

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Iva Unger Karfilátová

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta
Fakulta speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Logopedická intervence u dětí s poruchou autistického spektra

Speech therapy for children with autistic spectrum

Iva Unger Karfilátová

Vedoucí práce: Doc. PaedDr. Jiřina Klenková Ph.D.

Studijní program: Katedra speciální pedagogiky

Studijní obor: Speciální pedagogika

Rok odevzdání: 2015

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Logopedická intervence u dětí s poruchou autistického spektra vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze 25.11.2015

.....

podpis

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování Doc.PaedDr. Jiřině Klenkové Ph.D. za její cenné rady a připomínky při vedení mé bakalářské práce. Rovněž bych chtěla poděkovat všem pedagogickým pracovnícům základní školy speciální, s nimiž jsem měla možnost během šetření spolupracovat, za jejich vstřícnost, profesionalitu, ale i ochotu a pomoc při získávání potřebných informací.

.....
podpis

Logopedická intervence u dítěte s poruchou autistického spektra Speech therapy for children with autistic spectrum

Bakalářská práce je zaměřena na speciální pedagogické téma, a to komunikace dětí s poruchou autistického spektra (PAS), důvody obtíží v komunikaci a možnosti ovlivňování rozvoje komunikace. Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Cílem teoretické části je zjistit, jaký druh komunikace je nejvhodnější pro lidi s PAS a jaká porucha řeči a komunikace se nejčastěji u těchto dětí vyskytuje. Zpracování ontogeneze dětské řeči a rozebírání komunikace z hlediska úspěšnosti a problematiky narušení komunikačních dovedností jedinců. Dále charakterizuje jednotlivé narušení komunikačních schopností. V empirické části práce je zpracována případová studie klienta s diagnostikovaným atypickým autismem a DMO, hlavním cílem zjištění je, jaké metody se v logopedické intervenci u těchto osob osvědčí a uplatní. U klienta je použita i metoda znaku do řeči pro mentálně postižené osoby - MAKATON.

Teoretická část bakalářské práce je zpracována na základě studia a analýzy odborné literatury, v empirické části práce je kvalitativní šetření, v němž je použita kauzuistika, pozorování, rozhovor s rodiči i pedag. pracovníky a analýza činnosti.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Poruchy autistického spektra; logopedická intervence; rozvoj komunikace; alternativní a augmentativní komunikace; předškolní vzdělávání

Speech therapy for children with autistic spectrum

Bachelor thesis is dedicated to special pedagogical topic namely the communication of children with autism spectrum disorder (ASD), the reasons for difficulties in communication and the possibility of influencing the development of communication. The thesis is divided into theoretical and empirical part. The aim is to determine what kind of communication is best suited for people with ASD and what speech disorder and communication most often occurs in these children. The elaboration of ontogenesis of child's speech and focusing on communication in terms of success and the problems of disruption of communication skills of individuals. Further it describes each of the communication disorders.

In the empirical part there is a study of a client diagnosed with atypical autism and cerebral palsy, the main aim is to determine what methods are the most suitable for speech therapy intervention with these people and also the best applicable. Within this particular client there is also used the method of character to talk for mentally disabled people - Makaton.

The theoretical part is prepared on the basis of study and analysis of scientific literature, the empirical part is qualitative investigation, in which is used a casuistry, observations, interview with parents and pedagogical staff and analysis of work.

KEYWORDS:

Autism spectrum disorders; speech and language therapy intervention; communication improvement; alternative and augmentative communication; preschool education

Obsah

1.	Úvod.....	7
2.	PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA.....	8
2.1	Klasifikace poruchy autistického spektra	9
2.2	Etiologie a Symptomatologie	10
2.2.1	Základní diagnostická triáda	11
2.3	Péče o děti s autismem v ZŠ speciální.....	12
2.3.1	Intervence v ZŠ s poruchou autistického spektra.....	13
3.	DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA A JEJÍ PŘÍZNAKY.....	15
3.1	Spastická forma dětské mozkové obrny.....	17
3.2	Dyskinetická forma dětské mozkové obrny.....	17
3.3	Mozečková forma dětské mozkové obrny.....	18
4.	LOGOPEDICKÁ INTERVENCE.....	19
4.1	Možnosti logopedie u dětí s poruchou autistického spektra ČR.....	20
4.2.	Logopedická péče u dětí s poruchou autistického spektra.....	21
4.2.1	Narušená komunikační schopnost u dětí s autismem.....	22
4.3	Logopedická diagnostika u dětí s autismem.....	22
4.3.1	Logopedická terapie.....	23
5.	ROZVOJ KOMUNIKACE V PROSTŘEDÍ ZŠ SPECIÁLNÍ.....	28
5.1	Charakteristika výzkumného šetření.....	28
5.1.1	Cíle výzkumného šetření.....	28
5.1.2	Metody a techniky používané při výzkumném šetření.....	28
5.2	Charakteristika zařízení, v němž šetření probíhalo.....	30
5.2.1	Charakteristika třídy.....	31
5.3	Případová studie – vlastní šetření.....	32
5.3.1	Úroveň komunikace při nástupu do ZŠ.....	34
5.3.2	Metody užívané k rozvoji komunikace.....	34
5.3.3	Závěry šetření a doporučení pro speciální pedagogickou praxi.....	35
6.	Závěr.....	38
7.	Shrnutí.....	39
8.	POUŽITÁ LITERATURA.....	40
9.	PŘÍLOHA č.1.....	42
	PŘÍLOHA č.2.....	44
	PŘÍLOHA č.3.....	46

2. PORUCHY AUTISTICKÉHO SPECTRA

Je vývojová porucha, která se téměř vždy objeví už v ranném dětství. Syndrom charakterizuje hluboký deficit v komunikaci a sociálním porozumění, provází ho rituální a obsesivní chování. Používá se zkratka PAS.

Autismus je celoživotní porucha, která má vliv na sociální a komunikační schopnosti jedince. Tzn. ovlivňuje to, jak se dotyčný chová k ostatním a jak s nimi komunikuje. Důsledkem poruchy je, že dítě špatně vyhodnocuje informace, které k němu přicházejí (nerozumí dobře tomu, co vidí, slyší a prožívá)- z toho plyne narušení v oblasti komunikace, sociálního chování a představivosti. PAS vyvozujeme ze specifického chování. PAS patří mezi pervazivní vývojové poruchy . Je to vrozené postižení mozkových funkcí, které dítěti umožňují komunikaci, sociální interakci, fantazii a kreativitu (Hrdlička, Komárek, 2004; Thorová, 2006).

Termín *autismus* vymyslel a poprvé použil, švýcarský psychiatr Eugene Bleuler v roce 1911, podle řeckého slova pro „sám, já“, proto aby si popsal obtíže schizofreniků při komunikaci s druhými lidmi. Detailnější popis autismu v dnešním smyslu vymyslel teprve v roce 1943, kdy psychiatr Leo Kanner v Baltimoru pozoroval 11 dětí s podobnými příznaky nedostatku zájmu o druhé. Ve stejné době prováděl ve Vídni podobná pozorování Hans Asperger, i když dnes je jeho jméno spojeno spíše s odlišnou lehčí formou autismu, přezdívanou proto jako Aspergerův syndrom. Jeho práce zůstala pro druhou světovou válku neznámá a jeho články byly znovu objeveny teprve v polovině devadesátých let.

Zajímavostí je ,že více byl autismus diagnostikován u chlapců. Podle statistik vyplývá, že u všech diagnóz PAS jsou 3-4 chlapci na jednu dívku, což se mi i v praxi potvrdilo (Thorová, K. 2006). Vědecké studie pojímají autismus, jako důsledek, geneticky podmíněných změn v mozkovém vývoji a jsou považovány za vrozené. Autismus zařazujeme mezi neurovývojové poruchy a nejvíce dle studií byli zjištěny poruchy v oblastech mozečku, limbického systému, kůry mozkové, cingula, hippocampu. Mnoho autistů nemluví, celkově jim dělá problém komunikace a těžko udrží oční kontakt s jinými lidmi.

2.1 Klasifikace poruch autistického spektra

V České republice je vydaná kvalifikace Světovou zdravotnickou organizací (WHO - World Health Organization), tj. s 10. revizí Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Dle této klasifikace se mezi pervazivní vývojové poruchy (nesoucí statistické označení F 84) řadí následující diagnózy:

- Dětský autismus (F84.0),
- Atypický autismus (F 84.1),
- Rettův syndrom (F 84.2),
- Jiná dětská dezintegrační porucha (F 84.3),
- Hyperaktivní porucha spojená s mentální retardací a stereotypními pohyby (F 84.4),
- Aspergerův syndrom (F 84.5),
- Jiné pervazivní vývojové poruchy (F 84.8),
- Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná (F 84.9).

Pro stanovení diagnózy **dětský autismus** je důležitá přítomnost všech třech symptomů triády tohoto postižení jako je oblast komunikace, sociální interakce a představivost. Důležité je, aby se tyto tři abnormality manifestovaly do tří let věku dítěte. Dle Thorové (2006) je dětský autismus považován za jádro poruch autistického spektra.

Gillberg a Peeters (2008) zdůrazňují, že projevy musí být zcela zřetelné a neměly by být považovány za pouhé všeobecné vývojové zpoždění. Taktéž ale dodávají, že mentální retardace se při dětském autismu objevuje často (Gillberg, Peeters, 2008). V odborné literatuře se uvádí, že až v 80 % případů se vyskytuje mentální retardace různého stupně (Gillberg, Peeters, 2008; Hrdlička, Komárek, 2004; Thorová, 2006).

Na základě 12 přítomnosti mentální retardace se dětský autismus dělí na **nízko funkční**, pojící se s těžkou a hlubokou formou mentální retardace, **středně funkční**, charakterizovaný lehkou a středně těžkou formou mentální retardace a **vysoce funkční**, u nějž se mentální retardace nevyskytuje (Hrdlička, Komárek 2004).

U jedinců s ostatními, výše uvedenými poruchami autistického spektra se inteligence pohybuje v rozpětí od vysoce nadprůměrné až po těžkou mentální retardaci (Gillberg, Peeters, 2008). Tyto další pervazivní vývojové poruchy mají mnohé charakteristiky s dětským

autismem společné, avšak všechna jeho diagnostická kritéria nesplňují.

Projevuje-li se triáda nedostatečně (vzhledem k MKN-10) nebo objeví-li se symptomy až po třetím roce života dítěte anebo jsou-li projevy autismu zastíněny hlubokým mentálním postižením bývá diagnostikován **Atypický autismus**.

Aspergův syndrom se většinou nepojí s mentální retardací a dle MKN-10 nevykazuje výrazné narušení komunikace (přestože i u takto handicapovaných obvykle bývají patrné obtíže v pragmatické rovině jazyka, tj. v jeho sociálním využití).

Rettův syndrom se vyskytuje pouze u dívek, je doprovázen neurologickým postižením, a jeho rozvinutí předchází období normálního, běžného vývoje.

Dětská dezintegrační porucha (též Hellerův syndrom) též nastupuje až po určitém, minimálně dvouletém období zcela bezproblémového vývoje, kdy se mimo autistickou symptomatiku může následně objevit i mentální retardace.

2.2 Etiologie a symptomatologie poruchy autistického spektra

Etiologie poruch autistického spektra není doposud přesně známa. V současné době jsou považovány za neurovývojové poruchy, jejichž vznik je nejspíše multifaktoriálně podmíněn. Předpokládá se, že vzhledem k různorodosti projevů, bude existovat i jistá variabilita příčin (Thorová, 2006). Pervazivní vývojové poruchy se tak pravděpodobně mohou tvořit různými způsoby. Odborníci se domnívají, že roli zde sehrávají genetické faktory, rizikové vlivy spojené s těhotenstvím a porodem, neznámé genetické mutace a vlivy prostředí (Richman, 2008). Gillberg a Peeters (2008) v této souvislosti uvádějí, že „*některé případy autismu mají podklad v genetice, jiné jsou způsobeny specifickými poruchami mozku spojenými s jinými specifickými somatickými obtížemi*“ (Gillberg, Peeters, 2008, s. 56). Podle těchto autorů je taktéž pravděpodobné, že vznik některé z poruch autistického spektra autismu může být vyvolán poškozením mozku během těhotenství, porodu či v postnatálním období (Gillberg, Peeters, 2008). Thorová (2006) dodává, že dle moderních teorií je vznik autismu podmíněn až kombinací několika zmiňovaných faktorů.

Symptomatologie

Kvalitativní narušení představitosti, recipročních sociálních interakcí a komunikace se ve svém důsledku projeví v chování handicapovaného jedince. Z této specifické symptomatologie, jak již bylo uvedeno, vyplývají diagnostická kritéria.

Je však třeba uvést, že vedle určující triády postižení, které je věnována tato podkapitola, existuje mnoho dalších symptomů, které se u pervazivních vývojových poruch často vyskytují. Thorová (2006) je nazývá *nespecifickými variabilními rysy*. Tyto projevy se

objevují poměrně často, některé až u dvou třetin lidí s PAS (Thorová, 2006), avšak jejich přítomnost či nepřítomnost stanovení diagnózy nepodmiňuje.

Může se jednat o přecitlivělost (hypersenzitivitu), nebo naopak sníženou citlivost (hyposenzitivitu) na smyslové podněty, abnormální motorické projevy (stereotypní a bizarní pohyby prstů a rukou, celého těla, motorické tiky), odchylky v motorickém vývoji, odlišnou emoční reaktivitu (hyper i hypo), narušenou schopnost přizpůsobit se změnám, problémy v chování (agresivita, sebezraňování, destruktivní činnost, společensky neúnosné stereotypní činnosti a rituály), a problémy se spánkem a jídlem.

2.2.1 Základní diagnostická triáda

Kvalitativní postižení v oblasti představitosti

Kvalitativní postižení představitosti se zpravidla projeví v repetitivních a stereotypních vzorcích chování a v omezených zájmech dítěte s poruchou autistického spektra. Takové chování mívá různé formy. Časté jsou například motorické stereotypy jako plácání rukama a různé kývavé pohyby, u mluvících dětí se pak objevují i stereotypy verbální jako například neustálé opakování jedné otázky (Jelínková, 2008). Někdy se děti abnormálně upínají na určitý vzorec chování či nějakou rutinní činnost, jejíž změnu (musí-li kupříkladu dané aktivity zanechat) snášejí těžce. Mnohdy také neobvykle manipulují s hračkami, kdy se například zaměřují pouze na její určitou část (Richman, 2008), hračku tak neužívají funkčně. U dětí, jejichž intelekt je v normě, se vyskytují stereotypy v oblasti zájmů - sbírají pro ně atraktivní fakta, předměty, učí se nazpaměť telefonní seznamy apod. (Jelínková, 2008). Všechny uvedené vzorce chování a specifické zájmy pak způsobují odlišnosti v oblasti hry a trávení volného času (Buntová, Tichá in Kerekrétiová, 2009).

Kvalitativní postižení v oblasti sociálních vztahů

Narušení v oblasti sociální interakce obvykle vede především k omezené schopnosti jedince spontánně navázat věku přiměřený kontakt s jinými lidmi (Buntová, Tichá in Kerekrétiová, 2009). Tyto obtíže pramení z absence vrozené schopnosti sociálního porozumění (Jelínková, 2008). Lidé s autismem tak nechápou smysl kontaktu s jinými osobami, vztahy mezi lidmi, společenská pravidla apod. Postižení se může manifestovat různým způsobem. Často se hovoří o uzavřenosti, vyhýbání se lidem, případně jejich odmítání apod. To však rozhodně nemusí být pravidlem, řada dětí naopak sociální kontakt neustále vyhledává a všemožně se snaží zapojit do společenského života. Dítě s PAS se též může zdát necitlivé, mnohdy reaguje velice nepřiměřeně, nevhodně vzhledem k sociálnímu kontextu, není schopno se adekvátně

vyrovnat se změnami navyklého pořádku (Jelínková, 2008). Obyčejně se také objevují problémy v oblasti sociální komunikace a neverbálních projevů, jež jsou pro intaktní společnost nedílnou součástí veškerých sociálních interakcí. Tyto obtíže jsou blíže popsány v následujícím textu o kvalitativním postižení v oblasti komunikace.

Jak uvádějí Peeters a Gillberg (2008), nelze zcela přesně oddělit deficit v komunikaci od patologie oblasti sociálních vztahů. Vzájemně se totiž prolínají a ovlivňují. Na jedné straně vede omezený zájem o sociální kontakty k absenci iniciace hovoru, na straně druhé však nedostatečné porozumění komunikačním procesům a vyjadřování vlastních komunikačních záměrů umocňuje sociální izolovanost (Buntová, Tichá in Kerekrétiová, 2009).

Kvalitativní postižení v oblasti komunikace

Komunikace je proces, při kterém si lidé mezi sebou vyměňují potřebné informace. Dochází tak k přenosu různých informačních obsahů pomocí různých komunikačních systémů, zejména pak prostřednictvím jazyka (Dvořák, 1998). Nemůže-li jedinec komunikovat, nachází se ve velice složité situaci, neboť není schopen vyjádřit svá přání a potřeby, souhlas či nesouhlas, nezapojí se do společenských konverzací a v neposlední řadě se může potýkat i s obtížemi v porozumění. To vše vede k pocitům strachu a zmatení, k frustraci, jež může mít za následek výbuch vzteku či agresivitu (Bondy, Frost, 2007).

Dle Thorové (2006) jsou poruchy autistického spektra primárně poruchami komunikace. Základním problémem, který provází děti s autismem, je narušení schopnosti dítěte pochopit význam jazyka pro komunikaci (Gillberg, Peeters, 2008). Dle Hrdličky a Komárka (2004) nemá dítě dostatečnou motivaci k mluvení, neboť si neuvědomuje, k čemu komunikace slouží, čeho by jejím prostřednictvím mohl dosáhnout. Dítě neví, že by tak mohlo ovlivňovat své okolí, že by mohlo někomu sdělit svá přání a potřeby.

2.3 Péče o děti s autismem v ZŠ speciální

Velkou pomoc při diagnostice a celkovém zahájení speciálně pedagogické intervence zajišťuje v České republice **ranná péče**.

Služby ranné péče:

Ranná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je

ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- c) sociálně terapeutické činnosti,
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>)

Nejdůležitějším v celém procesu diagnostiky a intervence je čas, tzn. započítání všech těchto procesů co nejdříve. Ranná péče, což je sociální služba, má tak svůj neoddiskutovatelný význam. Jedná se o službu, která by měla být poskytována především terénní formou, což znamená, že by měl terapeut pravidelně docházet do rodiny. Mezi hlavní úkoly rané péče patří provedení speciálně pedagogické diagnostiky dítěte, naplánování intervence a podpora a informování rodiny. Je třeba rodinu seznámit s vhodným přístupem k dítěti a s možnostmi jeho rozvoje. Zajištěna pak je samozřejmě i pomoc se samotným nácvikem konkrétních dovedností (Thorová, 2006).

Ranná péče je v české republice poskytována bezplatně a zajišťují je státní i nestátní organizace jako jsou občanskými sdruženími, církevními organizacemi apod.. Mnohdy tuto včasnou intervenci zajišťují i speciálně pedagogická centra (SPC).

V současné době do *předškolních zařízení* nastupují jak děti, které již mají díky službám rané péče zkušenost se speciálně pedagogickou intervencí, tak i děti, které byly diagnostikovány až v době těsně před nástupem do školky, a popřípadě i ty, jež diagnózu zatím nemají (Čadilová, Žampachová, 2008).

Děti s autismem jsou zařazovány do základních speciálních škol nebo bývají integrovány v klasických ZŠ, v závislosti na stupni mentálního postižení dítěte. Pro zajištění kvalitní péče je pak obvykle zapotřebí pedagogického asistenta. Při ZŠ speciální bývají vytvořeny tzv. auti třídy. V současnosti je však v České republice takových ZŠ se specializovanými třídami pro děti s PAS málo (Čadilová, Žampachová, 2008). Proto děti bývají umisťovány i do speciálních základních škol určených dětem s jiným handicapem.

2.3.1 Intervence v ZŠ s poruchami autistického spektra

Poruchy autistického spektra jsou neléčitelné a v současné době neexistuje žádný přístup v péči o takto handicapované, který by vykazoval stoprocentní výsledky. Vhodně zvolenými speciálně pedagogickými, psychologickými, psychoterapeutickými a dalšími doplňkovými

postupy je však možné tyto poruchy pozitivně ovlivňovat a dosahovat tak v deficitních oblastech mnohého zlepšení (Říhová, 2009).

Výchova a vzdělávání dětí s autismem

Ve většině zemí včetně České republiky tvoří základní intervenci u dětí s PAS výchovně-vzdělávací programy (Thorová, 2006). Dle Jelínkové (2008) by měl každý kvalitní program obsahovat dvě složky - kognitivní a behaviorální. V rámci kognitivní složky programu jsou rozvíjeny schopnosti a dovednosti dítěte. Součástí účinné intervence by měly být nácviky pracovních a sociálních dovedností a *rozvoj funkční komunikace* (Thorová, 2008). Pomocí behaviorálních technik je pak usměrňováno nevhodné chování dítěte.

Strukturované učení – je výchovně vzdělávací program založený hlavně na metodice, důsledném strukturování prostoru, času i postupu práce, čímž dítěti s PAS usnadňuje pochopení okolního prostředí a přináší mu tak řád a potřebnou jistotu (Thorová, 2006). Jedním z nejrozšířenějších strukturovaných intervenčních přístupů je program *TEACCH* (Buntová, Tichá in Kerekreťiová, 2009), který je využitelný u jedinců každého věku.

„Důraz je kladen na včasnou a správnou diagnózu a následnou speciálně-pedagogickou péči, která vychází ze specifík poruchy“ (Thorová, 2006, s. 385). Program je uzpůsoben tak, aby kompenzoval klíčové problémy poruch autistického spektra.

Mezi hlavní zásady programu dle Jelínkové (2008) patří:

- individuální přístup k dětem, založený na jejich individuálním hodnocení;
- identifikace naznačovaných dovedností (na základě hodnocení) a jejich následný rozvoj;
- komunikace s vizuální podporou;
- strukturované učení;
- úzká spolupráce s rodinou;
- pozitivní přístup k rozvíjení schopností i k nápravě problémového chování;
- návaznost a komplexní nabídka služeb.

Program staví na strukturalizaci, vizualizaci a individualizaci.

Strukturalizací je myšleno jednak zajištění fyzické struktury prostředí, jednak strukturování času. Je třeba důsledně upravovat prostor třídy, pracovního místa, místa pro odpočinek apod. Přehledné uspořádání nábytku a pracovních pomůcek umožní dítěti chápat vhledem, aniž by bylo závislé na verbálních pokynech. Snáze se tak orientuje, je samostatnější a méně úzkostné (Thorová, 2006).

Organizaci času je možno dítěti zprostředkovat pomocí časového rozvrhu dne (denního

režimu), který jej informuje o nadcházejících činnostech. Informace o době trvání jednotlivých aktivit je pak možné dítěti poskytnout například prostřednictvím zvukového signálu, přesýpacích hodin apod. (Jelínková, 2008). Při výuce se za účelem předvídání její časové náročnosti uplatňuje systém zleva doprava: úkoly, které bude dítě teprve plnit, jsou umístěny na levé straně pracovní plochy, zatímco již splněné úlohy jsou ukládány napravo. Tak má dítě přehled, co ho ještě čeká.

Se strukturalizací úzce souvisí **vizualizace**, jež ji dotváří. Přináší dítěti stálou vizuální podporu, realizovanou pomůckami alternativních a augmentativních komunikačních systémů, mezi něž patří předměty, fotografie a grafické symboly. Pomocí vizuálních prostředků jsou tvořeny výše uvedené denní režimy, procesuální schémata (postupy činností), zadání úkolů apod. „*Vizualizace dítěti umožní vyšší míru samostatnosti, podporuje rozvoj jeho komunikačních dovedností a kompenzuje handicap v oblasti paměťových a pozornostních funkcí*“ (Thorová, 2006, s. 386).

Individualizaci pak chápeme jako individuální přístup k dítěti, založený na jeho důsledném hodnocení, jehož cílem je sestavit dítěti individuální výchovně-vzdělávací plán a zajistit mu v prostorách školského zařízení vhodné podmínky.

Při práci s dětmi s autismem má klíčovou roli též vhodná *motivace*, jejímž prostřednictvím se pozitivně ovlivňuje jejich chování. Odměna posiluje žádoucí projevy dítěte. Jedná se o jakoukoli událost následující po určitém chování, jež zvyšuje pravděpodobnost jeho dalšího budoucího výskytu (Čadilová, Žampachová, 2008). Odměnou se může stát například jídlo, hračka, oblíbená činnost, verbální pochvala apod.

3. DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA A JEJÍ PŘÍZNAKY

Dětská mozková obrna (DMO) je pohybové postižení vzniklé poškozením centrální nervové soustavy dítěte v období těhotenství, období kolem porodu nebo krátce v poporodním období, kdy u dítěte probíhá prudký pohybový, ale i mentální vývoj.

Jedná se tedy o postižení postihující děti od narození do jednoho, respektive do dvou let věku dítěte. Roční výskyt této nemoci v populaci je asi 2 promile, tj. 2 děti na tisíc narozených (v celé ČR tedy kolem 200 dětí ročně).

Hlavním společným příznakem všech typů dětské mozkové obrny je porucha hybnosti, to znamená v různé míře omezená schopnost samostatného pohybu chůzí až neschopnost chůze – to se týká asi 15–20 % všech případů DMO. Charakter postižení vzpřímení a hrubé motoriky se u jednotlivých typů DMO liší. Společným znakem poruchy chůze je její pomalost

a v různé míře snížená výkonnost (u nejlehčích poruch chůze na vzdálenost řádově v kilometrech; u středně těžkých poruch ve stovkách metrů; u těžkých a nejtěžších poruch v desítkách, resp. jednotkách metrů – zde pak často s pomocí berlí, chodítek nebo další osoby).

Dále se hybná porucha u DMO může projevit v oblasti jemné motoriky, tj. u úchopové a manipulační funkce rukou. Tíže této poruchy se opět může lišit dle typů DMO a dle rozsahu postižení od nejlehčích k nejtěžším, což v praxi znamená různou míru schopnosti či neschopnosti v sebeobsluze: při jídle, pití, oblékání, osobní hygieně, psaní, kreslení, ale i čtení (nemožnost obracet listy apod.).

Významným příznakem všech forem DMO (ne však vždy) jsou také poruchy řeči – označované jako dyslalie, dysartrie, dysfázie a další. Řeč u těchto nemocných bývá v různé míře ztížena – je pomalejší, namáhavá a především méně srozumitelná, což tvoří překážku v komunikaci, která je vysoce potřebná při výuce.

Asi ve 35–55 % případů doprovází DMO epilepsie (padoucnice), což je záchvatové onemocnění vyznačující se náhle vznikajícími poruchami vědomí až bezvědomím a křečemi po dobu desítek vteřin až minut.

Podobně jako epilepsie komplikuje DMO také mentální retardace (přibližně ve 30–55 % případů) a také velmi časté (ve více než 80 procentech případů) také specifické poruchy učení i s poruchami psychiatrického rázu (dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, poruchy pozornosti, hyperkinetický syndrom – ADHD a další).

Zhruba 10–15 % pacientů s DMO provází tzv. smyslové vady – zejména zraková, méně často sluchová, vzácně kombinovaná. Asi u 10 % pacientů s DMO se jako komplikace přidružuje hydrocephalus, který často vyžaduje operační řešení již v novorozeneckém nebo kojeneckém věku, někdy i později.

Všechny uvedené komplikace DMO je nutno adekvátně a komplexně léčit. To znamená, že nejde pouze o rehabilitační léčbu (fyzioterapii) hybného hendikepu u DMO, ale i o komplexní medikamentózní léčbu epilepsie, mentální retardace i specifických poruch učení a poruch psychiatrického rázu a též poruch smyslových. Dle potřeby k tomu přistupuje i léčba chirurgická – u hydrocephalu, luxací kyčlí, kontraktur svalových s deformacemi kloubů, končetin a páteře i některých epilepsií a smyslových vad; dále léčba psychiatrická a psychoterapie – u mentálních retardací, specifických poruch učení a poruch rázu psychiatrického (zde se na léčbě podílí i psycholog a speciální pedagog) a v neposlední řadě léčba oční a foniatrická. DMO je tedy problémem s interdisciplinárním charakterem. (Marešová, Joudová, Severa 2011)

„Pomocí rehabilitace může docházet ke zlepšení klinického stavu. V poslední době takto postižených pacientů vlivem zlepšené lékařské a novorozenecké péče paradoxně přibývá, neboť přežívají jedinci, kteří dříve na postižení mozku umírali“ (Seidl, 2008, 143).

2.1 Spastická forma dětské mozkové obrny

Spastická forma je vůbec nejčastější typ DMO (asi 80 % všech případů). Hlavním společným příznakem všech spastických forem DMO je právě spasticita. Projevuje se zvýšeným svalovým napětím v různých částech těla, a to jen na dolních končetinách (spastická diparéza), na jednostranných končetinách (tj. na pravé či levé ruce a noze – spastická hemiparéza), na třech končetinách (tj. vždy na obou dolních a jedné z horních končetin – spastická triparéza), či na všech čtyřech končetinách (spastická tetraparéza). Zmíněnou spasticitou ovšem nejsou postiženy jen svaly končetin, ale v různé míře prakticky všechny svaly těla, tedy i svaly trupu a hlavy. S přibývajícím věkem se spastické svaly zkracují (jde o tzv. svalové kontraktury) a to vyúsťuje do deformit celých končetin a trupu. V důsledku toho pak u lehčích forem přináší ztíženou chůzi po špičkách – postižený nemůže došlápnout na celé chodidlo nebo chodí s nohama pokrčenýma v kolenou a kyčlích a s koleny přitaženými k sobě. U části spastiků pak dochází k tzv. neurogenní luxaci (vykloubení) jedné či obou kyčlí, dále ke zborcení nožní klenby, těžkému poškození kolenních a hlezenních kloubů a nezdědká také ke skoliotickému zkřivení páteře (řádově v desítkách procent). Značná část spastiků vykazuje rovněž zrakové vady – těžké poškození zraku se vyskytuje hlavně u tetraparetiků a těžších diparetiků (cca v 10–20 %), lehčí formy poškození zraku (strabismus a korekční vady) pak postihují přibližně 60 % spastiků.

2.2 Dyskinetická forma dětské mozkové obrny

Relativně vzácný typ DMO (též nazývána atetóza), který postihuje zhruba 7–8 % všech pacientů s DMO. Hlavním charakteristickým znakem atetózy jsou samovolné, vůlí nepotlačitelné nebo těžko ovladatelné pohyby (dyskinézy), které se projevují především v průběhu chtěných pohybů, ale při psychickém rozrušení i v klidu. Tyto pohyby velmi ruší chtěnou účelnou hybnost, v těžších případech ji až znemožňují. Atetóza postihuje celkem rovnoměrně celé tělo (hlava, trup, končetiny) a zasažena je jak hrubá, tak jemná motorika (na rozdíl od spastických forem – vyjma tetraparéz). Schopnost chůze je u většiny atetotiků zachována, ale silně omezena; chůze je velmi nejistá, pomalá, rušená četnými dyskinézami a doprovázena častými pády. Kvůli postižení motoriky rukou není většinou možno použít berle, a je tedy nutná pomoc další osoby při chůzi nebo použití vozíku. Podobně je většinou výrazně postižena i úchopová a manipulační funkce rukou a nezdědká je téměř znemožněna.

Znamená to, že nemocní se sami nenajedí, neoblečou, nezvládnou osobní hygienu a nedokážou psát rukou. Stejně tak je těžce postižena i řeč, která je silně dysartrická, „huhňavá“, smazaná, málo srozumitelná až nesrozumitelná, velice hlasitá, jakoby „vyražená“ a bývá provázena velkou námahou kvůli špatné koordinaci dýchání. To vše samozřejmě představuje velkou překážku v komunikaci. Přitom intelekt u této formy je většinou vysoký a často IQ dosahuje 120–130. Věkem se i u této formy objevují svalové kontraktury, které jsou ale méně deformující než u spasticity. Nedochozí k luxacím v kyčlích, epilepsie je zde vzácná. Výrazná zde bývá emoční labilita, sklon k depresím (v dospívání a dospělosti). Asi ve 20–25 % se u této formy DMO vyskytuje i sluchová vada.

3.2 Mozečková (cerebelární) forma dětské mozkové obrny

Také relativně vzácná forma DMO (asi 8 % případů): rozlišuje se mezi „čistou“ mozečkovou formou (tzv. ataktická) a smíšenou (se spastickou příměsí, tzv. cerebelární diparéza). Oběma podtypům je společný hlavní příznak – ataxie. Jde v podstatě opět o dyskinézy, ale jiného rázu: pohyby jsou rozmáchlé, nadměrné, přestřelující, nepřesné v cílení a koordinaci. Jsou důsledkem postižení mozečku (cerebella). Ataxie postihuje jak hrubou, tak jemnou motoriku. Zjednodušeně (ale pro ilustraci velmi věrně) se dá tato porucha hybnosti přirovnat k pohybovým projevům opilého člověka (jak pro chůzi, jemnou motoriku rukou i řeč). Epilepsie tuto formu doprovází ve více než 50 % případů, mentální retardace dokonce až v 80 % případů.

Ostatní formy DMO jsou atonická diplegie, bilaterální hemiparetická forma a tetraplegiamixta (smíšená tetraparéza). Jsou dosti vzácné a setkáváme se s nimi zřídka. (Marešová, Joudová, Severa 2011)

4. LOGOPEDICKÁ INTERVENCE

V moderním pojetí je dnes logopedie chápána jako „*vědní obor interdisciplinárního charakteru, jehož předmětem jsou zákonitosti vzniku, eliminace a prevence narušené komunikační schopnosti*“ (Lechta, 2005, s. 15).

Dříve užívané termíny vada a porucha řeči jsou nahrazeny výstižnějším souslovím **narušená komunikační schopnost**, jehož podstatou není řeč, mluva či jazyk, ale komunikace v tom nejširším slova smyslu. Tím logopedie dostává daleko širší a komplexnější rozměr - má zajistit komunikaci, a to nejen mluvenou řečí, ale různými způsoby a prostředky (Peutelschmiedová, 2005).

Podle Lechty (1990, s. 19) je „*komunikační schopnost jednotlivce narušena tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru.*“ Narušení se může týkat verbální i neverbální komunikace, a to v její expresivní i receptivní složce. Pojem narušená komunikační schopnost tak v sobě zahrnuje postižení jazykových i nejazykových prostředků komunikace (Lechta, 1990).

Moderní logopedie se tedy již nezabývá pouze otázkami výslovnosti (tj. foneticko-fonologickou, zvukovou rovinou jazyka), jež byly po dlouhou dobu ve středu jejího zájmu, ale věnuje se nyní i všem ostatním jazykovým rovinám - lexikálně-sémantické (zahrnující slovní zásobu jazyka), morfologicko-syntaktické (zahrnující gramatiku jazyka) a pragmatické (zahrnující sociální užití jazyka) (Vitásková, Peutelschmiedová, 2005). Neopomíjí však ani nejazykové prostředky komunikace.

V současnosti se uplatňuje vývojový princip, tedy princip imitace normálního vývoje řeči, podle něž je třeba nejprve rozvíjet pragmatické funkce a rané sémantické kategorie, poté rané syntaktické formy a až nakonec (po zvládnutí předchozího) je možné se věnovat úpravě výslovnosti jednotlivých hlásek (Lechta, 2005).

Logopedická intervence je pojem, který v sobě nese veškeré aktivity logopeda, díky nimž je logoped schopný určit narušenou komunikační schopnost klienta a pracovat s ní za účelem její eliminace (nápravy), nebo alespoň jejího zmírnění, překonání a hlavně předcházet dalšímu narušení (Lechta in Škodová, Jedlička, 2003). Tyto cíle jsou obsaženy v třech vzájemně se prolínajících úrovních logopedovy činnosti, jimiž jsou logopedická **diagnostika, terapie a prevence**.

V průběhu logopedické **diagnostiky** odborník posuzuje v jaké míře se jedná o narušenou

komunikační schopnost a v jaké míře jde o fyziologický problém, který by se měl upravit sám v průběhu dalšího vývoje klienta. Je-li zjištěna a potvrzena narušená komunikační schopnost je nejdůležitější ji důkladně prošetřit – diagnostikovat. Logoped určuje její stupeň a formu, prognózu, etiologii, možnou souvislost s jiným postižením, postoj klienta k dané diagnóze, a navrhuje další terapeutický postup (Lechta in Škodová, Jedlička, 2003).

Logopedická diagnostika má několik cílů, úrovní, metod a principů. Tři základní úrovně jsou dle Lechty (1995): „orientační vyšetření, základní vyšetření a speciální vyšetření. Existuje celá škála metod a technik logopedické diagnostiky: metody pozorování, metody explorační, diagnostické zkoušky, testové metody, kasuistické metody, rozbor výsledků činnosti a přístrojové metody.“

Logopedická **terapie** má v první řadě pozitivně působit na narušené složky komunikace. U některých z klientů se podaří odstranit celé narušení komunikační schopnosti. Není-li možno tohoto celého odstranění dosáhnout je hlavními cíli terapie zmírnění a prolomení komunikační bariery (Lechta, 2005). K dosažení svých cílů využívá logopedická terapie metod stimulujících (podněcujících nerozvinuté a opožděné funkce řeči), korigujících (upravujících vadné řečové funkce) a reedukujících (pracujících se ztracenými, dezintegrovanými funkcemi řeči) (Lechta, 2005).

Metody terapie v logopedii dělíme na stimulující, korigující a rovněž redukcující (Klenková, 2006).

Terapii je možno realizovat individuální nebo skupinovou formou. Skupinová forma je tvořena 3 – 6 klienty.

Důležitá je také intenzita terapie.

- 1) Intenzivní – terapie opakující se několikrát denně
- 2) Intervalová - intenzivní terapie aplikovaná v odstupu několika týdnů či měsíců (Borbonus, Maihack, 2000 in Lechta, 2005).

Logopedickou **prevencí** je myšleno předcházení narušené komunikační schopnosti a to metodami primární, sekundární a terciární prevence.

4.1 Možnosti logopedie u dětí s poruchou autistického spektra v ČR

Logopedická péče v České republice je realizována jak ve státním tak i nestátním (soukromém) sektoru a to v rámci rezortu Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a Ministerstva práce a sociálních věcí.

Pod rezort Ministerstva zdravotnictví spadají logopedické ambulance při poliklinikách, soukromé ambulance a logopedická pracoviště při lůžkových odděleních (foniatrie, neurologie, rehabilitace, psychiatrie, geriatric). Dále pak bývá logopedická péče, zajišťovaná tímto rezortem, poskytována v denních stacionářích při zdravotnických zařízeních, rehabilitačních stacionářích, léčebnách dlouhodobě nemocných, a někdy také v lázních a ozdravovnách.

Rezort Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy zajišťuje logopedickou péči ve školách různého typu (mateřské školy s logopedickým zaměřením nebo třídou, mateřské školy speciální, běžné mateřské školy, základní školy s logopedickou třídou, základní školy speciální a praktické) a ve školských poradenských zařízeních, kterými jsou speciálně pedagogická centra a pedagogicko-psychologické poradny.

V rámci rezortu Ministerstva práce a sociálních věcí se pak logopedická intervence stává součástí komplexní péče v ústavech sociální péče.

4.2. Logopedická intervence u dětí s poruchou autistického spektra

Klienti s pervazivní vývojovou poruchou (jak klient dětský tak dospělý) vždy potřebují komplexní péči zaměřené na tři již zmiňované oblasti narušení. Včasná diagnóza a terapie přispívá k celkovému zlepšení stavu klientů a pro každého odborníka, tudíž i pro logopeda musí být znalost všech specifik vlastní.

Dle Buntové a Tiché (2009) je ve světě zcela běžné, že se logoped stává aktivní součástí interdisciplinárního týmu, pečujícího o dítě s PAS.

4.2.1 Narušená komunikační schopnost při PAS

Do **narušeného vývoje řeči** řadí Lechta (2003) narušenou komunikační schopnost lidí s PAS, která je skupinou poruch s velmi širokým množstvím příčin a symptomů. Narušený vývoj řeči se dle Lechty (2003) může vyskytovat jak samostatně tak i součástí dalších vývojových poruch vždy plynoucí z diagnostikované poruchy.

Dle Gillberga a Peeterse (2008) se zhruba u jednoho z pěti jedinců s PAS vyskytuje ještě jiný druh narušené komunikační schopnosti. Jde o jedince s diagnostikovaným autismem a souběžně s dysfázií. Tyto osoby mají snahu mluvit, ale nejsou toho schopny. Což je případ i našeho klienta z případové studie.

4.3 Logopedická diagnostika u dětí s PAS

Již bylo uvedeno, že opožděný řečový vývoj bývá často prvním důvodem ke znepokojení rodiny dítěte. Mnohdy se tak rodiče mohou rozhodnout právě pro návštěvu logopeda. Jak uvádí Klenková (2006), nejprve je třeba udělat včasnou a přesnou diagnostiku dítěte a co nejdříve zahájit ovlivňování vývoje dítěte. Především aby se předešlo negativním důsledkům. Intervence tedy probíhá již od narození, nebo-li od zjištění daného postižení. Je důležité začít s ranou péčí do tří let, protože, jak píše Klenková (2006, s. 201), „do tří let dítěte se vyvíjí mentální funkce, které se během dalšího vývoje rozvíjí a zdokonalují. Proto je stimulace vývoje dítěte nejvhodnější v raném věku, kdy je možné fyziologické i psychické procesy úspěšně ovlivňovat.“

Dle Klenkové (2006), mezi základní principy poskytování včasné intervence patří:

- návaznost na medicínskou péči
- respektování individuality dítěte
- kulturních a sociálních zvláštností rodiny
- zachování komplexního přístupu
- orientace na rodinu (vtažení rodičů do týmové spolupráce)
- zajištění služeb v přirozeném prostředí dítěte – v rodině
- respektování práva rodičů službu si vybrat nebo ji odmítnout
- podpora sociální integrace dětí s postižením a jejich rodin
- standardizace státem garantovaných služeb – zajištění odbornosti a veřejná kontrola

Zkušený klinický logoped by měl rozpoznat riziko případné pervazivní vývojové poruchy a následně doporučit konzultaci u dětského psychiatra či klinického psychologa (Škodová, Jedlička, 2007). V případě dětí s již stanovenou diagnózou může sloužit diagnostika prováděná logopedem jako východisko pro následnou terapii (logopedickou i pedagogickou). Na základě podrobného vyšetření logoped stanoví, ve kterých oblastech komunikační schopnosti dítě zaostává více a ve kterých naopak méně, případně vůbec. Při tvorbě terapeutického plánu se pak předně zaměří na nejvíce narušené oblasti řečového vývoje dítěte (Paul, 1995 in Lechta, 2005).

Dle Richman (2006) je třeba zhodnotit úroveň receptivní a expresivní komunikace, stav neverbální komunikace, úroveň sluchového a zrakového vnímání, současné motorické schopnosti, laterální, vizuální schopnosti dítěte (zdali dítě zaměří pozornost na předmět či obrázek, zda mezi předměty a obrázky diferencuje, je-li schopno napodobovat), sociální a herní dovednosti. Podstatné je též posoudit schopnost dítě se soustředit a udržet informaci na delší dobu v paměti (Richman, 2006 in Říhová, 2009).

4.3.1 Logopedická terapie

Logopedická terapie u klientů s PAS s narušenou komunikační schopností musí vždy brát ohled na další diagnózy – tedy celkový klinický obraz klienta – dítěte. Zohledňovat deficitní oblasti a nacházet jeho silné stránky. Aby byl logoped nápomocen, musí být obeznámen se všemi charakteristikami osobnosti dítěte a s metodikou, dle které se při práci s dítětem postupuje. Je třeba dodržovat zásady péče o takto handicapované, tedy **strukturovat prostředí i čas a vizuálně podporovat** všechny činnosti takovým způsobem, na jaký je dítě zvyklé (Jelínková, 1999).

Velký význam v navržené terapii má i tzv. odměňování – je to systém pro získání motivace dítěte. Terapeut individuálně zvolí odměnu, která je dítěti nabízena za splnění činnosti nebo úkoly. Často se zpočátku volí nějaká cukrovinka (bonbón, gumový medvídek, lentilky aj.). Později by se ovšem sladké odměny měly nahradit např. oblíbenou činností, pochvalou apod. Každopádně jakýkoliv pokus o komunikaci by se měl odměnit a tím pozitivně posílit (Říhová, 2009).

Primárně rozvíjíme receptivní složku jazyka, teprve později přecházíme k nácviku exprese, tedy samotného vyjadřování. Aby se mohl jedinec expresivně vyjadřovat, musí nejdříve porozumět komunikačním signálům partnera (Richman, 2008). Při rozvíjení komunikace má velký význam neverbální komunikace a rozvíjení dovedností jako je oční kontakt, gesta apod.

Alternativní a augmentativní komunikace

U dítěte, které nemluví, nebo jehož řeč je na příliš nízké úrovni, nemající komunikační záměr, musí odborník důkladně zvážit vhodnou formu komunikace, již bude u dítěte nadále rozvíjet. Řeč je pro takové dítě v danou chvíli příliš abstraktní, a proto je třeba nalézt konkrétnější alternativu. S užíváním alternativního komunikačního systému pak roste naděje, že si dítě uvědomí sílu komunikace, že v ní spatří určitý smysl a snáze pochopí, k čemu slouží (Jelínková, 2008).

Pod pojmem alternativní a augmentativní komunikace (dále AAK) se tak skrývá řada rozličných dorozumívacích systémů, které mají za úkol umožnit osobám s těžkým handicapem, jež nemluví vůbec, nebo jejichž řeč je pro komunikaci nedostatečná, takový způsob dorozumívání, který je pro ně přijatelnější. Bondy a Frost (2007, s. 47) uvádějí, že se jedná o intervence vytvořené „*za účelem kompenzace poruch v oblasti expresivní komunikace.*“

Alternativní komunikační systémy se užívají v případech, kdy je nutné mluvenou řeč zcela

nahradit. Svým uživatelům tak poskytují náhradní formu dorozumívání. V případě **augmentativní** komunikace jde o doplnění již existujících řečových dovedností, jež jsou však v danou chvíli pro dorozumívání nedostatečné (Klenková, 2006). Prostřednictvím augmentativních systémů má dojít k zefektivnění komunikace skrze existující prostředky (Bondy, Frost, 2007).

Laudová (2007) uvádí, že systémy AAK bývají nejčastěji indikovány u osob s DMO, těžkým sluchovým postižením (vrozeným i získaným), těžkými vývojovými vadami řeči, mentálním postižením, kombinovaným postižením, degenerativním onemocněním, u jedinců po traumatech CNS a v neposlední řadě taktéž u jedinců s autismem (Laudová in Škodová, Jedlička, 2007).

AAK můžeme rozdělit z hlediska potřeby užití speciálních pomůcek na:

- systémy **nevyžadující pomůcky**, mezi které je možno řadit například používání gest, očního kontaktu, manuálních (vizuálně-motorických) znaků, ukazování apod.
- systémy **vyžadující pomůcky**, jimiž mohou být například předměty, fotografie, grafické symboly (piktogramy PCS, systém Bliss), nápisy, technické pomůcky (komunikátory) apod.

Výběru vhodného komunikačního systému musí předcházet podrobná diagnostika klienta, která zahrnuje jeho důkladné vyšetření, sběr dat od odborníků různých oborů a informace od osob z jeho okolí (Laudová in Škodová, Jedlička, 2007).

Vhodnost daného komunikačního systému je tak posuzována individuálně vzhledem k možnostem a schopnostem budoucího uživatele, přičemž se zohledňuje i jeho vývojová prognóza (Klenková, 2006).

Podle Laudové (2007) je třeba zjistit, na jaké úrovni klient chápe signály neverbální komunikace, do jaké míry rozumí řeči, jakým způsobem v současnosti komunikuje, zda dokáže vyjádřit souhlas a nesouhlas, a jaká je jeho schopnost porozumět symbolům (případně disponuje-li čtenářskými dovednostmi). Dále odborník hodnotí klientovo zrakové i sluchové vnímání a úroveň jeho motoriky (zda bude popřípadě schopen manipulovat s komunikačními pomůckami). Jedním ze základních východisek pro plánování AAK intervence je samozřejmě též úroveň kognitivních schopností klienta. V úvahu by měla být brána i doba klientovy práceschopnosti, zejména jak dlouho je schopný se soustředit a do jaké míry je unavitelný (Janovcová, 2003). Také je důležité vědět, má-li klient motivaci a potřebu komunikovat se svým okolím, jakého charakteru jsou jeho sociální dovednosti, emoční projevy a chování, v jakém prostředí se pohybuje a jak tráví svůj volný čas. V neposlední řadě je třeba se zabývat i samotným očekáváním klienta a jeho rodiny a předpokladem možné úrovně podpory ze

strany jeho okolí (v domácím prostředí, ve školském zařízení apod.) (Laudová in Škodová, Jedlička, 2007).

Jelínková (2008) zdůrazňuje, že vhodná forma komunikace musí vycházet z úrovně abstraktního myšlení dítěte. V této souvislosti uvádí čtyři vývojové stupně porozumění vnímaným podnětům:

- **Smyslové** vnímání, při kterém dítě vnímá stimuly bez jejich následné interpretace.
- Vnímání na úrovni **prezentace**, kdy je již dítě schopno identifikovat funkci předmětu ovšem pouze v momentě, kdy je zřejmá.
- Vnímání na úrovni **reprezentace**, při kterém dítě rozpoznává funkce předmětů, aniž by byly aktuálně viditelné. Chápe význam předmětu i jeho symbolu (fotografii, obrázku, piktogramu).
- Vnímání na úrovni **metareprezentace**, kdy dítě vnímá více než doslovný význam informace. Chápe tak přenesený význam věcí.

Mezi prostředky alternativní a augmentativní komunikace, které se u osob s PAS využívají, patří trojrozměrné symboly (skutečné předměty, miniatury), fotografie a grafické symboly různých druhů. Za efektivní bývá též považován Výměnný obrázkový komunikační systém (VOKS), systém Makaton a Znak do řeči (Říhová, 2011).

Komunikace skrze trojrozměrné předměty

U dětí s hlubším postižením se ke komunikaci využívají trojrozměrné symboly, kterými mohou být reálné předměty, popřípadě jejich části, či zmenšené kopie (miniatury). „*Lze s nimi manipulovat, mají hmatovou strukturu a jsou snadno rozpoznatelné*“ (Laudová in Škodová, Jedlička, 2007, s. 570). Takové symboly však mohou zastupovat jen konkrétní pojmy, není proto možné je uplatnit u abstraktních výrazů (Valenta, Muller, 2003). Jistou nevýhodou je dle Laudové (2007) též fakt, že se překrývá pojmenování samotného předmětu a s ním související činnosti (lžička tak může být symbolem pro předmět i pro pojem jíst).

Komunikace skrze fotografie

Prostřednictvím fotografií dítěti předkládáme to nejrealističtější dvojrozměrné znázornění předmětů, činností, osob a míst. Fotografie jsou srozumitelnější než grafické symboly, přičemž mnohdy bývají předstupněm jejich použití (Laudová in Škodová, Jedlička, 2007).

Komunikace skrze grafické symboly

V současné době existuje řada různých druhů grafických symbolů. U dětí s PAS se často využívají piktogramy.

Piktogramy, jak uvádí Klenková (2006), představují zjednodušená zobrazení skutečných

předmětů, činností a vlastností. Každý piktogram by měl být snadno srozumitelný a zpodobňovat vždy jen jeden věcný význam, a to bez vazby na řeč (Kubová, 1996). V praxi se můžeme setkat s více typy těchto jednoduchých ilustrací. Vyrábějí se v barevném i černobílém provedení. Na tyto piktogramy se dítě naučí ukazovat (často má na něj vyroben slovník) a používají se při sdělení potřeb, nebo činnosti. Nejlépe je začínat vždy rodinou-osoby, potřeby denní činnosti, jídlem. Později skládají celé věty.

Mnohdy bývají symboly opatřeny též tištěnými nápisy - slovy, označujícími daný pojem, čímž je dítě podporováno v osvojování funkčního, globálního čtení (Straussová, Knotková, 2011).

Výměnný obrázkový komunikační systém

Výměnný obrázkový komunikační systém (dále VOKS) je program, pracující s vizuálními symboly, jenž funguje na principu výměny, kdy děti na obrázky neukazují, ale své požadavky a sdělení, na nich zobrazené, komunikačnímu partnerovi přinášejí. Využívát se mohou piktogramy, vlastní obrázky, fotografie i předměty. Rozdíl mezi VOKS a jinými systémy tak nespočívá v odlišnosti symbolů, ale v jiném způsobu práce s nimi.

VOKS vychází ze systému The Picture Exchange Communication System (PECS), který byl vyvinut v USA zejména pro děti a dospělé s PAS. Osvědčuje se však i u jedinců s jinými komunikačními obtížemi (např. u lidí s Downovým syndromem, DMO, afázií, těžkou formou dysfázie apod.) (Knapcová, 2006).

VOKS pracuje v sedmi na sebe navazujících lekcích, ve kterých se postupně procvičuje výměna obrázku za věc, užívání komunikační tabulky, diferenciací různých obrázků, tvorba věty pomocí větného proužku, odpovídání na jednoduché otázky (např. „Co chceš?“, „Co je to?“) a spontánní projev dítěte, jež se učí komentovat své okolí (Knapcová, 2006).

I v tomto systému se jako základní nosič symbolů uplatňuje komunikační tabulka. V případě VOKS jsou symboly zachyceny na kartičkách opatřených suchým zipem, aby s nimi bylo možné manipulovat - odnímat je z tabulky a znovu je do ní navracet. Začne-li dítě používat více tabulek, sestaví se z nich komunikační kniha. Další užívanou pomůckou je větný proužek, jenž slouží k uchycení více symbolů za sebou pro vyjádření věty. (Knapcová, 2006).

Makaton

Makaton je jazykový program, který za účelem zlepšení komunikační schopnosti svých uživatelů využívá vizuálně-motorických znaků a grafických symbolů. „*Poskytuje základní prostředky komunikace a podněcuje jak rozvoj mluvené řeči, tak i porozumění pojmům u dětí a dospělých s komunikačními problémy*“ (Kubová, 1996, s. 14).

Tento komunikační systém byl původně vyvíjen pro děti s mentálním postižením a s poruchami autistického spektra, jejichž řeč byla těžce narušena ve své expresivní i receptivní složce. Dnes bývá hojně užíván i u jedinců s jinými druhy narušené komunikační schopnosti, včetně osob neslyšících, po traumatech CNS a dětí s obtížemi v učení.

Jak již bylo uvedeno, Makaton v sobě kombinuje **manuální znaky** i **grafické symboly**, jež jsou doplňovány **mluvenou řečí**, přičemž všechny tyto modalities bývají používány současně (simultánně). U některých klientů pak časem vyjde najevo, že upřednostňují jednu z nich, pro jiné však i nadále zůstane nejužitečnější jejich kombinace (Kubová, 1996). Znaky i symboly jsou pečlivě vybírány a standardizovány. Znaky bývají přebírány z národního znakového jazyka, tedy z přirozeného komunikačního prostředku komunity neslyšících (Kubová, 2008).

Znak do řeči

Znak do řeči bývá obvykle užíván jako systém augmentativní, tedy na podporu mluvené řeči, kdy se stává prostředkem k jejímu rozvoji. Někdy se ale může stát i její alternativou. Vychází z přesvědčení, že takováto forma komunikace, založená na řeči těla, mimice a na přirozených znacích, se užívá snadněji než mluvená řeč. Staví též na faktu, že rozvoj motoriky, spojený s osvojováním a užíváním znaků, stimuluje řečový rozvoj (Kubová, 2008).

Pomocí znaků bývají zdůrazňována pouze klíčová slova sdělení, neznakují se celé věty.

Používané znaky jsou méně abstraktní než řeč, bývají ilustrativní, tj. ikonického charakteru. Nejsou tolik standardizovány jako je tomu u Makatonu. Většina z nich vychází z obsahové podstaty daného slova, přirozených gest a mimiky, přičemž obvykle napodobují činnost, prováděnou s předmětem, jenž je znakován. Některé znaky jsou přejaty ze znakového jazyka. Jejich soubor je otevřený, nabízející možnost jakékoli modifikace pro potřeby konkrétního klienta (Kubová, Pavelová, Rádková, 1999).

5. ROZVOJ KOMUNIKACE V PROSTŘEDÍ ZŠ SPECIÁLNÍ

5.1 Charakteristika výzkumného šetření

V praktické části bakalářské práce se věnuji rozvíjení komunikace dětí s PAS v prostředí speciální a praktické školy, jež svým žákům zajišťuje speciální vzdělávací program na každého žáka individuálně (dle IVP – individuálně vzdělávací plán), ovšem celkově vycházející z programu TEACCH. Vedle výchovně-vzdělávacího procesu uskutečňovaného v prostředí třídy, poskytuje také tato ZŠ dětem též různé druhy terapie vždy dle IVP jako je canesterapie, snoezelen či výtvarné a keramické dílny, samozřejmě nedílnou součástí terapií je i logopedická péče.

5.1.1 Cíle výzkumného šetření

Hlavními cíly kvalitativního šetření je zachytit jednotlivé metody rozvoje komunikace aplikované u jednoho chlapce s atypickým autismem a DMO, popsat metody rozvoje komunikace s dětmi ve třídě ve vztahu k rozvíjení jejich komunikačních kompetencí.

Za parciální cíle výzkumného šetření jsem stanovila:

- zhodnotit komunikační schopnost pozorovaného dítěte
- identifikovat a popsat metody rozvoje komunikace používané při individuální práci s pozorovaným chlapcem
- popsat prostředí třídy a prezentovat denní aktivity realizované ve třídě se zaměřením na činnosti rozvíjející komunikaci.

5.1.2 Metody a techniky

Pro potřeby tohoto kvalitativního šetření byla použita následující **metoda**:

- případová studie (kazuistika)
- při zpracování případové studie bylo pro získání potřebných dat nutno využít níže uvedených technik:
 - nestrukturované pozorování;
 - analýza dostupných dat (dokumentů a výsledků činností);
 - nestandardizovaný (volný) rozhovor s pedagogickými pracovníky.
- rozhovor s matkou dítěte

Cíl práce, metodologie

V současné době je hlavním problémem u lidí s poruchou autistického spektra navázání jakékoliv komunikace. Naučit se chápat účel komunikace, znamená naučit se znát sílu komunikace.

Lidé s poruchou autistického spektra si velmi často neuvědomují, co všechno mají v průběhu dne dělat a proč. Někdy nevládají využívat prostředky, kterými mohou ovlivnit své prostředí. Chápání významu komunikace není u nich dostatečně vyvinuto. Nerozumí účelu komunikace. Slova jsou jen slova, obrázky jen obrázky, předměty jsou jen předměty. To, že všechny tyto symboly mají sloužit ke komunikaci, se musí speciálně naučit. Přenos informací s lidmi s poruchou autistického spektra nemusí být jen pomocí slov. Forma komunikace musí být individuální, přizpůsobená úrovni myšlení a stupni mentálního postižení každého dítěte individuálně. Při výběru správné formy komunikace nelze prvotně ihned zvažovat o klasické komunikaci (to znamená co nejvíce abstraktní), ale spíše o formě, kterou osoba s PAS zvládne. Asi polovina lidí s autismem vůbec nemluví, často mluvící užívají slova, ale neznají význam toho, co říkají. Proto je třeba volit takovou formu komunikace, která je konkrétnější, více vizuálně prostorová. Lidé s autismem komunikují nejlépe v takovém prostředí, které je chápe a rozumí jejich potřebám, kde se cítí bezpečně a spokojeně. Při nejlepším zvládnutí komunikace musí spolupracovat všechny osoby, které přicházejí do styku s dítětem s PAS. Z tohoto důvodu se výzkumný projekt zaměřuje na alternativní a augmentativní komunikaci jako na nezbytnou podporu dorozumívání u dětí s poruchou autistického spektra. Z vlastní zkušenosti s přímou individuální prací s chlapcem s poruchou autistického spektra, jsem se zaměřila na metodu VOKS a následně (kombinovaně) používání se znakovým jazykem MAKATON.

Cílem mého výzkumného projektu bylo analyzovat úroveň komunikace u chlapce s PAS od narození do současného věku dvanácti let. Jakým způsobem lze příznivě ovlivnit vývoj řeči u dítěte s poruchou autistického spektra? Byla zde detailně uvedena celá logopedická intervence, která se postupně zaměřovala na alternativní způsob komunikace, jelikož u chlapce není vyvinuta řeč.

Dílním cílem bakalářské práce bylo ukázat na názorném příkladu, jak se postupně dá dosáhnout určitého stupně komunikace pomocí metody The Picture Exchange Communication System neboli metody Výměnný obrázkový komunikační systém.

Výzkum byl realizován pomocí kvalitativních metod. První metodou byla kazuistická studie a metoda sumarizační, tedy taková, která řeší případ od začátku až po současnost, shrnuje všechny údaje, pracuje se všemi odbornými vyšetřeními a posudky z různých institucí.

Řeší také příčiny souvislostí. Zaměřila jsem se na případovou studii dvanáctiletého chlapce , který má diagnostikovaný atypický autismus a DMO. Sepsala jsem rodinnou anamnézu, která se zabývá údaji z rodiny, zjišťovala jsem výskyt nemocí v rodině, genetické odchylky, postižení v rodině, osobnostní zvláštnosti v rodině, alkoholismus, drogy, kriminalitu, čím se rodiče živí a jaké je jejich nejvyšší dosažené vzdělání. Dále osobní anamnézu, která se zabývá údaji o vlastní osobě klienta – z kolikátého je klient těhotenství, průběh těhotenství, zda matka při těhotenství brala nějaké léky, zda netrpí chronickým onemocněním, jestli se dítě narodilo v termínu, zda bylo přenášené či nedonošené, způsob porodu, zda nastala asfyxie, hypoxie, krvácení do mozku dítěte, zda dítě hned dýchalo, zda nevdechlo plodovou vodu, virové infekce a jak se dítě vyrovnalo s tím, že se narodilo. Důležitý byl psychomotorický vývoj. Součástí anamnézy byla diagnóza postižení, jaká byla navržena léčba a celá historie chlapce s PAS. Zaměřila jsem se na citový vývoj, postoje a hodnoty. Dále jsem využila metodu pozorování. Cílem bylo rozpoznání nejdůležitějších znaků pozorovaného subjektu a jejich příčin. Jednalo se o dlouhodobé pozorování, které bylo plánované, systematické, soustředěné, objektivní, nezávislé, diskrétní a přesné s cílem zaznamenat výsledky logopedické intervence po dobu nejméně 10 let.

5.2 Charakteristika zařízení, v němž šetření probíhalo

Základní škola speciální, ve které šetření probíhalo se nachází v Severočeském kraji ve městě Litvínov. Při jejím popisu vycházím z vlastních poznatků a informací uveřejněných na její webové stránce.

Škola má zřízeno několik tříd s různými druhy postižení.

Škola má zřízeny celkem čtyři třídy pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami, do nichž docházejí především děti

- s mentálním postižením,
- s tělesným postižením,
- s poruchami autistického spektra,
- s narušenou komunikační schopností,
- s multihandicapem.

Budova školy je třípodlažní a zcela bezbariérová. Kolem se nachází upravená, prostorná zahrada, vybavená dřevěnými prolézačkami a velkým sportovním hřištěm. V prostorách ZŠ je též tělocvična, místnost určená k relaxaci (tzv. sneozelen) a fyzioterapeutická místnost. Třídy

jsou přizpůsobeny zdravotním handicapům svých žáků a jsou zařízeny odpovídajícím nábytkem a množstvím speciálních pomůcek a hraček. Jedna třída je uzpůsobena tak, aby plně vyhovovala potřebám edukace dětí s PAS. Prvky strukturalizace a vizualizace jsou k nalezení i ve zbývajících třech třídách. Mimo speciální vzdělávací programy a z nich plynoucí výuku v jednotlivých třídách je pro děti v základní škole též zajišťována logopedie, rehabilitace (fyzioterapie) a canisterapie. V základní škole je zřízena předškolní příprava pro děti, u kterých je potvrzena diagnóza spadající pod Základní školu speciální a nebo se zde zvažuje nástup do školského zařízení tohoto typu či následná integrace na klasickou ZŠ.

5.2.1 Charakteristika třídy

Chlapec nyní navštěvuje 6. třídu ZŠ speciální – tzv. AUTITŘÍDU. Ve třídě je 5 dětí, které vyučuje speciální pedagog a k ruce má 1 asistenta pedagoga (což je dle mého názoru velmi nevyhovující a doufám, že se to v budoucnu změní). Každé z těchto dětí má vytvořen Individuálně vzdělávací plán a podle toho každodenně pracuje. Výchovně-vzdělávací program je založen na metodice strukturovaného učení a staví na strukturalizaci, vizualizaci a individualizaci. Paní učitelka s asistentkou komunikují s dětmi běžnou řečí a využívají též gesta a znaky, jimiž zdůrazňují klíčová slova své promluvy, a uplatňují poznatky z výměnného obrázkového komunikačního systému (VOKS).

Každé z dětí má ve třídě vytvořen denní režim - pomocí VOKS, jsou mu zde zadávány úkoly a průběh denní výuky. Používají nástěnný denní režim, který je uspořádán ze shora dolů, přičemž jsou všechny karty opatřeny suchým zipem, aby s nimi bylo možno manipulovat. Děti je z režimu během dne sundávají a nosí je s sebou tam, kde se bude daná činnost na kartě konat. Aby děti pravidelně chodily k režimu, využívají se tranzitní karty. Učitelka dítěti kartu podá a tím mu dá pokyn, aby šlo k režimu. U režimu pak tranzitní kartu odloží - na zemi pod rozvrhem je pro ni umístěna krabička. Tranzitní karty jsou barevně diferencovány stejně jako denní režimy - každé dítě má svůj vlastní denní režim, opatřen fotografií.

5.3 Případová studie

Chlapec J. , 13 let

Budu se zabývat chlapcem s diagnózou: lehká ataktická forma DMO s příměsí spastické diparézy, mentální retardace lehká až střední s hyperkinetickým syndromem, atypický autismus a epilepsie.

Rodinná anamnéza

Z našeho pohledu je bezvýznamná a to z několika důvodů. Diagnostikované postižení není geneticky dědičné a bylo způsobeno při porodu. V rodině se nevyskytují jiná postižení ani jiné formy dědičných indispozic.

Osobní anamnéza

Z anamnézy je zřejmé, že se chlapec narodil v termínu, ale z důvodu omotání pupeční šňůrou byl porod klešťový. Hypoxie, kříšen na sále. Díky klešťovému porodu edém na mozku s částečným krvácením do pravé zadní části. Později tento otok zkožnatěl – tzv. kefalhematom. 10 dní byl umístěn v inkubátoru a při propuštění domů mu byla diagnostikována DMO.

Od šestinedělí byl zřejmý problém s pohybovým ústrojím. Hypotonie zádových svalů a dolních končetin (problémy s tzv.- pasením koníčků – neudržel hlavu). Hypotonie a částečná spasticita dolních končetin byla řešena rehabilitačním cvičením Vojtovou metodou. Díky této metodě, která se cvičila 5 krát denně do jeho dvou let, se vertikalizoval. Chodit začal cca okolo 18 měsíců. Další postupnou rehabilitací je schopen samostatného pohybu spíše o širší bázi a je stále trochu klátivý a nejistý. Snaží se i běhat , musí procvičovat dolní končetiny, u nichž dochází ke spasticitě. V 28 měsících začal používat pár slůvek. I nyní má stále slovní zásobu maximálně 10 – 15 slov, mluví vlastním žargonem a i s naučením nového slova vypustí jiné a to staré už nepoužívá..Rozumí víceméně všemu. V 5-ti letech mu byl ve středisku APLA diagnostikován atypický autismus, což bylo vysvětlením pro určité jeho nálady a chování. Chlapec si nikdy moc nehrál s hračkami a neustále ho přitahovaly provázky, tkaničky aj. Neměl rád nové věci, náhlé situace a hlavně nové oblečení. Po zjištění této diagnózy se jeho mentální stav začal zlepšovat a to hlavně z důvodů uspořádání prostoru a rytmu dne do systému pro autisty vlastního. Nyní vždy dopředu ví, co bude celý den následovat, což mu zajišťuje pocit jistoty, která je pro něj, dá se říci prioritní v dnešní chaotické době. Začal ke komunikaci používat obrázky a piktogramy VOKS, nyní používá program BOARDMAKER, který nabízí lepší barevné rozlišení a více možností úprav

obrázků. Ve škole používá tzv. komunikátor, který pomocí obrázku a nahraného významu komunikuje za chlapce. Pokusem o lepší spolupráci s okolím je snaha naučit ho českému znakovému jazyku. Během posledních třech let se naučil asi 45-50 znaků a snaží se je používat. Přenesl si znakový jazyk do svého systému a vytváří si pro určité věci své vlastní jednodušší znaky (např. hra na počítači, sledování TV aj.).

Školní anamnéza

Od svých 4 let navštěvoval mateřskou školku, do které byl integrován společně s dalšími 3-4 dětmi s postižením. Na kolektiv je zvyklý a má rád děti. Často je pozoruje při hře, sám se do hry víceméně nezapojuje (nemá-li pomoc nebo pobídku asistentky). Nyní navštěvuje 6. třídu speciální školy v Litvínově. Rád chodí do školy, kde si vytvořil skvělý vztah se spolužáky i z jiných tříd. Když chce upoutat pozornost, v nepřiměřené formě se předvádí a plní úlohu tzv. „třídního šaška.“ Navštěvuje družinu a kroužky – keramický, výtvarný a míčové hry. Těžší je pro chlapce navázání vztahu s cizími lidmi a malými dětmi, kteří nejenže nemají ponětí, jak s ním navázat kontakt, ale často se i ostýchají a ne vždy správně reagují na jeho již zmíněné chování.

Ve škole používají globální systém čtení (cílem čtení není mechanický pochod tzn. skládání hlásek, ale pochod myšlenkový, aby dítě od začátku rozumělo obsahu čteného). Přečte – cca 20-25 slov. Více ho zajímají čísla a práce s počítačem. Skvěle ovládá práci na PC. Umí si najít pro něho zajímavé hry až po např. skládání PUZZLE. Dobře pracuje jak s myší, tak v dnešní době už pro něho využitelnější dotykové obrazovky či tablety.

Sociální anamnéza

Větší problém má s osobní samoobsluhou. Má velmi rád čistotu, vyhýbá se věcem, které by ho mohly ušpinit. Rukou nevezme jídlo, které by ho mohlo ušpinit ,např .čokoládu či jiné tekuté potraviny Nemá celkově moc potřebu jídla, není-li mu nabízena potrava, kterou může jíst sám, nebo není – li po ruce někdo, kdo mu s tímto nevyhovujícím jídlem pomůže podat. S menší dopomocí zvládá již chození na toaletu a oblékání. Sám si vybírá oblečení, v jakém půjde a má ho pečlivě rozlišené např. domácí, do školy, na koně , venku apod..

Značně velký problém má s určitou skupinou obchodů a zařízení, které odmítá navštěvovat zatím z nejasných důvodů. Nechce chodit do zmíněných objektů a zůstává sedět v autě nebo venku. Možná je to zapříčiněno malým prostorem uvnitř nebo spoustou lidí (což si velice dobře umí zapamatovat). Nemá rád velké množství lidí a snaží se těmto místům vyhýbat.

5.3.1 Úroveň komunikace při nástupu do ZŠ

Chlapec J. verbálně nekomunikoval, až na výjimky několika slov a za použití svého žargonu – Hod’o – máma, Honza, táta, had, hafá, domů, jdeme, ahoj.

Receptivní chápání řeči bylo na velké úrovni a rozuměl všem základním pokynům a příkazům učitele.

Úroveň řečové percepce se tak jevila jako značně kolísavá. Oční kontakt chlapec navazoval sporadicky, letmo a ne za účelem komunikace. Oční kontakt neudržoval a těkal očima z místa na místo. Mimiku obličeje neuměl používat k dané situaci, často se smál v nevhodnou chvíli a byl myšlenkami jinde. Chlapci J. je diagnostikována epilepsie s projevy zahledění – chvilkovou nepřítomností, což velmi ovlivňuje celou komunikaci a soustředění.

5.3.2 Metody používané k rozvoji komunikace

Při rozvoji chlapcovy komunikace mu nejvíce pomohla ALTERNATIVNÍ KOMUNIKACE, Od předškolní přípravy a doma byli používány metody VOKS. Chlapec je klasickým příkladem diagnostiky dle narušené komunikační schopnosti při PAS, kdy jedinec má snahu mluvit, ale není toho schopen. Od ranného věku byl kladen důraz na to, aby se mohl domluvit s ostatními lidmi. Doma měl polepeny všechny spotřebiče nejprve fotkami, na lednici například fotky oblíbených pokrmů a tyto fotografie se učil přinášet v důsledku na jeho zájem o určitou činnost nebo jídlo či potřebu. V základní škole se začal učit poznávat v těchto věcích piktogramy, nové předměty a činnosti. Paní učitelka mu vytvořila nový komunikační slovník, který si s sebou nosil i domů a s jeho pomocí se snažil komunikovat. Slovník byl vytvořen barevně dle činností a postupně se přidávala naučená – pochopená nová slova.

V další fázi se chlapec učil skládat větné celky a na komunikační slovník byla přidělána větná lišta. Na začátku byl umístěn piktogram s významem „chci a nechci“ a chlapec se učil vyjadřovat své názory na činnosti a potřeby.

Na rozdíl od postupu metodiky VOKS, jež předpokládá, že dítě po složení věty proužek z knihy sejme a vymění jej s učitelkou za svůj požadavek, Chlapcův větný proužek zůstává připevněný ke knize. Chlapec na něj umístí vybranou kartu a poté společně s učitelkou „přečte“ celou větu prostřednictvím ukazování. Následuje splnění jeho požadavku. (viz. Příloha č.3)

Tato metoda se postupně rozšiřuje o předměty a činnosti, které chlapec Josífek pochopí a naučí se je používat – potřebovat ke své komunikaci.

Josífek také používal komunikátor GO TALK 20+ (viz. Příloha č.3), zde měl jak základní znaky denní potřeby vytvořené pomocí programu BOARDMAKER. Další tabulky měl na výuku písmen, počasí , barev aj.. Chlapec je velmi šikovný při práci na komunikátoru nebo i-Padu. Nyní ,při používání tabletu při práci, odmítá práci na komunikátoru.

Další metodou používanou k chlapcově komunikaci je Český znakový jazyk (ČZJ) v kombinaci s Makatonem. Josífek se tomuto způsobu komunikace učí cca poslední 3 roky. V prvním roce výuky znaku se Josífek naučil asi 10-15 slov – znaků, hlavně základní denní potřeby a členové domácnosti:

- | | |
|------------------|------------|
| - máma | - táta |
| - babička | - děda |
| - pít | - jíst |
| - domů | - škola |
| - batoh do školy | - jít, jet |
| - stát, sedět | - počasí |

Znakoval jak ve škole, kde to po něm paní učitelka vyžadovala, tak i doma. Matka navštěvovala výuku ČZJ a společně s paní učitelkou spolupracovaly na rozvoji chlapcovi komunikace. Druhý rok se naučil další nové znaky a snažil se je na požádání používat. Tvořil jednoduché věty typu:

„JÁ JEDU AUTEM DO ŠKOLY.“

„MÁM BATOHO DO ŠKOLY.“

„KYTKA VONÍ“

„PRŠÍ, FOUKÁ VÍTR“

Protože Josífek umí i pár slov říci, používal kombinaci mluvené řeči a znaku. Zajímal se i o nové znaky a tvořil si také vlastní např. na hru na počítači nebo na i-Padu.

V třetím roce výuky došlo k výměně paní učitelky a Josífek přestal ve škole (dá se říci,) úplně znakovat. Doma s matkou znakuje, ale nemá o výuku dalších slov zájem a znakuje víceméně na požádání.

5.3.3 Závěry šetření

Výzkumná část zaměřená na kvalitativní metody byla úspěšně zrealizovaná.

V rámci případové studie je vidět zlepšení téměř ve všech oblastech vývoje. Veliký pokrok udělal chlapec i v rámci logopedické intervence, která u něho probíhá již 10 let - od roku 2005.. Zvládne dechová cvičení, špulení rtů, foukání. Cvičí motoriku mluvidel.

Slovní zásoba se velmi zlepšila a to i díky nácviku logopedických vazeb, pasivní zásoba je na velice dobré úrovni a to i díky komunikačním metodám VOKS a globálnímu čtení. Výborně rozumí základním povelům a pokynům a ví, o čem je při hovoru řeč.

Jemná motorika je také na mnohem lepší úrovni, díky procvičování v rámci ergoterapie a canesterapie.

Hrubá motorika se díky fyzioterapii a hipoterapii neustále zlepšuje a z kvalitňuje se i chůze

chlapce.

Chlapec nemluví, stále je jeho zásoba mluvených slov velmi malá a zkomolená. Používá cca 10-12 slov v pojmenování osob, druhy zvířat a činností ve svém okolí. Rozumí téměř všemu. Učí se komunikovat prostřednictvím alternativního komunikačního systému, který je inspirován metodikou VOKS, avšak jeho použití je stále omezeno jen na čas individuálního výukového sezení. Zřízení a následné užívání komunikační knihy ve třídě je ale plánováno. Znakový jazyk, ve kterém probíhá jeho výuka, používá ve škole jen na vyzvání, doma znakuje hlavně dle vlastní potřeby.

Rodiče chlapce jsou se zařazením do speciální školy víceméně spokojeni a úzce spolupracují s pedagogickými pracovníky na rozvoji komunikace svého dítěte.

Z rozhovoru s matkou vyplynulo, že navštěvovala výuku českého znakového jazyka a další alternativní komunikace. Snaží se plně zapojit syna do běžné komunikace a to hlavně za použití znaku.

Současná úroveň komunikace

Porozumění řeči je na velmi dobré úrovni, rozumí všemu, co je po něm vyžadováno. Na pokyny chlapec reaguje velmi selektivně a se značnými výkyvy - záleží na situacích a prostředí, ve kterém se nachází, a na míře jeho soustředění. Jeho soustředění je v současné době ovlivněno i nástupem puberty. Chlapec Josífek nemluví, s výjimkou již zmiňovaných slov, často užívá slovo „jdeme“ a to z důvodu potřeby změnit situaci, a nebo si ho opakuje stále dokola k uklidnění se. Své nálady a pocity vyjadřuje spokojenými nebo nespokojenými zvuky. Četně artikulovaně vokalizuje. Zásadním problémem je, že chlapec J. by chtěl mluvit (dle jeho potřeb), ale není to možné. Někdy nemá chlapec vůbec potřebu komunikovat, respektive jakoukoliv komunikaci iniciovat. Při stresových situacích reaguje nepřiměřeným chováním, často křikem, odmítá vstoupit do místnosti nebo naopak opustit např. auto. Své potřeby a pocity nedokáže přijatelně sdělit, adekvátně nesdělí, co cítí, co ho bolí nebo z čeho má strach. Umí dát najevo svůj souhlas či nesouhlas. Na vyzvání dokáže poděkovat pomocí znaku „děkuji“.

V domácím prostředí komunikuje pomocí slov a znaků. Chlapec J. umí dobře ukazovat z nabízeného výběru, vždy se rozhodne, co bude vykonávat za činnost, jaké jídlo si vybere apod..

Ve škole používá znak velmi omezeně a celkově moc nekomunikuje.

Rodiče úzce spolupracují s pedagogickými pracovníky na rozvoji komunikace svého dítěte a snaží se, aby J. začal opět používat znaky a komunikoval s jejich pomocí.

Doporučení pro speciální pedagogickou praxi

Pro další praxi u chlapce s poruchou autistického spektra navrhuji nadále používat komunikační metodu VOKS s kombinací se znakovým jazykem MAKATON. Výhradně dbát dodržování používání znaku a vyžadovat jeho používání chlapcem, hlavně co se týká jeho požadavků a potřeb. Časem by měl být znak nahrazen verbální řečí. Navrhuji chlapce ponechat v základní speciální škole, v auti třídě s použitím individuálního vzdělávacího plánu. Podmínkou takového vzdělávání je speciálně upravené školní prostředí, aby nerušilo okolí a okolí nerušilo jeho, což by ve třídě, kam chlapec dochází, potřebovalo zlepšit a více přizpůsobit. Např. vytvořením tzv. úkolových boxů. Individuální přístup a přesné strukturování času a prostoru, práce na PC a tabletu, když chlapec preferuje komunikaci pomocí těchto zařízení. Chlapec by měl mít asistenta, který ovládá alternativní komunikaci a alespoň základy znakového jazyka a zajímá se o nové trendy a poznatky ve výuce těchto dětí.

6.Závěr

Bakalářská práce se zabývá problematikou logopedické intervence u dětí s poruchou autistického spektra. Tvoří ji tři kapitoly, první a druhá kapitola, vychází ze studia odborné literatury a zabývá se jednak charakteristikou daných poruch, tak i teoretickými východisky logopedického působení u takto handicapovaných dětí.

Praktická část práce se věnuje konkrétním možnostem rozvoje komunikace v prostředí speciální základní školy. Obsahuje případovou studii, zde je popsán chlapec s diagnózou atypického autismu a DMO. Cílem výzkumného šetření bylo zhodnotit současnou úroveň komunikace, identifikovat a popsat metody rozvoje komunikace používané při individuální práci s pozorovaným chlapcem, popsat prostředí třídy a prezentovat denní aktivity realizované ve třídě se zaměřením na činnosti rozvíjející komunikaci. Šetření probíhalo jak ve škole, tak v chlapcově domácím prostředí. Ke zhodnocení a pochopení celé problematiky byly velkým přínosem rozhovory s matkou dítěte a pedagogickými pracovníky.

Lze konstatovat, že cíle byly splněny. V kapitole Charakteristika třídy je popsána strukturalizace a vizualizace J. třídy, členění třídy na několik sektorů, v nichž se pravidelně realizují aktivity jen určitého charakteru. V celém prostoru třídy jsou použity prvky a pomůcky alternativní a augmentativní komunikace. Dále je v této podkapitole věnována pozornost jednotlivým denním aktivitám, jejichž prostřednictvím je rozvíjena funkční komunikace dětí.

V následujících kapitolách je zpracována případová studie chlapce, jeho rodinná, sociální a školní anamnéza. Rovněž je zde popsán současný stav komunikace dítěte a metody, jimiž toho bylo dosaženo.

Aby bylo možné pohlížet na chlapce z hlediska celé symptomatologie poruch autistického spektra, je ve studii popsán i současný stav nejen komunikačních schopností, ale i ostatních schopností a dovedností, které jsou stejně důležité k posouzení celkového stavu vývoje.

Jak je totiž zdůrazněno v teoretické části této práce, při logopedické intervenci je vždy nutné znát celý vývojový profil dětí s poruchou autistického spektra a ke každému přistupovat vždy individuálně.

7. Shrnutí

Bakalářská práce se zabývá komunikací a jejími problémy u osob s poruchou autistického spektra (PAS), možnostmi rozvoje komunikace pomocí alternativně augmentativních metod a systémů. Hlavním cílem bylo analyzovat užití prvků této komunikace u osob s PAS. Práce je rozdělena na teoretickou část a praktickou část. Teoretická část na základě analýzy odborných zdrojů popisuje problematiku autismu a objasňuje, co znamená alternativně augmentativní komunikace (AAK) a jaké metody lze použít u PAS. Ve výzkumném šetření bylo na základě pozorování a rozhovorů zjišťováno, jaké druhy metod a systémů alternativně augmentativní komunikace bylo použito u zkoumaného objektu a jaké měli nejlepší uplatnění pro rozvoj jeho komunikace. Zjistila jsem, že chlapec používá jak metody AAK s pomůckami, tak i bez pomůcek. Během terapie používal např. fotografie, piktogramy, obrázky, samotné předměty, ale také mimiku, gesta, znak. Potvrdila jsem, že jednou z nejdůležitějších věcí celé terapie je spolupráce a maximální kolektivita u všech, kteří se podílejí na chlapcově komunikační terapii. A snaží se dosáhnout cíle – *komunikace*.

8. Použitá literatura

1. BONDY, A., FROST, L. *Vizuální komunikační strategie v autismu*. Vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 2007. 132 s. ISBN 978-80-247-2053-1
2. BUNTOVÁ, D., TICHÁ, E. 2009. Autizmus. In KERÉKRETIOVÁ, Z. et al. *Základy logopédie*. Bratislava : Univerzita Komenského, 2009, ISBN 978-80-223-2574-5. s. 257-273
3. ČADILOVÁ, V., ŽAMPACHOVÁ, Z. *Strukturované učení: vzdělávání dětí s autismem a jinými vývojovými poruchami*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-475-5
4. GILLBERG, C., PEETERS, T. *Autismus - zdravotní a výchovné aspekty*. Vyd. 3. Praha : Portál, 2008. 122 s. ISBN 978-80-7367-498-4
5. HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2004. 206 s. ISBN 80-7178-813-9
6. JANOVCOVÁ, Z. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Vyd. 1. Brno : Masarykova univerzita, 2003. 48 s. ISBN 80-210-3204-9
7. JELÍNKOVÁ, M. *Vzdělávání a výchova dětí s autismem*. Praha : Univerzita Karlova, 2008. 104 s. ISBN 978-80-7290-383-2
8. JELÍNKOVÁ, M., NETUŠIL, R. *Autismus I. Problémy komunikace dětí s autismem*. Vyd. 1. Praha : Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 1999. 10 s.
9. KERÉKRETIOVÁ, A. *Základy logopédie*. Vyd. 1. Bratislava : Univerzita Komenského, 2009. 343 s. ISBN 978-80-223-2574-5
10. KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 2006. 228 s. ISBN 978-80-247-1110-2
11. KNAPCOVÁ, M. *Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS*. Vyd. 2. Praha : Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2006. 90 s. ISBN 80-86856-14-3
11. KUBOVÁ, L. *Alternativní komunikace: cesta ke vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí*. Vyd. 1. Praha : Tech-market, 1996. 45 s.
12. KUBOVÁ, L. Používání alternativních a augmentativních komunikačních systémů v naší republice při výchově a vzdělávání dětí, žáků a studentů s komunikačními problémy. *Speciální pedagogika: časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*. 2008, roč. 18, č. 3, 240 - 246. ISSN 1211-2720
13. KUBOVÁ, L., RÁDKOVÁ, P., PAVELOVÁ, Z. *Znak do řeči*. Vyd. 1. Praha : Tech-market, 1999. 87 s. ISBN 80-86114-23-6
14. LECHTA, V a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2003. 360 s. ISBN 80-7178-801-5
15. LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2005. 386 s. ISBN 80-7178-961-5
16. LECHTA, V. *Logopedické repetitorium: teoretické východiska súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. Vyd. 1. Bratislava : Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990. 278 s. ISBN 80-08-00447-9
17. MAREŠOVÁ E., JOUDOVÁ P., SEVERA S., *Dětská mozková obrna*, Galén, spol.s r.o., 2011. ISBN 978-80-7262-703-5
18. PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie v mateřských školách. Informatorium 3-8: časopis*

pro výchovu v mateřské a obecné škole. 2005, roč. 12, č. 10, 12 - 13. ISSN 1210-7506

19. RICHMAN, S. *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza.* Vyd. 2. Praha : Portál, 2008. 128 s. ISBN 978-80-7367-424-3

20. ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. A KOL. *Klinická logopedie.* Vyd. 2. Praha : Portál, 2007. 616 s. ISBN 978-80-7367-340-6

21. STRAUSSOVÁ, R., KNOTKOVÁ, M. *Průvodce rodičů dětí s poruchou autistického spektra: jak začít a proč.* Vyd. 1. Praha : Portál, 2011. 135 s. ISBN 978-80-262-0002-4

22. THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra.* Vyd. 1. Praha : Portál, 2006. 456 s. ISBN 80-7367-091-7

23. VALENTA, M., MULLER, O., MUSIL, J. V. *Psychopedie: teoretické základy a metodika.* Vyd. 1. Praha : Nakladatelství Parta, 2003. 443 s. ISBN 80-7320-039-2

24. VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie.* Vyd. 1. Olomouc : Univerzita Palackého, 2005. 182 s. ISBN 80-244-1088-5

25. ŘÍHOVÁ, A. *Poruchy autistického spektra: (pomoc pro rodiče dětí s PAS).* Vyd. 1. Olomouc : Univerzita Palackého, 2011. 90 s. ISBN 978-80-244-2677-8

26. ŘÍHOVÁ, A. *Logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra. Efeta - otvor sa: odborný časopis pre komplexnú rehabilitáciu ľudí s postihnutím.* 2009, roč. 19, č. 4, 24 - 25. ISSN 1335-1397

27. SEIDL Z., *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory,* Vyd. 1 Praha, Grada Publishing 2008, ISBN 978-80-247-2733-2

28. *Raná péče* <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>

9. Přílohy

č.1: SCREENING AUTISMU

1) Úroveň řeči vašeho dítěte – spontánní řeč (nezapočítávejte slova a věty, které vaše dítě po duhých jen opakuje, i když třeba i s větším časovým odstupem). Zatrhněte jednu z možností:

nemluví - užívá jednotlivá slova - užívá dvou až tříslavné - mluví v delších větách

spojení / věty

U všech dalších položek zaškrtněte ANO – NE podle toho zda jste toto chování u vašeho dítěte někdy pozorovali (i když z něj už mohlo vyrůst a v současnosti ho už nepozorujete), nebo zda se u něho toto chování nikdy neobjevovalo. U dětí nemluvicích na otázky týkající se kvality řeči (2-8) neodpovídejte.

- | | | | |
|---|---|-----|----|
| 2) Zapojuje se do společenského povídání, debat | + | ANO | NE |
| 3) Při rozhovoru se dokáže střídat v řeči se svým partnerem | + | ANO | NE |
| 4) Má sklon k neustálému opakování stejných slov nebo vět | | ANO | NE |
| 5) Klade nevhodné otázky (nepřiměřené situaci) | | ANO | NE |
| 6) O sobě nemluví v první osobě (neříká „chci“, ale „chceš“ nebo „chce“ apod.) | | ANO | NE |
| 7) Vymýšlí si svá vlastní, nová slova | | ANO | NE |
| 8) Má své rituály v řeči (např. na začátku nebo při ukončení nějaké činnosti musí říkat vždy stejná slova nebo věty) | | ANO | NE |
| 9) Nutkavě opakuje některé činnosti (např. dotýká se nějakých předmětů, sahá lidem na vlasy) nebo celé rituály | | ANO | NE |
| 10) Má zvláštní, situaci nepřiměřený výraz obličeje | | ANO | NE |
| 11) Domlouvá se přímým vedením těla dospělého (např. vede vaši ruku, když chce něco podat) | | ANO | NE |
| 12) Má neobvyklé zájmy nebo zaujetí zvláštní činností | | ANO | NE |
| 13) Používá některé předměty stále stejným způsobem (beze změny) a opakuje s nimi neúčelnou činnost | | ANO | NE |
| 14) Má omezený rozsah zájmů (např. o jízdní řády, historii, dinosaury, počítače) | | ANO | NE |
| 15) Má neobvyklý zájem o pozorování některých podnětů (světla, pohyby, čichání, zvuky) | | ANO | NE |
| 16) Má zvláštní stereotypní pohyby rukou nebo prstů (třepe rukama nebo prsty před očima apod.) | | ANO | NE |
| 17) Má zvláštní stereotypní pohyby celého těla (např. neobvyklé poskoky, točení se) | | ANO | NE |
| 18) Má sklon si úmyslně ubližovat (škrábe se, tluče se do hlavy apod.) | | ANO | NE |
| 19) Má silný vztah k některým zvláštním předmětům (např. provázky, telefonní seznam, kovová kulička apod.) | | ANO | NE |

20) Má alespoň jednoho skutečného přítele	+	ANO	NE
21) Napodobuje činnosti druhých lidí	+	ANO	NE
22) Ukazuje na věci, aby vyjádřil svůj zájem o ně	+	ANO	NE
23) Dobře používá gesta (k vyjádření potřeb, pocitů apod.)	+	ANO	NE
24) Kývá hlavou na souhlas	+	ANO	NE
25) Vrtí hlavou, aby vyjádřil nesouhlas	+	ANO	NE
26) Dobře navazuje oční kontakt	+	ANO	NE
27) Usmívá se na druhé lidi v reakci na jejich úsměv	+	ANO	NE
28) Snaží se upoutat pozornost druhých na věci, které ho zajímají	+	ANO	NE
29) Nabízí druhým věci, když se chce o ně podělit	+	ANO	NE
30) Snaží se sdílet s druhými radost ze hry, z nových zážitků apod.	+	ANO	NE
31) Když druhého něco bolí, snaží se ho utěšit	+	ANO	NE
32) Snadno zahajuje sociální kontakt přiměřeným, nevtíravým způsobem	+	ANO	NE
33) Má omezený rozsah výrazů v obličeji, kterými by doprovázel rozhovory nebo něco sděloval	+	ANO	NE
34) Hraje napodobivé hry(na „maminku a tatínka“ „na školu“apod.)	+	ANO	NE
35) Zabývá se fantazijní hrou (jakoby pije nebo vaří v dětském nádobíčku)	+	ANO	NE
36) Má zájem o druhé děti	+	ANO	NE
37) Reaguje na pozvání druhých dětí ke hře	+	ANO	NE
38) Většinou ihned reaguje na zavolání	+	ANO	NE
39) Zapojuje se do fantazijních her s druhými dětmi jeho věku	+	ANO	NE
40) Zapojuje se do skupinových her	+	ANO	NE

ANO - 1 bod, NE - 0 bod

+ obrácené skórování

č. 2: Rozhovor s matkou chlapce

Kdy jste začali pozorovat první výskyty autismu?

Matka: *J. se narodil s diagnózou DMO, mozečkové formy a celkový jeho vývoj byl velmi atypický, jak v porovnání s dětmi s dětskou mozkovou obrnou, tak i pozdějším pozorováním a srovnáním s autismem. První znaky jsem začala pozorovat mezi třetím a čtvrtým rokem života. V tomto období, se nám podařilo cvičením Vojtovou metodou J. vertikalizovat a i když s menšími problémy i rozpohybovat. Stále tu byly problémy s jeho chováním (negativně reagoval na změny), chyběl mu oční kontakt, špatně navazoval sociální vztahy, hodiny si dokázal hrát s jedním předmětem (např. s provázkem, tkaničkami od bot, se zipem) a hlavně, i když všemu rozuměl, nekomunikoval. Asi tak od čtyř let umí cca 10 slov, a když se naučí nové slovo, v podstatě ho vymění za jiné. Od té doby ho nepoužívá.*

Kde Vám diagnostikovali autismus a v kolika letech?

Matka: *J. byl diagnostikován Atypický autismus v jeho šesti letech, v centru autismu APLA Praha. Předcházelo tomu neuvěřitelné množství jiných vyšetření, například psycholog, psychiatr, magnetická rezonance mozku atd.. Neustále jsem studovala literaturu a porovnávala vzorce chování jiných dětí s DMO. Po nástupu do předškolní přípravy se také J. dostal tzv. pod křídla SPC a k paní Mgr. M, která měla podezření na autistické rysy a doporučila nám toto vyšetření.*

Jak se změnila práce a komunikace s J.?

Vše se úplně změnilo od samého počátku. Doma jsme již začali používat obrázkový systém k dorozumívání dříve, ale nyní jsme ho rozšířili a upravili. Hlavně jsme pochopili veškeré J. nálady a začali plánovat. J. dopředu vždy musí vědět, co bude následovat, aby ho nepřekvapila žádná nová situace a mohl se na ní vždy dopředu připravit a zaujmout k ní nějaký postoj. Já, jako matka, nemám od narození problém dorozumět se s ním, ale vzala jsem si za poslání naučit J. komunikovat s ostatními lidmi. Proto jsem dva roky chodila na český znakový jazyk a nyní se ho již 2-3 roky snažím naučit i svého syna.

Jak se daří J. znakový jazyk používat?

Před necelými 3 lety jsme začali úzce spolupracovat s jeho paní třídní učitelkou na Základní speciální škole, během prvního roku se naučil asi 15-20 znaků a šlo mu to velice dobře. Pomalu začal používat – znakovat celé věty. V druhém roce již uměl celkem 35 -40 znaků a ve škole je velmi dobře používal a začal je pomalu používat i v běžném životě, když to po něm člověk vyžadoval. Přišel ovšem nástup puberty a ještě ke všemu změna učitele a třídy. Jiné metody a jiný postup nové paní učitelky způsobily, že i když J. naučené znaky víceméně zná, používá je nejvíce se mnou a ve škole se dá říci je úplně odmítá. Věřím, že se tento stav zlepší

a to hlavně po odeznění puberty a také zvyknutím si syna na „nové skutečnosti“.

Jaké komunikační systémy využíváte?

Matka: *Začínali jsme s kartičkami. Všechny možné situace, osoby předměty jsme měli vyfocené a nalepené na lednici, televizi, zdi atd... Teď už fotky a obrázky moc nevyužíváme, jen když někam jedeme, tak mu ukážu fotku a nebo mu to řeknu. Jelikož J. dá se říci plně rozumí mluvenému slovu, já mu sděluji informace a on reaguje pozitivně nebo negativně. Vždy se mu snažím dát na výběr, aby mohl reagovat a také měl možnost volby. Ukazuje – použije i znak na to, co chce a vezme za ruku a odvede si člověka kam potřebuje.*

Jak vůbec reaguje J. na změny?

Matka: *Záchvaty vzteku, co se změn týče, nastávají pouze v případě, když jedeme někam, kam zrovna J. nechce jet, to ho nedostaneme z auta ven. Většinou víme, kam chce nerad a snažíme se těmito situacím vyvarovat. Celkově má nerad prostory, kde je mnoho lidí a ještě mu to nic nepřinese, např. do malého supermarketu nepůjde s matkou nakoupit, protože mu to prostředí nemá co nabídnout, do velkého centra už půjde, protože tam jsou jezdící schody, výtahy a např. kavárny a restaurace (kam v případě nouze rád zavítá, hlavně na pití).*

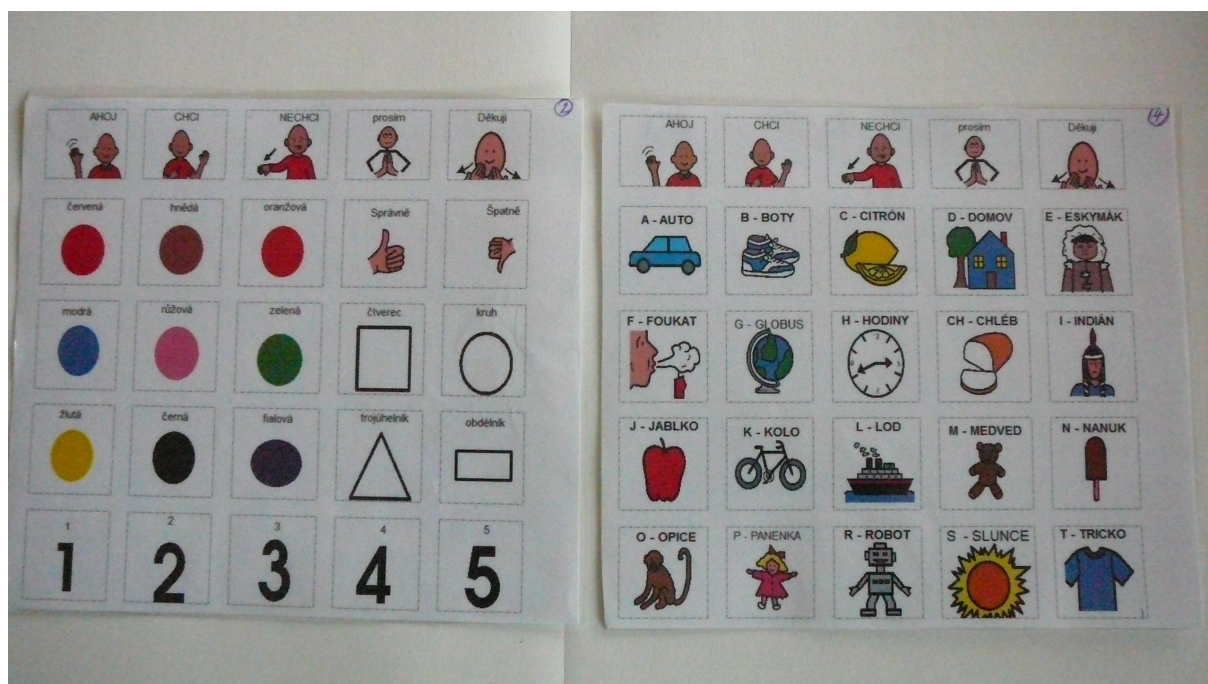
Viděla jsem, že do logopedické terapie je možné zařadit i tablet. Používáte ho taky? Máte některé programy, které J. pomáhají rozvíjet se v oblasti komunikace?

Matka: *Ano, tablet používáme docela často. Máme několik aplikací, které se v této oblasti dají dost dobře využít. Má zde i svou výuku ve škole a hlavně J. od útlého dětství počítače moc zajímají, takže i tablet. Rád si hledá na tabletu hlavně na YOUTUBE, co ho zajímá a má rád. Rád si zahraje i nějakou hru a dá se říci, že v tom je docela dost dobrý v porovnání s celkovým jeho stavem. Dále máme třeba aplikaci na matematiku, tu ale J. nemá moc rád nebo spíš se mu s ní nechce moc pracovat. Úkolem tady je například přiřazovat čísla k počtu teček na obrázku. Potom taky máme aplikaci na barvy, různé puzzle. Nejdůležitější u každé činnosti je, že nesmíme J. nikdy do ničeho nutit, jinak se zasekne a nechce dělat vůbec nic.*

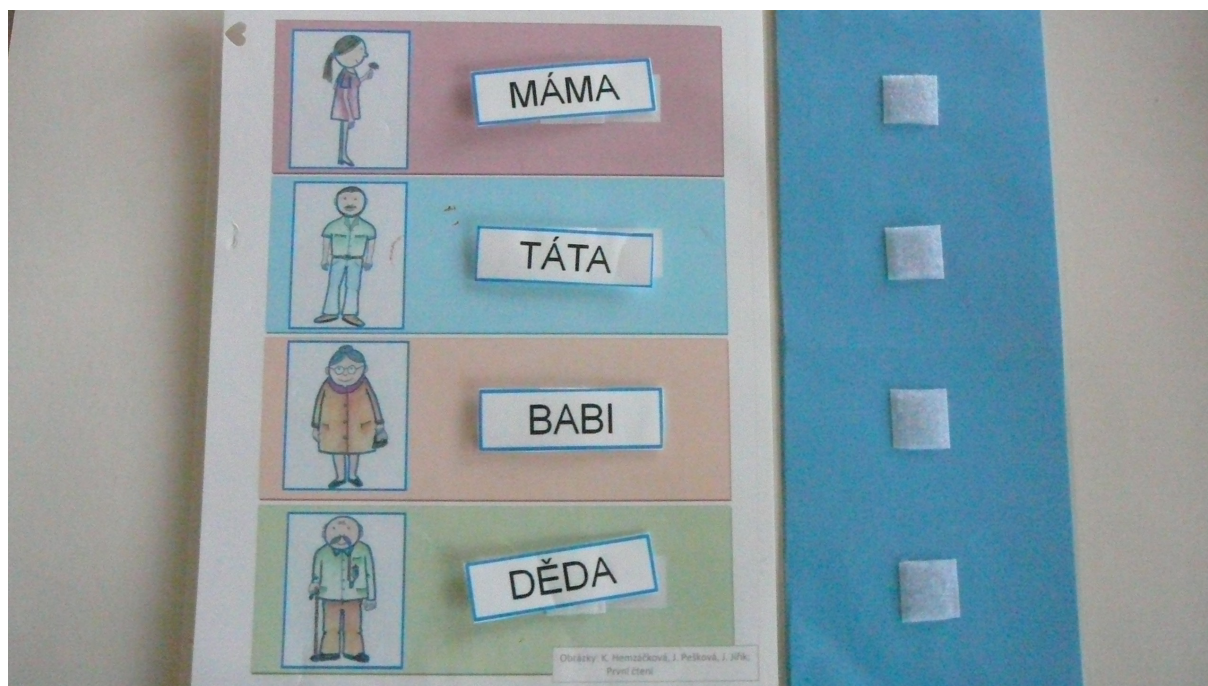
č.3: Pomůcky komunikační a učební



Komunikátor GO TALK 20+



Příklad komunikačních karet na komunikátor



Komunikační knížka s větným proužkem a piktogramy

