

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
ÚSTAV SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÝCH STUDIÍ

Iva Křížová
4.ročník – prezenční studium
Logopedie

**Tvorba obrazového materiálu jako prostředku alternativní komunikace u osob s
Downovým syndromem**

Vedoucí práce : Mgr. et Mgr., Gabriela Smečková, Ph.D.

OLOMOUC 2011

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní všechny prameny, literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne 20. března 2011

.....
Iva Křížová

Děkuji Mgr. et Mgr. Gabriele Smečkové, Ph.D. za odborné vedení a poskytování rad,
Mgr. Radce Novákové za trpělivost, cenná doporučení a získané zkušenosti a klientkám
A, B, C za výbornou spolupráci.

OBSAH

ÚVOD	6
------------	---

TEORETICKÁ ČÁST

1 MENTÁLNÍ RETARDACE	8
1.1 Základní charakteristika a terminologie	8
1.2 Etiologie	9
1.3 Klasifikace	11
1.4 Specifické zvláštnosti	14
1.5 Komunikační kompetence	19
1.6 Narušená komunikační schopnost	23
2 DOWNŮV SYNDROM	27
2.1 Historie, terminologie a stručná charakteristika	27
2.2 Etiologie	29
2.3 Fyziognomie a anatomické zvláštnosti	30
2.4 Specifika vývoje	32
3 ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE	35
3.1 Terminologické vymezení	35
3.2 Výběr vhodného komunikačního systému	35
3.3 Klasifikace, stručný popis komunikačních systémů	37
3.3.1 Klasifikace dle Laudové	37
3.3.2 Klasifikace dle Janovcové	38
3.4 AAK u osob s Downovým	39
3.5 Vymezení cílů a uživatelů	40
4 EMOCE A CITY	42
4.1 Vymezení pojmů	42
4.2 Základní teorie vzniku emocí	44
4.2.1 Fyziologické přístupy	44
4.2.2 Neurologické přístupy	44
4.2.3 Evoluční přístupy	45
4.2.4 Behaviorální přístupy	45

4.3 Klasifikace emocí	47
4.4 Funkce emocí v našem životě	49

PRAKTICKÁ ČÁST

5 TVORBA OBRAZOVÉHO MATERIÁLU

JAKO PROSTŘEDKU ALTERNATIVNÍ KOMUNIKACE

U OSOB S DOWNOVÝM SYNDROMEM 51

5.1 Stručný popis a cíle pomůcky	51
--	----

5.2 Vlastní proces výroby na základě návštěv v zařízení	53
---	----

5.3 Metodický postup práce	59
----------------------------------	----

5.4 Anamnestická data	61
-----------------------------	----

ZÁVĚR	67
--------------------	-----------

POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE	68
--	-----------

ÚVOD

S problematikou jedinců s Downovým syndromem, na jejímž základě tato diplomová práce stojí, se autorka prvně seznámila již v útlém věku v podobě malého přítele s tímto postižením, který má nyní čtyřicet let a stal se její stěžejní inspirací.

Vliv vzájemného přátelství na výběr tématu této práce je tedy zcela zřejmý a pochopitelný, ovšem je nutné podotknout, že leč je prvotním impulsem právě autorčina dětská zkušenost a téměř společné soužití s osobou s daným postižením, ke spolupráci s **Vincentinem – poskytovatelem sociálních služeb Šternberk, příspěvková organizace**, se autorka dostala až během studia na vysoké škole, konkrétně na základě hlubokých zážitků z logopedické stáže v tomto zařízení konající se v prvním ročníku studia právě pod vedením Mgr. Radky Novákové, která je v současné době i autorčíným rádcem. Ve zmiňovaném zařízení žijí právě osoby s Downovým syndromem, pro něž je praktická část této práce dělána. Cílem diplomové práce je vytvořit obrazový materiál jako prostředek alternativní komunikace u osob s Downovým syndromem. Autorka nastínila problematiku jedinců s mentálním postižením, především s vrozenou chromozomální aberací 21. chromozomu, tedy Downovým syndromem, kdy zmiňuje jejich specifika, přednosti i nedostatky, narušenou komunikační schopnost s možnostmi alternativních a augmentativních komunikačních prostředků, které nahrazují verbální vyjadřování. Právě na základě alternativní komunikace a také na základě průběžné práce s osobami s Downovým syndromem autorka diplomové práce vytváří materiál, který vzhledem k faktu, že verbální schopnost těchto jedinců není zcela dostačující a jejich emoční výraz často neodpovídá, tedy není zcela adekvátní dané situaci, usnadní vyjadřování emocí.

V první kapitole autorka seznamuje čtenáře se základními informacemi, které se týkají mentální retardace, dále její etiologie a stručné klasifikace. Následující kapitola zahrnuje již samotnou problematiku Downova syndromu, stručnou historii, možné příčiny, klasifikaci a také specifika vývoje těchto jedinců. Třetí kapitola hovoří o alternativních a augmentativních komunikačních systémech, které jsou zde stručně definovány a klasifikovány. V následující kapitole jsou vymezeny rozdíly mezi emocemi, city a pocity, nejčastěji uváděné teorie vzniku emocí, jejich klasifikace a v neposlední řadě také funkce emocí.

Samotná praktická část je zaměřena na tvorbu pomůcky, jejímž cílem je alternativním způsobem, konkrétně pomocí fotografií či obrázkových symbolů,

vyjádřit momentální emoci vázanou na danou situaci, případně alespoň na situace, které jsme vybraly, neboť nevíme do jaké míry se můžeme spolehnout na jejich generalizaci, tedy míru zobecňování. Nechybí zde její stručný popis, záměr tvorby, složení pomůcky a samotný proces výroby, který probíhal v souladu s návštěvami klientů v daném zařízení. Tito klienti jsou nejenom uživateli dané pomůcky, ale také spolupracovníky, bez jejichž pomoci by pomůcka nikdy nevznikla. Jako poslední, ovšem ve své podstatě nejdůležitější, je zde uveden jakýsi návod na práci s pomůckou, tzv. metodika práce, tedy představa několika možných způsobů a obměn při práci s vytvořenou pomůckou, které mohou sloužit alespoň jako základ, návod. Autorka si na základě praxe ověřila, že další obměny a nápady téměř vždy vyplývají až během samotné práce s klientem.

TEORETICKÁ ČÁST

1 MENTÁLNÍ RETARDACE

Cílem této kapitoly je seznámení se s problematikou mentální retardace, stručná charakteristika a nastínění nejednotnosti terminologického vymezení se snahou o její objasnění. V další části je zmínka o heterogenitě etiologie mentální retardace, její klasifikace s podrobnějším popisem jednotlivých stupňů, stručná charakteristika specifických zvláštností těchto jedinců od bezprostředního poznání, myšlení až po volní vlastnosti či specifika v oblasti emocí. V neposlední řadě se v této kapitole zmiňujeme o komunikačních kompetencích jedinců s mentální retardací, které jsou zde formálně rozděleny dle stupně, typu, formy mentální retardace a také dle jazykových rovin. Konkrétní projevy a možnosti narušené komunikační schopnosti pak tuto kapitolu uzavírají.

1.1 Základní charakteristika a terminologie

Jednoznačné vymezení základních termínů vztahujících se k této kapitole je velice obtížné, ne-li nereálné. Jedinci s diagnózou mentální retardace se zabývá speciálně pedagogická disciplína zvaná psychopedie. Z historického hlediska se můžeme setkat s termíny jako např. slabomyslnost, duševní zaostalost, mentální defektnost, rozumová či duševní vada aj., od kterých bylo upuštěno především pro jejich pejorativnost. V dnešní době jsou nejčastěji používány termíny mentální postižení a mentální retardace, kdy mentální retardace je chápána jako samotný syndrom a mentální postižení je bráno spíše za pojem nadřazený. Dle tohoto terminologického vymezení můžeme tedy říci, že osoby s IQ pod 85 řadíme do mentálního postižení, kdežto jedinci s IQ pod 70 jsou již bráni za mentálně retardované (Černá a kol., 2009).

„Mentální retardace představuje snížení úrovně rozumových schopností v psychologii označovaných jako inteligenci, kterou chápeme jako schopnost učit se z minulé zkušenosti a přizpůsobovat se novým životním podmínkám a situacím“ (Švarcová, 2006, s. 31).

Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů dle 10 revize, tedy MKN-10, definovala mentální retardaci jako *„stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován především narušením schopností projevujících se v průběhu vývoje a podílejících se na celkové úrovni inteligence. Jedná*

se především o poznávací, řečové, motorické a sociální dovednosti. Mentální retardace se může vyskytnout s jakoukoliv jinou duševní, tělesnou či smyslovou poruchou anebo bez nich. Jedinci s mentální retardací mohou být postižení celou řadou duševních poruch, jejichž prevalence je třikrát až čtyřikrát častější než v běžné populaci. Adaptivní chování je vždy narušeno, ale v chráněném sociálním prostředí s dostupnou podporou nemusí být toto narušení u jedinců s lehkou mentální retardací nápadné“ (Valenta in Müller, Valenta, 2003, s. 12).

Dále musíme rozlišit termíny oligofrenie a demence, které se vztahují k době vzniku mentální retardace a slouží tak k jejich odlišení. Pokud se jedná o mentální retardaci diagnostikovanou od narození jedince až do dvou let věku, hovoříme o již zmiňované oligofrenii. Naopak termínem demence se označují stavy, kdy v průběhu života došlo k úbytku již získaných vědomostí a schopností (Černá a kol., 2009).

Petišková (In Černá a kol., 2009) uvádí, že termín demence je určen pro označení mentální retardace, která vznikla po druhém až třetím roce života jedince.

1.2 Etiologie

S mírnou nadsázkou lze říci, že výzkum příčin mentální retardace je spíše na svém počátku, než-li v závěrečných fázích svého vývoje, neboť k mentální retardaci může vést celá řada různorodých příčin, které se neustále ověřují, potvrzují či vyvracejí. Jisté je, že příčiny mentální retardace se vzájemně podmiňují, prolínají a spolupůsobí. Ve výzkumu příčin vzniku mentální retardace vždy vystupovala dvě rozdílná hlediska:

- **první hledisko**, které zdůrazňuje především dědičnost a určitým způsobem podceňuje, tedy dává do pozadí vlivy prostředí a výchovy na vývoj člověka.
- **druhé hledisko** naopak zdůrazňuje, že převážný vliv na utváření osobnosti člověka a jeho schopností má prostředí a vlivy genetické vstupovaly do pozadí (Krejčířová in Renotiérová, Ludíková a kol., 2006).

Možných příčin vzniku mentální retardace je opravdu mnoho a proto bývají řazeny dle různých hledisek a do určitých kategorií. Valenta (In Müller, Valenta 2003) dělí mentální retardaci dle příčin na **endogenní, exogenní; vrozené, získané**. Posledním dělením těchto autorů je klasifikace dle etiopatogeneze na **prenatální, perinatální a postnatální**, které se vzhledem k potřebám této práce budeme dále podrobněji věnovat.

A) Prenatální období

- **Hereditární vlivy**, do kterých řadíme zděděné nemoci po předcích, především metabolické poruchy, které následně vedou k mentální retardaci, ale také zděděný nedostatek vloh k určité činnosti.
- **Genetické vlivy**, do kterých patří mutagenní faktory, jako např. záření, dlouhodobé hladovění, chemické vlivy atd., mutace genů, která je na úrovni aminokyselin a aberace chromozomů či změny v jejich počtu, tzv. genomové mutace.
- **Enviromentální faktory a onemocnění matky v době těhotenství**, do kterých řadíme onemocnění matky zarděnkami, toxoplazmózou, kongenitální syfilis, otravy olovem a přímou intoxikaci embrya či plodu, ozáření dělohy, alkoholismus matky (FAS), její nedostatečnou výživu apod.
- **Nedostatek plodové vody**, tzv. oligohydromnion.
- **Vrozené vady lebky a mozku** jako je mikrocefalie a hydrocefalie.
- **Prenatální deprivace**, jako např. silně nechtěné dítě, která se také může projevit na duševním zdraví ještě nenarozeného jedince.

B) Perinatální období

- **Perinatální encefalopatie**, tedy organické poškození mozku, je dle Zvolského (In Müller, Valenta, 2003) bráno za příčinu potíží tzv. lehké mozkové dysfunkce, které cca v dvacetině až desetině případů způsobují i mentální retardaci.
- **Mechanické poškození mozku**, které může nastat během porodu.
- **Hypoxie**, tedy nedostatek kyslíku.
- **Nedonošenost**, pro kterou bývá typická také nízká porodní váha.
- **Stáří rodičky**, které je nad 35 let, rapidně zvyšuje pravděpodobnost poruchy, obzvláště pak v případě Downova syndromu.
- **Nefyziologická těžká novorozenecká žloutenka**, tzv. hyperbilirubinémie, při které dochází k tomu, že bilirubin neodchází z těla a působí toxicky na nervovou soustavu (Valenta in Müller, Valenta, 2003).

C) Postnatální období

- **Záněť mozku způsobený mikroorganismy**, do kterého můžeme zařadit klíšťovou encefalitidu, meningitidu a meningocefalitidu.
- **Mechanické vlivy**, do kterých řadíme traumata mozku, mozkové léze při nádorovém onemocnění, krvácení do mozku, onemocnění, která vedou k deterioracím inteligence typu Alzheimerovy, Parkinsonovy choroby, schizofrenie, alkoholové demence, epileptické demence a další.
- **Deprivace**, která může být citová, senzorická nebo sociokulturní, kdy děti vyrůstají v nepřátelském či nepodnětném rodinném prostředí a nebo jsou umístěny v institucionální péči. V takovýchto případech se deprivace může podílet na poklesu inteligenčního kvocientu až o 20 bodů, ovšem v případě, že dojde ke včasné saturaci těchto deficitních potřeb se intelekt může navrátit do normálu, což znamená, že mentální retardaci nelze definovat jako trvalou poruchu. Častým problémem je také fakt, že děti trpící sociokulturní deprivací jsou především děti rodičů, kteří mají nižší intelektový potenciál, čímž dochází ke kumulaci patologických faktorů způsobujících především lehkou mentální retardaci (Valenta in Müller, Valenta, 2003).

1.3 Klasifikace

Klasifikace mentální retardace, tedy stupeň mentálního postižení, který mezi ostatními deficitními složkami osobnosti zaujímá základní roli při charakteristice osobnosti lidí s mentální retardací, úzce souvisí s možnostmi výchovy a vzdělávání, rehabilitace i prognózy. Patologický ráz osobnosti ovšem v konečném důsledku nelze ani za příznivého vývoje úplně odstranit a to i přesto, že dobrými vlivy výchovy, prostředí a mnohdy i lékařskou pomocí se může vývojová omezenost jednotlivých psychických funkcí upravit (Kysučan, 1982). Klasifikace mentální retardace je závislá na řadě různých kritérií, kdy jedním z nejznámějších je tzv. inteligenční kvocient, který vyjadřuje úroveň inteligence jedince. Inteligenční kvocient určuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách, které odpovídají určitému vývojovému stupni, tedy tzv. mentální věk a mezi chronologickým věkem. Zakladatelem byl W. Stern a celý vzorec pak vypadá takto, $IQ = \text{mentální věk} : \text{chronologický věk} \times 100$ (Švarcová, 2006).

Švancara (In Švarcová, 2006, s. 33) uvádí, že nejčastěji je při klasifikaci IQ používáno dělení dle Wechslera:

Tabulka č. 1 - Dělení inteligence dle Wechslera

IQ	Klasifikace inteligence	Procenta v populaci
130 a výše	Značně nadprůměrná	2,2
120 – 129	Nadprůměrná	6,7
110 – 119	Mírně nadprůměrná	16,1
90 – 109	Průměrná	50,0
80 – 89	Podprůměrná	16,1
70 – 79	Hraniční inferiorita	6,7
69 a níže	Slabomyslonost (mentální retardace)	2,2

Roku 1992 vstoupila v platnost nejčastěji používaná 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, která byla zpracována Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě a dle této klasifikace můžeme mentální retardaci dělit do šesti základních kategorií (Švarcová, 2006):

A) Lehká mentální retardace

Světová zdravotnická organizace nemocí a přidružených zdravotních problémů ji řadí do kategorie F 70 , kdy IQ je v rozmezí 50 – 69. Většina těchto jedinců dosáhne schopnosti používat účelně řeč v každodenním životě a udržovat konverzaci i přes opožděný vývoj řeči. V sebeobsluze, jakožto v jídle, hygienických návycích či oblékání, ve vykonávání praktických domácích dovedností a jednoduchých manuálních činností je většina jedinců nezávislá. Bez obtíží se pohybuje v sociálně nenáročném prostředí a to vše i přesto, že je jejich vývoj je oproti normě značně pomalejší. Největší potíže mají při teoretické práci ve škole, jedná se především o specifické poruchy čtení a psaní. Nejúčinnější terapií ve výchově a vzdělávání jedinců s lehkou mentální retardací je zaměření se na rozvoj jejich dovedností a kompenzování nedostatků. Důsledky lehké mentální retardace, včetně emoční a sociální nezralosti, se projevují především v obtížné přizpůsobivosti jedince, jako je např. nepřizpůsobivost kulturním tradicím a normám, neschopnost samostatně řešit problémy a zátěžové situace vyplývající z každodenního života či obtíže zvládat požadavky vázané na manželství a výchovu dětí. S těmito všemi problémy se jedinci s mentální retardací

mohou v průběhu svého života setkat a přesto jsou jejich potíže a z nich plynoucí potřeba léčby a podpory blíže k jedinců s normální inteligencí, než-li ke specifickým potřebám jedinců se středně těžkou či těžkou mentální retardací (Švarcová, 2006).

„Organická etiologie se vyskytuje u menšiny klientů, u většiny se uvažuje o spodní variantě distribuce inteligence v populaci“ (Valenta in Müller, Valenta, 2003, str. 45).

B) Středně těžká mentální retardace

Světová zdravotnická organizace nemocí a přidružených zdravotních problémů ji řadí do kategorie F 71 , kdy IQ je v rozmezí 35 – 49. Lidé se středně těžkou mentální retardací mají výrazně opožděn až omezen rozvoj chápání a užívání řeči, stejně jako schopnost sebeobsluhy (Švarcová, 2006).

Vzhledem ke zmiňovaným faktorům jsou jedinci s těmito obtížemi odkázáni na pomoc druhých, vyžadují chráněné prostředí, především bydlení a zaměstnání, po celý svůj život. Možnosti vzdělávání jsou omezené pouze na trivium, řeč je jednoduchá, chudá s někdy dokonce i v dospělosti pouze na nonverbální úrovni. Tato forma retardace bývá často kombinována s epilepsií či neurologickými, tělesnými i dalšími duševními poruchami. Etiologie středně těžké mentální retardace je především organická (Valenta in Müller, Valenta, 2003).

C) Těžká mentální retardace

Světová zdravotnická organizace nemocí a přidružených zdravotních problémů ji řadí do kategorie F 72 , kdy IQ je v rozmezí 20 – 34. Jedinci s těžkou mentální retardací se vzhledem ke klinickému obrazu, přítomnosti organické etiologie a přidružených stavů shodují s lidmi se středně těžkou mentální retardací. Oproti středně těžké mentální retardaci je zde mnohem výraznější snížená rozumová schopnost, kdy většina jedinců navíc trpí již v předškolním věku motorickou poruchou či jinými přidruženými vadami, které odráží přítomnost klinicky signifikantního poškození nebo vadného vývoje ústředního nervového systému. Lidé z této kategorie mají trvalé problémy se sebeobsluhou, s edukací a se vzděláváním, které je značně omezené. Jedinci také často trpí stereotypními pohyby, afekty nálad, agresí či tendencemi k sebepoškozování. Řeč od počátku vývoje stagnuje a zůstává pouze na předřečové úrovni, tedy s výjmečností některých jedinců, kteří jsou schopni vzácně vyprodukovat některá izolovaná slova (Švarcová, 2006).

D) Hluboká mentální retardace

Dle Světová zdravotnické organizace je řazena do kategorie F 73, kdy IQ je nižší než 20. Takto postižení jedinci vyžadují trvalou péči a stálý dohled i v těch nejzákladnějších životních úkonech. K hluboké mentální retardaci jsou často přidružena těžká sensorická i motorická postižení, kdy může dojít až k úplné imobilitě a také těžké neurologické poruchy. U mobilních pacientů je častá kombinace s nejtěžšími formami vývojových pervazivních poruch, především pak atypický autismus. Vzhledem k závažnosti a hloubce postižení IQ již nelze přesně změřit a proto je pouze odhadováno, že je nižší než 20. Komunikační schopnost je zpravidla omezena na úroveň porozumění jednoduchým požadavkům či na případné nonverbální odpovědi. Etiologie je především organická (Valenta in Müller, Valenta, 2003).

E) Jiná mentální retardace

Je-li stanovení stupně intelektové retardace běžnými metodami obtížné až nereálné, a to z důvodu přidruženého sensorického či somatického poškození, lze ke klasifikování použít tuto kategorii, kterou dle Světové zdravotnické organizace nalezneme pod kódem F 78 (Švarcová, 2006).

F) Nespecifikovaná mentální retardace

Začlenění do této kategorie se užívá jen tehdy, pokud jsme u pacienta schopni prokázat mentální retardaci, avšak přes nedostatek informací jej nemůžeme zařadit do žádné z předchozích kategorií. Nalezneme ji pod kódem F 79 (Švarcová, 2006).

1.4 Specifické zvláštnosti

Každý jedinec je individuum s určitými odlišnostmi, čemuž není jinak ani v případě osob s mentální retardací, jejichž specifika jsou z důvodů daného postižení ještě rozšířenější a jejich projevy jsou zřejmé v těchto dále zmiňovaných oblastech.

A) Bezprostřední poznání

Řadíme do něho všechny oblasti první signální soustavy, tj. smyslovou percepci, pamětní fixování a aktivování pamětních stop. Jeho činnost zabezpečuje soustava analyzátorů, konkrétně analyzátory proprioceptivní, extrospektivní a introspektivní a vychází z orientačně pátracího nepodmíněného reflexu (Valenta, Krejčířová, 1997).

Obsahem bezprostředního vnímání jsou počitky, kdy počitek je odrazem jednotlivých vlastností předmětů a jevů hmotného světa, které bezprostředně působí na smyslové orgány (Predmerský, Doutlík, Kalibán, Popelář, 1964).

Dalším článkem jsou vjemy, které lze charakterizovat jako souhrn počitků, neboť odráží podnět jako celek či v neposlední řadě představy fungující jako aktualizované stopy po dříve vnímaných podnětech. Bezprostřední vnímání je vždy výběrové na základě individuální zkušenosti. Narozdíl od zdravého dítěte je proces utváření zkušeností u dětí s mentálním postižením značně pomalý a probíhá s určitými odchylkami (Valenta in Müller, Valenta, 2003).

Dle Rubínšteinová (In Valenta, Krejčířová, 1997) jsou nejvíce manifestující tyto zvláštnosti:

- **Zpomalenost a snížený rozsah zrakového vnímání**, kdy jedince s mentálním postižením nevidí globálně jako zdravý jedinec, čímž dochází ke ztížení jeho orientace v novém prostředí. Postupné vnímání textu způsobuje problémy s pochopením perspektivy, částečné překrývání kontur a potíže s diferenciací polostínů.
- **Nediferencovanost počitků a vjemů**, kdy špatně rozlišují barvy, tvary, předměty a také je porušena diskriminace figury a pozadí.
- **Inaktivita vnímání**, která spočívá v problému vnímání všech detailů, kdy prohlédnout si materiál dostatečně podrobně je nad jejich síly.
- **Nedostatečné prostorové vnímání**, kdy je narušena hloubka vnímání.
- **Snížená citlivost hmatových vjemů**, kdy mají problém např. s rozpoznáním a odlišením materiálu nějakého předmětu atd.
- **Nedostatečný proces analýzy v korové části proprioceptivního analyzátoru**, který vede ke stížené koordinaci pohybu.
- **Zkreslování a opožděná diferenciací fonémů v akustickém analyzátoru.**
- **Nedokonalé vnímání času a prostoru.**

B) Myšlení

Patří do tzv. kognitivních nebo-li poznávacích funkcí, kdy poznání skutečnosti je zobecňující, zprostředkované, a jeho nástrojem je především řeč. Jeho podstatou je uvádění do vztahů, čímž umožňuje poznávat podstatu předmětů a jevů (Valenta in Müller, Valenta, 2003).

Myšlení můžeme dle Rubínšteinová (in Valenta, Krejčířová, 1997) dělit na:

- **Konkrétní**, kdy utváříme vztahy mezi vnímanými či představovanými jevy.
- **Abstraktní**, kdy utváříme vztahy mezi pojmy.

Pojem je nejobecnějším významem slova. Soud vytvoříme spojením dvou pojmů a úsudek vzniká spojením dvou úsudků. Úsudku lze dosáhnout pomocí indukce, kdy jednotlivosti vytvoříme obecný závěr, nebo dedukce, kdy z obecného závěru vytvoříme jednotlivost. Mezi základní myšlenkové operace patří **řazení, rozlišování, komparace, analýza, syntéza a generalizace** (Švarcová, 2006).

Dle Müllera, Valenty (2003) jsou nejvíce viditelná specifika, která nyní podrobněji rozebereme.

- **Omezená schopnost abstrakce a generalizace**, kdy myšlení mentálně postiženého jedince je příliš omezené na konkrétní situační souvislosti mezi ředměty a jevy. Je chudé a neproduktivní. Zdá se, že pouze u jedinců s lehčími formami mentální retardace se lze dostat za hranici konkrétnosti. Abstrakce barev je jednou z prvních abstrakcí, které je zdravé dítě schopno. Pokud je dítě schopné abstrahovat od určité sumy předmětů jejich společný znak, tedy danou barvu, jedná se o značný pokrok v jeho myšlení. Některé děti s mentálním postižením mají i v této základní abstrakci problémy. Nedokážou se zcela odprostit od určité úrovně konkretizace a proto při rozlišování barev vždy uvádějí „žlutá jako sluníčko, zelená jako tráva atd.“. Diferenciace barev je považována za určitý kvalitativní ukazatel úrovně myšlení stejně jako počet, který následuje hned poté.
- **Nesoustavnost myšlení**, která se projevuje především u dětí snadno unavitelných. Výkyvy pozornosti a kolísající tonus psychické aktivity dítěti znemožňují déle a soustředěně řešit nějaký úkol, z čehož následně plyne nezaměřenost a nesoustavnost jeho myšlení.
- **Slabá řídicí úloha myšlení**, která spočívá v tom, že děti s mentálním postižením většinou nepromýšlí svá jednání a nepředvídají jejich důsledky. V případě potřeby tudíž nedovedou použít již osvojených rozumových operací, neboť nový úkol v nich nevyvolá představu postupu řešení tohoto úkolu.
- **Nekritičnost myšlení**, které se odráží v tom, že jedinci s mentální retardací nepochybují o správnosti okamžitých domněnek, málokdy upozorují chyby své či ostatních a vlastně vůbec nepochybují o tom, že by jejich poznatky mohly být chybné.

- **Sekvenční myšlení**, které spočívá v tom, že u lidí s mentálním postižením je narušena kvalita chápání sledu věcí, jevů, správné vnímání jejich logických souvislostí, časové posloupnosti a organizaci času., kdy např. nejsou schopni odhadnout, jak dlouho něco bude trvat atd.. S tímto myšlením souvisí také sekvenční paměť, tzv. procedurální, která obsahuje funkci zapamatování postupů, jak vykonávat určité činnosti, dovednosti a návyky, jako např. zavázat si tkaničku, hygienické návyky atd.. U dětí s mentální retardací je narušena a proto mají ve všech těchto úkonech značné problémy.

Primární cestou k rozvíjení myšlení těchto jedinců je systematické vzdělávání, tedy prostřednictvím postupného osvojování si vědomostí, dovedností a návyků, které odpovídají úrovni rozumových schopností a aktuální úrovni jejich získaných poznatků (Švarcová, 2006).

C) Paměť

Je jedním ze základních kamenů psychického vývoje, kdy si dítěte uchovává minulou zkušenost, získává vědomosti, dovednosti, vytváří si vztahy k lidem i určité způsoby svého chování. Jejím úkolem je zobecňování zkušeností a také selektivita, což znamená, že si vybíráme, co si budeme pamatovat a co ne. Upřednostňujeme především to, co je pro nás v danou chvíli důležité, podstatné (Švarcová, 2006).

Dle Valenty (In Müller, Valenta 2003) jsou nejvíce manifestující tato specifika:

- **Pomalé osvojování si nových informací, dovedností, návyku**, konkrétně až po několikanásobném opakování, kdy se v porovnání s intaktní populací uvádí desítky až stovky těchto opakování.
- **Časté zapomínání, neschopnost uplatnit své vědomosti v praxi**, je zcela typické a vychází ze zvláštností vyšší nervové činnosti, kdy podmíněné spoje mají tendenci rychleji vyhasínat, tedy ve srovnání s běžnou populací.
- **Nekvalitní třídění pamětních stop a s ním související eidetismus představ** je dalším zásadním problémem, neboť paměť jedinců s mentálním postižením je převážně mechanická, což znamená, že není schopna větší selekce, tedy udržet stopy bez většího výběru. Nepamatují si vnitřní logické souvislosti a často je ani nevnímají. Eidetismus představ znemožňuje jedincům vyčlenit z všeho to podstatné.

D) Pozornost

U jedinců s mentálním postižením má záměrná pozornost velice nízký rozsah, je nestálá, lehce unavitelná a navíc se sníženou schopností rozdělení se na více činností. Se zvyšováním kvantity výkonu jde dolů kvalita, tedy narůstá počet chyb. Je vhodné, aby se činnosti střídaly. Schopnost udržet záměrnou pozornost je obecně krátká, i když samozřejmě záleží na postižení a časové křivce dne, přesto je vhodné, a ve výsledku hodně důležité, abychom ji střídali s relaxací (Švarcová, 2006).

E) Sexualita

Z hlediska sexuálních potřeb se sexualita jedinců s mentálním postižením neodlišuje od jedinců intaktní populace. Obnažování se a masturbování na veřejnosti je však již diferenčním ukazatelem a také sociálním problémem, který je společností většinou hodnocen jako deviantní chování a u jedinců s mentálním postižením bývá relativně častý (Valenta in Müller, Valenta, 2003).

F) Volní projevy

Hovoříme o nich v souvislosti s vůlí, která se projevuje v uvědoměném a cílevědomém jednání člověka a je jedním z nejdůležitějších rysů osobnosti. Specifickým rysem je u jedinců s mentálním postižením snížená schopnost vůle, tzv. **Dysbulie** či **Abulie**, úplná ztráta volních činností. Dále lze zaznamenat zvýšenou sugestibilitu, nekritické přijímání rad a pokynů od okolí, tvrdohlavost, neovladatelnost, sníženou iniciativu až pasivitu, impulzivitu, agresivitu, úzkostnost. Všechny tyto projevy jsou ukazatelem nezralé osobnosti způsobené mentálním postižením (Švarcová, 2006).

G) Specifické aspirace

Jedná se o schopnost reálného sebehodnocení, které je výsledkem vnitřního hodnocení sebe sama i hodnocení sociálního prostředí a je projevem duševního zdraví. U jedinců s mentálním postižením hovoříme buď o **nižší aspiraci**, kdy dochází k podhodnocování se nebo naopak o **vyšší aspiraci**, kdy se jedinci nereálně nadhodnocují (Valenta in Müller, Valenta, 2003).

H) Emoce

V porovnání s intaktní populací stejného věku je schopnost ovládnání se u osob s mentálním postižením mnohem nižší (Švarcová, 2006).

Dle Dolejšího (In Müller, Valenta, 2003) se obtíže s ovládnáním prožitků a s tím související citová otevřenost vztahují k malé řídicí funkci rozumu a neurotické či psychopatické symptomy, jakožto projev poruchy citového vývoje, jsou celkem časté.

Dle Rubínšteinové (In Müller, Valenta, 2003) je typická neadekvátnost dynamiky a intenzity jejich citů vzhledem k nějakému podnětu. Egocentrické emoce ovlivňují tvorbu hodnot a postojů, jedinci snáze podléhají afektům či naopak prožívají nepřiměřenou, neadekvátní euforii.

1.5 Komunikační kompetence

Typickým symptomem mentální retardace je narušený vývoj řeči, který v důsledku diferencních vnitřních předpokladů vývoje jedince s mentálním postižením nikdy nedosáhne normy (Lechta 2008).

Sovák (1989) dokonce hovoří o omezeném vývoji řeči, kdy řeč se od počátku vyvíjí opožděně, se zřetelnými deformitami a nikdy nedosáhne dané úrovně.

Již v prvním roce života jsou u dětí s mentálním postižením viditelné nápadnosti v řečovém vývoji, který se odklání od normy. Jsou zřejmé odlišnosti ve verbálním i nonverbálním vývoji psychiky, kdy nonverbální složka inteligence má často vyšší úroveň. Percepce řeči je na mnohem vyšší úrovni, než-li exprese. Řeč těchto jedinců je ovlivněna třemi složkami (stupněm, typem a formou mentální retardace), které jsou zároveň i částí hledisek k analýze jejich řečového vývoje (Lechta, 2008).

A) Komunikační kompetence z hlediska stupně mentální retardace

➤ Hluboká mentální retardace

V tomto nejtěžším stupni mentálního postižení se řeč nevyvíjí vůbec. Zůstává jen na úrovni neartikulovaných zvuků s případnou modulací dle citového rozpoložení, jakožto vyjádření libosti (např. úsměvem) či smutku (např. pláčem). Narušena je i nonverbální komunikace, především nepřiměřená a neadekvátní mimika. Rozumění řeči je téměř nulové, v podstatě omezené jen na ty nezákladnější pokyny, kdy nejvíce reagují na emoční tón hlasu.

V souvislosti s hlubokou mentální retardací je nutné zmínit i potíže v pohybovém aparátu, někdy až úplnou imobilitu (Škodová in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

➤ **Těžká mentální retardace**

V tomto případě se řeč buď nevytvoří a nebo zůstane na pudové úrovni, kdy hlas je pouze doplněn o modulační faktory, především o dynamiku a melodií, které jsou i tak velice hrubé a nezcela v rovnováze. Někdy jsou přítomny napodobovací senzomotorické reflexy, tzv. echolálie, kdy dítě bez pochopení napodobuje zvuky, které slyší (Lechta, 2008).

➤ **Středně těžká mentální retardace**

Na tomto stupni postižení se řeč začíná rozvíjet až ke konci 3.roku života dítěte, v některých případech dokonce až po 6. roce. Vývoj řeči je retardován již od samého počátku (Škodová in Škodová, Jedlička a kol.,2007).

Na dobré úrovni je především pasivní opakování i delších větných celků, ovšem bez pochopení obsahu. Pasivní slovní zásoba převažuje nad aktivní slovní zásobou. Při dostatečném věnování času a podpory jsou schopny zvládnout i základy čtení, psaní, počítání, tedy ovládat trivium (Lechta, 2008).

➤ **Lehká mentální retardace**

Tento stupeň postižení je problematický především v tom, že velice často dochází k jeho pozdní diagnostice (Škodová in Škodová, Jedlička a kol. 2007).

Řečový vývoj je ve srovnání s normou značně opožděn, asi o jeden až dva roky, ovšem přesto jsou tyto děti schopny dojít až na úroveň zobecňujícího a abstraktního myšlení, které však nikdy nedosáhne úrovně intaktní populace. Nápadnosti v řeči nemusí být na první pohled přítomny, ovšem v nepředvídatelných komunikačních situacích se již mohou objevit. Vzhledem k přímé návaznosti inteligence a porozumění obsahu řeči je jasné, že vždy v určité míře dochází k jeho narušení, leč artikulace nemusí být postižena. Neporušená artikulace bývá většinou u dětí, které mají dobře vyvinutou schopnost napodobování a není u nich narušena motorika (Lechta, 2008).

B) Z hlediska typu mentální retardace dle Klenkové (2006)

➤ Eretický (instabilní, neklidný)

Je charakteristický celkovým neklidem, obtížemi v soustředění a přílišnou hlučností dětí s tendencemi skákat do hovoru druhých lidí. Vzhledem k faktu, že děti mají o komunikaci zájem, je tento typ z hlediska řeči příznivější.

➤ Apatický (torpidní, utlumený)

Tyto děti se naopak projevují sníženou pohyblivostí, lhostejností ve vztahu ke komunikaci. V důsledku jejich nezájmu o komunikaci se prodlužuje období nemluvnosti.

➤ Nevyhraněný

Řadíme sem děti, které nejsou zcela eretické, ovšem ani stoprocentně apatické.

C) Z hlediska formy mentální retardace

Na základě formy mentálního postižení můžeme dle Lechty (2008) popsat narušení komunikační schopnosti, která jsou charakteristická pro jednotlivá onemocnění. Je však nutné podotknout, že ne každá forma mentální retardace se musí projevit v řeči.

➤ Řečový vývoj dětí s Downovým syndromem

Tyto děti začínají říkat první jednoduchá slova již mezi 2.-3. rokem, ovšem jednoduché věty až kolem 5. roku života. Pro děti s Downovým syndromem je typické výrazné střídání období stagnace a viditelných pokroků, dále drsné zabarvení hlasu, zúžení hlasového rozsahu i nepřehlédnutelný typický výraz v obličeji.

Za povšimnutí stojí dobrá napodobovací schopnost a hudební sluch, se kterými se dá v rámci logopedické intervence dále pracovat.

Prognóza je v tomto případě lepší než u jiných forem mentální retardace, ovšem hodně záleží na exogenních činitelích, které ji výrazně ovlivňují.

➤ Řečový vývoj dětí s kretenismem

Děti s Kretenismem začínají mluvit, říkat první slova, až kolem 4. roku života. Apatie, která je pro toto postižení typická, velice negativně ovlivňuje další vývoj řeči, který u nich vzhledem k ostatním složkám velice zaostává, čemuž také hodně napomáhá

neobratnost jejich artikulačních orgánů, především velký jazyk a poměrně často přidružená porucha sluchu.

➤ **Řečový vývoj při Hydrocefalii**

U těchto dětí se poměrně často stává, že na počátku jejich řečový vývoj působí intaktně a na dobré úrovni, přesně jak má být. Při bližším zjišťování je však zřejmé, že řeč je produkována bez pochopení významu i obsahu toho, co zrovna produkují, často s reprodukcí toho, co slyšely od okolí.

➤ **Řečový vývoj při Klinefelterově syndromu**

Pro toto postižení je typický retardovaný vývoj řeči v důsledku nízkého verbálního IQ a špatná hrubá motorika, především její koordinace.

➤ **Řečový vývoj při Turnerově syndromu**

„U děvčat s tímto syndromem se často vyskytuje narušené koverbální chování (hypomimická tvář) a tzv. kapří ústa“ (Lechta 2008, str. 81).

D) Z hlediska jazykových rovin

➤ **Lexikálně – sémantická**

Především v důsledku sníženého IQ je slovní zásoba značně omezena. Ve slovníku jedinců s mentálním postižením se vyskytují především názvy běžných předmětů s zřejmou absencí adjektiv. Viditelný je značný nepoměr mezi aktivní slovní zásobou (slova používají v běžné komunikaci) a pasivní slovní zásobou (slova znají, ale v řeči je nepoužívají), kdy jen minimální počet slov řadíme do té aktivní. Celkový růst slovní zásoby je ve srovnání s intaktní populací značně nerovnoměrný. Mají potíže s vystihnutím obsahu myšlenky. Je dokázáno, že žáci s mentálním postižením navštěvující školní zařízení ještě ve svém věku stále používají tzv. situační řeč, která je typická pro nepostižené děti v období 3. až 4. roku. Tato řeč se váže na konkrétní situaci, což znamená, že nevystihuje zcela obsah sdělovaného a mohou ji tedy rozumět jen ti, kteří situaci dobře znají (Lechta, 2008).

➤ **Morfologicko – syntaktická**

Úroveň gramatiky těchto jedinců je přímo úměrná úrovni jejich intelektu a je často nápadná již na první poslech, narozdíl od ostatních řečových složek, které mohou

pravou úroveň intelektu často maskovat. Osvojování si gramatických pravidel zvládnou jen jedinci s lehkým mentálním postižením a to mnohem později, než-li intaktní populace a navíc s přítomností viditelných dysgramatismů.

Skladba vět je jednoduchá, kdy jednoslovné věty u těchto dětí mohou přetrvávat až do období 6.-8. roku. Po tomto období jsou již schopny tvořit věty složitější, ovšem je zajímavé srovnání s intaktní populací, neboť tyto děti si gramatiku daného jazyka osvojí zhruba do 4 let věku.

To, co je pro ně subjektivně nejdůležitější, sdělují většinou na začátku věty. Nejvíce v řeči používají substantiva a to na úkor ostatních slovních druhů.

V komunikačních situacích vyžadujících logické myšlení a usuzování tyto děti často selhávají a téměř nikdy nevytvoří souvětí (Lechta, 2008).

➤ **Foneticko – fonologická**

Narušená výslovnost těchto dětí není vždy přímo úměrná jejich nízké úrovni intelektu, i když vývoj výslovnosti zaostává vždy, což je důsledkem pozdního nástupu a tedy celkového opoždění řečového vývoje. Typické jsou u těchto jedinců také obtíže v oblasti sluchu, fonemické diferenciaci a motorické neobratnosti.

Vadná výslovnost většinou přetrvává ještě do školního období a proto je nezbytně důležitá včasná logopedická intervence, která u těchto dětí bývá právě z důvodů obtíží, které vyplývají z mentálního postižení hodně náročná a dlouhodobá (Lechta, 2008).

➤ **Pragmatická**

Dle Lechty (in Klenková, 2006) je obsahem pragmatické roviny právě sociální uplatnění komunikační schopnosti, kdy do popředí vstupují sociální a psychologické aspekty komunikace. Tato rovina souvisí nejen se schopností užívání řeči, ale také se schopností dorozumívání se v různých sociálních situacích. Děti s mentálním postižením mají potíže zejména v chápání komunikačních rolí a také s vyjádřením komunikačního záměru.

Úroveň této roviny je výrazně ovlivňována stupněm mentálního postižení i případným přidruženým onemocněním, které mají vliv na samotnou realizaci řeči.

1.6 Narušená komunikační schopnost

Nejčastější poruchy řeči a symptomy komplikující řečový projev jsou dle Lechty (2008) u osob s mentálním postižením **dyslalie, balbuties, rinolálie, tumultus sermonis, dysartrie, poruchy hlasu, echolálie a dysprozodie.**

U těchto jedinců jsou poruchy řeči mnohem častější, než-li u intaktní populace. V důsledku jejich opožděného vývoje řeči dochází k celkovému posunu řečového vývoje až o několik let, což je proměnlivé v závislosti na stupni a formě mentálního postižení (Valenta in Müller, Valenta, 2003).

Klenková (2006) uvádí tyto nejčastější příčiny poruch řeči:

- snížená mentální úroveň,
- anomálie orgánů podílejících se na řeči, tedy různé druhy rozštěpů, orofaciální deformity atd.,
- špatná úroveň motoriky, především motoriky artikulačních orgánů,
- poruchy sluchu, zejména špatná fonemtická diferenciacce
- funkční příčiny, jakožto nepodnětné a zanedbávající prostředí.

A) Dyslalie

Dvořák (In Lechta a kol., 2005, s. 168) říká, že „*dyslalie je vadná výslovnost hlásek, kdy se určitá hláska konstantně zvukově odlišuje v mluvním projevu od kodifikované normy daného jazyka, je tedy tvořena na jiném místě nebo jiným způsobem, než stanovuje fonetická spisovná norma.*“

Je nejčastějším narušením jak u intaktní populace, tak u jedinců s mentálním postižením, kde je často v kombinaci s dysgramatismem, huhňavostí či dysfonií. Typickou dyslalií můžeme vidět u dětí s Downovým syndromem, dle Nadoleczněho (In Lechta, 2008) nazývanou „laryngální dyslalií“ a to pro jejich drsný a hluboký hlas. Pro dyslalií je u jedinců s mentálním postižením typické vynechávání hlásek na konci slov, což je zásadní rozdíl oproti intaktní populaci stejně jako etiologie, která je u těchto jedinců mnohem častěji orgánová (Lechta, 2008).

B) Balbuties (koptavost)

Lechta (2004, s. 16) definuje koptavost jako „*syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se nejnápadněji projevuje charakteristickými nedobrovolnými specifickými pauzami narušujícími plynulost*

procesu mluvení a tím působícími rušivě na komunikační záměr. Je to multifaktoriální, dynamický a variabilní syndrom NKS se složitou symptomatikou, která je často důsledkem několika parciálních, vzájemně se prolínajících, navazujících a/nebo recipročně i souhrnně reagujících příčin.“

Četnost výskytu u jedinců s mentálním postižením je ve vztahu k normě opět několikanásobně vyšší, i když názorové odchylky na tuto problematiku jsou poměrně velké, což by mohly objasnit spekulace vedené o tom, že u dětí s mentální retardací se většinou nejedná o čistou koktavost či breptavost, nýbrž o jejich kombinaci. Z hlediska formy mentálního postižení je koktavost nejtypičtější pro Downův syndrom, což koresponduje s faktem, že z hlediska stupně postižení se nejčastěji vyskytuje u lehčích forem mentální retardace. Čím je IQ nižší, tím je výskyt koktavosti vzácnější (Lechta, 2008).

C) Rinolálie (huhňavost)

Peutelschmiedové (2005, s. 63) říká, že huhňavost je „*patologicky změněná nosovost jednotlivých hlásek, čili změněná nazalita.*“

Rinolálie je dle Vitáskové (In Vitásková, Peutelschmiedová, 2005) nejčastěji dělena na tři základní typy:

- **Zavřená (hyporinolálie, rinolalia či rhinophonia clausa)**
- **Otevřená (hyperrinolálie, rinolalia či rhinophonia aperta)**
- **Smíšená (hyper-hyponazalita, rinolalia či rhinophonia mixta)**

Četnost výskytu huhňavosti je u jedinců s mentálním postižením mnohem vyšší než u intaktní populace, čímž také potvrzuje, že huhňavost je jedním z nejtypičtějších projevů mentálního postižení. Otevřená huhňavost u těchto jedinců tak častá není, ale pokud již nastane, bývá zapříčiněna nedostatečnou inervací měkkého patra. Častěji se však vyskytuje huhňavost zavřená, především u těžších forem mentální retardace (Lechta, 2008).

D) Tumultus sermonis (breptavost)

Breptavost je patologická vývojová porucha plynulosti řeči s různorodými příznaky, pro kterou je typický výrazný rozdíl mezi jazykovými schopnostmi a úrovní intelektu jedince. Obvykle je pro ni charakteristické překotné, zrychlené tempo řeči a s ním související vynechávání, přeříkávání, opakování slabik. Dochází k deformaci obsahu, neboť tyto jedinci často vybočují od tématu, nemají sémantickou soudržnost

a poměrně často vynechávají podstatné informace. Narušena je i prozodie, tedy špatný přízvuk, monotónnost atd. (Dvořák, 2007).

Je typická především pro eretický typ mentálního postižení a poměrně často se vyskytuje v kombinaci s dysgramatismem či koktavostí. V opačném případě, v důsledku pomalého spojování představ může nastat i bradylalie (Lechta, 2008).

E) Dysartrie

Jedná se o poruchu motorické realizace řeči, která zahrnuje řadu typů řečových poruch způsobených problémy ve svalové kontrole mechanismů řeči. Vzniká na základě organického poškození centrální nervové soustavy a je řazena do motorických řečových poruch (Cséfalvay in Lechta a kol., 2005).

Vzniká jako projev propojení mentálního postižení s poruchou motoriky, nejčastěji se vyskytuje právě u mentální retardace v kombinaci s dětskou mozkovou obrnou (Lechta, 2008).

F) Poruchy hlasu

Jde o patologické změny v individuální struktuře hlasu, tedy v jeho akustických kvalitách, způsobu tvoření a jeho používání, přičemž v hlase se navíc mohou vyskytovat i jiné vedlejší zvuky (Škoda in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Hlas je u jedinců s mentálním postižením poměrně často zastřený, chraptivý, přílišně tichý a to především z důvodu snížené elasticity hlasivek, hlasového napětí a zvýšeného subglotického tlaku (Lechta, 2008).

G) Echolálie

Jedná se o mechanické ozvěnovité opakování toho, co jedinec slyší, konkrétně slabik, slov či vět, po druhých lidech. Funguje zpravidla jako projev napodobovacího reflexu, tedy bez porozumění obsahu sdělovaného. Nejčastěji se vyskytuje u jedinců s mentální retardací, katatonní schizofrenií či organickým poškozením mozku (Dvořák, 2007).

H) Dysprozodie

Vyznačuje se narušením modulačních faktorů řeči, konkrétně narušením melodie, rytmu a tempa. Dysprozodická řeč je monotónní, se špatnou intonací, nadměrně tichá

a pomalá, což je typické pro torpidní typ mentálního postižení nebo naopak vzrušená a rychlá, především u eretického typu (Lechta, 2008).

2 DOWNŮV SYNDROM

V jednotlivých podkapitolách se blíže seznámíme s historií, terminologií a stručnou charakteristikou Downova syndromu. Jeho klasifikaci pak vymezují jednotlivé příčiny, které jsou zde také podrobněji popsány. Vzhledem ke specifčnosti jedinců s tímto syndromem zde nechybí ani podkapitola o jejich fyziognomii a anatomických zvláštностech a samozřejmě specifika vývoje těchto dětí, která jsou zde řazena chronologicky, přesně dle jednotlivých vývojových etap jedince.

2.1 Historie, terminologie a stručná charakteristika

Downův syndrom, dále jen DS, byl dříve označován různými způsoby. Můžeme uvést několik z nich, např. Akromikrie, Langdonova-Downova nemoc či Mongolismus (Kučera, 1981).

V roce 1866 byl DS prvně popsán a to anglickým pediatrem Johnem Langdonem Haydonem Downem, který nejen poukázal na symptomy tohoto syndromu, ale také se pokusil navrhnout způsob terapie, tedy jak s těmito jedinci dále zacházet, pracovat.

V roce 1928 byla vydána první bibliografie o DS, se kterou začalo vznikat několik desítek možných teorií o jeho etiologii, které ovšem nebyly nijak směrodatné, natož přínosné. Teprve v roce 1959 došlo k velkému posunu a to díky objevu francouzských genetiků, především zásluhou Jeromeho Lejeunea, který uveřejnil zprávu o zjištění 47 chromosomů, tedy 22 párů a jedné trojice v somatických buňkách jedinců s DS a to namísto obvyklých 46, které jsou uspořádány ve 23 párech. Přinesl tedy informaci, že DS je chromozomální onemocnění, nejčastěji trizomie 21. chromozomu (Švarcová, 2006).

Poznaček byl tak převratný, že odstartoval nejen možnost hlubšího studia syndromu samotného, ale také možnost jeho reálné sekundární prevence na základě prenatalní diagnostiky chromozomální aberace, čímž se začala zdokonalovat cytogenetika, která následně umožnila objasnění i mnoha dalších, do té doby nerozpoznaných chromozomálních vad (Kučera, 1981).

Udává se, že tímto syndromem trpí zhruba 10% jedinců s mentálním postižením majících typický, charakteristický vzhled, který se setkává s určitou shodou u všech těchto jedinců, podrobněji viz. fyziognomie v jedné z následujících kapitol (Švarcová, 2006).

2.2 Etiologie

Jak již bylo zmíněno, na počátku studie DS obsahovaly jen málokteré teorie jeho příčin (z cca 40 navrhovaných možných) racionální podstatu, která tedy spočívá v chromozomální aberaci. Nejčastěji bývá uváděna tzv. Trizomie 21 chromozomu, dále pak Translokace a naposledy Mozaicismus (Selikowitz, 2005).

A) Trizomie 21 – Nondisjunkce

Její příčina, tedy důvod, proč vlastně nadbytečný chromozom vzniká, nebyla dlouho zcela objasněna. Odborníci hovořili o vlivech životního prostředí, alkoholu či TBC, jakožto o škodlivém faktoru, což bylo postupně vyvráceno a došlo se k názoru, že sociální postavení, příslušnost rodičů k nějakému etniku, zdravotní stav matky či její životospráva v období těhotenství nemají vliv na jeho vznik. Souvislost příčiny trizomie 21 chromozomu byla prokázána jen s věkem rodičů, kdy rodičky nad 35 let a otcové nad 50 let mohou být opravdovým rizikovým faktorem pro vznik DS. Trizomie 21 chromozomu vzniká již v počátečním stádiu a to důsledkem neoddělení 21.páru při meioze. Oba chromozomy č. 21 se přesunou do buňky, ze které vznikne po oplodnění vajíčko se 47 chromozomy a v každé další buňce se pak chyba opakuje (Kučera 1981). Je to nejběžnější forma DS a to až v 93% případů, dle Selikowitze (2005) až v 95%.

B) Translokace

Její princip spočívá v přemístování konkrétní části chromozomu z každé buňky na jiný chromozom. Část 21.chromozomu a jiného chromozomu se odlomí a spojí se jejich zbývající částí. Četnost výskytu jsou asi 4% a klinický obraz je shodný s obrazem trizomie. Příčiny nejsou známy, ale je jisté, že věk rodičky nemá s translokací nic společného (Kučera 1981).

Švarcová (2006) uvádí, že translokace je jedinou dědičnou formou DS, ovšem je nutné k tomuto tvrzení dodat, že dle Selikowitze (2005) není nositelem žádný z rodičů až ve 2/3 případů.

C) Mozaicismus

Je jednou z nejmírnějších forem DS, ovšem četnost jeho výskytu je velice malá, konkrétně dle Selikowitze (2005) pouhé 1%, podle Švarcové (2006) až 3%.

Jeho princip tkví v tom, že některé buňky mají běžných 46 chromozomů, ale jiné mají o jeden chromozom více. K chromozomální chybě dochází až po spojení pohlavních buněk se správným počtem chromozomů, tedy až v průběhu dělení vzniklé buňky (Kučera, 1981).

Dle zmíněných chromozomálních příčin je také DS klasifikován. Všechny formy DS můžeme nalézt v Mezinárodní klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů.

Dle MKN-10 tedy rozlišujeme:

- Q 90.0 Trizomie 21, meiotická nondisjunkce
- Q 90.1 Trizomie 21, mozaika
- Q 90.2 Trizomie 21, translokace (Úzis ČR, 2010, [online]).

2.3 Fyziognomie a anatomické zvláštnosti

Děti s DS mívají společné charakteristické fyziognomické znaky, díky kterým lze tento syndrom bezpečně rozpoznat na první pohled (Švarcová, 2006).

Selikowitz (2005) udává, že bylo popsáno přes 120 těchto příznaků, přičemž většina dětí nemá více než šest či sedm z nich.

Základní přehled jejich fyziognomických a anatomických zvláštností dle Peuschela (1997) je popsán následovně.

- **Hlava** je menší, vzadu mírně oploštělá, odborně se jedná o tzv. Brachycephalii. Plochosť zadní části lebky budí dojem kulaté hlavy a dochází k opožděnému uzávěru lebečních švů.
- **Vlasy** jsou povětšinou rovné a přílišně jemné.
- **Obličej** je zepředu kulatý, naopak z profilu se jeví jako plochý a to z důvodu nedostatečného vyvinutí kostí v obličejí a malému nosu s potlačeným nosním můstkem.
- **Oči** mají normální tvar, ovšem oční víčka jsou šikmá a poněkud užší, než je běžné. U novorozenců s DS je poměrně častá přítomnost kožní řasy, tzv. epikantické řasy, která se vyskytuje mezi vnitřním koutkem oka a kořenem nosu a časem se ztrácí či vlivem růstu může zcela vymizet. Na okrajích duhovky může dojít k výskytu bílých či lehce nažloutlých skvrn,

tzv. Brushfieldových skvrn, které většinou později zcela zmizí. Epikantická řasa ani Brushfieldovy skvrny nemají v žádném případě vliv na kvalitu vidění a můžeme je objevit i u zdravých dětí (Selikowitz, 2005).

- **Uši** mají většinou menší, často s přeloženým horním okrajem či zúženými ušními kanálky.
- **Ústa** jsou ve srovnání s běžnou populací také malá, ovšem naopak s nápadně velkým jazykem, který má za následek jeho častější vyplazování. Může se objevit relativně časté zvrásnění jazyka a popraskání rtů. Čelisti bývají menší, což způsobuje špatné postavení ostatních zubů, které navíc rostou pomaleji a dásně mají sklon k častějším zánětům.
- **Krk** bývá u dospělých jedinců s DS nápadně široký a krátký, naopak děti mívají na zadní straně krku viditelné záhyby volné kůže, které mohou s růstem jedince zcela vymizet.
- **Hrudník** má tvar většinou nenarušen, jen zřídka bývá neobvyklý, nějakým způsobem zdeformovaný. U dětí může častěji nastat vpáčení či naopak vyčnívání prsní kosti.
- **Končetiny** mají tvar obvykle normální, bez deformací. Ruce jsou široké s krátkými tlustými prsty, často s lehce zakřiveným malíčkem směrem k vnitřní straně. Na dlani mají obvykle pouze jednu rýhu a pokud se vyskytují dvě, tak se povětšinou sbíhají napříč dlaní. Většinou mají kratší prsty u nohou, navíc s větší mezerou mezi palcem a ostatními prsty. Typická je také rýha na její plošce a plochá noha, která vzniká v důsledku nedostačující pevnosti šlach.
- **Svalové napětí** bývá snižené, tzv. hypotonie, která sílí během jejich vývoje. Snižený svalový tonus u dětí ovlivňuje hrubou i jemnou motoriku.
- **Plet'** bývá většinou světlá, v dětství často skvrnitá. V zimě je kůže suchá, snadno popraská a to především na rukách a tvářích. Typická je u dospělých také hrubost kůže.
- **Velikost postavy** je při narození těchto dětí oproti průměru znatelně menší. Růst je rovnoměrný, ovšem značně pomalý s danou hranicí, která je u žen v průměru 132 – 155cm, u mužů pak 145 – 168 cm (Selikowitz, 2005).

2.4 Specifika vývoje

Jedná se o biologické odlišnosti, které můžeme u dětí s DS pozorovat v průběhu jejich vývoje a které nám mohou napomoci v prognóze vývoje dalšího a ve snaze o jeho zlepšení (Peuschel, 1997).

Nyní bychom uvedli základní oblasti vývoje a v nich blíže rozepsali hlavní odlišnosti vývoje jedinců s DS a intaktní populace.

A) Osobnostní a sociální vývoj

Tento vývoj je u všech novorozenců, tedy postižených i intaktních, zcela individuální. Některé děti více spí, jiné jsou živější či plačtivé, atd. Jedním z rozdílů může být křik, který je u dětí s DS v důsledku hypotonie většinou slabší. Z tohoto důvodu mohou nastat i problémy v krmení či sání. V prvním roce dochází i u dětí s DS k širšímu rozvoji reakcí na okolní prostředí. Po jednom roce nastupuje strach z cizích lidí, který je normální a přirozený u všech dětí. Dítě s DS je schopno samostatného napití se ze šálku a najezení se rukama již kolem druhého roku. V období batolete prochází všechny děti obdobím tzv. negativismu, ovšem u dětí s DS nastupuje o něco později a o to déle pak přetrvává. Děti s DS mají potíže s kousáním a proto upřednostňují měkčí stravu. Ke stravě tužšího charakteru se dopracují zhruba kolem dvou a půl let. Chození na nočník lze začít trénovat kolem třicátého měsíce, kdy se nejprve začne nacvičovat posed na nočníku. Zhruba na konci pátého roku je průměrné dítě s DS schopné obléci si samo kalhoty a umýt si ruce po vykonání potřeby. Samostatného jení je schopné asi ve čtyřech letech. Schopnost odpoutání se od rodičů je relativně dobrá, tak že nástup dítěte s DS do MŠ se více než doporučuje. Převládá hra vedle dětí, než-li s nimi. Zhruba v deseti letech jsou děti s DS schopny samy krájet nožem, samostatně se obléci, vykoupat, vyčistit zuby, vysmrkat atd.. Sklon k pomalosti a určitým rituálům je typickým rysem osobnosti jedince s DS a jejich příčina je ve větší míře připisována sníženému intelektu. Důsledkem jejich netrpělivosti dochází ke zhoršení samotného výkonu či k případné pasivitě jedince (Selikowitz, 2005).

Povahové rysy i jejich chování je značně individuální a opět se z jisté části odvíjí i od stupně mentálního postižení. (Švarcová, 2006).

B) Motorický vývoj

U dětí s DS probíhá podobně jako u intaktních dětí, tedy akorát pomaleji, kdy důležitými determinanty normalnosti vývoje je nejen stupeň mentální retardace, ale i případné přidružené postižení (Kučera, 1981).

Tabulka porovnávající vývojová stádia dětí s DS a intaktních dětí dle Selikowitze (2005, str. 61):

Tabulka č. 2 – Vývojová stádia

	<i>Downův syndrom</i>		<i>Normální vývoj</i>	
	<i>Průměr. věk</i>	<i>Věk. rozmezí</i>	<i>Průměr. věk</i>	<i>Věk. rozmezí</i>
<i>Hrubá motorika</i>				
Sedí bez pomoci	11 měs.	6 – 30 měs.	6 měs.	5 – 9 měs.
Leze	12 měs.	8 – 22 měs.	9 měs.	6 – 12 měs.
Stojí	20 měs.	1 – 3,25 roku	11 měs.	8 – 17 měs.
Chodí bez pomoci	2 roky	1 – 4 roky	14 měs.	9 – 18 měs.
<i>Jemná motorika a sebeobslužné dovednosti</i>				
Opětuje úsměv	3 měs.	1, 5 – 5 měs.	1, 5 měs.	1 – 3 měs.
Jí rukama	18 měs.	10 – 24 měs.	10 měs.	7 – 14 měs.
Pije ze šálku	23 měs.	12 – 32 měs.	13 měs.	9 – 17 měs.
Používá lžíci	29 měs.	13 – 39 měs.	14 měs.	12 – 20 měs.
Chodí na nočník	3,25 roku	2 – 7 let	19 měs.	16 – 42 měs.
Obléká se	7,25 roku	3,5 – 8,25 roku	4 roky	3,25 – 5 let

C) Vývoj jazyka a řeči

Schopnost řečové komunikace, tedy schopnost jedince vědomě používat a také dekodovat složitý komunikační systém, který se skládá z různých znaků a symbolů je výhradně lidskou schopností a je nenahraditelným článkem v sociální interakci. Mluvená řeč se u dětí s DS objevuje pozdě a je opožděna více než ostatní oblasti (Švarcová, 2006).

Marková a Středová (In Lechta, 2008) uvádí jeden z neoptimističtějších pohledů, kdy se dle jejich výzkumů u těchto dětí objevují první slova mezi 2. – 3. rokem života, jednoduché věty však až kolem 5. roku.

Pokud se tedy řeč u dětí s DS objeví, její vývoj je pomalý a značně omezený. Porozumění je ve vztahu k produkci řeči na mnohem vyšší úrovni. Nejčtenějším slovním druhem v jejich komunikaci jsou podstatná jména, která upřednostňují především před slovesy a předložkami. Kratší věty a jejich jednodušší skladba je pro řeč

jedinců s DS typická, hovoříme o tzv. „telegrafické řeči“, stejně jako omezenost obsahu, přílišná konkretizace a popisný charakter řeči, který je též nepřehledný. Obtíže v artikulaci jsou přítomny v každém věku těchto jedinců (Procházka, 1993). V neposlední řadě nelze opomenout zřejmé, drsné zabarvení hlasu a celkově zúžený hlasový rozsah (Lechta, 2008).

D) Duševní vývoj

U jedinců s DS býval dlouho dobu značně podceňován. Aktuální a výzkumy podložený pohled odborníků potvrzuje u jedinců s DS nejčastěji lehké, méně častěji středně těžké a jen výjimečně těžké mentální postižení. Mylné informace o úpadku jejich duševních schopností, ke kterému mělo údajně s přibývajícím věkem docházet, byly také vyvráceny. Vývoj je sice zpomalen, ovšem k jeho stagnaci nedochází (Peuschel, 1997).

Navazování sociálních kontaktů nečiní těmto jedincům žádné větší problémy, naopak tento kontakt sami vyhledávají, ovšem adaptace na nové prostředí již bývá mírně zpomalena. Kvalita auditivní paměti je vzhledem k intaktní populaci na mnohem nižší úrovni, což znamená, že při edukačním procesu se musíme opírat spíše o vizuální percepci. Oslabená koncentrace pozornosti s obtížemi při vykonávání více činností najednou je pro jedince s DS příznačná, stejně jako převažování mechanické paměti nad logickou, navíc se sníženou výbavností (Selikowitz, 2005).

3 ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE

Cílem této kapitoly je terminologické vymezení alternativních a augmentativních komunikačních systémů, seznámení se s jejich cílovou skupinou uživatelů i se samotnými cíly těchto systémů. V neposlední řadě zde najdete jejich klasifikaci z různých hledisek se stručným a výstižným popisem.

3.1 Terminologické vymezení

Proces komunikace lze chápat jako výměnu informací, která probíhá minimálně mezi dvěma či více účastníky za účelem sociální interakce. Dalo by se říci, že komunikace je jedním z nejdůležitějších prostředků socializace člověka (Klenková, 2006).

Alternativní a augmentativní komunikace, dále jen AAK, je jednou z oblastí klinické praxe zabývající se přechodnou i trvalou kompenzací expresivních komunikačních poruch, přesněji jedinců s těmito obtížemi, které se mohou vyskytovat v podobě hlavního syndromu, ale i jako pouhý symptom jiných poruch či vad (Laudová in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Augmentativní komunikace zahrnuje systémy, které podporují již existující komunikační možnosti a schopnosti jedince a to s cílem usnadnit expresivní (vyjadřovací) i receptivní (schopnost porozumět) složku jejich komunikace. Název je odvozen z latinského slova „augmentare“, tedy rozšiřovat či zvětšovat (Janovcová, 2010).

Alternativní komunikace zahrnuje systémy, které mluvenou řeč nedoplňují, nýbrž přímo nahrazují, což vyplývá z jejich názvu odvozeného též z latiny, konkrétně ze slova „alter“, tedy jiný či druhý (Laudová in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

3.2 Výběr vhodného komunikačního systému

Dle Laudové (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) musíme před aplikací některého z AAK systémů zjistit, zda jedinec:

- rozumí signálům neverbální komunikace,
- rozumí řeči,
- rozumí symbolům, případně úroveň jeho čtenářských dovedností,
- jeho současné způsoby komunikace, jejich úspěšnost v soc. interakci,

- schopnost vyjadřování ano/ne,
- úroveň zrakové a sluchové percepce,
- úroveň jeho jemné i hrubé motoriky, přesnost a rychlost pohybu ruky,
- motivace jedince ke komunikaci a jeho potřeba dorozumět se,
- úroveň sociálních dovedností včetně vztahů k vrstevníkům,
- emoční projevy jedince, jeho způsoby chování,
- úroveň kognitivních schopností a dovedností, možnost školského zařazení,
- jakým způsobem jedinec tráví svůj čas a v jakém prostředí se pohybuje,
- očekávání klienta a jeho blízkých osob z okolí, úroveň jejich podpory.

Dle Janovcové (2010) zohledňujeme při aplikaci AAK systému tato dvě hlediska:

A) Pedocentrická

- porozumění všem aspektům jazyka, tedy i rozsah aktivní a pasivní slovní zásoby,
- verbální dovednosti, pokusy o verbální i neverbální komunikaci,
- dobu práceschopnosti, tedy míru unavitelnosti, soustředěnosti,
- věk jedince.
- fyzické dovednosti, tedy přesnost a rozsah pohybů jedince,
- stav smyslových orgánů, konkrétně především zraku a sluchu,
- potřeby a motivace ke komunikaci,
- schopnost vzájemné soc. interakce,
- podpora rodiny a personálu,
- předpoklad dalšího rozvoje.

B) Systémová

- způsob přenosu, tedy zda jde o dynamický nebo statický systém,
- ikonicitu, tedy míra abstrakce, zřetelnost a průhlednost,
- rozsah slovní zásoby, shoda s mluveným jazykem.

3.3 Klasifikace komunikačních systémů

3.3.1 Klasifikace dle Laudové (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) z hlediska využitelnosti pomůcek:

A) Systémy nevyžadující pomůcky (unaided)

V komunikaci využívají mimiky, cílených pohledů, gestiky, posturiky, manuálních znaků a systémů. Jde o spojení řeči a pohybu, kdy znaky, gesta atd. mohou mít roli hlavní, ale lze je využít i jako pomocníky při vybavování slov.

Řadí sem:

- znakový jazyk,
- znakovaná čeština,
- znakování klíčových slov,
- Cued speech,
- metoda Tadoma,
- Lormova abeceda.

B) Systémy vyžadující pomůcky

Netechnické (low tech)

Řadíme do nich všechny pomůcky bez hlasového výstupu, tzv. jednoduché pomůcky, konkrétně:

- trojrozměrné symboly,
- fotografie,
- systém Bliss,
- PCS (Picture Communication Symbols),
- Makaton,
- Piktogramy,
- komunikační tabulky,
- kódování.

Technické (high tech)

Řadíme do nich elektronické komunikační pomůcky, tzv. jednoúčelové pomůcky pro komunikaci, konkrétně:

- pomůcky se zřetelným výstupem,
- pomůcky s hlasovým výstupem,
- počítače.

3.3.2 Klasifikace dle Janovcové

Janovcová (2010) klasifikuje systémy AAK dvěma způsoby, konkrétně z hlediska využitelnosti pomůcek a z hlediska způsobu přenosu informací.

Metody z hlediska využitelnosti pomůcek:

A) Metody bez pomůcek

Tyto systémy užívají prostředků nonverbální komunikace, jako je např.:

- mimika,
- gestika,
- vizuálně motorické znaky atd..

B) Metody s pomůckami

- předměty,
- obrázky,
- fotografie,
- komunikátory,
- systémy symbolů (piktogramy).

C) Jiné typy

Do těchto typů řadíme různé doplňky, které usnadňují ovládání, celkově práci s počítačem, např.:

- alternativní klávesnice,
- spínače atd..

Z hlediska způsobu přenosu informací:

A) Dynamické systémy

Do těchto systémů řadíme takové, při kterých k přenosu informací využíváme pohyb. Jedná se o znaky a gesta, konkrétně lze zmínit např.:

- prstová abeceda,
- Lormova abeceda,
- znak do řeči,
- jazykové systémy (Makaton, Voks).

B) Statické systémy

Řadíme sem všechny systémy, které vyžadují pomůcky, viz. předchozí dělení.

3.4 AAK u osob s Downovým syndromem

Vzhledem k potřebám této práce jsme stručně charakterizovali tři druhy AAK, konkrétně piktogramy, znakování klíčových slov a fotografie, které jsou právě u jedinců s DS velice často využívány.

A) Komunikační systém s obrázkovými symboly – Piktogrami

Jedná se o augmentativní komunikační systém rozvíjející řeč a umožňující komunikaci jedincům, tedy dětem i dospělým, kteří mají problémy s expresivní složkou řeči, tedy s její produkcí. Jeho základ tvoří vnímatelné útvary vznikající z kresby, písma, tisku či dalších možných postupů, kdy každý piktogram zastupuje jeden věcný význam, jehož spodobnění není vázáno na řeč (Kubová, 1996).

V zemích severní Evropy byl vytvořen soubor piktogramů, který obsahoval více než 700 zrakově čitelných a relativně lehce zapamatovatelných obrázků, které představují osoby, věci, činnosti, ale i vlastnosti či city. (Janovcová, 2010).

Tento soubor je využíván i u nás, byl přepracován paní Kubovou a vydán jako učebnice. Základní verze obrázků je na černém podkladě a je nakreslena bílou barvou, což umožňuje jejich širokou variabilitu, konkrétně snadné kopírování, vybarvování, vytváření pracovních listů či komunikačních tabulek. Při osvojování jednotlivých piktogramů musíme postupovat pomalu, což znamená, že nepřidáváme další obrázky, dokud jedinec nemá předchozí řádně zafixovány, osvojeny. Dále postupujeme systematicky, kdy na počátku jedinec pracuje s jednoduchými a známými obrázky předmětů, činností, atd. a až potom následuje proces osvojování méně známých, těžších obrázků. Piktogramy by měly být umístěny, pokud to jen trochu lze, i na příslušných věcech, které představují. Měly by jedince obklopotvat všude, čímž dochází k přirozenějšímu, rychlejšímu a v neposlední řadě snazšímu osvojení (Kubová, 1996).

B) Znakování klíčových slov

Jedná se o dynamický augmentativní komunikační systém, který nevyžaduje pomůcky. Jeho principem je, že jedinec řečovou komunikaci doprovází znakováním slov, která jsou hlavními nositeli sdělení, tzv. klíčových slov, z čehož je také odvozen název systému. Tento systém je často využíván i u osob s DS, obecně u jedinců s mentálním postižením (Laudová in Škodová, Jedlička a kol., 2010).

Je nutné zdůraznit, že systém nepotlačuje mluvenou řeč, naopak se snaží jedince k řeči dovést a to především rozšiřováním, usnadňováním komunikace a porozumění za pomoci klíčových znaků (Janovcová, 2010).

C) Fotografie

Na první pohled zcela jednoduchá pomůcka, která má však velice důležitou a nezastupitelnou roli, neboť fotografie jsou jedincům dávány jako předstupeň pro abstraktnější symbolické systémy a to z důvodu jejich nejrealističtějšího dvojrozměrného znázornění. Mohou být barevné i černobílé, záleží na individualitě klienta, co mu více vyhovuje. Většinou však upřednostňují fotografie barevné a větších rozměrů, protože jsou pro ně ještě realističtější a také atraktivnější (Laudová in Škodová, Jedlička a kol., 2010).

Je nutné podotknout, že na jejich základě jsem založila a také vytvořila celou svou praktickou část, tedy pomůcku.

3.5 Vymezení cílů a uživatelů

„Cílem AAK je umožnit lidem se závažnými poruchami komunikace účinně se dorozumívat a reagovat na podněty ve svém okolí, a to v takovém rozsahu, aby se stejně jako ostatní mohli aktivně účastnit života společnosti. Jde tedy o využití veškerých komunikačních schopností, jež člověk s postižením komunikace má, aby kompenzoval postiženou funkci“ (Laudová in Škoda, Jedlička a kol., 2007, str. 565).

AAK je dle Janovcové (2010) na základě široké nabídky sortimentu systémů určena poměrně mnoha druhům postižení, tedy konkrétně jedincům:

A) S vrozenou narušenou komunikační schopností jako důsledek postižení:

- smyslového,
- mentálního,
- kombinovaného,
- centrálních poruch vývojové motoriky,

- vývojových poruch řeči.

B) Se získanými poruchami či degenerativním onemocněním, např.

- poúrazové stavy a nádory mozku,
- cévní mozkové příhody,
- Parkinsonova choroba,
- Alzheimerova choroba atd.

Müller, Valenta (2003) zdůrazňují a také podrobně rozepisují, že AAK je svou variabilitou vhodná i pro klienty s těžkým mentálním postižením, kteří byli dlouho dobu v možnostech komunikace zcela „odepisováni“.

Systémy můžeme přizpůsobit mentální úrovni jedinců, čímž předejdeme nepřiměřené námaze při vyjadřování se orální řečí, která je u většiny zmiňovaných jedinců velice často zcela nesrozumitelná (Janovcová, 2010).

4 EMOCE A CITY

V jednotlivých podkapitolách seznámíme čtenáře se základními pojmy, konkrétně emoce a city, jejich podobnostmi i rozdílnostmi a vymezíme další termíny související s touto problematikou. Kapitola dále nastiňuje složitou klasifikaci emocí dle různých hledisek, dle vícero autorů a nechybí zde ani stručně zmíněná specifikace emocí u jedinců s DS.

4.1 Vymezení pojmů

Není žádné tajemství, že definice emocí se téměř s každým autorem alespoň mírně liší a dokonce vznikly spekulace, zda se vůbec jedná o oprávněný termín patřící do psychologie jako vědního oboru. Je tedy nutné ujasnit si terminologii hned na samém počátku, abychom se mohli dále snáze orientovat. Výzkum emocí byl, vzhledem k nesnadnému laboratornímu vyvolávání emocí u lidí, prováděn na zvířatech a to především na krysách, neboť lze předpokládat, že i u zvířat můžeme najít psychické procesy i rejstřík emocí, který má ovšem oproti člověku jednodušší charakter (Machač, Macháčová, Hoskovec, 1985).

Emoce i city patří k důležitým potřebám jedince i společnosti a je pro ně typické střetávání biologických a společenských faktorů (Švancara, 1979).

A) Emoce

Termín pochází z francouzského „emotion“ a z latinského „emovere“, což v překladu znamená vzrušovat, vzrušení. Jedná se o silný specifický cit, vzrušený stav myslí dlouhodobějšího charakteru, který má tři složky, tedy **vnitřní zážitek, z vnějšku pozorovatelné chování a fyziologické změny** (Machač, Macháčová, Hoskovec, 1985).

Kratina (in Nakonečný, 1973, s. 3) definoval emoce jako „*komplexní citový stav doprovázený charakteristickými motorickými a žláзовými aktivitami.*“

Dle Damasia (2004) jsou emoce složité soubory chemických a neuronálních odpovědí vytvářející určitou funkční strukturu. Tyto odpovědi jsou automatické, vznikají v mozku, který nejprve diferencuje emočně důležitý podnět nebo událost, která vyvolá danou emoci. Mozek je schopen odpovídat na určité emoční podněty či situace, které jsou významné a to nejen evolučním rejstříkem akcí, ale také souborem akcí naučených v průběhu života, tedy na základě životních zkušeností. Přejídné tělesné

změny i změny mozkových systémů vztahující se k tělu a podpoře myšlení jsou bezprostředním důsledkem těchto odpovědí, kdy jejich konečným důsledkem je orientace a podpora organismu v souvislostech podporujících zdraví, stav pohody i přežití.

S emocemi také bezprostředně souvisí tzv. **emoční zhodnocení**, které může být jednoznačné (radost, smutek, milovat, nenávidět atd.) nebo víceznačné, především dvojznačné, což je důsledkem ambivalence pozitivních a negativních emocí (Šimek, 1995).

B) City

City lze chápat jako naše prožívání, které je vždy částečně abstraktní. Vyskytují se totiž v závislosti na psychických procesech., což potvrzuje fakt, že se váží na obsah vjemů, představ, myšlení i na průběh činnosti. Při abstrahování od psychických procesů můžeme alespoň na základě zástupných pojmů z jiných oblastí označit city jako prožívání příjemné či nepříjemné, libé či nelibé (Švancara, 1979).

Rohracher (In Nakonečný, 1973) definoval city jako duševní stavy a bezprostřední reakce organismu pudového života nebo osobnosti na vnější či vnitřní události, které vystupují bez spolupůsobení vědomí a nejčastěji jsou prožívány jako příjemné nebo nepříjemné.

Damasio (In Koukolík, 2005, s. 154) definoval z neurologického pohledu pocity, které jsou dle něho zcela totožné s termínem city, následujícím způsobem: *„City jsou mentální reprezentace fyziologických změn charakterizujících emoce. Na rozdíl od emocí, které jsou vědecky zjevné, jsou pocity skutečně jevem soukromým, byť nikoli subjektivnějším, než jsou jakékoli jiné aspekty vědomí, jejichž příkladem je mé plánování této věty, nebo mentální řešení aritmetického problému. Pocity jsou za předpokladu použití přiměřené metody vědecky analyzovatelné stejně jako jakékoli jiné kognitivní jevy. A nadto: protože jsou pocity přímým důsledkem emocí, vysvětlení neurobiologie emocí otevírá cestu k vysvětlení neurobiologie pocitů. Jestliže emoce zajišťují okamžitou odpověď na jisté výzvy a příležitosti, jimž organismus čelí, pocit těchto emocí organismu oznamuje vědomý poplach. Pocity zesilují vliv*

dané situace, zvyšují míru učení, zvyšují pravděpodobnost, že bude možné podobnou situaci předvídat.“

C) Emoce versus city

Rozlišení pojmů emoce a city by mělo být z předchozích definic poměrně zřejmé, ovšem v důsledku minimálních rozdílů je právě z pohledu různých autorů chápáno často diferencně.

Někteří autoři, např. Krech a Crutchfield (In Machač, Macháčová, Hoskovec, 1985) považují emoce a city za přímé synonymum, kdy emocí se rozumí cit. Naopak Woodworth a Marquis (In Nakonečný, 1973) tvrdí, že emoce jsou stavy organismu, které lze měřit a objektivně zkoumat, tedy narozdíl od citů, které jsou stavy mysli a jejich měření tedy není objektivně možné. Tito autoři ještě od citů odlišují pocity, které jsou sice také stavem mysli, ovšem stavem zcela jednoduchým, obvykle souvisejícím s fyziologií těla, např. pocit horka.

4.2 Základní teorie vzniku emocí

Pohled na vznik emocí je v závislosti na autorech často zcela rozporuplný, leč společným vodítkem zůstávají tři základní složky emocí, na jejichž základě se emoce tvoří (Stuchlíková, 2002).

4.2.1 Fyziologické přístupy

James – Langova teorie

Tato teorie je zaměřena na zkoumání periferních fyziologických změn. Její základ tvoří myšlenka, že bezprostředně po podnětu nastane fyziologická změna, kterou naše myšlení vyhodnotí a na základě tohoto vyhodnocení pak vzniká určitá emoce (Stuchlíková, 2002).

4.2.2 Neurologické přístupy

A) Cannonova – Bardova talamická teorie

Teorie je zaměřena na zkoumání mozkových procesů při průběhu emocí. Její základ spočívá v kritice předchozí teorie, tedy James – Langeho teorie. Cannon nesouhlasil s tvrzením, že emoce jsou funkcí určitých oblastí neokortexu (Czako, Seemannová, Bratská, 1982).

Autor této teorie tvrdil, že i odlišené emoce se pojí s identickými viscerálními změnami a že vnitřní orgány nejsou schopny, pro svou poměrně malou citlivost

struktury, poskytovat komplexní informace k odlišení jedné emoce od druhé. Pomalost viscerálních reakcí dle autora potvrzuje, že by nemohli být zdrojem pocitů, neboť jak byste si potom vysvětlili náhlé emoční změny?! Chirurgický zákrok spočívající v oddělení viscera od centrálního nervového systému tedy emocionální chování nezmění. Podle Cannona je za emocionální kontrolu zodpovědný mozek, konkrétně talamus, který je zodpovědný jak za prožitek emocí, tak za somatické změny s ním spojené. V současnosti autoři dochází k závěru, že James i Canon měli částečně pravdu. James konkrétně v tom, že lidé si své emoce často uvědomují právě na základě pozorování tělesných změn. U teorie Cannona lze naopak potvrdit, že jednoduché mozkové struktury mají v emocionálních procesech nezastupitelnou roli (Stuchlíková, 2002).

B) Papézova a MacLeanova teorie emocí

Tato teorie vychází z neurologických přístupů a spočívá v Papézově historicky první snaze vyčlenit systém mozkových struktur řídící emocionální projevy, ve kterém by měla hlavní význam mozková kůra. Hlavní roli má v této teorii **limbický** systém, především jeho dvě struktury, tzv. hypokampus a gyrus cinguli, které mají stěžejní úlohu, ale jsou doplněny i o ostatní. Gyrus cinguli chápe jako receptivní oblast emocionálních zážitků, ve které smyslové impulsy přechází ze struktur subthalmu do přední a střední části hypotalamu, jakožto oblastí s největší významností řízení jednotlivých změn, které jsou součástí emocionálního chování. Z těchto struktur pak impulsy přecházejí do oblasti corpora mammilaria, kde se obohacují o impulsy z mozkové kůry. Toto spojení je dle Papéze rozhodující při ovlivňování emocí dalšími psychickými procesy jako je představitost, paměť a myšlení. Mezi psychology tato teorie nenašla příliš široké uplatnění, neboť je založena spíše empiricky, než-li na konkrétních experimentálních faktech. Ani moderní neurofyzologie a biochemická vyšetření však nepotvrdily tyto funkce mozkových struktur přisuzované Papézem (Czako, Seemannová, Bratská, 1982).

4.2.3 Evoluční přístupy

Tyto přístupy jsou zaměřené na úlohu emocí v antropogenezi, tedy na emoční výraz s cílem určit jeho význam v adaptaci a na výhody, které při ní emoce přinesly. Stuchlíková (2002) sem řadí konkrétně tyto dvě základní teorie.

A) Darwinova teorie

Charles Darwin se pokusil o pojmenování, výčet emocí, které se snažil přiřadit k určitému výrazu obličeje z hlediska činnosti nervového systému. Od té doby bylo za pomoci antropologů a biologů nashromážděno množství informací hovořících o biologické podmíněnosti určitých aspektů emocí. Lidské emoce jsou dle této teorie vytvořeny na základě určitých vnitřních tendencí, které lze modifikovat sociálním prostředím.

B) Plutchik, Izard, Wilson

Tito a mnoho dalších autorů naopak tvrdí, že emoce, samozřejmě i emocionální chování, jsou adaptivní, tedy z evolučního hlediska to znamená, že zvyšují pravděpodobnost přežití a reprodukce rodu.

4.2.4 Behaviorální přístupy

Tyto přístupy staví do centra zájmu zkoumání procesů emocionálního učení, na jejichž základě se emocionální projevy přizpůsobují aktuální realitě. Dívají se na emoce z pohledu ontogeneze. Stuchlíková (2002) řadí mezi tyto přístupy Watsonovu teorii, Skinnerovu i Milensenovu teorii.

A) Watsonova teorie

Tato teorie spočívala ve Watsonově předpokladu, že děti mají na počátku života tři vrozené emoce, které jsou podobné strachu, zuřivosti a potěšení a jsou vzbuzovány jen několika málo určitými podněty. Podle Watsona tvoří tyto tři emoce a stimuly, které je vyvolávají, jedinou vrozenou část emocí, kdy vše ostatní je výsledkem učení.

B) Skinnerova teorie

Skinner tvrdil, že emoce jsou lidskými aktivitami, ne jejich příčinami. Emoci chápal jako vrozený předpoklad osoby chovat se v určitém čase určitým způsobem, kdy emocionální odpověď může mít formu jednoduchého reflexu nebo komplexního naučeného chování.

D) Milensenova teorie

Tuto teorii můžeme chápat jako soudobou, zaměřenou na fyziologické reakce a verbální popisy pocitů. Hledá odpovědi na fakt, že emoce mají tendence přerušit, eventuelně zcela změnit aktuální aktivity jedince. Milensen upozorňuje, že emoce mají silnou reflexní složku, kdy určité podněty jsou spouštěčem pro specifické vzorce myšlenek a pocitů, které nazýváme reflexními, mimovolními emocionálními reakcemi.

Tyto reakce nelze ovlivnit, ale lze je držet pod kontrolou nebo alespoň zmírnit nejvýraznější projevy našich emocí, což často automaticky děláme. Kontrolovat emoce lze trojím způsobem, konkrétně habituací (zvyknutím si na opakovaný podnět), překrytím (zamaskováním emoce) a v neposlední řadě vyhýbáním se určitým situacím spojenými s určitými emočními prožitky.

4.3 Klasifikace emocí

Vzhledem k široké škále klasifikací emocí jsme si vybrali jen několik z nich, které vám následně blíže uvedeme.

A) Dle Kreche a Crutchfielda (In Machač, Machačová, Hoskovec, 1985)

Tito autoři nevymezují žádná hlediska, jen emoce rozdělují na 6 základních tříd.

- **Primární emoce**, konkrétně radost, strach, zlost, smutek.
- **Emoce, které souvisí se smyslovou stimulací**, např. bolest, hnus, rozkoš atd..
- **Emoce, které souvisí se sebehodnocením**, např. stud, hrdost, pocit viny atd..
- **Emoce, které se týkají jiných lidí**, např. láska, vášeň, nenávisť atd..
- **Emoce, které hodnotí**, např. humor, údiv, krása atd..
- **Nálady**, např. povznesenost, úzkost, mrzutost atd..

B) Dle vlivu na činnost (Czako, Seemannová, Bratská, 1982)

Za tuto klasifikaci je zodpovědný I. Kant, který poprvé rozdělil emoce na dvě velké skupiny.

- **Asténické**, které řadíme k těm nejstarším a jejich základní vlastností je tlumení aktivity a demobilizace jedince, např. smutek.
- **Sténické emoce** naopak jedince mobilizují, povzbuzují a podporují, např. radost.

D) Dle Rohrchera (In Nakonečný, 1973)

- **City, které jsou podmíněné počitky**, např. bolest, horko, chlad atd..
- **City, které jsou podmíněné pudy**, konkrétně:
-**vitální pudové city**, např. libost při uspokojení pudu či naopak nelibost při jeho neuspokojení atd.,

-sociální pudové city, tedy city, které se vytvářejí na základě sociálních pudů a jejich uspokojení, např. žárlivost, závist atd..

- **City, které jsou podmíněné osobností**, např. náboženské, etické, logické, estetické, soucit a sympatie, spravedlnost, takt, slušnost.

E) Dle intenzity a trvání (Czako, Seemannová, Bratská, 1982)

- **Nálady**, které představují až několik dní trvající emoční stavy s větší či menší intenzitou.
- **Afekty**, které se projevují jako náhle vzniklé, bouřlivě probíhající, ovšem celkem rychle odeznívající emocionální zážitky, které se pojí i s výraznými motorickými projevy.

F) Dle vývoje (Nakonečný, 1973)

Dělení dle vývoje není vždy zcela směrodatné, neboť některé city, které jsou řazené do tzv. vyšších citů, mají nepřehlédnutelný vrozený základ, naopak jiné mají základ zcela neurčitý, což je nutné při uvádění této klasifikace zmínit.

- **Nižší city (emoce)** jsou tzv. primární, vrozené emoce, které se pojí s nižšími psychickými funkcemi.
- **Vyšší city (emoce)** se vztahují ke společenským hodnotám a jsou funkcí socializace.

G) Dle osobnosti (Nakonečný, 2000, s. 64)

Tyto city se vždy váží na postoje jedince:

- **náboženské city,**
- **etické city,**
- **estetické city,**
- **logické city,**
- **sympatie a soucit,**
- **city spravedlnosti, taktu a slušnosti.**

4.4 Funkce emocí v našem životě

A) Intrapersonální

Jedná se o schopnost zvládnání požadavků na nás kladených ze sociálního prostředí, obnovování narušené rovnováhy, změny kognitivního a behaviorálního uspořádání atd. (Stuchlíková, 2002).

Levenson (In Stuchlíková, 2002, s. 87)) řadí do intrapersonálních funkcí emocí těchto sedm bodů:

- zvládnání výzev prostředí,
- napravování funkcí pozitivních emocí,
- změny behaviorálních a kognitivních hierarchií,
- modulace subjektivního prožívání,
- poskytování asociativních struktur paměti,
- skupinová diferenciacce,
- individuální diferenciacce.

B) Hodnotící

V emocích chápaných v užším smyslu, tedy v cítění, jedinec prožívá osobní význam podnětu či situace. Tuto funkci lze připodobnit k úzce související regulační funkci psychické činnosti, která spočívá ve vytváření optimálních podmínek života organismu a individua jako společenské bytosti. Probíhá formou přijímání, zpracovávání a hodnocení informací z vnitřního i vnějšího prostředí, z motivovaného chování jakožto důsledku poznávání a hodnocení aktuálních situací, které jedince obklopují a také jeho životních perspektiv. Na základě této funkce je jedinec schopen se vyhýbat a nebo se alespoň snažit vyhýbat situacím, které mu škodí a naopak využívají těch, které jsou mu prospěšné (Nakonečný, 2000).

C) Funkce dle Rohrchera

Tyto funkce vychází z toho, že emoce jsou nezáměrné a rychlé reakce pomáhající jedincům v regulování, udržování a využívání různorodých sociálních vztahů pro vlastní zisk. Dle Stuchlíkové (2002) se konkrétně jedná o tyto sociální funkce: dyadická, individuální, skupinová a kulturní.

- **Dyadická úroveň analýzy** spočívá v tom, že vyjadřování emocí, tedy emoční komunikace, pomáhá člověku rozpoznávat emoce a záměry jiných osob,

čímž také napomáhá rychlé koordinaci sociálních vztahů a vyvolává doplňkové i reciproční emoce ve druhém jedinci.

- **Individuální úroveň analýzy** vychází ze dvou skutečností, kdy první z nich spočívá v tom, že emoční reakce v sociálním prostředí produkují hodnocení o specifických sociálních událostech a podmínkách, čímž jedince informují. Další skutečností je, že nejen emoce, ale i fyziologické a kognitivní procesy, které s nimi úzce souvisí, připravují jedince k reakcím na obtíže a příležitosti, které mohou v sociální interakci nastat a to i tehdy, aniž by si jedinec musel spouštěcí podnět uvědomit.
- **Skupinová dynamika** vypovídá o tom, že emoce pomáhají jedinci charakterizovat skupinové hranice a identifikovat členy skupiny. Odlišné emoční prožívání i různorodá prezentace emocí různých členů skupiny může napomáhat k objasnění či dokonce určení role a pozice v dané skupině.
- **Kulturní úroveň analýzy** poukazuje na roli emocí při procesech získávání a zhodnocování kulturní identity, neboť emoce jsou součástí socializačních praktik a usnadňují dětem učení se normám a hodnotám jejich kultury.

D) Integrační

Spočívám v tom, že emoce integrují i další dílčí psychické funkce (poznávací a motivační) v jednotné prožívání, ve kterém se utváří významy podnětů, situací a motivace (Nakonečný, 2000).

E) Organizační

Tato emoční funkce zajišťuje celkovou organizaci dynamiky psychiky ve fungující celek (sebepojetí) a vnější oblasti naopak v chování (Nakonečný, 2002).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 TVORBA OBRAZOVÉHO MATERIÁLU JAKO PROSTŘEDKU ALTERNATIVNÍ KOMUNIKACE U OSOB S DOWNOVÝM SYNDROMEM

Následující část se autorka diplomové práce společně s Mgr. Radkou Novákovou, která pracuje jako logoped ve Vincentinu - poskytovateli sociálních služeb Šternberk, rozhodla pojmout zcela prakticky. Chtěly jsme vytvořit materiál usnadňující vyjadřování emocí jedincům, kteří v této oblasti mají značné problémy. Hlavním záměrem bylo vymyslet něco nového, užitečného a především v praxi aktivně používaného.

V následujících podkapitolách se dozvíte, jak pomůcka vypadá a k čemu slouží, samotný proces výroby, učení, metodické postupy při práci s ní a také stručné údaje o klientech, bez kterých by nikdy nevznikla.

5.1 Popis a cíle pomůcky

Pomůcka, kterou jsme se rozhodly vytvořit jako praktickou část této diplomové práce, je jednoduchým alternativním komunikačním prostředkem pro vyjadřování emocí u osob s Downovým syndromem. Primárně je určena jedincům s DS, kteří žijí v ústavní péči, kde také byla (prozatím pro potřeby tří klientek) vytvořena a dle našeho názoru je především tam nejvíce potřebná. Její využívání však není vyloučeno ani v domácím, rodinném prostředí.

První část pomůcky slouží jako nácvičná, tedy pro pochopení a osvojení si principu daného komunikačního systému. Tato část je základem, bez kterého se nelze posunout do **části druhé**, která spočívá v aktivním využívání slovníčku, tedy již samotného alternativního prostředku sloužícího k vyjadřování emocí na základě určitých situací, které pracovníci dané instituce či rodiče doma nemuseli vůbec zaregistrovat.

A) Složení pomůcky

Základ této pomůcky tvoří především fotografie a obrázky, dále pak ostatní příslušenství potřebné k závěrečné realizaci.

- **Fotografie základních emocí**, konkrétně radost, smutek, strach (2 varianty), hněv a překvapení. Fotky mají velikost A3, což je především z důvodu přání klientek. Jak se autorka práce mohla během svých průběžných návštěv přesvědčit, pro klientky platila přímá úměra, že čím byly fotky větší, tím pro ně byly atraktivnější, více se o ně zajímaly a tím pádem se i více snažily.
- **Kreslené obrázky**, tzv. „smajlíci“, kteří stejně jako fotografie vyjadřují příslušnou emoci. Jsou zde zařazeny za účelem usnadnění rozpoznávání dané emoce při počátečním osvojení.
- **Fotografie základních situací**, např. výlet, narozeniny, někdo mě mlátí atd.. Dle individuality každého jedince se váží k dané emoci. Zjištění těchto situací proběhlo na základě pozorování klientů, rozhovorů s pracovníky a klienty.
- **Kartotéka**, která je tvořena kovovou konstrukcí a závěsnými deskami. Jsou v ní umístěny všechny fotografie a má funkci čistě praktickou. Umožňuje jednoduchou manipulaci, její obsah je pro klienty snadno dostupný a poskytuje jim možnost výběru a samostatné práce s fotografiemi. Její snadnou přenosnost a skladnost pak ocení především pracovníci.
- **Závěsná roleta** slouží jako přenosná tabule, na kterou se při nácviku umísťují emoce i situace. Ulehčuje orientaci na ploše, čímž usnadňuje i proces učení.
- **Slovníček s fotografiemi i obrázky emocí** je poslední součástí pomůcky, v podstatě pomyslným vrcholem, který má sloužit, jak již bylo zmíněno, jako samotný alternativní komunikační systém k vyjádření emocí vzniklých na základě nějaké situace.

Na fotografiích emocí i situací jsou umístěny samolepící suché zipy a jejich druhá část je napevno přidělána na roletě, na kterou lze umístit až sedm situací a jednu,

případně dvě základní emoce. Samotný proces vyměřování, umístování zipů na roletu (lepení i přišívání) a jejich lepení na fotografie trval (při celkovém součtu) cca 14 hodin.

B) Cíl

Cílem této pomůcky je alternativním způsobem, konkrétně pomocí fotografií či obrázkových symbolů, vyjádřit momentální emoci vázanou na danou situaci, případně alespoň na situace, které jsme vybraly, neboť nevíme do jaké míry se můžeme spolehnout na jejich generalizaci, tedy míru zobecňování.

Je nutné zmínit, že pomůcku musíme užívat vždy vzhledem k individuálním zvláštnostem a potřebám klientů.

Při práci s pomůckou musíme brát v úvahu fakt vyplývající z pozorování, že ve stejné situaci může každá z klientek prožívat jinou emoci. Je nutné upozornit na riziko, které toto mechanické učení může způsobit. Klient ukáže emoci pouze na základě toho, jak se je naučil, i když ve skutečnosti to tak není a pak je jen na pozorovací schopnosti pracovníka, jak si s tímto problémem poradí. Uvedu příklad, kdy je možné, že se něco nepříjemného stane o narozeninovou oslavu, která je však jako modelová situace přiřazována k radosti, protože ji za normálních okolností vnímají jako radostnou událost. Klient následně ukáže fotografii s emoci radosti a to i přes nepříjemnost situace, neboť si bude myslet, že adekvátně dává najevo, co se děje.

Proměnlivost emocí ve stejných situacích je dalším úskalím, které mohou vyřešit jen zaměstnanci na základě pozorování a znalostí klientů. V takovém případě je dobré aktuálně rejstřík fotografií doplnit, případně zredukovat o fotografie, které se v danou chvíli stávají nadbytečnými.

5.2 Vlastní proces výroby na základě návštěv v zařízení

Pro potřeby této práce a především pro potřeby klientek, pro které je tato pomůcka určena, jsme vybraly 5 základních emocí, konkrétně **radost, smutek, strach, hněv a překvapení**, se kterými jsme dále pracovaly. Právě tyto emoce se zdály ve vztahu k budoucím uživatelům nejjasnější, nejvýstižnější a nejvyužitelnější v jejich každodenním životě. Daná skupina emocí původně obsahovala i znechucení a očekávání, ovšem jejich redukce vznikla na základě faktu, že mentální postižení těchto klientů sice nemusí poukazovat přímo na odlišné prožívání emocí,

avšak relativně často jim znemožňuje rozlišit právě jejich jemné rozdíly, kdy např., mají-li si uklidit pokoj, jsou znechuceni nebo pociťují vztek?! Pro potřeby tohoto alternativního komunikačního systému tato jemná diferenciací není zcela podstatná, navíc hněv působí mnohem realističtěji, narozdíl od abstraktního očekávání, a proto jsme je z rejstříku vyřadily. Není pochyb o tom, že každá emoce navíc znesnadňuje klientům jejich výběr, avšak v případě potřeby není obtížné ji do zásobníku přidat.

Jak již bylo zmíněno, chápání a samotné vyjadřování emocí je u jedinců s mentálním postižením, tedy i u osob s DS, kde je tato problematika ještě vystupňovanější, značně specifické (viz. kapitola o mentální retardaci) a na jehož základě jsme tuto pomůcku postavily.

Autorčina první oficiální návštěva se v zařízení Vincentinum uskutečnila dne 25.3.2010. Klientky, se kterými autorka práce až do dnešní doby pracovala a na základě jejich spolupráce pomůcku vytvořila, jí doporučila již zmíněná Mgr. Radka Nováková, která vedla celou praktickou část této diplomové práce a velice autorce pomohla.

Na další schůzce se již autorka této práce osobně seznámila se třemi vybranými klientkami s diagnózou Downův syndrom, které z důvodu ochrany osobních údajů bude nazývat pouze písmeny A, B, C.

Žena A působila hned na samém počátku značně sebejistě a komunikativně. Po představení a na základě otázky ohledně oslovení vyřkla přání, aby ji autorka práce říkala slečno + příjmení. Vedly jsme rozhovor o jejích zájmech, na jakém domově bydlí a s kým, kdo je její kamarádka, co má a nemá ráda k jídlu, kolik je jí let atd. Komunikační schopnost ženy působila na první dojem téměř bezproblémově, neboť její expresivní stránka řeči byla velice přesvědčivá. Tento mylný dojem opadl téměř v zápětí, konkrétně po důkladnějším ověřování percepce, kdy klientka často mluvila zcela bez porozumění obsahu. Vzhledem k faktu, že nerozuměla daným otázkám, tím pádem neodpovídala správně a nereagovala adekvátně a snažila se vše maskovat její výraznou předností, kterou je již zmíněný plynulý, sebejistý řečový projev, který byl relativně často mimo kontext.

Žena B byla přesným opakem předchozí klientky. Od prvního vzájemného setkání byla velice stydlivá, klopila oči a chtěla pracovat pouze se svou logopedkou, na kterou je zvyklá a má k ní velice pozitivní, vřelý vztah. Její aktivní slovní zásoba je cca 8 – 10 slov, jinak ke komunikaci využívá piktogramy. Pokud by autorka práce měla srovnat inteligenční úroveň těchto dvou žen, alespoň na základě prvního dojmu,

vzhledem ke komunikační schopnosti a jejich celkovému zezření působí žena B jako člověk s nižší inteligencí, leč tomu tak není. Klientce byly kladeny otázky, na které odpovídala pomocí piktogramů, např. jaké má koníčky, co má ráda, kde bydlí, jezdí-li na víkendy domů, co měla k snídani atd.. Dohodly jsme se na tykání a oslovení křestním jménem.

Žena C na první setkání doslova příběhla a autorku práce, se kterou se v té době setkala poprvé, v zápětí políbila, objala a nechtěla ji dlouhou dobu pustit. Následně pak neustále vyhledávala tělesný kontakt. Její aktivní slovní zásoba je cca 5 slov, jinak komunikuje též pomocí piktogramů. Pokud bychom měly srovnat úroveň chápání obsahu hovoru, otázek a souvislostí těchto tří žen, je klientka C na nejnižší úrovni. Na druhou stranu je nutné podotknout, že její pozornost rozptylovala neustálá snaha o dožadování se kontaktu a také o pořádek, neboť měla tendence kolem sebe neustále uklízet. Souhlasila s tykáním a oslovováním křestním jménem.

Hned na dalším setkání se autorka práce snažila navázat na tematiku emocí, zjistit z čeho mají radost a co je činí naopak smutnými. Na ostatní emoce a k nim adekvátní situace se dotazovala až později, ale zmíní je zde najednou. Autorka této práce musela ke každé z klientek, vzhledem k jejich úrovni komunikační schopnosti a rysům osobnosti, přistupovat zcela individuálně a stejně tak i klást otázky. Některé odpovědi, tedy situace vztahující se k emocím, se shodovaly u všech klientek, především na základě jejich obecnosti, jiné byly značně odlišné. Většinu odpovědí ovšem autorka neobdržela od klientek samotných, nýbrž na základě rozhovoru s pracovníky v příslušném zařízení.

U radosti byly shodné tyto situace: výlet, narozeniny, oslava, jídlo, nákupy, vánoce, slunce. **U smutku** a také **strachu** byly shodné tyto situace: někdo na mě křičí, někdo mě bije, někdo se mi posmívá. Samotný **smutek** při dešti, nemoci a **strach** z lékaře, bouřky. **Překvapení** z nečekané návštěvy, z výhry (použita fotografie konkrétní klientky, ovšem z veřejné události, tak že může být zveřejněna), nečekaného oznámení výletu. **Vztek**, když mi někdo něco zničí nebo bere (použity fotografie s klientkami, které z důvodu ochrany osobních údajů nejsou momentálně v pomůcce umístěny), mám nějakou povinnost, něco se mi nedaří. **U ženy A odlišné situace:** radost ze hry stolního tenisu (použita fotografie s konkrétní klientkou, která však může být zveřejněna, neboť je focena na veřejné akci), strach ze psů. **U ženy B odlišné situace:** radost když lenoší a když je nemocná (protože může ležet v posteli), smutek z bolesti zubu. **U ženy C** byly všechny situace přiřazeny právě na základě rozhovorů

se zaměstnanci a proto jsou spíše obecné, shodné s ostatními a žádné specifické situace u ní uvedeny nejsou.

Na samém počátku byly klientkám ukázány obrázky a fotografie znázorňující radost, smutek a klientky měly za úkol emoce rozpoznat, identifikovat. Tyto dvě emoce autorka práce učila klientky najednou zcela záměrně právě pro jejich kontrastnost, která jejich pochopení značně usnadnila. U každé tento proces probíhal jinak, na základě jejich možností a schopností.

U první klientky, jejíž řeč je na dobré úrovni, se autorka dotazovala zcela standardně, tedy verbálně: „Kdo je na obrázku (žena či muž) a co tam dělá? Jak se tváří? Jak vypadá?“. Zvolit správnou formulaci byl zpočátku problém a proto autorka zkoušela různé formulace dle jejich odezvy. Žena A zpočátku váhala, nejspíš nevěděla, jak má výrazy na obrázcích a fotografiích pojmenovat. Ve snaze o usnadnění identifikace se autorka této práce rozhodla názorně pomoci, konkrétně tak, že se na klientku usmála a chtěla po ní aby určila, s jakým obrázkem se nyní ztotožňuje a co dělá. Autorky výraz přiřadila správně k radosti a určila, že se obě smějí. To samé bylo aplikováno i se smutkem, jehož název musel být napovězen. V opakovaném určování si už byla jistější.

Na samém počátku měla autorka práce připravené obrázky dívek, které měly vrásky a stíny dle dané emoce, ale pro klientky tyto obrázky nebyly dobře identifikovatelné, tak že se řídily spíše fotografiemi, kde byl smích a smutek relativně jasný a obrázky ztratily svou funkci předstupně fotografií. Z těchto důvodů autorka došla k názoru, vyvodila závěr, že vytvoří tzv. „smajlíky“ s jednoduchými liniemi a snadno rozpoznatelnými znaky, které byly pro ženy opravdu jasnější, jak se následně potvrdilo.

Druhé klientky, tedy ženy B s dobrým chápáním, ale horším verbálním vyjadřováním se autorka práce dotazovala poněkud jiným způsobem. Používala již konkrétní názvy emocí, tedy: “Ukaž, kde je dívka smutná? Kde má naopak radost?” atd.. Význam slova radost klientka příliš nechápala, a proto musely být zvoleny termíny typu veselá, směje se. Většinou fungovala vylučovací metoda, tedy když žena B určila, že na jednom obrázku se dívka směje, tak na druhém? Prvně ženy měly identifikovat vždy jen dva obrázky, každý s jinou emoci, následovně již měly vybrat ze čtyř, tedy ze dvou obrázků a dvou fotek a vždy dát dvě stejné emoce na sebe, což jsme opakovaly vícekrát, aby došlo k rychlejšímu procesu zapamatování. Aby se klientky nenudily, snažila se autorka stejné úkoly obměňovat. Obrázky i fotky rozprostřela po místnosti, např. jednu na stůl, další na skříň, na zem a třeba na parapet a klientky je měly najít a opět setřídít

dle výrazu. Činnost byla interaktivní, pro klientky rozhodně atraktivnější a tím pádem i lépe zapamatovatelná.

Se třetí klientkou práce probíhala zcela odlišně, neboť žena C na autorčiny pokyny zprvu vůbec nereagovala, nevnímala je. Autorka tedy byla nucena zvolit zcela odlišnou taktiku, kdy klientce nejprve říkala, co na daném obrázku či fotografii dívka dělá, tedy např., že je na něm veselá, směje se a klientka spontánně opakovala: „...směje se...“ a ukazovala na příslušný obrázek i fotografii. To samé autorka udělala s druhou emocií a potom se začala opět dotazovat: „Ukaž, kde se dívka směje? Kde je smutná?“. Když nenastala žádná odezva, opět jí emoce představila, ukázala i na sobě a znovu se dotazovala. Následně došlo i na přiřazování, tedy aby přiřadila (dala na sebe) fotografie, kterou jsou stejné, konkrétně veselý obrázek k veselému a smutný ke smutnému.

Na dalších návštěvách s klientkami autorka neustále trénovala rozpoznávání těchto dvou základních emocí a až po jejich dobrém zafixování přistoupila k postupnému přiřazování situací. Rozpoznávání emocí probíhalo i jiným dynamickým způsobem, kdy si autorka pořídila pět až deset fotografií různé velikosti i barvy od každé emoce, které rozmístila po zemi a chtěla po klientkách, aby je roztřídily do dvou skupin, které představoval veselý a smutný „smajlík“, dále pak „smajlík“ strachu, hněvu a překvapení. Na počátku autorka začínala pouze s dvojicí emocí po pěti fotografiích a teprve když si byla klientka jistější, přidávala další emoce i větší počet fotografií, vždy na základě individuálních schopností a možností klientky. Rozřazování bylo pro klientky velice atraktivní a autorka se domnívá, že právě tímto způsobem se nejvíce naučily, neboť konkrétně dynamika byla stěžejním prvkem, na kterém chtěla tuto pomůcku postavit. Je nutné podotknout, že ani fotografie stejných emocí neměly vždy totožný výraz, čímž chtěla autorka naznačit jejich autenticitu. Je běžné, že každý se jinak směje, vzteká atd., a proto autorka tyto jemné rozdíly při nácviku alespoň lehce nastínila a díky tomu měla možnost zjistit, který výraz je pro danou klientku nejlépe rozpoznatelný a ten jí také následně zařadila do zásobníku základních emocí i jejího slovníčku.

S přiřazováním situací k základním emocím došlo až po fázi správného identifikování emoce, což vedlo k faktu, že některá z klientek již přiřazovala situace k radosti a smutku, zároveň se začínala učit rozpoznávat další základní emoci, tedy emoci strachu a jiná naopak byl stále u rozpoznávání rozdílu mezi radostí a smutkem. Vzhledem k tomuto faktu, tedy individuální rychlosti učení a postupování

kupředu, bylo nutné již po měsíčním setkávání opustit od občasné společné práce se všemi třemi klientkami najednou. Tímto způsobem autorka práce chtěla získat informace o tom, do jaké míry jsou klientky schopny spolupracovat, vyprovokovat se vzájemně k vyšším výkonům a zjistit, respektive srovnat si sama pro sebe jejich úroveň.

Situace, které autorka při práci s klientkami používala, byly zpočátku zastoupeny obrázky z knížek, internetu, případně kliparty, které imitovaly určitou situaci. Na těchto obrázcích si autorka měla možnost vyzkoušet barevnost, velikost, obecně jaký styl znázornění klientům nejvíce vyhovuje a na jejich základě následně vyhotovila fotografie. Prvním krokem byla samotná identifikace situace, její pojmenování a následně přiřazení k dané emoci. Na počátku samotného přiřazování byl ponechán prostor snaze a vlastní iniciativě klientek, kdy si měly vybrat pouze obrázky, které je zajímaly a dle jejich názoru je přiřadit k určité emoci, se kterou podle nich souvisí. Atraktivnost situací byla u klientek značně podobná, neboť vybraly téměř všechny situace, které lze pojit s radostí, jako např. vánoční stromek, jídlo, dárky, narozeninová oslava atd.. U jedné klientky nastala situace, kdy vybrala také nemoc a přiřadila ji k radosti, ovšem po nějakém čase se ukázalo, že situaci vnímá tak, že pokud je nemocná, může lenořit a tedy má radost. Proto bylo dále nutné rozlišit situaci, na které je patrná bolest zubu, neboť ta ji lenošení nepřipomínala, naopak jí považovala za smutnou a tím pádem byla schopna takovou fotografii ke smutku přiřadit. Dále klientky vybíraly z určitého množství obrázků simulujících situace jen ty, které příslušely pracovníkem zvolené emoci, v tomto případě autorkou práce. Celý tento proces probíhal opět zcela individuálním tempem, tedy od klientky ke klientce a vždy od nejjednoduššího, tedy situace k radosti a smutku, přes strach, hněv až po překvapení, ke kterému jsme se však ještě ani s jednou z klientek nedostaly.

Na základě tohoto dlouhodobého procesu autorka postupně vytvářela danou pomůcku a následně ji mohla nejprve po částech a poté v kompletní podobě, aplikovat v praxi.

Nadstavbou, respektive již samotným prostředkem alternativní komunikace, je zmiňovaný slovník. Slovníček lze přiblížit např. ke slovníčkům s piktogramy, které bývají jedincům v takovýchto zařízeních často tvořeny na míru, aby mohly alespoň nějakým způsobem vyjádřit své potřeby, přání atd.. V tomto případě bude slovníček fungovat tak, že pokud se stane nějaká nepříjemná situace, kterou žádná kompetentní osoba nevidí, např. jedinci bylo ublíženo, ovšem on to není schopen

verbálně vyjádřit a jeho emoční reakce často nebývají adekvátní dané situaci, může se např. panicky smát, ukáže na příslušnou emoci a personál již bude vědět, že se něco děje a na základě toho bude zjišťovat příslušnou situaci či okolnosti. Při tomto zjišťování má pracovník dvě možnosti, kdy první z nich je, že využije modelových situací, ve kterých se může nacházet i ta, která nastala a klientka ji po dlouhodobém nácviku již bezpečně vyhledá a následně může být problém řešen. Druhou možností je, že daná situace v těchto modelových nastíněna nebude a poté vše závisí pouze na schopnostech pracovníka, který by měl na základě pozorování, rozhovorů a ukázané emoce danou situaci dohledat a případně ji do zásobníku doplnit. Shrňme-li danou skutečnost, celý tento proces je závislý na předchozí nácvikové fázi, stejně jako na snaživosti a obecně vůbec na zájmu a snaze zaměstnanců daný problém vyhledat, zajímat se a dále postupovat.

Je nutné zmínit fakt, že do slovníčku řadíme pouze izolované emoce, a to právě z důvodu široké škály možných situací, které nemůžeme vždy předvídat. Proto modelové situace používáme pouze k nácviku, do slovníčku je již neřadíme a následně postupujeme dle předchozích zmíněných možností.

5.3 Metodický postup při práci s pomůckou

Podkapitola vztahující se k metodice práce s touto pomůckou je jednou z klíčových částí. Lze říci, že funguje jako návod, po jehož přečtení by ji měla být schopna použít i nezainteresovaná osoba, např. rodič. Vzhledem k mnoha způsobům jejího využití autorka popisuje pouze základní postup při počátečním seznamování se s novou emoci a některé varianty při další práci, neboť ostatní způsoby často vyplynou až v průběhu bezprostřední práce s klientem. Hlavní postup autorka práce rozdělila do pěti základních kroků a uvedla pět variant, již zmíněných možných obměn při práci, které představují vlastní proces učení.

A) Základní metodický postup při seznamování se s novou emoci

První krok

Závěsnou roletu vyjmeme z obalu a zavěsíme jí pomocí přiložených háčků např. přes hranu dveří, tabule atd.. Vše záleží na vybavenosti, přesněji celkových možnostech místnosti, ve které je používána.

Druhý krok

Doprostřed tabule umístíme základní emoci. Je nutné připomenout, že vždy postupujeme od té nejjednodušší k nejsložitější.

Třetí krok

Kolem základní emoce rozmístíme fotografie situací vztahující se k ní. Je nutné brát v potaz, že situace patřící k příslušné emoci nemusí být vždy u všech klientů totožné.

Čtvrtý krok

Představíme klientovi základní emoci. Ptáme se jej, kdo je na fotografii, co dělá, jak se tváří. Pokud klient nereaguje adekvátně či vůbec, dotazujeme se konkrétně, v podstatě ji samy pojmenujeme, např. „Myslíš si, že má radost, směje se?“. V dané otázce zmíníme emoci vyobrazenou na fotografii, neboť prozatím klienta s emoci teprve seznamujeme.

Pátý krok

Na počátku se snažíme klienty přimět k samostatné identifikaci a pojmenování nejen situací, ale i jednotlivých prvků v nich. Pokud to není možné, učiníme tak buď společně na základě nápověd, nebo zcela samy. V tomto případě by se měl klient snažit po pracovníkovi alespoň opakovat.

B) Metodické postupy používané při samotném procesu učení

První možnost

Na závěsnou roletu umístíme základní emoci a po klientovi chceme, aby k ní přiřadil, přesněji pomocí suchých zipů přilepil dané situace. Je nutné zdůraznit, že zde hovoříme pouze o situacích, ve kterých tuto emoci konkrétní klient prožívá. Situace vybírá přímo z kartotéky, ovšem je na nás, jestli v ní necháme různá vyobrazení stejných situací nebo i odlišné situace ostatních klientů. Je však podstatné, že na samém počátku by měly být všechny situace pouze od jedné emoce a postupně můžeme přidávat, tedy zkombinovat situace ze dvou, tří, čtyř či dokonce všech emoci. Začínáme s malým počtem fotografií vztahujících se pouze k jedné emoci, přidáváme větší počet a pak teprve kombinujeme dvě a více emoci. Postupujeme od jednoduchého ke složitějšímu.

Druhá možnost

Na závěsnou tabuli rozmístíme fotografie situací, které jsou typické pro danou emoci a vztahují se ke konkrétnímu klientovi. Jedinec má za úkol vybrat ze zásobníku emoci, kterou v daných situacích pociťuje a umístit ji na roletu.

Třetí možnost

Na roletu umístíme základní emoci i situace, které se však budou vztahovat nejen k umístěné emoci, ale minimálně ke dvěma či více emocím, čímž opět zvyšujeme obtížnost úkolu. Klient má nevhodné situace identifikovat, z rolety odlepit a nechat tam jen ty situace, které se k dané emoci hodí. Nadstavbou je, že po odstranění neadekvátních situací má za úkol z kartotéky vybrat ty, které se hodí a na roletu je připevnit.

Čtvrtá možnost

Na roletu umístíme dvě základní emoce. Využijeme prostředního zipu, který si pomyslně rozdělíme na dvě poloviny. Na každou z nich přilepíme fotku nějaké emoce a kolem nich rozmístíme situace. Začínáme se situacemi, které se k umístěným emocím vztahují a klient má za úkol říci či ukázat, které patří k jedné a které ke druhé emoci. Další možností je v podstatě to samé s rozdílem, že klient na situace neukazuje, nýbrž na polovinu jedné emoce přemístí všechny adekvátní situace a to samé udělá i s druhou polovinou. Pokud už si je klient jistější, můžeme na roletu umístit i situace vztahující se k jiným emocím, než-li jen k těm umístěným. Klient musí rozpoznat hodící se situace a dle toho, k jaké emoci se vztahují, je také umístit. Situace patřící zcela k jiné emoci musí po identifikování z rolety úplně odstranit a navrátit do kartotéky.

Pátá možnost

Závěsnou roletu ponecháme zcela prázdnou a klientovi poskytneme možnost výběru základní emoce i situací, jejichž jedinou podmínkou je fakt, že musí být k dané emoci adekvátní.

5.4 Anamnestická data

Svou pomůcku, tedy prostředek alternativní komunikace pro vyjadřování emocí u osob s Downovým syndromem, autorka vytvořila na základě návštěv a práce se třemi

klientkami s tímto postižením. Klientky jsou všechny zhruba ve věku kolem třiceti let, přesněji v rozmezí 28-36 let a jsou umístěny ve městě Šternberk, konkrétně v příspěvkové organizaci Vincentinum.

V této podkapitole bylo původním záměrem autorky uvést podrobné kazuistiky klientek, se kterými pracovala a pro jejichž potřeby pomůcku primárně vytvořila. Z důvodu nedostatku potřebných údajů, což bývá u zhruba třicetiletých a starších jedinců umístěných v ústavní péči celkem běžné, autorka celou situaci přehodnotila a uvedla zde alespoň základní přehled získaných informací o každé z klientek.

Žena A (36 let)

Narodila se jako dítě ze třetí gravidity s předčasným porodem ve 34.týdnu, který proběhl bez komplikací. Vážila 2450g a měřila 46cm. Do 18ti měsíců byla v domácím ošetřování, následně pak umístěna v dětském domově s diagnózou, dle dřívější terminologie, perinatální Encephalopatie s těžkou psychomotorickou retardací.

V **1,6 letech** je patrné, že holčička sedí zhruba od jednoho roku, po jednom roce stojí a s oporou udělá 1-2 kroky. Dentice obsahuje dva dolní řezáky a dvě stoličky. V jídle si nevybírá, umí udělat „paci paci“ a ukázat, jak je veliká. Řečový vývoj je značně opožděn, první slova se prozatím neobjevují. V tomto období byla stanovena diagnóza Downův syndrom, lehká mentální retardace.

Ve **4 letech** je schopna samostatné chůze, sama se napije a nají ze lžice, pomáhá při oblékání a částečně udržuje čistotu.

Psychologické vyšetření v **9ti letech** poukazuje na ztíženou možnost vyšetřování a navázání kontaktu vzhledem k její špatné komunikační schopnosti. Používá pouze několik slov, větu však neutvoří. Pokud vůbec projeví zájem o komunikace, vyjádří se gesty. Vzhledem ke své diagnóze má typicky hrubý hlas, nic nezazpívá a ani neintonuje. Aktivně se snaží vyhovět všem výzvám, které je schopna vyplnit a napodobuje prováděnou činnost. Přání a zájem o hračky sama neprojevuje. Je velmi lehce unavitelná. Barvy nezná, nepřihadí, kroužky podle velikosti také neseřadí, nevystihne rozdíl malý a velký. Většinu zvířat v obrázkové knížce nepojmenuje, ale má je v pasivní slovní zásobě, protože na pokyn zvířátko ukáže. Grafické projevy jsou slabé, dokáže sama nakreslit jen kolečka, tužku bere do pravé ruky, nedoplní chybějící části předkresleného neúplného panáka. Co se týče jemné motoriky, dokáže

zasunout tvary do prkénka a postaví věž z kostek, čímž celé snažení končí. Je samostatná v pohybech, oblékání, obouvání i stolování, udržuje tělesnou čistotu. Dle tohoto vyšetření je celkový mentální stav holčičky na úrovni 2,5 let.

Záznamy z preventivní lékařské prohlídky ve **13ti letech** poukazují kromě zdravotního stavu také na řeč, která je lehce patlavá, ovšem srozumitelná, navíc na úrovni jednoduchých vět. Je viditelné spontánnější chování, zájem o hračky a větší chuť ke komunikaci.

Dle slov zaměstnanců stávajícího bydliště je klientka citlivá a hodná žena, které záleží na dobrých výsledcích ve sportu, tanci a aranžerské dílně. Je velice soutěživá, ráda plave, běhá, hraje stolní tenis a tancuje. Po praktické stránce jsou její výkony slabší, potřebuje podporu pracovníka v běžných denních činnostech. Ráda a dobře vyšívá a opisuje texty. Účastní se většiny akcí v domově, někdy na úkor zhoršení praktických dovedností.

Žena B (32 let)

Narodila se jako druhé dítě z páté gravidity. Byla donošena, vážila 3500g a měřila 51cm. Hned po narození byla zjištěna Trizomie 21 chromozomu, diagnóza Downův syndrom.

Ve **2 letech** sama sedí, ve **2,5 letech** sama chodí a jí, žvatlá a motoricky se vyvíjí relativně uspokojivě, což je také podpořeno stanoveným rehabilitačním plánem.

Ve **3 letech** stále neudrží osobní čistotu, řeč je hodně omezená, navíc značně nesrozumitelná, rozumí ji jen matka.

Ve **4 letech** si sama aktivně hraje s hračkami, sama chodí do schodů a prvně začíná „čmárat“ tužkou po papíře. Špatně navazuje kontakt s cizí osobou a nesrozumitelnost jejího mluvního projevu stále přetrvává.

V **6ti letech** rodiče žádají o přidělení dítěte (dle dřívější terminologie) do ústavu sociální péče, kde v rodinné buňce bydlí dodnes. Hned po zařazení do zařízení se aktivně zapojovala do domácích prací, účastnila různých aktivit.

Dle informací z psychologického vyšetření z **6ti let** má dívka uspokojivý sluch, její schopnost percepce je na úrovni jednoduchých otázek a výzev, které plní na základě svých schopností, ale i nálady a únavy. Schopnost nápodoby je velice slabá, hra je pouze mechanická. Barvy ani tvary neidentifikuje, nepřihadí. Kresba stále na úrovni

„čmáranice“. Na panence ukáže správně jen hlavní části těla, dále se neorientuje, nemá je ani v pasivní slovní zásobě.

V **16ti letech** absolvovala speciálně pedagogické vyšetření, na jehož základě byl zrušen návrh na zbavení povinného vzdělávání a naopak doporučeno zařazení do speciální školy. Výsledky vyšetření poukazují na to, že dívka je velice klidná a celkově pomalá. Expresí její řeči je velmi omezená, bez zjevné snahy. Oči má upřené dolů, příliš se neprojeví, ale na pochvalu reaguje pozitivně. Tužku drží levou rukou, která je uvolněná a vypsaná. Přítlak na tužku je přiměřený a linie rovnoměrná. Je schopna nakreslit dům, dokáže napodobit vizuometrickou řadu až po tvar trojúhelníku, ovšem na psaní písmen ještě není připravena. Poznává a pojmenuje základní barvy, zná pojmy velký a malý; vysoký a nízký, dokáže je rozlišit. Dovednost počítat nebyla ověřena, protože dívka nebyla ochotna.

V **19ti letech** chodí již do 3. třídy speciální školy, kde teprve dochází k pomalému nástupu rozvoje řeči. Dorozumívá se především pomocí izolovaných slov a zřídka vět, které jsou maximálně tříslóvé. Vzhledem k pravidelným návštěvám rodiny umí vykonávat většinu domácích prací a relativně bez problémů zvládá sebeobslužné činnosti. Je schopna manipulovat s čísly do deseti. Obtížné seznamování s novými lidmi u ní stále přetrvává a její náladovost je ještě výraznější. Ke kresbě je schopna přidat několik izolovaných písmen, které však slovo nevytvoří.

Závěrečné vysvědčení z desátého ročníku speciální školy:

Čtení, psaní, počty – pouze s trvalou pomocí.

Věcné učení – učivo částečně zvládá.

Tělesná výchova – snaží se.

Pracovní a výtvarná výchova – při práci potřebuje vedení.

Hudební výchova – ráda zpívá a poslouchá hudbu.

Z dnešního pohledu, konkrétně dle slov zaměstnanců stávajícího bydliště, je klientka veselé povahy, ráda odpočívá a jezdí na krátké jednodenní výlety, neboť dlouhé procházky a výlety ji vzhledem k její nadváze velice zmáhají. Chodí na rehabilitační bazén, kde se velice snaží. Zvládne téměř každou činnost, ráda vypomůže v přípravě čaje a kávy. Stále se zdokonaluje a rozvíjí v komunikačních dovednostech. Na domově ochotně pomáhá při třídění prádla. Baví ji promítání filmů a divadlo. K tatínkovi jezdí každý druhý víkend, kde má i svého kamaráda. Domů se vždy těší.

Žena C (28 let)

Narodila se jako dítě z první gravidity. Porod proběhl bez komplikací, holčička donošena s porodní váhou 2550g a výškou 48cm.

Hned po narození, kdy byla stanovena diagnóza Downův syndrom, ji rodiče opustili a byla přeložena do kojeneckého ústavu, ve kterém pobývala do **2 let věku**. Další dva roky žila v dětském domově s následným přesunem do stávajícího zařízení.

Dle neurologického a psychiatrického vyšetření uskutečněného ve **3 letech** je holčička, vzhledem k diagnóze, značně hypotonická s psychomotorickou retardací. Chodí samostatně, ovšem nejistě a o široké bázi. Řeč je nesrozumitelná a bez komunikačního charakteru, s porozuměním na úrovni jednoduchých pokynů. Objevuje se častá dekoncentrace pozornosti, která se projevuje odbíháním od jedné činnosti ke druhé. V sebeobsluze je zcela nesamostatná, navíc stále balena. Ve třech letech je zhruba na úrovni ročního dítěte.

V rozmezí **5ti až 6ti let** prošla holčička obdobím nezvladatelné agrese, která musela být tlumena síťovou postelí a to až do doby, než se stav zcela upravil.

Dle psychiatrického vyšetření v **10ti letech** je kresba na úrovni „čmáranic“, kdy dívka má zájem o spolupráci, která je občas komplikována jejím chováním, ve kterém jsou přítomny prvky negativismu, ovšem výchovně zvladatelného. Při kontrolním vyšetření ve **13ti letech** nebyly viditelné žádné další změny, tedy ž na přítomnost stagnace řečového projevu.

V **15ti letech** bylo provedeno systematické vyšetření, na jehož základě byl diagnostikován opožděný vývoj řeči se snahou o komunikaci. Kresba zůstává na úrovni čmáranic a dále se nerozvíjí. Sebeobsluhu zvládá pouze pod dohledem, ale najíst se dokáže samostatně. Systematické vyšetření v **17ti letech** poukazuje na celkové zlepšení jejího vývoje, především v důsledku navštěvování speciální školy.

Při přešetření v **19ti letech** byla stále viditelná přítomnost občasné agresivity a impulsivity, ovšem bez výraznějšího disociálního chování. Dívka neadekvátně odpovídala na své jméno a to tím, že stereotypně opakovala jméno jiné, konkrétně Hana.

Dle slov zaměstnanců klientky stávajícího bydliště je klientka považována za velice snaživou, pečlivou a přesnou. Z nabídnutých činností ji nejvíce baví kreslení, práce

se stavebnicí a puzzle. Dále také ráda plave a jezdí na výlety. Má kolem sebe ráda čistotu a dokonalost uklizeného prostředí. Od ledna začala navštěvovat keramickou dílnu, ve které se značně realizuje.

ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo vytvořit obrazový materiál, který by sloužil jako alternativní komunikační prostředek k vyjadřování emocí.

V teoretické části jsme se zaměřili nejprve zcela obecně, tedy na mentální retardaci, kterou lze chápat jako zastřešující problematiku úzce vázanou na Downův syndrom. Na základě tohoto faktu jsme ji stručně charakterizovali, uvedli její základní klasifikaci a neopomněli ani specifické zvláštnosti osob s mentální retardací. Dále jsme vymezili již samotnou problematiku jedinců s vrozenou chromozomální aberací 21. chromozomu, tedy s Downovým syndromem, konkrétně její základní terminologii, stručný nástin historie, specifika vývoje těchto jedinců a také jejich anatomické a fyziognomické zvláštnosti. Po specifikaci osob, ke kterým se tato práce vztahuje, jsme se zaměřili na vymezení, klasifikaci a stručnou charakteristiku systémů alternativní a augmentativní komunikace, na jejich cíle a uživatele, kterým mohou být nápomocny. V neposlední řadě jsme zmínili problematiku emocí, která je v souvislosti s jedinci s Downovým syndromem základem pro pochopení záměru samotné praktické části. Konkrétně jsme se snažili objasnit jejich poměrně složitou a nejednotnou terminologii, možné teorie vzniku, možnosti klasifikace a také jejich funkce.

V praktické části již byla charakterizována vlastní pomůcka, stručný popis jednotlivých částí, ze kterých je složena a především její cíl. Dále byl uveden vlastní proces výroby, který probíhal na základě návštěv tří klientek s Downovým syndromem umístěných v zařízení Vincentinum. Jejich anamnestická data jsme zde také zmínili. Jako jeden z posledních jsme uvedli metodický postup práce s pomůckou i s jeho různými variantami. Zmiňovaná metodika práce je považována za jednu z nejdůležitějších částí praktické části.

Došli jsme k závěru, že pomůcka, která byla vytvořena a během pracovního procesu i na jeho samotném konci v praxi vyzkoušena, je účelným prostředkem alternativní komunikace, který by mohl mít svou budoucnost i ve vztahu k dalším jedincům s Downovým syndromem umístěných v ústavní péči, možná i v domácím prostředí.

Použitá literatu a zdroje:

- CSÉFALVAY, Z. Diagnostika dysartrie. In LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.
- CZAKO, M., SEEMANOVÁ, M., BRATSKÁ, M. *Kapitoly zo všeobecnej psychológie*. Bratislava : Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1982. SPN 67-285-82.
- ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie*. Praha : Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1565-3.
- DAMASIO, A. *Descartesův omyl – emoce, rozum a lidský mozek*. Praha : Mladá fronta, 2000. ISBN 80-204-0844-4.
- DAMASIO, A. *Hledání Spinozy – radost, strach a citový mozek*. Praha : Dubbuj, 2004. ISBN 80-903001-9-7.
- DVOŘÁK, J. *Logopedický slovní – terminologický a výkladový*. 3. vyd. Žďár nad Sázavou : Logopedické centrum, 2007. ISBN 978-80-902536-6-7.
- JEDILIČKA, I. Narušená komunikační schopnost v důsledku poruch hlasu. In ŠKODOVÁ, E., JEDILIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. 2. vyd. Praha : Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-340-6.
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1110-9.
- KOUKOLÍK, F. *Mozek a jeho duše*, 3. vyd. Praha : Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-314-3.
- KUBOVÁ, L. *Alternativní komunikace, cesta ke vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí*. Praha : Tech – Market, 1996. ISBN 80-902134-1-3.
- KUČERA, J. *Downův syndrom - model a problém*. Praha : Tiskařské závody. 1981. 08-08481.
- KYSUČAN, J. *Úvod do psychopedie*. Olomouc : VUP, 1982.
- LAUDOVÁ, L. Augmentativní a alternativní komunikace. In ŠKODOVÁ, E., JEDILIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. 2. vyd. Praha : Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-340-6.
- LECHTA, V. Děti s mentální retardací. In LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha : Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-433-5.
- LECHTA, V. *Koktavost – komplexní přístup*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-867-8.

- LECHTA V. Narušená komunikační schopnost. In LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.
- GÚTHOVÁ, M., ŠEBIÁNOVÁ, D. Terapie dyslalie. In LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5.
- MACHAČ, M., MACHAČOVÁ, H., HOSKOVEC, J. *Emoce a výkonnost*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, n.p., 1985. SPN 46-00-29/2 (14-498-88).
- NAKONEČNÝ, M. *Emoce a Motivace*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, n.p., 1973.
- NAKONEČNÝ, M. *Lidské emoce*. Praha : Academia, 2000. ISBN 80-200-0763-6.
- PEUSCHEL, S. *Downův syndrom pro lepší budoucnost*. Praha : Tech-Market, 1997. ISBN 80-86114-15-5.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedické minimum*. 2. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1233-0.
- PREDMERSKÝ, V., DOU TLÍK, V., KALIBÁN, V., POPELÁŘ, B. *Psychopedie*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, n.p., 1964. ST-113-4677/63.
- PROCHÁZKA, Ž. *Vývoj čtení a řeči u dětí s Downovým syndromem*. Praha : Sdružení pro pomoc mentálně postiženým, 1993.
- KREJČÍROVÁ, O. Speciální pedagogika mentálně retardovaných. In RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. 3. vydání. Olomouc : VUP, 2006. ISBN 80-244-1475-9.
- SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom*. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7178-973-9.
- SOVÁK, M. *Logopedie předškolního věku*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, n.p., 1989.
- SOVÁK, M. *Logopedie*. 2. vyd. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, n.p., 1985.
- STUHLÍKOVÁ, I. *Základy psychologie emocí*. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-553-9.
- ŠIMEK, J. *Lidské pudy a emoce – jak jim porozumět a jik s nimi žít*. Jihlava : Lidové noviny, 1995. ISBN 80-7106-121-2.
- ŠKODOVÁ, E. Symptomatické poruchy řeči. In ŠKODOVÁ, E., JEDILIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. 2. vyd. Praha : Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-340-6.
- ŠVANCARA, J. *Emoce, city a motivace*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1979. 17-108-79.
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha : Portál, 2006. ISBN 80-7376-060-7.

Úzis ČR, Analýza: *Mezinárodní klasifikace nemocí a její aktualizace*. [online]. [cit. 15.3.2011]. Dostupné na internetu http://www.uzis.cz/cz/mkn/MKN-10_aktualizace.pdf.

VALENTA, M. Terminologie v psychopedii. In VALENTA, M., MÜLLER, O. a kol. *Psychopedie*. Praha : Parta, 2003. ISBN 80-7320-063-5.

VALENTA, M. Etiologie mentálního postižení. In VALENTA, M., MÜLLER, O. a kol. *Psychopedie*. Praha : Parta, 2003. ISBN 80-7320-063-5.

VALENTA, M., KREJČÍŘOVÁ, O. *Psychopedie*. Olomouc : Netopejř, 1997. ISBN 80-902057-9-8.

VALENTA, M. Osoby s jinou duševní poruchou. In VALENTA, M., MÜLLER, O. a kol. *Psychopedie*. Praha : Parta, 2003. ISBN 80-7320-063-5.

VALENTA, M. Specifika osobnosti klienta s mentálním postižením i dalšími duševními poruchami. In VALENTA, M., MÜLLER, O. a kol. *Psychopedie*. Praha : Parta, 2003. ISBN 80-7320-063-5.

VITÁSKOVÁ, K. Narušení zvuku řeči. In VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1088-5.

