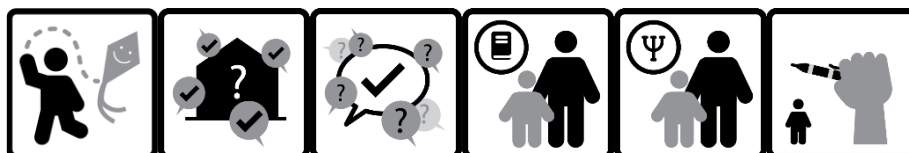


Odborné postupy v pedagogickej a poradenskej praxi

Raná starostlivosť – diferenciálna diagnostika PAS

Starostlivosť v špecializovanom centre poradenstva



Kompetenčný rámec:

ZARIADENIE	špecializované centrum poradenstva a prevencie (ŠCPP)
ODBORNÍ ZAMESTNANCI	psychológ, špeciálny pedagóg, logopéd
VEKOVÁ KATEGÓRIA	0 – 7 rokov
FORMA	individuálna
VYPRACOVALA	Mg. Simona Šimková, Mgr. Lenka Montsková, Mgr. Dominika Rajsá, Mgr. Miroslava Rýdza, PaedDr. Elena Luptáková
RECENZENTKA	Mgr. Mária Zachardová
DÁTUM	február 2022

Raná starostlivosť - diferenciálna diagnostika PAS

Starostlivosť v špecializovanom centre poradenstva

Úvod do problematiky



Deti s poruchou autistického spektra (PAS) a deti s narušenou komunikačnou schopnosťou (NKS) sú častými klientmi zariadení poradenstva a prevencie, pričom v ranom veku sa symptomatológia u oboch porúch môže značne prekryvať. S ohľadom na odlišnú prognózu, ktorá z uvedených porúch vyplýva, je určenie správnej diagnózy kľúčom k nastaveniu podporných opatrení tak pre dieťa, ako aj jeho rodinu.

Poruchy autistického spektra rovnako ako poruchy reči spadajú do okruhu neurovývinových porúch. Pod pojmom neurovývinové poruchy vo všeobecnosti rozumieme poruchy centrálného nervového systému s včasným nástupom a pretrvávaním symptómov v priebehu životného cyklu (Accardo a Capute, 2008).

Diferenciálna diagnostika PAS a NKS by mala byť výsledkom multidisciplinárnej medzirezortnej spolupráce, pričom odborní zamestnanci jednotlivých rezortov by mali mať definované svoje kompetencie tak, aby nedochádzalo k duplicite výkonov a diagnostický proces bol pre rodinu dieťaťa s vývinovou poruchou zrozumiteľný a časovo efektívny.

Dieťa s akýmkoľvek vývinovým oslabením by malo byť prvotne zachytené pediatrom, ktorý má v rámci medzirezortnej spolupráce smerovať rodičov dieťaťa okrem odborníkov v rezorte zdravotníctva, sociálnych vecí a rodiny aj do zariadení výchovného poradenstva a prevencie, a to najneskôr do 3 rokov veku dieťaťa.

Podklad pre túto postupnosť krokov tvorí štandardný postup č. 0023, platný od 1. 1. 2019, ktorý vydalo Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. b) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Ide o **štandard vyšetrení psychomotorického vývinu detí pri 2. – 11. preventívnej prehliadke v primárnej starostlivosti**, v rámci ktorého všeobecný lekár pre deti a dorast v pravidelných intervaloch monitoruje dosahovanie vývinových míľnikov dieťaťa a v prípade zaostávania odporúča ďalšiu starostlivosť, do ktorej spadá aj starostlivosť špecializovaného centra poradenstva a prevencie.

Aj keď medzirezortná spolupráca a odborná nadväznosť v tejto téme v mnohých regiónoch ešte nie sú bežnou praxou, štandardizovaná činnosť poradenských zariadení k nej môže v mnohom prispieť.

Tento odborný postup navrhuje, akým spôsobom môžu byť pri diferenciálnej diagnostike dieťaťa s PAS a NKS prerozdelené kompetencie jednotlivých odborníkov vnútri rezortu školstva – v rámci multidisciplinárneho tímu (MDT) poradenského zariadenia, ale tiež medzirezortne – vo vzťahu k odborníkom rezortu zdravotníctva a rezortu práce sociálnych vecí a rodiny.

Základné princípy



Základným princípom diferenciálnej diagnostiky v poradenskom zariadení je podrobné a komplexné vyšetrenie dieťaťa. Patrí k nemu sledovanie voľného správania dieťaťa, rozhovor s jeho rodičmi zameraný okrem iného aj na zisťovanie údajov z ranej anamnézy dieťaťa a anamnézy rodiny, štúdium zdravotnej dokumentácie. Ak je dieťa v predškolskom veku a navštevuje predškolské zariadenie, dôležitými údajmi sú tiež informácie z predškolského zariadenia o správaní dieťaťa.



Každé dieťa je individualitou, u detí so suspektnou PAS je vzatie tejto tézy do úvahy vzhľadom na zložitost' a komplexnosť ich problémov ešte nástojčivejšie. Diagnostický proces treba preto dôsledne pripraviť a vzhľadom na aktuálny stav a reakcie dieťaťa jeho metodiku flexibilne upravovať.

V diagnostickom procese volíme diagnostické nástroje primerané veku a úrovni schopností dieťaťa, v ranom veku sú to predovšetkým komplexné vývinové škály zamerané na posúdenie jednotlivých úrovní vývinu dieťaťa. Na diagnostickom procese spolupracujú viacerí odborníci MDT poradenského zariadenia.

Samotné stanovenie diagnózy je v gescii rezortu zdravotníctva, na určení konečnej diagnózy obvykle spolupracuje klinický psychológ, pedopsychiater, neurológ, prípadne klinický logopéd. Psychiatrické a klinicko-psychologické vyšetrenie ozrejmuje symptomatiku konkrétneho dieťaťa a usmerňuje pohľad naň, a to aj v prípade, že diagnóza z objektívnych dôvodov nie je okamžite uzavretá – stanovenie konečnej diagnózy je obvykle dlhodobý proces.

Na základe záverov klinicko-psychologického, klinicko-logopedického a pedopsychiatrického vyšetrenia a informácií získaných vlastným vyšetrením dieťaťa v poradenskom zariadení MDT nahliadajú odborní zamestnanci poradenského zariadenia na dieťa ako na klienta s pravdepodobnou diagnózou z okruhu NKS alebo pravdepodobnou diagnózou z okruhu PAS.

Odborní zamestnanci poradenského zariadenia individualizujú diagnostický prístup s ohľadom na vyššie uvedený predpoklad. V rámci diagnostického procesu sa zameriavajú prioritne na objektívne hodnotenie komunikačných schopností dieťaťa, ale tiež aj intelektu, sociálnych schopností, úroveň hry a pod. Stanovenie silných a slabých stránok dieťaťa v oblasti komunikácie (vrátane úrovne sociálnych zručností ako predpokladu kvalitnej komunikačnej schopnosti) je východiskovým bodom pre následné plánovanie efektívneho intervenčného programu.

V rámci diagnostického procesu hodnotia tiež prekážky a facilitátory na strane dieťaťa a jeho prostredia, ktoré by mu mohli brániť v učení a efektívnom fungovaní, alebo naopak, ktoré môžu byť využité v intervenčnom procese pre efektívnejšie fungovanie dieťaťa.

Princíp primeranej a žiaducej aktívnej spolupráce na diagnostike s inými odborníkmi v rámci poradenského zariadenia (špeciálny pedagóg, psychológ, rehabilitačný pracovník, logopéd, liečebný pedagóg) umožňuje komplexný pohľad na dieťa z rôznych odborných hľadísk, čo dovoľuje cielenejšie vypracovanie podkladov na diferenciálnu diagnostiku a následný intervenčný program.

Princíp intenzívnej spolupráce s rodinou alebo iným výchovným prostredím dieťaťa premostuje bežný každodenný život dieťaťa s aktivitou v rámci poradenského zariadenia. Pre dieťa je blízka osoba záchytným bodom a v diagnostickom procese rodič často pôsobí ako mediátor pri komunikácii s dieťaťom. Jeho začlenenie do diagnostického procesu má preto objektívny význam.

Princíp primeranej komunikácie a spolupráce s odborníkmi z rezortu zdravotníctva a školstva, s ktorými dieťa prichádza do styku, umožňuje náhľad do doterajšej komplexnej starostlivosti o dieťa, umožňuje hodnotiť jeho správanie v rôznom prostredí, zároveň poskytuje isté prognostické informácie, hlavne v oblasti zdravotného stavu dieťaťa a jeho predpokladaného vývoja.

Princíp primeranej časovej dotácie odráža v sebe fakt, že diferenciálno-diagnostický proces je časovo náročný a nedá sa vopred jednoznačne časovo ohraničiť. V rámci poradenského zariadenia sa preto priebežne pristupuje k diagnostickej intervencii a intervenčnej diagnostike – teda prepojeniu oboch procesov, čím sa postupom času stále viac kryštalizuje diagnostický záver a zároveň už aktívne prebieha intervenčný proces, ktorý je ťažiskom priamej práce s dieťaťom.



Ciele



Ciele včasnej diferenciálnej diagnostiky a intervencie dieťaťa s rizikovým vývinom v sociálnej oblasti a/alebo v oblasti komunikácie by mali vychádzať z potrieb dieťaťa, rodiny a komunity. Potrebné je pritom vychádzať zo základného špecifického cieľa – dosiahnutie čo najlepšej sociálnej adaptácie a samostatnosti v dospelosti, kompenzovať poškodené schopnosti a využiť jedinečnú možnosť, ako ovplyvniť symptómy NKS a PAS, čo je možné vďaka plasticite detského mozgu v ranom veku.

Ciele môžeme definovať nasledovne:

1. Posúdiť výkony v jednotlivých oblastiach vývinu, silné a slabé stránky, sledovať dynamické aspekty vývinu (ako sa dieťa učí novému, čo ho motivuje, aké zmyslové modality pritom najviac využíva), identifikovať oblasti vo vývine, ktoré sa vymykajú norme.
2. Oslabenia v oblasti sociálnych zručností a/alebo v oblasti komunikácie vedú odborného zamestnanca zariadenia poradenstva a prevencie v úvahách smerom k diagnózam z okruhu porúch autistického spektra alebo narušenej komunikačnej schopnosti. **Symptómy týchto dvoch diagnostických okruhov sa obzvlášť v ranom veku dieťaťa výrazne prekrývajú a stanoviť konečnú diagnózu vyžaduje sledovanie vývinu dieťaťa v čase.** Aj keď je konečná diagnóza v gescii rezortu zdravotníctva a obvykle sa na nej spolupodieľajú neurológ, klinický psychológ, klinický logopéd a pedopsychiater, ako ukáže tento odborný postup, odborní zamestnanci zariadenia poradenstva a prevencie k nej môžu svojimi aktivitami (priebežným sledovaním vývinu dieťaťa, psychologickou, priebežnou špeciálnopedagogickou, liečbnopedagogickou diagnostikou, poskytovaním poradenstva a odborných intervencií rodičom) v mnohom prispieť.
3. Ďalším cieľom je pomôcť rodičom zorientovať sa v diagnostike na lepšie pochopenie dôležitosti multidisciplinárneho prístupu (logopéd, psychológ, pedopsychiater, neurológ atď. – každý diagnostikuje nejakú oblasť vývinu). Tento prístup je nutné aplikovať i v intervencii (logopéd podporuje rečový vývin, špeciálny pedagóg môže podporiť kognitívny vývin, sociálnu oblasť atď.). Rodičovi by malo byť poskytnuté poradenstvo v oblasti diferenciálnej diagnostiky, intervenčných postupov, v otázkach výberu školy a vhodných foriem vzdelávania dieťaťa.

Postup riešenia



Diferenciálna diagnostika medzi NKS (1. vývinová jazyková porucha (VJP) – receptívna forma a expresívno-receptívna forma a 2. sociálna pragmatická komunikačná porucha) a PAS je časovo náročným procesom a spravidla nie je možné uzavrieť ju behom jedného-dvoch sedení. Jej záver sa špecifikuje nielen v rámci diagnostického procesu, ale aj následne v rámci procesu intervencie, keď sa postupne odhaľujú silné a slabé stránky dieťaťa, ktoré v priebehu diagnostických sedení ešte nemuseli byť zrejmé.

Diagnostické vyšetrenie v špecializovanom centre poradenstva a prevencie pozostáva z posúdenia špecifických faktorov sociálnych, komunikačných a jazykových, kognitívnych a motorických v spolupráci rodičov so špeciálnym pedagógom, psychológom, logopedom.

Je dôležité, aby úvodné stretnutie s dieťaťom a jeho rodičmi realizoval ten odborný zamestnanec centra poradenstva a prevencie, ktorý má s problematikou diagnostiky PAS a NKS v ranom veku dieťaťa najviac odborných skúseností, a zároveň sa následne stal koordinátorom klienta.



1. Prvý kontakt s klientom – úvodné stretnutie

Na úvodnom stretnutí sa odborný zamestnanec prioritne zameriava na zistenie informácií o:

- prenatalnom, perinatálnom vývine dieťaťa (komplikácie v tehotenstve, predčasný pôrod, nedokysličenie plodu, komplikovaný alebo dlhodobý priebeh novorodeneckej žltacky a pod.),
- o už absolvovaných odborných vyšetreniach a ich výsledkoch (neurologické vyšetrenie, odborné vyšetrenie sluchu, foniatrické vyšetrenie, pedopsychiatrické a iné),
- ranom psychomotorickom vývine dieťaťa (zaostávanie v oblasti motoriky, vizuomotoriky, odlišnosti vo vývine senzoričky – hyper- alebo hyposenzitivity v niektorej zo senzorických oblastí a pod.),
- ranom vývine reči dieťaťa a jeho sociálnych zručnostiach (chýbajúci alebo ťažšie dosiahnuteľný očný kontakt s dieťaťom už pred prvým rokom, chýbajúce dŕavotanie do 1. roku života, znížená neverbálna a verbálna komunikácia (nepoužívanie alebo obmedzené používanie gest), zvláštnosti v komunikácii (stereotypie, intonácia, hlasitosť atď.), pragmatické deficity (extrémy v potrebe sociálneho kontaktu s rovesníkmi, blízkosti a pod.),
- vývine hry a odlišnostiach v hrových aktivitách,
- stereotypných prejavoch a záujmoch (stereotypie sú podmienkou diagnostiky PAS, stereotypné motorické prejavy, stereotypné záujmy a pod.),
- štúdium lekárskeho záznamu,
- štúdium videonahrávok pred prvým kontaktom s dieťaťom.



Rodič je pre odborného zamestnanca prvým a najdôležitejším zdrojom informácií, preto je veľmi dôležité venovať anamnestickému rozhovoru dostatok pozornosti, v prípade potreby mať otázky pripravené vopred. Cenný je pohľad oboch rodičov, ich spoločná prítomnosť umožňuje získať prvý

vhľad aj do ich partnerského vzťahu a spôsobu komunikácie s dieťaťom, čo je ďalším cieľom úvodného stretnutia. Odborný zamestnanec sa zaujíma aj o podnetnosť rodinného prostredia, počet detí v rodine a poradie narodeného dieťaťa. Sleduje a odhaduje i emocionálnu atmosféru v rodine, vládnuť, výchovné postupy atď. Cieľom je hneď v úvode vylúčiť vývinové zaostávanie spôsobené iným než neurovývinovým podkladom, napr. málopodnetné výchovné prostredie alebo prejavy poruchy attachmentu – vzťahovej väzby a ich dôsledky na fungovanie dieťaťa.

Ak dieťa navštevuje predškolské zariadenie, dožiada si so súhlasom zákonného zástupcu pedagogické hodnotenie učiteliek MŠ.

Odborný zamestnanec má byť schopný vytvoriť pre rodiča atmosféru bezpečia, keď bude spôsob zisťovania informácií pre neho podľa možnosti príjemný. V úvodnom stretnutí sa odporúča **klásť rodičovi otvorené otázky** zamerané tiež na zistenie:

- **ako si vysvetľuje odlišnosti vo vývine svojho dieťaťa** – ak rodič sám zaznamenal oslabenia vo vývine svojho dieťaťa, je veľmi pravdepodobné, že sa už zaoberal aj ich príčinami a má vytvorenú vlastnú „hypotézu“ o príčinách zaostávania, táto hypotéza môže mať rôzny obsah (očkovanie, prílišné pozeranie detskej TV, dvojjazyčná výchova a pod.) a často vplýva na prijímanie ďalších zistených diagnostických záverov v priebehu diagnostického procesu,
- **aké má rodič informácie o diagnózach PAS a NKS** a nakoľko im rozumie – do akej miery rozumie rodič možným príčinám diagnózy a intervenčným možnostiam (rozumie tomu, že nejde o vrodenú neurovývinovú poruchu? rozumie tomu, že cieľom intervencie nie je „vyliečenie“ dieťaťa, ale zlepšenie jeho schopnosti fungovať?, tieto informácie ovplyvňujú očakávania rodičov od diagnostického procesu a intervencie.

Úvodný rozhovor s rodičom **vytvára dobrú príležitosť na autentickú diagnostiku**. Autentická diagnostika v rámci diagnostického procesu predstavuje „systematický zber informácií o prirodzene sa vyskytujúcom správaní malých detí a ich rodín. Informácie sú zbierané na základe priameho pozorovania, rozhovoru s rodičmi, hodnotiacimi škálami a pozorovaním pri voľnej alebo facilitovanej hre dieťaťa“ (Neisworth and Bagnato, 2004, v Authentic Assessment in Infant & Toddler, jún 2010).



Na tento účel je vhodné, aby sa úvodný rozhovor odohrával **v miestnosti prispôbenej deťom raného a predškolského veku**, v ktorej je pripravené primerané množstvo podnetov a hračiek, s ktorými má dieťa možnosť bežne sa stretnúť – či už v domácnosti alebo v materskej škole.

Odborný zamestnanec počas rozhovoru s rodičmi **pozoruje** dieťa a prioritne sleduje:

- ako sa dieťa v novom prostredí oddeľuje od rodiča a dovoľí si skúmať nový priestor,
- aké komunikačné nástroje používa počas komunikácie (s rodičom alebo odborným zamestnancom),
- nakoľko dieťa rozumie komunikačným nástrojom rodiča a odborného zamestnanca (verbálnym, neverbálnym),
- ako a či komunikuje o predmete svojho záujmu (s rodičom alebo odborným zamestnancom, aké komunikačné stratégie dieťa dokáže použiť, aby získalo pozornosť, kontakt alebo želaný predmet, hračku),
- aké predmety si vyberá na svoju hru a akým spôsobom s nimi manipuluje,
- vekovú primeranosť, kvalitu hry a pod.,
- kvalitu vzťahu rodiča s dieťaťom, ich vzájomnú interakciu,
- prítomnosť/neprítomnosť stereotypných a repetitívnych vzorcov správania,
- prítomnosť/neprítomnosť iných neobvyklých foriem správania.



Ak odborný zamestnanec vníma, že sa dieťa v novom prostredí cíti bezpečne, môže sa pokúsiť **zapojiť do hry dieťaťa** a nadviazať s ním kontakt. Na základe informácií z pozorovania a informácií od rodičov cielene volí niektoré typy hier a hračiek tak, aby čo najlepšie porozumel spôsobu, akým dieťa komunikuje a vstupuje do interakcie – snaží sa facilitovať jeho prejavy. Informácie o sociálnom správaní dieťaťa a úrovni komunikácie, ktoré takto získa na základe prvej, autentickej diagnostiky (Vančová, 2010), sú pre neho podkladom na tvorbu prvej hypotézy o povahe ťažkostí dieťaťa. Ak mu to čas a situácia dovoľí, môže použiť aj niektorú z vývinových škál alebo aspoň jej časť tak, aby získal čo najviac informácií pre prvotnú hypotézu. V prípade symptomatiky smerujúcej k diagnostike PAS je vhodné s rodičmi vypísať screeningový dotazník (*M-CHAT*, *DACH*), prípadne iné dostupné metódy a vyšetrenia – ADOS, Posudzovacia škála – Aspergerov syndróm) na prejavy autizmu v správaní dieťaťa.

Na záver úvodného stretnutia by mal byť odborný zamestnanec, ktorý stretnutie viedol, schopný vytvoriť si predbežnú hypotézu o povahe ťažkostí dieťaťa.

- Ak odborný zamestnanec pozoruje deficity prioritne v oblasti komunikácie, ale sociálna oblasť dieťaťa vrátane jeho sociálnych zručností zodpovedá orientačne vekovej norme, môže predpokladať, že u dieťaťa ide prioritne o narušenú komunikačnú schopnosť (NKS). V rámci odporúčania smeruje rodičov dieťaťa do logopedickej starostlivosti.
- Ak pozoruje deficity aj v oblasti sociálnych zručností dieťaťa, vytvára si hypotézu o potenciálnom vývine v smere poruchy autistického spektra, ktorého súčasťou je obvykle aj narušenie komunikačnej schopnosti. Na hlbšie porozumenie povahe narušenia sociálnych zručností obvykle požíva odborný zamestnanec rodičov s dieťaťom na ďalšie diferenciálno-diagnostické stretnutie.

Je nevyhnutné, aby odborný zamestnanec zaznamenané informácie poskytol rodičovi pre neho zrozumiteľným spôsobom a ponechal si dostatok času aj na otázky rodiča. V prvom rade informuje rodičov o tom, v akých oblastiach vývinu zaznamenal u dieťaťa deficity a aký predbežný záver v smere PAS alebo NKS z týchto informácií vyplýva. Rodič má z úvodného stretnutia odchádzať s porozumením toho, aký najbližší krok bude po stretnutí nasledovať, a rozumieť dôvodom navrhovaného postupu (presmerovanie do starostlivosti iného odborného zamestnanca v rámci MDT alebo starostlivosti iného rezortu (obvykle klinický psychológ, klinický logopéd, služba včasnej intervencie), prípadne ďalšie diferenciálno-diagnostické stretnutie v rámci zariadenia poradenstva a prevencie).

Je vhodné, ak je na úvodný rozhovor s rodičom dieťaťa vrátane autentickej diagnostiky vyhradený dostatočný časový priestor (90 – 120 min.).

2. Psychologická diagnostika

Diagnostika je často realizovaná **pre potreby zaradenia** dieťaťa do materskej školy, prípadne do 1. ročníka, ako aj pre potreby rodiča v ranom veku dieťaťa. Diferenciálnu diagnostiku realizujú špecialisti, ku ktorým je



dieťa odoslané odborným zamestnancom v rámci multidisciplinárneho prístupu. S diagnostikou sa začína už na prvom stretnutí, prispôsobuje sa veku dieťaťa a v prípade potreby sa realizuje na viacerých stretnutiach.

Diagnostika detí do 3 rokov:

Vyšetrenie sa prevažne realizuje rozhovorom s rodičmi, využíva sa hra s dieťaťom, pozorovanie, na zhodnotenie psychomotorického vývinu je možné použiť hodnotiacu vývinovú škálu, napríklad Bayleovej škálu – BSID-II (posúdenie sociálneho, emocionálneho, **rečového** i motorického vývinu), alebo test T-35 Stanford-Binetova intelligenčná škála (sleduje celkové IQ, ako i oblasti **verbálne uvažovanie**, abstraktno-vizuálne uvažovanie, kvantitatívne uvažovanie, krátkodobá pamäť). Od veku dieťaťa 2,5 roka do 7 rokov sa môže použiť neverbálny test SON-R, ktorý hodnotí široké spektrum kognitívnych schopností bez použitia jazyka. Vo vekovom období do 3 rokov ešte nie je možné potvrdiť ani vyvrátiť zaostávanie z dôvodu mentálneho postihnutia (bez iných diagnóz), pokiaľ dieťa netrpí vrodeným alebo získaným ochorením, ktorého súčasťou je i mentálne postihnutie (ďalej MP). Cieľom použitia diagnostických metód zameraných na intelektové schopnosti je preto zistenie oblastí zaostávania. Niekedy je však nutné vzhľadom na nespoluprácu dieťaťa diagnostikovať na základe hry, pozorovania a informácií o vývine dieťaťa od rodičov.

V **reči** sa sleduje stupeň rozvinutia impresívnej a expresívnej zložky. Nemenej dôležité je sledovať okrem verbálnych komunikačných zručností aj použitie neverbálnych výrazových prostriedkov (gest, prirodzených posunkov). Dieťa okolo 24 – 36 mesiacov začína tvoriť vety a súvetia, okolo 3 roku dieťa spája slová do viacslovných výpovedí a postupne i do viet (Kapalková, Mikulajová, 2011).

Bez ohľadu na to, či je stanovená diagnóza, odporúča sa následná spolupráca so špeciálnym pedagógom na stimuláciu vývinu. Uvedená skutočnosť sa vysvetlí i rodičom – vzhľadom na prelínajúcu sa symptomatiku (NKS, PAS, MP) je diagnóza špecialistami často uzavretá **až pred vstupom do školy**. Čím skôr sa však určí presná diagnóza, tým skôr sa môže nastaviť intervencia cielená na deficit.

Rodičom sa na nasledujúce obdobie odporúča spolupracovať so špeciálnym pedagógom alebo logopédom v oblasti reči, ktorý sa venuje deťom s NKS a s PAS.

Psychologická diagnostika detí od 3 do 6 rokov:

Využíva sa hra, rozhovor s dieťaťom, rozhovor s rodičom. Od tohto obdobia zmeranie aktuálneho intelektového výkonu môže pomôcť vylúčiť príčinu zaostávania reči z dôvodu mentálneho postihnutia. Na zmeranie aktuálneho intelektového výkonu je možné použiť T-35 Stanford-Binetovu intelligenčnú škálu, WISC III (na porovnanie verbálnych a neverbálnych výkonov), Woodcock-Johnson Tests, SON-R (test zameraný na diagnostiku neverbálnych intelektových schopností detí vo veku 2,5 – 7 rokov). Použiteľný je pri deťoch s výraznými rečovými ťažkosťami na odlíšenie mentálneho postihnutia ako príčiny zaostávania v reči. Treba však podotknúť, že často pre nespoluprácu detí s PAS je výkon v intelektových skúškach znížený a je ťažké posúdiť, či ide o dieťa aj s mentálnym postihnutím. Vtedy sa psychológ opiera o pedagogické hodnotenie, hodnotenie rodiča. Vyšetrenie je potrebné rozložiť aj na viacero stretnutí. Ak nie je jednoznačné, či ide o dieťa s MP, je nutné vývin intelektu sledovať v čase a jednoznačne navrhnúť pokračovanie v predprimárnom vzdelávaní dieťaťa (bývalý odklad PŠD).

V **reči** sa sleduje aktuálny slovník, ktorý dieťa používa, intenzita hlasu, zvláštnosti v melódii, ako časuje, skloňuje, skladá vety, tempo reči (i zvláštnosti), celkový reakčný čas a verbálna fluencia vo verbálnych úlohách. Ďalej sa sleduje výslovnosť, celková zrozumiteľnosť a porozumenie reči – či dieťa chápe otázky, či je nutné opakovať zadania, zjednodušovať inštrukcie atď. Sleduje sa aj používanie neverbálnych rečových prostriedkov (gest, prirodzených posunkov).

Z dôvodu diferenciálnej diagnostiky psychológ sleduje deficit v sociálnej interakcii, repetitívne a stereotypné prejavy a záujmy, senzorické abnormality, deficit v predstavivosti a hre. V prípade prítomnej PAS symptomatiky odosiela dieťa ku klinickému psychológovi na diferenciálnu diagnostiku. V prípade nadmernej aktivity (zistenej pozorovaním) a ťažkostí v oblasti pozornosti (zistenej testami Číselný štvorec, OZOP atď.) pri podozrení na diagnózu ADHD odosiela dieťa s predbežnou správou k neurológovi. V prípade, že dieťa nenavštevuje logopéda a zistí sa zaostávanie, je odoslané k logopédovi.

Na základe výsledkov všetkých doterajších odborných vyšetrení psychológ vysloví závery a naplánuje následnú poradenskú a terapeutickú starostlivosť.



3. Logopedická diagnostika

K objektívnemu zhodnoteniu komunikačnej schopnosti dieťaťa je potrebné analyzovať jeho komunikačné správanie:

- v domácom prostredí,
- v prostredí predškolského zariadenia, na ktoré je dieťa adaptované a navštevuje ho pravidelne (MŠ, detské centrum, materské centrum). Taktiež aj v rámci prostredia, na ktoré nie je adaptované, a v interakcii s osobami, ktoré sú pre neho cudzie.

Dieťa sa spoznáva ako celistvá osobnosť s individuálnymi špecifikami vo vývine, v správaní v komunikácii. Na tento účel veľmi dobre slúžia **videozáznamy**, ktoré je možné podrobne analyzovať v rámci komplexnej diagnostiky v spolupráci s viacerými odbornými zamestnancami, ale aj:

- **dotazníky pre rodičov**,
- **pedagogické charakteristiky** od učiteľov v prípade, že dieťa navštevuje MŠ.

Okrem štandardne používaných diagnostických nástrojov si potrebné dotazníky môžu jednotlivé poradenské zariadenia vytvoriť aj individuálne. **Dotazník pre rodičov** by mal obsahovať otázky zamerané na funkčnosť komunikačného správania v rodine a mal by byť formulovaný do niekoľkých okruhov:

- komunikačná aktivita v rámci interpersonálnych vzťahov,
- komunikačná aktivita v rámci napĺňania potrieb,
- automatizovaná komunikačná aktivita.

Analýza rodičovského dotazníka, ako aj analýza pedagogickej charakteristiky dieťaťa je spolu s podrobnou anamnézou východiskovým bodom diagnostiky. Podľa možností poradenského zariadenia je vhodné mať dotazníky, videonahrávky a dostupné záznamy preštudované a analyzované už pred prvým stretnutím s dieťaťom. Diagnostik tým získava možnosť pripraviť sa na stretnutie s dieťaťom adresnejším spôsobom.

Ako sa uvádza v smernici pre logopedickú prax (<https://www.sal.sk/doc/navody-pre-logopedicku-prax.pdf>, str. 45): „Pri autistickom spektre porúch sa môžu vyskytovať aj ďalšie fyzické alebo psychologické postihnutia. Môže ísť o DMO, Downov syndróm, dyslexiu, narušený vývin reči a poruchy učenia. Pri „typickom“ autizme sa v tretine prípadov vyskytuje epilepsia.“ Z uvedeného vyplýva, že NKS v zmysle narušeného vývinu reči môže mať pri poruche autistického spektra charakter symptomatickej poruchy reči, narušený vývin reči so všetkými svojimi prejavmi môže byť teda istou „podskupinou“ problémov dieťaťa s dominantnou diagnózou PAS. Pri diferenciálnej diagnostike sa preto zameriame na zhodnotenie, či u dieťaťa ide o „čistý“ oneskorený vývin reči, vývinovú poruchu reči a jazyka – receptívna, receptívno-expresívna forma, sociálnu pragmatickú komunikačnú poruchu alebo poruchu reči pri dominantnej diagnóze PAS. Ďalej je potrebné v rámci diferenciálnej diagnostiky vylúčiť dominujúce sluchové postihnutia, ktoré bývajú relevantným dôvodom na oneskorenie rečového vývinu a zároveň hlavne v prvých rokoch dieťaťa môžu u neho vyvolávať správanie, ktoré sa podobá na správanie dieťaťa s PAS.

Priebeh diagnostiky:

Priebeh samotnej diagnostiky v rámci poradenského zariadenia bude reflektovať aktuálny vývinový stav dieťaťa, jeho mentálnu úroveň v prípade, že máme k dispozícii závery psychologického vyšetrenia, ktoré ju stanovuje, komunikačnú úroveň, ako aj jeho aktuálne emocionálne rozpoloženie. Pri voľbe diagnostických metód sa zameriavame predovšetkým na zhodnotenie aktuálnej komunikačnej úrovne dieťaťa, pričom berieme do úvahy aj fyzický vek a mentálne schopnosti.

Na diagnostiku u detí **raného veku a detí v predverbálnom štádiu** sa využíva *Lahyovej model rečového vývinu*, pomocou ktorého sa hodnotí prítomnosť prekursorov obsahu (stálosť predmetu, jeho sledovanie a hľadanie), formy (imitácia zvuková, motorická) a použitia (pragmatika) v spontánných a modelových komunikačných situáciách dieťaťa (hrová aktivita) v interakcii s rodičom, súrodencom... (osoba, na ktorú je dieťa zvyknuté) a v interakcii s odborným zamestnancom, ktorý vykonáva diagnostiku, ako aj s inými cudzími ľuďmi.



U detí, ktoré sú **verbálne aktívne**, je možné využiť štandardizované a odporúčané testy uvedené v obsahovom štandarde **„Diagnostika komunikačnej schopnosti“** od autorky **Emílie Lazovej**. V rámci diagnostiky je vhodné sa v jednotlivých jazykových rovinách pri použití dostupných testovacích metód odporúčaných v uvedenom štandarde zamerať na nasledujúce komunikačné charakteristiky.

V rámci **foneticko-fonologickej** roviny si všímať aktuálnu artikulačnú a výslovnostnú úroveň (vyšetrenie oromotorických schopností, artikulácie izolovaných hlások, ako aj jednotlivých hlások viazaných v slove, vete a texte). U detí vo vývinovom štádiu neverbálnej komunikácie hodnotiť artikulačné a oromotorické predpoklady pre vývin foneticko-fonologickej roviny (prítomnosť vokálov, konzonzantov pri vokalizácii, artikulačné pohyby, mimické pohyby, používanie jazyka, napodobovanie artikulačných a mimických pohybov, prítomnosť hypotónie, hypertónie artikulačných orgánov). Pre diferenciálnu diagnostiku narušenej komunikačnej schopnosti a PAS nie je foneticko-fonologická rovina kľúčová, preto sa hodnotí len ako jedno z diagnostických východísk tvorby komplexného intervenčného programu. Napriek tomu už na tejto úrovni diagnostiky možno pozorovať imitačnú ochotu dieťaťa, ktorá je jednou zo zložiek interpersonálneho komunikačného správania a u detí s PAS býva spravidla neprítomná alebo prítomná v oslabenej miere.

V rámci **lexikálno-sémantickej roviny** sa pri hodnotení pasívnej slovnej zásoby zameriavať na: reakciu dieťaťa na vlastné meno, pomenovanie prítomných osôb, pomenovanie predmetov a činností (Hľadá dieťa pomenovaný predmet? Ukáže pomenovaný predmet? Vykoná pomenovanú činnosť – daj, daj mame, polož, hoď, zober, prines...?). Hodnotením pasívnej slovnej zásoby sa zároveň získavajú hodnotné informácie o úrovni impresívnej zložky reči u diagnostikovaného dieťaťa, a to na úrovni komunikačného porozumenia (daj pápá, urob moja, pošli pusu, „daj päť“), ako aj na úrovni porozumenia pokynov (podaj autíčko, daj loptu mame, sadni si sem, otvor krabičku, hoď do vedra). Pri hodnotení aktívnej slovnej zásoby sa zamerať na schopnosť dieťaťa pomenovať predmety a činnosti, komentovanie vlastnej hrovej aktivity (Využíva na pomenovanie predmetov a činností neverbálne prejavy, gestá, charakteristické zvuky, vlastné slová, adekvátne slová, snaží sa napodobiť pomenovanie?).

Pri verbálne aktívnych deťoch, ktoré komunikujú na úrovni viet, sa sleduje aj obsahová bohatosť a výpovedná hodnota viet (Sú vety formulované dieťaťom výpovedne hodnotné a pre komunikačného partnera zrozumiteľné? Reflektuje dieťa vo svojom prehovore poznanie komunikačného partnera? V rámci narácie dokáže uchopiť podstatu deja a predniesť ju komunikačnému partnerovi adekvátnou, zrozumiteľnou formou?).

Na pozadí diagnostiky lexikálno-sémantickej roviny si už možno všímať reakcie dieťaťa, ktoré by mohli poukazovať na prípadnú PAS. Ide predovšetkým o ochotu dieťaťa vstúpiť do komunikačnej interakcie, iniciovať komunikačnú interakciu. V rámci vety komunikácie sledovať, či má dieťa komunikačný zámer k použitiu viet (výpovede) alebo ide o bezobsažné komentovanie činnosti, echolalické prejavy segmentov výpovedí, produkciu „slovného šalátu“ bez výpovednej hodnoty. V týchto bodoch sa diagnostika na úrovni lexikálno-sémantickej roviny prelína s diagnostikou pragmatickej roviny.

V rámci **morfologicko-syntactickej roviny** si všímať gramatickú stránku reči – používanie množného čísla, správnej verbálnej flexie, odvodzovanie a stupňovanie slov, použitie predložiek v adekvátnej forme so správne vyskloňovaným na predložku viazaným slovom.

U detí s PAS sa rovnako ako u detí s NKS (s dg. OVR, VPJ) vyskytuje dysgramatizmus. Aj z tohto dôvodu je vhodné gramatické špecifiká výpovede dieťaťa podložiť aj vyšetrením na pseudoslovách (napríklad subtestmi HSET odporúčanými v rámci obsahového štandardu Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti od E. Lazovej). Z pozorovania sa ukazuje, že deti s PAS pristupujú k vyšetreniu na pseudoslovách spravidla emocionálne nezainteresovane, viac technicky, mechanicky. Deti bez PAS, ktoré majú napriek svojmu narušeniu v rečovej oblasti aktívnu komunikačnú skúsenosť ako aktívni komunikační partneri zameriavajúci sa v komunikácii predovšetkým na komunikačný zámer a obsah výpovede (ako na pasívnej úrovni komunikačného prijímateľa, tak aj na aktívnej úrovni komunikačného produktora), reagujú na pseudoslová prekvapením, smiechom, hľadaním asociácií, keďže podľa svojej komunikačnej rutiny „idú po obsahu“. Týmto sa pre logopéda stáva aj oblasť morfologicko-syntactickej roviny zaujímavou na podrobnejšie skúmanie.



Pragmatická rovina je pri diferenciálnej diagnostike tohto typu kľúčová. Jej hodnotenie totiž poukazuje na komunikačný zámer dieťaťa, využitie komunikácie k tvorbe a napĺňaniu interpersonálnych vzťahov. Pri diagnostike v rámci tejto roviny je potrebné sa zamerať na hľadanie odpovedí na otázky: Chce dieťa komunikovať? Prečo chce dieťa komunikovať? Akým spôsobom jeho komunikácia prebieha? Logopéd si robí obraz o **pragmatickom profile** dieťaťa, t. j. príčin a dôvodov, prečo dieťa má potrebu komunikovať, z pohľadu viacerých oblastí.

Sleduje a zaznamenáva si informácie o schopnostiach dieťaťa z pohľadu komunikačných funkcií:

1. Zameranie pozornosti – ako a či dieťa získava pozornosť na seba, na predmety, na iných ľudí. Či sleduje objekt, s ktorým sa chce hrať a má ho v ruke dospelá osoba.
2. Požiadanie – či a ako žiada predmety, činnosti alebo pomoc od inej osoby. Či žiada opakovanie obľúbenej aktivity (hry).
3. Protestovanie – ako protestuje, ak niečo nechce.
4. Sebavyjadrenie – či je schopné vyjadriť pohodu alebo nepohodu.
5. Pozdravy – či je schopné a ochotné realizovať pozdrav.
6. Pomenovanie – ako pomenuje aj neverbálne predmet, osobu.
7. Komentovanie – ako a či dieťa vyjadrí prítomnosť predmetu a potom, ak predmet zmizne zo zorného poľa.

Z pohľadu reakcie dieťaťa na komunikáciu:

1. Získanie pozornosti – ako získať pozornosť dieťaťa.
2. Záujem o interakciu – má záujem o vašu prítomnosť.
3. Porozumenie gestám – ako a či dieťa reaguje, ak chcete, aby sa na niečo pozrelo.
4. Vnímanie komunikácie zo strany druhej osoby – sleduje reč, má záujem jej porozumieť.
5. Porozumenie pokynom – ako rozumie jednoduchým inštrukciám, ako reaguje na pokyny.
6. Očakávanie – ako reaguje na známe detské rutiny, hry (napr. varila myšička kašičku).
7. Reakcie na zábavu – ako reaguje na šteklenie, naháňacku, hojkanie.
8. Porozumenie zákazu – rozumie, ak rodič povie, že niečo nesmie.

Z pohľadu interakcie a konverzácie:

Participácia na konverzácii – ako prebieha interakcia, má záujem o interakciu, iniciuje, reaguje, snaží sa udržiavať interakciu s inou osobou. Ako reaguje, ak mu nerozumie dospelý, a ako reaguje, ak ono nerozumie. Ako ukončuje interakciu. Je schopné a ochotné sa zapojiť do konverzácie.

Z pohľadu kontextuálnych variácií:

1. Osoby – má obľúbené a neobľúbené osoby.
2. Situácie – sú situácie, v ktorých je konverzačne aktívnejšie.
3. Čas – v ktorom čase je dieťa najviac komunikujúce.
4. Téma – o akých veciach najradšej komunikuje, sú to veci tu a teraz, hračky, rodina.
5. Knihy – pozerá sa do kníh, chce si čítať, má záujem o knihy.
6. Použitie jazyka v hre – aké zvuky, slová, používa pri hre.
7. Interakcie s rovesníkmi – ak je s inými deťmi, ako komunikuje. Má záujem o hru alebo je radšej samo.
8. Sociálne konvencie – dodržiava ich, pýta si – prosím si, použije – ďakujem.
9. Diagnostika naratívnych schopností – schopnosť dieťaťa zachytiť a reprodukovať príbeh, napríklad diagnostikou MAIN.

4. Špeciálnopedagogická diagnostika

Pervazívne vývinové poruchy patria k najzávažnejším poruchám detského psychického vývinu. Prejavujú sa často už v prvých rokoch života dieťaťa, pričom k naplneniu diagnózy musia byť prítomné symptómy z triády príznakov, ktorú tvorí: oblasť komunikácie, oblasť sociálnych interakcií, oblasť predstavivosti a vnímania, pričom táto triáda je vždy sprevádzaná obmedzeným, zúženým a stereotypne opakujúcim sa repertoárom aktivít a záujmov (Wingová, 1993). Práve tieto oblasti sú v špeciálnopedagogickej diagnostike na prvom



mieste pri diferenciálnej diagnostike dieťaťa s podozrením na PAS. Diagnostika porúch v ranom a predškolskom veku dieťaťa má svoje špecifiká, je to náročný proces, pri ktorom by sa odborník popri dostupných diagnostických metódach mal riadiť aj informáciami získanými od rodičov, pozorovaním dieťaťa a vlastnými skúsenosťami.

Pečenák (1995) (v Harčariková, 2013) uvádza základné príznaky prítomné pri podozrení na poruchu PAS z oblasti triády, ktorú sledujeme v špeciálnopedagogickej diagnostike:

1. Kvalitatívne narušená recipročná sociálna interakcia:

- zlyhávajúce v adekvátnom používaní zrakového kontaktu,
- zlyhávajúce vo vytváraní vzťahov s rovesníkmi,
- nedostatočnosť v sociálno-emocionálnej reciprocite,
- obmedzenie spontánneho vyhľadávania možností spoločnej zábavy, záujmov alebo činností s inými ľuďmi.

2. Kvalitatívne narušená komunikácia (vyšetrenie je prioritne v kompetencii logopéda):

- zaostávanie vo vývine reči alebo jej úplné chýbanie,
- relatívna neschopnosť začať a udržať konverzáciu,
- stereotypné alebo repetitívne používanie jazyka alebo idiosynkratické používanie slov či fráz,
- chýbanie rôznych spontánnych hrových imaginatívnych aktivít alebo sociálnej imitatívnej hry.

3. Obmedzené, repetitívne a stereotypné vzorce správania, záujmov a aktivít:

- ohraničené zaujatie jedným alebo viacerými stereotypnými a obmedzujúcimi vzorcami v záujmoch,
- zaujatie špecifickými, nefunkčnými, rutinnými činnosťami alebo rituálmi,
- stereotypné a opakujúce sa motorické manierizmy,
- pretrvávajúce zaoberanie sa časťami objektov alebo nefunkčnými zložkami hračiek.

Špeciálnopedagogická diagnostika do 3 rokov:

Špeciálnopedagogická diagnostika sa v tomto vekovom období zameriava na úroveň celkového psychomotorického vývinu (senzorické vnímanie, motorika, schopnosť imitácie, sociálny vývin a komunikačné zručnosti).

V oblasti komunikácie sa v reči sleduje úroveň neecholalického hovoreného prejavu, jazykové zvláštnosti a nápadnosti, frekvencia bľabotania, bezprostredné echolálie, stereotypné/idiosynkratické používanie slov a výrazov. Hodnotí sa kvalita neverbálnej komunikácie, rozhovoru, poskytovanie informácií, žiadanie o informácie, cielené ukazovanie, prítomnosť gest. Taktiež frekvencia spontánnej komunikácie orientovanej na druhých, intonácia vokalizácie a verbalizácie, používanie tela druhých. Poškodenie v oblasti komunikácie u dieťaťa s podozrením na PAS je prezentované obrovskou variabilitou prejavov v závislosti od konkrétneho dieťaťa. Komunikácia je charakteristická v porozumení, výmene informácií, ovplyvnení vlastného správania, prispôbení sa prostrediu. Deti s PAS majú väčšinou oneskorený vývin reči.

Už vo veku 8 mesiacov môžeme sledovať odchýlky u detí s podozrením na PAS:

- zvláštnosti v intonácii pri džavotaní vrátane intonácie otázok,
- obmedzená a neobvyklá experimentácia s hlasom, výskyt atypických zvukov, obmedzený fonetický repertoár,
- dieťa nenapodobňuje, nepoužíva zvuky, gestá, výrazy,
- používanie prvých slov je nezmysluplné,
- prítomný častý a ťažko identifikovateľný plač,
- neskôr sa môže ukázať opakovanie fráz, bez kreatívneho jazyka, zvláštny tón a prízvuk, echolália, zlá artikulácia a pod.

Oblasť imitácie je u detí s podozrením na PAS výrazne oslabená, preto je jednou z dôležitých indícií pri diferenciálnej diagnostike. V oblasti imitácie sa sleduje aj motorická imitácia (napodobňovanie pohybov po dospelom, tlieskanie, pohyby úst, hádzanie lopty, napodobňovanie rôznych výrazov tváre, používanie domácich predmetov, ukladanie hračiek...), sociálna imitácia (napodobňovanie sociálnych hier, hry rovesníkov, hry s bábikou, autom, napodobňovanie jednoduchých činností), verbálna imitácia



(napodobňovanie zvukov po dospelom, opakovanie hlasov zvierat, slov, kašeľ, opakovanie dvojslovných viet, intonácie po dospelom, radu dvoch čísel, krátku riekanku).

V diagnostickom procese do 3 rokov sa **v oblasti sociálnej interakcie** sleduje prítomnosť neobvyklého očného kontaktu, výrazu tváre zameranej na ostatných, prítomnosť sociálneho úsmevu, prejavenie radosti pri interakcii, reakcia na oslovenie menom. Sleduje sa, či je prítomné ukazovanie predmetov, žiadanie/dávanie, aká je kvalita a rozsah nadviazania sociálnych kontaktov, kvalita sociálnej reaktivity, celková kvalita vzťahu.

V oblasti správania, záujmov a hry sa zisťuje prítomnosť predstieranaj a rolovej hry, fantázie používanej pri hre, prítomnosť stereotypných hrových činností, spoločná hra s druhými, zotrvávanie pri činnosti alebo striedanie záujmu o rôzne predmety. Taktiež miera schopnosti zapojiť sa do scenára hry alebo jej imitácie. Sledujú sa prejavy emócií ako radosť, hnev, rozladenosť a podráždenosť, záchvaty zúrivosti/agresie, prejavy úzkosti, apatie, sebaopoškodzovanie, nadmerná aktivita, prítomnosť akýchkoľvek ďalších neobvyklých prejavov správania. Pozorujú sa pohybové repetitívne manierizmy, manierizmy rúk, prstov. Taktiež neobvyklý pretrvávajúci záujem o zmyslové záujmy, herný materiál či osobu, nadmerný záujem o špecifické témy, predmety, kompulzie a rituály.

V oblasti celkového kognitívneho vývinu je dôležité všimnúť si, ako sa dieťa správa v novom prostredí, ako reaguje na nové podnety, nové osoby, zmeny. Ďalej pozorujeme, ako skúma prostredie, ktoré hračky alebo predmety ho zaujmú a akým spôsobom s nimi manipuluje (či je to adekvátna manipulácia s hračkami – v súlade s tým, na čo sú určené, alebo s nimi zaobchádza stereotypne, zameriava sa na detaily, manipulácia má skôr charakter zrakových alebo sluchových sebastimulácií a pod.). Pri diferenciálnej diagnostike má výpovednú hodnotu aj spôsob, akým dieťa zaobchádza s predmetmi dennej potreby, či napodobňuje činnosti blízkych osôb alebo iných detí, aká je schopnosť dieťaťa predvídať známe činnosti denného života v známom kontexte. Konkrétne úlohy mapujúce kognitívny vývin do 3 rokov sú obsiahnuté vo väčšine dostupných špeciálnopedagogických škál (napr. edukačno-hodnotiaci profil dieťaťa s PAS vo veku 0 až 7 rokov, psychoedukačný profil).

V oblasti motoriky vývin hrubej motoriky postupuje u detí s podozrením na PAS, ale aj u detí s narušenou komunikačnou schopnosťou obvyčajne v rámci širšej normy (v anamnestickom rozhovore rodičia väčšinou udávajú vývin neodlišujúci sa významnejšie od vývinu rovesníkov). V jemnej motorike však u väčšiny detí s možnými poruchami autistického spektra pozorujeme zaostávanie alebo zvláštnosti súvisiace aj so senzorickými osobitosťami (nechuť k manipulácii s niektorými materiálmi, odpor k niektorým činnostiam), tiež kvôli úzko vymedzenému okruhu záujmov, resp. preferencii istých činností. Tieto stereotypy sú často na úkor aktivít rozvíjajúcich jemnú motoriku. Deti s autistickým vývinom často nevedia adekvátne manipulovať s predmetmi dennej potreby, s rôznymi manipulačnými hračkami (navliekanie, vkladačky), kockami, stavebnicami, niektoré sa nerady hrajú s pieskom, modelovacími hmotami, nejavia záujem o výtvarné aktivity, kreslenie, čmáranie a pod. Majú často nedostatočne osvojené sebaobslužné činnosti (obliekanie, vyzliekanie, zapínanie, nabíranie jedla na lyžicu a pod.). Deti s narušenou komunikačnou schopnosťou taktiež nie vždy obľubujú už spomenuté výtvarné činnosti vrátane kreslenia, resp. nemajú primerane veku rozvinuté grafomotorické zručnosti, ale s predmetmi dennej potreby, hračkami a stavebnicami dokážu adekvátne manipulovať, resp. neodmietajú tieto činnosti. Uvedené charakteristiky však nemusia úplne platiť, preto je vždy potrebné posúdiť každý prípad individuálne. Podobne ako v oblasti kognície aj pri diagnostike jemnej a hrubej motoriky vychádzame z úloh z vývinových škál.

Oblasť spracovania senzorických podnetov – sledujú sa nezvyčajné senzorické záujmy dieťaťa – nadmerné alebo nedostatočné reakcie dieťaťa na zvukové, hmatové, zrakové, čuchové, vestibulárne, interorecepčné, propioceptívne podnety, celkové oslabenie v oblasti senzorickej integrácie. Niektoré deti si pri bežných zvukových podnetoch zakrývajú uši, iné na ne reagujú nedostatočne. Niektoré deti vyhľadávajú neustály pohyb (pobehovanie, kývanie telom, točenie). V oblasti zraku môže dieťa nevedieť zamerať pohľad, fascinujú ho odlesky, pohybuje si prstami pred očami alebo si môže zakrývať oči, nevyhľadávať očný kontakt. V oblasti čuchu a chuti môže dieťa predmety prehnane ovoniávať, ochutnávať alebo odmieta byť v miestnosti, kde sú čuchové alebo chuťové podnety, nechce sa na ne ani pozrieť, môže mať výrazné problémy ochutnávať niektoré potraviny alebo vône. Tejto oblasti sa venuje aj napr. liečebný pedagóg, prípadne špeciálny pedagóg.



V špeciálnopedagogickej diagnostike detí od 3 – 7 rokov:

Špeciálnopedagogická diagnostika je v tomto vekovom období zameraná najmä na zistenie úrovne osvojených zručností v kognitívnej oblasti, jemnej motorike a grafomotorike. Všíma si však aj spôsob komunikácie a úroveň sociálnych zručností, keďže sú základným predpokladom všestranného rozvoja. V rámci diferenciálnej diagnostiky PAS dopĺňa celkový obraz prínosom informácií o schopnosti dieťaťa spolupracovať s examinátorom, udržať pozornosť, sústrediť sa na predložené úlohy, adekvátne reagovať na sociálnu situáciu, plniť jednoduché požiadavky. Je dôležité sledovať, či má dieťa osvojené zručnosti a vedomosti približne primerane veku (alebo len s menšími odchýlkami) alebo je prítomné aj výraznejšie zaostávanie, resp. nápadné rozdiely medzi jednotlivými pozorovanými oblasťami. Pokiaľ zaznamenávame výraznejšie nedostatky, je potrebné uvažovať o nasledujúcich kategóriách:

- dieťa nemá jednotlivé zručnosti osvojené preto, lebo je limitované symptomatikou PAS (nedostatočne udržuje pozornosť, má špecifické záujmy, senzorické osobitosti – nechut' alebo odpor k niektorým materiálom, zvukom, činnostiam, je ťažko odkloniteľné od repetitívneho správania, nerozumie inštrukciám),
- zručnosti nemá osvojené preto, lebo absentuje porozumenie reči v rôznych sociálnych a edukačných situáciách (oneskorený, narušený vývin reči) – deti nerozumejú verbálnym inštrukciám, ale po názornej inštrukcii alebo predvedení úlohy dokážu úlohu splniť (takto dokážu splniť úlohy aj niektoré deti s PAS, ale na rozdiel od detí s NKS je pre diagnostiku oveľa ťažšie nadviazať kontakt, zamerať a udržať ich pozornosť, získať ich pre spoluprácu),
- dieťa nemá zručnosti osvojené v dôsledku mentálneho zaostávania, v takom prípade nesplní úlohu ani po viacnásobnom názornom predvedení a zácviiku (napriek fungujúcemu sociálnemu kontaktu).

Informácie o dosiahnutej úrovni v oblasti kognície, jemnej motoriky a hry možno získať aj z pedagogickej diagnostiky, pokiaľ ide o dieťa navštevujúce bežnú MŠ. Nemusia však zodpovedať skutočnému stavu vzhľadom na to, že metódy bežnej pedagogickej diagnostiky zvyčajne nie sú pre dieťa s možným PAS alebo narušeným vývinom reči vyhovujúce (ide najmä o spôsob inštruovania, ale aj výber úloh a potrebu zamerania pozornosti).

Napr. dieťa sa nedokáže sústrediť v prostredí kolektívu, nerozumie inštrukcii, nevie sa zorientovať v predloženej úlohe, a preto úlohy neplní. Vtedy sa nedá spoľahlivo posúdiť, či nerozumie, čo má robiť, má problém so zameraním pozornosti, problém s orientáciou alebo vôbec danú úlohu nevie riešiť. Pri individuálne prebiehajúcej špeciálnopedagogickej diagnostike je možné všetky tieto faktory zohľadniť, využiť vhodné metódy a prispôbiť diagnostický materiál.

V oblasti reči/komunikácie (*expresívnej, receptívnej*) sa sledujú ťažkosti vo vyjadrovaní, prítomné sú časté dysgramatizmy, ťažkosti s reguláciou hlasitosti reči, primeranou vetnou intonáciou, primeraným vyjadrením myšlienok (zabíjanie k svojim obľúbeným témam, ťažkosti s nadviazaním, udržaním a ukončením konverzácie. Prítomné sú často nevhodné výroky, ťažkosti s vykaním, oslovovaním osôb, zdvorilosťou, prítomnosť afektívneho správania, používanie nevhodných vulgárnych výrazov, prejavy prehnaných emócií. Reč je skôr monologická. Naopak, deti s narušenou komunikačnou schopnosťou chcú nadviazať sociálny kontakt, dokážu viesť dialóg, snažia sa o sebavyjadrenie a zaujíma ich reakcia inej osoby, chcú byť porozumené.

V oblasti diagnostiky jemnej a hrubej motoriky sa sleduje hlavne záujem o grafomotorické činnosti, správny úchop písadla, prítlak na podložku, poloha tela a ruky, fantázia pri kresbe, prítomnosť detailov. V predškolskom období znalosť písmen abecedy, čísel, napodobňovanie predpísaných grafém, podpis vlastným menom. V oblasti hrubej motoriky sa hodnotí celková pohyblivosť dieťaťa, jeho praxia.

V oblasti sebaobslužných činností sa pozoruje schopnosť obliecť a vyzliecť sa, obuť a vyzuť si topánky, samostatnosť pri jedení, osobnej hygiene. V prípade oslabenia v oblasti hrubej motoriky a sebaobslužných činnostiach sa zvažuje prítomnosť dyspraxie.



V oblasti koncentrácie pozornosti sa hodnotí dĺžka a kvalita koncentrácie pri činnostiach, nevôľa k zmenám, zotrvanie pri činnostiach a hre, premenlivosť pozornosti, rýchla unaviteľnosť, motivácia k činnostiam.

V oblasti sluchového vnímania sa sleduje fonematické uvedomovanie si hláskovej štruktúry slov spolu s poznaním písmen, rýchle automatické pomenovanie známych slov spamäti, znalosť rytmu slov, členenie slov na slabiky, hlásky, vyčleňovanie prvej a poslednej hlásky v slove. Diferenciácia tvrdých a mäkkých slabík, opakovanie viet, básničiek, pesničiek.

V oblasti zrakového vnímania sa hodnotí schopnosť triediť predmety podľa veľkosti, tvaru, farby, štruktúry, funkčnosti. Skladanie obrázkov podľa predlohy, skladanie puzzle, obrázkov, diferenciácia detailov a menej výrazných rozdielov, vnímavosť voči tvarom písmen – intermodálne kódovanie.

V oblasti pamäte sa zisťuje schopnosť zapamätávania jednoduchých, ale aj zložitejších inštrukcií, pamäť na čísla, opakovanie zmysluplných slov, ale aj pseudoslov, celých viet, prerozprávanie deja rozprávky.

V predškolskom veku (najmä pred nástupom do školy) je vhodné diagnostikovať aj úroveň predmatematických zručností.

Pri zisťovaní **predmatematických zručností** sa sleduje, ako dieťa manipuluje s počtom, či má rozvinutú kvantitatívnu predstavu alebo len mechanicky ovláda číselný rad, či postrehne rozdiely v množstve, dokáže porovnávať množstvo a či rozumie a používa pojmy opisujúce veľkosť a množstvo (veľký – malý, väčší – menší, najväčší – najmenší, veľa – málo, viac – menej a pod.). Deti s autizmom majú neraz v predškolskom veku osvojený číselný rad, poznajú číslice, dokážu ich priradiť k určenému počtu. Tieto zručnosti však používajú len v niektorých situáciách, nedokážu ich aplikovať v praktickom živote. Deti s narušenou komunikačnou schopnosťou majú ťažkosti s porozumením verbálnej inštrukcii alebo s používaním príslušných pojmov. Úlohám však obvyčajne rozumejú a zručnosti, ktoré majú osvojené, dokážu použiť v praktickom živote.

Nástroje diagnostiky:

Jedným z prvých screeningových nástrojov, ktorý je možné použiť pri stanovení rizika PAS, je modifikovaný dotazníkový test na záchyt poruchy autistického spektra u batoliat **M-CHAT-R: Modified Checklist for Autism in Toddlers Revised**, (Robins, Fein, & Barton, 2009). Ide o krátky 20-otázkový dotazník zameraný už od 18. – 24. mesiaca života dieťaťa.

Z pohľadu multidisciplinárneho prístupu by bolo vhodné dotazník vyplniť a vyhodnotiť napr. aj pri zdravotnej prehliadke u pediatra a iných špecialistov/odborníkov v rámci štandardu vyšetrenia psychomotorického vývinu detí pri 2. – 11. preventívnej prehliadke v primárnej starostlivosti.

Dotazník **DACH** je rovnako určený pre deti od 18 mes. do 5, max. 6 rokov. Ide o český screeningový nástroj určený pre rodičov detí s podozrením na PAS. Dôležité diagnostické kritérium je, aby určité odlišnosti v správaní dieťaťa trvali viac než pol roka.

Pozorovacia škála **ADOS, ADOS-2: Autism Diagnostic Observation Schedule** (Lord, Rutter, DiLavore, Risi, 1989) je jedna z najviac používaných pozorovacích metód pri diagnostike a hodnotení porúch autistického spektra. Na základe ADOS-2 je možné určiť mieru (miernu, strednú a vysokú) autistických symptómov pri priamom pozorovaní dieťaťa v štandardných podmienkach. Revidovaná verzia ADOS-2 (2012) je rozšírená o modul batola, ktorý umožňuje autizmus diagnostikovať už od 12 – 36 mesiacov. Táto hodnotiacia škála je zameraná na hodnotenie komunikácie, sociálnej interakcie a tvorivosti.

CARS: posudzovacia škála detského autistického správania, v ktorej sa porovnáva správanie dieťaťa so správaním neurotypického dieťaťa rovnakého veku. Hodnotí sa vzťah k ľuďom, imitácia, emocionálne reakcie, motorika, využívanie predmetov, hra, adaptácia na zmeny, zraková, sluchová, čuchová, hmatová a chuťová reakcia. Ďalej strach, nervozita, verbálna a neverbálna komunikácia, úroveň aktivity, úroveň intelektových funkcií, celkový dojem. CARS I – škála detského autistického správania: (Childhood Autism Rating Scale, Schopler a Reichler 1988), edícia CARS II, 1998. Semištrukturovaná škála, ktorá má 15 položiek, každá sa hodnotí na stupnici od 1 do 4 podľa frekvencie a intenzity abnormálnych prejavov v danej oblasti. Výsledné skóre orientačne určuje stupeň závažnosti poruchy. CARS 2 je rozšírený o záznamový hárok pre vysokofunkčný autizmus. Je praktickejšia a presnejšia v hodnotení a záchyte miery symptómov pre jedincov s poruchou autistického spektra.



ADI-R: Autism Diagnostic Interview (Lord, Rutter et al., 1994): ide o štandardizované interview, ktoré vykonáva špeciálne zaškolený klinický pracovník s rodičom alebo zverenou osobou dieťaťa. Dotazník obsahuje 111 položiek a doba potrebná na administráciu je okolo troch hodín. Výborný dotazník pri diferenciálnej diagnostike Aspergerovho syndrómu.

Posudzovacia škála pre Aspergerov syndróm (Jánošíková, 2009) sa skladá z posudzovacej škály a rodičovského dotazníka, ktoré sledujú odchýlky v správaní dieťaťa od predškolského veku až po adolescenciu.

GADS: Gilliamova škála Aspergerovho syndrómu (Gilliam, J., 2001) je štruktúrovaný dotazník, ktorý vyplňajú rodičia s odborníkom. Zameraný je na vekovú skupinu od 3 do 22 rokov. Zahŕňa 4 oblasti – sociálne interakcie, úzko vymedzené vzorce správania, kognitívne schopnosti a pragmatické schopnosti.

Neskôr v prípade potreby zhodnotenia vývinovej úrovne dieťaťa sú vhodné a u nás dostupné vývinové profily dieťaťa:

PEP-R: vývinový prístup k hodnoteniu detí s autizmom a podobnými vývinovými postihnutiami (od 0 do 7 rokov), hodnotí sa odchýlka vo vývinových oblastiach: napodobovanie (imitácia), vnímanie (percepcia), jemná a hrubá motorika, integrácia oko – ruka, poznávacie schopnosti a verbálne schopnosti (porozumenie reči) a v správaní.

EHP: edukačne hodnotiaci profil dieťaťa s poruchou autistického spektra – hodnotí vývinovú úroveň detí s poruchami autistického spektra od 0 do 7 rokov v 17 vývinových oblastiach (sociálny vývin, komunikácia, receptívna a expresívna reč, imitácia, motorika, grafomotorika a kresba, sebaobsluha, vnímanie a abstraktné vizuálne myslenie).

Anamnestický dotazník pre dieťa s autizmom (ŠPÚ Bratislava, Némethová, Šedibová, Tekelová, Vladová, ŠEVT 2002): slúži pre špeciálnopedagogické a pedagogicko- psychologické poradne na podanie komplexného obrazu vo vývine, stave a osobitostiach dieťaťa. Môže byť podkladom na zaradenie/preradenie dieťaťa s autizmom do špeciálnej školy a špeciálnej materskej školy.

VB-MAPP (Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program), ktorý hodnotí komunikačné schopnosti dieťaťa z hľadiska ich funkčnosti (nie či dieťa používa reč, ale na aké účely komunikuje). Zameriava sa tiež na ďalšiu oblasť adaptívneho správania, akou je pripravenosť na zaškolenie do bežnej/špeciálnej materskej školy. Zároveň hodnotí bariéry na strane dieťaťa, ktoré mu bránia v učení – dosahovaní vývinových míľnikov v oblasti sociálnych zručností a komunikácie.

Tento nástroj je dostupný len v anglickom jazyku. Jeho používanie vyžaduje dobré porozumenie Skinnerovej analýzy verbálneho správania, ako aj porozumenie základom aplikovanej behaviorálnej analýzy. Dôležité je upozorniť aj na jeho časovú náročnosť a potrebu pozorovania jednotlivých sledovaných vývinových míľnikov v prirodzenom prostredí dieťaťa.



V rámci diagnostiky dieťaťa je potrebný **multidisciplinárny prístup** (pedopsychiater, klinický/poradenský psychológ, logopéd, neurológ. Vypracováva sa **záverečná diagnostická správa**, ktorá zahŕňa výsledky psychologického, logopedického, špeciálnopedagogického, pedopsychiatrického vyšetrenia, ako aj ďalších vyšetrení. Správa by mala obsahovať: špecifikáciu vyšetrenia, dôvod vyšetrenia, iniciátora vyšetrenia, dátum vyšetrenia, anamnézu (osobnú, rodinnú, školskú, zdravotnú), použité metódy a výsledky (opis najdôležitejších zistení, slabé a silné stránky dieťaťa a ich možný dosah na výkony dieťaťa). Záver (stručné zosumarizovanie výsledkov a vyjadrenie, či ide o dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami), vyjadrenie ku vzdelávaniu dieťaťa – zaradenie do špeciálneho vzdelávacieho zariadenia alebo do bežného (ak ide o žiaka so ŠVVP, tak či navrhujeme vzdelávanie formou integrácie), navrhovanú personálnu podporu (asistent učiteľa, logopéd), odporúčania pre pedagogických a odborných zamestnancov, odporúčania k práci dieťaťa v domácom prostredí, termín kontrolného vyšetrenia.

V prípade, že dieťa nenavštevuje predškolské zariadenie alebo materská škola nepožaduje výsledky diagnostiky na účely integrácie dieťaťa, pracuje špeciálny pedagóg, liečebný pedagóg na stimulácii oslabení dieťaťa, v spolupráci s logopedom, psychológom alebo iným terapeutom.



Výstup činnosti



V osobnom spise evidujeme:

záznam o probléme/ťažkostiach klienta a anamnestických údajoch,
záznam o pridelenom koordinátorovi klienta,
záznam o diagnostickom rozhovore a o predbežnej hypotéze,

záznam o realizovaných koordinačných činnostiach,

správy z odborných vyšetrení, lekárske nálezy a iné posudky,

záznam o diagnostickom cieli,

vyhodnotené záznamové hárky z diagnostiky, prípadne i videozáznam so súhlasom rodiča,

správu z diagnostického vyšetrenia/formulované odporúčania,

konziliárne otázky zaznamenané do záznamu z odborného konzília,

záznam o dg. závere s návrhom ďalších odporúčaní/diagnostickú správu,

záznam o realizácii výstupného rozhovoru,

písomný záznam o stanovenom cieli intervencie,

individuálny plán odbornej intervencie, kontrakt s rodičmi/ZZ,

záznamy o realizácii odbornej intervencie,

záznam o realizovaní poradenstva,

záznam o tranzite (o sprevádzaní pri prechode do vzdelávacej inštitúcie),

záznam o vyhodnotení intervenčného procesu,

diagnostické správy zo psychologického, špeciálnopedagogického, logopedického vyšetrenia, z vyšetrenia klinickým psychológom, pedopsychiatrom, neurológom, prípadne iným špecialistom.

Spolupráca

- Pri diferenciálno-diagnostickom procese stanovenia diagnóz z okruhu PAS a NKS je nevyhnutná multidisciplinárna spolupráca odborníkov z viacerých rezortov.
- Podozrenie na zaostávanie v oblasti sociálnych zručností a zaostávanie v oblasti komunikácie vyjadruje obvykle všeobecný lekár pre deti a dorast po zrealizovaní pediatrického skríningu. Podozrenie často vyjadrí aj samotný rodič dieťaťa, ktorý sa so svojimi obavami obracia na odborníkov z rezortu zdravotníctva, školstva alebo sociálnych vecí a rodiny (obvykle pediater, neurológ, psychológ, logopéd).
- **Ak sa začne cesta rodiča za informáciami o vývine jeho dieťaťa v poradenskom zariadení, je úlohou odborných zamestnancov poradenského zariadenia v správny čas zaslať dieťa na diferenciálnu diagnostiku PAS/NKS do rezortu zdravotníctva.**
- **Konečné stanovenie diagnózy je v kompetencii rezortu zdravotníctva** – diagnózu v zmysle MKCH má v gescii pedopsychiater, no **poradenské zariadenie môže prispieť k správne stanoveniu diagnózy** informovaním odborníkov v rezorte zdravotníctva (obvykle neurológ, klinický psychológ, klinický logopéd, pedopsychiater) o silných a slabých stránkach dieťaťa, o jeho adaptabilnom správaní v domácom alebo predškolskom prostredí a prekážkach v učení na strane prostredia dieťaťa.
- **Poradenské zariadenie, ktorého je dieťa klientom, organizuje podľa potreby pravidelné medzirezortné konzília (podľa štandardu Konzílium), na ktorých sa zúčastňujú zástupcovia všetkých rezortov** – zdravotníctva (pedopsychiater, klinický psychológ, klinický logopéd), školstva (poradenské zariadenie), sociálnych vecí a rodiny (služby včasnej intervencie, ÚPSVAR, podľa potreby).
- Pri získavaní informácií o slabých a silných stránkach dieťaťa a jeho adaptabilnom správaní, ako aj o prekážkach a facilitátoroch v učení na strane dieťaťa a na strane prostredia za ideálnych okolností (pri dostupnosti služby, zaradení dieťaťa do služby a pod.) **spolupracuje s poradcami služby včasnej intervencie, ktorí používajú nástroje sociálnej služby** na to, aby dokázali zmapovať potreby dieťaťa a jeho rodiny pôsobením v prirodzenom prostredí dieťaťa.
- **Diferenciálna diagnostika PAS/NKS je obvykle časovo náročný proces**, ktorý trvá aj niekoľko mesiacov/rokov.



- **V priebehu diferenciálnej diagnostiky** v rezorte zdravotníctva (pred stanovením konečnej diagnózy) **prebieha starostlivosť o dieťa s rizikovým vývinom v zmysle PAS/NKS v poradenskom zariadení** na základe identifikovania jeho slabých stránok a prekážok v učení.
- Na starostlivosti o dieťa s rizikovým vývinom v zmysle PAS/NKS sa podieľa MDT poradenského zariadenia obvykle v zložení psychológ, špeciálny pedagóg, logopéd, fyzioterapeut.
- **Výsledkom diagnostického procesu** sú okrem formálnych výstupov (správy z vyšetrení) v prvom rade **vstupné informácie do intervenčného procesu** s dieťaťom.

Úskalia postupu



V diagnostickej fáze je nutné brať na zreteľ, že stanovenie diagnózy môže dieťaťu ovplyvniť následné vzdelávanie, čo je veľká zodpovednosť. Je preto nutné naštudovať všetky dostupné informácie o dieťati – anamnéza, lekárske správy, výsledky vyšetrení, pedagogické hodnotenia atď.

Stáva sa, že rodič neposkytne všetky informácie o dieťati, prípadne ich z nejakých príčin skreslí (strach a obavy z diagnózy alebo nevedomosť, že tieto informácie sú dôležité), čo môže viesť k nesprávnemu diagnostickému záveru. Preto je nutné v riadenom rozhovore klásť otázky potrebné na diagnostiku. Z uvedeného dôvodu môžu byť nápomocné informácie zo školského prostredia (predškolské zariadenie, ZŠ), kde sa môžu prejavovať i iné symptómy, ktoré sa v domácom prostredí alebo pri vyšetrení neprejavujú.

Zároveň je dobré vyhnúť sa zrýchlenému procesu diagnostiky (nie na 1 stretnutí), pretože by pozornosti diagnostika mohli uniknúť dôležité symptómy. Často sa vyskytuje komorbidita viacerých diagnóz.

V súčasnosti na Slovensku nie je dostupných dostatok nástrojov na posúdenie prekážok a facilitátorov v učení na strane dieťaťa, **pričom práve rozdiel medzi kapacitou dieťaťa zistenou vývinovými škálami a inými nástrojmi špeciálnej, logopedickej a fyzioterapeutickej diagnostiky (vývinový profil, ktorý hovorí o tom, ktoré oblasti vývinu sú u dieťaťa v norme – silné stránky a ktoré sú oslabené – slabé stránky) a prekážkami (napr. problémové správanie, ťažkosti s motorickou imitáciou, nedostatok motivátorov, senzorická hypercitlivosť a pod.) a facilitátormi v učení (napr. vysoko motivačné aktivity, prítomnosť blízkej osoby a pod.) na strane dieťaťa predstavujú podklad nastavenia cieľov intervenčného procesu a sledovania jeho efektivity.** Pre oblasť PAS a NKS je takýmto nástrojom napr. VB-mapp (Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program), ktorý je spomenutý vyššie.

Čomu sa vyhnúť

Je nutné vyhnúť sa unáhlenému nálepkovaniu detí diagnózou bez kompetentných špecialistov (kým nie je potvrdená špecialistom, je len pravdepodobnou diagnózou).

Dôležité je starostlivo zvážiť vhodnosť správneho načasovania odoslania dieťaťa k inému odborníkovi na vyšetrenie, keďže pomenovanie diagnózy je pre rodičov stresujúcim faktorom a môže spôsobiť odmietanie nasledujúcich vyšetrení. Preto je nutné byť k rodičom citlivý a zároveň pomenovať ťažkosti, ktoré sú zjavné. V prípade detí s PAS je vhodné napríklad pomenovať „sú prítomné autistické črty“.

Je vhodné v mieste bydliska komunikovať s pediatriami v rámci multidisciplinárneho prístupu. V starostlivosti o deti je naďalej rizikovým neskoré odoslanie dieťaťa pediatrom k iným špecialistom, pretože sa stráca čas na včasnú cielenú intervenciu.



V rámci MDP (medzi odbornými a pedagogickými zamestnancami, zdravotníkymi zamestnancami a rodinou) je dôležité zjednotiť prístup k riešeniu problémov dieťaťa. Ťažiskom je vzájomná **kommunikácia** o jeho úprave vzhľadom na diagnózu.

Rizikové je podceňovať a opomíňať oblasti vývinu, ktoré sú oslabené – napríklad problémy dieťaťa v oblasti socializácie, keď si dieťa nepýta pomoc, tak je všetko v poriadku, alebo motorika menej oslabená na úkor iných výrazne oslabených schopností (reč, socializácia).

Doplňujúce informácie

Kvalifikačné predpoklady

Odborní zamestnanci:

- psychológ – VŠ vzdelanie II. stupňa,
- špeciálny pedagóg – VŠ vzdelanie II. stupňa,
- logopéd – VŠ vzdelanie II. stupňa.

Zoznam použitých metód

Psychológ:

- diagnostický rozhovor,
- pozorovanie,
- SON-R,
- Bayleovej škály – BSID-II,
- Stanford-Binetova inteligenčná škála,
- WISC III,
- Woodcock-Johnson Tests,
- rozhovor so zákonným zástupcom,
- konzultácia s pedagogickými zamestnancami školy,
- konzultácia so špeciálnym pedagógom.

Špeciálny pedagóg:

- diagnostický rozhovor, pozorovanie,
- ADOS, ADOS-2,
- diagnostické dotazníky – DACH, M-CHAT-R, ADI-R, GADS, CARS,
- M-CHAT-R – viac informácií na: <https://mchatscreen.com/>,
- vývinové dotazníky PEP, EHP, anamnestický dotazník pre dieťa s autizmom,
- orientačná skúška pripravenosti na školu podľa Kollárika,
- test prediktorov gramotnosti podľa Mikulajovej,
- VB-MAPP, Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program 4.

Logopéd:

- videozáznam,
- pozorovanie komunikačnej interakcie s rodičom,
- neformálna, hrová interakcia s logopédom,
- dotazník pre rodičov,
- pedagogická charakteristika dieťaťa,
- Lahyovej model rečového vývinu,
- HSET – Heideberský test rečového vývinu.



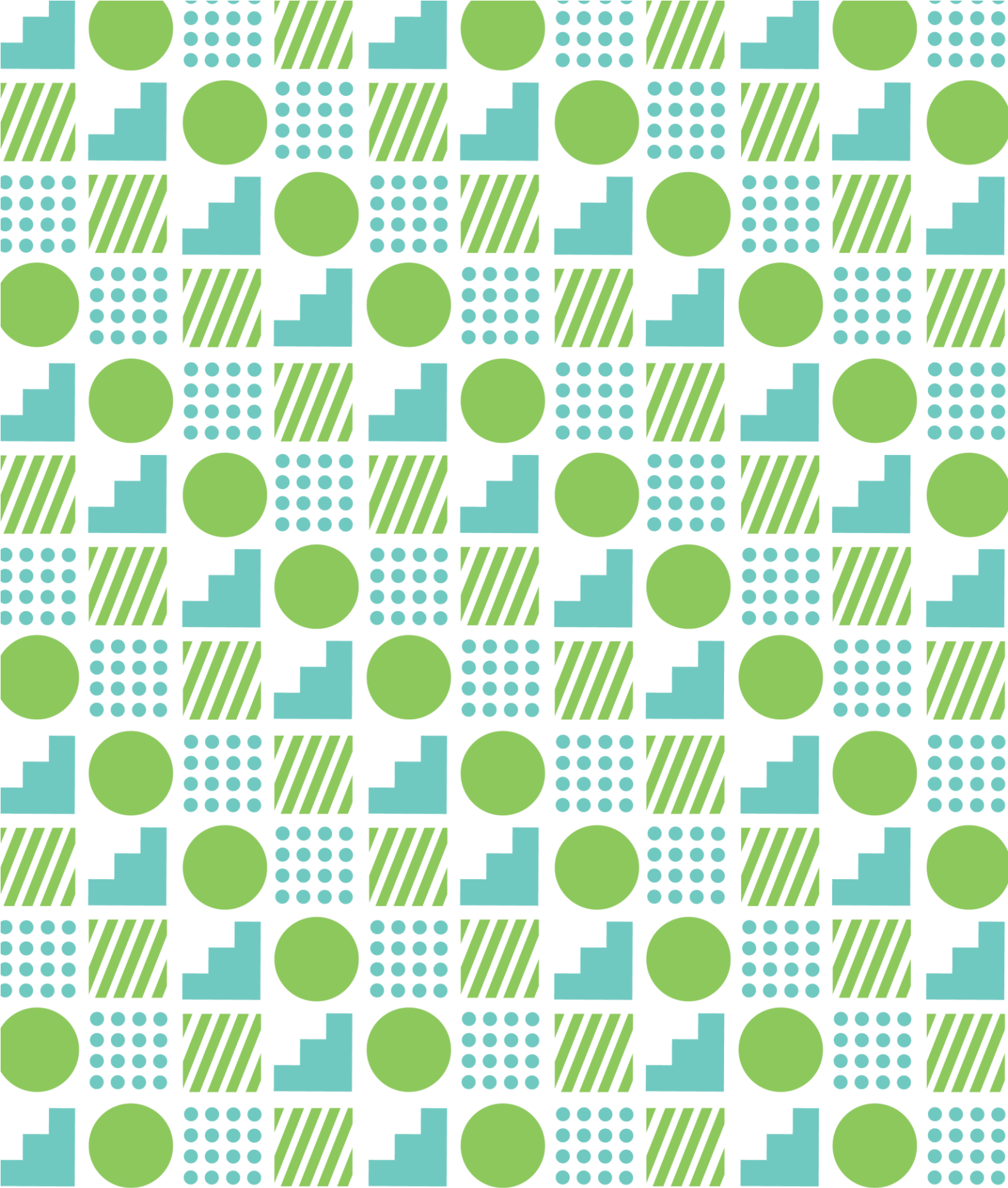
Zoznam organizácií:

- poskytovatelia služby včasnej intervencie,
- Centrum včasnej intervencie Trenčín, n. o.,
- Centrum včasnej intervencie Košice, n. o.,
- PROAUTIS Trenčín,
- Autistické centrum ANDREAS Bratislava,
- centrum Na trati, Hrnčiarovce nad Parnou,
- Špecializované zariadenie, Ľ. Podjavorinskej, Trnava,
- špecializované centrá poradenstva.

Použité zdroje

- ADOS-2, Diagnostika a hodnocení poruchy autistického spektra 1. vyd. Praha: Hogrefe, 2014, príručka 197-1.
- BUNTOVÁ, D., GÚTHOVÁ, M. 2016. Narušenie zvukovej roviny reči – artikulačná porucha, fonologická porucha. In: Kerekrétiová a kol.: Logopédia. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, Vydavateľstvo UK, 2016. ISBN 978-80-223-4165-3.
- BUNTOVÁ, D., GÚTHOVÁ, M. 2016. Narušenie zvukovej roviny reči – artikulačná porucha, fonologická porucha. In: Kerekrétiová a kol.: Logopédia. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, Vydavateľstvo UK, 2016. ISBN 978-80-223-4165-3.
- GRIMM, H., SCHÖLLER, H., MIKULAJOVÁ, M. 1997. Heidelberský test rečového vývinu. Bratislava: Psychodiagnostika a. s., 1997, T-40.
- HARČARÍKOVÁ, T., ŠTEFANOVIČOVÁ A., GOGOVIČOVÁ T., ŠUŠOROVÁ V. 2013. Pedagogika detí s poruchami učenia, správania a autizmom raného a predškolského veku. Bratislava: IRIS, 2013. ISBN 978-80-89238-89-7.
- KAPALKOVÁ, S., MIKULAJOVÁ, M. 2011. Nový skrining na hodnotenie komunikačného správania detí v ranom veku (TEKOS). In: Pediatria pre prax. 2011, 12 (4), s. 171 – 172. ISSN 1336-8168.
- KomposyT, Pedagogika psychosociálne narušených, metodické materiály, <https://www.komposyt.sk/pre-odbornikov/specialno-pedagogicka-cinnost/Metodick%C3%A9%20materi%C3%A1ly/preview-file/metodicko-informacny-material-k-volbe-povolania-pre-ziakov-s-as-a-vfa-722.pdf>
- MARKOVÁ, J., CSÉFALVAY, Z., MIKULAJOVÁ, M., SCHOFFELOVÁ, M. 2015. Analýza porozumenia viet v slovenčine. Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2015. ISBN 9788022337977.
- MIKULAJOVÁ, M., HORŇÁKOVÁ, K. Laheyovej model vývinu reči a jeho využitie v ranej diagnostike. *Logopaedica 2: zborník Slovenskej asociácie logopédov*. Bratislava: LIEČREH, 1998, 2 (1), 72 – 86. ISBN 80-967383-9-9.
- MIKULAJOVÁ, M., RAFAJDUSOVÁ, I. 1993. Vývinová dysfázia. Špecificky narušený vývin reči. Trenčín: Ludoprint, 1993. ISBN 80-900445-0-6.
- NEISWORTH AND BAGNATO, 2004. V Authentic Assessment in Infant & Toddler, jún 2010. <http://muskie.usm.maine.edu/Publications/CYF/Authentic-Assessment-Child-Care.pdf>
- PASQUALE J. ACCARDO, M. D. 2008. Capute a Accardo's Neurodevelopmental Disabilities in Infancy and Childhood, third edition, Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes Publishing Co. ISBN 13-978-1-55766-756-4.
- SLANČOVÁ, D., KAPALKOVÁ, S. 2018. Gramatický profil slovensky hovoriacich detí. In: Slančová (ed.) Desiat štúdií o detskej reči. Bratislava: Veda, 2018, s. 627 – 660. ISBN 978-80-224-1638-2.
- KRÁĽOVSKÁ ASOCIÁCIA LOGOPÉDOV VEĽKEJ BRITÁNIE, Logopedická prax (Clinical Guidelines), 2005. ISBN 10-0-86388-505.
- <https://www.sal.sk/doc/navody-pre-logopedicku-prax.pdf>
- <http://infosluch.sk/wp/porucha-sluchu/vysetrenia-sluchu/c-objektivne-vysetrenia-sluchu-v-centre/3-assr/>
- VANČOVÁ, A. 2010. *Pedagogika viacnásobne postihnutých*. 1. vydanie. Bratislava: Pedagogická fakulta Univerzity Komenského, 2010. 172 s. ISBN 978-80-970228-1-5.





VÝSKUMNÝ ÚSTAV
DETSKEJ PSYCHOLÓGIE
A PATOPSYCHOLÓGIE



ŠTANDARDY
NÁRODNÝ PROJEKT

Štandardizáciou systému poradenstva a prevencie
k inklúzii a úspešnosti na trhu práce