

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM**

2013– 2017

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Lucie Ducháčková**

**Komunikace s jedincem s pervazivní vývojovou poruchou**

Praha 2017

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Martina Karkošová, Ph. D.

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

**BACHELOR COMBINED STUDIES**

2013- 2017

**BACHELOR THESIS**

**Lucie Ducháčková**

**Communication with the person with pervasive  
developmental disorder**

Prague 2017

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

Mgr. Martina Karkošová, Ph. D.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Jméno

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Martině Karkošové Ph. D. za její rady a připomínky při psaní této práce.

## **Anotace**

Cílem bakalářské práce je poukázat na druhy narušené komunikační schopnosti, které lze diagnostikovat u jedinců s pervazivní vývojovou poruchou a formy komunikace, které lze s těmito jedinci využít jak ve školním prostředí, tak i v rodině. Je zde též popisována klasifikace, etiologie a symptomatologie pervazivních vývojových poruch, mentální retardace. Jsou zde charakterizovány komunikační systémy používané v interakci s těmito jedinci a možnosti jejich rozvoje v rámci logopedické intervence. V praktické části jsou uvedeny kazuistiky chlapců s pervazivní vývojovou poruchou, u kterých byly sledovány upřednostňované komunikační systémy.

## **Klíčová slova**

Alternativní a augmentativní komunikace, Aspergerův syndrom, dětský autismus, kazuistika, mentální retardace, opožděný vývoj řeči, pervazivní vývojové poruchy, Rettův syndrom, vývojová dysfázie

## **Annotation**

The aim of the thesis is to show the sort of communication skills that can be diagnosed in individuals with pervasive developmental disorder and a form of communication that can be used with these individuals both in the school environment and in the family. There is also described classification, etiology and symptomatology of pervasive developmental disorders, mental retardation. It is characterized by communication systems used in the interaction with these individuals and their possibilities for development in the context of speech therapy intervention. The practical part of the case studies of boys with pervasive developmental disorder, which have been monitored by the preferred communication systems.

## **Keywords**

Augmentative and alternative communication, Asperger's syndrome, casuistry, individuals with pervasive developmental disorder, delayed speech development, developmental dysphasia., infantile autism, mental retardation, pervasive developmental disorder, Rett syndrome,

<b>ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>11</b>
<b>1 OSOBA S PERVAZIVNÍ VÝVOJOVOU PORUCHOU.....</b>	<b>11</b>
1.1 Etiologie Pervazivní vývojové poruchy.....	12
1.2 symptomatologie pervazivní vývojové poruchy .....	14
1.2.1 Sociální interakce .....	14
1.2.2 Narušená schopnost představivosti.....	16
1.2.3 Vývoj komunikace jedinců s pervazivní vývojovou poruchou .....	17
1.2.4 Edukačně- hodnotící profil dítěte s poruchou autistického spektra .....	18
1.3 Klasifikace pervazivní vývojové poruchy.....	22
1.3.1 Dětský autismus.....	22
1.3.2 Atypický autismus .....	23
1.3.3 Rettův syndrom.....	23
1.3.4 Jiná dezintegrační porucha .....	24
1.3.5 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby.....	25
1.3.6 Aspergerův syndrom .....	25
1.3.7 Jiné pervazivní poruchy.....	26
1.3.8 Nespecifikované pervazivní poruchy .....	26
1.4 Komunikace s jedincem s pervazivní vývojovou poruchou.....	27
1.4.1 Diagnostika.....	29
<b>2 OSOBA S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....</b>	<b>32</b>
2.1 Etiologie mentálního postižení .....	34
2.2 symptomatika mentálního postižení .....	35
2.2.1 Lehká mentální retardace .....	35
2.2.2 Středně těžká mentální retardace .....	36
2.2.3 Těžká mentální retardace .....	36
2.2.4 Hluboká mentální retardace .....	37
2.2.5 Jiná mentální retardace .....	38
2.2.6 Nespecifická mentální retardace .....	38
2.3 Komunikace osoby s mentálním postižením .....	39
2.3.1 zásady správné komunikace s mentálně postiženým .....	39
2.4 Diagnostika .....	40
<b>3 KOMUNIKACE OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....</b>	<b>41</b>
3.1 Piktogramy.....	42
3.2 Procesní schémata.....	42
3.3 Globální metoda čtení .....	43

3.4	MAKATON .....	44
3.5	Znak do řeči.....	45
3.6	Systém Bliss .....	45
3.7	Výměnný obrázkový komunikační systém .....	46
<b>4</b>	<b>NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST U OSOB S PERVAZIVNÍ VÝVOJOVOU PORUCHOU .....</b>	<b>48</b>
4.1	Opožděný vývoj řeči.....	49
4.2	Vývojová dysfázie.....	50
4.2.1	Druhy vývojové dysfázie .....	50
4.2.2	Příčina .....	51
4.2.3	Stupně poruchy.....	51
4.2.4	Příznaky dysfázie .....	51
4.2.5	Diagnostika.....	52
4.3	Logopedická péče .....	53
	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>57</b>
<b>5</b>	<b>CÍL PRAKTICKÉ ČÁSTI.....</b>	<b>57</b>
	KAZUISTIKA 1. ....	59
5.1	KAZUISTIKA 2. ....	62
5.2	KAZUISTIKA 3. ....	65
<b>5.3</b>	<b>KAZUISTIKA 4.....</b>	<b>67</b>
5.4	DISKUZE .....	69
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>71</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>72</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>77</b>



## ÚVOD

V první kapitole této bakalářské práce jsme se zaměřili na definici osoby s pervazivní vývojovou poruchou. Dále pojednáváme o etiologii a symptologii toho postižení, kde jsme se rozhodli popsat druhy sociální interakce u těchto jedinců, dále jsme zde popsali edukačně-hodnotící profil dítěte s poruchou autistického spektra. V dalších kapitolách rozebíráme klasifikaci těchto poruch, do kterých např. Atypický autismus, Rettův syndrom či Aspergerův syndrom, a každého druhu pervazivních vývojových poruch popisujeme jeho charakteristiku. Poté jsme se zaměřili na definici a klasifikaci mentálního postižení, do které patří lehká, středně těžká, těžká, hluboká, jiná či nespecifikovaná mentální retardace a která se při těchto poruchách často vyskytuje, autorka zde popisuje diagnostiku mentálního postižení. V další kapitole jsme zaměřili na popis alternativní a augmentativní komunikace, jež využíváme v každodenní činnosti s jedinci s mentálním postižením. Do této komunikace patří např. piktogramy, procesní schémata, globální čtení, znak do řeči, systém BLISS či výměnný obrázkový systém (VOKS).

V poslední kapitole teoretické práce se autorka rozhodla popsat různé druhy narušených komunikačních schopností, vyskytujících se při pervazivních vývojových poruchách, jmenovitě jde o opožděný vývoj řeči, vývojovou dysfázii, symptomatické poruchy řeči a logopedickou péči, která se zaměřuje také na využití např. strukturovaného učení a TEACCH programu při učení těchto jedinců.

V praktické části je vymezen cíl, charakteristika popisovaný kazuistik, forma zjišťování údajů, které jsme při sestavování kazuistik využili. Popisujeme zde kazuistiky čtyř chlapců s pervazivními vývojovými poruchami. Kazuistiky jsou zaměřeny na chlapce, žijící v dětském domově a navštěvující Základní školu speciální a jedna kazuistika zaměřená na chlapce z rodiny, docházejícího do speciální mateřské školy. V této praktické části dále rozebíráme jejich rodinnou, osobní anamnézu a

popisujeme zde jejich komunikaci, sebeobslužné činnosti, jemnou a hrubou motoriku. Dále je zde rozebíráno, kde jsou u těchto jedinců nedostatečnosti a možnosti jejich nápravy. V podkapitole diskuze ověřujeme stanovené otázky, které jsme si vymezili v cíli praktické práce.

Cílem této práce je poukázat na druhy narušené komunikační schopnosti, které lze diagnostikovat u jedinců s pervazivní vývojovou poruchou a formy komunikace, které lze s těmito jedinci využít jak ve školním prostředí, tak i v rodině. Doufáme, že by tato práce mohla dopomoci laické veřejnosti seznámit se s těmito poruchami, formami možné komunikace s těmito jedinci a možnostmi spolupráce s jedinci s pervazivní vývojovou poruchou a formami komunikace a tím by mohla změnit přístup laické veřejnosti k těmto jedincům.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 OSOBA S PERVAZIVNÍ VÝVOJOVOU PORUCHOU

Pervazivní (všepřonikající) vývojové poruchy jsou obecně značeny jako celoživotní neuropsychiatrické onemocnění, která se projevují opožděným a abnormním vývojem sociálních, komunikativních a kognitivních funkcí.

Pervazivní vývojové poruchy jsou jedny z nejzávažnějších postižení, které vznikají na neurobiologickém podkladě. To znamená, že jedinec nechápe to, co slyší, vidí či prožívá. Má svůj vnitřní svět, který se od našeho výrazně liší, a tudíž není lehké ho pochopit. Duševní vývoj jedince je kvůli tomuto handicapu narušena hlavně v oblasti komunikace, sociální interakce a představitosti. Doprovází jej specifické vzorce chování. Děti s pervazivní vývojovou poruchou nezvládají sociální situace, nechápou společenská pravidla, nezvládají nenadále situace, jsou hyperaktivní a hypersenzitivní na různé vjemy, např. chuť, pach či teplo. (THOROVÁ, 2006)

Během posledních sta let došlo pojetí pervazivně vývojových poruch velkými změnami, tomu velmi napomohl příliv nových informací, které během let měnili názory mnohých odborníků.

*„Pervazivní vývojové poruchy charakterizují tři hlavní skupiny příznaků- stereotypní chování a zájmy, narušená sociální integrace a narušená komunikace. Každoročně se v České republice narodí 100 až 200 dětí s autismem, 400 až 700 dětí s Aspergerovým syndromem a asi 6 až 7 s Rettovým syndromem.<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> ČEVELA, R., ZVONÍKOVÁ, A., *Děti s pervazivní vývojovou poruchou* [online] 15. 11. 2015. Dostupné: <http://www.mpsv.cz/cs/13898>

Podezření na pervazivní vývojovou poruchou se zpravidla konstatuje ve 2 až 2,5 roku, ale mnohdy i později. Diagnóza se prokazuje celou řadou screeningovým metod, spolehlivě pak zpravidla až kolem 3 let věku dítěte.

Jedinci s pervazivní vývojovou poruchou problematicky vyjadřují své potřeby a pocity a nerozumí tomu, proč jim okolní svět nerozumí. To může způsobovat uzavření dítěte do sebe.

## 1.1 ETIOLOGIE PERVAZIVNÍ VÝVOJOVÉ PORUCHY

Moderní vědecké teorie vysvětlují vznik autismu jako důsledek geneticky podmíněných změn ve vývoji mozku. Pervazivní vývojové poruchy jsou považovány za poruchy vrozené. Tyto poruchy řadíme mezi neurovývojové poruchy na neurobiologickém základě. Z hlediska neuropsychického problému dítěte vychází z potíží s vnímáním a zpracováním informací. Nejedná se pouze o jedno místo v mozku, které zodpovídá za vznik autismu, ale jde spíše o poruchu komunikačních a integračních funkcí mozku. Předpokládáme, že pokud existuje heterogenita v projevech, bude existovat i rozmanitost v příčinách.

Významnou roli zde hrají i genetické faktory, které se na vzniku autismu podílí, zvláště počet genů v různé míře. Riziko je pro rodinu s dítětem s autismem tedy vyšší než u běžné populace. Určitý význam v etiologii pervazivních vývojových poruch mohou být také rizikové faktory v těhotenství. (THOROVÁ, 2006)

*„Moderní vědecké teorie směřují k pojímání autismu jako důsledku geneticky podmíněných změn v mozkovém vývoji. Poruchy autistického spektra jsou považovány za vrozené. Specifické projevy v chování dítěte nejsou způsobeny chybným výchovným vedením. Autismus řadíme mezi neurovývojové poruchy na neurobiologickém základě (teoreticky jsou nejvíce zvažovány dysfunkce v oblasti mozečku, limbického systému, kůry mozkové, cingula, hippokampu).“<sup>2</sup>*

---

<sup>2</sup> Poruchy autistického spektra [online] dostupné z: <http://www.vzdelavaniaautismus.cz/o-autismu>

Hlavní příčinou vzniku pervazivních vývojových poruch bývají považovány vrozené abnormality mozku. To znamená, že je toto postižení neurologického původu a projevuje se specificky v kognitivním vnímání a chování postiženého jedince. Je předpokladem, že zde roli hrají genetické faktory či různá infekční onemocnění.

V posledních letech se na veřejnosti vyskytlo podezření, že pervazivní vývojové poruchy vznikají jako důsledek některých druhů očkování, jmenovitě MMR (neasels, příušnice, Rubeola) vakcíny. Někteří lékaři připouští, že očkování může být spouštěčem pervazivních vývojových poruch, ale není jich mnoho, kteří by toto mínění veřejně přiznali.

Většina těchto podezření vychází od rodičů dětí s jedním z druhu těchto poruch. Zatím nebylo stoprocentně potvrzeno ani vyvráceno, že by očkování vakcínou MMR mělo za následek vznik pervazivních vývojových poruch.

*„Nyní již jsou známy případy, kdy soud přiznal odpovědnost MMR vakcíny za vznik autismu u chlapce v USA v roce 2013. V České republice je ročně diagnostikováno cca 2-20 případů pervazivně vývojových poruch na 10 000 dětí, s vyšším procentem vzniku postižení u chlapců.“<sup>3</sup>*

Předpokládaným vznikem pervazivně vývojových poruch je nedokonalá regulace tzv. neuromediátorů. Tyto chemické látky, které se vytvářejí v mozku, jsou potřeba ke správné komunikaci mezi buňkami nervové soustavy. Při vyšetření zobrazovacími metodami byly již zjištěny morfologické funkční odchylky mozkových struktur. Při vyšetření SPECT bylo odhaleno, že u určitého procenta jedinců s pervazivními vývojovými poruchami je nižší průtok krve v čelních a temenních lalocích mozku

---

<sup>3</sup> ČEVELA, R., ZVONÍKOVÁ, A., *Děti s pervazivní vývojovou poruchou* [online] 15. 11. 2015 (17. 2. 2016) Dostupné: <http://www.mpsv.cz/cs/13898>

## 1.2 SYMPTOMATOLOGIE PERVAZIVNÍ VÝVOJOVÉ PORUCHY

Pervazivní vývojové poruchy mají tři základní okruhy příznaků, jimi jsou prenatální a perinatální vývoj a psychomotorický vývoj v prvních pěti měsících života jsou zdánlivě normální. Mezi pěti měsíci a čtyřmi léty dochází ke ztrátě manuálních dovedností, což je spojena s komunikační dysfunkcí, zhoršenou sociální interakcí. Je těžce postižena expresivní a receptivní řeč. Objevují se stereotypní pohyby rukou. Do symptomatologie pervazivních vývojových poruch patří základní triáda symptomů, kam spadá porucha sociální interakce, porucha komunikace a porucha představivosti.

*„Je celá řada dalších symptomů, které se u autismu často vyskytují. Pro stanovení diagnózy se však považují za podstatné. Přesto si zaslouží, abychom se o nich zmínili: hyperaktivita (zvláště v raném dětství), hypoaktivita (zvláště v raném dětství a adolescenci), sluchové hyper- nebo hypo- senzitivita a různé reakce na zvuky a hluk (pozorovatelné především během prvních let života, ale obvykle periodicky či permanentně přítomny i dospělém věku), přecitlivělost na dotek, bizarní stravovací návyky, včetně pojídání nejedlých předmětů, sebezraňování, snížená citlivost, vnímání bolesti, výbuchy agrese a kolísání nálad. S těmito projevy se setkáváme přinejmenším u jedné třetiny všech postižených autismem.“<sup>4</sup>*

### 1.2.1 SOCIÁLNÍ INTERAKCE

*„Sociální chování můžeme u dětí pozorovat už od prvních týdnů i dnů života. Sociální úsměv, sociální broukání a oční kontakt se s každým měsícem vývoje upevňují. Porucha v sociální interakci se hloubkou postižení u jednotlivých dětí s poruchou autistického spektra výrazně liší.“<sup>5</sup>*

---

<sup>4</sup> GILLBERG, CH., PEETERS, T., *Autismus- zdravotní a výchovné aspekty*, 1. vydání, Praha: Portál, 1998, s. 38. ISBN 80-7178-201-7.

<sup>5</sup> THOROVÁ, K., *Poruchy autistického spektra*, 1. vydání, Praha: Portál, 2006, s. 61. ISBN 80-7367-091-7.

U dětí s poruchou autistického spektra se setkáváme s celou řadou sociálního chování, která má dva extrémní póly. Pól osamělý, kdy dítě při každé snaze o sociální kontakt odvrátí, odporuje, stočí se do koutku nebo zaleze pod stůl, zakrývá si oči nebo uši, hučí a mává rukama před obličejem, nebo se věnuje manipulaci s nějakým předmětem. Protikladem je pól extrémní, nepřiměřené sociální aktivity, kdy se dítě s poruchou autistického spektra snaží navázat sociální kontakt všude a s každým, nectí vůbec sociální normy, dotýká se lidí, vyzývavě jim hledí do očí a hodiny jim dokáže vyprávět o věcech, které zajímají pouze jeho, ale ne jeho okolí. Mezi tyto typy patří například Typ osamělý, typ pasivní, typ aktivní či typ formální. ( THOROVÁ, 2006)

#### ***1.2.1.1 Typ osamělý***

U jedince, který je dle kategorie poruch autistického spektra typ osamělý, se vyskytuje minimální či žádná snaha o fyzický kontakt, či je zde aktivní vyhýbání se fyzickému kontaktu, některé fyzické doteky, např. lechtání i houpání však dětem nevadí. Je zde nezájem o sociální kontakt, děti nevyhledávají společnost, nestojí o přátele a společenskou hru. Jedinci nemají zájem o komunikaci, jsou samotářští a nevěnují přílišnou pozornost svému okolí. V raném věku děti neprojevují separační úzkost, nepotřebují se zdržovat v blízkosti rodičů. (THOROVÁ, 2006)

#### ***1.2.1.2 Typ pasivní***

Jedinci v této kategorii poruch autistického spektra se kontaktu s ostatními nevyhýbají. Jedinci se rádi mazlí a těší se fyzickému kontaktu. Je zde omezená schopnost empatie a sociální interakce. Mohou se pasivně účastnit hry s vrstevníky, neví jak se do hry účelně zapojit.

### **1.2.1.3 Typ formální**

Dle THOROVÉ (2006) je tento typ charakteristický pro děti a dospělé s vyšším IQ. Jsou zde dobré vyjadřovací schopnosti. Řeč je příliš formální se sklonem k přesnému vyjadřování, působí tím strojeně. Chování je příliš konzervativní a působí chladným dojmem. Odtažitě chování se může projevovat i vůči rodinným příslušníkům. Je zde obliba společenských rituálů, až obsesivní touha po jejich dodržování. Doslovné chápání, potíže s ironií, nadsázkou či žertem.

### **1.2.2 NARUŠENÁ SCHOPNOST PŘEDSTAVIVOSTI**

Narušenou schopnost nápodoby a symbolického myšlení způsobuje, že se u dítěte nerozvíjí hra, tedy jeden ze základních stavebních kamenů učení a respektive celého vývoje. Nedostatečná představivost způsobuje, že dítě preferuje činnosti a aktivity, které obvykle upřednostňují podstatně mladší děti, vyhledává předvídatelnost v činnostech a ulpívá tak na stereotypních činnostech.

U volnočasových aktivit posuzujeme celkovou kvalitu hry, její vyzrálost vzhledem k věku dítěte a hledáme výskyt abnormních projevů, které jsou pro poruchy autistického spektra typické. Jedná se o vysledování repetitivních aktivit, jednotvárných modelů chování, projevů či forem činnosti, příliš silného myšlenkového zaujetí pro nějaké téma nebo činnosti doprovázen ulpíváním a neodklonitelností.

Dle THOROVÉ (2006) je druhou z triády problémových oblastí narušená schopnost představivosti, která je podstatnou součástí vývoje představivosti je rozvoj nápodoby.



### 1.2.3 VÝVOJ KOMUNIKACE JEDINCŮ S PERVAZIVNÍ VÝVOJOVOU PORUCHOU

U jedinců s pervazivní vývojovou poruchou se vývojový profil u každého jedince liší.

V prvních šesti měsících nejsou první odchylky specifické. U některých jedinců se může abnormální vývoj projevit ve stádiu žvatlání.

V osmi měsících může dítě začít omezeně neobvykle žvatlat, nenapodobuje gesta, zvuky, ani výrazy. Nemají zájem o kontakt.

V jednom roce se mohou objevit první slova, která nejsou smysluplně používána. Přetrvává častý a hlasitý pláč.

Ve druhém roce se neobjevují gesta, vyskytuje se zde pouze občasné ukazování na požadovaný předmět. Dítě nereaguje na jméno, na zavoání. Nevyžaduje přání, nepoužívá slova, která dříve používalo, či se u těchto jedinců objeví echolálie.

Ve třech letech jedinec využívá stále málo slov. Hlas má zvláštní rytmus, tón a přízvuk. U poloviny jedinců, kteří používají řeč, se objevuje špatná artikulace.

V předškolním věku přetrvává echolálie, jedinci často napodobují televizní reklamy. Je zde typická záměna zájmen- jedinec o sobě hovoří v druhé osobě jednotného čísla (např. žádost o nápoj: „Chceš pít?“). Též mimika je u těchto jedinců nedostatečně komunikačně využívána. (KREJČÍŘOVÁ, 2003)

Ve školním věku jedinec nerozumí a nedokáže vyjádřit abstraktní představy, jako je například čas. Je zde omezený oční kontakt, mimika a gestikulace. Jedinec nedokáže udržet komunikaci, jen zřídka klade otázky, pokud ano, často je opakuje. Řeč má tendenci být formální až doslovná. Bývá zde monotónní přednes s abnormální výškou a rytmem hlasu.

Cca okolo 12 let dítěte se zde mohou vyskytovat velké individuální rozdíly. V komunikaci se projevuje inverze zájmen a echolálie. Stále se nesnaží sami navázat komunikaci. Jejich komunikačním projevem mohou být záchvaty hněvu, kterým upozorňují na své potřeby.

Dle Gillberta a Peeterse (1998) může i starších autistů přetrvávat problém porozumět neverbální komunikaci, nejsou schopni sledovat téma konverzace či sami navázat rozhovor.

#### **1.2.4 EDUKAČNĚ- HODNOTÍCÍ PROFIL DÍTĚTE S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA**

Institut pedagogicko-psychologického poradenství vytvořil v roce 2007 speciálně pedagogický diagnostický materiál- Edukačně hodnotící profil, který pedagog využívá při podpoře dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami v průběhu výchovně vzdělávacího procesu. Pedagog tak může v přímé vzdělávací praxi korigovat drobné zjištěné odchylky ve vývoji dítěte, neboť je s dítětem v každodenním kontaktu, na rozdíl od poradenských pracovníků. (ČADILOVÁ, ŽAMPACHOVÁ A KOL., 2015)

Edukačně- hodnotící profil velmi napomáhá při sestavování individuálně výchovně vzdělávacího plánu a při vyhledávání správného komunikačního systému. Edukačně- hodnotící profil, můžeme využít při zhodnocení motorických a rozumových schopností, které jsou potřeba při komunikaci s jedincem s mentálním postižením.

*„Důležitým prvkem edukačně-hodnotícího profilu je stanovení vývojové úrovně v jednotlivých oblastech rozvoje s ohledem na specifika postižení ve vývoji jedinců s poruchou autistického spektra.“<sup>6</sup>*

---

<sup>6</sup> ČADILOVÁ, V., ŽAMPACHOVÁ Z., A KOL, *Edukačně-hodnotící profil dítěte s poruchou autistického spektra*, 4. vydání, Praha: Pasparta, 2015, ISBN 978- 80- 905993- 6- 9.

V edukačně-hodnotícím profilu se hodnotí tyto položky:

Sociální vývoj: Oblast sociálního vývoje má cca 40 položek: Reaguje na soc. kontakt, aktivně reaguje na osoby, přijímá fyzický kontakt, projevuje separační úzkost, nabídne předmět nebo hračku dospělému, předmět však nemusí předat aj. Jedinec s poruchou autistického spektra se musí řadě z nich naučit.

Jedince hodnotíme při pozorování a kontaktní hry během delšího časového období.

Komunikace: Oblast komunikace je rozdělena na dvě podoblasti- receptivní a expresivní řeč. Tato oblast je jedním z ukazatelů narušeného komunikačního vývoje u jedinců s poruchou autistického spektra.

**Receptivní řeč** – u dětí se porozumění řeči vyvíjí mezi 8-9 měsícem života. Jednice obsah sdělení diferencuje dle melodie, přízvuku a zabarvení v hlase mluvčího. Tato oblast je u jedinců s pervazivní vývojovou poruchou často narušená. Tato oblast má cca 57 položek: Na slovní pokyn a gesto „paci, paci“ reaguje, na slovní pokyn a gesto „pá, pá“ reaguje, receptivně rozliší malý- velký aj.

Hodnotíme při individuální práci s jedincem, pozorováním a kontaktem s jedincem v běžných denních situacích.

**Expresivní řeč-** Tato část je dále rozdělena na verbální a neverbální formu řeči. Většina jedinců s poruchou autistického spektra má s neverbálním vyjadřováním výrazný problém. U takto postižených jedinců se neverbální složka řeči nevytváří spontánně, je třeba věnovat jí velkou pozornost. Tato oblast obsahuje pouze 14 položek, např.: naváže oční kontakt, vede ruku dospělého k žádanému předmětu, zvedne ruce nahoru, když chce pochovat, aj.

Hodnotíme jedince hlavně při komunikaci s rodiči.

Imitace: Imitace je základní dovedností pro učení a rozvoj dítěte. Bez této schopnosti se jedinec nemůže naučit mluvit, ani využít takové vzorce chování, které dítěti pomáhají při začlenění do kolektivu. Zde se posuzování imitace rozděluje na imitaci motorickou, imitaci sociální a imitaci verbální. Tato oblast cca 53 složek, např.: Usměje se jako odpověď na úsměv, opakuje hlasy zvířat, zopakuje řadu dvou čísel, aj.

Jedince hodnotíme pozorováním, prací s jedincem při neformálních situacích, při hře či při individuální práci s jedincem.

Motorika: Motorické dovednosti jsou nedílnou součástí všech lidí. Bez zvládnutí základních dovedností jemné a hrubé motoriky není možné zvládnout sebeobslužné dovednosti komunikovat a aktivně objevovat své okolí. Mezi položky, které hodnotíme, patří: Hraje si s prsty, pozoruje je, dá čtyři kostky na sebe, v poloze na břišku zvedne krátce hlavičku, krátce stojí bez opory, aj.

Hodnocení provádíme při pozorování dítěte, prací s dítětem, při hře a individuální práci s dítětem.

Grafomotorika: Tato položka úzce souvisí s rozvojem jemné motoriky, s percepcí, s koordinací oko-ruka a s poznáváním dovedností. Tato oblast obsahuje 23 položek, např.: libovolně čmárá na papír, nakreslí kříž podle vzoru, kreslí s detaily, aj.

Sebeobsluha: Sebeobslužné dovednosti jsou pro jedince důležité pro samostatnost a nezávislost. Jsou velmi úzce spjaty s motorickými dovednostmi a imitací. Tato oblast je dále dělena na stolování a stravování, oblékání, umývání a používání WC. Do této oblasti patří např.: dokáže sát a polykat, sundá si ponožku, neprojevuje odpor při umývání, někdy aktivně řekne, že se mu chce čůrat.

Zde hodnotíme pozorováním, z výpovědí rodičů a z plnění každodenních rutin.

Vnímání: Vnímání je úzce spjato s myšlením a jeho rozvoj ovlivňuje i mentální funkce dítěte. Tuto oblast dále rozdělujeme na vnímání zrakové, sluchové a taktilní. U této oblasti hodnotíme: rozlišuje mezi osobou známou a cizí, otočí hlavičku za zdrojem hluku, rozpozná hmatem předměty.

Jedince hodnotíme dle pozorování, při hře a individuální práci s dítětem.

Abstraktně vizuální myšlení: Jedná se o přiřazování, kategorizování a pochopení souvislostí. Tyto dovednosti jsou potřebné pro organizování a porozumění informacím. Tato oblast zahrnuje 37 položek: přitáhne hračku za provázek, přiřadí číslice a písmena.

Tuto oblast hodnotíme při individuální práci s dítětem.

**Hodnocení**- všechny složky Edukačně- hodnotícího profilu jsou hodnoceny hodnotící škálou, která se dělí do 3. úrovní: splnil/a, naznačil/a, nesplnil/a.

1. Splnil/a (S) – tato položka se hodnotí jako splněná tehdy, pokud jedinec úkol splní bez pomoci či zásahu druhé osoby.
2. Naznačil/a (NA) – pokud jedinec položku splní, ale bylo nutno v průběhu úkolu zasáhnout, je tato položka hodnocena jako, naznačil/a“. Takto hodnotíme, pokud je u jedince zřejmé, že se o splnění úkolu snaží, ale je nad jeho síly.
3. Nesplnil/a (NE) – tuto položku hodnotíme jako nesplněnou, pokud jedinec vůbec nerozumí zadání a nemá žádnou snahu plnit úkol, či je nutné vedení pedagogem.

## 1.3 KLASIFIKACE PERVAZIVNÍ VÝVOJOVÉ PORUCHY

Mezinárodní klasifikace nemocí v platné revizi (MKN- 10) řadí mezi pervazivní vývojové poruchy:

- Dětský autismus (F84, 0)
- Atypický autismus ( F84, 1)
- Rettův syndrom (F84, 2)
- Jiná dezintegrační porucha (F84, 3)
- Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84, 4)
- Aspergerův syndrom (84, 5)
- Jiné pervazivní poruchy (84, 8)
- Nespecifikované pervazivní poruchy (84, 9)

### 1.3.1 DĚTSKÝ AUTISMUS

Dětský autismus tvoří jádro poruch autistického spektra. Stupeň závažnosti poruch bývá různý od mírnější formy po formu těžkou. Kromě poruch v klíčových oblastech sociální interakce, komunikace a představitosti mohou lidé s autismem trpět mnoha dalšími dysfunkcemi, které se projevují napohled odlišnými, abnormními až bizarním chováním. Typická je hojná variabilita symptomů. Syndrom lze diagnostikovat v každé věkové skupině projevuje se před třetím rokem věku dítěte. (THOROVÁ, 2006)

Existují těžké formy autismu (tzv. nízkofunkční autismus), který se obvykle pojí s neschopností slovního vyjadřování, vysoce stereotypními projevy, těžkými poruchami chování a mentálním postižením. Mírnější varianty poruchy (tzv. vysokofunkční autismus) mají spíše podobu disharmonického osobnostního vývoje spojeného s nerovnoměrným rozvojem psychomotorických dovedností, s poruchami řeči, případně s lehkou mentální retardací, poruchy aktivity a pozornosti a mírnou variantou problémového chování.

Dětský autismus je též nazýván Kannerův syndrom či infantilní autismus. Tato porucha může být spojena i s jinými onemocněními. V nejčastějších případech, tedy 70- 75%, jde o mentální postižení. V jiných případech je běžné neurologické onemocnění, např. epilepsie, která je běžná u cca 30% jedinců s dětským autismem. Běžně se u těchto jedinců objeví také různé poruchy řeči, dyspraxie, psychiatrická onemocnění či tělesná postižení. Všechny tyto přidružené poruchy mohou velmi ztížit diagnostiku jedince a též i pozdější péče o jedince s tímto postižením může být náročnější.

### **1.3.2 ATYPICKÝ AUTISMUS**

Atypický autismus je velmi různorodá diagnostická jednotka, která tvoří součást autistického spektra. Dítě splňuje jen částečně diagnostická měřítka daná pro dětský autismus. Nicméně u dítěte najdeme řadu specifických, emociálních a behaviorálních symptomů, které se s potížemi, jež mají lidé s autismem, shodují. Lze říci, že atypický autismus je zastřešujícím termínem pro část osob, na který by se hodil nepřesný výrok autistické rysy či sklony.

Atypický autismus diagnostikujeme obvykle v těchto případech:

- První symptomy byly diagnostikovány až po třetím roce života.
- Abnormní vývoj je zaznamenán ve všech třech oblastech diagnostického triády, frekvence symptomů nenaplnuje diagnostická kritéria.
- Není naplněna diagnostická triáda. Jedna z oblastí není primárně a výrazně narušena. (THOROVÁ, 2006)

### **1.3.3 RETTŮV SYNDROM**

Dle THOROVÉ (2006) je Rettův syndrom neurobiologické postižení, které je doprovázeno těžkým neurobiologickým postižením, které má všepřonikající dopad na somatické, motorické i psychické funkce.

Tento syndrom se objevuje především u dívek. Stěžejními příznaky jsou ztráta kognitivních schopností, ataxii a ztráta kognitivních schopností rukou.

*„Udávanou příčinou vzniku Rettova syndromu je atrofie mozkové tkáně na genetickém podkladě. Onemocnění postihuje výhradně dívky. Předpokládá se, že je tato porucha vázaná na X chromozom, je pro plody mužského pohlaví patrně letální.“<sup>7</sup>*

*„Rettův syndrom je neurologická vada, která se vyskytuje téměř výhradně u dívek, bez ohledu na jejich rasu nebo národnost. Jsou známy případy výskytu Rett syndromu u chlapců, ale jde obvykle o smrtelnou formu syndromu způsobující potrat, narození mrtvého dítěte, nebo předčasnou smrt. Poprvé byl Rettův syndrom popsán dr. Andreasem Rettem; do obecného podvědomí se dostal na základě studie vypracované dr. Bengtem Hagbergem a jeho kolegy v roce 1983.“<sup>8</sup>*

#### **1.3.4 JINÁ DEZINTEGRAČNÍ PORUCHA**

U dětí, u kterých mezi třetím a čtvrtým rokem došlo k výraznému regresu a nástupu těžké mentální retardace, ačkoli předtím vývoj probíhal zcela optimálně. U dítěte se zhorší komunikační a sociální schopnosti a objevuje se chování, které je typické pro pervazivní vývojové vady.

K posuzovaným projevům se přidává i nástup emoční lability, záchvaty vzteku, potíže se spánkem, agresivita, úzkostnost, dráždivost, hyperaktivita, nekoordinovanost komplexních pohybů a neobratná zvláštní chůze, abnormní reakce na sluchové podněty. Porucha má dopad na kognitivní oblast. Tyto změny mohou nastat náhle, nebo mohou trvat i několik měsíců, poté může nastat období stagnace.

---

<sup>7</sup> ŠNYTOVÁ, L., *Rettův syndrom- základní informace*[online] 18. 7. 2008. Dostupné z: <http://www.smpm.cz/public/kapitola.phtml?kapitola=129116>

<sup>8</sup> ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I., *Klinická logopedie*, 1. vydání, Praha: Portál, 2003, s. 198. ISBN 80-7178-546-6.



### 1.3.5 HYPERAKTIVNÍ PORUCHA SDRUŽENÁ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ A STEREOTYPNÍMI POHYBY

Jedná se o neurčitě definovanou poruchu, která sdružuje hyperaktivní syndrom, mentální retardaci a stereotypní pohyby či sebepoškozování. V adolescenci má mít hyperaktivita sklon být nahrazena hypoaktivitou, což u pravé hyperkinetické poruchy není běžné. Nevyskytuje se sociální narušení autistického typu.

### 1.3.6 ASPERGERŮV SYNDROM

*„Projevy sociální dyslexie, jak někdy bývá Aspergerův syndrom nazýván, má mnoho forem. Jedná se o velmi různorodý syndrom, jehož symptomatika plynule přechází do normy. Aspergerův syndrom má svá specifika i problémy, které mohou být stejně závažné i když kvalitativně odlišné od ostatních poruch autistického spektra. Intelekt u lidí s Aspergerovým syndromem je v pásmu normy, má vliv na úroveň dosaženého vzdělání a úroveň sebeobslužných dovedností, ale není již zaručeným prediktorem plně samostatného života.“<sup>9</sup>*

Jedinci s Aspergerovým syndromem mají velké problémy se zapojením do kolektivu svých vrstevníků. Mají potíže pochopit pravidla společenského chování a neverbální komunikaci, např. mimice a gestikulaci. U této poruchy je zjevný rozpor mezi inteligencí jedince a jeho chováním, které je většinou velmi impulzivní. Většina jedinců s Aspergerovým syndromem působí, že jsou dobře adaptováni ve společnosti, tím že chápou společenská pravidla, ale to je často spíše jen opakování často se opakujících situací, které mají odpozorované a naučené. Problémy mohou mít pouze, pokud se situace mírně změní, tím dítě buď ztratí „nit“ a může se začít chovat agresivně, nebo se stáhne do sebe.

---

<sup>9</sup> THOROVÁ, K., *Poruchy autistického spektra*, 1. vydání, Praha: Portál, 2006, s. 185. ISBN 80-7367-091-7.

V jiném případě, se dítě chová stejně, jak je naučeno, což nemusí přiléhat na danou situaci, a v druhých, kteří nejsou seznámeni s jeho situací, může působit rozpaky.

Jedinci s Aspergerovým syndromem mohou též mít své zájmy, které často přecházejí až do obsesivního chování, jimi mohou být například jízdni řady, encyklopedické informace, či dopravní značení.

### **1.3.7 JINÉ PERVAZIVNÍ PORUCHY**

Je to kategorie, jejíž diagnostická kritéria nejsou přesně definována. Kvalita komunikace, sociální interakce i hry je narušena, nicméně ne v takové míře, která by odpovídala diagnóze autismus či atypický autismus. Diagnóza bývá častá u dětí, které mají těžší formu poruchy aktivity a pozornosti, vývojovou dysfázii, nerovnoměrné kognitivní schopnosti, mentální retardaci a malou četnost projevů pro autismus.

### **1.3.8 NESPECIFIKOVANÉ PERVAZIVNÍ PORUCHY**

Vývojová porucha nespecifikovaná bývá diagnostikována v případě, že u dítěte sice jsou autistické projevy, ale nezapadá do jiné diagnózy poruch autistického spektra.

Dále je možno rozdělovat pervazivní vývojové poruchy, dle jejich různé funkční schopnosti, ty mohou být vysokofunkční, středněfunkční či nízkofunkční. Mohou být využity jako pomocné ukazatele při volbě vhodného zařazení dítěte s pervazivní vývojovou poruchou do vzdělávacího programu.

Jedinci s vysokofunkčním autismem mohou mít průměrnou či nadprůměrnou inteligenci. Mohou mít normální či lehce problematickou komunikaci. Tito jedinci jsou schopni se dobře integrovat do společnosti při dobré vizualizaci, strukturalizaci a vhodným individuálním přístupem. Tyto jedince lze vzdělávat v běžných základních školách.

Osoby se středně těžkým autismem mají většinou lehkou či středně těžkou mentální retardaci a více narušenou složku řeči.

Při nízkofunkčním autismu, je velmi malá možnost integrace jedinců do společnosti. Je zde též nutná strukturalizace, individuální přístup k jedinci a poté je možné tvořit mírné pokroky ve vývoji v některých oblastech.

#### **1.4 KOMUNIKACE S JEDINCEM S PERVAZIVNÍ VÝVOJOVOU PORUCHOU**

KLENKOVÁ (2006) označuje komunikaci jako prostředek, který utváří vzájemné mezilidské vztahy a který tvoří významnou složku rozvoje osobnosti jedince, je též zdroj prezentace a posuzování jedince.

LECHTA (2011) uvádí, že komunikační schopnost je schopnost vědomě používat jazyk jako složitý komunikační systém znaků a symbolů ve všech jeho formách, za účelem realizace komunikačního záměru.

Komunikace s jedinci s pervazivní vývojovou poruchou je různorodá. Patří sem alternativní a augmentativní komunikace. Tyto komunikace mají za úkol minimalizovat možnost vzniku poruchy a vytvořit nový podpůrný či náhradní komunikační kanál, jež umožní jedincům s mentálním postižením a současně těžce narušenou komunikační schopností stát se rovnocenným komunikačními partnery, a to i v průběhu komunikačního procesu.

Označení alternativní se vztahuje na systémy, které mají plně zastoupit verbální komunikaci, která se buď nevyvinula, nebo zanikla. K nejznámějším metodám alternativní komunikace patří piktogramy.

*„Augmentativní komunikace složí k doplnění a podpoře rozvoje stávajících komunikačních schopností jedince.“<sup>10</sup>*

*„Při komunikaci s jedinci, kteří mají těžkou formu mentálního postižení a jiné přidružené vady se osvědčují i komunikační tabulky. Dalším komunikačním systémem je znaková řeč MAKATON. Jde o dynamický systém, při kterém se jednotlivá slova vyjadřují pohybem hlavy a rukou. Znaky jsou doprovázeny normální gramatickou řečí ze strany komunikačního partnera i přesto, že znaková řeč označuje jen klíčová slova textu. K doprovodu znaků se využívá i odpovídající mimika.“<sup>11</sup>*

Pro práci s těmito jedinci je důležitá podpora vizuální. Je to podpora v komunikaci pro jedince, jež nejsou schopni vyjadřovat se verbálně, nebo se vyjadřují s velkými obtížemi. (GILLBERG, PEETERS, 1995)

*„Problémy, které lidé se autismem zakoušejí, se netýkají pouze mluveného aspektu jazyka, slov, vět. Další formy komunikace také vyžadují dobrý smysl pro interpretaci kontextu, dokonce i od toho, kdo jinak dobře rozumí. To vskutku platí o gestech, výraze tváře, řeči těla a dalším formám neverbální komunika.“<sup>12</sup>*

---

<sup>10</sup> BENDO VÁ, P., ZIKL, P., *Dítě s mentálním postižením ve škole*, 1. vydání, Praha: Grada, 2011, ISBN 978-80-247-3854-3.

<sup>11</sup> ŠVARCOVÁ, I., *Mentální retardace*, 1. vydání, Praha: Portál, 2006, s. ISBN 80-7367-060-7.

<sup>12</sup> THOROVÁ, K., *Poruchy autistického spektra*, 1. vydání, Praha: Portál, 2006, s. 185. ISBN 80-7367-091-7.

### 1.4.1 DIAGNOSTIKA

*„Schopnost rozpoznávat projevy pervazivní vývojové poruchy se v naší zemi rozvinula až v posledních letech. Diagnostika je poměrně složitým procesem, který vyžaduje vysoké odborné i praktické zkušenosti odborníka, ať už psychiatra, nebo psychologa.“<sup>13</sup>*

*„Skupina pervazivních vývojových poruch se vyznačuje určitým specifiky v projevech, a tudíž částečně vyžaduje i odlišný přístup. Bez diagnózy nelze zajistit potřebnou informovanost, speciální přístup pak nemůžeme poskytnout ani v ideálních podmínkách.“<sup>14</sup>*

Pro dílčí syndromy je charakteristická značná variabilita symptomů, nenajdeme dva lidi se stejným vzorem chování. Pervazivní vývojové poruchy diagnostikujeme vždy na základě celkového vzorce chování ve specifických oblastech, nikdy ne na základě několika projevů. V sedmdesátých letech vymezila britská psychiatrička Lorna Wing tři stěžejní problematické oblasti, které jsou klíčové pro diagnózu, a nazvala je „triádou narušení.“ Těmito oblastmi jsou:

- Sociální chování
- Verbální a neverbální komunikace
- Představitivost

---

<sup>13</sup> ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K., *Agrese u jedinců s mentální retardací a s autismem*, 1. vydání, Praha: Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-319-2

<sup>14</sup> ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K., *Agrese u jedinců s mentální retardací a s autismem*, 1. vydání, Praha: Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-319-2

Dopad přítomnosti pervazivní vývojové poruchy se projeví vždy již v prvních letech života. Diagnostika pervazivních vývojových poruch je velmi obtížná z několika hledisek. Kromě značné rozsáhlosti a různorodosti symptomatiky se jednotlivé symptomy liší v četnosti a síle projevů, některé mohou zcela chybět. Také stupeň závažnosti poruchy bývá různý. Projevy dítěte se markantně mění s věkem, objevují se a zase mizí.

V dnešní době neexistuje zkouška biologického charakteru, která by prokázala pervazivní vývojovou poruchu. Screening se proto zcela zákonitě zaměřuje na mapování a výzkum chování. V diagnostice se vždy cení nejvíce klinická zkušenost.

Posuzovací škály a složitější semistrukturované dotazníky slouží nejlépe odborníkům, kteří mají s pervazivními vývojovými poruchami alespoň základní zkušenosti. V České republice se v současné době v širším měřítku používá pouze semistrukturovaná škála CARS, CHAT koluje v několika verzích překladu, ale jeho užití je příliš okrajové, takže zatím neslouží účelu, ke kterému je určen (populační screening). Stěžejní diagnostickou metodou je objektivní pozorování a standardní systematické vyšetření, nicméně i to skrývá určitá úskalí. Strukturované pozorovací škály a dotazníky je možné vyplňovat v rodinách a ve školách a přispět tak podrobnějšími informacemi ke zpestření diagnostického procesu.

#### ADI-R: Autism Diagnostic Interview- Revised

Jedná se v současné době o jednu z nejlépe ověřených metod založenou na semistrukturovaném rozhovoru s rodiči dítěte či dospělého se suspektními projevy autismu. Test je nespolehlivější, pokud je použit v předškolním věku.

#### ADOS – Autism Diagnostic Observation Schedule

Metoda je v podstatě semistrutkturálním vyšetřením, v rámci různých přesně definovaných aktivit, hodnotíme fungování sledované osoby převážně v oblasti sociální interakce a komunikace. Výsledky se převádí a oficiální kritéria Mezinárodní klasifikace nemocí.

### A.S. A.S. – The Australian Scale for Asperger's syndrome

Jedná se o screeningovou metodu pro detekci Aspergerova syndromu u dětí mladšího věku.

### CARS- Childhood Autism Rating Scale- Škála dětského autistického chování

Posuzovací stupnice byla vypracována týmem odborníků v rámci státního programu TEACCH. CARS má celkem 15 položek, každá položka se hodnotí na stupnici od 1 do 4 podle frekvence a intenzity abnormních projevů v dané oblasti.

### CHAT- Checklist for Autism in Toddlers

Anglický neuropsychiatr Simon Baron- Cohen, který se zaměřuje na diagnostiku autismu v raném dětském věku, rozdělil screeningovou metodu na dvě sekce. Oddíl A jsou otázky, na které odpovídají rodiče. Oddíl B vychází z přímého pozorování dítěte, které provádí většinou pediatr při preventivní prohlídce v 18. měsících. Klíčovými položkami jsou schopnosti dítěte sledovat pohled druhého člověka, schopnost symbolické nápodobivé hry a schopnost upozornit ostatní na něco, co dítě zaujalo (tzv. deklarativní ukazování).

## 2 OSOBA S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Asi 80% lidí s klasickou formou autismu mají současně i mentální postižení, jejich IQ je nižší než 79. Výjimkou je Aspergerův syndrom, kdy může IQ dosahovat normálních hodnot i výše. (Gillbert, Peeters, 1998)

Mentální postižení a autismus jsou dva rozdílné, ač částečně se překrývající syndromy. Přibližně u tří čtvrtin jedinců trpících autismem jsou k pervazivní vývojové poruše přidruženo mentální postižení (lehká a střední cca 24%, těžká a hluboká cca 47% jedinců). Jedinci, kteří mají hluboký mentální deficit a pervazivní vývojová porucha se od osob s prostým mentálním postižením liší hlavně specifickým chováním. Pouze zhruba u 2 % lidí s autismem můžeme pozorovat ostrůvkovité, izolované schopnosti, které markantně převyšují celkové schopnosti člověka s autismem a mnohdy tyto schopnosti (hudební, paměťové, vizuální aj.) vyčnívají nad normou běžné populace.

*„Mentální retardace a autismus jsou dva rozdílné, ač částečně se překrývající syndromy. Přibližně u tří čtvrtin lidí trpících autismem je k pervazivní vývojové poruše přidružena mentální retardace (lehká až střední okolo 24%, těžká až hluboká okolo 47% pacientů). Lidé, kteří mají hluboký mentální deficit a autismus se liší od lidí s prostou mentální retardací hlavně specifickým chováním. Pouze zhruba u 2 % lidí s autismem, můžeme pozorovat ostrůvkovité izolované schopnosti, které markantně převyšují celkové schopnosti člověka s autismem a mnohdy tyto schopnosti (hudební, paměťové, vizuální, kreslířské, počítařské nebo kalendářní schopnosti) vyčnívají nad normu běžné populace.“<sup>15</sup>*

---

<sup>15</sup> THOROVÁ, K. *Komplexní diagnostika autismu*, [online] 17. 4. 2007, dostupné z: <http://www.autismus.cz/diagnostika/komplexni-diagnostika-autismu-4.html>



*„ Mentální retardace je vrozený stav, který se vyznačuje omezením rozumových a adaptivních schopností, jinými slovy nedošlo k přiměřenému a úplnému rozvoji mentálních schopností člověka. Poznávací, řečové, pohybové a sociální dovednosti, jejichž úroveň lze měřit standardizovanými psychometrickými testy, jsou oproti průměru výrazně sníženy. Lidé s mentální retardací mají potíže s adaptací a flexibilitou myšlení.“<sup>16</sup>*

*„Pojem mentální retardace vychází z latinských slov „mens“(mysl, duše) a „retardace“ (opozdit, zpomalit), doslovný překlad by tedy zněl „opožďení (zpomalení) mysli“. Ve skutečnosti je mentální retardace podstatně složitější syndrom atické postižení, které postihuje nejenom psychické (mentální) schopnosti, ale celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách. Má tedy rozhodující vliv nejenom na vývoj a úroveň rozumových schopností, ale týká se rovněž emocí, komunikačních schopností, úrovně sociálních vztahů, možností společenského a pracovního uplatnění.“<sup>17</sup>*

Dle mezinárodní klasifikace nemocí, postižení a handicapů, MNK- 10 je mentální postižení označováno jako stav související s opožděným nebo omezeným vývojem myšlení, typický především snížením schopností, jež se projevuje během vývoje a to schopnostmi, které vytvářejí celkovou úroveň inteligence- tedy schopností poznávacích, komunikačních, motorických a sociálních. Mentální postižení se může, ale nemusí vyskytovat ve spojení s jiným psychickými nebo tělesnými potížemi.

---

<sup>16</sup> ČADILOVÁ E., JŮN, H., THOROVÁ, K., *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*, 1. vydání, Praha: Portál, 2007, s. 26. ISBN 978-80-7367-319-2

<sup>17</sup> SLOWÍK, J., *Speciální pedagogika*, 1. vydání, Praha: Grada, 2007, s. 109. ISBN 978-80-247-1733-3.

Příčiny vzniku mentálního postižení jsou velice různorodé, vždy však jde o významné organické nebo funkční poškození mozku. Starší literární prameny pojmenovávají opoždění mentálního vývoje způsobené výchovnými a sociálními vlivy termínem pseudooligofrenie, na rozdíl od organicky podmíněného postižení je v tomto případě odpovídajícím a intenzivní pedagogickým působením možné mentální úrovně jedince někdy i relativně a výrazně zvýšit.

Jednoznačně je možné stanovit důvody mentálního postižení u syndromů vyvolaných genetickými poruchami. Snížení již dosažené úrovně souvisí často s následky úrazů, nemocí či operačních zákroků.

Mentální postižení lze definovat také jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií.

EMERSON (2001) definuje mentální postižení jako podstatné omezení současného fungování. Je významně charakterizováno podprůměrným intelektem, souběžně se souvisejícím omezením dvou nebo více z následujících využitelných oblastí adaptivních dovedností: komunikace, sebeobsluha, sociální dovednosti, aj.

## **2.1 ETIOLOGIE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ**

Příčiny mentálního postižení jsou velmi různorodé, vždy se zde jedná o organické či funkční poškození mozku. Jednoznačně je možné určit příčiny tohoto postižení genetickými poruchami (genetické mutace, chromozomální odchylky), metabolickými poruchami (fenylketonurie), intoxikací (fetální alkoholový syndrom) či následcích traumat (hypoxie, asfyxie). Snížení již dosažené mentální úrovně, často souvisí s následky nemocí (encefalitida), následcích úrazů hlavy, operačních zákroků (nádory) či psychosociální deprivace.

## 2.2 SYMPTOMATIKA MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ

*„Podle 10. mezinárodní klasifikace nemocí se mentální postižení tedy klasifikuje do šesti kategorií (MKN- 10)*

- 1) *F70 Lehká mentální retardace (IQ 69- 50)*
- 2) *F71 Středně těžká mentální retardace (IQ 49- 35)*
- 3) *F72 Těžká mentální retardace (IQ 34- 20)*
- 4) *F73 Hluboká mentální retardace (IQ 19 a méně)*
- 5) *F78 Jiná mentální retardace*
- 6) *F79 Nespecifikovaná mentální retardace“<sup>18</sup>*

### 2.2.1 LEHKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE

V tomto typu mentálního postižení se uvádí, že lehce mentálně postižení většinou dosáhnou schopnosti účelně užívat řeč v každodenním životě, dále zvládají udržovat konverzaci, mluvu si osvojují opožděně.

*„Většina z nich také dosáhne úplné samostatnosti v osobní péči (jídlo, hygienické návyky, oblékání) a v praktických činnostech, i když je vývoj oproti zvyklosti mnohem pomalejší.“<sup>19</sup>*

Hlavní potíže u dětí se lehkým mentálním postižením se objevují ve školní práci, zejména při teoretické práci jedince. Je proto vhodné zaměřit edukaci na rozvoj jejich schopnosti a kompenzovat nedostatky.

---

<sup>18</sup> BENDO VÁ, P., ZIKL, P., *Dítě s mentálním postižením ve škole*, 1. vydání, Praha: Grada, 2011, s. 11. ISBN 978-80-247-3854-3

<sup>19</sup> ŠVARCOVÁ, I., *Mentální retardace*, 1. vydání, Praha: Portál, 2006, s. 33. ISBN 80-7367-060-7.

### 2.2.2 STŘEDNĚ TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE

U jedinců zařazených do této skupiny je nápadně zpomalené chápání a užívání verbální komunikace a i jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Podobně je také opožděna a omezena schopnost sebeobsluhy a obratnost. Ve školních nárocích jsou též omezeni, jen někteří žáci se středně těžkou mentální retardací si dovedou osvojit základ čtení, psaní a počítání. V dospělosti jsou jedinci se středně těžkým mentálním postižením schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, pokud jsou jejich úkoly strukturovány a pracují pod odborným dohledem. Často se u těchto jedinců vyskytuje tělesné, neurologické či psychiatrické onemocnění.

U některých osob se středně těžkým mentálním postižením lze současně diagnostikovat dětský autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy, které výrazně ovlivňují klinický obraz postižení, ale i způsob jak s takovým jedincem jednat. Děti se středně těžkým mentálním postižením jsou zpravidla vzdělávány v základní škole speciální a následně absolvují jednoletou praktickou školu. (ČADILOVÁ, THOROVÁ, JŮN, 2007)

Někteří jedinci se středně těžkým mentálním postižením jsou schopni jednoduché konverzace, ať je to verbální či alternativní a augmentativní komunikace, zatímco druzí dokáží problematicky vyjádřit své potřeby. Mezi nimi jsou i děti, které se nenaučí nikdy mluvit, i když může porozumět verbálním instrukcím a může se naučit funkčně používat gestikulaci a další formy neverbální komunikace.

### 2.2.3 TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE

*„Tato kategorie se v mnohém podobá středně těžké mentální retardaci, pokud jde o klinický obraz, přítomnost organické etiologie a přidružené stavy. Smíšená schopnost je však v této kategorii mnohem výrazněji.“<sup>20</sup>*

---

<sup>20</sup> BENDO VÁ, P., ZIKL, P., *Dítě s mentálním postižením ve škole*, 1. vydání, Praha: Grada, 2011, ISBN 978-80-247-3854-3.

Jsou zde značné poruchy motoriky či jiné přidružené vady, které prokazují přítomnost klinicky signifikantního poškození či vadného vývoje centrální nervové soustavy. Vzdělávání a výchova těchto jedinců je značně limitována. Ze zkušenosti je vidět, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná, rehabilitační výchova a vzdělávání může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života.

U jedinců s tímto stupněm postižení se uplatňují též echolalické napodobovací senzomotorické reflexy, které se prokazují tím, že dítě opakuje slyšené zvuky ale bez porozumění jejich smyslu. Na podporu rozvoje komunikačních schopností, popř. jako náhrada verbálního projevu se u jedinců s těžkou mentální retardací uplatňují náhradní a podpůrné komunikační systémy. Pro orientaci s okolím je využíváno vedle systémů alternativní a augmentativní komunikace například též sociální čtení.

#### **2.2.4 HLUBOKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE**

Podle ŠVARCOVÉ (2006) jsou jedinci s tímto postižením těžce omezeni v chápání požadavků a instrukcí nebo jim vyhovět. Většina těchto jedinců je omezena v pohybu či zcela imobilní. Tito jedinci jsou schopni pouze základní neverbální komunikaci. Mají minimální či žádnou schopnost sebeobsluhy a tím jsou zcela odkázáni na péči a dohled druhé osoby. Chápání a požívání verbální komunikace je omezeno pouze na reagování na jednoduché požadavky.

Expresivní složka řeči se u těchto jedinců skoro nevyvíjí. Většinou nedokáží vyjádřit své potřeby, které se popřípadě projevují formou neartikulovaných zvuků, které dokáží ojediněle obměňovat dle aktuálního citového rozpoložení.

IQ u těchto jedinců nelze prokazatelně změřit, je odhadováno, že je nižší než 20. Lze dosáhnout nejzákladnějších zrakově prostorových orientačních dovedností a

postižený jedinec se může při spolupráci podílet menší částí na praktických sebeobslužných úkonech.

Ve většině případů lze určit organickou etiologií. Časté jsou těžké neurologické či jiné tělesné nedostatky, které postihují hybnost, nebo epilepsie a poškození zrakového a sluchového vnímání.

### **2.2.5 JINÁ MENTÁLNÍ RETARDACE**

Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když je nemožné stanovit intelektové retardace pomocí obvyklých metod, většinou z důvodu pro senzomotorické nebo somatické poškození, například u neslyšících, nevidomých či u osob s autismem. (ŠVARCOVÁ, 2006)

### **2.2.6 NESPECIFICKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE**

Tato kategorie je užívána, když je mentální postižení prokázáno, ale není mnoho informací, aby bylo možno jedince zařadit do jiné z kategorií. Je nutné zmínit se ještě o skupině dětí, jejichž inteligence se označuje v rámci širší normy za podprůměrnou (v rozpětí IQ 70-85, dříve označováno jako slaboduchost). Tvoří významný podíl mezi žáky ZŠ praktických. Těchto dětí je v populaci přibližně 13%, a i když podle současných kritérií nejde o mentální postižení, jsou výrazně handicapovány v plnění požadavků základní školy a většinou zde selhávají.

## 2.3 KOMUNIKACE OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

*„Někteří lidé s mentálním postižením a případně i dalšími vadami nejsou schopni používat běžné verbální metody komunikace. Aby mohl být uspokojena jejich specificky lidská potřeba komunikace s osobním světem, hledají a vytvářejí se různé náhradní metody sociální komunikace, které by napomáhaly rozvoji jejich komunikačních dovedností, nebo nahradily mluvenou řeč.“<sup>21</sup>*

U jedinců s mentálním postižením se v 80- 85% vyskytují poruchy komunikace. Řeč je narušena z hlediska obsahového i formálního. U osob s mentálním postižením je patrná snížená schopnost porozumět i běžnému verbálnímu sdělení. To je způsobeno omezenější slovní zásobou a obtížemi v porozumění celkového kontextu. Tito jedinci nejsou schopni pochopit složitější slovní obraty, ironii či žert. Naopak osoby s lehkým postižením zvládnou konkrétní pojmy a základní slovní obraty. U jedinců se závažnějším stupněm mentálního postižení se verbální schopnosti nerozvíjí.

### 2.3.1 ZÁSADY SPRÁVNÉ KOMUNIKACE S MENTÁLNĚ POSTIŽENÝM

- Přístup k jedincům s mentálním postižením by měl být stejný, jako ke všem ostatním lidem
- V komunikaci reagujeme na specifické projevy jedince s mentálním postižením, sledujeme jeho neverbální projevy
- Zachováváme pravidla společenského chování
- Komunikaci s jedincem s mentálním postižením přizpůsobujeme jeho mentální úrovni, úrovni porozumění a vyjadřování klienta
- Oslovujeme přímo klienta, komunikujeme hlavně s ním, ne jen s jeho doprovodem

---

<sup>21</sup> ŠVARCOVÁ, I., *Mentální retardace*, 3. vydání, Praha: Portál, s. 119, ISBN 80- 7367- 060- 7

- Základem správné komunikace je trpělivost, takt a tolerance.
- K dospělému jedinci s mentálním postižením se chováme partnersky, nejednáme s ním jako s dítětem
- Věty volíme krátké a jasné, vždy si ověříme porozumění informace
- Při komunikaci s mentálně postižením volíme pomalejší tempo řeči.

## **2.4 DIAGNOSTIKA**

Prvním, kdo zaznamená odchylky ve vývoji dítěte (psychomotorického vývoje, vývoje myšlení a řeči) je rodič, poté na doporučení pediatra je do diagnostiky dítěte zapojen tým odborníků z oblasti medicíny (psychiatr, neurolog), psycholog, speciální pedagog a sociální pracovník.

Diagnostika je dlouhodobý proces, musí se brát v úvahu všechny systémy, které ovlivňují vývoj jedince. K diagnostice rozumových schopností se využívají inteligenční testy a další metody. Cílem testů je odhalit nejen úroveň rozumových schopností dítěte, ale také strukturu těchto schopností. V testech se využívají obrázky, série otázek a úkoly. Jedním z těchto testů je měření inteligenčního kvocientu (IQ) jako poměr mentálního a fyzického věku jedince.



### **3 KOMUNIKACE OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM**

Pro zahájení jakékoliv speciálně-pedagogické intervence je důležitá pečlivě provedená diagnostika. Pro tuto diagnostiku, jejímž cílem je vhodná volba AAK, je nutnost zhodnotit stávající stav komunikační a sociální kompetence jedince a jeho dovednost v sensorické a motorické oblasti. Jedinci, jejichž komunikace není funkčně dostatečná či komunikují neverbálně, hraje důležitou roli včasná diagnóza, která vede ke správnému výběru systému náhradní kompenzační komunikace.

Při výběru správného komunikačního systému je nutno, krom logopedických hledisek zohlednit též somatické faktory, jemnou a hrubou motoriku. U jedince s mentální retardací rozhodující jsou rozhodující jeho kognitivní schopnosti, též jeho chování a emoční projevy. Výběr správného komunikačního systému je dlouhodobý proces, který je ovlivněný velkou řadou faktorů. U jedinců je nutno zjistit stupeň porozumění nonverbální komunikace, stupeň porozumění řeči, nynější způsob komunikace či porozumění symbolům a produkce řeči. Vyšetření je možno realizovat pomocí formálních testů, pozorování jedince s NKS, či využití speciálních dotazníků, schopnost rozlišovat distinktivní rysy jednotlivých fonémů. Na tvorbě správného komunikačního systému se podílí speciální pedagog, logoped, psycholog aj.

Při výběru správného komunikačního systému vždy postupujeme od konkrétního k abstraktnímu. Respektujeme zásadu výslovnosti, užíváme vždy takové symboly, které jedinec s narušenou komunikační schopností dokáže identifikovat a tak chápe jejich sémantický obsah.

### 3.1 PIKTOGRAMY

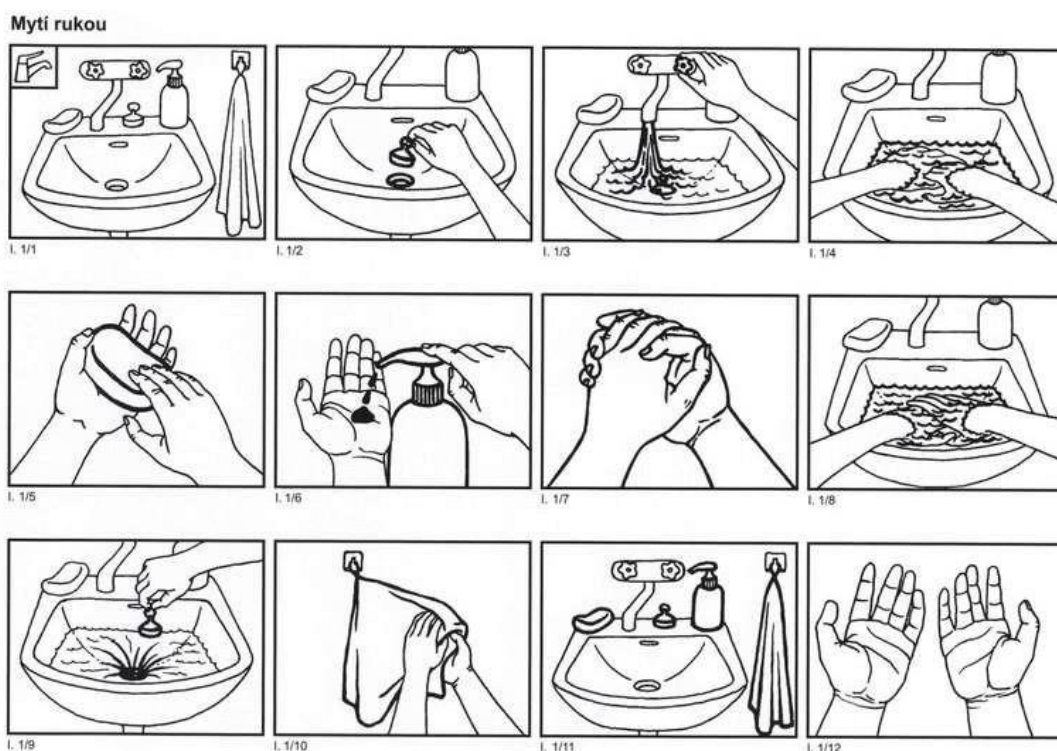
K nejznámějším metodám alternativní komunikace patří piktogramy. Je to statický systém, v němž jsou symboly předkládány v dvojrozměrné formě, která se v průběhu komunikace již nemění. Symboly mají zpravidla podobu bílého obrázku na černém pozadí. Časná slovní zásoba je převážně obrázková, postupně se může přecházet i k obecným symbolům. Pro každého jednotlivce je možné vybrat obrázky podle jeho potřeb a vytvořit mu vlastní slovník piktogramů. Pro komunikaci lze využít i stylizované kresby, obrázky z časopisů, kliparty či loga.



Obr. Č. 1. *HOW TO MAKATON*, [online](16. 2. 2016) Dostupné z: [www.makaton.org/aboutMakaton/howMakatonWork](http://www.makaton.org/aboutMakaton/howMakatonWork)

### 3.2 PROCESNÍ SCHÉMATA

Při této metodě se využívá jednoduchý obrazový návod k různým činnostem. Tato metoda se používá především u jedinců s pervazivní vývojovou poruchou a pro děti s narušenou komunikační schopností k nácviku samostatnosti při denních činnostech, např. mytí rukou, čištění zubů, aj.



Obr. Č. 2. *Procesní schémata* [online] (3. 2. 2017), Dostupné z: [http://parta-sro.cz/OC/index.php?route=product/product&product\\_id=68](http://parta-sro.cz/OC/index.php?route=product/product&product_id=68)

### 3.3 GLOBÁLNÍ METODA ČTENÍ

Tato metoda byla původně vytvořena pro jedince s mentálním postižením a pro předškolní děti. Teoreticky vychází z tvarové psychologie (Gestaltpsychologie), podle níž jedinec vnímá celky, kterým jsou části a prvky podřízeny. Globální metoda vychází z celků (věty nebo slova) a zachovává je tak dlouho, dokud si žák sám nedojde vlastním vývojem k jejich rozboru.

Čtení touto metodou prochází čtyřmi obdobími:

- 1) Přípravné období- rozvíjení řeči, smyslů, paměti, pozornosti a představivosti.
- 2) Období paměti- jedinci se snaží zapamatovat obrazy slov. Častým opakováním si zapamatují jejich tištěný obraz a pak jsou schopni slova číst, aniž by znali jednotlivá písmena. Cílem je porozumění textu.

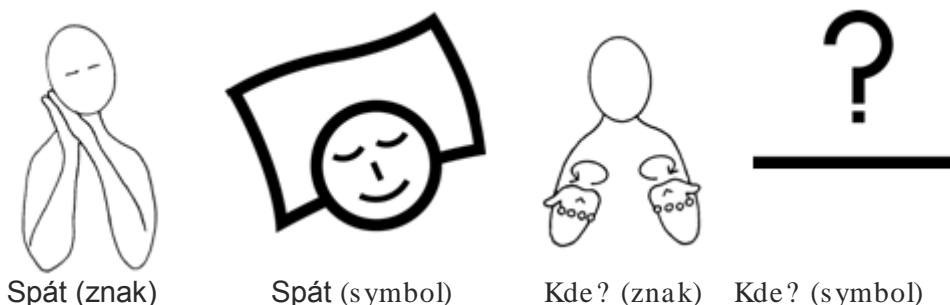
- 3) Období analýzy: jedinec je přiveden k rozboru vět na slova, postupně dojde k analýze slov na slabiky, hlásky a písmena. Děti si všímají, které písmeno je na začátku slova a co je v jednotlivých slovech stejné a čím se liší. Děti se tak seznamují s malými a velkými písmeny abecedy.
- 4) Období syntézy: jedinci se učili číst nová slova, která se skládají ze známých částí.
- 5) Období zdokonalování: v tomto období se procvičuje syntéza slov a vět, za užití her, přesmyček, křížovek aj.

### 3.4 MAKATON

Systém MAKATON je používán zejména pro potřeby komunikace u neslyšících dětí i dospělých s mentální retardací. Uplatňuje se i u dětí s autismem. Znaky MAKATON mají svůj původ ve znakovém jazyce neslyšících.

Jako každá komunikace má alternativní komunikace své výhody i nevýhody. Výhodami této komunikace jsou, že zvyšuje komunikační možnosti dětí se speciálními potřebami, snižují sklon k pasivitě dětí, napomáhají rozvoji kognitivních a jazykových dovedností, rozšiřují komunikační eventuality.

Její nevýhoda je, že vzbuzují pozornost na veřejnosti, jsou společensky méně využitelné a snižují integraci.



Obr. č.3. *ŘEČ OBRÁZKŮ*, [online] (16.2.2016) Dostupné z: [http://parta-sro.cz/OC/index.php?roure=product/product&product\\_id=67](http://parta-sro.cz/OC/index.php?roure=product/product&product_id=67)

### **3.5 ZNAK DO ŘEČI**

Další formou alternativní a augmentativní komunikace je systém znak do řeči. Je to kompenzační prostředek pro lidi s mentálním a řečovým postižením, které vychází z toho, že použití znaků napomáhá komunikaci založené na přirozené řeči, gestikulaci a mimice. Znak do řeči není samostatný jazyk, nemá žádná vlastní mluvnická pravidla. Znakují se pouze slova, která mají pro pochopení věty důležitý význam, nebo které je obtížné jinak vyjádřit. To se doprovází běžnou gramaticky správnou řečí. (BENDOVI, 2011)

Znak do řeči můžeme charakterizovat jako kompenzační prostředek mezi jedinci s řečovým postižením a jejich okolí. Tím, že použijeme znak, pomáháme s jedincem komunikovat formou založenou na řeči těla, mimice a znacích, snadněji používáme než mluvenou řeč.

Znak do řeči většinou využíváme u jedinců, kteří mají nedostatečně rozvinutou řeč nebo ne zcela vyvinutou expresivní složku řeči. Je nutné nejdříve zjistit, zda jedinec s pervazivní vývojovou poruchou zvládne nároky tohoto systému. Je zde nutná nápodoba a pozdější samostatné aktivní vyjádření tímto způsobem. Komunikační partner zároveň ke znaku připojuje mluvené slovo.

### **3.6 SYSTÉM BLISS**

V současné době je systém Bliss tvořen 26 základními grafickými prvky, ze kterých je možno vytvořit okolo 2 600 symbolů, které představují rozsáhlý komunikační slovník, jež je pro osoby s narušenou komunikační schopností uspořádán do komunikační tabule. Jednotlivé symboly Bliss jsou většinou abstraktní, jsou tvořeny z geometrických tvarů, kde jejich velikost, orientace a poloha demonstruje jejich rozdílné dílčí významy. Systém Bliss byl vytvořen pro potřeby jedinců s centrálními poruchami motoriky se současně narušenou expresivní složkou řeči a intelektu v pásmu normy, poté byla tato metoda rozpracována pro práci s dětmi s mentálním postižením,

děti s kombinovaným postižením a osoby s poruchou autistického spektra. (BENDOVI, 2011)

### 3.7 VYMENNÝ OBRÁZKOVÝ KOMUNIKAČNÍ SYSTÉM

*„Výmenný obrázkový systém je komunikačním systémem na bázi alternativní a augmentativní komunikace, jenž může sloužit jako podpora, ale i jako náhrada verbální komunikace. Nejčastěji je využíváno v komunikaci s dětmi s poruchou autistického spektra a s dětmi se středně těžkou mentální retardací až těžkou mentální retardací.“<sup>22</sup>*

Komunikace prostřednictvím systémů VOKS funguje na principu výměny symbolu za předmět. Pro pochopení principu výměny symbolů za předmět jsou v základních fázích ncviku komunikace prostřednictvím VOKS využívány oblíbené odměny. Výměna symbolu a předmětu je ze strany komunikačního partnera slovně komentována. Dítě má tak zpětnou sluchovou vazbu, pokud toto sdělení zopakuje, dochází nejen k rozšiřování slovní zásoby, ale i ke zlepšení gramatických struktur řeči. Zpočátku pracuje s izolovanými symboly, ty jsou následně upraveny do barevně odlišených komunikačních tabulek a do komunikačních knih. Součástí komunikační knihy je i tzv. větný proužek, s jehož pomocí se děti učí tvorbě slovních spojení. (BENDOVI, 2011)

---

<sup>22</sup> BENDOVI, P., ZIKL, P., *Dítě s mentálním postižením ve škole*, 1. vydání, Praha: Grada, 2011, s. 96. ISBN 978-80-247-3854-3.



**Obr. Č. 4.** DUNIČOVÁ, L., *Využití alternativní a augmentativní komunikace u žáků základní školy speciální*, [online](16. 2. 2016), Dostupné z: <http://clanky.rvp.cz/clanek/k/s/10207/VYUZITI-ALTERNATIVNI-A-AUGMENTATIVNI-KOMUNIKACE-U-ZAKU-ZAKLADNI-SKOLY-SPECIALNI.HTML>

## 4 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST U OSOB S PERVAZIVNÍ VÝVOJOVOU PORUCHOU

*„Komunikační schopnost člověka je narušena tehdy, jestliže je některá rovina jeho jazykových projevů narušená, případně několik rovin současně působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru.“<sup>23</sup>*

Pervazivní vývojové poruchy jsou dominantním postižením a NKS je jedním ze symptomů. Opožděný vývoj řeči nebo regres ve vývoji bývá často první znepokojení udávané rodiči. Porucha komunikace se u dětí s poruchou autistického spektra projevuje na úrovni receptivní a expresivní, verbální a neverbální. Deficity v komunikaci u dětí s autismem a jejich kombinace jsou velmi různorodé.

*„Liší se pestrostí projevů i celkovou mírou komunikačního handicapu. Řeč u dětí s poruchou autistického spektra nemusí být poškozena, v komplexním řečovém vývoji však nalezneme abnormality vždy.“<sup>24</sup>*

Z pervazivních vývojových poruch mají řeč nejméně poškozenou jedinci s Aspergerovým syndromem, jejich pasivní a aktivní zásoba bývá obvykle velmi bohatá. Tito jedinci mají potíže především v jejím sociálním a praktickém využívání. Jedinci s pervazivní vývojovou poruchou mají potíže s gestikulací, mimikou a postoji vyjadřujícími jejich emočnímu prožívání.

Narušená komunikační schopnost se může týkat neverbální i verbální složky řeči, grafické i mluvené formy komunikace i její receptivní i expresivní složky. Komunikační schopnost může být narušena trvale nebo přechodně, může se též projevit jako vrozená či získaná porucha řeči. Příčiny těchto poruch mohou být funkční nebo orgánové a jejich narušení může být částečné nebo úplné.

---

<sup>23</sup> LECHTA, V, *Logopedické repetitorium*, Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatelství, 1990, s. 19., ISBN 80- 08- 00447- 9.

<sup>24</sup> THOROVÁ, K., *Poruchy autistického spektra*, 1. vydání, Praha: Portál, 2006, s. 98, ISBN 80-7367-091-7.



Pokud vymezujeme narušenou komunikační schopnost, musíme brát na zřetel její jazykové roviny: foneticko- fonologickou, morfologicko- syntaktickou, lexikálně- sémantickou či pragmatickou.

## 4.1 OPOŽDĚNÝ VÝVOJ ŘEČI

Dle ZAHŘÁDKOVÉ (2006) opožděný vývoj řeči znamená, že dítě nemluví ve třech letech vůbec, či mluví méně než ostatní děti v tomto věku.

Dítě musí být vyšetřeno, zda se v jeho případě nejedná o sluchovou či zrakovou vadu, poruchu intelektu, autismus, různé vady mluvidel nebo akustickou dysgnozii. Tato porucha může vzniknout z různých příčin, například z důvodu citové deprivace, má-li jedinec málo slovních podnětů, je-li neslyšící aj.

Dle ŠKODOVÉ (2003) může být opožděný vývoj řeči příznakem klinického obrazu, či se může vyskytovat i jako součást jiných vývojových vad.

*„ Opožděný vývoj řečových schopností s výrazně omezeným mluvním projevem, jednoslovnými výrazy, přetrvávajícím dysgramatismem a omezenou slovní zásobou, je vždy dominantně poruchou rozvoje individuálního jazykového systému dítěte s častou komplikací, zde představuje omezený rozvoj artikulačních schopností a malá srozumitelnost projevu. “<sup>25</sup>*

---

<sup>25</sup> NEUBAUER, K., *Logopedie*, 1. vydání, Hradec Králové: Gaudeamus, 2001, s. 40, ISBN 80-7041-098-1.

## 4.2 VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE

Vývojová dysfázie je porucha, která postihuje vývoj řeči, toto postižení řečových center v mozku, má velmi heterogenní charakter a mnohokrát ho nelze přesně lokalizovat. (KUTÁLKOVÁ, 2002)

*„Tato vývojová porucha řeči je charakterizován velice širokou symptomatikou ve vlastní řečové produkci v mnoha jiných úrovních. Může být doprovázena dalšími příznaky vyplývajícími z podstaty její etiologie. Termín vývojová dysfázie je v české foniatrické škole chápán jako porucha řeči ve vlastním slova smyslu, jež je způsobena zásahem do jejího vývoje od počátku. Nejde tedy o stav získaný až po osvojení si řeči.“<sup>26</sup>*

Vývojová dysfázie se může objevovat u dětí, které mají IQ v normě, ale i u jedinců s lehkou formou pervazivních vývojových poruch.

### 4.2.1 DRUHY VÝVOJOVÉ DYSFÁZIE

Senzorická – percepční receptivní dysfázie- poruchy vnímání, paměti a rozumění řeči, obtíže jsou zejména v dekodování řeči.

Motorická – expresivní dysfázie – porucha schopnosti samostatného vyjadřování, aktivní slovník je výrazně nižší než úroveň porozumění slovům a větám, porozumění je relativně lépe zachováno oproti dysfázii receptivního typu.

Smíšená – nejčastěji se vyskytující porucha. Jedinci s „expresivní“ poruchou řeči mají do určité míry též obtíže s porozuměním mluvenému slovu, na úrovni gramatických struktur, také jako jedinci s „percepční“ poruchou zákonitě v jejím důsledku obsahovat neadekvátně sdělení, která mohou působit obtíže s „expresí.“

---

<sup>26</sup> ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I., *Klinická logopedie*, 1. vydání, Praha: Portál, 2003, s. 106. ISBN 80-7178-546-6.

#### 4.2.2 PŘÍČINA

Příčiny vývojové dysfázie jsou mozkové dysfunkce, jež jsou nejčastěji difúzního charakteru, vývojový nevyvinutost centrální nervové soustavy, prenatální, perinatální či postnatální narušení vývoje různé etiologie, obvykle charakterizovaná jako lehké mozkové dysfunkce. (KUTÁLKOVÁ, 2002)

#### 4.2.3 STUPNĚ PORUCHY

Rozsah i charakter poruchy závisí na typu a rozsahu narušené činnosti centrální nervové soustavy, eventuálně lokalizaci neurologického nálezu, proto je obraz dysfázie tak nestálý, ať jde o její příznaky nebo o vývojové změny. Krom příznaků v řeči lze kdykoli najít nerovnoměrný vývoj osobnosti a výrazné rozdíly v dosažené úrovni jednotlivých schopností.

- 1) Nemluvnost- komunikace hlasem a pohybem. Mluvená řeč se nevyvíjí,
- 2) Těžká dysfázie- částečná nemluvnost- řeč se nerozvíjí, avšak později, pomalu a často i deformovaně.
- 3) Dysfázie- znemožňuje komunikaci, nýbrž řeč má závažné nedostatky, se slovní zásobou, gramatice, větné stavbě i artikulaci.
- 4) Dysfatické rysy- řeč vykazuje jen některé typické znaky dysfázie.

#### 4.2.4 PŘÍZNAKY DYSFÁZIE

Dle KUTÁLKOVÉ (2002) je řeč celkově chudá, malá slovní zásoba s převahou substantiv, velmi pomalu se zvětšuje a výrazně se odlišuje od vyjadřování částí slov. Věty jsou též obsahově chudé a stereotypní, stavba věty je velmi jednoduchá a chaotická. Nápadná je dlouhotrvající absence zvrtných zájmena pomocných tvarů slovesa býti. Časté jsou obsahové nepřesnosti. Je zde neschopnost odlišit hlásky sluchem a napodobit je, též je zde neschopnost odlišit fonémy sluchem. Dalšími

příznaky vývojové dysfázie jsou poruchy pozornosti, soustředění a paměti, různého typu a rozsahu, psychomotorický neklid, dysgnózie, emoční labilita či tupost, dyspraxie a dysrytmie.

**Artiklace:** Dysfatické dítě je ve spontánní komunikaci výrazněji horší než při opakování předříkaných slov. Je zde narušena výslovnost většího počtu hlásek, a tím je řeč obtížněji srozumitelná, v některých případech až nesrozumitelná.

**Fonetická diferenciac:** Jedinci hůře rozlišují distinktivní rysy hlásek. Je zde špatné rozlišování hlásek dlouhých- krátkých, znělých- neznělých, závěrových- nezávěrových, kompaktních a difúzních.

**Sluchová analýza a syntéza:** Dysfatické děti mají problémy rozložit slovo na hlásky a z hlásek složit slovo. Projevuje se zde nedostatek abstrakce a porucha akustické verbální paměti.

Dysfatické děti mají řeč agramatickou, potíže mají s používáním podmíňovacího způsobu, nesprávně používají koncovku při ohýbání slov či použití slova ve špatném rodě. Je zde často přehozený slovosled. Jedinci s touto poruchou mají často chudou slovní zásobu.

#### **4.2.5 DIAGNOSTIKA**

V diagnostice vývojové dysfázie zohledňujeme rodinnou a osobní anamnézu, že preferujeme zaměření na okolnosti související s lehkými mozkovými dysfunkcemi nebo různým typem handicapu. Dále je zde vyšetření řeči- percepční a expresivní složky. Vyšetření fonemického sluchu, úroveň jemné motoriky a motorik mluvidel. Vyšetření lateralit, psychologické vyšetření a ORL vyšetření. Dále se zaměřujeme na vyšetření sluchu a neurologického vyšetření.

### 4.3 LOGOPEDICKÁ PÉČE

Dle KLENKOVÉ (1997) je nutné včas diagnostikovat dítě a zahájit ovlivňování vývoje dítěte. Je o to, aby nevznikly žádné negativní důsledky.

ŠKODOVÁ, JEDLIČKA A KOL. (2003) popisují, logopedickou intervenci, že má tři základní cíle, těmi jsou rozlišit narušenou komunikaci, zmírnit či odstranit narušení komunikační schopnosti a zlepšit tuto komunikaci.

Logopedická intervence je založena na logopedické diagnostice, terapii a prevenci. Logopedická diagnostika má několik cílů a metod. Dle LECHTY (1995) záleží na orientačním vyšetření, základním vyšetřením a sociálním vyšetřením. Existuje mnoho metod vyšetření, např. pozorování, diagnostické zkoušky, testy, rozbor výsledků činnosti a přístrojové metody. Diagnostika úrovně komunikace u jedinců s PAS je součástí výše uvedených diagnostických nástrojů, kdy je potřeba hodnotit expresivní a receptivní rovinu, verbální a neverbální vyjadřování, kvalitu očního kontaktu apod.

Při práci s jedinci s pervazivní vývojovou poruchou je hlavní potíží samotné navázání komunikace. Nedochozí jim význam komunikace, která u nich není dostatečně rozvinutá. U jedince s pervazivní vývojovou poruchou se nejprve využije metoda pozorování, jehož cílem je nejprve rozpoznat nejdůležitější charakteristiky a způsoby chování, komunikace v určitých situacích jedince a jejich příčiny, možnosti využití pro další intervenci.

Jedná se o dlouhodobé pozorování, přímá činnost s jedincem, jež je plánované, systematické a jehož cílem je zaznamenat výsledek logopedické intervence. Dále lze využít rozhovor s rodiči, cílem rozhovoru je získání důležitých informací, které se týkají nejen vývoje jedince.

U těchto jedinců je důležitá spolupráce se Speciálně pedagogickým centrem, kde je jedinec sledován speciálním pedagogem, dětským psychologem a logopedem. Primární prevence se zaměřuje na předcházení ohrožujícím situacím v celé populaci. Je specifická, která se zaměřuje proti konkrétnímu riziku narušení komunikační schopnosti

a nespécifickou, která podporuje formy žádoucího chování. Sekundární prevence je orientována na jedince, kteří jsou ohroženi negativními jevy. U jedinců v terciální prevenci, kde je již projevení narušení komunikační schopnosti se udržuje stávající stav, aby nedošlo k prohloubení potíží.

Moderní logopedi se nezabývají již pouze otázkami výslovnosti, které byly delší dobou ve středu jejího zájmu, ale nyní se věnuje i ostatním jazykovým rovinám-lexikálně sémantické, morfologicko- syntaktické a pragmatické.

Logopedická intervence v sobě nese všechny činnosti, které logoped běžně vykonává, aby mohl diagnostikovat narušenou komunikační schopnost a pracovat s ní za účelem jejího odstranění, případně překonat či předcházet dalšímu narušení. Během této diagnostiky logoped nejdříve posuzuje, zda se opravdu jedná o narušenou komunikační schopnost a ne jen o fyziologický jev, který se upraví sám. Pokud se opravdu jedná o narušenou komunikační schopnost, logoped určí stupeň, formu, souvislost s jiným postižením, a navrhne další léčebný postup.

Na narušení komunikační složky bude pozitivně působit logopedická terapie. Někdy lze narušení zcela odstranit, avšak nelze vždy očekávat pozitivní výsledek. K logopedické terapii využijeme metod stimulujících, které podněcují nerozvinuté a opožděné funkce řeči, korigující, které upravují vadné řečové funkce či redukující, jež pracují se ztracenými funkcemi řeči. Terapii můžeme uskutečnit buď to formou individuální, či skupinovou a intenzivní, která se opakuje několikrát denně či intervalovou, která se vykonává v odstupu několika týdnů či měsíců.

Základní péči o jedince s pervazivní vývojovou poruchou tvoří vzdělávací programy. Jeden z nejúspěšnějších vzdělávacích programů je strukturované učení. Při strukturalizaci vnášíme jasná pravidla, zprůhledňujeme pořadí činností a jednoznačně uspořádáme prostředí, ve kterých se jedinec s poruchou autistického spektra nachází. Nastavujeme tím určitý řád, pocit bezpečí a jistoty, při kterém jedinec lépe snáší nové úkoly a náhlé události.

S jedincem s pervazivní vývojovou poruchou využíváme též program TEACCH, ve kterém je kladen důraz na brzkou a správnou diagnostiku a následnou speciálně-pedagogickou péči, na rozvoj komunikace a věnování pozornosti problematice chování.

Program zahrnuje služby pro autistické děti, které počítají s účastí rodiny od předškolního věku do dospělosti, předpokládaný soustavný empirický výzkum a zjišťují mnohostranné školení. Program poskytuje pomoc ve třech hlavních oblastech klientova života, tj. uspořádání domácí péče, vzdělávání a společenské uplatnění. Tomu napomáhají určité organizační struktury.

Zásady tohoto programu jsou individuální přístup k dítěti a spolupráce s jeho rodinou, integrováním dítěte s pervazivní vývojovou poruchou do společnosti, pozitivní přístup k dětem s problematickým chováním. Metodika TEACCH programu se opírá o:

- **Fyzickou strukturu-** velmi názorná organizace fyzického prostoru a pracovních úkolů. Nábytek i pracovní pomůcky jsou uspořádány tak, že umožňují dítěti chápat vzhledem a ne jen verbálními pokyny.
- **Vizuální podporu-** vizualizace pracovních úkolů umožní vyšší míru samostatnosti dítěte. Využíváme zde procesuální schémata, denní režimy, barevné kódy či písemné pokyny.
- **Motivace-** v práci s dítětem s pervazivní vývojovou poruchou využíváme pozitivní motivaci, např. sladkosti, oblíbenou hračku či oblíbenou činnost.

Pro zlepšení nepříznivé prognózy tohoto závažného postižení je nezbytná časná správná diagnóza. Není-li však včas rozpoznána, mohou postižení žít na okraji společnosti. Pervazivní vývojová porucha je komplikované postižení, které naruší vývoj komunikace v nejranějším dětství a znemožní vytváření normálních mezilidských vztahů. Jde o handicap, který brání postiženému přizpůsobit se na prostředí, ve kterém žije. Život se pro něj stává chaosem bez pravidel, a proto si sami vytvářejí pravidla, jimž rozumí jen oni sami. V dnešní době jsou již dobře vyškolení pediatři, neurologové, psychiatři, psychologové, logopedi, pedagogové a speciální pedagogové, kteří pomohou jedince včas diagnostikovat a nastavit terapii, která jedince začlení do společnosti.

Při péči o jedince s pervazivní vývojovou poruchou je potřeba zapojit do práce také asistenta pedagoga, který ve školním prostředí bude pomáhat a podporovat handicapovaného jedince v komunikaci ve školním prostředí.

*„ Využití strukturované výuky jako intervenční strategie je základem TEACCH program od jeho zavedení v polovině šedesátých let. Fyzická organizace a časový rozvrh, individuální přístup, vizuální strukturování a rutina jsou hlavní aspekty struktury, která se osvědčila ve třídách pro postižené autismem bez rozdílu věku a stupně vývoje. Strukturované učení je základním přístupem TEACCH programu v rozvíjení schopností a dovedností a v minimalizaci problémů chování.<sup>27</sup>*

Při práci s jedinci s pervazivní vývojovou poruchou můžeme též využít několik počítačových aplikací, které se dají využít jako náhradní forma komunikace. Patří sem například I Click I Talk, tato aplikace je vytvořená pro děti, které nemluví, ale potřebují jen vyjádřit základní potřeby. V této aplikaci je větný proužek, možnost překladu a anglického do českého jazyka a možnost nahrát svůj vlastní hlas.

Picture Card Communion je aplikace vytvořená, aby zprostředkovala informace, které se vytvářejí pomocí různých typů médií, jako jsou jednotlivé karty, papírové grafy a komunikační desky. Tyto nástroje mohou jedincům s pervazivní vývojovou poruchou individuálně se vyjádřit a komunikovat.

C. P. A. je španělská aplikace, pro alternativní komunikaci s větným řádkem, která je určená pro iPod.

---

<sup>27</sup> SCHOPLER, E., MESIBOV, G., *Autistické chování*, 1. vydání, Praha: Portál, 1997, s. 217. ISBN 80-7178-133-9.



# PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 CÍL PRAKTICKÉ ČÁSTI

Hlavním cílem průzkumného šetření bude sestavení čtyř kazuistik nezletilých jedinců s pervazivními vývojovými poruchami. V daných kazuistikách by autorka ráda poukázala na důležitost včasné diagnostiky, u jedinců s pervazivními vývojovými poruchami. Vyhledání správné formy komunikace, kterou bude klient upřednostňovat a využitím pravidelné logopedické intervence. Před započítím průzkumného šetření jsme si stanovili tři průzkumné otázky, jejichž vyhodnocení je popsáno v závěrečné diskuzi.

*„Kazuistika nebo též případová studie patří mezi výzkumné metody a zabývá se popisem jednotlivých případů, např. vznikem, průběhem a vyléčením duševní choroby apod. Stejně jako jedince se může kazuistika týkat i skupiny lidí či instituce. Slouží jako pomoc a srovnání pro podobné případy.“<sup>28</sup>*

*„Výzkum pomocí případové studie (kazuistiky) se zaměřuje na podrobný popis a rozbor jednoho nebo několika málo případů.“<sup>29</sup>*

*„V případové studii jde o detailní studium jednoho nebo několika málo případů.“<sup>30</sup>*

---

<sup>28</sup> HARTL, P; HARTLOVÁ, H. Psychologický slovník. Praha: Portál, 2004. s. 253, ISBN: 80-7178-303-X.

<sup>29</sup> HENDL, J., Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace, 4. vydání, Praha: Portál, 2016, s. 101, ISBN 978- 80- 262- 0982- 9.

<sup>30</sup> HENDL, J., Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace, 4. vydání, Praha: Portál, 2016, se 102, ISBN 978- 80- 262- 0982- 9.

### Průzkum šetření a jeho průzkumné otázky:

O1: Může včasná diagnostika a spolupráce s odborníky napomoci jedinci s pervazivní vývojovou poruchou v rozvoji komunikace?

O2: Lze individualizací a strukturalizací činností napomoci jedinci s pervazivní vývojovou poruchou k celkovému rozvoji komunikace? Jaké alternativní způsoby komunikace jsou u jedinců s pervazivními vývojovými poruchami upřednostňovány?

O3: Může mít pravidelná logopedická intervence realizovaná u jedince s pervazivní vývojovou poruchou pozitivní vliv na rozvoj komunikačních schopností?

Autorka zpracovala kazuistiky čtyř jedinců s pervazivními vývojovými poruchami. Autorka toto šetření realizovala, aby poukázala na využití logopedické intervence u jedinců s pervazivními vývojovými poruchami, vytvoření individualizovaného a strukturovaného prostředí, které jedinci dopomůže ke zkvalitnění komunikace.

Chlapci byli vybráni záměrně, protože je s ním autorka každodenně v kontaktu jako vychovatelka v dětském domově a zdravotnice v mateřské škole a v dětském domově. Do průzkumné části byli zapojeni čtyři probandi mužského pohlaví ve věku od 7 do 12 let. Tři z těchto jedinců jsou umístěni v dětském domově, jeden z chlapců pochází z úplné rodiny a dochází do mateřské školy speciální, která se nachází v zařízení dětského domova. Rovněž byla v kontaktu s rodiči chlapce docházejícího do speciální mateřské školy.

Metody zpracování dat- při průzkumném šetření byla použita kvalitativní metoda:

- Nepřímé pozorování
- Případová studie

Při zpracování tohoto výzkumu vycházíme z metodiky analýzy osobní a rodinné anamnézy, analýzy psychického vyšetření a analýzy pedagogické dokumentace, rozhovoru s logopedem, učitelkou a vychovatelkou. Využitím těchto metod byly

získány informace o nezletilých jedincích. Podle zákona č. 101/2000; O ochraně osobních dat byla jména chlapců změněna.

Tyto kazuistiky byly zpracovány v dětském domově a mateřské škole speciální, kde jsou tři jedinci umístěni, a jeden z chlapců dochází do speciální mateřské školy. V dětském domově jsou umístěni děti od čtyř do devatenácti let. Dětský domov je rozdělen do čtyř skupin po šesti dětech, podle druhu postižení. Každá skupina má dvě klíčové vychovatelky, které zajišťují chod skupiny. Mateřská škola speciální je rozdělena na tři třídy po šesti dětech, též podle druhu postižení, kam dochází jak děti z dětského domova, tak i jedinci docházející do speciální školy z rodin. V budově dětského domova a mateřské školy speciální je umístěno též speciálně pedagogické centrum, které pro děti z dětského domova a mateřské školy speciální vytváří psychologická vyšetření, vypomáhají při sestavování výchovně individuálně výchovně vzdělávacích plánů, též je v zařízení přítomen logopedický asistent, který s dětmi individuálně pracuje. Dětský domov a mateřská škola speciální vznikla z Institutu pro neslyšící v roce 1994.

## **KAZUISTIKA 1.**

Anamnéza chlapce: Adam, věk: 10 let, diagnóza: Lehká mentální retardace, ADHD, atypický autismus, Touretteův syndrom, porucha chování.

Rodinná anamnéza: matka má základní vzdělání, je zaměstnána jako prodavačka, v současné době na mateřské dovolené. Otec má též základní vzdělání, nyní ve výkonu trestu. Mladší sestra (1,5 rok), zdráva.

Osobní anamnéza: Adam je z prvního nesledovaného těhotenství, podle slov matky v těhotenství nezaznamenala žádné potíže. Chlapec se narodil záhlavím, z důvodu apnoe mu byl podán kyslík a dítě bylo uloženo do inkubátoru. Chlapec byl z nemocnice propuštěn po měsíci. Dále byl chlapec sledován na neurologii, pro opoždění ve vývoji. Psychomotorický vývoj byl v prvním roce mírně opožděný, při vyšetření lékařem v 18. měsících bylo zjištěno, že chlapec pouze vydává neartikulované zvuky. U chlapce se během několika měsíců objevilo agresivní chování, problémy se stravováním a tiky.

Chlapec byl sociální pracovnící z rodiny odebrán ve 2 letech života, kdy o něj matka nejevila zájem a bylo zde podezření z týrání dítěte. Adam byl umístěn v dětském domově. Zde byl chlapec vyšetřen dětským psychologem a byl mu zjištěn atypický autismus a Touretův syndrom. Chlapec začal docházet k logopedickému asistentovi. Byl vyšetřen očním lékařem a chlapci byl zjištěn astigmatismus, který je nyní řešen brýlovou korekcí.

Ve třech letech začal Adam docházet do speciální mateřské školy, kde chlapec mohl denně docházet na různé podpůrné terapie. Každý den chlapec cvičil s fyzioterapeutem, jednou týdně chlapec měl canisterapii, hiporehabilitaci, muzikoterapii a logopedii. S chlapcem se nastavil systém AAK, kdy chlapec zpočátku pracoval se zástupnými předměty, ale během krátkého času přešel na práci s fotografiemi. Kdy měl chlapec zpočátku nafocené místnosti v dětském domově a speciální mateřské škole, kterými se řídil v orientaci po budově. Poté měl chlapec nafocené i předměty. V pěti letech učinil chlapec velký pokrok, když začal sám spontánně tvořit slova a věty. S Adamem začala pedagožka ve speciální škole i vychovatelka v dětském domově denně dělat logochvilky, kdy jsme s dítětem cvičili správnou výslovnost slov, cvičení hybnosti jazyka a tváří. S chlapcem se pracuje před zrcadlem. Rozvoj slovní zásoby probíhal dle rámcového vzdělávacího plánu v mateřské škole speciální. U Adama jsme nacvičovali též zrakové vnímání, nácvik rozpoznání základních barev, přiřazování stejných geometrických tvarů, stejných obrázků. Časem jsme u chlapce přešli na komunikaci pomocí znakového jazyka, abychom lépe podpořili komunikaci

Logopedické chvílky provádí s chlapcem každý den speciální pedagog, dle připravené logopedické knihy, kterou vytvořil logopedický asistent „na míru“ danému jedinci. Při práci s chlapcem využíváme individuální práci. Na tuto činnost používáme logopedickou místnost, kde je při práci zajištěn klid. V této místnosti jsou již připravené pomůcky na logopedickou práci, např. logopedické zrcadlo.

Nejprve dáme dítěti možnost adaptovat se na nové prostředí a dáme mu možnost výběru samostatné činnosti, např. malování nebo prohlížení oblíbené knihy. Poté začneme s dechovým cvičením (brčko s tekutinou- foukání bublinek, sání tekutiny. Foukání do bublifuku, nebo foukání na pířko). Před artikulačním cvičením

připravujeme obličejové svalstvo a dutinu ústní na vyvozování hlásek. Do orofaciální stimulace zapojíme masáž prstů, míčkování malým míčkem, stimulaci štětečkem a masáž dlaněmi. Poté nacvičujeme před zrcadlem konkrétní hlásky gymnastikou mluvidel. Po každé činnosti chlapce slovně pochválíme, na konci logochvilky chlapec dostane odměnu.

Nyní chlapec dochází na Základní školu speciální. S Adamem již komunikujeme mluveným slovem, ale podporu má stále ve znakovém jazyce. Jeho slovní zásoba je již velmi rozšířená. Na většinu slovních i neslovních podnětů reaguje. Dokáže vyjádřit, co chce (ukázáním, znakem či slovem). Aktivně sám využívá mnoho slov a slova též opakuje. Sám používá jednoduché věty, brouká si písničky a básničky, umí vyjádřit to, co momentálně potřebuje, nebo naopak nechce. Chlapec je ve škole hodnocen slovně. U chlapce se často objevují záchvatu vzteku a agrese. Pokud se dostane do afektu, většinou napadá děti kolem sebe ale i dospělé. Chlapec je sledován psychiatrem a má nastavenou psychiatrickou medikaci, ke zmírnění projevů agrese, tato medicína se upravuje dle stávajícího stavu. Nyní je z důvodu bezpečnosti Adama, ale i ostatních dětí v řešení psychiatrické zařízení. Pokud chlapce navštíví v zařízení jeho matka (objevuje se cca jednou za rok), chlapec má trávící potíže (pravděpodobně důsledek možného týrání).

Chlapec má velkou představivost, baví ho stavebnice všeho druhu, je velmi kreativní a velmi ho baví stavět budovy, nyní to je obchodní dům Lidl. Rád si hraje s dětským kuchyňským zařízením, kde „vaří“ a nabízí jídlo, čaj a kávu, myje nádobí apod.

Jeho hrubá a jemná motorika je velmi dobrá. Nechá se zapojit do nabízených činností, snažíme se o kratší dobu, cca 10- 20 minut, poté mu nabídneme odpočinek nebo změňme činnost, kterou dosud vykonával. Zvládne rozlišit zvířata, barvy, číslice, roční období a počasí. Baví ho vytvářet ať už tvary ze stavebnice nebo z modelíny. Problémy má stále ve správném úchopu psacího náčiní.

Chlapec je nyní velmi samostatný, na toaletu si dojde sám, nyní nad ním z důvodu agresivního a nepředvídatelného chování neustálý dohled v jakýchkoli činnostech. V noci je vysazován. Při oblékání a svlékání je též samostatný, jen nad ním musí být dohled,

aby se převlékal a nevěnoval se jiné činnosti. Dokáže se sám umýt žínkou, sám si povídá o částech těla, která si myje. Umí se utřít ručníkem, učeše si vlasy, zuby si vyčistí s dopomocí. Jí příborem. Adam má stále problémy se stravováním. Pokud se mu jídlo vzhledově nelíbí, začne křičet, vrtět se na židli, opouští své místo bez důvodu. Strká do dětí a odmítá jíst. Občas ho u jídla přepadne agrese, je schopný napadnout dítě, či vychovatelku příborem.

U chlapce se budeme stále snažit o jeho zklidnění a navození příjemné atmosféry. Budeme se stále snažit o správné držení psacího náčiní a před prací využijeme uvolňovací cviky. Chlapce budeme více zapojovat do činností ostatních dětí, zlepšovat schopnost a udržet pozornost. Stále budeme u Adama rozvíjet hrubou motoriku při pobytu venku (jízda na kole). Budeme se stále snažit zlepšit toleranci k jídlu, zlepšit jeho kulturu stolování.

## **5.1 KAZUISTIKA 2.**

Anamnéza chlapce: Karel, věk: 12 let, diagnóza: středně těžká mentální retardace s výrazně opožděnou expresivní složkou řeči, Atypický autismus, psychická a sociální deprivace

Rodinná anamnéza: matka je bez vzdělání. Pracuje jako placená společnice, otec má základní vzdělání, nyní je ve výkonu trestu.

Osobní anamnéza: chlapec je z prvního nesledovaného těhotenství. Karel se narodil záhlavím a po porodu byl bez problémů. Matka s chlapcem ihned po propuštění odjela na Slovensko, kde z té doby nejsou žádné údaje o jeho vývoji, pouze to, že chlapec nebyl sledován v žádné poradně. Po návratu do České republiky ve třech letech dítěte byl Karel odebrán matce z péče, též v tomto případě bylo podezření na týrání dítěte. Chlapec byl umístěn do dětského domova.

Ihned po nástupu do dětského domova byl chlapec vyšetřen ve speciálně pedagogickém centru, kde mu byl diagnostikován atypický autismus, středně těžká mentální retardace. Chlapec vydával pouze neartikulované zvuky a byl předán do péče logopeda. V mateřské škole speciální se denně účastnil různorodých terapií, od léčebného tělocviku, muzikoterapie až po canisterapie. U chlapce se začali objevovat výbuchy vzteku, kdy se začal sebepoškozovat a byla mu psychiatrem nasazena psychiatrická medikace. Oční kontakt navazoval jen sporadicky.

Chlapci byla nastavena komunikace skrze zástupné symboly, které zastupovaly místnosti v budově dětského domova a speciální mateřské školy a pomáhali chlapci orientaci po budově. Postupem času se u chlapce přešlo ze zástupných symbolů na fotografie, označující místnosti, předměty se znakovou podporou. Při předložení fotografie místnosti dokáže samostatně v budově vyhledat správnou místnost. Chlapec je snadno vyrušitelný, stačí slabý impulz z chodby, a pokud není pojmenován či nevymizí, není chlapec schopen další práce. Pokud se vyzkouší práce bez fotografií, je s ním obtížná spolupráce a velká neochota podřídit se zadání.

Nyní chlapec dochází do Základní školy speciální. S chlapcem nyní komunikujeme pomocí znakového jazyka a mluvené řeči. Aktivní zásoba je velmi omezená. Časté komolení slov a obtížně srozumitelná výslovnost, echolalie. Hypotonické orofaciální svalstvo, sliní. Deficitní regulace hlasitosti v rámci kontextu, chvílemi šeptá, záhy křičí bez zjevného impulsu zvenčí. Pojmenuje známé předměty každodenní potřeby, některá zvířata a některé barvy. Verbálně dokáže sdělit, co potřebuje (např. přídavek jídla, oblíbenou hračku, či odmítnutí). U chlapce je percepce na vyšší úrovni než exprese. Často vydává skřeky, které doprovázejí nelibou emoci. Při vyžadování delšího mentálního úsilí se Karel často snaží nelibou vokalizací, někdy i verbálními náznaky, že si ublížil, přerušit či předčasně ukončit úkol. V přehledné struktuře oznámení úkolu fotografií- provedení úkolu- odměna je rychle zorientován a ubývají tendence k předčasnému ukončování a odcházení od stolu. Jeho chování je téměř bez problémové, občas se vyskytne agrese vůči své osobě, toto ubližování je vždy reakcí na jeho nespokojenost s danou činností či věcí. Chlapec je sledován pedopsychiatrem a má nastavenou psychiatrickou medikaci.

V oblasti sebeobsluhy je Karel celkem samostatný. Potřebuje převážně jen malou pomoc. Dříve chlapec jedl sám příborem, nyní mu musíme opět připomínat správný úchop příboru. U jídla není vybíravý. Na toaletu chodí sám, pouze se mu musí připomínat hygiena rukou po toaletě. Při večerní hygieně je schopný sám se umýt a otřít. Chlapec se obléká a svléká sám, potřebuje nad sebou dohled pouze kvůli předozadní orientaci. Stále s chlapcem trénujeme zavazování tkaniček.

Samostatná práce je s chlapcem velmi proměnlivá, velmi záleží na jeho momentální náladě ale také na nabízené činnosti. Je důležité vždy práci dokončit, i přestože se chlapec vzteká. Naopak při oblíbené činnosti chlapec vydrží u práce i 20 min. Chlapec má rád pobyt venku, dokáže jezdit na koloběžce, s jízdou na kole má stále problémy. Úchop tužky funkční- správná pozice prstů, ale topornost v pohybu zápěstí. Karel si rád prohlíží obrázkové knihy, musí se stále sledovat, protože tyto knihy ničí- vytrhává z nich obrázky, které se mu líbí. S ostatními dětmi si nehraje, naopak se velmi vzteká, když mu ostatní hru přeruší nebo do ní zasáhnou. Poměrně úspěšnější je chlapec i v oblasti vizuomotoriky a jemné motoriky, částečná úspěšnost je i u zrakového vnímání. Naopak nejslabší oblasti se řadí schopnost pojmového myšlení, sluchová a fonologická paměť a oblast sociálně-emočních kompetencí, kde chlapec zcela selhává.

Ve psaní a čtení rozezná s jistotou velké tiskací samohlásky A, E, I, O a samohlásku S. Ostatní tápe a zkouší, s častými záměnami, spojování slabik, jednoslabičných slov se nedaří, podle vzoru opíše tiskací písmena. Zná početní řadu do 20, s pomocí které spočte předložený počet prvků, dokáže postřehnout 1 prvek, u většího počtu prvků se již opírá početní řadu. Umí přečíst i zapsat podle diktátu číslovky do 20, matematické symboly plus, mínus, rovná se. Schopnost sčítání a odečítání  $+ - 1$  nejistá, při řešení příkladu přepisuje mechanicky číslo dalšího příkladu.

U chlapce se budeme dále snažit upozorňovat na mytí rukou před a po jídle, po toaletě. Budeme nacvičovat předozadní orientaci a nácvik zavazování tkaniček. S chlapcem budeme rozšiřovat škálu nabízených činností, větší trpělivost při pracovních činnostech a podporovat samostatnost při pracovních činnostech. Stále se budeme snažit více zapojit chlapce do hry s ostatními dětmi. Využívání asistenta pedagoga při práci ve



škole. Dále budeme s Karlem pracovat důsledně strukturalizace činností, logopedická péče pravidelné sledování pedopsychiatrem.

## **5.2 KAZUISTIKA 3.**

Anamnéza dítěte: Michal, věk: 10 let, diagnóza: středně těžká mentální retardace s výrazně opožděnou expresivní složkou řeči, atypický autismus

Rodinná anamnéza: matka: základní vzdělání, nyní v invalidním důchodu – Huntingtova choroba, otec: neznámý, sestry (2007,2008) zdravý.

Osobní anamnéza: chlapec se narodil z prvního sledovaného těhotenství, během těhotenství matka neudává žádné problémy. Chlapec se narodil v termínu, záhlavím. Po porodu se u chlapce neobjevily žádné problémy. Chlapec se dle lékařů nevyvíjel správně. U Michala nebyl žádný viditelný oční kontakt, nerozvinula se řeč. Michal byl ve třech letech umístěn do dětského domova. Matka udala důvod: neschopnost péče ze zdravotní indispozice. Poté byla sama umístěna do sociálního zařízení, z důvodu propuknutí Huntingtonovy choroby. Jedna sestra byla svěřena do péče svého otce a druhá sestra byla dána do pěstounské péče. Matka je se všemi svými potomky dále v kontaktu. Chlapec byl vyšetřen ve speciálně pedagogickém centru, kde mu byl diagnostikován atypický autismus. Chlapec byl předán do péče logopedického asistenta.

Chlapec docházel do mateřské školy speciální, kde mu byla zajištěna péče logopeda, fyzioterapeuta. Každodenně se mu obměňovali terapie, např. canisterapie, hiporehabilitace, muzikoterapie.

Nyní chlapec dochází do detašovaného pracoviště Praktické školy. Michalovi byla nastavena komunikace fotografiemi, s podporou znakového jazyka. Kdy sám úspěšně dokáže znaky vyjádřit své potřeby. Chlapec stále pouze vokalizuje, bez zjevné změny.

Michal je spíše pasivní, v kolektivu oblíbený chlapec. Celoročně pobývá v dětském domově. Chlapec dokáže pracovat, když jsou naplněny jeho potřeby struktury (jedna aktivita na stole, finish box). Vyhovuje mu střídání úkolů, u oblíbených úkolů a dobrém naladění vydrží 15- 20 min. V opačném případě se úkol snaží rychle dodělat, ale nesoustředí se. Pro jeho soustředění je hlavní klid, snadno ho vyruší hluk, na který je

velmi citlivý. Zásadní je srozumitelnost zadání, jehož pochopení může komplikovat porucha autistického spektra.

Michal zvládá házet míč, občas ho dokáže chytit. Jezdí na tříkolce s dopomocí při řízení. Chodí po špičkách, při upozornění sjedná nápravu. Preferuje pravou ruku, zapojí obě ruce. Úchop a stisk je adekvátní, staví a bourá kostky (věž z 12 kostek, had) a stavby ze stavebnice, horizontální i vertikální řazení. Staví na základě nápodoby hry ostatních dětí. Rozbalí si sladkost, otevírá láhev, šroubuje uzávěry, dokáže navlékat korálky. Vkládá geometrické tvary, rozlišuje dobře velikost. Podle předlohy namaluje kruh, svislou a vodorovnou čáru, obtáhne tvary podle teče. Spontánně čárá, obsahová kresba chybí. Při upozornění a předvedení je úchop téměř správný.

Chlapce je těžké něčím zaujmout. Oční kontakt se nyní daří prodlužovat. Citlivě vnímá hlasité zvuky, má rád hudbu a umí se pohybovat do rytmu. Rád si hraje se zvukovými hračkami. Dokáže ukázat některé části těla, podá na výzvu známé předměty. Umí ukázat druhy zvířat na obrázku. Třídí 3-4 barvy podle vizuální předlohy. Příkladá tvary na obrysy (12 karet najednou). Chápe fotky místností a dokáže se podle nich orientovat po budově. Dokáže se orientovat v režimu dne, což přispělo k jeho celkovému zklidnění.

V dětském domově je u Michala používána totální komunikace s důrazem na řečové vyjádření s použitím znaku, fotek místností. Chlapec je stále v péči logopedického asistenta. Denně s Michalem ve škole speciální pedagog vykonává logopedické chvílky dle přípravy logopedického asistenta. S chlapcem se pracuje v samostatné klidné logopedické místnosti, kde má na práci klid. Při práci Michalem využíváme též pomůcky, jako jsou logopedické zrcadlo, obrázky. Nejprve dáme Michalovi možnost adaptovat se na novou situaci. Dáme mu možnost výběru samostatné činnosti, Michal si povětšinu vybírá prohlížení oblíbených knih. Poté začneme s dechovým cvičením, chlapec fouká do bublifuku, či na pířko. Před artikulačním cvičením připravujeme obličejové svalstvo masáží prsty a dlaněmi, míčkováním malým míčkem a stimulací štětečkem. Poté nacvičujeme před zrcadlem konkrétní hlásky gymnastikou mluvidel. S chlapcem se při logopedických chvílkách využívá i nácvik znakového jazyka a trénování nový znaků dle měsíčního tématu. Michal výrazně opožděnou expresivní složku řeči. Aktivně používá cca 10 základních znaků pro vyjádření potřeb a přání. Další znaky zopakuje na vyžádání. Velkým

posunem je pochopení smyslu komunikace a její aktivnější používání. Reaguje na zavolání, rozumí základním opakujícím se verbálním pokynům, složitějším rozumí spíše jen v kontextu situace. Objevují se u něj záchvaty vzteku, breku, které někdy střídá smích, u kterých není zřejmá příčina. Dle neurologa by se mohlo jednat o bolesti způsobené lézemi a cystou na mozku.

Chlapec je samostatný, nevěnuje pozornost předozadní orientaci, potřebuje pomoci s tkaničkami. Kultura stolování je dobrá. Hygiena po toaletě je třeba připomínat.

U chlapce je potřeba prodlužování pozornosti. Stále strukturovat práci a pozitivně motivovat chlapce. Dále je potřeba stálá logopedická péče a rozvíjení znaků pro větší možnost komunikace s dítětem. Je potřeba podporovat vytváření početních představ na úrovni množství, prodlužovat koncentraci pozornosti u neoblíbených aktivit a pokračovat v rozšiřování slovní zásoby.

### **5.3 KAZUISTIKA 4.**

Anamnéza chlapce: Jakub věk: 7 let., diagnóza: Dětský autismus, středně těžká mentální retardace, projevy výrazné hyperaktivity a poruchy pozornosti

Rodinná anamnéza: matka vysokoškolsky vzdělaná, překladatelka. Nyní pracuje z domova, překládá texty. Otec vysokoškolsky vzdělaný, pracuje jako ředitel firmy. Bez sourozenců.

Osobní anamnéza: Jakub se narodil z prvního sledovaného těhotenství. Porod byl v termínu, záhlavím. V prvních měsících u dítěte nebyly žádné vývojové problémy. Chlapec se vyvíjel normálně. Ve dvou letech věku dítěte, se začaly objevovat první náznaky autismu. Špatný oční kontakt, řeč se vytratila a Jakub začal pouze vokalizovat. Rodiče navštívili praktického lékaře, který doporučil vyšetření u psychologa. U chlapce diagnostikovali dětský autismus. U Jakuba se objevovali běžné dětské choroby. Ve třech letech byl umístěn do mateřské školy speciální, kde byl chlapec do svých 5 let, dle matčina sdělení, nebylo toto prostředí pro chlapce kvalitní. Učitelky podle matky nepracovali dostatečně, tak se rodiče rozhodli chlapce předat do péče jiné mateřské školy speciální.

Chlapec neměl nastaven žádný komunikační systém, proto se v mateřské škole speciální rozhodli pro spolupráci se speciálním pedagogickým centrem na vytvoření komunikačního systému pro Jakuba a vytvoření individuálně výchovně vzdělávacího režimu. Chlapec byl zařazen do péče logopedického asistenta, který nyní s chlapcem pracuje, při práci s Jakubem využívá orofaciální stimulace, míčkování. U chlapce se logopedický asistent, též speciální pedagogové snaží prodlužovat činnosti a snaží se Jakuba postupně zvykat na orofaciální stimulaci, u které chlapec dlouho nevydrží, vzpouzí se a bývá agresivní.

Nyní má Jakub stále malý oční kontakt, využívá ho pouze účelně- když chce bonbon, nebo oblíbený předmět, podívá se učitelce, či asistentce do očí, poté jde k místu, kde je daný předmět umístěn. Při práci u stolečku není stále zvyklý, vydrží pracovat cca 5 minut. Jeho spolupráce je pasivní- nechá si vést ruku. Zajímá ho vše, co vydává zvuky. Často si vkládá ruce či hračky do úst. Chlapec velmi rád pracuje s iPodem, který využívá jak ve speciální mateřské škole, tak i doma. Chápe, jak se zapínají různé aplikace a má též i své oblíbené. Nejoblíbenější z jeho využívaných aplikací jsou zvukové aplikace, kde si sám může vybrat buď zvuk zvířete, nebo oblíbenou melodii. Má rád výrazné a barevné předměty, které se zájmem pozoruje. Na nabízený předmět (zástupný symbol) se podívá, jen když si na něj sáhne i ruka a má ho přímo před obličejem. Chlapec nemá správný úchop, při práci u stolečku používá nástavce na tužky. Zatím zde není vyhraněna lateralita. Postaví věž z 2 kostek na sebe, rád leze po výškách.

Při stravování je krmen, neudrží lžičku v ruce. Při oblékání potřebuje úplnou pomoc. Chlapec je celodenně plenován, hygiena po jídle s pomocí.

Chlapec je nyní v odkladu školní docházky. Od září 2017 nastupuje do základní školy praktické, kde mu bude k pomoci asistent pedagoga.

Naším cílem práce s chlapcem je využívání zástupných symbolů a zavedení komunikačního kalendáře struktury dne. Podpora základních znaků, trénovat při práci s chlapcem jeho koncentraci na práci u stolečku (postupné prodlužování činnosti). Rozlišení alespoň 2 barev, vymezení začátku a konce práce- využití finish boxu. U chlapce musíme podporovat aktivní spolupráci zvukovými podněty. Snaha o koordinaci oko- ruka. Návuk správného úchopu, návuk grafomotoriky. Při práci s chlapcem využijeme dostupných terapií – canisterapie, masáže rukou a celého těla. Podpora

samostatné oblékání a svlékání, podpora co největší samostatnosti v jídle. Využívání iPodu při komunikaci a při práci s dítětem. Strukturalizace činností natočených do iPodu.

## 5.4 DISKUZE

V bakalářské práci se věnujeme komunikaci s jedinci s pervazivní vývojovou poruchou. Při prezentaci čtyř kazuistik se věnujeme popisu komunikace, jemné a hrubé motoriky, sebeobslužných činností a logopedické intervenci u popisovaných jedinců. Při zamyšlení nad těmito kazuistikami si uvědomujeme, že hlavním důvodem pro zlepšení komunikace těchto jedinců je intenzivní logopedická intervence.

Při šetření průzkumných otázek můžeme dojít k výsledku, že individualizace a strukturalizace činností, nejen v logopedii by mohla dopomoci i v celkovém rozvoji těchto jedinců. Tím první průzkumná otázka potvrdila předpoklad.

U druhé průzkumné otázky jsme šetřili, jaké alternativní způsoby komunikace jsou u jedinců s pervazivní vývojovou poruchou upřednostňovány. U popisovaných jedinců byly během několika let vyzkoušeny různé druhy komunikace, od zástupných symbolů, piktogramů, znakového jazyka či mluvené řeči. Tři z popisovaných jedinců nyní komunikují znakovým jazykem, jeden s uvedených chlapců si pomalu zvyká na zástupné symboly. U jedinců s pervazivní vývojovou poruchou závisí na formě poruchy a přidruženém postižení.

Další průzkumnou otázkou bylo šetřeno, zda může mít pravidelná logopedická intervence realizovaná u jedince s pervazivními vývojovými poruchami pozitivní vliv na rozvoj komunikačních schopností. Všem chlapcům popisovaným v praktické části byla nastavena pravidelná logopedická péče nejen u logopedického asistenta, ale i při pravidelných logochvilkách, u všech chlapců pomalu dochází k rozvoji komunikace. U jednoho chlapce zatím nebyl možný potvrdit větší rozvinutí komunikačních schopností, chlapec je do logopedické intervence zapojen krátce, a nebyly u něj zatím spatřeny viditelné pokroky. Tím třetí průzkumná otázka ne zcela potvrdila předpoklad.

U jedinců s pervazivní vývojovou poruchou je nutná logopedická intervence, aby bylo možno rozšířit komunikační schopnosti s využitím verbální komunikace či znakovým jazykem. Při srovnávání všech popisovaných kazuistik chlapců bylo zjištěno, že na rozvinutí komunikačních schopností je nutná správná včasná diagnostika a cílená intenzivní logopedická intervence. Pervazivní vývojová porucha je velmi komplikovaná porucha i k ní přidružené narušené komunikační schopnosti, přesto přístup logopedky a jiného pedagogického personálu ve školním i ústavním zařízení dokáže napomoci rozvoji schopností dětí v mnoha oblastech. Se všemi popisovanými jedinci se pracuje dle individuálně výchovně vzdělávacího plánu a pedagogové i logoped respektují jejich pomalejší tempo. Je nutno ocenit efektivitu skupinového přístupu, jehož rovnoprávnou součástí je vychovatelka, učitelka i logoped.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabírala možnostmi komunikace u jedinců s pervazivní vývojovou poruchou. Jde zde popsána klasifikace této poruchy, její etiologie a symptomatologie. Dále je charakterizována mentální retardace, narušené komunikační schopnosti, které se u této poruchy běžně vyskytují, jmenovitě opožděný vývoj řeči, vývojová dysfázie, echolálie, též je zde popsána alternativní a augmentativní komunikace, do které patří znak do řeči, systém Bliss, výměnný obrázkový systém-VOKS, procesní schémata, piktogramy, globální čtení.

V praktické části práce jsme byli seznámeni s cílem výzkumu, metodami zpracování dat. Dále zde byly popsány kazuistiky čtyř chlapců s pervazivními vývojovými poruchami, jejich osobní a rodinná anamnéza, komunikační schopnosti, jemná a hrubá motorika, sebeobslužné činnosti a logopedická intervence. V závěru praktické části ve v podkapitole diskuze seznamujeme s výsledky šetření a s potvrzením výzkumných otázek.

Komunikace u těchto jedinců je rozlišná, stejně jako není každé dítě s pervazivní vývojovou poruchou stejné, není stejná ani forma komunikace. U dětí s pervazivními vývojovými poruchami záleží na přidružené poruše, například zrakové, sluchové či mentální retardaci. Také je nutné najít formu komunikace, která dítěti bude vyhovovat ve škole ale i v rodinném prostředí.

Pervazivní vývojová porucha je handicap, který zabraňuje jedinci přizpůsobit se okolí, ve kterém žijí. Jejich život je chaos. Pomocí vhodné komunikace, individuálního přístupu, strukturalizace činností jak ve školním prostředí, tak v rodině je možno dát těmto jedincům životní řád, který jim může pomoci v každodenních životních situacích a v možné integraci mezi své vrstevníky a do společnosti. V dnešní době jsou již dobře vyškolení specialisté, které dovedou jedince správně diagnostikovat a najít jim správnou formu komunikace, která v jejich světě vytvoří určitý řád a klid.

Cílem této práce bylo seznámit s pervazivní vývojovou poruchou a nalézt vhodnou formu komunikace a logopedické intervence

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### Seznam použitých českých zdrojů

BENDOVÁ, P., ZIKL, P., *Dítě s mentálním postižením ve škole*, 1. vydání, Praha: Grada, 2011, s. 144. ISBN 978-80-247-3854-3.

ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K., *Agrese u dětí s mentální retardací a s autismem*, 1. vydání, Praha: Portál, 2007, s. 248. ISBN 978-80-7367-319-2.

ČADILOVÁ, V., ŽAMPACHOVÁ, Z. A KOL, *Edukačně-hodnoticí profil dítěte s poruchou autistického spektra*, 4. vydání, Praha: Pasparta, 2015, ISBN 978- 80-905993- 6- 9.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H., *Pedagogický slovník*, 1. vydání, Praha: Portál, 2004. ISBN 80- 7178- 303-X.

HENDL, J., *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*, 4. vydání, Praha: Portál, 2016, ISBN 978- 80- 262- 0982-9.

KLENKOVÁ, J., *Kapitoly z logopedie I.*, 1. vydání, Brno: Paido, 1997. ISBN 80-85931-41-9.

KNAPCOVÁ, M., *Výměnný obrázkový komunikační systém- VOKS*, 1. vydání, Praha: Institut pedagogicko psychologického poradenství, 2007, ISBN 80-86856-14-3.

KUTÁLKOVÁ, D., *Opožděný vývoj řeči, vývojová dysfázie: metodika reedukace*, 1. vydání, Praha: Grada, 2006, s. 132. ISBN 978-80-247-1600-8.

NEUBAUER, K., *Logopedie*, 1. vydání, Hradec Králové: Gaudeam, 2001, ISBN 80-7041-098-1.

SHOPLER, E., MESIBOV, G., *Autistické chování*, 1. vydání, Praha: Portál, 1997, s. 304, ISBN 80-7178-133-9.



SLOWÍK, J., *Speciální pedagogika*, 1. vydání, Praha: Grada, 2007, s. 160. ISBN 978-80-247-1733-3.

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*, 1. vydání, Praha: Portál, 2003, s. 616, ISBN 80-7178-546-6.

ŠVARCOVÁ, I., *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*, 1. vydání, Praha: Portál, 2006, s. 200. ISBN 80-7367-060-7.

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

VERMUELEN, P., *Autistické myšlení*, 1. vydání, Praha: Grada, 2006, s. 132. ISBN 978-80-247-1600-8.

#### **Seznam použitých zahraničních zdrojů**

EMERSON, E., (2001), *Problémové chování u lidí s mentální retardací*, 1. vydání, Praha: Portál, s. 168. ISBN 978-80-7367-390-1.

GILLBERG, CH., PEETERS, T., (1995), *Autismus- zdravotní a výchovné aspekty*, 1. vydání, Praha: Portál, ISBN 80-7178-201-7.

LECHTA, V., *Logopedické repetitorium*, Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatelství, 1990, ISBN: 80-08-00447-9.

LECHTA, V. A KOL., (1995), *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*, 1. vydání, Martin: Osveta, ISBN 80-85931-41-9.

## Seznam použitých internetových zdrojů

ČEVELA, R., ZVONÍKOVÁ, A., *Děti s pervazivní vývojovou poruchou* [online] 15. 11. 2015 (16. 2. 2016) Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/13898>

DUNIČKOVÁ, L. *Využití alternativní a augmentativní komunikace u žáků základní školy speciální.* [online](16. 2. 2016) Dostupné z: <http://clanky.rvp.cz/clanek/k/s/10207/VYUZITI-ALTERNATIVNI-A-AUGMENTATIVNI-KOMUNIKACE-U-ZAKU-ZAKLADNI-SKOLY-SPECIALNI.html/>

*HOW TO MAKATON*, [online] (16. 2. 2016) Dostupné z: [www.makaton.org/aboutMakaton/howMakatonWorks](http://www.makaton.org/aboutMakaton/howMakatonWorks)

*Obrázková strukturalizace hygienické činnosti* [online] (16. 2. 2016) Dostupné z: <http://www.maminko-udelej-to-ty.cz/news/hygiena/>

*Porucha autistického spektra* [online] (16. 2. 2016) Dostupné z: <http://www.vzdelavaniaautismus.cz/o-autismu>

*Pracujeme s obrázkovou komunikací* [online] (16. 2. 2016) Dostupné z: <http://gosik.rvp.cz/2009/11/12/jak-pracujeme-s-obrazkovou-komunikaci/>

*Procesní schémata* [online] (3. 2. 2017), Dostupné z: [http://parta-sro.cz/OC/index.php?route=product/product&product\\_id=68](http://parta-sro.cz/OC/index.php?route=product/product&product_id=68)

*Řeč obrázků*, [online](16. 2. 2016) Dostupné z: [http://parta-sro.cz/OC/index.php?route=product/product&product\\_id=67](http://parta-sro.cz/OC/index.php?route=product/product&product_id=67)

ŠTYNOVÁ, L., *Rettův syndrom- Základní informace* [online] 18. 4. 2008 (16. 2. 2016)  
Dostupné z: <http://www.smp.cz/public/kapitola.phtml?kapitola=129116>

THOROVÁ, K., *Komplexní diagnostika autismu* [online] 17. 4. 2007 (8. 6. 2012)  
Dostupné z: <http://www.autismus.cz/diagnostika/komplexni-diagnostika-autismu-4.html>

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1. ....	41
Obrázek č. 2. ....	42
Obrázek č. 3. ....	44

## **SEZNAM PŘÍLOH**

PŘÍLOHA A: Logopedická chvílka ..... I.

PŘÍLOHA B: Obrázky pomůcek ke komunikaci .....V.

# PŘÍLOHY

## PŘÍLOHA A – LOGOPEDICKÁ CHVILKA

Krátké logopedické chvílky by měl provádět logoped, logopedický asistent či pedagog, který je v této oblasti proškolen a který vše provádí pod metodickým vedením logopeda. Snažíme se denně zařadit logochvilky mezi učební bloky.

### **1. Příprava před samotnou logochvílkou**

- mentální věk dítěte (dle psychologického vyšetření)
- motorické předpoklady dítěte (DMO, abnormality, rozštěpy)
- zrakové či sluchové postižení (rozsah postižení)

### **2. Zvolit vhodné pomůcky**

- zrcadlo (velikost, možnosti jeho polohování)
- židle, stůl (nalezneme vhodnou polohu, která usnadní výkon dítěte)
- osvětlení
- volba jednotlivých pomůcek ke cvičení (volba velikosti obrázků, pomůcky k dechovému cvičení, obrázky k vyvozování hlásek a nácviku vyslovování, k dechovému cvičení)

### **3. Pozorování**

- jak dítě polyká?
- jak dýchá?
- jak pije?
- aktivní slovní zásoba dítěte
- délka pozornosti
- čemu dítě v mluveném projevu nerozumí a čemu ano
- vhodná motivace

### **Přípravná fáze**

Tato fáze je velmi důležitá pro další logopedickou péči. Zde si dítě vytvoří základní návyky.

- U dítěte se snažíme prodlužovat oční kontakt
- Vnímání vibrací za použití vibračních pomůcek
- Dítě učíme rytmiizaci, za pomoci orffových nástrojů, rytmiizací na tělo
- Naučíme dítě sledování vlastního odrazu v logopedickém zrcadle a správný posed dítěte při práci
- Dítě se učí přirozenému pokládání rukou na zdroj hlasu – např. hrdlo logopeda
- Snaha o napodobování jednotlivých úkolů před logopedickým zrcadlem – např. stavba kostek dle předlohy
- Snažíme se s dítětem vytvořit důvěrnou atmosféru. Mělo by dovolit dospělému dotyk obličeje a krku. To lze denně trénovat pomocí mazání obličeje, rtů apod.
- Foukání slánkou do vody a jiná dechová cvičení

## Zásady při tvorbě logopedické chvílky

- Zásada krátkodobého cvičení
- Zásady využití sluchové kontroly
- Zásada použití pomocných hlásek (substituční metoda)
- Zásada minimální akce (krátká cvičení s jasnou strukturou práce)
- Individuální vyvozování nových hlásek
- S dítětem pracujeme od nejsnadnějšího po složitější
- Dítě neopravujeme při vyvozování nové hlásky (diferenciální útlum)
- Snažíme se důsledně fixovat vyvozenou hlásku (nevyvozujeme novou hlásku, pakliže nemáme jistotu, že dítě již předchozí hlásku dobře ovládá)
- U dítěte posilujeme sebedůvěru

## Jednotlivé fáze logopedické chvílky

### 1. Přípravná fáze

- Dítě motivujeme např. kreslením, obrázkem s oblíbeným motivem, nebo oblíbenou hrou
- Dechová cvičení (nosní, ústní, kombinované, foukání)
- Před artikulační cvičení – příprava obličejového svalstva a dutiny ústní k vyvozování hlásek
- Orofaciální cvičení
- Nácvik konkrétní hlásky gymnastikou mluvidel

### 2. Vyvození hlásky

- Při práci s dítětem vyvozujeme pouze jednu hlásku a snažíme se využít pro vyvození co nejpřirozenějších prostředků (prsty rukou- formulace rtů jedince do požadované polohy mluvidel, odhmat na obličej, pomocné artikulační znaky)



### 3.

#### **Fixace**

- Fixace již naučeného a zvládnutého ve fázi vyvozování
- Slabiky
- Krátká slova a citoslovce

### 4.

#### **Automatizace**

- S dítětem procvičujeme vše naučené při běžných denních činnostech a jiných hrách
- Pracujeme s logopedickými programy, prohlížíme si s dítětem knihy
- Automatizace naučeného by měla probíhat denně, kdy s dítětem nepracuje pouze učitel, ale i rodič při běžné komunikaci s dítětem. Důležitá je motivace dítěte a následná pochvala za každý zdařilý výkon.

## Příloha B.

Obrázky – obrázková strukturalizace hygienické činnosti

### Umývání rukou



<http://www.maminko-udelej-to-ty.cz/news/hygiena/>

## Příloha C:

Obrázek č. 1.: větný proužek s žádostí o sledování konkrétní pohádky



Obrázek č. 2. Komunikační knihy



<http://gosik.blogy.rvp.cz/2009/11/12/jak-pracujeme-s-obrazkovou-komunikaci/>

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora: Lucie Ducháčková**

**Obor: Speciální pedagogika- vychovatelství**

**Forma studia: kombinované**

**Název práce: Komunikace s jedincem s pervazivní vývojovou poruchou**

**Rok: 2017**

**Počet stran textu bez příloh: 62**

**Celkový počet stran příloh: 6**

**Počet titulů českých použitých zdrojů: 15**

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 4**

**Počet internetových zdrojů: 11**

**Vedoucí práce: Mgr. Martina Karkošová Ph. D.**