

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Kamila Jehličková

**Problematika nemluvnosti u dětí s poruchami autistického spektra
v kontextu logopedické intervence**

Olomouc 2014

vedoucí práce: doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a použila pouze
prameny uvedené v seznamu literatury.

V Olomouci dne 23. 4. 2014

.....
Kamila Jehličková

Ráda bych poděkovala doc. Mgr. Kateřině Vitáskové, Ph.D. za vstřícný přístup a odborné vedení diplomové práce. Děkuji rodičům i odborníkům, kteří mi poskytli cenné informace pro vypracování mé práce.

Obsah

Obsah	4
Úvod.....	6
Teoretická část	8
1 Poruchy autistického spektra	8
1.1 Terminologie a její vývoj	8
1.2 Současné terminologické vymezení a definice	9
1.3 Příčiny vzniku poruch autistického spektra	10
1.4 Triáda příznaků	12
1.4.1 Sociální intervence a sociální chování	12
1.4.2 Narušení komunikační schopnosti.....	14
1.4.3 Představitost, omezené a stereotypní zájmy a aktivity, hra.....	14
1.5 Klasifikace autistických poruch	15
1.5.1 Dětský autismus, Atypický autismus	15
1.5.2 Aspergerův syndrom	17
1.5.3 Rettův syndrom	18
1.5.4 Dezitagrační porucha.....	19
2 Logopedická intervence	21
2.1 Vymezení pojmu logopedická intervence	21
2.2 Logopedická intervence u dětí s poruchami autistického spektra.....	21
2.2.1 Zásady a principy logopedické intervence	22
2.3 Navázání kontaktu mezi logopedem a klientem s poruchou autistického spektra	24
2.4 Logopedická diagnostika	25
2.4.1 Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dětí s poruchami autistického spektra	26
2.5 Logopedická terapie	28
2.5.1 Terapie NKS u dětí s poruchami autistického spektra	29
2.6 Logopedická prevence	35
3 Komunikace dětí s poruchami autistického spektra	37
3.1 Komunikace	37
3.1.1 Vývoj řeči	37
3.1.2 Jazykové roviny	40
3.2 Komunikace nemluvicích dětí s poruchami autistického spektra	42

3.3 Alternativní a augmentativní komunikace, AAK.....	42
3.3.1 Možnosti využití AAK a výběr komunikačního systému	43
3.3.2 Výhody a nevýhody AAK	44
3.3.3 Typy komunikačních systémů využitelné u nemluvicích dětí s poruchami autistického spektra	45
Praktická část	56
4 Problematika nemluvnosti u dětí s poruchami autistického spektra v kontextu logopedické intervence	56
4.1 Cíle výzkumu	56
4.2 Výzkumné otázky.....	56
4.3 Metodologie	57
4.3.1 Časový harmonogram.....	57
4.3.2 Metody sběru dat	58
4.3.3 Kazuistika	59
4.4 Vlastní výzkum	60
4.4.1 Charakteristika výzkumného vzorku.....	60
4.4.2 Ben.....	60
4.4.3 Samuel	64
4.4.4 Analýza výsledků kvalitativního výzkumu	67
4.5. Diskuze.....	73
Závěr	75
Seznam použité literatury	77
Seznam tabulek	83
Seznam příloh	84
Přílohy	
Anotace	

Úvod

Jazyk a řeč - dvě nejdůležitější stránky komunikačního procesu mezi lidmi. Bez nich si málokdo dokáže představit svoji konverzaci, existenci ve společnosti nebo dokonce i svůj život. Na druhé straně je mnoho jedinců, kteří řeč nepotřebují, mají své způsoby, prostředky a formy komunikace, při kterých mluvené slovo nemá příliš velký význam. K dorozumívání jim stačí pouhá gesta, pohyby rukou, mimika ve tváři a systémy zvuků a obrazců, které symbolizují jejich potřeby a přání. Z hlediska speciální pedagogiky se setkáváme s mnohými skupinami lidí, kteří řeč nepoužívají, a přesto nejsou ve světě ztraceni, umí vyjádřit své myšlenky, komunikovat s ostatními členy společnosti a předávat si vzájemné informace.

Název diplomové práce „Problematika nemluvnosti u dětí s poruchami autistického spektra v kontextu logopedické intervence“ charakterizuje cílovou skupinu dětí, které se věnuje mnoho odborníků, zejména psychologů, lékařů, speciální pedagogové a jiní, kteří mají v této oblasti odlišné názory. A však v jednom se všichni shodují, každé dítě s autismem je jiné. Při práci s nimi nemůže užívat stejné postupy, metody a formy, vždy musíme hledat individuální přístup, který nám zajistí snadnější dorozumívání. Hlavním úkolem této práce je u dětí s diagnózou poruchy autistického spektra objektivně analyzovat logopedickou intervenci a popsat jejich komunikační schopnosti a užité systémy alternativní a augmentativní komunikace. Důležitou úlohu při zkoumání hraje pozorování dětí v jejich přirozeném prostředí, detailnější studium prostředků neverbální komunikace a vývoje jedince. Předpokladem kvalitního výzkumu je získání komplexních informací o problematice nemluvnosti u dětí s pervazivními vývojovými poruchami, které budou diskutovány s odborníky z praxe.

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a empirické. Teoretická část má popsat samotnou problematiku poruch autistického spektra, její terminologii, etiologii a symptomatologii, zmínit jejich nejčastější typy a blíže je charakterizovat. Vymezí logopedickou intervenci, ontogenezi řeči a zaměří se na poruchy komunikace, popíše jednotlivé alternativní a augmentativní komunikační systémy, využitelné u dětí s poruchami autistického spektra. Praktická část, tvořící samostatnou kapitolu, bude vycházet z kvalitativního výzkumu, při kterém použijeme metody sběru dat: analýzy dokumentů, rozhovoru a pozorování. Záměrem výzkumu bude vytvoření případových studií u dvou dětí – chlapců - ze stejného místa bydliště, v intervenci totožného speciálního pedagoga. U každého

chlapce bude detailně popsán jeho psychomotorický vývoj, ontogeneze řeči a jednotlivé jazykové roviny. Výsledkem pozorování a rozhovorů bude analýza neverbální komunikace a vytyčení komunikačního systému, které rodiny uplatňují.

Teoretická část

1 Poruchy autistického spektra

Tato kapitola je zaměřena na samotné poruchy autistického spektra, terminologické vymezení, klasifikaci, etiologii a symptomatologii. Rozdělení jednotlivých poruch autistického spektra je podle diagnostického hlediska MKN – 10 revize, s hlavním cílem definovat je, vymežit projevy chování dětí s hlavním zaměřením na komunikaci a jejich příčiny.

1.1 Terminologie a její vývoj

Lidé s autismem žijí na světě již mnoho let, svým nápadným a zvláštním chováním v minulosti budili velkou pozornost, a tak se jejich projevy dostaly do mnohých publikací. Děti s poruchami autistického spektra byly v dobách Hippokrata označovány jako děti svaté, ve středověku naopak jako děti posedlé ďáblem (Thorová, 2012). Jejich postavení ve společnosti se neustále měnilo a vyvíjelo. Autismus představoval pojem, který byl pro někoho záhadný, pro jiné fascinující, to vyvolávalo zájem o jejich pozorování a bádání (Wolff, 2003).

První, ne zcela známá, zmínka o pervazivních vývojových poruchách jako takových se k nám dostala z práce Hellera z počátku 20. století, kde popsal u dětí infantilní demenci, kterou dnes můžeme, podle platné 10. revize MKN, 1996, označit jako Jiné desintegrační poruchy v dětství. Nejznámější prací je dílo amerického psychiatra Lea Kanner, Autistické poruchy afektivního kontaktu (Hrdlička, 2004). Kanner užívá termín Časný dětský autismus, k tomuto označení jej inspirovalo slovo autos, což z řeckého překladu znamená sám. Názvem se snažil prezentovat svojí myšlenku, že děti trpící autismem jsou osamělé, ponořené do vlastního světa, nezajímají se o svět kolem sebe, nejsou schopni lásky a přátelství. „Tyto děti přišly na svět s neschopností navázat citový kontakt, stejně jako jiné děti přicházejí na svět s intelektovým nebo fyzickým deficitem“ (Kanner, 1972 in Thorová, 2012, str. 36). „Více než o lidi se zajímají o věci. Nereagují na volání jménem a nerušeně pokračují ve své činnosti. Vyhýbají se očnímu kontaktu a nikdy se nedívají do obličeje. Konverzace, která probíhá v blízkosti dítěte, je nevyrušuje. Pokud osoba chce na sebe upoutat pozornost, musí zašlápnout nebo sebrat objekt, se kterým si dítě hraje. Objeví se vztek, ale ne na osobu, která sebrala objekt, nýbrž na konkrétní chodidlo nebo ruku. Na osobu se nepodívají, nepromluví. Ta samá situace je se špendlíkem. Vždy se pozlobí na špendlík, který ho píchl, nikoliv na

člověka, který to udělal“ (Kanner, 1972 in Thorová, 2012, str. 36). Kvůli této výjimečnosti zbudil autismus velký zájem a v průběhu dalších let prošel velkým vývojem.

S pojmem autismus poprvé nepřišel Leo Kanner, ale švýcarský psychiatr Eugen Bleuler v roce 1911, který jím označil jeden ze symptomů schizofrenních pacientů, odtažení od reality, zvláštní druh myšlení, ponoření se do vlastního světa fantazie. Tohle myšlení bylo považováno za neproduktivní a pasivní (Thorová, 2012). Říhová (2011) uvádí, že tato skutečnost vede k zaměňování dané problematiky se schizofrenií z důvodů podobnosti některých příznaků. Proto by pojem autismus měl zůstat výhradně pro označení Kannerova vrozeného syndromu. O rok později vídeňský psychiatr Hans Asperger nezávisle na Kannerovi napsal článek s názvem „Autističtí psychopati v dětství“ o syndromu s podobnými projevy (Thorová, 2012). Navrhl genetickou etiologii, která jeho hypotézu podporovala. Aspergerovi děti se vyznačovali poruchou sociální interakce a komunikace, i přesto, že řeč měli velmi dobře vyvinutou, normální až vysokou inteligenci, byly u nich popsány jednostranné zájmy a motorická neobratnost (Hrdlička, 2004). Hans Asperger se zabývala a později i přednášel o odlišnostech mezi jím a Kannerem objeveným syndromem. Autistická psychopatie byla později nahrazena Aspergerovým syndromem, který poprvé v roce 1981 použila Lorna Wingová, britská lékařka. (Thorová, 2012).

Poslední termín, se kterým se často setkáváme, je pervazivní vývojová porucha, jenž odpovídá pojmu poruchy autistického spektra (Buntová, Tichá 2009 in Říhová, 2011). Pervazivní vývojová porucha je termín používaný zejména v lékařství (Jelínková, 1999 in Říhová, 2011). Díky zavedení tohoto nového termínu byla poprvé jasně definována odlišnost mezi pervazivními a psychotickými poruchami, kdy bylo zdůrazněno, že u pervazivních vývojových poruch chybí některé psychotické symptomy, jako jsou bludy a halucinace (Thorová, 2012).

1.2 Současné terminologické vymezení a definice

V dnešní době se setkáváme s nejrůznějšími terminologickými označeními, mezi nejčastější patří: autismus, poruchy autistického spektra a pervazivní vývojové poruchy. V České republice je preferován a opětovaně užíván zejména termín: poruchy autistického spektra.

Porucha autistického spektra je vrozená, celoživotní vývojová porucha, která působí na celkový vývoj dítěte. Můžeme ji zařadit do pervazivních vývojových poruch, které patří k nejzávažnějším poruchám dětského mentálního vývoje (Thorová, 2012). Termínem pervazivní neboli všepronikající označujeme poruchu, která proniká do osobnosti člověka a mění jeho chování, možnosti socializace, vzdělávání a podobně (Zvolský, 1998 in Valenta, Müller, 2009). „Autismus není něco, co osoba má, není to žádná ulita, ve které je osobnost uvězněna. Ve skořápce není schované normální dítě. Autismus je způsob bytí. Autismus je vše pronikající. Prostupuje každou zkušeností, celým vnímáním, každým smyslem, každou emoci. Autismus je součástí existence. Osobnost se od autismu oddělit nedá“ (Sinclair, 1993 in Thorová, 2012, str. 33).

U dětí s poruchami autistického spektra se setkáváme s takovými projevy, které se v kvalitě liší od normálního vývoje (Škodová, 2003). Podstatou těchto poruch je odtržení jedince od reálného světa a vplynutí do světa vnitřního, neschopnost vytvářet si svůj vlastní kolektiv přátel, kontakty s ostatními lidmi, vzniká tak extrémní osamělost (Dvořák, 2007). Mimo značnou rozsáhlost a různorodost příznaků se jednotlivé symptomy liší v četnosti a síle projevů, kdy některé mohou i zcela chybět. Projevy se markantně mění zejména s věkem, vlivem sociálního prostředí, ve kterém dítě vyrůstá nebo ve kterém se účastní výchovně-vzdělávacího procesu, a také v důsledku jeho kognitivních schopností a případné přítomnosti jiné poruchy. Obtížnosti v zařazování dětí do určité kategorie vyvolali v praxi nutnost vzniku nějakého zobecňujícího termínu, který by zastřešoval celkovou oblast symptomů. Ve světě se nejvíce rozšířil a v dnešní době je používán termín, poruchy autistického spektra (Thorová, 2012).

1.3 Příčiny vzniku poruch autistického spektra

Etiologie poruch autistického spektra je neustále objevována. Odborníci se často přiklání k obecnému předpokladu o biologické etiologii autismu, za příčinu považují souhrn organických faktorů, ke kterým řadíme vnější negativní vlivy zasahující CNS nejspíše v těhotenství a faktory hereditární, jejichž přesná povaha je stále jen předmětem zkoumání (Krejčířová, 2006). Velké množství výzkumů obsahuje mnoho teorií a hypotéz, ale jednoznačná příčina poruch autistického spektra stanovena nebyla (Říhová, 2009 in Říhová, 2011).

Poruchy autistického spektra považujeme za vrozená postižení, která nejsou způsobena chybným výchovným vedením (Říhová, 2011). Společně s DMO, vývojovou dysfázií a dalšími psychomotorickými poruchami jsou řazeny k neurovývojovým poruchám (Komárek, 2004) na neurobiologickém podkladě, těch částí mozku, které jsou zodpovědné za poruchy komunikačních a integračních funkcí. Nejčastěji uváděné jsou dysfunkce v oblasti mozečku, limbického systému, mozkové kůry, cingula, amygdala a hippocampu (Thorová, 2012). Je známo, že limbický systém je důležitý pro učení a paměť, amygdala hraje podstatnou roli v oblasti emocí, úzkosti a chování, mozeček je má vliv na anticipaci, představivost, časové a motorické plánování. Proto jsou častým zájmem tvůrců biologických modelů autismu. V minulých letech bylo publikováno několik desítek studií s nálezy MRI (magnetická rezonance), u kterých se souhrnně setkáváme se shodami i rozpory (Ošlejšková, 2008). Pro ukázkou demonstruji výsledky některých závěrů MRI studií. V roce 2000 se uvádělo, že mozeček autistů je menší oproti kontrolám na intaktní populaci, ale v současnosti se setkáváme s tvrzením, že je zvětšen (Henderen, DeBacker, Pandina, 2000 in Hrdlička, 2006). Dalším příkladem je otázka hippocampu, (Sokol, Edwards-Brown, 2004 in Hrdlička, 2006) uvádějí, že je zmenšen nebo beze změn. Navzdory tomu se objevily i práce popisující opak - zvětšení v dětství a adolescenci, také výskyt abnormálně velkého hippocampu, který zajišťuje zkvalitnění paměťové funkce. S dalšími rozdílnými aspekty se setkáváme v celkovém obvodu hlavy a objemu mozku. Klíčové informace přinesly i studie funkční magnetické rezonance, fMRI, kdy roku 2000 bylo zjištěno, že autisté vykazali oproti zdravým kontrolám výrazně vyšší aktivaci gyru teproralis. Vyhodnocovali tváře způsobem, jaký je známý u intaktní populace pro zpracování informací neživých předmětů (Hrdlička, 2006), našla se jen jediná, která tyto výsledky nepotvrzovala (Schultz, 2005 in Hrdlička, 2006). V poslední ze studií fMRI bylo zjištěno, že při vybavování známých tváří je u autistických dětí zvýšená aktivace amygdaly, která podle odborníků reaguje na stimuly s odměňující hodnotou, což zvyšuje pozornost a motivaci autistů. Toto zjištění má velký význam pro práci a rozvoj dětí s autismem (Pierce, Haist, Sedaghat, Courchesne, 2004 in Hrdlička, 2006).

Existuje různorodost v projevech autismu, musí tedy existovat i velká variabilita jejich příčin, přičemž můžeme hovořit o multifaktoriální etiologii (Thorová, 2012). „Autismus i přes svůj behaviorální fenotyp postrádá jednotnou nebo specifickou patologii, proto jej v medicínském pojetí chápeme jako syndrom, nikoliv chorobu“ (Ošlejšková, 2008, str. 81).

Důležitou roli hrají také genetické faktory, autismu je s největší pravděpodobností porucha, kterou nezpůsobuje jeden specifický gen. Na jeho vzniku se podílí různý počet genů v různé míře, o čemž svědčí vysoká rozmanitost projevů (Thorová, 2012). Téměř každý měsíc jsou objevovány nové poznatky a nové genetické abnormality. Autistický fenotyp je nejspíše determinován nepříznivou kombinací alel několika genů, předpokládá se polygenní sestava z 5-10 nebo i více geny (Ošlejšková, 2008). Specifické geny jsou pouze genetickou predispozicí, teprve v kombinaci s jinými vlivy určují závažnost vzniku poruch autistického spektra. Riziko sourozeneckého spoluvýskytu autismu je 5-6% pro rodinu s dítětem s poruchami autistického spektra, u jednovaječných dvojčat dokonce 70-90%, tedy mnohem vyšší než výskyt poruch autistického spektra u běžné populace (0,6- 1%), přesto většina sourozenců bývá zdravá (Thorová, 2012). Nedávné studie příbuzných autistů potvrdily výrazně vyšší výskyt typických autistických projevů, i když nesplňovaly kompletní diagnózu autismu.

Za vědecky jednoznačně nepotvrzenou a v minulosti často zmiňovanou příčinou je postvakcinační etiologie, především vakcinace trojkombinace (measles, mupus- spalničky, rubella- příušnice). Jedná se nejspíše o vztah doby očkování a rozpoznání příznaků autismu (Ošlejšková, 2008). Pokud k takové příčině dojde, jedná o vzácnou okolnost, kterou nemůžeme zkoumat. (Taylor, 1999).

1.4 Triáda příznaků

Vývoj dítěte je narušen především ve třech základních oblastech, které Lorna Wingová, britská lékařka, souhrnně označila pojmem triáda příznaků. Jedná se o narušení v oblasti komunikačních dovedností, v oblasti sociální a v představitivosti s přítomností opakujících se projevů v chování (Vocilka, 1995; Pátá, 2007; Jelínková, 2000 et al. in Říhová, 2011). I přesto, že se vývoj dítěte neustále mění a mění se i projevy jeho chování, můžeme jednotlivé oblasti blíže charakterizovat.

1.4.1 Sociální intervence a sociální chování

Sociální chování můžeme u dětí pozorovat již od prvních minut, dnů či týdnů života. Úsměv, broukání a oční kontakt se s každým měsícem života dítě mění, upevňuje, sociální chování se stává stále diferenciovanějším (Thorová, 2012).

Narušení vzájemné společenské interakce se projevuje jako nezáměr navázat kontakt s jinými osobami, reagovat na snahu o sociální interakci běžným způsobem. Dítě například nereaguje na vstup jiné osoby do místnosti a nenaváže s nimi zrakový kontakt. Autistické děti neupozorňují na okolní věci, které je zajímají, nesnaží se zapojit do činností a jen zřídka kdy ukazují na předměty. Významným typickým příznakem je, že děti používají tělo jiné osoby ke své manipulaci. Například kreslí se zájmem rukou jiné osoby, jako by to byl manipulační nástroj (Pečeňák, 2002).

Neschopnost vzájemné sociální interakce brání jedincům s poruchami autistického spektra adaptovat se na prostřední i společnost, ve kterém žijí (Opatřilová, 2006). „ Ze zkušenosti víme, že většina dětí s PAS o sociální kontakt stojí. Za zdánlivou netečností a odtažitostí dítěte se skrývá nejistota a neschopnost dítěte kontakt přiměřeně navázat“ (Thorová, 2012, str. 77). Lidé s autismem mají problémy rozeznat zbytečné od důležitého, a tak se upínají na detail, aby pochopili okolní svět (De Clercq, 2011). „ Život je pro ně chaos bez pravidel, a tak si sami vytvářejí pravidla, jejichž logice rozumí jen oni “ (Opatřilová, 2006, str. 310).

Doslovné a přesné chápání, rigidita myšlení, egocentrismus s omezenou schopností empatie, neschopnost porozumět metakomunikaci a zobecňování, neumožňuje lidem s poruchami autistického spektra chápat jemnost a citlivost sociálních vztahů a situací. Jednoduše uvedeno - každé dítě s poruchou autistického spektra je jiné, některým dětem chybí základní dovednosti k tomu, aby ve společnosti obstály, jiné mají jen obtíže na vyšší vývojové úrovni. Asi dvě třetiny dětí s poruchou autistického spektra mají zachovány základní sociálně-emoční schopnosti vůči rodičům (Thorová, 2012). Většinou si však nevytváří typický vztah k matce, nemají strach z odloučení od osoby blízké nebo strach z cizí osoby (Lewis, 1996; Winer, 1997 in Hrdlička, Komárek, 2004). Většina dětí má nicméně výrazné potíže s kontaktem s vrstevníky. Ačkoliv tvrzení, že děti s poruchou autistického spektra nemají o ostatní zájem, je nesprávné, mnoho dětí zájem má, jen jim tyto vztahy navždy komplikují potíže v sociální oblasti.

U dětí s poruchami autistického spektra se setkáváme s celou škálou typů sociálního chování, ve které můžeme nejradikálněji spatřit na dva póly, osamělý a extrémní. Pól osamělý, dítě ve snaze o sociální kontakt se odvrátí, protestuje, schová se, zakryje si oči, uši. Extrémním protipólem je dítě, které se snaží navázat kontakt s každým, kdekoliv, dotýká se

lidí, upřeně jim dívá do obličeje, vypráví jim něco, co je nezajímá, nezná sociální normu (Thorová, 2012).

1.4.2 Narušení komunikační schopnosti

Poruchy autistického spektra jsou primárně poruchou komunikace. Opožděný vývoj řeči bývá častou příčinou znepokojení rodičů (Gillberg, 1990 in Thorová, 2012). Objevuje se na úrovni receptivní i expresivní, ve složce verbální i neverbální (Thorová, 2012). U převážné většiny autistických dětí řeč není vyvinuta vůbec, u dětí schopných verbální komunikace převažují echolálie. Dítě opakuje slyšené slova, věty nebo celou frázi i s intonací. Dalším charakteristickým rysem jsou neologismy, slova, která si dítě samo vytvoří a používá je na dané předměty a děje. Nesmíme opomenout pojem idiosynkratické používání slov nebo slovních spojení, které můžeme vysvětlit na příkladu. Dítě cestuje elektrickou číslu devět, to si zafixuje a pokaždé když bude hovořit o nějakém dopravní, prostředku, označí ho jako devítku. Autistické děti často používají nesprávná zájmena, hovoří o sobě ve druhé či třetí osobě (Pečeňák, 2002).

V neverbální komunikaci chybí emoční reakce, pohledy do očí, spontánnost a tvořivost při hře (Opatřilová, 2006). Pro osoby s poruchou autistického spektra je obtížné z výrazu v obličeji, tělesného postoje a gest posoudit, co si ostatní lidé myslí. Nejsou schopni přečíst signály, které jim jiná osoba s pomocí neverbální komunikace vysílá. Mají problémy s chápáním jemných a komplexních pravidel, kterými se neverbální komunikace řídí, a tak dochází k různým nedorozuměním. To, co je úsměvné a roztomilé ve čtyřech letech, je u starších posuzováno jako nepřijatelné a handicapující (Thorová, 2012).

Ze všech škál typu poruch autistického spektra mají řeč nejméně narušenou lidé s Aspergerovým syndromem, pasivní slovní zásoba je neobvykle bohatá, potíže se objevují především v sociálním a praktickém užívání komunikace (Thorová, 2012). Proto děti potřebují vedení a nácvik, aby dokázaly komunikovat společensky žádoucím způsobem (Attwood, 2005).

1.4.3 Představivost, omezené a stereotypní zájmy a aktivity, hra

Poslední z triády problémových oblastí je představivost. Její narušení má na mentální vývoj dítěte negativní vliv a to v několika směrech. Narušená schopnost nápodoby a symbolického myšlení způsobuje, že se u dítěte nerozvíjí hra- jeden ze základních

stavebních kamenů pro učení a celkový vývoj dítěte. Nedostatečná představivost způsobí, že dítě vyhledává činnosti, které jsou pro něj předvídatelné, z tohoto důvodu se upíná ke stereotypním činnostem. (Thorová, 2012). Nejčastějším projevem je mimořádné zaujetí předmětem nebo jeho částí, která se může točit. Děti si točí předměty na prstech, otáčejí s nimi na úrovni očí a soustředěně je pozorují. Bývá potlačena jejich funkčnost na úkor detailu předmětu (Pečeňák, 2002). Mezi ostatní typické znaky patří příchýlnost k neobvyklým předmětům, vykonávání zvláštních rutin při činnostech nefunkčního charakteru (Opatřilová, 2006). Osoby s poruchami autistického spektra mají velmi často potíže s vyplněním jejich volného času funkční rozvíjející aktivitou (Thorová, 2012).

Vývoj hry a její kvalita závisí na schopnosti představivosti, zapojení motoriky, myšlení, sociálních dovedností, její spontánnost, pestrost a radost vychází z celkové adaptability dítěte. Stejně jako u sociální intervence a komunikace, představivost a kvalita hry u dětí s poruchami autistického spektra narušena do jiné míry a jiným způsobem. Také frekvence a míra typických abnormálních projevů je u každého dítěte odlišná (Thorová, 2012).

Mezi často projevující symptomy můžeme zařadit nadprůměrně vyvinuté smyslové reakce (chuť, čich, hmat, zrak), ale i projevy agrese, vzteku, fobie a sebepoškozování (Opatřilová, 2006).

1.5 Klasifikace autistických poruch

Děti s poruchami autistického spektra mají své zvláštnosti, odborníci je díky stále zlepšující diagnostice dělí do několika skupin. Mezi obecně užívané a rozšířené diagnostické systémy patří Světová zdravotnická organizace (WHO - World health organization / Mezinárodní klasifikace nemocí-MKN). Podle 10. revize MKN, která se udála v roce 2006, pervazivní vývojové poruchy tvoří diagnostickou kategorii, F80 – F 89, Poruchy psychického vývoje.

1.5.1 Dětský autismus, Atypický autismus

Dětský, infantilní autismus, F 84.0, poprvé popsal v roce 1943 Leo Kanner, americký psychiatr, u skupiny dětí s mentálním postižením. V některé literatuře se setkáváme také s pojmem Kannerův syndrom (Škodová, 2003), který je převážně charakterizovaný již zmíněnou triádou příznaků. Kromě této triády se projevují i příznaky jiné, takzvané

nespecifické. K nečastějším patří fobie, poruchy spánku, příjmu potravin, záchvaty vzteku, agrese a sebepoškozování. Projevy jsou však různorodé, jak je různorodý každý sám (Říhová, 2011). Narušený vývoj se začíná projevovat ve věku tří let, ve většině případů je diagnostikovaná mentální retardace s různou hodnotou IQ (Dvořák, 2007), dítě je extrémně uzavřeno do sebe. Tato porucha bývá označována za klasický, často nazývaná pojmem jádrový autismus (Ošlejšková, 2008).

Atypický autismus, F 84.1, se od dětského autismu liší tím, že se dá diagnostikovat až po třetím roku věku nebo mu schází některý znak triády (Valenta, Müller, 2009). Lze říci, že atypický autismus je termín zastřešující tu skupinu lidí, pro kterou by se hodil diagnostický výrok autistické rysy či sklony (Thorová, 2012). Nejvíce diagnosticky problematická je podskupina pervazivních vývojových poruch (Ošlejšková, 2008).

Etiologie

Kanner považoval za hlavní příčinu neschopnosti vytvářet emocionální vztahy a pochody, lhostejnou či intelektuálskou rodinnou atmosféru a způsob výchovy. Pozdější výzkumné práce, však tuhle teorii vyvrátily. V dnešní době je dětský autismus chápán vývojová jako porucha (Škodová, 2003). Další etiologickou teorií je souvislost s metabolickými poruchami organismu jedince. Příčiny abnormalit jsou některé peptidy, které vznikají trávením bílkovin v trávicím traktu. Odtud vstupují do krve a dále se dostávají do mozku, kde se v podobě endogenních morfinů významně podílejí na předávání nervových vzruchů v CNS. Následkem nesprávného procesu dochází ke stereotypnímu chování, neobjektivnímu vnímání zvuků (Opatřilová, 2006).

U některých autorů se setkáváme i s mylnou diagnostikou autismu jako schizofrenie dětského věku nebo dětské psychózy.

Symptomatologie

Celoživotní handicap brání postiženému v adaptaci na prostředí, ve kterém žije. Odchytky můžeme sledovat v oblastech chování (převažuje stereotyp, chybí spontaneita při hře, omezené zájmy a aktivity, specifická přitažlivost k neobvyklým předmětům, strach z neškodných věcí), mimiky a tělesných pohybů (nemají komunikační význam, nenapodobují druhé, téměř nepoužívají gesta), řeči a komunikace (dětí často nemluví nebo opakuji slova či věty, mluví stále o jedné věci, přítomny četné echolálie, chybí emoční reakce a oční kontakt,

nejsou schopny konverzovat), poruchách sociálních vztahů (uzavřenost do sebe, odpor ke změně, rigidita a nepružnost myšlenkových procesů), nerovnoměrnosti vývoje děti (bývají často pohyblivě neobratné, mají výbornou prostorou orientaci, zrakovou a prostorovou paměť), emoční lability (prudké výbuchy s křikem a pláčem), (Škodová, 2003).

1.5.2 Aspergerův syndrom

Sociální dyslexie, jak někdy bývá Aspergeruv syndrom nazýván, má mnoho podob (Thorová, 2012). Soubor symptomů poprvé popsal Hans Asperger v roce 1944, označil tento termín jako autistická psychopatie a zařadil jej mezi poruchy osobnosti (Škodová, 2003). Roku 1981 prosadila Lorma Wingová do praxe termín Aspergerův syndrom, který nahradil autistickou psychopatii (Hrdlička, 2004).

Základním znakem Aspergerova syndromu, F 84.5, je egocentrismus provázaný malou nebo žádnou schopností, snahou kontaktu s vrstevníky. Sociální naivita, důsledná pravdomluvnost, šokující poznámky, se kterými se děti obracejí na úplně neznámou osobu, motorická neobratnost se řadí k typickým charakteristickým projevům chování jedince, převážně chlapců. Děti s Aspergerovým syndromem jsou inteligentní v abstraktním smyslu, ale ne smyslu praktickém (Opatřilová 2006). Někteří jsou pasivní a nemají problémy s chováním, s pomocí různých nácviků zvládají školní docházku, a pokud si vyberou vhodné zaměstnání a partnera, mohou vést zcela běžný život. Okolí mohou připadat zvláštní, introvertní, osamělí. Na druhé straně existuje i druhá část dětí, které své chování neovládají, nemohou navštěvovat běžnou základní školu, ani nejsou schopni si běžným způsobem najít práci a přítele (Thorová, 2012).

V současné době se vyskytují odborné studie, které poukazují na to, že výskyt Aspergerova syndromu je vyšší než u dětského autismu (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007 in Říhová, 2011).

Etiologie

Etiologie Aspergerova syndromu není dosud přesně známá. Odborníci předpokládají, že se jedná o mozkovou dysfunkci v některé z oblastí ovlivňující chování a vliv mozkové kůry pravé mozkové hemisféry (Škodová, 2003). „Dané struktury se patrně zcela nevyvinuly v důsledku chromozomálních abnormalit, případně byly poškozeny v průběhu těhotenství, při porodu nebo v prvních měsících života“ (Attwood, 2005, str. 143).

Symptomatologie

Mezi typické projevy patří absence zájmu o sociální kontakty a vztahy, nepřizpůsobivost, motorická neobratnost, nápaditost v myšlení a řeči a absence sociální empatie. Děti s těmito poruchami obtížně navazují vztah k rodičům a vazba na ně je slabší než u jiných dětí. Děti neprojevují zájem o hru a kontakt. Intelekt je zpravidla v normě až nadprůměru, myšlení je málo flexibilní (chápu doslovně metafory, nerozumí slovním hříčkám a podobně), vývoj řeči může být opožděn, ale většinou je řeč dobře rozvinutá (Škodová, 2003), může být nápadná ve šroubovanosti, egocentrickém komunikačním stylu s preferencí dlouhých monologů (Hrdlička, 2004). Mají obtíže chápat pravidla společenského chování, které jsou ostatním lidem automaticky jasná (Thorová, 2012). Kromě poruch sociálních vztahů a výrazné neobratnosti si můžeme povšimnout omezených, jednosměrně zaměřených zájmů (především v technických oborech), ve kterých mají bohaté a hluboké znalosti, jsou velmi vytrvalé, proto bývá velmi obtížné nadchnout dítě pro něco jiného (Škodová, 2003). Často trpí úzkostmi, depresemi, mají sklony k sebedohodnocování a emoční labilitě (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007 in Říhová, 2011).

1.5.3 Rettův syndrom

Rettův syndrom, F84.2., byl poprvé popsán v roce 1965 a vyskytuje se pouze u dívek. Příčina syndromu je genetická, dnes vycházíme z genetického testování na tohle onemocnění (Hrdlička, 2004). Charakteristikou poruchy je téměř normální vývoj do pátého měsíce života, s následnou ztrátou řeči, manuálních dovedností a zpomalení růstu hlavy. Mezi ostatní klinické projevy patří krouživé, svíravé pohyby rukou, nepravidelné dýchání, apnoe, zadržování dechu, později může nastat skolióza nebo kyfoskolióza a ze 75 % dětí se rozvíjí epilepsie (Kaplan, Sadock, 1998 in Hrdlička, 2004).

Etiologie

Rettův syndromu můžeme pozorovat výhradně u dívek, chlapcům stejná mutace genu způsobí natolik těžkou encefalopatii, že plod novorozence nepřežije. Příčinou 77-80 % vzniku tohoto syndromu je mutace genu situovaného na raménku chromozomu X – gen MECP2-metyl-CpG-binding protein (Huppke, 2000; Kerr, 2001 in Thorová, 2012). Mutace genu má mnoho podob a z největší pravděpodobností mnohé budou ještě objeveny, a tato různorodost se zajisté podílí na i variabilitě projevů Rettova syndromu (Thorová, 2012).

Symptomatologie

Symptomatika Rettova syndromu je značně variabilní, fenotyp se stále rozšiřuje a zahrnuje mírnější i těžší formy (Thorová, 2012). Podle Hrdličky je vývoj Rettova syndromu je popisován ve čtyřech stádiích.

1. **Stádium časně vývojové stagnace** - probíhá v období od 6 měsíců dítěte až do roku a půl. V prenatálním a perinatálním období je stav dítěte v normě, nejsou patrné žádné abnormality, vývoj se zdá být neporušen. Po 5 měsících života dítě dochází ke změnám (Hrdlička, 2004).
2. **Stádium rychlé vývojové regrese** - objevuje se mezi prvním a druhým rokem, trvá v rozmezí 13- 19 měsíců. Postupně dochází ke zpomalování růstu hlavičky, ztrátě funkčních manuálních dovedností, dochází ke komunikační dysfunkci, ke zhoršení v sociální interakci (Hrdlička, 2004), vyšší citlivosti nervové soustavy, výrazným projevům strachu a paniky. Motorický vývoj se zpomaluje, dítě je hypotonické, zhoršuje se také oční kontakt a soustředění. Celkový psychomotorický vývoj je výrazně opožděný (Thorová, 2012).
3. **Pseudostacionární stádium** - přichází ve třech až čtyřech letech dítěte. Poškozena je expresivní i perceptivní řeč, dochází k těžké psychomotorické retardaci (Hrdlička, 2004), může docházet k vývoji skoliózy a epileptickým záchvatům (Thorová, 2012).
4. **Stádium pozdní motorické degenerace** - projevuje se ve školním věku nebo v adolescenci. Dochází ke stereotypním pohybům rukou kolem střední osy v době, kdy se objeví ztráta účelových pohybů rukou (Hrdlička, 2004).

U Rettova syndromu se často setkáváme s těžkým mentálním postižením (Ošlejšková, 2008).

1.5.4 Dezitagrační porucha

Dříve nazývaná Hellerova psychóza, popsána v roce 1908, je charakteristická normálním vývojem až do dvou let věku dítěte, poté dochází ke ztrátě dovedností, ochuzení jazyka, změnám chování, celkové ztráty zájmu o okolí (Opatřilová, 2006). Jedná se o velmi vzácnou poruchu.

Etiologie

Příčina dětské dezintegrační poruchy není dosud známá. Po období zcela normálního vývoje, kdy je dítě v normě ve všech oblastech, dochází k regresi dosud nabytých schopností. Nástup poruch je udáván mezi druhým a desátým rokem života dítěte, nejčastěji mezi třetím a čtvrtým. Deteriorace může být náhlá, nebo může trvat i několik měsíců a je vystřídána obdobím stagnace. Dochází ke snižování komunikační i sociální dovedností a může i nemusí být trvalá, normy už však nikdy nedosáhne (Thorová, 2012).

Od dětského autismu je odlišná v pozdějším nástupu a prokazatelným počátečním normálním vývojem (Kurita, 2005 in Thorová, 2012). Můžeme zaznamenat i podobnost s autistickou regresi, hlavní rozdíly pozorujeme ve věku regrese a její těžkosti. Dětská desintegrační porucha je závažnější v kognitivní regresi i po stránce celkové, rozdíly pravděpodobně vznikají v důsledku různého stádia dospívání neurálních mozkových sítí v různém věku (Ošlejšková, 2008).

Symptomatologie

Mezi typické projevy patří emoční labilita, záchvaty vzteku, potíže se spánkem, agresivita, úzkost, hyperaktivita, dyskoordinace těla, neobratná chůze, abnormální reakce na sluchové podněty, dočasné snižování intelektu. Děti bývají spíše nízko funkční, sociálně odtažitější a mívají těžší typ mentální retardace. Objevuje se častý výskyt epilepsie (Thorová, 2012).

2 Logopedická intervence

Druhá kapitola definuje pojem logopedická intervence, zaměří se na její jednotlivé části, ty charakterizuje a aplikuje do logopedické práce s dětmi s poruchami autistického spektra.

2.1 Vymezení pojmu logopedická intervence

Termínem logopedická intervence bývá charakterizována veškerá aktivita, komplexní činnost specifická pro práci logopeda. Podle Dvořáka (2007) pojem definujeme jako zákrok, zásah, vměšování se v něčí prospěch, zákrok do nějakého jevu nebo procesu s hlavním cílem ovlivnit jeho průběh.

Lechta (2003) uvádí, že logopedická intervence začíná již vstupem klienta do místnosti, logoped po celou dobu vykonává aktivity s předem stanovenými cíly: identifikovat; eliminovat, zmírnit nebo alespoň překonat narušenou komunikační schopnost a předejít tomuto narušení. Konkrétní metody uplatňující se v logopedické intervenci doposud nebyly souhrnně popsány a definovány. Je možné konstatovat, že se jedná o složitý multifaktoriální proces, který se uskutečňuje prostřednictvím dosahování výše uvedených cílů ve třech úrovních: logopedická diagnostika, logopedická intervence, logopedická prevence. Při logopedické intervenci je nezbytné využít všechny získané poznatky i z vědních oblastí, ke kterým patří medicína, lingvistika, pedagogika, psychologie.

2.2 Logopedická intervence u dětí s poruchami autistického spektra

Osoby s poruchami autistického spektra potřebují komplexní péči, která bude zaměřena na celou triádu příznaků. Logoped se v rámci týmové spolupráce může ujmout úlohy při diagnostice, terapii i prevenci (Lechta, 2009). Logopedická intervence u klientů s autismem má své zvláštnosti. Není primárně zaměřena na foneticko-fonologickou jazykovou rovinu, ale její stěžejní oblasti je rovina paradigmatická. V logopedické péči je upřednostňován holistický přístup k narušené komunikační schopnosti a kladen důraz na celkový rozvoj, zejména v oblastech grafomotoriky, oromotoriky, jemné a hrubé motoriky, audiální a vizuální percepce, preverbální vokalizace, neverbální a verbální komunikace, učení se řešení problémů a další. Logoped si po celou dobu určuje dílčí globální cíle, dodržuje základní principy a zásady (Říhová, Vitásková, 2012).

2.2.1 Zásady a principy logopedické intervence

Logopedická péče je činnost řízená, jedná se o záměrné vedení a dohlížení logopedem, ve které platí všeobecné principy řízeného učení (princip motivace, zpětné informace, transferu a opakování), principy pedagogické (názornosti, soustavnosti, uvědomělosti, aktivity, trvalosti), principy speciálně-pedagogické (princip komplexnosti, individuálního přístupu, multisenzorického přístupu, dispenzarizace, včasné, důkladné a verifikované diagnostiky, týmové a odborné péče, imitace přirozeného řečového vývoje, preferování obsahové stránky řeči, prolínání celou výchovně-vzdělávací činností, přístup hrou, socializace) i logopedické (princip minimální akce, relaxace, symetričnosti/rovnost terapeutických vztahů, včasné stimulační, krátkodobého a častého opakování, globálního přístupu, překonání komunikační bariéry, funkčního používání řeči). Respektování těchto principů a zásad je nezbytné při uskutečňování stanovených cílů (Lechta, 1990; Lechta, 2002; Lechta, 2003; Říhová, Vitásková 2012).

Říhová, Vitásková (2012) uvádějí, že u dětí s autismem pokládáme v rámci logopedické intervence za stěžejní: princip včasné intervence, imitace normálního vývoje řeči, princip funkčního používání řeči, princip překonání komunikační bariéry. Při logopedické péči s dětmi s poruchou autistického spektra se setkáváme zejména s těmito principy práce:

1. unisenzoriální přístup

Jedinci předkládáme předměty tak, aby působily jednosmyslně a nedocházelo tak k potížím v oblasti percepce a orientace.

2. odměna, pochvala

Při logopedické intervenci je nezbytnou součástí pozitivní reakce na jakoukoliv snahu o komunikaci (verbální i neverbální).

3. pomalý postup od nejjednoduššího k nejsložitějšímu

4. individuální tempo, stanovení krátkodobých cílů

Dílčí cíle se stanovují postupně a individuálně vzhledem ke každému jedinci tak, aby nedocházelo k jeho psychickému ani fyzickému přetížení. Pomocí úkolů postupně zvyšujeme nároky, začínáme od nejjednodušších po složitější.

5. vytváření dostatečného množství stimulů

Nepředvídáme, co chce klient říci, spíše jej podněcujeme k samostatnému vyjadřování a zájmu o komunikaci.

6. zpětná vazba, pochopení zadaného úkolu

Logoped si vždy musí ujistit, že klient zadanému úkolu, instrukci rozumí.

7. opakování gest, pohybů = zrcadlení

Tento princip podporuje pozornost klienta, díky němu můžeme navázat kontakt, na kterém můžeme později zakládat další setkání.

8. komentování situace, popis aktivity

Přispívá k pocitu bezpečí a předvídatelnosti.

9. kladení důrazu na klíčová slova

Vytyčíme hlavní slova, pomocí nichž komunikujeme, slouží k usnadnění předávání informací.

10. osvojená slova stále opakujeme

11. vizualizace

Převedení abstraktního slova do znaku nebo piktogramu. Pomocí vizualizace dochází k lepšímu pochopení úkolů a instrukcí. Klient může předvídat, poskytuje mu stálost a jistotu.

12. názornost

13. systematicčnost

Celková péče je logicky uspořádaná dle možností klienta.

14. strukturalizace

Strukturování dne, činností i jednotlivých úkolů logopedické péče je pro děti s poruchami autistického spektra nezbytné.

15. navazování a udržení zrakového kontaktu

Tato skutečnost je pro logopeda potřebná. Zrakového kontaktu může dosáhnout pomocí metod joining – účastnit se aktivita rituálů dítěte, použít výrazných pomůcek, které si klademe na obličej- výrazné brýle, klaunský nos, maska, klobouk a podáváním předmětů.

16. nácvik sociálních dovedností

Logoped provází klienta nácvikem sociálních dovedností, postupně dochází k pochopení situace, klient se naučí, jak má adekvátně reagovat. Zaměřujeme se především na témata – pozdravy, nakupování, jídlo v restauraci, vztah k učiteli, k cizím lidem a jiné.

2.3 Navázání kontaktu mezi logopedem a klientem s poruchou autistického spektra

Navázání kontaktu s dítětem s poruchou autistického spektra bývá poměrně náročné a vyžaduje značnou časovou podporu. Dítě hned ze začátku musí pochopit, že logoped je ten, kdo mu chce pomoci, kdo ho nechce zkoušet, nutit k řečovému projevu a napomínat jej za chybný výkon. Je důležité, aby mezi nimi došlo k navázání kladného, důvěrného vztahu. Značnou pozornost musíme věnovat i tomu, kdo dítě doprovází. Rodič nebo jiný rodinný příslušník je důležitým zdrojem informací, je to ten, kdo zná dítě nejlépe (Lechta, 1990; Lechta, 2003). Po celou dobu intervence jsou na terapeuta kladeny vysoké nároky, musí mít nejen odborný přehled, také schopnost být empatický, umět se vcítit do dítěte, umět improvizovat a motivovat. Musí zabránit jakýmkoliv předsudkům, které by mohly bránit nebo brzdit terapii.

Prvnímu kontaktu s dítětem s autismem by měla předcházet schůzka s rodiči, terapeut by měl sesbírat data, sestavit osobní i rodinnou anamnézu, získat potřebné informace, vysvětlit průběh logopedického sezení a také stanovit určitá pravidla, která musí doprovod dodržovat. Dalším krokem je přizpůsobení prostoru. Odborníci by měl odstranit dekorace, hračky a jiné pomůcky umístit tak, aby neupoutávali pozornost klienta. Vhodným logopedickým pracovištěm je odhlučňená místnost s tlumenými barvami, kobercem bez vzoru, se zaoblenými rohy místnosti i nábytku, obloženým radiátorem, nebo s podlahovým topením, umyvadlem, kde si klient může umýt ruce, velkým nástěnným zrcadlem, menší trampolínou nebo houpacím vakem v rohu místnosti. Je nutné, aby prostor zajistil pocit bezpečí,

doporučujeme vyhnout se lesklým povrchům a intenzivním barvám. Při samotném setkání by měl logoped používat motivační pomůcky – oblíbené předměty, fotografie, piktogramy. Snažit se vytvářet prostředí, které podněcuje dítě ke komunikaci. V průběhu nevyžadujeme, aby dítě plnilo nějaké instrukce, pozorujeme jeho chování, preferované činnosti a předměty. Zkusíme klientovi nabídnout předmět a sledujeme reakce, postupně se zapojujeme do jeho činnosti, naše jednání vizualizujeme. V závěru se s rodiči domluvíme na přesný čas další schůzky, dítě by na logopedické sezení nemělo čekat (Říhová, Vitásková, 2012).

Druhé setkání začínáme rozhovorem s rodiči o aktuálních změnách, náladě a emocích dítěte. Využíváme motivačních předmětů, oblíbených aktivit dítěte, dáváme mu dostatek času na reakce. Přidáváme nové věci, odlišné od jeho stereotypních činností. Provádíme orientační diagnostiku v případě, že je to možné.

Při následných schůzkách je nutné provedení důkladné diagnostiky, stanovíme si silné a slabé stránky jedince, postupně rozvíjíme oslabené a omezené oblasti dítěte, ovšem vždy stavíme na jeho silných stránkách. Po celou dobu dodržujeme zásady a principy logopedické intervence (ibid).

2.4 Logopedická diagnostika

Diagnostika, *diagnostica*, je podle Dvořáka (2007) definována jako proces rozpoznání nemocí, poruchy, zjišťování anamnestických dat, vyšetření aktuálního stavu jedince a dalších odborných vyšetření, jejímž cílem je odhalení příčiny nemoci, stanovení diagnózy a zvolení efektivní metody terapie. Orientuje se na jedince s narušenou komunikační schopností v nejširším slova smyslu, jejím výsledkem je komplexní informace, která je důležitá pro stanovení logopedické péče (Lechta, 2009). Přesná a důkladná diagnostika má klíčový význam pro zvolení správných metod, strategií a prognózy. V průběhu diagnostiky se snažíme dojít k závěrům několika cílů. Podle Lechty (2002) mezi hlavní cíle patří:

1. Určit, kde se jedná o narušení nebo fyziologický, vývojový jev.
2. Odhalit příčinu, pokud je to možné.
3. Předpokládat, zda se jedná o trvalé či přechodné narušení, jestli je odstranitelné, posoudit prognózu.
4. Určit, zdali se jedná o vrozené či získané postižení.
5. Stanovit, jestli je narušení dominující, je klinickým obrazem nebo symptomem.

6. Zjistit, jestli si jedinec uvědomuje své narušení.
7. Určit stupeň a formu narušení.
8. Navrhnout vhodné terapeutické metody.

Logopedická diagnostika je součástí týmové spolupráce, které se účastní psychologové, psychiatři, neurologové, audiologové, lékaři ORL a další. Realizuje se v určitých úrovních, Lechta (2002) diferencuje tři: orientační vyšetření (screening, depistáž, hledání odpovědi, zda se jedná o NKS či ne), základní vyšetření (zjištění konkrétního druhu NKS), speciální vyšetření (přesné identifikování, typ, forma, stupeň). Při diagnostice aplikujeme metody pozorování, explorační, testové metody, případové studie, amylázu dokumentů, přístrojové techniky. Vždy respektujeme klienta, snažíme se o objektivnost a přesnost, poskytujeme dostatečnou časovou podporu (Lechta, 2003).

2.4.1 Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dětí s poruchami autistického spektra

Diagnostika poruch autistického spektra je interdisciplinární. Významnou roli hraje pozorování, které je podmíněné zkušenostmi odborníka. Klinickou činnost doplňují diagnostické materiály (screeningové dotazníky -slouží k zachycení co největšího počtu dětí, může je provádět řada odborníků, posuzovací škály – přispívají k vyšší spolehlivosti, je nutný výcvik, znalost a praktické zkušenosti vyšetřujícího, v České republice nejpoužívanější sedmistrukurovaná škála CARS, strukturované rozhovory – ADI-R, CHAT), nezbytná jsou také psychologická a lékařská vyšetření (Beranová, Thorová, Hrdlička, Propper, 2004; Krejčířová, 2006).

CARS- Childhood Autism Rating Scale

Stupnice, která byla vypracovaná odborníky v rámci TEACH programu. Obsahuje celkem 15 položek, které se hodnotí na čtyřbodové stupnici podle frekvence a intenzity. Administrativa je jednoduchá, trvá přibližně 60 min. Výhodou je rychlé rozlišení, zdali se jedná o poruchu autistického spektra. Nevýhodou je menší spolehlivost, může docházet ke zkreslování výsledků. Slouží pouze pro screening (Thorová, 2012; Krejčířová, 2006).

ADI R- Autism Diagnostic Interview - Revised

V dnešní době nejlépe ověřená diagnostická metoda, vychází ze standardizovaného rozhovoru s rodiči dítěte nebo jiným rodinným příslušníkem. Je vysoce spolehlivá, můžeme ji

využít u klientů ve věkovém rozmezí od 18 měsíců až po dospělost. Obsahuje 111 položek, je založená na přesně určených otázkách. Každá otázka obsahuje název, definici otázky a samotnou otázku, možnosti kodování. Delší administrace, 90- 120 min, výsledek lze převést do kritérií MKN- 10. Nestanovuje celkové skóre, ale dílčí výsledky pro jednotlivé oblasti triády (Beranová, Thorová, Hrdlička, Propper, 2004; Thorová, 2012).

CHAT- Checklist for Autism in Toddlers

Diagnostická metoda určená zejména pro lékaře. Je rozdělena do dvou částí: první – otázky, na které odpovídají rodiče, druhá – pozorování při preventivní prohlídce v 18. měsících. Doba administrativy je krátká, trvá kolem 20 min. Velmi užitečná metoda, bohužel nedokáže podchytit mírnější formy autismu (Thorová, 2012).

Mezi důležité diagnostické faktory patří: mezioborová spolupráce různých odborníků, rodinná anamnéza, osobní anamnéza – zdravotní stav dítěte, popřípadě také neurologické nálezy. Odchytky můžeme pozorovat již v 6. -9. měsíci, po 9. měsíci můžeme mluvit o podezření na autistický vývoj, podle výzkumů nejpozději do 18. měsíců je stanovení poruch autistického spektra téměř spolehlivé, nejvýraznější symptomy pozorujeme až v předškolním věku dítěte (Krejčířová, 2006).

V diagnostice se často používáme kritéria MKN – WHO, 10. revize, pro výzkumné účely ICD- 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2006).

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

Narušenou komunikační schopnost u nemluvicích dětí s poruchami autistického spektra diagnostikujeme pomocí orientačního a základního logopedického vyšetření.

Orientační vyšetření

V průběhu prvních logopedických setkání je vhodné postupně zařazovat orientační vyšetření, tím získáme představu o komunikačních schopnostech, ale také o celkovém vývoji dítěte. Podle Říhové, Vitáskové (2012) je vhodné se zaměřit také na oblasti, které s komunikační schopností úzce souvisí. Pozorujeme hrubou motoriku, jemnou motoriku, grafomotoriku, auditivní percepci, zrakový kontakt, spolupráci, porozumění řeči, verbální produkci a projevy chování při komunikační bariéře. Mimo pozorování využíváme techniky rozhovoru, analýzu písemného projevu a úchopu psacího materiálu, analýzu percepce i produkce řeči, používáme různorodé diagnostické pomůcky (dřevěné hračky, kostky, papír A4, psací potřeby, Orffovy nástroje, obrázkové knížky a oblíbené předměty). Výsledky zaznamenáváme do tabulky (Příloha č. 1).

Základní vyšetření

Základní diagnostické vyšetření provádíme až po několika setkáních, kdy se dítě zvládlo adaptovat na prostředí i logopeda. Při vyšetření je potřeba opakovaně verifikace, zaznamenáváme vývojové změny, zlepšení či zhoršení vlivem logopedické intervence. V průběhu diagnostiky používáme pomůcky (kostky, dřevěné hračky, papír A4, tužka č. 2, Orffovy nástroje, leporela, situační obrázky, emoční zobrazování, bublifuk, logopedické zrcadlo a oblíbené předměty), opíráme se o metody pozorování, rozhovoru a analýzy (grafického projevu, úchopu, percepce i exprese řeči), pro záznam hodnocení používáme kódy (0,1, 2 a X-položka nelze vyhodnotit), které nám umožní lepší orientaci (Říhová, Vitásková, 2012). Výsledky zapisujeme do záznamové tabulky (Příloha č. 2).

Logopedická diagnostika musí být provedena zkušenými a kvalifikovanými odborníky. Její komplexnost a kvalita je hlavním východiskem pro následnou logopedickou intervenci.

2.5 Logopedická terapie

Terapie, z latinského *therapia*, léčba, léčení. Dvořák (2007) uvádí, že v logopedii mluvíme o širším pojetí terapie, tedy o orientaci na odstranění poruchy či odchylky, zmírnění následků, jedná se o procesy reedukace, rehabilitace, kompenzace a korekce.

Hlavním východiskem pro úspěšnou logopedickou terapii je precizní diagnostika, ta nám poskytne množství informací, díky kterým můžeme stanovit dílčí i globální cíle. Lechta (2002) uvádí, že hlavním cílem terapie je eliminovat, zmírnit nebo překovat NKS, nezbyté je také odstranění komunikační bariéry. V rámci terapie se nezaměřujeme výhradně na fonologicko-fonetickou rovinu, ale snažíme se o komplexní rozvoj osobnosti klienta. Lechtova definice nám rozděluje terapii na stimulující (zaměřená na nerozvinutou, opožděnou řeč), korigující (určená pro vadnou řeč) a reedukující (orientovaná na zdánlivě ztracenou, dezintegrovanou řeč). Logopedickou terapii můžeme charakterizovat jako specifickou aktivitu, která se realizuje specifickými metodami a ve specifické situaci řízeného, záměrného učení. Uplatňujeme všechny druhy učení: operativní podmiňování – rozvoj orofaciální motoriky, percepčně- motorické, verbální, pojmové, řešení problémů, sociální dovednosti (Lechta, 2002; Lechta, 2003; Lechta, 2009).

Terapii provádíme v několika formách, které dělíme na individuální (pro jednoho jedince, doba sezení je maximálně 60 min.), skupinovou (určená pro 3-6 klientů) a také na intenzivní (probíhá několikrát za den) a intervalovou (po několika dnech či měsících se aplikuje intenzivní forma). Může docházet ke kombinaci těchto forem. Terapie může mít i rozdílné pojetí při intervenci, setkáváme se s kauzální terapií (zaměřená výhradně na příčinu NKS, všechny techniky směřují k jejímu odstranění, nevýhodou je, že ji nemůžeme realizovat za všech okolností, například u symptomatických poruch řeči, kde je NKS důsledkem, nelze u nich odstranit příčinu), symptomatickou (při nezjistitelné etiologii NKS se zaměříme na redukci a eliminaci symptomů, formování komunikačních schopností klienta), a holistickou, celostní terapii (orientovaná na celou osobnost člověka), (Lechta, 2002; Dvořák, 2007).

2.5.1 Terapie NKS u dětí s poruchami autistického spektra

Říhová (2011) uvádí, že poruchy autistického spektra jsou neléčitelné a v dnešní době neexistuje žádná terapie, která by zaznamenávala mimořádné výsledky, může však ovlivňovat její průběh. U nemluvicích dětí s autismem se orientujeme na všechny jazykové roviny, s vyšším ohledem na ty, ve kterých zaznamenáváme závažnější potíže. Vždy začínáme od silné stránky jedince, abychom děti motivovali, a zároveň neopomíjíme rozvoj všech ostatních složek vývoje dítěte. Používáme různorodé pomůcky a přístroje tak, aby docházelo k hravé, přirozené terapii. Učení by mělo být strukturované, do intervence jsou vsazena jasná pravidla, dochází k vizualizaci posloupnosti aktivit a prostoru, ve kterém se dítě pohybuje (Buntová, Tichá, 2009), všechny aktivity propojujeme s běžným životem. Thorová (2012) poukazuje na

fakt, že dítě s pervazivní vývojovou poruchou je stále dítě, proto potřebuje přijetí, lásku a bezpečí. Neobejde se bez odpočinku, volného času, možnosti volby, pochvaly a odměny, i když ji nemusí ocenit v daný okamžik. Komplexní terapie musí být spolehlivě propracovaná a naprosto individuální ke každému jedinci.

Často se setkáváme také s jinými speciálně-pedagogickými postupy, které je vhodné kombinovat s logopedickými. Pomocí herní terapie, muzikoterapie, artterapie, zooterapie, ergoterapie, pohybové terapie a jiných využíváme příjemné aktivity v souladu s nenáročným, bezpečným prostředím k rozptýlení a navození motivace do dalších činností.

Logopedické terapeutické postupy u dětí s pervazivní vývojovou poruchou mnohdy dělíme do několika linií, které spolu úzce souvisí. Jedná se o preverbální komunikaci, porozumění, hrubou a jemnou motoriku, rozvoj kognitivních schopností, neverbální a verbální komunikaci.

Preverbální komunikace

Předřečové období - přípravné stádium, které bývá později nahrazeno verbálními projevy. V tomto období komunikace se vyvíjí i zárodky neverbální komunikace (Lechta, 2002), je tedy pro logopedickou intervenci bezpodmínečně důležité. Pomocí pláče, křiku, hněvu i agresivity se děti s poruchou autistického spektra dožadují svých potřeb (Buntová, Tichá, 2009). V období kdy se u těchto klientů objeví vokalizace, měli bychom co nejdříve začít s podporou předřečového stadia (Richman, 2006 in Říhová, Vitásková, 2012). Postupně tak bude docházet ke zklidnění klienta a jeho spokojenosti, prostředí pro něj bude stimulující a motivující. Snažíme se předvídat potřeby klienta, jeho gesta převedeme do reality, praktikujeme grimasy se zvukovým doprovodem a aplikujeme je před zrcadlem, usilujeme o jejich napodobení klientem. Foukáme do peříčka, svíčky, bublifuku, jiné aktivity doprovázíme vokálním projevem. Snažíme se o verbální napodobení, nejdříve slabikami později složitějšími zvuky, vždy za podpory různě pestrých zvuků. Následně spojujeme zvuky s konkrétními předměty či činnostmi, při přerušení aktivity vyčkáváme na iniciativu dítě, signál, kterým vyžaduje pokračování. Rytmizujeme, zpíváme, říkáme si básničky, postupně vynecháváme slova, očekáváme na snahu o doplnění. Snažíme se o gymnastiku mluvidel, propojujeme ji s artikulačními a dýchacími cviky.

Po dobu terapie usilujeme o regulaci pozornosti, snažíme se zvětšit její rozsah, ale také snížit pozornost dítěte při stereotypních aktivitách. Zabraňujeme rušivým elementům,

používáme oblíbené hračky a předměty, se stejnými hračkami obměňujeme aktivity, odměňujeme zájem a sdílení pozornosti. Důležitou roli hraje také napodobování, sami napodobujeme klienta v jeho zvucích, mimice a činnosti, zrcadlíme jeho vyjadřování, klienta vedeme k napodobování pomocí společných aktivit, společně stavíme kostky, kreslíme, házíme míčem. Používáme zrcadlo, básničky, kde provádíme určité gesto (tleskání, dupání). Směřujeme klienta ke střídání během aktivit, snažíme se, aby při aktivitách, střídavé stavění kostek, kreslení, pexeso, pochopil nezbytnost střídání při komunikačním procesu. Postupně usilujeme o ukazování na předměty a jejich vyžádání. Při tomto nácviku je důležitá motivace a odměna. Nácvik začínáme způsobem, kdy máme v ruce oblíbený a neoblíbený předmět. Zeptáme se dítěte: „ Co bys chtěl? Ukaž mi to. “, můžeme také vést klientovu ruku po požadovaném předmětu, oceňujeme všechny náznaky žádosti (Buntová, Tichá, 2009; Říhová, Vitásková, 2012).

Porozumění

U dětí kolem 10. až 12. Měsíce se začíná objevovat motorická reakce na zvukový podnět, postupně si uvědomuje, co slova znamenají a dochází k postupnému porozumění řeči (Lechta, 2002). Obvykle dítě rozumí řeči daleko dříve než je schopno mluvit. U dětí s poruchami autistického spektra je situace obtížnější. V raném věku se objevují se nižší reakce na zvukové podněty, zpravidla více reaguje na podněty z okolí, na řeč téměř ne, neotočí se při oslovení, neobjevuje se odezva na jednoduché příkazy. Problémy s porozuměním se pojít i s kognitivními schopnosti, dítě má potíže s chápáním abstraktních pojmů a generalizací. Objevují se i problémy v s porozuměním nadřazených slov, emocí, přenesením významu, sarkasmem, překážkou jsou i předložky, osobní zájmena (Buntová, Tichá, 2009). Často se nachází v situacích, kdy nerozumí, nechápou, jsou zahlceni dojmy, které nejsou schopni analyzovat nebo je zaujal detail, který je pro ostatní bezvýznamný. Neustále si musí vytvářet představu o tom, co vnímají, je pro ně složité představit si něco jiného než slyší a vidí (Beyer, Gammeltoft, 2006).

Terapie se zaměřuje na rozvoj exprese řeči. Když mluvíme na dítě, používáme jednoduché, krátké věty anebo slovní spojení, opakujeme je stále dokola, postupně přidáváme další. Slova vždy spojujeme s konkrétním předmětem, činností. Pokládáme jednoduché otázky a stručné instrukce: „ Kde je židle? Podej mi balón.“, když klient nereaguje, jednoduše komentujeme předměty a situace: „To je balón., Tady je židle.“. Neustále komentujeme denní činnosti, verbalizujeme každodenní realitu, prohlížíme si obrázkové knihy, ve kterých se

jedinec může obírat o vizuální obraz, stále opakujeme jednoduché instrukce: „ Sedni si., Udělej pá, pá.“, vhodné je i používání hříček a říkanek: Kolo, kolo, mlýnský, Paci, paci, pacičky, Vařila myšička kašičku (Richman, 2006 in Říhová, Vitásková, 2012). Po celou dobu intervence se snažíme také o rozvoj auditivní a vizuální percepce. Používáme pestré pomůcky, předměty a hry, rozvíjíme samotné vnímání, porozumění i rozlišování několika podnětů.

Jemná a hrubá motorika

Motorické schopnosti a dovednosti jsou mezi jedinci rozdílné, můžeme stanovit určité milníky charakterizující její správný vývoj, ale vždy musíme zohlednit osobnost, temperament a psychomotorický vývoj každého člověka, posoudíme také sociální zázemí a motivaci okolím (Čadilová, Thórová, Žampachová, 2012).

Narušení jemné a hrubé motoriky řadíme k nespecifickým symptomům poruch autistického spektra. Podle Thorové (2012) se setkáváme s různými typy vývoje motoriky a motorických schopností. Již v prvním roce dítěte se můžeme setkat s hypertonií nebo hypotonií, je nutné okamžité zahájení rehabilitace. U některých klientů se setkáváme s centrální poruchou koordinace (potíže s úchopem, s manipulací s drobnými předměty, se skládáním stavebnic i sebeobslužnými činnostmi), s problémy se zautomatizováním pohybů (zavázat si tkaničky, jíst lžící, jezdit na kole, plavat), tyto projevy řadíme k rysům dyskoordinace a dyspraxie. U dětí se často vyskytují stereotypní pohyby (kmitání prstů, tleskání, otáčení předmětů, listování v knize, bouchání hlavou, kousání se do ruky) a tikové poruchy (zkřivení tváře, zkroucení končetin, mrkání, trhavé pohyby hlavou a ramen), ty se často projevují až v pozdějším věku jedince.

Motorické schopnosti jsou v kontrastu s ostatními schopnostmi. Proto se u nemluvicích dětí s autismem často setkáváme s vysokou obratností, klienti šplhají po lanech, nábytku, houpou se a točí, poměrně dobře zvládají sebeobslužné činnosti a každodenní aktivity. Ve čtyřech letech jsou motorické schopnosti v normě, zatím co ostatní projevy na velmi nízké úrovni. U větší skupiny dětí však motorické dovednosti nepřesáhnou předškolní věk, a tak musíme motoriku neustále podporovat (Thorová, 2012). V této linii je důležitá pevná spolupráce a ortopedem i neurologem. Při logopedické činnosti doporučujeme pro rozvoj hrubé motoriky cviky na gymnastickém míči, skákání na trampolíně, kopání do míče, házení si s balónkem, rytmizaci pohybu, překonávání překážek. Při terapii jemné

motoriky se orientujeme na poznávání různých materiálů (kamínky, mušle, čočka, rýže, písek, mouka, voda, plastelína, textil, vata, ...) v miskách nebo uzavřených sáčkách, porovnávání předmětů dle materiálu, velikosti, malování prstovými barvami, malování na tělo, trhání papíru, nácvik úchopu různých předmětů (kostky, hračky, sáčky, tužky), stavění stavebnic (kostky, lego, dřevěná pexesa), podpora ukazování (prohlížení knihy a následné ukazování na obrázky, vyťukání čísla do telefonu, ťukání do klavíru), stříhání, skládání, zasunování, šroubování a jiné podobné aktivity. Důležitou součástí této terapie je i rozvoj oromotoriky, snažíme se o gymnastiku mluvidel, artikulační cvičení, nácvik správného dýchání. Využíváme různé předměty a materiály, vše probíhá formou hry a nápodoby (Říhová, Vitásková, 2012).

Rozvoj kognitivních schopností

Kognitivní, poznávací funkce, patří mezi základní funkce našeho mozku, umožňují nám vnímat, plánovat a jednat. Mezi základní schopnosti patří paměť, pozornost a myšlení (Klucká, Wolfová, 2009). Na základně získávání informací, pozorování, posouzení průběhu činnosti a výsledků z předcházejících zkušeností můžeme rozvíjet a měnit naše vrozené schopnosti. Pomocí kognitivních funkcí se učíme novým dovednostem. Z počátku je tento proces intuitivní, později je ovlivňován mnohými faktory (rodiči, rodinou, učiteli, vrstevníky, okolím), významnou roli hraje přirozená nápodoba (Čadilová, Thorová, Žampachová, 2012). U dětí s pervazivní vývojovou poruchou jsou tyto funkce narušeny. Nedochází k přirozené nápodobě, klienti mají problémy s vnímáním, zpracováním informací a následnou generalizací. Dítě se snaží pochopit situaci, vytváří si konkrétní myšlenková spojení, aby světu rozumělo a dávalo mu smysl, proto se zaměří na specifické detaily. Takové jednání narušuje transfer informací z jednoho prostředí do druhého a zabraňuje zobecňování (De Clercq, 2011)

Během terapie stimulujeme a rozvíjíme kognitivní schopnosti, zkoumáme objekty, předměty, snažíme se o celkové poznání, řadíme zde i vizuální a auditivní poznání, usilujeme o klientovo pochopení příčiny a následku (stavíme a následně bouráme stavebnice, aplikujeme hry, kdy můžeme užít slovní spojení: „Připravít, pozor, teď.“, pohybové básničky (Kolo, kolo, mlýnský), poznáváme vztahy (kostky skládáme na sebe, Matrojošku skládáme do sebe), navozujeme vztahy menší větší, rozlišujeme obrázky, tvary, barvy, snažíme se o třídění tvarů, obrázků, symbolů (např. dítě má na stole obrázky se symboly čtverec, trojúhelník, kruh, vybere nám na požádání obrázky kruhů). Důležitá je nápodoba a facilitace, rozvíjíme paměť klienta, snažíme se, aby si zapamatoval jednoduché příběhy, básničky, pohyby, aby vracel

předměty na správná místa, vyprávěl nám, co prožil během dne. U dětí s nemluvností využíváme neverbální pomůcky, vizualizaci.

Neverbální komunikace

Neverbální, mimoslovní komunikace je podle Lechty (2002) dominující komunikační kanál u dětí se symptomatickými poruchami řeči. Prostřednictvím neverbálních prostředků (mimiky, očních pohledu, kineziky, gestiky, proxemiky, haptiky a jiných) dochází k předávání informací, které nahrazuje verbální sdělení, nebo jej doplňuje. Významy neverbálních znaků jsou dány kulturou, vyznáním, sociální skupinou a časovým obdobím. U dětí s autismem nacházíme v této oblasti značné obtíže (Čadilová, Jůn, Thorová, 2003; Říhová, Vitásková, 2012). Mimoslovní komunikace úzce souvisí se sdělováním emocí, navazováním kontaktu a ovlivňováním partnera, proto můžeme u klientů zaznamenat i tyto nedostatky (Nelešovská, 2005).

Při logopedické terapii se snažíme se nejen nonverbální produkci, ale také o dovednost jedince vnímat a cítit signály k nám vysílané. V průběhu práce usiluje o navázání zrakového kontaktu (stojíme čelem ke klientovi, naše oči jsou v úrovni jeho očí, ptáme se: „Kde máš oči?, Podívej se na mě., Ukaž oči!“), v počátku nácvik současně doplňujeme o oblíbené předměty, jídlo, hračky- po očním pohledu následuje verbální odměna a předání předmětu. Užíváme různá pořekadla, usmíváme se, používáme různé grimasy, masky, zajímavé předměty v oblasti hlavy), emocí (používáme různé karty nebo fotografie, kde učíme dítě poznávat emoce, snažíme se o doplnění karet k jeho vlastním prožitkům, po celou dobu intervence na ně upozorňujeme, chválíme klienta, motivujeme, vizualizuje, předvádíme před zrcadlem, vhodný a účinný je také vlastní videozáznam klienta a jeho blízkých v různých situacích, ke kterým přidáváme emoce), gest (nacvičujeme pozdravy, souhlas, nesouhlas, učíme gesta pro výrazy: prosím, pojď sem, používáme zrcadlení, nácvik před zrcadlem, vkládáme do běžných situacích) a posturace (snažíme se eliminaci stereotypních pohybů, cvičíme správné modely postur). Nonverbální komunikaci nacvičujeme izolovaně a postupně se ji zařazujeme do běžných, každodenních situací, kdy je zrakový kontakt základem pro osvojení všech ostatních prostředků mimoslovního dorozumívání (Nelešovská, 2005; Říhová, Vitásková, 2012).

Verbální komunikace

Verbální komunikace umožňuje lidem předávat si informace pomocí artikulovaných zvukových signálů, slov, ve formě psané i mluvené, není však jediným sdělovacím prostředkem, při slovní komunikaci využíváme i mimoslovní prostředky, které jsou fylogeneticky i ontogeneticky starší (Klenková, 2006). U nemluvicích dětí s poruchami autistického spektra se zaměřujeme také na stránku verbální komunikace a usilujeme o vytvoření určitého individuálního systému slov klienta.

Podle Škodové (2003) musíme dítěti poskytovat dostatek přiměřených řečových podnětů a neustále je k řeči stimulovat. Nezbytný je také správný řečový vzor po stránce fonologické i fonémické. Dítě by mělo napodobovat ty zvuky, kterým rozumí a dokáže je zvládnout i po stránce motorické, v neposlední řadě musíme klienta neustále motivovat k opakování, postupuje od melodie, přes jednoduché hlásky ke slovům. Vhodné je používat nedirektivní techniku mapování kontextu, kde komentujeme různé aktivity, vztahující se k momentální situaci a mentální úrovni dítěte. Používáme mapování činnosti rodiče nebo terapeuta při společné aktivitě s dítětem (*self – talking*), nebo komentujeme činnost dítěte (*parallel- talking*) Lechta (1990). Začínáme od jednoduchých jednoslabičných zvuků – např. ba, postupně přidáváme celá slova – např. balón, nejdříve komentujeme oblíbené předměty nebo aktivity, později slova ostatní, nezapomínáme na přirozený vývoj řeči. Pracujeme s vizualizací, komentujeme obrázky, učíme dítě jednoduchá slovní spojení, fráze, např. „Ota jí.“. Během terapie dítě chválíme a oceňujeme za jakýkoliv náznak verbální komunikace.

2.6 Logopedická prevence

Prevence, *preventia*, předcházení, zamezení vzniku nemoci nebo poruchy. Její úloha se v dnešní době dostává stále více do popředí. V rámci logopedických postupů může docházet k prolínání prevence s terapií, hovoříme o preventivní terapii (Lechta, 2009). V logopedii se setkáváme se třemi typy prevence: primární (zaměřená na celou populaci, jedná se o předcházení ohrožujícím faktorům a nemocem), sekundární (orientovaná na rizikovou skupinu, ohroženou patologickým jevem, snaží se předcházet vzniku NKS) a terciární (specializovaná na osoby, u kterých se projevila NKS, snaží se předejít dalším negativním důsledkům). Vedle tradičních metod používáme také osvětové přednášky, články, videonahrávky, počítačové programy, informace na internetu, v publikacích a letáčích (Lechta, 2003).

Při logopedické prevenci poruch autistického spektra, je velmi důležitá osvěta, screening, vyhledávání dětí s autismem, velký důraz je proto kladen na rodiče a pediatry. V případě včasného zachycení je důležité rodiče poučit o komunikačním problému, o jejich možnostech, ulehčit pochopení jednání a komunikaci, která je specifická pro děti s poruchami autistického spektra. Nezbytné je, aby logoped nastavil přiměřenou komunikaci, usnadnil rodičům získání informací a pomohl s nácvikem vhodné alternativní a augmentativní komunikaci. Nutností je zajistit komplexní diagnostiku a terapii (Buntová, Tichá, 2009).

3 Komunikace dětí s poruchami autistického spektra

Kapitola pojednává o samotné komunikaci a vývoji řeči člověka. Orientuje se zejména na specifickou oblast problematiky nemluvnosti u dětí s poruchami autistického spektra. Charakterizuje alternativní a augmentativní komunikaci a její jednotlivé komunikační systémy.

3.1 Komunikace

Termín komunikace - z latinského *communicatio* neboli spojování, sdělování - je obecně lidská schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů. Jedná se o výměnu informací, sdělování a dorozumívání. Lidé si navzájem nevyměňují pouze informace, ale do komunikace vkládají také sdělovací prostředky, své myšlenky, představy, pocity i postoje (Klenková, 2000). Komunikace má velký význam pro rozvoj inteligence a celé osobnosti člověka (Kubová, 1996), jejím vlastním účelem je sociální interakce. Za normálních podmínek je navazování a udržování kontaktu zcela přirozené, malé dítě k tomu používá oční kontakt, úsměv, doteky, postupně se učí vnímat, zapamatovávat, zpracovávat a vybavovat si informace, které mu dává okolí a také postupně více usiluje o předávání signálů, které okolí vyžaduje (Janovcová, 2003). Vrcholnou formou komunikace je řeč, používání slov, samostatných jazykových jednotek, které mají svůj věcný i mluvnický význam. Řeč není člověku vrozena, musí jí naučit a projít jejím určitým vývojem. Každý člověk má danou určitou schopnost si ji osvojit (Dolejší, 2005). Slova, ale nejsou jediným sdělovacím prostředkem člověka, neboť se mezi sebou dorozumí i Ti, kteří mluvit nemohou (Klenková, 2000).

3.1.1 Vývoj řeči

Lechta (2002) uvádí, že na vývoj řeči můžeme nahlížet z pohledů jednotlivých jazykových rovin, v roce 1995 uvedl schéma pro orientační posouzení řečové úrovně:

1. období pragmatizace (přibližně do 1. roku života)
2. období sémantičky (1. -2. rok života)
3. období lexemizace (2. -3. rok života)
4. období gramatizace (3. -4. rok života)
5. období intelektualizace (po 5. roce života).

Již v období prenatalního vývoje dítě vnímá lidský hlas. Bylo prokázáno, že dítě má odlišné reakce na čtení povídek, které mu matka četla v průběhu těhotenství a které ne(De Casper, 1986 in Thórová, 2012). Novorozenec projevuje neartikulovaný, jednotvárný křik, s výškou komorního A, bez subjektivního záměru, nedokáže vědomě měnit tónovou výšku křiku. Postupně si všímá jiných podnětů, dává přednost tónům, a když uslyší matčin hlas, jeho projev se přerušuje. Kolem 3. týdne přichází první neverbální znaky, objevuje se úsměv, na matčin hlas reaguje sacími pohyby. Období mezi 2. -3. měsícem je charakteristické změnou síly i rozsahem křiku, pomocí něho dokáže vyjadřovat svoji náladu (negativní pocity - tvrdým hlasovým počátkem, pozitivní – měkkým hlasovým počátkem, emocionální křik). Když leží spokojený na zádech, vydává hrdeční zvuky (brouká) vzniklé posunutím jazyka dozadu v důsledku gravitace: gagaga. Postupně začíná křikem komunikovat, užívá ho jako prostředek k uspokojování svých potřeb (komunikační křik), reaguje na lidskou tvář úsměvem. V průběhu 3. -4. měsíce očima hledá zvuk, otáčí se, když si rodiče povídají. Reaguje na oslovení, usmívá se, experimentuje s mluvidly jako při přijímání potravy, které doplní hlasem (pudové žvatláni), postupně odpovídá žvatláním na oslovení, vyžaduje si tak i svoji pozornost. Má rádo melodie, hudbu, zpěv. Ve 4. -6. měsíce rozlišuje zbarvení hlasu, lze ho pomocí hlasu uklidnit nebo se může leknout, bez ohledu na obsah promluvy. Stále živěji reaguje na hlas matky, vokalizuje, jestliže matka mluví. Často žvatlá a brouká (babbling), produkuje velké množství prefonémů bez vědomé sluchové kontroly, bababa, dadada. Radost vyjadřuje výskavými tóny, více upozorňuje na svou osobu. Začíná si všimnout i nižších zvuků, které mu signalizují příjemný prožitek. Během 6. -8. měsícem dítě dokáže sedět, v této pozici se mu lépe vydávají zvuky (vypráví). Můžeme hovořit o počátku napodobování, dítě imituje zvuky, které slyší v svém okolí, postupně odezírá pohyby mluvidel, které napodobuje, otevírá, zavírá a špulí ústa. Postupně se z napodobivého žvatláni (lalling) stávají hlásky mateřského jazyka. Začíná diferencovat tváře lidí, navazuje kontakt spíše se známými než cizími, pozná zlobu a radost v matčině tváři. Otáčí se za zvuky, komunikuje s hračkami a okolím. Období 8. -10. měsíce je charakteristické vnímáním svého jména, postupně ukazuje předměty a osobu, které pojmenuje, zná přibližně pět pojmů. Stále více experimentuje se zvuky, imituje slyšené zvuky, komunikuje s pomocí gestikulace. V 10. -12. měsíci se objevuje porozumění řeči, přichází motorická odpověď na často se opakující zvukový obraz, reaguje na pokyny, ukáže na některé části těla. Sleduje dospělé při rozhovoru, imituje jejich komunikaci, artikuluje samohlásky, některé souhlásky i slabiky, používá první slova tvořená opakováním slabik, které má funkci celé věty. Vyjadřuje tak přání, emoce, potřeby (Lechta, 1990; Lechta, 2002).

Po prvním roce přichází období verbalizace, jedná se o typicky lidské specifikum, vlastní vývoj řeči. Dítě si osvojuje jazykové roviny (Lechta, 2002). Období kolem 1 – 1,5 roku, dítě vyslovuje první slova, většinou podstatná jména nebo citoslovce, signalizují jednoslovnou větu, která je doplněna o prozodické faktory, neverbální komunikace je stále nezbytnou součástí promluvy. Dítě chodí, aktivně poznává předměty kolem sebe, díky tomu se zvyšuje jeho slovní zásoba. S oblibou si opakuje slova nová, rozumí komplikovanějším pokynům. Kondáš (1983 in Lechta, 1990) hovoří o egocentrickém stádiu vývoje řeči. V průběhu 1,5 - 2 roku nastává mluvení jako činnost. Začíná první věk otázek, dítě se ptá: „Kdo je to?, Co je to?“. Postupně přestává používat dětská slůvka, kterým rozumí jen nejbližší, tvoří dvouslovné věty, bez gramatické struktury, postupně přenáší slova z jedné situace do druhé, podle Sováka (1981 in Lechta, 1990) se jedná o asociačně reprodukční stádium. Ukáže části těla na panence, při artikulaci složitějších slov vynechává poslední slabiky. Někdy může nastat také situace, kdy dítě začíná tvořit slova až po druhém roce, obecně stanová hranice fyziologické nemluvnosti je do tří let. Po 2. roce postupně skloňuje a časuje, krátké věty přestávají být dysgramatické. Osvojuje si přídavná jména i další slovní druhy. Vnímá a diferencuje distinktivní rysy (znělost, způsob i místo artikulace). Zná své jméno, při hovoru o sobě, mluví ve třetí osobě. Neakceptuje gramatické výjimky, slova tvoří analogicky. Dokáže pojmenovat časové události (den a noc). Kolem 3. roku nastává druhý věk otázek, ptá se: „Proč?, Kdy?“, pomocí komunikace dosahuje drobných cílů. Kondáš (1983 in Lechta, 1990) popisuje tohle období jaké stádium komunikačního vývoje řeči. Dítě rádo hovoří s dospělými, při komunikačním neúspěchu nastává pocit frustrace. Postupně přichází období fyziologických potíží řeči, dítě častěji tvoří souvětí, objevují se i souvětí souřadná. Později tvoří protiklady, dokáže si zapamatovat básničky, říkanky, tvoří i podřadná souvětí. Slovní zásoba se neustále zvětšuje, umí kategorizovat, v tomto období přichází stádium logických pojmů. Od 4. roku nastává stádium intelektualizace řeči, které přetrvává až do dospělosti. Dochází ke zpřesňování významu slov a gramatické struktury. Zkvalitňuje se řečový projev, roste slovní zásoba. V 5. -6. roce dítě ovládá názvy barev, zvířat a věcí, dokáže vysvětlit, k čemu se co používá a slouží, reprodukuje krátký příběh. U fyziologické patlavosti přetrvává sigmatismu, rotacismus, rotacismus bohemicus, někdy dítě hlásku vynechá – mogilálie, někdy nahradí jinou - paralálie. Realizuje dlouhé, komplikovanější pokyny, postupně dozrává schopnost fonemické diferenciaci (Lechta, 1990; Lechta, 2002; Thorová, 2012).

3.1.2 Jazykové roviny

Každý jazyk má svá pravidla, jazykové roviny, ve kterých je organizován. V jazykovém systému se setkáváme s těmito rovinami: foneticko - fonologická, lexikálně - sémantická, morfologicko – syntaktická a paradigmatická, může docházet k jejich vzájemnému prolínání (Marková, 2009).

Foneticko-fonologická rovina

Této rovině je věnovaná velká pozornost odborníků. Je nutná znalost ontogeneze řeči a pořadí hlásek při fixaci. V dětské řeči se nejdříve objevují samohlásky, potom souhlásky (závěrové – p, b, m, t, d, n, t', d', ň, k, g, úžinové - f, v, j, h, ch, s, z, š, ž až nakonec polozávěrové a úžinové se zvláštním místem tvoření – c, č, dz, dž, l, r, ř). Existují i mnohé jiné strategie, které jsou podloženy výzkumy.

Vývoj výslovnosti je ukončen přibližně v 5 letech věku dítěte, občas může být tato hranice posunuta do 7 let. Při osvojování hlásek je nutná obratnost mluvních orgánů, dýchání, vyzrálость fonemického sluchu, mluvní vzor a také sociální prostředí, ve kterém se dítě nachází. V případě nesprávné výslovnosti je nutné zahájení logopedické intervence (Klenková, 2006).

Lexikálně- sémantická rovina

Jedná o rovinu zabývající se slovní zásobou. Slovní zásobu může rozdělit na pasivní (slova, kterým jedinec rozumí) a aktivní (slova, která v řeči používá). Podle Klenkové (2006) přibližně kolem 10. měsíce může zaznamenávat rozvoj pasivní slovní zásoby, kolem 12. měsíce se postupně objevují první slůvka, jedná se o rozvoj aktivní slovní zásoby. Při osvojování prvních slov zaznamenáváme hypergeneralizaci (haf, haf je vše, co má čtyři nohy), později pozoruje opačnou tendenci – hyperdiferenciaci (určité slovo je název pro určitou věc, táta je jen jeden muž).

Dítě nejdříve mechanicky opakuje slova, bez toho aby jim rozumělo, postupně dochází k porozumění slovům, které nedokáže vyslovit. Až v období po 1. roce dokáže vyslovit slovo, kterému rozumí (Švancara, 1980 in Lechta, 1990).

Lexikon dítěte podle Klenkové (2006):

11. měsíců	1. slova
1 rok	5-7 slov
2 roky	200 slov
3 roky	1000 slov
4 roky	1500 slov
6 let	2500 – 3000 slov

Tabulka č. 1: Lexikon vývoje

Morfologicko-syntaktická rovina

Rovina zastřešující gramatickou stránku jazyka, můžeme ji zkoumat až kolem 1. roku, kdy mluvíme o vlastním vývoji řeči. Dítě kolem 1 roku vyslovuje první slova, která mají charakter jednoslovných vět bez gramatické stavby. Ve 2. roce začíná tvořit dvouslovné věty, obvykle hromaděním dvou jednoslovných vět. Po 2. roce začíná dítě skloňovat a časovat, vedle podstatných jmen a sloves, se objevují přídavná jména a jiné ostatní slovní druhy. Začíná používat jednotné i množné číslo. Mezi 3. - 4. rokem začíná tvořit souvětí, slovo, které má klíčový význam, klade ve větě na první místo. Do 4 let se objevuje fyziologický dysgramatismus. Později dochází k postupnému dodržování slovosledu, promluva se stále více gramaticky zpřesňuje, ale ve výslovnosti a fonetické diferenciaci může mít ještě nedostatky. Po 5. roce bývají verbální projevy správné, dítě dokáže správně formulovat poměrně dlouhou větu (Lechta, 1990; Klenková, 2006).

Pragmatická rovina

Pragmatická rovina je jednou z nejdůležitějších, umožňuje nám využít komunikaci v sociální interakci. Již dávno před tím, než dítě pochopilo význam slova, chápalo situaci, ve které se konverzace odehrávala. Ve 2 – 3leté dokáže pochopit svou roli komunikačního partnera a reagovat v ní podle konkrétní situace. Po 3. roce je u dítěte patrná snaha komunikovat, navazovat a udržovat krátký rozhovor. Ve 4 letech má stále větší snahu o komunikaci, svoji řeč používá k regulaci dění ve společnosti (Klenková, 2006).

Podle Thorové (2012) je nutné, aby měl jedinec osvojené tyto předpoklady:

- 3 musí vědět, že komunikační partner na otázku očekává odpověď
- 4 musí umět poznat, kdy je vhodné do konverzace vstoupit a jaké je střídání rolí posluchače a vypravěče

- 5 musí dokázat prezentovat své sdělení srozumitelně a tak aby ostatní zaujal, neodbíhat od tématu.
- 6 musí vědět, jak se má chovat a jaký styl konverzace použít u různých komunikačních partnerů

3.2 Komunikace nemluvicích dětí s poruchami autistického spektra

U dětí s poruchami autistického spektra bývá řeč vážně narušena, obvykle však schopnost mluvit mají zachovanou (Polášková, 2004). Přibližně jedna polovina z nich si však nikdy neosvojí řeč, která by sloužila ke komunikačním účelům (Paul, 1887 in Thorová, Jůn, Čadilová, 2004). Thorová, Jůn, Čadilová (2004) tvrdí, že deficity v oblasti komunikace jsou velmi různorodé, liší se v projevech a v míře komunikačního handicapu. Téměř všechny děti s poruchou autistického spektra nemají vyvinutou schopnost porozumět významu mluvených slov, nechápou, že pomocí komunikace mohou ovlivnit své okolí. Je tedy velmi důležité, aby si osvojili nejen samotnou komunikaci, ale také komunikační záměry.

U nemluvicích dětí s autismem může být zpomalena nebo zcela chybět souhra pravé a levé hemisféry. Zkušenost můžeme prezentovat, na těchto příkladech: Dítě nezpracovává nové informace, není flexibilní, používá pouze slovní spojení, které se naučil, nechápe abstraktní pojmy, vnímá jen to, co vidí - je hyperrealistické, slova, která se naučilo v nějaké situaci, jsou pro něj jiná, nesrozumitelná, úkoly, které plní ve škole, doma nezvládá, nechápe, že jedna a ta samá osoba se jednou nazývá já, podruhé ty, on nebo ona (Polášková, 2004). Komunikace dětí s autismem je ovlivněna jejich specifickými projevy v oblasti sociální interakce, kdy dítě není schopno udržet oční kontakt, nemá zájem o kontakt s cizími osobami, neakceptuje tělesný kontakt a mnohdy bývá narušena jejich nonverbální komunikace (Bendová, 2011). Mimika a gestika málo výrazná, posturace nepružná, strnulá (Thorová, 2012). Porucha komunikace se projevuje na úrovni expresivní i perceptivní. U dětí se může objevit i frustrace z nefunkční komunikace, která nejčastěji vede k agresivnímu chování (Thorová, Jůn, Čadilová, 2004).

3.3 Alternativní a augmentativní komunikace, AAK

Alternativní a augmentativní komunikace, AAK, prezentuje multidisciplinární oblast, která se zabývá možnostmi náhradní (alternativní) a doplňkové (augmentativní) komunikace osob s vážnými expresivními komunikačními poruchami (Bendová, 2011), kdy augmentativní komunikace slouží k podpoře rozvoje již existujících komunikačních dovedností jedince

a alternativní komunikace nahrazuje mluvenou řeč. Děti komunikovat potřebují, aby mohly vyjádřit své myšlenky, nálady, pocity, potřeby a především poznávaly svět kolem sebe (Kubová, 1996). „Každý člověk má právo na jazyk, kterému bude rozumět a pomocí něj se vyjadřovat“ (Janovcová, 2003, str. 15).

Cílem těchto systémů je umožnit lidem s komunikačními potížemi, se dorozumívat, reagovat na podněty ze svého okolí tak, aby se mohli aktivně účastnit života ve společnosti i vzdělávacích aktivit. Na druhé straně však nikdy nenahradí rychlost a nedosáhne rozsahu slovníku mluvené řeči. Zavedení AAK je někdy mylně považováno za strukturu, který brání k rozvoji řeči jedince. Ovšem žádný ze systémů nemá v úmyslu potlačovat přirozené řečové projevy jedince, naopak působí jako jeden z prostředků budování mluvené řeči, k tomu je však zapotřebí čas, zkušenosti odborníků a jejich vzájemná spolupráce s rodinou (Laudová, 2003).

3.3.1 Možnosti využití AAK a výběr komunikačního systému

Téměř každý při verbální komunikaci užívá mimiku, gesta a řeč těla k tomu, aby mohl význam slov dobarvit, můžeme tedy mluvit o multimodální komunikaci. Pokud je řeč výrazně omezena, obtížně srozumitelná nebo se jedinec nemůže vyjadřovat řečí vůbec, jsou tyto vedlejší způsoby komunikace ještě důležitější. U dětí s rizikovou diagnózou je potřeba začít využívat AAK tak brzy, jak je to jen možné. Už 9-10 měsíční dítě chápe, že může ovlivnit dospělého použitím různých komunikačních strategií. Využití AAK v raném dětství má příznivý vliv na rozvoj dítě, jeho dovedností a schopnosti komunikovat, tedy porozumět, myslet a předat informace (Laudová, 2003).

Mezi hlavní komunikačních strategie můžeme řadit metody bez pomůcek, unaided, dynamické způsoby (využití nonverbální komunikace – gesta, mimika, gestikulace, držení těla, manuální znaky), metody s pomůckami, aided, statické způsoby (mezi ně řadíme netechnické pomůcky - předměty, obrázky, fotografie, piktogramy, písmo) a jiné metody (technické pomůcky – elektronicky upravené pomůcky a počítače), (ibid).

Výběr komunikačních systémů je náročný, vždy ho musíme posoudit individuálně vzhledem k možnostem, schopnostem a s ohledem na vývojovou prognózu jedince. Ať již uijeme jakýkoliv systém, sdělí, které je dítě schopno dát najevo přirozeným způsobem, nezařazujeme do uměle vytvořeného systému. Často nejdříve využíváme reálné předměty,

teprve potom se posouváme dále a pracuje s fotografiemi, obrázky, manuálními znaky a podobně. Jednoduše řečeno dětské vnímání převádíme ze světa trojrozměrného do dvourozměrného, symbolového. Při každém přechodu se musíme ujistit, že u dítěte došlo k osvojení a porozumění. Při kombinaci systémů vybíráme takové, které se vzájemně doplňují a umožňují multisenzorální přístup. Obvykle však nepoužíváme více jak tři systémy současně (Janovcová, 2003).

Při rozhodování o zařazení určitého komunikačního systému je důležité, abychom zvážily pedocentrická hlediska (fyzické, verbální dovednosti, stav smyslových orgánů, dobu práce schopnosti, kognitivní schopnosti, potřebu a motivaci ke komunikaci, podporu rodiny, schopnost interakce a předpoklad dalšího rozvoje), systémová hlediska (způsob přenosu informací – staticky nebo dynamicky, ikonicitu – zřetelnost, míru abstrakce - která souvisí se schopnosti vytvářet asociace, rozsah slovní zásoby a shodu s mluveným jazykem), zajistili psychologické vyšetření, kontrolu zraku i sluchu a stanovili očekávané cíle (ibid).

3.3.2 Výhody a nevýhody AAK

Každá strategie v rozvoji dětí s narušenou komunikační schopností nese své přednosti i úskalí. Používání AAK může pozitivně působit na dítě v těchto ohledech: snižuje pasivitu dítěte, zvyšuje zapojování do vyučovacího procesu, aktivní účasti ve volnočasových aktivitách, k rozvoji kognitivních schopností, umožňuje samostatné rozhodování, mít na věc svůj vlastní názor a stát si za ním, podporuje jeho komunikační schopnosti a aktivitu komunikovat, podporuje jedince konverzovat v oblastech, kde byl dříve jen pasivním posluchačem. K negativnímu působení řadíme: menší společenskou využitelnost než je mluvená řeč, vzbuzování větší pozornosti okolí, jedinec nemůže komunikovat s partnerem, který daný systém neovládá, delší doba pro využití alternativního systému k svému vyjadřování. A v poslední řadě se někteří lidé domnívají, že když jedinec využívající komunikační systém, už nikdy nebude verbálně komunikovat – žádný ze systémů však nemá v úmyslu potlačovat přirozené řečové projevy dítěte (Kubová, 1996).

Kubová (1996) poukazuje na skutečnost, že ke komunikaci musíme využívat všechny příležitosti, hlavně každodenní aktivity, jako je oblékání, jídlo, nakupování, relaxace, procházky a podobně. Vždy je nutná spolupráce se školou a jinými organizacemi, které s jedincem pracují, abychom dosáhli co největšího rozvoje.

3.3.3 Typy komunikačních systémů využitelné u nemluvicích dětí s poruchami autistického spektra

Metody AAK se využívají zejména u dětí mluvicích, ale můžeme je využít i jako podpůrný systém u předškolních dětí s nedostatečným řečovým vývojem. Můžeme sem zařadit nácvik znaku, využití trojrozměrných předmětů, fotografií, používání piktogramů, psaní, čtení slov. Je nutné brát v potaz, že komunikace nastává, až když dítě o něco požádá, nikoliv pojmenováním předmětů. Dítě je schopno přes reálný předmět hrníčku, fotografii, obrázek, piktogram nebo znak, který hrníček symbolizuje, sdělit, že má žízeň, že chce napít (Thorová, 2012).

Tyto systémy můžeme třídit do několika základních rozdělení, z nich bych ráda blíže popsala tyto tři: systémy využívající netechnické pomůcky, systémy využívající technické pomůcky a systémy manuální.

Systémy využívající netechnické pomůcky

1. Trojrozměrné předměty

Ke komunikaci dětí s poruchami autistického spektra můžeme využít reálné předměty, jejich miniatury nebo části. Dítě manipuluje se snadno rozpoznatelnými předměty, má hmatovou oporu a proto je schopné komunikovat již v útlém věku. Odborníci uvádí, že dítě je schopno vnímat hmatové symboly již od 7 měsíců. Jednou z nevýhod je, že nelze znázornit abstraktní slova a přezrává se pojmenování předmětu a činnosti. Slovo lžička má stejné znázornění jako slovo jíst. Předměty můžeme připevnit na komunikační lišty, čímž usnadníme komunikaci (Laudová, 2003).

2. Fotografie

Fotografie, barevné nebo černobílé, mohou usnadnit komunikaci dětem s autismem a motivovat je pro další práci. Znázorňují předměty, činnosti, osoby a místa, které dítě zná, jsou mu blízké, jedná se o nejrealističtější znázornění, o jeho vlastní zážitky. Dítěti bývají srozumitelnější a jasnější než obrázek či piktogram. Často bývají mezistupněm pro zavedení abstraktnějších symbolů (ibid).

3. Pictures communication symbols, PCS

Velmi rozsáhlý systém barevných, reálných obrázků, nazýván Picture communication symbols, PCS, navrhla logopedka Roxana Johnson. Soubor obsahuje okolo 3000 symbolů

v barevném i černobílém provedení (Laudová, 2003), je používán především v USA a Austrálii (Janovcová, 2003).

4. *Symboly MAKATON*

Symboly, které byly navrženy jako součást komunikačního programu MAKATON, se používají v kombinaci s písmeny. Abstraktní slova jsou znázorněna pomocí grafických záznamů manuálních znaků (Laudová, 2003). Podle Krejčířové (2011) se v současnosti setkáváme se znaky MAKATON v rámci multisenzoriální komunikace. V některých případech se ovšem mohou používat jako primární komunikační prostředek.

5. *Piktogramy*

Piktogramy můžeme charakterizovat jako černobílé obrázky, ve kterých jde jednoznačně oddělit figuru od pozadí (Laudová, 2003). Pomocí nich mohou jedinci sdělit své pocity, potřeby, zvyšují se jejich kognitivní schopnosti, pomáhají jim při konverzaci s okolím. Existuje několik typů piktogramů, v České republice jsou užívány zejména ty, které byly převzaty z modelu severní Evropy, ze zemí jako je Dánsko, Švédsko, Holandsko a jiných. Zahrnují kolem 700 symbolů, které znázorňují osoby, předměty, činnosti, vlastnosti a pocity. Jsou vizuálně čitelné, snadno zapamatovatelné a srozumitelné pro každého (Janovcová, 2003). U mluvicích dětí jsou vyslovená slova symbolem, která mají svůj grafický záznam, podobně je tomu tak i u piktogramů, a tak jsou často spojovány s nápisy (Laudová, 2003). Celý soubor znaků můžeme upravovat, tisknout, vytvářet z něj pracovní listy a také komunikační tabulky. Dorozumívání pomocí piktogramů je jednoduché, názorné a perspektivní. V některých situacích jej kombinujeme se znakem do řeči, pomocí této kombinace napomáháme snadnějšímu pochopení slov.

Při osvojování si komunikace pomocí piktogramů je velmi důležité dodržovat všechny fáze, musíme brát v potaz úroveň intelektu i věk (Janovcová, 2003). Nesmí být opomíjena spolupráce rodičů, je třeba je včas informovat o možnosti tohoto systému a používali piktogramy i doma. Výuka se nejdříve zaměřuje na jednoduché a dítěti známé předměty a obvyklou činnost. Teprve později začínáme piktogramy spojovat a osvojovat si nové. Pro lepší zapamatování si je upevňujeme na nástěnky, nábytek, sestavujeme si z nich denní rozvrh, pracovní postup a jiné. K dosažení úspěchu je důležitá motivací, radost z učení a pochvala (Kubová, 1996).

Podle Janovcové (2003) se setkáváme s těmito fázemi:

Přípravná fáze - dítě seznamuje s obrázky, fotografiemi, snažíme se o porozumění, rozvoj slovní zásoby. Obrázky používáme ke komunikaci, dítě se s jejich pomocí snaží něco sdělit.

1. Reálný předmět.
2. Reálný předmět a obrázek nebo fotografie.
3. Různé obrázky se stejným obsahem.
4. Situační obrázky a daný obrázek zařadit do situace.
5. Obrázek a piktogram.
6. Piktogram a piktogram.
7. Situační obrázek a piktogram.
8. Pracovní listy s piktogramy, skládání piktogramů.
9. Sestavování vět.
10. Využití tabulek a deníků.

Při práci s piktogramy nemluvících jedinců je velmi důležité sestavování komunikačních tabulek. Ty jsou velmi individuální a specifickou záležitostí, pomůcku nemůžeme použít ani vyrobit pro všechny jednotně. Musíme se vždy zamyslet nad tím, co daný jedinec potřebuje, jaké má zrakové a pohybové schopnosti, co je předmětem jeho zájmů, v jaké životní skupině se nachází. To vše je důležité pro jeho touhu po komunikaci, která musí překonat počáteční námahu. Komunikační tabulka je určená pro terapeutické činnosti, ale také pro každodenní používání (Janovcová, 2003). Tabulky dělíme dle organizačního uspořádání, jak uvedla Blackstonová: na schematické (životopisně uspořádané), taxonomické (založené na určitém systému- kategorizační), sémanticko-syntetické (podle gramatických záležitostí), abecední a podle často používaných pojmů (sloužící k dobré orientaci).

Symbols můžeme upevnit do knih, sešitů, pořadačů. Také pomocí suchých zipů, na desku vozíku, otočný válec, oblečení komunikačního partnera, kostky, plexisklo, papír, lepenku, dřevo, mohou mít kapesní formát nebo i větší, individuální je i velikost piktogramů a jejich rozvržení (Laudová, 2003). Janovcová (2003) doporučuje barevné označení piktogramů dle kategorií, kdy bílé jsou časové a funkční piktogramy, žluté označují lidi a jména, modrá zvířata, zelená slovesa, oranžová podstatná jména, růžová označují slova, která mají individuální význam a speciální funkci a mnohobarevné znamenávají piktogramy vztahující se k více kategoriím.

Při přípravě komunikační tabulky si sestavíme seznam pojmů, se kterými je dítě neustále v kontaktu. Důležitá je spolupráce všech osob, které na dítě každodenně působí. Slova nejčastěji zařadíme do kategorií, které umístíme na první stránku v deníku, pro lepší orientaci komunikátora. Ta slova, která vyjadřuje jinak, pohybem, řečí, mimikou, do tabulek nezařazujeme. Jedny z nejdůležitějších jsou slova ano a ne, proto je nezbytné se při jejím nácviku přesvědčit, že si je dítě opravdu osvojilo. Poznáme to, pokud například dítěti nabídneme jeho oblíbenou pochoutku a v protikladu věc, kterou dítě nemá rád. Čekáme, jestli nám odpoví ano nebo ne (Janovcová, 2003).

Příklad: „*Sáro, chceš brambůrku?*“ *Sára odpoví: „Ano.“*, „*Sáro, chceš traktůrek?*“ *Sára odpoví: „Ne“*. Pokud je tomu jinak dítě si pojmy dostatečně neosvojilo.

Komunikační tabulky by měli obsahovat také slova, která jedinec nezná, aby docházelo ke komunikačnímu rozvoji a mohl hovořit o všem, co ho zajímá. Pokud bude tabulka postavena pouze na sdělení, mám hlad, mám žízeň, nebude účinná (Janovcová, 2003). Při jejím sestavování musíme myslet i na co nejmenší námahu, která je nutno vynaložit při manipulaci, dbát na správné sezení a polohování komunikátora. Dítě učíme, aby si tabulku ke své komunikaci vyžádalo. V té chvíli jeho komunikační partner musí být bezprostředně přítomen a aktivně se účastnit komunikace (Laudová, 2003), důležitá je i zpětná vazba, jestli partner správně sdělení pochopil (Janovcová, 2003).

6. VOKS

Kanpcová (2006) uvádí, že výměnný obrázkový komunikační systém, VOKS, vychází z metody Picture Exchange Communication System, PECS, se kterým se PhDr. Margita Kanpcová roku 1999 seznámila v Chicagu. Byl to systém užívaný zejména pro děti s poruchami autistického spektra, jehož cílem je rychlé nabytí funkčních komunikačních dovedností. Od roku 2001 pracuje podle odlišné metodiky, po obsahové stránce, s jinými metodickými postupy a s podrobnějším zpracováním jednotlivých postupů, jedná se o systém, který nazvala Výměnný obrázkový komunikační systém.

VOKS je vhodný především pro jedince s poruchou autistického spektra, jelikož zohledňuje jejich specifické problémy v komunikaci a v navazování sociálního kontaktu. Můžeme s ním pracovat v každém věku, kdy je viditelné, že dítě má problémy ve funkční komunikaci, není potřeba čekat, zda dojde k jejímu rozvoji. VOKS řeči nebrání, můžeme konstatovat, že ji posiluje, motivuje a vede k jejímu zdokonalení. Pokud se jedinec dožaduje

předmětů přímou cestou, se systémem VOKS nezačínáme. Důležitým faktorem pro zvládnutí tohoto systému je, aby dítě pochopilo diferenciaci reálných předmětů, mělo ponětí k čemu, jaký předmět slouží. Tento předpoklad je důležitý pro rozlišování jednotlivých obrázků (Knapcová, 2006). Systém pracuje s vizuálními symboly, ale na rozdíl od piktogramů děti tyto obrázky neukazují, přinášení je přímo komunikačnímu partnerovi (Bendová, 2011). „Cílem systému je rychlé nabytí funkčních komunikačních dovedností“ (Knapcová, 2006, str. 8). Klienty seznamujeme s obsahem slova komunikace, vysvětlujeme jim proč je důležitá a jaký má ve společnosti význam. Hned od počátku vedeme jedince k samostatnému používání a iniciativně. Snažíme se o co největší nácvik komunikačních dovedností v rámci každodenních situací a nevylučujeme se od výchovně- vzdělávacího procesu.

Metodika VOKS je rozdělena do dvou částí, první - přípravná, která je zaměřena na učitele VOKS, pomůcky, jejich přípravu a způsoby používání, podstatný je důraz kladený na motivaci a systém odměn, ty napomáhají k efektivitě procesu a aktivitě každého jedince. Druhá část- výuková a doplňková, která tvoří kostru celého systému. Doplňková se orientuje na rozvoj slovní zásoby, navazování očního kontaktu a rozvoj zpětné vazby, její úlohou je doplňovat a rozvíjet komunikační dovednost. Výuková (hlavní) tvoří hlavní strukturu nácviku, tzv. lekce. VOKS obsahuje sedm výukových lekcí, která jsou metodicky odlišné, některé se prolínají (druhá se třetí a třetí se čtvrtou), u některých tomu musíme zabránit (pátá se nesmí překrývat se šestou a šestá se sedmou), (Knapcová, 2006).

Pořadí lekcí podle Knapcové, (2006)

1. Výměna obrázku a věc
2. Užití komunikační tabulky a nácvik samostatnosti
3. Rozlišování obrázků (diferenciace)
Doplňková lekce: rozvoj slovní zásoby
4. Tvoření jednoduchých vět
Doplňková lekce: navázání očního kontaktu
5. Odpověď na otázku: „Co chceš?“
Doplňková lekce: rozvoj větné stavby a obrácená komunikace
6. Odpověď na otázku: „ Co vidíš, co máš, co jeto, co slyšíš, co cítíš?“
Doplňková lekce: popis obrázků sloves, rozvoj obrázkové slovní zásoby
7. Spontánní projev jedince

Při výuce systému VOKS jsou přítomni dva učitelé, jeden z nich je roli komunikačního partnera a druhý je pravou rukou dítěte, tedy jeho asistent. Výměna probíhá za slovního doprovodu učitele, což působí motivačně a podporuje verbální komunikaci dítěte (Bendová, 2011). Návčivky probíhají v místě, které je jedinci blízké, ve kterém se cítí příjemně, po zvládnutí návčivku v přirozeném prostředí zkoušíme i na jiném místě, s různými lidmi. Je důležité, aby se dodržovaly postupy, instrukce i pokyny a dbalo se na předchozí přípravu. Mezi základní a potřebné komunikační pomůcky VOKS patří komunikační symboly, jedná se o vlastní sestavu obrázků o velikosti 5x5 cm nebo dle individuality klienta, nad každým obrázkem je slovo velkým tiskacím písmem napsáno. Později tato skutečnost může sloužit ke snadnějšímu osvojení metody globálního čtení. Obrázky můžeme také kreslit dle potřeb jedince, ale musíme zachovat jejich podobu, nejčastěji se setkáváme s obrázky černobílými. Dalšími nezbytnými pomůckami jsou nosiče obrázků, komunikační zásobníky, které si sami vyrábíme, dle individuálních potřeb jedince, k hojně užívaným patří komunikační knihy, tabulky, panely a odlehčené přenosné zásobníky – zástěry nebo tašky. Komunikační tabulky mají barevné odlišeny, podstatná jména znázorňujeme oranžově, osoby žlutě, slovesa zeleně, bílé spojky, předložky, barvy, číslice, další abstraktní pojmy, červeně ukazovací zájmena, slova ano a ne, hnědě slovní spojení – „Já chci. Já mám. Já vidím.“, šedě větný proužek a fialově speciální výrazy – slangové, zdvořilé a omluvné (Kanpcová, 2006).

7. Bazální stimulace a komunikace

Komunikační systém vytvořený pro jedince s těžkou formou postižení, kteří nejsou schopni verbalizovat, na mluvenou řeč nereagují, vyjadřují se prostřednictvím svých pohybů, jsou odkázáni na komunikaci tělem k tělu, bazální formu dialogu. Jedinec se učí porozumět vlastnímu tělu, vnímat tělesné projevy a pocity druhého člověka (Janovcová, 2003). Nejčastěji se setkáváme s metodami bazálního dialogického přístupu zvanými DOSA a SNOEZELEN.

DOSA vychází z japonské psychologie, která zkoumala vliv hypnózy na odstranění psychické blokády u dětí s DMO. Hypnóza vede ke snadnějším záměrným a uvolněným pohybům těla. Tělo každého jedince chápeme jako celek, který je schopen nepřetižte vnímat (Valenta, Müller, 2009). Podle Janovcové (2003) si dítě prostřednictvím pozitivních tělesných kontaktů a pohybů, dle vlastního určení, samo buduje vztah k sobě, aktivizuje a rozvíjí vlastní výrazové prostředky. Tato metoda vyžaduje koncentraci a připravenost k tělesné i emocionální blízkosti k jedincům. Při každém dotyku musíme vnímat chování vlastního těla,

své myšlenky i pocity, soustředíme se i na výraz, pozici a změny dítěte. Jedná de o vědomé pronikání do myšlenek a cítění klienta.

SNOEZELEN spojuje dynamiku s relaxací. Nabízí činnosti, kdy se jedinec může setkat sám se sebou nebo se může jednat o prostředí, kde se setkává se svými blízkými (Krejčířová, 2011). V místnosti oddělené od každodenních hluků, s vodní postelí, příjemnou teplotou, vůněmi i zvuky a tlumenými barevnými světly, může dítě relaxovat a smyslně prožít svůj odpočinek. Tato metoda je zaměřena na schopnost zpracovat primární senzoričké podněty (Valenta, Müller, 2009).

Manuální systémy

1. Makaton

Nonverbální jazykový program, který byl v 60. – 70. letech, 20. století navržen logopedkou Margaret Walker za spolupráce s psychiatry Kathy Johnston a Tony Cornforthem z Královské asociace neslyšících ve Velké Británii. Název dostal podle počátečních slabik jeho tvůrců (MA-KA-TON), MAKATON (Janovcová, 2003).

Systém manuálních znaků a symbolů můžeme charakterizovat jako základní prostředek komunikace, který podněcuje mluvenou řeč. Původní záměrem bylo využít jej u dětí s mentálním postižením a autismem. Jednalo se o jedince slyšící, kteří mluvenou řečí nekomunikovali a nerozuměli jí, dnes je cílová skupina daleko širší (Krejčířová, 2011). MAKATON je systém, který charakterizujeme jako znakování pomocí jedné nebo dvou rukou, doprovázený mluvenou řečí (Janovcová, 2003). Není nezbytné znakovat všechna slova, ale postačí pouze ta klíčová, slova, která mají pro smysl sdělení největší význam (Kubová, 1996). Slovník MAKATON je mezinárodní a tato skutečnost musí být dodržována, obsahuje 350 znaků a symbolů, které jsou upraveny tak, aby byly snadno pochopitelné i pohybově proveditelné. Je sestaven do 9 stupňů, od základních po obecné, 9 stupeň je osobní seznam slov, dle individuality každého klienta. Z počátku je důležité užívat současně znaky i symboly MAKATON a doprovázet je mluvenou řečí, postupně klient dává přednost buď jen symbolům, nebo znakům, můžou nastat i případy, kdy je nutná jejich kombinace (Janovcová, 2003). U malých dětí se setkáváme také s kombinací makatonu s obrázky, fotografiemi nebo piktogramy (Krahulcová, 2002 in Bendová, 2011). V případě, že si jedinec osvojí všechny znaky a symboly, může si dále osvojovat znaky znakového jazyka (Kubová, 1996).

Se systémem by měli být seznámeni ti, kteří jsou s jedincem v každodenním kontaktu a setkávají se s ním při volnočasových nebo jiných aktivitách (Janovcová, 2003).

2. Znak do řeči

Gesta představují fylogeneticky nejstarší formu komunikace. Pomocí těla můžeme dávat najevo naše pocity, touhy a přání. Na základě tohoto zkoumání v Dánsku byl sestaven augmentativní systém, zvaný Znak do řeči. Jeho autorem je speciální pedagog Laarse Nygars. Jedná se o řeč těla spojenou s mimikou, která doprovází mluvenou řeč jedince. Cílem toho systému je usnadnění řeči, zlepšení porozumění a motivace k mluvení. Znakují se pouze klíčová slova, rytmus znaku a slova je shodný. Používáme znaky přejaté nebo uměle vytvořené (Janovcová, 2003). Oproti makatonu není tak standardizovaný, je více flexibilní a přirozený, lze jej libovolně upravovat dle potřeb klienta (Valenta, Müller, 2009).

Mluvené slovo je abstraktní, jeho stopa je jen chvilková, je tedy obtížné si slova vzápětí zapamatovat a zpracovat je. Znak je také dynamický, ale pomocí vizuálně – kinestetické povahy jej lépe zachytíme a upevníme. Při práci s klienty je nutné podporovat smysl pro nápodobu a paměť. Je důležité, aby jedinec zažil úspěch a uvědomil si, že pomocí rukou může snadněji přijímat a předávat informace. Znaky vždy přizpůsobíme dle individuality jedince, zpomalíme nebo zrychlíme tempo řeči a zpřesníme její výslovnost. Nejdříve znakujeme pouze klíčové slovo, postupně přidáváme další, v průběhu se neustále přesvědčujeme o jejich pochopení a osvojení. Slova vybíráme dle okruhu zájmu dítěte, komunikujeme v každodenních situacích o věcech, o nichž klient hovořit chce. Začínáme u témat jako je jídlo, rodina, zvířata a zájmy (Janovcová, 2003).

Systemy využívající technické pomůcky

Technické pomůcky představují důležitou součást alternativní a augmentativní komunikace u osob s poruchami autistického spektra. Při zařazení této komunikační pomůcky je nutné zvážit všechny možnosti a schopnosti dítěte, také by mu měli být dostupné. Z počátku využíváme nácviku, kdy se dítě učí nejen pomůcky ovládat a manipulovat s nimi, ale také jejich údržbě. Poté je důležité si prostřednictvím pomůcek předávat informace, aby došlo k co největší možné míře osvojení (Laudová, 2003; Janovcová, 2003).

Mezi technické pomůcky, komunikátory, řadíme především pomůcky s hlasovým výstupem, se zrakovým výstupem a počítačovou techniku.

1. Komunikátory s hlasovým výstupem

Komunikační pomůcky s hlasovým výstupem významně přispívají k integraci jedince do společnosti. Často nebývají jediným komunikačním prostředkem, ale součástí celkové komunikační strategie (Janovcová, 2003). Podle Laudové (2003) hlasové komunikátory dělíme podle typu nahrané řeči, můžeme se setkat s řečí digitalizovanou a syntetickou. Digitalizovaná představuje nahraný lidský hlas, ten přiblíží dítěti jeho jazykové prostředí, které zahrnuje místní přízvuk, dialekt, dětský i dospělý hlas, zvuky okolí. Nevýhodou této pomůcky je, že je závislá na frázích, které mu nahrají ostatní lidé. Syntetická řeč je generována počítačem. Hlavní výhodou této pomůcky je vyšší kapacita a neomezená možnost nahrávání nových vzkazů, nevýhodou je nepřirozenost hlasového výstupu. O zvolení typu řeči by se měl rozhodnout každý uživatel sám.

Komunikátory obsahují softwarové aplikace, jedinec se rozhodne o vyvolání daného vzkazu a aplikace umožní výběr dalších logicky navazujících vzkazů, to urychluje komunikaci a přispívá k snadnější orientaci jedince. Některé z nich mají fixní paměť, která je dána z výroby není měnitelná uživatelem. Jiné mají paměť otevřenou, kde si uživatel může vzkazy zachovat měnit podle svých potřeb (Laudová, 2003).

2. Komunikátory se zrakovým výstupem

Pomůcky jsou opatřeny malým displejem, na kterém se zobrazuje vzkaz, v okamžiku, kdy jedinec přidá vzkaz další, předchozí se smaže, a proto je nutná neustálá přítomnost komunikačního partnera. Výhodou je tisk vzkazů, malá tiskárna bývá součástí komunikátoru, uchovávané vzkazy můžeme využít při hodnocení rozvoje jedince (Laudová, 2003).

3. Počítačová technika

Počítačové programy u dětí s poruchami autistického spektra jsou důležitým stimulem motivace a prostředkem ke komunikaci. Dochází k snadnější a rychlejší spolupráci (Janovcová, 2003). Počítače přináší atraktivní zrakové i sluchové metody práce, jsou předvídatelné, jedinci ví, co bude následovat, tak zažívají pocit vnitřního potěšení. Je důležité zvolit takové programy, které je budou dítě rozvíjet: v softwarových programech individuálních dojde ke zlepšení motorického, kognitivního i psychického stavu klienta. V programech integrativních, kde se střídají s vrstevníky, se naučí sociální spolupráci, vzájemnému střídání a udržení pozornosti. (Bondy, Frost, 2007). Používáme především přenosné počítače, v dnešní době se stále více setkáváme s tablety a ipady. Máme několik

typů aplikací a programů, které jsou využitelné pro logopedickou práci. Mezi nejčastěji používané patří Mentio, Brepta, Méd'a, Altík, FONO, Když chybí slova, Dětský koutek. Jednou z nevýhod této AAK je vyšší pořizovací hodnota, riziko opotřebení (Janovcová, 2003).

Mentio

- počítačový program pro děti i dospělé se speciálními potřebami, dříve určený především pro osoby s afázií. Obsahuje základní slovní zásobu, slovesa, zřetězení, aplikace pro rozvoj paměti, čtení, psaní, počítání, komunikační dovedností.

Brepta

- program evaluovaný MŠMT ČR. Zahrnuje problematiku komunikačního rozvoje v co nejširším pojetí od identifikace zvuků, obrázků, slabik, slov, vět po složitější úlohy, rytmické a fonační cvičení. Klade důraz na rozvoj sluchového vnímání, fonemického sluchu, jazykových a řečových schopností.

Méd'a

- program s obsahem pro rozvoj základní smyslové a rozumové výchovy. Pomocí jednoduchých pestrých piktogramů rozvíjíme slovní zásobu, sestavujeme pracovní listy a komunikační tabulky. Programy jsou snadno ovladatelné, nejčastěji se setkáváme s programy Méd'a- barvy a tvary, Méd'a a obrázky, Méd'a čte a Méd'a počítá.

Altík

- program zaměřený především na tvorbu komunikačních tabulek, která můžeme vytvářet z fotografií, obrázků, piktogramů a slov.

FONO

- pomáhá k rozvoji slovní zásoby a sluchového vnímání. Obsahuje tyto oddíly: zvuky běžného života, fonemický sluch, slovní zásoba, rozcvička. Důležitá je spolupráce s logopedem a současné vedení pomocí logopedického zrcadla.

Když chybí slova

- program sloužící pro nácvik speciálních znaků, MAKATON a Znak do řeči. Obsahuje tři záznamy všech pojmů: symbolický obrázek, videozáznam a kresebný znak.

Dětský koutek

- program, ve kterém se děti grafickou formou seznamují s pohádkami, hrami a omalovánkami. Pomocí souvisejících úkolů si dítě osvojí základní barvy, tvary, písmena a číslice.

(Janovcová, 2003; Petit, 2009)

Praktická část

4 Problematika nemluvnosti u dětí s poruchami autistického spektra v kontextu logopedické intervence

V praktické části předložené diplomové práce jsou popsány kazuistiky dvou dětí s poruchami autistického spektra. Ze získaných informací od zákonných zástupců, z lékařských, psychologických a pedagogických dokumentů byla sepsaná osobní i rodinná anamnéza. Výzkum vychází z dostupných diagnostických materiálů, pozorování a rozhovorů. Při zkoumání jsme se zaměřili na triádu symptomů, dosažený vývoj řeči, jednotlivé jazykové roviny a jejich narušení. Zjišťovali jsme způsoby komunikace u konkrétních jedinců, výběr komunikačního systému a jeho využití.

4.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumu bylo sledování logopedické intervence u dětí s diagnózou poruchy autistického spektra, se zaměřením na komunikační schopnosti. Mezi dílčí cíle patří:

- Popsat psychomotorický vývoj konkrétní osoby.
- Analýza jazykových rovin.
- Popsat komunikační schopnosti konkrétních osob.
- Zjistit, jakým způsobem dítě iniciuje komunikaci.
- Zjistit, jak reaguje na úsilí okolí o komunikaci.
- Zjistit, jaký komunikační systém využívá.

4.2 Výzkumné otázky

Na základě výše uvedených cílů jsme sestavili výzkumné otázky, které budou v praktické části zodpovězeny kvalitativní metodou.

1. Které projevy ze symptomatické triády jsou typické pro respondenta?
2. Jaké odchylky můžeme sledovat v psychomotorickém vývoji konkrétní osoby?
3. Která z jazykových rovin je u konkrétních osob narušena?
4. Jaké neverbální projevy jsou charakteristické pro konkrétní osobu?
5. Ve kterých situacích a jakým způsobem iniciuje respondent komunikaci?
6. Jak respondent reaguje na snahu o komunikaci?

7. Který komunikační systém konkrétní osoba užívá ke své komunikaci?

4.3 Metodologie

Diplomová práce je založena na kvalitativním výzkumu. „Kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajících principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovatelných či kvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativním metod“ (Miovský, 2006, s. 18). Jeho podstatou je rozsáhlý sběr dat, bez počátečního stanovení hypotézy, bez závislosti na teorii a statistice. Zkoumá jev, o kterém se snaží získat maximálně možné množství informací. Po získání adekvátního počtu dat, odhaluje, co je jeho opodstatněním. Sběr a zpracování dat probíhá současně, výzkumník si vybere, co je pro něj podstatné a pokračuje se sběrem a zpracováním - jedná se o časově náročný a pružný plán výzkumu. Na základě tohoto cyklického procesu se formulují předběžné závěry, teorie, hypotézy. Ty však není možné generalizovat, jsou platné pouze pro zkoumaný vzorek (Hendl, 2005; Švaříček, Sěd'ová, 2007). Výzkum probíhá především v přirozených podmínkách respondenta a využívá kvalitativní metody zkoumání dat (Čabalová, 2011).

4.3.1 Časový harmonogram

Časový harmonogram diplomové práce byl rozdělen do čtyř základních etap.

Shromažďování a studium literatury	1/2013 - 7/2013
Zpracování teoretické části	8/2013 - 12/2013
Realizace výzkumu	9/2013 - 2/2014
Analýza výsledků šetření a závěrečné zpracování	1/2014- 3/2014

Tabulka č. 2: Časový harmonogram

4.3.2 Metody sběru dat

Při sběru dat jsme použili metody analýzy dokumentů, anamnestického dotazníku, nestrukturovaného rozhovoru a zúčastněného pozorování. Potřebná data byla získána především od rodičů dětí s poruchami autistického spektra, dále od samotných dětí a speciálních pedagogů, pracujících v přímém kontaktu s respondenty.

Analýza dokumentů

Jedná se o metodu zpracování dokumentů, které nebyly vytvořeny za účelem realizace výzkumu. Využívá se v případech, kdy nelze informace získat přímo (Plevová a kol., 2011). Realizuje se vyhledáváním vhodných dokumentů, které obsahují informace o zkoumaném jevu, je vhodné ji kombinovat s jinými metodami (rozhovorem nebo pozorováním). Tyto spisy podrobně analyzujeme a získáme potřebná data k výzkumu. Výhodou analýzy dokumentů je jednoduchost, univerzálnost a uspořádanost (Nevoralová, 2012).

Anamnestické dotazování

Anamnestický dotazník slouží k získání údajů od respondenta, rodičů či zákonných zástupců o celkovém vývoji dítěte. Významnou úlohu představuje při kladení otázek, na které je komplikované v danou dobu odpovědět. Jedná se o soubor promyšlených, předem připravených a přesně formulovaných otázek předložených v písemné podobě (Hendl, 2005; Chrástka, 2007), (Příloha č. 3). V této diplomové práci byl kombinován s metodou rozhovoru, při kterém byly zodpovězené otázky upřesněny a rozvíjeny. Anamnestické dotazování zastupuje orientační funkci a slouží k zaznamenání všech důležitých údajů (Hendl, 2005).

Nestrukturovaný rozhovor

Rozhovor je vysoce interaktivní způsob získávání dat, jedná se o střetnutí dvou nebo více osob tváří v tvář. Výzkumník aktivně vstupuje do situace, ve které získává informace od respondenta. Jejich množství a kvalitu ovlivňuje osobnost, sympatie i jazyková obratnost zkoumajícího (Ferjenčík, 2000). Podle Miovského (2006) je při nestrukturovaném rozhovoru důležité zachování přirozenosti konverzace. Nemáme předem stanovený plán, podle kterého bychom postupovali, jasně se držíme zkoumaného jevu, vyjadřujeme se srozumitelně, přesně formulujeme naše dotazy, po celou dobu hledáme odpovědi na výzkumné otázky. Různých osob se nemusíme ptát identicky, nemusíme dodržovat pořadí otázek, snažíme se o individuální přístup a přizpůsobení se každé situaci. Významnou roli při této metodě hraje flexibilita a pohotovost výzkumníka.

Speciálním druhem nestrukturovaného rozhovoru je narativní interview, ve kterém podněcujeme u respondenta vyprávění o jevu, který nás zajímá. Doptáváme se na nesrozumitelné části, dotazovaného nepřerušujeme, dáme mu dostatek času k vyjádření svých myšlenek. Cílem je získat množství věrohodných informací o zkušenostech a prožitcích respondenta (Miovský, 2006).

Zúčastněné pozorování

Pozorování je podle Svobody (2012) nejběžnější metodou pedagogického výzkumu. Je pojaté volně, nedirektivně, dle vlastní intuice výzkumníka. Základním prvkem je kategorizace, která nám pomáhá problém detailně prozkoumat a limitovat, to co je pro nás důležité a co nikoliv.

Při sběru dat jsme aplikovali metodu zúčastněného pozorování, která je charakteristická cílevědomým, plánovitým a systematickým vnímáním jevů, kdy odhalujeme souvislosti mezi zkoumanými skutečnostmi (Plevová a kol., 2011). Zúčastněné nebo účastníci se proto, že dochází k vzájemné interakci mezi výzkumníkem a respondentem, od ostatních se odlišuje různým podílem zkoumajícího na aktivitách. Míra vlastní účasti se při pozorování může měnit, vždy je však souladu s výzkumným záměrem. S použitím této metody můžeme zachytit situace, které nám pomáhají komplexně pochopit kontext sledovaného problému a nalézt jevy, kterým se dosud nikdo nevěnoval. Výzkumník lépe porozumí zkušenostem respondentů, nahlédne do situací, které mu nesdělili nebo se jim vyhýbali, vytvoří si vlastní názor a poznámky na pozorované skutečnosti. Je důležitou součástí kvalitativního výzkumu (Švaříček, Šedřová, 2007).

4.3.3 Kazuistika

Pojem případová studie, kazuistika, pochází z latinského *casus* – případ. „Kazuistika je specifickou technikou kvalitativního výzkumu, protože jde o výzkum jedné osoby a jedné situace – případu“ (Plevová, 2011, s 230). Můžeme ji charakterizovat jako souhrnný, podrobný popis individuálních situací, které jsou komplexní a jedinečné. Pozornost věnujeme zejména jevům, které předcházely zkoumanému problému. Hledáme příčiny, faktory ovlivňující jejich chování, zkušenosti a vztahy, sledujeme vývoj problému od jeho minulosti k přítomnosti.

Podkladem pro případové studie je stanovení výzkumných otázek (jevů, ke kterým se bude vztahovat průběh výzkumu), metod sběru a analýzy dat, samotný sběr dat (systematické, promyšlené získávání množství informací, zaznamenávání a dokumentace), analýza a interpretace dat (zkoumání a hledání souvislostí dat s výzkumnými otázkami) a příprava zprávy (Hendl, 2005).

4.4 Vlastní výzkum

4.4.1 Charakteristika výzkumného vzorku

Pro vypracování případových studií této diplomové práce byli vybráni dva chlapci s poruchou autistického spektra, u kterých se projevuje nemluvnost. Respondenti jsou školního věku, bydlí ve stejné vesnici, dochází společně do autistické třídy ZŠ a jsou v intervenci totožného speciálního pedagoga – logopeda.

Při výběru hrála důležitou roli diagnóza, ochota zákonných zástupců spolupracovat a podílet se svými zkušenostmi na realizaci diplomové práce. Rodiče obou chlapců byli kontaktováni a požádáni o spolupráci osobně. Po individuálním setkání všichni souhlasili se zařazením svých dětí do výzkumné činnosti a zpracováním osobních a citlivých údajů svých synů pod podmínkou důvěrnosti a anonymity. Tyto náležitosti byly uvedeny v Informovaném souhlasu, zhotoveném podle zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů. Na základě této dohody byla změněna jména chlapců i jejich blízkých osob.

Složení výzkumného vzorku

Ben, 7 let, dg. Dětský autismus

Samuel, 9 let, dg. Dětský autismus

4.4.2 Ben

Měsíc a rok narození: 3/2007

Současný věk: 7 let

Diagnóza: Dětský autismus /F.84/, těžká mentální retardace /F72/

Rodinná anamnéza

Chlapec žije v úplné rodině s matkou a otcem, ve stejném dvougeneračním domě bydlí také rodiče matky. Matka má středoškolské vzdělání s maturitou, nyní pracuje jako zdravotní sestra. V době porodu jí bylo 33 let, jednalo se o druhé těhotenství, její zdravotní stav je dobrý. Otec má dokončené středoškolské vzdělání s maturitou, pracuje jako hajný. V době narození dítěte mu bylo 31 let, je zdravý. V dětství se u otce projevil opožděný vývoj řeči (k rozvoji došlo v pěti letech) a poruchy učení (dyslexie, dysgrafie). Ben nemá žádného sourozence. V minulosti v rodině nebyla diagnostikovaná porucha autistického spektra, ani jiná závažná onemocnění.

Osobní anamnéza

Těhotenství bylo vedeno jako rizikové, z důvodu předchozího spontánního potratu v prvním trimestru. Probíhalo zcela bez větších komplikací, matka byla průběhu medikovaná Utrogestanem. Porod byl vyvolaný ve 40. týdnu, klešťovitý. Hmotnost chlapce po porodu 3400 g a délka 52 cm. Apgar skóre v pořádku (10-10-10), porodní adaptace běžná, slabý icterus neonatorum, bez fototerapie. Sál s obtížemi - slabě, po 6 týdnech přechod na umělou výživu. Prodělal jenom běžná onemocnění, operace ani úrazy neutrpěl, je alergik - pravidelně užívá léky.

Vývoj dítěte byl podle matky mírně opožděn. Novorozenecký křik s tvrdým hlasovým počátkem hned od narození, vyjadřoval především pocit hladu. Emocionální křik pouze omezeně, chlapec častěji vyjadřoval nespokojenost, byl hodně plačtivý z důvodu opakovaných bolestí břicha. První neverbální projevy, broukání, pudové žvatlání v normě. Žvatlání přetrvávalo, žvatlal neustále, rád (kaka, gaga). Otáčel se zvuky, které ho zaujaly, vyjadřoval radost výskavými tóny především při koupání a houpání. Od 20. týdne si hrál s mluvidly, špulil, zkoumal ústa pomocí rukou. Napodobivé žvatlání nebylo zaznamenáno, nereaguje na své jméno, navazování kontaktu jako reakce na nesouhlas – ne, ne. Ben nezačal používat žádná slova s významem, nechápe významy slov, porozumí pouze naučeným pokynům, nemá zájem o komunikaci.

Psychomotorický vývoj v rámci širší normy, chlapec seděl bez opory v 9. měsících, fáze lezení začala v 10. měsíci, první kroky se objevily během 11. měsíce. Jistá chůze nastala v 16. měsíci, od té doby se Ben neustále pohybuje a poznává předměty ve svém okolí. Úroveň hrubé motoriky je v normě, dokáže stát na jedné noze, chodí po špičkách, zvládá chodit ze

schodů i do schodů, skáče pouze z jedné nohy na druhou, nechápe skok sounož, rovnováha bez obtíží. Dosažená úroveň jemné motoriky lze těžko posoudit, jelikož chlapec neustále s předměty manipuluje svým osobitým způsobem, se všemi věcmi hlavně otáčí v úrovni svých očí. Stupeň grafomotoriky je velmi nízký, průpravná cvičení na psaní pouze podle šablon s permanentní dopomocí. Z pozorování je patrný motorický neklid.

Od 3,5 let navštěvoval MŠ speciální, zpočátku měl problém s adaptací. Později se mu ve školce líbilo, byl spokojený. Matka zmínila, že mu učitelky nechaly prostor k činnostem, které si Ben sám zvolil, nedbaly na denní režim. Rodiče poskytli MŠ strukturované úkoly blízké dítěti, chtěli, aby během dne plnil nějakou strukturovanou činnost. Ostatní děti se o něj pěkně staraly, pomáhaly mu. Do společných aktivit se nezapojoval, řízené činnosti odmítal, protestoval. Od školního roku 2013/3014 navštěvuje autistickou třídu, ZŠ speciální, kde podle matky došlo k pokroku. Zvykl si na školní režim, který ho každý den čeká, plní úkoly s pomocí učitelky nebo asistentky, jeho pozornost je pouze krátkodobá.

V sebeobslužných činnostech téměř nesamostatný. Při stolování sedí neklidně, nedokáže se najíst pomocí příboru, jedná se pouze o snahu samostatné práce, chlapec tak sní pouze pár soust. Příbor je pro dítě předmět, který slouží ke hře, ne k jídlu. Bývá často krmen. Při jídle, kde příbor nepotřebuje, je samostatný. Umí si říct (pomocí VOKS) o potraviny, které chce a které ne, má jenom pár oblíbených jídel, jiná nesní. Napije se sám ze sklenice. Přes den oznamuje potřebu toalety, v noci se objevují občasné enurie. Samostatně se svlékne, oblékne s dopomocí, spolupracuje.

Odborné zprávy a vyšetření

Ben absolvoval různá lékařská i speciálně pedagogická vyšetření. Rodiče měli nejdříve podezření na sluchové postižení, u chlapce se projevovaly nekonzistentní reakce na sluchové podněty. Na základě vyšetření BERA bylo podezření vyvráceno. Při neurologickém vyšetření nebyl nalezen žádný patologický nález, lékař se přikláněl k hyperaktivitě a lehčí hypotonii lícních svalů. Rodiče navštívili Speciálně pedagogické centrum – logopedické, kde bylo vysloveno podezření na autismus a doporučeno psychologické vyšetření. Jehož závěrem byl opožděný vývoj řeči, stagnace v sociálním chování a komunikaci. V chování jsou patrné autistické projevy. Pro stanovení diagnózy autismus nesplňoval všechny podmínky. O dva roky později na jiném psychologickém pracovišti byl chlapec diagnostikován pro Dětský autismus, nízkofunkčního typu. Na základě psychiatrického vyšetření byla stanovena mentální

retardace a hyperkinetická porucha. Genetické šetření i vyšetření metabolických vad bylo bez nálezu. Při diagnostických neshodách odborníků rodiče kontaktovali Asociaci pomáhající lidem s autismem, APLA Praha. Po důkladném šetření, s pomocí doplňujících diagnostických materiálů DACH a ADI-R, byla jednoznačně potvrzena diagnóza Dětského autismu / F 84.0/ a aktuální funkčnost dítěte kategorizována do pásma těžké mentální retardace /F 72/.

Shrnutí pozorování

Ben nekomunikuje, nemá potřebu s ostatními sdílet prožitky, nechápe, že pomocí komunikace může ovlivnit své okolí. Slova jsou pro něj nesrozumitelná, reaguje pouze na naučené pokyny. Při neverbální komunikaci je zachován oční kontakt, pomocí omezené mimiky a gest dává najevo, co chce a co ne. Například: když přijde návštěva, v jejíž společnosti chce být, ukáže, že si mají hosté vysvléct bundu, bere je za ruku a uvádí do místnosti, v opačné situaci je vyhání pryč nebo odejde z místnosti. V případě potřeby dosažení svých cílů, věc nebo komunikační kartu přinese nebo si na ni ukáže. Občas používá ruce druhého. Vzteká se při nesouhlasu, používá slovo ne, které neustále opakuje. Při souhlasu přikývne, zamává na rozloučenou, při pokynu matky se jde rozloučit. Na snahu okolí o komunikaci reaguje podle sympatií, někdy je ignorující jindy reaguje bez obtíží. Není schopen setrvat ve větší společnosti. Na zájem vrstevníků nereaguje, nesnaží se zapojit do hry, činnosti jiných osob. Pouze v případě, kdy ho zaujme předmět, který osoby mají, vezme si ho pro svoji potřebu. Věc si prohlíží detailně z různých úhlů, poté s ní provádí stereotypní otáčivé pohyby. Dříve byl fixován pouze na jeden předmět – vařečku, nyní už jeví zájem o více předmětů.

Při stimulaci mluvidel je oční kontakt minimální, převážně se nesoustředí. Z hlediska pozorování se jeví funkce rtů a jazyka v normě, problém jen v oblasti mimických svalů, zmíněno již v neurologickém vyšetření. V projevu převládá žvatlání a broukání, povídá si hlavně sám pro sebe, objevuje časté a hlasité vokalizování. Vyšetření izolovaných hlásek nelze posoudit. Aktivně požívá pouze slovo ne, jiná neužívá. Pasivní slovní zásoba je také značně omezená, na oslovení reaguje nestabilně, plní pouze jednoduché, naučené pokyny. Úroveň expresivní řeči spadá do rozmezí 8- 10. měsíce a perceptivní řeči do 9- 12. měsíce.

K oblíbeným činnostem patří sezení na parapetu a dívání se ven z okna, lezení do výšek, houpání, skákání na trampolíně, pobyt v bazénu. Má rád pohádky a dětské filmy, ukáže si na DVD, které chce pustit. Vnímá je pouze jako kulisu, podle zvuku pozná známou pasáž,

jde se podívat. K oblíbeným patří: Třetí princ, Lucie, postrach ulice, S tebou mě baví svět – první film, na který Ben reagoval. Dříve ho fascinovaly reklamy. Má rád také známé melodie, zpěv, především své babičky z matčiny strany, recitace rehabilitační sestry při terapii. Naopak při zpěvu matky protestuje. Necítí se dobře v hlučném prostředí.

Rodina pracuje s více komunikačními systémy, které kombinuje dle potřeb dítěte. Komunikačním systémem VOKS propojuje s trojrozměrnými předměty, fotografiemi i piktogramy. Z počátku pracovali se speciální pedagogem, který rodiče vedl a ukazoval jim, jak správně postupovat. Nyní konzultují pouze pracovní postupy. V systému VOKS došli prozatím do 5. lekce - Ben zvládá na otázku matky: „Co chce Ben?“ přiřadit např. „Já (Ben) chci skákat na trampolíně.“ Vedle VOKS obrázků má vložené fotografie, podle matky na samotné obrázky nereaguje, nedokáže si spojit obrázek s činností nebo konkrétní osobou. Spontánně VOKS nevyhledává, pouze při iniciativě matky si prostřednictvím tohoto komunikačního systému vybírá jídlo a zájmové činnosti. V situaci, kdy chce jít na procházku, raději vezme rodiče za ruku a vede je na verandu. Nyní rodina začíná stále více používat obrázky z publikace Veroniky Pelánové, nakladatelství TRIBUN: Obrázkový slovníček pro žáky nejen s autismem. Pomocí níž si také sestavili denní a týdenní režim, s obrázky pracují i ve škole, pro Bena jsou lépe srozumitelné.

4.4.3 Samuel

Měsíc a rok narození: 2/2005

Současný věk: 9 let

Diagnóza: Dětský autismus /F.84/, středně těžká mentální retardace /F.71/ a hyperkinetický syndrom

Rodinná anamnéza

Chlapec žije v úplné rodině, v dvougeneračním domku se svými prarodiči ze strany otce. Matka vyučena, v současnosti pracuje na částečný úvazek. V době porodu jí bylo 31 let, její zdravotní stav je dobrý. Otec má středoškolské vzdělání s maturitou, jeho povolání je hasič. V době narození dítěte mu bylo 33 let, jeho zdravotní stav je dobrý. Chlapec má dva sourozence. Staršího bratra z prvního matčina manželství, kterému je 19. let a bratra - dvojče.

U obou bratrů se neprojevují žádné zdravotní potíže. V rodině nikdy nebyly diagnostikovány poruchy autistického spektra, logopedické vady a ani závažná onemocnění.

Osobní anamnéza

Samuel se narodil ve 39. týdnu, jednalo se o třetí těhotenství - dvojvaječných dvojčat. Matka absolvovala tři gravidity, první bez komplikací, druhá mimoděložní, třetí pomocí asistované reprodukce. Během posledního neprodělala žádná onemocnění, neužívala žádné léky, vše probíhalo bez potíží. Porod byl bez komplikací, porodní váha Sama byla 2300g a výška 46 cm. Porodní adaptace dobrá, mírná forma Icterus neonatorum, bez fototerapie. Sání i polykání v normě, doba kojení 3 měsíce, poté přechod na umělou stravu, bez potíží. V postnatálním období neprodělal žádná závažná onemocnění, úrazy a operace, celkově nebývá moc nemocný. Pravidelně užívá Buronil, lék pro léčbu úzkostných stavů, neklidu a poruch spánku.

Vývoj dítěte byl podle matky do 18. měsíce v normě, dvojčata byli na stejné úrovni. U Sama se objevila i první slova, v roce řekl první slovo ham, v 15. měsících užíval slova jako ptáček, kamínek. První příčiny znepokojení nastaly v období porozumění řeči, nereagoval na pokyny (například: „Podej mi auto!“). Nenastal první věk otázek, neměl zájem o komunikaci, ani o básničky, slovní hříčky, zpěv, nikdy nemluvil ve větách.

Samuel seděl v 6 měsících, v 9. měsíci lezl, první kroky se objevily ve 13. měsíci. Následný vývoj hrubé i jemné motoriky se začal opožďovat. Mírné obtíže v grafomotorice, často střídá ruce, tužku drží vysoko. Má rád pohyb, preferuje skákání na trampolíně, hry v bazénu, sáňkování. K jeho zlovykům a stereotypům, patří tleskání v hlubokých tónech, pokřiky, skládání předmětů vedle sebe a především hra s provázkem – různé krouživé, kmitavé pohyby s provázkem dlouhým 3 metry.

Samuel začal navštěvovat MŠ v obci svého bydliště ve 4 letech, nedokázal se zde však adaptovat, bylo to pro něj náročné i s pomocí asistenta. Mateřská škola podle matky téměř nespolupracovala, nepracovala se strukturovanými úkoly ani denním režimem. Proto si matka opětovaně nechávala syna v domácí péči. V 6 letech jej rodiče zapsali do přípravného ročníku ZŠ, kde byl spokojený. Spolupracoval, seznamoval se s denním režimem třídy, plnil úkoly za odměnu, většinou s dopomocí. Od 7 let navštěvuje autistickou třídu ZŠ speciální, kde se mu líbí. Rád plní úkoly s pomocí asistentky, dodržuje denní režim, zvládá sebeobslužné činnosti, některé dle pokynu, jiné s větší dopomocí. Každý den se těší na cvičení na gymnastickém

míči a na procházku s paní učitelkou a třídou. Ve škole navazuje komunikaci pomocí piktogramů nebo zvuků, často vyžaduje svůj provázek ke stereotypní činnosti, je hlučný svým tleskáním a pokřiky, občas i agresivní, impulzivní, reaguje však na napomenutí učitelky. V první třídě se vzdělával podle vzdělávacího programu: Škola hrou I, ale na doporučení posledního psychologického vyšetření přešel na vzdělávací program: Škola hrou II. Rodina po celou dobu spolupracovala s Ranou péčí v Krnově a nyní se SPC prof. Z. Matějčka v Olomouci.

Sebeobslužné činnosti zvládá, jde na toaletu, když potřebuje, na pokyn i spláchne, umyje si ruce. Nad umyvadlem i záchodem má piktogramy, kterými se však neřídí, reaguje pouze na instrukci. Při jídle je samostatný a soběstačný, je nevybíravý, používá příbor, umí pít ze sklenice, obvykle používá plastový hrnek. Zvládá se obléci, potřebuje však pomoc se zapravením, boty si nedovede zavázat. Podle matky je sebeobsluha velmi důležitá, proto na ní denně intenzivně pracují.

Odborné zprávy a vyšetření

Matka kontaktovala pediatra v chlapcových dvou letech, kvůli k jeho odlišným projevům od svého dvojčete. Ten je poslal na neurologické vyšetření, jehož závěrem byl opožděný vývoj řeči, zahledění s motorickými projevy, instabilita. Následovala další psychologická a psychiatrická vyšetření, která u chlapce diagnostikovala dětský autismus / F. 84/ a středně těžkou mentální retardaci /F. 71/ s hyperkinetickou poruchou, IQ 46. V Praze ve Fakultní nemocnici Motol bylo provedeno vyšetření, doplněné o posuzovací škálu CARS, jehož závěrem v roce 2010 byla lehká mentální retardace s hyperkinetickým syndromem. V roce 2013 se potvrdila diagnóza Dětský autismus se středně těžkou mentální retardací. Poslední psychologické vyšetření, únor 2014, diagnostikuje Dětský autismus a středně těžkou až těžkou mentální retardaci, IQ 33-36.

Shrnutí pozorování

Samuel navazuje oční kontakt, který používá ke komunikaci, ať už verbální či neverbální. Komunikuje dle svých možností v prostředí jemu známém, ke kterým patří škola a domov, v neznámém prostředí nekomunikuje. Verbální způsob, velmi omezeně, užívá pouze za účelem zisku, když chce jíst, pít, dívat se na televizi, hrát si se svým provázkem. Slovní projev můžeme zaznamenat pouze při neustále iniciaci matky na opakování, artikulace neobratná, křečovitá. Dokáže dát najevo zlobu, bolest, hlad, opakováním slova ne-e, rodiče

musí zjistit, o co se jedná. Převažuje komunikace neverbální. Mimiku i gestiku téměř nezapojuje, objevují se jen nepatrné výrazy v jeho projevu. Na to co potřebuje, si ukáže, popřípadě si potřebný předmět vezme sám nebo jej donese rodičům.

Pasivně rozumí množství naučených pokynů a slov. Naučil se, co určité konkrétní slova znamenají, ale tyto výrazy nedokáže použít v dalších různých situacích. Aktivně používá přibližně patnáct slov (koupat, mamí, ne, auto, koko, pes) a několik dalších neologismů, které označují určitou věc (koji – provázek, avat - potřeba na wc). V komunikačním procesu je stimulován alespoň k opakování slov, často zopakuje pouze počáteční a koncové hlásky (kočka – koa), krátká, jednoduchá slova opakuje bez potíží (Ota, spí). Dokáže vyslovit i dvoučlenné věty a po naučení je přiřadit k obrázkům (Ota jí. Ota pláče.), nechápe však jejich souvislost.

Ve volných chvílích se věnuje především hře s provázkem, má rád jízdu autem, pobyt venku, procházky, kolotoče, skákání na trampolíně, hru s míčem a zimě sáňkování. Když je doma, rád se dívá na filmy, jeho velmi zajímavou schopností je, že dokáže podle názvů seznamů videí na obrazovce rozpoznat, který film chce zhlédnout. Sam je velmi mazlivý, během dne se několikrát přijde přitulit, pomazlit nebo dát pusku mamince, dá ji i učitelce či jiné sympatické osobě. V případě kdy někdo pláče, stoupne si vedle něj a pohladí ho.

Od tří let dítěte rodina pracovala s komunikačním systémem VOKS, v rámci nácviku se dostali do 5. lekce, nicméně chlapec nosil pouze kartičky s jídlem, proto jej přestali používat. Komunikační knihu má však na polici, aby byla mu byla dostupná v případě jeho potřeby. Dnes kombinují metody verbální a neverbální komunikace, Samuel verbálně označí věc, činnost, kterou vyžaduje, popřípadě si na ni ukáže nebo donese předmět, který ji charakterizuje. Z podobného důvodu nepracují ani s denním režimem, chlapec schovával kartičky označující aktivity jemu nepříjemné. Sled dne verbalizují, seznamují se s ním postupně během dne. S vizuálním, předem nachystaným, denním a týdenním režimem se setkává ve škole, je sestaven pomocí fotografií.

4.4.4 Analýza výsledků kvalitativního výzkumu

1. Které projevy ze symptomatické triády jsou typické pro respondenta?

U obou respondentů se setkáváme s odlišnými symptomy v oblasti sociální intervence a chování, komunikace, představitosti, stereotypních zájmů, činnosti a hry.

Ben

Sociální intervence a chování
Objevují se značné obtíže při adaptaci na změnu, těžko se srovnává i s přemístěním nábytku v místnost, se změnou trasy při procházce či cestě do školy. Na nové a neznámé osoby reaguje podle sympatií a nálady. Z místa, kde je více lidí nebo hluk odchází, chce být sám.
Pokud je ve známém prostředí, je spokojený, neteskní při odloučení od rodičů.
Sám nenavazuje kontakt s vrstevníky, nezapojuje se do jejich hry. Na jejich pomoc a snahu nereaguje.
Komunikace
Komunikace je výhradně neverbální, pouze za účelem zisku, saturace potřeby. Při její nevyhnutelnosti převážně ukazuje na předměty, nosí si komunikační karty umístěné na komunikačním panelu nebo užívá své specifické projevy, gestové povahy. Ve společnosti známých lidí navazuje oční kontakt, ale při snaze o komunikaci okolím zájem nejeví, reaguje pouze na matku. Často používá tělo jiné osoby k dosažení svých cílů.
Představitost, stereotypní zájmy, činnosti a hra.
Pro Bena jsou charakteristické krouživé a ťukavé pohyby s různými předměty, nejčastěji v úrovni očí. Dříve byl fixován pouze na vařečku, kdy bylo těžké ho motivovat pro jinou činnost. Dnes již vyhledává i jiné předměty. Má radost, když může skákat, houpat se nebo se koupat v bazénu - plavat, cákat kolem sebe vodu. Často sedává na parapetu a dívá se ven z okna. Nejeví zájem o hru.

Tabulka č. 3: Triáda příznaků respondenta – Ben

Samuel

Sociální intervence a chování
Při změně prostředí je nervózní, vyžaduje hru s provázkem. Na cizí osoby reaguje proměnlivě, někdy je akceptuje, jindy ne. Když se mu v situaci nelíbí, utíká, vzteká se, občas je agresivní – kouše, hlasitě tleská.
Zvládá odloučení od rodiny i v neznámém prostředí.
Nezapojuje se do činnosti ostatních, nenavazuje žádný kontakt s vrstevníky. V kolektivu více lidí je neklidný, převážně vyhledává místa, kde může být sám, často utíká.
Komunikace
Částečně verbální a převážně neverbální. Při verbální komunikaci se vyskytují časté slovní, nepravidelně i větné repetice a neologismy. V neverbální komunikaci navazuje oční kontakt i s jemu neznámými lidmi, ukazuje si, donese konkrétní předměty nebo takové, které představují určitou činnost.
Představivost, stereotypní činnosti, hra
Nejeví zájem o hru, rád jezdí autem - pozoruje míhající se okolí, sleduje filmy, ukáže si v televizním seznamu, který chce pustit. K jeho stereotypním činnostem patří skládání předmětů vedle sebe, mávání si s provázkem a hlasité tleskání.

Tabulka č. 4: Triáda příznaků respondenta – Samuel

2. Jaké odchylky můžeme sledovat v psychomotorickém vývoji konkrétní osoby?

Psychomotorický vývoj Bena byl od počátku mírně opožděn, začal sedět v 9 měsících, fáze lezení nastala v 10. měsíci, od 11. měsíce se začali objevovat první kroky, samostatně chodil až 16. měsíci. Nyní je úroveň hrubé i jemné motoriky v rámci širší normy. U Samuela

byla situace zcela jiná, psychomotorický vývoj probíhal v rámci normy – v 7. měsících seděl, od 9. měsíce lezl, ve 13. měsíci chodil bez opory, během 18. měsíce nastala mírná stagnace a opoždění, které stále přetrvává.

3. Která z jazykových rovin je u konkrétních osob narušena?

U obou chlapců dochází k narušení všech jazykových rovin (foneticko – fonologické, lexikálně – sémantické, morfologicko – syntaktické i pragmatické), míra jejich narušení je odlišná.

Ben

Foneticko – fonologická rovina
Vyskytují se problémy v oblasti stimulace mluvidel, artikulace je obtížná, značně neobratná. V mluvním projevu převládá žvatlání a broukání, časté hlasité vokalizování. Dýchání je v normě, převážně nosem.
Lexikálně - sémantická rovina
Aktivně požívá pouze slovo ne, pasivní slovní zásoba je omezená, rozumí naučeným slovům, slovním pokynům a jednoduchým větám, většinou v kontextu s konkrétní situací. Nedochozí ke generalizaci slov.
Morfologicko – syntaktická rovina
Nelze jí posoudit z důvodu nedostatečného slovního projevu.

Pragmatická rovina

Komunikaci nevyhledává, v případě potřeby ji navazuje hlavně se známými osobami, s cizími lidmi dle své nálady a sympatií, většinou za účelem zisku, zloby nebo bolesti. Oční kontakt při komunikaci je minimální, omezené použití mimiky i gest.

Tabulka č. 5: Narušené jazykové roviny respondenta – Ben

Samuel

Foneticko – fonologická rovina

Objevují se značné problémy s artikulací slov. Řeč je těžkopádná, křečovitá. Dokáže střídat vysoké i hluboké tóny, typické jsou časté výkřiky. Výslovnost izolovaných hlásek nelze z mluvního projevu posoudit.

Lexikálně - sémantická rovina

V promluvě aktivně používá přibližně patnáct slov (Vojta, mami, pes), některá slova neúplná (ojík – rohlík), hojně se vyskytují také neologismy, smyšlená slova, které mají svůj konkrétní význam (koji – provázek na hraní, avat – potřeba na wc).

Morfologicko – syntaktická rovina

Nelze posoudit, respondent pouze opakuje jednoduché věty při iniciaci matky (Já chci rohlík).

Pragmatická rovina

Komunikaci převážně nevyhledává. Pokud ji navazuje, tak pouze s osobami jemu známými. Komunikuje převážně za účelem zisku, občas při projevu bolesti, vzteku. Podle aktuální nálady a přízně spolupracuje i s neznámými lidmi, častěji s ženami. Oční kontakt je minimální, mimika nestabilní, používá gesta.

Tabulka č. 6: Narušené jazykové roviny respondenta – Samuel

4. Jaké neverbální projevy jsou charakteristické pro konkrétní osobu?

Oba chlapci navazují oční kontakt v komunikaci ve známém prostředí. Mimiku zapojují pouze omezeně, gestika i haptika je častější. **Ben** používá ruce druhé osoby k dosažení svých cílů. **Samuel** často rovná věci vedle sebe a hlasitě tleská. Pro oba respondenty jsou charakteristické časté stereotypní, otáčivé pohyby rukou.

5. Ve kterých situacích a jakým způsobem iniciuje respondent komunikaci?

Respondenti navazují komunikaci za účelem zisku a saturace potřeby. Zejména v případech, kdy mají hlad, cítí bolest, jsou rozzlobeni. Nesouhlas, nepříjemný pocit vyjadřují verbálně – slovem ne. Rodiče obou chlapců musí ze situace rozpoznat, o jaké sdělení se jedná. **Samuel** verbálním způsobem požádá o jídlo, známou a jemu oblíbenou činnost, oznámí potřebu jít na toaletu. Pomocí gest a ukazování si svojí komunikaci doplní o slova, která nepoužívá. **Ben** potřebu nebo zisk iniciuje neverbálně, ukáže si na předměty nebo věci, které představují určité činnosti. Také s rodinou pracuje pomocí více komunikačních systémů (VOKS propojený dle potřeby dítěte s fotografiemi a piktogramy), umí si přinést komunikační kartu, kterou má umístěnou na komunikačním panelu.

6. Jak respondent reaguje na snahu o komunikaci?

Chlapci na snahu o komunikaci reagují velmi nestabilně. **Ben** odpovídá pouze na matčino úsilí. Jeho odpověď charakterizují jednoduchá gesta, když komunikovat nechce, odejde z místnosti, nebo nereaguje vůbec. **Samuel** projeví zájem jen v případě blízké osoby, převážně navazuje oční kontakt, v řeči se objevují se časté repetice. Na neznámého většinou nereaguje, nevnímá jej nebo jen sleduje jeho pohyb těla.

7. Který komunikační systém konkrétní osoba užívá ke své komunikaci?

Respondenti se při komunikaci setkali netechnickými - alternativními a augmentativními systémy, které jim byli doporučeny v Rané péči a následně ve SPC prof. Z. Matějčka v Olomouci. **Ben** používá kombinaci komunikačního systému VOKS s fotografiemi a piktogramy, zatím došel do 5. lekce. Samostatně systém obvykle nevyhledává, raději ukazuje nebo využívá gesta, občas přinese komunikační kartu. **Samuel** pracoval s komunikačním systémem VOKS, který rodině nevyhovoval. Nyní se snaží o rozvoj verbální stránky řeči. S rodinnými příslušníky se dorozumívá pomocí slov, gest a ukazování, ve škole obvykle prostřednictvím fotografií.

4.5. Diskuze

V praktické části této diplomové práce jsme hledali odpovědi na položené výzkumné otázky, uvedené výše. Výzkum probíhal od září / 2013 do února / 2014. Po celou dobu jsme se snažili získat věrohodné informace, neboť sdělení získané rodiči bývají často subjektivně zkreslené. Na základě několika pozorování, rozhovorů a anamnestického dotazníku, jsme některé informace přešetřili a zajistili tak jejich pravdivost.

Otázka týkající se typických projevů respondenta byla zodpovězena především z protokolu zúčastněného pozorování, oblast komunikace byla jen naznačena, jelikož na ní odkazujeme i v následujících výzkumných otázkách. Psychomotorický vývoj dítěte byl popsán pomocí anamnestického dotazníku a analýzy dokumentů, které byly poskytnuty se souhlasem zákonných zástupců. U prvního respondenta jsme získali dostatek informací, které si matka pečlivě a podrobně během vývoje dítěte zapisovala. V druhém případě byla situace komplikovanější, ale nakonec jsme potřebné údaje pro analýzu výsledků dohledali. Odpovědi na otázky týkající se komunikace (neverbální projevy respondenta, narušení jazykových rovin a užití komunikačního systému alternativní a augmentativní komunikace), byly získány metodou pozorování a nestrukturovaného rozhovoru s rodiči, především s matkami. Všechny poznatky a výsledky výzkumu byly konzultovány s odborníky z praxe, pro zachování kategorizace a struktury.

Za neuspokojivou oblast v praktické části této diplomové práce hodnotíme nepodrobnost neverbální komunikace. Oba respondenti při své komunikaci užívají nepatrné prvky v oblasti gestiky a haptiky, které v průběhu pozorování nebylo možné dostatečně

vysledovat a popsat v závěrečné zprávě. Zajisté by bylo zajímavé tuhle problematiku detailně zkoumat při dalších výzkumech.

Závěr

Diplomová práce se zabývá problematikou nemluvnosti u dětí s poruchami autistického spektra v kontextu logopedické intervence. Hlavním záměrem bylo získat a sjednotit teoretické a praktické poznatky z této oblasti.

V teoretické části jsme zaměřili na poruchy autistického spektra. Popsali jsme jejich terminologii, etiologii a symptomatologii, rozdělili jednotlivé typy podle 10. revize, Mezinárodní klasifikace nemocí a blíže je charakterizovali, pro získání přehlednosti o jednotlivých kategoriích. Následně jsme navázali na logopedickou intervenci, kterou jsme směřovali k cílové skupině dětí s autismem. Objasnili logopedické zásady a principy, zaměřili se na jednotlivé dílčí složky intervence, konkrétně diagnostiku, terapii a prevenci, uvedli poznatky z praxe. Dále jsme se zabývali problematikou komunikace, orientovali se na vývoj řeči, jazykové roviny a vymezili komunikaci nemluvících dětí s autismem. V závěru teoretické části jsme popsali náhradní a doplňkové komunikační systémy, které jsou využitelné u dětí s poruchami autistického spektra. Po celou dobu jsme pracovali se zdroji tuzemských i zahraničních autorů.

Hlavním cílem praktické části diplomové práce bylo sledování logopedické intervence u dětí s diagnózou poruchy autistického spektra se zaměřením na komunikační schopnosti. Na začátku jsme si položili sedm výzkumných otázek, na které jsme hledali odpovědi pomocí metody kvalitativního výzkumu. Při sestavování kazuistik jsme pracovali se dvěma respondenty mladšího školního věku s diagnózou Dětský autismus. Využili jsme přirozeného prostředí rodiny, které je více stimulující pro jejich každodenní práci. Pomocí vzájemné spolupráce s rodinami nám byly sděleny blízké a citlivé údaje o dětech, mohli jsme sledovat jejich činnosti, sebeobsahu, úroveň motoriky a především způsoby dorozumívání mezi respondenty a členy rodiny. V průběhu práce jsme si kladli dílčí cíle: popsat psychomotorický vývoj dítěte, analyzovat všechny jazykové roviny, vymezit komunikaci (jak ji respondent iniciuje a jak na ni reaguje) a charakterizovat komunikační systémy, které rodina využívá. Závěrem výzkumu bylo sepsání dvou kazuistik, ve kterých jsme popsali vývoj respondentů, jejich dosažené schopnosti, stanovili prvky verbální i neverbální komunikace a užívaný komunikační systém. Z obou případů bylo patrné, že rodiny respondentů neuvítají jeden komunikační systém, ale kombinují je podle potřeb a možností dítěte. K závěru případových studií je nutno poznamenat, že první rodina se intenzivně snaží o rozvoj všech jazykových

rovin dítěte, zejména pragmatické, s pomocí vizualizace, strukturalizace a systematického užívání komunikačních systémů. Zatímco ve druhém případě došlo k mírné stagnaci. Rodina aktuálně s žádným komunikačním systémem nepracuje, komunikují prostřednictvím svých zkušeností a vnímáním potřeb dítěte, snaží se o především o rozvoj sebeobslužných činností dítěte, při kterých pracují s vizuálními podněty a pochopením verbálních instrukcí.

Z výsledků šetření se domníváme, že je potřebné, aby děti s poruchami autistického spektra a jejich rodiny byli seznámeni s komunikačními systémy co nejdříve, navštěvovali speciálního pedagoga, který by je odborně vedl, a rodiče s ním mohli své kroky konzultovat. Důležitá je také spolupráce logopeda, speciálního pedagoga, psychologa, učitele kmenové třídy a rodiny, aby docházelo ke komplexnímu rozvoji, který vede k úspěšné logopedické intervenci.

Seznam použité literatury

ATTWOOD, Tonny. 2005. *Aspergerův syndrom: Porucha sociálních vztahů a komunikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-979-8.

BENDOVÁ, Petra. 2011. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Praha: Grada. ISBN 978-90-247-3853-6.

BERANOVÁ, Irena, Kateřina THOROVÁ, Michal HRDLIČKA a Lukáš PROPPER. 2004. *Specifické diagnostické metody*. In: HRDLIČKA, Michal a Vladimír KOMÁREK. *Dětský autismus: Přehled současných poznatků*. Praha: Portál, s. 92-107. ISBN 80-7178-813-9.

BEYER, Jannik a Lone GAMMELTOFT. 2006. *Autismus a hra*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-157-3.

BUNTOVÁ, Dana a Erika TICHÁ. 2009. *Autismus*. In: KEREKRÉTIOVÁ, A. a kol. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského, s. 257 - 272. ISBN 978-80-223-2574-5.

ČABALOVÁ, Dagmar. 2011. *Pedagogika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2993-0.

ČADILOVÁ, Věra, Zuzana ŽAMPACHOVÁ a kol. 2012. *Metodika práce se žákem s poruchami autistického spektra*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-2443309-7.

ČADILOVÁ, Věra, Kateřina THOROVÁ, Zuzana ŽAMPACHOVÁ a kol. 2012. *Katalog posuzovací míry speciálních vzdělávacích potřeb. Část II. Diagnostické domény pro žáka s poruchami autistického spektra*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-244-3054-6.

DE CLARCQ, Hilde. 2011. *Mami, je to člověk, nebo zvíře: Myšlení dítěte s autismem*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-888-3.

DOLEJŠÍ, Pavel. 2005. *Jak se naučit správně vyslovovat: Populárně naučná příručka...* 4. vyd. Humpolec: Pavel Dolejší, nakladatelství a vydavatelství, ISBN 80-86480-66-6.

- DVOŘÁK, Josef. 2007. *Logopedický slovník: Terminologický a výkladový*. 3. uprav. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. ISBN 978-80-902536-6-7.
- FREJENČÍK, Jan. 2000. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-367-6.
- HENDL Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
- HOWLIN, Patricia. 2005. *Autismus u dospívajících a dospělých: Cesta k soběstačnosti*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-041-0.
- HRDLIČKA, Michal. 2004. Historický vývoj, koncepce, terminologie. In: HRDLIČKA, Michal a Vladimír KOMÁREK. *Dětský autismus: Přehled současných poznatků*. Praha: Portál, s.11-16. ISBN 80-7178-813-9.
- HRDLIČKA, Michal. 2004. Diferenciální diagnostika pervazivních vývojových poruch z pohledu psychiatra. In: HRDLIČKA, Michal a Vladimír KOMÁREK. *Dětský autismus: Přehled současných poznatků*. Praha: Portál, s. 48-59. ISBN 80-7178-813-9.
- HRDLIČKA, Michal. 2006. *Novinky v oblasti výzkumu dětského autismu*. Česká a Slovenská Psychiatrie. Roč. 102, č. 1, s. 24-30. ISSN 1212-0383.
- HRDLIČKA, Michal a Vladimír KOMÁREK. 2004. *Dětský autismus: Přehled současných poznatků*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-813-9.
- JANOVCOVÁ, Zuzana. 2003. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Brno, Pdf MU. ISBN 80-210-3204-9.
- KEREKRÉTIOVÁ, Aaurélia a kol. 2009. *Základy logopedie*. Bratislava: Univerzita Komenského. ISBN 978-80-223-2574-5.
- KLENKOVÁ, Jiřina. 2000. *Možnosti stimulace neverbálních a verbálních schopností vývoje postižených dětí*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-91-5.
- KLENKOVÁ, Jiřina. 2006. *Logopedie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1110-9.
- KLUCKÁ, Jana a Pavla VOLFOVÁ. 2009. *Kognitivní trénink v praxi*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2608-3.

KNAPCOVÁ, Margita. 2005. *Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS*. Praha: IPPP ČR. ISBN 80-86856-07-0.

KOMÁREK, Vladimír. 2004. Neurobiologický model postižení. In: HRDLIČKA, Michal a Vladimír KOMÁREK. *Dětský autismus: Přehled současných poznatků*. Praha: Portál, s. 17-23. ISBN 80-7178-813-9.

KREJČÍŘOVÁ, Dana. 2006. Mentální retardace a pervazivní vývojové poruchy. In Říčan, Pavel a Dana Krejčířová. *Dětská klinická logopedie*. 4. uprav. a rozš. vyd. Praha: Grada, s. 195- 223. ISBN 978-80-247-1049-5.

KREJČÍŘOVÁ, Olga a kol. 2011. *Alternativní a augmentativní komunikace v praxi pracovníků sociálních služeb*. Vsetín: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-260-0059-4.

KUBOVÁ, Libuše. 1996. *Alternativní komunikace, cesta ke vzdělání těžce zdravotně postižených*. Praha: Tech-martket. ISBN 80-902134-1-3.

LAUDOVÁ, Lucie. 2003. Augmentativní a alternativní komunikace. In ŠKODOVÁ, Eva, Ivan JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, s. 561-577. ISBN 80-7178-546-6.

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

LECHTA, Viktor. 2009. Základné poznatky o logopédii. In: KEREKRÉTIOVÁ, Aurelia a kol. *Základy logopedie*. Bratislava: Univerzita Komenského, S. 15- 32. ISBN 978-80-223-2574-5.

LECHTA, Vitor a kol. 1990. *Logopedické repetitorium*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľství. ISBN 80-08-00447-9.

LECHTA, Vitor a kol. 2002. *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*. Martin: Vydavateľstvo Osveta. ISBN 80-8063-100-X.

LECHTA, Viktor a kol. 2002. *Terapia narušenej komunikačnej schopnosti*. Martin: Vydavateľstvo Osveta. ISBN 80-8063-092-5.

MARKOVÁ, Dana. 2009. Úvod do lingvistiky. In: KEREKRÉTIOVÁ, Aurelia a kol. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského, s. 61 – 76. ISBN 978-80-223-2574-5.

Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. Revize. 2006. *Duševní poruchy a poruchy chování: Popis klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-11-5.

MIOVSKÝ, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.

NELEŠOVSKÁ, Alena. 2005. *Pedagogická komunikace v teorii a praxi*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0738-1.

NEVOROVÁ, Monika. 2012. *Analýza dokumentů jako evaluační nástroj*[online]. Praha: Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty a všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Poslední aktualizace: 11. 02. 2014, [cit. 2014/02/11]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/593/3884/Analyza-dokumentu-jako-evaluacni-nastroj>

OPATŘILOVÁ, Dagmar. 2006. Výchova a vzdělávání dětí a žáků s autismem. In PIPEKOVÁ, Jarmila a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido edice pedagogické literatury, s. 309-328. ISBN 8P-7315-120-0.

OŠLEJŠKOVÁ, Hana. 2008. *Poruchy autistického spektra: Poruchy vyvíjejícího se mozku*. *Pediatric pro praxi*. Roč. 9, č. 2, s. 80-84. ISSN 1213-0494.

PEČEŇÁK, Ján. 2002. Diagnostika detského autizmu. In LECHTA, Viktor a kol. *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*. Martin: vydavateľstvo Osveta, s. 196-209. ISBN 80-8063-100-X.

PETIT O. S.. 2009. *Výukové programy Petit*[online]. Olomouc: Petit o.s. [cit. 2013/11/05]. Dostupné z: <http://www.petit-os.cz/>.

PIPEKOVÁ, Jarmila a kol. 2006. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido edice pedagogické literatury. ISBN 8P-7315-120-0.

PLEVOVÁ, Ilona a kol. 2011. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-2473557-3.

POLÁŠKOVÁ, Dagmar. 2004. Autismus a speciálně pedagogická poradna. In VÍTKOVÁ, Marie a kol. *Integrativní školní (speciální) pedagogika: Základy, teorie, praxe*. Brno: MDS, s. 175- 190. ISBN 80- 86633-22-5.

ŘÍČAN Pavel. 2010. *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3133-9.

ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. 2006. *Dětská klinická logopedie*. 4. uprav. a rozš. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1049-5.

ŘÍHOVÁ, Alena a kol. 2011. *Poruchy autistického spektra (Pomoc pro rodiče dětí s PAS)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2677-8.

ŘÍHOVÁ, Alena a Kateřina VITÁSKOVÁ. 2012. *Logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2908-3.

SVOBODA, Pavel. 2012. *Metodologie kvantitativního speciálněpedagogického výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3068-3

ŠKODOVÁ, Eva. 2003. Symptomatické poruchy řeči. In ŠKODOVÁ, Eva, Ivan JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, s. 385-423. ISBN 80-7178-546-6.

ŠKODOVÁ, Eva, Ivan JEDLIČKA a kol. 2003. *Klinická logopedie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-546-6.

ŠVAŘÍČEK, Roman, Klára ŠEĐOVÁ a kol. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

TAYLOR, Brent. Et. 1999. *Autism and measles, mumps, and rubella vaccine: no epidemiological evidence for a causal association*[online]. The Lancet, 353(9169), 2026-2029 [cit. 2013/09/12]. Dostupné z: doi:10.1016/S0140-6736(99)01239-8.

THOROVÁ, Kateřina. 2012. *Poruchy autistického spektra*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0215-8.

THOROVÁ, Kateřina. 2012. Komunikační a řečové dovednosti. In: ČADILOVÁ, Věra, Kateřina THOROVÁ, Zuzana ŽAMPACHOVÁ a kol. *Katalog posuzovací míry speciálních vzdělávacích potřeb*. Část II. Diagnostické domény pro žáka s poruchami autistického spektra. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-244-3054-6.

THOROVÁ, Kateřina, Hynek JÚN a Věra ČADILOVÁ. 2004. Výchova, vzdělávání a intervence u dětí s autismem. In: HRDLIČKA, Michal a Vladimír KOMÁREK. *Dětský autismus: Přehled současných poznatků*. Praha: Portál, s. 165-176. ISBN 80-7178-813-9.

VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. 2009. *Psychopedie: Teoretické základy a metodika*. Praha: PARTA. ISBN 978-80-7320-137-1.

WOLFF, Sula. 2004. *History of autism*. Eur Child Adolesc Psychiatry. Roč. 13,s. 201-208. IDD 10.1007/s00787-004-0363-5.

Seznam tabulek

Tabulka č.1 Lexikon vývoje

Tabulka č.2 Časový harmonogram

Tabulka č. 3 Typické projevy respondenta - Ben

Tabulka č. 4 Typické projevy respondenta - Samuel

Tabulka č. 5 Narušené= jazykové roviny respondenta - Ben

Tabulka č. 6 Narušené jazykové roviny respondenta - Samuel

Seznam příloh

Příloha č. 1 Záznamová tabulka orientačního vyšetření

Příloha č. 2 Záznamová tabulka základního vyšetření

Příloha č. 3 Anamnestický dotazník

Příloha č. 1 Záznamová tabulka orientačního vyšetření (str. 28)

Jméno:

Věk:

Datum:

Hrubá motorika	
<i>Úkoly, sledované oblasti</i>	<i>Hodnocení</i>
Somatická postupce	
Lokomoce	
Stereotypie	
Jemná motorika	
<i>Úkoly, sledované oblasti</i>	<i>Hodnocení</i>
Stavění kostek	
Dřevěné skládačky	
Stereotypie	
Grafomotorika	
<i>Úkoly, sledované oblasti</i>	<i>Hodnocení</i>
Zájem o kresbu	
Úchop psacího náčiní	
Formální složka kresby: - přítlak - linie - tremor - další charakteristiky kresby	
Obsahová složka kresby: - adekvátnost vzhledem k věku - stereotypní, ulpívavá témata v kresbě	
Auditivní percepce	
<i>Úkoly, sledované oblasti</i>	<i>Hodnocení</i>
Reakce na oslovení	
Reakce na změněnou intonaci řeči	
Reakce na hudební nástroje	
Schopnost spontánní rytmické reprodukce	
Schopnost napodobované rytmické reprodukce	
Zapojení se do zpěvu	
Zrakový kontakt	
<i>Úkoly, sledované oblasti</i>	<i>Hodnocení</i>
Spontánní navazování zrakového kontaktu	
Navazování zrakového kontaktu po oslovení, vyzvání	
Navazování zrakového kontaktu po přiblížení předmětu k našim očím	

Spolupráce	
<i>Úkoly, sledované oblasti</i>	<i>Hodnocení</i>
Reakce klienta na pokyny	
Zapojení do aktivity	
Porozumění řeči	
<i>Úkoly, sledované oblasti</i>	<i>Hodnocení</i>
Rozpoznávání požadované věci	
Provedení pokynů, instrukcí	
Řečová produkce	
<i>Úkoly, sledované oblasti</i>	<i>Hodnocení</i>
Prozodické faktory řeči: - intenzita hlasového projevu - barva hlasového projevu - rytmus řeči - melodie řeči	
Dosažený stupeň ontogeneze řeči: - období pragmatizace - období sémantičce - období lexemizace - období gramatizace - období intelektualizace	
Echolálie	
Další verbální specifika	
Pragmatická jazyková rovina: - zájem o komunikaci - jednotný funkční komunikační systém - reciprocita komunikačního procesu	
Lexikálně-sémantická jazyková rovina: - pasivní slovní zásoba - aktivní slovní zásoba	
Morfologicko-syntaktická jazyková rovina	
Foneticko-fonologická jazyková rovina	
Behaviorální projevy při vzniku komunikační bariéry	

Závěr:

Příloha č. 2 Záznamová tabulka základního vyšetření (str. 28)

Jméno:

Věk:

Datum:

Položka	Hodnocení		
	v současnosti	Vůbec	poznámka
1. Zrakový kontakt			
2. Rozsah a přiměřenost mimických projevů			
3. Aktivní projevení zájmu o ostatní děti			
4. Projevení lítosti			
5. Používání těla jiné osoby			
6. Snaha podílet se s jinými o vlastní potěšení			
7. Ukazování na předměty			
8. Gestikulace			
9. Imitace			
10. Imaginární hra			
11. Sociální komunikace			
12. Echolálie			
13. Nesprávné používání zájmen			
14. Zvláštnosti v řeči			
15. Ohraničené zájmy			
16. Neobyčejné zájmy			
17. Trvání na neměnném prostředí, rituály			
18. Pohybové stereotypy			
19. Nefunkční používání předmětů			
20. Mimořádné schopnosti			

Příloha č. 3 Anamnestický dotazník (str. 58)

Předložený anamnestický dotazník slouží k získání informací o respondentovi. Pomocí odpovědí na tyto otázky bude sepsaná kazuistika, případová studie v diplomové práci. Otázky budou zpřesněny a doplněny na základě rozhovoru se zákonnými zástupci.

Jméno, příjmení:

Datum narození:

Osobní anamnéza

Jak probíhala gravidita?

- O kolikáté těhotenství se jednalo?
 - ne
 - ano – (jaké?)
- Prodělané nemoci během těhotenství?
 - ne
 - ano – (jaké?)
- Medikace v průběhu těhotenství?
 - ne
 - ano – (jaká?)

Jaký byl průběh porodu?

- Komplikace během porodu (překotný, protahovaný, císařským řezem, asfyxie, jiné)?
 - bez komplikací
 - s komplikacemi – (jaké?)
- Porodní hmotnost?
- Poporodní stav?
 - bez komplikací
 - s komplikacemi – (jaké?)
- První projevy dítěte po porodu (křik, dušení, jiné)?

Vývoj dítěte

- Doba kojení?

- Sání, polykání?
v normě
s potížemi
- Novorozenecký křik - s tvrdým hlasovým počátkem (reakce na změnu, vyjádření potřeby)?
ne
ano – (kdy?)
- Emocionální křik - s měkkým hlasovým počátkem (vyjádření libých pocitů)?
ne
ano – (kdy?)
- Plačtivé projevy?
ne
ano – jak často, z jakých důvodů (přivolání matky, z potřeby, signál emocí)?
- První neverbální projevy (reakce na matku úsměvem, sacími pohyby)?
ne
ano – (kdy?)
- Broukání (nahodilá tvorba zvuků, v pozici na zádech)?
ne
ano – (kdy?)
- Pudové žvatlání (zvuky v pozici na zádech – např.: gaga)?
ne
ano – (kdy?)
- Výskavé povyky jako vyjádření radosti?
ne
ano – (kdy?)
- Hra s mluvidly (špulení, otvírání, zavírání pusy, zkoumání úst, jazyka pomocí rukou)?
ne
ano – (jaké, kdy?)
- Napodobivé žvatlání (první hlásky mateřského jazyka, se zrakovou a sluchovou kontrolou)?
ne
ano – (kdy?)

- Otáčení se za zvuky?
 - ne
 - ano – (kdy?)
- První navazování kontaktu (pomocí zvuků vyprovokováá komunikaci, zejména u matky)?
 - ne
 - ano – (kdy?)
- Reakce na své jméno?
 - ne
 - ano – (kdy?)
- První slovo – (jaké, kdy?)
- Fáze pochopení významu slova (např.: při úklidu matka řekne, podej mi auto – ví, co to znamená)?
 - ne
 - ano – (kdy?)
- První věta?
 - ne
 - ano – (kdy?)
- Sezení bez opory- (kdy?)
- Fáze lezení – (kdy?)
- První kroky – (kdy?)
- Dle pokynů ukáže na části těla?
 - ne
 - ano – (kdy?)
- Zapojení prozodických faktorů (melodie, rytmus, dynamika,...)?
 - ne
 - ano – (kdy?)
- První věk otázek (Co to je?, Kdo to je?)?
 - ne
 - ano – (kdy?)
- Druhý věk otázek (Proč?)?
 - ne
 - ano – (kdy?)

- Zájem o komunikaci?
 - ne
 - v případě nezájmu o verbální komunikaci – jakým způsobem dosahuje svých cílů?
 - ano – (blíže specifikujte)
- Zájem o básničky, slovní hříčky, zpěv?
 - ne
 - ano – (při jakých situacích?)
- Neverbální projevy při komunikaci (mimika, gestika, haptika)?
 - ne
 - ano – (blíže specifikujte)
- Navazování očního kontaktu?
 - ne
 - ano
- Zvláštnosti v promluvě?
 - ne
 - ano – (blíže specifikujte)
- Opakování zvuků, slov, vět?
 - ne
 - ano – (blíže specifikujte)
- Porozumění řeči?
 - ne
 - ano – (kdy, blíže specifikujte)
- Slovní zásoba?
 - pasivní – určete přibližný počet slov
 - aktivní – určete počet slov
- Dýchání?
 - nosem
 - ústy
- Zvláštnosti při spaní (neklidné, s nočními děsy, časté buzení)?
 - ne
 - ano- (jaké?)
- Úroveň hrubé motoriky (stání na jedné noze, chůze ze schodů a do schodů)?

- Úroveň jemné motoriky (stavění kostek, úchop nástrojů)?
- Úroveň grafomotoriky (úchop psacího náčiní, přítlak na podložku, formální a obsahová stránka kresby)?
- Preferované hry a odmítané?
- Zlozvyky?
 - ne
 - ano – (blíže specifikujte)
- Přítomnost výjimečných schopností?
 - ne
 - ano – (blíže specifikujte)
- Přítomnost jiných specifík (nechutenství, psychická traumata, enuréza)?
 - ne
 - ano – (blíže specifikujte)
- Prodělané nemoc, úrazy, operace?
- Medikace?
 - ne
 - ano – (blíže specifikujte)
- Dentice?
 - první – (kdy?)
 - druhá – (kdy?)
- Zařazení do kolektivního zařízení?
 - ne
 - ano – (v kolika letech, jaké?)
- Projevy při adaptaci na změnu?
- Denní režim dítěte?
- Soustředění, koncentrace pozornosti, míra spolupráce?
 - ne
 - ano – (blíže specifikujte)
- Vztahy s rodiči, sourozenci, rodinou?
- Aktuální tělesné dispozice?
 - Váha:
 - Výška:

Absolvované vyšetření a určení diagnózy:

Psychologické:

Psychiatrické:

Neurologické:

Audiologické:

Logopedické:

v PPP, SPC:

jiné:

Rodinná anamnéza:

Matka

- Věk v době narození dítěte?
- Zdravotní stav (aktuální i minulý)?

Otec

- Věk v době narození dítěte?
- Zdravotní stav (aktuální i minulý)?

Sourozenci

- ano – počet, věk, zdravotní stav?
- ne

Diagnostika Poruchy autistického spektra v rodině?

- ne
- ano – (blíže specifikujte)

Logopedické potíže v rodině?

- ne
- ano – (blíže specifikujte)

Závažné nemoci v rodině?

- ne
- ano – (blíže specifikujte)

Anotace

Jméno a příjmení:	Kamila Jehličková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2014

Název práce:	Problematika nemluvnosti u dětí s poruchami autistického spektra v kontextu logopedické intervence
Název v angličtině:	Problems of muteness in children with autism spectrum disorders in the context of speech therapy
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá poruchami autistického spektra, její terminologií, etiologií, symptomatologií a vymezením jednotlivých typů podle 10. revize, MKN. Popisuje vývoj řeči, jednotlivé jazykové roviny a logopedickou intervenci. Charakterizuje komunikaci u nemluvicích dětí s autismem a možnosti užití alternativní a augmentativní komunikace. Její cílem je vyzorovat úroveň psychomotorického vývoje a komunikace respondenta, popsat jeho typické projevy a komunikační systém, který uplatňuje.
Klíčová slova:	Poruchy autistického spektra, Dětský autismus, Atypický autismus, Aspergerův syndrom, Rettův syndrom, Desitegrační porucha, logopedická intervence, komunikace, vývoj řeči, alternativní a augmentativní komunikace

Anotace v angličtině:	<p>The diploma thesis deals with autism spectrum disorders, its terminology, etiology, symptomatology and the delineating different types of the 10th revision, WHO. Describes the development of speech, levels of language and speech therapy. It characterizes communication in children with the problem of muteness and autism spectrum disorders and the possibility of using alternative and augmentative communication. Its objective is to observe the level of psychomotor development and communication of the respondent, to describe its typical symptoms and the communication system used.</p>
Klíčová slova v angličtině:	<p>Autism Spectrum Disorders, Childhood autism, Atypical autism, Asperger's syndrome, Rett's syndrome, Other childhood disintegrative disorder, speech therapy intervention, communication, speech development, alternative and augmentative communication</p>
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č. 1 Záznamová tabulka orientačního vyšetření</p> <p>Příloha č. 2 Záznamová tabulka základního vyšetření</p> <p>Příloha č. 3 Anamnestický dotazník</p>
Rozsah práce:	<p>84</p>
Jazyk práce:	<p>Český</p>