

Univerzita Hradec Králové  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

# **Poruchy řečové komunikace u dětí s poruchami autistického spektra**

Bakalářská práce

Autor: Adéla Rajchmanová  
Studijní program: B7506 Speciální pedagogika  
Obor: Speciálněpedagogická péče o osoby s poruchami komunikace  
Vedoucí práce: doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.



## Zadání bakalářské práce

<b>Autor:</b>	<b>Adéla Rajchmanová</b>
Studium:	P131364
Studijní program:	B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Speciálně pedagogická péče o osoby s poruchami komunikace
<b>Název bakalářské práce:</b>	<b>Poruchy řečové komunikace u dětí s poruchami autistického spektra</b>
Název bakalářské práce A):	Disorders of speech communication of children with autism spectrum disorders

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Bakalářská práce obsahuje současné poznatky z oboru logopedie u dětí s poruchami autistického spektra. Teoretická část pojednává o poruchách autistického spektra, vývoji tohoto onemocnění, příčinách, formách, možnostech terapie, také je podrobně popsána problematika poruch komunikačních schopností u dětí s poruchami autistického spektra. Dále se zabývá centrem Canitera v Poděbradech. Praktická část se věnuje kvalitativnímu šetření formou podrobných kazuistických studií 4 dětí s poruchami autistického spektra, které jsou stimulovány odbornou logopedickou péčí v centru Canitera. Tyto studie jsou zacílené na diagnózu, terapii a problematiku komunikace.

DVOŘÁK, Josef. Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]. 3. dopl. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007, 248 s. Logopaedia clinica. ISBN 978-809-0253-667.  
LECHTA, Viktor. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. Vyd. 1. Překlad Jana Křížová. Praha: Portál, 2003, 359 s. ISBN 80-717-8801-5. ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. Klinická logopedie: [terminologický a výkladový]. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, 615 s., viii s. barev. obr. příl. Logopaedia clinica. ISBN 978-807-3673-406. THOROVÁ, Kateřina: Poruchy autistického spektra. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7. VOCILKA, M. Autismus. Praha, 1996. ISBN: 80-902134-3-X.

Garantující pracoviště: **Katedra speciální pedagogiky,  
Pedagogická fakulta**

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.

Oponent: Mgr. Tereza Skákalová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 27.1.2015

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího bakalářské práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové, dne .....

.....

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat vedoucímu mé bakalářské práce doc. PaedDr. Karlu Neubauerovi, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky. Děkuji rovněž Mgr. Ivě Bajtlerové za spolupráci a poskytnutí nezbytných informací pro zpracování výzkumné části práce.

## **Anotace**

RAJCHMANOVÁ, Adéla. *Poruchy řečové komunikace u dětí s poruchami autistického spektra*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2016. 59 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce nazvaná „Poruchy řečové komunikace u dětí s poruchami autistického spektra“ je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Práce obsahuje současné poznatky z oboru logopedie u dětí s poruchami autistického spektra. Teoretická část je zaměřena na autismus, popis jednotlivých poruch autistického spektra a především na komunikaci. První kapitola je věnována problematice autismu a charakteristice jednotlivých diagnóz. Druhá kapitola se zabývá komunikačními schopnostmi dětí s autismem, se zaměřením na jejich vývoj, obtíže ve verbální a neverbální komunikaci. Třetí kapitola pojednává o alternativní a augmentativní komunikaci a možnostech využití u dětí s poruchami autistického spektra. Praktická část práce se věnuje kvalitativnímu šetření formou podrobných kazuistických studií čtyř dětí autismem, které jsou stimulovány odbornou logopedickou péčí v centru Canitera.

Klíčová slova: poruchy autistického spektra, komunikace, alternativní a augmentativní komunikace.

### **Anotation**

RAJCHMANOVÁ, Adéla. *Disorders of speech communication of children with autism spectrum disorders*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2016. 59 s. Bachelor Thesis.

The bachelor theses called “Disorders of speech communication of children with autism spectrum disorders” is divided into the theoretical and practical part. The bachelor theses include contemporary knowledge of the speech therapy dealing with autistic children. The theoretical part focuses on autism and descriptions of particular autistic disorders; nevertheless, the main interest is in communication. The first chapter covers the theory of autism and characteristics of each diagnosis. In the second chapter, the communicative ability of autistic children concerning their progress, difficulties in verbal and non-verbal communication are presented. Alternative and augmentative communication and the possibility of the usage of these types of communication in the speech therapy with autistic children are described in the third chapter. The practical part of the bachelor theses analyse qualitative research of casuistic studies of four autistic children who are stimulated with professional speech therapy in the Canitera centrum.

**Key words:** autistic spectrum disorders, communication, alternative and augmentative communication.

## Obsah

ÚVOD .....	9
TEORETICKÁ ČÁST .....	11
1. Autismus .....	11
1.1 Vymezení pojmů .....	11
1.2 Diagnostika .....	12
1.3 Klasifikace poruch autistického spektra .....	13
1.4 Výchova, vzdělávání a terapie u dětí s poruchami autistického spektra .....	19
2. Poruchy komunikačních schopností u dětí s autismem .....	21
2.1. Základní pojmy v oblasti řečové komunikace .....	21
2.2 Vývoj řeči u dětí s autismem .....	23
2.3 Poruchy verbálních komunikačních schopností .....	25
2.4 Poruchy neverbálních komunikačních schopností .....	29
3. Alternativní a augmentativní komunikace .....	32
3.1 Definiční vymezení .....	32
3.2 Klasifikace systémů alternativní a augmentativní komunikace .....	33
3.3 Možnosti využití alternativní a augmentativní komunikace u dětí s poruchami autistického spektra .....	34
PRAKTICKÁ ČÁST .....	39
1. Cíle a výzkumné otázky práce .....	39
2. Metodika výzkumu .....	40
2.1 Použité techniky .....	40
2.2 Charakteristika místa a průběhu výzkumného šetření .....	40
2.3 Charakteristika výzkumného vzorku .....	41
3. Vlastní výzkumné šetření .....	43
3.1 Interpretace získaných dat .....	43
3.2 Shrnutí výsledků výzkumného šetření .....	54

ZÁVĚR .....	56
POUŽITÉ ZDROJE A LITERATURA:.....	57



## ÚVOD

Poruchy autistického spektra se řadí mezi nejzávažnější postižení dětského mentálního vývoje. Dochází k narušení v oblasti komunikace, sociální interakce a představitosti. Děti s autismem dobře nerozumí tomu, co vidí, slyší a prožívají. Autismus zároveň doprovázejí specifické vzorce chování.

Poruchy autistického spektra jsou především poruchami komunikace. Schopnost mluvit bývá obvykle zachována, avšak komunikační schopnosti těchto dětí jsou často vážně narušeny. Obtíže se projevují, jak ve verbální, tak i v neverbální složce komunikace. Jedinci s poruchami autistického spektra jsou sice schopni naučit se využívat základní funkce komunikace, ale nedokáží vyjádřit své pocity či potřeby a komunikovat prostřednictvím emocí, tak jako je tomu u dětí s intaktním vývojem komunikačních schopností. Tvrzení, že osoby s poruchami autistického spektra nemají zájem o komunikaci, není pravdivé. Mají k tomu pouze omezené prostředky. Proto je zásadní vybrat takový způsob komunikace, prostřednictvím kterého by mohly děti s autismem vyjádřit své potřeby.

Motivací k výběru tohoto tématu byla praxe ve speciální základní a mateřské škole, kde jsem měla možnost pracovat s dětmi s poruchami autistického spektra a poprvé se blíže s tímto typem vývojové poruchy seznámit. Problematika autismu mě zaujala natolik, že se stala tématem pro mou práci.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část a obsahuje současné poznatky z oboru logopedie u dětí s poruchami autistického spektra. V teoretické části, která je rozdělena do tří kapitol, byla využita metoda analýzy odborné literatury. Pojednává o poruchách autistického spektra, komunikačních schopnostech dětí s autismem a alternativní a augmentativní komunikaci. Praktická část obsahuje čtyři kvalitativně zpracované případové studie dětí s poruchami autistického spektra. Výzkumné šetření bylo realizováno pomocí analýzy dokumentace, nestandardizovaného rozhovoru s klinickou logopedkou a pozorování.

První kapitola teoretické části je zaměřena na problematiku autismu. Je rozdělena do čtyř dílčích podkapitol, které se věnují definičnímu vymezení, diagnostice, popisu jednotlivých poruch autistického spektra, a zároveň výchově, vzdělávání a terapii dětí s touto vývojovou poruchou.

Druhá kapitola se zabývá narušenou komunikační schopností u dětí s poruchami autistického spektra. Je členěna na čtyři podkapitoly zaměřující se na základní terminologické vymezení, vývoj řeči dětí s autismem, na obtíže v neverbální a verbální komunikaci.

Třetí kapitola teoretické části pojednává o alternativní a augmentativní komunikaci. První podkapitola se zabývá definičním vymezením. Klasifikací jednotlivých metod se věnuje druhá podkapitola. Ve třetí podkapitole jsou komparací současných poznatků popsány jednotlivé komunikační systémy využitelné u jedinců s poruchami autistického spektra.

Praktická část se věnuje kvalitativnímu šetření formou podrobných kazuistických studií 4 dětí s poruchami autistického spektra, které jsou v péči klinické logopedky Ivy Bajtlerové.

Cílem teoretické části bakalářské práce je shrnutí současných poznatků o poruchách autistického spektra se zaměřením na oblast narušené komunikační schopnosti a alternativní a augmentativní komunikace. Cílem kvalitativního šetření je zhodnotit komunikační schopnosti čtyř dětí, které jsou stimulovány odbornou logopedickou péčí v centru Canitera, se zaměřením na diagnostiku a terapii.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Autismus

Pojem autismus (angl. *autism, autistic disorder*) pochází z řeckého autos, což v překladu znamená sám nebo samotný, proto je automaticky spojován se symptomem uzavřenosti (Bartoňová, Bazalová, Pipeková 2007). Dvořák (2007, s. 31) definuje autismus jako „*pervazivní vývojovou poruchu, jejíž podstatou je odtržení jedince od reálného světa pohroužení se do svého světa vnitřního.*“ V minulosti byl autismus řazen mezi dětské psychózy nebo jiné dětské nemoci, dnes patří do skupiny celoživotních vývojových poruch (Vocílka 1996).

Termín autismus zavedl švýcarský psychiatr Eugen Bleuler, a to v roce 1911, při popisu schizofrenií. Za základní dílo považujeme práci z roku 1943 od amerického dětského psychiatra Leo Kanner, kterou nazval „*Autistické poruchy afektivního kontaktu*“. Ve svém díle popsal skupinu jedenácti dětí, které Kanner charakterizoval jako neschopné vytvářet vztahy s lidmi, s narušenou řečí a neobvyklými projevy. O rok později, tedy v roce 1944, tuto poruchu nazval jako raný (časný) infantilní autismus (Nesnidalová 1994).

Hrdlička a Komárek (2004) uvádí, že v přibližně stejné době publikoval vídeňský pediatr Hans Asperger případové studie čtyř podobných jedinců v díle „*Autističtí psychopati v dětství*“, ve své práci mimo jiné navrhl genetickou etiologii poruchy.

### 1.1 Vymezení pojmů

Termín pervazivní vývojové poruchy (angl. *Pervasive Developmental Disorders – PDDs*) se řadí k nejvíce závažným poruchám dětského mentálního vývoje. Pervazivní lze přeložit jako všepronikající nebo všeprostupující, což znamená, že vývoj dítěte je narušen do hloubky a v mnoha směrech (Thorová 2006). Tyto vývojové poruchy zasahují téměř všechny psychické funkce, výrazně mění chování dítěte a jeho projevy, spojené s interakcí s okolím. Poruchy autistického spektra se u dítěte projevují již od začátku vývoje, a to od narození eventuálně v prvních letech života dítěte, typické věkové rozmezí záleží na konkrétním typu poruchy. Podle Nývltové (2008, str. 103) jde o „*závažné poruchy, které výrazně modifikují možnosti vzdělávání dítěte a později i jeho zařazení do společnosti*“.

Autismus jako pervazivní vývojová porucha má vliv na všechny složky osobnosti jedince, kdy projevy této poruchy jsou velmi různorodé, od mírné symptomatiky až po velmi těžkou. V 70. letech vymezila Lorna Wingová (britská psychiatryně) základní problémové oblasti, které jsou zásadní pro diagnózu a nazvala je *triádou poškození*. Patří sem kvalitativní postižení v oblasti sociální interakce a sociálního chování, kvalitativní postižení v oblasti komunikace a triádu uzavírá kvalitativní postižení v oblasti představitosti, zájmů a hry (Thorová 2006).

## ***1.2 Diagnostika***

Moderní diagnostika autismu je mezioborovou záležitostí. Komplexní vyšetření umožňuje posouzení této poruchy z různých pohledů. Pro diagnózu autismu jsou určující abnormality, které se projevují ve vývoji do tří let věku dítěte.

Komplexní vyšetření zahrnuje nejdříve psychologické a psychiatrické vyšetření. Toto vyšetření upřesňuje, zda se skutečně jedná o poruchu autistického spektra. V další fázi se stanovuje, zda je autistická porucha v souvislosti s jinou somatickou nemocí či anomálií. V neposlední řadě se objektivizuje míra nespecifického postižení centrální nervové soustavy (Thorová 2007, online).

Pro rámcové hodnocení míry autismu se nejčastěji v České republice používá posuzovací škála CARS (Childhood Autism Rating Scale = Škála dětského autistického chování). V této škále se dítě hodnotí celkem v patnácti behaviorálních oblastech (vztahy k lidem, schopnost nápodoby, schopnost adaptace, úroveň nonverbální i verbální komunikace, percepční potíže, hra a užívání předmětů, zvláštnosti v motorice). Míra odlišnosti se hodnotí na čtyřstupňové škále (Opatřilová 2010).

Pro autismus se používají diagnostická kritéria dle MKN – 10 (American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Často však mohou vzniknout diagnostické rozpaky, protože triáda postižení se může projevovat různými způsoby.

### **1.3 Klasifikace poruch autistického spektra**

V České republice se běžně pracuje s klasifikací vydanou Světovou zdravotnickou organizací (World Health Organization), tj. s 10. revizí Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10). Dle této klasifikace se mezi pervazivní vývojové poruchy (F84) řadí následující diagnózy:

F84.0 Dětský autismus;

F84.1 Atypický autismus;

F84.2 Rettův syndrom;

F84.3 Jiná dezintegrační porucha v dětství;

F84.4 Hyperkinetická porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby;

F84.5 Aspergerův syndrom;

F84.8 Jiné pervazivní vývojové poruchy;

F84.9 Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná (Hrdlička, Komárek 2004).

#### **Dětský autismus**

Diagnóza dětský autismus (v minulosti zvaný jako Kannerův syndrom, infantilní autismus či infantilní psychóza) byl poprvé popsán L. Kannerem v roce 1944, a je jednou z nejvíce závažných ze skupiny poruchy autistického spektra. A to z důvodu kombinace klinické závažnosti s relativně vysokou prevalencí v porovnání s ostatními pervazivními vývojovými poruchami (Hrdlička 2008). Dle Thorové (2006) tvoří dětský autismus jádro poruch autistického spektra. Problémy se musí objevit ve všech částech diagnostické triády, tj. v oblasti sociální interakce, komunikace a představitosti, a to před třetím rokem věku dítěte. Kromě poruch v těchto klíčových oblastech mohou lidé s autismem trpět dalšími dysfunkcemi, které se projevují odlišným, zvláštním chováním. Stupeň závažnosti dětského autismu bývá různý, a to od mírné formy až po těžkou, u které se objevuje velké množství závažných symptomů. Pro tuto poruchu je typická velká variabilita symptomů. A také to, že se diagnostikuje bez ohledu na přítomnost či nepřítomnost jiné přidružené vady.

Co se týče oblasti sociální interakce, zdravé děti projevují sociální chování již od prvních týdnů život, na rozdíl od dětí trpících dětským autismem. Tito kojenci nevyhledávají oční kontakt, nejeví zájem o hlasy či lidské tváře a zároveň je pro ně

charakteristické, že nevytvářejí silnou vazbu k matce. Ve vyšším věku se u těchto jedinců rozbíjí nezáměr o kontakt s lidmi a žádná nebo pouze slabá odezva na emoce druhých lidí, nenavazuje přátelské vztahy, chybí empatie (Hrdlička, Komárek 2004).

Podle řady autorů (Hrdlička 2004), (Škodová 2007), (Thorová 2006) se u dětí s touto diagnózou vyskytuje opožděný vývoj řeči nebo její úplná absence. Pro řeč je typická monotónnost a nápadné echolálie, narušená větná stavba a záměna zájmen. Obtíže se objevují i v neverbální složce komunikace. Vývojem řeči u dětí, poruchami verbální i neverbální komunikace se bude tato práce podrobněji věnovat v další kapitole.

Pro dětský autismus je dále charakteristická porucha ve fantazijní a společenské napodobující hře, stereotypní chování a zájmy. Podle Hrdličky (In Hort 2008, s. 135) „*dominuje obsedantní lpění na neměnnosti života a prostředí pacienta, projevující se dodržováním nefunkčních rituálů a odporem k sebemenším změnám osobního prostředí.*“ Klinický obraz pak doplňují nápadné motorické manýry a specifické zájmy, kdy bývá obvyklý zájem o neživé, mechanické předměty, jako jsou dopravní systémy a prostředky aj.

Hrdlička (2004) a Peeters (1998) se shodují, že nejčastější přidruženou poruchou u této diagnózy je mentální retardace, která se objevuje asi u 75 % případů. Přibližně u 30 % dětí se jedná o pásmo mírné a středně těžké mentální retardace, u 45 % jedinců s dětským autismem jde o těžkou a hlubokou mentální retardaci. Peeters (1998) také upozorňuje na fakt, že mentální retardace nemusí být přidružena vždy. Někteří jedinci (asi 20 %) s autismem mají průměrné či nadprůměrné IQ, jedná se o děti s Aspergerovým syndromem.

Na základě několika studií se četnost výskytu autismu udává v rozmezí 5-10/10 000 dětí. Co se týče poměru mezi pohlavími, je tato porucha častější u chlapců než u dívek, a to čtyřikrát až pětkrát. (Hrdlička 2008).

Etiologie autismu je do této doby nejasná a je předmětem intenzivního výzkumu. Odborníci uvádějí, že výskyt autismu vždy záleží na individualitě jedince a dalších faktorech. Existují různé teorie příčin vzniku autismu. Podle některých odborníků souvisí autismus s ranou afektivní a sensorickou deprivací. Jiní zastávají názor, že v této sehrává hlavní roli určitý typ neurologické dysfunkce (Love, Web 2009). Na základě neurobiologických studií byly prokázány základy této poruchy. Za hlavní příčinu poruch autistického spektra jsou odborníky považovány vrozené abnormality mozku. Jedná se o

neurologickou poruchu, která se projevuje specificky v kognitivním vnímání a v důsledku jeho narušení pak i v chování jedince (Bartoňová, Bazalová, Pipeková 2007). Hrdlička (2008, s. 133) uvádí, že „*genetické vlivy jsou u autismu nepochybně silné a dětský autismus je dnes uváděn jako jedna z poruch s nejsilnější genetickou komponentou*“.

### **Atypický autismus**

Diagnózu dětský autismus použijeme v případě, že porucha nesplňuje kritéria pro dětský autismus. Atypický autismus se od dětského liší opožděným nástupem po třetím roce života nebo tím, že nejsou naplněny všechny tři sady diagnostických kritérií (Bartoňová, Bazalová, Pipeková 2007). Podle Krejčířové (2006) se jedná o děti s těžkými stupni mentální retardace, u kterých se nemohou plně projevit specifické kvalitativní dysfunkce z důvodu nízké úrovně fungování. Klinický obraz této vývojové poruchy však nebyl dosud přesně definován. Thorová (2006, s. 182) uvádí, že „*atypický autismus je zastřešujícím termínem pro část osob, na které by se hodil vágní diagnostický výrok autistické rysy či sklony*“.

I přesto, že atypický autismus je samostatnou diagnostickou jednotkou, najdeme u těchto dětí řadu specifických sociálních, emocionálních a behaviorálních příznaků, které jsou shodné s potížemi, jež mají jedinci s dětským autismem. Pro děti s tímto typem autismu jsou charakteristické obtíže v navazování vztahů s vrstevníky a přecitlivělost na specifické vnější podněty (Thorová 2006).

### **Rettův syndrom**

Podle Hrdličky (In Hort 2008) se jedná o neurodegenerativní poruchu, která postihuje výlučně dívky a má pervazivní dopad na somatické a motorické funkce. Příčina Rettova syndromu je genetická, za vznik odpovídá gen na distálním dlouhém raménku chromozomu X. Syndrom byl poprvé popsán v roce 1966, dětským neurologem Andreasem Rettem, prevalence je popisována u 6-7/100 000 dívek.

Rettův syndrom je charakteristický normálním prenatálním i perinatálním vývojem, prvních šest měsíců je v normě také psychomotorický vývoj. S nástupem poruchy je zaznamenáváno zpomalení růstu hlavičky. Dochází ke ztrátě již naučených funkčních manuálních dovedností, která je doprovázena stereotypními pohyby rukou

kolem střední osy (jako jsou např. kroutivé nebo tzv. mycí pohyby), dále pak k obtížím s koordinací těla. Jsou těžce postiženy receptivní i expresivní složky řeči, což je spojeno se zhoršenou sociální interakcí a dochází k těžké psychomotorické retardaci. Velmi často je přidružena epilepsie, obvykle se udává až 80% výskyt tohoto onemocnění u dívek s Rettovým syndromem. V průměru se epileptické záchvaty objevují ve věku okolo 4 let.

Rettův syndrom se od roku 2001 diagnostikuje i v České republice na základě genetického laboratorního vyšetření (Thorová 2006), (Křejiřová 2006).

### **Jiná dezintegrační porucha v dětství**

Pro tuto poruchu, která byla dříve známa jako infantilní demence, Hellerův syndrom nebo desintegrační psychóza, je typický normální vývoj, nástup poruchy se nejčastěji objevuje mezi 3. – 4. rokem života dítěte. Výskyt jiné dezintegrační poruchy v dětství je nižší než u dětského autismu a častěji bývají postiženi chlapci. Příčina vzniku dětské dezintegrační poruchy nebyla objasněna. Zhoršení stavu může být náhle nebo naopak trvat několik měsíců. Porucha se projevuje všeobecným nedostatkem sociálních dovedností spolu se ztrátou expresivních a receptivních jazykových funkcí. Dále je přítomna lehčí či těžší forma mentální retardace (Love, Web 2009).

Thorová (2006) uvádí, že u dětí s jinou dezintegrační poruchou může, ale také nemusí, docházet k opětovnému zlepšování jednotlivých dovedností. Zároveň ale upozorňuje na fakt, že normy nebude již nikdy dosaženo.

### **Hyperkinetická porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby**

Tento typ pervazivní vývojové poruchy zahrnuje část dětí, které trpí hyperaktivním syndromem spolu s těžkou mentální retardací, kdy IQ se pohybuje pod 50 body. Objevují se u nich problémy se stereotypním chováním a pozorností. U dospělých jedinců trpících touto poruchou dochází k nahrazení hyperaktivity hypoaktivitou (Bartoňová, Bazalová, Pipeková 2007).

Podle Hrdličky (2004) se jedná o nejasně definovanou poruchu, která je uváděna pouze v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí, americký diagnostický manuál (DSM-IV) tuto poruchu neuznává.



## Aspergerův syndrom

*„Abyste se stali vynikajícím vědcem nebo skvělým umělcem, musíte mít alespoň nějaké znaky Aspergerova syndromu, které Vám umožní odpoutat se od tohoto světa.“*

Hans Asperger

První definice této diagnózy byla uvedena v roce 1944 vídeňským psychiatrem Hansem Aspergerem, který tuto poruchu nazval jako „autistickou psychopatii“, až v roce 1981 Lorna Wingová prosadila výraz Aspergerův syndrom (AS). Autor definice si všiml specifického chování a souboru schopností, které se projevovaly především u chlapců. K hlavním příznakům podle Aspergera patřila nedostatečná schopnost navazování a udržování kontaktů, jednostranná konverzace bez potřeby odezvy, intenzivně prožívané záliby a nemotorné pohyby. V této době však Aspergerovo pozorování nezískalo žádný větší ohlas, na úspěch si muselo počkat až do devadesátých let 20. století (Attwood 2005).

Příčina Aspergerova syndromu není dosud přesně známá. *„Odborníci předpokládají mozkovou dysfunkci v některé z oblastí ovlivňující chování a vliv mozkové kůry pravé hemisféry, nevylučují ani dědičnost“* (Škodová 2007, s. 414).

Dnes bývá Aspergerův syndrom nazýván též jako sociální dyslexie, a to z toho důvodu, že porucha sociální interakce je dominující. Dle Thorové (2006) jde o velmi rozmanitý syndrom, jehož symptomatika plynule přechází do normy, a u kterého je složité rozlišit zda se jedná o Aspergerův syndrom nebo pouze o sociální neobratnost.

Tato vývojová porucha se může vyskytovat v různém stupni a intenzitě. Nývltová (2008) uvádí charakteristické projevy Aspergerova syndromu, které se mohou, ale nemusí, projevit u konkrétních jedinců, a zároveň upozorňuje, že se příznaky stávají výraznější až v mladším školním věku.

Jedná se o tyto projevy:

- motorická neobratnost;
- problémy s dodržováním rytmu;
- omezené vyjadřování emocí, emočně chudý výraz tváře, chudá neverbální komunikace;
- nedostatek empatie, nevnímání emocí druhých lidí, nezájem o jejich názory;
- nedodržování očního kontaktu;
- nezájem o kontakt s vrstevníky;

- odlišnosti ve hře;
- nedostatečný cit pro nevyslovená pravidla chování, lpění na vyslovených pravidlech, vymýšlení rituálů;
- neobvyklé zájmy, záliba v encyklopediích a naučné literatuře (Nývtová 2008).

Nývtová (2008) a Thorová (2006) se shodují v oblasti komunikace, u dětí s Aspergerovým syndromem se může objevit opožděný vývoj řeči, ale ve věku 5 let již mluví plynule. Obtíže se projevují především v neschopnosti vzájemné sociální interakce, kdy mají sklon k monologu, neschopnosti chápat humorně či ironicky řečené výroky, metafory a přísloví, některé děti s AS se vůbec nedokážou orientovat podle neverbálních signálů. Pro jedince s Aspergerovým syndromem bývá typická jednotvárná, monotónní řeč, mluví příliš mnoho nebo naopak příliš málo.

### **Jiné pervazivní vývojové poruchy**

Kategorie jiná pervazivní porucha (F84.8) není v Evropě využita příliš často, ani v odborné literatuře se s ní příliš často nesetkáváme. „*Diagnostická kritéria nejsou přesně definována. Jedná se o poněkud vágní a nikterak specificky sběrnou kategorii*“ (Thorová 2006, str. 204).

V praxi jsou do této diagnostické kategorie zařazováni jedinci, u kterých je narušena komunikace, sociální interakce i hra, ale v menší míře než je tomu u diagnózy dětského či atypického autismu. Většinou se tato porucha vyskytuje u dětí s těžší formou poruchy aktivity a pozornosti, vývojovou dysfázií. Dále pak u jedinců s nerovnoměrně rozvinutými kognitivními schopnostmi a s mentální retardací.

Druhou skupinou dětí jsou ty, u kterých je zřetelně narušena oblast představivosti. Charakteristická je pro ně malá schopnost rozeznávat mezi fantazií a realitou a zájem o specifické téma. Patří sem jedinci se schizotypními a schizoidními rysy (Thorová 2006).

#### ***1.4 Výchova, vzdělávání a terapie u dětí s poruchami autistického spektra***

**Komplexní terapie** poruch autistického spektra je vždy mezioborovou a týmovou záležitostí, je velmi komplikovaná a vyžaduje hluboké znalosti v této problematice. Pro edukaci dětí s autismem je nutné odhodlání, empatie, důslednost a především trpělivost. Z tohoto poznání se musí vycházet při výběru výchovných postupů a také při edukaci rodičů (Škodová 2007).

Krejčířová (2008) uvádí 3 základní oblasti, do kterých lze rozdělit terapeutické přístupy zaměřené na děti s pervazivními vývojovými poruchami. Jedná se o přístupy kognitivní, motivačně a emočně zaměřené a poslední skupinou jsou přístupy biologické. Kognitivní přístupy vycházejí z předpokladu primárního kognitivního deficitu. Základem je výukový postup, který klade důraz na individuální profil schopností každého dítěte. Jako příklad lze uvést metodiku strukturovaného učení, která vychází z TEACCH programu (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children – péče a vzdělávání dětí s autismem a problémy v komunikaci).

Základní principy a filozofie strukturovaného učení spočívají v individuálním přístupu, strukturalizaci a v neposlední řadě ve vizualizaci. Pro dítě je vytvořen přesně ohraničený prostor, jasně formulované úkoly, které jsou zadávány vizuálně názorným způsobem, vizualizována je i organizace času.

Intenzivní behaviorální terapie Lovassova, která spočívá v observačním učení, je další ze skupiny kognitivních přístupů. Účinky tohoto postupu jsou závislé na intenzitě, pro dosažení významného zlepšení je nutné až 40 hodin terapie týdně po dobu dvou let. Další oblastí terapeutických přístupů jsou motivačně a emočně zaměřené přístupy, které se nejčastěji využívají u mladších dětí. Základním úkolem je posílit sociální motivaci u těchto dětí, docílit toho, aby děti ve vztazích s lidmi prožívaly radost. V rámci tohoto přístupu jsou požadavky terapeuta naopak spíše minimalizovány. Příkladem motivačně a emočně zaměřeného přístupu je interakční muzikoterapie od Newsona z roku 1987, při které terapeut pomocí hudby usiluje o všechny spontánní činnosti dítěte.

Posledním typem jsou biologické přístupy, které zahrnují léky, diety, vitamínové kůry či jiné doplňky stravy. Co se týče psychofarmakologické léčby, ta neovlivňuje přímo základní symptomy autismu, ale pouze mírní nežádoucí chování a vede ke zmírnění afektů.

V oblasti **vzdělávání** dětí s autismem se v současné době střetávají dva téměř kontrastní směry. První směrem je snaha o maximální integraci dětí do běžných škol, ve kterých je však nutné zajistit speciální podmínky. Jedná se především o vytvoření individuálního vzdělávacího programu s využitím principů TEACCH, nutná je také přítomnost osobního asistenta.

Druhým typem jsou specializované školy pouze pro děti s autismem. Východiskem je fakt, že autismus znamená především poruchu sociálních vztahů. Pro tyto děti je proto velmi náročné porozumět běžným sociálním vztahům ve skupině. Pro děti s autismem jsou školy uzpůsobeny tak, že je kladen maximální důraz na strukturaci prostoru a času, učení je propojeno s konkrétními osobami a situacemi, v neposlední řadě zde probíhá těsná spolupráce školy a rodiny a učitelé mají vždy speciální výcvik (Krejčířová 2008).

## **2. Poruchy komunikačních schopností u dětí s autismem**

Druhá kapitola bakalářské práce se zabývá narušením komunikační schopnosti u dětí s poruchami autistického spektra. Pro uvedení do této problematiky jsou definovány základní pojmy z oblasti řečové komunikace. Další podkapitola popisuje vývoj řeči u dětí s autismem. V poslední části této kapitoly jsou uvedeny charakteristické obtíže ve verbální i neverbální komunikaci dětí s autismem.

### **2.1. Základní pojmy v oblasti řečové komunikace**

Z důvodu uvedení do problematiky narušené komunikační schopnosti u dětí s autismem, je nutné vymezit základními pojmy: řečová komunikace, jazyk, řeč, mezilidská komunikace, verbální a neverbální komunikace.

#### **Řečová komunikace**

Neubauer (2010, s. 9) definuje řečovou komunikaci jako „*proces, v němž jsou mezi účastníky předávány informace, zahrnuje motivovaný záměr, výběr prostředků a jejich užití – dále příjem informace, její zpracování, rozumění obsahu a tvorbu odpovědi.*“

Jedná se o celkový proces, na němž se vzájemně účastní všechny tři typy předpokladů:

1. vrozené mentální předpoklady užívání jazyka;
2. předpoklady získané učením (aktivní interakcí jedince s prostředím);
3. aktuálně působící faktory v komunikační situaci.

Pojem řečová komunikace je základním termínem z oblasti psycholingvistiky, oboru, který se zabývá studiem řečových procesů a vztahů mezi strukturami jazyka a myšlením (Neubauer 2010).

#### **Jazyk**

Pojem jazyk vyjadřuje základní prvek lidské komunikace. Je uskutečněn mluvenou řečí, písmem či manuálním způsobem, kdy se jedná např. o znakový jazyk neslyšících osob (Neubauer 2010). Dle Klenkové (2006) je jazyk procesem a jevem společenským, jelikož se jedná o souhrn výrazových a vyjadřovacích prostředků, které si vytváří národ.

Jazyk musí mít vždy svůj slovník, gramatická i syntaktická pravidla stavby věty, v opačném případě by se nejednalo o přirozený jazyk, ale pouze o uměle vytvořený systém. Je projevem duševní činnosti člověka, který může být různými způsoby, nejčastěji však mluvou předán okolí v komunikačním procesu. Zároveň může zůstat i vnitřní mluvou bez řečové exprese (Neubauer 2010).

## **Řeč**

„*Řeč je praktickou zvukovou realizací jazyka, zahrnuje motorické činnosti jako dýchání, fonaci (tvorbu hlasu), artikulaci (tvorbu hlásek) v oblasti artikulačních orgánů neboli mluvidel.*“ (Neubauer 2010, s. 10)

Klenková (2006) uvádí, že se jedná o specificky lidskou schopnost, která slouží člověku k vyjadřování myšlenek, pocitů a přání. Řeč není vrozenou schopností, avšak existují určité dispozice, které se rozvíjí až při verbálním kontaktu s mluvícím okolím. Řeč je úzce spojena s kognitivními procesy a myšlením.

## **Mezilidská komunikace**

Samostatný pojem komunikace pochází z latinského slova *communication*, což znamená spojování, sdělování, ale také přenos, společenství a participace. Mezilidská komunikace tedy obecně znamená lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování vzájemných vztahů mezi lidmi. Kdykoliv verbálně či neverbálně s někým sdělíme naše myšlenky nebo pocity, komunikujeme.

Komunikaci neboli dorozumívání, tvoří čtyři základní složky, které se vzájemně ovlivňují. Jedná se o tyto:

- *komunikátor* – osoba sdělující novou informaci (zdroj informace);
- *komunikant* – osoba přijímající informaci;
- *komuniké* – obsah sdělení, nová informace;
- *komunikační kanál* – podmínka úspěšné výměny informace (předem dohodnutý kód).

Z toho plyne, že mezilidská komunikace je složitý proces výměny informací. Jejím cílem je pak vzájemné dorozumění a sdělování informací (Klenková 2006).

Neubauer (2010) uvádí, že problematika mezilidské komunikace je předmětem jazykovědných a psychologických disciplín, jejichž spojením vznikla psycholingvistika. Výsledky a východiska tohoto oboru jsou pro současnou logopedii velice inspirativní.

### **Verbální a neverbální komunikace**

I když v mezilidské komunikaci hraje primární roli verbální (slovní) komunikace, dorozumíváme se i dalšími prostředky. Druhou podstatnou část tvoří prostředky neverbální (nonverbální, mimoslovní) komunikace, které mají podpůrný a doplňující charakter. Do oblasti verbální komunikace se řadí všechny komunikační procesy, které jsou realizovány pomocí artikulovaného či psaného jazyka. Komunikace neverbální je fyziologicky i ontogeneticky starší a zahrnuje v sobě veškeré dorozumívací prostředky neslovní podstaty, využívané především při vyjadřování emocí, vůle a postojů (Klenková 2006).

Neverbálně komunikujeme pomocí ne vokálních prostředků (extralingvistických fenoménů), které jsou na řeči a hlasu nezávislé, jedná se o gesta, výrazy tváře (mimika), pohyby a postoje těla (posturika), dotyky (haptika), pohledy očí, volbu a změnu vzdálenosti a zaujímání pozice v prostoru (proxemika). Druhou možností jsou vokální prostředky (paralingvistické fenomény), zahrnující tón, kvalitu či trvání hlasu (Klenková 2006), (Vybíral 2009).

Klenková (2006) uvádí, že mimoslovní prostředky jsou jedním z projevů člověka, které mohou jak být doplňkem mluvené řeči, tak samostatnými jazykovými jednotkami mezilidské komunikace, kdy se jedná např. o piktogramy či znakový jazyk neslyšících. Z toho vyplývá základní rozdíl mezi těmito způsoby komunikace, spočívající v tom, že verbální komunikace je vždy doprovázena neverbálními prostředky, v různé míře a intenzitě, na druhé straně neverbální komunikace se může uskutečňovat samostatně.

Vybíral (2009) zdůrazňuje, že je možné nemluvit, není však možné se nijak neprojevat (mlčením, nehnutým obličejem a celkovým klidem těla také něco sdělujeme). To znamená, že můžeme přestat mluvit, ale přestat komunikovat nelze.

### **2.2 Vývoj řeči u dětí s autismem**

Každé dítě s autismem se vyvíjí rozdílným způsobem, stejně tak jako jeho řeč. Thorová (2006) uvádí základní typy vývoje řeči, které můžeme zaznamenat u dětí

s autismem. U prvního typu se může jednat o zdánlivě intaktní vývoj řeči, kdy dítě mluvilo první slova, ale poté vývoj skončil a následovala regrese, kdy dítě přestalo mluvit. Dalším možným vývojem řeči u dětí s poruchami autistického spektra je ten, že dítě mluvilo a mluví, ale pouze s pomalým pokrokem. U třetího typu dochází k tomu, že se u dítěte řeč nikdy neobjevila. Může však nastat i taková situace, kdy se řeč u dítěte objevila, ale přestala se vyvíjet a dítě ustrnulo na dosažené úrovni vývoje řeči.

Okolo druhého měsíce věku si dítě s poruchami autistického spektra nebrouká ani nevydává vokální zvuky, jako je tomu u intaktních dětí. U kojenců s autismem se objevuje pláč, který je obtížné interpretovat. Zhruba v osmi měsících můžeme zaznamenat omezené a neobvyklé žvatlání, kdy dítě spíše kvičí a piští, dochází také k tomu, že nenapodobuje gesta a výrazy.

Ve dvanácti měsících, jak uvádí Peeters (1998), se mohou objevovat první slova, která však nebývají využita smysluplně, první slovo může dítě s autismem také vyslovit až v pěti či šesti letech, jedná se o velmi individuální záležitost. Pro roční dítě s autismem je dále typický častý a hlasitý pláč. O rok později může dítě tvořit okolo patnácti slov, ty se však objevují a zase mizí. Gesta nejsou využita, pouze výjimečně se stane, že ukáže na předmět, který požaduje.

Okolo třetího roku věku kombinuje dítě s autismem slova pouze zřídka. Může se stát, že dítě opakuje fráze, ale jeho jazyk postrádá kreativitu a objevuje se zvláštní rytmus, tón a přízvuk. Přibližně u poloviny, které používají řeč, se vyskytuje nesprávná artikulace. V tomto věku děti často využívají rodiče, berou je za ruku a vedou k předmětům, které vyžadují.

Ve čtyřech letech dítě s autismem výjimečně kombinují kreativně dvě nebo tři slova a přetrvává echolálie (doslovné opakování slov či vět, bezprostřední či opožděné), kterou pouze občas využívají komunikativně. Pro toto období je charakteristické mechanické opakování větších verbálních celků, jako jsou televizní reklamy. Ve věku čtyř let si již dítě dokáže požádat o věc, kterou si přeje (Peeters 1998).

Mezi sedmi a dvanácti lety můžeme pozorovat obrovské rozdíly v komunikaci u konkrétních dětí. Setkáme se s dětmi, které prakticky nekomunikují, zatímco jiné jsou velice upovídáné. Co se týče rozdílu v porozumění významu řeči, není u dětí s poruchami autistického spektra, tak markantní. Mnohé děti, a to i nemluvící, rozumí lépe psané formě komunikace než řečovému projevu (Gillberg, Peeters 1998).



V období dospívání dojde u malé části k pozitivnímu obratu. U zbylé části dětí s tímto typem postižení může dojít ke zhoršení. Někteří se o řeč přestanou zajímat, nebo ztratí schopnost řečově komunikace, jiní se vrací ke komunikaci pomocí echolálie (Gillberg, Peeters 1998).

Jelínková (2001) uvádí, že obtíže v komunikaci, přetrvávají do dospělosti, a to i u osob s lehčí formou autistické poruchy.

### **2.3 Poruchy verbálních komunikačních schopností**

Dle Pečeňáka (2003) narušení komunikační schopnosti u dětí s poruchami autistického spektra zasahuje, jak verbální, tak i neverbální složku komunikace. U většiny případů je vývoj řeči opožděný. Problémy s komunikací se u dětí s autismem mohou projevat různými způsoby, jak uvádí Jelínková (2001, s. 20): „*od totálního mutismu, kdy se řeč nevyvinula vůbec nebo vymizela, až po stav, kdy dítě mluví téměř bez přerušování, má bohatou slovní zásobu, ale řeč není smysluplná.*“ Zároveň podotýká, že problémy se vyskytují v expresivní i receptivní složce řečové komunikace a je nutné si uvědomit, že děti s autismem chtějí komunikovat, ale mají k tomu omezené možnosti.

Tato část práce se věnuje projevům narušené komunikační schopnosti typickým pro autismus, které se vyskytují u dětí schopných verbální produkce.

#### **Obtíže s mentální flexibilitou**

Do procesu vnímání a zpracování informací se zapojují obě mozkové hemisféry, kdy pravá je zodpovědná za syntézu vnímaného podnětu, levá pak předmět analyzuje a sdělení dostává smysl. U dětí s poruchami autistického spektra se předpokládá zpomalení souhry obou hemisfér, nebo může dokonce i chybět. Z toho důvodu dochází pouze k opakování slov, chybí tvořivé zpracování nové informace (Opatřilová 2010).

#### **Narušení v oblasti zvukové stránky jazyka – prozodie**

U dětí s poruchami autistického spektra se často vyskytuje narušení využívání prozodických prvků v expresivní řeči. Jedná se především o obtíže v modulaci hlasitosti, u některých dětí můžeme pozorovat příliš hlasitou řeč, u jiných naopak tichou, zároveň nejsou schopné ztišit či zesílit hlas na požádání. Narušen bývá i rytmus řeči, můžeme se setkat s jedinci, kteří mluví krátce a úsečně nebo také s těmi, kteří mluví zdlouhavě a

pomalou. Hlas dětí s autismem bývá posazen příliš vysoko nebo naopak nízko (Thorová 2006).

Podle řady autorů (Attwood 2005), (Opatřilová 2010), (Thorová 2006), (Vítková 2004) je řeč dětí s poruchami autistického spektra monotónní a mechanická, často připomínající řeč robota. Děti s tímto typem postižení nejsou schopni vyjádřit emoce, zároveň chybí důraz na klíčová slova.

Obtíže s prozodii můžeme pozorovat také v receptivní složce řeči, kdy děti nejsou schopné porozumět signálům zvukové stránky jazyka. Nechápu rozdíly, který dodá větě zabarvení hlasu či důraz na konkrétní slovo (Thorová 2006).

### **Narušení v oblasti mluvnické stavby vět a souvětí – syntaxe**

Agramatismy v řeči, obtíže s rody, časy a skloňováním jsou dalšími charakteristickými rysy, které se objevují u dětí s poruchami autistického spektra. Thorová (2006) dále zmiňuje sklon k používání infinitivu či holých vět, vynechávání předložek a spojek. Děti si osvojují gramatická pravidla mateřského jazyka velmi pomalu, můžeme si všimnout mechanického skládání slov do vět.

Dle Pečeňáka (2003) je jedním z nejtypičtějších prvků autismu nesprávné používání zájmen, které je důsledkem doslovného způsobu myšlení. Proto děti s poruchami autistického spektra o sobě hovoří v druhé či třetí osobě, nejsou schopné pochopit, proč je jedna a tatáž osoba jednou nazývána „já“, „ty“ nebo „on“ apod.

### **Narušení v oblasti významové stránky jazykových jednotek – sémantiky**

Dle Thorové (2006) se problémy projevují v chápání významu a rozsáhlé škály všech funkcí komunikace. Obtíže se projevují především při generalizaci slov, dochází k tomu, že slovu, kterému v dané situaci porozumí, je pro něj v jiné nesrozumitelné. Děti s poruchami autistického spektra, z důvodu matoucí mnohovýznamovosti jazyka, odmítají synonyma (pouze jedno slovo může označovat jednu věc). Obtíže se mohou vyskytovat také u porozumění homonymům, dubletům (např. rokle – roklina), problémy se vyskytují také u slangových slov, nářečí a dialektů či výrazů nespisovné češtiny.

Schopnost abstrakce je oslabena či úplně chybí, zároveň mají omezenou schopnost přiřazovat význam k vnímaným pojmům. Z důvodu absence této schopnosti se děti s poruchami autistického spektra učí analyzovat lidskou řeč a rozumět jí jen v omezené

míře. Jsou tzv. hyperrealistické, vnímají pouze to, co vidí. Vhledem k úzké vazbě na realitu, nejsou schopny dávat informace do širších souvislostí (Opatřilová 2010).

U dětí s lehčím typem poruchy se objevuje tzv. **literární přesnost** neboli doslovné chápání slyšeného. Znemožňuje správně reagovat na otázky s otevřeným koncem, děti nerozumí ironii, sarkasmu, žertu či dvojsmyslu nebo nadsázce.

Děti s poruchami autistického spektra, jak uvádí Pečeňák (2003), mají v oblibě používání tzv. neologismů. Jedná se o slova, které si dítě vytvoří a používá je k označení předmětů nebo situací, pro nezaujatého pozorovatele jsou tyto slova nesrozumitelná. Objevuje se zároveň idiosynkrazie, neboli použití reálných slov způsobem, který se dítě nemohlo naučit zkušeností. Pečeňák (2003) uvádí jako příklad situaci, kdy dítě cestuje tramvají číslo 9, od té doby bude idiosynkraticky používat „devět“ pro všechny dopravní prostředky.

**Logorea** (slovní salát) je další charakteristickou abnormalitou, jak uvádí Thorová (2006), která se objevuje v řeči jedinců s těžším stupněm postižení. Jde o nekoherentní řeč, která se projevuje jako změť volně vyslovovaných slov, písniček, reklam nebo pasáží z knih či pohádek, nemající žádný nebo pouze přibližný komunikační význam. Dvořák (2007, s. 112 – 113) dodává, že se jedná o: „*nezastavitelný proud řeči bez ohledu na obsah, posluchače a danou životní situaci.*“

Řada odborníků (Krejčířová 2006), (Opatřilová 2010), (Thorová 2006), (Pečeňák 2003), (Peeters 1998) a další, uvádí **echolálie** jako nejtypičtější znak narušené komunikační schopnosti u dětí s poruchami autistického spektra. Jedná se o přesné opakování slabik, slov, vět či celých frází, které dítě slyší od druhých osob, a to obvykle bez pochopení obsahu sdělení (Dvořák 2007).

Thorová (2006) ve své publikaci popisuje jednotlivé formy echolálie, společně s příklady a příčinami. Jedná se o:

- *Echolálie bezprostřední bez komunikačního významu*, tento typ lze také nazvat jako reflexní. Jako příklad lze uvést otázku „Chceš se napít?“, dítě odpoví „Chceš se napít?“, kdy nemusí mít žízeň. Příčinou tohoto typu echolálie je reflexní opakování slyšeného.
- *Nefunkční bezprostřední echolálie*, kterou lze nazvat také jako efekt posledního slova, se podobá předchozímu typu, její příčina je stejná. Příkladem této formy můžou být otázky kladené ve stejné chvíli: „Chceš

pomeranč, nebo banán?“, dítě odpoví „Banán.“ – „Chceš banán, nebo pomeranč?“, dítě odpoví „Pomeranč.“

- *Echolálie bezprostřední s komunikačním významem*, je třetí formou, u které dítě otázce rozumí, ale vyskytuje se problém se syntaxí, příčinou je také rigidita v zacházení s jazykem. Na stejnou otázku „Chceš napít?“, odpoví „Chceš napít?“, zde však už odpověď znamená, ano, chci se napít.
- *Echolálie opožděná bez komunikační funkce*, je typ opakování slov či vět, které redukuje úzkost nebo funguje jako autostimulační stereotypní chování pro potěšení. Příčinou je tedy snaha o navázání sociálního kontaktu. Jedná se především o úryvky z reklam, filmů či knížek.
- *Echolálie opožděná plnící komunikační funkci*, ale to pouze v tom případě, pokud je dešifrována komunikačním partnerem, je často využívána v době emočního rozrušení, nejistoty. Například věta „Pepo nestříkej.“ může znamenat, že se daný jedinec bojí.
- *Semiacholálie*, neboli záměna rodů a zájmen, jsou posledním typem. Příčinou jsou problémy s gramatickými pravidly a rigidní uchopování pravidel. Jako příklad lze uvést klasickou otázku „Jak se jmenuješ?“, odpověď dítěte může být „Jmenuješ Natálka.“

Jak již bylo uvedeno, echolálie jsou charakteristickým znakem jazyka dětí s poruchami autistického spektra, neznamená to však, že jsou základním rysem autismu, jak upozorňuje Peeters (1998). I u intaktních dětí se ve vývoji řeči objeví. To znamená, že pokud je echolálie spojená pouze se zpožděním ve vývoji, pak nejde o symptom autismu, jde o kvantitativní aspekt. Jestliže je echolálie přítomna navzdory vyššímu mentálnímu věku, lze ji považovat za „kvalitativní postižení“.

### **Narušení v oblasti jazykového stylu a praktického využívání jazyka – pragmatiky**

Základním problémem v oblasti pragmatiky, se dle Thorové (2006), jeví nepochopení společenského významu konverzace. Děti s poruchami autistického spektra mají obtíže se samotným navázáním konverzace, předáváním si slova, související s plynulostí konverzace, neumějí naslouchat komunikačnímu partnerovi, také ukončení je velkým problémem. Často ulpívají na tématech, mají nevhodné společenské otázky,

potíže s tykáním či vykáním, k upoutání pozornosti využívají i vulgarity. Opatřilová (2010) zmiňuje, že konverzace slouží osobám s poruchami autistického spektra pouze k uspokojování jejich vlastních potřeb a k získávání informací.

#### ***2.4 Poruchy neverbálních komunikačních schopností***

Dle Thorové (2006) mají děti s poruchami autistického spektra obtíže, jak s vyjadřováním (expresivní komunikační složka), tak s porozuměním neverbální komunikaci (receptivní složka).

#### **Potíže s vyjadřováním neverbální komunikace**

V oblasti expresivní složky neverbální komunikace se u dětí s poruchami autistického spektra objevují největší obtíže ve vyjadřování gest, výrazu obličeje, mimice a úsměvu, v navazování a dodržování očního kontaktu, v poloze těla, fyzická manipulace. Všechny tyto obtíže jsou podrobněji popsány níže.

#### **Gesta**

U dětí s poruchami autistického spektra můžeme pozorovat, že běžně užívaná gesta v komunikaci chybí nebo jsou využívána pouze ojediněle. Gesta nejsou u těchto dětí spontánní, spíše se jedná o využití v naučených situacích nebo na vyzvání. Stejný problém se vyskytuje také u vyjádření souhlasu či nesouhlasu pomocí pohybu hlavou. Tento pohyb bývá méně zřetelný a frekventovaný, u některých dětí se nevyskytuje vůbec, kdy chybějící souhlas je častější. Co se týče imperativního ukazování vyjadřující žádost, narušení není u dětí s poruchami autistického spektra běžné (Thorová 2006).

#### **Výraz obličeje, mimika, úsměv**

Charakteristickým rysem u dětí s poruchami autistického spektra, jak uvádí Thorová (2006), je hypomimie, kdy nás výraz obličeje neinformuje o pocitech daného jedince, nebo pouze velmi omezeně. Objevují se jen základní výrazy emočního prožívání, jako je např. vztek, lítost nebo radost, převládá však neutrální výraz.

Mimika velmi často neodpovídá situaci, většinou je přehnaná a neslouží ke komunikaci, ale odráží základní pocity, které dítě prožívá.

V oblasti sociální interakce úsměv chybí nebo je nezřetelný. Pokud se objeví, může působit až křečovitě. Výjimku tvoří nejbližší osoby, kterým je dítě ochotné úsměv věnovat.

### **Oční kontakt**

Velké obtíže v neverbální komunikaci činí dětem s autismem také oční kontakt. Můžeme si všimnout příliš ulpívavému pohledu, „pohledu skrz“ či vyhýbání se očnímu kontaktu. Thorová (2006) dále zmiňuje i neschopnost zkoordinování očního kontaktu s ukazováním nebo neschopnost sledování směru jiné osoby mimo vlastní zorné pole.

### **Poloha těla**

Dalším typickým znakem je abnormální posturace těla, kdy dítě komunikuje bez natočení obličeje a těla, nebo naopak se k posluchači přibližuje na velmi malou vzdálenost. Při komunikaci mívají většinou jeden obvyklý postoj, jako např. schoulení do klubíčka, poskakování, lezení do koutů či pod stůl.

### **Fyzická manipulace**

U většiny dětí s poruchami autistického spektra můžeme pozorovat vyjadřování jejich přání pomocí druhé osoby, kdy využívají ruku dospělého jako nástroj. Děti využívají ruku jiné osoby např. k otevření dveří, ukázání na předmět, otočení stránky v knize, stavění kostek či otevření limonády (Thorová 2006).

### **Problémové chování jako forma komunikace**

Z důvodu neschopnosti dorozumět se, požádat o základní potřeby a přání, získat pozornost jiným způsobem, se děti s poruchami autistického spektra často uchylují k destruktivnímu chování, agresivitě či sebezraňování s komunikačním záměrem (Thorová 2006).

### **Potíže s porozuměním neverbální komunikaci**

Stejně tak, jako nedokážou vyjádřit neverbální komunikaci, mají děti s poruchami autistického spektra obtíže s porozuměním. Thorová (2006) pokládá za základní problém neschopnost chápání komplexních pravidel, kterými se neverbální komunikace řídí. Pro osoby s autismem je obtížné rozpoznat z výrazů v jejich obličeji, postojů či gest, co si druhá osoba myslí. Zároveň nejsou schopni dekodovat emocionální signály, které jim ostatní s pomocí neverbální komunikace vysílají. Výsledkem jsou pak častá nedorozumění.

### 3. Alternativní a augmentativní komunikace

Závěrečná kapitola teoretické části této bakalářské práce se věnuje problematice alternativní a augmentativní komunikace. Třetí kapitola se zabývá definicí tohoto pojmu, je zde uvedena klasifikace forem augmentativní a alternativní komunikace, a zároveň možnosti využití u dětí s poruchami autistického spektra.

#### 3.1 Definiční vymezení

*„Augmentativní a alternativní komunikace je oblast klinické praxe, která se pokouší kompenzovat (pro určitou dobu, nebo trvale) projevy poruchy a postižení u osob se závažnými expresivními komunikačními poruchami (tj. se závažným postižením řeči, jazyka a psaní).“* (Laudová 2007, s. 565)

Dle Šarounové (2014) se tedy jedná o možnost pro ty osoby, které nemohou komunikovat mluvenou řečí, a u kterých jsou zároveň postiženy i schopnosti dorozumívat se psaním. Cílem alternativní a augmentativní komunikace je nalezení jiných způsobů, které podpoří postiženou schopnost dorozumívat se a umožní reagovat na podněty v okolí, a tak se aktivně zapojit do života společnosti.

Rozdíl mezi alternativními a augmentativními systémy komunikace je v jejich funkci. Augmentativní systémy, které pochází z latinského slova *augmentare*, což znamená rozšiřovat, mají podporující funkci. Podporují již existující komunikační schopnosti, které jsou však pro běžné dorozumívání nedostatečné. Alternativní komunikační systémy se využívají jako náhrada (*alternate*) mluvené řeči. Dohromady tvoří obecný pojem, který znamená určitý přístup k osobám s těžkým mentálním, tělesným nebo kombinovaným postižením (Laudová 2007).

Výběr komunikačního systému je individuální záležitostí, musíme brát v úvahu možnosti a schopnosti osoby s postižením v souvislosti s vývojovou prognózou dítěte (Klenková 2006).

Janovcové (2003) rozlišuje dva typy hledisek, které při rozhodování o způsobu komunikace a volby systému je nutné zohlednit:

#### 1. Pedocentrická hlediska:

- verbální dovednosti;
- fyzické dovednosti;
- stav smyslových orgánů;



- doba práceschopnosti;
- věk;
- předpoklad dalšího rozvoje;
- kognitivní schopnosti;
- potřeba a motivaci ke komunikaci
- podpora rodiny a personálu;
- schopnost interakce.

## 2. Systémová hlediska:

- způsob přenosu (dynamický, např. znaková řeč nebo statický, např. piktogramy);
- ikonicitu (zřetelnost, průhlednost, míra abstrakce);
- slovní zásoba;
- shoda s mluveným jazykem.

Tento výčet zahrnuje základní oblasti, které je nutné brát v úvahu pro stanovení co nejvhodnějšího komunikačního systému či kombinaci systémů. Dle Klenkové (2006) je nejefektivnější dosažení multisenzoriálního přístupu, a to používáním více komunikačních systémů kombinací metod, pomůcek a symbolů. Upozorňuje však, že není vhodné využívat u konkrétního jedince více než tři systémy.

### **3.2 Klasifikace systémů alternativní a augmentativní komunikace**

Náhradní a podpůrné komunikační systémy lze, jak uvádí Bendová (2014), dělit z mnoha různých hledisek. Jedná se o klasifikaci dle nutnosti využití speciálních pomůcek, dle způsobu přenosu informace, dle druhu sensorického kanálu a dle konečnosti počtu znaků.

Základním typem klasifikace systémů alternativní a augmentativní komunikace je členění dle nutnosti využití speciálních pomůcek. Dle Janovcové (2003) a Laudové (2007) se jedná o **systémy bez pomůcek** (*unaided*), které užívají prostředků neverbální komunikace, jako je pohled, mimika, gestikulace či vizuálně-motorické znaky a držení těla (např. znakový jazyk neslyšících, znakovaná čeština, prstová abeceda, Cued speech, metoda Tadoma, Lormova abeceda). Druhým typem jsou systémy **s pomůckami** (*aided*), kam se řadí předměty, obrázky, fotografie, symboly (piktogramy, písmo) či komunikátory

a počítače. Systémy, při kterých využíváme pomůcky, lze dále dělit na netechnické (*low tech*) a technické pomůcky (*high tech*), v dnešní době velmi využívané.

Podle způsobu přenosu informace dělíme systémy na **dynamické**, které zahrnují znaky a gesta (např. znaková řeč, prstová abeceda, jazykový systém Makaton) a **statické**, kam patří Bliss, piktogramy a komunikační tabulky (Klenková 2006).

Další možností je členění dle druhu sensorického kanálu, kdy rozlišujeme systémy **akusticko-taktilní** (např. Braillovo písmo, reliéfní pomůcky, Lormova abeceda, aj.), **optické** (např. daktylotika, Bliss systém, piktogramy, odezírání, pohyby těla, aj.) a **opticko-akustické a vibrační systémy**, kam patří např. orální a totální komunikace, komunikace pomocí vibračních zařízení nebo pomocí elektro-akustických prostředků.

Dle konečnosti počtu znaků se jedná o systémy **uzavřené** a **otevřené**. U uzavřených komunikačních systémů je počet znaků konečný, na rozdíl od otevřeného, který má nekonečný počet znaků (Bendová 2014).

### ***3.3 Možnosti využití alternativní a augmentativní komunikace u dětí s poruchami autistického spektra***

Poslední část této kapitoly se zaměřuje na popis jednotlivých komunikačních systémů využitelných u dětí s poruchami autistického spektra. Šarounová (2014) upozorňuje, že u osob s tímto druhem postižení musíme počítat s tím, že metody alternativní a augmentativní komunikace neužíváme pouze pro podporu aktivního dorozumívání, ale také pro usnadnění porozumění řeči a okolního dění.

Dle Jelínkové (2001) je důležité při volbě komunikačního systému pro dítě s poruchami autistického spektra, znát jeho silné i slabé stránky a vycházet z individuálního hodnocení dítěte. Najít vhodný systém, který bude dítěti plně vyhovovat, nebývá jednoduché.

Pro účely této práce budou níže popsány tyto komunikační systémy alternativní a augmentativní komunikace: trojrozměrné symboly, fotografie, piktogramy, výměnný obrázkový komunikační systém, Makaton a počítačové programy.

#### **Trojrozměrné symboly**

Předměty (trojrozměrné zobrazení) jsou jednou z prvních možností, které se v alternativní a augmentativní komunikaci využívají. Laudová (2007) a Šarounová (2014)

se shodují, že předměty jsou vhodnou metodou především pro velmi malé děti, těžce mentálně či zrakově postižené osoby, a to především díky tomu, že mají hmatovou strukturu a jsou snadno rozpoznatelné.

Trojrozměrné symboly mohou mít formu reálných předmětů (např. konkrétní hračka, jídlo, aj.), zmenšenin (např. malá lahvička na pití jako symbol pro skutečnou lahvičku) a také částí předmětů (např. dílek z oblíbeného puzzle). Mohou být využity jednotlivě nebo se sestavují v ploše (Šarounová 2014).

Nevýhodou tohoto systému, jak upozorňuje Laudová (2007), je neschopnost symbolů představovat abstraktní slova, překrývá se také pojmenování předmětů a související činnosti, jako příklad uvádí lžičku, která symbolizuje lžičku samotnou, ale zároveň i pojem jíst.

### **Fotografie**

Barevné či černobílé fotografie mohou zachytit osoby, činnosti, předměty a místa, přičemž se jedná o nejrealističtější dvojrozměrné znázornění, a proto jsou také srozumitelnější než obrázek či grafický symbol. Laudová (2007) zdůrazňuje, že fotografie jsou velmi motivující, a to z toho důvodu, že dítě vidí realisticky znázorněné blízké osoby, předměty nebo jsou na fotografiích zachyceny jeho vlastní zážitky. Fotografie se často využívají jako předstupeň pro abstraktnější symbolické systémy.

Dle Šarounové (2014), je třeba dbát na to, aby fotografie byly jednoznačné, bez rozptýlujících detailů a vždy byly označeny jménem. Zároveň by se na jedné fotografii nemělo objevovat více osob či předmětů. S fotografiemi pak můžeme pracovat jednotlivě nebo je sestavovat do komunikačních tabulek.

### **Piktogramy**

Jedná se o zjednodušená zobrazení skutečných předmětů, činností či vlastností, které jsou zároveň snadno srozumitelné všem (Klenková 2006). Janovcová (2003) uvádí, že piktogramy je vhodné použít v případech, kdy jedinec z různých důvodů nemá schopnost dekodovat písmo, tzn. zejména u osob s mentálním postižením, autismem či kombinovaným postižením.

S piktogramy je nutné vždy použít také mluvenou řeč, která může být dále doplněna o manuální znaky. Tento systém může být využit, jak k alternativní komunikaci,

tak k augmentativní. Může též posloužit např. k výuce sociální čtení, zde již záleží na individualitě každého jedince.

Existuje celá řada typů piktogramů, Laudová (2007) uvádí základní příklady piktogramů:

- *Sigh symbols* – kombinace obrázků, abstraktních symbolů a grafického znázornění manuálních znaků;
- *PICSYMS* (Picture Symbols) – slovní zásoba cca 880 symbolů, lze dotvářet;
- *Oakland Schools Picture Dictionary* – obrázkový slovník 600 symbolů, převážně podstatná jména;
- *Yerkish Lexigrams* – abstraktní symboly sestavené z devíti geometrických tvarů.

V České republice se nejvíce využívá typ převzatý ze severských zemí, který obsahuje cca 700 symbolů, zobrazující osoby, předměty, činnosti, vlastnosti a pocity. Piktogramy jsou vizuálně čitelné a dobře zapamatovatelné s názorným zobrazením daného pojmu, díky tomu je lze také využít právě u mladších dětí, u osob s mentálním postižením nebo autismem (Janovcová 2003).

### **Výměnný obrázkový komunikační systém (VOKS)**

Autorkou výměnného obrázkového komunikačního systému (VOKS) je Mgr. Margita Knapcová, v jejíž knize nalezneme přesnou metodiku tohoto způsobu komunikace, zároveň i rozpracovaný popis jak pracovat s dětmi s poruchami autistického spektra, pro které je tato metoda primárně určena. Jak uvádí Knapcová (2011), tato metoda může být také použita u dětí s Downovým syndromem, těžšími formami mentální retardace a jinými vývojovými vadami. S tímto způsobem komunikace lze začít v jakémkoliv věku, vhodné však je zavedení ihned po zjištění poruchy komunikační schopnosti či určení diagnózy autismu.

VOKS teoreticky vychází z americké metody PECS (*The Picture Exchange Communication system*). Oba systémy jsou postaveny na principu motivace. Jde o systém, který pracuje s vizuálními symboly, principem je účelná výměna obrázku za věc, která je na něm znázorněna. V prvních lekcích se jedná o výměnu obrázku za sladkost či oblíbenou hračku, díky tomu, že výměna probíhá s odměnou, dítě pochopí systém

komunikace. Dalším krokem jsou konkrétní věci, kdy je motivací pro dítě to, že dostane, o co si samo řekne, což směřuje k tomu, aby dítě samostatně komunikovalo.

Dohromady se jedná o 7 výukových lekcí, kdy cílem systému je nabytí funkčních komunikačních dovedností a vysvětlení významu a síly komunikace. Hlavní myšlenkou výměnného obrázkového komunikačního systému je dovést klienta k samostatné komunikaci (Knapcová 2011).

## **Makaton**

Komunikační systému Makaton vytvořila britská logopedka Margaret Walker ve spolupráci s psychiatrickými konzultanty Kathy Johnston a Tony Cornforthem, kdy název vznikl podle prvních slabik jmen autorů. Tento nonverbální jazykový program byl vyvinut především pro neslyšící dospělé osoby žijících v nemocnicích a také pro děti s mentálním postižením či autismem, které sice slyšely, ale mluvené řeči rozuměly obtížně a nebyly schopny verbální komunikace.

Symboly Makatonu vycházejí převážně ze znakového jazyka komunity neslyšících ve Velké Británii. Slovník tohoto komunikačního systému je mezinárodní a obsahuje asi 350 slov. Znaky jsou řazené do osmi stupňů, od základních pojmů po obecnější. Poslední devátý stupeň je individuálním seznamem slov, který je vytvořený dle potřeby konkrétního jedince.

Makaton je systémem manuálních znaků a symbolů, který představuje jednu z možností komunikace pro jedince s obtížně srozumitelnou řečí. Úspěšně je využíván především u jedinců mentálním, tělesným či kombinovaných postižením, u dětí s autismem, a zároveň slouží jako komunikační prostředek pro předškolní děti se sluchovým postižením (Janovcová 2003).

## **Využití počítačové techniky**

Využití speciálních počítačových programů je v současné době významným doplňkem logopedické péče. Práce s počítačem je pro děti velmi přitažlivá, a tak tyto programy motivují k navázání snadnější a rychlejší spolupráce s logopedem. Existuje mnoho programů, které lze využít. Pro účely alternativní a augmentativní komunikace byl vytvořen počítačový program Altík nebo Altíkovy úkoly, ve kterém lze vytvořit vlastní komunikační tabulky z fotografií, obrázků, piktogramů a slov. Dalšími známými

programy jsou např. Brebta, Speechwiever, Všeználek, Méd'a či Mentio. Janovcová (2003) upozorňuje, že se jedná pouze o doplněk, a proto nelze terapii stavět pouze na používání počítačové techniky.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 1. Cíle a výzkumné otázky práce

**Hlavním cílem** kvalitativního šetření je zhodnotit komunikační schopnosti čtyř dětí, které jsou stimulovány odbornou logopedickou péčí v centru Canitera.

Pro výzkumné šetření byly stanoveny tyto dílčí cíle:

- Popsat logopedickou terapii u čtyř dětí s poruchami autistického spektra;
- zhodnotit využití alternativní a augmentativní komunikace;
- zhodnotit výchovu a vzdělávání v logopedickém stacionáři.

**Výzkumné otázky** práce byly pro účely praktické části bakalářské práce formulovány takto:

- Jaké jsou komunikační schopnosti dětí s autismem v centru Canitera?
- Jak probíhá logopedická terapie v centru Canitera?
- Které metody alternativní a augmentativní komunikace jsou využity?
- Jak funguje denní stacionář v centru Canitera?

## **2. Metodika výzkumu**

Pro realizování praktické části bakalářské práce byl využit kvalitativní výzkum. Jako metoda byla zvolena případová studie (kazuistika).

Dle Švaříčka a Šed'ové (2007) patří případová studie k základním výzkumným metodám ve společenskovedních disciplínách. Jedná se o detailní studii jednoho nebo několika případů, která je tradičně považována za jeden z možných způsobů, jak porozumět složitým sociálním jevům. Historie využívání této metody pro výzkumné účely je velmi obsáhlá, kdy se střídalo intenzivní využívání případových studií s obdobími úplného odmítání. Případová studie je metodou, jejímž smyslem je velmi podrobné zkoumání a porozumění jednomu nebo několika málu případů. Je charakteristická tím, že základem případového šetření musí být sběr skutečných dat vztahující se k objektu výzkumu. Ke sběru dat u případové studie jsou klíčové tyto techniky – všechny formy pozorování a rozhovorů, analýza dokumentů apod. Cílem případové studie je interpretovat interakce mezi případem a okolím.

### ***2.1 Použité techniky***

Pro sběr potřebných dat byly využity tyto techniky. Technika přímého pozorování, které probíhalo, jak při logopedické terapii v ambulanci, tak v denním stacionáři. Dále byl použit volný (nestandardizovaný) rozhovor s klinickou logopedkou Mgr. Ivou Bajtlerovou a dalšími speciálními pedagogy. Zároveň byla využita analýza dokumentace jednotlivých dětí s poruchami autistického spektra, které jsou v péči centra Canitera.

### ***2.2 Charakteristika místa a průběhu výzkumného šetření***

Výzkumné šetření probíhalo v ambulanci klinické logopedie a stacionáři Mgr. Ivy Bajtlerové, v centru Canitera. Jedná se o soukromé pracoviště sídlící v Poděbradech, v Husově ulici, které poskytuje širokou škálu služeb. Centrum je zaměřeno na komplexní péči o děti a dospělé s poruchou autistického spektra, dětské mozkové obrny, s pórůrazovými stavy, po CMP a další. Jedná se o nejmoderněji vybavené pracoviště v oblasti alternativní a augmentativní komunikace.

Ambulance klinické logopedie Mgr. Ivy Bajtlerové se zaměřuje na komplexní diagnostiku a terapii v oblasti narušené komunikační schopnosti, a to především u dětí i dospělých s poruchami autistického spektra, DMO, stavy po CMP, mentální retardací,



sluchovými vadami, vývojovými poruchy učení, vývojovou dysfázií, koktavostí. Dále poskytuje komplexní vyšetření a rozvoj v oblasti jemné a hrubé motoriky, vyšetření školní zralosti (včetně kurzu předškolní výchovy a grafomotoriky), myofunkční terapii a reflexní masáže v oblasti orofaciální soustavy. Mgr. Iva Bajtlerová se v neposlední řadě zabývá canisterapií, a to v celé šíři včetně polohování, která však není do práce zahrnuta.

Součástí centra Canitera je také logopedický stacionář s denním pobytem. Tato služba nabízí pro děti se specifickými vzdělávacími potřebami rozvoj verbálních i neverbálních komunikačních schopností dle terapeutického plánu, pod vedením klinického logopeda, nácvik sociálních dovedností (kolektivní práce dětí), výtvarnou činnost a rozvoj grafomotorických schopností dítěte, v rámci denního programu rozvoj sluchového vnímání, motoriky mluvidel, dechová cvičení, rozvoj slovní zásoby. Děti jsou pod dohledem zkušeného speciálního pedagoga, služba je poskytována každý všední den v rozmezí 8 – 16 hodin.

Paní Mgr. Bajtlerová dále nabízí širokou škálu přednášek, vzdělávacích kurzů a konzultací, jak pro rodiče, tak pro klinické či školské logopedy. V oblasti škol se jedná o přednášky pro učitele, zabývající se vývojem řeči dítěte, jak pracovat s dítětem s danou poruchou, dále nabízí depistáže a přednášky pro rodiče, na téma vývoj dítěte. Zabývá se také tvorbou individuálně vzdělávacího plánu pro děti s poruchou komunikace. Součástí služeb jsou přednášky pro zdravotnická zařízení, zaměřená na témata ošetření a komunikace lékaře s pacientem s autistickým spektrem, spolupráce klinického logopeda s pediatrem, vývojové poruchy komunikace - vývojová dysfázie, dysartrie, opožděný vývoj řeči, kdy k logopedovi nebo orofaciální stimulace u pacientů s poruchou polykání. Co se týče vzdělávacích kurzů, jedná se o kurzy zaměřené na canisterapii nebo kurzy pro klinické logopedy o využití tabletu a jeho aplikací v logopedické praxi.

Centrum mě svou šíří služeb velmi zaujalo. Jedná se o moderně vybavené pracoviště, které lze nalézt v centru Poděbrad. Mgr. Iva Bajtlerová a další pedagožky v centru byly velmi vstřícné, poskytly mi všechny potřebné informace pro provedení výzkumného šetření.

### ***2.3 Charakteristika výzkumného vzorku***

Pro vlastní šetření byly vybráni čtyři děti s poruchami autistického spektra, které jsou stimulovány odbornou péčí v centru Canitera. Jedná se o dvě dívky, ve věku sedmi

let, jejichž diagnózou je atypický a dětský autismus. Dále o dva chlapce, ve věku čtyř a třinácti let, s diagnózou dětský autismus. Kazuistické studie jednotlivých dětí se zaměřují na diagnózu, osobní a rodinnou anamnézu, komunikace a řeč, sociální chování a citovou oblast, hrubou a jemnou motoriku jedinců, schopnosti v oblasti sebeobsluhy, zájmy a hru, logopedickou terapii a výchovu a vzdělávání ve stacionáři.

### **3. Vlastní výzkumné šetření**

Výzkumné šetření bylo realizováno formou kazuistických studií čtyř dětí s poruchami autistického spektra, které jsou v péči klinické logopedky Ivy Bajtlerové. Závěrečná kapitola bakalářské práce je věnována popisu jednotlivých případů a shrnutí výsledků výzkumného šetření.

#### ***3.1 Interpretace získaných dat***

Tato část bakalářské práce se věnuje interpretaci dat získaných výzkumným šetřením. Níže jsou uvedeny kazuistické studie čtyř dětí, ve kterých je analyzována osobní a rodinná anamnéza, sociální chování, hrubá a jemná motorika, zájmy a hra, výchova a vzdělávání ve stacionáři a především komunikace (verbální, neverbální, alternativní) se zaměřením na logopedickou terapii.

#### ***Kazuistická studie č. 1***

**Jméno:** Matyáš

**Narozen:** 1/2012

**Věk:** 4 roky

**Diagnóza:** dětský autismus F84.0, lehká mentální retardace

#### **Osobní anamnéza**

Těhotenství bylo v pořadí první a probíhalo bez komplikací, i přesto, že matka během těhotenství užívala omamné látky. Porod týden před termínem. Matyášova porodní váha byla 3450g a délka 50 cm. Kříšený nebyl, prodělal novorozeneckou žloutenku. Jiné úrazy či onemocnění se u chlapce nevyskytly. Matyáš nebyl nikdy kojen.

Vývoj motoriky je u chlapce opožděný. Matyáš se začal přetáčet na břicho v sedmi měsících, samostatného sedu byl chlapec schopný deset měsíců od narození. Po čtyřech lezl v jednom roce, ve dvou letech začal chodit.

Vývoj řeči je u Matyáše taktéž opožděný, v období okolo dvou měsíců chlapec nevydává vokální zvuky, ani se objevuje typické broukání. První slova se u Matyáše vyskytly v roce a půl.

Nejprve byla u Matyáše diagnostikována neurovývojová porucha s opožděným psychomotorickým vývojem, se stagnací expresivní složky řeči a sociální interakce.

Diagnóza dětský autismus byla udělena v srpnu 2015. Centrum Canitera chlapec navštěvuje od listopadu 2015.

### **Rodinná anamnéza**

Matyáš je v péči prarodičů ze strany matky. Matka (narozena 1988) je drogově závislá a nyní žije mimo Českou republiku, otec (narozen 1986) je nezaměstnaný a o syna se zajímá pouze sporadicky. Sourozence nemá. Veškerou péči o chlapce zajišťuje babička, která má navíc stará o svou tchýni, která je po CMP nesamostatná. Prarodiče zatím nejsou schopni pochopit složitost péče o chlapce. Rodinná anamnéza s ohledem na poruchy autistického spektra je negativní.

### **Komunikace a řeč**

Matyáš je ve stacionáři a logopedické ambulanci nový (od listopadu 2015). Bylo provedeno vstupní vyšetření, s potvrzením opožděného vývoje řeči. Komunikační schopnost je narušena v receptivní i expresivní složce řeči, v oblasti verbální i neverbální komunikace.

Co se týče neverbální složky komunikace, projevuje se u Matyáše hypomimie, mimika obličeje je spíše chudá, bez komunikačního záměru. Chlapec nedodrží oční kontakt. Gesta nevyužívá spontánně, pouze v naučených situacích.

V oblasti verbální komunikace se u chlapce objevují bezprostřední echolálie bez komunikačního záměru a porozumění (reflexní). Velkou obtíží je špatná spolupráce s prarodiči. Podle logopedky babička nerozumí tomu, že chlapec echolálie nepoužívá ke komunikaci, někdy se i baví tím, že řekne slovo a Matyáš ho zopakuje. Převládá vokalizace bez komunikačního významu, Matyáš reaguje na oslovení pouze částečně, občas porozumí běžným jednoduchým pokynům.

### **Sociální chování a citová oblast**

V rámci sociálního chování je chlapec samotářský, ostatních dětí si nevšímá, hraje si sám. Ve stacionáři nejčastěji sedí sám na pohovce například s tabletem. Při všech společných činnostech je Matyáš velmi pasivní, je nutná dopomoc.

Chlapec je velmi úzkostný. Má strach ze silných zvuků, prudkých pohybů, nerad se samostatně pohybuje. Bojí se neznámého prostoru a výšek. Matyáš se potýká se značnými výkyvy nálad, které se nedají předpovídat.

### **Hrubá a jemná motorika**

Matyáš chodí pomalu, při chůzi ze schodů do schodů potřebuje oporu, začíná střídat nohy. Značné jsou obtíže s koordinací pohybů. Chlapec běhá po špičkách a často padá i na rovině.

V rámci jemné motoriky je s chlapcem nacvičován kulový úchop, kdy dlaň kopíruje tvar koule s obemknutými prsty a palcem v opozici.

### **Sebeobsluha**

Co se týče oblasti sebeobsluhy, potřebuje Matyáš celodenně dopomoc. Na toaletu si sám nedojde, neumí naznačit, že by na ni potřeboval. Stále tedy musí nosit pleny. V denním stacionáře se děti s tímto problémem snaží postupně učit, jak jej používat. Při mytí a převlékání chlapec spolupracuje, sám však úkony nezvládá. Po vstupu do stacionáře nebyl chlapec schopný najíst se sám lžicí, jedl rukou. Po uplynutí dvou měsíců se již Matyáš dokáže najíst pomocí lžice, občas s drobnou pomocí.

### **Zájmy a hra**

V oblasti zájmů a hry převládá stereotypní činnost, zajímá se především o číslice a písmena. Patrné je ulpívání na rituálech, které vyžaduje splnit, pokud tomu tak není, reaguje afektem.

### **Logopedická terapie**

Na terapii chlapec dochází do ambulance jednou za týden. Logopedka se snaží v rámci individuálního rozvoje komunikačních schopností vytvořit pro Matyáše komunikační knihu s větným proužkem. Z důvodu špatné spolupráce rodiny je však tato snaha téměř nemožná, prarodiče se domnívají, že chlapec komunikační knihu nepotřebuje.

Při terapii logopedka využívá rytmizaci, chlapci zpívá různé lidové písně, zapojuje hudební nástroje apod. Matyáše se snaží naučit rozumět základním pokynům, jako

například dej, ukaž, nesmíš, apod. Využívá také různé obrázky, fotografie a reálné předměty pro komunikaci, zážitkové knihy, Ipad s aplikací zvířecích zvuků a různé magnetické knihy na rozlišování figury od pozadí. Všechny aktivity logopedka důsledně komentuje. Popisuje vše, co chlapec dělá, na co se dívá, co jej zaujme. Mluví jednoduše v krátkých větách, používá jednoduchá slova. Pomocí komentování okolního dění se snaží docílit rozšíření pasivní slovní zásoby chlapce.

### **Výchova a vzdělávání ve stacionáři**

V logopedickém stacionáři centra Canitera se zaměřují především na rozvoj sociálních dovedností v rámci struktury. Snaží se o rozvoj samoobslužných činností, hlavním cílem v současné době je naučit chlapce samostatně chodit na toaletu. Dále se terapie zabývá nácvikem řízené činnosti, která je rozvíjena pomocí výběru odměny po dokončení daného úkolů. V neposlední řadě se zaměřují na rozvoj komunikačních schopností chlapce pomocí komunikační knihy.

### **Prognóza**

Z důvodu špatné spolupráce rodiny je prognóza u Matyáše nejasná. Je nutné chlapce naučit komunikovat pomocí komunikační knihy, kterou však musí používat ve všech prostředích, tedy i rodinném.

### ***Kazuistická studie č. 2***

**Jméno:** Sára

**Narozena:** 11/2008

**Věk:** 7 let

**Diagnóza:** atypický autismus F84.1, lehká mentální retardace

#### **Osobní anamnéza**

Sára se narodila z prvního těhotenství matky, které probíhalo bez komplikací. Porod byl vyvolávaný, a to týden po termínu. Porodní váha dívky byla 3050 g a délka 48 cm. Sára nebyla během porodu kříšena, zároveň neprodělala novorozeneckou žloutenku. Dívka byla kojena po dobu 10 měsíců.

U Sárý se objevilo narušení motorického vývoje, na břicho se začala přetáčet v osmi měsících, samostatného sedu byla dívka schopná deset měsíců od narození. Po

čtyřech lezla v deseti měsících, v roce a půl začala chodit. První slova dívka tvořila ve dvou letech.

Prodělala běžné dětské nemoci, vážněji nestonala. U dívky se objevily opakované záněty dýchacích cest a angíny.

### **Rodinná anamnéza**

Dívka vyrůstá v úplné fungující rodině, matka (narozena 1984) je projektantka, otec (narozen 1976) se žíví jako obchodní zástupce ve firmě prodávající auta. Sára má mladší sestru, které jsou 4 roky, je zdravá. V rodině jsou dobré sociální podmínky. Rodiče se snaží věnovat rozvoji dětí co nejvíce času a úsilí. Rodinná anamnéza s ohledem na poruchy autistického spektra je negativní.

### **Komunikace a řeč**

Komunikační schopnost je u Sáry narušena v receptivní i expresivní složce řeči v oblasti verbální i neverbální komunikace. Do čtyř let věku se dívka verbálně téměř nevyjadřovala, její aktivní slovník obsahoval okolo dvaceti slov, převažovaly bezprostřední echolálie bez komunikačního významu. V tomto období se u dívky objevovaly časté afektivní záchvaty, které byly velmi intenzivní. Neverbálně zvládala používat gesta.

Od 5 let je schopna verbální komunikace, neverbálně jsou využita gesta, u dívky se však objevuje hypomimie, kdy převládá neutrální výraz, nebo jsou patrné jen základní výrazy emočního prožívání, jako je např. vztek, lítost nebo radost. Oční kontakt navazuje pouze nekonzistentně, u rodičů ho navazuje s komunikačním záměrem. Pro upřesnění pojmů byla u dívky využita komunikační kniha, jejíž systém dívka velmi rychle pochopila.

V současnosti tvoří krátké věty (dvou-tříslovné), je schopna jednoduchý rozhovor. Co se týče receptivní složky komunikace, Sára na oslovení reaguje, splní jednoduché pokyny.

V rámci alternativní a augmentativní komunikace je stále využívána komunikační kniha a větný proužek. Dívka je schopna složit větu o několika slovech.

### **Sociální chování a citová oblast**

Sára je velmi vázaná na matku, na odchod matky reaguje pláčem nebo křičí. Citově je často velmi nestabilní. Sociální chování v současnosti doprovází jen občasné afektivní záchvaty. Dívka neodmítá sociální interakci, začíná projevovat zájem o vrstevníky, děti pozoruje a napodobuje. Ve skupině spolupracuje.

Na činnosti, které dívku baví, je schopna soustředit se delší dobu. Při řízené činnosti spolupracuje nekonzistentně, na motivaci reaguje velmi kladně.

### **Hrubá a jemná motorika**

Hrubá motorika je v normě, Sára je velmi aktivní a obratná. Koordinace pohybů je dobrá, ráda jezdí na koloběžce, na podzim loňského roku se naučila jezdit na kole. Zvládne hru s míčem. Po schodech chodí sama, střídá nohy.

Co se týče jemné motoriky, je taktéž v normě, není však až tak obratná. Sára navléká na kolík a šňůru dle jednoduchého pokynu. Staví komín z devíti kostek, rozpozná předměty hmatem. S dopomocí stříhá nůžkami podle čáry. Dívka je schopna umístit geometrické předměty do vyřezaných otvorů v desce. Používá obě ruce, úchop je prstový. Skládá puzzle ze čtyř až šesti dílů a přiřazuje písmena.

### **Sebeobsluha**

V oblasti sebeobsluhy je Sára ve velké míře samostatná. Dívka je schopna, bez pomoci druhé osoby, svléct se i obléknout, about a zvládne také osobní hygienu. Samostatně se nají lžicí a vidličkou a napije z hrnečku.

### **Zájmy a hra**

Dívka velmi ráda zpívá lidové písničky, plave a jezdí na koloběžce. Stereotypní zájmy se projevují opakovaným vyprávěním dlouhých příběhů.

### **Logopedická terapie**

Logopedická terapie u Sáry je zaměřena na rozvoj verbálních komunikačních dovedností, probíhá pravidelně jednou za týden. Pro rozvoj komunikace je využita široká škála terapeutických materiálů, včetně využití aplikací na Ipadu. Z toho důvodu, že dívka ráda zpívá, je u ní využita rytmizace.



V rámci logopedické terapie probíhá stále rozvoj komunikace pomocí komunikační knihy a větného proužku. Logopedka rozšiřuje slovní zásobu pomocí nových obrázků.

### **Výchova a vzdělávání ve stacionáři**

Výchova ve stacionáři je zaměřena na nácvik řízené činnosti, rozvoj sociální komunikace ve skupině dětí, pomocí společných aktivit a činností. Respektování změny režimu činností a zvládnutí afektivních záchvatů této dívky, které se u dívky objevují už jen ojediněle.

### **Prognóza**

Co se týče komunikačních schopností Sáry, je prognóza velmi dobrá. V současné se o dívku stará matka doma, z důvodu blízkého stěhování. Poté bude Sára navštěvovat specializovanou třídu pro žáky s autismem v základní škole speciální. Je nutné pokračovat v logopedické terapii a v rozvoji komunikačních schopností s využitím verbální komunikace doplněné o komunikační knihu.

### ***Kazuistická studie č. 3***

**Jméno:** Aneta

**Narozena:** 12/2008

**Věk:** 7 let

**Diagnóza:** dětský autismus F84.0, středně těžká mentální retardace

#### **Osobní anamnéza**

Aneta se narodila z druhého těhotenství matky, které probíhalo bez komplikací. Porod byl vyvolávaný, čtrnáct dní po termínu, plodová voda byla zakalená. Dívka vážila 3100 g a měřila 49 cm. Aneta nebyla kříšena, neprodělala novorozeneckou žloutenku.

V kojeneckém období se u dívky vyskytoval pláč, který bylo obtížné interpretovat. Aneta byla neklidné dítě, měla občasné problémy se sáním. Kojena byla 8 měsíců.

V oblasti motorického vývoje bylo zřejmé opoždění. Přetáčet v sedmi měsících, samostatného sedu byla dívka schopná jedenáct měsíců od narození. Po čtyřech lezla

v deseti měsících, ve dvou letech začala chodit. První slova dívka tvořila až po třetím roce života.

### **Rodinná anamnéza**

Aneta pochází z úplné rodiny, matka (narozena 1972) je vyučena, nyní pečuje o osoby v domově důchodců, otec (narozen 1970) je zedníkem. Dívka má staršího sourozence, bratra (narozen 2004), u kterého byla diagnostikována expresivní vývojová dysfázie a přidružená lehká mentální retardace. Rodinná anamnéza s ohledem na poruchy autistického spektra je negativní.

### **Komunikace a řeč**

Komunikační schopnost Anety je narušena v receptivní i expresivní složce řeči v oblasti verbální i neverbální komunikace. U dívky byl diagnostikován opožděný vývoj řeči, do tří a půl let věku nemluvila vůbec. Poté se u Anety začala objevovat první slova, která však nebyla smysluplně využita. Co se týče oblasti neverbální komunikace, dívka do současné doby nevyužívá gesta s komunikačním záměrem. Udržování očního kontaktu není spontánní, jedná se o naučenou činnost.

Dnes se u dívky objevují zpětné echolálie, které jsou většinou nefunkční. Verbální komunikace Anety je na bazální úrovni. Z tohoto důvodu byla u dívky využita metoda alternativní komunikace, která je inspirována technikou VOKS.

### **Sociální chování a citová oblast**

V rámci struktury Aneta je sociální chování přiměřené. Do společenských řízených aktivit se zapojuje bez větších obtíží. Po příchodu do stacionáře se od matky odloučí bez problému, na vyzvání dá matce pusu. V rámci kolektivu vznikají konflikty, pokud chce hračku, kterou již má někdo jiný.

### **Hrubá a jemná motorika**

V rámci hrubé motoriky vážne koordinace pohybů. Po schodech chodí sama, střídá nohy, skáče snožmo, na jedné noze velmi krátce postojí. U dívky se objevují pohybové stereotypie. Aneta jezdí na kole, a to bez pomocných koleček.

Co se týče jemné motoriky, je na úrovni zhruba pěti let. Aneta dovede uchopit štětec, chytá malý míček, stříhá nůžkami. Dívka je schopna složit jednoduché puzzle.

### **Sebeobsluha**

Aneta zvládne základní úkony v oblasti sebeobsluhy. Dívka je schopna svléct se, při oblékání je nutná dopomoc s knoflíky. Zuje i obuje si boty, s dopomocí při zavazování tkaniček. Bez pomoci druhé osoby se nají lžící, zároveň si dojde sama na toaletu.

### **Zájmy a hra**

V oblasti zájmů a hry je patrné stereotypní uplívání v určitých činnostech. V současné době si Aneta oblíbila aplikaci Match up, založenou na výuce barev, číslic, písmen, které dítě musí přiřazovat k určitým obrázkům. Nejčastěji si hraje sama, na odebrání tabletu reaguje afektem. Poté pozoruje, kam ho dospělí uklidí a jde si ho vzít zpět sama, na výzvu, aby tablet nechala na místě, reaguje zřídka.

### **Logopedická terapie**

Logopedická terapie je zaměřena především na dorozumívání pomocí komunikační knihy. Tuto metodu komunikace logopedka zvolila především z důvodu neschopnosti verbální komunikace, druhým impulsem byl fakt, že si Aneta ráda prohlíží obrázky a ukazuje na ně.

Východiskem pro počáteční nácvik alternativního komunikačního systému byl výběr odměny po dokončení úkolu. Největší motivací pro Anetu byly její oblíbené gumové bonbóny. Princip výměny za požadovanou věc Aneta již pochopila, následovala výuka výběru z komunikační tabulky. V současné době se Aneta učí využívat proužek ke stavbě vět. Logopedka se snaží o rozvoj slovní zásoby komentováním každého obrázku i činnosti. Anetin komunikační deník nyní obsahuje třicet symbolů.

V rámci terapie se logopedka také snaží o využitelnost echolálií k funkční komunikaci.

### **Výchova a vzdělávání ve stacionáři**

Výchova ve stacionáři je zaměřena na rozvoj struktury, nácvik rozumění pokynům, rozvoj jemné motoriky s využitím nejrůznějších skládaček, kostek, korálků

apod. Další aktivitou je cvičení zrakové i sluchové percepce, jsou využity obrázky na rozlišení figury a pozadí, hudební nástroje, zvukové hračky a aplikace.

### **Prognóza**

Prognóza u Anety se jeví jako dobrá, co se týče dorozumění pomocí komunikačního deníku. Nutná je však v logopedické terapii pokračovat. Nejbližším cílem logopedky v rámci struktury je využití zpětných echolálií k funkční komunikaci.

### ***Kazuistická studie č. 4***

**Jméno:** Michal

**Narozen:** 9/2003

**Věk:** 13 let

**Diagnóza:** dětský autismus F84.0

### **Osobní anamnéza**

Těhotenství bylo v pořadí první a probíhalo bez komplikací. Porod byl vyvolaný, deset dní po termínu. Michalova porodní váha byla 3600 g, měřil 52 cm. Michal během porodu nebyl kříšený, prodělal novorozeneckou žloutenku, avšak bez nutnosti léčby, sama odezněla.

Co se týče vývoje motoriky, chlapec seděl v osmi měsících. Chodit okolo čtrnáctého měsíce.

Vývoj řeči je u Michala opožděný, v období okolo dvou měsíců chlapec nevydává vokální zvuky, ani se objevuje typické broukání. Žvatláni se objevuje v jedenácti měsících. První slova, která však nebyla smysluplná, bylo možné pozorovat po třetím roce života. Nástup verbalizace v období tří let.

V září roku 2008 byl Michal integrován do speciální mateřské školy, k dispozici měl asistenta. Edukace probíhala v pořádku, proto byl zařazen rovněž do základní školy speciální s asistencí. V páté třídě nastal u Michala zlom, chlapec měl sklony k sebepoškozování a agresivitě. Z toho důvodu byl zařazen do specializované třídy pro žáky s autismem.

### **Rodinná anamnéza**

Michal vyrůstá v úplné funkční rodině. Jeho matka (narozena 1975) pracuje jako lékárnice, otec (narozen 1972) se živí jako stavitel. Michal je jedináček. Babička z matčiny byla psychiatricky léčena, trpí těžkými depresemi, pro které je medikována. Rodinná anamnéza s ohledem na poruchy autistického spektra je negativní.

### **Komunikace a řeč**

Michal komunikuje za pomoci zpětných naučených echolálií, řeč je srozumitelná. Rozumí mluvené řeči, je-li podpořena čtením textu a obrázků, je porozumění na velmi dobré úrovni. Z hlediska neverbální komunikace často využívá bizarní gesta. V současné době Michal komunikuje verbálně, alternativní komunikační systém není zapotřebí.

### **Sociální chování a citová oblast**

Projevy sebepoškozování a agrese se u chlapce již zmírnili. Je velmi adaptabilní, zvládá změny prostředí i okolních osob. Ve specializované třídě pro děti s autismem se cítí velmi dobře. Vyhledává společnost, zapojuje se do řízených činností.

### **Hrubá a jemná motorika**

Hrubá motorika je v normě, bez obtíží jezdí na kole, bruslí, lyžuje. Jemná motorika je také v normě.

### **Sebeobsluha**

Chlapec je samostatný ve všech ohledech. Dojde si na toaletu, dodržuje principy hygieny, jí příborem a udržuje pořádek při stolování. Obleče se, obuje se.

### **Zájmy a hra**

U chlapce převládají stereotypní zájmy. Je fascinován vlaky a zahradničením. Rád vykonává tuto činnost, zná květiny i jejich latinské názvy, včetně kalendáře pěstování.

### **Logopedická terapie**

Logopedická terapie probíhá u Michala pravidelně jednou za měsíc. V rámci vyučování dochází také ke školskému logopedovi.

Zpočátku terapie zaměřovala na rozvoj verbálních komunikačních schopností s využitím alternativní komunikace – komunikační knihou. Byly využívány počítačové programy pro rozvoj slovní zásoby, jako např. Mentio nebo Altík. Zásadním byl rozvoj echolálií pro funkční komunikaci.

V současné době se terapie zaměřuje na rozvoj sociálních dovedností a rozumění emočnímu ladění.

### **Výchova a vzdělávání ve stacionáři**

Michal docházel do stacionáře v období od tří do pěti let, zpočátku se edukace zaměřovala na rozvoj dorozumívání pomocí komunikační knihy, dále rozvoji rozumění sociální komunikaci. Později většinou na nácvik sociálních situací a jejich řešení v rámci věku.

### **Prognóza**

Je velmi pozitivní, chlapec je schopný porozumět a zároveň využívat verbální mluvu pro komunikaci. Nutné je však, dle slov logopedky, sledovat jeho sklon k agresivitě a sebepoškozování.

### ***3.2 Shrnutí výsledků výzkumného šetření***

Hlavním cílem kvalitativního šetření bylo zhodnotit komunikační schopnosti čtyř dětí, které jsou stimulovány odbornou logopedickou péčí v centru Canitera. Pro vlastní šetření byly vybrány čtyři děti s poruchami autistického spektra. Jedná se o dvě dívky, ve věku sedmi let, jejichž diagnózou je atypický a dětský autismus. Dále o dva chlapce, ve věku čtyř a třinácti let, s diagnózou dětský autismus.

Jak z šetření vyplývá, u všech čtyř dětí se vyvíjela odlišně od normy. Všichni jedinci mají narušenou komunikační schopnost, přičemž jim byl diagnostikován opožděný vývoj řeči. U všech dětí se v daném období objevila echolálie různého typu. Ačkoliv, jak z šetření vyplývá jediný, kdo je schopný využívat echolálii k dorozumívání je nejstarší z uvedených dětí Michal.

Dílčím cílem byl popis logopedické terapie v centru Caniter. U všech dětí byla zahájena logopedická péče v předškolním věku. Od jejího počátku byl důraz kladen na rozvoj slovní zásoby, rozvoj verbální i neverbální složky komunikace a porozumění

s využitím, jak obrázkových terapeutických materiálů, tak počítačových programů a aplikací na dotykovém tabletu.

Co se týče sociálního chování, oblasti zájmů a hry u všech dětí je patrná stereotypie.

Zhodnocení využití alternativní a augmentativní komunikace bylo stanoveno jako další dílčí cíl výzkumného šetření. V ambulanci klinické logopedie Mgr. Ivy Bajtlerové je využívána komunikační kniha, která je založená na principech metody VOKS. U všech čtyř sledovaných dětí je tento systém komunikace využíván. Z šetření však vyplývá, že využití u jednotlivých dětí je odlišné. Matyáš komunikační systém k dorozumívání v této době ještě nepoužívá, situaci stěžuje špatná spolupráce rodiny. Sára využívá knihu jako prostředek augmentativní komunikace, je schopna skládat věty. Aneta se v rámci logopedické terapie učí využívat svou komunikační tabulku, v této době zvládne vyměnit obrázek za požadovanou věc, logopedka se snaží o rozšíření obsahu obrázků. Co se týče Michala, komunikuje verbálně, a proto využití komunikační knihy není zapotřebí.

Posledním dílčím cílem šetření bylo zhodnotit edukaci v denním stacionáři. Výchova a vzdělávání je zaměřena na rozvoj komunikačních schopností, rozvoj sociálních dovedností v rámci struktury, rozvoj zrakové a sluchové percepce, rozvoj jemné motoriky a u mladších dětí na rozvoj samostatnosti při sebeobsluze.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá poruchami řečové komunikace u dětí s poruchami autistického spektra. Cílem této práce bylo zhodnotit komunikační schopnosti čtyř dětí, které jsou stimulovány odbornou logopedickou péčí v centru Canitera.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část bakalářské práce se dělí do tří hlavních kapitol. První kapitola se zaměřuje na současné poznatky v problematice autismu, druhá pojednává o narušení komunikační schopnosti u jedinců s poruchami autistického spektra. Poslední kapitola teoretické části se zabývá metodami alternativní a augmentativní využitelné komunikace u osob s touto diagnózou. Cílem teoretické části bylo shrnutí současných poznatků z oboru logopedie u dětí s autismem se zaměřením na augmentativní a alternativní komunikace. Lze konstatovat, že cíl teoretické práce byl splněn, v práci je uvedeno komparativní shrnutí dané problematiky s využitím analýzy odborné literatury.

Praktická část se zabývá kvalitativním šetřením formou kazuistických studií 4 dětí s poruchami autistického spektra, které jsou v péči klinické logopedky Ivy Bajtlerové v centru Canitera, v Poděbradech.

Lze konstatovat, že hlavní cíl bakalářské práce byl splněn. Byly sledovány a popsány komunikační schopnosti dětí s poruchami autistického spektra, které jsou v logopedické péči centra Canitera. V rámci kvalitativního šetření byla popsána logopedická terapie i metody alternativní a augmentativní, které jsou využité v tomto centru. Jak z kazuistických šetření vyplývá, řeč u dětí s poruchami autistického spektra se vyvíjí odlišně od normy. Autismus doprovází narušení komunikační schopnosti, přičemž nejčastější typem narušení je opožděný vývoj řeči.



## POUŽITÉ ZDROJE A LITERATURA:

1. ATTWOOD, Tony. *Aspergerův syndrom: porucha sociálních vztahů a komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 208 s. ISBN 80-7178-979-8.
2. BARTOŇOVÁ, Miroslava, BAZALOVÁ Barbora, PIPEKOVÁ, Jarmila. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. 150 s. ISBN 978-80-7315-161-4.
3. BENDO VÁ, Petra. *Alternativní a augmentativní komunikace*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. 97 s. ISBN 978-80-7435-508-0.
4. DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník: terminologický a výkladový*. 3., upr. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. 248 s. ISBN 978-80-902536-6-7.
5. GILLBERG, CH.; PEETERS, T. *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty: výchova a vzdělávání dětí s autismem*. Praha: Portál, 1998. 122 s. ISBN 80-7178-201-7.
6. HRDLIČKA, Michal, KOMÁREK, Vladimír. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 206 s. ISBN 80-7178-813-9.
7. HRDLIČKA, Michal. *Dětský autismus*. In: HORT, Vladimír, HRDLIČKA, Michal, KOCOURKOVÁ, Jana, MALÁ, Eva a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008, str. 133 – 138. ISBN 978-80-7367-404-5.
8. HRDLIČKA, Michal. *Jiné pervazivní vývojové poruchy*. In: HORT, Vladimír, HRDLIČKA, Michal, KOCOURKOVÁ, Jana, MALÁ, Eva a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008, str. 140 – 144. ISBN 978-80-7367-404-5.
9. JANOVCOVÁ, Zora. *Alternativní a augmentativní komunikace: učební text*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2003. 48 s. ISBN 80-210-3204-9.

10. JELÍNKOVÁ, Miroslava. *Vzdělávání a výchova dětí s autismem*. Praha: Univerzita Karlova, 2001. 103 s. ISBN 80-7290-042-0.
11. KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 224 s. ISBN 80-247-1110-9.
12. KNAPCOVÁ, Margita. *Výměnný obrázkový komunikační systém - VOKS*. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, 2011. 95 s. ISBN 978-80-86856-88-9.
13. KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Pervazivní vývojové poruchy*. In: ŘÍČAN, Pavel, KREJČÍŘOVÁ, Dana a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, str. 205 – 213. ISBN 80-247-1049-8.
14. LAUDOVÁ, Lucie. *Augmentativní a alternativní komunikace*. In: ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, str. 565 – 580. ISBN 978-80-7367-340-6.
15. LOVE, RUSSEL, J., WEBB, WANDA, G. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. 1 vyd. Praha: Portál, 2009. 372 s. ISBN 978-80-7367-464-9.
16. NESNÍDALOVÁ, Růžena. *Extrémní osamělost*. 2.vyd. Praha: Portál, 1994. 163 s. ISBN 80-7178-024-3.
17. NEUBAUER, Karel. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. 107 s. ISBN 978-80-7435-053-5.
18. NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008. ISBN 978-80-86723-48-8.

19. OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Výchova a vzdělávání dětí a žáků s autismem*. In: PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. vyd. Brno: Paido, 2010, str. 317 – 342. ISBN 978-80-7315-198-0.
20. PEČEŇÁK, J. *Diagnostika dětského autismu*. In: Lechta V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, str. 262 – 274. ISBN 80-7178-801-5.
21. PEETERS, Theo. *Autismus: od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci*. 1. čes. vyd. Praha: Scientia, 1998. 169 s. ISBN 80-7183-114-X.
22. ŠAROUNOVÁ, Jana. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. 150 s. ISBN 978-80-262-0716-0.
23. ŠKODOVÁ, Eva. *Symptomatické poruchy řeči*. In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, str. 389 – 420. ISBN 978-80-7367-340-6.
24. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
25. THOROVÁ, Kateřina. 2007. *Komplexní diagnostika autismu – diagnostika*. [online]. [cit. 2015–01–02]. Dostupné z WWW: <http://www.autismus.cz/diagnostika/komplexni-diagnostika-autismu-6.html>.
26. THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 453 s. ISBN 80-7367-091-7.
27. VÍTKOVÁ, Marie. *Znaky autistického chování*. IN: Vítková, Marie. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 2004, str. 355 – 367. ISBN 80-7315-071-9.

28. VOCILKA, Miroslav. *Autismus: metodická příručka pro učitele speciálních škol a vychovatele ústavů sociální péče pro mentálně postiženou mládež*. Praha: Tech-market, 1996. 116 s. ISBN 80-902134-3-X.
29. VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. 319 s. ISBN 978-80-7367-387-1.