“ jsou v grafu pro lepší přehlednost ke každému hodnocení uváděny zvlášť. Z tohoto grafu lze tedy jasně říci, že schopnosti chlapce se postupem času vyvíjejí a zlepšují.

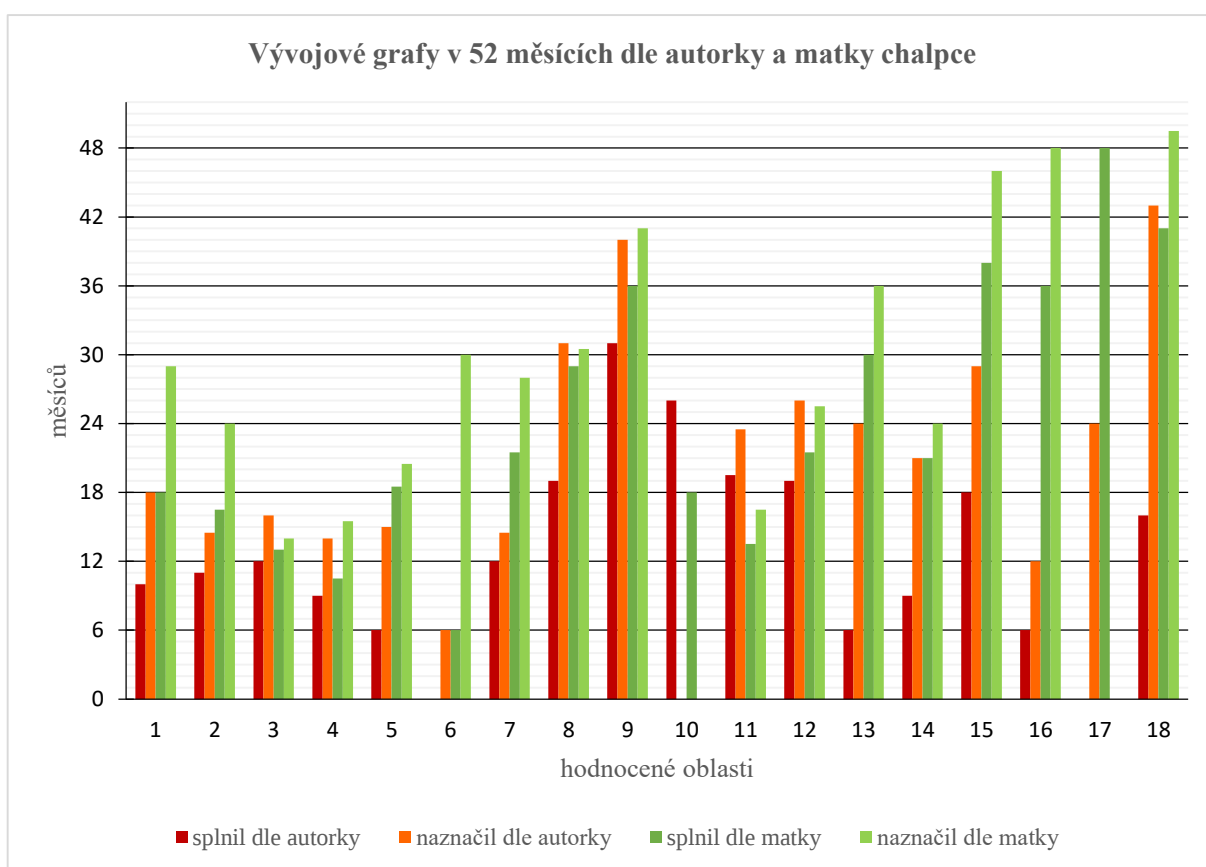


Graf 7: Graf porovnávající výsledky prvního a pátého hodnocení chlapce v 29 měsících a v 52 měsících

### Porovnání vývojového profilu hodnoceného autorkou a matkou ve věku 52 měsíců

Poslední graf (graf 8) srovnává současný stav chlapce hodnocený autorkou se stavem chlapce hodnoceným jeho matkou. Sloupce jsou opět pro lepší přehlednost rozděleny zvlášť pro hodnocení „splnil“ a „naznačil“ a zvlášť pro každého hodnotícího. Chronologický věk chlapce v tomto období byl 52 měsíců a poslední vodorovná osa grafu značí tuto věkovou hranici.

Z grafu můžeme pozorovat, že většina z hodnocených oblastí dle matky dosahují vyšší věkové úrovně, než hodnotí autorka, ale i přesto výsledky matky nedosahují hranice chronologického věku chlapce v tomto období.



Graf 8: Graf porovnávající vývojovou úroveň chlapce v 52 měsících – jak hodnotí autorka a matka

## 5.2 Vývoj vybraných rysů chování, komunikace a interakce chlapce v MŠ

Jak již autorka uvádí v podkapitole 3.5 Využité metody sběru dat, k účelu sledování vývoje chlapce si vytvořila tabulku, kde hodnotí 15 oblastí. Sledovanými oblastmi jsou:

- |                                                         |                                                       |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| – navazování spontánního kontaktu,                      | – reakce na oslovení,                                 |
| – používání slov k navázání kontaktu,                   | – reakce na pokusy o navázání kontaktu od dospělých,  |
| – používání komunikačních kartiček k navázání kontaktu, | – reakce na pokusy o navázání kontaktu od vrstevníků, |
| – komunikace s dospělými,                               | – navazování zrakového kontaktu,                      |
| – komunikace s vrstevníky,                              | – užívání slov v prostředí MŠ,                        |
| – imitace vrstevníků,                                   | – užívání karet AAK k žádosti o jeho předmět zájmu,   |
| – tolerování dospělých ve své přítomnosti,              | – vypadá chlapec v MŠ spokojeně.                      |
| – tolerování vrstevníků ve své přítomnosti,             |                                                       |

Při hodnocení autorka použila hodnotící škálu: X – položku nelze hodnotit, 0 – neschopnost provést činnost nebo nesplnil/a, 1 – naznačil/a nebo částečně splnil/a a 2 – splnil/a.

Chlapec do MŠ dochází od září roku 2016. Sledování chlapce v předškolním zařízení proběhlo ve třech etapách. První sledování se konalo v říjnu, druhé v prosinci a třetí v květnu 2017.

Po ohodnocení všech položek ve třech etapách došlo k jejich rozdělení do 5 skupin dle shody v hodnocení. První skupinou jsou položky, které byly v každém období hodnoceny 0 („neschopnost provést činnost, nesplnil/a“). Do první skupiny se řadí 3 položky. Druhou skupinu tvoří položky, které byly hodnoceny 0 v první i druhé etapě, ale při třetí etapě již dostaly hodnotu 1 („naznačil/a nebo částečně splnil/a“). V této skupině lze tedy pozorovat nepatrné zlepšení. Do druhé skupiny se řadí 4 položky. Třetí skupinou jsou položky, kde také dochází ke zlepšení schopností, ale toto zlepšení je časnější než u skupiny druhé. V první etapě byla schopnost chlapce hodnocena 0, ale v druhé a třetí etapě již chlapec dostal hodnotu 1. Do třetí skupiny patří 2 položky. Čtvrtou skupinu tvoří položky hodnocené ve všech etapách hodnotou 1. Schopnosti chlapce v těchto oblastech tedy spíše stagnují. A do čtvrté

skupiny patří 3 položky. Poslední, pátou skupinu tvoří položky, které byly hodnoceny v první a druhé etapě hodnotou 1 a ve třetí etapě již hodnotou 2 („splnil/a“). Těmito schopnostmi chlapec disponoval již při prvních dvou návštěvách, ale nevyužíval je zcela, zatímco při poslední návštěvě je plnil bez problémů.

Do první skupiny patří položky: používání slov k navázání kontaktu (o navázání kontaktu se chlapec snaží, ale nikdy přímo neoslovuje). Druhou položkou z této skupiny je komunikace s vrstevníky (u chlapce se v žádném ze sledovaných období neobjevil aktivní zájem o vrstevníky, nikdy se je nesnažil kontaktovat, ani nereagoval na jejich snahy). Třetí, poslední položkou je reakce na pokusy o navázání kontaktu od vrstevníků (ve své přítomnosti je obvykle toleruje, ale kontakt s nimi nenavazuje).

Nepatrné zlepšení proti první skupině se objevilo ve skupině druhé. Do této skupiny patří položky: imitace vrstevníků (chlapec sledoval děti na odražděle a zkoušel to sám také, nekontaktoval je, ale sledoval je). Poté se pokoušel o to stejné – toto chování se u chlapce doposud neobjevovalo. Další položkou patřící do druhé skupiny je reakce na oslovení (poslední sledované období chlapec naznačil pohyb hlavy při vyslovení jeho jména nebo reagoval úplně, ne však ve 100 % případů). Třetí položka této skupiny je navazování zrakového kontaktu (kontakt navazoval, pokud chtěl nějakou jeho oblíbenou činnost zopakovat, kontaktoval dospělou osobu) a poslední položkou je užívání slov v MŠ (poslední den echolalicky opakoval slovo „fuj“).

Časnější zlepšení ve sledovaných oblastech bylo zaznamenáno u třetí skupiny položek. Do třetí skupiny patří položky: používání komunikačních kartiček k navázání kontaktu (chlapec nejprve karty v MŠ nepoužíval, ale po čase pochopil, že i zde se skrz karty může domluvit a říci si o nějakou věc). Druhou položkou je komunikace s dospělými (dospělé kontaktuje skrze karty AAK nebo také fyzickým kontaktem, kdy osobu vezme za ruku nebo zatahá a ukáže).

Čtvrtou skupinu tvoří stejně hodnocené položky ve všech etapách. Jedná se o: tolerování dospělých ve své přítomnosti, tolerování vrstevníků ve své přítomnosti a reakce na pokusy o navázání kontaktu od dospělých. Tyto tři položky byly ve všech sledovaných obdobích hodnoceny hodnotou 1 („naznačil/a nebo částečně splnil/a“). Těchto hodnot chlapec dosáhl především proto, že obvykle ve své přítomnosti jiné osoby toleruje, ale není to pravidlem. Dospělé osoby většinou toleruje bez problémů, vrstevníky toleruje občas. Někdy, když vrstevník vykonával poblíž nějakou činnost, která se Jirkovi nelíbila, nebo se příliš přiblížil, Jirka ho odstrčil nebo sám odešel jinam. Na pokusy o navázání kontaktu od dospělých reagoval přibližně v 60 % případů.

Pátá, poslední skupina položek, hodnocených v prvních dvou etapách hodnotou 1 a v poslední etapě hodnotou 2 tvoří položky: navazuje spontánně kontakt (tuto položku při prvním i druhém hodnocení chlapec plnil jen zčásti a při poslední návštěvě MŠ kontaktoval dospělé vždy, když s něčím potřeboval pomoci). Další položkou je používání kartiček AAK pro žádost o předmět zájmu (tato schopnost se také při poslední návštěvě zlepšila, nejvíce motivovaný byl v čase oběda, kdy obvykle odjíždí domů a podával kartičku auta, jako potvrzení, že opravdu chce jet domů). Poslední položkou je hodnocená úroveň spokojenosti v MŠ (při prvních dvou návštěvách v MŠ chlapec nebyl nespokojený, ale v době oběda, kdy obvykle jezdí domů, byl již rozladěný a plačtivý, během posledního hodnocení bylo jasné, že chlapci se v MŠ líbí, že je spokojený a má jistotu, že se na někoho může obrátit). Spokojenost chlapce v MŠ může být dle názoru autorky ovlivněna také tím, že od dubna roku 2017 navštěvuje MŠ pravidelně. Jeho vztah s osobní asistentkou se upevnil a on pochopil, že ona je ta, ke které se má obracet a také ta, která se mu snaží se vším pomoci.

Jak lze poznat z předchozího popisu výsledků, všechny oblasti, které se během sledovaných období měnily, se měnily k lepšímu. Během sledování nedošlo k úpadku žádné z vybraných oblastí. Některé z nich, konkrétně ty z první nejhůře hodnocené skupiny, se nezlepšily ani nezhoršily, docházelo k jejich stagnaci. Těmito oblastmi jsou především používání slov a komunikace s vrstevníky. Autorka usuzuje, že vzhledem k sledovaným pokrokům v imitaci, by se při neustálém kontaktu s vrstevníky mohly určité schopnosti chlapce zlepšit. K celkovému rozvoji je ale nutné ve všem chlapce podporovat a vše mu názorně ukazovat a vysvětlovat. Je potřeba podporovat jeho komunikaci prostřednictvím AAK systémů, ale i verbálně.

### **5.3 Hodnocení vývoje neverbální a verbální komunikace chlapce jinými zainteresovanými osobami a odborníky**

Základem tohoto hodnocení jinými zainteresovanými osobami a odborníky bylo vytvoření tabulek a škál hodnocení verbální a neverbální komunikace. Jak již bylo uvedeno v podkapitolách 3.5 Využití metody sběru dat a 3.6 Průběh výzkumu. K vyplnění tabulek byly osloveny 3 osoby, které byly s chlapcem v kontaktu. Tyto osoby byly požádány o hodnocení úrovně komunikace dle škály v době, kdy se s chlapcem poprvé setkaly a v současnosti.

První osobou je klinická logopedka (dále jen logopedka), se kterou se Jirka zná od května roku 2015. Druhou je terapeutka z CTA (dále jen terapeutka), kam Jirka dochází od prosince

téhož roku. Poslední osobou je osobní asistentka z MŠ (dále jen asistentka), kterou chlapec navštěvuje od září 2016. Tyto osoby byly požádány o hodnocení stavu komunikace z dob jejich prvních setkání a o hodnocení současného stavu komunikace chlapce. První hodnoty hodnocené logopedkou jsou z května roku 2015 a druhé jsou z května roku 2017. Rozdíl těchto hodnot jsou přesně 2 roky, tedy 24 měsíců. Při prvním hodnocení logopedky bylo chlapci 28 měsíců a při druhém hodnocení 52 měsíců. První hodnoty terapeutky jsou z prosince 2016 a druhé opět z května 2017, obě hodnoty od sebe dělí časový interval 17 měsíců. Při prvním hodnocení bylo chlapci 28 měsíců a při druhém 52 měsíců. Hodnoty od asistentky byly pořízeny v září 2016 a poté v květnu 2017, hodnoty od sebe dělí 8 měsíců. Věk chlapce při prvním hodnocení osobní asistentky byl 44 měsíců a při druhém opět 52 měsíců.

Pro lepší přehlednost nejprve uvedeme, jak každá zúčastněná osoba hodnotila neverbální komunikaci a následně verbální komunikaci chlapce. Záměrně jsou osoby řazeny v pořadí logopedka, terapeutka a asistentka. V tomto pořadí se chlapec s osobami setkal poprvé (první kontakt chlapce byl logopedkou, poté s terapeutkou a až nakonec s asistentkou). Na konci oddílu 5.3.1 Neverbální komunikace, lze najít porovnání výsledků osob, které hodnotily vývoj neverbální komunikace chlapce a na konci oddílu 5.3.2 Neverbální komunikace, lze najít porovnání výsledků osob, které hodnotily vývoj verbální komunikace chlapce.

### **5.3.1 Neverbální komunikace**

Tabulku a škálu hodnocení neverbální komunikace lze najít v přílohové části práce (viz příloha č. 4). Tabulka hodnotí celkem 19 oblastí, kterými jsou: zrakový kontakt, percepce mimiky, exprese mimiky, percepce gestikulace, exprese gestikulace, ukazování na objekty, žádání o objekty, použití těla jiné osoby, postura těla, proxemika, aktivní zájem o lidi, aktivní zájem o okolní předměty a věci, reakce na vlastní jméno, imitace, percepce emocí u druhých lidí, exprese emocí, souhlas, nesouhlas a poslední je schopnost podělit se s ostatními o vlastní potěšení.

#### **Logopedka**

Jedinou oblastí, kterou logopedka hodnotila X (nelze hodnotit) v obou případech je schopnost podělit se s ostatními o vlastní potěšení.

Oblasti, které stagnují na hodnocené úrovni 0 (nesplnil) v obou obdobích, je sedm. Konkrétně jde o oblasti: percepce mimiky, exprese mimiky, postura těla, proxemika, percepce

emocí u druhých lidí, souhlas a nesouhlas. Vývoj těchto oblastí dle názoru logopedky stagnuje a během uplynulých dvou let nedošlo k žádnému zlepšení.

Asi nejpočetnější skupinu hodnocených oblastí tvoří oblasti hodnocené při prvním setkání 0 („nesplnil“) a v současnosti 1 („částečně nebo občas splnil“). Těchto oblastí je celkem 10 a jsou jimi: zrakový kontakt, percepce gestikulace, exprese gestikulace, ukazování na objekty, žádání o objekty, aktivní zájem o lidi, aktivní zájem o okolní předměty a věci, reakce na vlastní jméno, imitace a exprese emocí. Tyto vlastnosti a schopnosti se u chlapce během prvního hodnocení neobjevovaly, chlapec nebyl schopný tyto činnosti provést. V současnosti jsou hodnoceny 1, což znamená, že chlapec těmito vlastnostmi již disponuje, ale v omezené míře nebo jen občas.

Poslední položkou hodnocenou 2 při prvním setkání a v současnosti hodnocenou 1 je oblast použití těla jiné osoby. První hodnocení znamená, že chlapec nejprve nevyužíval těla jiných osob k uspokojení svých potřeb a nyní je využívá pouze sporadicky.

Deset hodnocených oblastí z devatenácti, tedy více než polovina, se dle mínění logopedky změnila z neschopnosti vykonat a splnit na alespoň občasné nebo částečné plnění, což je sice „malý krok dopředu“, ale nejedná se o stagnaci vývoje.

## **Terapeutka**

Obdobně jako logopedka i terapeutka označila některé položky jako X („nelze hodnotit“) při obou hodnoceních. Těmito položkami jsou: percepce emocí u druhých lidí a percepce gestikulace.

Oblasti, které stagnují na úrovni 0 v obou obdobích, hodnotila i terapeutka. Tyto oblasti stagnují na neschopnosti provést je a jsou jimi: percepce mimiky, exprese gestikulace, reakce na vlastní jméno a souhlas.

Nejobsáhlejší skupinu tvoří oblasti, které terapeutka nejprve hodnotila 0 a poté 1. Jde tedy o posun od neschopnosti tyto oblasti vykonat ke sporadickému provedení nebo jejich provedení v omezené míře. Těmito oblastmi jsou: zrakový kontakt, exprese mimiky, ukazování na objekty, žádání o objekty, aktivní zájem o lidi, aktivní zájem o okolní předměty a věci, nesouhlas a schopnost podělit se s ostatními o vlastní potěšení.

Dvě položky dle mínění terapeutky stagnují na úrovni 1 v obou případech. Těmito položkami jsou: proxemika a exprese emocí. U chlapce se sporadicky objevuje neadekvátní proxemika v současnosti, ale stejně tomu bylo i v minulosti. A schopnost exprese emocí je stále omezená.

Oblastí, v obou případech hodnocená 2, je pouze jedna oblast a tou je postura těla. Terapeutka neviděla žádné známky projevů, které nejsou běžné v postuře chlapce při prvním kontaktu, ani v současnosti.

Použití těla jiné osoby je hodnocena nejprve hodnotou 0 a poté hodnotou 1. Jde tedy o změnu od aktivního využívání těla jiné osoby k dosažení svých potřeb k pouze občasnému využívání těla jiných osob.

Deset hodnocených oblastí z devatenácti se z hodnocené úrovně 0 změnily na hodnocenou úroveň 1. Jde tedy o porovnatelná data s těmi, která uvádí logopedka, i když se jedná o jiné oblasti.

### **Asistentka**

Asistentka v žádné z oblastí neoznačila hodnotou X při prvním i druhém hodnocení.

Podobně, jako logopedka a terapeutka některé oblasti asistentka hodnotila jako stagnující na úrovni 0. Těmito oblastmi dle jejího názoru jsou: ukazování na objekty, proxemika, percepce emocí u druhých lidí, souhlas a schopnost podělit se s ostatními o vlastní potěšení. Nedošlo u nich k žádné změně a chlapec není schopen činnosti provést ani v současnosti.

Nejobsáhlejší skupinou jsou opět schopnosti hodnocené nejprve hodnotou 0 a poté 1. Jde o změnu od neschopnosti vykonat tyto oblasti k jejich sporadickému splnění nebo k jejich vykonání v omezené míře. Jedná se o položky: zrakový kontakt, percepce mimiky, exprese mimiky, žádání o objekty, aktivní zájem o lidi, reakce na vlastní jméno a imitace.

Na stagnující úrovni hodnocené v obou případech hodnotou 1 uvádí asistentka tři oblasti, kterými jsou: postura těla, exprese emocí a nesouhlas. Postura těla sporadicky vykazuje známky projevů, které nejsou zcela běžné, narušují jiné aktivity, ale nevyžadují přizpůsobení okolí. Schopnost exprese emocí je omezená i v současnosti. A schopnost adekvátního neverbálního vyjádření souhlasu je také sporadická.

Položku exprese gestikulace ohodnotila při prvním kontaktu hodnotou X a v současnosti této schopnosti přidělila hodnotu 2. Dle jejího názoru se tedy v této schopnosti chlapec zlepšil a v současnosti je schopen adekvátní exprese gestikulace.

Položku aktivní zájem o okolní předměty a věci asistentka hodnotila nejprve hodnotou 1 a současněmu stavu přisuzuje hodnotu 2. Chlapec se tedy v této oblasti zlepšil od sporadického zájmu o okolní předměty k zájmu aktivnímu.

Položka použití těla jiné osoby nese první hodnotu 1 a druhou 0. Vývoj chlapce v této oblasti dle názoru asistentky je tedy od sporadického užívání těla jiné osoby k aktivnímu používání těla jiné osoby k dosažení svých potřeb.

U osmi z hodnocených oblastí asistentka uvedla změnu z úrovně 0 na úroveň 1. Jedná se o necelou polovinu hodnocených oblastí a lze tedy říci, že se v oblasti neverbální komunikace i dle názoru asistentky chlapec zlepšil.

### **Porovnání výsledků**

Z předchozího shrnutí hodnocení všech osob, které hodnotily vývoj schopnosti neverbální komunikace, lze vyčíst, že ačkoli se výpovědi jednotlivých osob liší, v oblasti neverbální komunikace je patrný posun v některých sledovaných oblastech.

Všechny tři osoby shodně hodnotily položku 17 – souhlas, na stagnující úrovni 0. Dle názoru všech není chlapec schopný adekvátního neverbálního vyjádření souhlasu. Název autorky je, že tato položka je velmi důležitá. Umět vyjádřit souhlas je zcela nezbytné pro budoucí život chlapce a pro snadnější komunikaci s okolím

Dalšími položkami, na kterých se všechny osoby při svém hodnocení shodly, jsou oblasti hodnoceny nejprve 0 a v současnosti 1. Jde o nejobsáhlejší skupinu – tedy nejčastěji se objevující změnu dle hodnocení všech tří osob. Oblastmi, ve kterých se osoby názorově shodují, jsou: zrakový kontakt, žádání o objekty, aktivní zájem o lidi a imitace. V současnosti je chlapec schopen navázat zrakový kontakt, ve kterém se objevují nějaké odchylky. Sporadicky je schopen neverbálně požádat o některé objekty zájmu. O osoby jeví větší zájem než v minulosti a také vykazuje omezenou schopnost imitace nebo se tato schopnost vyskytuje pouze sporadicky.

V dalších položkách se již v hodnocení neverbální komunikace oslovené osoby neshodují.

Jak již autorka uvedla, u všech hodnotících je nejobsáhlejší skupinou, co se počtu položek týče, skupina hodnocená nejprve hodnotou 0 a poté hodnotou 1. Logopedka tento posun hodnotí u deseti oblastí, terapeutka taktéž a asistentka u osmi oblastí. Lze tedy konstatovat, že i tento „nepatrný“ posun je posunem významným.

Dle názoru autorky je z hlediska vývoje komunikace chlapce vhodné, aby v péči odborníků zůstal a dále probíhal nácvik schopností, které nejsou zcela rozvinuty nebo stagnují na jakékoli úrovni. Stejně důležitý je i nácvik těch schopností, které chlapec již zvládl. V oblastech označených jako splněné by postupem času mohlo dojít k regresi a ztrátě naučených schopností, proto je nácvik všech dovedností a schopností komunikace důležitý i nadále.

### 5.3.2 Verbální komunikace

Tabulku a škálu hodnocení verbální komunikace je možné najít v přílohové části práce (viz příloha č. 5). Tabulka hodnotí 18 oblastí, kterými jsou: echolalie, používání slov, používání jednoduchých vět, používání vět složitějších (souvětí), spontánní užívání jiné formy komunikace, pasivní slovní zásoba, aktivní slovní zásoba, porozumění jednoduchým instrukcím, porozumění složitějším instrukcím, „mimořádné“ zájmy, neobvyklé zájmy, souhlas, nesouhlas, žádání o objekty, auditivní percepce, schopnost podělit se s druhými o vlastní potěšení, reciproční konverzace a poslední položkou je sociální komunikace.

#### Logopedka

Logopedka hodnotí dvě oblasti z obou hodnocených období hodnotou X. Těmito položkami jsou: aktivní slovní zásoba a reciproční konverzace. Tyto oblasti dle názoru logopedky není možné hodnotit.

Oblasti, které stagnují na hodnocené úrovni 0 (neschopnost používat tyto oblasti) je celkem jedenáct. Do těchto oblastí patří: používání jednoduchých vět, používání složitějších vět (souvětí), pasivní slovní zásoba, porozumění jednoduchým instrukcím, porozumění složitějším instrukcím, neobvyklé zájmy, souhlas, nesouhlas, žádání o objekty, schopnost podělit se s druhými o vlastní potěšení a sociální komunikace.

Změna ve schopnostech jedince hodnocené nejprve 0 a poté 1 tvoří další skupinu. Tyto vlastnosti a schopnosti se u chlapce během prvního hodnocení neobjevovaly, chlapec nebyl schopný tyto činnosti vykonat. V současnosti jsou tyto oblasti hodnoceny 1, což znamená, že chlapec těmito vlastnostmi již disponuje, ale v omezené míře nebo jen občas. Tyto oblasti jsou celkem čtyři, jsou jimi: echolalie, používání slov, spontánní užívání jiné formy komunikace a auditivní percepce.

„Mimořádné“ zájmy logopedka hodnotí na stagnující úrovni 2, což znamená, že se žádné mimořádné zájmy u chlapce neobjevovaly v minulosti, ani v současnosti.

#### Terapeutka

Terapeutka hodnotí tři položky v obou obdobích hodnotou X. Těmito položkami jsou: aktivní slovní zásoba, „mimořádné“ zájmy a neobvyklé zájmy (i navzdory tomu, že položkám týkající se zájmů dle hodnotící škály hodnotu X přiřadit nelze). Terapeutka uvádí, že tyto položky u chlapce nelze hodnotit.

Terapeutka hodnotí skupinu oblastí, které stagnují na hodnocené úrovni 0. V této skupině se nachází jedenáct oblastí, kterými jsou: používání slov, používání jednoduchých vět,

používání složitějších vět (souvětí), porozumění složitějším instrukcím, souhlas, nesouhlas, žádání o objekty, auditivní percepce, schopnost podělit se s druhými o vlastní potěšení, reciproční konverzace a sociální komunikace.

Další skupinu tvoří změna ve schopnostech jedince hodnocených při prvním kontaktu 0 a v současnosti 1. Tyto vlastnosti a schopnosti se u chlapce během prvního hodnocení neobjevovaly, chlapec nebyl schopný tyto činnosti vykonat a v současnosti jsou hodnoceny 1, což znamená, že chlapec těmito vlastnostmi a schopnostmi již disponuje, ale v omezené míře nebo je vykoná jen občas. Terapeutka do této skupiny řadí také čtyři položky, kterými jsou: echolalie, spontánní užívání jiné formy komunikace, pasivní slovní zásoba a porozumění jednoduchým instrukcím.

### **Asistentka**

Asistentka hodnotí v obou obdobích hodnotou X pouze položku aktivní slovní zásoba.

Asistentka také uvádí skupinu oblastí, které stagnují na hodnocené úrovni 0. Jde o neschopnost chlapce používat tyto oblasti v komunikační situaci. Do této skupiny řadí devět oblastí, kterými jsou: používání slov, používání jednoduchých vět, používání složitějších vět (souvětí), porozumění jednoduchým instrukcím, porozumění složitějším instrukcím, souhlas, žádání o objekty, schopnost podělit se s druhými o vlastní potěšení a reciproční konverzaci.

Další skupinu tvoří změny ve schopnostech jedince hodnocených 0 při prvním kontaktu a v současnosti 1. Tyto vlastnosti a schopnosti se u chlapce během prvního hodnocení neobjevovaly, chlapec nebyl schopný tyto činnosti vykonat. V současnosti jsou hodnoceny 1, což znamená, že chlapec těmito vlastnostmi a schopnostmi již disponuje, ale v omezené míře nebo jen občas. Do této skupiny patří tři položky, kterými jsou: spontánní užívání jiné formy komunikace, nesouhlas a sociální komunikace.

„Mimořádné“ zájmy asistentka hodnotí na stagnující úrovni 2 (stejně jako hodnocení logopedky). U chlapce se tedy během sledovaného období žádné mimořádné zájmy neobjevují.

Asistentka dále hodnotila tři oblasti na stagnující úrovni 1. Těmito oblastmi jsou: pasivní slovní zásoba, neobvyklé zájmy a auditivní percepce. Hodnota 1 u položky pasivní slovní zásoba znamená, že se nachází na hranici mentálního a chronologického věku v obou obdobích. U položky neobvyklé zájmy hodnota 1 představuje výskyt neobvyklých zájmů, jež ale nenarušují jiné aktivity, a u položky auditivní percepce znamená, že se u dítěte vyskytuje hyposenzitivita nebo hypersenzitivita na auditivní stimuly.

Specifickou skupinu tvoří poslední položka. Tu asistentka nejprve hodnotila 1 a poté 2. Jde o položku echolalie. Při prvním kontaktu se echolalie objevovala sporadicky, zatímco v současnosti je echolalie přítomným jevem.

### **Porovnání výsledků**

Z předchozího výčtu hodnocení všech oslovených osob lze vypožorovat i v oblasti verbální komunikace jisté zlepšení, ačkoli rozdíl ve vývoji oblastí verbální komunikace není tak markantní, jak je tomu v oblasti neverbální komunikace.

Všechny osoby se shodují v obou hodnotách u položky aktivní slovní zásoba. V obou obdobích je položka hodnocená X. Tuto oblast tedy není možné ani v současnosti hodnotit.

Všechny také shodně označily pět oblastí na stagnující úrovni 0. Těmito oblastmi jsou: používání jednoduchých vět, používání složitějších vět (souvětí), porozumění složitějším instrukcím, souhlas, žádání o objekty a schopnost podělit se s druhými o vlastní potěšení. V těchto oblastech nelze pozorovat zlepšení

Shodně hodnocená všemi oslovenými je i oblast: spontánní užívání jiné formy komunikace. Tato oblast byla nejprve hodnocená 0 a v současnosti všemi opět stejně ohodnocená hodnotou 1. Lze tedy v této oblasti pozorovat jisté zlepšení. Dle názoru autorky jde o počátek aktivního používání obrázkového komunikačního systému jako náhradní komunikace.

U verbální komunikace hodnotící osoby neuvádí takový posun, jaký se objevoval v oblasti neverbální komunikace. Všichni hodnotitelé se shodují, že převážná většina vlastností stagnuje na úrovni 0 u všech osob. Logopedka na stagnující úrovni 0 uvádí celkem devět oblastí, terapeutka jedenáct a asistentka devět. Oblasti, které se z úrovně 0 změnilly na úroveň 1, jsou dle logopedky čtyři, dle terapeutky také čtyři a dle asistentky tři. Verbální komunikace evidentně také prochází změnami a vývojem. Tyto změny ale nejsou tak značně viditelné a pravděpodobně rychlé, jako je tomu u komunikace neverbální.

Dle názoru autorky je z hlediska podpory vývoje komunikace chlapce vhodné pokračovat v logopedické intervenci, v terapiích v CTA a také věnovat pozornost komunikaci doma v rodinném prostředí. Je nutné podporovat schopnosti, které se nelepší a stagnují, ale také ty, které již nějakým vývojem prošly, aby se u chlapce upevnily a nedošlo k úbytku již získaných schopností.

## 5.4 Závěr praktické části

Hlavním cílem empirické části diplomové práce bylo analyzovat vývoj komunikace chlapce s diagnózou dětského autismu. Autorka sledovala chlapce v časovém období dvou let v jeho přirozeném prostředí, ale také v prostředí MŠ.

Praktická část byla rozdělena do šesti dílčích cílů. Jednotlivými kroky bylo: vytvoření podrobné anamnézy na základě rozhovoru s matkou, vytvoření podrobného popisu lékařské anamnézy na základě dostupných lékařských zpráv, třetím krokem bylo opakované ohodnocení schopností chlapce dle EHP, čtvrtý krok představovalo ohodnocení současného stavu chlapce jeho matkou, pátý krok se týká hodnocení vývoje vybraných rysů chování, komunikace a interakce chlapce v MŠ a poslední krok představoval vyhodnocení a porovnání závěrů týkající se komunikace chlapce od jiných zainteresovaných osob a odborníků (klinická logopedka, terapeutka z CTA a osobní asistentka z MŠ).

Na základě hlavního výzkumného cíle a dílčích cílů byly stanoveny výzkumné otázky, na které se autorka nyní pokusí odpovědět:

### **Jak se měnily oblasti hodnocené edukačně hodnotícím profilem postupem času?**

Jak lze sledovat ve vývojových profilech chlapce (graf 1 – graf 6), jeho schopnosti se nejčastěji ve všech oblastech hodnocených autorkou zlepšily a vývojový profil tedy odpovídal neustále vyššímu věkovému období.

Výjimku ovšem tvoří oblast 6 – sociální imitace a oblast 17 – taktilní vnímání. Horní hranice (hodnoceno „naznačil“) oblasti 6 dle hodnocení autorky odpovídá ve všech hodnocených obdobích vývojové úrovni 6 měsíců. A u oblasti 17 vývojová úroveň stagnuje (hodnoceno „naznačil“) na vývojové úrovni 24 měsíců během všech pěti hodnocení.

Oblast 1 – sociální vývoj se ve všech vývojových profilech měnil na vyšší vývojovou úroveň než při hodnocení předchozím. V této dovednosti lze tedy sledovat jistý vývoj.

Oblast 2 – komunikace – receptivní řeč – se ve všech vývojových grafech lepší oproti předchozímu. Během prvních tří období byly schopnosti chlapce hodnoceny pouze jako „naznačil“. Čtvrté a páté hodnocení již obsahuje obě hranice, tedy i schopnosti hodnocené „splnil“. Oblast receptivní řeči, stejně jako oblast 1 – sociální komunikace, vykazuje známky vývoje a zlepšení.

Oblast 3 – komunikace – expresivní řeč – verbální vyjadřování – během prvních dvou období tato schopnost stagnuje (hodnoceno „splnil“) na vývojové úrovni 6 měsíců. Při dalších

hodnoceních se již zvedá horní i spodní hranice sloupce grafu. Verbální vyjadřování se v průběhu času také lepší.

Oblast 4 – komunikace – expresivní řeč – neverbální vyjadřování – v období mezi prvním a druhým hodnocením se u oblasti 4 zvedla pouze horní hranice a spodní hranice („splnil“) zůstala na úrovni 7 měsíců. Horní hranice ale od druhého hodnocení zůstává na stejné úrovni 14 měsíců. Spodní hranice obdobně jako horní, ale teprve od hodnocení třetího, stagnuje na stejné úrovni 8,5 měsíců – 9 měsíců. I v této oblasti se schopnosti chlapce vyvíjejí a zlepšují.

Oblast 5 – motorická imitace – sloupec vývojového grafu z prvního hodnocení je na úrovni 12 měsíců (hodnoceno „naznačil“). Od druhého hodnocení se nepatrně zvedá horní hranice sloupce (hodnoceno „naznačil“) a spodní hranice (hodnoceno „splnil“) stagnuje na úrovni 6 měsíců.

Oblast 7 – verbální imitace – tato oblast nebyla během prvních tří hodnocení ohodnocena ani jako „splnil“, ani jako „naznačil“. Při čtvrtém a pátém hodnocení jsou schopnosti na stejné úrovni a tou je horní hranice (hodnoceno „naznačil“) 14, 5 měsíce a spodní hranice (hodnoceno „splnil“) 12 měsíců.

Oblast 8 – jemná motorika – je jednou z nejlépe hodnocených oblastí. Její horní hranice i spodní hranice se postupem času mění a lze tedy sledovat její vývoj.

Oblast 9 – hrubá motorika – je nejlépe hodnocená oblast u prvních čtyř hodnocení. Jde o oblast, jejíž horní i spodní hranice se při každém hodnocení mění a zlepšuje.

Oblast 11 – sebeobsluha – stravování (jídlo, pití) a stolování – v této oblasti v průběhu času dochází ke stagnacím i regresím, ale rozdíl mezi prvním a posledním vývojovým profilem je značný. Z prvního sloupce na vývojové úrovni (hodnoceno pouze „naznačil“) 14 měsíců se schopnosti chlapce do současnosti zlepšily na horní hranici sloupce (hodnoceno „naznačil“) 23,5 měsíce a spodní hranice (hodnoceno „splnil“) je na vývojové úrovni 19,5 měsíců.

Oblast 12 – sebeobsluha – oblékání – její horní i spodní hranice postupem času roste. Dovednost v oblékání se u chlapce v průběhu času také vyvíjí a zlepšuje.

Oblast 13 – sebeobsluha – umývání – stagnace u prvních tří hodnocení na úrovni „splnil“ odpovídá 6 měsícům. U čtvrtého a pátého hodnocení spodní hranice zůstává stejná, ale horní (hodnoceno „naznačil“) roste.

Oblast 14 – sebeobsluha – používání WC – v prvním období nehodnoceno. Mezi druhým a třetím vývojovým profilem lze sledovat vývoj (hodnoceno „nesplnil“). Čtvrtý a pátý vývojový profil stagnují na stejné úrovni. I přesto, že v některých časových úsecích nedošlo k značnému vývoji, pokrok chlapce lze sledovat i v této oblasti.

Oblast 15 – zrakové vnímání – mezi prvním a druhým hodnocením spodní hranice stagnuje na 6 měsících a horní hranice se vyvíjí. Poté však horní hranice stagnuje mezi třetím a čtvrtým hodnocením na úrovni 24 měsíců.

Oblast 16 – sluchové vnímání – první tři hodnocení vykazují stagnující úroveň. Horní hranice (hodnoceno „naznačil“) je v obou případech na úrovni 9 měsíců a spodní hranice (hodnoceno „splnil“) na úrovni 3 měsíců. Čtvrté a páté hodnocení opět vykazuje stejné výsledky. Horní hranice je na úrovni 12 měsíců a spodní na úrovni 6 měsíců.

Oblast 18 – abstraktně vizuální myšlení – horní i dolní hranice během vývoje klesaly i stoupaly. Při prvním hodnocení byla horní hranice (hodnoceno „naznačil“) na úrovni 14 měsíců a spodní hranice (hodnoceno „splnil“) na úrovni 3. měsíce a při posledním hodnocení se horní hranice sloupce (hodnoceno „naznačil“) objevuje na úrovni 43 měsíců a spodní hranice na úrovni 16 měsíců. Lze tedy během doby sledovat značný pokrok i v této oblasti.

Schopnosti chlapce se tedy s ohledem na vývojové profily postupem času vyvíjejí. Ačkoli vývoj není tak rychlý a rozdíly v průběhu času nejsou tak markantní, lze konstatovat, že chlapec se novým schopnostem, vlastnostem a dovednostem učí. S ohledem na přirozené tempo jeho vývoje je dobré chlapce ve všem podporovat a motivovat, aby vývoj pokračoval neustále směrem kupředu.

### **Existují rozdíly v současném profilu dítěte (dle EHP) hodnoceném autorkou a matkou?**

Ano, rozdíly ve vývojových grafech porovnávající současný stav chlapce hodnocené nejprve autorkou a poté matkou jsou znatelné již z prvního pohledu na oba grafy (grafy 5 a 6). Srovnání současného stavu hodnoceného autorkou a matkou lze najít v grafu 8.

Některé oblasti vývojového grafu hodnoceného matkou se blíží hranici chronologického věku chlapce, zatímco oblasti hodnocené autorkou se k této hranici přibližují s minimálním rozdílem 10 měsíců.

Matkou nejlépe hodnocené oblasti jsou oblasti 18 – abstraktně vizuální myšlení, oblast 16, 17 a 18 – vnímání zrakové, sluchové a taktilní. Po těchto oblastech jsou dle matky nejsilnějšími oblastmi hrubá a jemná motorika. Tyto oblasti autorka shodně hodnotí jako nejsilnější a jejich hodnota je v těchto grafech srovnatelná s hodnotou matky. Oblast 11 – stravování a stolování hodnotí matka na nižší úrovni než autorka. U oblasti 12 – oblékání – se sloupce vývojových grafů obou hodnotitelek podobají a naopak oblasti 13 a 14 – umývání a používání WC jsou matkou hodnoceny horní a spodní hranicí okolo 2 let věku, dle autorky se horní hranice nachází okolo 2 let věku, ale spodní hranice se vyskytuje na úrovni 6 měsíců.

Oblasti 5, 6, 7 – imitace motorická, sociální a verbální matka hodnotí opět na vyšší úrovni než autorka. Stejně tak je tomu i v oblasti 1 – sociální vývoj a také v oblastech 2 (receptivní řeč), 3 (verbální komunikace) a 4 (neverbální komunikace).

U sloupců vývojového grafu, které se týkají komunikace, lze sledovat u obou hodnotících nějaké rozdíly v hodnocení. Můžeme konstatovat, že dle názoru obou je nejslabší z okruhu komunikace neverbální vyjadřování (oblast 4). Úroveň verbálního vyjadřování (oblast 3) obě hodnotící sledují na vývojové úrovni kolem jednoho roku. V oblasti receptivní řeči (oblast 2) se objevuje asi největší rozdíl, kdy autorka horní hranici (hodnoceno „naznačil“) určuje na úrovni 14,5 měsíců a spodní hranici (hodnoceno „splnil“) na úrovni 11 měsíců. Dle hodnocení matky je horní hranice této schopnosti na úrovni dvou let a spodní hranice na úrovni přibližně 16,5 měsíců.

Grafomotorika a kresba (oblast 10) je jedinou oblastí, kterou autorka hodnotí lépe než matka. A to na vývojové úrovni (hodnoceno „splnil“) přibližně 26 měsíců. Matka oblast grafomotoriky a kresby hodnotí na úrovni 18 měsíců.

Jak již autorka zmínila, rozdíly mezi grafy jsou na první pohled znatelné. Dle názoru autorky lze tyto rozdíly přičíst různým faktorům. Prvním z nich může být to, že autorka hodnotí chlapce až příliš přísně, matka je naopak při hodnocení přehnaně benevolentní a vidí výsledky, kterých chlapec nemusí dosahovat. Autorka má „nezaujatý“ pohled zvenčí, ale naopak matka s chlapcem tráví nejvíce času a nejvíce pokroků je sledovatelných právě v období, kdy je chlapec s matkou. Dalším ovlivňujícím faktorem je například i změna chování chlapce v souvislosti s tím, v jakém prostředí a s jakými osobami se právě nachází.

### **Jakým způsobem se vyvíjela schopnost chlapce komunikovat (dle EHP) v průběhu času?**

Oblasti hodnotící komunikaci dle EHP jsou oblasti 2, 3 a 4. Oblast 2 hodnotí receptivní řeč a oblasti 3 a 4 expresivní řeč. Oblast 3 je zaměřena na verbální komunikaci a oblast 4 naopak na neverbální komunikaci.

Ačkoli se tyto oblasti pohybují hluboko pod schopnostmi odpovídající chronologickému věku chlapce, můžeme ve vývojových grafech sledovat jistý vývoj a pokrok.

Oblast 2 – receptivní řeč – při prvním hodnocení hodnocena pouze „naznačil“ odpovídá vývojové úrovni 9 měsíců. Při druhém hodnocení se úroveň zlepšila na 12 měsíců. Třetí hodnocení ukazuje úroveň 13 měsíců a čtvrté hodnocení již obsahuje horní hranici (hodnoceno „naznačil“) na úrovni 13,5 měsíců a spodní hranici (hodnoceno „splnil“) na úrovni 9 měsíců. Poslední hodnocení vykazuje horní hranici (hodnoceno „naznačil“) na úrovni 14,5 měsíců a spodní hranice (hodnoceno „splnil“) se nachází na úrovni 11 měsíců.

Receptivní řeč se tedy postupem času vyvíjí a nedochází k její regresi nebo stagnaci. Vývoj této schopnosti ale není tak markantní a značný, jako u intaktních vrstevníků chlapce.

Oblast 3 – verbální komunikace – při prvním a druhém hodnocení byla tato schopnost hodnocena „splnil“ a odpovídala úrovni 6 měsíců. U třetího hodnocení se tato hodnota stala spodní hranicí a přibyla horní hranice (hodnoceno „naznačil“) na úrovni 9 měsíců. Čtvrté hodnocení vykazuje horní hranici této schopnosti (hodnoceno „naznačil“) na úrovni 15 měsíců a spodní hranici (hodnoceno „splnil“) na úrovni 10,5 měsíců. Poslední hodnocení opět ukazuje posun schopností v receptivní řeči, a to na úroveň 16 měsíců jako horní hranici (hodnoceno „naznačil“) a 12 měsíců jako spodní hranici (hodnoceno „splnil“). Schopnosti verbální komunikace u chlapce se v průběhu času vyvíjejí a zlepšují. Ačkoli vývojová úroveň v žádném z hodnocených období neodpovídá chlapcově chronologickému věku, lze konstatovat, že se jeho schopnosti v této oblasti vyvíjejí správným směrem.

Oblast 4 – neverbální komunikace – při prvním hodnocení sloupec ukazuje horní hranici (hodnoceno „naznačil“) na úrovni 12 měsíců a spodní hranici (hodnoceno „splnil“) na úrovni 7 měsíců, u druhého hodnocení odpovídá spodní hranice stejné úrovni, jako při prvním hodnocení, ale horní hranice (hodnoceno „naznačil“) se posunula na úroveň 14 měsíců. Sloupec u třetího hodnocení ukazuje stejnou horní hranici (hodnoceno „naznačil“) na úrovni 14 měsíců a spodní hranice (hodnoceno „splnil“) se posunula na úroveň 8,5 měsíců. Sloupec u čtvrtého hodnocení vypadá stejně jako u třetího hodnocení, k žádnému vývoji nedošlo a při posledním hodnocení se zvedla spodní hranice (hodnoceno „splnil“) na úroveň 9 měsíců. Neverbální komunikace tedy postupem času také přináší nové schopnosti a celková vývojová úroveň chlapce v této oblasti roste. Neodpovídá jeho chronologickému věku a pokrok není tak značný, ale je přítomný.

### **Jakým způsobem byla ovlivněna komunikační schopnost chlapce při zavedení komunikačního systému VOKS?**

Rodina s VOKS začala pracovat v létě 2015, tedy přesně v období mezi prvním a druhým hodnocením schopností chlapce dle EHP. Chlapec si na novou metodu komunikace musel nějakou dobu zvykat. Ve vývojových grafech z prvních tří hodnocení (graf 1, 2 a 3) v oblasti komunikace (oblast 2, 3 a 4) nelze sledovat žádné výrazné změny. Oblast 2 sleduje receptivní řeč, oblast 3 sleduje expresivní řeč, verbální vyjadřování a oblast 4 také expresivní řeč, ale neverbální vyjadřování. Při zavádění metody VOKS u chlapce se žádný z těchto sloupců výrazně nemění, autorka tedy usuzuje, že chlapec se během sledovaného období jednoho roku naučil pracovat s obrázky a ke komunikaci tedy nepotřeboval využívat ani jednu z oblastí

týkajících se komunikace hodnocených v EHP. Při komunikaci s ním dospělí používali kartičky a stejně tak i když chtěl chlapec něco vyjádřit, komunikoval prostřednictvím kartiček. Skrze verbální a neverbální komunikaci se nedorozumíval. Echolálie se začala objevovat až během roku 2017.

### **Jak se vyvíjely sledované oblasti chlapce v MŠ?**

V MŠ autorka provedla sledování vývoje vybraných rysů chování, komunikace a interakce chlapce. Oblastí bylo celkem 15 a k účelům hodnocení byla vytvořena škála (viz příloha č. 3). Na základě sledování ve třech intervalech se vytvořilo 5 skupin hodnocení, podle shody v hodnocení.

První skupinu tvoří tři oblasti, které stagnují na úrovni 0 „neschopnost provést činnost“. Těmi jsou: používá slova k navázání kontaktu, komunikuje s vrstevníky a reakce na pokusy o navázání kontaktu od vrstevníků. V těchto oblastech tedy nedošlo k žádnému výraznému posunu.

Do druhé skupiny patří čtyři z vybraných oblastí, které se zlepšily při posledním hodnocení z 0 („nesplnil“) na 1 („naznačil/částečně splnil“), první dvě návštěvy v MŠ chlapec nebyl schopen tyto činnosti vykonat a při posledním sledování byl chlapec schopen naznačit nebo částečně splnit požadavky. Jde o oblasti: imitace vrstevníků, reakce na oslovení, navazování zrakového kontaktu a užívání slov v MŠ (kdy echolalicky opakoval slovo „fuj“).

Třetí skupinu schopností tvoří ty oblasti, které chlapec nejprve nevykonával (hodnota 0). Ve druhém a třetím sledování naznačil nebo částečně splnil (hodnota 1). Oblasti zlepšené na úroveň naznačení schopností nebo částečného splnění jsou dvě. Jsou jimi: používání komunikačních kartiček k navázání kontaktu a komunikace s dospělými.

Ve čtvrté skupině jsou zahrnuty ty oblasti, které chlapec během všech tří pozorování „naznačil nebo částečně splnil“. K těmto oblastem patří: tolerance dospělých ve své přítomnosti, tolerance vrstevníku ve své přítomnosti a reakce na pokusy o navázání kontaktu od dospělých.

Poslední skupinou jsou oblasti hodnocené během prvních dvou návštěv hodnotou 1 („naznačil nebo částečně splnil“) a při poslední návštěvě již hodnotou 2 („splnil“). Tyto oblasti jsou celkem tři a to: spontánní navazování kontaktu, používání kartiček AAK pro žádost o předmět zájmu a spokojenost chlapce v MŠ.

I u vývoje vybraných oblastí sledovaných v MŠ lze najít některé, které stagnují na určité úrovni, neobjevují se ale položky, kdy by schopnost chlapce něco vykonat najednou zmizela. Pokroky v hodnocení jsou zřejmé, i když ne prudké nebo rychlé. Autorka se domnívá,

že pokud by sledování dítěte v MŠ probíhalo i nadále, po delší časové období, byly by rozdíly znatelnější.

### **Liší se od sebe názory na vývoj komunikace ostatních zainteresovaných osob a odborníků z chlapcova okolí?**

Názory na vývoj komunikace u chlapce dle ostatních zainteresovaných lidí a odborníků se výrazně neliší, ale nejsou zcela shodná. Můžeme říci, že jejich názory na vývoj verbální a neverbální komunikace se vesměs podobají. Všichni vidí určité pokroky a vývoj, často ale v odlišných oblastech hodnocených v tabulkách. V neverbální komunikaci jsou pokroky znatelnější dle všech hodnotících a ve verbální komunikaci lze také určité pokroky sledovat, i když ne v takové míře a v tolika sledovaných oblastech jako u neverbální komunikace. Některé výsledky hodnotících byly zcela shodné. V tabulce neverbální komunikace se zcela shodovaly výsledky vývoje v pěti oblastech. Těmito oblastmi jsou: zrakový kontakt, žádání o objekty, aktivní zájem o lidi, imitace a souhlas. Obdobné výsledky lze sledovat v tabulce verbální komunikace. V hodnocení verbální komunikace se zcela shodovaly výsledky v osmi oblastech. Těmito oblastmi jsou: používání jednoduchých vět, používání složitějších vět (souvětí), spontánní užívání jiné formy komunikace, aktivní slovní zásoba, porozumění složitějším instrukcím, souhlas, žádání o objekty a schopnost podělit se s druhými o vlastní potěšení.

Názory všech hodnotících nejsou zcela identické, nejsou ale ani zcela protichůdné. Lze tedy říci, že názory na vývoj komunikace všech hodnotících jsou obdobné.

## Závěr

Porucha autistického spektra je v MKN 10 definována jako pervazivní vývojová porucha. Symptomy jsou u každého jedince s touto poruchou jiné a mohou se projevovat v různé míře a rozsahu, výrazné deficity se objevují v komunikaci jedinců s poruchou autistického spektra. Komunikace je velmi důležitá pro každodenní život všech osob a nelze-li rozvinout verbální komunikaci, je důležité pracovat na rozvoji jiné formy komunikace. Náhradní komunikací může být například systém VOKS. Používání tohoto systému nebrání rozvoji verbální a neverbální komunikace, proto je vhodným systémem pro osoby s PAS.

Teoretická část práce se věnuje popisu poruch autistického spektra a komunikaci.

Hlavním cílem praktické části práce byl popis vývoje komunikace u chlapce s PAS a dílčími cíli byl popis anamnézy a lékařských vyšetření, ohodnocení chlapce dle EHP v průběhu dvou let, ohodnocení současného stavu dle EHP matkou Jiřího, sledování vývoje v určitých oblastech v MŠ a nakonec porovnání názorů na vývoj verbální a neverbální komunikace jednotlivými zainteresovanými osobami a odborníky. Z hlavního cíle a dílčích cílů byly stanoveny výzkumné otázky. Na základě výsledků výzkumu byly dílčí cíle naplněny a výzkumné otázky zodpovězeny.

Výsledky hodnocení chlapce dle EHP ilustrují fakt, že schopnosti chlapce se postupem času vyvíjejí. Jistý vývoj ve schopnostech jedince lze sledovat i během průběžného hodnocení vybraných rysů chování, komunikace a interakce chlapce v MŠ. Stejný vývoj zaznamenávají i jiné zainteresované osoby a odborníci. Jejich výsledky však nejsou zcela shodné, ale ani zcela rozdílné, lze tvrdit, že jsou porovnatelné. V neverbální komunikaci se hodnotící shodují, že nejvíce oblastí zde hodnocených se z naprosté neschopnosti vykonat je zlepšily na jejich alespoň částečné nebo občasné plnění. Zatímco u verbální komunikace vidí nejvíce oblastí na úrovni, kdy chlapec nebyl schopen tyto činnosti vykonat v minulosti ani v současnosti. Ze zjištěných výsledků tedy vyplývá fakt, že k progresi komunikace chlapce je velice důležitá spolupráce odborníků mezi sebou. Důvodem může být jejich odlišný náhled na tuto problematiku a také jejich odlišný přístup. Důležitá je také spolupráce rodičů s těmito odborníky a ochota a vytrvalost věnovat se synovi v takové míře, která bude k jeho dalšímu vývoji zapotřebí.

## Seznam použité literatury

- BERANOVÁ, I. et al. 2014. Specifické diagnostické metody. In: HRDLIČKA, M.; KOMÁREK, V., ed. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. 2., dopl. vyd. Praha: Portál, 2014. s. 91–106. ISBN 978-80-262-0686-6.
- BEYER, J.; GAMMELTOFT L. *Autismus a hra: příprava herních aktivit pro děti s autismem*. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-157-3.
- BONDY, A.; FROST, L. *Vizuální komunikační strategie v autismu*. Přeložila STRNADOVÁ, I. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2053-1.
- BUNTOVÁ, D.; TICHÁ, E. 2016. Autizmus. In: KEREKRÉTIOVÁ, A. et al. *Logopédia*. 1., vyd. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislavě, 2016. s. 162 – 178. ISBN 978-80-223-4165-3.
- Centrum Terapie Autismu [online]. C(T)A), c2014 [cit. 2017-06-04]. Dostupné z: <http://www.cta.cz/>
- ČADILOVÁ, V.; THOROVÁ, K.; ŽAMPACHOVÁ, Z. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb - část II*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2012. ISBN 978-80-244-3054-6.
- ČADILOVÁ, V.; ŽAMPACHOVÁ, Z. *Edukačně-hodnotící profil dítěte s poruchou autistického spektra*. 4. vydání. Praha: Pasparta, 2015. ISBN 978-80-905993-6-9.
- ČADILOVÁ, V.; ŽAMPACHOVÁ, Z. *Metodika práce se žákem s poruchami autistického spektra*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3309-7.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5tm*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, c2013. ISBN 978-0-89042-555-8.
- DITTRICHOVÁ, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. 2005. Metody hodnocení psychického vývoje dítěte raného věku. In: ŘÍČAN, P. et al. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. s. 333 – 325. ISBN 978-80-247-1049-5.
- DUDOVÁ, I.; BERANOVÁ, Š.; HRDLIČKA, M. Screening a diagnostika dětského autismu v raném dětství. *Pediatric pro praxi* [online]. 2013, **14**(3), 153-156 [cit. 2017-02-12]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/03/02.pdf>.

- DUDOVÁ, I.; MOHAPLOVÁ, M. Poruchy autistického spektra - 2. díl. *Pediatr. praxi*. [online]. 2016, 17(4), 204 - 207 [cit. 2017-05-25]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2016/04/02.pdf>.
- DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. 3., upr. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. Logopaedia clinica. ISBN 978-80-902536-6-7.
- EDELSBERGER, T.; SOVÁK, M.; EDELSBERGER, L. (eds.). *Defektologický slovník*. 3. upr. vyd. Jinočany: H & H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.
- GILLBERG, Ch.; PEETERS, T. *Autismus - zdravotní a výchovné aspekty: výchova a vzdělávání dětí s autismem*. 3., vyd. Přeložila JELÍNKOVÁ, M. Praha: Portál, 2008. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-498-4.
- HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.
- HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-x.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- HORÁKOVÁ, A. 2012. Lexikálně – sémantická jazyková rovina. In: VRBOVÁ, R. et al. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb - část II*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2012. s.27 – 31. ISBN 978-80-244-3056-0.
- HORŇÁKOVÁ, K.; KAPALKOVÁ, S.; MIKULAJOVÁ, M. *Jak mluvit s dětmi: od narození do tří let*. Praha: Portál, 2009. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 978-80-7367-612-4.
- HRDLIČKA, M. 2008. Dětský autismus. In: HORT, V et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2., vyd. Praha: Portál, 2008. s. 133–140. ISBN 978-80-7367-404-5.
- HRDLIČKA, M. 2014. Klinický obraz dětského autismu. In: HRDLIČKA, M.; KOMÁREK, V., ed. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. 2., dopl. vyd. Praha: Portál, 2014. s. 34–46. ISBN 978-80-262-0686-6.

- JEHLÍČKOVÁ, J. 2012. Pragmatická jazyková rovina. In: VRBOVÁ, R. et al. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb - část II*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2012. s. 35 – 43. ISBN 978-80-244-3056-0.
- KÁBRT, J.; VALACH, V. *Stručný lékařský slovník: Učebnice pro zdravotnické školy*. Avicenum, 1972.
- KEJKLÍČKOVÁ, I. *Vady řeči u dětí: návody pro praxi*. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3941-0.
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1110-2.
- KRAUS, J. *Nový akademický slovník cizích slov A-Ž*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1351-2.
- KREJČÍŘOVÁ, D. 2005. Mentální retardace a pervazivní vývojové poruchy. In: ŘÍČAN, P. et al. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. s. 195 – 223. ISBN 978-80-247-1049-5.
- LAUDOVÁ, L. 2003. Augmentativní a alternativní komunikace. In: ŠKODOVÁ, E. et al. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. s. 561 – 577. ISBN 80-7178-546-6.
- LECHTA, V. 2003. Metody logopedické intervence. In: ŠKODOVÁ, E. et al. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. s. 37 – 43. ISBN 80-7178-546-6.
- LECHTA, V. 2016. Základné poznatky o logopédii. In: KEREKRÉTIOVÁ, A. et al. *Logopedická propedeutikaa*. 1., vyd. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislavě, 2016. s. 13 – 31. ISBN 978-80-223-4164-6.
- LECHTA, V. et al. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2., aktualiz. vyd. Přeložila KŘÍŽOVÁ, J. Praha: Portál, 2011b. ISBN 978-80-7367-901-9.
- LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 3., dopl. a přeprac. vyd. Přeložila KŘÍŽOVÁ, J.. Praha: Portál, 2011a. ISBN 978-80-7367-977-4.
- LORD, C. et al. *Journal of Autism and Developmental Disorders* [online]. **30**(3), 205-223 [cit. 2017-05-25]. DOI: 10.1023/A:1005592401947. ISSN 01623257. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1023/A:1005592401947>.

- LÖRINCZOVÁ, L. 2014. PECS – The Picture Exchange Communication System (výměnný obrázkový komunikační systém). In: ŠAROUNOVÁ, J. et al. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0716-0.
- MASOPUSTOVÁ, Z.; LACINOVÁ, L. Raná diagnostika dětského autismu. *Pediatr. pro praxi* [online]. 2006, 9(3), 161 - 163 [cit. 2017-05-26]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2006/04/06.pdf>.
- MENKES, J., H.; SARNAT, H., B.; MARIA, B., L. *Dětská neurologie*. 7., vyd. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-341-7.
- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1. 1. 2009. 2., aktualiz. vyd.* Praha: Bomton Agency, 2008. ISBN 978-80-904259-0-3.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
- MLČÁKOVÁ, R. 2012. Foneticko – fonologická jazyková rovina. In: VRBOVÁ, R. et al. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb - část II*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2012. s. 12 – 18. ISBN 978-80-244-3056-0.
- MLČÁKOVÁ, R. 2014. Speciální pedagogika osob s narušenou komunikační schopností. In: VALENTA, M. et al. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, 2014. s. 43 – 64. ISBN 978-80-262-0602-6.
- Ottova všeobecná encyklopedie ve dvou svazcích*. Praha: Ottovo nakladatelství v divizi Cesty, 2003. ISBN 80-7181-959-x.
- PASTIERIKOVÁ, L. *Poruchy autistického spektra*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3732-3.
- PEČEŇÁK, J. 2002. Diagnostika dětského autizmu. In: LECHTA, V. et al. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 2., vyd. Martin: Vydavatelství Osveta, 2002. ISBN 80-8063-100-X.
- PEČEŇÁK, J. Diagnostika dětské autismu. In: LECHTA, V. et al. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Přeložila KŘÍŽOVÁ, J. Praha: Portál, 2003. s. 262 – 279. ISBN 80-7178-801-5.

- PEETERS, T. *Autismus: od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci*. Praha: Scientia, 1998. ISBN 80-7183114-x.
- PRELOCK, P., A. *Autism spectrum disorders: issues in assessment and intervention*. Austin, Tex.: Pro-Ed, c2006. ISBN 1-4164-0129-6.
- PRŮCHA, J.; MAREŠ, J; WALTEROVÁ E. *Pedagogický slovník*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-772-8.
- PRŮCHA, J.; WALTEROVÁ, E.; MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 6., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-647-6.
- RABOCH, J.; HRDLÍČKA, M.; MOHR, P.; PAVLOVSKÝ, P.; PTÁČEK, R., ed. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.
- RICHARD, G., J. *The source for autism*. East Moline, IL: LinguiSystems, c1997. ISBN 0-7606-0146-1.
- RICHMAN, S. *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. 2., vyd. Přeložila JELÍNKOVÁ, M. Praha: Portál, 2008. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-424-3.
- ŘÍHOVÁ, A.; VITÁSKOVÁ, K. *Logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra: odborná publikace pro logopedy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-2908-3.
- SEDLÁČEK, M. 2007. Případová studie. In: ŠVARŘÍČEK, R.; ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- SCHLOSSER, R. W.; WENDT, O. Effects of Augmentative and Alternative Communication Intervention on Speech Production in Children With Autism: A Systematic Review. *American Journal of Speech-Language Pathology* [online]. 2008, 17(3), 212 - 230 [cit. 2017-05-26]. DOI: 1058-0360/08/1703-0212. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=bb40cd54-0940-44b7-93f5-d2d3e9dec4f1%40sessionmgr120&vid=13&hid=127>.
- STRAUSSOVÁ, R.; KNOTKOVÁ, M. *Průvodce rodičů dětí s poruchou autistického spektra: jak začít a proč*. Praha: Portál, 2011. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0002-4.

STRUNECKÁ, A. *Přemůžeme autismus?*. Petrovice: ProfiSales, 2016. ISBN 978-8087494-23-3.

ŠAROUNOVÁ, J. et al. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0716-0.

ŠKODOVÁ, E. 2003. Symptomatické poruchy řeči. In: ŠKODOVÁ, E. et al. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. s 385 – 423. ISBN 80-7178-546-6.

THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0768-9.

THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. 2., vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0215-8.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

VOKURKA, M.; HUGO, J. *Velký lékařský slovník*. 10., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.

VOKURKA, M.; HUGO, J. *Velký lékařský slovník*. 5., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2005. Jessenius. ISBN 80-7345-058-5.

WEBER BELL, E. *Readings in autism*. Guilford, Conn: Special Learning, 1984. ISBN 0895684284.

World Health Organisation: ICD-11 Beta Draft [online]. Last Update 2017 May 25. [cit. 2017-05-26]. Dostupné z: <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en>.

## Seznam zkratek

AAK – alternativní a augmentativní komunikace

CNS – centrální nervový systém

CT – Computed Tomography – počítačová tomografie

CTA – Centrum terapie autismu

DSM – diagnostický a statistický manuál duševních poruch

EHP – Edukačně hodnotící profil dítěte s poruchou autistického spektra (do 7 let)

KS – komunikační schopnost

MKN – mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

MRI – Magnetic Resonance Imaging – magnetická rezonance

MŠ – mateřská škola

NKS – narušená komunikační schopnost

PAS – porucha autistického spektra

PECS – Picture Exchange Communication System = výměnný obrázkový komunikační systém.

SPC – speciálně pedagogické centrum

VOKS – výměnný obrázkový komunikační systém

## Seznam grafů

Graf 1: První vývojový profil chlapce, hodnoceno dne 20. 6. 2015, věk chlapce – 29 měsíců, hodnotila autorka

Graf 2: Druhý vývojový profil chlapce, hodnoceno dne 20. 11. 2015, věk chlapce – 34 měsíců, hodnotila autorka

Graf 3: Třetí vývojový profil chlapce, hodnoceno dne 30. 6. 2016, věk chlapce – 41 měsíců, hodnotila autorka

Graf 4: Čtvrtý vývojový profil chlapce, hodnoceno dne 25. 11. 2016, věk chlapce – 46 měsíců, hodnotila autorka

Graf 5: Pátý vývojový profil chlapce, hodnoceno dne 21. 5. 2017, věk chlapce – 52 měsíců, hodnotila autorka

Graf 6: Šestý vývojový profil chlapce, hodnoceno dne 25. 5. 2017, věk chlapce – 52 měsíců, hodnotila matka chlapce

Graf 7: Graf porovnávající výsledky prvního a pátého hodnocení chlapce v 29 měsících a v 52 měsících

Graf 8: Graf porovnávající vývojovou úroveň chlapce v 52 měsících – jak hodnotí autorka a matka

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Dělení oddílu F 00 - F 99 Poruchy duševní a poruchy chování (MKN 10, 2008)

Tabulka 2: Psychické vývojové poruchy v oddílu F 80 – F 89 (MKN 10, 2008)

Tabulka 3: Dělení oddílu F 84 na určité diagnózy (MKN 10, 2008)

Tabulka 4: Dělení poruch autistického spektra v MKN 11 (World Health Organisation, 2017)

Tabulka 5: Škála autistických projevů v oblasti sociální interakce (Gillberg, Peeters, 2008)

Tabulka 6: Škála autistických projevů v oblasti představitosti (Gillberg, Peeters, 2008)

Tabulka 7: Škála autistických projevů v oblasti jazyka a komunikace (Gillberg, Peeters, 2008)

Tabulka 8: Přehled jednotlivých vyšetření

Tabulka 9 : Hodnocené oblasti v EHP

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 – Rodičovský screeningový dotazník M – CHAT

Příloha č. 2 – Zvláštnosti, které nacházíme ve verbálním projevu lidí s PAS

Příloha č. 3 – Hodnocení vývoje vybraných rysů chování, komunikace a interakce chlapce v MŠ

Příloha č. 4 – Tabulka a škála hodnocení neverbální komunikace

Příloha č. 5 – Tabulka a škála hodnocení verbální komunikace

Příloha č. 6 – Informovaný souhlas

Příloha č. 7 – Anamnestický dotazník

Příloha č. 8 – Schéma denního režimu v MŠ

Příloha č. 1 – Rodičovský screeningový dotazník M – CHAT (Dudová, Beranová, Hrdlička, 2013)

| Rodičovský screeningový dotazník M-CHAT                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                               |               |         |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------|---------|
| Prosím, vyplňte tento formulář podle toho, jak se vaše dítě obvykle chová. Snažte se, prosím, odpovědět na všechny otázky. Pokud se dané chování vyskytuje zřídka (např. jste si ho všimli jen jednou či dvakrát), odpovězte, prosím, jako by se vaše dítě takto nechovalo.              |                                                                                                                                               |               |         |         |
| 1.                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Má dítě potěšení z houpání, z toho, když ho pohupujete na kolenou atd.?                                                                       | Ano Ne        |         |         |
| 2.                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Projevuje dítě zájem o jiné děti?                                                                                                             | Ano Ne        |         |         |
| 3.                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Vylézá dítě rádo na věci, jako na schůdky atd.?                                                                                               | Ano Ne        |         |         |
| 4.                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Baví dítě hra typu „kuk-kukuč“ či na schovávanou?                                                                                             | Ano Ne        |         |         |
| 5.                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Napodobuje dítě někdy například telefonování, péči o panenku nebo jinou činnost?                                                              | Ano Ne        |         |         |
| 6.                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Používá dítě někdy svůj ukazováček k tomu, aby ukázalo, že něco požaduje?                                                                     | Ano Ne        |         |         |
| 7.                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Užívá dítě někdy ukazováček k tomu, aby ukázalo, že má o něco zájem?                                                                          | Ano Ne        |         |         |
| 8.                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Dokáže si dítě správně hrát s drobnými hračkami (např. kostkami nebo autíčky), aniž by je bralo do úst, obracelo mezi prsty nebo jimi házelo? | Ano Ne        |         |         |
| 9.                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Přináší dítě někdy předměty, aby vám něco ukázalo?                                                                                            | Ano Ne        |         |         |
| 10.                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Dívá se vám dítě do očí déle než jednu, dvě vteřiny?                                                                                          | Ano Ne        |         |         |
| 11.                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Jeví se dítě někdy přecitlivěle na hluk? (např. zacpává si uši)                                                                               | Ano Ne        |         |         |
| 12.                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Usmívá se dítě v odpovědi na váš obličej nebo váš úsměv?                                                                                      | Ano Ne        |         |         |
| 13.                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Napodobuje vás dítě (např. když uděláte nějakou grimasu)?                                                                                     | Ano Ne        |         |         |
| 14.                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Odpoví dítě na své jméno, když ho zavoláte?                                                                                                   | Ano Ne        |         |         |
| 15.                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Ukážete-li na hračku přes místnost, podívá se dítě na ni?                                                                                     | Ano Ne        |         |         |
| 16.                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Chodí vaše dítě?                                                                                                                              | Ano Ne        |         |         |
| 17.                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Dívá se dítě na věci, na které se díváte vy?                                                                                                  | Ano Ne        |         |         |
| 18.                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Dělá dítě neobvyklé pohyby prsty blízko svého obličeje?                                                                                       | Ano Ne        |         |         |
| 19.                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Snaží se dítě upoutat vaši pozornost na to, co právě dělá?                                                                                    | Ano Ne        |         |         |
| 20.                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Přemýšleli jste někdy nad tím, není-li dítě hluché?                                                                                           | Ano Ne        |         |         |
| 21.                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Rozumí dítě tomu, co lidé říkají?                                                                                                             | Ano Ne        |         |         |
| 22.                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Zírá dítě někdy do prázdna, nebo jen tak bezcílně popochází?                                                                                  | Ano Ne        |         |         |
| 23.                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Podívá se dítě na váš obličej, aby zjistilo vaši reakci, když se setká s něčím neobvyklým?                                                    | Ano Ne        |         |         |
| Vyhodnocení testu M-CHAT: výsledek dotazníku je pozitivní, pokud jsou ve dvou a více tzv. kritických položek abnormální odpovědi nebo jsou abnormální odpovědi ve třech a více jakýchkoliv položek. V tabulce abnormálních odpovědí jsou kritické položky uvedené tučně velkými písmeny. |                                                                                                                                               |               |         |         |
| 1. Ne                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 6. Ne                                                                                                                                         | 11. Ano       | 16. Ne  | 21. Ne  |
| 2. <b>NE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             | 7. <b>NE</b>                                                                                                                                  | 12. Ne        | 17. Ne  | 22. Ano |
| 3. Ne                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 8. Ne                                                                                                                                         | 13. <b>NE</b> | 18. Ano | 23. Ne  |
| 4. Ne                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 9. <b>NE</b>                                                                                                                                  | 14. <b>NE</b> | 19. Ne  |         |
| 5. Ne                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 10. Ne                                                                                                                                        | 15. <b>NE</b> | 20. Ano |         |

Příloha č. 2 – Zvláštnosti, které nacházíme ve verbálním projevu lidí s PAS (Thorová, 2016, s. 114 – 116)

| Název problému                                                                            |                                                    | Příčina                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Echolalie bezprostřední bez komunikačního významu (reflexní)                              |                                                    | Reflexní opakování slyšeného.                                                                                                                                                                                                                                  |
| Efekt posledního slova (forma nefunkční bezprostřední echolalie)                          |                                                    | Reflexní opakování slyšeného.                                                                                                                                                                                                                                  |
| Echolalie bezprostřední s komunikačním významem                                           |                                                    | Dílčí porozumění řeči, potíže se syntaxí, rigidita v zacházení s jazykem.                                                                                                                                                                                      |
| Semiecholalie, zájmena zájmen a rodů                                                      |                                                    | Potíže s gramatickými pravidly, rigidní uchopování pravidel.                                                                                                                                                                                                   |
| Echolalie opožděná bez komunikační funkce                                                 |                                                    | Prostá snaha o navázání sociálního kontaktu, může redukovat úzkost nebo může fungovat jako autostimulační stereotypní chování pro potěšení.                                                                                                                    |
| Echolalie opožděná plnící komunikační funkci (pokud je dešifrovaná)                       |                                                    | Potíže s významem slov a výrazů, dítě přiřazuje situacím slova ne podle jejich lingvistického významu, ale podle konkrétní situace, kdy je slyšelo.<br>Často je používána v době emočního rozrušení, nejistoty nebo jako pomoc při kontrole vlastního chování. |
| Frazeologismy                                                                             |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Nepřiměřený, aktivní – zvláštní kontakt                                                   |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Citová nepřiměřenost, příliš excentrický škrobený jazyk                                   |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Verbální provokace s agresivním, destruktivním, šokujícím, sociálně nepřijatelným obsahem |                                                    | Snaha o navázání předvídatelného kontaktu, získání pozornosti, touha zapojit se do dialogu.                                                                                                                                                                    |
| Koprolalie (nutkavé používání vulgárních slov)                                            |                                                    | Chování má nutkavý charakter.                                                                                                                                                                                                                                  |
| Literární přesnost                                                                        | doslovně a naivní odpovědi na běžné otázky         | Doslovnost, hyperrealismus, obvykle považování za drzost.                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                           | pravdivá odpověď na řečnické otázky                |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                           | naivní reakce v důsledku doslovného chápání výroku |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Neologismy (logické)                                                                      |                                                    | Touha po logičnosti v jazyce, rigidní způsob uvažování a vyjadřování (dítě odmítá neologismy opustit).                                                                                                                                                         |
| Neologismy (nová nebo zkomolená slova)                                                    |                                                    | Rigidita, touha po opravování, forma navázání kontaktu, zajištění předvídatelnosti v konverzaci. Některá slova se stávají součástí rodinného                                                                                                                   |

|                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                     | slangu.                                                                                                                                                                                                                                    |
| Verbální rigidita, negativistická forma                             | Rigidní komunikační styl, emoční nestabilita, zajištění předvídatelnosti, touha po kontrole situace.                                                                                                                                       |
| Neschopnost vyjadřovat adekvátně emoční a intimní pocity            | Potíže s jazykovým významem u abstraktních pojmů. Podíl má handicap v sociálních dovednostech.                                                                                                                                             |
| Verbální rituály vlastní                                            | Touha po předvídatelnosti a řádu, adaptační obtíže. Má uklidňující charakter, umožňuje kontrolu nad situací.                                                                                                                               |
| Verbální rituály a rigidní způsob vyjadřování vyžadované od druhých |                                                                                                                                                                                                                                            |
| Únikové chování                                                     | Nechuť ke konverzaci, neoblíbené, příliš obtížné téma, nezná odpověď a nechce to přiznat.                                                                                                                                                  |
| Přímost – pravdomluvnost – netaktnost – neslušnost                  | Potíže vžívat se do myšlení druhých lidí (chybí empatie).                                                                                                                                                                                  |
| Mluví mimo kontext                                                  | Potíže s pragmatickou stránkou jazyka. Potíže s pozorností.                                                                                                                                                                                |
| Banální, podivné a opakující se výroky a dotazy                     | Zajištění předvídatelnosti konverzace. Mluvení kvůli radosti z řeči, nikoli, že chce něco sdělit. Touha po spontánním se zapojení do konverzace, obtížná orientace v běžných sociálních situacích. Odlišné zájmy. Potíže s představivostí. |
| „Vědecké otázky“ a témata na úkor běžné konverzace                  | Obtíže s vedením běžné konverzace, nedostatek empatie a sociálního taktu.                                                                                                                                                                  |
| Komunikační egocentrismus a obtíže ve vedení dialogu                |                                                                                                                                                                                                                                            |

Příloha č. 3 – Tabulka hodnocení vývoje vybraných rysů chování, komunikace a interakce jedince v MŠ

| Sledované činnosti                                    | Výskyt tohoto chování u chlapce v MŠ |               |             |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------|-------------|
|                                                       | Sledované období                     |               |             |
|                                                       | říjen 2016                           | prosinec 2016 | květen 2017 |
| Navazuje spontánně kontakt                            |                                      |               |             |
| Používá slova k navázání kontaktu                     |                                      |               |             |
| Používá komunikační kartičky k navázání kontaktu      |                                      |               |             |
| Komunikuje s dospělými                                |                                      |               |             |
| Komunikuje s vrstevníky                               |                                      |               |             |
| Imituje vrstevníky                                    |                                      |               |             |
| Toleruje dospělé ve své přítomnosti                   |                                      |               |             |
| Toleruje vrstevníky ve své přítomnosti                |                                      |               |             |
| Reaguje na oslovení                                   |                                      |               |             |
| Reaguje na pokusy o navázání kontaktu od dospělých    |                                      |               |             |
| Reaguje na pokusy o navázání kontaktu od vrstevníků   |                                      |               |             |
| Navazuje zrakový kontakt                              |                                      |               |             |
| Užívá v MŠ slova                                      |                                      |               |             |
| Používá kartičky AAK pro žádost o jeho předmět zájmu? |                                      |               |             |
| Vypadá v MŠ spokojeně?                                |                                      |               |             |

Škála hodnocení:

X – položku nelze hodnotit

0 – neschopnost provést činnost

1 – naznačil/a nebo částečně splnil/a

2 – splnil/a

## Tabulka a škála k hodnocení neverbální komunikace

| Číslo | Položka                                                | Hodnocení                                |                         |
|-------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------|
|       |                                                        | Hodnota<br>(první kontakt s<br>chlapcem) | Hodnota<br>(současnost) |
| 1.    | Zrakový kontakt                                        |                                          |                         |
| 2.    | Percepce mimiky                                        |                                          |                         |
| 3.    | Expresce mimiky                                        |                                          |                         |
| 4.    | Percepce gestikulace                                   |                                          |                         |
| 5.    | Expresce gestikulace                                   |                                          |                         |
| 6.    | Ukazování na objekty                                   |                                          |                         |
| 7.    | Žádání o objekty                                       |                                          |                         |
| 8.    | Použití těla jiné osoby                                |                                          |                         |
| 9.    | Postura těla                                           |                                          |                         |
| 10.   | Proxemika                                              |                                          |                         |
| 11.   | Aktivní zájem o lidi                                   |                                          |                         |
| 12.   | Aktivní zájem o okolní předměty,<br>věci               |                                          |                         |
| 13.   | Reakce na vlastní jméno                                |                                          |                         |
| 14.   | Imitace                                                |                                          |                         |
| 15.   | Percepce emocí u druhých lidí                          |                                          |                         |
| 16.   | Expresce emocí                                         |                                          |                         |
| 17.   | Souhlas                                                |                                          |                         |
| 18.   | Nesouhlas                                              |                                          |                         |
| 19.   | Schopnost podělit se s ostatními o<br>vlastní potěšení |                                          |                         |

## **Diagnostická škála neverbální komunikace**

### **1. Zrakový kontakt**

0 – neschopnost navázat a udržet zrakový kontakt

1 – existují odchylky v navazování zrakového kontaktu (sporadický, prchlivý, ulpívavý, pohled bočním koutkem oka apod.)

2 – spontánní navazování a udržení zrakového kontaktu

### **2. Percepce mimiky**

X – položku není možné hodnotit

0 – neschopnost percepce mimiky

1 – omezená schopnost percepce mimiky (percepce přítomna jen u základních projevů libost – nelibost, radost – smutek)

2 – adekvátní schopnost percepce mimiky

### **3. Exprese mimiky**

0 – neschopnost exprese mimiky

1 – omezená schopnost exprese mimiky (je sporadická nebo je v disproporci se situačním kontextem a momentálním emocionálním rozpoložením, projev působí mechanicky)

2 – schopnost mimické exprese adekvátní, situačně podmíněná

### **4. Percepce gestikulace**

X – položku není možné hodnotit

0 – neschopnost percepce gestikulace

1 – omezená schopnost percepce gestikulace

2 – adekvátní schopnost percepce gestikulace

### **5. Exprese gestikulace**

0 – neschopnost exprese gestikulace

1 – omezená schopnost exprese artikulace (sporadická exprese gestikulace nebo je v disproporci se situačním kontextem a momentálním emocionálním rozpoložením a působí mechanicky)

2 – schopnost exprese gestikulace je adekvátní, situačně podmíněná

### **6. Ukazování na objekty**

0 – absence ukazování na objekty

1 – sporadické ukazování na objekty (ukazování s dopomocí, po verbální či neverbální výzvě, po časové latenci apod.)

2 – běžná schopnost ukázat na objekty

## 7. Žádání o objekty

0 – absence neverbální žádosti o objekty

1 – sporadická neverbální žádost o objekty (žádost o objekty po verbální či neverbální výzvě, s dopomocí, po časové latenci apod.)

2 – prezenze adekvátní schopnosti požádat neverbálně o objekty

## 8. Použití těla jiné osoby

0 – prezenze užití těla jiné osoby k uspokojení svých potřeb je běžná

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

2 – absence užití těla jiné osoby k uspokojení svých potřeb

## 9. Postura těla

0 – postura těla vykazuje přítomnost projevů, které nejsou zcela běžné a narušují jiné aktivity a vyžadují přizpůsobení okolí

1 – postura těla sporadicky vykazuje přítomnost projevů, které nejsou běžné, narušují jiné aktivity a nevyžadují přizpůsobení okolí

2 – postura těla nevykazuje přítomnost projevů, jež nejsou běžné, které narušují jiné aktivity

## 10. Proxemika

0 – neadekvátní proxemika

1 – sporadická přítomnost neadekvátní proxemiky (jedinec je schopen po upozornění proxemiku korigovat)

2 – obvyklá, adekvátní proxemika

## 11. Aktivní zájem o lidi

0 – absence aktivního zájmu o lidi

1 – sporadický zájem o lidi (přítomnost zájmu o známé a blízké osoby, na ostatní reaguje apaticky či neadekvátním způsobem)

2 – přítomnost adekvátního aktivního zájmu o lidi

## 12. Aktivní zájem o okolní předměty, věci

0 – absence aktivního zájmu o okolní předměty a věci

1 – sporadický zájem o okolní předměty a věci (přítomnost zájmu o známé předměty či předměty jeho zájmu, na ostatní reaguje apaticky či neadekvátním způsobem)

2 – přítomnost aktivního zájmu o okolní předměty a věci

## 13. Reakce na vlastní jméno

0 – absence neverbální reakce na vlastní jméno

1 – ojedinělá neverbální reakce na vlastní jméno

2 – běžná neverbální reakce na vlastní jméno

#### 14. Imitace

0 – minimální nebo žádné projevy imitace

1 – schopnost imitace přítomna v omezeném rozsahu, sporadická

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

#### 15. Percepce emocí u druhých lidí

X – položku není možné hodnotit

0 – neschopnost adekvátní percepce emocí

1 – omezená schopnost percepce emocí (omezená na základní emoční projevy jako je libost – nelibost, radost – smutek apod.)

2 – adekvátní schopnost percepce emocí

#### 16. Exprese emocí

0 – neschopnost exprese emocí

1 – omezená schopnost exprese emocí (sporadická schopnost exprese emocí, často jsou v disporci se situačním kontextem a momentálním emocionálním rozpoložením, projev působí mechanicky

2 – schopnost správné, adekvátní exprese emocí

#### 17. Souhlas

0 – neschopnost adekvátního neverbálního vyjádření souhlasu

1 – omezená schopnost adekvátního neverbálního vyjádření souhlasu (sporadické neverbální vyjádření souhlasu, vyjádření po časové latenci nebo s dopomocí apod.)

2 – schopnost adekvátně neverbálně vyjádřit souhlas

#### 18. Nesouhlas

0 - neschopnost adekvátního neverbálního vyjádření nesouhlasu

1 – omezená schopnost adekvátního neverbálního vyjádření nesouhlasu (sporadické neverbální vyjádření nesouhlasu, vyjádření po časové latenci nebo s dopomocí apod.)

2 – schopnost adekvátně neverbálně vyjádřit nesouhlas

#### 19. Schopnost podělit se s druhými o vlastní potěšení

X – položku není možné hodnotit

0 – neschopnost podělit se s druhými o vlastní potěšení

1 – omezená schopnost podělit se s druhými o verbální potěšení

2 – schopnost podělit se s druhými o vlastní potěšení

## Tabulka a škála k hodnocení verbální komunikace

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

## **Diagnostická škála verbální komunikace**

### **1. Echolalie<sup>15</sup>**

- 0 – absence echolálie hlásky, slova, věty
- 1 – sporadická echolálie hlásky, slova, věty
- 2 – přítomnost echolálie hlásky, slova, věty

### **2. Používání slov**

- 0 – absence spontánního používání slov
- 1 – sporadické spontánní používání slov
- 2 – prezenze spontánního používání slov

### **3. Používání jednoduchých vět (jednoduchých verbálních formulací – do 3 vět)**

- 0 – absence používání jednoduchých formulací
- 1 – sporadické používání jednoduchých formulací
- 2 – prezenze používání jednoduchých formulací

### **4. Používání složitějších vět = souvětí (složitějších verbálních formulací – spontánně užívá více než 3 věty)**

- 0 – absence používání složitějších formulací
- 1 – sporadické používání složitějších formulací
- 2 – prezenze používání složitějších formulací

### **5. Spontánní užívání jiné formy komunikace (nejčastěji užití ruky jiného člověka k dosažení uspokojení potřeby)**

- 0 – absence užití jiné formy komunikace
- 1 – sporadické užití jiné formy komunikace
- 2 – běžné užití jiné formy komunikace

### **6. Pasivní slovní zásoba**

- 0 – zdá se, že pasivní slovní zásoba neodpovídá mentálnímu a chronologickému věku klienta
- 1 – zdá se, že pasivní slovní zásoba je na hranici odpovídající mentálnímu a chronologickému věku klienta
- 2 – zdá se, že pasivní slovní zásoba odpovídá mentálnímu a chronologickému věku klienta

---

<sup>15</sup> Echolalie – též echolalia, echofázie a echofrázie – jde o ozvěnovité papouškovité opakování slyšených slabik, slov a vět po druhých osobách (obvykle bez pochopení obsahu řeči). Objevuje se u katatonní schizofrenie, mentální retardace, organického poškození mozku, atd.

7. Aktivní slovní zásoba

X – položku není možné hodnotit

0 – aktivní slovní zásoba neodpovídá mentálnímu a chronologickému věku klienta

1 – aktivní slovní zásoba je na hranici odpovídající mentálnímu a chronologickému věku klienta

2 – aktivní slovní zásoba odpovídá mentálnímu a chronologickému věku klienta

8. Porozumění jednoduchým instrukcím

0 – absence reakce (verbální) na jednoduché instrukce

1 – sporadická reakce (verbální) na jednoduché instrukce

2 – prezenční reakce (verbální) na jednoduché instrukce

9. Porozumění složitějším instrukcím

0 – absence reakce (verbální) na složitější instrukce

1 – sporadická reakce (verbální) na složitější instrukce

2 – prezenční reakce (verbální) na složitější instrukce

10. „mimořádné“ zájmy

0 – přítomnost „mimořádných“, věkově neodpovídajících zájmů (například znalosti v oblasti matematiky, v zeměpise, fyzice, popř. jiných oblastech), které zapříčiňují omezení jiných aktivit

1 – přítomnost „mimořádných“, věkově neodpovídajících zájmů, které významně neomezují jiné aktivity

2 – absence „mimořádných“, věkově neodpovídajících zájmů

11. Neobvyklé zájmy

0 – přítomnost neobvyklých zájmů, které zapříčiňují omezení jiných aktivit (může jít o zaujetí žaluziemi, šrouby, víčky, topením, dveřmi, pračkami apod.)

1 – neobvyklé zájmy, jež výrazně nenarušují jiné aktivity

2 – absence neobvyklých zájmů

12. Souhlas

X – položku není možné hodnotit

0 – absence schopnosti verbálně vyjádřit souhlas

1 – sporadické verbální vyjádření souhlasu

2 – schopnost verbálně vyjádřit souhlas

### 13. Nesouhlas

- X – položku není možné hodnotit
- 0 – absence schopnosti verbálně vyjádřit nesouhlas
- 1 – sporadické verbální vyjádření nesouhlasu
- 2 – schopnost verbálně vyjádřit nesouhlas

### 14. Žádání o objekty

- X – položku není možné hodnotit
- 0 – neschopnost verbálně požádat o objekty
- 1 – omezená schopnost verbálně požádat o objekty, sporadická, případně potřeba naší dopomoci
- 2 – schopnost verbálně požádat o objekty

### 15. Auditivní percepce

- 0 – opomíjení auditivních stimulů, auditivní agnózie
- 1 – hyposenzitivita či hypersenzitivita auditivní percepce
- 2 – intaktní auditivní percepce, správná reakce na auditivní stimuly

### 16. Schopnost podělit se s druhými o vlastní potěšení

- X – položku není možné hodnotit
- 0 – neschopnost podělit se s druhými o vlastní potěšení
- 1 – omezená schopnost podělit se s druhými o vlastní potěšení, sporadická, případně potřeba naší dopomoci
- 2 – schopnost podělit se s druhými o vlastní potěšení

### 17. Reciproční konverzace

- X – položku není možné hodnotit
- 0 – neschopnost vést reciproční konverzaci
- 1 – omezená schopnost vést reciproční konverzaci, sporadická případně potřeba naší dopomoci
- 2 – schopnost vést reciproční konverzaci

### 18. Sociální komunikace

- X – položku není možné hodnotit
- 0 – absence úsilí o navázání kontaktu
- 1 – omezené úsilí o navázání kontaktu, většinou za cílem o uspokojení potřeb
- 2 – schopnost navázat kontakt, úsilí o dodržení kontaktu

## Příloha č. 6 – Informovaný souhlas

Dobrý den vážení rodiče,

Jmenuji se Eva Švecová a jsem studentkou pátého ročníku logopedie Univerzity Palackého v Olomouci. Obracím se na Vás s prosbou o účast na praktické části mé diplomové práce na téma: „*Analýza vývoje komunikačních strategií u dítěte s dětským autismem z pohledu logopeda*“.

Jde o diplomovou práci pojatou jako případová studie dítěte s diagnózou dětský autismus, při které se budu zaměřovat na rozvoj komunikačních strategií, které jsou využívány při každodenní komunikaci.

Dovoluji si Vás požádat o svolení se zařazením dítěte do praktické části diplomové práce. Zdůrazňuji, že dítěti nebude ublíženo a výsledky budou ihned po zpracování anonymizovány. V žádných výstupech nebude uváděno jméno ani jiné osobní informace.

Získané informace budou použity pouze k účelu zpracování diplomové práce a celá práce bude po obhajobě zpřístupněna v knihovně Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

S poděkováním,

Eva Švecová.

Souhlasím s poskytnutím anamnestických údajů, týkajících se mého syna: ..... a údajů z lékařských a speciálně-pedagogických vyšetření. Také s pozorováním komunikačních strategií mého syna v různých komunikačních situacích a na různých místech.

Potvrzuji, že jsem byla seznámena s cíli a obsahem zkoumání a připojuji svůj souhlas s účastí mého manžela ..... v uvedeném výzkumu.

V: .....

Dne: .....

Jméno: .....

Podpis: .....

Podpis výzkumníka: .....

## ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK

### RODINNÁ ANAMNÉZA – MATKA KLIENTA

- Jak se jmenujete?
- Kdy jste se narodila?
- Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání a současné zaměstnání?
- Kterou ruku preferujete při psaní?
- Která ruka je podle Vás „šikovnější“ při jiných činnostech jako je například otvírání dveří, házení míče, při vaření...
- Měla jste někdy nebo máte problémy s řečí? Pokud ano, jaké.
- Navštěvovala jste nebo navštěvujete logopeda?
- Sledovala jste na sobě nějaké rysy autismu nebo jiné symptomy, například dle výpovědi vašich rodičů z dob, kdy jste byla dítě?
- Byl Váš motorický vývoj v pořádku a vše - sed, lezení, chůze a běh se daly pozorovat v obdobích, kdy je to u dítěte běžné?
- Měla jste jako dítě chuť komunikovat například s rodiči, vrstevníky nebo jste byla spíše tišší dítě?
- Jak se jmenuje otec Vašeho dítěte?
- Kdy se narodil?
- Jaké je jeho nejvyšší dosažené vzdělání a současné zaměstnání?
- Jakou ruku preferuje při psaní?
- Která ruka je podle Vás „šikovnější“ při jiných činnostech jako je například otvírání dveří, házení míče, při vaření...
- Měl někdy nebo má problémy s řečí? Pokud ano, jaké.
- Navštěvoval nebo navštěvuje logopeda?
- Sledoval na sobě nějaké rysy autismu nebo jiné symptomy, například dle výpovědi jeho rodičů z dob, kdy jste byla dítě?
- Byl jeho motorický vývoj v pořádku a vše - sed, lezení, chůze a běh se daly pozorovat v obdobích, kdy je to u dítěte běžné?
- Měl chuť komunikovat s rodiči, vrstevníky nebo byl spíše tišší dítě?
- Prodělal nebo mají Vaši rodiče nějaké závažnější onemocnění jako je například nádorové onemocnění, neurologické, metabolické či psychiatrické onemocnění...?

- Měli nebo mají Vaši rodiče problémy s řečí? Pokud ano, jaké.
- Objevovaly se u Vašich rodičů nějaké rysy autismu nebo jiné symptomy, například z výpovědí jejich rodičů, když byli ještě děti?
- Prodělali rodiče otce Vašeho dítěte nějaké závažnější onemocnění jako je například nádorové onemocnění, neurologické či psychiatrické onemocnění...?
- Měli nebo mají rodiče otce Vašeho dítěte problémy s řečí? Pokud ano, jaké.
- Objevovaly se u Vašich rodičů nějaké rysy autismu nebo jiné symptomy, například z výpovědí jejich rodičů, když byli ještě děti?
- Má Vaše dítě sourozence? Pokud ano, kdy se narodil(a)?
- Prodělalo nebo má nějaké závažnější onemocnění jako je například epilepsie, nádorové onemocnění, neurologické či metabolické onemocnění...?
- Vyvíjel se sourozenec dle norem? Motorický vývoj – sed, slezení, stavění se na nohy, vzpřímená chůze? Nebo řečový vývoj – žvatlání první slova, věty?
- Udržuje sourozenec zrakový kontakt?
- Pozorovali jste u sourozence klienta obdobné obtíže jako u klienta?
- Je Vaše rodina úplná?
- Jak hodnotíte ekonomickou úroveň vaší rodiny?
- Jak hodnotíte kulturní úroveň Vaší rodiny?

## OSOBNÍ ANAMNÉZA

### **Prenatální období**

- Kolikrát jste byla gravidní (včetně potratů, narození mrtvého plodu)?
- Z kolikátého těhotenství je vyšetřované dítě?
- Plánovali jste toto těhotenství?
- Měla jste komplikace během těhotenství jako je například infekční onemocnění, diabetes mellitus (cukrovka), hypertenze (vysoký krevní tlak), úrazy, pády...?
- Vyžadovalo toto onemocnění hospitalizaci?
- Měla jste rizikové těhotenství?
- Probíhalo Vaše těhotenství bez problémů nebo se nějaké problémy vyskytly? Pokud ano, tak jaké?

### **Perinatální období**

- Bylo Vaše dítě narozené v termínu, předčasně narozené, přenošené, popřípadě bylo nutné porod vyvolávat?
- Byl Váš porod spontánní, protrahovaný, kleštěmi, jinak komplikovaný či byl

indikován císařský řez?

- V případě spontánního porodu, narodilo se Vaše dítě hlavičkou nebo koncem pánevním?
- Jakou hmotnost a délku mělo Vaše dítě?
- Křičelo po narození?
- Byla nutná resuscitace nebo jiné opatření bezprostředně po narození jako je například kříšení v důsledku asfíxie po narození?
- Muselo být dítě po narození umístěno v inkubátoru?
- Mělo neonatální icterus (novorozeneckou žloutenku)?
- Vyskytla se u Vás Rh inkompatibilita?
- Vyskytly se u Vašeho dítěte jiné nemoci, úrazy nebo komplikace v době poporodní?
- Byly problémy s kojením? Popřípadě mělo dítě indikovaný jiný způsob výživy?
- Zaznamenali jste v tomto věkovém období jiná specifika či obtíže?

### **Postnatální období**

#### **ETAPA DO PRVNÍHO ROKU ŽIVOTA (KOJENECKÉ OBDOBÍ)**

- Prodělalo Vaše dítě v tomto období závažné nemoci, úrazy či hospitalizaci v nemocnici?
- Jaká odborná vyšetření v tomto věku prodělalo a proč?
- Jaký byl výsledek a opatření?
- Byly přítomny silnější reakce na očkování?
- Jak dlouho bylo dítě kojeno a od kolikátého měsíce příkrmováno?
- V kterém měsíci začalo „pást hříbata“?
- Kdy se začalo přitahovat do sedu?
- V kterém měsíci samo, pevně a vzpřímeně sedělo?
- Kdy se začalo dítě stavět a chodit s dopomocí?
- V kterém měsíci začaly dítěti růst zuby?
- Reagovalo kolem tří měsíců na váš úsměv, obličej, mluvu, pokud ano tak jak?
- Navazovalo spontánně zrakový kontakt?
- Dokázala jste podle křiku dítěte rozlišit, co chce, o co si žádá?
- V kterém měsíci začalo dítě broukat?
- Kdy dítě začalo žvatlat?
- Uklidnilo dítě, když jste na něj promluvili?
- Kdy začalo napodobovat zvuky, vydávat a imitovat své zvuky?

- Otočilo se, když jste jej oslovili jménem?
- V kterém měsíci jste pozorovali, že řeči rozumí?
- Kdy se objevilo první slovo?
- Jak dlouho dítě nosilo pleny?
- Kdy si samo začalo říkat, že chce na toaletu?
- Kterou ruku dítě upřednostňovalo při natahování se za hračkou a při uchopování se věcí?
- Projevovalo dítě zájem o hračky a natahovalo se pro ně?
- Vyskytla se u dítěte separační úzkost (strach z cizích osob a křik při vzdálení rodiče)?
- Zaznamenali jste v tomto věkovém období nějaká jiná specifika či obtíže?
- Co jste u dítěte v tomto období pozorovali a vedlo Vás k zamyšlení, že by se u Vašeho dítěte mohla objevit porucha autistického spektra?

#### ETAPA DO TŘETÍHO ROKU ŽIVOTA (BATOLECÍ OBDOBÍ)

- Prodělalo Vaše dítě v tomto období závažné nemoci, úrazy či hospitalizaci v nemocnici?
- Jaká odborná vyšetření v tomto věku prodělalo a proč?
- Proč byla tato vyšetření indikována?
- Jaký byl výsledek a opatření?
- Byly přítomny silnější reakce na očkování?
- Kdy dítě začalo samostatně chodit?
- Kdy dokázalo zvládat chodit do schodů, ze schodů, utíkat?
- Pozorovala jste nějaké zvláštní chůzové mechanismy, problémy s rovnováhou či diskoordinaci pohybů?
- Jaká slova a kolik jich zná kolem prvního roku?
- Vyjadřuje zájem o komunikaci?
- Pozorovala jste růst slovní zásoby?
- Kdy začíná tvořit dvojslovné věty?
- Mluví o sobě ve třetí osobě? Kdy?
- Pojmenovává předměty a hračky kolem sebe?
- Užívalo otázky typu „Proč a Kdy“?
- Vyjadřovalo se gesty a jinou neverbální komunikací?
- Rozuměli jste gestům a Vaší neverbální komunikaci?

- Pozorovali jste nějaké „zvláštnosti“ v komunikaci?
- Přetrvávala v tomto období separační úzkost?
- Mělo zájem o kontakt s ostatními lidmi a dětmi?
- Projevovaly se u něj reakce žárlivosti?
- Pozorovala jste kolem třetího věku roku vzdor a negativismus?
- Dokázalo se samo najíst a napít?
- Udržovalo tělesnou čistotu?
- Vyskytovala se denní či noční enuréza (pomočování) nebo enkopréza (pokálení)?
- Pomáhalo při oblékání?
- Jakou ruku upřednostňovalo při oblékání, úchopu lžice, hračky? Střídá ruce?
- S čím si rádo hrálo?
- Hrálo si spontánně nebo je třeba ho vybízet či pomáhat?
- Dokázalo navlékat korálky a stavět komín z kostek?
- Projevil se u dítěte zájem o kreslení? Kdy?
- Kreslí rádo nebo se tomu vyhýbá?
- Jakou ruku užívá při kreslení? Přehazuje si tužku nebo kreslí oběma rukama?
- Zaznamenali jste v tomto věkovém období nějaká jiná specifika či obtíže?
- Kdy bylo dítě diagnostikováno (kolik mu bylo let a měsíců při udělení diagnózy)? Jak toto vyšetření probíhalo a co po tomto vyšetření následovalo?

#### ETAPA DO ŠESTÉHO ROKU ŽIVOTA (PŘEDŠKOLNÍ OBDOBÍ)

- Prodělalo Vaše dítě v tomto období závažné nemoci, úrazy či hospitalizaci v nemocnici?
- Jaká odborná vyšetření v tomto věku prodělalo a proč?
- Jaký byl výsledek a opatření?
- Byly přítomny silnější reakce na očkování?
- Pozorovala jste nějaké zvláštní chůzové mechanismy, problémy s rovnováhou či diskoordinaci pohybů?
- Rostla u dítěte slovní zásoba?
- V kterém roce začínalo tvořit slova gramaticky správně?
- Mělo zájem o komunikaci?
- Dokázalo dobře číst a produkovat neverbální komunikaci?
- Zná a dodržuje zásady komunikace jako je například neskákat do řeči, vykání..?

- Pozorujete nějaké „zvláštnosti“ v komunikaci?
- Je samostatný v sebeobsluze a oblékání?
- Přetrvává enuresis nocturna?
- Má zájem o sociální kontakt s vrstevníky a navazuje jej?
- Jaký vztah má k sourozenci?
- Navštěvovalo Vaše dítě mateřskou školu (dále MŠ)?
- Jakou MŠ?
- Kolikrát týdně dítě do MŠ dochází?
- Mělo problémy se sociálním začleněním do kolektivu?
- Pozorují učitelky ze školky chuť komunikovat?
- Jak to má s kolektivem a komunikací se spolužáky?
- Pozorovala jste u dítěte rozvoj vyšších citů, jako je například lítost, soucit...?
- Jaké hračky a hry v této době upřednostňuje?
- Má zájem o kresbu?
- Má vyhraněnou laterální ruku?
- Zaznamenali jste v tomto věkovém období nějaká jiná specifika či obtíže?
- Čeho jiného kromě programu v MŠ se Vaše dítě účastní?
- Docházíte do nějakých organizací nebo spolků?
- Jste v péči SPC, rané péče nebo jiných zařízení?

### **VÝCHOVNÁ ANAMNÉZA**

- Jaký výchovný styl upřednostňujete při výchově svého dítěte?
- Na co kladete při výchově největší důraz?
- Co je pro Vás, jako pro rodiče nejdůležitější při výchově svých dětí?

### **ŠKOLSKÁ ANAMNÉZA**

- Jakou MŠ navštěvuje Vaše dítě?
- Kolik spolužáků zde má?
- Kolik je zde pracovníků – pedagogů?
- Jak komunikuje v MŠ? Nosí si s sebou nějakou komunikační knihu?
- Vyskytují se v MŠ nějaké obtíže – nedorozumění díky komunikaci?

### **FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA**

- Bere Vaše dítě nějaké léky? Pokud ano, jaké?

Příloha č. 8 – Ukázka denního režimu chlapce v MŠ



## ANOTACE

|                          |                                     |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <b>Jméno a příjmení:</b> | Eva Švecová                         |
| <b>Katedra:</b>          | Ústav speciálněpedagogických studií |
| <b>Vedoucí práce:</b>    | doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D. |
| <b>Rok obhajoby:</b>     | 2017                                |

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Název práce:</b>          | Analýza vývoje komunikačních strategií u dítěte s dětským autismem z pohledu logopeda                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Název v angličtině:</b>   | Analysis of the Development of Communication Strategies in Children with Childhood Autism from the Perspective of a Speech Therapist                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Anotace práce:</b>        | Diplomová práce se zabývá vývojem komunikace u chlapce s diagnózou dětského autismu. Práce se dělí na teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje dvě kapitoly, první z nich se věnuje popisu poruch autistického spektra a druhá komunikaci jako takové. Praktická část popisuje vývoj komunikace chlapce v průběhu dvou let. Analýza probíhala na základě porovnávání vývojových grafů chlapce dle edukačně hodnotícího profilu, sledováním vývoje vybraných schopností chlapce v mateřské škole a na základě hodnocení vývoje neverbální a verbální komunikace jinými osobami a odborníky.                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Klíčová slova:</b>        | Autismus, dětský autismus, komunikace, vývoj komunikace, verbální komunikace, neverbální komunikace, případová studie.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Anotace v angličtině:</b> | The Diploma Thesis deals with the development of communicative strategies of a male child with autistic spectrum disorder. The thesis is divided into a theoretical and practical part. The theoretical part consists of two chapters. The first chapter describes autistic spectrum disorders, the second is concerned with the description of communication as such. The practical part describes the development of communication competencies within the course of two years. The analysis lies on three aspects. First is based on a comparison of six graphs, which shows the development of the child. Another aspect is based on the observation of selected abilities of the child in the kindergarten and the third is based on evaluation of verbal and nonverbal communication competencies by other observers and specialists. |

|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Klíčová slova<br/>v angličtině:</b> | Ausitm, Childhood Autism, communication, development of communication, verbal communication, nonverbal communication, case study.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Přílohy vázané v práci:</b>         | <b>Příloha č. 1</b> Rodičovský screeningový dotazník M – CHAT<br><b>Příloha č. 2</b> Zvláštnosti, které nacházíme ve verbálním projevu lidí s PAS<br><b>Příloha č. 3</b> Hodnocení vývoje vybraných rysů chování, komunikace a interakce chlapce v MŠ<br><b>Příloha č. 4</b> Tabulka a škála hodnocení neverbální komunikace<br><b>Příloha č. 5</b> Tabulka a škála hodnocení verbální komunikace<br><b>Příloha č. 6</b> Informovaný souhlas<br><b>Příloha č. 7</b> Anamnestický dotazník<br><b>Příloha č. 8</b> Schéma denního režimu v MŠ |
| <b>Rozsah práce:</b>                   | 117 stran + 20 stran příloh                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Jazyk práce:</b>                    | Český jazyk                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |