

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Komunikační schopnosti
dospívajících osob se středním mentálním postižením
Diplomová práce

Autor: Bc. Gabriela Vašíčková

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika – logopedie

Vedoucí práce: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

2018

Hradec Králové



Zadání diplomové práce

Autor: Gabriela Vašíčková

Studium: P16P0871

Studijní program: N7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika - logopedie

Název diplomové práce: **Komunikační schopnosti dospívajících osob se středním mentálním postižením**

Název diplomové práce AJ: Communication skills of adolescents with moderate intellectual disability

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce se zabývá komunikací, jako základní dorozumívací schopností, následně obsahuje ucelený soubor poznatků o problematice mentálního postižení a specifikuje poznatky týkající se komunikačních schopností u osob s mentálním postižením. Dále jsou v práci na základě konkrétních případů z praxe popsány postupy pro rozvoj komunikačních dovedností u jedinců s mentálním postižením, využívané v logopedické praxi.

ČERNÁ, Marie. Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015, 222 s. ISBN 978-80-246-3071-7. DEVITO, Joseph A. Základy mezilidské komunikace: 6. vydání. Praha: Grada, 2008, 502 s. Expert. ISBN 978-80-247-2018-0. JURKOVIČOVÁ, Petra, Jana OLEJNÍČKOVÁ, Lucia PASTIERIKOVÁ a Vojtech REGEC. Komunikace a lidé s mentálním postižením: metodický materiál. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, 50 s. ISBN 978-80-244-2648-8. RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. Speciální pedagogika. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 313 s. Učebnice. ISBN 80-244-1475-9. SLOWÍK, Josef. Komunikace s lidmi s postižením. Praha: Portál, 2010, 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9. VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu. Praha: Grada, 2012, 349 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3829-1. VALENTA, Milan. Psychopedie: [teoretické základy a metodika]. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2013, 495 s. ISBN 978-80-7320-187-6. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

Oponent: doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 5.2.2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala pod vedením vedoucí diplomové práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí diplomové práce PhDr. Petře Bendové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování této práce.

Anotace

Vašíčková, Gabriela. *Komunikační schopnosti dospívajících osob se středním mentálním postižením*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2018. 83 s. Diplomová práce.

Diplomová práce ve své teoretické části charakterizuje pojem komunikace ve smyslu mezilidského dorozumívání. Dále se práce zaměřuje na problematiku definičního vymezení mentálního postižení, jeho etiologii a symptomatologii. Prezentovány jsou také poznatky týkající se dospívání osob s mentálním postižením. Pozornost je následně věnována komunikaci a komunikačním schopnostem osob s mentálním postižením. Uvedeny jsou možnosti podpory rozvoje komunikačních kompetencí osob s mentálním postižením a charakterizována alternativní a augmentativní komunikace jako způsob zajištění funkční komunikace s osobami s mentálním postižením. Praktická část diplomové práce se zabývá popisem terapeutických postupů při intervenci o jedince se středně těžkým mentálním postižením, které byly využívány během terapie klinickou logopedkou v praxi. Součástí prakticky orientované části diplomové práce je také zhotovený terapeutický materiál, který byl parciálně ověřen během logopedické terapie u žáků se střední mentální retardací.

Klíčová slova: mentální retardace, komunikace, komunikační schopnosti, logopedická péče, alternativní a augmentativní komunikace

Annotation

Vašíčková, Gabriela. *Communication skills of adolescent with moderate intellectual disability*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2018. 83 pp. Diploma Thesis.

The diploma thesis in its theoretical section characterizes the concept of communication in the sense of interpersonal communication. Furthermore, the thesis focuses on the problems of defining the mental disability, its etiology and symptomatology. There are also lessons learned about growing up of people with intellectual disabilities. Attention is devoted to communication and communication skills of people with intellectual disabilities. There are possibilities to support the development of communication competencies of people with intellectual disabilities and characterized by alternative and augmentative communication as a way of ensuring functional communication with people with intellectual disabilities. The practical part of the diploma thesis deals with a description of therapeutic procedures in intervention for individuals with moderate mental disabilities, which were used during speech therapy by clinical speech therapist in practice. Part of the practically oriented part of the diploma thesis is also prepared therapeutic material, which was partially verified during speech therapy in pupils with moderate mental retardation.

Key words: mental retardation, communication, communication skills, speech therapy, alternative and augmentative communication

Obsah

Úvod.....	10
1 Uvedení do problematiky osob s mentálním postižením.....	11
1.1 Etiologie mentální retardace	12
1.2 Klasifikace mentální retardace	12
1.3 Psychické zvláštnosti osob s mentální retardací	15
1.4 Specifika dospívání osob s mentální retardací	17
1.4.1 Základní charakteristika období pubescence, dospívání.....	17
1.4.2 Vliv postižení v období puberty a dospívání u osob s MR.....	18
2 Komunikační schopnosti osob s mentálním postižením.....	20
2.1 Komunikace jako dorozumívací schopnost	20
2.2 Komunikace osob s mentálním postižením.....	21
2.2.1 Komunikační schopnosti u osob s lehkou mentální retardací.....	22
2.2.2 Komunikační schopnosti u osob se středně těžkou mentální retardací	23
2.2.3 Komunikační schopnosti u osob s těžkou mentální retardací.....	23
2.2.4 Komunikační schopnosti u osob se hlubokou mentální retardací.....	24
2.3 Doporučení pro komunikaci s osobami s mentální retardací	25
2.4 Nejčastější poruchy řeči u osob s mentálním postižením	26
3 Možnosti podpory rozvoje komunikačních kompetencí u osob se středním mentálním postižením.....	30
3.1 Postupy logopedické péče využívané u osob s mentálním postižením.....	30
3.1.1 Řečová stimulace dílčích oblastí.....	33
3.2 Využití augmentativních a alternativních metod v komunikaci s osobami s mentálním postižením	35
3.2.1 Systémy AAK.....	35
3.2.2 Systémy AAK využívané u osob s MR	37
4 Uvedení do praktické části diplomové práce	42

4.1.	Cíle výzkumu a definování výzkumných otázek	42
4.1.1	Metodologie praktické části diplomové práce.....	42
4.1.2	Charakteristika výzkumného vzorku a místa šetření.....	44
4.1.3	Průběh realizace výzkumného šetření	44
4.2	Rozvoj komunikačních dovedností v kontextu klinicko-logopedické praxe 45	
4.2.1	Konkretizace realizace logopedické péče u vybraných jedinců s MR	45
A.	Kazuistická studie č. 1	45
B.	Kazuistická studie č. 2	49
C.	Kazuistická studie č. 3	51
D.	Kazuistická studie č. 4	55
E.	Kazuistická studie č. 5	60
4.3	Analýza postupů využívaných při práci s žáky se střední mentální retardací klinickým logopedem	64
4.4	Tvorba terapeutického materiálu.....	67
4.5	Pilotní použití terapeutického materiálu v praxi klinické logopedie	68
a)	Výsledky pilotního použití pracovního listu <i>V obchodě</i> – dívka, 16 let (kazuistika č. 1).....	69
b)	Výsledky pilotního použití pracovního listu <i>U lékaře</i> – dívka, 15 let (kazuistika č. 2).....	71
c)	Výsledky pilotního použití pracovního listu <i>Na poště</i> - chlapec, 12 let (kazuistika č. 3).....	72
d)	Výsledky pilotního použití pracovního listu <i>U lékaře</i> - chlapec, 13 let (kazuistika č. 4).....	74
e)	Výsledky pilotního použití pracovního listu <i>Ve škole</i> - chlapec, 12 let (kazuistika č. 5).....	75
5	Zhodnocení naplnění cílů, výzkumných otázek a diskuze	77
	Závěr	83

Seznam použitých zdrojů.....	84
Seznam literatury	84
Seznam cizojazyčné literatury	87
Seznam internetových zdrojů.....	87
Seznam použitých zkratk	92
Seznam tabulek	92
Seznam příloh	93

Úvod

Každá moderní demokratická společnost stojí před problémem edukace své generace již od útlého věku. Pro většinu lidí bez postižení představuje výchova a vzdělávání přirozený proces. Avšak u osob s jakýmkoliv typem postižení znamená edukace velmi složitou a náročnou cestu k dosažení toho, aby se dokázali přirozeně začlenit do většinové společnosti. Úspěšnost začlenění do společnosti ale nespočívá pouze na nich samotných, nýbrž velkou roli hraje prostředí, ve kterém se vzdělávají. Edukaci těchto jedinců ovlivňuje široká škála faktorů a v době dosahování školní zralosti narůstá vliv rodiny, pedagogů lékařů, psychologů a dalších odborníků. Postižení jedinců bývají různorodá a podle toho vyžadují zařazení do příslušného vzdělávacího proudu. V rámci současné edukace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami se využívají různé vzdělávací přístupy od inkluze až po zařazení do systému speciálního vzdělávání (speciálních zařízení).

Rozvoj komunikačních schopností představuje pro intaktní populaci přirozenou součást vývoje. Pro osoby s mentální retardací, zejména se středně těžkou a více závažnějšími typy mentální retardace, rozvoj komunikace a dovedností s ní spojených, není natolik zřejmá a vybudování základů funkční komunikace se jeví jako „běh na dlouho trať“. Vzhledem k tomu, že se u těchto osob jedná o narušený vývoj řeči, nesmírně důležitá je spolupráce rodiny s dalšími odborníky, především logopedy a tím tak zajistit důkladný přístup k rozvoji komunikačních schopností jedince s mentální retardací.

Logopedická péče, která je u těchto osob nezbytná, může být realizována v rámci klinické logopedie ať už v soukromých ambulancích, či ve speciálních zařízeních. Práce logopedů s jedinci s mentálním postižením v porovnání s jedinci bez postižení klade na logopeda mnohonásobně vyšší nároky a vyžaduje odborný přístup včetně hlubších poznatků o problematice mentální retardace. S příchozí inkluzí jedinců s jakýmkoli typem postižení dochází k rozšiřování povědomí o problémech, které s sebou postižení přináší a které je nutné řešit i v rámci běžného vzdělávacího proudu.

1 Uvedení do problematiky osob s mentálním postižením

V uplynulých letech došlo k ustálení koncepce a terminologie vztahující se k problematice postižení (Valenta, 2013). Dnes se již nesetkáme s pojmy jako např. debilita, imbecilita a podobně. Přes mnohá terminologická označení se v naší, tedy speciálně pedagogické praxi, využívá nejvíce termín mentální postižení. Vedle tohoto termínu stojí označení mentální retardace, která je užším vymezením mentálního postižení jedince. „**Mentální postižení** je širší a zastřešující pojem zahrnující kromě mentální retardace i takové hraniční pásmo kognitivně – sociální disability, které znevýhodňuje klienta především při vzdělávání na běžném typu škol a indikuje vyrovnávací či podpůrná opatření edukativního charakteru“ (Valenta a kol., 2012, s. 30).

Vymezení pojmu **mentální retardace** se také potýká s problematickým stanovením jednotné definice. Tyto problémy pramení od vzniku stanovení samotného termínu, který je odvozený od latinských slov *mens* (mysl) a *retardatio* (zaostávat, zdržet) (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007). Švarcová (2011) uvádí, že za osoby s mentální retardací jsou považovány ty osoby, u kterých „*dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám adaptačních schopností*“ (Švarcová, 2011, s. 28). Vedle toho se Dolejší (1973) snaží na problematiku mentální retardace pohlížet komplexně a definici vymezuje následovně: „*Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů*“ (Dolejší in Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, s. 38):

- na nedostacích genetických vloh,
- na porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání,
- na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem depri-vace senzorické, emoční a kulturní,
- na deficitním učení,
- na zvláštnostech vývoje motivace,
- na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti.

Při srovnání existujících definic mentální retardace lze konstatovat, že ve své podstatě všechny poukazují na snížené intelektové schopnosti a sociální nepřizpůsobivost

těchto jedinců. V práci je upřednostňován termín mentální retardace, pro níž je zastřešující termín mentální postižení. Osoby s mentálním postižením tvoří mezi zdravotně postiženými jedinci specifickou skupinu a především nejpočetnější (Renotierová, Ludíková, 2006).

1.1 Etiologie mentální retardace

Příčiny vzniku mentální retardace jsou velmi variabilní. Důvodem jsou faktory, které se na vzniku podílejí. Vzhledem k tomu, že neexistují dva stejní lidé, kteří by měli stejnou intelektovou subnormalitu, je vymezení etiologických kategorií problematické. V rámci hledisek, ze kterých pohlížíme na etiologii, autoři Valenta a Müller (2012) vymezují **faktory endogenní** (genetické, dědičné) a **exogenní** (způsobené vlivem vnějšího prostředí) a z časového hlediska faktory **prenatální, perinatální a postnatální**.

Mezi **prenatální** příčiny, které působí před porodem a narozením dítěte, patří infekce matky během těhotenství, nezdravá strava matky či špatná výživa, úrazy matky v průběhu těhotenství, působení záření, působení toxických látek (Bazalová, 2006). Valenta s Müllerem (Valenta, Müller, 2012) přikládají význam působení dědičných (hereditárních) vlivů, kam patří geneticky podmíněné poruchy, zejména metabolické poruchy (např. fenylketonurie). Vliv mají také specifické genetické poruchy (např. Downův syndrom). Mezi infekční onemocnění matky patří zarděnky, chřipka, neštovice, syfilis atp.

V období porodu a krátce po něm, tedy v období **perinatálním**, může být příčinou vzniku mentální retardace hypoxie plodu, dlouhotrvající či protahovaný porod (Bazalová, 2006). Mezi další ohrožující faktory patří nezvyklá zátěž (mechanické poškození plodu), nedonošenost, novorozenecká žloutenka, nízká porodní hmotnost.

Postnatální příčiny, tedy vlivy, které působí po narození dítěte, zahrnují např. zánět mozkových blan (meningitida, klíšťová encefalitida), mechanické vlivy (traumata, krvácení do mozku apod.). Ke snížení intelektových schopností může dojít i v důsledku deprivace, a to jak senzorické, tak citové či sociokulturní. Jedná se především o děti, které vyrůstají v cizím nerodinném prostředí, nebo v rodinném, ale nepodnětném prostředí, či děti v péči příslušných institucí (Valenta, 2013).

1.2 Klasifikace mentální retardace

Vzhledem k tomu, že samotná etiologie mentální retardace je velmi variabilní, klasifikujeme ji do několika stupňů. MKN – 10 vymezuje klasifikaci mentální retardace

na základě struktury inteligence a posouzení schopnosti adaptačního chování (Valenta, 2012):

- lehká mentální retardace (IQ 50-69),
- středně těžká mentální retardace (IQ 35-49),
- těžká mentální retardace (IQ 20-35),
- hluboká mentální retardace (do 19 IQ),
- jiná mentální retardace,
- nespecifikovaná mentální retardace.

Následně je uvedena stručná charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace a shrnutí její symptomatologie.

Lehká mentální retardace

Tento stupeň retardace nemusí být podchycen hned od počátku, právě proto, že se retardace může projevovat až v pokročilém vývoji dítěte. Pokud není LMR spojena s jiným postižením (nejedná se o přidružené či kombinované postižení), bývá často odhalena až předškolním či školním věku. Problémy se vyskytují se čtením psaním, vyskytuje se neschopnost abstrakce a absence logického usuzování. V rámci komunikace bývá rozvoj řeči opožděný, ale dokážou řeč účelně využívat, prakticky se dorozumí bez vážnějších obtíží. V sebeobsluze dosahují samostatnosti, i když je tempo jejich vývoje pomalejší než u intaktní populace (Krejčířová, Kozáková, Müller, 2013).

Středně těžká mentální retardace

U jedinců se středně těžkou mentální retardací je rozvoj chápání výrazně opožděný společně se schopností užívat řeč, která se také individuálně liší. Opoždění se také vyskytuje v oblasti sebeobsluhy, je tedy omezena schopnost postarat se sám o sebe a koordinace pohybů, v neposlední řadě také zručnost. Tato omezení se promítají samozřejmě i do vzdělávání. Při kvalifikovaném pedagogickém vedení jsou však schopni si osvojit základy trivia (Švarcová, 2011).

Těžká mentální retardace

Těžká mentální retardace má podobný klinický obraz jako výše zmíněná středně těžká mentální retardace, avšak omezení je mnohem výraznější. Vyskytuje se zde opožděný rozvoj řeči a myšlení a opoždění přetrvává až do dospělosti. Zpomalený je také vývoj jemné i hrubé motoriky, výskyt celkové neobratnosti. Schopnost verbální komunikace je

omezená, osoby s těžkou mentální retardací jsou schopny používat krátké jednoduché věty, někdy je komunikace omezená pouze na nonverbální formu. Nežádka se vyskytují afektivní reakce nepřiměřené úrovně a emoční labilita (Bazalová, 2006).

Hluboká mentální retardace

Projevy hluboké mentální retardace lze pozorovat ve všech složkách osobnosti jedince. Výrazné omezení se projevuje ve schopnosti porozumět instrukcím, či vyhovění zadaným požadavkům. Mimo jiné celkové omezení zaznamenáváme také u neuropsychického vývoje, vyskytuje se omezení senzorické kapacity. U těchto osob se ve větší části vyskytuje imobilita, nebo těžké pohybové omezení. Proto v rámci sebeobsluhy jsou schopni naučit se nejzákladnější návyky. K hluboké mentální retardaci se mohou přidružovat i somatické vady. Vzhledem k tomu, že u takto postižených není potřeba starat se sama o sebe, jsou odkázáni na stálou pomoc.

I oblast komunikace je velmi omezená. Snížená je především schopnost chápání a používání řeči. Osoby s hlubokou mentální retardací jsou schopny rozumět maximálně jednoduchým požadavkům, samy jsou někdy však schopné neverbální komunikace (Krejčířová, Kozáková, Müller, 2013).

Jiná mentální retardace a nespécifikovaná mentální retardace

Stanovení diagnózy *jiné mentální retardace* nastává v případě, že nelze určit stupeň retardace kvůli jinému přidruženému onemocnění. V případě, že je prokázána mentální retardace, ale nelze určit její stupeň kvůli nedostatku informací, užívá se kategorie *nespecifikovaná mentální retardace*.

Osoba s mentálním postižením je svébytným subjektem, který má vlastní osobnostní rysy, proto nemůžeme mentálně postižené označit za homogenní skupinu. Vyskytují se ale určité společné znaky, které se odrážejí od druhu mentální retardace a její hloubky, na postižení složek psychiky a zda je duševní vývoj v rovnováze. U osob s lehkou a středně těžkou mentální retardací se často vyskytují následující projevy (Švarcová, 2011):

- zpomalená chápavost, jednoduchost a konkrétnost úsudků,
- snížená mechanická a logická paměť,
- snížená schopnost vyvozování logických vztahů,
- těkavá pozornost,

- nedostatečná slovní zásoba,
- poruchy vizuomotoriky a pohybové koordinace,
- impulzivnost, hyperaktivita, zpomalenost chování,
- citová vzrušivost,
- nedostatečný rozvoj volných vlastností,
- nedostatky v osobní identifikaci,
- opožděný psychosexuální vývoj,
- zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí ad.

Individuální rozdíly a chování pozorujeme i u osob s těžkou a hlubokou mentální retardací. „*Vzhledem k výraznému omezení všech jejich schopností a zejména k jejich velmi malé schopnosti komunikovat a vyjádřit vlastní pocity a potřeby je velmi těžké tyto individuální zvláštnosti obvyklými metodami diagnostikovat*“ (Švarcová, 2011, s. 47).

1.3 Psychické zvláštnosti osob s mentální retardací

Jedinci s mentální retardací netvoří homogenní skupinu a Švarcová (2011, s. 47) doplňuje, že „*každý mentálně postižený je **svébytný subjekt s charakteristickými osobnostními rysy.***“ Napříč tomu se ale objevují určité společné znaky všech osob s MR. To však závisí na druhu, hloubce a rozsahu postižení.

Vnímání zprostředkovává poznávání okolí a následnou orientaci v prostředí (Švarcová, 2011). U dětí s mentální retardací je charakteristická opožděná schopnost vnímání, což následně ovlivňuje další psychický vývoj. Výrazně problematickou oblastí je zpomalenost a zúžený rozsah vnímání. V důsledku toho se jedinec těžko orientuje v novém prostředí a situaci. Další zvláštností je nediferencovanost vnímání, kdy dítě během poznávání různých předmětů považuje všechny za stejné. Výraznou zvláštností vnímání u těchto osob je inaktivita. Tu můžeme pozorovat v situaci, kdy jedinec při pohledu na nějaký předmět nemá zájem si to detailněji prohlédnout. Opožděné je také vyzrávání sluchového vnímání, které ovlivňuje nejen rozvoj řeči, ale i vnímání prostoru a času (Bazalová, Bartoňová, Pipeková, 2007).

S vnímáním a poznáním je spojena **pozornost**. Pozornost dělíme na podmíněnou (závislá na vůli) a nepodmíněnou (mimovolní.) Záměrná pozornost u osob s mentální retardací je charakteristická nízkým rozsahem sledovaného pole, nestálostí, snadnou unavitelností a sníženou schopností rozdělit se na více činností. Důležité je proto střídání záměrné pozornosti a relaxace (Valenta, Krejčířová, 1997).

Co se týče rozvoje **myšlení** u dětí s mentální retardací, probíhá v podmínkách bez plnohodnotného smyslového vnímání a rozvoje řeči. Je charakteristické velkou konkrétností, tudíž i slabou schopností zobecňovat. To následně ústí v to, že si děti s mentální retardací špatně osvojují pravidla a obecné pojmy. Zobecňování patří mezi nejsložitější produkt našeho mozku, v případě mozkového poškození, dochází právě k poruše schopnosti zobecňovat. Mezi další zvláštnosti myšlení u dětí s mentální retardací patří (Bazalová, Bartoňová, Pipeková, 2007):

- nedůslednost v myšlení,
- psychické aktivity, které dítěti znemožňují soustředěně promýšlet otázku,
- slabá řídicí úloha myšlení,
- nekritičnost myšlení – dítě není schopné srovnávat své myšlenky s objektivními požadavky.

K ukládání předešlé zkušenosti, dovednosti či nabývání schopnosti dochází prostřednictvím **paměti**. U osob s mentální retardací však tyto procesy probíhají velmi pomalu. Příčina spočívá ve vlastnostech nervových procesů (zejména slabá spojovací funkce mozkové kůry). Paměť u takto postižených dětí je typická tedy svým pomalým tempem při osvojování něčeho nového, ale také nestálostí uchovaného a nepřesností jeho vybavování (Švarcová, 2011).

V oblasti volných vlastností se u jedinců s mentální retardací vyskytují poměrně velké odlišnosti. Nejsou většinou schopni iniciativy a také neumí řídit své jednání ve vztahu k vzdálenějším cílům. „*Vůle a volní vlastnosti velmi úzce souvisí s rozmanitými projevy nezralé osobnosti*“ (Bazalová, Bartoňová, Pipeková, 2007, s. 25). Často se také u takových osob vyskytuje hypobulie (snížení volných kompetencí), či abulie, kdy jedinci volní vlastnosti zcela chybí.

Oblastí, která nejvýznamněji ovlivňuje chování a prožívání je **emocionalita**. U osob s mentální retardací se většinou vyskytuje emoční nevyzrálost, v jejímž důsledku jejich chování odpovídá nižší věkové úrovni. Často se u nich vyskytují úzkostné stavy a strach, zejména když se ocitnou v cizím prostředí, setkají s neznámým člověkem, nebo dostanou náročný úkol (Švarcová, 2011). Citový vývoj u těchto jedinců neprobíhá odděleně, je závislý na vývoji osobnosti jedince.

1.4 Specifika dospívání osob s mentální retardací

Lidský život lze rozčlenit do několika etap. Základními fázemi je fáze dětství, dospělosti a stáří. Fázi dětství se dále dělí do několika období – prenatální, novorozenecké, kojenecký věk, batolecí věk, předškolní věk, školní věk, období dospívání a adolescence. I dospělost i stáří se dále dělí, ale při zaměření této kapitoly není nutné dále rozvádět.

1.4.1 Základní charakteristika období pubescence, dospívání

Vágnerová (2005, s. 321) charakterizuje období dospívání jako „*přechodnou dobu mezi dětstvím a dospělostí*.“ Dospívání je typické tím, že dochází ke komplexní proměně osobnosti v oblasti psychické, somatické i sociální. Je tedy považováno za specifickou životní etapu, která pro jedince představuje hledání a přehodnocování, které vede k zvládnutí vlastní proměny, včetně dosažení sociálního postavení a zformování vlastní identity.

V rámci kognitivních funkcí nastávají změny ve **způsobu myšlení** včetně kvality myšlenkových operací. Asi jednou z nejvýraznějších změn je **tělesné dospívání** (Lečbych, 2008). Z biologického hlediska se děti stávají dospělými, dochází k změnám produkce vnitřních žláz s vnitřní sekrecí, dále se mění tělesné proporce. Období těchto změn není jednoduché pro dítě samotné, ale stává se zátěžovým i pro rodiče dítěte (HadjMousová, 2003).

V období dospívání probíhá nespočet změn. Avšak za klíčové se považuje nalézt **vlastní identitu**. Důležité je, aby se jedinec dokázal vyrovnat s nejistotou a pochybnostmi, které má sám o sobě a začal tak budovat svou pozici ve společnosti (Erikson in Lečbych, 2008).

Během dospívání dochází k narušení vytvořené rovnováhy, protože dospívající v důsledku probíhajícího vývoje mění své dosavadní vztahy, postoje, hodnoty a snaží se vytvořit si hodnoty nové. „*Dospívající dítě v tomto období především neguje hodnoty, normy a vztahy, do té doby zpravidla bez námitek přijímané*“ (HadjMousová, 2003, s. 23). Úroveň myšlení už je na taková, že je dítě schopné vytvořit logické závěry, bohužel ale nemá dostatek zkušeností a znalostí. Snaží se vymanit ze svého současného rámce života, obrací se tedy proti hodnotám rodičů, bojuje o nezávislost. V tomto případě hovoříme o nezávislosti na rodičích, naopak silnou roli získávají jeho vrstevníci a jejich normy a vzory, které dítě dobrovolně přijímá.

Do období dospívání také neodmyslitelně patří **volba povolání**, jinak tomu není ani u osob s MR. Volbu povolání lze považovat za jeden z důležitých sociálních úkolů,

který ovlivňuje další život jedince s MR. Nutné je brát ohled na školní výsledky a také podmínky vybraného studia. Volba povolání tak pro dítě i rodiče může z mnoha důvodů představovat problém, který na život dospívajícího vyvíjí tlak ze všech stran. Ten může ústít v různé projevy např. přecitlivělost, citové konflikty, změny nálad apod. (Langmeier, Krejčířová in Lečbych, 2008).

1.4.2 Vliv postižení v období puberty a dospívání u osob s MR

Dospívání osob s postižením je ovlivňováno několika faktory. Mezi ně běžné **vývojové zákonitosti**, které jsou stejné jako u běžné populace a druhým faktorem ovlivňující jejich dospívání, je samotná **existence postižení**. Mentální postižení na organickém základě ovlivňuje kvalitu centrální nervové soustavy a tím pádem i další její funkce. U člověka s mentálním postižením tedy pak dochází k tomu, že jeho schopnost adaptace je snížena, a to v důsledku nižší výkonnosti poznávacích procesů (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

Osoby s mentální retardací také přirozeně podléhají během dospívání **biologickým vývojovým změnám**. Rozvíjí se primární i sekundární pohlavní znaky, mění se hlas, akceleruje růst apod. (Lečbych, 2008). Předchozí psychický i fyzický vývoj jedince je ovlivňován samotným postižením, což logicky ovlivňuje i průběh puberty a dospívání. Proto se velmi často stává, že u postiženého dítěte dochází k změnám typických právě pro dospívání, **později**. U mentálně postižených není výjimkou, že do období dospívání vůbec nedospějí (např. osoby s Downovým syndromem) (Hadjmousová, 2003). V tomto období je zejména důležité podporovat tyto jedince v adaptivních dovednostech, mezi které patří komunikace s ostatními, sebeobsluha, zdraví a bezpečnost, sociální dovednosti, život v domácnosti, ale také schopnost čtení psaní a matematické dovednosti (Černá, 2015).

Pokud je **vývoj myšlení opožděn**, poté ani v tomto věku dítě s mentální retardací nemusí dospět na úroveň abstraktního myšlení. „*Vzniká tak značná disproporce mezi rozumovou zralostí a biologickou zralostí*“ (Lečbych, 2008, s. 44). Tato disproporce se dále u osob s mentální retardací prohlubuje.

I dítě s postižením musí řešit nově vzniklé situace a také samozřejmě **vztah s rodiči**. Přestože dochází k emancipaci dospívajícího, stále je závislé na rodičích jak v sociální, tak ekonomické oblasti. Dle stupně a typu postižení zde vystupuje ještě závislost na pomoci dospělých a okolí. U osob se **závažnějším typem mentální retardace** může dojít

k tomu, že jejich rozvoj nedosáhne takové úrovně, aby mohly vést samostatný a nezávislý život.

Vrstevnícká skupina hraje rovněž důležitou roli i pro dítě s postižením. Bohužel pro dítě s postižením není výběr takové skupiny vůbec jednoduché. V případě, že dítě žije v zařízení internátního typu, většinou výběr svých vrstevníků není úplně na něm. Jeho vrstevníky tvoří děti se stejným typem postižení a organizace jejich životů je většinou řízená vnějšími pravidly. Tudíž „volný výběr vrstevníků, kteří by uspokojovali potřeby sociálních kontaktů dospívajícího, nezávisí na jeho vlastním rozhodnutí“ ((HadjMoussová, 2003, s. 25). Naopak u dětí, které nežijí těchto zařízeních, často dochází k limitování sociálního začlenění samotnými rodiči (hypeprotektivní či úzkostná výchova). Především se jedná o děti, které nemají těžká postižení vyžadující péče ve specializovaném zařízení. I když je pravděpodobnost toho, že se začlení mezi vrstevníky, vyšší, problém může vzniknout s tím, zda jsou ochotni ho mezi sebe přijmout. Děti s mentální retardací ze speciálních škol se často setkávají s tím, že jsou sice přijímány do vrstevníckých skupin, ale většinou na okraji společnosti. Kvůli své závislosti na ostatních a jednoduché manipulovatelnosti se nezdá stane, že je takové dítě přijato do skupiny asociální a následně zneužito k delikventním činům (HadjMoussová, 2003).

Do období dospívání neodmyslitelně patří i oblast **sexuality** a sexuální výchovy. Osoby s mentální retardací patří mezi rizikové skupiny sexuálního zneužití, např. díky jejich závislosti na druhých lidech, nebo jsou odkázáni na asistenci druhé osoby, ale také že jsou důvěřivé a nemají dostatek zkušeností. Roli zde také hraje rozpor mezi vývojem pohlavních znaků a rozumovou úrovní a jsou také snadno ovlivnitelní. Pokud dojde k sexuálnímu zneužívání, důsledek traumatu se projeví ve všech oblastech života např. v pubertě se může objevit opoziční vzdor, úzkost, deprese (Novosad in Lečbych, 2008). Do nedávna byla problematika sexuální výchovy u osob s mentální retardací tabuizovanou oblastí. V současnosti je nutností uznání práv osob s mentálním postižením na sexuální život. Sexuální výchova by především plnila preventivní funkci před výše zmíněným sexuálním zneužíváním (Sedlák in Lečbych, 2008).

2 Komunikační schopnosti osob s mentálním postižením

Každý z nás komunikujeme určitým způsobem. Ale ne vždy se s druhým dokážeme setkat a porozumět se stejným způsobem. Ne každý používá komunikační strategie shodné s těmi našimi, proto může během komunikace dojít k určitému nedorozumění, byť způsobené komunikační neobratností. V mezilidské komunikaci tak stále dochází „*k ujasňování si toho, jakým způsobem komunikujeme, o hledání nových především vhodných a účinných komunikačních strategií a svým způsobem o udržení nadhledu, který nám dovoluje sledovat a podle aktuální potřeby upravovat proces dorozumívání tak, abychom se dobrali požadovaného cíle*“ (Slowík, 2010, s.13).

2.1 Komunikace jako dorozumívací schopnost

Pod pojmem *komunikace* si většina z nás představí proces dorozumívání. Je však ale nutné zdůraznit, že toto pojetí vyjadřuje pouze úzký smysl pojmu. Avšak pokud se chceme zaměřit ještě úžeji, pak komunikace představuje dorozumívání prostřednictvím řeči a je chápána jako typicky lidský způsob komunikace (Slowík, 2010).

Existuje několik modelů, které nahlízejí na komunikaci z různých hledisek. Mezi dříve uznávané modely patřily např. model lineární či interakční. V současné době je však nejvíce uznáván **model transakční**, který komunikaci pokládá za „*transakční proces, v němž každý z účastníků funguje zároveň jako mluvčí i posluchač*“ (DeVito, 2008, s. 32). Komunikace se může odehrávat v různých kontextech. DeVito (2008) uvádí čtyři kontexty, jedná se o kontext fyzický, kulturní, sociálně-psychologický a časový. **Fyzický kontext** zastřešuje určité hmotné prostředí. **Kulturní kontext** zastupuje pravidla stanovená v určité skupině lidí, zahrnuje životní styl, hodnoty, způsoby chování apod. **Sociálně-psychologický kontext** se vztahuje na postavení mluvčích a jejich vztahy mezi sebou, zahrnuje také formálnost situace, normy skupin. **Kontext časový** představuje pozici sdělení z pohledu časové posloupnosti. Např. při sdělení o něčí smrti, nehovoříme s dotyčným, jako kdyby nás informoval o tom, že vyhrál loterii. Všechny čtyři kontexty se navzájem ovlivňují a do určité míry také určují význam jak verbálních, tak i neverbálních sdělení.

Každý, kdo se komunikace účastní, je mluvčím (zdrojem), ale i zároveň posluchačem (příjemcem) a svá sdělení tedy vysílá a přijímá současně. Sdělení vysíláme při mluvení, psaní, gestikulaci atp. Naopak sdělení přijímáme, když se díváme, čteme atd. Během komunikace dochází ke **kódování** myšlenek, informací, a to jednoduše tím, že je

převědeme do řeči. V opačném případě, když sluchem přijmeme řeč druhé osoby, převádíme ji na myšlenky— dochází k **dekódování**. Dochází tedy k přenosu **sdělení** mezi účastníky konverzace. Sdělení mohou mít mnoho forem, jak vysílaná, tak přijímaná, a to sluchovými orgány. Nejen verbálním sdělením předáváme informace, ale i neverbálně o sobě můžeme poskytovat informace, např. oblečením, způsobem chůze apod.

Každá komunikace má svůj **cíl**, záměr a při komunikaci nás k tomu vede nějaká motivace. Během mluvení nebo psaní se snažíme dosáhnout určitého cíle, a to prostřednictvím předávání své myšlenky někomu jinému. Vzhledem k tomu, že každá kultura shledává odlišné motivy komunikace, DeVito (2001) uvádí pět hlavních cílů komunikace:

- **učit se** (nabývání znalostí o světě, o druhých),
- **spojoovat** (vytváření mezilidských vztahů),
- **pomáhat** (naslouchat druhým, poskytnout jim pomoc),
- **ovlivňovat** (možnost měnit postoje druhých),
- **hrát si** (těšit z momentálního prožitku).

Každá verbální komunikace je vytvářena činiteli, mezi které patří situační kontext, vnitřní dispozice jedince a motivace komunikovat. **Situační kontext** představuje určitou situaci, ve které probíhá komunikace. **Vnitřní dispozice jedince** jsou předpokladem pro vedení komunikace, kdy do jejího procesu přinášíme svou vlastní individualitu.

Komunikace patří mezi sociální dovednosti, jež se učíme celý život. Význam se přikládá hlavně sociálnímu učení v rodině, kde se dítě učí dané komunikační zvyky. V rámci **motivace komunikovat** je předpokládána ochota a vůle komunikovat, neb komunikace je nástrojem pro uspokojování potřeb člověka. Ani potřeba komunikace není oddělena od ostatních lidských potřeb, je plně zainteresována spolu s biologickými a psychosociálními potřebami člověka (Venglářová, Mahrová, 2006).

2.2 Komunikace osob s mentálním postižením

Komunikace s sebou přináší nejrůznější úskalí a možné obtíže, a to u každého člověka bez rozdílu. Nejvíce rizikovou skupinu tvoří lidé se zdravotními postižením, zejména osoby s mentálním postižením, které nepostihuje pouze intelekt, ale celou osobnost jedince (Slowík, 2010). I pro člověka s tímto postižením představuje komunikace důležitou životní potřebu.

Rozvoj řeči a její následný vývoj je proces u každého individuální. Závisí na interakci vrozených dispozic, ale také na kvalitě stimulace. Oproti intaktní populaci se u dětí s mentální retardací rozvíjí sluchové rozlišování později, zrovna tak i vyslovování slov a vět. Důvodem je pomalé utváření spojů v oblasti sluchového analyzátoru a důsledkem nedostatečného sluchového vnímání je omezené zdokonalování výslovnosti. Slovní zásoba je pak u dětí v předškolním věku snižena, oproti dětem bez postižení. Po mluvnické stránce řeči je její stavba nedokonalá, děti s mentálním postižením nepoužívají přídavná jména, slovesa nebo spojky. Naopak nejvíce používají zájmena, pokud chtějí mluvit o osobě. Celková úroveň komunikačních schopností však závisí na stupni mentální retardaci (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

U osob s mentální retardací **vývoj řeči** závisí zejména na snížené intelektové úrovni. Opoždění řečového vývoje u **osob s lehkou mentální retardací** se může pohybovat v rozmezí jednoho roku, ale i více (Kondáš in Lechta, 2008). V běžných komunikačních situacích jejich verbální schopnosti nebývají výrazně nápadné. Avšak v situacích, které jsou pro ně nové a neznámé, dochází u těchto osob k selhání, a to vzhledem k tomu, že nemohou využít své naučené řečové stereotypy. U **osob se středně těžkou retardací** je opoždění vývoje řeči výraznější. V tomto důsledku se řeč může rozvinout až ve věku 6 let, přesto se mohou dostat na úroveň první signální soustavy. Pro osob s tímto typem mentální retardace je typické, že jejich napodobovací vlastnosti jsou na dobré úrovni, a proto dokáží mechanicky opakovat bez porozumění. Vývoj řeči u **osob s těžkou a hlubokou mentální retardací** je omezen natolik, že se obvykle řeč ani nerozvine. Verbální schopnosti jsou tedy zachovány na pudové úrovni.

Vzhledem k různým stupňům mentální retardace lze shrnout, že osoby s tímto postižením mají **různě závažné** komunikační problémy. U **dětí** tyto problémy závisí, jak je výše uvedeno, na stupni mentální retardace, ale také na dalších predispozicích (jemná a hrubá motorika ad.). V **dospělém věku** u mentálně postižených osob je komunikace ovlivněna rovněž stupněm postižení, ale dále také dalšími faktory (kvalita a včasnost logopedické intervence ad.). Komunikační schopnosti těchto osob jsou tedy opožděné, někdy označovány za omezené (Bendová, 2015).

2.2.1 Komunikační schopnosti u osob s lehkou mentální retardací

Osoby s lehkou mentální retardací si mluvu sice osvojují opožděně, ale dokážou ji účelně využívat v každodenním životě a také udržovat konverzaci. Ve většině případů se s nimi

dorozumíme **běžnou řečí**. Srozumitelnosti jejich řeči může být ovlivněna nesprávnou výslovností, během mluvního projevu se mohou objevovat gramatické nesprávnosti, volí jednoduchou formu vyjádření. Co se týče slovní zásoby, jak aktivní, tak pasivní, není příliš bohatá. V návaznosti na chudou slovní zásobu nemusí vždy plně porozumět složitějšímu sdělení. U osob s lehkou mentální retardací se také setkáváme, že často reprodukuji naučené fráze, které slyší ve svém okolí (rodina, přátelé, média). V oblasti čtení, psaní a počítání se však již objevují specifické problémy (Slowík, 2010). Jedná se například o problematickou orientaci v delším textu, ale vyskytují se obtíže i při porozumění textu (Švarcová, 2011).

2.2.2 Komunikační schopnosti u osob se středně těžkou mentální retardací

Osoby se středně těžkou mentální retardací vykazují rozdíly nejen v oblasti komunikace v důsledku možného přidružení dalšího postižení (somatického, smyslového, autismu ad.), jenž působí na komunikační potenciál. Kromě toho, že mentální retardace ovlivňuje používání řeči, dále ovlivňuje také rozvoj myšlení (Bendová, 2015). Jejich řeč se rozvíjí velmi **variabilně**. Někteří jedinci dokážou vést jednoduchou konverzaci, naopak někteří mají i problém komunikovat ohledně jejich základních potřeb a někteří se nenaučí mluvit nikdy. Ačkoliv se mluvit nenaučí, jsou schopni porozumět jednoduchým instrukcím či se naučit komunikovat formou gestikulace. Pro běžnou komunikaci však jejich úroveň řeči není dostatečná. Slovní zásoba je velmi omezená, vyskytují se poměrně často vady výslovnosti a porozumění jejich mluvě omezuje gramaticky nesprávně vyjadřování. Avšak pokud se zaměříme a soustředíme na jejich projev, který je velmi jednoduchý, lze dobře pochytit smysl sdělení (Slowík, 2010).

Nesmíme zapomínat, že způsob komunikace u těchto osob je velmi **individuální**. Někteří jedinci sice nedokážou komunikovat mluvenou řečí, ale naučili se komunikovat písemným sdělením – ať už psací či tiskací formou písma (Hemžáčková, Pešková in Bendová, 2015).

2.2.3 Komunikační schopnosti u osob s těžkou mentální retardací

Klinickým obrazem se těžká MR podobá výše uvedené středně těžké mentální retardaci, avšak její projevy jsou mnohem výraznější. Pokud se těmto osobám věnuje včasná a kvalitní systematická péče, jejich motorické, rozumové a komunikační schopnosti mohou být lépe rozvíjeny, a to potom přispívá i k lepší kvalitě života. Bohužel s těmito jedinci se nelze domluvit běžnou řečí, ojediněle se povede, že komunikují prostřednictvím pár slov

(táta, haf, pá). Ke komunikaci spíše využívají neartikulované zvuky, gestikulaci, dotyky apod. Pro komunikaci s nimi je velmi vhodné využít metody alternativní komunikace (Slowík, 2010). Bendová (2015) uvádí, že i v modulačních faktorech řeči se vyskytuje narušení, zejména dynamika a melodie. U osob s těžkou MR se mohou objevovat echo-lalické napodobovací senzomotorické reflexy, projevující se tím, že osoba s mentální retardací opakuje slyšená slova, ovšem bez porozumění jejich významu. U dětí s těžkou mentální retardací se řeč nevytvoří vůbec, nebo je vytvořena na úrovni pudových hlasových projevů (Bendová, 2011).

2.2.4 Komunikační schopnosti u osob se hlubokou mentální retardací

Vzhledem k stupni svého postižení vůbec nedochází k rozvoji řeči. Omezení způsobené mentální retardací se neprojevuje pouze v komunikační rovině, ale ve všech oblastech životních aktivit. Nedokáží ani upozornit na své potřeby prostřednictvím neartikulovaných zvuků, jen výjimečně je dokáží modifikovat dle svého citového naladění. Narušené je také koverbální chování¹ těchto osob, načež je ztížená komunikace s okolím prostřednictvím neverbální komunikace (Bendová, 2015).

U jedinců s tímto stupněm postižení dochází k těžkému omezení schopnosti porozumění. Nejsou schopni pochopit základní požadavky a vyhovět jim. V nejlepším případě dokážou reagovat pouze na jednoduché požadavky. Problematické se pro ně stává již samotné setkání s druhou osobou. I přes veškerá omezení je možné s nimi navázat komunikaci, avšak to vyžaduje náročnou a dlouhodobou spolupráci ve vztahu klient – profesionál. K navázání komunikace může dojít díky využití **speciálních metod** (např. bazální dialog) a následnému zachycení sdělení osoby s hlubokou mentální retardací. Odráží se ovšem od aktuálních pocitů – je tedy nutné naučit se správně dekodovat nonverbální projevy mentálně postiženého (např. rytmus dýchání, napětí svalstva ad.).

Komunikace u osob s **jinou mentální retardací** je velmi individuální vzhledem k přidruženým postižením a vadám. Podle individuální diagnózy se snažíme hledat přiměřené formy komunikace. Ke komunikaci s těmito jedinci je vhodné využívat formu totální komunikace (Slowík, 2010).

¹ Jedná se o nonverbální chování, které doprovází verbální komunikaci. (ABZ.cz: *slovník cizích slov* - online [online])

2.3 Doporučení pro komunikaci s osobami s mentální retardací

Neexistují žádné návody ani postupy, které by zajistily plnohodnotnou komunikaci s osobou s mentálním postižením. Při komunikaci s osobou s mentální retardací je nezbytné dodržování zásady partnerské komunikace, kterou je respektování mentální úrovně, fyzického věku a dalších psychických specifík těchto osob. Byť jejich chování může působit dětinsky či neobvykle, nikdo nemá právo považovat je za méněcenné a snižovat jejich důstojnost (Slowík, 2010).

U osob s mentální retardací je nutné vždy počítat s jistým omezením komunikace. Jedná se především o omezení v oblasti fonemického sluchu, artikulace a obsahu sdělení (Kozáková, 2005). Pokud je veden s osobou s mentální retardací rozhovor, nejzásadnějším krokem je zvolit **vhodné a přiměřené téma**. Avšak pokud je veden rozhovor s neznámou osobou, je na místě nechat ji vybrat si téma rozhovoru. Následně bude rozhovor pro osobu lépe srozumitelný, což lze pozorovat na reakcích během komunikace (Slowík, 2010).

Během komunikace udržujeme **oční kontakt**, tím dáváme najevo svůj zájem a soustředění na osobu, což se také odráží v ochotě osoby nám něco sdělit. Očním kontaktem také můžeme sledovat, jestli nám osoba rozumí.

Po zvolení vhodného tématu je důležitá volba **přiměřených prostředků komunikace**, tedy přizpůsobení se omezené slovní zásobě komunikačního partnera a volit za předpokladu taková slova, která zná, nebo by mohl znát. Při sdělování informací se snažíme sdělení předat jednoduchým způsobem, tak abych to bylo pro osobu s mentálním postižením pochopitelné. Sdělování obsahu doplňujeme mimikou, gestikulací. V některých případech je vhodné zvolit augmentativní či alternativní komunikační systémy (Jones, Gregan in Slowík, 2010). Augmentativním a alternativním systémům komunikace se věnuje kapitola v další části práce. V běžné komunikaci bychom neměli používat zkratky, cizí slova, ale naopak krátká slova a věty a své sdělení vyjadřovat jasně. Abstraktní pojmy také nejsou vhodné (Pastieriková, Regec, 2010).

Další důležitou zásadou komunikace s člověkem s mentální retardací je **pozorné naslouchání**. Vzhledem k tomu, že u osob s těžší formou mentální retardace bývá výslovnost méně srozumitelná, může nepochopení ze strany příjemce informace vést k frustraci komunikující osoby. Na druhé straně je vhodné **ověřit si**, že nám druhá strana **porozuměla**, využitím jednoduchých kontrolních otázek (Slowík, 2010).

Pastieriková a Regec (2010) uvádějí další doporučení při komunikaci s osobou s mentální retardací např. jednat s takovými osobami s dostatkem empatie, trpělivost a respektu k jejich osobě. Při komunikaci s dospělým člověkem s mentální retardací mu vykáme, oslovujeme ho přímo. Pokud komunikace probíhá písemnou formou, měli bychom respektovat pomalé tempo psaní a gramatické nedostatky.

Dále Slowík (2010) uvádí **radý a doporučení**, jak komunikovat s člověkem s mentálním postižením:

- vždy počítat, že osoba s mentálním postižením má menší slovní zásobu, artikulární vady a gramatické problémy ve vyjadřování,
- u člověka s mentálním postižením je nezbytné se přizpůsobovat jeho individuálním komunikačním schopnostem, respektovat jeho základní lidská práva a důstojnost (i vzhledem k tomu, že jeho rozumové schopnosti a sociální dovednosti mohou být výrazně nižší ve srovnání s biologickým věkem),
- tito lidé jsou snadno ovlivnitelní, proto bychom se neměli nechat strhnout k manipulaci, na kterou oni přistoupí.

2.4 Nejčastější poruchy řeči u osob s mentálním postižením

Opoždění řečového vývoje může být považováno za **symptom jiného postižení** či onemocnění. Tyto vady a poruchy řeči jsou také označovány za symptomatické poruchy řeči, které jsou definovány jako „*narušení komunikační schopnosti, doprovázející jiné, či dominující postižení, případně poruchy a onemocnění*“ (Lechta, 2008, s. 52) Lechta (2011) vymezuje tři možnosti příčin, kdy může vzniknout symptomatická porucha řeči:

- primární příčina může způsobit dominující postižení provázené narušenou komunikační schopností (symptomatickou poruchou řeči),
- jediná primární příčina zaviní dominující postižení a současně i druhotné postižení a jejich vliv se násobí do obrazu narušené komunikační schopnosti,
- jsou dvě primární příčiny, které způsobí dominující i druhotné postižení a jejich výsledkem je obraz narušené komunikační schopnosti, symptomatická porucha řeči.

U jedinců s mentální retardací dochází k narušení komunikační schopnosti v důsledku několika faktorů (Klenková, 2006):

- snížená mentální úroveň,

- působení opožděného motorického vývoje,
- nedostatečná motorická koordinace,
- časté poruchy sluchu,
- zanedbávající a nepodnětné prostředí,
- anomálie mluvních orgánů (deformace, rozštěpy ad.).

U osob s mentální retardací je postižení kognitivních schopností často nerovnoměrné. Bez ohledu na stupeň mentální retardace, je u těchto lidí vývoj řeči vždy **opožděný**. Odchylný vývoj řeči lze pozorovat již u dětí s mentální retardací v **raném věku**. Následný řečový vývoj probíhá pomalu, dochází k deformaci řeči ve všech jazykových rovinách, což bývá mnohdy prvním nápadným znakem, že se dítě odvíjí odlišně (Škodová, Jedlička, 2003).

Hodnocení vývoje řeči u dětí s mentální retardací je dle Lechty (2008) nutné provádět komplexně, tedy v rámci více **jazykových rovin**.

- lexikálně-sémantická rovina** - děti s mentální retardací vykazují omezenou slovní zásobu v důsledku sníženého intelektu. Jejich slovní zásoba neobsahuje slova, která zastupují nějaké vlastnosti, nebo kvalitu předmětů, nepoužívají tedy přídavná jména. Výrazně se u nich objevuje nepoměr mezi pasivní a aktivní slovní zásobou. Slova, která děti znají, mají uložená ve svém pasivním slovníku a málokdy je aktivně využijí. Slovní zásoba se rozšiřuje jen velmi pomalu, často se ani nedostanou ke generalizaci a diferenciaci. Ve školním věku používají formy komunikace odpovídající intaktním dětem okolo 3 věku.
- morfologicko-syntaktická rovina** – poměrně dobře odráží úroveň intelektu. Rozdílů při osvojování gramatické stránky jazyka si můžeme povšimnout zejména u mladších dětí, kdy jsou patrné na první poslech. Avšak osvojit si ji dokáže i dítě s lehčím stupněm mentální retardace, i když se u nich mohou objevit dysgramatismy. Z pohledu **syntaxe** dítě s mentální retardací poměrně dlouho užívá pouze jednoduché věty (až do 8 let věku). Tvoření vět vedlejších zvládají děti s lehkým stupněm mentálního postižení, a to nejdříve po dosažení 5. roku života. Co se týká **morfologie**, nejčastěji tyto děti používají podstatná jména, vzácně přídavná jména a slovesa.
- foneticko-fonologická rovina** – z pohledu **vývoje výslovnosti** je zřejmý výrazný rozdíl mezi dětmi s mentální retardací a s dětmi intaktními. Zatímco u intaktních

dětí v předškolním věku se mohou objevovat nepřesnosti výslovnosti hlásek, u dětí s mentální retardací tyto nepřesnosti trvají ještě dlouho až do školního věku.

d) pragmatická rovina – jak dále uvádí Lechta (2011), v této rovině se jedná o problémy se samotnou prezentací komunikačního záměru. Problematické je ale také pochopit svou roli jako komunikačního partnera a specificky reagovat v dané komunikační situaci. Možnosti dítěte s mentální retardací ztěžují také další přidružená postižení.

Na vývoj řeči dětí s mentální retardací lze nahlížet ještě z dalších hledisek, a to z hlediska vlivu stupně, vlivu formy a vlivu typu mentální retardace (Lechta, 2008).

U osob s mentální retardací je nejčastěji diagnostikována dyslalie, huhňavost, ale také dysartrie.

Dyslalie představuje nejčastěji se vyskytující vadu řeči u dětí s mentální retardací, většinou je problematická výslovnost sykavek a vibrantů. Kromě toho, bývají také špatně realizovány i hlásky P, V, F. Někdy jsou tyto hlásky na konci slov vynechávány úplně, což souvisí s jejich labilní koncentrací (Klenková, 2006).

Poměrně často se spolu s dyslalií objevují dysgramatismy či huhňavost. Nezřídka se u dětí s mentální retardací vyskytuje situace, že dokážou hlásku izolovaně vyslovit, ale pokud mají hlásku použít ve slově nebo slabice, artikulují ji špatně.

Ve školním věku může dojít až ke vzniku mogilálie, kdy děti vynechávají hlásku, kterou neumí vyslovit. U intaktních dětí dochází k uvědomování si špatné výslovnosti a následné snahy hlásku přesto vyslovit, byť špatným artikulačním mechanismem. K takovému uvědomění u dětí s mentální retardací nedochází, a proto v mnoha případech mogilálie přetrvává (Lechta, 2008).

Huhňavost se u osob s mentální retardací vyskytuje častěji než u dětí intaktních. V důsledku organických změn na mluvních orgánech je postižena především zvuková stránka řeči. Jedná se o výskyt zavřené huhňavosti, způsobenou adenoidní vegetací, či o huhňavost otevřenou, vzniklou v důsledku nedostatečné inervace měkkého patra (Klenková, 2006).

Breptavost je další z diagnóz, se kterou se lze u osob s mentálním postižením setkat. Neubauer (2014, s. 74) charakterizuje breptavost jako poruchu řeči, jejímž

hlavním příznakem je „*nadměrně zrychlené tempo řeči, při kterém se zhoršuje srozumitelnost projevu a může vyústit až do nesrozumitelné řeči.*“

Dysartrie se u jedinců s mentálním postižením vyskytuje tehdy, pokud se u osob s mentální retardací vyskytuje současně porucha motoriky, potom se u dítěte s mentální retardací může objevit dysartrie různých forem (zejména u dětí s mozkovou obrnou) (Lechta, 2008).

Klenková (2006) dále ještě uvádí výskyt **echolalie** a **dysprozódie**. U dětí, které nemají postihnutou motoriku a mají dobré napodobovací schopnosti se echolalie vyskytuje často. Naopak dysprozódie se vyskytuje u dětí, které mají poruchy motoriky, jejich řeč vykazuje monotónnost, je pomalá a tichá, někdy naopak vzrušená a rychlá.

Mentální postižení se často může vyskytovat v kombinaci s **dětským autismem**. Klinický obraz mentálního postižení může zahrnovat právě i autistické rysy. Tradiční definice autismu zahrnuje tři zasažené oblasti. Jedná se o narušení sociální interakce, narušení verbální a neverbální komunikace a narušení předstírání, sociální hry a představitosti. Tyto tři základní narušení tvoří hlavní znaky autismu (MacKenzie, 2008).

Vývoj řeči u dětí s autismem může probíhat několika směry. Ze začátku se může zdát vývoj neporušený, dítě vyslovuje první slova, ale následně dochází k regresi a dítě mluvit přestává. Druhý směr vývoje řeči u autistických dětí probíhat tak, že dítě začne říkat první slova, ale pouze s malým progresem. Thorová (2006) také uvádí, že řeč se může objevit, ale její vývoj je zastaven a řeč dítěte zůstane na dosažené úrovni. **Terapie** autismu představuje komplexní složitý proces, vyžadující důkladnou znalost tohoto postižení. Terapie autismu je vždy týmová a také mezioborová, kdy v nejtěžších případech může být jedinec s autismem hospitalizován ve specializovaných psychiatrických odděleních (Škodová, Jedlička, 2003).

3 Možnosti podpory rozvoje komunikačních kompetencí u osob se středním mentálním postižením

Vzhledem k tomu, že vývoj řeči u dětí s mentální retardací souvisí s typem a formou postižení, tak i **logopedická péče** závisí na mnoha faktorech (vnitřních i vnějších). „*Péče je poskytována v tom resortu, který je pro jednotlivce vzhledem ke stupni a případné kombinaci jeho postižení nejdostupnější*“ (Škodová, Jedlička, 2003, s. 396). Jeden z nejdůležitějších kroků v logopedické intervenci je **diagnostika** a následné ovlivňování vývoje dítěte.

V raném věku dítěte s mentální retardací je velmi důležité, aby péče o tyto děti byla zahájena, co nejdříve. Období do 3 let věku dítěte je typické tím, že se u dětí **vyvíjí mentální funkce** a v následném vývoji dochází k jejich zdokonalování. Vychází se z předpokladu, že při stimulaci celkového vývoje ovlivňujeme i vývoj řeči. Důležitá je i role matky v předřečovém období, kdy by měla svému dítěti věnovat dostatek adekvátní péči (Klenková, 2006).

3.1 Postupy logopedické péče využívané u osob s mentálním postižením

Jak již bylo uvedeno výše, stimulaci celkového vývoje dítěte je nutné zahájit již v raném věku. Klenková (2006) uvádí zásady, které bychom při práci s jedinci s mentální retardací měli dodržovat.

Zásada imitace přirozeného vývoje řeči – podle zjištěného vývojového stádia řeči se pokračuje stimulací vývoje řeči, a to na základě zásady vývojovosti.

Verbální věk – je důležitější, než věk chronologický (Lechta in Klenková, 2006). Proto se logopedické péče na začátku zaměřuje především na rozvoj slovní zásoby než na výslovnost (pasivní slovník).

Zásada výstavby řeči – podle Sováka (in Klenková, 2006) je důležité postupovat od základního stavebního materiálu, čímž je hlas, až k tvorbě pojmů. „*Začíná se stupněm řeči, kterého již dítě bezpečně dosáhlo a není cílem, aby dosáhlo za každou cenu vyššího stupně než toho, na který má mentální předpoklady*“ (Klenková, 2006, s. 202).

Logopedická péče by také měla zahrnovat **rozvíjení sluchového vnímání, motoriky, schopnosti fonematické diferenciaci**. Důležitá je také **zásada názornosti**, a především využívání názorných pomůcek, bez kterých nelze s dětmi slova a věty opakovat a trénovat čili veškerá cvičení vedeme hravou formou. Při vedení logopedické práce

bychom měli vždy dítěti poskytovat správný **řečový vzor**, tedy mluvit klidně, srozumitelně a gramaticky správně. Vytváříme takové situace, které dítě provokují k řeči. Vždy ale pamatujeme na to, že činnost s dětmi s mentální retardací přizpůsobujeme jejich individuálním potřebám, citům a zájmům (Klenková, 2006).

U osob se **střední mentální retardací** je počátek vývoje řeči velmi opožděn. Opoždění může být natolik výrazné, že se u některých dětí řeč rozvíjí až v 6 ti letech. Jejich celkový psychický vývoj dospívá až podmíněně reflexní činnosti. Řečová úroveň tak mnohdy dosahuje úrovně první signální soustavy. Velmi dobře je ovšem rozvinutá schopnost opakování a napodobování. To vede k tomu, že často dokáží opakovat delší sdělení, avšak bez porozumění obsahu toho, co říkají.

U dětí, které mají **těžší stupně mentální retardace** lze zvolit metody augmentativní, či alternativní komunikace (viz následující kapitola). Důležité je brát v potaz nutnost **medikamentózní terapie** u dětí s těžším postižením a logopedickou péčí koncipovat tak, aby se snažila rozvíjet verbální i neverbální aktivity, abychom vybudovali komunikaci potřebnou alespoň pro vyjádření základních potřeb (Lechta, 2008). Prvním důležitým krokem, aby člověk s takovým postižením těžil z komunikačního tréninku, je zvolení nejvhodnějšího způsobu realizace logopedické intervence. Při tomto výběru je nutné brát ohled na úroveň zrakové diskriminace, motorických dovedností, schopnosti ovládání zařízení, se kterým je nutná manipulace, dále na úroveň schopnosti být komunikačním partnerem, ale také na preference jednotlivce (Soto et al. in Beirne-Smith, Patton, Kim, 2006).

V oblasti poskytování **logopedické péče** se pozornost zaměřuje na **rozšiřování aktivní slovní zásoby** a globální rozvoj **obsahové stránky řeči** a nácviku dalších dovedností, které souvisí s vývojem řeči (jemná a hrubá motorika, grafomotorika). Vzhledem k výše uvedené dobré napodobovací schopnosti, lze u jedinců se střední mentální retardací celkem dobře upravit artikulaci i s dobrým výsledkem. To ovšem ale není cílem logopedické péče o tyto osoby, nýbrž **rozvoj všech komunikačních dovedností** a schopností. Volí se takové postupy, aby se byly úměrné k celkové úrovni, a následně byly využitelné v dospělosti a pro vedení samostatného života (Škodová, Jedlička, 2003).

Vzhledem k tomu, že mezi základní příznaky ve vývoji řeči u osob s mentální retardací patří **narušení vývoje řeči**, následně jsou uvedeny terapeutické postupy u narušeného vývoje řeči.

Terapeutické postupy jsou stanoveny podle toho, jaké **cíle** jsou v rámci terapie narušeného vývoje řeči určeny. Cíle vymezují, jakého stupně jazykových schopností u dítěte se chce dosáhnout a jak tyto schopnosti lze rozvíjet. Lechta (2014) uvádí cíle terapie u narušeného vývoje řeči ve třech rovinách na úrovni jednotlivých stádiích řečového vývoje. Jedná se o rovinu lexikálně-sémantickou, morfologicko-syntaktickou a pragmatickou. Model podle Laheyové (Kapalková in Lechta, 2014, s. 59) vymezuje sedm vývojových stádií:

- 1. vyjadřování objektů a vztahů jednoslovnými větami,
- 2. vyjadřování vztahů mezi objekty prostřednictvím objevující se syntaxe,
- 3. vyjadřování vztahů mezi objekty rozvíjejícími se sémanticko-syntaktickými vazbami,
- 4. spojování obsahových kategorií s vyjádřením vztahů (věty s rozvinutou přísudkovou částí),
- 5. vyjadřování vztahů mezi událostmi přiřazováním promluv (souřadná a podřadná souvětí bez použití spojovacích výrazů),
- 6. vyjadřování vztahů mezi událostmi použitím spojovacích výrazů a vyjádřením vedlejších vět,
- 7. narativa.

Následně jsou stručně uvedeny cíle podle jednotlivých rovin a výše uvedených vývojových stádií.

a) Cíle terapie v kontextu pragmatické jazykové roviny

Mezi cíle terapie narušeného vývoje řeči v 1. a 2. stádiu komentování probíhajícího děje, oslovení někoho, vyjádření nesouhlasu, získání předmětu, hra se zvuky, ad., tvorba promluv (např. o přítomných předmětech, či o interakci jedince s okolím ad.). Patří sem také produkce mluvního projevu po projevu jiné osoby. Ve stádiu 3. a 4. cíle terapie zahrnují odpovídání na projevy dalších osob, umět pozdravit, zvyšovat promluvy mající sociální funkci, dále také schopnost objasnit promluvy fonetickou opravou, hovořit o nepřítomných objektech, zvyšovat promluvy o činnostech druhých osob. V neposlední řadě je cílem také rozšiřovat promluvy, které nesouvisí s předchozími projevy. V posledních třech vývojových stádiích je cílem rozvíjet formy, které jedinec využívá k vyjádření, dále zvyšovat projevy plnící sociální funkce, ale také schopnost informovat druhé. Mezi další

cíle patří mimo výše uvedené také používání zájmen při opakování předešlého projevu, snižování opakuje se projevů, schopnost adaptace na různé příjemce informací ad.

b) Cíle terapie ve vztahu k lexikálně-sémantické a morfologicko-syntaktické jazykové rovině

Cílem logopedické péče v 1. stádiu je podpora sémantických kategorií, jako je např. opakování, popření, odmítnutí, činnost, vyjádření existence ad. Terapii je vést formou hry s předměty, kdy je důležitá podpora používání hraček a dalších předmětů funkčním způsobem. V rámci 2. vývojového stádia je hlavním cílem rozvíjet „*kombinace už produktivních sémantických kategorií ve dvojslovných projevech*“ (Lechta, 2014, s. 63). Podporování produkce se dále také zaměřuje na nové sémantické kategorie (stav, množství apod.). Kromě hry s předměty je vhodné zařadit další aktivitu a tou je jednoduchá symbolická hra. Ve 3. vývojovém stádiu je cílem podpora rozvíjení nových sémantických kategorií. Cílem 4. vývojového stádia je rozvíjení víceslovných projevů a v 5. stádiu již tvorba souvětí. V návaznosti na cíle předchozích stádií je v 6. stádiu cílem zdokonalovat vyjadřování se zaměřením na použití příslušného spojovacího výrazu. Kromě symbolické a konstrukční hry je do terapie zahrnována nová aktivita, kterou jsou různé pohybové hry. V posledním stádiu je cílem stimulace rozvoje narativních zručností (Lechta, 2014).

3.1.1 Řečová stimulace dílčích oblastí

Aby jedinci s mentální retardací mohli profitovat z poskytované péče, je důležité, aby stimulace byla dlouhodobá, strukturovaná a intenzivní. Tuto péči zajišťují především logopedi. Efektivita takové stimulace spočívá rozložení jejich složek časově, ale i posoupně. „*Řečová stimulace v nejširším slova smyslu má zahrnovat v oblasti řeči primární funkce, sekundární funkce, na úrovni komunikace: dovednosti neverbální i verbální*“ (Housarová, 2011, s. 37). Mezi primární funkce patří dýchání, polykání a příslušné motorické dovednosti či svalové napětí. Sekundární funkce zahrnují porozumění a produkci ve všech jazykových rovinách.

a) Stimulace dýchání

Dýchací ústrojí plní základní funkci a tou je fyziologické dýchání. Při realizaci řeči se však tato základní fyziologická činnost mění. Mění se délka vdechu i výdechu, vdech se zkracuje a výdech se prodlužuje a tím se tedy zvětšuje i objem vdechovaného vzduchu. Doporučená dechová **cvičení** se orientují na „*ovládání fyziologického způsobu vdechu*“

a výdechu, na stabilizaci a zvětšování vitální kapacity plic, na stabilizaci dechového rytmu, koordinaci vdechu a výdechu, tzv. fonační respiraci“ (Housarová, 2011, s. 39).

b) Stimulace polykání

Při procesu polykání dochází k prostupu potravy trávicím traktem do žaludku. Předpokladem pro fyziologické polykání je vyrovnaný svalový tonus v orofaciální oblasti. Polykací akt je tvořen třemi fázemi – fáze ústní, hltanová a jícnová. Polykací akt může být postižen na podkladě organické lézi či v důsledku funkční poruchy např. v oblasti hltanu.

Cvičení stimulující polykací akt se zaměřují na zvětšování svalové síly, zvládnutí polykání stravy o různé konzistenci, dále se zaměřují na kompenzaci a motorické dovednosti.

c) Stimulace svalového napětí

Každý sval má určitý stupeň napětí. Pokud je toto napětí neúmyslně vyvoláno, tento stav je označován pojmem svalový tonus. Ten je rozlišován na klidový a reflexní. Svalový tonus může být také spastický, či hypotonický. V případě spasticity se jedná o zvýšené svalové napětí a sval, který je pasivně napínán, klade odpor. Vedle toho hypotonie představuje stav, když je svalové napětí sniženo a sval je ochablý. **Cvičení** na vyrovnavání svalového napětí jsou zaměřena podle toho, zda je cílem svalové napětí zvýšit, či snížit. Doporučuje se také zapojit prvky myofunkční terapie (Housarová, 2011).

d) Hlasová stimulace

Hlasové, či také fonační ústrojí je základním lidským orgánem pro tvorbu hlasu. Hlasivky, které jsou základem fonačního ústrojí, přecházejí do činnosti během řeči různým způsobem. Mohou se buď postupně rozkmitat při tzv. měkkém hlasovém začátku, či může vzniknout tvrdý hlasový začátek, který je sluchem vnímán jako tzv. ráz. „*Hlasová cvičení se zaměřují na sílu hlasu, posazení hlasu, měkký hlasový začátek*“ (Housarová, 2011, s. 44).

e) Stimulace v oblasti jazykových rovin

V rámci **lexikálně sémantické roviny**, jejímž základem je slovní zásoba, je nutné stimulovat a podporovat triádu, obsahující význam slov, výbavnost slov a také jejich uspořádání.

Morfologicko-syntaktickou oblast, díky níž jedinec dokáže užívat gramatiku svého mateřského jazyka, je doporučováno podporovat „*jednotlivé dílčí dovednosti spojené se skloňováním (číslo, rod, pády), s časováním (číslo, časy, způsoby), užívání předložkových vazeb apod.*“ (Housarová, 2011, s. 47). Obtížnější je však stimulace

a podpora větného vyjadřování. To je vhodné provádět pomocí manipulace se symboly a také užíváním schémat za dodržování směrovosti a lineárnosti.

Oblast foneticko-fonologická, nebo také zvuková stránka je stimulována tehdy, pokud jedinec ke komunikaci využívá mluvenou řeč. V rámci této oblasti stimulujeme motoriku mluvidel a sluchové vnímání (Housarová, 2011).

3.2 Využití augmentativních a alternativních metod v komunikaci s osobami s mentálním postižením

Ke kompenzaci komunikačních obtíží osob s mentální retardací lze využít prostředky augmentativní a alternativní komunikace.

Augmentativní komunikace se zaměřuje na podporování dosažených komunikačních schopností. Jako cíl si klade zvyšování kvality porozumění řeči ale také usnadňování vyjadřování. Systémy, které se snaží nahradit mluvenou řeči, patří pod **komunikaci alternativní**. **Cílem** augmentativní a alternativní komunikace (AAK) je „*umožnit jedincům se závažnými poruchami komunikačního procesu aktivní dorozumívání a zapojení do života společnosti*“ (Janovcová, 2003, s. 16). Díky využívání AAK tak dochází k usnadnění komunikace u osob, jejichž mluvená řeč je nesrozumitelná, nebo není možné ji realizovat a pak se mohou stát aktivní v komunikaci, vzdělávání a dalších oblastech.

Ke komunikaci osob „s mentálním postižením, a to zejména těch s výrazně narušenou expresivní složkou řeči jsou využívány náhradní a podpůrné způsoby komunikace, tzv. **systémy alternativní a augmentativní komunikace**“ (Kubová in Bendová, 2011, s. 92). **Úkolem** AAK je vytvořit nový či náhradní způsob komunikace, a tedy i minimalizovat vznik komunikačního deficitu. Začít využívat AAK je důležité především u dětí s rizikovou diagnózou. Je doporučováno začít **co nejdříve** je to možné. Předchází se tím tak tomu, že dítě nezíská zkušenost selhání, rozvíjí se je aktivita a potřeba vyjádření (Laudová, 2003).

3.2.1 Systémy AAK

Při výběru správného komunikačního systému vždy posuzujeme individuální možnosti dítěte a také jeho diagnózu. Janovcová (2003, s. 17) vymezuje hlediska, která se podílí na rozhodování volby systému AAK. Jedná se o hledisko pedocentrické a systémové. Pod **pedocentrickým** hlediskem zvažujeme verbální dovednosti, fyzické dovednosti, stav smyslových orgánů, dobu průceschopnosti, věk, předpoklad dalšího rozvoje,

kognitivní schopnosti, potřebu komunikace, motivaci ke komunikaci, podporu rodiny a personálu a schopnosti interakce. V rámci **systémového** hlediska zvažujeme způsob přenosu (znaková řeč x piktogramy), ikonicitu, rozsah slovní zásoby.

AAK může realizována v rámci systémů (Janovcová, 2003):

- s pomůckami – předměty, fotografie, obrázky, piktogramy, komunikátory,
- bez pomůcek – prostředky nonverbální komunikace (pohled, gestikulace, mimika apod.),
- jiné – doplňky k ovládání počítače apod.

Systémy s pomůckami dále rozlišují pomůcky netechnické a technické. **Netechnické pomůcky** zahrnují takové pomůcky, které nepotřebují k tomu, aby mohly být používány elektrický proud ani nabíjení z baterií. Používání netechnických pomůcek nepotřebuje ani zvláštní nácvik ovládání, nemají hlasový výstup a jsou cenově dostupné. Patří sem **předměty** (trojrozměrné zobrazení), využívají se v různých formách (reálné předměty, předměty jako symboly, části předmětů, referenční předměty, zmenšeniny. Dalšími netechnickými pomůckami jsou **fotografie** a **komunikační tabulky** z nich vytvořené, **grafické symboly**, symboly PCS (systém obrázkových symbolů), symboly Widgit **piktogramy**, **Systém Bliss**, komunikační tabulky, osobní komunikační tabulky, komunikační zážitkové deníky.

Na druhé straně jsou **technické pomůcky** také velmi potřebné a užitečné. Mají hlasový výstup, možnost zobrazení jednotlivých prvků sdělení, možnost zobrazení hoto-vého sdělení, možnost přehrání sdělení přímým stiskem tlačítka i prostřednictvím exter-ního spínače. Patří sem pomůcky s hlasovým výstupem – tablety, počítače. Dále pomůcky s dynamickým displejem, alternativní pomůcky pro ovládání počítače (dotyková obra-zovka, velkoplošná klávesnice ad.), speciální softwarové programy (např. Altík).

Systémy bez pomůcek – jedná se o prostředky neverbální komunikace, které jsou přirozené a většinou se je nemusíme učit. Jedná se o cílený pohled, mimiku, přirozená gesta, komunikace akcí, ale také znaky, které se uživatel učit musí. Mezi systémy využí-vající manuální znaky patří Makaton, Znak do řeči, Znaky podle Anity Portmann² (Ša-rounová, 2014).

² Anita Portmann – švýcarská logopedka, která je autorkou systému využívající znaky v mluvené řeči (Ša-rounová, 2014).

Další dělení AAK klasifikuje podle **způsobu přenosu informace** na statické a dynamické. Mezi **statické systémy** patří předměty, fotografie, obrázky, piktogramy, systém Bliss, VOKS, Braillovo písmo a písmo. **Systémy dynamické** jsou založeny na používání gest a znaků (znakový jazyk, Makaton ad.) (Klenková, 2006).

3.2.2 Systémy AAK využívané u osob s MR

Téměř všechny výše uvedené metody AAK lze u osob s mentální retardací využít. Nezbytná je, avšak jejich úprava podle toho, jaké jsou aktuální schopnosti těchto osob, např. zda dokážou rozeznat symbol nebo či rozumí jeho názvu, hodnotí se i celková schopnost rozumění řeči. Některým stačí podpora komunikace prostřednictvím znaků, někteří dobře komunikují s využitím fotografií či symbolů. Pokud ovšem osoba s mentální retardací nerozumí obrázkům, ani komunikačnímu kontextu, je nutné pomalu komunikaci s pomocí nacvičovat. Z tohoto hlediska tvoří specifickou skupinu osoby s nejtěžšími stupni mentální retardace.

Následně je uvedena stručná charakteristika systémů alternativní a augmentativní komunikace využívané u osob s mentální retardací.

a) Piktogramy

Jedná se o obrazové komunikační symboly ve formě značek a tabulí (Kubová in Bendová, 2011). Prostřednictvím piktogramů dochází k nonverbální komunikaci a jedná se o předávání instrukcí či varování, ale také usnadnění orientace, a to bez nutnosti využívání řeči. Smysl má tedy u těch osob, které nedokáží dekodovat písmo. Jsou černobíle a kontrastně je rozlišena figura a pozadí. Důležité je především to, aby grafická podoba piktogramu byla kódem, kterému uživatel i komunikační partner porozumí shodně. Často jsou spojovány s písmem, protože současně se při používání piktogramů používá i řeč, ale mohou se zapojovat i manuální znaky. Existuje několik typů piktogramů, u nás se nejvíce používají piktogramy přejímané podle modelů severských zemí Evropy. Jedná se o piktogramy, které daný pojem názorně zobrazují, jsou vizuálně čitelné a dobře zapamatovatelné. Zastupují osoby, předměty, vlastnosti, činnosti ad. Lze je využívat u dětí s mentální retardací, ale také u jedinců s autismem, kombinovaným postižením, a i u dospělých (Bendová, 2011).

b) Systém Bliss

Tento systém dorozumívání byl navržen Charlesem Blissem původně za účelem vytvořit grafický jazykový systém pro osoby mluvící různými jazyky. Jedná se o systém, který obsahuje abstraktní i konkrétní pojmy. Základ tvoří přibližně 100 symbolů, jejichž kombinací mohou vznikat další významy a jsou sestavovány z geometrických tvarů (Laudová, 2003).

Systém Bliss je využíván u osob s narušenou expresivní složkou řeči a intelektem (lehké postižení), s centrálními poruchami motoriky, u osob s mentální retardací, u osob po centrální mozkové příhodě, u afatiků a autistů. Obsahuje dnes již 2300 symbolů, což poskytuje lidem s komunikačním handicapem širokou možnost ve vyjadřování. To se uskutečňuje tak, že osoba ukazuje na jednotlivé symboly (prstem, či jinou částí ruky, příp. těla). Uživatelé také mohou mít své individuální komunikační tabulky, které ze začátku obsahují symboly činností a předmětů. Obsah komunikačních tabulek odpovídá ovšem konkrétním schopnostem a možnostem uživatele (Janovcová, 2003).

c) VOKS – výměnný obrázkový komunikační systém

Tento způsob komunikace je založený principu výměny obrázku a odměny. Vychází z původního PECS – Picture Exchange Communication System. Českou upravenou verzi vytvořila PhDr. Margita Knapcová. PECS je *„založen na zrakové diskriminaci jednotlivých symbolů a na pochopení jejich obsahového významu, dále na schopnosti dítěte manipulovat se symboly a uspořádat je do jednoduchých vět“* (Bendová, 2011, s. 111). Využívá se u dětí jak u jedinců s Downovým syndromem, tak s mozkovou obrnou či poruchami autistického spektra. S upravenou českou verzí (VOKS) se pracuje prostřednictvím vizuálních symbolů, které komunikující předává svému komunikačnímu partnerovi. První lekce se zaměřují na to, že děti obrázek vyměňují za svůj oblíbený předmět či hračku, aby pochopily smysl – tedy, že komunikují. Celkem je nácvik rozdělen do 7 lekcí. Cílem tohoto způsobu komunikace je zvýšení funkčnosti komunikace, ale také rozvoj aktivní i pasivní slovní zásoby a gramatické stavby řeči (Bendová, 2011).

d) MAKATON

Komunikační systém MAKATON představuje nonverbální jazykový program, který byl vytvořen za účelem komunikace dospělých neslyšících osob, které žily v nemocnicích a měly problém se získáváním nových poznatků. Dále také pro slyšící děti s mentální

retardací či autismem, které ale nekomunikovaly verbálně, s cílem podpořit rozvoj jejich komunikace.

Makaton je „*systémem manuálních znaků a symbolů, čímž představuje komunikační prostředek pro jedince s obtížně srozumitelnou řečí až neschopností verbálního vyjadřování a pomocný prostředek pro osoby s obtížemi v porozumění pojmům*“ (Janovcová, 2003, s. 25). Využíván je u následujících cílových skupin (Bandžuchová in Bendová, 2011):

- dospělí neslyšící a děti s mentálním postižením,
- malé neslyšící děti,
- děti s autismem,
- tělesně postižené osoby a osoby s kombinovaným postižením se závažnými artikulačními problémy,
- slyšící dospělí a děti s mentálním postižením nekomunikující verbálně, špatné rozumění mluvené řeči,
- dospělé osoby po cévních mozkových příhodách,
- dospělé osoby po úrazech mozku,
- děti se specifickými vývojovými poruchami učení.

Makaton má slovník čítající 350 slov, která jsou rozdělena do osmi stupňů. Stupně jsou sestaveny od základních pojmů k obecným pojmům, jejich náročnost stoupá. Je možné doplnit ještě devátý stupeň, který je návrhem osobního seznamu slov podle potřeb uživatele (Janovcová, 2003).

e) Znak do řeči

Komunikační systém Znak do řeči představuje vizuálně motorický způsob komunikace, zahrnující gesta a mimiku. U jedinců s mentální retardací se používá pro rozvoj komunikačních schopností pomocí znaků motorické a komunikační schopnosti uživatelů Znak do řeči (Klenková, 2006). Neměli bychom Znak do řeči zaměňovat se Znakovým jazykem, nýbrž Znak do řeči je „*kompenzačním prostředkem, tj. doplňkem řeči pro jedince s narušenou komunikační schopností, zejména v expresivní složce řeči*“ (Janovcová, 2003, s. 24).

I používání Znak do řeči má svá pravidla (Vatera a Boudzioa in Janovcová, 2003):

- dospělý provází svou řeč gestem,

- slovo i posunek probíhají současně,
- vzdálenost mezi komunikujícími by měla být v rozmezí 0,5-2 m,
- obsah posunku podporovat mimikou,
- dospělý povzbuzuje dítě k napodobení gesta,
- dospělý vede dítěti ruku, pokud samo nenapodobuje,
- na každé gesto provedené dítětem dospělý přiměřeně reaguje,
- výběr posunků s ohledem na schopnosti vnímání a motorické dovednosti dítěte,
- dospělý pozoruje, zda je gesto nahrazeno řečí.

Existuje další řada systémů alternativní a augmentativní komunikace, které se mohou využít u osob s mentální retardací. Pro představu jmenují další z nich. Dále sem řadíme např. Znakový jazyk, prstová abeceda, dlaňové komunikační systémy, metoda globálního a sociálního čtení ad.

U osob s **nejtěžšími formami** mentální retardace se využívá alternativní komunikace prostřednictvím **bazální stimulace**. Ta se soustřeďuje na základní elementární nabídku za účelem posilování rozvoje daného jedince. Bazální stimulace se zaměřuje na oblast (Janovcová, 2003):

- somatických a haptických podnětů,
- vibračních, vestibulárních a akustických podnětů,
- orálních podnětů,
- vizuálních podnětů.

Cílem bazální terapie je „*vytvoření pocitu bezpečí, důvěry, možnosti spolehnutí se na okolí, zažití kladného pocitu těla i duše, s umožněním trvalého a spolehlivého sociálního kontaktu, prožití základních lidských způsobu vztahů a vytváření dalších možností interakce*“ (Janovcová, 2003, s. 39).

Šarounová (2014) dále uvádí, že u lidí s nejtěžšími formami mentálního postižení je vhodné využívat co nejjednodušší způsoby komunikace. Řadí sem **nejjednodušší manuální znaky**, které lze využívat jako prostředek pro získání pozornosti, ale dále také slouží jako podpora porozumění mluvené řeči či pokynům. Další metodou je **výběr ze dvou konkrétních věcí**. Vychází z toho, že možnost výběru je základem komunikace. Proto vždy při práci s těmito osobami dáváme na výběr např. ze dvou oblíbených hraček apod. Nacvičovat lze také metodu **jednoduché žádosti o konkrétní věc**, kterou může uživatel hned dostat. Trénink může probíhat pomocí kartiček s dobrotami, kdy

na komunikační kartičce je připevněna oblíbená sladkost a daný jedinec se učí na tu kartičku ukázat, nebo ji podat a tím sdělit, že chce ukazovanou sladkost. Vhodné je také **využití jednoduchých pomůcek s hlasovým výstupem.**

4 Uvedení do praktické části diplomové práce

Problematika komunikace osob s mentálním postižením je stále aktuálním a diskutovaným tématem. Mentální postižení se promítá do mnoha oblastí osobnosti a ztěžuje nejen způsob komunikace osob s mentální retardací, ale zasahuje také schopnost orientace v běžných životních situacích, či jejich samostatnost se související sebeobslouhou.

4.1.Cíle výzkumu a definování výzkumných otázek

Hlavním cílem praktické části diplomové práce je provést „analýzu postupů využívaných pro rozvoj komunikačních dovedností u jedinců s mentálním postižením.“

Hlavní cíl bude naplňován prostřednictvím čtyř dílčích cílů.

DC 1: Zpracovat kazuistické studie dokladující postupy využívané v praxi.

DC 2: Vypracovat terapeutický materiál využitelný v logopedické terapii.

DC3: Pilotně ověřit terapeutický materiál v praxi.

DC 4: Definovat terapeutické postupy využívané během logopedické terapie.

Dále byly k definovaným cílům stanovené **výzkumné otázky (VO)**.

VO 1: Jaké faktory ovlivňují efektivnost logopedické péče u osob se střední mentální retardací?

VO 2: Které terapeutické postupy lze považovat za efektivní při práci s jedinci se střední mentální retardací?

4.1.1 Metodologie praktické části diplomové práce

V praktické části je využita metoda kazuistické studie. Data byla shromážděna na základě analýzy odborných pramenů a doplňujících informací od klinické logopedky a pozorování přímé práce logopedky s žáky během terapeutického sezení. Kazuistiky jsou strukturovány – osobní anamnéza, rodinná anamnéza a průběh logopedické terapie (od doby, kdy s danými jedinci logopedka začala pracovat).

4.1.1.1 Kazuistika jako výzkumná metoda

Termín kazuistika vychází z latinského *casus* neboli případ. Z historického pohledu je tento pojem známý již v dobách antiky ve vztahu k filosofickým, teologickým a právním výkladům obecných zákonů. V současnosti se kazuistika využívá především

v humanitních předmětech, jako je psychologie, pedagogika, ale také sociologie, a to k popisu jednotlivých případů. V rámci speciální pedagogiky či psychologie je tato metoda využívána „*v případě, kdy potřebujeme získat ucelený obraz dosavadního vývoje sledovaného jedince nebo při sledování jedinců nestandardních, vymykajících se společensky uznávaným normám*“ (Michalová, Doubravová, 2014, s. 6). Hovoříme o jedincích, kteří mají speciální vzdělávací potřeby, či mají zdravotní oslabení nebo znevýhodnění.

Jedná se o základní a nejrozšířenější typ výzkumu v oblasti kvalitativního přístupu. Podstatou této metody je **případ**. Tím se stává objekt, kterým může být jedinec či skupina atd. V rámci analýzy případu můžeme sledovat, popisovat a vysvětlovat danou situaci. Případová studie má také svou strategii, ta zdůrazňuje komplexnost celého případu, představuje výchozí místo pro popis, hledání a vysvětlování. Představuje také metody, kterou lze využít pro zpětnou kontrolu dosažených výsledků.

Lze rozlišit tři typy případových studií. Prvním typem je jednopřípadová studie, která je nejjednodušším příkladem, je nejznámější a nejvyužívanější. Druhým typem je případová studie rodiny či skupin, jedná se o specifickou variantu. Třetím typem je případová studie organizací a institucí, která se uplatňuje například u výzkumů pracovních týmů.

Mezi nejzákladnější zdroje, ze kterých při sestavování případové studie můžeme čerpat, patří (Miovský, 2006):

- lékařská dokumentace (anamnézy), zápisy z terapie, supervize atd.,
- autobiografie, deníky, životopisy apod.,
- případová akta státní správy (soudní spisy ad.),
- rekonstrukce historie rodiny,
- historie organizace a dokumentu o jejím vzniku, zápisy z porad ad.,
- rozhovory, pozorování a další metody relevantní s prostředím, ze kterého jsou data získávána.

Hendl uvádí plán, který je v souladu s rámcem realizace výzkumu (Hendl in Skutil 2011):

- zvolení výzkumného tématu a formulování výzkumných otázek (o čem bude kazuistika),

- strategie výběru (výběr je důležitý pro volbu cíle a otázky),
- metody sběru dat (dokumentace, archivy, dotazy, pozorování atd.),
- kritéria pro vyhodnocení dat (jakým způsobem analyzujeme data),
- návržení zprávy (formou ústní nebo písemné).

4.1.2 Charakteristika výzkumného vzorku a místa šetření

Analýza sbíraných dat probíhala ve spolupráci s klinickou logopedkou ve školním zařízení, které poskytuje odborné základní a střední vzdělávání jedincům s mentálním a kombinovaným postižením v Královéhradeckém kraji. Vzhledem k zachování anonymity (pozn. jež byla požadována ze strany zařízení, v němž byla praktická část diplomové práce realizována) není uváděno jméno klinické logopedky, ani název školního zařízení.

Cílovou skupinou pro sběr dat byli žáci se střední mentální retardací ve věku 12-16 let docházející do zařízení. Dvě dívky ve věku 15 a 16 let, dva chlapci ve věku 12 let a chlapec ve věku 13 let. Kritériem pro výběr těchto jedinců bylo přiblížení logopedické terapie u této cílové skupiny, vzhledem k tomu, že v současné odborné literatuře není této oblasti věnováno příliš pozornosti. Kazuistiky se zaměřují na průběh logopedické péče o tyto jedince v praxi.

4.1.3 Průběh realizace výzkumného šetření

V období měsíců září–listopad 2017 probíhala tvorba terapeutického materiálu. Vytvořila jsem 5 pracovních listů. Během měsíců listopadu/prosince 2017 proběhlo partiální ověření vypracovaného materiálu, během kterého jsme objevené nedostatky prokonzultovaly s klinickou logopedkou. Po konzultaci jsem některé pracovní listy upravila tak, aby byly pro práci s klienty se střední mentální retardací co nejlépe využitelné.

Během ledna a února roku 2018 jsem docházela za klinickou logopedkou za účelem zpracování kazuistik a také provedení pilotního využití vypracovaného terapeutického materiálu. Ověření či analýza efektivnosti pracovních listů ovšem vyžaduje delší opakování a byl by nutný širší výzkumný vzorek.

4.2 Rozvoj komunikačních dovedností v kontextu klinicko-logopedické praxe

4.2.1 Konkretizace realizace logopedické péče u vybraných jedinců s MR

A. Kazuistická studie č. 1

V této kazuistice jsou prezentovány terapeutické postupy během logopedické terapie u dívky se střední mentální retardací ve věku 16 let. Kazuistika obsahuje informace v rámci osobní a rodinné anamnézy a stěžejní část zachycuje průběh logopedické terapie od roku 2013, kdy nynější klinická logopedka přebírala klienty po předchozí logopedce a poskytla mi informace pouze z její vlastní praxe.

Dívka, 16 let

Osobní anamnéza: středně těžká mentální retardace, v péči nynější klinické logopedky od září roku 2013, omezená motorika mluvidel, porozumění v rámci mentálního postižení zachované. Pro doplnění uvádím logopedickou anamnézu. Dívka je komunikativní, ale často vede monotematické monology. Příští rok vychází ze speciální školy. U dívky se vyskytuje výrazná artikulační neobratnost, motorika je výrazně špatná v důsledku přirostlé podjazykové uzdičky. Podjazykovou uzdičku řešili chirurgickým zákrokem, ale jazyk dívky je hodně masitý, proto dále podjazykovou uzdičku nešlo upravit.

Rodinná anamnéza: dívka žije v úplné rodině; oba rodiče zdraví; má starší sestru, která se narodila zdravá, studuje gymnázium.

Průběh logopedické péče ve speciální škole (klinická logopedie)

Září 2013

Do péče klinické logopedky, s kterou jsem spolupracovala, se dívka dostala v září roku 2013. Dívka měla výrazně omezenou motoriku mluvidel a neaktivní jazyk. Co se týče zrakové diferenciaci, dívka měla potíže s rozlišováním figury a pozadí. V rámci mentální retardace měla porozumění celkem zachovalé, ale bohužel omezené jen na jednoduché věty. Těžším logickým věcem nerozuměla. V řeči se objevovaly dysgramatismy, neužívala věty. V oblasti sluchového vnímání bylo rozlišování běžných zvuků celkem na dobré úrovni. Ve výslovnosti se potýkala s problémy s hláskami C a Č, které zaměňovala, dále problém s hláskami T a K, které také zaměňovala. Logopedická péče se zaměřovala na automatizaci hlásek K a L a na nastavení mluvidel na hlásku C.

Květen 2014

V květnu 2014 logopedka provedla vyšetření, jehož závěrem bylo zjištění, že důvodem omezené pohyblivosti jazyka je zkrácená podjazyková uzdička. Během terapie logopedka s dívkou trénovala izometrické cviky jazykem proti špátli, kde bylo vidět zlepšení a dívka dobře spolupracovala. Zlepšila se i ve zrakové diferenciaci figury a pozadí, kdy už dobře rozlišovala figuru. Mírné obtíže stále přetrvávaly v oblasti pravo-levé orientace. Porozumění mluvené řeči bylo na stále stejné úrovni, logopedka podporovala rozvoj slovní zásoby, do terapie zahrnovala rytmiizaci slov. V oblasti výslovnosti stále přetrvával špatný pohyb jazyka. Fonematický sluch stále narušen, což přetrvává až do současnosti.

V řečovém projevu začala užívat už i věty, ale stále s výskytem dysgramatismů. Ve větách ale neužívala slova typu „se“, „být“, „si“ apod. Dívka měla také problémy s verbální pamětí, když logopedka předříkávala slova a chtěla, aby je zopakovala, tak to nedokázala. Dále se péče zaměřovala na automatizaci hlásky C v řeči a na vyvozování hlásky S.

Dívka začala v řečovém projevu používat hlásku S, ale přestala používat hlásky T, K až do poloviny roku 2015. Logopedka řešila s matkou odstranění podjazykové uzdičky, doporučila jim tedy návštěvu chirurgie. Ovšem lékaři přišli se závěrem, že nelze provést chirurgický zákrok a uzdičku odstranit.

Prosinec 2014

Díky tomu, že se logopedka zaměřovala na trénink oromotoriky se zlepšila protruze rtů. Nadále ovšem přetrvávaly obtíže v rytmické reprodukci a velkým problémem bylo určení první slabiky ve slovech. Opět podpora rozvoje slovní zásoby. V oblasti výslovnosti činily obtíže souhláskové shluky, v řeči nadále dysgramatismy a stále dívka vynechávala „se“, „být“, „si“. Vyskytovaly se také problémy s analýzou a syntézou slov, dívka totiž neumí číst.

Březen, 2015

Logopedka do terapie zahrnovala masáže dutiny ústní buď kartáčkem, nebo špátlí. Provedla s dívkou test KWINTA, dívka měla problémy již na stupnici 4. V oblasti zrakového vnímání přetrvávaly stále stejné obtíže. Dále logopedka provedla test podle Matějčka, kde dívka získala 11 bodů z 19 možných.

Červen, 2015

Problémy s pohyblivostí jazyka stále přetrvávaly, ale díky masáží se to mírně zlepšilo a dívka zvládla o trochu víc zvednout jazyk. Ovšem nedokázala se dotknout tvrdého patra a vytvořit prudký švih jazykem pro tvorbu hlásky L. Tudíž stále přetrvávala verbální dyspraxie. Logopedka do terapie zahrnovala prvky myofunkční terapie. V oblasti fonemického sluchu dívka asimilovala hlásky L, R a sykavky. Problémy měla dívka i s vytleskáním slabik, s určením hlásek i slabik ve slovech. Lehké obtíže se také objevily s hledáním stínu obrázků. Artikulace byla dyslalická. Logopedka se tedy zaměřila na trénink diferenciací tupých sykavek. Dívka již začala užívat krátké věty nebo souvětí, ale stále neužívala slova „si“, „se“, „jsem“.

Listopad, 2011

Po předchozích masážích se zlepšila pohyblivost jazyka, avšak stále se dívka jazykem nedotkla patra. V oblasti výslovnosti se logopedka zaměřovala na podporu automatizace ostrých sykavek v řeči a na fixaci sykavek tupých. Logopedka se během terapie také soustředila na to, aby dívka dokázala určit první hlásku ve slovech. Zlepšila se i jemná motorika. Dívka v mluvené řeči začala používat i delší věty, avšak stále s výskytem dysgramatismů.

Únor, 2016

Po tréninku tupých sykavek se konečně podařila správná artikulace, ale problémy se objevily se znělostí, proto se logopedka zaměřovala na trénink znělosti, který trval velmi dlouho i v následujících terapiích. Do terapie byly také zahrnovány stále prvky myofunkční terapie – jazykem vyvíjet tlak proti špátli. Také logopedka s dívkou trénovala užívání zvrtných zájmen.

Únor, 2017

U dívky se zlepšila elevace jazyka, ovšem nedosahovala normy. Celkový posun logopedka shledala z osobního hlediska dívky. Logopedická terapie podporovala rozvoj slovní zásoby, začátek užívání i souvětí. Dařila se automatizace tupých sykavek.

Září, 2017

Po prázdninách se u dívky zhoršila pohyblivost jazyka – regrese. Opět se vyskytly obtíže s rozlišením figury a pozadí, problémy s verbální pamětí.

Kvalitativní analýza dalších výsledků

Následně je uvedena současná terapie ze začátku roku 2018. Po příchodu dívky na terapii logopedka začala rozhovorem. Dívka byla komunikativní, odpovídala celými větami. Poté logopedka využila materiál „Navlíkej, nečekej“, kde dívka měla za úkol navlékat 8 korálků, to zvládla bez problémů a samostatně. Její třída chystala besídku, logopedka se zaměřila na toto téma, aby dívka samostatně vyprávěla. Logopedka se ovšem také doptávala. Poté dívka měla za úkol zazpívat písničku, kterou na besídce měli zpívat. Dívka zpívala, ale spíše polohlasně, protože se nejspíše styděla v mé přítomnosti.

V současné době se logopedka soustředí na motoriku jazyka, rozvoj slovní zásoby, rozvoj všech částí osobnosti – zrak, sluch, prostorová orientace ad. Logopedka se snaží rozvíjet dívky všeobecný přehled.

B. Kazuistická studie č. 2

V této kazuistice jsou prezentovány terapeutické postupy během logopedické terapie u dívky se střední mentální retardací ve věku 15 let. Kazuistika obsahuje informace v rámci osobní a rodinné anamnézy. Tato dívka komunikuje převážně prostřednictvím tabletu, vzhledem k tomu není tato kazuistika příliš rozsáhlá. Z hlediska stereotypnosti proběhlých terapií uvádím náhled do terapií, ke kterým jsem měla přístup a shrnuji informace poskytnuté od klinické logopedky mimo dokumentaci.

Dívka, 15 let

Osobní anamnéza: dívka má střední těžkou mentální retardaci, zraková vada. V péči nynější klinické logopedky od září roku 2013. Dívka má předkus – výslovnost je labiodentální a v běžné řeči nesrozumitelná. Dívka vykazuje také emoční nestabilitu, spolupracuje podle toho, jakou má zrovna náladu. Stimulaci špátlí odmítá. Dívka má vývod bokem a při nechuti spolupracovat s logopedkou často somatizovala. Dívka kvůli nesrozumitelnosti svého projevu používá ke komunikaci tablet s aplikací GoToTalk-Now, komunikuje tedy neverbálně.

Rodinná anamnéza: oba rodiče zdraví, dívka žije v úplné rodině, má starší sestru, ta se narodila zdravá. V rodině se nesnaží o rozvíjení funkční komunikace, prý se s dcerou dorozumí, a to jim stačí.

Průběh logopedické péče ve speciální škole (klinická logopedie)

Říjen, 2013

Logopedka se snažila o podporu elevace jazyka, ale dívka odmítala masáže. V oblasti zrakové percepce se objevují potíže právě kvůli zrakové vadě. Potíže byly také v oblasti fonemického sluchu, pasivní slovní zásoba. Dívka běžným situacím rozuměla, ale pokud se jednalo o rozumění pokynům, to už dívka nerozuměla. Slovní zásoba se rozvíjela velmi pomalu. Ve svém mluvním projevu užívala velmi často dovětek „jo?“, aby upoutala pozornost. Jinak užívala maximálně dvouslovná slova. Logopedka se snažila navozit bilabiály, hláska F se nedařila. Začaly tedy s hláskou T, která se v jednoduchých slovech dařila.

Květen, 2014

U dívky motorika stále vázla, nekontrolovaně ji také vytékaly sliny u úst. Logopedka se snažila do terapie začlenit izometrické cviky, ale dívka odmítala veškerou práci se špátlí. Dále se logopedka snažila rozšiřovat pasivní slovní zásobu díky. Řeč dívky byla stále nesrozumitelná. Začala ale tvořit jednoduché věty a dařilo se ji psát velká tiskací písmena.

V roce **2015** u dívky byl návrh pracovat s alternativním komunikačním systémem VOKS. Bohužel doma byla spolupráce minimální. Dívka začala chodit na AAK, kdy nový učitel byl nakloněn právě k využívání VOKSu, ale dívka neměla chuť komunikovat. Proto v září 2017 začala používat iPad a aplikaci Go to talk now. Logopedka při terapii ale požaduje, aby dívka slovo nejdříve řekla a poté ho až přehrála na iPadu. Logopedka se snaží rozvíjet její schopnosti tak, aby byla samostatnější.

Kvalitativní analýza dalších výsledků

Následně je uvedena současná terapie ze začátku roku 2018. Po příchodu na logopedii ji logopedka uvítala a ptala se ji, jak se po nemoci cítí. Dívka odpovídala slovy „nevím“ a spíše se věnovala v tabletu, který s sebou nosí. Logopedka ji požádala, aby tablet dala stranou a spolupracovala. Začaly využitím materiálu „Navlíkej, nečekej“, dívka navlékla celkem 5 korálků, přičemž se stále ujišťovala, zda to dělá dobře (otázkami „jo?“, které stále opakovala). Poté ji logopedka vyzvala, aby si vzala svůj tablet a pracovaly s aplikací, kterou má v zařízení. Za úkol měla pojmenovávat obrázky, po zmáčknutí obrázku se přehraje i zvuk. Logopedka byla důsledná a chtěla, aby dívka nejprve slovo řekla a poté až přehrála v aplikaci. Během terapie se několikrát zvedla a šla logopedku objímat, když ji logopedka usměrnila, dívka odmítala dále spolupracovat. Ke komunikaci využívá jen tablet a obrázkový systém.

C. Kazuistická studie č. 3

V této kazuistice jsou prezentovány terapeutické postupy během logopedické terapie u chlapce se střední mentální retardací v kombinaci s autismem ve věku téměř 13 let. Kazuistika obsahuje informace v rámci osobní a rodinné anamnézy a stěžejní část zachycuje průběh logopedické terapie od roku 2014.

Chlapec, 12 let (10 měsíců)

Osobní anamnéza: Chlapec má střední mentální retardaci v kombinaci s autismem.

Rodinná anamnéza: Chlapec se narodil do úplné rodiny, oba rodiče zdraví, má mladší sestru, také zdravá. Matka velmi pečlivě s chlapcem doma pracuje, což se pak odráží i v logopedii.

Průběh logopedické péče ve speciální škole (klinická logopedie)

V péči nynější klinické logopedky od roku 2014. Motorika mluvidel byla špatná, vážla protruze rtů, elevace jazyka nerealizovatelná. Logopedka začínala oromotorickými cvičeními. V oblasti zrakové percepce se objevily obtíže s rozpoznáváním figury – pozadí, logopedka s chlapcem trénovala rozeznávání figury – pozadí na obrázcích. Chlapec měl problémy i s krátkodobou pozorností. Slovní zásoby byla chudší, znal slova jen z oblastí, které ho zajímaly, nerozlišoval distinktivní rysy. Spontánní mluva byla velmi špatně srozumitelná, vyskytovaly se stereotypy a dysgramatismy. O sobě mluvil ve 3. osobě, mluva byla silně dyslalická (mnohočetná dyslalie), zejména špatné sykavky obou řad, hláska L a vibranty. Rozuměl jednoduchým pokynům, se složitými pokyny problémy, vzhledem ke krátkodobé paměti. V oblasti grafomotoriky – špatný úchop, kvalita kresby nízká. Vyskytovaly se také nepravidelnosti ve fluenci řeči.

Začátek roku 2014, únor 2014

Na začátku roku se logopedka zaměřila na trénink rozlišování hlásek C a S, vzhledem k tomu, že chlapec měl problém tyto dvě hlásky od sebe odlišit a poté navodit hlásku C. V únoru se hláska C zlepšila, logopedka podporovala automatizaci v řeči. Snažila se následně navodit hlásku Z, avšak chlapec měl problémy s navozením znělosti hlásky. Logopedka se tedy zaměřila na to, aby navodila znělost, trénovali odhmatáváním, dodnes se objeví někdy místo hlásky Z hláska S.

Duben, 2014

Výslovnost hlásky Z se zlepšila, logopedka podporovala fixaci hlásky na začátku slov, někdy byla nutná úprava hlásky C ve spontánní řeči.

Květen, 2014

V oblasti výslovnosti se logopedka stále věnovala úpravě znělosti hlásky Z. Proběhlo kontrolní vyšetření, kdy přetrvávala špatná protruze rtů, pohyb jazyka stále omezen, u chlapce vážla orientace v dutině ústní. Ve zrakové percepci se objevovaly stále drobné obtíže v důsledku krátkodobé pozornosti. Logopedka také podporovala rozvoj slovní zásoby využitím her, materiálů (Žvanda a Melivo). Řeč se postupně stávala lépe srozumitelnou, ale pouze při soustředění. Chlapec začal užívat 1. osobu, když o sobě mluvil. Stále ovšem přetrvávaly obtíže zapamatovat si báseň či nějaký text.

Prosinec, 2014

Logopedka provedla kontrolní vyšetření. Pohyblivost jazyka byla stále stejná, vážla, ale elevace jazyka se trochu zlepšila. Přetrvávaly problémy se znělostí sykavek, proto se logopedka následně zaměřila na intenzivní trénink. Kresba odpovídala stále hlavo-
nožci, v mluvním projevu se začaly objevovat mírné dysfluence. Při podpoře automa-
tizace hlásky Z se objevovaly stále problémy v běžné komunikaci, nutné bylo stále znělost odhmatávat.

Leden, 2015

V lednu logopedka začala s vyvozováním hlásky L – správné postavení mluvidel. Když se dařila hláska Z, logopedka terapii zaměřila na diferenciaci sykavek tupé i ostré řady. V dubnu téhož roku chlapec rozlišování sykavek zvládal dobře.

Červen, 2015

Opět logopedka provedla kontrolní vyšetření. V terapii začala se stimulací jazyka a dutiny ústní kartáčkem a zapojila prvky myofunkční terapie. Chlapec měl zkrácenou podjazykovou uzdičku, ale zubařka ji odmítla nastříhnout, logopedka se tedy snažila jazyk rozcvičit, což se příliš nedařilo. Terapie byla dále zaměřována na rozvíjení slu-
chové percepcce. Problematická byla výslovnost hlásky L, logopedka se snažila ji na-
vodit, bohužel vzhledem k omezené pohyblivosti jazyka se nedařilo ani to, tudíž se

tomu již dále nevěnovala. Při zatížení, či stresu se u chlapce začaly objevovat záchvaty třesu.

Říjen, 2015

Na podzim se logopedka zaměřila v terapii na výslovnost hlásky Š na začátku slov a stále podporovala znělost u hlásky Z. V tom pokračovala až do konce roku, kdy začali s chlapcem procvičovat slova s hláskou Š s postavením uprostřed slova.

Leden, 2016

Logopedická terapie pokračovala s hláskou Š v otevřených slabikách a následovala jeho fixace hlásky ve slovech. Stále se logopedka věnovala podporování znělosti u hlásky Ž.

Březen, duben, 2016

Zaměření terapie bylo na automatizaci hlásky Š, kdy logopedka tuto hlásku ukončila jen pro mírnou úpravu v řeči. V dubnu 2016 začali opět řešit uzdičku, bohužel se opět nepodařilo a logopedka začala opět s polohováním jazyka.

Říjen, 2016

V říjnu logopedka přešla k diferenciaci dvou sykavek ve slovech, nejdříve se zaměřila na rozlišování tupých sykavek.

Leden, 2017

V terapii pokračovala automatizace hlásek Z a Ž. Logopedka se v rámci motoriky mluvidel zaměřila na stimulaci orofacionálního svalstva za použití špátle, vibračních kartáčků a klasického kartáčku. Provedla s chlapcem Token Test, kde chlapec získal 22 bodů, v důsledku problémů s verbální pamětí. Dále logopedka s chlapcem procvičovala syntézu a analýzu slov. Úpravu artikulace logopedka ukončila, i přesto dále prováděla masáže dutiny ústní. Do terapie zahrnovala podporu rozvíjení slovní zásoby, využitím materiálu např. Vykuk. Zaměřila se na rozlišování abstraktních pojmů (slaný x sladký).

Září, 2017

Logopedka provedla kontrolní vyšetření. Zlepšila se protruze rtů i elevace jazyka, ale ten stále vázne kvůli podjazykové uzdičce. Stále vázla analýza a syntéza slov. Po prázdninách bych chlapec více komunikativní. Ve větách ale přetrvávaly stále dysgramatismy.

Kvalitativní zhodnocení dalších výsledků

Následně je uvedena současná terapie ze začátku roku 2018. Chlapec byl komunikativní, hovořil o nadcházejících dnech. Logopedka se ho různě doptávala, používal věty, vyprávěl jednoduchý děj. Chlapec má problém bilabiálním uzávěrem, nedokáže udržet sliny, ale neuvědomuje si to. Poté logopedka kontrolovala domácí úkoly, které chlapci zadala. Následně zadala chlapci, aby vyprávěl podle obrázku (dějové posloupnosti). Během mluvního projevu chlapce ho logopedka usměrňovala ve výslovnosti, ale také aby se držel tématu. Různě se ho doptávala, chlapec odpovídal celými větami, nebo dokončoval věty, kterými mu logopedka napovídala. Následně logopedka pracovala se špátlí > posilování jazyka, vzhledem k tomu, že chlapec má velmi oslabené jazykové svalstvo. Poté provedla masáž obličeje > orofaciální stimulace, nejprve rukama a pak logopedka využila vibrační kartáček. Na závěr terapie chtěl chlapec využít materiál „Navlíkej, nečekej“, tak za odměnu dostal materiál k dispozici a zadala mu počet korálků, které měl navlékat.

Nyní se logopedka zaměřuje stále na polohování jazyka, opakování sykavek obou řad a na rozvoj slovní zásoby.

D. Kazuistická studie č. 4

V této kazuistice jsou prezentovány terapeutické postupy během logopedické terapie u chlapce se střední mentální retardací, taktéž s kombinací dětského autismu ve věku 13 let. Kazuistika obsahuje informace v rámci osobní a rodinné anamnézy a stěžejní část zachycuje průběh logopedické terapie od roku 2013.

Chlapec, 13 let

Osobní anamnéza: Chlapec má střední mentální retardaci v kombinaci s dětským autismem. Již v mateřské škole nemluvil, jeho mluva byla velmi nesrozumitelná. Špatně se orientoval ve vlastní dutině ústní, špatná elevace jazyka. Když mluvil, tak slova komolil a říkal jen ta, která ho zajímala. U chlapce byla slovní dyslalie, krátká doba pozornosti, vyskytovaly se dysgramatismy a potíže s rozuměním složitým pokynům. Během dětství dlouho řešili diagnózu chlapce, až později byla stanovena diagnóza autismu.

Rodinná anamnéza: Oba rodiče chlapce jsou zdraví. Matka otěhotněla ve vyšším věku, ale podle odběrů plodové vody byl plod v pořádku, včetně průběhu těhotenství. Matka již má další dvě dcery, jedna dcera z předchozího manželství má také mentální postižení.

Průběh logopedické péče ve speciální škole (klinická logopedie)

Září, 2013

Při převzetí do péče nynější logopedky se terapie zaměřila na rozvoj slovní zásoby v různých oblastech a v rámci artikulace na automatizace hlásek Ď, Ť, Ň a začala s fixací hlásky C. Logopedka se také zaměřila na to, aby chlapec tvořil správně gramatické věty. Do terapie zahrnovala oromotorické cvičení, rozlišování figury – pozadí a podporovala rozvíjení krátkodobé pozornosti.

Prosinec, 2013

V oblasti artikulace zaměření na hlásku C v postavení uprostřed slova. Chlapec hlásku C na konci slov nahrazuje hláskou S, s čímž se potýkali až do dubna roku 2014. Logopedka s chlapcem také trénovala nádech nosem, výdech ústy.

Květen, 2014

Logopedka provedla kontrolní vyšetření. Chlapec se zlepšil v orientaci v dutině ústní, ale stále vázla protruze rtů. Drobné detaily stále nerozlišoval, naučil se rozeznávat zvuky, které jsou spojené s vesnicí (zvířata, pracovní stroje apod.). Chlapec rozšířil svou vlastní zásobu, ale pouze jen když mluví pomalu a soustředí se, je mu rozumět. V rámci artikulace se stále věnovali úpravě hlásky C. Chlapec tvořil krátké věty, ale stále s výskytem dysgramatismů, což přetrvává až do dnes.

Červen, 2014

Chlapec fixoval hlásku C již v básničkách a logopedka začala vyvozovat hlásku R. U chlapce se před tím několikrát objevilo, ale spíše jen jednokmit. Logopedka zvolila vyvozování hlásky R přes substituci. U hlásky C se stále vyskytoval problém, že místo C na konci slov chlapec říkal S.

Září, 2014

U chlapce se hlásky R výrazně zlepšila, začal ji užívat i v běžné mluvě. Zlepšila se i slovní zásoba, již dokázal rozsáhleji popsat obrázek. Hlásku R trénovali ve spojení s hláskou T a následně ve shluku souhlásek STR.

Listopad, 2014

V listopadu již logopedka s chlapcem trénovala hlásku R ve spojení s hláskami T, D a ST. Chlapec spontánně dokázal vyslovit své jméno (které právě obsahuje hlásku R), logopedka následně zapojila před hlásku R hlásku K. Stále pokračovala podpora automatizace hlásky C.

Prosinec, 2014

Kontrolní vyšetření – zlepšila se protruze rtů. Chlapec měl stále potíže s rozlišováním detailů, ale rozlišování figury a pozadí už zvládal dobře. Také dokázal rozlišit stejný a jiný zvuk. Potíže se vyskytovaly stále v oblasti analýzy a syntézy. Srozumitelnost mluvního projevu se lehce zlepšila. Logopedka s chlapcem trénuje rozdělování slov na slabiky, aby chlapci bylo lépe rozumět. Sykavky se u chlapce také zlepšily, především ve spontánní mluvě. Pokračovali v tréninku hlásky R ve spojení s dalšími souhláskami, hlásky Ř byla v mluvě stále dyslalická.

Leden, 2015

Na začátku roku 2015 se logopedka zaměřila na hlásku R ve spojení s hláskou F. Po uplynulých vánočních prázdninách se objevily opět problémy s hláskou K.

Březen, 2015

Logopedka provedla kontrolní vyšetření a v rámci tohoto vyšetření provedla také KWINTUŮV test, ve kterém chlapec dosahuje stupně 4. Problémy se stále vyskytovaly v oblasti protruze rtů. Problematické pro chlapce bylo zavření pouze jednoho oka. Obtíže se vyskytovaly také ve vnímání detailů. V oblasti sluchové percepce přetrvávaly problémy s rozlišováním hlásek, zejména s první a poslední hláskou ve slově. Obtíže ve verbální paměti byly na takové úrovni, kdy chlapec nedokázal zopakovat tři slova, která spolu nesouvisí.

Duben, 2015

Logopedka zaměřila na hlásku R ve spojení s hláskou M a V, dále do logopedické terapie zahrnula diferenciaci sykavek. Hláška R se dařila vytvořit, ale pouze jednorozměrně, logopedka ho mechanicky podporovala v tvorbě.

Červen, 2015

U chlapce se zlepšily pohyby jazyka, byly již přesnější. V rámci sluchové diferenciaci prováděn trénink diferenciaci sykavek, jelikož u chlapce stále přetrvávaly obtíže. Hláška R se u chlapce lehce zlepšovala, ale stále ji tvořil jednorozměrným pohybem jazyka.

Září, 2015

Logopedka v rámci úpravy hlásky R začala spojení s hláskami B a P. Následně do terapie také zahrnovala nácvik diferenciaci sykavek. Bohužel až do dnes je nutné opravovat chlapce během jeho mluvního projevu. Logopedka s chlapcem začala také nacvičovat písničky, což jim trvalo čtvrt roku. Hlášku R trénovali s postavením uprostřed, čemuž se také věnovali delší dobu, přibližně také čtvrt roku. Chlapec měl delší časovou prodlevu, kdy na terapii nechodil.

Září, 2016

Na podzim roku 2016 logopedka začala s chlapcem hlásku Ř. Od tohoto měsíce chlapec logopedku do konce roku 2017 navštívil pouze třikrát. Logopedka se zaměřovala také na rozvoj grafomotoriky.

Během roku 2017 u chlapce došlo ke zlepšení elevace jazyka, dokázal již nafouknout tváře. Analýza a syntéza ovšem byla stále slabší, v mluvním projevu výskyt dysgramatismů.

Září, 2017

Logopedka se věnovala tréninku elevace jazyka a analýze a syntéze. Dále do logopedické terapie zahrnula trénování zvrtných slovesech, a to nácvikem čtení.

Kvalitativní zhodnocení dalších výsledků

Následně je uvedena současná logopedická péče ze začátku roku 2018. Po dlouhé nemoci chlapec dorazil na terapii. Po příchodu s logopedkou vedli rozhovor, logopedka ho musela usměrňovat ve výslovnosti pro lepší srozumitelnost. Stále se ovšem v řeči vyskytovaly dysgramatismy. Chlapec odpovídal na otázky logopedky většinou jednoslovně. Při kontrole domácí přípravy, kterou logopedka chlapci zadala, opět chlapec musela usměrňovat ve výslovnosti. Následně logopedka zahájila trénink analýzy, kdy logopedka předříkávala slova a chlapec měl před sebou kartičky s písmeny a jeho úkolem bylo sestavit slovo, které logopedka řekla. Poté to zkoušeli bez opory písmen, logopedka řekla slovo a chlapec ho vyhláskoval. Poté naopak zkoušeli syntézu, kdy logopedka předříkávala slovo po hláskách, a chlapec řekl slovo, které logopedka hláskovala. Slova po 4 hláskách chlapec spojil bez obtíží, u delších slov byl problém, s dopomocí logopedky se mu však podařila i těžší slova.

Následně logopedka přešla k hlásce Ř, kdy chlapci předříkávala slova s touto hláskou. Musela ovšem nejdříve usměrnit postavení mluvidel u chlapce (zuby u sebe, vyšpulit ústa) a následně šeptem tvořili slova. Hlásky Ř hezky naskakovala. Logopedka před chlapce pokládala obrázky na tuto hlásku a chlapec je měl pojmenovat s důrazem na správnou výslovnost. Logopedka ho stále ovšem musela opravovat a upozorňovat na správné postavení mluvidel. Poté zkusili hlásku Ř v postavení po hlásce P a T a to se dařilo dobře.

Poté trénovali paměť. Logopedka před chlapce položila 3 obrázky, chlapec je pojmenoval a jeho úkolem bylo si obrázky zapamatovat. To se mu podařilo, zvládl si zapamatovat i 4 obrázky. Když logopedka zvýšila počet obrázků, chlapec měl problém se zapamatováním a jejich vybavením. Před koncem terapie logopedka chtěla, aby chlapec zazpíval. Nejprve se ostýchal, ale poté zpíval, jeho projev velmi dobře srozumitelný.

E. Kazuistická studie č. 5

V této kazuistice jsou prezentovány terapeutické postupy během logopedické terapie u chlapce se střední mentální retardace ve věku 12 let. Chlapec má přidružené postižení, jedná se o autismus. Kazuistika obsahuje informace v rámci osobní a rodinné anamnézy a stěžejní část zachycuje průběh logopedické terapie od roku 2014.

Chlapec, 12 let

Osobní anamnéza: Chlapec má střední mentální retardaci v kombinaci s autismem. Psychomotorický vývoj chlapce byl do 1. roku přiměřený, kolem 3. roku se objevilo mrkání okem a afektivní záchvaty. Ve 14 ti měsících jeho slovní zásoba obsahovala kolem 20 ti slov. Odmítal fyzický kontakt. Kolem 2,5 roku stále nechodil samostatně na nočník a odmítal také oblékání. Do mateřské školy nastoupil ve 4 letech. V rámci logopedické anamnézy se chlapec špatně orientoval v dutině ústní, špatná byla i motorika mluvidel. Na výzvy reagoval a rozuměl běžným jednoduchým pokynům. Obtíže s porozuměním ovšem byly, u chlapce se dále vyskytovaly perseverace a mluvil o sobě ve 3. osobě. Jeho mluvní projev byl založen spíše na slovních spojeních, věty užíval ojediněle.

Rodinná anamnéza: Chlapec se narodil do úplné rodiny, oba rodiče jsou zdraví. Chlapec je jedináček.

Průběh logopedické péče ve speciální škole (klinická logopedie)

V péči nynější logopedky je chlapec od začátku roku 2014. V únoru roku 2013 byla ukončena logopedická terapie v rámci zařízení s tím, že chlapec bude navštěvovat klinickou logopedku jinde.

Leden, 2014

V lednu roku 2014 chlapec začal opět navštěvovat nynější zařízení a začal chodit na logopedii ke klinické logopedce v tomto zařízení. U chlapce byla oromotorika mírně omezena, orientace v dutině ústní také vážla včetně špatné elevace jazyka. Potíže se objevovaly i v percepci, dále v oblasti porozumění, kdy chlapec rozuměl pouze pokynům, které znal. Slovní zásoby u chlapce byla chudá, omezená, vyskytovaly se echolálie a stereotypy. Řeč byla dyslalická (hlásky V, R a sykavky), věty chlapec netvořil, někdy jen opakoval a obtíže se vyskytovaly i v oblasti jemné motoriky.

Duben, 2014

Logopedka se zaměřila na oromotorická cvičení, rozvíjení slov a vět dle obrázků. V rámci úpravy výslovnosti logopedická terapie zahrnovala fixaci hlásky V ve slovech s postavením uprostřed a na konci slov.

Červen, 2014

V červnu se logopedka zaměřovala na fixování hlásky K ve všech postaveních, ale u chlapce přetrvávala verbální dyslalie. Izolovaně hlásku chlapec dokázal vyslovit, ale v řeči ji nepoužíval.

Září, 2014

Logopedická terapie se zejména orientovala na automatizaci hlásky K a V a logopedka začala s chlapcem vyvozovat hlásku L ve slabikách. Do konce roku pracovali na této hlásce a na rozvoji slovní zásoby.

Prosinec, 2014

Logopedka provedla kontrolní vyšetření. Motorika byla u chlapce stále mírně omezena, avšak zlepšila se elevace jazyka. Dále u chlapce přetrvávaly obtíže v rozlišení figury a pozadí. Porozumění bylo stále na stejné úrovni, objevily se mírné změny ve slovní zásobě. Většina hlásek byla na úrovni automatizace do slov. Opakování u chlapce bylo většinou bez porozumění, verbální paměť byla stále omezena.

Leden, 2015

Začátkem roku logopedka začala s chlapcem navozovat hlásku R přes substituci s hláskou D.

Únor, 2015

Za měsíc se logopedka s chlapcem pokoušela navodit hlásku R ve spojení s hláskou T (TR). Mimo vyvozování vibrantu R se logopedka také zaměřovala na podporu automatizace hlásek V, K a L ve spontánní mluvě.

Duben, 2015

U chlapce se objevilo zlepšení, dařila se hláska ve spojení s D i T. Na konci dubna se dařilo vyslovit hlásku přes substituci, ale spontánně bohužel ne.

Červen, 2015

V červnu bylo opět provedeno kontrolní vyšetření. U chlapce byly horší cílené pohyby, obtíže se také stále vyskytovaly ve sluchové diferenciaci a v rozlišování zvuků v okolí. Dále přetrvávaly obtíže v porozumění. Hláska R se začala mírně zlepšovat, avšak hlásky jinak nediferencuje. Ve spontánní mluvě převažovaly několikaslovná spojení s výskytem dysgramatismů. Během roku 2015 začal chlapec ke komunikaci využívat VOKS, jehož využití v červnu intenzivně stouplo. Na konci června logopedka s chlapcem trénovala sluchovou diferenciaci řady tupých sykavek, což pokračovalo znovu od září téhož roku.

Září, 2015

Na začátku školního roku v rámci logopedické terapie logopedka začala s chlapcem vyvozovat hlásku Č. Velice dlouho trvalo pouze samostatné nastavování mluvidel do správného mluvního postavení a poté k tomu logopedka přidala trénink hlásky na citoslovcích.

Prosinec, 2015

Koncem roku se objevila hláska R i ve spontánním projevu. Avšak u chlapce stále přetrvávaly problémy najít detaily na obrázku a také problémy s rozlišováním distinktivních rysů hlásek. Logopedická terapie se zaměřovala na trénink tupých sykavek, zejména hlásky Č a dále logopedka podporovala automatizaci hlásky R ve spontánní mluvě.

V rozvoji slovní zásoby, v rozvíjení motoriky mluvidel a v podpoře automatizace hlásek R a Č ve spontánní mluvě probíhalo téměř v průběhu celého roku 2016. Intenzivně se terapie soustředila také na využití komunikačního systému VOKS.

Únor, 2017

V únoru logopedka provedla kontrolní vyšetření. Chlapec zvládal laterální pohyby jazykem, ale se souhybem dolní čelisti. Sluchová percepce se zlepšila, ale rozlišování distinktivních rysů hlásek bylo stále problematické. Vyskytly se problémy s programováním řeči, ale chlapec velmi dobře rozuměl informacím, které přijímal zrakovou cestou. Slovní zásoba se rozvíjela, artikulace však dyslalická s výskytem echolálií. Verbální paměť u chlapce byla stále problematická, včetně výskytu verbální dyspraxie.

V rámci syntaxe chlapec využíval krátké věty, stále s výskytem dysgramatismů. Logopedka ukončila trénink artikulace, chlapec dosáhl svého maxima v této oblasti. Cíleně již s chlapcem výslovnost nedrilovala.

Září, 2017

Chlapec byl schopný již samostatně odpovídat na otázky logopedce, pokud mu nebylo rozumět, dokázal dané slovo i napsat. U chlapce se echolálie již vyskytovaly méně než v předchozích měsících. U chlapce již nebyl potřeba VOKS, proto ho již přestal využívat, celkově se jeho řeč zlepšila a patří mezi ty žáky, u kterých došlo k výraznějšímu progresu.

Kvalitativní zhodnocení dalších výsledků

Při terapii, které jsem se zúčastnila se chlapec vůbec nestyděl. Po příchodu na terapii začal říkat vulgární slovo, načež ho logopedka okamžitě napomenula. U chlapce se vyskytují problémy s porozuměním, výrazná artikulační neobratnost. Chlapec má však zrakovou paměť na dobré úrovni a v případě, že mu není rozumět, je schopen slovo napsat (např. anglický název filmu či pohádky, kterou viděl). Jeho oblíbeným filmem jsou Příšerky s.r.o., u chlapce se objevují perseverace, vzhledem k tomu, že když se podívá na tento film, pak o každém říká, že je příšerka. Během terapie logopedka využívá materiály jako např. Navlíkej, nečekej! ad. Do základní školy přišel s pár slovy, nyní již nepotřebuje ke komunikaci AAK, u chlapce došlo k velkému pokroku, již se dokáže domluvit sám, přestože se objevují dysgramatismy.

4.3 Analýza postupů využívaných při práci s žáky se střední mentální retardací klinickým logopedem

Následně jsou shrnuty terapeutické postupy, které logopedka využívala během terapeutického sezení, vyplývající z výše uvedených zpracovaných kazuistik.

Kazuistická studie č. 1 – využívané logopedické terapeutické postupy

- **úprava percepčně – motorických vzorů hlásek** – včetně nastavování mluvidel do správné pozice při vyvozování či úpravě hlásek, podpora automatizace a fixace hlásek ve spontánní mluvě,
- **prvky myofunkční terapie – trénink izometrických cviků** – jazykem vyvíjet tlak proti špátli,
- **trénink oromotoriky, masáže dutiny ústní** – kartáčkem, špátlí,
- **podpora rozvoje slovní zásoby** – popis obrázků,
- **rytmizace slov**,
- **trénink diferenciac tupých sykavek**,
- **trénink určování první hlásky ve slovech**,
- **trénink a fixace znělosti u sykavek**,
- **trénink užívání zvrtných zájmen**,
- **podpora rozvoje jemné motoriky** - využitím materiálů, kde se manipuluje s malými částmi materiálu (např. Navlíkej, nečekej!).

Současná logopedická terapie u dívky se střední mentální retardací ve věku 16 let zahrnuje rozvíjení motoriky jazyka, rozvoj slovní zásoby, rozvoj všech oblastí – zrak, sluch, prostorová orientace ad., včetně podporování všeobecného přehledu dívky.

Kazuistická studie č. 2 – využívané logopedické terapeutické postupy

Vzhledem k tomu, že kazuistická studie č. 2 byla velmi stručná a k minimálnímu progresu v rozvoji dívky, uvádím příklady postupů, které logopedka užívala v jednotlivých terapeutických sezeních.

- **snaha o podporu elevace jazyka** – dívka však odmítala spolupracovat, odmítala masáže dutiny ústní,
- **úprava percepčně – motorických vzorů hlásek** – zejména bilabiální hlásky, poté hlásky T,

- **izometrické cvičení** – logopedka se snažila do terapie začlenit prvky myofunkční terapie, dívka však často odmítala spolupracovat,
- **rozvoj pasivní slovní zásoby.**

Současná logopedická terapie u dívky se orientuje na podporu jemné motoriky, rozvoj slovní zásoby (pojmenováváním obrázků v aplikaci) a celkové samostatnosti dívky.

Kazuistická studie č. 3 – využívané logopedické terapeutické postupy

- **oromotorická cvičení,**
- **trénink rozeznávání figury – pozadí** – využitím obrázků,
- **úprava percepčně – motorických vzorů hlásek** – zejména u hlásek L, R, Ř a sykavky obou řad,
- **trénink diferenciací sykavek ostré řady** – zejména hlásky C a S,
- **podpora automatizace sykavek ve spontánní mluvě,**
- **trénink navození znělosti u hlásky Z - odhmatáváním** – místo hlásky Z byla v mluvě používána hláska S, následně **úprava znělosti této hlásky,**
- **podpora fixace hlásky Z na začátku slov,**
- **úprava výslovnosti hlásky C ve spontánní mluvě,**
- **podpora rozvoje slovní zásoby** – využitím materiálů a her (např. Žvanda a Melivo, VYKUK),
- **stimulace dutiny ústní a jazyka** – pomocí kartáčku, **využití prvků myofunkční terapie, orofaciální stimulace,**
- **rozvíjení sluchové percepce,**
- **úprava výslovnosti hlásky Š, navozování znělosti u hlásky Ž a následná podpora automatizace,**
- **trénink analýzy a syntézy slov.**

V současnosti se logopedická terapie u chlapce se středním mentálním postižením zaměřuje stále na polohování jazyka, opakování sykavek obou řad, a především na rozvoj slovní zásoby.

Kazuistická studie č. 4 – využívané logopedické terapeutické postupy

- **úprava percepčně – motorických vzorů hlásek** – hlásky Ď, Ť, Ň, C, R,
- **oromotorická cvičení,**
- **trénink rozlišování figury – pozadí,**

- **podpora rozvíjení krátkodobé pozornosti,**
- **podpora rozvoje slovní zásoby,**
- **trénink dýchání (nádech nosem, výdech ústy),**
- **vyvozování percepčně – motorického vzoru hlásky R, následně podpora její automatizace a fixace,**
- **trénink rozdělování slov na slabiky – při spontánní mluvě za účelem lepší srozumitelnosti,**
- **podpora automatizace a diferenciací sykavek,**
- **rozvoj grafomotoriky,**
- **trénink analýzy a syntézy,**
- **nácvik čtení a trénink zvrtných sloves.**

Současná logopedická terapie u chlapce se střední mentální retardací prezentovaná v kazuistické studii č. 4 zahrnuje trénink analýzy a syntézy slov, stále také usměrňování výslovnosti ve spontánní mluvě a velký důraz je kladen na trénink krátkodobé paměti.

Kazuistická studie č. 5 – využívané logopedické terapeutické postupy

- **oromotorická cvičení,**
- **podpora rozvíjení slov a vět podle obrázků,**
- **úprava percepčně – motorických vzorů hlásek – hlásky Č, K, L, V, R, včetně nastavování mluvidel do správného postavení (zejm. u hlásky Č byl velký problém s udržení správného postavení, což logopedka s chlapcem trénovala dlouho dobu),**
- **podpora automatizace hlásek v mluveném projevu,**
- **trénink sluchové diferenciací sykavek tupé řady,**
- **podpora rozvoje slovní zásoby, motoriky mluvidel a podpora automatizace hlásek R a Č,**
- **intenzivní využívání Výměnného obrázkového komunikačního systému (VOKS).**

Současná logopedická terapie u chlapce s kombinovaným postižením zahrnuje podporu zrakové paměti, rozvíjení jemné motoriky a také, aby byl chlapec schopný samostatně se domluvit s okolím.

Shrnutí využívaných terapeutických postupů v logopedické praxi

Z výše uvedených výsledků analýzy terapeutických postupů vyplývají nejvíce využívané postupy v logopedické terapii u žáků se střední mentální retardací. Jedná se především o úpravu percepčně – motorických vzorů hlásek, kdy se logopedka nejčastěji soustředila právě na úpravu výslovnosti. Dalším hojně využívaným postupem bylo využití oromotorických cvičení a zapojení prvků myofunkční terapie. Mezi další zvolené postupy patřila podpora rozvoje slovní zásoby, trénink rozeznávání figury – pozadí. Do terapie byl zahrnut také trénink syntézy a analýzy slov, včetně tréninku sluchové diferenciaci. Mezi méně často využívané terapeutické postupy patřil nácvik čtení a podpora rozvoje grafomotoriky.

4.4 Tvorba terapeutického materiálu

Terapeutický materiál (pracovní listy) sloužící k využití při logopedické terapii byl vytvořen na základě definování požadavků z klinické praxe, a to ve smyslu podpory logopedické terapie u cílové skupiny dospívajících žáků se středním mentálním postižením. Po konzultaci s klinickou logopedkou byla stanovena struktura pracovních listů, obsah zadaných úkolů, ale diskutována byla také formální úprava textů, resp. pracovních listů. S participací logopedky byly také vymezeny konkrétní úkoly, které byly v listech zpracovány.

Celkem bylo vytvořeno pět pracovních listů a každý list je zpracován dle daného tématu. Témata byla volena taková, se kterými se lze setkat v každodenním životě, obsahuje situace, které jsou běžné, a i osoby se střední mentální retardací se v ní mohou ocitnout. Zvolenými tématy jsou *Na poště*, *V obchodě*, *U lékaře*, *Ve škole*, *Doma*. Každý pracovní list obsahuje celkem deset úkolů. Obrázky, které jsou v materiálech zvoleny, jsou především reálné obrázky příslušných předmětů. Pracovní list tedy obsahuje:

- reálný dějový obrázek,
- zástupné fotografie předmětů, se kterými se lze setkat v běžném životě,
- zadání úkolů.

Zadané úkoly byly vytvořeny na základě podnětů ze strany klinické logopedky s osobami se střední mentální retardací, vyplývající ze zkušeností z práce s cílovou skupinou osob s mentálním postižením v oblasti poskytování logopedické terapie

u těchto osob. Jedná se o oblasti, které jsou pro danou cílovou skupinu užitečné a rozvíjející jejich přehled a možných zkušenostech s danými každodenními situacemi.

Pracovní listy se zaměřují na trénink zrakové a sluchové diferenciaci, vybavnost pojmů (např. vyjmenovat předměty, vytleskat slabiky, určit počáteční hlásku ve slově, určit, jaký předmět do řady nepatří apod.). K listům byl také vypracován záznamový list.

Záznamový list viz Příloha č.1.

Zpracovaný terapeutický materiál viz Příloha č. 2.

4.5 Pilotní použití terapeutického materiálu v praxi klinické logopedie

Terapeutický materiál byl využit v rámci logopedické terapie u těch samých žáků, o kterých jsou výše zpracované kazuistiky o průběhu logopedické péče. U tří žáků byla provedena celkem dvě sezení, druhé sezení proběhlo po měsíci. U dvou žáků bylo provedeno jedno sezení, druhé sezení kvůli nemoci nebylo možné zrealizovat. Výsledky jsou zpracovány do tabulky.

**a) Výsledky pilotního použití pracovního listu *V obchodě*– dívka, 16 let (ka-
zuistika č. 1)**

Zadání úkolu	Výsledek
Úkol č. 1 – popis obrázku	pár slovy, s nápovědou
Úkol č. 2 – pojmenovávání předmětů	pojmenováno 6 z 8 předmětů, nepojmeno- váno – uzeniny, regál
Úkol č. 3 – předměty patřící do skupiny	určeny všechny předměty (4)
Úkol č. 4 – předměty nepatřící do skupiny	určeny všechny předměty (2)
Úkol č. 5 – předmět nepatřící do řady	určen; problém s pojmenováním předmětu
Úkol č. 6 – předměty nepatřící do řady	určeny všechny (2), neurčeno, kam patří
Úkol č. 7 – vymyslet předmět hodící se do řady	Ano; vozík
Úkol č. 8 – určení hlásky na začátku slov	Určeno u 6 z 8 slov, neurčeno u slov-vozik, pokladna
Úkol č. 9 – určování hlásky na konci slov	Určeno u 6 z 8 slov, neurčeno u slov – ze- lena, košík
Úkol č. 10 – vytleskávání slabik a určení po- čtu	Vytleskána všechna slova (8), slabiky ur- čeny u 6 z 8 slov, neurčeno u slov-pokladna, zelenina

Tab. č. 1 Výsledky pilotního využití terapeutického materiálu *V obchodě* (1. sezení)

Zadání úkolu	Výsledek
Úkol č. 1 – popis obrázku	pár slovy, samostatně
Úkol č. 2 – pojmenovávání předmětů	pojmenováno 6 z 8 předmětů, nepojmenováno – regál, pokladní (nahrazeno slovy „paní pokladna“, „pokladnice“)
Úkol č. 3 – předměty patřící do skupiny	určeny všechny předměty (4)
Úkol č. 4 – předměty nepatřící do skupiny	určeny všechny předměty (2)
Úkol č. 5 – předmět nepatřící do řady	určen; zařazení předmětu – do domu, na chalupu
Úkol č. 6 – předměty nepatřící do řady	určeny všechny (2), záhon – na zahradu, garáž – na pozemek
Úkol č. 7 – vymyslet předmět hodící se do řady	ano; vozík
Úkol č. 8 – určení hlásky na začátku slov	Určeno u všech slov (8)
Úkol č. 9 – určování hlásky na konci slov	Určeno u 7 z 8 slov, neurčeno – pokladna Pozn. – dívka určila hlásku až když ji bylo slovo řeknuto
Úkol č. 10 – vytleskávání slabik a určení počtu	Vytleskána všechna slova (8), slabiky určeny u všech slov (8)

Tab. č. 2 Výsledky pilotního využití terapeutického materiálu *V obchodě* (2. sezení)

b) Výsledky pilotního použití pracovního listu *U lékaře*– dívka, 15 let (kazuistika č. 2)

S dívkou bylo provedeno pouze jedno sezení, kvůli nemoci dívky nebylo zrealizované druhé sezení v domluvený den.

Zadání úkolu	Výsledek
Úkol č. 1 – popis obrázku	pár slovy, s nápovědou
Úkol č. 2 – pojmenovávání předmětů	pojmenovány 2 z 8 předmětů, nepojmenováno – ordinace, recept, tlakoměr, špátle, čekárna, stetoskop
Úkol č. 3 – předměty patřící do skupiny	určeny všechny předměty (4)
Úkol č. 4 – předměty nepatřící do skupiny	určeny všechny předměty (2), jeden předmět nezařazen do kategorie
Úkol č. 5 – předmět nepatřící do řady	určen; zařazení předmětu – ven
Úkol č. 6 – předměty nepatřící do řady	určeny všechny (2), neurčeno, do jaké kategorie předměty patří
Úkol č. 7 – vymyslet předmět hodící se do řady	ne
Úkol č. 8 – určení hlásky na začátku slov	Určeno u 5 z 8 slov, neurčeno u slov – čekárna, ordinace, špátle
Úkol č. 9 – určování hlásky na konci slov	Určeno u 4 z 8 slov, neurčeno u slov – recept, injekce, ordinace, špátle
Úkol č. 10 – vytleskávání slabik a určení počtu	Vytleskáno 7 z 8 slov, nevytleskané slovo – ordinace; slabiky vytleskány u 7 z 8 slov, neurčeno u slova - čekárna

Tab. č. 3 Výsledky pilotního využití terapeutického materiálu *U lékaře* (1. sezení)

c) Výsledky pilotního použití pracovního listu *Na poště* - chlapec, 12 let (kazuistika č. 3)

Zadání úkolu	Výsledek
Úkol č. 1 – popis obrázku	pár slovy („peníze lidi chtějí“)
Úkol č. 2 – pojmenovávání předmětů	pojmenováno 7 z 8 předmětů, nepojmenováno – složenka
Úkol č. 3 – předměty patřící do skupiny	určeny všechny předměty (4)
Úkol č. 4 – předměty nepatřící do skupiny	určeny všechny předměty (2)
Úkol č. 5 – předmět nepatřící do řady	určen; zařazení předmětu – domů
Úkol č. 6 – předměty nepatřící do řady	určeny všechny předměty (2), zařazení předmětů – domů
Úkol č. 7 – vymyslet předmět hodící se do řady	ano, balík
Úkol č. 8 – určení hlásky na začátku slov	určeno u všech slov (8)
Úkol č. 9 – určování hlásky na konci slov	Určeno u 6 z 8 slov, neurčeno u slov – balík, pohled
Úkol č. 10 – vytleskávání slabik a určení počtu	Vytleskáno 6 z 8 slov, nevytleskaná slova – razítko, složenka; slabiky vytleskány u 7 z 8 slov, neurčeno u slova - složenka

Tab. č. 4 Výsledky pilotního využití terapeutického materiálu *Na poště* (1. sezení)

Zadání úkolu	Výsledek
Úkol č. 1 – popis obrázku	věty („paní přišla“, „vidím pošťáky“, „balík můžu mít tam“)
Úkol č. 2 – pojmenovávání předmětů	pojmenovány všechny předměty (8)
Úkol č. 3 – předměty patřící do skupiny	určeny všechny předměty (4)
Úkol č. 4 – předměty nepatřící do skupiny	určeny všechny předměty (2)
Úkol č. 5 – předmět nepatřící do řady	určen; zařazení předmětu (s pomocí) – domů, k obědu
Úkol č. 6 – předměty nepatřící do řady	určeny všechny předměty (2), zařazení předmětů – domů (pračka, koště)
Úkol č. 7 – vymyslet předmět hodící se do řady	ano, balík
Úkol č. 8 – určení hlásky na začátku slov	určeno u 7 z 8 slov, neurčeno u slova - pohled
Úkol č. 9 – určování hlásky na konci slov	Určeno u 7 z 8 slov, neurčeno u slov – složenka
Úkol č. 10 – vytleskávání slabik a určení počtu	Vytleskáno 6 z 8 slov, nevytleskaná slova – razítko, složenka; slabiky vytleskány u všech slov (8), pozn. problém pojmenovat a vytleskat, ale počet určen

Tab. č. 5 Výsledky pilotního využití terapeutického materiálu *Na poště* (2. sezení)

**d) Výsledky pilotního použití pracovního listu *U lékaře* - chlapec, 13 let (ka-
zuistika č. 4)**

Zadání úkolu	Výsledek
Úkol č. 1 – popis obrázku	celými větami, samostatně
Úkol č. 2 – pojmenovávání předmětů	pojmenován 1 (sestřička) z 8 předmětů, pozn. pojmenovává funkci předmětů
Úkol č. 3 – předměty patřící do skupiny	určeny všechny předměty (4)
Úkol č. 4 – předměty nepatřící do skupiny	určeny všechny předměty (2)
Úkol č. 5 – předmět nepatřící do řady	určen, bez zařazení předmětu do kategorie
Úkol č. 6 – předměty nepatřící do řady	určeny všechny předměty (2), bez zařazení předmětů do kategorie
Úkol č. 7 – vymyslet předmět hodící se do řady	ano, injekce
Úkol č. 8 – určení hlásky na začátku slov	určeno u všech slov (8)
Úkol č. 9 – určování hlásky na konci slov	určeno u všech slov (8)
Úkol č. 10 – vytleskávání slabik a určení po- čtu	vytleskána všechna slova (8), určen počet slabik u všech slov (8)

Tab. č. 6 Výsledky pilotního využití terapeutického materiálu *U lékaře* (1. sezení)

**e) Výsledky pilotního použití pracovního listu *Ve škole* - chlapec, 12 let (ka-
zuistika č. 5)**

Zadání úkolu	Výsledek
Úkol č. 1 – popis obrázku	celými větami (krátké věty), samostatně
Úkol č. 2 – pojmenovávání předmětů	Pojmenováno 5 z 8 předmětů, nepojmeno- váno – křída, houba, nástěnka
Úkol č. 3 – předměty patřící do skupiny	určeny všechny předměty (4)
Úkol č. 4 – předměty nepatřící do skupiny	určeny všechny předměty (2), bez zařazení do kategorie
Úkol č. 5 – předmět nepatřící do řady	určen, bez zařazení předmětu do kategorie
Úkol č. 6 – předměty nepatřící do řady	určeny všechny předměty (2), bez zařazení předmětů do kategorie
Úkol č. 7 – vymyslet předmět hodící se do řady	ano, tabule
Úkol č. 8 – určení hlásky na začátku slov	určeno u všech slov (8)
Úkol č. 9 – určování hlásky na konci slov	určeno u 7 z 8 slov, neurčeno u slova – ta- bule; pozn. spíše hádal, pravidelně určil předposlední hlásku
Úkol č. 10 – vytleskávání slabik a určení po- čtu	vytleskána všechna slova (8), určen počet slabik u všech slov (8)

Tab. č. 7 Výsledky pilotního využití terapeutického materiálu *Ve škole* (1. sezení)

Zadání úkolu	Výsledek
Úkol č. 1 – popis obrázku	celými větami (krátké věty), samostatně
Úkol č. 2 – pojmenovávání předmětů	Pojmenováno 6 z 8 předmětů, nepojmenováno – křída, nástěnka
Úkol č. 3 – předměty patřící do skupiny	určeny všechny předměty (4)
Úkol č. 4 – předměty nepatřící do skupiny	určeny všechny předměty (2), bez zařazení do kategorie, pozn. „Vysavač patří do školy.“
Úkol č. 5 – předmět nepatřící do řady	určen, zařazení předmětu – do „zahradník“
Úkol č. 6 – předměty nepatřící do řady	určeny všechny předměty (2), zařazení předmětů – košík do „obchodě“, na nákup; gauč patří „doma“
Úkol č. 7 – vymyslet předmět hodící se do řady	ano, tabule
Úkol č. 8 – určení hlásky na začátku slov	určeno u všech slov (8)
Úkol č. 9 – určování hlásky na konci slov	určeno u 6 z 8 slov, neurčeno u slova – tabule, lavice
Úkol č. 10 – vytleskávání slabik a určení počtu	vytleskána všechna slova (8), určen počet slabik u všech slov (8)

Tab. č. 8 Výsledky pilotního využití terapeutického materiálu *Ve škole* (2. sezení)

5 Zhodnocení naplnění cílů, výzkumných otázek a diskuze

Hlavním cílem praktické části byla analýza postupů využívaných pro rozvoj komunikačních dovedností u jedinců s mentálním postižením.

Z výše zpracovaných kazuistických studií vyplynuly nejčastěji využívané terapeutické postupy během logopedické péče u žáků se střední mentální retardací v rámci klinické logopedie. **Hlavní cíl** praktické části diplomové práce **byl naplněn, a to** vyhodnocením postupů, které byly u daných kazuistik využívány během posledních pěti let.

Hlavní cíl praktické části diplomové práce je naplňován prostřednictvím dílčích cílů.

DC 1: Zpracovat kazuistické studie dokladující postupy využívané v praxi.

Kazuistické studie byly zpracovány na základě dostupných informací od klinické logopedky a studia poskytnuté dokumentace. Kazuistiky se orientují na zejména na zachycení průběhu poskytované logopedické péče klinickou logopedkou a vyplývající terapeutické postupy. **Dílčí cíl č. 1 byl naplněn** zpracováním jednotlivých terapeutických sezení s žáky se střední mentální retardací.

DC 2: Vypracovat terapeutický materiál využitelný v logopedické terapii.

Terapeutický materiál byl vypracován po odborné konzultaci s klinickou logopedkou, která navrhla osnovu logopedického materiálu. Podle požadavků logopedky bylo vytvořeno celkem pět pracovních listů na různá témata, se kterými se běžně v životě i jedinec se střední mentální retardací může potýkat. **Dílčí cíl č. 2 byl naplněn** vypracováním pracovních listů, které obsahují úkoly zaměřující se na podporu rozvoje slovní zásoby, výbavnost pojmů, sluchovou i zrakovou diferenciaci a obsahují reálné fotografie předmětů, které souvisí s příslušným tématem pracovního listu.

DC3: Pilotně ověřit terapeutický materiál v praxi.

K pilotnímu ověření pracovních listů došlo v rámci terapeutického sezení, které se konalo celkem dvakrát. Druhé sezení se opakovalo po měsíci od prvního použití materiálu. Pilotní ověření materiálu nastínilo, jak je možné jej využít v přímé práci s žáky se střední mentální retardací. K zaznamenání výsledků byl vytvořen záznamový list,

výsledky byly shrnuty do tabulek. **Dílčí cíl č. 3 byl naplněn** ověřením pracovních listů v praxi.

DC 4: Definovat terapeutické postupy využívané během logopedické terapie.

Z výše zpracovaných kazuistik zaměřujících se na průběh terapeutické logopedické péče vyplynuly postupy, které byly v rámci této péče využity. Klinická logopedka využívala terapeutický postup **úpravy percepčně-motorických vzorů hlásek**. Důraz byl kladen na správné artikulační postavení mluvidel, ale také se zaměřovala další oblasti jako např. znělost u sykavek. V rámci úpravy artikulace logopedka podporovala fixaci a automatizaci v mluvním projevu. Dalším častým využívaným terapeutickým postupem bylo **rozvíjení slovní zásoby**, za podpory obrázků, kdy žáci měli daný obrázek popisovat. Logopedka s žáky trénovala především výbavnost pojmů s důrazem na správnou výslovnost. Do logopedické terapie byly zahrnuty také prvky myofunkční terapie (izometrická cvičení) a masáže v orofaciální oblasti. Mezi další využívané postupy patřila **podpora rozvoje jemné motoriky**, využíváním např. materiálu „Navlíkej, nečekej!“, kde úkolem bylo navlékání korálků na provázek. V neposlední řadě byly do terapie zahrnuty další následující postupy. Jedná se o trénink rozeznávání fi-gury – pozadí, trénink analýzy a syntézy slov, trénink oromotoriky, trénink sluchové diferenciaci. **Dílčí cíl č. 4 byl naplněn** shrnutím využívaných terapeutických postupů v péči o osoby se střední mentální retardací v rámci klinické praxe.

V průběhu realizace praktické části diplomové práce byly zodpovězeny také níže uvedené výzkumné otázky.

VO 1: Jaké faktory ovlivňují efektivnost logopedické péče u osob se střední mentální retardací?

U osob se střední mentální retardací hraje hlavní roli především úroveň jejich intelektu. V rámci logopedické péče lze hovořit o dalších faktorech, které ovlivňují samotnou efektivitu logopedie. Prvním faktorem je samotná schopnost komunikace jedince s mentální retardací. Pokud je komunikativní, pozitivní a spolupracující, je to usnadňujícím faktorem, který napomáhá v efektivitě terapeutické péče. Důležitou roli dále hraje psychické rozpoložení, ale také fyzický stav osoby. Vzhledem k tomu, že se práce věnuje osobám se střední mentální retardací, samotné období dospívání je významným faktorem, který rovněž ovlivňuje možnosti terapie. Typické pro toto období

je precitlivělost a změny nálad, s tím se setkávají i osoby s mentálním postižením. Proto není výjimkou, že aktuální nálada a psychické rozpoložení ovlivňuje efektivitu logopedické terapie. Nezřídka se stane, že jedinci trpící náladovostí odmítli komunikovat a spolupracovat.

Vedle psychického stavu svou roli hraje také fyzický stav. Dlouhodobé nemoci výrazně ovlivňují efektivnost péče, dlouhá absence má negativní důsledky v rozvoji komunikačních schopností jedinců s MR. I u osob se střední mentální retardací se vyskytují orgánové odchylky, jako např. přirostlá podjazyková uzdička, což negativně ovlivňuje efektivitu v oblasti správné artikulace. Vzhledem k tomu, že jedinec nemůže plně využívat artikulační orgán k nácviku správného artikulačního postavení, nemůže tedy ani dospět k správnému vyvození percepčně-motorického vzoru hlásky. Jiná situace nastává tehdy, pokud je tento problém řešen chirurgickým zákrokem. Potom již nemá podjazyková uzdička negativní vliv na nemožnost tréninku artikulace. Co ale může také ovlivnit dovednost správné artikulace je samotná úroveň svalů dutiny ústní, ale také celé orofaciální oblasti. Pokud jsou svaly dutiny ústní (především jazyk) výrazně ochablé, stává se to výraznou komplikací, která ovlivňuje efektivitu samotného tréninku artikulačního postavení.

Neodmyslitelným faktorem, který ovlivňuje celkovou efektivitu logopedické péče je spolupráce rodiny, především práce rodičů či dalších rodinných příslušníků s jedincem s MR v jeho přirozeném prostředí. Bez podpory rodičů, a především systematické spolupráce s logopedkou by jedinci s mentálním postižením těžko dosáhli alespoň minimální schopnosti komunikace. Jako dalším faktorem, který ovlivňuje terapeutické působení lze zhodnotit samotný materiál, který je využíván. Logicky vyplývá, že pokud je atraktivní, zajímavý, přitáhne pozornost uživatele. Negativní efekt bude mít využití materiálu, který je pro klienty nezajímavý, ba nudný, pak bude jejich motivace minimální. V neposlední řadě i samotný logoped představuje možný ovlivňující faktor ve vztahu k jedinci s mentální retardací, jak v přístupu k němu jako k osobnosti, tak je důležitá kvalita péče poskytované logopedem.

VO 2: Které terapeutické postupy lze považovat za efektivní při práci s jedinci se střední mentální retardací?

Na základě realizovaného výzkumného šetření nebylo možné na tuto výzkumnou otázku relevantně odpovědět, a to na základě vlastní empirické zkušenosti autorky diplomové práce. V daném ohledu bylo třeba vycházet z analýzy odborných pramenů a literatury, jakož i z informací získaných rozhovorem s klinickou logopedkou, která s jedinci se středně těžkou mentálním postižením pracuje pět let.

Z průběhu poskytované péče v rámci posledních pěti let nelze příliš jednoznačně určit, které terapeutické postupy byly nejvíce efektivní od zahájení logopedické terapie. Avšak i za pět let lze systematickou a kvalitní péči i u osob se střední mentální retardací dosáhnout výraznějších zlepšení. Dokladem toho jsou zpracované kazuistiky, které se věnují žákům, u kterých došlo k viditelnému progresu. Z uvedených postupů, které volila logopedka při práci s touto cílovou skupinou, lze konstatovat, že efekt přinesla stimulace orofaciální oblasti, včetně masáží, kdy u žáků docházelo ke zlepšení protruze rtů, i elevace jazyka, což bylo vhodným podkladem pro další trénink správné artikulace. Efektivní byl také postup vyvozování nových percepčně-motorických vzorů hlásek, který je prokazatelně doložitelný pokroky ve foneticko-fonologické rovině jazyka.

Díky intenzivní práci na kvalitní artikulaci, samozřejmě s ohledem na osobní maximum žáků, došlo k lepší srozumitelnosti během jejich spontánního projevu. S tím souvisí také další postup, jenž podporuje rozvoj slovní zásoby. Jedinci s MR díky rozvíjení jejich slovní zásoby dokázali v rámci jejich možností také spolupracovat při realizaci pilotního ověření terapeutického materiálu. Efektivním postupem byl také trénink syntézy a analýzy slov, zejména v situacích, kdy žáci nedokázali slovo vyslovit srozumitelně, dokázali ho alespoň napsat. Přínosem bylo také, že si žáci dokázali slovo rozdělit na slabiky a pomalu vyslovit, čímž se výslovnost také zlepšila. Efektivní byl tak trénink sluchové diferenciaci, který žákům pomáhal v porozumění a také v uvědomění si, jaké hlásky vyslovovali.

Diskuze

Komunikace je přirozená každému člověku, bez ohledu na pohlaví, věk, barvu pleti, mateřský jazyk či zdravotní stav. Jinak tomu není ani u osob s mentální retardací. Avšak musí čelit jistým překážkám a problémům, které mohou při jejich touze komunikovat nastat. V dnešním moderním světě již nejsou tyto osoby zavrhovány a odsouvány na okraj společnosti, naopak je nynější doba otevřená jejich světu a snaží se najít tu nejlepší cestu, aby je činil samostatnějšími a spokojenějšími ve svém životě i přes to, jakému omezení musí čelit.

Ve své práci se zaměřuji právě na komunikační schopnosti osob s mentální retardací a v této návaznosti jsem zpracovala kazuistiky věnující se průběhu logopedické péče, jejímž cílem je právě rozvíjet schopnost komunikace těchto osob na co možnou nejlepší úroveň. Kazuistické studie popisují jednotlivé případy žáků se střední mentální retardací v dospívajícím věku. Jejich cílem bylo zachytit logopedické postupy, využívané v klinické praxi. Vzhledem k tomu, že odborná literatura nenabízí příliš širokou nabídku, jaké terapeutické postupy jsou nejvhodnější, je tedy diskutabilní, zda uvedené postupy, které klinická logopedka využívala, byly více či méně efektivní. Z mého pohledu se terapie výrazně soustředila převážně na úpravu artikulace a vyvozování nových percepčně-motorických vzorů hlásek, což si myslím, že není stěžejní v rámci rozvoje komunikace u jedinců s mentální retardací. Vedle toho lze konstatovat, že velkou roli hraje také fakt, jak moc s daným jedincem pracuje rodič, případně další zákonný zástupce. V rozvoji komunikaci je dle mého názoru důležité především jedince podporovat v aktivní komunikaci, ale také rozvíjet ostatní oblasti jako je sluchové vnímání, zrakové vnímání, rozvíjení paměti, myšlení a pozornosti a v neposlední řadě také prostorovou orientaci.

V návaznosti na výše uvedené byl vytvořen terapeutický materiál za účelem rozvíjení slovní zásoby (popis dějového obrázku), vybavování slov (pojmenovávání předmětů), zrakové vnímání (určování předmětů, které nepatří do kategorie), ale také i sluchové vnímání, které bylo stimulováno úkoly na určování začátečních a posledních hlásek ve slovech.

Při porovnání výsledků pilotního ověření pracovních listů v případě dívky (kazuistika č. 1) si můžeme všimnout již v 1. úkolu se zlepšila, kdy sice obrázek popsala pár slovy, ale poprvé s nápovědou a při 2. použití materiálu dokázala obrázek pár slovy

pojmenovat sama. Dále např. v úkolu č. 5 měla dívka problém se zařazením předmětu do příslušné kategorie, při 2. sezení dívka dokázala předmět zařadit. V úkolu č. 8 při určování předmětů dívka nedokázala určit všechny, při 2. sezení již dívka určila všechny předměty. U dívky (kazuistika č. 2) bylo sezení provedenou pouze jednou, tudíž výsledky pouze nastiňují komunikační schopnosti dívky.

V případě kazuistiky č. 3 byly výsledky podobné jako u dívky (kazuistika č. 1). Největší problém činil hned 1. úkol, kde za 30 vteřin chlapec musel popsat obrázek, popsal ho jen pár slovy. Oproti tomu podruhé již používal krátké věty. Výsledky v jednotlivých úkolech byly po 2. sezení stejné, či lepší. Ale také došlo k regresi, kdy při 2. sezení chlapec neurčil všechny předměty v úkolu č. 8 (určování první hlásky ve slově) jako při 1. sezení.

U chlapce (kazuistika č. 5) lze pozorovat zlepšení v některých úkolech. Zlepšilo se především zařazování předmětů do kategorie (např. určit, že košík patří do obchodu). Naopak ale došlo také ke zhoršení, kdy chlapec při 1. sezení určil vyšší počet předmětů než při sezení druhém.

Dle získaných a vyhodnocených výsledků sice nelze objektivně konstatovat, zda terapeutický materiál je komplexně efektivní, vzhledem k tomu, že u žáků nebyly použity všechny okruhy pracovních listů, ale lze pozorovat, že již při 2. sezení u žáků ve většině úkolů došlo ke zlepšení. Díky využití pracovních listů tedy došlo minimálně k lepší orientaci žáků v daném tématu, dokázali určit, jaké předměty s tématem souvisí, jaké naopak nesouvisí a ke zlepšení došlo také v zařazení předmětů do příslušných kategorií. Vzhledem k tomu, že tvorba terapeutického materiálu nebylo stěžejním cílem diplomové práce, by ověřování efektivnosti vhodné provést jako samostatné výzkumné šetření s širším výzkumným vzorkem.

Závěr

Diplomová práce je tematicky zaměřená na *Komunikační schopnosti dospívajících osob se středním mentálním postižením*. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. První kapitola teoretické části se zabývá obecnou problematikou mentálního postižení, jeho charakteristikou a dále uvádí jeho příčiny, ale také psychické odlišnosti těchto jedinců. Důležitou částí této kapitoly je vymezení pojmu dospívání a přiblížení průběhu dospívání u jedinců s mentálním postižením.

Stěžejní část práce tvoří druhá kapitola teoretické části, která se věnuje problematice komunikace jako takové, pak specifikuje poznatky o komunikaci osob s mentální retardací a na závěr uvádí doporučení, jak komunikovat s těmito osobami. Třetí kapitola se věnuje možnostem podpory rozvíjení komunikačních dovedností, uvádí také možné způsoby využití augmentativní a alternativní komunikace u této cílové skupiny. Shrnuje také doporučené postupy jako základ logopedické péče o jedince s mentální retardací.

V praktické části diplomové práce jsou zpracovány kazuistiky, které dokládají průběh logopedické péče u jedinců se střední mentální retardací v dospívání. Následně se zabývá analýzou terapeutických postupů, využívaných klinickou logopedkou v praxi. Jedním z dílčích cílů byla tvorba terapeutického materiálu, který byl následně pilotně ověřen v praxi. V praktické části je také popsána jeho tvorba a vyhodnocení jeho použití u žáků se střední mentální retardací. Tvorba pracovního materiálu a následné ověření mi poskytlo hlubší proniknutí do problematiky práce s jedinci s tímto typem postižení a přispělo k mým počínajícím praktickým zkušenostem.

Problematice logopedické péče o osoby s mentálním postižením se v odborné literatuře dle mého názoru nevěnuje příliš mnoho pozornosti, což je možná příčinou toho, že se u těchto osob využívají různé přístupy a možná se zbytečně příliš dlouho se hledá cesta k adekvátní péči. Vzhledem k nabídce dostupných terapeutických materiálů a pomůcek byla navržena právě tvorba vlastního materiálu, který odpovídá věku žáků, není pro ně infantilní a poskytnou jim základní přehled o tom, jaké situace mohou v životě zažít.

Seznam použitých zdrojů

Seznam literatury

1. BARTOŇOVÁ, Miroslava, Barbora BAZALOVÁ a Jarmila PIPEKOVÁ. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007, 150 s. ISBN 978-80-7315-161-4.
2. BAZALOVÁ, Barbora. *Psychopedie*. In PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006, 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
3. BENDO VÁ, Petra. *Specifika komunikace dětí s mentálním postižením*. In BENDO VÁ, Petra a Pavel ZIKL. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada, 2011, 140 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-3854-3.
4. BENDO VÁ, Petra. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Praha: Grada, 2011, 150 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-3853-6.
5. BENDO VÁ, Petra. *Komunikace dospělých osob s mentálním postižením*. In BENDO VÁ, Petra. *"Vybrané kapitoly z psychopedie a etopedie nejen pro speciální pedagogy"*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015, 137 s. ISBN 978-80-7435-423-6.
6. ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015, 222 s. ISBN 978-80-246-3071-7.
7. DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace: 6. vydání*. Praha: Grada, 2008, 502 s. Expert. ISBN 978-80-247-2018-0.
8. DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada, 2001, 420 s. ISBN 80-7169-988-8.
9. HOUSAROVÁ, Blanka. *Řečová výchova pro žáky s MP a poruchami autistického spektra*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2011, 61 s. ISBN 978-80-7372-790-1.
10. JANOVCOVÁ, Zora. *Alternativní a augmentativní komunikace: učební text*. Brno: Masarykova univerzita, 2003, 48 s. ISBN 80-210-3204-9.
11. KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006, 224 s. Pedagogika. ISBN 80-247-1110-9.

12. KOZÁKOVÁ, Zdeňka. *Osoby s kombinovanými vadami z pohledu psychopedie*. In LUDÍKOVÁ, Libuše. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, 140 s. ISBN 80-244-1154-7.
13. KOZÁKOVÁ, Zdeňka, Olga KREJČÍŘOVÁ a Oldřich MÜLLER. *Charakteristika dospívání a dospělosti osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 111 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3712-5.
14. KREJČÍŘOVÁ, Olga, Zdeňka KOZÁKOVÁ a Oldřich MÜLLER. *Teoretická východiska speciální pedagogiky u osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 95 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3715-6.
15. LAUDOVÁ, Lucie. *Augmentativní a alternativní komunikace*. In ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003, 612 s., [viii] obr. příl. ISBN 80-7178-546-6.
16. LEČBYCH, Martin. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, 248 s. Monografie. ISBN 978-80-244-2071-4.
17. LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Vyd. 3., dopl. a přeprac. Přeložil Jana KŘÍŽOVÁ. Praha: Portál, 2011, 190 s. ISBN 978-80-7367-977-4.
18. LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008, 191 s. ISBN 978-80-7367-433-5.
19. MICHALOVÁ, Zdeňka a Šárka DOUBRAVOVÁ. *Případová studie - kazuistika jako závěrečná práce: určeno pro Studium v oblasti pedagogických věd se zaměřením na speciální pedagogiku*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2014, 48 s. ISBN 978-80-7494-107-8.
20. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, 332 s. Psyché. ISBN 80-247-1362-4.
21. PASTIERIKOVÁ, Lucia a Vojtech REGEC. *Komunikace a lidé s mentálním postižením*. In JURKOVICHOVÁ, Petra, Jana OLEJNÍČKOVÁ, Lucia PASTIERIKOVÁ a Vojtech REGEC. *Komunikace a lidé s mentálním postižením: metodický materiál*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, 50 s. ISBN 978-80-244-2648-8.

22. RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 313 s. Učebnice. ISBN 80-244-1475-9.
23. SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010, 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
24. SKUTIL, Martin. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál, 2011, 254 s. ISBN 978-80-7367-778-7.
25. ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003, 612 s., [viii] obr. příl. ISBN 80-7178-546-6.
26. ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011, 221 s. Speciální pedagogika. ISBN 978-80-7367-889-0.
27. ŠAROUNOVÁ, Jana. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Praha: Portál, 2014, 150 s. ISBN 978-80-262-0716-0.
28. THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 400 s. ISBN 80-7367-091-7.
29. VALENTA, Milan, Müller, Oldřich. *Etiologie mentální retardace*. IN VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, 2012, 349 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3829-1.
30. VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, 2012, 349 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3829-1.
31. VALENTA, Milan a Olga KREJČÍŘOVÁ. *Psychopedie: kapitoly z didaktiky mentálně retardovaných*. Olomouc: Netopejr, 1997, 193 s. ISBN 80-902057-9-8.
32. VALENTA, Milan. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2013, 495 s. ISBN 978-80-7320-187-6.
33. VÁGNEROVÁ, Marie a Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ. *Psychologie handicapu*. Vyd. 2., opr. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2003, 40 s. ISBN 80-7083-765-9.
34. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

Seznam cizojazyčné literatury

1. BEIRNE-SMITH, Mary., James R. PATTON a Shannon H. KIM. *Mental retardation: an introduction to intellectual disabilities*. 7th ed. Upper Saddle River, N.J.: Pearson Merrill Prentice Hall, c2006. ISBN 0131181890.
2. MACKENZIE, Heather. *Reaching and teaching the child with autism spectrum disorder: using learning preferences and strengths*. London: Jessica Kingsley, 2008. ISBN 9781843106234.

Seznam internetových zdrojů

1. Koverbální chování - ABZ.cz: slovník cizích slov. *ABZ.cz: slovník cizích slov - on-line* [online]. [cit. 2018-01-29]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/koverbalni-chovani>.

Seznam internetových zdrojů použitých obrázků v terapeutickém materiálu

- a) Na poště
- <http://rentier.sazka.cz/userdata/pictures/losy/200-milionu/200-mio-517x401.png>
 - http://www.exbydo.com/_data/images_gallery/709-1-1287153246-original.jpg
 - https://img.kr.news.samsung.com/kr/wp-content/uploads/2013/08/washing_machine_white.jpg
 - http://www.apssupply.cz/products/9689/3169_o.jpg
 - http://www.infofila.cz/clanky/zpravodaj-2-2009-celistvosti-ceske-republiky-_3910a03.gif
 - https://d25-a.sdn.szn.cz/d_25/c_img_G_Bz/Bhp2Mr.jpeg?fl=res,152,152,1
 - http://img.cncenter.cz/img/3/full/2420133_winton-znamka-v0.jpg?v=0
 - https://1gr.cz/fotky/lidovky/09/062/lnorg/ANI2bcccc_Prepazky_na_poste.jpg
 - <https://i.mimibazar.cz/h/bc/4/111120/00/d45220054.jpg>
 - http://www.panorama-landhaus.de/plugins/content/jw_sigpro/jw_sigpro/includes/images/transparent.gif
 - <http://www.tivit.cz/soubory/slozenka.png>
 - http://s3.amazonaws.com/meticulous-website/contents/547/project_featur.png
 - https://www.officedepot.cz/galerie/1_25412/smetak-s-tyci-spontex-premium-default.jpg

- https://makinah.net/sub_imgBig/2016/12/19/21_1027_0.jpg
- <https://www.pohary.com/eshop-pictures/5680.jpg>

b) V obchodě

- <https://media.novinky.cz/525/525258-gallery1-fzwd4.jpg>
- https://www.jatop-topoly.cz/components/com_jshopping/files/img_products/full_4a0522d4abb6274287691f13fb04e483.jpg
- https://eshop.az-reklama.cz/_obchody/az-reklama.shop5.cz/prilohy/79/nakupni-vozik-avant-106-kosik-s-detskou-sedackou-0.jpg.big.jpg
- <http://www.eu-regaly.cz/images/stories/prodejni-regaly3.jpg>
- <http://img.blesk.cz/img/1/normal620/1184573-img-prodavacka-v0.jpg?v=0>
- <https://prekvapeni.kafe.cz/obrazek/4ecb61e292c3c/is4773961res.jpg>
- <http://www.akkerwijzer.nl/upload/nieuws/lightbox/1bf23eb47.jpg>
- <https://im9.cz/iR/importprodukt-orig/fed/fedc5bf6dfa1cfaa650509c1a9858117.jpg>
- <http://www.blairgowriefarmshop.co.uk/WebRoot/GroupNBT/Shops/yg597etsecde/4B69/3D97/898C/612B/1FD4/0A0A/33E8/35E2/VEGBOXSEASONAL.jpg>
- <http://www.freshnakup.cz/UserFiles/Image/produkty/ovoce/ovoce.jpg>
- http://www.extra.cz/images/thumbs/7c/12/7c12a0c-74317-z22-0d0260000-0d0353357-0d9960000-1d0000000-sector_668x376-crop.jpg
- http://kralovstvizen.cz/wp-content/uploads/2016/04/11844544_1.jpg
- https://en.hecht.cz/gallery/4_7327/mike-sd-original.jpg
- <https://www.farmtoysonline.co.uk/images/products/standard/2625.jpg>
- <https://imaterialy.dumabyt.cz/files/files/ZZZ201106/lindab2w.jpg>
- <http://www.landscapinggallery.net/wp-content/uploads/2015/06/flower-bed-against-stucco-house-1000x600.jpg>
- https://www.hornbach.cz/data/shop/D04/001/780/498/276/90/DV_8_5960494_01_4c_CZ_20160227103740.jpg
- <https://cdn.24.co.za/files/Cms/General/d/5324/69cce5f60bae425489a5846f9e9dc1ac.png>

c) U lékaře

- <https://d2ebzu6go672f3.cloudfront.net/media/content/images/Doctor-Examining-Male-Patient-knee-replace-pain.jpg>

- https://medlin.cz/photos/praktik_1.jpg
- <http://www.surgalclinic.cz/res/image/ruzne/e-recept-ukazka.png>
- <https://www.pp-servis.eu/files/zdravotnicke%20odevy.jpg>
- http://www.ordinacepl.cz/galerie/20090407_08.jpg
- https://g.denik.cz/13/67/kcni-strikacka-jehla-leky-roztok-lek-zdravi-zdravot-nictvi_galerie-980.jpg
- <https://cdn.24.co.za/files/Cms/General/d/5324/69cce5f60bae425489a5846f9e9dc1ac.png>
- http://www.svetcz.cz/fotky33678/fotos/33678_12782__vyr_12781spachle-100ks-150x18mm.jpg
- <https://www.mr-diagnostic.cz/image/produkty-obrazky/interna/erka-classic/erka-classic-web.jpg>
- <https://cdn.alza.cz/Foto/ImgGalery/Image/horske-kolo.jpg>
- <https://im9.cz/iR/importprodukt-orig/e3c/e3c28bbcd5b0b1c1d7c9d5a555ab9a0a.jpg>
- <https://images-eu.ssl-images-amazon.com/images/I/81gs84wWEVL.png>
- <https://www.easytoys.cz/fotky/northwest-airline-boeing-747-letadlo-H013375-178064.jpg>
- https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcQW_rvrr-MAE8HzP2tE2PhfgAClUgItUbMYwfJ92X9nPkh5NOILVvA
- http://www.euronics.sk/images/products-cache/6218_w700_h700.jpg

d) Ve škole

- http://www.skolanove.cz/fotky37976/fotos/_vyr_10La-vice_Pupil_pevna_rovna.jpg
- http://static.kenet.s8.updates.com/_cache/7/e/7e02dd3dc3ba9416ec87bbec081837cc.jpg
- http://img25.rajce.idnes.cz/d2501/0/195/195857_47eb1577390226b0b8f587fbb7af80b9/images/P4040031.JPG
- <http://www.ino.cz/shop/obrazky/velke/324416.jpg>
- https://i.ac-tva.cz/i/1/1/565/1565/600x569/EJuiIT_600x569_fc5d4704e9aaf183.jpg

- http://www.landsmann.cz/koh-i-noor-111502-1-krida-skolni-bila-1-kus-_ies65502.jpg
- <http://www.myspulin.cz/images/thumbs/0001055.jpeg>
- <https://cdn.myshoptet.com/usr/www.papirnictvideko-race.cz/user/shop/big/3829.jpg?5721e0f9>
- <http://www.obchodprorybare.cz/inshop/catalogue/products/thumbs/ry-ka-111.jpg>
- <http://www.lena-hracky.cz/photos/1//UserFiles/Image/33158867405476b.jpg>
- https://www.jatop-topoly.cz/components/com_jshopping/files/img_products/full_4a0522d4abb6274287691f13fb04e483.jpg
- <https://www.kupono.cz/wp-content/uploads/2016/11/2-m%C3%AD-stn%C3%BD-rozkl%C3%A1dac%C3%AD-gau%C4%8D-s-%C3%BAl%C5%BEn%C3%BDm-prostorem-Gregoria.jpeg>
- <https://im9.cz/iR/importprodukt-orig/e0d/e0d9d7fc1b48adb51f56c2e8ee2d748f.jpg>
- <https://www.patro.cz/obrazek/215/1077343575-mora-k-150aw-sporak-kom-binovany.jpg>

e) Doma

- <https://p1.akcdn.net/full/92090454.orava-lt-823.jpg>
- <https://encrypted-tbn3.gstatic.com/shop-ping?q=tbn:ANd9GcRrphMA9E2eowHamkwTxrmFagCBem8oOTA-JlJ8kMzvdndJAOgpxsRli8hMZyIW96vmdHLj7DnS&usqp=CAE>
- https://www.hezkynabytek.cz/images/Famm/Satnikove_skrine/FAMM_SA-TNIKOVA_SKRINA_RAPID_17_BUK.jpg
- <http://morgandrexenvscfb.com/wp-content/uploads/2018/01/wunderbar-waschtisch-komplett-581509-1.jpg>
- <https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcRe-3kWqx5vY-OidSV6Atj9ZzaVVjm9VaC01vxlM7cfkY0VLk194FQ>
- https://nabytek12-902363.c.cdn77.org/6000/5933_2-mistny-rozkladaci-gauc-s-uloznym-prostorem-gregoria.jpg
- <http://www.nabytekkunc.cz/userfiles/images/001791-002430-01.jpg>
- <https://s.favi.cz/static/images/productcropped/0168/47/300/li-vzh307dykj3k9hbwhu44hkhde60ibych3evxv.jpg>

- https://d50-a.sdn.szn.cz/d_50/c_img_F_C/3UICU8.jpeg?fl=cro,0,42,812,456|res,1200,,1jpg,80,,1
- https://img2.mountfield.sxcdn.net/files/91/914d2ac0-b5d0-4e12-9131-94a941735276_800_600_fit.jpg
- http://www.zoohluboka.cz/media/800x800_1457286295.6273_6659-tygr_us-surijsky_-_Jerhotova_52.jpg
- https://eshop.az-reklama.cz/_obchody/az-reklama.shop5.cz/prilohy/29/plastovy-kontejner-na-odpady-cle-1100-zeleny-1.jpg.big.jpg
- https://primacdn.cz/sites/default/files/styles/landscape_extra_large/public/110935609.jpg?itok=NaapK2Rv×tamp=1384791133&c=def_cloudinary
- <https://www.shopstuff.co.uk/acatalog/Cash-Register-XE-A207.png>
- http://www.veramo.cz/fotky37233/fotos/_vyr_609trafika-hneda-a.jpg

Seznam použitých zkratk

AAK – alternativní a augmentativní komunikace

MR – mentální retardace

MP – mentální postižení

VOKS – výměnný obrázkový komunikační systém

Seznam tabulek

Tab. č. 1 Výsledky pilotního využití terapeutického materiálu *V obchodě* (1. sezení)

Tab. č. 2 Výsledky pilotního využití terapeutického materiálu *V obchodě* (2. sezení)

Tab. č. 3 Výsledky pilotního využití terapeutického materiálu *U lékaře* (1. sezení)

Tab. č. 4 Výsledky pilotního využití terapeutického materiálu *Na poště* (1. sezení)

Tab. č. 5 Výsledky pilotního využití terapeutického materiálu *Na poště* (2. sezení)

Tab. č. 6 Výsledky pilotního využití terapeutického materiálu *U lékaře* (1. sezení)

Tab. č. 7 Výsledky pilotního využití terapeutického materiálu *Ve škole* (1. sezení)

Tab. č. 8 Výsledky pilotního využití terapeutického materiálu *Ve škole* (2. sezení)

Seznam příloh

Příloha č. 1: Záznamový list

Příloha č. 2: Pracovní listy 1-5

Příloha č. 1: Záznamový list

Záznamový list k pracovnímu listu č.		
Jméno:		
Datum:		
Úkol č. 1 – popis obrázku		
✓ celými větami	✓ pár slovy	✓ vůbec
✓ samostatně	✓ s nápovědou	✓ nespolupracuje
Poznámka:		
Úkol č. 2 – pojmenovávání předmětů		
Počet pojmenovaných předmětů		
0 1 2 3 4 5 6 7 8		
Nepojmenované předměty:		
Poznámka:		
Úkol č. 3 – určení předmětů, které do skupiny patří		
Počet určených předmětů:		
0 1 2 3		
Nepoznané předměty:		
Poznámka:		
Úkol č. 4 – určování předmětů, které do skupiny nepatří		
Počet určených předmětů:		
0 1 2 3		
Nepoznané předměty:		
Poznámka:		
Úkol č. 5 - výběr předmětu, který do řady nepatří:		
✓ ano	✓ ne	
Zařazení předmětu:		

Poznámka:	
Úkol č. 6 – výběr předmětů, které do řady nepatří:	
Počet určených předmětů:	
0 1 2	
Zařazení předmětů:	
Poznámka:	
Úkol č. 7 - vymyslet předmět hodící se do řady:	
✓ vymyslel/a	✓ nevymyslel/a
Vymyšlený předmět:	
Poznámka:	
Úkol č. 8 - určování hlásky na začátku slova:	
Počet určených slov:	
0 1 2 3 4 5 6 7 8	
Neurčeno u slov:	
Poznámka:	
Úkol č. 9 - určování hlásky na konci slova:	
Počet určených slov:	
0 1 2 3 4 5 6 7 8	
Neurčeno u slov:	
Poznámka:	
Úkol č. 10 - vytleskávání slabik a určování jejich počtu	
Vytleskáno slov:	
0 1 2 3 4 5 6 7 8	
Jaká slova nebyla vytleskána:	

U kolika slov byl určený počet slabik:
0 1 2 3 4 5 6 7 8
U jakých slov nebyl určen počet slabik:
Poznámka:

Příloha č. 2: Pracovní listy 1-5