

DÍTĚ S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA V RANÉM VĚKOVÉM OBDOBÍ V KONTEXTU RODINY

Mgr. Alena Říhová

Ústav speciálněpedagogických studií Pedagogické fakulty
Univerzity Palackého v Olomouci

Klíčová slova

Poruchy autistického spektra, raná péče, rodina, symptomatologie, diagnostika, intervence.

Uvedení do problematiky

Poruchy autistického spektra (dále též PAS) patří mezi nejdůležitější poruchy dětského mentálního vývoje (Kurt-Lasocka, 1994; Thorová, 2006; Weber, 1970). Vývoj dítěte s PAS je od útlého věku aberentní vzhledem k intaktnímu dítěti a narušen do hloubky. Jde tedy o pervazivní vývojovou poruchu (Was ist autismus?, 2009). „Slovo pervazivní znamená vše pronikající a vyjadřuje fakt, že vývoj dítěte je narušen do hloubky v mnoha směrech (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007, s. 12). Jelínková (1999) uvádí, že do této kategorie spadají těžké vývojové poruchy, které mají svůj počátek v raném dětství a jsou charakterizovány kvantitativní poruchou sociální interakce, komunikace a sklonem k stereotypnímu a ritualistickému chování. Uvedené deficity patří k tzv. triádě symptomů. Popsala je Wingová a jsou pro PAS charakteristické. Podle MKN - 10. revize (2006) patří mezi pervazivní vývojové poruchy dětský autismus, atypický autismus, Rettův syndrom, jiná dezintegrační porucha v dětství, hyperaktivní porucha spojená s mentální retardací a stereotypními pohyby, Aspergerův syndrom, jiné pervazivní vývojové poruchy a pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná. Nejlépe prostudovanou a zároveň nejtěžší poruchou autistického spektra je dětský autismus (Hrdlička, 2004). Pojem autismus zavedl do lékařské terminologie v roce 1911 psychiatr Bleuler. Kanner, americký psychiatr, popsal v roce 1943 jedenáct případů dětí, které vykazovaly nepřiměřené, zvláštní chování. Tyto projevy nazval Časný dětský autismus (Hrdlička, 2004). „K výběru tohoto označení inspiroval Kanner řecký původ slova autos, což znamená sám. Názvem se Kanner snažil vyjádřit domněnku, že děti trpící autismem jsou osamělé, pohroužené do vlastního vnitřního světa, nezajímající se o svět kolem sebe,

neschopné lásky a přátelství“ (Thorová, 2006, str. 34). Hrdlička (2004) pojednává o tom, že v roce 2000–2001 byly popsány významně vyšší prevalence jak u dětského autismu, tak i u ostatních pervazivních vývojových poruch. Podle kritérií MKN-10 ve studii Bairda a kol. (2000) udávané hodnoty činí 30,8 a 57,9/10 tisíc, podle kritérií DSM-IV pak 16,8 a 62,6/10 tisíc. V práci Chakrabartiho a Fombonna (2001) 40,0 a 67,0/10 tisíc v práci Bertranda a kol. (in Hrdlička, 2004).

I přes nespočetné množství výzkumů obhajujících různé teorie a hypotézy, nebyla etiologie poruch autistického spektra jednoznačně prokázána. Možné příčiny pohlíží na PAS jako na dědičné onemocnění, na onemocnění, při kterém se uplatňuje vliv prostředí, výživy, prodělané nemoci, vliv metabolického onemocnění a vrozených vloh. Příčina PAS bude ale s největší pravděpodobností multifaktoriální (Hoffman, 2008). V současnosti neexistuje žádná terapie, která by přinášela stoprocentní výsledky. Teorie a hypotézy o příčinách autismu jsou s terapiemi PAS úzce spjaty. Mnohé terapie na některou z teorií přímo navazují nebo z ní alespoň částečně vycházejí. Stejně tak, jako existuje mnoho teorií o příčinách vzniku PAS, existuje i nepřeberné množství terapií.

Symptomatologie poruch autistického spektra

Na tomto místě bychom chtěli poukázat především na prvotní symptomy, které rodiče ve vývoji dítěte mohou zaznamenat a jež se stávají incentivou k vyhledání odborné pomoci.

Zaměříme se na jednotlivé oblasti uvedené diagnostické triády.

Narušení sociální interakce a sociálního chování je jedním z prvních příznaků, které laická veřejnost u osob s PAS viditelně zaznamená. Zmíněný deficit je také příčinou toho, že nezasvěcené okolí může mylně označit děti s PAS za rozmazlené, vzpurné, neposlušné a egoistické. „Byl to právě zvláštní charakter sociálního chování (sociální izolace), který vedl Leo Kanner k tomu, že poruchu, kterou pozoroval u svých dětských pacientů, nazval infantilním autismem. Kanner předpokládal, že tyto děti přicházejí na svět s vrozenou neschopností navazovat normální biologicky podmíněný kontakt s lidmi. Mnohaletým studiem došel k závěru, že tato sociální izolace nemusí být definitivní“ (Jelinková, 2000, str. 4). Oční kontakt, úsměv, broukání, pozitivní reakce na lidskou řeč, natahování ruček dítěte k matce. To vše jsou typické projevy zdravého dítěte v prvních měsících života. Absence empatie, reciprocit a sociálního citění, nepochopení sociální situace a další deficity

doprovází jedince s PAS po celý život. Člověk je od podstaty tvor společenský, k existenci potřebuje budovat a udržovat sociální vztahy, potřebuje patřit do určité společenské skupiny.

U osob s PAS nacházíme v této potřebě a schopnosti velmi výrazné abe-
rence. Thorová (2006) uvádí, že lidé s PAS dosahují výrazně nižších výsledků
v testech emoční a sociální inteligence. uvádí Jedinec s PAS se vyhýbá kontak-
tu s lidmi, nevyhledává interpersonální vztahy a v chování chybí reciprocita.
Uchyluje se k interpersonální izolaci, k upřednostňování interakce a manipu-
lace s předměty. Většinou chybí iniciace sociálního kontaktu. Na druhé straně
se ale můžeme setkat se snahou navázat kontakt nepřiměřenými prostředky,
mezi které patří vulgarismy, agresivita a jiné behaviorální projevy. Typické
je nepochopení emocí druhých lidí. Jde tedy o absenci empatie. Dovednosti
jsou rigidní a mechanicky naučené.

Osoby s PAS jsou označovány za „sociálně slepé“, protože mají obtíže
s pochopením emocí, intencí a myšlenek. Nemají vůbec, nebo omezeně vy-
vinutou takzvanou teorii myšlení, která zahrnuje schopnost uvažovat o myš-
lení druhých lidí. Absentuje zrakový kontakt nebo je přítomno vyhýbání se
zrakovému kontaktu v sociální interakci (Thorová, 2006; Pátá 2007; Peeters
1998 et al). Škála narušení v sociální sféře je u každého jedince individuální.
Totopoznání vedlo Wingovou ke klasifikaci kategorií podle převládajícího
typu sociálního chování.

Rozlišuje typ osamělý, pasivní, aktivní - zvláštní a typ formální, afekto-
vaný (Thorová, 2006).

Thorová (2006) k zmíněným typům přidává ještě typ smíšený, zvláštní.
„Jednotlivé typy chování se prolínají. Záleží na osobě člověka, se kterou dítě
kontakt navazuje, a na jiných okolnostech. V některých situacích se dítě cho-
vá odtažitě, například v kolektivu nebo s cizím člověkem může působit jako
velmi uzavřené a samotářské. Aktivní kontakty je schopné navázat pouze
v situaci, kterou dobře zná, nebo pokud se týká oblastí jeho zájmů“ (Thorová,
2006, str. 74).

„Kvalitativní postižení v oblasti představivosti se manifestuje repetitivním
chováním, rituály a omezeným okruhem zájmů. Někteří odborníci dávají
přednost termínu rigidita v myšlení a chování namísto termínu nedostatek
představivosti, který je trochu zavádějící“ (Jelinková, 2000, str. 4). U osob
s PAS dominuje obsedantní lpění na neměnnosti, které se projevuje inten-
zivním nutkáním dodržovat rituály a odporem k jakékoliv změně. Sebemenší

změna je obvykle provázána záchvaty úzkosti, stresu, nejistoty, agrese i auto-agrese.

„Narušená schopnost imitace a symbolického myšlení způsobuje, že se u dítěte nerozvíjí hra, tedy jeden ze základních kamenů učení. Nedostatečná představivost způsobuje, že dítě upřednostňuje činnosti a aktivity, které obvykle preferují mladší děti. Vyhledává předvídatelnost a upíná se tak na stereotypní jednoduché činnosti“ (Thorová, 2006, str. 117).

Zájmy osob s PAS můžeme označit termíny jako je ulpívanost, stereotypie, neodklonitelnost, zaujetí, repetitivnost. Osoby s PAS si chtějí vytvořit pocit bezpečí, jistoty a předvídatelnosti. Stereotypní chování má však různé formy. Mnozí odborníci (např. Hrdlička, Komárek, 2004; Peeters, 1998; Jelínková, 2000) uvádí, že v projevu osob s PAS můžeme zaznamenat motorické stereotypy, mezi které patří třepotání prstů před očima, kývavé pohyby, plácání rukama, ale i sebezraňování.

Narušení komunikační schopnosti je další symptom, který utváří klinický obraz pervazivní vývojové poruchy. „Poruchy autistického spektra jsou primárně poruchami komunikace. Opožděný vývoj řeči bývá velmi často první příčinou znepokojení udávanou rodiči“ (Gillberg in Thorová, 2006, str. 98). Thorová (2006) pojednává o tom, že deficit komunikační schopnosti nalézáme v recepci, v expresi, ve verbální i nonverbální komunikaci a v preverbálních interakčních dovednostech. Míra narušení je značně variabilní a podléhá řadě faktorů. „Jde o globální selhávání ve všech komunikačních modalitách. Tyto děti celkově velmi málo napodobují druhé, téměř nepoužívají gesta, ale i jejich mimice a ostatním tělesným pohybům chybí komunikační význam“ (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001, str. 514). Hrdlička (in Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000) se zmiňuje o dominanci opožděného vývoje řeči a jejího nedostatečného sociálního užití. Aberence v oblasti sociálního užití se projeví například v nedostatečné reciprocitě při běžném rozhovoru a sníženou přizpůsobivostí individuálnímu jazykovému vyjadřování. Howlin (2005) uvádí, že zhruba u 30 % postižených se smysluplná řeč nevytvoří nikdy a i mezi těmi, kteří mluví, je řeč někdy celý život značně pozměněna. Peeters (1998) upozorňuje na skutečnost, že asi polovina lidí s autismem nepoužívá řeč, 75 % z nich využívá smysluplnou echolálii, zatímco u ostatních 25 % to není tak jednoznačné. Eisenmajer (in Attwoord, 2005) uvádí, že téměř u 50 % dětí s Aspergerovým syndromem dochází k pozdějšímu rozvoji řeči, ačkoli ve věku pěti let takřka všechny hovoří plynule. „V případě autismu nevíme,

jak je porucha specificky spojena s obtížemi při osvojování řeči. Nevypadá to, že by mohl být nějaký zřetelný problém se strukturálními aspekty produkce řeči nebo motorickými aspekty produkce řeči“ (Bondy, Frost, 2007, str. 30). Vágnerová (2004) uvádí, že pro autistické děti je typický narušený vývoj řeči a neschopnost jej používat jako prostředek komunikace. Osoby s PAS neprojevují zájem o tento druh interakce. Předpokládá se, že mají narušenou schopnost takzvané metareprezentace. To znamená, že neakceptují obvyklým způsobem signály komunikačního partnera, nerozumějí jeho emočním projevům ani kognitivnímu obsahu sdělení, a tudíž pro ně tyto podněty nemohou být dostatečně atraktivní. Je možné, že se řeč nevyvíjí právě proto, že ji autistické dítě k ničemu nepotřebuje (Vágnerová, 2004). Mezi postřehy v aberenci komunikace v raném věku patří podle Páté (2007):

1. Do 12 měsíců nežvatlá.
2. Do 12 měsíců negestikuluje.
3. Do 16 měsíců neužívá slova.
4. Do 24 měsíců spontánně neužívá věty.
5. Ztráta jakýchkoli jazykových nebo sociálních schopností v kterémkoli věku.
6. Nereaguje na své jméno.
7. Neříká co chce.
8. Nereaguje na pokyny.
9. Vývoj jazyka je opožděný.
10. Někdy působí dojemem, že neslyší.
11. Zdá se, že slyší, ale nikoli ostatní osoby.
12. Neukazuje a nemává na rozloučenou.
13. Říkalo několik slov, ale přestalo.

Diagnostika poruch autistického spektra

Všepronikající, kvantitativně a kvalitativně odlišné symptomy vyžadují interdisciplinární a komplexní přístup. Proto je potřeba, aby co možná největší počet odborníků byl schopen vyslovit alespoň podezření na PAS. „V současné době neexistuje zkouška biologického charakteru, která by prokázala autismus. Screening se proto zcela zákonitě zaměřuje na mapování a výzkum chování“ (Thorová, 2006, str. 263). A priori tedy diagnostiku stanovuje klinický psycholog, který má zkušenost s tímto postižením. Zmíněný odborník vychází z dlouhodobého pozorování, z řady klinických testů a opětovné verifikace

diagnózy, neboť vývojem dítěte se klinický obraz poruchy může měnit. V České republice se ve značné míře používá semistrukturovaná škála CARS. Podle Hrdličky, Komárka (2004) existuje mnoho psychodiagnostických metod, které jsme v praxi zvyklí používat. Při vyšetření dítěte s PAS je náš repertoár spíše omezen. Většinou nelze dostatečně navázat kvalitní kontakt s dítětem. Dítě nerozumí mnoha instrukcím a nereaguje na běžně prováděné pokyny. Mezi psychologické metody patří pozorování, rozhovor, vývojové škály (Gesselova vývojová škála, Škály N. Bayleyové), testy rozumových schopností (Stanford-Binetova zkouška, McCarthyové škála), Wechslerovy zkoušky inteligence, Ravenovy testy, kresby a grafomotorika. K screeningovým a diagnostickým nástrojům dále řadíme ADI-R, ADDS, A.S.A.S., AQ test, CARS, CHAT, DACH (Thorová, 2006; Hrdlička, Komárek, 2004; Jelínková, 2002). Vocilka (1995) uvádí následující diagnostická kritéria, která vychází z narušení ve třech základních oblastech. Mezi ně patří poškození v sociální interakci, v komunikaci a stereotypní, omezený repertoár zájmů, činností. Počet symptomů, které spadají pod tyto tři široké oblasti je dvanáct.

A) Kvantitativní poškození v sociální interakci

(alespoň ve dvou z uváděných příznaků)

1. Zřetelná neschopnost používat obecných forem vystupování, jako je pohled do očí, výraz tváře, gesta, pohyb těla atd., k vzájemné sociální interakci.
2. Selhání při vytváření vztahů se svými vrstevníky.
3. Neschopnost sdílet radost, smutek a zájmy s ostatními lidmi.
4. Nedostatek sociální a emocionální vzájemnosti (např. neschopnost aktivně se účastnit jednoduchých her, preferování samotářských aktivit nebo používání ostatních osob jen jako „nástroje“ k mechanické pomoci).

B) Kvantitativní poškození komunikace

(alespoň v jednom z uváděných příznaků)

1. Vývoj mluvené řeči je opožděn nebo zcela chybí. Chybí i pokusy o alternativní způsob komunikace pomocí gest nebo mimiky.
2. Je-li řeč vyvinuta, chybí spontánnost začít a udržet konverzaci.
3. Použití jazyka je stereotypní, opakující se.
4. Chybí rozmanitost, spontánnost a představivost i schopnost napodobit pravidla společenského chování při hře přiměřené věku.

C) Omezený a opakující se repertoár zájmů a aktivit

(alespoň ve dvou z následujících příznaků)

1. Přílišné zaujetí jednou nebo více stereotypními a omezenými činnostmi, které jsou abnormální buď intenzitou, nebo předmětem zájmu.
2. Zjevným přilnutím ke specifické nefunkční rutině nebo rituálu.
3. Stereotypní a opakující se pohybové manýry (třepotání rukama, prsty, kroucení prsty nebo složitý komplex pohybů celého těla).
4. Vytrvalé zaujetí detailními částmi jednotlivých předmětů.

„Pro stanovení diagnózy autismus musí být přítomno nejméně šest z popsaných symptomů.

První projevy jsou vždy přítomny do věku tří let“ (Vocilka, 1995, str. 7).

Intervence u klientů s PAS

Včasná, komplexní a verifikovaná diagnostika spolu s ranou intervencí je jeden ze zásadních rozhodujících činitelů ovlivňující prognózu PAS.

V současnosti neexistuje žádná terapie, která by přinášela stoprocentní výsledky.

Teorie a hypotézy o příčinách autismu jsou s terapiemi PAS úzce spjaty. Mnohé terapie na některou z teorií přímo navazují nebo z ní alespoň částečně vycházejí. Stejně tak, jako existuje mnoho teorií o příčinách vzniku PAS, existuje i nepřehledné množství terapií. Od přísně vědeckých, podložených mnoha výzkumy, přes terapie vycházející spíše z přímých zkušeností s lidmi s PAS, až k terapiím takřka „šarlatánským“ (Srbková, 2007). Schopler, Reicher (1998) Gillberg, Peeters (2003) Thorová (2006) a další se shodují v tom, že nejlepší výsledky přináší strukturované vzdělávací programy. „Strukturované vzdělávací programy, kombinace behaviorálních technik, využívání vizualizovaných informací, kvalitní spolupráce s rodinou, dobrá znalost vývojové psychologie a specifík poruch autistického spektra, uplatňování teorie učení, pedagogická a terapeutická empatie tvoří nejlepší základ pro kvalitní pomoc“ (Thorová, 2006, str. 381).

Na tomto místě považujeme za důležité zmínit se o opodstatnění logopedické intervence. Správné a včasné budování funkční komunikace má zásadní vliv na komplexní vývoj jedince s PAS. Nejdůležitější rolí logopedické intervence je výstavba pragmatické jazykové roviny, která je stěžejním deficitem narušené komunikační schopnosti u této klientely. Gronfeldt (in Klenková,

2008) uvádí, že pragmatická rovina je rovina sociálního uplatnění komunikačních schopností, sociální aplikace. Schopnost správného vedení komunikace, střídání v komunikaci a reciprocity komunikačního procesu je základním předpokladem úspěšné školní i sociální integrace a inkluze.

„V současné době je obecně kladen stále větší důraz na co neefektivnější využívání raného věku dítěte. Uplatňování tohoto trendu v praxi má velký význam pro děti zdravé a je možno říci, že v případě dětí s postižením sehrává úlohu někdy téměř nenahraditelnou“ (Ludíková in Renotierová, Ludíková a kol., 2005, s. 150). Uvědomujeme si, že raný věk je období, které značně ovlivňuje vývoj jedince po stránce fyzické, sociální i psychické. Cílem rané péče je ucelená podpora rodiny pečující o dítě s PAS. Tato podpora vzniká z jejich individuálních potřeb (Apla, 2009; Checklisten zur Früherkennung, 2009; Was ist autismus?, 2009).

V případě rodiny dítěte s PAS má svoji nezastupitelnou roli úloha psychologa, který psychologickými prostředky usiluje o vyrovnání se se sdělenou diagnózou, řeší aktuální problémy a pomáhá překlenout se přes toto náročné životní období. Dítě s PAS by dále mělo být pod pravidelnou kontrolou a péčí pediatra, neurologa, psychologa, psychiatra, logopeda, speciálního pedagoga či pedagoga.

Rodina dítěte s poruchou autistického spektra

Rodina je z hlediska rozvoje dětské osobnosti nejvýznamnější sociální skupina.

Systém rodiny tvoří její jednotliví členové a interakce mezi nimi. Chování jednoho člena ovlivňuje všechny ostatní (Matějček, 2005). „Každé, i banální onemocnění kteréhokoli člena rodiny pozměňuje do určité míry povahu dosavadního rodinného fungování. Sdělení závažné diagnózy dítěte znamená ovšem pro rodiče hluboký otřes. Narození dítěte s postižením znamená pro rodiče jen očekávání problémů, které s tímto dítětem nastanou, ale znamená i ztrátu původního obrazu dítěte, tj. dítěte, jaké očekávali, na jaké se těšili a k němuž měli již vytvořený většinou hluboký vztah. Současně dan situace zasahuje do jejich vlastního sebepojetí“ (Krejčířová in Říčan, Krejčířová a kol., 2006, s. 69). Kubler-Rossová (in ibid) popsala stadia emočních reakcí, kterými rodiče po sdělení diagnózy prochází. Většina rodičů prochází jednotlivými stadii v jistém pořadí, tempo je ale individuální:

1. Šok s racionálním myšlením a citěním, kdy rodiče prožívají pocity derealizace a zmatku a mohou reagovat zcela nepřiměřeně.
2. Popření (nebo útěk ze situace) – „není to pravda“ nebo „musí existovat zázračný lék“, případně vtěsnění – „lékaři mi nic neřekli. Na přechodu k dalšímu stadiu bývá někdy uváděno ještě stadium kompenzace. U rodičů se v tomto období projevuje často magické nebo mystické zaměření, pokusy smlouvat s Bohem apod.
3. Smutek, zlost, úzkost, pocity viny. Typické bývá hledání viny u druhých, hostilita a vztek na celý svět, ale i na sebe sama. Agresivní pocity se nejčastěji vztahují buď na partnera nebo jsou zaměřeny proti zdravotnickému personálu. Častou reakcí v tomto období je dále hluboký smutek, sebelítost, litování druhých a zejména pocity viny, které bývají uváděny až u 25 % rodičů.
4. Stadium rovnováhy, kdy dochází k snižování úzkosti a deprese, narůstá přijetí situace a roste snaha rodičů starat se o dítě a aktivně se účastnit jeho léčby. Toto období trvá obvykle několik týdnů až měsíců, ale ani v nejlepším případě nebývá adaptace po léta úplná, s novými stresy a vývojovými krizemi dochází k opakovaným emočním výkyvům.
5. Posledním stadiem je stadium reorganizace, kdy je situace rodiči přijímána, rodiče se s faktem nemoci vyrovnávají, přijímají dítě takové, jaké je, a zaměřují se na hledání optimálních cest do budoucna. (Krejčířová in Řičan, Krejčířová a kol., 2006, s. 69, 70).

Závěr

Problematika poruch autistického spektra je oblast vyžadující intirdisciplinární angažovanost odborníků. Z týmové spolupráce nesmí být vylučováni rodiče. Mělo by být na ně pohlíženo jako na jeden z nejdůležitějších článků, kteří svým přístupem mohou zásadním způsobem ovlivnit vývoj dítěte. Stěžejním úkolem odborníků je proto poskytnout okamžitou pomoc pro psychické zvládnutí situace po sdělení diagnózy, dostatečně a vhodným způsobem informovat o této problematice a zprostředkovat kontakty na další odborníky, kteří se věnují péči o osoby s PAS.

Použitá literatura

ATTWOD, T. Aspergerův syndrom. Porucha sociálních vztahů a komunikace. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-979-8.

- BONDY, A., FROST, L. Vizuální komunikační strategie v autismu. Přel. Strnadová I. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2053-1.
- ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. A KOL. Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.
- DE CLERG, H. Mami, je to člověk, nebo zvíře? Praha: Portál, 2007. ISBN 978-7367-2355-5.
- DVOŘÁK, J. Logopedický slovník. Žďár nad Sázavou: Logopaedia Clinica, 2001. ISBN 80902536-2-8.
- GILLBERG, CH., PEETERS, T. Autismus- zdravotní a výchovné aspekty. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7176-856-2.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. Psychologický slovník. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178303-X.
- HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9.
- HOWLIN, P. Autismus u dospívajících a dospělých. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-0410.
- HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V. Dětský autismus. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-8139.
- JELÍNKOVÁ, M. Autismus II. Problémy v sociálních vztazích dětí s autismem. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2000.
- JELÍNKOVÁ, M. Autismus III. Problémy s představitostí u dětí s autismem.
- MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ - 10. REVIZE. Duševní poruchy a poruchy chování. Popis klinických příznaků a diagnostická vodítka. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-11-5.
- PÁTÁ, P. K., Mé dítě má autismus. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2185-9.
- PEČEŇÁK, J. Diagnostika dětského autismu. In LECHTA, V. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.
- PEETERS, T. Autismus od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci. Praha: Scientia, 1998. ISBN 80-7183-114-X.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. Dětská klinická psychologie. Praha: Grada, 2006. ISBN 80247-1049-8.
- SCHOPLER, E., MESIBOV, G. Autistické chování. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178133-9.
- SCHOPLER, E., REICHLER, R., LANSINGOVÁ, M. Strategie a metody výuky dětí s autismem a dalšími vývojovými poruchami. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-199-1.

- SRBKOVÁ, J. Edukační a terapeutické přístupy k osobám s vybranou duševní poruchou. Olomouc: Univerzita Palackého. Pedagogická fakulta. Katedra psychologie a patopsychologie. Vedoucí práce: Oldřich Müller.
- SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, M., VÁGNEROVÁ, M. Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-545-8.
- THOROVÁ, K. Poruchy autistického spektra. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7376-091-7.
- VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004. ISBN 807178-802-3.
- VOCILKA, M. Autismus a možnosti výchovné praxe. Praha: Septima, 1995. ISBN 80-8580158-2.
- VOCILKA, M. Výchova a vzdělávání autistických dětí. Praha: Septima, 1994. ISBN 8085801-33-7.
- WEBER, D. Der Frühkindliche Autismus. Bern, 1970.

Elektronické zdroje

- HOFFMAN, R., G. In Otázky kolem vzniku a léčení autismu. 2008. [cit. 2008-9-05] Dostupné na: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1073>.
- Historie Jan - Olomouc o. s. 2007 [cit. 2008-25-06]. Dostupné na: <http://www.janolomouc.estranky.cz>.
- Raná péče. 2009. [cit. 2009-11-30]. Dostupné na: <http://www.praha.apla.cz/ranapece/ranapece.html>.
- Was ist autistische Störung? Diagnostik. Therapie und Frühförderung... [2009-12-9]. Dostupné na: <http://www2.autismus.de/pages/startseite.php>.