

UNIVERZITA KARLOVA
FILOZOFICKÁ FAKULTA

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2021

Bc. Lucie Hánová, DiS.

**UNIVERZITA KARLOVA
FILOZOFICKÁ FAKULTA
KATEDRA PEDAGOGIKY**

DIPLOMOVÁ PRÁCE



Bc. Lucie Hánová, DiS.

**Alternativní a augmentativní komunikace
při vzdělávání dětí s PAS s narušenou komunikační schopností**

Meaning of Alternative and Augmentative communication in the education
of children with autistic spectrum disorder with disturbed communication skills

Vedoucí práce: Mgr. Tereza Komárková, Ph.D.

Praha 2021

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Tereze Komárkové, Ph.D. za odborné vedení, za pomoc a cenné rady při zpracování této práce. Děkuji také všem rodičům dětí, kteří byli ochotni zapojit se do výzkumu i vzhledem k pandemické situaci a pedagogům vybraných škol za vyplnění dotazníků.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 15. dubna 2021

.....

Bc. Lucie Hánová, DiS.

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá otázkou alternativní a augmentativní komunikace při vzdělávání dětí s poruchou autistického spektra s narušenou komunikační schopností. Teoretická část vymezuje pojem komunikace a řeč, zabývá se rozvojem komunikace v dětském věku a představuje jednotlivé kategorie narušené komunikační schopnosti. Další kapitola se věnuje vymezení poruchy autistického spektra, její klasifikaci a projevům. Dále teoretická část představuje jednotlivé systémy alternativní a augmentativní komunikace a zaměřuje se na jejich výhody a nevýhody při vzdělávání dětí. Empirická část práce je zpracována formou kvalitativního výzkumu, kdy výstupem jsou kazuistiky na základě pozorování a rozhovorů, které jsou zaměřeny na komunikační systémy, které využívají žáci s poruchou autistického spektra. Hlavním cílem je zaměřit se na děti s PAS a jejich schopnosti užívat systémy AAK při jejich vývoji a vzdělávání.

Klíčová slova

Alternativní a augmentativní komunikace, autismus, kazuistika, komunikace, narušená komunikační schopnost, porucha autistického spektra, školní věk, řeč

Abstract

This diploma thesis deals with the issue of alternative and augmentative communication in the education of children with an autism spectrum disorder (ASD) and impaired communication skills. The theoretical part defines the concept of communication and speech, describes the development of communication in childhood and represents various categories of impaired communication skills. The next chapter defines the ASD, its classification and speeches. Furthermore, the theoretical part presents individual alternative and augmentative communication systems and focuses on their advantages and disadvantages in the education of children. The empirical part of the work is processed in the form of qualitative research, where the outputs are represented by case studies based on observations and interviews, which are focused on communication systems used by students with the ASD. The main goal is to focus on children with the ASD and their ability to use the alternative and augmentative communication systems in their development and education.

Keywords

Alternative and augmentative communication, autism, case study, communication, impaired communication ability, autism spectrum disorder, school age, speech

OBSAH

ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 KOMUNIKACE.....	12
1.1 Vymezení pojmu řeč a jazyk	13
1.2 Rozvoj komunikace v dětském věku	14
1.3 Narušená komunikační schopnost	16
1.3.1 Opožděný vývoj řeči	18
1.3.2 Vývojová dysfázie.....	19
1.3.3 Afázie	19
1.3.4 Mutismus.....	20
1.3.5 Kóktavost a brebtavost.....	20
1.3.6 Dyslálie	22
1.3.7 Dysartrie.....	22
1.3.8 Rinolálie a palatolálie.....	23
2 PORUCHA AUTISTICKÉHO SPEKTRA	25
2.1 Vymezení pojmu autismus.....	26
2.2 Etiologie autismu	30
2.3 Klasifikace autismu.....	31
2.4 Projevy	31
2.5 Řeč a autismus	36
3 ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE	38
3.1 Systémy AAK	39
3.1.1 Piktogramy	39
3.1.2 VOKS.....	41
3.1.3 Prstová abeceda.....	42
3.1.4 Znakový jazyk.....	42
3.1.5 Makaton	43
3.1.6 Znak do řeči	44
3.1.7 Bliss.....	45

3.1.8	Bazální stimulace a komunikace.....	47
3.2	Výhody a nevýhody AAK	47
PRAKTICKÁ ČÁST		49
4	VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	49
4.1	Etické aspekty výzkumu	49
4.2	Cíle a metodologie	49
4.3	Charakteristika výzkumného vzorku	50
4.4	Tvorba kazuistik	51
4.5	Výsledky výzkumného šetření.....	68
4.6	Diskuse výsledků	78
ZÁVĚR		81
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....		83
SEZNAM ZKRATEK		87
SEZNAM PŘÍLOH.....		88

ÚVOD

Tato práce se zabývá alternativní a augmentativní komunikací u dětí s poruchou autistického spektra s narušenou komunikační schopností. Děti s autismem žijí kolem nás, denně je potkáváme, ale pokud se nijak výrazně neprojeví vůči svému okolí, ani netušíme, že jsou to v podstatě duše uzavřené v tvrdé skořápce. A zatímco my ostatní jsme z té skořápky dávno vyrazili "do světa", jim zůstává po celý život. Nikdy se jim nepovede zbavit se jí, ale při správné pomoci se přece jen může podařit, aby ve skořápce vzniklo okénko, či dvířka, kterými mohou komunikovat s okolním světem. Těmi pomyslnými dvířky může být usnadnění komunikace jinou formou, než je obvyklá, formou, která respektuje jejich odlišnosti nebo i přidružená postižení. Proto se tématem této diplomové práce stalo téma rozvoje komunikace právě u dětí s PAS, které se zaměří právě na komunikaci alternativní a augmentativní a na různé její systémy.

Téma práce jsem si zvolila z toho důvodu, že se o problematiku autismu zajímám již několik let a brigádně vypomáhám v rodinách, které děti s PAS vychovávají. Měla jsem tedy možnost nahlédnout do režimu běžného dne, výchovy a vzdělávání a zkoumat úskalí, která s sebou nesou. Cílem diplomové práce Alternativní a augmentativní komunikace u dětí s poruchou autistického spektra s narušenou komunikační schopností je zjistit, jaké komunikační systémy využívají děti s poruchou autistického spektra při jejich vzdělávání a prozkoumat jejich efektivitu. Dalším cílem je zaměřit se na děti s PAS a jejich schopnosti užívat systémy AAK při jejich celkovém vývoji.

Diplomová práce má dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část je členěna do tří kapitol, z nichž první se zabývá komunikací a řečí, stejně jako jejími poruchami. Druhá kapitola přináší poznatky o poruchách autistického spektra a všeho, co je s ním spojené, třetí se pak soustředí na alternativní a augmentativní formy komunikace, popisuje jednotlivé metody, možnosti využití, jejich výhody i nevýhody. Výzkumná část přináší pohled do skutečného světa dětí s PAS, zkoumá jednotlivé metody alternativní a augmentativní komunikace v praxi tak, jak jí používají skuteční žáci a jejich učitelé nebo vychovatelé. Práce by se tak měla stát přínosem pro všechny, kdo s podobně postiženými dětmi pracují, vytvořit jim představu o tom, které metody se v praxi nejvíce osvědčily a naopak, které nejsou takřka využívány.

Teoretická část

1 Komunikace

Komunikace je u lidí hlavním nástrojem dorozumívání. Sám pojem *komunikace* pochází z latinského výrazu *communicatio* (= předávání informací komunikačními cestami), které se postupně dostalo do všech světových jazyků. Jedná se o výhradní schopnost člověka, ačkoliv zvířata jsou schopna mezi sebou komunikovat také, ale zdaleka ne na tak rozvinuté úrovni, a to včetně využívání mluvené řeči. Je to jedna z vlastností, která není dědičně podmíněná, tedy se jí musíme učit, a jde o proces, který v podstatě probíhá celý život. Z toho vyplývá, že první komunikační zkušenosti získáváme v raném dětství, aby tato schopnost společně s řečovou a jazykovou kulturou postupně vytvářela i naši osobnost. Komunikace je pro člověka nejen formou, jak si sdělovat různé informace, myšlenky, či nápady, ale díky ní projevujeme i své emoce a pocity, ale také utvářet mezilidské vztahy. Dá se říct, že komunikace je *"schopnost vědomě užívat jazyk jako složitý komunikační systém znaků a symbolů ve všech jeho formách."*¹

Komunikovat můžeme jak verbálně, tak neverbálně, v podstatě do komunikace zahrnujeme řeč mluvenou i psanou, mimiku, haptiku, proxemiku, kinetiku, gestikulaci a také fyzický postoj komunikátorů.

Podle Klenkové se komunikace dělí na čtyři vzájemně se ovlivňující a prolínající toky informací:²

1. komunikátor – osoba, předávající informaci
2. komunikant – jedinec přijímající informaci od komunikátoru
3. komuniké – sdělení, které předáváme
4. komunikační kanál – jednotný jazykový kód.

¹ LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5. s. 13.

² KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 80-247-1110-9. s. 26.

1.1 Vymezení pojmu řeč a jazyk

V dřívějším pojetí procesu osvojování jazyka se vědci domnívali, že dětská řeč se začíná vyvíjet v okamžiku, kdy dítě vysloví svá první slova, kterým dospělý dokáže porozumět. Tato dovednost bývá velice individuální u každého dítěte a nastává kolem 18. měsíce věku. Pozdějším zkoumáním se však ukázalo, že je zapotřebí hledat počátek dětské řeči v ranějším období života. Psycholingvistické studie připouští možný původ vývoje řeči již v prenatálním období, kdy je znatelná jistá forma komunikace mezi matkou a plodem. Nenarozené dítě dokáže reagovat na lidský hlas či jiné zvuky jako např. hudbu.³

*"Řeč je pouze člověku vlastní účelové jednání, jímž se sdělují a vyjadřují myšlenky, pocity a přání, a to prostřednictvím kulturně daných symbolů a pravidel pro jejich řazení."*⁴ Je považována za schopnost příslušející pouze člověku, neboť souvisí s jeho kognitivními procesy a myšlením, což umožňuje její použití v mnoha formách. Ačkoliv je to překvapující, za řeč nepovažujeme pouze mluvený projev komunikujícího, ale dokonce i řeč vnitřní, kterou promlouváme sami k sobě.⁵ Za řeč tedy považujeme artikulovaný, nejčastěji i zvukový projev člověka, sloužící ke vzájemnému dorozumívání. Řeč je článkovaná, tedy skládá se z jednotlivých prvků – slov, a ta zase z jednotlivých hlásek. Řeč dělíme na slovní, neslovní a mimoslovně komunikační. Vždy se jedná o aktivitu vědomou, při které máme možnost výběru modulace řeči a výrazových prostředků.⁶ Nicméně řeč není vrozená, funguje za pomoci využití druhé signální soustavy, tudíž se ji člověk musí učit. Je proto velice důležité, zda již novorozenci reagují na lidskou řeč, a pokud ne, je potřeba najít důvod, proč tomu tak není. Člověk se nerodí s nadáním pro jazyk, ale jen se schopností přijmout řeč a přivlastnit si ji. Kromě mluvy si ale vytváříme i řeč vnitřní, kterou se myslí chápání,

³ PRŮCHA, Jan. *Dětská řeč a komunikace: poznatky vývojové psycholingvistiky*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3181-0. s. 35–37.

⁴ GADAMER, Hans-Georg a Jan SOKOL. *Člověk a řeč: (výbor textů)*. Praha: Oikoymenh, 1999. Oikúmené (OIKOYMENH). ISBN 80-86005-76-3. s. 7.

⁵ KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 80-247-1110-9., s. 27.

⁶ KRAHULCOVÁ, Beáta. *Dyslalie – patlavost: vady a poruchy výslovnosti*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Beakra, 2013. ISBN 978-80-903863-1-0.

uchovávání a vyjadřování myšlenek pomocí slov, a to verbálně i graficky, patří sem také vizuální znakový jazyk.⁷

Jazyk definujeme jako schopnost člověka, který využívá různé dorozumívací prostředky, které mají i zvukovou podobu. Těmito prostředky je jedinec schopen vyjádřit své představy, pocity, taktéž i své myšlenky.⁸

Lexikální systém každé řeči je tvořen konkrétní slovní zásobou, syntaxe je pořádek ve spojování slov a samotné skládání slov pak nazýváme gramatikou. Tyto tři části má i každý známý jazyk. Celkový systém řeči a jazyka pak nazýváme jazykovou kompetenci. Studium jazyka vůbec se zabývá obecná lingvistika, studiem řeči pragmatika a další obory.⁹

1.2 Rozvoj komunikace v dětském věku

Vývoj komunikačních schopností probíhá po celý život člověka, nicméně hlavní principy komunikace, a především vývoj řeči, se začíná odehrávat v dětském věku. Různí odborníci mají různé teorie, podle kterých posuzují úroveň řeči a tím i vývoj komunikačních schopností. Podle Lechty se rozdělují na období:

1. pragmatizace – přibližně do 1. roku života
2. sémantizace – 1.–2. rok života
3. lexemizace – 2.–3. rok života
4. dramatizace – 3.–4. rok života
5. intelektualizace – po 5. roce života.¹⁰

⁷ GADAMER, Hans-Georg a Jan SOKOL. *Člověk a řeč: (výbor textů)*. Praha: Oikoymenh, 1999. Oikúmené (OIKOYMENH). ISBN 80-86005-76-3.

⁸ KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 80-247-1110-9.

⁹ Ústav pro jazyk český. *Ústav pro jazyk český* [online]. © [cit. 12.02.2021]. Dostupné z: <http://www.ujc.cas.cz/>.

¹⁰ LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5.

Nepochybně můžeme říct, že prvním zvukovým projevem novorozence je křik, který je z velké části reflexní činností. Teprve kolem 6. týdne křik dostává citové zabarvení, kterým dítě vyjadřuje nelibost nebo nespokojenost. Kolem 8.–10. týdne kojeneček objevuje broukání, kterým naopak vyjadřuje spokojenost. Toto období bývá charakteristické tím, že dítě experimentuje s mluvidly a zvuky, aby na ně posléze navázalo etapou pudového žvatlání. Jelikož zde ještě není zapojena vědomá sluchová kontrola, pudově žvatlají i děti neslyšící.¹¹ V etapě žvatlání již dítě zapojuje sluch i zrak, protože se pokouší kopírovat pohyb mluvidel nejbližších osob, snaží se napodobit hlásky, tempo i melodii řeči. Zde se začíná projevovat rozdíl mezi slyšícími a neslyšícími, neboť ty ani jedno z výše uvedených nenapodobují, jejich mluvní projev tak zůstane na úrovni pudového žvatlání. Mezi 9.–12. měsícem dítě začíná rozumět řeči, postupně si spojuje osoby, předměty a situace se slovy. Sice ještě nechápe obsah slov, ale dokáže již vytvořit odpovídající zvuk nebo ukázat na předměty, které jiná osoba označuje.¹²

První aktivně pronesená slova, kterým skutečně rozumí, se u dítěte začínají objevovat kolem 1. roku života. Komunikaci tvoří jednoslovné věty často doprovázené gestikulací. Projev je také provázen emocemi a citovým zabarvením. Až od 1,5–2 let dítě začíná užívat věty dvouslovné až tříslavné, později také víceslovné. Teprve kolem 2.–3. roku již chápe, že slovy může vyjádřit nejen pojmy, ale i vlastní činnost, popsat své jednání, přednést své prosby, přání a obtíže. Od 3 let se začíná rozvíjet i abstrakce, kdy dítě dokáže popsat pocity, používá logické pojmy, ví, že každé slovo má vlastní obsah. Když se dítě stává předškolákem, obrovsky roste jeho slovní zásoba, potřebuje sociální komunikaci a také by měly být odstraněny všechny dosavadní logopedické chyby.¹³

Do celkového rozvoje patří i komunikace sociální, která začíná být viditelná zhruba kolem 6. měsíce věku, kdy dítě otáčí hlavičku za zvukem a vědomě se usmívá. Později

¹¹ KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 80-247-1110-9.

¹² GADAMER, Hans-Georg a Jan SOKOL. *Člověk a řeč: (výbor textů)*. Praha: Oikoymenh, 1999. Oikúmené (OIKOYMENH). ISBN 80-86005-76-3.

¹³ VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-387-1.

přidává i gesta, jako natažení ručiček k blízké osobě, pozná po hlase matku a další příbuzné osoby. Od 8. měsíce rozeznává rodiče od neznámých lidí, dokáže hrát jednoduché hry jako "paci paci", "pá pá", schovává se pod plenu, ukazuje na předměty. Špatně snáší odloučení od matky, pokud odejde z jeho blízkosti, leze za ní a raduje se, když ji najde. S prvním rokem přichází sebeuvědomování, kdy také dítě začíná chápat rozdíl mezi odměnou a trestem. V tomto věku je naprosto nezbytná důslednost, aby si mohlo vytvořit správné vzory chování, protože na tom závisí budoucí vývoj jeho osobnosti.¹⁴ Okolo druhého roku si začíná hrát s vrstevníky, ukazuje a nabízí jim hračky, dokáže se zapojit do kolektivních her. Zlepšuje se jemná i hrubá motorika. Zhruba od tří let dokáže hrát rovnocenné hry s vrstevníky, může už měnit role a stávat se "někým jiným" (pejskem, princeznou, čarodějem...). Spolupráce ale ještě většinou trvá do první nelibosti, takže také objevuje první spory a hádky a učí se, že pro něj nebudou vždy vítězné. Doma velmi rádo pomáhá s domácími pracemi, snaží se rodičům dělat radost, zatím bezelstně vyžaduje odměnu.¹⁵ V předškolním období se rozvíjí pohybová aktivita, smyslové i citové vnímání je velice intenzivní. Formují se potřeby, zájmy, motivy, postoje a city dítěte spojené s rozumovou činností, duševní vývoj se projevuje ve zvědavosti, která vede k diferencovanějšímu vnímání, zlepšuje se soustředění, učení, tedy i paměti. Dítě již vyhledává společnost vrstevníků více než rodičů. Dá se říct, že předškolní období je nejdůležitějším při vytváření komunikačních dovedností a zároveň i etapou nejbohatšího vývoje v celém životě člověka.¹⁶

1.3 Narušená komunikační schopnost

„Komunikační schopnost člověka je narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů (příp. několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru.“¹⁷ Současný psycholingvistický přístup charakterizuje

¹⁴ VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

¹⁵ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 9788024609560.

¹⁶ VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-387-1.

¹⁷ LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5. s. 17.

narušenou komunikační schopnost jako situaci, kdy produktor neboli vysílatel přenáší řečový signál k recipientovi neboli příjemci, jenž během dekodování přenášeného signálu účinkuje rušivě. Během vymezování narušené komunikační schopnosti je zapotřebí věnovat pozornost jazykovým rovinám jako je: foneticko-fonologická, morfologicko-syntaktická, lexikálně-sémantická nebo pragmatická. Z hlediska formy interindividuální komunikace může jít o narušení mluvené i grafické formy. Narušená může být složka expresivní či receptivní, tedy produkce či porozumění řeči a může jít o narušení trvalé nebo přechodné. Trvalé bývá zpravidla při těžkém orgánovém poškození a přechodné se objevuje při většině dyslálií.¹⁸ „*Narušená komunikační schopnost se může projevit jako vrozená vada řeči nebo jako získaná porucha řeči.*“¹⁹ Narušení může být buď úplné nebo částečné a jedinec si ho mnohdy ani nemusí uvědomovat. Často také souvisí s poruchami symbolických či nesymbolických procesů ve zvukové i nezvukové dimenzi.

Narušená komunikační schopnost má mnoho podob a forem, tudíž se může projevit již jako vrozená (genové aberace), či později jako získaná porucha (prenatální, perinatální a postnatální), stejně tak její narušení může být částečné nebo úplné. Mnohdy bývá také spojená s dalším postižením, ať ve formě dětské mozkové obrny, smyslových postižení nebo psychických poruch, jako třeba právě poruchy autistického spektra. Příčiny poruch poté dále dělíme na orgánové nebo funkční. Zde je skutečně obrovská škála možných postižení, či jejich kombinací, např. genové mutace, aberace chromozomů, vývojové odchylky, orgánová poškození receptorů i efektorů, ale i nepříznivé vlivy okolního prostředí.²⁰

„Komunikační schopnost člověka je narušena tehdy, jestliže je některá rovina jeho jazykových projevů, případně několik rovin současně působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru.“²¹

¹⁸ LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5. s. 18.

¹⁹ LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5. s. 18.

²⁰ LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5. s. 19.

²¹ LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5. s. 19.

Lechta navíc uvádí klasifikaci narušených komunikačních schopností podle symptomů, které jsou pro určité narušení typické:

1. vývojová nemluvnost – vývojová dysfázie
2. získaná orgánová nemluvnost – afázie
3. získaná psychogenní nemluvnost – mutismus
4. narušení zvuku řeči – rinolalie, palatolalie
5. narušení plynulosti řeči – balbuties, tumultus sermonis
6. narušení článkování řeči – dyslalie, dysartrie
7. narušení grafické části řeči
8. symptomatické poruchy řeči
9. poruchy hlasu
10. kombinované vady a poruchy řeči²²

S ohledem na to, že se v praxi setkáváme s nejrůznějšími klasifikacemi narušených komunikačních schopností, pro tuto práci byly vybrány ty, které souvisejí s problémy dětí s PAS.

1.3.1 Opožděný vývoj řeči

Vzhledem k tomu, že vývoj řeči začíná až v jednom roce věku dítěte, dříve není nutné se znepokojovat, že kojeneček nemluví, je to přirozený jev nazývaný *fyziologická nemluvnost*. Pokud se ale řeč neobjeví ani kolem druhého, maximálně třetího roku přesto, že je dítě zdravé, slyší a jeho duševní vývoj je v pořádku, pak mluvíme o *prodloužené fyziologické nemluvnosti*. Jestliže dítě nemluví ani ve třech letech, případně mluví velice sporadicky, pak se již jedná o opožděný vývoj řeči. Příčin může být více, od dědičnosti, citové deprivace, nepodnětného prostředí, nadužívání médií, až po lehkou mozkovou dysfunkci nebo psychickou poruchu.²³

²² LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5.

²³ KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 80-247-1110-9.

1.3.2 Vývojová dysfázie

Vývojová dysfázie vzniká při organickém poškození mozku dítěte během těhotenství, při porodu nebo po narození do 1. roku věku dítěte. Označujeme tak specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené. Nejčastější příčina je nevyzrálость centrální nervové soustavy a lehká mozková dysfunkce. Také se může objevit při rizikovém těhotenství, komplikací kolem porodu, nedonošenosti, nízké porodní hmotnosti a celkové nevyzrálости dítěte. Vývoj řeči je vždy opožděný, výrazně je narušena schopnost sluchového rozlišování, vnímání a chápání řeči a stavby vět. Vývojová dysfázie je velice často spojena s nápadnou poruchou krátkodobé paměti a s narušenou motorikou mluvidel při tvorbě hlásek. Tato porucha ovlivňuje všechny roviny řeči, a to slovní zásobu, gramatiku, výslovnost i porozumění, nicméně neprojevuje se jen potížemi v komunikaci, ale také výrazně nerovnoměrným vývojem celé osobnosti. Typické jsou také výrazné agramatismy, dítě komolí jak slova, tak i věty, problémem jsou pro něj i jednoduché říkanky, dá se říct, že jejich řeč připomíná řeč cizince, který se špatně naučil česky. Bez správné a včasné logopedické terapie může tato vývojová porucha negativně ovlivnit celkový rozvoj dítěte, výrazně snižuje možnost školního zařazení a dalšího uplatnění.²⁴

1.3.3 Afázie

Afázií nazýváme ztrátu již vyvinutých a naučených schopností dorozumívat se mluvenou nebo psanou řečí v důsledku lokálního poškození mozku. Často k ní dochází po úrazech hlavy, poranění mozku, mozkových příhodách, či krvácení do mozku. Jde o složitou poruchu, při které dochází k narušení celé psychické, emocionální a volní sféry člověka.²⁵

²⁴ Asociace klinických logopedů – sdružení odborníků z oblasti logopedie – AKL. [online]. © Dostupné z: <https://www.klinickalogopedie.cz/>.

²⁵ GADAMER, Hans-Georg a Jan SOKOL. *Člověk a řeč: (výbor textů)*. Praha: Oikoymenh, 1999. Oikúmené (OIKOYMENH). ISBN 80-86005-76-3.

1.3.4 Mutismus

Dojde-li k náhlé ztrátě již vybudované řeči, pak hovoříme o mutismu. Příčinou může být šok, stres, obrovský úlek, silné vzrušení nebo úplné vyčerpání. U dětí i dospělých vzniká psychické trauma, které jim nedovoluje tvořit hlas, tedy dochází k oněmění. Takový člověk sice rozumí řeči, nemá ani nijak organicky poškozená mluvidla, ale hovořit nedokáže. Má však snahu dorozumívát se ukazováním, gestikulací nebo psaním, což situaci jen zhoršuje, jelikož čím větší je snaha dorozumívát se tímto způsobem, tím větší je útlum řeči.²⁶ Do této oblasti řadíme také tzv. *elektivní mutismus* – mluvní negativismus. Ten často nevzniká na základě stresové situace, ale po nepříjemné zkušenosti na základě nevhodných výchovných přístupů k dítěti, či dokonce z rozhodnutí samotného dítěte. Jedinec si pak vnitřně zvolí osobu, se kterou komunikovat nebude (například učitel) nebo nemluvnost vztáhne na dané prostředí (MŠ, ZŠ). V obou případech je prognóza nutná a po odeznění negativních faktorů a za pomoci logopeda či často také psychologa se v naprosté většině případů řeč vrátí k původnímu stavu.²⁷

1.3.5 Koktavost a brebtavost

*„Koktavost je pokládána za syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se nejnápadněji projevuje charakteristickým nedobrovolným přerušováním plynulosti procesu mluvení.“*²⁸ Projevy koktavosti je možné pozorovat ve všech jazykových rovinách. Ve foneticko-fonologické rovině se ukazuje jako obtíže se členěním řeči, v lexikálně-sémantické jako neschopnost propojení myšlení s jazykem, v morfologicko-syntaktické rovině jako snaha o co nejkratší věty a v pragmatické jako neschopnost o navázání rozhovoru či vyhýbání se samotné verbální komunikaci. Koktavost se projevuje opakováním prvních hlásek a slabik ve slově nebo tvrdými hlasovými začátky a protahováním slabik. U těžkých

²⁶ Asociace klinických logopedů – sdružení odborníků z oblasti logopedie – AKL. [online]. © Dostupné z: <https://www.klinickalogopedie.cz/>.

²⁷ VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-387-1.

²⁸ LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5. s. 318.

forem se pak dokonce objevují takové bloky, kdy pacient již téměř není schopen se domluvit, jeho snahu o komunikaci provázejí tiky, záškuby hlavy i těla nebo i vegetativní projevy jako červenání se, nadměrné pocení, zvýšený krevní tlak, vzrůstající nervozita. Pokud u těžkých forem namísto logopedické a psychologické pomoci dojde k tlaku okolí nebo jakémukoliv zesměšňování, může se u jedince vyvinout logofobie. To znamená, že pacient rezignuje na jakoukoliv snahu o komunikaci, vyhýbá se jí, až nakonec nemluví vůbec. Koktavostí jsou nejvíce ohrožené děti mezi třetím a čtvrtým rokem, kdy dítě začíná používat věty. Jeho artikulační dovednosti jsou ještě malé, tudíž dítě několikrát za sebou opakuje to, co již řeklo. Druhým kritickým obdobím je pak nástup do školy, většinou je spojený se zvýšením stresu. Kvůli rozdílům ve zrání nervové soustavy koktají mnohem častěji chlapci než dívky. Vzhledem k tomu, že se koktavost neprojevuje při šeptání nebo zpěvu, pokud potřebujeme, aby se dítě bez obtíží vyjádřilo a jemu to nejde, můžeme situaci pojmut jako hru a nechat ho šeptat.²⁹

Koktavost je známá více než sto let, tudíž jsou zkoumány i její příčiny a možnosti léčby. Bylo proto stanoveno, že nejlepší péčí je spolupráce několika odborníků a to foniatra, klinického logopeda, psychologa nebo psychiatra a neurologa. Tím se stanoví podklad poruchy a započne vhodná náprava. Vždy je nutná úprava výchovného prostředí v rodině i ve škole, jelikož jedině tak můžeme zabránit vzniku logofobie a umožnit správný psychický vývoj dítěte.³⁰

Breptavost, na rozdíl od koktavosti, nepůsobí dítěti žádné psychické a komunikační potíže, problémem je spíše pro posluchače. Řeč postiženého je enormně rychlá, artikulace nedbalá, takže mu často vůbec není rozumět. U dětí se často projevuje již v předškolním věku, kdy se snaží napodobit mluvní vzor překotné řeči rodičů. Při velmi výrazném zrychlení tempa řeči se mohou objevit projevy podobné jako u koktavosti, např. opakování prvních slabik nebo slov, případně je vytvářen tlak na první hlásky slov. Výhodou je, že breptavost u dětí většinou nezpůsobuje psychické

²⁹ LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5.

³⁰ KUTÁLKOVÁ, Dana. *Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2002. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-667-5.

problémy. Pomoc zabezpečuje logoped, ktorý sa zameruje na zpomalovanie rečového tempa a na pečlivou artikuláciu.³¹

1.3.6 Dyslálie

Dyslálie patrí medzi poruchy artikulácie, býva narušená výslovnosť jednej hlásky alebo skupiny hlások mateřského jazyka, zatímco ostatní hlásky jsou vyslovovány správně. Je to jeden z druhů narušené komunikační schopnosti. Dyslálii dělíme z vývojového hlediska na fyziologickou dyslálii do 5 let, prodlouženou fyziologickou dyslálii do 7 let a teprve až po 7. roce hovoříme o pravé dyslálii. Postižení může být mnohočetné (více hlásek), multiplex (komplexní) nebo jednostranné (levé, pravé). Vždy je potřeba nejdříve vyšetřit, zda jsou v pořádku mluvidla a mluvní orgány, poté teprve zjišťujeme, zda se jedná o neobratnost mluvidel, poruchu sluchové diferenciacie, případně poruchy sluchu, dědičnost, poruchy CNS, psychosociální vlivy nebo vliv prostředí apod. Hlavní terapii vede logoped, který přizve dle potřeby další odborníky (foniatra, psychologa atd.). Ten postupně znovu vyvozuje všechny problematické hlásky a to tak, že nelze opravovat chybně vyslovované hlásky, ale vždy je nutné prokázat zcela nový zvuk. Pokaždé vyvozujeme pouze jednu hlásku, nepoužíváme složitá nebo neznámá slova. V nejobtížnějších případech lze využít mechanické pomůcky. Zároveň je vždy třeba aktivně posilovat sebedůvěru dítěte.³²

1.3.7 Dysartrie

Dysartrie je porucha řeči charakterizovaná špatnou artikulací. Na rozdíl od jiných poruch komunikace je dysartrie důsledkem onemocnění nervové soustavy, které souvisí s kontrolou jazyka, hrdla, rtů a plic, většinou je spojené i s dysfagií (potíže s polykáním). Projevuje se poruchami artikulace, respirace, fonace, nosní rezonance a prozódie. Mezi příčiny dysartrie patří různá degenerativní onemocnění, traumatické poranění mozku, trombotická nebo embolická mrtvice, ale i užívání drog u matky v průběhu těhotenství. Terapie je zaměřena na obnovování ztracených funkcí (v případě

³¹ Asociace klinických logopedů – sdružení odborníků z oblasti logopedie – AKL. [online]. © Dostupné z: <https://www.klinickalogopedie.cz/>.

³² KRAHULCOVÁ, Beáta. *Dyslalie – patlavost: vady a poruchy výslovnosti*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Beakra, 2013. ISBN 978-80-903863-1-0.

CNS), na jejich stabilizaci či na preventivní působení jejich možného zhoršování (v případě degenerativních onemocnění).³³

1.3.8 Rinolálie a palatolálie

Oba tyto problémy souvisí se změnou rezonance v oblasti dutiny nosní, tudíž se velmi často také týká dětí s rozštěpem patra. Vzhledem ke zvuku řeči se silným nazálním přízvukem se také někdy porucha nazývá huhňavost. Rinolálie bývá zavřená nebo otevřená. Zavřená je charakterizována nedostatečným otvíráním úst, stahováním jazyka dozadu a jeho menší pohyblivostí. Často se pojí s poruchami hlasu a dechu. U dětí je vždy nutné prověřit, zda porucha nenastala v důsledku zvětšené nosní mandle. Otevřená je pak charakterizována nepříjemným nosovým zabarvením a velmi často nesrozumitelnou řečí. Pokud není příčinou rozštěp patra, či jeho obrna, pak je opět potřeba prověřit nosní mandle. Někdy bývá ale příčina prostší (nesprávné mluvní návyky). Prvním předpokladem pro nápravu je u rozštěpů nebo zvětšené mandle zpravidla chirurgický zákrok spojený případnou následnou péčí stomatologa, logopeda a foniatra. Příčiny rozštěpů jsou dědičné nebo vrozené (infekce matky, nevhodné léky v těhotenství, alkohol a drogy, rentgenové nebo UV záření ve vysoké míře).³⁴

Při vrozených rozštěpech mají děti narušená mluvidla, a proto je jejich řeč výrazně odlišná, a to jak ve změnách artikulace, rezonance, tak i celkové tvorbě hlásek. Děti mají narušenou mimiku, řeč jim působí obtíže, dochází k různému špulení rtů, grimasám, napětí v krčních svalech. Často také rozštěpy bývají spojené s poruchami sluchu. Péče o dítě by se měl hned po narození ujmout pediatr, který povede celkovou léčbu dítěte, jelikož problémy nastanou i při krmení. Poté péči převezmou další odborníci, počínaje plastickým chirurgem, foniatrem, ortodontem, neurologem, specialistou ORL, až po psychologa, logopeda a speciálního pedagoga. Většina úprav by se měla provádět

³³ Asociace klinických logopedů – sdružení odborníků z oblasti logopedie – AKL. [online]. © Dostupné z: <https://www.klinickalogopedie.cz/>.

³⁴ VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

nejpozději do šesti let věku, nejlépe před vstupem do školy, i když některé operace estetického rázu se mnohdy provádí až do dospělosti.³⁵

³⁵ KLENKOVÁ, J. (2006) *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe.*

2 Porucha autistického spektra

Porucha autistického spektra nebo také autismus patří mezi nejzávažnější poruchy dětského psychického vývoje. Jde o vrozenou poruchu nervového systému a některých mozkových funkcí. Taková porucha se projevuje tím, že dítě dostatečně nerozumí svým prožitkům a tomu, co slyší a vidí. Kvůli tomuto postižení je narušen mentální vývoj dítěte, převážně v oblasti komunikace, sociálního působení a představitosti.³⁶ Porucha autistického spektra, je velice složité a široké postižení člověka, které začíná v dětství a trvá v různé míře po celý život. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 je tato porucha charakterizována „*kvalitativním porušením reciproční sociální interakce na úrovni komunikace a stereotypním opakujícím se souborem činností a zájmů.*“³⁷ Základním rysem poruch je fakt, že mají vliv na všechny oblasti života jedince. Oficiální název PAS (poruchy autistického spektra) byl definován v roce 2013, protože dříve používaný název *autismus* nepostihoval všechny dílčí poruchy. Díky názvu „spektrum“ spadá do této oblasti velké množství jednotlivých poruch.³⁸

Dříve používaný název autismus vznikl z řeckého výrazu *autos*, což znamená *sám, osamělý* a v podstatě to velmi dobře vystihuje povahu poruch. Jako úplně první tento název použil švýcarský psychiatr Eugen Bleuler již v roce 1911, i když jeho pacienti s podobnými symptomy byli charakterizováni jako schizofrenici. Americký psychiatr Leo Kanner v roce 1943 vydal práci s názvem *Autistické poruchy afektivního kontaktu*, ve které popsal výzkum jedenácti pacientů se sníženou schopností komunikace, neschopností navazovat vztahy a se stereotypním chováním. V podstatě se nemýlil a jeho práce byla skutečným popisem PAS, ale tím, že ji spojil s prací Bleulera, nechtěně zavinil i to, že na mnoho desetiletí vytvořil spojitost mezi autismem a schizofrenií. Z toho důvodu je PAS jako samostatné postižení sledované poměrně krátkou dobu, zvláště z hlediska diagnostiky, léčby a specializované péče. Proto se také jeví,

³⁶ PÁTÁ, Perchta Kazi. *Mé dítě má autismus: příběh pokračuje*. Praha: Grada, 2008. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2683-0. s. 119.

³⁷ Mezinárodní klasifikace nemocí MKN – ÚZIS ČR. [online]. © World Health Organization 2016 [cit. 27.02.2021]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace-mezinarodni-klasifikace-nemoci>.

³⁸ THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0768-9.

jako by jedinců s PAS přibývalo, ale je to především tím, že se o nich více ví a jsou častěji zařazováni do běžné společnosti vrstevníků, integrováni do běžných škol a je snaha o jejich co největší začlenění do běžného života.³⁹

2.1 Vymezení pojmu autismus

Problém s diagnostikou autismu spočívá v tom, že neexistuje žádný laboratorní test, ani jiný důkaz biologického charakteru, který by potvrdil přítomnost poruchy autistického spektra. Jediné, co je podkladem pro určování diagnózy, je screening zaměřený na mapování a rozbor chování dítěte. I odborníci, kteří se s problematikou PAS setkávají každodenně, musí být ve vyslovování diagnóz velmi obezřetní. Základem diagnostiky je kvalitní pozorování, které je založeno na dobré znalosti obvyklých projevů poruch autistického spektra a porovnání konkrétních projevů dítěte.⁴⁰ Do komplexní diagnostiky patří nejen vyšetření dítěte psychologem, ale zkoumá se i rodinná anamnéza, včetně genetické zátěže rodiny, další zdravotní obtíže dítěte, jeho dosavadní sociální chování a projevy hry. To je poté doplněno o výsledky posuzovacích škál a psychoedukačních profilů, na což navazuje posouzení, zda je autistická porucha v souvislosti s genetickou poruchou nebo jiným somatickým onemocněním, případně na jaké úrovni došlo k poškození CNS.⁴¹ Pokud tedy již byla stanovena diagnóza PAS, dalším velmi důležitým krokem, je stanovení mentální úrovně dítěte. To také není snadným úkolem, jelikož tyto děti mívají výsledky v inteligenčních testech nerovnoměrné, v některých oblastech zcela selhávají, v jiných jsou úspěšnější. Nejhorší výsledky se objevují v oblasti sociálního porozumění, emocionální empatie a představitosti. Často také bývá dobrá mechanická paměť, která je ale v kontrastu k nízké schopnosti verbálního porozumění. Symptomy poruch autistického spektra bývají nejnápadnější u dětí ve věku tří až šesti let, tudíž v tomto období bývá také nejvíce poruch odhaleno. Dítě tak bývá diagnostikováno většinou v předškolním období. „*Přestože autismus není léčitelný, je důležité jej rychle*

³⁹ HOWLIN, Patricia. *Autismus u dospívajících a dospělých: cesta k soběstačnosti*. Praha: Portál, 2005. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-736-7041-0.

⁴⁰ THOROVÁ, Kateřina. (2006) *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. Praha: Portál, 2006, ISBN 80-7367-091-7.

⁴¹ PEETERS, Theo. *Autismus: od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci*. Praha: Scientia, 1998. ISBN 80-7183-114-x.

*rozpoznat. Rychlá diagnóza otevře autistickému dítěti nejlepší perspektivu pro jeho budoucnost.*⁴²

V České republice patří k nejužívanějším posuzovací škála CARS, diagnostické interview ADI-R nebo CHAT.

Metoda CARS (Childhood Autism Rating Scale) patří mezi nejčastěji používané posuzovací škály, má 15 položek: vztah k lidem, imitace, emocionální reakce, motorika, používání předmětů a hra, adaptace na změny, zraková reakce, sluchová percepce, chuťová, čichová a hmatová reakce, strach a nervozita, verbální komunikace, neverbální komunikace, úroveň aktivity, úroveň intelektových funkcí a celkový dojem. Položky se hodnotí na čtyřbodové stupnici na základě pozorování, které je doplněno strukturovaným rozhovorem s rodiči.⁴³ Metoda má výhodu především v tom, že poskytuje velmi rychle obraz dítěte a umožňuje rychlé rozlišení, zda se jedná o poruchu autistického spektra nebo ne, také se dá nastínit stupeň závažnosti poruchy.

Metoda ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) se zakládá na standardizovaném rozhovoru s rodiči, který se zaměřuje na popis denního fungování dítěte. Rozhovor má 5 oddílů a obsahuje 111 otázek (úvodní otázky, komunikace, sociální vývoj a hra, repetitivní chování a otázky vztahující se k problémům v chování). Velkou výhodou je, že ji lze použít k diagnostice již od 18 měsíců věku dítěte až do dospělosti, ale nevýhodou je, že trvá poměrně dlouhou dobu.⁴⁴

Metoda CHAT (Checklist for Autism in Toddlers) se také zaměřuje na diagnostiku PAS již v raném věku kolem 18 měsíců. Má dvě části – rozhovor s rodiči a přímé pozorování dítěte. Rozhovor s rodiči obsahuje otázky zaměřené na symbolickou hru, komunikaci dítěte s rodinou a okolím, udržení očního kontaktu. Její výhodou je v rychlosti,

⁴² VOCILKA, Miroslav. *Autismus: [metodická příručka pro učitele speciálních škol a vychovatele ústavů sociální péče pro mentálně postiženou mládež]*. Praha: Tech-market, 1996. ISBN 80-902134-3-x. s. 13.

⁴³ THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0768-9.

⁴⁴ JELÍNKOVÁ, Miroslava. (2008) *Výchova a vzdělávání dětí s autismem*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, ISBN 972-80-7290-383-2.

protože se dá zvládnout zhruba za 20 minut, ale nemusí podchytit mírnější formy autismu.⁴⁵

Existuje také speciální česká screeningová metoda **DACH** (Dětské autistické chování), vytvořené profesorkou Thorovou. Tato metoda je určená k vyhledávání dětí s poruchami autistického spektra a je využitelná od 18 měsíců po zhruba 5 let věku. Má formu dotazníku s jednoduchými otázkami, který vyplňují rodiče dětí, u kterých je podezření na PAS. Otázky tvoří deset oblastí: fyziologické funkce, vnímání, sociální chování, komunikace mimoslovně, řeč, zájmy a hra, přizpůsobivost, emoce, motorika, problémové chování. Dotazník trvá cca 20–30 minut, a ačkoliv není přímo diagnostickou metodou, dokáže odhalit a rozlišit děti, které skutečně trpí PAS, a u kterých jde o jinou poruchu.⁴⁶

Poruchy autistického spektra se projevují nedostatky ve třech oblastech vývoje, které souhrnně nazýváme *triádou*. Ta definuje i prvky autismu, a to v oblasti sociální interakce, komunikace a v oblasti představivosti. Aby psycholog nebo psychiatr mohl stanovit diagnózu autismu, dítě musí odpovídat alespoň šesti z dvanácti kritérií, z toho minimálně dvěma v oblasti sociálních vztahů a po jednom v oblasti dorozumívání a stereotypních vzorců chování.

V oblasti sociálních vztahů se jedná o následující kritéria:

- znatelné postižení užívání různých forem neverbálního chování
- sociálně i citově nepřiměřené chování
- nízký zájem navazovat vztahy s vrstevníky na úrovni odpovídajícího věku jedince
- nedostatek spontánní snahy sdílet zájmy a poznatky s ostatními

V oblasti dorozumívání jsou to tato kritéria:

- opožděný a nedostatečný vývoj mluveného jazyka
- stereotypní a repetitivní užívání jazyka

⁴⁵ THOROVÁ, Kateřina. (2006) *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. Praha: Portál, 2006, ISBN 80-7367-091-7.

⁴⁶ THOROVÁ, Kateřina. (2006) *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. Praha: Portál, 2006, ISBN 80-7367-091-7.

- znatelné nedostatky v konverzačních dovednostech
- nedostatek spontánních symbolických nebo sociálně napodobujících her na úrovni odpovídajícího věku dítěte

V oblasti stereotypních vzorů chování se pak jedná o splnění těchto kritérií:

- abnormální stupeň stereotypního zájmu o alespoň jednu omezenou oblast
- stereotypní a repetitivní motorické projevy
- přehnané zaujetí částmi předmětu
- nepružné přilnutí k nefunkčním a opakujícím se způsobům chování a rituálům⁴⁷

Autismus je typ pervazivní vývojové poruchy, která je definována přítomností abnormálního nebo porušeného vývoje, manifestujícího se před věkem tří let, a charakteristickým typem abnormální funkce všech tří oblastí psychopatologie, kterými jsou reciproční sociální interakce, komunikace a opakující se omezené stereotypní chování. K těmto specifickým diagnostickým rysům běžně dále přistupuje škála dalších nespecifických problémů jako fobie, poruchy spánku a jídla a návaly zlosti a agrese namířená proti sobě.⁴⁸ Do stejné skupiny klasifikace řadíme také atypický autismus, který se od dětského autismu buď věkem nástupu, nebo tím, že nesplňuje všechny tři skupiny požadavků pro diagnostická kritéria. Uvažuje se o něm, pokud se abnormální nebo porušený vývoj začne projevovat až po třetím roku věku, a kde není dostatečně průkazná abnormalita v jedné nebo ve dvou ze tří oblastí psychopatologie požadované pro diagnózu autismu, i přes přítomnost charakteristických abnormalit v jiných oblastech.⁴⁹ Atypický autismus vzniká často u výrazně mentálně postižených jedinců a jedinců s těžkou vývojovou receptivní poruchou řeči.

⁴⁷ HRDLIČKA, Michal, ed. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-813-9.

⁴⁸ Prohlížeč | MKN-10 klasifikace. [online]. © Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F84.0>.

⁴⁹ Prohlížeč | MKN-10 klasifikace. [online]. © Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F84.1>.

2.2 Etiologie autismu

Příčina autismu doposud není zcela jistě známá, avšak má se za to, že značnou roli zde hrají genetické faktory, infekční onemocnění různého druhu a chemické reakce v mozku. Teorie současné doby předpokládají, že autismus vzniká teprve v kombinaci několika těchto činitelů. Autismus způsobuje narušení mozkových funkcí, a to zapříčiňuje správné vyhodnocování informací.⁵⁰ Do 60. let 20. století bylo považováno za pravděpodobné, že autismus vzniká vinou emocionálního chladu matky a nedostatkem lásky k dítěti, což je dnes prokázáno za nesmysl, autismem trpí i děti chtěné a milované. Stejně tak byla vyvrácena teorie, že autismus vzniká následkem očkování. Přesto, že souvislost očkování a vzniku autismu byla již dávno vyvrácena, dodnes někteří rodiče právě tímto argumentují při neochotě nechat očkovat vlastní děti. Vědci tento mýtus považují za nejnebezpečnější za posledních sto let.⁵¹ Naopak byla nejčastěji prokázána souvislost s genetikou, jelikož jednovaječná dvojčata bývají autismem postižena obě v 60–95 %, zatímco u dvojvaječných je pravděpodobnost stejná, jako u jiných sourozenců, tedy jen 0–9 %. Je tedy velice pravděpodobné, že k poruše dochází dysfunkcí několika různých genů, které se účastní vývoje mozku. U některých autistů lze také prokázat poškození mozkové tkáně nebo abnormální změny v mozkovém kmeni.⁵² Vyšetření magnetickou rezonancí ukázaly, že autistům chybí nervová propojení mezi různými mozkovými centry, proto je možné, že autismus vzniká právě vinou jejich nedostatečné koordinace. Autismus, který není geneticky podmíněný, se také objevuje u dětí po těžkých úrazech hlavy nebo po operaci některých mozkových nádorů, může ale odeznít. Výrazný je tento typ především u dětí, jelikož u dospělých, kteří do úrazu fungovali normálně, nedochází k tak intenzivním změnám a inteligentní jedinec své citové změny dokáže skrývat za naučené projevy chování.⁵³

⁵⁰ PÁTÁ, Perchta Kazi. *Mé dítě má autismus: příběh pokračuje*. Praha: Grada, 2008. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2683-0. s. 119.

⁵¹ HRDLIČKA, Michal. *Mýty a fakta o autismu*. Praha: Portál, 2020. ISBN 978-80-262-1648-3.

⁵² GILLBERG, Christopher a Theo PEETERS. *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty: výchova a vzdělávání dětí s autismem*. Vyd. 3. Přeložil Miroslava JELÍNKOVÁ. Praha: Portál, 2008. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-498-4.

⁵³ Autism spectrum disorder – PubMed. *PubMed* [online]. © Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30078460/>.

2.3 Klasifikace autismu

S poruchou autistického spektra (PAS) se často pojí mnoho dalších poruch a onemocnění, které mnohdy bývají komplikací diagnostiky a následné intervence. V mezinárodní klasifikaci PAS nebo anglicky ASD (Autism Spectrum Disorders) patří mezi pervazivní vývojové poruchy. V současné době jsou k diagnostice PAS využívány všeobecně uznávané a rozšířené dva manuály s diagnostickými kritérii. Prvním z nich je MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí), vydaná Světovou zdravotnickou organizací, druhým jsou pak kritéria DSM-IV, vydaná Americkou psychiatrickou asociací v roce 1994. Podle nich do poruch autistického spektra patří:

- F84.0 Dětský autismus
- F84.1 Atypický autismus
- F84.2 Rettův syndrom
- F84.3 Jiná dezintegrační porucha v dětství
- F84.4 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby
- F84.5 Aspergerův syndrom
- F84.8 Jiné pervazivní vývojové poruchy
- F84.9 Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná.⁵⁴

2.4 Projevy

Společným jmenovatelem PAS jsou navenek pozorovatelné abnormality ve třech oblastech vývoje dítěte. Mluvíme o tzv. „autistické triádě“:

1. narušená sociální interakce,
2. narušená komunikace,
3. abnormality v chování, zájmech a hře.

⁵⁴ Prohlížeč | MKN-10 klasifikace. [online]. © Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec>.

Konkrétní projevy plynoucí z těchto vývojových deficitů, které jsou podrobněji popsány níže, se mohou lišit vzájemnou kombinací a intenzitou u každého člověka s PAS. Mnohé z nich se mohou s věkem a vývojem dítěte zlepšovat, jiné přetrvávají nebo se obměňují. Obecně řečeno, jedinci s PAS se v některých aspektech podobají, zároveň se jeden od druhého velmi odlišují a každý se projevuje originálně ve svých lidských i autistických projevech.⁵⁵

Příznaky PAS se objevují zpravidla postupně jako odchylky od normálního, očekávaného vývoje a jsou často zachytitelné již v prvním roce života. Přibližně u třetiny dětí se však projeví náhle tzv. „autistickou regresí“ – ztrátou dovedností, typicky kolem 18. měsíce věku. Regrese může být izolována na některou z dílčích oblastí nebo jde o celkovou ztrátu již získaných dovedností.⁵⁶

Popisujeme-li sociální interakci a komunikaci jako oddělené oblasti, odlišujeme je především kvůli přehlednosti. Ve skutečnosti se jejich projevy navzájem prolínají a doplňují. Jedním z prvních pozorovaných projevů bývá nízký zájem o zrakový kontakt a lidské tváře, dítě se neotáčí za hlasem, neopětuje úsměv v reakci na úsměv a zájem druhých osob, neprojevuje radost ani jinak. Jedním ze základních deficitů v oblasti sociální interakce bývá rovněž narušení sdílené pozornosti. Jde o velmi významnou sociální dovednost, jejímž cílem je přilákat pozornost druhé osoby, nebo se naopak nechat druhým přilákat k zaměření na stejný předmět zájmu.⁵⁷ Toho docílíme pomocí řeči, neverbálního sociálně-komunikačního chování, tj. ukazováním, a kontrolou, zda druhá osoba směřuje pohledem na daný předmět. Menší děti sdílejí přinesením, ukázáním nebo podáním předmětu zájem blízké osobě, následně zkontrolují pohledem, zda tato osoba věnuje předmětu také pozornost. Ke sdílení patří také podělení se, například dítě dá kousnout rohlíku, nabídne sladkost. Výsledkem sdílení pozornosti je radost nebo uspokojení ze společného zaujetí. Jednotlivé projevy sdílení u PAS buď zcela chybí, nebo jsou používány podstatně méně

⁵⁵ THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0768-9.

⁵⁶ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

⁵⁷ RICHMAN, Shira. *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-102-6.

často či nepravidelně; mohou také trvat jen velmi krátkou dobu. Často se vyvíjejí až se zpožděním a mohou se projevovat jednostranně, tedy že dítě upozorňuje na své zájmy, ale nejeví dostatečný zájem o podněty druhých. Aktivní sdílení se zpravidla týká specifických zájmů dítěte.⁵⁸

Dalšími projevy, zařazenými do oblasti sociální interakce, jsou sdílení radosti, kontakty s lidmi včetně vrstevníků, schopnost porozumět emočním projevům druhých a odpovědět na ně. V pozdějším věku již mohou osoby s PAS rozeznávat základní emoce správně, ale tápou, pokud mají rozlišit jemnější projevy emocí, nebo pokud jsou tyto emoce součástí komplexnějších situací. Rozsah narušení v oblasti komunikace se u dětí s PAS také velmi liší.⁵⁹

U některých dětí se řeč nevyvine vůbec, jindy zůstane na úrovni několika slov, někdy je vývoj řeči zpomalen a může mít charakter vývojové dysfázie. U některých dětí se funkční řeč začíná vyvíjet s výrazným zpožděním (po 3. roce věku i později). Vývoj řeči však může vykazovat normální či nadstandardně rychlý postup – v takovém případě je deficit patrný pouze na úrovni pragmatických a metakomunikačních funkcí. U dětí s PAS se často setkáváme s repetitivními či ritualizovanými projevy v řeči. Patří k nim např. situačně nepřiměřené nebo nadbytečné používání zdvořilostních frází, zahlcování otázkami, na které dítě zná odpověď, monology bez ohledu na zájem posluchače.⁶⁰

Jejich používání může sloužit dítěti k zajištění pro něj předvídatelné reakce druhé osoby, podobně jako odmítání jakékoliv řízené spolupráce a dělání všeho po svém. V rámci výrazné variability mezi dětmi s PAS není výjimkou, že vývoj řeči narušen není, ale projeví se pouze repetitivní vzorce nebo například omezení porozumění v sociální funkci řeči, dítě nerozumí nadsázce, dvojsmyslům, ironii apod. Dalším projevem narušené komunikace mohou být různé formy echolálie, jako např. citace z pohádek či reklam zcela mimo kontext situace. Vyskytuje se také užívání frází či citací

⁵⁸ THOROVÁ, Kateřina. (2006) *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. Praha: Portál, 2006, ISBN 80-7367-091-7.

⁵⁹ LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

⁶⁰ LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

ve správném kontextu s komunikační funkcí. Echolalickou formou je také záměna zájmen a rodů.⁶¹ Protože u PAS je porucha komunikace globálního charakteru, mají osoby s touto poruchou v různé míře a v různých podobách narušenou i oblast neverbální komunikace. K neverbální komunikaci patří využívání zrakového kontaktu, mimiky, postoje, přibližování se k posluchači a gestikulace. Všechny, příp. jen některé z těchto dovedností mohou zcela chybět, mohou být využívány omezeně, nepravidelně, izolovaně, nebo naopak nadměrně. Podobně jako řeč a jiné dovednosti se může neverbální komunikace rozvíjet opožděně.⁶² V prvních letech života dítěte často chybí ukazování prstem na to, co dítě zajímá, ale dítě může používat ukazování na to, co potřebuje. Absence ukazování k uspokojování potřeby se objevuje až u těžších forem PAS. Děti s PAS také nemusejí umět reagovat na ukazování prstem druhé osoby, rozlišovat mimické projevy a jejich emoční významy.⁶³

Vývoj zájmů, hry a kreativity bývá také narušen a vykazuje vysokou variabilitu mezi jednotlivými dětmi s PAS. V prvních letech zaostává vývoj funkční a napodobivé hry. Děti se často věnují neúčelným aktivitám jako je přenášení, rozhazování, neustálý pohyb, případně stereotypním či repetitivním aktivitám, jako je roztáčení předmětů, házení, bouchání, přesypání, řazení do řady, psaní písmen či číslic, rozmontovávání. V předškolním věku mohou být jejich aktivity víceméně běžné, ale v neobvyklé intenzitě, jelikož činnost se opakuje pořád dokola. Problém může nastat, pokud se jim pokusíme do hry zasáhnout a nabídnout nové prvky, nebo je motivovat k jiným činnostem. I proto je pro ně složité při hře kooperovat s jinými dětmi. Fantazijní prvky ve hře zpravidla samy od sebe nepoužívají nebo je používají v omezené míře, případně je rozvíjejí dobře, ale převážně v oblasti svých zájmů.⁶⁴ Některé se dokážou k tomuto typu hry přidat, pokud ji iniciuje druhý. Spektrum zájmů dětí s PAS bývá typicky omezené, jednotlivé zájmy mohou být již od předškolního věku nápadně nepřiměřené,

⁶¹ ATTWOOD, Tony. *Aspergerův syndrom: porucha sociálních vztahů a komunikace*. Praha: Portál, 2005. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-979-8.

⁶² BENDOVIÁ, Petra. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3853-6.

⁶³ VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

⁶⁴ RICHMAN, Shira. *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-102-6.

např. jedovaté rostliny, spalovací motory, mapy. Ve školním věku se mohou u dětí s PAS rozvinout dříve nepoužívané způsoby hry např. v oblasti jejich specifických zájmů. Později mohou u některých starších dětí přetrvávat věku nepřiměřené, až infantilní způsoby hry. Pro PAS je charakteristické lpění na neměnnosti prostředí, zachovávání rutiny v běžných denních činnostech. Nečekané změny v režimu či v prostředí vyvolávají zpravidla silnou úzkost nebo zlost. Podobně je tomu s přecitlivělostí na smyslové vjemy, tedy zvuky, hluk, světlo, doteky, chutě či pachy. Pohybové zvláštnosti, např. mávání rukama, točení se nebo běhání dokola, chůze po špičkách či poskakování, nejsou sice pro PAS specifické, ale u těchto dětí se velmi často objevují především v předškolním věku.⁶⁵

Z hlediska závažnosti rozlišujeme nízkou, středně těžkou a těžkou míru autistických příznaků. Z hlediska schopnosti dítěte přizpůsobit se požadavkům běžného života rozlišujeme tzv. funkčnost postižení. Dítě s vysoce funkční formou PAS vykazuje poměrně kvalitní komunikaci a je schopné relativně dobré kooperace, často, ale nikoliv výlučně, při normálním intelektu. Naproti tomu nízkofunkční jedinci nemají dostatečně vyvinutou verbální ani neverbální komunikaci, často, ale nikoliv výlučně, při těžším narušení intelektu; obvykle také vykazují výraznější a obtížněji korigovatelné problémové chování.⁶⁶

Rozlišovat můžeme také typologii dítěte s PAS z hlediska sociálního chování. Desinhibované, často silně hyperaktivní dítě s převažující formou tzv. aktivního, zvláštního chování může působit spíše jako dítě s těžkou formou ADHD, a v popředí u něj bývají spíše druhotné problémové projevy chování jako iritace nebo agrese. Odtažené a zcela nezávisle na okolí se projevující dítě s tzv. osamělým typem chování odpovídá zřejmě nejvíce laické představě o autistickém chování. Takto se mohou projevovat i některé děti s PAS v období mezi 1.–3. rokem, u nichž se s postupujícím vývojem může reaktivita vůči okolnímu světu zlepšit. V původním stadiu zůstanou často děti s těžším mentálním postižením a nízkofunkční dispozicí. Typ formální (vědecký) s jeho encyklopedickými zájmy, rigiditou, sociální naivitou a neobratností je dalším

⁶⁵ HRDLIČKA, Michal, ed. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-813-9.

⁶⁶ GILLBERG, Christopher a Theo PEETERS. *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty: výchova a vzdělávání dětí s autismem*. Vyd. 3. Přeložil Miroslava JELÍNKOVÁ. Praha: Portál, 2008. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-498-4.

reprezentantem různorodé skupiny PAS. Vyskytuje se také pasivní typ autistického dítěte, který je často relativně přizpůsobivý, akceptuje nabízené aktivity, chybí mu však spontánní zájem o interakce; v rámci převažující hypoaktivity zpravidla vykazuje méně problémového chování. U řady dětí s PAS pozorujeme různé kombinace výše uvedených rysů sociálního chování.⁶⁷

2.5 Řeč a autismus

Řeč a její rozvoj bývá opožděn. Narušený vývoj komunikace mají všechny děti, které mají diagnostikovanou poruchu autistického spektra. Řada dětí s PAS mluví velmi málo, případně vůbec, spousta z nich má také závažné vývojové potíže v řeči. U dětí, které mají diagnostikovaný Aspergerův syndrom, se objevuje narušení roviny řeči v oblasti sémantické či pragmatické.⁶⁸ Komunikační schopnost u dětí s poruchou autistického spektra je narušena v oblasti verbální i neverbální. Ve většině případů se vyskytuje opožděný vývoj řeči, či nevyvinutí řeči vůbec, dále také echolálie. Slyšené a zapamatované věty používají v kontextech, které neodpovídají obsahu vět. Jejich použití v hovoru tak bývá neadekvátní.⁶⁹ Narušena je oblast verbální i neverbální, a také složka expresivní a receptivní. Pokud mají jedinci s autismem narušenou řeč, objeví se odchylky od normy v celé její komplexnosti. Mohou se objevit i jedinci s PAS, u kterých řeč komplexně poškozena není, ale abnormality se projeví vždy. Nejzřetelnější obtíže v řečovém projevu u osob s poruchou autistického spektra je nesprávné používání zájmen, děti často o své osobě mluví ve druhé či třetí osobě, nejsou schopny užívat zájmeno „já“, mnohdy opakují své jméno při hovoru o své osobě. Také často ve své řeči používají neologismy, což jsou slova, která nemají žádný smysl ani logiku, ale dítěti se líbí, protože jsou pro ně libozvučná.⁷⁰

⁶⁷ Autism spectrum disorder – PubMed. *PubMed* [online]. © Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30078460/>.

⁶⁸ THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0768-9.

⁶⁹ LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

⁷⁰ LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

Thorová také specifikuje typy vývoje řeči u dětí s autismem v několika bodech:

- dítě zpočátku řeč používalo, následně vývoj ustával, až přestalo mluvit úplně
- jedinec mluvu aktivně používá, ale pouze s pomalým progresem
- dítě nikdy nekomunikovalo, řeč se neobjevila
- řeč se u dítěte objevila, avšak se dále nevyvíjela, dále pak dítě zůstalo na tomto stupni vývoje.⁷¹

Poruchy jsou i v dalších oblastech komunikace jako jsou gesta – děti si nedokážou osvojit kývání hlavy, ve smyslu vyjádření souhlasu nebo nesouhlasu, stejně jako hrození prstem, prst před ústy jako znamení ticha a další posunky. Stejně tak je oslabena mimika – děti používají jen několik výrazů obličeje v emočním smyslu, jako je vztek, lítost a radost. Pokud se snaží napodobit okolí, mimika naopak bývá až přehnaná. Stejně tak je nenormální poloha těla při komunikaci, protože dítě je buď k druhému člověku až příliš přikloněné tak, že dochází až tlačení se na druhou osobu, nebo se naopak odtahuje. Děti se také vyhýbají očnímu kontaktu, pokud k němu dojde, bývá spíše nevhodný, ve formě ulpění na pohledu druhého. Děti s PAS také rády požívají tělo druhé osoby jako nástroj ke komunikaci, tehdy jim nevadí fyzický kontakt. Ukazují tak, že zvednou a namíří na daný směr ruku jiné osoby, postrkují ji, či podobně dovádějí ke svému cíli. Součástí komunikace je, bohužel, i problémové chování, kdy velmi často dochází k destrukci, agresi či sebepoškozování, pokud se druhá osoba nechová podle očekávání dítěte.⁷²

⁷¹ THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0768-9. s. 260.

⁷² ATTWOOD, Tony. *Aspergerův syndrom: porucha sociálních vztahů a komunikace*. Praha: Portál, 2005. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-979-8.

3 Alternativní a augmentativní komunikace

Hlavním účelem jakékoliv alternativní komunikace je náhrada mluvené řeči. Augmentativní komunikační systémy jsou zaměřené na podporu již existujících komunikačních možností a schopností daného dítěte a kladou si za cíl zvýšení kvality porozumění řeči a usnadnit dítěti vyjadřování.⁷³ Nejdůležitějším úkolem AAK je proto pomoci lidem s narušenou komunikační schopností rozvinout komunikaci na takové úrovni, aby se dokázali aktivně dorozumívát s okolím a začlenit se tak do společnosti. U dětí s poruchou autistického spektra navíc tato forma komunikace představuje jakýsi most mezi jejich světem a světem "těch ostatních", kterému oni nerozumí. Tudíž, ačkoliv jakýkoliv systém AAK nemůže beze zbytku nahradit běžnou řeč, už z toho důvodu, že slovníky jednotlivých systémů bývají omezené, stejně jako vyjádření za jejich pomoci bývá mnohem zdlouhavější, pořád jde o jakousi alternativu pro děti, které jinak komunikovat nedokážou, a pro jejich okolí. Právě z těchto důvodů (omezený slovník, zdlouhavost) se forem AAK obávají jak rodiče postižených dětí, tak jejich učitelé. Často zaznívají obavy z toho, že jakmile dítě začne používat AAK, přestane se úplně snažit o mluvenou řeč, rezignuje na ni. Opak je ale pravdou, AAK naopak pomáhá dítěti objevit zájem o mluvenou řeč a nevyčleňovat jej tak z kolektivu. Především u dětí s běžnou inteligencí je možné pozorovat rychlý rozvoj mluvené řeči, jelikož dítěti již nestačí slovní zásoba AAK, začne pátrat po nových slovech a snaží se je zařazovat do svého projevu.⁷⁴

Vzhledem k tomu, že metod AAK existuje poměrně velké množství, je její výběr vždy možné individuálně přizpůsobit potřebám a schopnostem konkrétního dítěte. Rozhodně by však o výběru vhodné metody vždy měli rozhodovat odborníci, kteří dokážou objektivně posoudit možnosti dítěte, případně celé rodiny a jejich zázemí a jsou schopni vytvořit prognózu budoucího vývoje dítěte a tomu se přizpůsobit. Jako nesmyslné se jeví požadavky rodičů na obtížnější metodu z důvodu, že se jim zdá lepší, či o ní někde

⁷³ JANOVCOVÁ, Zora. *Alternativní a augmentativní komunikace: učební text*. Brno: Masarykova univerzita, 2003. ISBN 80-210-3204-9.

⁷⁴ ŠAROUNOVÁ, Jana. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0716-0.

něco četli, ale přitom má jejich dítě inteligenci na úrovni středního mentálního postižení.⁷⁵ Nepochybně jedno pravidlo platí vždy, a tím je postup od jednoduššího k obtížnějšímu. Jestliže dítě hravě zvládá jednu z metod, je možné vyzkoušet další a probouzet v něm zájem o samotnou komunikaci. Začínáme vždy od využití konkrétních předmětů či osob, přes jejich fotografie, až po piktogramy.⁷⁶ Výběr metod AAK by se měl řídit především:

- věkem dítěte
- kognitivními dovednostmi
- předpoklady dalšího vývoje dítěte
- verbálními dovednostmi
- fyzickými dovednostmi
- schopnostmi interakce a soustředění.⁷⁷

3.1 Systémy AAK

Systémy AAK se dělí na dvě skupiny podle využití pomůcek, a to na metody bez pomůcek a s pomůckami. AAK bez pomůcek využívají prostředky nonverbální komunikace, jako například pohled, mimiku, haptiku, gestikulaci, či případně vizuálně motorické znaky. AAK s pomůckami pak zahrnují všechny metody využívající předmětů, fotografií, obrázků, či symbolů. V současné době můžeme systémy dále dělit dle nutnosti využití technické podpory na metody technické (high tech) a netechnické (low tech).⁷⁸

3.1.1 Piktogramy

Piktogramy představují zjednodušená zobrazení předmětů, osob, jejich činností a vlastností. Můžeme se s nimi setkat i v běžném životě, bývají používány na veřejných

⁷⁵ JANOVCOVÁ, Zora. *Alternativní a augmentativní komunikace: učební text*. Brno: Masarykova univerzita, 2003. ISBN 80-210-3204-9.

⁷⁶ ŠAROUNOVÁ, Jana. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0716-0.

⁷⁷ HOUSAROVÁ, Blanka. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2011. ISBN 978-80-7372-789-5.

⁷⁸ GILLBERG, Christopher a Theo PEETERS. *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty: výchova a vzdělávání dětí s autismem*. Vyd. 3. Přeložil Miroslava JELÍNKOVÁ. Praha: Portál, 2008. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-498-4.

místech, jelikož jsou srozumitelné všem, včetně cizinců. Zpravidla bývají černobílé nebo jinak dvoubarevné, s kontrastním využitím barev. Díky jejich účelnosti vznikla také myšlenka o jejich využití v komunikaci s jedinci, kteří nemohou používat mluvenou řeč běžným způsobem. Manipulace s piktogramy navíc napomáhá posilovat paměť, procvičuje se koordinace ruka – oko, motorika, soustředění, pozornost a trpělivost. U mnohých dětí také dochází ke zlepšování schopnosti vizuálního rozlišování.⁷⁹

Sadu piktogramů pro osoby s narušenou komunikační schopností vytvořil v roce 1980 kanadský logoped S. C. Maharaj a jedná se o jednoduché bílé symboly na černém podkladě, které jsou v podstatě vhodné pro všechny jazyky. Tím, že jsou jednoduché a kontrastní, mohou být využívány i osobami se zrakovým postižením.⁸⁰ Z toho důvodu lze Piktogramy úspěšně použít u:

- dětí s poruchami autistického spektra
- osob s vážnou kombinací mentálního a tělesného postižení
- osob s mentálním postižením, kteří sice rozumí řeči, ale nemohou používat mluvenou řeč a nezvládnou techniky znakování.⁸¹

Piktogramy je za potřebí vždy zavádět postupně, od nejjednodušších ke složitějším. Dbá se vždy na to, aby se zařazovaly nové znaky až poté, co si dítě zapamatovalo ty již používané. *„Při výuce nesmí být opomíjena ani spolupráce s rodiči, je třeba, aby rodiče byli včas a pravidelně informováni o používání symbolů a používali je i doma. Rodiče mohou být informováni o činnosti uživatelů symbolů prostřednictvím deníků nebo sešitů pro vzájemné zprávy z domova a školy. Tyto sešity jsou také nenahraditelným zdrojem informací pro učitele, který se s rodinou nemůže setkávat dostatečně často. Rodiče mohou požádat o podrobnosti ohledně symbolů, které jsou nezbytné pro členy domácnosti. Rodina se mimo to také tímto způsobem dovídá všechny novinky ze školy. Učitelé mohou*

⁷⁹ KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 80-247-1110-9.

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

⁸¹ HOUSAROVÁ, Blanka. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2011. ISBN 978-80-7372-789-5.

*takto pomáhat rodinám při podpoře a povzbuzování uživatelů symbolů“.*⁸² Většina sad obsahuje zhruba 700 symbolů v různých tematických okruzích. Obvykle se začíná tématem rodiny, postupně se přidávají činnosti a předměty, které dítě zná z běžného života. Tím, že systém obsahuje i činnosti, dítě se postupně naučí i sestavovat jednoduché věty. Piktogramy dokážou pomoci i při jednoduchém pracovním postupu, výrobě výrobku nebo znázornit denní režim dítěte, rozvrh ve škole apod.⁸³

3.1.2 VOKS

Výměnný obrázkový komunikační systém (VOKS) byl vytvořen především pro děti s poruchou autistického spektra, nicméně časem našel své uplatnění i u dalších osob s postižením, které mají poruchy komunikace, nebo jim postižení neumožňuje využití mluvené řeči. Systém využívá metodu The Picture Exchange Communication System amerických psychologů Bondyho a Frostové, kteří ji koncem 90. let 20. století zkoušeli právě na autistických a mentálně postižených klientech. Tam se s ní také seznámila doktorka Knapcová, která se myšlenkou nadchla a systém převedla do podmínek českého jazyka. Velké výhody, oproti jiným metodám, má VOKS v názornosti a systému odměn, který díky motivaci zvyšuje iniciativu dětí a zájem o komunikaci. Na rozdíl od jiných komunikačních systémů totiž děti neukazují na obrázky, ale přinášejí je. Zpočátku komunikace funguje tak, že dítě za přinesený obrázek dostane věc, která je na něm znázorněna.⁸⁴ „Přinese-li dítě obrázek míče, dostane výměnou za obrázek skutečný míč. Výměna je tedy smysluplná a úmyslná.“⁸⁵ Zpočátku se proto vybírají obrázky předmětů, které dítě bezpečně zná. Jakmile pochopí princip komunikace, je možné postupně zařazovat další. Pro systém VOKS je vypracovaná metodika přesného postupu, tudíž je možné, aby se tuto formu komunikace naučil např. i pedagog, který má dítě

⁸² KUBOVÁ, Libuše. *Alternativní komunikace, cesta ke vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí: [metodická příručka pro učitele speciálních škol a vychovatele ústavů sociální péče pro mentálně postiženou mládež]*. Praha: Tech-market, 1996. ISBN 80-902134-1-3.

⁸³ HOUSAROVÁ, Blanka. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2011. ISBN 978-80-7372-789-5.

⁸⁴ KNAPCOVÁ, Margita a Marcela JAROLÍMOVÁ. *Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS*. [2. vyd.]. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2006. ISBN 80-86856-14-3.

⁸⁵ KNAPCOVÁ, Margita a Marcela JAROLÍMOVÁ. *Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS*. [2. vyd.]. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2006. ISBN 80-86856-14-3. s. 5.

ve své třídě. Metodika je rozdělena do dvou celků, a to na přípravné práce a výukové a doplňkové lekce. Minimálně zpočátku je zapotřebí dvou pedagogů, kdy jeden z nich plní funkci komunikačního partnera a druhý asistenta žáka. Ten dítě jen zlehka pohybem navádí, nemluví na něj, nesnaží se o oční kontakt, ani dítě nechválí.⁸⁶

Komunikační symboly představují dvojrozměrné obrázky obvykle o velikosti 5 x 5 centimetrů, které je možné vytvořit podle individuálních potřeb dítěte. Nad obrázky se umísťuje jejich název psaný velkými tiskacími písmeny. Obrázky se poté zalaminují a na zadní stranu se nalepí suchý zip pro přichycení na různé druhy povrchů. Takto se vytvoří tzv. komunikační tabulky, které se postupně přidávají a rozšiřuje se jejich okruh. Každou komunikační tabulku navíc můžeme barevně rozlišit, např. bílá + podstatná jména, žlutá + přídavná jména, modrá + slovesa. Z jednotlivých tabulek se tímto způsobem postupně vytvoří celá komunikační kniha.⁸⁷

3.1.3 Prstová abeceda

Prstová abeceda využívá formalizovaných a ustálených postavení prstů a dlaně jedné ruky k zobrazování jednotlivých písmen české abecedy. Prstová abeceda je integrální součástí českého znakového jazyka a znakované češtiny, kde se využívá k odhláskování cizích slov, odborných termínů a pojmů, pro které dosud nejsou ustáleny znaky českého znakového jazyka.⁸⁸

3.1.4 Znakový jazyk

Stejně jako prstová abeceda je český znakový jazyk uznaný jako plnohodnotná forma komunikace podle zákona č. 155/1998 Sb. O znakové řeči. Jedná se o přirozený a komunikační systém tvořený vizuálně-pohybovými prostředky, tedy tvary rukou, jejich postavením a pohyby, mimikou, pozicemi hlavy a horní části trupu. Znakovaná čeština je umělý jazykový systém, který vznikl jako usnadnění dorozumívání

⁸⁶ JANOVCOVÁ, Zora. *Alternativní a augmentativní komunikace: učební text*. Brno: Masarykova univerzita, 2003. ISBN 80-210-3204-9.

⁸⁷ KNAPCOVÁ, Margita a Marcela JAROLÍMOVÁ. *Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS*. [2. vyd.]. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2006. ISBN 80-86856-14-3., s. 5.

⁸⁸ *Zákon o znakové řeči č. 155/1998*. [online]. © [cit. 2021-04-13]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-155>.

mezi slyšícími a neslyšícími, tudíž je velmi dobře propracovaný, má základní atributy běžného jazyka, což je historický rozměr, znakovost, systémovost, dvojí členění, produktivnost, svébytnost a je ustálen po stránce lexikální i gramatické. Peeters používání znakové řeči jako alternativní komunikace příliš nedoporučuje, avšak u některých dětí jiný způsob komunikace nepřipadá v úvahu.⁸⁹ Richman je naopak přesvědčen, že pokud dítě s PAS splňuje následující kritéria, pak není důvod, proč znakový jazyk nevyužívat:

- dítě se snadno učí gesta a rychle se učí ukazovat na to, co chce
- receptivní jazyk dítěte je na mnohem vyšší úrovni, než jazyk expresivní
- neschopnost vyjadřovat své myšlenky a city dítě viditelně stresuje
- dítě ani po dlouhodobé odborné řečové terapii nejeví známky vokalizace.⁹⁰

3.1.5 Makaton

Makaton, který vytvořila britská logopedka Margaret Walker, představuje v podstatě spojení znaků se symboly a mluvenou řečí. Makaton obsahuje kolem 350 znaků vycházejících z běžného denního života, jejichž uspořádání znázorňuje 8 stupňů a poté by měl následovat devátý stupeň, který obsahuje osobní seznam slov konkrétního dítěte.⁹¹

Tento systém je společnou prací Wolkerové s psychologou Johnsonovou a Cornoforthem,⁹² kteří jej ověřili, mimo jiné, u skupiny dětí s autismem a mentálním postižením. Tyto děti sice byly slyšící, avšak nedokázaly si osvojit verbální řeč, ani nedokázaly pochopit význam obsahu slov. Makaton proto vychází ze znakového jazyka neslyšících, ale výhodou je rychlost znakování, jelikož jedinec nemusí znakovat

⁸⁹ PEETERS, Theo. *Autismus: od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci*. Praha: Scientia, 1998. ISBN 80-7183-114-x.

⁹⁰ RICHMAN, Shira. *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-102-6.

⁹¹ JANOVCOVÁ, Zora. *Alternativní a augmentativní komunikace: učební text*. Brno: Masarykova univerzita, 2003. ISBN 80-210-3204-9.

⁹² Název komunikačního stylu Makaton pochází z jejich křestních jmen – MArgaret – KAty – TONy.

větu doslovně, pouze klíčová slova.⁹³ Tento systém se začal rozšiřovat a používat nejen u neslyšících dospělých a dětí s mentálním postižením, ale také slyšících dospělých a dětí s mentálním postižením, lidí s mentálním a tělesným znevýhodněním a u dětí s autismem či neslyšících. „*Symboly Makatonu, které se používají v některých případech zároveň se znaky, umožňují použít multisenzoriální přístup ke komunikaci. Mohou být užívány jako primární prostředek komunikace, jako pomůcka přispívající k rozvíjení jazyka nebo čtenářských dovedností. Je individuální záležitostí každého jedince, kterou modalitu bude upřednostňovat.*“⁹⁴ Výuka většinou probíhá ve dvou rovinách, formální a neformální. Formální rovina slouží k vyučování dětí i dospělých s postižením, je strukturovaná a probíhá přesně dle stanovené příručky Makatonu. Neformální rovina slouží co největšímu počtu lidí v okolí dítěte nebo dospělého, kteří by jej při styku s těmito jedinci měli využívat, aby systém zapojili do každodenního života.⁹⁵

3.1.6 Znak do řeči

Projevy neverbální komunikace, především pomocí mimiky a gestikulace, jsou nedílnou součástí vyjádření většiny lidí. Toho využil dánský speciální pedagog Nygard a na tomto principu sestavil podpůrný vizuálně motorický komunikační systém, jehož jádro tvoří právě projevy mimiky nebo gest. Do České republiky se metoda dostala v roce 1996.⁹⁶ Avšak nejedná se o plnocennou náhradu řeči, jelikož znaky musí být doprovázeny verbálním projevem, byť chudým. Proto je systém považován spíše za typ augmentativní komunikace.⁹⁷ Znaky jsou rozděleny do 15 oblastí:

- rodina
- lidé a povolání

⁹³ HOUSAROVÁ, Blanka. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2011. ISBN 978-80-7372-789-5.

⁹⁴ JANOVCOVÁ, Zora. *Alternativní a augmentativní komunikace: učební text*. Brno: Masarykova univerzita, 2003. ISBN 80-210-3204-9. s. 26.

⁹⁵ KUBOVÁ, Libuše. *Alternativní komunikace, cesta ke vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí: [metodická příručka pro učitele speciálních škol a vychovatele ústavů sociální péče pro mentálně postiženou mládež]*. Praha: Tech-market, 1996. ISBN 80-902134-1-3.

⁹⁶ BENDOVÁ, Petra. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-508-0.

⁹⁷ HOUSAROVÁ, Blanka. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2011. ISBN 978-80-7372-789-5.

- domácnost
- oblečení
- jídlo
- škola
- barvy
- zvířata a příroda
- vlastnosti
- činnosti
- doprava
- čas
- předložky
- příslovce a další slova
- věty, říkanky, písničky, pohádky.⁹⁸

Na rozdíl od některých jiných systémů zde najdeme nejen podstatná jména a slovesa, ale i jiné slovní druhy. V momentě, kdy si dítě uvědomí, že ke komunikaci může použít i svoje ruce, obvykle to zlepší možnost zařazení do společenského okolí. Proto je i u této metody důležité, aby se ji naučila rodina nebo alespoň někteří její členové.

3.1.7 Bliss

Bliss je statický systém, u něhož se místo slov využívají symboly v určité dvojrozměrné nebo trojrozměrné formě. Vytvořil ho rakouský inženýr Charles K. Bliss a jedná se o systém založený na symbolech. Symboly jsou dokonce mezinárodně standardizovány.⁹⁹ Z místa vzniku metody dodnes mrazí, jelikož ji Bliss vymyslel během 2. světové války v koncentračním táboře. Bylo tam mnoho vězňů různých národností, kteří si mezi sebou nerozuměli, a proto se dorozumívali gesty. Blissovi se podařilo z tábora utéct až do Číny, kde se seznámil s obrázkovým písmem. Byl přesvědčen, že vytvoření takové formy komunikace by odbouralo neschopnost domluvit se mezi

⁹⁸ ŠAROUNOVÁ, Jana. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0716-0.

⁹⁹ ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-060-7.

národy, lidé po celém světě by se mohli dorozumívat i bez znalosti jazyka. Poprvé hotový systém představil již v roce 1949, ale nesetkal se s pochopením ani odborníků, ani veřejnosti. Teprve v 70. letech 20. století byl znovu oživen a použit při práci s lidmi s těžkou dysartrií nebo anartrií. Roku 1972 tak samotný Charles Bliss ve spolupráci s kanadským výzkumným týmem předělali systém tak, aby vyhovoval potřebám nemluvicích osob.¹⁰⁰ Jednotlivé symboly se skládají z geometrických tvarů, dají se spojovat a kombinovat, čímž dochází k rozšíření slovní zásoby. V podstatě je možné je charakterizovat jako piktogramy nebo jako ideogramy a naučit se je lze poměrně snadno. Pokud se tento systém správně zavede a osvojí, může tak docházet i ke spojování určitých symbolů a tím pádem k vytváření struktur připomínajících věty, a to i bez znalosti pravidel gramatiky. Kromě konkrétních pojmů existují možnosti vyjádřit i abstraktní pojmy. Na druhou stranu má jisté požadavky na paměť a na pochopení systému, takže je sice velice univerzální a funguje ve všech jazycích, ale například osoby s těžším stupněm mentálního postižení by jej nemusely zvládnout.¹⁰¹ *„Užití systému Bliss je všeobecně indikováno pro komunikaci osob s centrálními poruchami motoriky s narušenou expresivní složkou řeči a intelektem v pásmu normy, tzn. zejména pro jedince s vrozenou a získanou dysartrií. Postupně byl však dále rozpracován a adaptován i pro komunikaci jedinců s mentálním postižením, s kombinovanými vadami a pro autisty. Své uplatnění nachází také u afatiků a osob po cévních mozkových příhodách, u kterých došlo k narušení verbálního a grafického projevu.“*¹⁰²

Roku 1992 došlo k revizi a zjistilo se, že počet symbolů vzrostl až na 2300, tudíž je komunikační slovník Blissu již velmi obsáhlý. V praxi jsou tyto symboly většinou uspořádány do komunikačních tabulek, jejichž objem je čistě individuální. Systém v práci s nemluvicími navíc používá mnoho zemí, ale Česká republika jej, bohužel, příliš nevyužívá, což je škoda, zvláště z toho důvodu, že jeho systém pracuje na podobném

¹⁰⁰ HOUSAROVÁ, Blanka. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2011. ISBN 978-80-7372-789-5.

¹⁰¹The Blissymbols picture book / by Charles K. Bliss | National Library of Australia. *Catalogue Home | National Library of Australia* [online]. © Dostupné z: <https://catalogue.nla.gov.au/Record/3043625>.

¹⁰² BENDOVI, Petra. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-508-0. s. 63.

principu jako Braillovo písmo pro nevidomé nebo znaková řeč pro neslyšící a umožňuje tak mezinárodní komunikaci.¹⁰³

3.1.8 Bazální stimulace a komunikace

Bazální stimulace je určena především osobám s těžkým zdravotním nebo mentálním postižením k jejich integraci do života, a to za podmínek, které plně respektují potřeby tohoto člověka. Je orientována na pochopení potřeb pacienta a porozumění jeho stylu komunikace. Její výhoda je v tom, že není potřeba využívat žádných nadstandardních pomůcek nebo přístrojů, nevyžaduje tedy finanční zatížení pro zařízení nebo samotného postiženého, pouze vyškolený personál, pochopení a spolupráci zdravotního týmu a rodiny.¹⁰⁴ Stimulace se zaměřuje na somatické, taktilně haptické, vizuální, vibrační, vestibulární, orální a akustické podněty. Znevýhodněnému se tak vytváří pocit bezpečí a důvěry, zažívá fyzický i duševní soulad, vzniká trvalý a spolehlivý sociální kontakt. Jednou z metod bazální stimulace je DOSA–metoda, která podporuje jak funkčnosti motoriky, tak i psychickou dimenzi pohybu, jelikož představuje vědomé pronikání do mysli dítěte s těžkým postižením, percepce jeho myšlenek a citění. Dotykem je u dítěte vědomě navozováno vnímání vlastního těla, jeho chování, myšlenek a pocitů a dítě je tím vyzýváno k výměně pohybů – interakci.¹⁰⁵

3.2 Výhody a nevýhody AAK

Vzhledem k tomu, že komunikace s ostatními lidmi je pro každého člověka jednou z nejdůležitějších životních potřeb, její narušení vede k negativnímu ovlivnění celého vývoje dítěte. Z toho důvodu je nutné hledat jiné způsoby komunikace, aby i jedinci s postižením mohli vyjádřit své emoce, přání, případně i myšlenky a poznávat svět kolem sebe. AAK tedy umožňuje lidem s těžkým postižením, u nichž je částečně nebo úplně znemožněna verbální komunikace, dorozumívat se, komunikovat se svým okolím,

¹⁰³ JANOVCOVÁ, Zora. *Alternativní a augmentativní komunikace: učební text*. Brno: Masarykova univerzita, 2003. ISBN 80-210-3204-9.

¹⁰⁴ FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1314-4.

¹⁰⁵ JANOVCOVÁ, Zora. *Alternativní a augmentativní komunikace: učební text*. Brno: Masarykova univerzita, 2003. ISBN 80-210-3204-9.

vyjádřit svoje pocity, přání a reagovat na podněty.¹⁰⁶ Poněvadž u nich nefungují běžné komunikační kanály, systémy AAK se zaměřují na podporu již existujících komunikačních možností a schopností a zvyšují porozumění i schopnost vyjadřovat se vlastní řečí. Z toho důvodu mohou být využity jak u vrozeného narušení komunikačního procesu, v důsledku handicapů smyslových, mentálních, centrálních poruch vývoje hybnosti, vývojových poruch řeči a kombinovaných postižení, tak u poruch získaných a degenerativních onemocnění.¹⁰⁷

Výhodou je především to, že zapojují děti do komunikace nejen během vzdělávací činnosti, ale i ve volném čase. Pomáhají rozvíjet kognitivní jazykové dovednosti, umožňují dětem aktivně se účastnit konverzace. Jedinci s postižením se tak mohou vyjádřit přímo sami za sebe a nespoléhat se na odhad komunikačního partnera.

Mezi nevýhody patří menší využitelnost ve společnosti než mluvená řeč a také její nápadnost. Zvláště rodiče neradi přijímají AAK, jelikož se obávají, že jakmile se dítě metodu naučí, už nebude chtít používat řeč. Skutečný problém je spíše jen v tom, že je člověk s AAK odkázán jen na tu část společnosti, která jeho systém ovládá, ostatní mu i tak nerozumí. A také zcela určitě používání těchto systému přitahuje pozornost okolí, především u výrazné gestikulace, kterou má třeba i znakový jazyk, což může být znevýhodněnému nepříjemné. Nicméně i přes uvedené nevýhody je třeba si uvědomit, že jedinec, který si osvojí některou z metod AAK, je schopen vyjádřit se a dorozumět se s lidmi ve svém okolí daleko více, než kdyby žádnou metodu nepoužíval.¹⁰⁸

¹⁰⁶ KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 80-247-1110-9.

¹⁰⁷ KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 80-247-1110-9.

¹⁰⁸ JANOVCOVÁ, Zora. *Alternativní a augmentativní komunikace: učební text*. Brno: Masarykova univerzita, 2003. ISBN 80-210-3204-9.

Praktická část

4 Výzkumné šetření

Praktická část diplomové práce je zaměřena na výzkum, který se zabývá komunikačními systémy, které využívají děti s poruchou autistického spektra při jejich vzdělávání a zkoumá jejich efektivitu. Původním záměrem bylo vytvoření kazuistik na základě přímého pozorování v kolektivech obou škol, které by bylo zaměřeno na sledování alternativních a augmentativních systémů komunikace využívaných na daných školách během výuky. Pandemická situace v zemi a následné uzavření všech typů škol však tento záměr pozměnilo a výzkum probíhal formou komunikace online a návštěvami dětí v jejich domácnosti.

4.1 Etické aspekty výzkumu

Vytvoření kazuistik probíhalo na základě pozorování, které bylo realizováno v rodinách, v domácím prostředí dětí ze základní školy speciální v P. (třída se specializací na žáky s PAS) a ze základní školy speciální v T. Na přání škol a v souvislosti s GDPR záměrně nejsou uváděny celé názvy škol, ani osobní údaje dětí. Křestní jména dětí byla změněna, aby nemohlo dojít k identifikaci. Rodiče dětí i pedagogové ze škol podepsali informované souhlasy, jejichž vzor je součástí příloh.¹⁰⁹

4.2 Cíle a metodologie

Na začátku výzkumného šetření bylo nutné stanovit cíl a výzkumné otázky, které byly součástí dotazníků. Cílem práce bylo zjistit, jaké systémy alternativní a augmentativní komunikace u dětí s PAS, které mají narušenou komunikační schopnost, se využívají u dětí z vybraných škol, čím je jejich využití podmíněno, jakou s nimi mají zkušenost pedagogové nebo asistenti, a jaká je jejich efektivita. Dílčím cílem pak bylo pozorování jednotlivých dětí při práci během výuky a vzdělávání, které se zkomplikovalo uzavřením škol z důvodu pandemické situace. Z tohoto důvodu se snížil počet vybraných dětí, avšak i přesto bylo možné tento cíl naplnit, díky pedagogům a asistentům, se kterými byla navázána spolupráce přes online spojení a rodičům, kteří mi umožnili

¹⁰⁹ Příloha – Informovaný souhlas

navštěvovat děti v jejich domácím prostředí, kam jsem za nimi dojížděla. Maminky byly ochotné natáčet děti při práci či při afektu, když jsem nebyla přítomna a nahrávky mi zasílat. Posledním cílem bylo na základě získaných informací vytvořit kazuistiky vybraných dětí.

Výzkumná část měla být realizována formou kvalitativního výzkumu přímo v prostorách škol za přímé účasti během vyučování při práci s vybranými dětmi. Forma musela být pozměněna na částečně participatní, tedy přímé pozorování v domácím prostředí a částečně skryté pozorování v přirozených podmínkách pomocí videozáznamu a rozhovory s pedagogickými pracovníky a rodiči. To bylo doplněno zkoumáním dokumentů, sběrem informací a následným vyhodnocováním.¹¹⁰

4.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Původně jsem počítala s tím, že budu sledovat obě skupiny dětí v jejich přirozeném školním prostředí, budu se zapojovat do některých jejich činností, nicméně kvůli pandemické situaci jsem musela plány pozměnit. Naštěstí jsem našla podporu, jak ve všech čtyřech pedagozích a dvou asistentech, tak v některých rodičích. Dohromady měl můj vzorek tvořit 14 dětí, v momentě, kdy jsme práci museli přerušit, bylo ochotno dále spolupracovat jen pět z rodičů. Někteří se mi omluvili, že nemají k dispozici technické vybavení, aby se mnou mohli zůstat v kontaktu, nebo z toho důvodu, že celodenní pobyt dítěte doma pro ně bývá natolik zatěžující, že nebudou mít čas na další činnosti. Tři z rodičů nedali vědět, dva odmítli spolupráci s tím, že to jejich dětem nijak nepomůže a nemají chuť nikoho "vpouštět" do svého soukromého života. Od pedagogů jsem se dozvěděla, že s těmito rodiči je komplikovanější spolupracovat. Zůstal mi tedy různorodý vzorek pěti dětí, který je dostačující pro vhléd do situace, jelikož se na jejich příkladu dá ukázat práce dětí, využívání systémů AAK a postačí k vytvoření kazuistik.

Kromě samotného pozorování dětí jsem nejprve poslala rodičům několik výzkumných otázek, aby se na ně mohli připravit, a poté jsem se s nimi spojila v online

¹¹⁰ GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JŮVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

rozhovoru. Pedagogové a asistenti pomohli doplnit chybějící informace ze školního prostředí, ale i zkušeností s dětmi a jejich rodiči.

Vzorek tvořily tyto děti:

Petr, 9 let, mitochondriální encefalomyopatie se středně těžkým mentálním postižením, porucha autistického spektra.

Markéta, 10 let, lehké mentální postižení komplikované atypickým autismem.

Matyáš, 9 let, syndrom De Langerové, zraková vada na úrovni silné krátkozrakosti.

Adam, 10 let, porucha autistického spektra – Aspergerův syndrom, je zhoršený nedostatečnou výchovou v raném dětství a následnou psychopatií chlapce.

Jaroslava, 10 let, oboustranná slepota v důsledku atrofie optického nervu, atypický autismus, středně těžké mentální postižení.

4.4 Tvorba kazuistik

Poté, co jsem se seznámila s dětmi, prováděla po dobu jednoho měsíce jejich pozorování, hovořila jsem s učitelkami, asistentkami, rodiči a dalšími osobami, kterých se týká diagnóza a vývoj vybraných dětí, jsem přistoupila k tvorbě kazuistik jednotlivých dětí. Bylo nutné si dohledat některé informace o konkrétních postiženích nebo onemocněních, takže jsem mohla srovnávat, jaké jsou prognózy nebo charakteristiky a nakolik je dané dítě splňuje nebo se liší. Jak jsem již uvedla, zpočátku ve zkoumané skupině mělo být více dětí, ale někteří z rodičů se nechtěli výzkumu zúčastnit hned poté, co jsem požádala o vyplnění dotazníku o zdravotním stavu dítěte, rodinné anamnéze a vývoji dítěte. K tomu se přidalo uzavření škol a další rodiče se rozhodli opustit výzkum, případně bez jakéhokoliv zdůvodnění přestali komunikovat.

Kazuistiky jsem vytvořila v základní verzi, která vycházela z dotazníku doplněného jednak o rozhovory s rodiči a jednak s pedagogy a asistenty.

Kazuistiky obsahují tyto části:

- **hlavička** (jméno dítěte, pohlaví, věk – více není možné uvádět z důvodu ochrany osobních dat)

- **rodinná anamnéza** (genetické zatížení rodiny ve smyslu PAS, závažné choroby, onemocnění, postižení v rámci širší rodiny)
- **osobní anamnéza** (vývoj dítěte, zaostávání, abnormality v psychomotorickém vývoji apod.)
- **diagnóza** (první předpokládaná diagnóza, případné její potvrzení, další diagnózy, stanovení PAS)
- **školní docházka** (nástup do MŠ nebo jiného předškolního zařízení, nástup do povinné školní docházky, její průběh do současnosti)
- **sociální dovednosti** (chování dítěte k rodině, okolí, učitelům, spolužákům, cizím lidem, schopnost adaptace na jiné prostředí)
- **rozumové dovednosti** (možnosti a schopnosti dítěte, jeho samostatnost, snaha o sebezdokonalování a další).

Poté, co jsem vypracovala kazuistiky, jsem mohla lépe pracovat s informacemi o dětech, tudíž jsem mohla hledat společné rysy, které mají všechny děti, či které naopak nemají. Jedním z posuzovaných zjištění bylo to, v jakém věku se dítě začalo projevovat neobvykle, či začalo zaostávat za vrstevníky.

Kazuistika č. 1:

Jméno: Petr

Pohlaví: chlapec

Věk: 9 let

Rodinná anamnéza: Oba rodiče zdraví, starší bratr (11 let) také, bratr otce zemřel ve 23 letech na Dushenovu svalovou dystrofii. Jinak žádná významná anamnéza. Rodiče jsou rozvedeni, chlapci žijí s matkou, ale otec i jeho rodiče se o oba živě zajímají.

Osobní anamnéza: Těhotenství probíhalo bez komplikací, porod bez komplikací, Chlapec vážil 3,6 kg a měřil 53 cm. Již po porodu bylo zjevné postižení dolních končetin v podobě extrémně zkrácených Achillových šlach. Ke korekci došlo ve věku deseti měsíců. Motorika chlapce od malička zaostávala, špatně držel hlavičku, neotáčel se. Sedět začal teprve ve dvanácti měsících, když byl po operaci zrehabilitován. Chůze se objevila až po druhém roce věku, byla vratká a nejistá.

Diagnóza: V prvním roce byly veškeré odchylky přičítány problémům s končetinami, nicméně ani po zlepšení pohyblivosti se nezlepšil chlapcův extrémně pomalý psychický vývoj. Nejvíce patrná byla absence řeči, Petr se domlouval zvuky a posunky, i když matce přišlo, že řeči rozumí. Obávali se, že operace v tak raném věku mohla poškodit jeho mozek. Podstoupili vyšetření na neurologii a foniatrii k vyloučení orgánového poškození, přičemž neurolog konstatoval mentální postižení, pravděpodobně genetického původu a doporučil podrobnější vyšetření. Tím byla diagnóza potvrzena, a navíc bylo zjištěno, že chlapec trpí i poruchou autistického spektra. Další laboratorní testy prokázaly, že se skutečně jedná o postižení genetické, mitochondriální encefalopatii. Mentální postižení pak v šesti letech bylo stanoveno jako středně těžké, komplikované projevy PAS.

Školní docházka: Do mateřské školy pro děti se zdravotním postižením sice Pěťa docházel, ale sporadicky, a to z důvodu vysoké nemocnosti. Teprve po přeléčení imunitního systému se situace zlepšila a předškolní docházku už absolvoval vcelku dobře. Autistické obtíže se u něho projevovaly především v momentech, kdy některé z dětí začalo křičet nebo si chtělo vzít hračku, se kterou si Petr hrál. Jinak kolektiv toleroval, ale většinou si hrál samostatně, stejně tak se zapojoval do denních činností – aktivně,

ale sám. Problémy s pohybem byly patrné spíše ve vyšší míře unavitelnosti. Již v MŠ byl rodičům doporučen odklad školní docházky o jeden rok s tím, že by bylo vhodné chlapce spíše zařadit do pomocné třídy speciální školy než se ho snažit integrovat do běžné základní školy. Velké kolektivy běžných základních škol by byly pro chlapce problémem nejen hlukem, ale i začleněním do kolektivu. Matka s návrhem souhlasila, otec byl proti. Nicméně v této době odešel od rodiny a chlapec byl svěřen do péče matky, která se správně rozhodla pro speciální školu. Petr si na nové prostředí zvykl poměrně rychle, kolektiv osmi dětí mu naprosto vyhovoval. Podle hodnocení paní učitelky byl chlapec na úrovni předškoláka, sebeobsluha byla v podstatě nulová, sám zvládne jen jíst lžící, pokud všechno jídlo bylo připravené do formy, která šla snadno nabrat. Lžící a další předměty uchopoval do pěsti, jemná motorika v podstatě nebyla rozvinutá vůbec, hrubá motorika na tom byla o něco lépe. V současnosti je chlapec ve druhé třídě, dostal se zhruba na úroveň předškoláka, ale zlepšila se jeho sebeobsluha, stejně tak motorika. Zvládne základy hygieny, používat WC a umýt si ruce umí s kontrolou, nají se sám, pokud má nakrájené maso. Dokáže udržet tužku a neobratně ji používat, rád vybarvuje obrázky, i když přetahuje tvary, nicméně mu to nijak nevádí. Rozumí jednoduchým pokynům, do práce se zapojuje ochotně, podmínkou je ale to, že nesmí být zaujatý jinou, tedy naprosto mu nevyhovuje rychlé střídání činností. Pedagogická prognóza vzhledem k postižení je mírně optimistická, paní učitelka věří, že ještě dosáhne pokroků, zvláště v sebeobsluze a jemné motorice.

Sociální dovednosti: Petr nevyhledává blízkost spolužáků, ale po určitou dobu ji snese, zvláště, je-li zaujat nějakou činností. Kolektiv mu nevádí, na cizí osoby reaguje plaše, schovává se za matku nebo paní učitelku, klopí zrak. Upřednostňuje komunikaci s dospělými než s dětmi. Jediné děti, od kterých snáší i objetí nebo častější dotyky, je jeho bratr a velmi bezprostřední malá sestřenice. Fyzický kontakt s dospělými nevyhledává, ale také mu příliš nevádí. Pokud je vytržen z činnosti, kterou ještě nedokončil nebo má udělat něco, co nechce, začne zrychleně dýchat a hází věci na zem. Je schopen s rodinou zvládat i změnu prostředí, například na dovolené, ale musí na to být dopředu připraven a musí být stále přítomen někdo z rodiny.

Rozumové dovednosti: Petr používá systém VOKS, dokáže již sestavit i jednoduché věty. Obrázky pro vyjádření toho, co chce sdělit, hledá velmi pečlivě, dokonce si vymyslel jakýsi "doplňovací systém", kterým upřesňuje informaci. Přišel na něj náhodou,

kdy chtěl obrázek vyměnit za autíčko, ale paní učitelka mu dala auto jiné barvy. Pět'a si ho nevzal, ale přinesl ze stolu modrou pastelku, aby paní učitelka pochopila, jaké vyžaduje. Od té doby často podobně doplňuje informaci o barvě pastelkou, případně ukazováním na jinou věc. Verbální komunikace sestává jen z několika vyražených slabik, z nichž nejvýraznější je "ma" jako označení matky a "ne", které umí použít důrazně, je-li vyrušen. Nicméně porozumění mluvené řeči je zachováno na poměrně dobré úrovni, ve škole se ještě zlepšilo. Zahájená logopedická péče nebyla příliš efektivní, chlapec se zlobil, jakmile se mu nepodařilo vyslovit napodobovaný zvuk stejně, slova nejsou zřetelná, jedná se spíše o vokalizované zvuky, které jsou srozumitelné jen matce a bratrovi, a to z toho důvodu, že je často opakuje. Ve škole proto začal komunikovat pomocí piktogramů, které ho velice zaujaly, tudíž poměrně rychle pochopil princip jak piktogramů, tak VOKS. Dokáže sdělit své potřeby, požádat o věci, a když vidí adekvátní odezvu, projevuje radost. Sám chtěl začít nosit obrázky domů, takže vznikla další sada pro "domácí použití". Matka uvádí, že se přestal tak často zlobit, jako tomu bylo dřív, když hned nepochopila jeho projev. Paní učitelka považuje za obrovský pokrok to, že se Pět'a sám snažil vytvořit vlastní obrázky do sady, pochopitelně jako čmáranici odpovídající asi třetímu roku dítěte, ale hrdě obrázek pokládá vedle toho, co namaloval, takže je možné obrázek označit slovem a matka může adekvátně reagovat, například slovy: "No to je nádherný pejsek!", čímž chlapce rozradostní. Petr také dokáže sám rozlišovat základní skupiny obrázků a správně je umístit, např. rodina, zvířata, jídlo apod. Dá se říct, že od nástupu do školy udělal nejen velký pokrok v komunikaci, ale i v psychomotorickém vývoji.

Kazuistika č. 2:

Jméno: Markéta

Pohlaví: dívka

Věk: 10 let

Rodinná anamnéza: Oba rodiče jsou zdraví, stejně tak mladší sestra a bratr (7 let) - dvojčata. Rodinné zázemí je velmi dobré, s dětmi pomáhá i širší rodina. Žádná výrazná rodinná genetická zátěž není známá.

Osobní anamnéza: Markéta se narodila vyvolávaným porodem po těhotenství bez komplikací, vážila 3,75 kg a měřila 52 cm. Vývoj v raném dětství probíhal normálně, prodělala běžné dětské nemoci. Začala sedět v osmi měsících, chodit bez opory v roce, nelezla.

Diagnóza: Do 3 let se Markéta vyvíjela v podstatě normálně, pouze rodičům připadalo, že málo mluví. Používala srozumitelná slova, ale v omezeném slovníku přesto, že se zdálo, že jinak rozumí úplně normálně jako dítě v jejím věku. Po pravidelné kontrole ve 3 letech dětská lékařka doporučila vyšetření psychologem a neurologem. Byla jí diagnostikována lehká mozková dysfunkce, ale situace se i přes pravidelné konzultace a nápravy nezlepšovala. V pěti letech proběhlo psychiatrické vyšetření, které stanovilo lehké mentální postižení komplikované atypickým autismem. V současnosti dívka dále pravidelně navštěvuje psychologa, psychiatra a neurologa.

Školní docházka: Dívka nastoupila do mateřské školy až v pěti letech, protože matka byla na mateřské dovolené se sourozenci. V té době rodině hodně pomáhala babička (ze strany matky), která se Markétce velmi výrazně věnovala. Díky tomu dívenka neměla příliš velké problémy s adaptací na mateřskou školu, byla nadšená novými hračkami a aktivitami, ale vůbec nemluvila, přesto, že doma svou omezenou slovní zásobu využívala. Při řešení otázky školní docházky psychologka dala rodině na výběr dvě možnosti – speciální školu v místě bydliště nebo se pokusit o inkluzivní vzdělávání na běžné základní škole, která má menší kolektivy. Po prozkoumání všech variant bylo rozhodnuto, že Markétka nastoupí na speciální školu, protože jediná běžná škola s menším počtem žáků ve třídě byla vzdálená 27 kilometrů a bylo by obtížné dívku denně dopravovat tam a zpět vzhledem k tomu, že v rodině byla malá dvojčátka a otec pracuje

ve směnném provozu. Řešení se ukázalo jako šťastné, přesto, že v MŠ dívka příliš nenavazovala vztahy s druhými dětmi, ve škole se velmi rychle sblížila s dívkou podobné klidné povahy, která je velmi manuálně zručná a Markéta to obdivuje. Třídní učitelka je speciální pedagog, která chápe nutnost rituálů u autistických dětí, takže i přesto, že většina dětí se projevuje verbálně, paralelně se používají obrázky nebo piktogramy, které symbolizují především činnosti denního programu. Ve třídě visí denní plán, takže děti vědí, co se bude dít a v jakém pořádku. Markéta do školy chodí ráda, těší se, špatně snáší odloučení od kamarádky z důvodu pandemické situace.

Sociální dovednosti: Dívka poměrně dobře snáší kolektiv i lidi kolem sebe, pokud nejsou příliš hluční, to ji rozrušuje. Na rozdíl od jiných dětí s mentálním postižením je ale k cizím lidem nedůvěřivá, trvá jí delší dobu, než si zvykne na novou osobu. Když se ve škole změnila asistentka, Markéta s novou odmítala spolupracovat, používala piktogram "nechci", případně "nemám rád". Ve třídě má kamarádku, která je klidná a trpělivá, tudíž s ní Markétka ráda zkouší některé pracovní činnosti. Ostatní spolužáky přijímá poměrně dobře, problémem je pro ni jen jeden chlapec, který občas radostně vyvířkne a dívku děsí. Ve třídě je proto posazován, co nejdále od ní, paní učitelka jí také vysvětlovala, že on za to nemůže, že "má takové projevy radosti". Markéta přikyvovala, ale leká se dál, takže se chlapci vyhýbá. Ráda poznává nové věci, i když není příliš obratná, snaží se napodobovat kamarádku a nechá si poradit. Má ráda všechno, co se týká zvířat a přírody. Je schopná se dorozumívat pomocí piktogramů nebo obrázků, ale i verbálně pomocí jednotlivých slov, pokud se jí podaří postavit větu, je velmi jednoduchá, typu "mama tady".

Rozumové dovednosti: Markétka dokáže komunikovat zčásti verbálně a zčásti pomocí komunikačních karet a piktogramů, mluvené řeči i pokynům rozumí. Dokáže také používat gesta, ano-ne, zacpává si uši, ukazuje na věci, aktivně se raduje i „zlobí“. Dokáže udržet po nějakou dobu oční kontakt, plní požadované úkoly a pokud si není jistá, obrací se s otázkou "tak?" na paní učitelku. Má dobrou zrakovou paměť a schopnost rozlišovat drobné detaily, během školní docházky se zlepšuje vývoj komunikace i porozumění, rozšiřuje si slovní zásobu, je ochotná experimentovat s hlasem. U nových činností chce znát znak nebo piktogram, zařazuje si ho do komunikační knihy. Je schopná sama sestavit činnosti celého dne, aby je mamince nebo babičce ukázala. Má velkou slovní zásobu ve znacích, které aktivně používá a snaží se o skládání do vět.

Dokáže počítat do dvaceti tak, že za sebou správně srovná kartičky s čísly. Rozezná barvy, druhy ovoce, zeleniny i zvířat. Při nácvičku psaní je schopna zopakovat obkreslované tvary, umí se podepsat zkratkou MAKI. Má poměrně dobrou koordinaci pohybů, dá se říct, že ve srovnání se spolužáky je i manuálně zručná, trpělivě navléká korálky, lepí, stříhá a vyšívá obrázky, rozhodně v tom velkou roli hraje i její kamarádka, která je zručná skutečně neobyčejně. Dokáže skládat kostky i puzzle. Markétka se dokáže dobře orientovat v prostoru, částečně i v čase, rozezná denní dobu. Sama se obléká i jí, udržuje hygienu, WC používá samostatně.

Kazuistika č. 3:

Jméno: Matyáš

Pohlaví: chlapec

Věk: 9 let

Rodinná anamnéza: Oba rodiče jsou zdraví, v rodině se nevyskytuje žádná závažná genetická prognóza. Matyáš žije jen s matkou, otec od rodiny odešel, když chlapci byly tři roky.

Osobní anamnéza: Těhotenství probíhalo v pořádku, porod proběhl císařským řezem ve 40. týdnu. Vážil 3,6 kg a měřil 51 cm, krátce po porodu mu byla operována pupečnicková kýla. Od malička špatně jedl a málo přibíral, byl vždy drobnější než jiné děti. Zhruba od půl roku se opožďoval v motorickém vývoji, neotáčel se, neměl pokusy zvedat se do sedu. Lézt začal teprve ve dvanácti měsících, sedět zhruba v roce a půl a chodit s dopomocí ve dvou a půl letech. Samostatná chůze „na široko“ se objevila až po třetím roce věku. Kromě jednoho zánětu průdušek a následného zánětu močových cest (reakce na antibiotika) v podstatě nebyl nemocen. Používal jen několik slov, většinou označovaly členy rodiny a oblíbené hračky.

Diagnóza: V sedmi měsících byl chlapci definitivně diagnostikován syndrom De Langerové, k němu se později objevila i zraková vada na úrovni silné krátkozrakosti. Sluch má v pořádku.

Školní docházka: Po nástupu do mateřské školy Matyáš podstoupil psychologické vyšetření, protože si paní učitelka všimla, že si nehraje s ostatními dětmi, ale vyhledává hru o samotě a nesnaží se verbálně komunikovat. Na druhou stranu bylo zvláštní, že k dospělým se choval velmi vřele, objímal nejen matku, ale i oblíbenou paní učitelku a paní kuchařku, která pro něj "měla slabost". Byla mu stanovena diagnóza středně funkční autismus, která se při vyšetření s nástupem školní docházky potvrdila. Matyáš nastoupil v osmi letech do speciální školy, do první třídy pomocné, nyní je ve druhé třídě. Změnu prostředí zvládl velmi dobře, což je velká zásluha matky, která s ním odmalička cestuje, nijak ho nevyčleňuje ani z kolektivu dětí, ani dospělých, je tedy na různé změny zvyklý a naučil se přijímat je beze stresu.

Sociální dovednosti: Chlapec je velice milý, i když některé projevy jeho chování silně odpovídají jeho diagnostice. Nedovolí, aby si jiné dítě půjčovalo jeho věci, když se mu něco nepovede podle jeho představ, třeba obrázků, tak ho zničí. Destrukci má rád celkově, i když není agresivní, ale dokáže třeba čtvrt hodiny modelovat figurky, aby je pak pěsti zničil na placky. K dětem ani dospělým se nijak agresivně nechová, pokud se zlobí, obrací zlost vůči sobě, plácá rukama o sebe nebo se bije do kolen.

Rozumové dovednosti: Ve škole nejraději používá dřevěné skládačky, tabulky „Živá abeceda“, zvládne sestavit jednoduché puzzle, rád si prohlíží knížky. Rozeznává písmena M, T, A, a také dokáže najít a správně seřadit čísla do pěti. Rozlišuje barvy, zvířata, ovoce, oblečení i tvary. Jemná motorika se velmi dobře rozvíjí, dokáže správně držet tužku, obtahovat písmena a vybarvovat obrázky. Podepsat se ještě neumí. Má velmi rád hudební nástroje, melodii napodobuje, poměrně ochotně se věnuje i logopedickým cvičením. Motorika je poněkud neobratnější, ale v hrubých obrysech zvládá totéž, co jeho vrstevníci, umí i jezdit na kole. Mluvené řeči rozumí velmi dobře, sám používá jen několik slov, ale snaží se o zapamatování nových. Rád komunikuje pomocí piktogramů, protože mu připadají rychlejší, než verbální forma a gestikulace. Vzhledem k možnostem chlapce a perfektní spolupráci s maminkou se nyní Matyáš učí pracovat se systémem VOKS, práce mu dělá radost, obzvláště když se mu podaří správně vyjádřit to, co chtěl. Sebeobsahu zvládá dobře, jí lžící, ale dokáže si i odnést talířek. WC a hygienu zvládá bez pomoci, nedokáže jen některé motorické pohyby při oblékání, zapínání zipu, zavazování tkaniček apod.

Kazuistika č. 4:

Jméno: Adam

Pohlaví: chlapec

Věk: 10 let

Rodinná anamnéza: Rodiče nikdy nebyli dovyšetřeni pro jejich neochotu, vzájemně se obviňují z toho, po kom má Adam genetickou vadu. Jiná vada se v rodině neprojevila, mladší bratr (6 let) je v pořádku. Rodina žije pohromadě, nicméně není příliš podnětná, ani stabilní, mezi rodiči jsou neustálé neshody, kterými trpí i děti. Dokud žil dědeček z matčiny strany, hodně s Adamem pomáhal, nyní je situace problematictější.

Osobní anamnéza: Adam se narodil donošený, z poměrně normálního těhotenství, matka jen udává, že trpěla častými nevolnostmi. Vážil 3,2 kg a měřil 49 cm. Problémy se začaly projevovat v raném dětství, byl plačtivé miminko, které negativně reagovalo na dění kolem něj, nesnášel tělesný kontakt, strpěl jen matku a později dědečka. Pohybově se vyvíjel normálně, lezl v sedmi měsících, seděl v osmi a samostatně chodil od jednoho roku. Řeč byla od počátku útržkovitá, bylo mu špatně rozumět, i když se o verbální komunikaci snažil. Když mu někdo nerozuměl napoprvé, choval se zlostně, napadal děti i dospělé rukama nebo kopáním. Když dětská lékařka navrhla psychiatrické vyšetření z důvodu podezření na některou z poruch, matka to přijala velice negativně. Souhlasila až ve 3,5 roku chlapce, kdy i doma začal být agresivní, pokud nebylo po jeho, mezi dětmi nemohl chodit vůbec. Matka byla v té době gravidní a obávala se, aby jí Adam neublížil.

Diagnóza: Vyšetření prokázalo poruchu autistického spektra ve smyslu Aspergerova syndromu, hlavní problém je ztížení syndromu tím, že chlapci chybí jakékoliv mantinely chování, byl zvyklý, že si může dovolit cokoli, všechno se točí kolem něj a on určuje pravidla. Stal se z něj v podstatě „tyran“ celé rodiny i okolí, ale matka ho neustále hájila a hájí, protože je přesvědčena, že všechny problémy pramení z toho, že se okolí nedokáže k Adamovi správně chovat.

Školní docházka: Chlapec byl zařazen do běžné mateřské školy ve věku pěti let, ale jeho pobyt se stal již první dny obrovským problémem pro všechny ostatní děti i pro paní učitelky. Odmítal se účastnit jakékoliv společné aktivity, bral dětem věci,

tahal je za vlasy a štípal, když mu nechtěly dát to, co chtěl on. Učitelky kopal, když byl odveden do jiné místnosti, ničil věci. Přesto se v MŠ snažili nějak překonat první dny s tím, že se situace uklidní, až si Adam zvykne, ale to se nestalo. Naopak, každá snaha mu vyhovět byla brzy "potrestána" tím, že úlevu vyžadoval automaticky. Matce byla psychiatrem doporučena medikace ke zklidnění chlapce, kterou ale odmítla s tím, že mu nemíní škodit. Po tomto vyjádření mateřská škola Adama vyloučila s tím, že se jedná o nepřizpůsobivé dítě, které je hrozbou pro ostatní děti. Adam zůstal doma až do nástupu školní docházky, velmi výrazně se mu věnoval dědeček, protože matka se musela starat o jeho bratra. Toho navíc nesměli nechat bez dozoru, protože Adam mu ubližoval, štípal ho a kousal, dokonce mu zakryl obličej polštářem. I to matka omlouvala dětskou žárlivostí. Vzhledem k tomu, že jinak se chlapec vyvíjel normálně, naopak i dobře mluvil, bylo rozhodnuto, že nastoupí do běžné základní školy, a to s asistentkou, kterou škola zajistila. Hned s nástupem do první třídy se začaly objevovat problémy ze školy, trochu mírněné přítomností asistentky. Paní učitelce tykal, vůči ní i dětem používal vulgární slova, odmítal se podvolit kolektivní práci. V hodinách vykřikoval odpovědi, aby nemohly jiné děti odpovědět dřív, házel věcmi a bouchal do lavice, když nebylo po jeho. Navíc byla patrná jeho fascinace násilím, dětem s oblibou vyprávěl, co viděl v televizi, jak lev zabíjel zebrou a podobně, maloval i podobné obrázky. Jediným argumentem matky bylo, že učitelka je povinna tohle „snášet“, protože on je prostě nemocný a nemůže za to a dětem to musí vysvětlit. Po dalším měsíci škola dala matce ultimátum, že buď bude Adam medikován, nebo ho vyloučí. Matka se tedy neochotně podvolila a situace se po několika dnech trochu uklidnila, chlapec byl klidnější, nechal si některé věci vysvětlit, i když v něčem trval na svém, například před tělocvikem se odmítal převlékat mezi ostatními dětmi, jedl zásadně lžící a jen to, co chtěl. Návrat po prázdninách se znovu stal nepříjemností pro paní učitelku i děti, Adam přes léto vysadil léčbu, protože matka do něj nechtěla "cpát chemii", takže se nejen vrátily původní projevy, ale dokonce se zhoršila i jeho komunikace, paní učitelka uvedla, že to vypadalo, jako by začal ztrácet inteligenci. Přestal například vyprávět, jen vykřikoval příkazy nebo zákazy, všechno bylo "jeho", asistentku nazýval vulgárně. To už vedení školy nevydrželo a nařídilo jeho domácí vzdělávání a doporučili matce psychiatrické vyšetření s podezřením na duševní poruchu mimo Aspergerův syndrom. Matka situaci neunesla a vyšetření odmítla. Doma Adam odmítal dělat cokoliv,

vztekal se, že nemůže do školy, protože jakýmsi podivným způsobem se mu tam líbilo. Situace se vyostřila v momentě, kdy při pobytu s matkou a bratrem na hřišti vážně ublížil chlapci ze sousedství. Ten ho nechtěl pustit na houpačku, tak mu ji Adam doslova při kyvu vytrhnul zpod zadku, chlapec vyletěl a dopadl na betonový obrubník pískoviště, zranil se na hlavě a zlomil si ruku, jeho rodiče podali trestní oznámení pro úmyslné ublížení na zdraví, což dosvědčili očití svědkové. Soud nařídil psychiatrické vyšetření chlapce při kontrolované hospitalizaci, matka opět „ztropila scénu“ před soudem, ale výsledek neovlivnila. Chlapci byla nastavena medikace a byl propuštěn s tím, že pokud matka nebude dodržovat ochrannou léčbu, chlapec jim bude odebrán a umístěn do dětské psychiatrické léčebny s dozorem. Matka musela zůstat s Adamem doma, druhý chlapec dobrovolně tráví většinu času u babičky.

Adam byl z důvodu povinné školní docházky přeřazen do speciální školy, do třídy zaměřené na děti s PAS, protože veškeré základní školy v okolí se na jeho vzdělávání odmítly podílet z důvodu bezpečí ostatních dětí a s odkazem na to, že pro jeho vzdělávání nemají dostatečné podmínky ani specializované pedagogy. Do školy dochází jen ve dny, kdy je od rána klidný, jakmile má výkyvy chování, musí zůstat doma, aby neděsil ostatní děti výbuchy zlosti. Přesto, že paní učitelky jsou zkušené odbornice na děti s PAS, i tak již několikrát musela být matka přivolána dříve, aby si ho vyzvedla, protože se nechtěl uklidnit.

Sociální dovednosti: Sociální dovednosti v podstatě neexistují, chlapec dělá jen to, co sám chce, naprosto se neohlíží na ostatní. Projevy PAS jsou zhoršené pravděpodobnou psychopatickou nadstavbou. Díky medikaci se Adam zklidnil, nicméně je stále negativistický, což se asi nezmění. Nemá rád lidi, nesnese fyzickou blízkost, vyhledává filmy nebo knihy o smrti. Jediný, koho poslouchal, byl dědeček, ten ale na podzim zemřel na pneumonii v důsledku covid-19. Otec na něj rezignoval, obstará, co je potřeba, ale kontaktu s ním se straní, vlastní bratr se ho bojí, matka je jediná, kdo ho ještě nějak přijímá. Podle zprávy z psychiatrie zhoršení PAS a celkového stavu zapříčinila nedostatečná výchova a nastavení hranic v raném dětství, nyní se sčítají psychické problémy s důsledky "opičí lásky" matky. Psychiatři zvažují změnu léčby vzhledem k psychopatickým projevům chlapce.

Rozumové dovednosti: Adam má zachovanou inteligenci na poměrně vysoké úrovni, takže ve škole má individuální vzdělávací plán, protože by správně patřil do běžné základní školy, ale to není možné z výše patrných důvodů. Motoricky je naprosto v pořádku, není poškozená ani jemná motorika, dokonce si dobrovolně píše deník. Ten ale ukazuje právě na psychopatickou část osobnosti Adama, jelikož se v něm například zaobírá myšlenkami, koho by bylo potřeba zabít apod. Matku označuje jako TA. Pokud by se psychiatrům podařilo chlapce "dát do pořádku", asi stále nebude vyhráno, protože chyby ve výchově, které matka v raném dětství udělala, se tak lehce neodbourají.

Kazuistika č. 5:

Jméno: Jaroslava

Pohlaví: dívka

Věk: 10 let

Rodinná anamnéza: Oba rodiče i mladší sestra (5) jsou zdraví. V rodině není genetická zátěž. Rodina žije společně, stýká se se širším příbuzenstvím, které Jarušku přijímá velmi dobře.

Osobní anamnéza: Narodila se z prvního, bezproblémového těhotenství, které bylo ukončeno v termínu císařským řezem. Vážila 3,5 kg a měřila 50 cm. Z důvodu silného novorozeneckého ikteru byla několik dní v inkubátoru na fototerapii. Od dětství často trpí na bronchitidy, má pylovou alergii.

Již v raném dětství si rodiče všimli, že dívka nenavazuje oční kontakt, což jim potvrdila i dětská lékařka. Jaruška byla vyšetřena na specializované oční klinice, kde byla zjištěna atrofie optického nervu z důvodu částečné korové atrofie. Je tedy prakticky slepá, rozeznává jen světlo a tmu. Od sedmi měsíců začala zaostávat za normálním psychomotorickým vývojem, byla zahájena terapie podle Vojty. Díky tomu se dokázala v roce posadit, v 18 měsících již byla schopna samostatné chůze, již tehdy chodila instinktivně s ručkami před tělem. Kolem třetího roku věku začali rodiče vnímat, že se Jaruška chová jinak než ostatní děti. Hrála si sama, mumlala si pro sebe, dokázala dlouhou dobu opakovat stejnou činnost, v postýlce se uspávala kolíbáním sem a tam. Vyšetření u psychologa metodou CARS (Childhood Autism Rating Scale) prokázalo atypický autismus, který je, bohužel, komplikovaný středně těžkým mentálním postižením.

Diagnóza: Jarušce byla diagnostikována oboustranná slepota v důsledku atrofie optického nervu a atypický autismus doprovázený středně těžkým mentálním postižením.

Školní docházka: Jaruška do mateřské školy nechodila, matka s ní jen dojížděla na konzultace a na různé aktivity pořádané speciálně pedagogickým centrem pro děti a mládež se zrakovým postižením. Když jí bylo pět let, narodila se mladší sestra, kterou Jaruška přijímala velmi dobře, jen se děsila jejího pláče, který jí znepokojoval. Ráda ale "pomáhala" vozit kočárek nebo podávat věci při oblékání nebo koupání

sestřičky. Dodnes si s ní ráda hraje, sestra už ví, že nečekanými zvuky Jarušku děsí, tak je opatrná. Do školy dívka nastoupila v osmi letech, a to do pomocné třídy speciální školy. Adaptace nebyla jednoduchá, protože někteří spolužáci vydávají zvuky, které ji znepokojují nebo děsí. Stávalo se často, že se snažila za každou cenu odejít co nejdál od zdroje zvuku, i za cenu, že se uhodila nebo upadla. Pomohla trvalá přítomnost asistentky v její blízkosti, která ji hned začne hladit po ruce a ozřejmí jí zdroj zvuku například slovy "Neboj, to je Pěťa, on má radost." Jaruška byla dva roky vzdělávána podle programu pomocné školy, ale nevyhovoval, takže škola přešla po dohodě s psychologem na rehabilitační vzdělávací program.

Sociální dovednosti: Jaruška v podstatě nemá problémy s lidmi okolo ní, pokud se chovají běžným způsobem, tedy nevytvářejí neočekávaný hluk nebo na ní nesahají bez přechodného upozornění. Je velmi lekává, čemuž lze předejít, když na ní přicházející osoba včas začne mluvit. Poznává po hlase své blízké, paní učitelku i asistentku i na dálku, stejně tak některé spolužáky, kteří se projevují verbálně.

Rozumové dovednosti: Jaruška má celkově dobrý sluch včetně hudebního, dokáže identifikovat zvuky běžného života, je schopna opakovat jednoduchou říkanku nebo písničku. Ráda si pro sebe brouká různé melodie, které si zapamatovala. Dobře vnímá rytmus a umí vyťukat několik melodií na keyboard. Matka měla snahu ji vodit na klavír do základní umělecké školy, pochopení měla i paní učitelka, ale snaha ztroskotala na tom, že Jaruška má snížený intelekt a nedokáže si zapamatovat obtížnější melodii, ani zatím nedokáže číst Braillovo písmo. Má ráda houpavý pohyb, ráda se houpe v křesle nebo na relaxačním míči, na zahradě se nebojí ani trampolíny nebo houpačky. Ve známém prostředí se pohybuje sama a bez pomoci, na schodech nebo v neznámém prostředí s pomocí asistentky nebo matky, učí se používat hůlku. Jemná motorika je na poměrně dobré úrovni, dokáže stavět kostky na sebe, navléká větší korálky na tkaničku, dokáže rukou rozlišit materiály a geometrické tvary. Hmatem poznává předměty denní potřeby, specifické rysy některých zvířat (rohy, dlouhé uši, kudrnatá srst...), vnímá reliéfní barvy. Je vždy velice potěšena vlastním úspěchem. Dokáže počítat do deseti, živě se zajímá o Braillovo písmo a počítač s hlasovým výstupem, ale bez pomoci je zatím používat nedokáže. Sama zvládá sebeobsahu, ale z důvodu bezpečnosti na ni dohlíží asistentka. Nedokáže zapnout zip a malé knoflíky. Sama se nají, dokáže používat lžičku i vidličku. Hovoří jednoduchými větami zhruba na úrovni tříletého

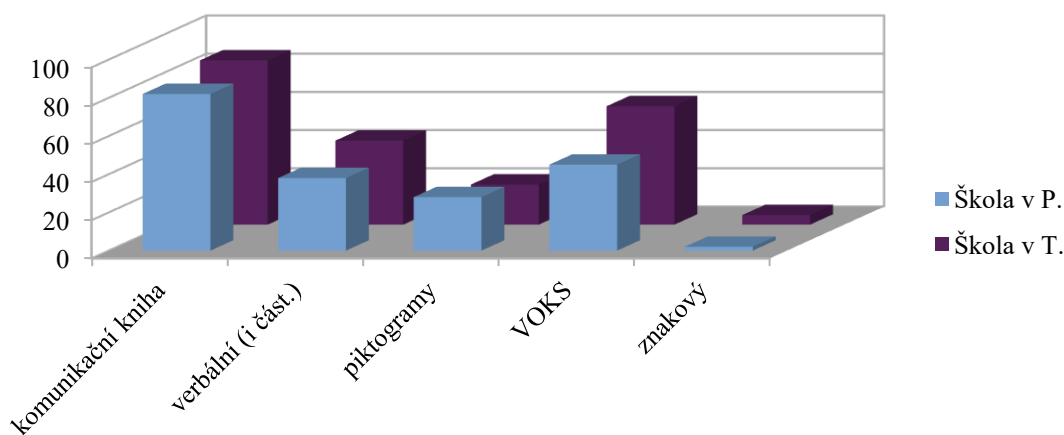
dítěte, většinou používá 1. pád. Mluvené řeči rozumí dobře, je schopna pochopit i složitější dotaz typu "Na co jste si s Leničkou (sestra) včera hrály?" nebo "Co asi budeme mít k obědu?" Slovní zásobu má ale větší pasivní než aktivní, nová slova lépe fixuje ve spojení s předměty. Občas si vymyslí neexistující slovo a dokáže se tomu s paní učitelkou nebo asistentkou i zasmát. Z alternativních systémů Jaruška dokáže využívat komunikační tabulku s předměty a režimovou podložku.

4.5 Výsledky výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit komunikační systémy, které nahrazují řeč u dětí s poruchou autistického spektra, a jejich míru užívání. U všech zkoumaných dětí navíc bylo používání těchto systémů ovlivněno dalšími potížemi, především ve smyslu mentálního postižení.

Děti z obou škol mají možnost komunikovat pomocí různých komunikačních systémů. Všichni pedagogové mají pedagogické vzdělání v oboru speciální pedagogika, asistenti mají kurz se stejným zaměřením. Všichni pedagogičtí pracovníci, kteří se účastnili výzkumu, byly ženy ve věku 32–54 let. Ve škole v P. pracují i 2 učitelé muži, ve škole T. jeden učitel a jeden asistent, ale mají na starosti vyšší třídy.

Ve školách se využívají komunikační sešity, piktogramy, částečně znakový jazyk, verbální komunikace a výměnný obrázkový komunikační systém. Pro zpřehlednění využívání jednotlivých systémů na obou školách jsou na základě informací od pedagogů výsledky výzkumu zaznamenány v grafu. Všechny grafy i tabulky jsou tvorbou autorky práce.

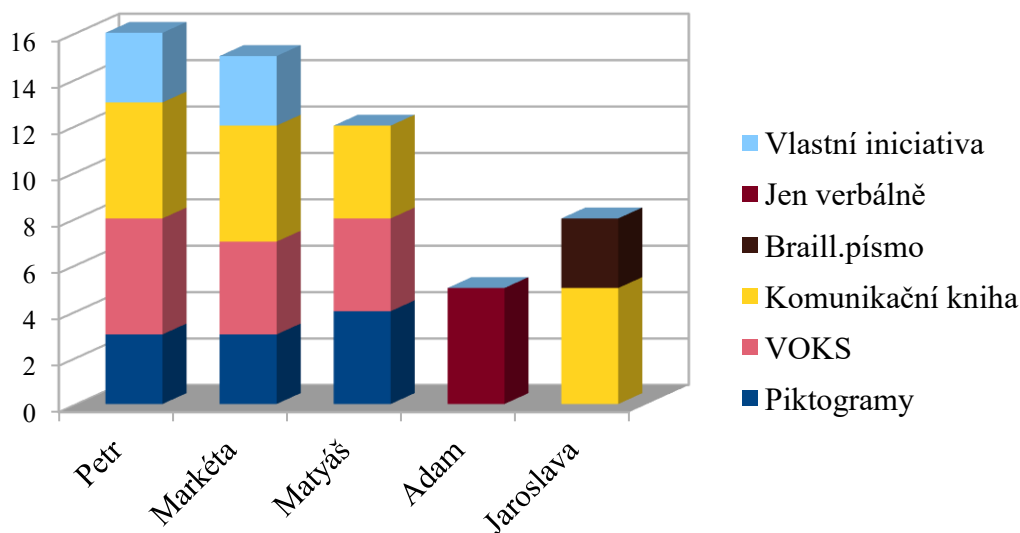


Graf č. 1: Využívání systémů komunikace ve škole (u % žáků)

Podle informací pedagogů některé děti používají několik forem komunikace, zvláště pak děti s lehčím mentálním postižením, které hledají různé možnosti sebevyjádření. Přesto, že více dětí by bylo schopno si osvojit znakový jazyk, vadí jim

potřeba očního kontaktu, proto raději volí obrázky. Prstovou abecedu nepoužívá žádné z dětí, jelikož jejich mentální postižení nedovolí vytvořit si představu slova. Jediný, kdo by to dokázal, je Adam, ale ten zvládá komunikovat i verbálně, a navíc nemá rád cokoliv, co se nerozhodl dělat sám. Většina dětí používá verbální komunikaci především pro získávání informací, tudíž ji přijímají od ostatních, ale samy se vyjadřují jednoslovně nebo ve velmi jednoduchých větách.

Piktogramy se ve školách používají především k označení místností, známých předmětů (WC, umyvadlo, skříň...), a také jsou v nich vytvořeny rozvrhy, tedy denní činnost dětí. Neslouží jako hlavní komunikační systém, ale doplňují ostatní metody. Většina dětí používá obrázky, ať již samostatné, které označují jednotlivé předměty ve třídě, tak které jsou součástí systému VOKS. Pomocná třída v P. používá ještě zvláštní sadu obrázků, kterým říkají "prosba". Na volné lavici pod obrázkem sepnutých rukou v prosbě leží rozložené zalamované obrázky toho, co by děti mohly aktuálně potřebovat (WC, pití v hrnečku, namazaný chléb, svlékání svetry...). Komunikační sešit mají vytvořené v podstatě všechny děti s výjimkou nevidomých, které ale mají podobnou formu v podobě dotykových destiček.



Graf č. 2: Metody AAK u sledovaných dětí

Dotykové destičky u nevidomých nebo slabozrakých dětí jsou vytvářeny zvláštním způsobem, se kterým jsem se setkala poprvé. Jedná se o tzv. reliéfní grafiku,

kteřá vzniká tak, že se sytou černou tužkou (fixem) nakreslí obrazový podklad na speciální zpěňovací papír. Dá se dokonce obrázek vytisknout v tiskárně a jen obtáhnout reliéfy. Poté se projede speciálním strojem PIAF (fuzér), který papír zahřeje. Výsledkem je černá čára, která reliéfně vystupuje 1–2 mm nad povrch papíru, tudíž se dá velice dobře nahmatat. Jediným problémem pro školy většinou bývá cena papíru, jelikož jedna stránka vyjde zhruba na 40 korun.

U všech sledovaných dětí, které začaly používat alternativní a augmentativní komunikaci co nejdříve, došlo k pozitivnímu rozvoji komunikace, z čehož vyplývá, že alternativní a augmentativní systémy jsou důležitou součástí celkového rozvoje osobnosti postižených dětí. Navíc je také prokazatelné, že čím dříve se dítě dostane k možnosti AAK, tím rychleji se rozvíjejí jeho komunikační dovednosti, stejně jako možnost sociálního kontaktu a další roviny osobnosti dítěte. Komplikací jsou jen těžší formy mentálního postižení, kdy je velmi obtížné dítěti vysvětlit, co se od něj očekává, co je podstatou určitého systému. Takové děti musí na princip metody přijít formou pokus – omyl. Jediné úskalí mezi zkoumanými dětmi představuje Adam, který dokáže plnohodnotně komunikovat verbálně (pokud sám chce), ale odmítá se naučit cokoli nového, co není ve sféře jeho zájmu. Je to, bohužel, velká škoda, protože chlapec by mohl dosahovat daleko lepších výsledků, jelikož v tom, co ho zajímá, má až nadprůměrné znalosti a výsledky.

jméno	sociální dovednosti	hrubá motorika	jemná motorika	sebeobsluha	verbální komunikace
Petr	++	+	+	+	+
Markéta	+++	++	+++	++	++
Matyáš	+++	++	+++	++	++
Adam	-	++++	++++	+++	+++
Jaroslava	+++	++	++	++	+++
legenda	- naprosto nezvládá + zvládá na základní úrovni ++ zvládá poměrně dobře +++ zvládá velmi dobře ++++ zvládá na úrovni zdravého dítěte				

Tabulka č. 1: Dovednosti zkoumaných dětí

Jak vyplývá z tabulky, většina dětí, bez ohledu na mentální postižení, dokázala najít svou formu komunikace s okolím, která jim vyhovuje a případně jim i stačí. Jediný, kdo se vymyká, je Adam, který komunikovat nechce, je k dětem zlý, verbálně jim ubližuje. Na rozdíl od běžné základní školy dětem tolik nevadí slovní urážky, protože mnoho vulgárních slov neznají, ale vycítí zlobu v jeho hlase, a především je znepokojují jeho projevy.

Paní učitelka třídy v P., kam Adam dochází, byla zvyklá s dětmi na konci dne hodnotit jejich výkon a chování, používají k tomu speciální emotikony. Hodnotí jednak dítě samo sebe, a pak také jednotlivě ostatní děti ve třídě. Vzhledem k tomu, že většina dětí s mentálním postižením bývá dobrosrdečná, velmi často si udělují usměvavé emotikony, občas neutrální, pokud někdo zlobil nebo nedělal to, co měl. V podstatě velmi zřídka, se objeví mračící se emotikon, ale to skutečně minimálně. Po příchodu Adama se začal objevovat skoro denně na jeho lavici. K zamyšlení je, že mu to opravdu vadilo, házel obrázky na zem, a potom schválně ostatním dětem také dával tyto emotikony, aby se jim „pomstil“, tudíž paní učitelka musela od této aktivity ustoupit. Nicméně mi vyprávěla, že jí jeden den zcela neprofesionálně rozesmála Markétka, která když Adam nepřišel do školy a učitelka říkala "Adam dnes nepřijde", pronesla jedno ze svých slov "dobrý", čímž rozesmála jak paní učitelku, tak spolužáky.

Z tabulky je také patrné, že i děti, u kterých bychom očekávali neschopnost naučit se některým činnostem, poměrně dobře zvládají sebeobsahu, výjimkou je pouze Adam, jelikož ten by měl dosahovat naprosté samostatnosti, nic mu nechybí ani po fyzické, ani po mentální stránce k tomu, aby dokázal všechno dělat samostatně. Problém je bohužel v jeho chování, rád si "nechává sloužit", když to paní učitelka nebo asistentka odmítají, křičí "ty musíš". Matka mu „slouží“ bez odmluvy, sama uvedla, že jí to nestojí za vyvolanou scénou. Také mi důvěrně sdělila, že si už je své chyby ve výchově vědoma, ale tehdy si jí neuvědomovala a netušila, že bude "potrestána" tímto způsobem. Nemůže s Adamem nikam, kde je více lidí, tedy ani na nákup nebo na dětské hřiště, protože ten buď „ztropí scénu“, někoho urazí nebo je sprostý na děti. Podle jejích slov by musela nosit na krku ceduli "moje dítě má Aspergerův syndrom a moc s tím nenadělám". Problém je ten, že už na péči o něj v podstatě zůstala sama, otec se upnul k mladšímu synovi a k práci, jeho rodiče se s Adamem nestýkají, a dokonce ani babička, která dříve s dědečkem ráda pomáhala, se již od pomoci odkázala, protože se Adama bojí,

jelikož je stále silnější a agrese se příliš neoslabila. S rodinou se již nestýkají ani přátelé, protože k nim nikdo nechce chodit kvůli Adamovi. Ten, i když je ve svém pokoji, dělá scény, křičí, aby všichni odešli a dodává vulgární slova. Rodiče také nemohou nikam chodit, protože nikdo Adama pohlídat nechce. Otec dokonce již navrhol, zda by skutečně nebylo lepším řešením svěřit chlapce do specializované ústavní výchovy. To matka zatím udělat nechce, protože když je Adam "v pohodě", dokáže být i milý, rád s ní vykonává nějaké domácí práce nebo si povídá o filmech. Sama ale uznává, že se to může změnit, protože těchto chviliek je čím dál méně.

Používání komunikačních systémů rozhodně u všech ostatních dětí pomohlo nejen při rozvoji schopnosti komunikace, ale i při celkovém rozvoji, nejvíce je to patrné u těch dětí, které systém používají i v domácím prostředí. Je samozřejmě nutná i velká trpělivost, jak ze strany pedagogů, tak rodičů, protože děti se nové obrázky nenaučí hned, navíc je nutné i opakování starších, aby nedošlo k jejich zapomenutí. Velmi mě udivil aktivní přístup dětí ke tvorbě komunikačních knih, protože každé z dětí má knihu poněkud jinou, tvoří ji podle svých potřeb. Každé z dětí má v knize nejen členy vlastní rodiny, ale i své oblíbené činnosti, předměty, hračky nebo oblečení. Například Pěťa má ještě v knize kartičky s barvami, protože mu velice záleží na tom, aby dostal předmět určité barvy. Můj obdiv proto patří pedagogům, protože je jistě mnohem náročnější, aby s dětmi tvořily takovéto knihy, než přijmout standardizovanou verzi a tu děti učit.

jméno	komplikace v těhotenství	komplikace při porodu	poporodní komplikace	operace, korekce apod.
Petr	ne	ne	ano (postižení DK)	ano
Markéta	ne	ne vyvolávaný porod	ne	ne
Matyáš	ne	ne císařský řez	ne	ano
Adam	ne	ne	ne	ne
Jaroslava	ne	ne císařský řez	ano (silný ikterus)	ne

Tabulka č. 2: Prenatální a perinatální vývoj

K zamyšlení je, že ani jedno z dětí nevykazovalo známky odchylek v prenatálním vývoji, ani jedna matka netušila, že se dítě vyvíjí nesprávným způsobem. Dokonce ani u Petra nebyly zkrácené Achillovy šlachy zachyceny prenatálním screeningem. Žádné z dětí také neprodělalo porodní trauma nebo poranění při porodu, ani jedno se nenarodilo pomocí porodnických kleští nebo zvonu. Dvě děti jsou narozené pomocí císařského řezu, což by nemělo mít vliv na rozvoj PAS. Poporodní komplikace měl jen Petr a Markéta, přičemž u Petra se spíše jednalo o vrozené postižení, které jen bylo při porodu objeveno. U Markéty pak silný novorozenecký ikterus a následná fototerapie mohla mít skutečně vliv na poškození zraku, nikoliv ale na PAS. Při použití fototerapie je novorozenec vystaven světelnému záření vysoké intenzity, což vede k foto degradaci bilirubinu na produkty, které nejsou toxické a jejichž vyloučení nevyžaduje konjugaci v játrech, protože probíhá v kůži, podkoží a povrchových cévách. I přesto, že je fototerapie považována za bezpečnou léčebnou metodu a její přínosy jsou výraznější než negativa, stále existuje při jejím použití potenciální nebezpečí poškození novorozenců i zdravotnického personálu elektromagnetickým zářením a u novorozenců především poškození očí – degenerace sítnice. Proto jsou oči novorozenců během terapie chráněny pomocí speciálních krytů, nicméně se může stát, že i přes všechna opatření k poškozením dojde. Operovány byly sice dvě děti, ale jejich operace nesouvisela s CNS a podle zprávy lékaře k žádné nečekané epizodě během operace nedošlo. Mohlo by se stát, že by došlo k nějakým operačním nebo pooperačním komplikacím ve smyslu hypoxie, nicméně matka si není vědoma toho, že by o nějakých komplikacích věděla, či že by se o nich zmiňovala některá lékařská zpráva. Proto si myslím, že co se týče společných rysů, které by se daly najít u zkoumaných dětí a byly by pravděpodobnou příčinou vzniku PAS, tak takové zde nejsou.

Dále jsem se zaměřila na to, kdy se u dětí objevily první obtíže v psychomotorickém vývoji nebo odlišnosti chování, kdy jim byla diagnostikována PAS, zda a v jakém věku nastoupily do předškolního zařízení a do školy.

jméno	první známky postižení	diagnostikována PAS	nástup do MŠ	nástup do ZŠS
Petr	od narození	5 let	4 roky	7 let
Markéta	3 roky	5 let	5 let	8 let
Matyáš	6 měsíců	4 roky	3 roky	8 let
Adam	od narození	3,5 roku	5 let (vyloučen)	7 let
Jaroslava	2 měsíce	3 roky	nechodila	8 let

Tabulka č. 3: Srovnání zkoumaných dětí

Co se týče prvních známek postižení, kromě Matyáše bylo zaznamenáno nejpozději do půl roku věku. Pro srovnání uvádím postřehy rodičů:

„Celý první rok nás nic nevarovalo. Péťa si pro sebe broukal, vkládal si ručičky do pusinky, otáčel se za zvuky. Seděl pouze tehdy, když jsme ho posadili a neměl žádnou snahu lézt nebo se stavět na nožičky. Všechno jsme ale přičítali té operaci a nožičky jsme cvičili podle rehabilitační sestry, takže jsme považovali za normální, že mu všechno jde pomaleji. Spíše nás udivovalo, když v pohybu začal pomalu dohánět jiné děti, ale zatímco ony už používaly slova a první věty, Péťa vydával jen divné zvuky, přitom ale rozuměl, co mu říkáme my. Na neurologa jsme se obrátili proto, že jsme měli obavy, jestli mu operace v tak raném věku nemohla poškodit mozek. Asi tak do tří let nás nic nevarovalo, Markétka byla taková „pecka“, co nikde moc neběhala, ale ráda si v klidu hrála, což bylo docela příjemné. Připadalo nám jen, že nějak málo mluví. Máme totiž se švagrovou stejně staré děti a její chlapec už běžně mluvil ve větách, říkal i básničky, Markétka stále používala jen jednotlivá slova. Zpočátku nám přišlo, že je prostě líná mluvit, ale ona ani neopakovala po dospělých, jak to dělaly jiné děti. Obávali jsme se, zda má v pořádku sluch, že to může být horší, to nás ani ve snu nenapadlo...

Matýsek od malička špatně jedl, dostat do něj pár soust byl zázrak. Dětská lékařka ho nechala dokonce vyšetřit, zda nemá nějaké postižení trávicí soustavy, která by ho limitovala, ale nic se neprokázalo. Byl vždy drobnější než jiné děti, ale přisuzovali jsme to tomu, že málo jí. Naštěstí nebyval moc nemocný, protože když jednou dostal zánět

průdušek, musel brát antibiotika, tak ačkoliv jsme ho krmili skoro násilím, dokázal i tak za týden zhubnout skoro kilo, což pak trvalo měsíc, aby ho nabral zpátky. Bylo to hrozné, byly mu vidět všechny kosti. Asi v půl roce nám přišlo, že se chová oproti jiným dětem divně, nezkoušel se otočit, ležel tak, jak jsme ho položili, nepřitahoval se ručičkami. Nejdivnější bylo, že i když měl kolem sebe hračky, jako by ho vůbec nezajímaly, zareagoval na ně v podstatě jen tehdy, když vydávaly nějaké zvuky. Začali jsme se obávat, že bude slepý, protože jsme si nepřipouštěli, že i slepý by se snažil pohybovat. Když nám na očním řekli, že bude potřebovat korekci kvůli krátkozrakosti, oddychli jsme si, že brýle nosí kdekdo, ale vůbec jsme netušili, že nás čeká něco dalšího. Z očního nás poslali na neurologii, prý na dovyšetření. Tam nám po testech řekli, že trpí málo častým syndromem De Langerové a že v podstatě "normální" nebude nikdy. Když jsme si našli informace, brečeli jsme celá rodina, ale zase se to zvládlo, je přece náš. V roce začal lézt a sedět pak se i stavěl na nožičky, ale pustit se bál, mysleli jsme, že je to tím zrakem. Nicméně chodil za ručičky, takže jsme si říkali, že to dožene. Pak už chodil, a dokonce ho paní ředitelka přijala do školky, abych mohla jít do práce. No a pak přišla poslední "studená sprcha", tedy aspoň doufáme, že už byla poslední, zjistili mu autismus. I tak ho bereme, jako by byl prostě normální, už jsme si zvykli, že se na něj lidi dívají, protože prostě vypadá jinak, ale naštěstí ten jeho autismus nikdy nebyl takový, jako u některých dětí ve škole. Nekřičí, neubližuje druhým, jen je takový podivný perfekcionista. Když něco postaví, nakreslí nebo tak a nelíbí se mu to, hned to zničí...

Budete si myslet, že jsem divná, ale já jsem si nikdy nemyslela, že dělám chybu. Byla jsem mladá, zkušenosti s dětmi žádné, Adam mi připadal jako to nejúžasnější dítě na světě. Nerad se choval, když někdo cizí přišel, tak plakal, ale brali jsme to tak, že se bojí cizích lidí. Na druhou stranu byl hrozně šikovný, brzy žvatlal, hrál si, lezl i seděl, všechno vypadalo normálně. Pravda je, ale to si uvědomíte až potom, že když se mu něco nedařilo, hrozně se vztekal, házel hračkami, bouchl hlavou o zeď nebo o podlahu, ale brali jsme to tak, že z toho vyroste. Horší bylo, že když už jiné děti mluvily, on pořád říkal jen slova, a ještě mu nebylo rozumět. A když něco chtěl, ale vy jste to nevěděli, protože to řekl špatně, kopal nás nebo bil pěstičkami. Manžel ho párkrát zkusil plácnout, ale to bylo ještě horší, válel se po zemi, vzpínal se do luku a hrozně řval. Nemohli jsme s ním mezi děti, protože nikoho nesnesl kolem sebe, a když si někdo chtěl půjčit jeho hračku, uhodil ho. Chtěla jsem se poradit s dětskou

lékařkou a ta nás poslala na psychiatrii. Neskutečně nás to naštvalo, že náš kluk není žádný blázen, ale táta mě nakonec donutil tam s ním jít. To už jsem čekala Davida a báli jsme se, aby mě někdy nekopl třeba do břicha. No a další už víte... Řekli nám, že má Aspergerův syndrom. Udělal tam u doktorky strašnou scénu, to jsme ještě doma nezažili, vypadal jako z nějakého hororu – červené oči, pěnu u pusy, bil všechny kolem sebe... Dali mu nějakou injekci, poté za chvíli přestal a usnul. Doktorka nám řekla, že takhle vypadá zanedbaný Aspergerův syndrom, když dítě nemá stanovené žádné hranice chování, a pak narazí na autoritu, která mu neustoupí. A že se to bude zhoršovat, když nebudeme nic dělat, či ho minimálně po přechodnou dobu klidnit léky. Tenkrát jsem i já udělala scénu, i když menší, než Adam (usmívá se), že není blázen a nebudu do něj cpát chemii, protože doma se tak nechová a oni ho schválně vyprovokovali. Kdybych tenkrát tak mohla vidět, co bude dneska! Cokoliv by bylo lepší než to, co nastalo...

Vždycky, když slyším, že si někdo stěžuje, jak ho zlobí děti, si tak říkám, jak by bylo skvělé, kdybych měla dítě, co zlobí. My máme dvě úžasně hodné a klidné holčičky. Až na to, že jedna je taková kvůli svému postižení, a druhá se naučila už jako malinká, že když tichá nebude, sestra si ublíží tím, že do něčeho narazí, upadne nebo tak. Víte, co je u nás doma největší "kravál" z pokojíčku? Když se holky smějí... No, ale od začátku. Jaruška byla otočená zadečkem, takže se doktoři rozhodli pro císaře. Všechno vypadalo dobře, ale pak hrozně zežloutla. Vysvětlili mi, že je to normální, že to je novorozenecká žloutenka a že jí na nějakou dobu budou osvětlovat v inkubátoru a všechno bude v pořádku. Asi za tři dny už zase vypadala normálně. Tak jsme byli v pohodě a ona taky, normální miminko, dokonce i docela brzy pásala koničky, jenom si nehrála. Nic nebrala do ruky a když jsme jí dali do dlaně hračku nebo chrastítka, tak je pustila. Taky jsme si všimli, že můžeme dělat jakékoliv "obličejy" a ona se nesměje. Smála se jenom, když jsme mluvili, dokonce k nám natáčela hlavičku ouškem. Paní doktorka řekla, že máme pravdu a poslala nás do Prahy na kliniku, že se specializují na taková miminka. A bylo jasno. Atrofie optického nervu, takže slepota. Mysleli jsme si, že je to z toho inkubátoru, něco jsem četla, že můžou mít děti poškozený zrak, ale řekli nám, že je to v mozku a bylo to tam už předtím. Začali jsme spolupracovat s Centrem rané péče, hodně nám pomohli, jednak se s tím srovnat, jednak poradili, jak vytvářet reliéfy. Nejlíp to vzala moje maminka, která přijela, vzala Jarču na klín

a povídá: Tak ty budeš slepá? To máš fuk, holka, jsou i horší věci, stejně jsi naše! A malá se smála... To jsme totiž ještě nevěděli, že ty horší věci máme "za dveřmi". Od sedmi měsíců začal kolotoč neurologie, rehabilitace, oční, boj s „Vojtovkou“, řvaly jsme obě. Ale mysleli jsme, že máme vyhráno, když začala sedět a pak i chodit. Sice později, ale začala. Nebyla to legrace, protože dítěti nevysvětlíte, že před ním stojí něco, co nevidí, takže se párkrát, chudák, praštila a sama od sebe se naučila chodit s ručičkami před sebou. Venku jsem jí měla na „kširách“, aby třeba nešla do silnice. Takže všechno zas vypadalo v normálu. No, ale abychom toho neměli málo, takže to začalo do třetice. Máte doma hrozně hodnou holčičku, která půl dne stráví tím, že vyndává z krabice hračky, osáhá je, položí vedle sebe a pak zas naopak. Ale... Posadíte jí na písek a neví, co má dělat. Vedle vykřikne dítě a ona se rozpláče. Zaštěká pes a je to tu znovu. Dívá se pořád nahoru, čehož si všímají jiné maminky a mají hloupé dotazy. Je nejradši sama, v postýlce sedí a houpe se dopředu a dozadu, dokud neusne a nespadne. Takže další vyšetření a další diagnóza – atypický autismus. Navíc se psychiatrovi něco nelíbilo, takže magnetická rezonance a definitivum: Vaše dcera celý život bude nejen slepá, ale mentálně postižená, a navíc má autismus. A bláznivá babička, úžasná opora rodiny, která jí řekne: Hele, do třetice všeho zlého stačilo, tak teď zas to dobré, ne?“

4.6 Diskuse výsledků

Diplomová práce začínala poměrně optimisticky. Teoretická část byla velice zajímavá, obklopena knihami a dalšími materiály jsem se nadšeně seznamovala se všemi zákoutími poruch autistického spektra, četla jsem různé příběhy dětí a jejich rodičů, vyprávění pedagogů, odborné texty i doporučení alternativní medicíny. Bylo to tvůrčí a motivující.

Seznámila jsem se s díly psychiatrů, psychologů, neurologů, ale i učitelů a speciálních pedagogů, abych zjistila, jak obrovsky nepopsatelný je autismus. Ano, všichni autisté mají některé společné rysy, z nichž asi ten nejviditelnější je únik do vlastního světa, do vlastní reality. Dále můžeme mluvit o obsesivně-kompulzivním chování, vynucování rituálů, jakýsi "egoistický" přístup k životu z důvodu absence emocí. Ale skutečně je tam ta absence emocí, jak uvádí odborná literatura? Pét'a, který se nechá zamotat celý do toaletního papíru a vesele se směje, protože si bráška hraje na doktora? Který stojí nad postýlkou malé sestřenice a dělá na ní třeba padesátkrát "baf", protože ona se tomu směje? Markétka, která zbožňuje a obdivuje svou kamarádku, a pláče u počítače, že se s ní nemůže vidět? Matyášek, který běží objímat paní kuchařku za perník ke svačině? Nebo Jaruška, která trpělivě učí sestřičku vytukávat písničku na klavíru? Ne, tyhle děti nejsou bez emocí, jen je prostě prožívají jinak. A Adam? I ten prožívá svoje emoce. A ačkoliv to vypadá zvláště, budu ho tak trochu bránit. Mohl si dělat, co chtěl, nikdo mu nikdy neřekl, že se něco nemůže, nesmí, nedělá. Nepocítil plácnutí, když už něco přehnal. Jak se mu tedy měly vytvořit jakékoliv hranice chování? Stihla jsem si s ním promluvit v krátkém období, vyprávěl mi o žralocích. Je pravda, že začal tím, kteří nejvíc žerou lidi a jsou nejnebezpečnější, ale pak popisoval, jak rychle plavou, čím se živí, jak hluboko se dokážou potopit a podobné zajímavosti. Divila jsem se, odkud toho tolik ví, řekl mi, že má od dědečka knížku o zvířatech. Byla jsem v podstatě v šoku, připadal mi jako naprosto normální kluk, co navíc nepatří do speciální školy, vždyť dokonce samostatně čte a píše! A pak mi maminka tajně ukázala deník, který si Adam píše, a který všude nosí s sebou. Naprosto vzorným a úhledným rukopisem popisoval přejetou kočku, včetně podrobností o jejím vzhledu, což by se snad ještě dalo pochopit s tím, že děti se zajímají o všechno neznámé, ale po kočce zápis pokračoval jakýmsi Zdeňkem (což je dítě z původní školy, které bydlí v sousedství), kterému by udělal totéž, najel by do něj nákladňákem,

až by se rozprsknul a pak by se šel podívat, jestli je vevnitř stejný, jako ta kočka a jestli jo, tak je to hustý. Podobných zápisů, dokonce i "tvrďších", tam bylo vícero, což pro mě znamenalo šok. Požádala jsem jeho matku, jestli by mi nemohla jeden půjčit k ofocení, ale řekla mi, že je Adam má zamčené ve stolku a nikdo se jich nesmí ani dotknout. Musím přiznat, že po tomhle čtení už na mě působí lehce nepříjemně, protože v jeho věku bych spíš přjetou kočku oplakala, než zkoumala, ale horší bylo to, že si naprosto klidně umí představit smrt člověka. A pak jsem viděla záznamy z hodin, které pořizuje asistentka. Nikdy jsem skutečně neviděla dítě, které doslova "sálá zlostí" jen proto, že paní učitelka trvá na denním programu, aby nemátna ostatní děti, zatímco Adam navrhl změnu a očekává její automatickou realizaci. Hysterická scéna, kterou jsem si představovala ve svých myšlenkách, by se docela dobře hodila do nějakého hororu o vymítání d'ábla. Jsem hodně tolerantní a zkoumané děti mi připadaly úžasné, když jsem se seznámila s jejich problémy, žasla jsem, kolik toho zvládnou a nevzdávají to. Ale když jsem slyšela o Adamovi "v akci", neuměla jsem si vůbec představit, co bych v takové situaci dělala a obrovsky jsem obdivovala maminku i paní učitelky.

Nic ale nemohlo být jednoduché, nastala pandemická situace a uzavření škol, všechny domluvené náslechy, rozhovory, plány padly a vypadalo to, že svou práci nedokončím. Byla jsem zaskočená, ale pak jsem se rozhodla nevzdat. Jestliže školy učí distančně, dokonce i speciální, i když si paní učitelka s některými dětmi prostě jen povídá přes počítač, aby zůstali v kontaktu, já mohu svou práci také dodělat distančně. V ten moment nastal problém, kdy se jednotliví rodiče začali "loučit". To, co jim ještě připadalo přijatelné ve škole, najednou dostalo jiný rozměr a do toho se jim už nechtělo. Nejdřív jsem byla zoufalá, ale na druhou stranu jsem je chápala. Mnozí museli ze dne na den vymyslet, co udělají s dítětem, kdo zůstane doma, kdo pomůže, určitě také řešili finanční situaci, zabezpečení rodiny apod, nelze se jim divit. Zůstalo pět věrných, přesto, že jsem myslela, že maminka Adama bude první, kdo si najde důvod to vzdát. Ale po prvním rozhovoru s ní jsem pochopila, že je to určitá forma psychoterapie, kdy mi může jako nestrannému posluchači vysvětlit, co se stalo, co jí vedlo právě k takovému chování, ale i si postěžovat, jaké nese důsledky a jak v podstatě zůstala na všechno sama.

Všechny maminky, dokonce i jeden tatínek, paní učitelky a asistentky byly úžasní! Všem patří můj obrovský dík. Dokázali jsme za dva a půl měsíce udělat práci,

jejíž výsledku tu předkládám. Stojí za tím hora popsaných papírů, hodiny komunikace přes mobilní telefon, WhatsAppu, Skypu, e-mailu, obrovská ochota rodičů natáčet mi děti při práci, rodinném životě, ale i vzteku, pláči a jiných epizodách.

Práce měla být jiná, měla být více statistická, popisná, obsahovat denní zápisy z práce s dětmi ze školního prostředí, místo toho je určitou studií právě o těch dětech, o tom, jak dokážou mobilizovat i to málo, co mohou ke komunikaci použít, jak dokážou žít své životy a obohacovat je druhým. Pro další možné zkoumání a v případě, že by v zemi nevypukla pandemie, kvůli které došlo k pozměnění výzkumných metod a jejich realizaci, by byla práce zaměřena na přímé pozorování dětí během vzdělávacích činností ve škole, na jejichž základě by byly vytvořeny podrobnější kazuistiky.

ZÁVĚR

Cílem práce v teoretické části bylo především seznámit s poruchami autistického spektra, popsat etiologii, možnosti edukace a rehabilitace dětí ve školním prostředí. Proto bylo nutné se nejdříve seznámit se základními pojmy týkajícími se samotné komunikace, včetně vývoje řeči a komunikace v dětském věku, ale i jejími poruchami. Byly proto prostudovány a popsány nejdůležitější a nejrozšířenější narušení komunikace. Další, v podstatě nejpodstatnější, bylo seznámit se s autismem, s poruchami autistického spektra. V souvislosti s ním bylo také potřeba prostudovat a popsat alternativní a augmentativní formy komunikace, jejich metody, vhodnost pro určité kombinace postižení nebo mentálního postižení.

V rámci výzkumného šetření v praktické části byla dohodnuta spolupráce s rodiči ze dvou speciálních škol, které mají i pomocné třídy, a které také integrují děti s poruchou autistického spektra, ať již se samotnou poruchou, či přidruženou k jinému základnímu postižení. Spolupráce začala seznamováním se s dětmi, jejich rodiči. Výzkum je zaměřen na pět dětí, jejichž rodiče byli i ochotni spolupracovat, avšak zaměření práce se lehce změnilo, průzkum metod AAK se více zaměřil individuálně na jednotlivé děti a byly vytvořeny kazuistiky každého z dětí. Kazuistiky vznikaly na základě informací od rodičů, zapůjčených lékařských zpráv, zpráv pedagogů, zápisů a záznamů asistentek a pozorování jednotlivých dětí při různých činnostech v jejich domácím prostředí.

Z komunikačních systémů, které se původně měly hodnotit a porovnávat, zůstaly v podstatě jen tři – piktogramy, VOKS a základy Braillova písma, které se učí jedno z dětí. Nejvíce dětí používá kombinaci piktogramů i VOKS, a to včetně ostatních dětí ve třídách, které nebyly součástí kazuistik, ale tuto skutečnost mi potvrdili speciální pedagogové. Komunikační knihy dětí jsou trochu jiné než standardizované, jelikož vzhledem k mentálnímu postižení takřka všech dětí je nutné je upravovat podle jejich potřeb. Stejně v podstatě mají všechny děti jen piktogramy denního plánu činností a označení místností a předmětů, jedno z dětí má navíc tvary obtažené reliéfem kvůli zrakovému postižení. Je žádoucí, aby se komunikační systém naučila i rodina, jelikož dítě, které touto metodou pracuje doma i ve škole, ji zvládá mnohem efektivněji. Je také pravdou, že většina rodičů komunikační sešit považuje za úžasnou věc,

protože nejen, že dokážou lépe pochopit, co jim jejich dítě sděluje, ale komunikace je jednodušší a rychlejší.

Z výzkumu vyšlo najevo, že piktogramy znázorňující jednoduché činnosti nebo předměty, jsou skvělým orientačním plánem, jak dítěti zjednodušit život, zatímco VOKS poskytuje skutečnou možnost se dorozumět, zvláště pak v případě, kdy mentální možnosti dítěte jsou na takové úrovni, že dokáže samo vybírat obrázky, které chce používat.

Práce s těmito materiály vyžaduje zkušeného pedagoga, ale naučit se je používat zvládne každý. Rodiče a blízký okruh rodiny jistě ocení, že díky využití AAK mohou s dětmi snáze komunikovat, pochopí projevy jejich emocí, přání i potřeb a samotným dětem zase umožní vystoupit z jejich pomyslné „skořápky“ a dovolí jim snáze objevovat a překonávat nástrahy každodenních situací, které život přináší. Celkově pak dochází k posunu nejen v samotné komunikaci, ale i osobnosti dítěte, které se bude cítit méně osamělé a šťastnější, což je primárním zájmem nás všech.

Seznam použitých zdrojů

- 1) ATTWOOD, Tony. *Aspergerův syndrom: porucha sociálních vztahů a komunikace*. Praha: Portál, 2005. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-979-8.
- 2) BENDOVIÁ, Petra. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-508-0.
- 3) BENDOVIÁ, Petra. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3853-6.
- 4) BLISS, Charles K. (1985) *The Blissymbols picture book. E-kniha*.
- 5) FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1314-4.
- 6) GADAMER, Hans-Georg a Jan SOKOL. *Člověk a řeč: (výbor textů)*. Praha: Oikoymenh, 1999. Oikúmené (OIKOYMENH). ISBN 80-86005-76-3.
- 7) GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JÚVA, přeložil Vendula HLAVATÁ*. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.
- 8) GILLBERG, Christopher a Theo PEETERS. *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty: výchova a vzdělávání dětí s autismem*. Vyd. 3. Přeložil Miroslava JELÍNKOVÁ. Praha: Portál, 2008. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-498-4.
- 9) HOUSAROVÁ, Blanka. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2011. ISBN 978-80-7372-789-5.
- 10) HOWLIN, Patricia. *Autismus u dospívajících a dospělých: cesta k soběstačnosti*. Praha: Portál, 2005. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-736-7041-0.
- 11) HRDLIČKA, Michal. *Mýty a fakta o autismu*. Praha: Portál, 2020. ISBN 978-80-262-1648-3.
- 12) HRDLIČKA, Michal, ed. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-813-9.

- 13) JANOVCOVÁ, Zora. *Alternativní a augmentativní komunikace: učební text*. Brno: Masarykova univerzita, 2003. ISBN 80-210-3204-9.
- 14) JELÍNKOVÁ, Miroslava. (2008) *Výchova a vzdělávání dětí s autismem*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, ISBN 972-80-7290-383-2.
- 15) KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 80-247-1110-9.
- 16) KNAPCOVÁ, Margita a Marcela JAROLÍMOVÁ. *Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS*. [2. vyd.]. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2006. ISBN 80-86856-14-3.
- 17) KRAHULCOVÁ, Beáta. *Dyslalie – patlavost: vady a poruchy výslovnosti*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Beakra, 2013. ISBN 978-80-903863-1-0.
- 18) KUBOVÁ, Libuše. *Alternativní komunikace, cesta ke vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí: [metodická příručka pro učitele speciálních škol a vychovatele ústavů sociální péče pro mentálně postiženou mládež]*. Praha: Tech-market, 1996. ISBN 80-902134-1-3.
- 19) KUTÁLKOVÁ, Dana. *Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2002. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-667-5.
- 20) LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5.
- 21) LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.
- 22) PÁTÁ, Perchta Kazi. *Mé dítě má autismus: příběh pokračuje*. Praha: Grada, 2008. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2683-0.
- 23) PEETERS, Theo. *Autismus: od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci*. Praha: Scientia, 1998. ISBN 80-7183-114-x.
- 24) PRŮCHA, Jan. *Dětská řeč a komunikace: poznatky vývojové psycholingvistiky*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3181-0.

- 25) RICHMAN, Shira. *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-102-6.
- 26) ŠAROUNOVÁ, Jana. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0716-0.
- 27) THOROVÁ, Kateřina. (2006) *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. Praha: Portál, 2006, ISBN 80-7367-091-7.
- 28) THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0768-9.
- 29) VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 9788024609560.
- 30) VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.
- 31) VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
- 32) VOCILKA, Miroslav. *Autismus: [metodická příručka pro učitele speciálních škol a vychovatele ústavů sociální péče pro mentálně postiženou mládež]*. Praha: Tech-market, 1996. ISBN 80-902134-3-x.
- 33) VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-387-1.
- 34) Asociace klinických logopedů – sdružení odborníků z oblasti logopedie – AKL. [online]. © Dostupné z: <https://www.klinickalogopedie.cz/>.
- 35) Autism spectrum disorder – PubMed. *PubMed* [online]. © 2018 Elsevier Ltd. All rights reserved. [cit. 27.02.2021]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30078460/>.
- 36) The Blissymbols picture book / by Charles K. Bliss | National Library of Australia. *Catalogue Home | National Library of Australia* [online]. © Dostupné z: <https://catalogue.nla.gov.au/Record/3043625>.

- 37) Mezinárodní klasifikace nemocí MKN – ÚZIS ČR. [online]. © World Health Organization 2016 [cit. 27.02.2021]. Dostupné z:
<https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace-mezinarodni-klasifikace-nemoci>.
- 38) Prohlížeč | MKN-10 klasifikace. [online]. © [cit. 11.02.2021] Dostupné z:
<https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F80-F89>.
- 39) Ústav pro jazyk český. Ústav pro jazyk český [online]. © [cit. 12.02.2021]. Dostupné z: <http://www.ujc.cas.cz/>.
- 40) *Zákon o znakové řeči č. 155/1998*. [online]. © [cit. 2021-04-13]. Dostupné z:
<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-155>.

Seznam zkratk

- AAK – Alternativní a augmentativní komunikace
- ADHD – Porucha pozornosti s hyperaktivitou
- MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí
- PAS – Porucha autistického spektra
- VOKS – Výměnný obrázkový komunikační systém

Seznam příloh

Příloha A – Dotazník pro rodiče.....	I
Příloha B – Informovaný souhlas.....	II

Příloha A – Dotazník pro rodiče

- 1) Jak probíhalo těhotenství a porod? Máte v rodině genetickou zátěž směrem k PAS?
- 2) Jaká byla porodní váha a délka dítěte?
- 3) Mělo nějaké poporodní komplikace?
- 4) Kdy se poprvé objevily odchylky v motorice/chování dítěte a jak byly vyšetřeny/
diagnostikovány?
- 5) Bylo dítě léčeno/medikováno, případně jak?
- 6) Jak dítě snášelo pobyt v MŠ nebo jiném předškolním zařízení?
- 7) V kolika letech nastoupilo na ZŠ a kam?
- 8) Jak vypadá jeho dosavadní školní docházka?
- 9) Jak dítě komunikuje s okolím a s Vámi doma?
- 10) Chtěli byste ještě něco doplnit?

Příloha B – Informovaný souhlas

Informovaný souhlas týkající se diplomové práce na téma: „*Alternativní a augmentativní komunikace při vzdělávání dětí s PAS s narušenou komunikační schopností*“ Bc. Lucie Hánové, DiS.

Byl/a jste požádán/a o spolupráci k rozhovoru za účelem získání dat a informací pro potřeby zpracování kvalitativního výzkumu diplomové práce na Filosofické fakultě katedry pedagogiky Karlovy Univerzity v Praze.

Důraz je kladen na:

- (1) Anonymitu participantů – v přepisech budou odstraněny (i potenciálně) identifikující údaje a budou sloužit výhradně pro potřeby tohoto výzkumu.
- (2) Mlčenlivost výzkumníka ve vztahu k osobním údajům o účastnících výzkumu (s tím, že se získanými daty a informacemi budu pracovat výhradně já).
- (3) Jako participant máte právo kdykoli odstoupit od výše uvedené spolupráce.

Děkuji za pozornost věnovanou těmto informacím a žádám Vás tímto o poskytnutí souhlasu s Vaší spoluprací v intencích výše uvedených.

.....

Udělují souhlas s mou spoluprací/účastí ve výše uvedeném smyslu.

Jméno a podpis participanta:

V dne

