

# **Komunikační poruchy jedinců s kombinovaným postižením**

## **Diplomová práce**

Autor: Martina Svatoňová  
Studijní program: N7506 Speciální pedagogika  
Studijní obor: Speciální pedagogika rehabilitační činnosti  
a management speciálních zařízení  
Vedoucí práce: doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.

**UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ**

**Pedagogická fakulta**

Akademický rok: **2014/15**

## **ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Martina Svatoňová**  
Osobní číslo: **P13347**  
Studijní program: **N7506 Speciální pedagogika**  
Studijní obor: **Speciální pedagogika rehabilitační činnosti  
a management speciálních zařízení**  
Název tématu: **Komunikační poruchy jedinců s kombinovaným  
postižením**  
Zadávající katedra: **Katedra speciální pedagogiky**

### **Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :**

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část je zaměřena na různé pohledy autorů věnujících se poruchám řečové komunikace. Práce se věnuje etiologii i symptomatologii poruch řeči, popsány jsou typy terapií na podporu rozvoje komunikačních schopností. Charakterizována je problematika kombinovaného postižení s hlavním zaměřením na mentální postižení a autismus. Představena je prevence, profylaxe a logopedická intervence jedinců s vícečetným postižením. Dále jsou v práci uvedeny náhradní komunikační systémy. Práce také seznamuje s možnostmi výchovy a vzdělávání jedinců s kombinovaným postižením. Zmíněny jsou možnosti pracovního a společenského uplatnění těchto osob po ukončení školní docházky. Praktická část se věnuje kvalitativní analýze kazuistických studií jedinců s kombinovaným postižením a poruchou řečové komunikace. Ke zpracování případových studií jsou zvoleni jedinci s kombinovaným postižením a přidruženou řečovou poruchou. Hlavním požadavkem při výběru dětí je středně těžké až těžké mentální postižení, autismus a doprovázející komunikační porucha. Uveden je podrobný, přehledný vývoj řečových schopností od raného věku po současnost. Cílem

práce je popsat, jak probíhá vývoj řečových schopností u jedinců s kombinovaným postižením. Závěr práce se zaměřuje na celkové porovnávání komunikačních schopností zkoumaných jedinců s podobným typem postižení a následné shrnutí získaných údajů.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Seznam odborné literatury:

Vedoucí diplomové práce:

**doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.**

Katedra speciální pedagogiky

Datum zadání diplomové práce:

**26. února 2014**

Termín odevzdání diplomové práce:

**26. března 2015**

L. S.

doc. PhDr. Pavel Vacek, Ph.D.

děkan

doc. PhDr. Tibor Vojtko, Ph.D.

vedoucí katedry

dne

## **Prohlášení**

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

V Hradci Králové dne

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že diplomová práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 4/2009 (Řád pro nakládání se školními a některými jinými autorskými díly na UHK).

Datum: .....

Podpis studenta: .....

## **Poděkování**

Ráda bych tímto poděkovala vedoucímu diplomové práce doc. PaedDr. Karlu Neubauerovi, Ph.D. za veškerou pomoc, odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování této diplomové práce.

Dále chci poděkovat také rodičům všech pěti postižených dětí, kteří mi s ochotou a trpělivostí poskytli většinu důvěrných informací o jejich dětech.

## **Anotace**

SVATOŇOVÁ, Martina. *Komunikační poruchy jedinců s kombinovaným postižením*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2015. 230 s. Diplomová práce.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část je zaměřena na různé pohledy autorů věnujících se poruchám řečové komunikace. Práce se věnuje etiologii i symptomatologii poruch řeči, popsány jsou typy terapií na podporu rozvoje komunikačních schopností. Charakterizována je problematika kombinovaného postižení s hlavním zaměřením na mentální postižení a autismus. Představena je prevence, profylaxe a logopedická intervence jedinců s vícečetným postižením. Dále jsou v práci uvedeny náhradní komunikační systémy. Práce také seznamuje s možnostmi výchovy a vzdělávání jedinců s kombinovaným postižením. Zmíněny jsou možnosti pracovního a společenského uplatnění těchto osob po ukončení školní docházky.

Praktická část se věnuje kvalitativní analýze kazuistických studií jedinců s kombinovaným postižením a poruchou řečové komunikace. Ke zpracování případových studií jsou zvoleni jedinci s kombinovaným postižením a přidruženou řečovou poruchou. Hlavním požadavkem při výběru dětí je středně těžké až těžké mentální postižení, autismus a doprovázející komunikační porucha. Uveden je podrobný, přehledný vývoj řečových schopností od raného věku po současnost.

Cílem práce je popsat, jak probíhá vývoj řečových schopností u jedinců s kombinovaným postižením.

Závěr práce se zaměřuje na celkové porovnávání komunikačních schopností zkoumaných jedinců s podobným typem postižení a následné shrnutí získaných údajů.

*Klíčová slova: kombinované postižení, poruchy řečové komunikace, těžké mentální postižení, výchova a vzdělávání, alternativní augmentativní komunikace.*

## **Anotation**

This diploma thesis is divided into two parts - the theoretical part and the practical part. The theoretical part is focused on the different views of the authors dealing with disorders of speech communication. The work deals with the aetiology and symptomatology of speech disorders, the types of therapies to support the development of communication skills are described. The issues of combined disability with a focus on mental disability and autism are characterized. The prevention, prophylaxis and speech therapy intervention of individuals with multiple disabilities are introduced. Furthermore, alternative communication systems are stated. The thesis is familiar with the possibilities for education of individuals with multiple disabilities. The opportunities for work and social position of the people after leaving school are mentioned.

The practical part deals with the qualitative analysis of case studies of individuals with multiple disabilities and disability of speech communication. The individuals with multiple disabilities and with associated speech disorder are elected for the evaluation of case studies. The main requirement in the selection of children was moderate till severe mental disability, autism and associated speech disorder. The detailed and clear development of speech skills from an early age to the present is presented.

The aim of this thesis is to describe how the development of language skills in individuals with multiple disabilities is going.

The conclusion is focused on the comparison of the communication skills of studied individuals with similar type of disability and on the summary of the collected data.

**Keywords:** *combined disability, speech communication disorders, severe mental disability, education and training, alternative augmentative communication.*



# Obsah

<b>I. TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>14</b>
<b>1 KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ.....</b>	<b>14</b>
1.1. <i>Pojem kombinované postižení .....</i>	<i>14</i>
1.2. <i>Etiologie vzniku kombinovaného postižení.....</i>	<i>15</i>
1.3. <i>Typy kombinovaných vad .....</i>	<i>18</i>
1.4. <i>Stručná charakteristika vybraných typů postižení.....</i>	<i>19</i>
<b>2 PORUCHY ŘEČI.....</b>	<b>28</b>
2.1. <i>Narušená komunikační schopnost .....</i>	<i>28</i>
2.2. <i>Poruchy řečové komunikace.....</i>	<i>31</i>
2.3. <i>Symptomatické poruchy řeči .....</i>	<i>32</i>
<b>3 ŘEČ A PSYCHOMOTORIKA U KOMBINOVANÉHO POSTIŽENÍ .....</b>	<b>34</b>
3.1. <i>Vývoj řeči u mentálního postižení .....</i>	<i>35</i>
3.2. <i>Psychomotorický vývoj u mentálního postižení.....</i>	<i>41</i>
3.3. <i>Komunikační poruchy u poruch autistického spektra (PAS).....</i>	<i>43</i>
3.4. <i>Psychomotorický vývoj u PAS.....</i>	<i>47</i>
3.5. <i>DMO s mentální retardací a poruchami řeči .....</i>	<i>48</i>
3.6. <i>Psychomotorický vývoj u DMO.....</i>	<i>57</i>
<b>4 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE, PREVENCE A PROFYLAXE, LOGOPEDICKO - TERAPEUTICKÉ TECHNIKY U JEDINCŮ S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM.....</b>	<b>59</b>
4.1. <i>Logopedická intervence, prevence a profylaxe .....</i>	<i>59</i>
4.2. <i>Logopedická terapie u osob s kombinovaným postižením.....</i>	<i>60</i>
<b>5 VYUŽITÍ NÁHRADNÍCH KOMUNIKAČNÍCH SYSTÉMŮ U OSOB S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM .....</b>	<b>64</b>
5.1. <i>Obecné dělení AAK .....</i>	<i>65</i>
5.2. <i>Nejčastěji využívané komunikační systémy u osob s kombinovanými vadami</i>	<i>66</i>
5.3. <i>Využití AAK u mentálního postižení .....</i>	<i>68</i>
5.4. <i>Využití AAK u osob s tělesným postižením .....</i>	<i>69</i>
5.5. <i>Využití AAK u osob s poruchou autistického spektra.....</i>	<i>70</i>

<b>6</b>	<b>VÝCHOVA A VZDĚLÁVÁNÍ, PRACOVNÍ A SPOLEČENSKÉ UPLATNĚNÍ JEDINCŮ S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM.....</b>	<b>72</b>
6.1.	<i>Možnosti výchovy a vzdělávání osob s kombinovaným postižením.....</i>	72
6.2.	<i>Vzdělávání jedinců s MP, pracovní a společenské uplatnění.....</i>	78
6.3.	<i>Vzdělávání jedinců s PAS, pracovní a společenské uplatnění.....</i>	82
6.4.	<i>Vzdělávání jedinců s DMO, pracovní a společenské uplatnění.....</i>	87
<b>II.</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>90</b>
<b>7</b>	<b>KVALITATIVNÍ ANALÝZA KAZUISTICKÝCH STUDIÍ JEDINCŮ S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM .....</b>	<b>90</b>
7.1.	<i>Cíle výzkumu a metodologie.....</i>	90
7.2.	<i>Vymezení cíle.....</i>	91
7.3.	<i>Charakteristika výzkumného souboru .....</i>	91
7.4.	<i>Klasifikace hodnotící škály.....</i>	92
7.5.	<i>Případová studie č. 1.....</i>	94
7.6.	<i>Případová studie č. 2.....</i>	122
7.7.	<i>Případová studie č. 3.....</i>	144
7.8.	<i>Případová studie č. 4.....</i>	168
7.9.	<i>Případová studie č. 5.....</i>	189
7.10.	<i>Kvalitativní analýza přítomných parametrů v případových studiích .....</i>	215
7.11.	<i>Shrnutí získaných dat v oblasti komunikace a psychomotoriky.....</i>	218
7.12.	<i>Zhodnocení naplnění cílů .....</i>	219
7.13.	<i>Výsledky analýzy .....</i>	220
<b>8</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>221</b>
<b>9</b>	<b>SEZNAM UŽITÝCH ZKRATEK.....</b>	<b>223</b>
<b>10</b>	<b>SHRUTÍ .....</b>	<b>224</b>
<b>11</b>	<b>POUŽITÁ LITERATURA.....</b>	<b>225</b>

## Úvod

Problematika kombinovaného postižení je velice komplikovanou a stále nedostatečně prozkoumanou oblastí. Dlouhodobé pozorování jedinců s kombinovaným postižením se děje v současné době velmi zřídka. Tato skutečnost je bohužel nepříznivá. Přičemž efektivita dlouhodobého sledování jedinců je zajisté velmi vysoká. Jedinců s kombinovanými vadami stále přibývá. S počtem osob stížených kombinovaným postižením stále vzrůstá také chaos v jeho nejednotném terminologickém označení. Odborníci věnující se této problematice se stále přou o přesný a výstižný termín, který by problematiku zcela uchopil. Mezi nejpoužívanější názvy se uvádí: *kombinované vady*, *kombinované postižení*, *těžké postižení*, *vícenásobné postižení*, *mutihandicap*, *atd.*

Důvodem neobjasněnosti terminologie je složitá propletenost jednotlivých postižení, která se velice často u jedinců prolíná a kombinuje. Potom je velice náročné stanovit, které postižení je u osoby dominantní a zároveň, které postižení je přidružené. Vzhledem k zaměření této práce je pro nás nejvýznamnější oblast narušení komunikace, která je mnohdy u jedinců s kombinovaným postižením výrazně zasažena.

Výběr tématu byl zvolen na základě osobních zkušeností autorky s jedinci s kombinovaným postižením. Jeden z postižených členů autorčiny rodiny byl prvotním signálem k zahájení výzkumného šetření na dané téma.

Práce se zabývá problematikou poruch řečové komunikace u osob s kombinovaným postižením. Mimo jiné nastiňuje také oblast psychomotorického vývoje. V největší míře se práce zaměřuje na jedince s mentálním postižením, dále s poruchami autistického spektra a osoby s DMO. Jedná se o jedince v adolescentním věku.

Teoretická část je rozčleněna na šest kapitol. Cílem teoretické části je seznámit se s problematikou kombinovaného postižení a jeho specifiky týkající se oblasti řeči, psychomotorického vývoje, náhradních forem komunikace, možností výchovy, vzdělávání, pracovního a společenského uplatnění jedinců.

První kapitola představuje problematiku osob s kombinovaným postižením. Seznamuje s nejznámější užívanou terminologií a dále představuje etiologii, typy jednotlivých vad a stručně charakterizuje vybrané typy postižení odvislé na výběru případových studií. Druhá kapitola popisuje poruchy řečové komunikace

a komparaci autorů věnující se problematice řečových poruch. Ve třetí kapitole je popsána řeč a psychomotorická oblast u osob s mentálním postižením, s DMO a s projevy autismu. Čtvrtá kapitola nastiňuje systém logopedické intervence, prevence, profylaxe a v neposlední řadě také logopedicko – terapeutických technik zaměřených na osoby s kombinovaným postižením. Pátá kapitola je zacílena na oblast náhradních komunikačních systémů pro osoby s kombinovaným postižením. Šestá kapitola popisuje možnosti výchovy a vzdělávání osob s kombinovaným postižením, dále pracovní a společenské uplatnění jedinců ve společnosti.

Cílem praktické části je podrobně popsat, jak probíhá vývoj řeči a psychomotoriky u jedinců s kombinovaným postižením. Výběr výzkumného vzorku byl vyhledán prostřednictvím základních škol speciálních. V autorčině případě se jedná o Základní školu speciální Hlinsko a Základní školu speciální Svitání. Původním záměrem bylo vyhledat pouze osoby s těžkou mentální retardací a přidruženým postižením. Vzhledem ke vzniklým komplikacím, plynoucích z nedostatku získaných lékařských dokumentů a nesouhlasu rodičů dětí, bylo nutné výzkumný záměr pozměnit. Do výzkumného šetření je zařazeno 5 osob adolescentního věku. Tyto osoby mají kombinaci postižení. Jedná se o kombinaci postižení mentálního, tělesného, řečového a objevují se zde také projevy autismu.

Těchto 5 zvolených jedinců znamenalo pro autorku poměrně náročný úkol. Spolupráce s rodiči ani učiteli nebyla jednoduchá. Získání soukromých informací o daném jedinci představovalo značné úsilí a přesvědčování o smysluplnosti práce bez postranních úmyslů. Nahlédnout do osobních životů osob znamená pro zkoumané osoby vždy velký zásah. Avšak právě díky několika málo laskavým a vstřícným lidem, kteří přistoupili na dané podmínky, mohla tato práce vzniknout. Těmto osobám patří obrovské dík.

Vzhledem k náročnosti práce musí být respektována její obsáhlost. Práce seznamuje s detailní konstrukcí vývoje jedinců vybraného typu postižení. Vývoj psychomotoriky a řeči je uváděn od narození po současnost. Právě proto je vyžadující tolerovat autorce rozsah a množství stran textu.

Očekávaným výstupem práce je zjistit, jakým způsobem probíhal vývoj jedinců s kombinovaným postižením a zda došlo během výzkumného období k nějakým kvalitativním změnám.

V diplomové práci jsou využity následující výzkumné metody: metoda přímého pozorování; rozhovor s rodiči a s pedagogy; analýza odborné dokumentace.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Kombinované postižení

*Kombinované postižení představuje velice komplikovanou sféru, která není doposud přesně vymezena. Potíže se ukazují v oblasti přesného vyjasnění terminologického označení, dále v propletenosti jednotlivých postižení mezi sebou navzájem a v neposlední řadě také v různorodé etiologii. Problematika kombinovaných vad se řadí mezi nejnáročnější kategorii osob v oblasti speciální pedagogiky. Kapitola se zabývá pojmoslovím kombinovaného postižení, popisuje etiologii vzniku kombinovaných vad, uvádí typy kombinového postižení. Pro účely výzkumného šetření této práce jsou vybrány pouze nějaké druhy postižení (mentální postižení, DMO, poruchy autistického spektra).*

### 1.1. Pojem kombinované postižení

Problematika kombinovaných vad se řadí mezi nejkomplikovanější oblasti speciální pedagogiky, které nejsou doposud podrobně popsány (Ludíková, 2005).

*„Za postiženého vícenásobným postižením se považuje dítě, respektive žák postižený současně dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledkům opravňovalo k zařazení do speciální školy příslušného typu“ (Věstník MŠMT ČR č. 8/1997).*

Osoby s vícenásobným postižením představují v populaci nezanedbatelnou pozici. Jedinců s tímto postižením stále přibývá. Typická je u nich jejich heterogenost a variabilita symptomů, charakteristických projevů a z toho plynoucí speciálně výchovné a vzdělávací potřeby (Ludíková, 2004).

Vítková (2004) tvrdí, že v odborné literatuře patří mezi nejčastěji používané názvy okruhu osob s vícečetným postižením: těžké mentální postižení, kombinované vady, děti s extrémně psychomotoricky retardovaným vývojem, děti s těžkým narušením vnímání apod. Každý pojem se vyznačuje určitým jevem, který představuje hlavní podstatu postižení. Ludíková (2005) pokládá za nejčastější označované termíny naší země pojmy vícenásobné postižení, kombinované postižení a kombinované vady. Tyto názvy mají stejný význam a totožnou hodnotu.

Termín „*viacnásobné postihnutie*“ nebo „*viaceré chyby*“ se používá na Slovensku. V Německu je užíván termín „*schwerstmehrfachbehinderung*“ – těžké vícenásobné postižení, a Anglie označuje problematiku pojmy „*multiple*

*handicap*“ – vícenásobné postižení, nebo např. „*severe/multiple disabilities*,“ což je těžké/vícenásobné postižení (Ludíková, 2004).

Vítková (2006, str. 193) přibližuje problematiku kombinovaných vad: „*Těžké postižení je komplex omezení člověka jako celku ve všech jeho prožitkových sférách a výrazových možnostech. Přiřazení k tzv. hlavnímu symptomu ve smyslu klasického postižení, jako je postižení tělesné, mentální nebo smyslové není možné, neboť tím byse na jedné straně ignoroval charakter komplexnosti postižení, na druhé straně celistvost individua*“.

Také Jankovský (2005, str. 65) vysvětluje problematiku kombinovaného postižení: „*Jedná se o komplikovanou situaci, jejíž řešení je závislé jednak na vlastní kombinaci postižení u daného jedince (dítěte) a jednak na tom, které z těchto postižení dítě nejvíce znevýhodňuje*“.

Z každého těžkého postižení vyplývá soubor omezení člověka, které se odráží ve všech prožitkových sférách a výrazových možnostech. Velmi významně jsou omezeny a změněny schopnosti emocionální, kognitivní, tělesné a sociální. Postižení mění adaptabilitu a chování těchto jedinců (Hájková, 2009).

Podle Slowíka (2007) je nejčastější kombinací mentální postižení s přidruženým postižením tělesným, případně smyslovým.

Klenková (2006) považuje za primární skutečnost, že za vícečetné postižení není možné chápat takové postižení, u něhož k další vadě došlo druhotně jako příčina vady primární (např. sluchová vada s následnou poruchou výslovnosti).

## 1.2. **Etiologie vzniku kombinovaného postižení**

Ludíková (2005) vysvětluje, že s ohledem na různorodost tohoto postižení je etiologie skupiny kombinovaných vad velice rozmanitá. U mnohých případů není možné jasně definovat příčinu, jednoznačná je ale skutečnost, že ve většině těžkých případů vzniklo poškození již v prenatálním období.

Také Vítková (2004) uvádí, že úplný souhrn podmínek vzniku těžkého poškození nelze při aktuální situaci přesně vymezit. Doporučuje se orientovat na postižení, která se týkají příčin genetických, chromozomálních, metabolických, neurologických a traumatických.

Kozáková (2005) souhlasí s názory, že příčiny kombinovaného postižení mohou vzniknout ve všech etapách vývoje (ve stadiu prenatálním, perinatálním

i postnatálním). Nejtěžší vícenásobná postižení často vznikají na podkladě příčin prenatálních.

### **1.2.1. Příčiny vzniku kombinovaných vad dle Ludíkové (2005)**

Mezi příčiny vzniku kombinovaného postižení patří genetické vlivy, chromozomální aberace, infekce, intoxikace, vývojové poruchy, poškození mozku a CNS, metabolické a nutriční činitele, mechanická poškození, vlivy sociálního a materiálního prostředí, ale i psychické faktory, trauma a podobně. Dále se sem řadí také diagnózy, které předpovídají přítomnost kombinované vady. Takovými diagnózami jsou např. – dětská mozková obrna, Fetální alkoholový syndrom, Wolfův syndrom, Patauův syndrom, Frölichův syndrom, Edwardsův syndrom, Downův syndrom, CHARGE a řada dalších (Ludíková, 2005).

### **1.2.2. Příčiny vzniku kombinovaných vad podle Slowíka (2007)**

Z pohledu Slowíka (2007) jsou kombinace několika typů postižení často způsobeny anomáliemi dědičného původu a někdy mají projevy mnoha příznaků – tedy syndromů (Downův syndrom, Turnerův syndrom, Edwardsův syndrom, Patauův syndrom atd.). V mnohých případech bývá velmi složité určit základní postižení. Nějaké kombinace vad se vyskytují častěji, jiné jsou naopak ojedinělé, vyloučena však není téměř žádná kombinace vad.

### **1.2.3. Příčiny vzniku vrozených vad dle Gutvirtha (1980)**

#### ***In: Jakobová (2007, str. 13)***

*„Mezi nejznámější příčiny vrozených vad můžeme jmenovat: dědičnost a mutace chromozómů; léčba ženy pro neplodnost mající vliv na dítě; předchozí samovolné i umělé potraty a porody dětí s vrozenou vadou, zvyšující pravděpodobnost na malformaci potomka; omezená dodávka okysličené krve plodu může vést k mozkovým a jiným poruchám; imunologický konflikt krve matky a plodu (matka Rh-, otec Rh+); poruchy v činnosti žláz s vnitřní sekrecí; děti žen s gestózou po porodu (nitrolební krvácení); infekční choroby matky zejména v prvních 3 měsících těhotenství (zarděnky, příušnice, chřipka); toxoplazmóza; mnoho léků může být příčinou vrozených vad; chemikálie; rentgenové a radioaktivní paprsky; změna elektromagnetického pole; špatná výživa matky (nedostatek bílkovin, vitamínu B aj.); alkoholismus těhotné ženy; kouření těhotné*



ženy; některé drogy; jedovaté exhalace; psychická traumata; antikoncepční léky (způsobující nedostatek vitamínu B 6); zákroky, které žena podstoupí po otěhotnění ve snaze zbavit se plodu, které nevedou vždy k potratu, ale k poškození vyvíjejícího se jedince; změny v množství plodové vody; stáří matky nad 37 let (možnost vzniku Downova syndromu) a další“.

#### 1.2.4. **Příčiny vzniku kombinovaných vad podle Kozákové**

Z hlediska časového působení dělí Kozáková (2005) příčiny kombinovaných vad:

##### **Prenatální příčiny:**

*Blastopatie* je poškození zárodku. Bývají vyvolány onemocněním infekčního původu, špatnou výživou a zářením.

*Embryopatie* je poškození zárodku od 15. dne až do konce 3. měsíce těhotenství.

*Fetopatie* vzniká v období po 3. měsíci těhotenství. V tomto období nedochází k malformacím, ale škodlivina zastaví další vývoj orgánu nebo jeho změnu. Jedná se převážně o poškození mozku – encefalopatii. Příčinami fetopatií jsou onemocnění matky (poruchy činnosti štítné žlázy, diabetes), infekce a intoxikace matky.

##### **Perinatální příčiny:**

Zde se jedná hlavně o předčasný porod, který může být nepříznivým faktorem pro vznik postižení. Mezi další perinatální příčinu patří porod ve správném termínu, avšak s poruchami krevního oběhu či hypoxií. Takové poruchy mají za následek poruchy centrální nervové soustavy. Jinou příčinu způsobují abnormální porodní cesty či plod. Dále se k faktorům přidružují mechanická poškození mozku při porodu, předčasný porod a nízká porodní hmotnost dítěte, hypoxie či asfyxie, těžká novorozenecká žloutenka – hyperbilirubinémie (nesoulad Rh faktorů).

##### **Postnatální příčiny:**

Skupina těchto příčin je charakteristická různorodou škálou okolností. Patří sem např. biologické postnatální poškození (klíšťová encefalitida, meningoencefalitida), virózy, nádorová onemocnění s lézí na mozku, traumata způsobená mechanickými vlivy, krvácení do mozku, a další (Kozáková, 2005).

Jakobová (2007) k výčtu doplňuje ještě různá mechanická poškození, úrazy, nízkou porodní hmotnost dětí a sdružování nejrůznějších příčin, spějících ke vzniku vrozených vad.

Kozáková (2005) konstatuje, že podle doby vzniku existuje postižení vrozené a získané. Získané kombinované postižení jedinec nabývá během svého života.

Jensen (2011) uvádí vznik kombinovaného postižení v období pre, peri a postnatálním. V prenatálním období vzniká poškození od 28. týdne těhotenství. V perinatálním období se jedná o poškození dítěte od 28. týdne těhotenství do 7. dne života. K poškození v postnatálním období dochází v době od 7. dne života.

Ve většině případů se jedná o situace, kdy se k jednomu vrozenému postižení postupně přidružuje postižení další např. následkem úrazů, vzrůstajícím počtem vad, působením vedlejších účinků při nádorových onemocněních, infekcích virového původu nebo i diabetu (způsobeného degenerací oční sítnice, amputace končetiny vlivem špatného prokrvování) a jiné (Kozáková, 2005).

### 1.3. Typy kombinovaných vad

Ludíková (2005) posuzuje aktuální nejčastěji užívanou kategorizaci ve speciální pedagogice, skupiny osob s lehkým a těžkým stupněm postižení. Podle autorky je takové dělení velice neobjektivní. Jedinci s vícenásobným postižením mívají různorodou kombinaci vad odlišných stupňů a hloubek. Proto bývá náročné a často sporné rozhodnout, jaký případ lze považovat za lehký či naopak těžký stupeň.

Slowík (2007) rozděluje vícečetná postižení na kombinace s mentálním postižením, hluchoslepotou a kombinaci s poruchami chování.

Kombinované vady ve spojení s mentální retardací, kdy se jedná o sdružování postižení mentálního spolu se smyslovým, tělesným či poruchou chování vymezila tímto způsobem Ludíková (2005).

Autorka dále doplňuje individuální skupinu, kterou zastupují osoby s duálním sensorickým postižením zraku a sluchu, jež obecně nazýváme hluchoslepými osobami.

Jiný náhled dělení podle převažujícího typu postižení uvádí Jesenský In: Ludíková (2005, str. 10):

- „1. Slepohluchoněmota a lehčí smyslové postižení;*
- 2. Mentální postižení s tělesným postižením;*
- 3. Mentální postižení se sluchovým postižením;*

4. *Mentální postižení s chorobou;*
5. *Mentální postižení se zrakovým postižením;*
6. *Mentální postižení s obtížnou vychovatelností;*
7. *Smyslové a tělesné postižení;*
8. *Postižení řeči se smyslovým, tělesným a mentálním postižením a chronickou chorobou“.*

S obecnější a širší kategorizací přichází ve svých publikacích Vašek (2003) který řadí osoby s kombinovanými vadami do tří symptomatologicky příbuzných skupin:

- a) mentálně postižení s dalším (i) postižením (i);
- b) slepohluchota;
- c) poruchy chování v kombinaci s dalším (i) postižením (i) či narušením (i).

Jakobová (2007) konstatuje, že v naší zemi se užívá dělení kombinovaných vad do tří skupin:

1. kombinace, kdy dominantním postižením je mentální retardace a přidružují se tělesná postižení, vady řeči, smyslová postižení, psychická onemocnění;
2. kombinace smyslové vady s tělesným postižením, vadou řeči, hluchoslepota;
3. autismus a autistické rysy v kombinaci s dalším postižením.

## 1.4. **Stručná charakteristika vybraných typů postižení**

### 1.4.1. ***Mentální postižení***

*„Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií“ (Valenta, Müller, 2003, s. 11).*

#### **Diagnostická kritéria mentální retardace podle DSM-IV:**

- snížení intelektových funkcí (IQ 70 a méně);
- souběžný deficit v oblasti adaptability jedince, a to nejméně ve dvou z následujících oblastí: komunikace, sebeobsluha, život v domácnosti, sociální a interpersonální dovednosti, využití komunitních zdrojů, sebeřízení, funkční dovednosti, práce, odpočinek, zdraví, bezpečnost;
- začátek poruchy před 18 rokem života (Valenta, Müller, 2003).

Pipeková (2006) stručně charakterizovala stupně mentální retardace.

#### **F 70 Lehká mentální retardace**

IQ je přibližně 50 až 69 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9 – 12 let). Obtíže se projevují převážně ve školní výuce. Mnoho osob s lehkou mentální retardací je schopno vykonávat zaměstnání a udržovat sociální vztahy.

#### **F 71 Střední mentální retardace**

IQ se pohybuje okolo hodnot 35 až 49 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6 – 9 let). Znatelné je opoždění vývoje v dětství. Mnozí zvládnou dosáhnout určité hranice nezávislosti a soběstačnosti, jsou způsobilí ke komunikaci a ke školním dovednostem. Dospělí jedinci vyžadují různou míru podpory k práci a k činnostem ve společnosti.

#### **F 72 Těžká mentální retardace**

IQ se pohybuje v pásmu 20 až 34 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3 až 6 let). Stav vyžaduje trvalou potřebu podpory.

#### **F 73 Hluboká mentální retardace**

Jedinci dosahují maximálního IQ 20 (odpovídá u dospělých mentálnímu věku pod 3 roky). Stav přináší nesamostatnost a potřebu pomoci při mobilitě, komunikaci a hygieně.

#### **F 78 Jiná mentální retardace**

Toto označení se používá u jedinců, jejichž mentální retardaci nelze přesně stanovit pro přidružená postižení smyslová a tělesná, poruchy chování a autismus.

#### **F 79 Nespecifikovaná mentální retardace**

Je určeno, že se jedná o mentální postižení, avšak pro nedostatek znaků není možné jedince přesně zařadit.

Švarcová (1998, s. 15) In: Pipeková (2008) uvádí psychické zvláštnosti osob s mentální retardací. „*Jedná se o zpomalenou chápavost, jednoduchost a konkrétnost úsudků; sníženou schopnost až neschopnost komparace a vyvozování logických*

*vztahů; sníženou mechanickou a zejména logickou paměť; těkavost pozornosti; nedostatečnou slovní zásobu a neobratnost ve vyjadřování; poruchy vizuomotoriky a pohybové koordinace; impulzivnost, hyperaktivitu nebo celkovou zpomalenost chování; citovou vzrušivost; sugestibilitu a rigiditu chování; nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“; opožděný psychosexuální vývoj; nerovnováhu aspirací a výkonů; zvýšenou potřebu uspokojení a bezpečí; poruchy v interpersonálních skupinových vztazích a v komunikaci; sníženou přizpůsobivost k sociálním požadavkům“ (Švarcová, 1998, s. 15 In: Pipeková, 2008).*

Valenta a Müller (2003) také popisují zvláštnosti psychických funkcí u mentálního postižení. Jedná se o zvýšenou závislost na rodičích, infantilnost osobnosti, pohotovost k úzkosti a neurastenickým reakcím, sugestibilitu a rigiditu chování, nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“, opoždění psychosexuálního vývoje, nerovnováhu aspirace a výkonu, zvýšenou potřebu uspokojení a bezpečí, poruchu interpersonálních vztahů a komunikace, malou přizpůsobitelnost k sociálním a školním požadavkům, impulzivnost, hyperaktivitu nebo hypoaktivitu, citovou vzrušivost, zpomalenou chápavost, ulpívání na detailech, malou srovnávací schopnost, sníženou mechanickou a logickou paměť, těkavou pozornost, poruchu vizuomotoriky a celkovou pohybovou koordinaci.

#### **1.4.2. Dětská mozková obrna**

Renotierová (2003, s. 32) definuje dětskou mozkovou obrnu: „*Dětská mozková obrna (DMO) je porucha hybnosti a vývoje hybnosti na základě raného poškození mozku před porodem, při porodu nebo v nejranějším dětství (nejčastěji je vznik limitován věkem 1 roku)*“.

Jankovský (2005) dodává, že dítě s příznaky DMO se projevuje různými tonusovými poruchami. Děti s tímto postižením mají narušenu hybnost. Následky postižení se projevují i v poruchách řeči, ve snížení rozumových schopností, v poruchách psychomotoriky, epileptickými záchvaty, pohybovou nekoordinací, neklidem, celkovým opožděním vývoje. Poruchy jsou přítomny v různém stupni a v různých kombinacích (Renotierová, 2003).

Také Vítková (2006) souhlasí s tvrzením, že u DMO dominuje motorické postižení a vyskytují se i postižení smyslová a mentální.

Nejpočetnější skupiny tvoří podle Vítkové formy *spastické* (61%), dále *dyskineticko – dystonické* (21%), *hypotonické, cerebelární* (6%), a *smíšené formy*.

V rámci psychomotoriky se objevuje odchylný vývoj hybnosti. Dále jsou typické odchylky svalového tonu a poruchy řeči. Častým znakem je snížení intelektových schopností, poruchy adaptace. Občas se přidružuje také epilepsie, zrakové obtíže a sluchové obtíže (Jankovský, 2005).

### 1.4.3. Poruchy autistického spektra

Peeters (1998) popisuje slovo **autismus**. Tvrdí, že tento termín není nejlepší pro vystižení problému s interpretací a porozuměním významu věcí. „*Termín pervazivní vývojová porucha je mnohem výstižnější*“ (Peeters, 1998, s. 23).

Pervazivní porucha zcela proniká osobností dítěte a zásadně mění jeho chování, možnosti, socializace, vzdělávání atd. (Valenta, 2014).

Pervazivní vývojové poruchy (Pervasive Developmental Disorders – PDDs) se řadí k nejzávažnějším poruchám dětského mentálního vývoje (Thorová, 2006).

Osoby s autismem vykazují těžké symptomy ve třech oblastech. Jedná se o oblast komunikace, oblast sociálních vztahů a oblast omezených vzorků chování a imaginace (Gillberg, Peeters, 2008).

„*Pervazivní vývojové poruchy diagnostikujeme bez ohledu na přítomnost či nepřítomnost jakékoli jiné přidružené poruchy či nemoci, což znamená, že autismus se může pojít s jakoukoli jinou nemocí či poruchou*“ (Thorová, 2006, s. 58).

#### Diagnostická kritéria autismu podle DSM-IV (APA, 1994)

- A. Celkově je třeba splňovat alespoň šest kritérií ze skupin 1, 2 a 3, z toho nejméně dvou kritérií ze skupiny 1, nejméně jednoho kritéria ze skupiny 2 a nejméně jednoho kritéria ze skupiny 3.**
1. Kvalitativní postižení v **sociální interakci** je manifestováno nejméně dvěma následujícími prvky.
    - a) Výrazné postižení ve využívání mnohočetného neverbálního chování (oční kontakt, výraz obličeje, tělesné postoje, pozice a gesta) pro regulaci sociální interakce.

- b) Neschopnost vytvořit přiměřené vztahy se svými vrstevníky na odpovídající vývojové úrovni.
  - c) Výrazné postižení ve spontánním sdílení radosti, zájmů nebo dovedností s druhými lidmi (např. nemají potřebu si prohlédnout, přinést nebo ukázat předměty, které je zajímají).
  - d) Nedostatečné sociální nebo emocionální vnímání druhých.
2. Kvalitativní postižení v **komunikaci** projevující se nejméně jedním z následujících kritérií:
- a) Opoždění nebo úplný deficit ve vývoji mluvené řeči (není doprovázeno snahou kompenzovat toto postižení gesty či mimikou).
  - b) Výrazné postižení ve schopnosti iniciovat nebo pokračovat v konverzaci s ostatními u jedinců s adekvátní řečí.
  - c) Stereotypní a repetitivní použití jazyka nebo užívání idiosynkratického jazyka.
  - d) Nedostatek různých spontánních her nebo her napodobujících sociální situace na odpovídající vývojové úrovni.
3. Omezený repetitivní a **stereotypní vzorek zájmů**, které se manifestují alespoň jedním z následujících kritérií:
- a) Výrazné zaujetí pro jeden nebo více stereotypních a omezených zájmů, které je abnormální v intenzitě nebo v zaměření.
  - b) Zřetelná nutkavá adherence k nefunkčnímu rutinnímu chování nebo rituálům.
  - c) Stereotypní motorický manýrismus (např. plácání, třepetání prsty či rukama nebo pohyby celým tělem).
  - d) Trvalé zaujetí pro části předmětů.
- B.** *Abnormální vývoj před dosažením třetího roku, který se manifestuje jako zpožděný nebo abnormální nejméně v jedné ze tří oblastí: (1) v sociální interakci, (2) v jazyce, který je používán v sociální komunikaci, (3) v symbolické nebo imaginativní hře.*
- C.** *Nepoužívat pro Rettův syndrom nebo dezintegrační poruchu v dětství.*

Gillberg a Peeters (2008) rozlišují přehled autistického spektra:

- klasický autismus nebo Kannerův syndrom;
- Aspergerův syndrom;
- dětská dezintegrační porucha;
- jiné poruchy příbuzné autismu;
- autistické rysy.

Další autoři zabývající se problematikou autismu rozlišují jednotlivé pervazivní vývojové poruchy:

### **Dětský autismus**

Dětský autismus tvoří podle Thorové (2006) jádro poruch autistického spektra. Syndrom lze podle autorky diagnostikovat v každém věku.

Podle Komárka a Hrdličky (2004) se dětský autismus rozpoznává ve věku 0 – 3. Inteligence bývá v pásmu mentální retardace až normy. Komunikační schopnosti jsou převážně omezené, velmi špatné jsou sociální schopnosti, různě omezené bývají zájmy, běžný je výskyt epilepsie, prognóza bývá různá.

Naopak Thorová (2006) konkretizuje prognózu, když tvrdí, že prognóza závisí na typu poruchy, na rané péči a kvalitě vzdělávacího programu. Dále dodává, že děti s dětským autismem dozrávají po všech stránkách později. V adolescenci může dojít k akceleraci vývoje v pozitivním směru.

Škodová (2003) uvádí, že **dětský autismus** popsal poprvé Kanner u skupiny dětí s mentální retardací. Tyto děti charakterizoval neschopností navazovat vztahy, opožděným vývojem řeči s řečovými abnormitami a nutkavou potřebou osamocení a stereotypností. Soubor příznaků nazval jako raný (časný) infantilní autismus, později zvaný dětský autismus. V současné době je považován dětský autismus za pervazivní, tj. celou osobnost postihující vývojovou poruchu.

Také Pečeňák (2003) popisuje začlenění dětského autismu do skupiny pervazivních vývojových poruch. „*Tento pojem se poprvé objevil ve 3. revizi Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace z roku 1980 (DSM-III) a přebírají jej i současné klasifikační systémy – kromě MKN-10 i 4. revize Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace (DSM-IV). V MKN-10 jsou do skupiny pervazivních vývojových poruch zahrnuty tyto diagnostické kategorie: dětský autismus, atypický autismus, Rettův*



*syndrom, jiná dezintegrační porucha v dětství, hyperaktivní porucha spojená s mentální retardací a stereotypními pohyby, Aspergerův syndrom, jiné pervazivní vývojové poruchy, nespecifikovaná vývojová porucha“ (Pečeňák, 2003, s. 263).*

Dětský autismus se projevuje zejména v oblastech chování, mimice a tělesných pohybech, řeči a komunikaci, poruše sociálních vztahů, odporu ke změně, symbolické hře, možností postižení inteligence, nerovnoměrností vývoje a emoční labilitou (Škodová, 2003).

Valenta (2014) uvádí, že dětský autismus je charakterizován triádou znaků: narušenou sociální interakcí, omezenou schopností verbální a nonverbální komunikace a poruchou představivosti.

Z pozorování dětí s dětským autismem pramení, že kritéria klasifikace ICD-10 se musí shodovat s následujícími 3 symptomy: extrémní vyhýbání se prostředí, znepokojení při náhlé změně běžných zvyků a nápadnosti v řeči (Remschmidt, 2008).

### **Atypický autismus**

Porucha nesplňuje zcela kritéria pro dětský autismus, nejsou naplněny všechny tři okruhy diagnostických kritérií, nebo je opožděný nástup po 3. roce života (Hrdlička, Komárek, 2004).

Podle Pečeňáka (2003) je atypický autismus charakteristický abnormálním či narušeným vývojem ve věku tří let nebo později. Jsou přítomny kvalitativní abnormality v sociální interakci či komunikaci nebo omezené, repetitivní a stereotypní pravidla chování, zájmů nebo aktivit. Porucha nesplňuje diagnostická kritéria pro autismus (F 84.0).

*„Atypický autismus je zastřešujícím termínem pro část osob, na které by se hodil vágní diagnostický výrok autistické rysy či sklony“ (Thorová, 2006, s. 182). Dále autorka dodává, že autistické chování se přidružuje k těžké a hluboké mentální retardaci.*

### **Aspergerův syndrom**

Aspergerův syndrom se diagnostikuje po 3. roce života. Nedochozí k regresi. Dobré bývají komunikační schopnosti, naopak špatné sociální schopnosti. Charakteristickým znakem je omezenost zájmů,, nevyskytuje se epilepsie a prognóza bývá dobrá (Hrdlička, Komárek, 2004).

### **Rettův syndrom**

Postihuje (na rozdíl od dětského autismu vyskytujícího se čtyřikrát častěji u chlapců) jenom dívky, u nichž dochází po krátkém období normálního vývoje ke ztrátě komunikačních i pohybových schopností, což demonstruje převážně ztrátou funkčních pohybů rukou, objevuje se stereotypie kroutivých pohybů prstů. Děvčata mají výrazné postižení inteligence a psychomotoriky (Valenta, 2011).

**Jiná dezintegrační porucha** (infantilní demence, Hellerův syndrom, dezintegrační psychóza)

Nastupuje po druhém roce života, postihuje závažně intelekt, dochází k regresi. Velmi špatné jsou komunikační schopnosti a sociální schopnosti. Běžný je výskyt epilepsie, prognóza je velmi špatná (Hrdlička, Komárek, 2004).

### **Jiná pervazivní vývojová porucha**

Je diagnostikována v různém věku. Intelekt bývá v normě. Nedochozí k regresi, různou mírou jsou narušeny komunikační a sociální schopnosti, různá je také prognóza. Mezi příklady patří mentální retardace, schizofrenie s časným začátkem, demence v dětství, specifické vývojové poruchy řeči a jazyka, elektivní mutismus, sociální úzkostná porucha v dětství, obsedantně – kompulzivní porucha, poruchy se stereotypními pohyby, hyperkinetické poruchy, dysharmonický vývoj osobnosti se schizoidními nebo vyhubými tendencemi (Hrdlička, Komárek, 2004).

Autoři také vysvětlují dělení na *vysoce funkční autismus* (autističtí jedinci bez přítomnosti MR), dále *středně funkční autismus* (jedinci s lehce nebo středně těžkou MR, patrné narušení komunikativní řeči, stereotypie) a v neposlední řadě *nízkofunkční autismus* (jedná se o těžkou a hlubokou mentální retardaci, nerozvinutá řeč, stereotypie, repetitivní příznaky).

## **Terminologické rozdíly v klasifikaci MKN-10 (1992) a DSM-IV (1994)**

### **MKN - 10 (1992)**

1. Dětský autismus (F84.0);
2. Atypický autismus (F84.1);
3. Aspergerův syndrom (F84.5)
4. Jiná dezintegrační porucha v dětství (F84.3);
5. Rettův syndrom (F84.2);
6. Hyperaktivní porucha s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84.8);
7. Jiné pervazivní vývojové poruchy (F84.8);
8. Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná (F84.9).

### **DSM-IV (1994)**

1. Autistická porucha;
2. Pervazivní vývojová porucha jinak specifikovaná;
3. Aspergerova porucha;
4. Dezintegrační porucha v dětství;
5. Rettova porucha;
6. Pervazivní vývojová porucha jinak nespecifikovaná;
7. Pervazivní vývojová porucha jinak nespecifikovaná (Hrdlička, Komárek, 2004).

## 2 Poruchy řeči

*Kapitola je úmyslně rozčleněna do tří oblastí poruch komunikace z hlediska rozdílných názorů jednotlivých autorů. Pojem narušená komunikační schopnost je stěžejní pojem pro V. Lechtu, poruchy řečové komunikace je termín používaný K. Neubauerem a symptomatické poruchy řeči uvádí také Lechta, jako narušenou komunikační schopnost, doprovázející jiné, dominující postižení.*

### 2.1. Narušená komunikační schopnost

Problematikou narušené komunikační schopnosti z hlediska příčin, projevů, důsledků, možností diagnostiky, terapie, prevence i prognózy se zabývá obor logopedie. Základní logopedickou kategorií v současnosti je pojem narušená komunikační schopnost. Tento termín užívá V. Lechta. (Mlčáková, 2011).

V zahraničí je tato problematika označována velice různorodě. V Německu je označována termínem: „*Störung von Kommunikationsfähigkeit*, případně *gestörte Kommunikationsfähigkeit*“. V anglické odborné literatuře se setkáme s termínem „*Communication disability*, v ruské *narušennaja komunikacionnaja sposobnos*“. Ve Francii se vyskytuje pojem „*trouble de la capacité communicative*“ (Klenková, 2006).

Lechta (2002, str. 52) zdůrazňuje, že termín narušená komunikační schopnost je považován za vhodnější a přesnější, než termín „*speech and language disorders*“, resp. „*Sprach-, Sprech- und Sprechstörungen*“, tedy „*poruchy řeči, jazyka a hlasu*“, který se v současné době používá v anglosaských zemích včetně Německa. Tyto termíny jsou nepřesné hlavně z jazykovědného pohledu. Termín „*poruchy jazyka*“ znamená doslova poruchy jevu, neboli „*soubor znaků a figur*“, případně „*systém znaků (kód) sloužící k dorozumívání v určité etnické společnosti*“, resp. „*soustava zvláštních znakových hodnot*“.

Podle Slowíka (2007) zahrnuje narušená komunikační schopnost mimo mluvenou řeč také její grafickou podobu, neverbální prostředky a také netypické komunikační kanály.

Klenková (2006) uvádí **příčiny** vzniku narušené komunikační schopnosti. Zmiňuje příčiny prenatální, perinatální a postnatální. Z hlediska lokalizačního řadí autorka k nejčastějším příčinám „*genové mutace, aberace chromozomů, vývojové odchylky, orgánová poškození receptorů (receptivní nebo impresivní poruchy*

– *poruchy rozumění řeči*), *poškození centrální části (poruchy fatické, narušení nejvyšších řečových funkcí)*, *poškození efektorů (narušení expresivní složky, poruchy řečové produkce)*, *působení nevhodného, nepodnětného, nestimulujícího prostředí (může být příčinou např. opoždění ve vývoji řeči dítěte)*, *narušení sociální interakce (může docházet k poruchám psychotické povahy)*“.

Škodová (2003) také tvrdí, že primární příčinou způsobující dominující postižení (*vada sluchu*) s narušenou komunikační schopností, je např. dědičnost. Primární příčinou způsobující dominující postižení (*mentální retardaci*) a sekundární postižení (*rozštěp patra*) s narušenou komunikační schopností (*opožděný vývoj řeči + narušení zvuku řeči s organickým poškozením mluvidel*) může být prenatální poškození mozku, způsobené infekcí. Dvě primární příčiny, např. perinatální poškození CNS a vrozené smyslové postižení, v důsledku dědičnosti mohou způsobit dominující postižení (*např. vada zraku*) i sekundární postižení (*vývojovou dysfázii*).

Lechta (2002) se zabývá narušenou komunikační schopností z hlediska jazykových rovin. Jedná se rovinu *foneticko – fonologickou, morfologickou, syntaktickou, lexikální, sémantickou a pragmatickou*. Také poukazuje na skutečnost, že narušená komunikační schopnost se může týkat verbální i neverbální, mluvené i grafické formy, její receptivní i expresivní složky. Autor dělí narušenou komunikační schopnost na symptomy vyznačující se z hlediska času a z hlediska stupně.

**Z časového hlediska** se jedná o narušenou komunikační schopnost trvalou nebo pouze přechodnou. Projevuje se jako vrozená chyba řeči nebo získaná porucha řeči. Etiologie bývá orgánová nebo funkční.

**Podle stupně** bývá narušená komunikační schopnost úplná, případně částečná (s různě odstupňovaným narušením). Osoba s narušenou komunikační schopností si své vady může být vědoma, ale také nemusí.

Narušená komunikační schopnost se projevuje v oblasti symbolických procesů (dysgramatismus) i nesymbolických procesů (porucha plynulosti mluvení), odráží se ve zvukové i nezvukové dimenzi, případně ve více dimenzích zároveň.

### 2.1.1. *Nejfrekventovanější dimenze NKS*

- *jazykovědné hledisko*: foneticko – fonologické, lexikálně – sémantické;
- *morfologicko – syntaktické či pragmatické*;
- *hledisko formy interindividuální komunikace*: zkoumá se verbální i neverbální projev;
- *hledisko průběhu komunikačního procesu*: zkoumá se expresivní složka i receptivní složka (Lechta, 2002).

Klenková (2006) vysvětluje, že za narušenou komunikační schopnost nelze u dítěte považovat určité známky, které jsou fyziologickými projevy. Uvádí například období kolem 3. – 4. roku dítěte, kdy se objevují projevy tzv. fyziologické neplynulosti (dysfluence). V této situaci se ještě nejedná o narušenou komunikační schopnost, ale je adekvátní vyhledat odborníka. Kolem 4 let věku dítěte mnohdy přichází tzv. fyziologický dysgramatismus (nedostatky v gramatické složce řeči). Ani tyto nedostatky nelze pokládat za narušenou komunikační schopnost. Autorka dodává, že nepovažuje za narušenou komunikační schopnost ani nesprávnou výslovnost, vynechávání nebo záměnu hlásek při výslovnosti ve fyziologickém období. Mluvíme totiž o tzv. fyziologické dyslalii.

Mezi diagnostické cíle narušené komunikační schopnosti podle Lechty (2003) patří:

- stanovit, zda se vůbec jedná o narušení nebo o fyziologický jev (např. fyziologická dyslalie se nepovažuje za patlavost, fyziologické potíže ve vývoji řeči kolem 3. roku nejsou pokládány za koktavost, fyziologická nemluvnost se nepokládá za narušený vývoj řeči) nebo možnou odchylku a určit druh (typ, formu) tohoto narušení;
- je-li to možné, zjistit příčinu vzniku narušené komunikační schopnosti – *orgánovou* (např. genetické mutace, chromozomové aberace, vývojové odchylky, poškození analyzátorů, neuroefektů) nebo *funkční* (mj. napodobování chybného řečového vzoru), jakož i etiopatogeneze narušené komunikační schopnosti v prenatálním, perinatálním nebo postnatálním období;
- s větší či menší pravděpodobností určit, zda se jedná o trvalé, nebo přechodné narušení, tedy jestli je možnost případného odstranění a jaké jsou (mohou být) jeho následky (prognóza);

- stanovit, jde-li o narušení vrozené (které se označuje jako vada řeči), či získané (označované jako porucha řeči).

## 2.2. Poruchy řečové komunikace

Neubauer (2010) předkládá pojem „*poruchy řečové komunikace*“. Dělí poruchy řečové komunikace:

- příčiny, počáteční východisko vzniku poruchy, vyvolávající její projevy;
- dominantní projevy poruchy komunikace;
- dobu vzniku poruchy, její průběh a předchozí vývoj symptomů.

Systém dělení poruch řečové komunikace je podle Neubauera (2007) zaměřen na zjištění příčiny vzniku poruchy a podporu specifické oblasti komunikačních schopností. Dále přispívá k chápání procesu řečové komunikace jako vícemodálního jevu.

### **Autor uznává přítomnost:**

- motorických řečových poruch;
- poruch na bázi jazykového systému;
- poruch kognitivně – komunikačních schopností;
- poruch na bázi percepční bariéry.

Užité uspořádání vyzdvihává zacílit terapeutickou intervenci do oblasti příčiny poruchy řečové komunikace.

Autor hovoří o pojmu „*jazyková porucha*“, který je možné více zaměřit užitím pojmu „*individuální jazykový systém*“ či „*poruchy individuálních jazykových schopností člověka*“.

*„Především však pojem jazyková porucha definuje skutečnost, že při primárně nepoškozených motorických modalitách (respirace, fonace, artikulace, rezonance) dochází k obtížím v užití jazykového vyjádření u postiženého člověka. Jsou zasaženy i další formy sdělení informací – písemná, popř. manuální forma vyjádření s užitím jazykového kódu“ (Neubauer, 2010, s. 22).*

Neubauer (2010) konstatuje, že stěžejním problémem při přetrvávání odměřeného přístupu k reálnému rozlišení poruch motorických řečových modalit a jazykového kódu u osob s poruchami řečové komunikace může být jak neodlišování dominantní báze poruchy, tak i setrvačnost v nevhodných formách diagnostiky a terapeutické péče.

### 2.2.1. *Dělení vývojových poruch řečové komunikace podle Neubauera (2010):*

- 1) *řečové motorické funkce* (např. dyslalie, vývojová dyspraxie v řeči, či artikulační neobratnost, palatolalie, vývojová dysartrie, dysfagie, rinolalie, dysfonie, balbuties, tumultus sermonis);
- 2) *schopnost využít individuální jazykový systém* (opožděný vývoj řečových schopností, vývojová dysfázie, specifické poruchy učení);
- 3) *kognitivní poznávací a paměťové funkce* (KKP při pervazivním vývojovém onemocnění, KKP u stavů po úrazu CNS či onemocnění CNS, KKP při mentálním handicapu);
- 4) *percepční funkce* (poruchy řečové komunikace vyvolané vlivy poruch sluchu či zraku).

### 2.3. **Symptomatické poruchy řeči**

Lechta (2002, str. 52) definuje symptomatické poruchy řeči jako: „*Narušení komunikační schopnosti, doprovázející jiné, dominující postižení, případně poruchy a onemocnění.*“

Lechta (2003) píše, že vznik symptomatických poruch řeči je ovlivněn někdy těžce odhalitelnou a těžko odlišitelnou etiologií. Často dochází ke zpětné vazbě mezi jednotlivými příčinami a jejich následky.

Neubauer (2010) upozorňuje na skutečnost, že symptomatické poruchy řeči, doprovázející jiné dominující postižení, narušení či onemocnění, jsou často v kontextu se vznikem a projevy převažujícího postižení, přičemž jsou určovány za jiných okolností i jako samostatné diagnostické jednotky. To zapříčiňuje nesnadné pochopení diagnostického dělení pro logopedickou diagnostiku a praxi. Celou problematiku vysvětluje např. u dysartrie, kdy v jednom případě je tato porucha vysvětlována jako komplexní syndrom poruchy řečové komunikace s mnoha symptomy a řadou diferenciálních znaků. V jiném případě je dysartrie definována jako symptom (u dětí s DMO) a zahrnuta do symptomatických poruch.



### 2.3.1. *Tři základní příčiny vzniku poruch řeči (Lechta, 2002)*

*Primární příčina (např. dědičnost) zapříčiňuje hlavní postižení či poruchu.* Hlavní dominující postižení je doprovázeno také narušenou komunikační schopností – symptomatickou poruchou řeči.

*Primární příčina (např. orgánové poškození mozku) zapříčiňuje dominující postižení (např. mentální postižení) se sekundárně narušenou komunikační schopností. Zároveň však tato primární příčina zasáhne i souběžné postižení nebo poškození (např. inervaci mluvních orgánů) s jeho dalším nepříznivým dopadem na komunikační schopnost.*

*Existují dvě (i více) primárních příčin, které ovlivňují komunikační schopnost jedince v záporném významu. Např. nevidomost (se svou vlastní příčinou) se druhotně negativně projeví na komunikační schopnosti nevidomého dítěte (např. verbalismem). Zároveň však i jiná příčina (např. negativní působení okolí) může taktéž ovlivnit rozvoj komunikační schopnosti dítěte v negativním smyslu.*

Lechta (2002) se domnívá, že termín „symptomatické“ poruchy řeči je výstižnější než termín „sekundární“ poruchy řeči. Řečové poruchy jsou klasickým symptomem také u neslyšících dětí, dětí s DMO či dětí s mentální retardací. V současnosti, vlivem rychlého vzrůstu přítomnosti kombinovaných postižení, stoupá i význam zkoumání symptomatických poruch řeči a komplexní péče o děti se symptomatickými poruchami řeči.

Škodová (2003) konstatuje, že i v nejtěžších případech, kdy jedinec tvoří pouze určité zvuky signálního významu, nemůžeme hovořit o úplné němotě. Primární příčiny symptomatických poruch řeči jsou charakteristické určitými známkami. V důsledku *sluchových vad a poruch* bývají značně narušené modulační faktory a artikulace, v případě *těžkých postižení* bývá narušena také obsahová stránka řeči. U *mentálního postižení* je narušena hlavně obsahová stránka řeči (malá slovní zásoba, obsahová chudost, převaha konkrétních slov apod.). U *pervazivních poruch* převažuje slabý zájem o komunikaci. Jedinci selhávají ve všech způsobech komunikace, včetně neverbální komunikace. U DMO je těžce narušena motorická realizace hlásek, slabik nebo slov (Škodová, 2003).

### 3 Řeč a psychomotorika u kombinovaného postižení

*Oblast kombinovaných postižení je typická svým širokým rozpětím typů vad. Pro potřeby diplomové práce byla hlavní orientace zacílena na skupinu osob s mentální retardací, osoby s DMO a osoby s poruchami autistického spektra. Popsány jsou hlavní charakteristické znaky v oblasti řeči a psychomotoriky u zmíněných typů postižení.*

*Vynechána je problematika osob s mentální retardací a souvisejícím zrakovým postižením, přidruženým sluchovým postižením, osoby s poruchami chování a zároveň není uvedeno duální sensorické postižení– hluchoslepota.*

Kozáková (2005, s. 35) říká: „V kombinacích postižení, narušení či poruch s mentálním postižením je možné zaznamenat různé (prakticky všechny) druhy, stupně, formy a typy mentálního postižení s různou dobou vzniku, s různými etiologickými faktory, jako i geneticky podmíněné, vrozené či získané jiné postižení, narušení, poruchy, choroby rozličné závažnosti a etiologie. Proto je dost obtížné uvádět všeobecnější charakteristiky takovýchto kombinací“.

Slowík (2007) mluví o často se objevující kombinaci postižení **mentálního spolu s tělesným, případně smyslovým**. Osoby s mentální retardací mívají mnohdy narušenou komunikační schopnost zapříčiněnou symptomatickými poruchami řeči. Autor konstatuje, že mentální postižení se objevuje spolu s tělesným handicapem často **u dětské mozkové obrny (DMO)**. V této kombinaci jsou většinou doprovázeny také další poruchy, např. dysartrie. Pouze 20% jedinců postižených DMO nevykazuje známky mentálního handicapu. Další poruchou spojenou s mentální retardací zmiňuje autor **autismus**.

Také Kozáková (2005) potvrzuje, že různé stupně mentálního postižení se spojují s postižením tělesným, smyslovým, s narušenou komunikační schopností, nebo se sociálním postižením. Autorka je ve shodě s ostatními odborníky, když tvrdí, že sdružovat se mohou jak závažnější stupně postižení, poruch či narušení, tak i stupně lehčí vzájemně nebo s těžšími stupni.

### 3.1. Vývoj řeči u mentálního postižení

Klenková (2006) pokládá vývoj řeči u mentálně postižených dětí za značně narušený téměř vždy. Počáteční nástup řeči bývá opožděn. Mentálně postižené dítě nedosáhne normy v řečovém výkonu. Podle autorky dochází u mentálně postižených k nástupu a vývoji řeči ve značně pozdním období, záleží na stupni, typu a formě mentální retardace.

Podle statických údajů téměř všech odborníků orientujících se na řeč mentálně postižených je dokázán několikanásobně častější výskyt poruch řeči, než u osob bez postižení (Lechta, 2002).

*„Mentálně retardované dítě nedosáhne ve vývoji řeči normy, vždy je omezená zvuková, gramatická nebo obsahová stránka řeči. Speciální péčí lze dosáhnout určitých pokroků, posunů ve vývoji vpřed, ale nikdy mentálně retardované dítě nedosáhne takového stupně vývoje, aby řeč odpovídala gramatické, obsahové i artikulační jazykové normě“* (Klenková, 2006, s. 198).

Lechta (2002) hodnotí vývoj řeči mentálně postižených podle Sovákovy typologie poruch vývoje řeči. Tato typologie říká, že se jedná o omezený vývoj řeči, z důvodu pomalého rozvoje řeči a deformované řeči. Dále Lechta poznamenává, že děti často křičí méně a „jinak“ už při narození, než děti intaktní.

V klinické praxi dochází u mentální retardace k nejčastější záměně za opožděný vývoj řeči prostý, vývojovou dysfázií nebo za sluchovou vadu (Škodová, 2003).

Fischer a Škoda (2008) popisují řeč mentálně postižených z hlediska formálního a obsahového. Mezi charakteristické znaky řečového projevu řadí následující: snížená schopnost porozumět i běžnému verbálnímu sdělení, z důvodu omezenější slovní zásoby a problémy v pochopení celkových souvislostí. Mentálně handicapovaní jedinci nejsou schopni pochopit složitější slovní obraty, ironii, žert apod. U lehkých stupňů postižení zvládnou běžné konkrétní pojmy a elementární slovní obraty. Lidé s těžším stupněm mentální retardace nemají rozvinutou verbální schopnost vůbec. V tomto případě získává význam komunikace neverbální. Dalším znakem je jazyková necitlivost (agramatismy) a jednoduché vyjadřování.

Valenta (2011, s. 134) doporučuje dodržovat následující pravidla při komunikaci s mentálně postiženými: *„Rozvětvená souvětí, jednoduché věty podpoříme zvýrazněnými modulačními faktory a prostředky body language, trpělivě*

*opakujeme nejen svoje otázky (s jistou modifikací, pokud vidíme, že nám postižený rozumí), ale pro zvýraznění zpětné vazby také odpovědi klienta“.*

### **3.1.1. Řečová komunikace podle stupně mentálního postižení**

#### **a) Děti s hlubokou mentální retardací (IQ pod 20)**

Jedinci s hlubokou mentální retardací si neosvojí ani základní prvky mluvené řeči, rozumění je sníženo pouze na základní pokyny. Na jedince působí hlavně emočně laděný tón hlasu. *„Komunikace je pouze globální a je založena na vyjádření emocí (relaxace, úsměv při spokojenosti, nebo naopak tenze, anxiozita, pláč, afekt při nespokojenosti)“* Škodová (2003, s. 395).

#### **b) Děti s těžkou mentální retardací (IQ 20 - 34)**

Škodová (2003) předkládá, že u tohoto typu postižení se ve většině případů jedná o postižení kombinované.

Klenková (2000) charakterizuje řeč u dětí s těžkou mentální retardací jako nevyvíjející se, kdy vzniká idiotická němota (*mutitas idiotica*), nebo řeč stagnuje na úrovni základních pudových fonetických projevů. Dynamika a melodie bývají hrubé a asymetrické. Autorka hovoří o tzv. senzomotorických napodobovacích reflexech - *echolalii*.

Jedinci s těžkou a hlubokou mentální retardací se většinou vůbec nenaučí mluvit, případně vydávají nezřetelné zvuky a nemají projevy mimiky. Tyto děti vydávají chraptivý, dysfonický hlas. Občas dochází k osvojení si několika dysgramatických a zkomolených slov (např. máma, táta), ovšem i v tomto případě se jedná spíše o žvatlání, než o přímou artikulovanou řeč (Lechta, 2002).

Valenta (2011) předkládá komunikační systém TTT, který je v poslední době často využíván v komunikaci jedinců s těžším stupněm mentálního postižení.

#### **c) Děti se středně těžkou mentální retardací (IQ 35 – 49)**

Děti se středně těžkou mentální retardací mají výrazný pozdní začátek vývoje řeči až po třetím roce života, a někdy až po šestém (Klenková, 2000).

Lechta (2002) považuje za počátek nástupu řeči až průběh šestého roku života. Podle autora mají jedinci se střední mentální retardací dobře vyvinutou napodobovací schopnost, s čímž souvisí *echolálie*. Také Škodová (2003) uvádí,

že jedinci se středně těžkou mentální retardací dokážou mnohdy bez problému zopakovat delší úsek mluvy, ovšem porozumění obsahu chybí.

Tito jedinci jsou schopní naučit se základní prvky sebeobsluhy a jednoduché pracovní činnosti, konané pod systémovým vedením (Lechta, 2002).

Klenková (2006) dodává, že děti zvládnou základní součásti trivia (čtení, psaní, počítání).

Děti se středně těžkou mentální retardací si osvojí pouze „*minimální slovní zásobu k základnímu dorozumění*“ (Škodová, 2003, s. 395).

#### **d) Děti s lehkou (mírnou) mentální retardací (IQ – 50 – 69).**

Také Klenková (2000) zmiňuje nástup řeči, který bývá opožděný o jeden až dva roky ve srovnání s intaktními dětmi. Podle autorky je možné dosáhnout správného vývoje artikulace, ovšem bývá narušené porozumění obsahu, které je spojeno s mírou inteligence.

Počátek vývoje řeči nemusí být zřetelně opožděný. Opoždění se stává očividné až na vyšších vývojových úrovních, kdy se zvyšují nároky na dítě v řešení náročnějších úkolů nebo situací (Škodová, 2003).

Podle Lechty (2002) bývají verbální projevy v situacích každodenního života dostačující, proto nemusí být nezvykle odlišná jejich řeč. Problém nastává, pokud děti s tímto stupněm mentální retardace nejsou včas diagnostikovány.

#### **3.1.2. Nejčastější řečové poruchy u mentálního postižení**

Lechta (2002) popsal, jaký vliv má typ mentální retardace na vývoj řeči a průběh osvojování si komunikačních kompetencí. Následující typy jsou problémové v navazování komunikačního procesu. Prvním typem jsou děti **eretické** (instabilní či neklidné), které bývají nesoustředěné. Autor dodává, že eretické děti bývají hyperaktivní, hlasité, vykřikují. Druhým typem jsou děti **apatické** (torpidní, utlumené), které nemají zájem komunikovat. Tyto děti se vyznačují podle autora lhostejností, malou pohyblivostí, pomalu vyprávějí a mluví nápadně monotónně. Třetí skupinou je **nevyhraněný eretický či apatický typ**. Tato relativní typologie umožňuje jistou možnost komunikace.

Klenková (2006, s. 200) uvádí, že mezi nejčastěji se vyskytující řečové poruchy u mentálně postižených patří dyslalie (sykavky, vibranty, vadné retozubné

a retoretné hlásky). Další velmi často vyskytující se poruchou je huhňavost, která: „se vyskytuje u těchto jedinců častěji než u dětí duševně zdravých. Zavřená huhňavost u nich bývá zapříčiněna zbytnělou nosní mandlí (adenoidní vegetace), u otevřené huhňavosti je příčinou vzniku nedostatečná inervace měkkého patra“. Autorka zmiňuje také breptavost, jako jednu z typických řečových poruch u jedinců eretického typu. K breptavosti se mnohdy přidává také koktavost. Děti, které mají dobré napodobovací schopnosti, vykazují známky echolálie. U dětí s poruchou motoriky je častý výskyt dysprozódie (porucha modulačních faktorů).

### **Dyslalie**

Dyslalie je jedna z nejčastějších poruch řeči u dětí s mentální retardací (stejně jako u intaktních dětí). „*Dyslalie mentálně retardovaných dětí je často kombinována s dysgramatismem, huhňavostí, případně s dysfonií*“ Lechta (2002, s. 91)

Podle Vítkové (2004) je pro děti s mentální retardací a dyslalií typické, že při nápravě chybné výslovnosti je období fixování a automatizování hlásky do řeči mnohem delší, než u dětí intaktních.

### **Huhňavost**

Huhňavost se u mentálně postižených dětí vyskytuje taktéž častěji, než u intaktních dětí. Huhňavost může být otevřená, kde bývá nedostatečně inervováno palatum velum (měkké patro). U osob s mentální retardací se však častěji objevuje huhňavost zavřená (Lechta, 2002).

### **Breptavost**

Breptavost se řadí do okruhu narušení plynulosti řeči. Začíná se projevat již v raném dětství, přetrvává do období dospívání i déle. K příznakům se řadí akcelerace mluvy, nezřetelná výslovnost, nižší koncentrace pozornosti, těžkosti ve formulování myšlenek. (Mlčáková, 2011).

### **Koktavost**

Lechta (2002) zmiňuje rozpory mnohých autorů, kteří se rozcházejí se svými postoji k problematice koktavosti. Autor zdůrazňuje několikanásobně vyšší výskyt koktavosti u dětí s mentální retardací oproti intaktním dětem. Dále

také Lechta dodává současné názory, které tvrdí, že u těchto dětí je třeba mluvit spíše o kombinaci koktavosti s breptavostí, lépe řečeno o breptavosti. „*Jestliže by se ukázala oprávněnost těchto názorů, vysvětlily by se tím mimo jiné i velké odchylky v údajích o výskytu breptavosti a koktavosti u mentálně retardovaných*“ (Lechta, 2002, s. 93).

### **Echolálie**

Podle Lechty (2002, s. 94) se jedná o: „*mechanické opakování slyšeného bez pochopení smyslu*“. U dětí s mentální retardací bývá echolálie nejspíše napodobovací schopností. Osoby s těžkou mentální retardací opakují slyšené zvuky, případně slova ozvěnovitě. Děti se středně těžkou mentální retardací mají mnohdy nečekaně dobrou schopnost přesně opakovat i náročné řečové celky. Lechta je názoru, že i u dětí s lehkou mentální retardací převážně v mladším věku je přítomna echolálie.

### **Dysprozódie**

Vítková (2004) vysvětluje dysprozódii jako poruchu modulačních faktorů, která jeví známky poruch motoriky.

Škodová (2003) dodává, že modulaci řeči ovlivňuje lokalizace a rozsah léze.

### **Poruchy hlasu**

Poruchy hlasu se mohou vyskytovat samostatně nebo v kombinaci s jinými druhy narušené komunikační schopnosti, např. s dysartrií, afázií, koktavostí, palatolálií apod. (Mlčáková, 2011).

#### **3.1.3. *Jazykové roviny z hlediska mentálního postižení podle Lechty (2002)***

##### **a) Lexikálně – sémantická rovina**

U mentálně retardovaných dětí bývá omezená slovní zásoba v důsledku sníženého intelektu. V řeči těchto dětí se nachází pouze malý výskyt přídavných jmen. Děti používají převážně názvy běžných předmětů. Charakteristická je u těchto dětí nesouměrná pasivní a aktivní slovní zásoba. Tyto děti připojují jedno a totéž slovo mnoha podobným i nepodobným věcem a jevům. Ke generalizaci

a diferenciaci často vůbec nedochází. Mentálně postižené děti si v průběhu školních let tvoří svoji vlastní řeč, odpovídající 3 – 4 letým dětem intaktním. Převážně situační řeč je srozumitelná pouze pro osoby, které danou situaci znají.

#### **b) Morfologicko – syntaktická rovina**

Podle Lechty (2002, s. 83) jsou „rozdíly v úrovni osvojování gramatické stránky mateřského jazyka mezi mentálně retardovanými a intaktními dětmi nápadné už na první poslech“.

Gramatické formy jazyka dosáhne jen dítě s lehčím stupněm mentální retardace. I tyto formy postižení však vykazují známky dysgramatismu a pozdější nástup správného používání gramatických tvarů, než u dětí intaktních. Syntax 6 – 7 letých dětí s lehkou mentální retardací se skládá často jen ze základních vět. Děti s lehkou mentální retardací používají v oblasti morfologie oproti jiným oddílům řeči poměrně mnoho podstatných jmen a mnohem vzácněji se vyskytují v řeči slovesa. Byla zjištěna převaha podstatných jmen nad slovesy v řeči dětí starších tří let. Důvodem je omezený vývoj řeči. Oproti podstatným jménům se vyskytuje v řeči žáků zvláštních škol velice malé procento jmen přídavných. Omezeno je používání zájmen, příslovcí a příčinně – důsledkových spojek. Selhání u dětí s lehčí mentální retardací nastává ve chvílích, které vyžadují logické myšlení a usuzování. Žáci končící docházku zvláštních škol, mají ukončen proces výstavby vět na úrovni 7. – 8. roku. Další vztah je přítomen mezi inteligencí a délkou vět. K ustrnutí dochází v oblasti morfologie. Děti se střední a těžkou mentální retardací se v oblasti gramatiky ani nepřiblíží normě.

#### **c) Foneticko-fonologická rovina**

Oblast mezi úrovní inteligence a vadnou výslovností u nás ještě není příliš prozkoumána. Počet dětí s nesprávnou výslovností stoupá s nižší úrovní inteligence. Vývoj výslovnosti u mentálně retardovaných dětí je téměř vždy za hranicí normy. Příčinou je pozdní nástup řeči, kdy intaktní děti si již osvojili mluvenou řeč a postižení jedinci mají méně verbální praxe. Pro mentálně retardované je navíc typická motorická neobratnost, nedoslýchavost, narušená schopnost fonematické diferenciaci apod. Tyto všechny faktory ovlivňují snížený stupeň IQ.



Mentálně postižené děti mají oproti intaktním dětem velkou mezeru v úrovni vývoje výslovnosti. Až 96,2 % dětí ze zvláštní školy má vadnou výslovnost (oproti dětem z běžné ZŠ, kde se objevují údaje okolo 40% dětí s vadnou výslovností). Dětem ze zvláštní školy je přitom poskytnuta speciálně pedagogická péče a nejedná se o zanedbané děti. Fixování hlásek mateřského jazyka přetrvává u mentálně postižených až do období školního věku.

#### **d) Pragmatická rovina**

Pragmatická rovina u mentálně retardovaných dětí není v našich podmínkách doposud podrobně zpracována. Jistá je skutečnost, že tyto děti vykazují známky problematického představení svého komunikačního cíle, dále jsou u nich zjevné potíže v pochopení své role komunikačního partnera, problémy s odezvou v komunikační situaci, potíže v použití vhodných komunikačních vzorců s ohledem na specifické komunikační situace atd., a to v závislosti na stupni svého postižení. Možnost jazykové roviny dítěte s mentální retardací dále omezuje také přítomnost přidruženého postižení, např. DMO, sluchová vada, apod. (Lechta, 2002).

### **3.2. Psychomotorický vývoj u mentálního postižení**

Každý mentálně postižený jedinec se projevuje v jednotlivých obdobích života individuálními charakteristickými znaky, závisujícími na hloubce a rozsahu mentální retardace (Pipeková, 2006).

*„Celkové poškození neuropsychického vývoje osob s mentální retardací přináší s sebou řadu zvláštností v jednotlivých stránkách osobnosti. Poškození se dotýká procesů poznávacích, zasahuje sféru emocionální a volní, ovlivňuje adaptabilitu i chování jedince, projevuje se i ve zvláštnostech motoriky“ (Pipeková, 2006, s. 71).*

#### **a) Lehká mentální retardace (F70 IQ 50 – 69)**

Do tří let věku se projevuje pouze lehké opoždění, může se zpomalovat psychomotorický vývoj. V období školní docházky přetrvává ve většině případů opoždění jemné motoriky a celkové koordinace pohybů (Valenta, 2012).

Již od kojeneckého věku bývá celkový psychomotorický vývoj u těchto dětí zaostalý. Okolo třetího roku bývá psychomotorický vývoj opožděn přibližně

o jeden rok. Výrazné rozdíly se objevují mezi třetím a šestým rokem. Největší potíže přicházejí v prvních letech povinné školní docházky. Lehce je opožděna **jemná a hrubá motorika**, přítomné jsou poruchy pohybové koordinace. Během dospívání mohou dosáhnout normy. Mnohem delší dobu při **učení** trvá nácvik běžných dovedností a návyků. Krátkodobá a nestálá je **pozornost**. **Myšlení** je velmi jednoduché, konkrétní, jednotvárné a rigidní, nesamostatné a vágní, s infantilnostmi. Omezeno je logické myšlení. **Paměť** bývá mechanická. **Řeč** může být narušena ve všech složkách, v oblasti porozumění řeči, ve slovní zásobě, v gramatice a ve výslovnosti. **Vývoj řeči** je opožděný, chudý slovník s abstraktními pojmy. Objevují se agramatismy, neobratná artikulace, dyslalie. Časté jsou také řečové stereotypy. Patrná je **citová nezralost**, nízká sebekontrola (Pipeková, 2006).

#### **b) Středně těžká mentální retardace (F71 IQ 35 – 49)**

U těchto osob je možné diagnostikovat organickou etiologii. Raný psychomotorický vývoj bývá velmi opožděn. V šesti až sedmi letech dosahují maximálně úroveň tříletého dítěte. Vývoj jemné a hrubé motoriky je zpomalen. Částečná bývá schopnost sebeobsluhy. Výrazně je opožděno myšlení a řeč. Omezené psychické děje bývají doprovázeny epilepsií, neurologickými a tělesnými potížemi. **Učení** je omezené, mechanické, dlouhodobý proces osvojování si nového. Mechanická je také **paměť**, která je typická malou kapacitou. Opoždění vývoje **řeči**, přítomnost agramatismů, dyslalie. **Emocionální labilita** a nevyrovnanost, infantilismus, dráždivost, výbušnost a negativismus (Pipeková, 2006).

Dlouhá (2013) také uvádí psychomotorické schopnosti jedinců se středně těžkou mentální retardací. Samostatnost v sebeobsluze je podle autorky pouze částečná. Jedinci jsou emocionálně labilní, nevyrovnaní, často je u nich pozorována afektivní nepřiměřená reakce. Výrazně omezená je schopnost úspěšně a samostatně řešit náročné situace.

#### **c) Těžká mentální retardace (F72 IQ 20 – 34)**

*„Psychomotorický vývoj jedinců s těžkou MR je výrazně opožděn již v předškolním věku. Je patrná značná pohybová neobratnost, dlouhodobé osvojování koordinace pohybů. Dále omezení psychických procesů, nápadnosti v koncentraci pozornosti”* (Dlouhá a kol, 2013, s. 32).

Většina jedinců s těžkým mentálním postižením trpí značným stupněm **poruchy motoriky** nebo jinými přidruženými poruchami. Dlouhodobým nácvikem je možné osvojení základních **hygienických návyků**, minimální schopnost **sebeobsluhy**. Omezeny jsou **psychické procesy**, problémy v poruchách pozornosti. Minimální je rozvoj **komunikativních dovedností**. Omezena bývá **řeč**, mnohdy se ani nevytvoří. **Nestálost nálad** a impulzivita. Poznává blízké osoby (Pipeková, 2006).

#### **d) Hluboká mentální retardace (F73 IQ pod 20)**

Typická jsou neurologická nebo jiná tělesná postižení, která mají vliv na hybnost. Často se objevují nejtěžší formy poruch **autistického spektra**, zvláště atypický autismus. Jde o těžké **omezení schopností** jedinců. Osoby bývají **imobilní** nebo výrazně **omezení v pohybu**, často bývá přítomna **inkontinence**. Nejsou schopny ani základní **sebeobsluhy**, potřebují **péči ve všech elementárních životních úkonech** (Pipeková, 2006).

Také podle Dlouhé (2013) nejsou tito jedinci schopni sebeobsluhy, vyžadují péči ve všech základních životních úkonech. Motoricky jsou těžce omezeni, výrazné jsou stereotypní automatické pohyby.

### **3.3. Komunikační poruchy u poruch autistického spektra (PAS)**

Postižení rozumí jednotlivým slovům, ale schopnost chápat složitější slovní spojení nebo komplexní instrukce je u nich velmi slabá. Jednotvárný, monotónní hlas vyvolává u okolí chybný dojem, že celková úroveň postiženého je mnohem nižší, než tomu je ve skutečnosti. Způsob používání slov velmi často neodpovídá věku postiženého, sociálnímu nebo rodinnému prostředí. (Howlin, 1997).

#### **3.3.1. *Narušení komunikace u PAS***

Lechta (2003) tvrdí, že narušení komunikační schopnosti u autismu zasahuje verbální i neverbální oblast. U většiny autistických dětí je vývoj řeči opožděný, resp. řeč se nevyvine vůbec.

„U postižených autismem je řeč zdánlivě na velmi dobré úrovni, včetně slovní zásoby a skladby věty. Bohužel, jsou tu velké problémy s porozuměním, obvykle v sociálním kontextu“ (Howlin, 1997, s. 45).

Řeč a jazyk jsou u autismu vždy postiženy. Primárním defektem je narušení poznání významu komunikace. Jde o sníženou schopnost postižených pochopit důvody vzájemné komunikace. Většina lidí s autismem má schopnost mluvit, ale bohužel nechápu důvod, proč by měli mluvit (Gillber a Peeters, 2008).

Naopak Thorová (2006) tvrdí, že řeč u osob s PAS nemusí být poškozena. Abnormity v řečovém vývoji jsou však přítomny vždy.

Čihák, (2002) In: Škodová (2003) vymezuje kvalitu komunikace u dětského autismu. Jedinci mívají opožděný vývoj řeči nebo jeho úplnou absenci; chybění snahy nahrazovat řeč mimikou či gesty; chybějící reakce v konverzačním hovoru; neologismy, echolalie a verbigerace; zvláštní a stereotypní skladba vět; neschopnost porozumět symbolům; nezvyklá intonace, výška a hlasitost řeči.

Mezi symptomatické znaky dětského autismu však nepatří jen narušení komunikace, ale dále hodnotí (Čihák, 2002 In: Škodová, 2003) narušení reciproční sociální interakce, omezený a opakující se repertoár chování, zájmů a aktivit a nepřiměřené emoční reakce.

Neubauerová (In: Dlouhá a kol., 2013, s. 64) také popisuje řeč osob s dětským autismem. „Řeč u jedinců s autismem vykazuje prakticky vždy určité odchylky. Často dokonce ani žádná funkční řeč nemusí být rozvinuta. Objevuje se gramaticky nesprávné tvoření slov, stálé opakování výrazů, samomluva. Jedinci s dětským autismem mohou mít sklon využívat převážně jednoslovné věty“.

### 3.3.2. *Charakteristické projevy narušení komunikace u PAS*

#### **Echolalie**

Echolalie bývají buď bezprostřední, či tzv. pozdní, časově opožděné. U bezprostředních echolalií jedinec reprodukuje slyšené, někdy i celou větu nebo frázi. Velmi často zůstává zachována intonace otázky, dokonce i intonování oznamovací věty bývá dotazovaného charakteru. U časově opožděných echolalií dítě vytváří slova – fráze, které slyšelo dříve, v kontextově nepřiměřených souvislostech (Lechta, 2003).

## **Neologismy**

Thorová (2006) objasňuje příčiny vzniku neologismů. Jedná se o touhu po logičnosti v jazyce, rigidní způsob uvažování.

## **Idiosynkrazie**

Pod pojmem idiosynkratické používání slov chápeme užívání reálných slov či slovních spojení postupem, který se jedinec nemohlo naučit zkušeností. Slova dostávají jiný významový obsah (Lechta, 2003).

## **Nesprávné používání zájmen**

Jedinec o sobě hovoří v druhé nebo třetí osobě. U verbálně schopných dětí (Aspergerův syndrom) je zásadně narušena pragmatická stránka řeči. Řeč není určena své základní funkci – výměně informací. S dítětem není možné konverzovat (Lechta, 2003).

## **Deficit v gestikulaci**

Nedostatečná komplexnost gest nebo i nedostatečné používání či absence jednoduchých gest (Lechta, 2003).

Howlin (2005) řadí mezi problémy s mluveným slovem intonaci a přednes, sémantické problémy, echolalickou řeč, repetitivní používání jazyka, neologismy.

**Intonace a přednes** je u mladších dětí velmi mechanický a je podobný mluvě robotů. Typický je jednotvárný, monotónní hlas.

**Sémantické problémy** se vyznačují hlavně potížemi v oblasti hledání správných slov a výrazů.

**Echolalická řeč** je bezprostřední nebo opožděná. U mnohých se vytvoří komplexní forma repetitivní řeči.

**Repetitivní používání jazyka** znamená opakování slov, výrazů nebo vět. Může jít o výraz úzkosti a nejistoty. Echolalie může souviset s obsedantním chováním postiženého a jeho stereotypy.

**Neologismy** znamenají idiosynkratická nebo vymyšlená slova.

Thorová (2006) uvádí potíže v neverbální a verbální komunikaci u osob s PAS.

### *Neverbální komunikace*

**Gesta** – nejsou využívána nebo pouze minimálně. Chybí pohyb hlavy k vyjádření souhlasu nebo nesouhlasu. Také chybí deklarativní ukazování vyjadřující zájem.

**Mimika, výraz obličeje, úsměv** – výraz obličeje neinformuje, nebo jen velmi omezeně, chybí sociální úsměv, jindy je pouze křečovitý. Mimika může být živá, avšak neodpovídající reálné situaci.

**Posturace těla** – abnormní je poloha těla při komunikaci, může být přehnaná, křečovitá, s poulícima očima, nakrčeným nosem, apod.

**Oční kontakt** – neschopnost zkoordinovat oční kontakt s ukazováním, neschopnost sledovat směr pohledu jiné osoby mimo vlastní zorné pole, apod.

**Fyzická manipulace** – mnoho osob s PAS dokážou vyjádřit své přání vedením či postrkováním druhé osoby. Často využívají ruku druhého jako nástroj. Uchopí druhou osobu za ruku a ukazují jeho rukou na dálku, apod.

**Problémové chování** - jedná se o destruktivní chování, agresivitu a sebezraňování s komunikačním záměrem. Dále autorka přiřazuje k výčtu také neschopnost dorozumět se, požádat o základní potřeby, získat pozornost, vyjádřit své základní pocity, apod.

**Znakový a posunkový jazyk** - jedinci s PAS si spontánně vytváří posunky či vlastní znaky. Pouze pár jedinců s PAS si zvládne osvojit znaky ve znakovém jazyce nebo např. Makatonu. Symboličnost jednotlivých znaků mnohdy ztěžuje, až znemožňuje pochopit smysl sdělení.

### *Verbální komunikace*

**Fonetika: zvuková stránka řeči, artikulační, akustická a percepční povaha zvukových prvků** – u jedinců se objevují poruchy expresivní složky řeči (vůbec nemluví nebo je vývoj řeči pod úrovní mentálních schopností), poruchy receptivní složky řeči, sluchová verbální agnozie, dlouhá latenční doba reakce na instrukci.

**Prozódie: zvuková stránka jazyka – melodie, přízvuk, rytmus a rychlost řeči, intonace** – příliš vysoko nebo příliš nízko postavený hlas, monotónnost připomínající robota, modulační obtíže, specifický rytmus řeči, apod.

**Syntax: mluvnická stavba vět a souvětí, větná skladba** – agramatismy v řeči, obtíže s užíváním zájmen, echolalie, mechanické skládání slov do vět, apod. Literární přesnost, narušení porozumění homonymům, atd.

**Sémantika: významová stránka jazyka** – obtíže v chápání významu komunikace, logorhea (slovní salát, nekoherentní řeč), echolalie, verbální autostimulace (idiosynkratická řeč, verbální rituály, apod.).

**Pragmatika: jazykový styl, praktické užívání jazyka, znaky** – malá nebo žádná spontaneita a reciprocita konverzace (komunikační egocentrismus), nepochopení společenského významu konverzace, potíže s procesem konverzace (Thorová, 2006).

### 3.4. Psychomotorický vývoj u PAS

Podle Thorové (2006) je možné se setkat u dětí s PAS s různými typy vývoje motoriky a různorodou škálou stupňů motorických dovedností. Již v prvních letech života jedince je možné pozorovat prvky hypertonie nebo naopak hypotonie. Mezi další problematické faktory patří porucha koordinace pohybů v oblasti **jemné a hrubé motoriky**. Děti jsou v předškolním věku výrazně neobratné, deficit je zřetelný u Aspergerova syndromu a vysoce funkčního autismu. Problémy jsou viditelné v držení tužky, manipulaci s drobnými předměty, se skládáním stavebnic, sebeoblužnými činnostmi. V průběhu školního věku mají jedinci s PAS problémy s udržením rovnováhy, koordinací více pohybů najednou. U většiny dětí s mentální retardací úroveň motorických dovedností nepřesáhne předškolní úroveň. Vývoj motoriky je podle autorky však velmi nerovnoměrný. Některé děti mohou být zpočátku neobratné, posléze se mohou v motorice zlepšovat. Vliv na nerovnoměrný vývoj v motorice má motivace dítěte, pedagogické návyky dítěte a vedení rodičů.

Mezi abnormální projevy v motorice u jedinců s PAS řadí Thorová (2006) stereotypní a bizarní pohyby rukou a prstů, sebezraňující stereotypní chování, motorické tiky, stereotypní pohyby celého těla. V oblasti celkové pohyblivosti jedinců s PAS popisuje Thorová (2006) zvláštnosti v celkové pohyblivosti, zhoršení motorických funkcí, odlišnou úroveň motorické aktivity, abnormální vývoj grafomotoriky a kresby.

**Grafomotorický vývoj** u jedince s PAS je typický tím, že dítě nechce kreslit, odmítá tužku vzít do ruky, je bez zájmů. Vývoj kresby je nerovnoměrný a opožděný. Většina dětí s autismem se vyznačuje **emoční labilitou**, nepřiměřenými reakcemi na příjemné a nepříjemné podněty. Typické jsou výbuchy zlosti a úzkost.

**Adaptabilita** je u jedinců s PAS narušena vždy. Míra narušení je závislá na úrovni intelektu, úrovni komunikace, emoční reaktivitě, atd. Potíže s adaptací

se projevují v souvislosti s přechodem z jedné činnosti do druhé, při změnách prostředí, při změnách osob a při požadavku na spolupráci.

Zhruba 50 – 70% dětí s PAS mělo podle Thorové (2006) problémy se spánkem v různém věku. Téměř polovina dětí má tendence k vybíravosti v **jídle**. V extrémních případech si jedinci jídlo volí pouze na základě specifické barvy nebo konzistence. Nebo naopak určité znaky v jídle odmítají. Osoby s PAS se vyznačují pasivitou a abulií (nedostatkem vůle). Chybí jim iniciativa, spontaneita (Thorová, 2006).

### 3.5. DMO s mentální retardací a poruchami řeči

*„DMO je často kombinována s poruchami řeči, s poruchou duševního vývoje a snížením intelektu, s poruchami chování, epileptickými záchvaty, výjimkou nejsou ani smyslová postižení“* (Klenková, 2006, s. 187).

Fischer a Škoda (2008, s. 49) zdůvodňují, proč se častěji objevují poruchy řeči u kvadruparetické formy DMO. *„Mozková centra ovládající řeč a porozumění řeči, tedy Brocovo centrum a Wernickeovo centrum, leží v blízkosti primárního motorického kortexu a oblastí sensorické mozkové kůry“*.

V publikaci Ludíkové (2005) zmiňuje Bendová, že výskyt mentálního postižení se objevuje u 2/3 dětí s DMO. 1/3 dětí s DMO má lehkou mentální retardaci a v 1/3 se jedná o středně těžkou a těžkou mentální retardaci. Dále Bendová dodává, že u dětí mentálně postižených s DMO je nejčastějším spojením spastická kvadruparetická forma DMO (Bendová In: Ludíková, 2005).

Vývoj řeči u jedinců s DMO bývá nepříznivě ovlivněn již v raném věku dítěte. U vrozené DMO jsou známy výkyvy vývoje řeči od normy již na začátku preverbálního období. Nápadné těžkosti dýchání a sání jsou typické již v kojeneckém období u dětí s DMO. Výjimečně se objevuje klidné broukání, chybí hra s končetinami, mluvidly, pudové žvatlání (Lechta, 2002).

Vítková (2006) se ztotožňuje s ostatními autory, když souhlasí, že poškození zasahuje motoriku řeči v době, kdy ještě nedošlo k vytvoření mluvy. Jinak řečeno, došlo k poškození prvotní nebo základní funkce mluvidel, funkce přijímání potravy.

Lechta dále odkazuje na Gudnermanna (1981) a jeho vymezení nápadností vývoje oromotoriky dětí s DMO:

- Opoždění orálních reflexů;



- hypersenzibilita nebo hyposenzibilita orální oblasti;
- nemožnost uskutečnit při pití pohyby (rytmické, sací a polykací);
- těžké poškození polykacích pohybů a z toho plynoucí přechod potravy do hltanu bez použití ústních svalů;
- narušená spolupráce čelistí, rtů a jazyka při polykání a žvýkání;
- výrazná tvorba hlasu při vitálních funkcích – křik, pláč, smích (Lechta, 2002).

Vývoj řeči u individuálních forem DMO bývá buď omezený, případně opožděný (v lehčích případech). Děti s DMO vykazují rysy spasticity nebo dyskneze při snaze navodit vědomý mluvní projev. Tyto poruchy pak zabraňují provádění pohybu a udržení hlavy, končetin a celého těla v jedné poloze. U dětí s DMO bývají typické poruchy motoriky a pohybové koordinace svalstva mluvidel. Nejčastější poruchou řeči u jedinců s DMO bývá dysartrie. Jednotlivé úrovně dysartrie se objevují od lehkých forem narušené artikulace, po těžší případy až po úplnou anartrii (Lechta, 2002).

Také Vítková (2006) zařazuje mezi nejtěžší výrazový stupeň dysartrické poruchy **anartrii**, která je charakteristická neschopností verbálně se vyjádřit. Vysloveny mohou být pouze hrdelní, neartikulované zvuky. Vítková předkládá schéma druhů poruch řeči u dětí s DMO. Následující schéma ukazuje zastoupení řečových poruch jednotlivých druhů v procentech.

Na vývoj řeči má podle Klenkové (2006) také negativní dopad výskyt dalších přidružených poruch, např. epilepsie, sluchové poruchy, častá hospitalizace, kdy dochází k citovému strádání dítěte.

### 3.5.1. *Nejčastější řečové poruchy u DMO*

#### **Dysartrie**

*„Vývojová dysartrie zahrnuje poruchy vzniklé od počátku vývoje organismu na základě organického poškození CNS dítěte“* (Neubauer, 2003, s. 306).

Vítková (2006) řadí dysartrii k centrálně expresivním poruchám řeči. *„U dysartrie dochází v důsledku přetrvávající patologické reflexní aktivity, v důsledku chybného řízení svalových funkcí, zvláště v důsledku poruchy reciproční inervace u chybějícího nebo narušeného kinestetického tvoření vzoru, jeho uchování a reprodukce k retardaci nebo k odchylce při vytváření řečové motorických schopností“* (Vítková, 2006, s. 119).

Syndrom vývojové dysartrie je dynamickým vývojovým procesem, během něhož vznikají stálé nekonstantní i trvalé poruchy vývoje řečových schopností v závislosti na zrání CNS dítěte, na jeho současném celkovém tělesném stavu a na stavu motorických řečových funkcí (Neubauer, 2003).

Novosad (2011) popisuje dysartrii jako narušení, při kterém dochází k retardaci či odchylce při tvorbě řečově-motorických schopností v důsledku dlouhodobě přítomné patologické reflexní aktivity, nesprávného řízení funkcí svalů a v neposlední řadě vlivem poruchy vzájemné inervace u absentujícího nebo narušeného motorického tvoření mluvního vzoru, jeho fixace a reprodukce.

Neubauer (2003) uvádí 6 elementárních typů vývojové dysartrie:

**a) Spastický typ (pyramidová dysartrie)**

Vzniká při porušení centrálního motorického neuronu a vyskytuje se u spastické formy DMO. Řeč je porušena v oblasti cílené kontroly dýchání a velofaryngeálního uzávěru. Přítomno je narušení rytmu mluvy a aktivity rtů a jazyka. Řečový projev je křečovitý a tvrdý se zvýšenou nazalitou, z důvodu spasticity mluvidel. Mluvidla jsou hrubá, těžkopádná, se zvýšeným napětím, s často zpomalenou a nedokončenou kontrakcí např. patrohltanového uzávěru.

**b) Atetoidní, hyperkinetický či hypokinetický typ (extrapyramidová dysartrie)**

Tento typ dysartrie vzniká poruchou stria či dalších jader podkorových oblastí. Vyznačuje se značně nezřetelnou artikulací z důvodu žmoulavých (atetoidních) pohybů jazyka. Mnohé hlásky jsou vyřazeny silně, jiné znějí slabě až nezřetelně. Při hyperkinetických projevech bývá řeč až nesrozumitelná pro choreatické pohyby mluvidel, které ruší artikulaci a silně narušují hrudní dýchání, tvorbu a stabilitu hlasu.

**c) Ataktický typ (cerebelární dysartrie)**

Objevuje se při poškození mozečku a jeho drah. Často je přítomen u DMO a bývá častým následkem nádorového onemocnění mozečku. Mluva je tvořena explozivně, se sakadovaným projevem, zdůrazňujícím jednotlivé slabiky slova. Zásadními složkami patologie řečového projevu jsou adiadochokinéza (neschopnost konat rychlé rytmické pohyby), neobratnost jazyka, časté zarážení v projevu a ulpívání v jednotlivých artikulačních polohách.

#### **d) Bulbární dysartrie**

Je typickým projevem při poškození motorických jader prodloužené míchy a hlavových nervů inervujících mluvní orgány. Ke vzniku dochází spíše náhle po úrazech či operacích než vývojově. Chabá obrna v důsledku postižení periferního motorického neuronu bývá jednostranná či oboustranná. V případě oboustranné poruchy může být porušeno polykání a žvýkání. Následkem poruchy realizace artikulačních pohybů na základě postižení inervace mluvidel hlavovými nervy bývá mnohdy porušena také řeč.

#### **e) Smíšená dysartrie**

Projevuje se kombinacemi výše uvedených druhů dysartrií. Ke vzniku dochází spíše individuálně při rozsáhlejších poškozeních, či degenerativních onemocněních CNS.

#### **f) Kortikální dysartrie a projevy vývojové řečové apraxie**

Důvodem vzniku bývá postižení motorických oblastí mozkové kůry. Projevuje se setřelou artikulací, opakováním prvních slabik a částí slov až chaotickou artikulační hybností. V současnosti souvisí ve vztahu s tímto typem také pojem *vývojová řečová apraxie*, jakožto diferenciální typ poruchy, lišící se od dysartrie. Řečová apraxie je zapříčiněna sníženou schopností v realizaci posloupností svalových pohybů mluvidel při realizaci slov. Mluvíme o poruše programování řečových úseků. Obdobou této poruchy bývá specifická porucha artikulace (specifická artikulační neobratnost). Tato porucha se objevuje u dětí se specifickými poruchami učení a syndromem lehké mozkové dysfunkce (Neubauer, 2003).

#### **Ostatní autoři pohlíží na dysartrii následovně:**

##### **a) Korová (kortikální) dysartrie**

Podle Vítkové (2004) vzniká korová dysartrie následkem poškození pyramidových buněk v mozkové kůře. Řeč má podle autorky náznak mlaskavých zvuků.

Jedinci mají postiženu převážně koordinaci při artikulaci náročnějších a obsáhlejších mluvních celků. Na začátku slov se objevují bezděčná opakování slabik (Lechta, 2002).

### **b) Pyramidová dysartrie**

Vítková (2004) zdůvodňuje vznik pyramidové dysartrie jako důsledek narušení pyramidové dráhy od buněk v mozkové kůře k jádrům mozkových nervů v bulbu.

Řeč je tvrdá, křečovitá. Pohyby mluvidel jsou opožděné, nepřesné, mnohdy bývají mluvidla skoro nepohyblivá. Hlášky, které jsou náročné na pohyb rtů a jazyka, jedinec nezvládne vyslovit.

Také Lechta (2002) předkládá, že u této poruchy je typickým znakem spasticita mluvních orgánů. Autor poukazuje na neschopnost uskutečnit jemnou odstupňovanou motoriku potřebnou k přesné artikulaci. Dítě vůbec nedokáže vyjádřit hlásky motoricky obtížné na pohyb rtů a jazyka. Reflexní funkce (sání, polykání a žvýkání) jsou neporušené.

### **c) Extrapyramidová dysartrie**

V důsledku neovladatelných, mimovolních pohybů mívá tato forma omezenou artikulaci. Při artikulaci vznikají různé nepřirozené mechanismy, např. svírání dolního rtu horními řezáky při snaze utvořit závěr obouretně. Přítomna je instabilita artikulace a neustálé upravování výslovnosti (Lechta, 2002).

### **d) Mozečková dysartrie**

Charakteristikou mozečkové dysartrie je porucha koordinace pohybů. Jedná se o poruchu lingválních souhlásek, s ohledem na míru obrny jazyka. Pokud je svalová motorika jazyka narušena symetricky, jsou postiženy především hlásky *R*, *L* a sykavky (častěji tvrdé souhlásky, než měkké). Jestliže ochrnou svalové skupiny na kořeni jazyka, narušena je hlavně výslovnost měkkého patra. Pokud je narušena inervace jedné poloviny jazyka, přebírá artikulaci lingválních souhlásek intaktní druhá polovina jazyka. Řečový projev jedinců s mozečkovou dysartrií se podobá osobám, které jsou pod vlivem alkoholu. Příčinou je dyskoordinace artikulačních pohybů (Lechta, 2002).

### **e) Bulbární dysartrie**

Lechta (2002) tento typ označuje tzv. chabou obrnou. Dítě má problémy s vytvořením dostatečného napětí svalstva umožňujícím artikulaci. Mezi typické projevy patří setrvačnost jednotlivých artikulačních postavení. Právě z toho důvodu

bývá artikulace hlásek oddělená a často prodloužená, dochází k narušení polykání a žvýkání.

#### **f) Smíšená dysartrie**

Lechta (2002) definuje tento typ dysartrie, jako kombinaci symptomů s ohledem na individuální poškození v konkrétních případech.

#### **Dysprozódie u DMO**

Lechta (2002) konstatuje, že v důsledku poškození CNS se projevuje dysprozódie odlišným způsobem.

Klenková (2006) dodává, že dysprozódie se vyznačuje mimo jiné také sílou, výškou a přízvukem, které výrazně ovlivňují špatnou srozumitelnost řeči.

Vítková (2004) píše, že dysprozódie se vyskytuje hlavně při poruchách extrapyramidového systému.

#### **Dysfonie u DMO**

Klenková (2006, s. 190) definuje poruchy tvorby hlasu, jako: „*Hlas tichý, nevýrazný (dysfonický až afonický), při zvýšeném úsilí až tlačný, nadměrně hlasitý, vytvářený hyperfunkcí laryngeální. Časté stahy hrtanového a hltanového svalstva způsobují změnu zvuku hlasu, často zní hlas až huhňavě*“.

Také Lechta (2002) uvádí extrapyramidové poškození, jako nejčastější případy narušené fonace. Mezi typické znaky se řadí krátká fonační doba, mikrofonie a tzv. „vrzavý hlas“.

#### **Narušené dýchání**

Lechta (2002) zdůrazňuje proměnlivost symptomů dechové činnosti u dětí s DMO. U *spastických forem* DMO je nejčastěji přítomno dýchání křečovitě a mělké. Klenková (2006) dodává, že výdechový proud je nedostačující a nedochází k vytváření znělé řeči.

Při *pyramidové formě* se netvoří hlásky volným výdechovým proudem a výdech během průběhu mluvení se podobá „vzdechu“ (Lechta, 2002).

Klenková (2006) vysvětluje dýchání při *dyskinetické formě* za porušené z důvodu chybné koordinace dýchacích svalů, a z důvodu narušení dýchání v důsledku mimovolných pohybů.

Stejně tak Škodová (2003) potvrzuje, že při dyskinézách extrapyramidové formy způsobuje narušená koordinace dechového svalstva nepravidelné a předčasné vydechnutí.

### **Huhňavost**

Huhňavost je přítomna podle Lechty (2002) hlavně u jedinců s pyramidovou a bulbární formou, vlivem snížené pohyblivosti měkkého patra.

Škodová (2003) uvádí vznik huhňavosti v důsledku nedostatečné funkce velofaryngeální insuficience.

### **Koktavost**

Je u spastiků přítomna častěji než u intaktních dětí. Koktavost či breptavost je někdy velmi obtížné diferencovat od spastických a dyskinetických poruch. V případě DMO dosud nejsou přítomny objektivní důkazy o přítomnosti orgánové báze koktavosti (Lechta, 2002).

### **Narušené koverbální chování**

Narušené koverbální chování je způsobeno celkovým projevem motoriky. Tyto projevy ztěžují snahu komunikovat. Jedná se např. o dyskynezi, hypersalivaci, chudou mimiku u spastiků. Při **atetózách** se vytváří na tváři rychle, nepodnětné a střídavě obraz smíchu, pláče, údivu nebo hněvu, aniž by byl příčinou nějaký zjevný citový podklad.

Klenková (2006) přidává ještě **choreatický syndrom**, pro něhož jsou typické různé úšklebky.

### **Poruchy polykání**

Vyznačují se zvýšenou hypersalivací, která je způsobena poškozením polykacího reflexu (dysfagie). Děti s DMO mívají často nesprávný ústní závěr, nebo není závěr vůbec vytvořen, proto děti nedokážou držet spojené zároveň zuby a rty, jazyk se sune dopředu, a sliny vytékají z úst (Klenková, 2006).

Lechta (2002) odkazuje na Lesného (1980), který se zabývá **přidruženými orgánovými odchylkami řečového efektoru**. Podle Lesného se tyto odchylky objevují u dětí s DMO častěji, než u dětí intaktních. Řadí se sem např. rozštěpy, přirostlá jazyková uzdička a anomálie skusu. Klenková (2006) považuje za další poruchy řeči u DMO také **mutismus**.

### **Opoždění vývoje řeči**

Opožděný vývoj řeči závisí na celkovém motorickém vývoji dítěte, a proto se může, ale také nemusí vůbec vyskytovat. *„Schopnost napodobit viděné pohyby mluvidel a slyšené hlásky mateřského jazyka je dána individuálními možnostmi konkrétního dítěte. I v případech, kdy děti správně rozliší zvuky, je pro ně těžké – nebo i nemožné – napodobit určitý zvuk podle jeho akustického vzorce, protože nedisponují dostatečnými pohybovými zkušenostmi a každý úmyslný artikulační pohyb ještě zesílí celkové narušení motoriky. Relativně lepší je obsahová stránka řeči.“* (Škodová, 2003, s. 408).

Příčinou opožděného vývoje řeči může být podle Mlčákové (2011) nedostatečná stimulace dítěte, chudé a nepodnětné prostředí, dědičnost (tzv. rodový sklon).

### **3.5.2. Jazykové roviny u dětí s DMO podle Lechty (2002)**

#### **a) Lexikálně – sémantická rovina**

Mezi omezující známky ovlivňující rozvoj této roviny u dětí s DMO (i u tzv. čisté DMO bez kombinace sluchového postižení, mentální retardace, apod.) patří především snížené možnosti motoriky s ohledem na aktivní získávání znalostí o prostředí.

Děti s hyperkinetickým typem DMO nejsou často schopni současně uchopit a pozorovat. Mimo jiné může omezovat přiměřený rozvoj obsahové stránky řeči právě narušená formální stránka řeči. K pasivnímu porozumění řeči dochází i přes těžkou dysartrii a anartrii u jedinců přibližně do 4. roku života. Potom vývoj v porozumění řeči stagnuje v důsledku vzájemného podmiňování vnitřní a vnější řeči.

V těžších případech DMO se objevuje verbalismus. Jedinci s DMO běžnou řeč zdánlivě dostatečně chápou, ovšem nedochází k plnohodnotnému rozvoji smyslové oblasti řeči. Proto je doporučováno za vhodné věnovat vyšší pozornost sémantické stránce jejich řeči.

U jedinců s DMO s hemisferálním a difuzním poškozením je častý výskyt „vývojově pojmové dysfázie“. Z důvodu ztíženého registrování slov do kinestetické paměti, případně jejich vybavování, nejsou jedinci schopni rozšíření slovní zásoby a jejich pojmová řeč se zastavuje na úrovni pětiletého dítěte.

### **b) Morfologicko – syntaktická rovina**

Jestliže je k DMO přidružená mentální retardace, bývá narušena gramatická stavba řeči. Lechta vysvětluje vznik „vývojové větné dysfázie“, při níž není porušeno tvoření slov, chybné je ale tvoření vět a syntax. Proto se dítě projevuje pouze v chudých větách a stručně. U jedinců se může objevit tzv. idioglosie, což znamená vlastní specifickou řeč jedince, která je pro většinu lidí nesrozumitelná. Řeč zůstává u dětí s pyramidovou poruchou dlouho na stupni jednoslovných vět. Děti s hyperkinetickou formou mívají nástup řeči ve větách až ve 3 – 4 letech.

### **c) Foneticko – fonologická rovina**

Foneticko fonologická rovina se díky svému vývojovému průběhu řadí k nejčastějším charakteristikám dětí s DMO. Protože vyslovování hlásek znamená motorický výkon, projevuje se porucha motoriky na průběhu výslovnosti. Omezený případně opožděný vývoj artikulace je u jedinců s DMO běžný. Lechta uvádí Kábeleho (1989), který tvrdí, že dítě s DMO nevytvoří jednotlivé hlásky, z důvodu omezení spasticity nebo nepotlačitelných mimovolních pohybů.

Postižena bývá automatizace řeči a tvorba mluvních celků. Podle Kábeleho si dítě osvojí artikulaci jednotlivých hlásek, eventuálně slabiky a krátká slova, není schopen ale zapojit do plynulých vět. Přiměřeně rozvíjet se nemůže ani schopnost fonemické diferenciaci. Dítě s DMO nemůže z důvodu porušené hybnosti reagovat na zvukové podněty, které slyší. Tím dochází k náročné synchronizaci zvuku s jejich zdroji. Nedostatky ve výslovnosti narušují proces osvojování hláskové analýzy slov, jejich slovníkovou a gramatickou hodnotu, porozumění a zevšeobecňování významových úseků slov.



Rheinweiler (1997) In: Lechta (2002) naopak tvrdí, že dysartrické děti nemají fonetické poruchy, ale jedná se u nich o narušení procesu osvojování fonologické jazykové roviny.

#### **d) Pragmatická rovina**

V důsledku omezené celkové motoriky a oromotoriky u dětí s DMO výrazně vážne komunikační záměr. „*Např. v důsledku hypomimie, hypersalivace, bradytalie, anartrie atd. komunikační output nemusí být adekvátní, identický vzhledem ke komunikačnímu záměru a plánovanému obsahu sdělení*“ (Lechta, 2002, s. 103). Dochází také ke komunikační bariéře ve vztahu matka – dítě, protože právě matka může postrádat zpětnou vazbu ze strany svého dítěte (Lechta, 2002).

### **3.6. Psychomotorický vývoj u DMO**

Jankovský (2005) popisuje psychomotorický vývoj dítěte. „*Objevuje se odchýlný vývoj hybnosti, a to ve vzpřimování, lokomoci a ve vývoji jemné motoriky. Např. velká část dětí se závažnější formou DMO začíná samostatně chodit až kolem 5 – 6 let, přičemž je mechanismus jejich chůze hrubě narušen. Závažným problémem jsou dále poruchy polykání a slinění (salivace), v důsledku čehož může dojít k aspiračním příhodám při jídle*“ (Jankovský, 2005, s. 57).

Velkým problémem je pro postiženého jedince to, že tělesné postižení působí v mnoha směrech jako výrazné postižení. U těžších forem DMO je narušena hrubá a jemná motorika, gestikulace, mimika, řeč, malování, kreslení, tvoření a práce. Jedná se o náročné životní ztížení, protože nelze toho tolik vyjádřit, sdělit, nejsou k dispozici různé výrazové možnosti (Vítková, 2006). Narušení sociálních vztahů může podle autorky negativně ovlivnit celkový emocionální a sociální vývoj.

Typické jsou dle Jankovského (2005) odchylky svalového tonu, v neposlední řadě také poruchy řeči, jejíž vývoj bývá opožděn. Jedná se o narušení její expresivní stránky, tedy artikulaci (dyslalie, dysartrie, anartrie, dysfázie). Nejpodstatnější přidruženou poruchou u dětí s DMO bývá mentální retardace v nejrůznějších stupních. Třetina dětí s DMO odpovídá pásmu střední a těžké mentální retardace, další třetina pak spadá do stupně lehké mentální retardace. Poslední třetina mívá intelekt v pásnu normy (Jankovský, 2005). Mezi další závažnou přidruženou

poruchu patří dle autora epilepsie. V průběhu záchvatů se zpravidla kombinuje několik klinických symptomů. Mezi ně patří poruchy vědomí, motorické příznaky (křeče, ztráta svalového napětí, automatismy), somatosenzorické (parestézie, zvonění v uších, světelné záblesky atp.), vegetativní (změněná reakce zornice, změna barvy kůže, zvracení, pocení, bolesti hlavy, závratě) a psychické (vnitřní prožitky spojené se změněným stavem vědomí).

U DMO se vyskytují také smyslové poruchy. Jedná se o zrakové obtíže (ambylopie, refrakční poruchy, hemianopie, strabismus, nystagmus). Dále jsou častými symptomy poruchy sluchu, které souvisí s poruchami řeči (vývojová dysfázie, afázie, dyslalie, anartrie, dysartrie), (Jankovský, 2005).

Vítková (2006) konstatuje skutečnost, že v šesti měsících lze zřetelně odlišit harmonický psychomotorický vývoj dítěte od vývoje diparetického. Ve dvanácti měsících si děti s *diparézou* začínají sedat, se zakloněnou hlavou, dorzální kyfózou a ohnutými zády. Vzpřimují se s oporou o předmět někdy až do stoje. Motorika těla zůstává ochablá a je redukována pouze na několik pohybů. U *hemiparézy* bývá poškození v oblasti hlavy a horní končetiny, dolní končetiny nebývají výrazně postiženy. Ruka je zařata v pěst, dítě se stále dívá ke zdravému úseku těla. Fixovaná hemisféra se zhoršuje s růstem dítěte. Při jakémkoliv vzrušení jedince dochází ke zvýšení svalového napětí. Tyto asociované mechanismy významně narušují jemnou motoriku. Často bývá u dětí s hemisférou postižení dominance ruky. Dítě používá při jemné motorice ruku nikoli dominantní, ale tu funkčnější. Autorka tento fenomén nazývá: „*vynucené leváctví nebo vynucené praváctví*“. Jedinci s *kvadraparézou* většinou nedosáhnou samostatné chůze, proto je nutné dosáhnout pevného sedu. Osoby nezvládnou úchop celou rukou, zkouší pinzetový úchop. Oslabeny jsou také mimické svaly, které mívají vysoké napětí. To způsobuje tažení dolní čelisti přímo dolů, namáhavost při zavření úst. Odtékání slin a zpomalené polykání způsobují sníženou schopnost žvýkání. U kvadraparetiků bývá narušen vývoj řeči. Absentující uzávěr úst znesnadňuje výslovnost všech retných hlásek. Znemožněna je celková vokalizace (výslovnost samohlásek), způsobená nepohyblivostí jazyka. Mimika je velmi chudá, nemůže podpořit verbální komunikaci. Vestibulární stimulace chybí už od kojeneckého věku (Vítková, 2006).

## **4 Logopedická intervence, prevence a profylaxe, logopedicko - terapeutické techniky u jedinců s kombinovaným postižením**

*Logopedická intervence je nezbytným procesem, který nesmí chybět jak u dětí intaktních, tak také u osob s postižením. Mezi hlavní cíle logopedické intervence patří logopedická diagnostika, logopedická terapie a logopedická prevence. Tato kapitola seznamuje s jednotlivými termíny – intervence, prevence, profylaxe. Dále popisuje možnosti logopedické terapie u jedinců s kombinovaným postižením. Definována je logopedická terapie u osob s mentálním postižením, u jedinců s DMO a u osob s poruchami autistického spektra.*

### **4.1. Logopedická intervence, prevence a profylaxe**

#### **Intervence**

*„Pojem intervence můžeme obecně chápat jako zásah, zákrok v něčí prospěch; snahu o ovlivnění nějakého jevu nebo procesu. Můžeme se setkat s termínem intervence jako se synonymem reedukace, terapie“ (Mlčáková, 2011, s. 464).*

Logopedická intervence je proces, určitá činnost logopeda realizovaná ve vzájemných interakcích (Mlčáková, 2011).

Neubauer (2007) konstatuje, že proces řečové komunikace je vícemodální jev, jehož dělení zahrnuje motorické řečové poruchy, poruchy na bázi jazykového systému, poruchy kognitivně-komunikačních schopností a poruchy na bázi percepční bariéry. *Terapeutická intervence* tohoto systému je zaměřena do oblasti příčin poruchy řečové komunikace. Výběrem tohoto systému v diferenciatní diagnostice poruch je podpořeno vybavení adekvátního systému terapie, zaměřeného na práci s modalitou, která je dominující pro vznik a přetrvávání poruchy řečové komunikace (Neubauer, 2010).

#### **Prevence**

Valenta, Müller (2003) definují prevenci jako: předcházení počátku a existenci takových nepříznivých jevů jako jsou nehody a úrazy, onemocnění, poruchy apod.

V logopedii se snažíme o primární, sekundární a terciální prevenci. K primární prevenci je řazena logopedická osvěta zaměřená na nejširší populaci.

Sekundární prevence je zacílena na rizikovou skupinu, která je vznikem narušené komunikační schopnosti ohrožena. V rámci terciální prevence je snahou rozvíjet aktivity, které mají u daného člověka předejít zhoršování již existující narušené komunikační schopnosti (Mlčáková, 2011).

### **Profylaxe**

Valenta, Müller (2003) vysvětlují pojem profylaxe: „*Profylaxe znamená vyhledávání, diagnostikování a provádění nutných opatření tam, kde ještě sice nedošlo k onemocnění, ale toto bezprostředně hrozí. Je to tedy termín zdravotnický související nejčastěji s hygienicko-epidemiologickými a léčebně profylaktickými opatřeními*“ (Valenta, Müller, 2003, s. 97).

#### **4.2. Logopedická terapie u osob s kombinovaným postižením**

Neubauer (2010) popisuje individuální terapeutický plán:

- a) určení příčin a možné prognózy poruchy řečové komunikace;
- b) návrh metodiky a intenzity rehabilitačního plánu;
- c) způsob využití terapeutických cvičných materiálů a pomůcek;
- d) způsob spolupráce s rodinou, pečujícím personálem či jiným logopedickým pracovištěm.

Hlavní částí procesu terapie jsou reedukační postupy, které pracují přímo s postiženou oblastí a snaží se o jejich funkcionální zlepšení. „*Cílem logopedického působení je rozvoj a maximalizace komunikačního potenciálu osoby postižené poruchou řečové komunikace*“ (Neubauer, 2010, s. 49).

#### **Logopedické působení vede:**

- k odstranění poruchy;
- k omezení až potlačení projevů poruchy v průběhu dlouhodobého terapeutického procesu;
- k restituci porušených funkcí;
- k co nejdelší stabilizaci projevů poruchy (Neubauer, 2010).

Důležitý faktor v procesu působení je navození *kompenzačních strategií* pro překonávání poruchy komunikace. U dětí a dospělých s těžkými vadami na základě postižení CNS se využívá pro lepší výsledek terapie také *fyzioterapie*.

Fyzioterapeutické účinky a rozvíjení orofaciální motoriky spolu s rozvojem celkové motoriky hraje u osob s kombinací komunikačního a tělesného postižení významnou roli.

#### 4.2.1. *Logopedická terapie u osob s mentální retardací*

Lechta (2008) apeluje na včasné zahájení stimulace vývoje řeči dětí s mentální retardací, aby se v co největší míře předešlo nežádoucím důsledkům omezeného vývoje řeči. „*V důsledku heterogenosti symptomů a charakteristických vlastností těchto dětí je práce logopeda velmi náročná*” (Lechta, 2008, s. 96).

Dominujícím cílem terapie u mentálně postižených dětí s více vadami je podle Neubauera (2010) rozvoj jazykového a pojmového systému, srozumitelnosti řečového projevu, zlepšení rozumění řeči a nonverbální komunikace, praktické zlepšení schopností dorozumět se a komunikovat. Při práci s mentálně handicapovaným dítětem s více vadami doporučuje Neubauer následující:

- nejdůležitější je klást důraz na rozvoj sluchového vnímání, fonemického sluchu a rozumění řeči;
- pro rozvoj jazykových schopností dítěte je základem zaměřovat se na impresivní slovní zásobu, rozumění, pochopení pojmů a vztahů;
- při nácvičku artikulačních a motorických cvičení je důležité se prvotně zaměřit na zlepšení srozumitelnosti řeči;
- důraz kladen na sluchové vnímání a schopnost napodobení řečového vzoru;
- v případě přetrvávajících těžkých poruch řečové komunikace využít také neverbální možnosti komunikace.

Opoždění vývoje řeči na základě mentálního postižení se zaměřuje mimo jiné také na stimulaci *kognitivních schopností dítěte*, s ohledem na současnou mentální úroveň jedince (Neubauer, 2010).

Také Lechta (2008) uvádí všeobecné zásady pro práci logopeda s dětmi se symptomatickými poruchami řeči. Primární je mentální věk dítěte. Důležitá je stimulace rozvoje obsahové stránky řeči. Pro výstavbu řeči je stěžejní postup od základního řečového materiálu (hlasu) přes významové zvuky k tvorbě pojmů.

Nejdůležitější je rozvoj sluchové diferenciacie a motorika artikulačních orgánů. Účinným stimulátorem vývoje řeči je podle Lechty také hudba. Významný je také řečový vzor. Při odstraňování poruch řeči je třeba usilovat o to, aby cvičení nebyla mechanická.

#### 4.2.2. *Logopedická terapie u osob s DMO*

Lechta (2008) popisuje specifika logopedické péče u osob s DMO. Jedná se o *včasný začátek nácviku, zásadu vývojovosti* (nejprve masáže, pasivní cvičení, aktivní cvičení, nácvik pomocí odporu), *zásada reflexnosti* (uplatňování reflexně – inhibiční polohy, Vojtova terapie), *zásadu rytmizace* (dechová a hlasová cvičení), *zásadu komplexnosti* (multisenzorické působení), *zásadu kolektivnosti* (jiné oblasti logopedické praxe), *zásadu individuálního přístupu* (individuální reflexně-inhibiční poloha, individuální tempo řeči a pohybu při rytmických cvičeních), *specifické pomůcky, zásadu minimální akce* (maximální fyzická a psychická relaxace), *důkladnou diagnostiku*.

Terapie dysartrie probíhá podle Vítkové (2006) na základě podpory motoriky, vnímání a vytvoření sociálního chování. Výsledkem podpory má být komunikativní kompetence. Dítě má dosáhnout schopnosti rovnoprávně se účastnit komunikačního procesu.

U. Haupt (1989) In: Vítková (2006) charakterizuje tři stupně terapie. Mezi zmíněné stupně řadí autor normalizaci tonusu a nácvik automatických reakcí a v posledním stupni dochází k normálním pohybům bez dopomoci druhé osoby. Autor předkládá skutečnost, že děti s DMO jsou schopné osvojit si nové pohybové vzorce nebo korigovat staré jen na základě dřívější pohybové zkušenosti a vlastní pohybové kinestézie. Pohybové zkušenosti ale odpovídají patologickému vývoji pohybu a odpovídajícímu pohybovému cítění. Jedinci se tedy nemohou sami naučit svojí vlastní iniciativou a vůli normálním pohybům. Nemají k tomu senzomotorické předpoklady, potřebují pomoc druhé osoby. „Přidáme-li k těmto třem stupňům ještě inhibici patologických vzorů, pak se dostaneme k vývojově neurologickému terapeutickému konceptu podle Bobatha. Základní kroky terapie Bobatha se staly základem terapie řeči dysartrických dětí“ (Haupt In: Vítková, 2006).

Důležitým předpokladem pro terapii řeči je, jak píše Vítková (2006), inhibice přetrvávajících reflexů, abychom zabránili dominanci patologických vzorů chování

a abnormálnímu tonu na trupu a končetinách, dýchacích svalech i svalech hlasivek. Z tohoto postavení je následně možný selektivní pohyb mluvidel. Terapie dysartrie může následovat po fyzioterapeutické fázi.

U dětí s *vývojovou dysartrií* je zacílena logopedická péče podle Neubauera (2010) na vitální funkce a motoriku mluvidel. Stimulace motoriky mluvidel a artikulačních schopností by měla souviset s rozvojem spontánních řečových schopností, vést jej směrem k zlepšení srozumitelnosti mluvního projevu dítěte a rozvoji víceslovného větného projevu.

#### **4.2.3. *Logopedická terapie u osob s dětským autismem***

Komplexní terapie autismu je velice náročná a vyžaduje odborné znalosti o tomto postižení. Spolupráce musí být vždy mezioborová a týmová. Autistické dítě se nechce přizpůsobovat okolí, ale snaží se přizpůsobit okolí a chování ostatních lidí svým potřebám, a to i agresí. Nežádoucí projevy chování zmírňují psychofarmaka, která však neovlivňují základní příznaky autismu (Škodová, 2003).

U nemluvicích osob se používají převážně metody alternativní a augmentativní komunikace (viz. kapitola č. 5). S osobami s PAS komunikujeme především prostřednictvím znaků, piktogramů, symbolů, psaní a čtení slov. Velice propracovanou metodikou je systém PECS. Komunikační terapie se snaží u dítěte rozvíjet a navozovat všechny potřebné funkce komunikace (Thorová, 2006).

## **5 Využití náhradních komunikačních systémů u osob s kombinovaným postižením**

*Osoby s kombinovaným postižením mají mnohdy, v důsledku dominantního nebo vedlejšího postižení, narušenou schopnost komunikovat verbálně – řečí. A právě z tohoto důvodu existují náhradní komunikační systémy. Tyto komunikační systémy mají společný jeden aspekt. A totiž – umožňují jedincům s určitým typem postižení být rovnocennými komunikačními partnery. V dalších vlastnostech se potom tyto komunikační systémy individuálně odlišují podle nejrůznějších specifik a charakteristických pravidel. Náhradní komunikační systémy se často uvádí také pod pojmem alternativní a augmentativní komunikace.*

*Kapitola popisuje dělení alternativní a augmentativní komunikace. Uvedeny jsou typy komunikačních systémů, které mohou všeobecně vyžít osoby s kombinovaným postižením. Závěr kapitoly vymezuje konkrétní výběr komunikačních systémů pro daný typ postižení (mentální, DMO, PAS).*

Kombinované postižení přináší vždy na řešení komunikace velké nároky. Při práci s lidmi s kombinovaným postižením musíme mít dostatečné znalosti, co s sebou dílčí postižení přináší. Nutností je také počítat s nadměrnou unavitelností těchto osob a dále je důležité připomenout, že u osob s tělesným postižením je nutné zajistit co nejlepší sezení (Šarounová, 2014).

Podle Valenty (2011) využívá alternativní a augmentativní komunikace nejrůznějších obrázků, piktogramů, jednoduchého znakového systému založeného na gestech. U postižení těžších a specifitějších forem se využívá komunikačního slovníku složeného z trojrozměrných předmětů.

Augmentativní a alternativní komunikace (dále AAK) je nabídkou a šancí pro osoby, které nezvládnou dostatečně komunikovat mluvenou řečí. Metody AAK se obvykle využívají pro děti i dospělé s těžkými komunikačními poruchami na podkladě různých diagnóz, nejčastěji DMO, poruchy autistického spektra, mentálního postižení, kombinovaného postižení, cévní mozkové příhody, progresivních neurologických onemocnění, apod. (Šarounová, 2014)



Janovcová (2003) popisuje dělení alternativní a augmentativní komunikace. Jedná se o používání výrazových prostředků, které mohou být:

- a) **slovní** (verbální);
- b) **neslovní** (nonverbální) – mimika, pohledy, proxemika, posturika, kinestetika, gestika, haptika.

## 5.1. **Obecné dělení AAK**

Janovcová (2003) rozlišuje metody bez pomůcek, s pomůckami a jiné typy. Výběr komunikačního systému je nutné posuzovat dle Janovcové individuálně. Nejprve často používáme reálné předměty, pak fotografie, obrázky, následují piktogramy, případně písmo, mnohdy v kombinaci s manuálními znaky.

Šarounová (2014) ve své publikaci dělí přehled metod AAK na metody bez pomůcek a metody s pomůckami.

### a) **Metody bez pomůcek**

*Systémy využívající manuální znaky:*

(Makaton, Znak do řeči, Znaky podle Anity Portmann)

### b) **Metody s pomůckami**

*Netechnické pomůcky*

- **Trojrozměrné předměty** – reálné předměty, reálné předměty jako symboly, části předmětů, referenční (odkazovací) předměty, zmenšeniny;
- **Fotografie a komunikační tabulky z foto;**
- **Grafické symboly (systémy)** – Symboly PCS, Symboly Widgit, Piktogramy (PICS), Systém Bliss;
- **Komunikační tabulky** – osobní komunikační tabulky, komunikační knihy, tematické tabulky, komunikační peněženky, rohožky, kapesníčky, oblečení se symboly, komunikační „potítka“;
- **Komunikační tabulky s využitím písma** (z vět, slov nebo písmen);
- **Komunikační zážitkové deníky;**

*Technické pomůcky*

- **Pomůcky s hlasovým výstupem** – komunikátory - pomůcky s jedním tlačítkem, pomůcky s více tlačítky; pomůcka s hlasovým výstupem

na principu čtení čárových kódů, čtečka akustických samolepek (pero PEN Friend), pomůcky s dynamickým displejem;

- **Počítače a software** - alternativní možnosti ovládání počítače (dotyková obrazovka, velkoplošné klávesnice, speciální počítačové myši, adaptéry a spínače, ovládání hlavou, ovládání očima); speciální software, komunikační software – Boardmaker, Symwriter, Altík, Grid 2, softwar pro usnadnění fyzického přístupu k počítači, výukový software
- **Tablety a jejich využití v AAK** – tablety s iOS, tablety s o. s. Android, tablety s o. s. Windows

## 5.2. Nejčastěji využívané komunikační systémy u osob s kombinovanými vadami

### 5.2.1. *Piktogramy*

Jsou černobílé, navržené tak, aby redukovaly obtíže v diskriminaci figury a pozadí. Tyto symboly se často spojují s nápisy. Pro komunikaci se využívají i stylizované kresby, obrázky, kliparty, loga apod. (Laudová, 2011).

Piktogramy označují místa, nábytek, místnosti a zkvalitňují orientaci v denních činnostech. Dále slouží při sestavování rozvrhu hodin u autistů. Zásadní je při osvojování piktogramů spolupráce s rodinou (Valenta, Müller, 2003).

### 5.2.2. *Znak do řeči*

Znak do řeči představuje nejstarší formu komunikace. Využívá řeči těla (gesta a mimiku). Znak do řeči není znakovou řečí, ale kompenzačním prostředkem (doplňkem řeči pro osoby s narušenou komunikační schopností). Využívají ho převážně osoby mentálně retardované, dále osoby s centrálním narušením motoriky (Janovcová, 2003).

Valenta a Müller (2003) uvádí tento systém také pod názvem TTT systém. Na rozdíl od Makatonu je tento systém využíván také v tomto prostředí.

### 5.2.3. *Komunikační systém MAKATON*

Tento systém představuje jazykový program, který se skládá z manuálních znaků a symbolů. Tyto znaky a symboly představují komunikační prostředek

pro jedince s obtížně srozumitelnou řečí až neschopností verbálního vyjadřování a dále jako pomocný prostředek pro osoby s obtížemi v porozumění pojmům. Využívají ho osoby s mentálním postižením, tělesným nebo kombinovaným, dále osoby s autismem, se sluchovými vadami, nebo artikulační dyspraxií. Znakování je doprovázeno mluvenou řečí. Pro snadnější pochopení významu výpovědi je obsah doprovázen mimikou. Slovník Makaton obsahuje 350 slov, sestavených do osmi stupňů. Devátý je návrh osobního seznamu slov (Janovcová, 2003).

#### **5.2.4. *Komunikační systém Bliss***

Systém obsahuje konkrétní i abstraktní pojmy. Systém zahrnuje přibližně sto základních symbolů, jejich kombinací je možné vytvářet další významy a tím rozšiřovat slovní zásobu (Laudová, 2011).

Bliss systém je podle Valenty a Müllera (2003) charakteristický vysokou mírou abstraktní náročnosti, což představuje pro těžké formy mentálního postižení značné potíže.

#### **5.2.5. *Globální metoda čtení***

Jedinec se učí vnímat slovo jako známou jednotku řeči. Systém byl zaveden pro děti mentálně retardované a předškolní. Postupuje se od celku k jednotlivostem, tedy analyticko – syntetickou metodou. Jedná se o rozvoj řeči bez důrazu na výslovnost (Janovcová, 2003).

#### **5.2.6. *Sociální čtení***

Metoda se užívá u osob s kombinovaným postižením. Chápe se jako poznávání, interpretace a přiměřené reagování na znaková znamení a symboly, piktogramy, slova a skupiny slov, které se objevují v nejbližším okolí postiženého, aniž by postižený zvládl techniku čtení (Novosad, 2011).

#### **5.2.7. *Facilitovaná komunikace***

Tento systém je založen na řízeném výběru komunikačních jednotek, které mohou mít nejrůznější formy od kartiček s obrázky, symboly, piktogramy, písmeny nebo slovy až po počítačové zpracování komunikační tabulky. Facilitátor přidržuje ruku, zápěstí nebo paži osoby, která má záměr něco sdělit. Jedná

se o edukační metodu, kdy prostřednictvím odpovědí ANO – NE a pouhého ukazování na pojmy vzniká účinnější komunikace (Janovcová, 2003).

### 5.2.8. *ETRAN – N*

Tento systém je určen pro osoby, které nemohou ukazovat jinou částí těla, pouze očima. Dva komunikující lidé sedí proti sobě, mezi nimi je kolmo postavená deska z plexiskla s otvorem uprostřed, kterým se mohou na sebe dívat. Nemluvíci svoje sdělení pohledem na desku označí příslušné číslo, které symbolizuje nějaký pojem (Janovcová, 2003).

## 5.3. **Využití AAK u mentálního postižení**

Bendová (2011) píše, že pro žáky s mentálním postižením s ohledem na stupeň jejich postižení, se využívají systémy statické a dynamické. Statické systémy vysvětluje autorka jako tzv. reálné předměty, fotografie, obrázky, piktogramy, VOKS. Mezi dynamické se řadí např. Makaton nebo Znak do řeči. Dále se do systému AAK řadí také tzv. sociální čtení.

U osob s kombinací mentálního a tělesného postižení můžeme využívat podle Šarounové (2014) následujících metod:

**Znaky** – u jedinců s méně závažným typem tělesného postižení můžeme užívat znaky. Často nás může překvapit, že uživatelé na tuto metodu velice dobře reagují. Motorické provedení je sice často velmi nepřesné, ale pokud je znak rozpoznatelný, může tato varianta komunikace klienta obohatit. Znaky navíc mohou zásadně napomoci porozumění řeči.

**Předměty** – existuje možnost využití, avšak u osob s těžkým tělesným postižením s nimi nemůže manipulovat. Může ale například označit svůj výběr pohledem.

**Komunikační tabulky** – se symboly nebo fotografiemi – i tato forma je možná k využití. V případě, že klient sám neukazuje na jednotlivé symboly, musí pracovat jednoduchým výběrem pohledem ze dvou, tří, maximálně šesti možností. Nebo lze jednotlivé fotografie či symboly pověsit na větší desku s plexiskla.

**Technické pomůcky** – v případě těžkého tělesného postižení mohou být potřebné jiné způsoby ovládání. Musíme je maximálně zjednodušit.

Mezi systémy, které používají osoby s mentálním postižením, patří podle Valenty a Müllera (2003):

- **komunikace facilitovaná referenčními předměty** (trojrozměrnými symboly, jakožto zástupnými znaky reality vyznačující konkrétní činnost);
- **Makaton;**
- **TTT systém** (Znak do řeči);
- **Bliss systém;**
- **piktogram systém a systém PCS;**
- **sociální čtení a prvky globálního čtení;**
- **Dosa metoda a snoezelen;**
- **facilitovaná komunikace.**

#### 5.4. Využití AAK u osob s tělesným postižením

Velmi nápadné komunikační poruchy se objevují u osob s DMO. Charakteristika narušení vývoje motoriky je aplikována především na jedince s DMO. Rodiče dětí s DMO se často soustředují především na dominantní postižení (tělesné, mentální) a často velice opomínají zaměření se na rozvoj řeči. S DMO je často spojeno narušení sociálních vztahů. Nutností je chovat se k takto postiženým osobám stejně, jako k osobám zdravým. To znamená posilovat jejich sebevědomí, protože jen tak je možná jeho integrace do společnosti (Janovcová, 2003).

Také Vítková (2006) potvrzuje, že u jedinců s tělesným postižením je závažně postižena hlasitá řeč. „*Signál (pojmové slovo) nesignalizuje nebo signalizuje ne úplně odpovídající obsah pojmu. Neexistuje tedy žádná shoda mezi lexikonem a sémantikou, takže posláním je ve dvojím ohledu narušeno a příjem je ztížen. Protože u tělesně postižených může být narušena pohybovým postižením také mimika a gestikulace, nelze touto cestou pomoci k dekódování signálu*“ (Vítková, 2006, s. 121).

## 5.5. Využití AAK u osob s poruchou autistického spektra

Metody augmentativní a alternativní komunikace se používají hlavně u dětí nemluvicích. Patří sem nácvik znaků, používání piktogramů, symbolů, psaní a čtení slov, PECS, VOKS (Thorová, 2006).

Při intervenci v oblasti AAK u osob s PAS můžeme využít jak metody bez pomůcek (např. manuální znaky), tak metody s pomůckami (fotografie, symboly, komunikační knihy, psaná slova, technické pomůcky, počítače a tablety). U osob s autismem musíme brát zřetel na skutečnost, že nelze používat „jednu velikost“ pro všechny. To znamená, že metody alternativní komunikace často neužíváme jen pro podporu aktivního dorozumívání, ale také pro podporu porozumění řeči (Šarounová, 2014).

Thorová (2008) uvádí, že komunikace začíná od žádosti (imperativní funkce), a nikoli od pojmenování (nominativní funkce). Využívají se předměty či piktogramy podle schopností dítěte. Nezačíná se vyjádřením souhlasu a nesouhlasu.

### 5.5.1. PECS

*The Picture Exchange Communication System (výměnný obrázkový komunikační systém).*

Teoretické základy programu vycházejí z kombinace principů typického vývoje řeči a jazyka a principů alternativní a augmentativní komunikace. Jedná se o přístup vycházející z pyramidového principu, zaměřeného na vývoj funkčních komunikačních dovedností a aktivit, na silné motivující předměty a prevenci neadekvátního nebo nebezpečného chování (Šarounová, 2014). Stejně tak Howlin (2005) akcentuje využívání systému PECS pro potřeby klientů s autismem. Za užitečné považuje autorka nástěnné kartičky s fotografiemi, které představují časový rozvrh nebo vychovatele, kteří mají službu, případně jídlo, které bude nabízeno během dne. Jedinci mohou mít svůj vlastní systém komunikačních fotografií nebo obrázků. Komunikační karty mohou být na kroužku od klíčů, připevněné na opasku, na sponě nebo na řetízku. Velmi využívaný je systém fotografování „trojitý tisk“. Dle Howlin může být systém přizpůsoben postiženému na míru.

V České republice se využívá program **VOKS**, který vychází z programu PECS. Tyto programy mají mnoho shodných postupů, avšak nejsou identické.

Hlavním cílem programu PECS je naučit klienta funkční komunikaci. Vedlejším cílem je pak naučit jedince funkčně používat mluvenou řeč – mluvit. Cílem programu je naučit dítě účinné komunikaci, která ho však nijak neomezuje v dalším rozvoji řeči (Šarounová, 2014).

## **6 Výchova a vzdělávání, pracovní a společenské uplatnění jedinců s kombinovaným postižením**

*Kapitola se zabývá možnostmi edukace jedinců s kombinovaným postižením. Právo na vzdělání mají všechny děti s kombinovaným postižením. V současnosti je uplatňována snaha poskytnout takovým jedincům žádoucí, vyhovující a přijatelné podmínky ke vzdělávání. V kapitole jsou uvedeny možnosti výchovy a vzdělávání od raného věku dítěte až po dospělost a dále se kapitola orientuje na pracovní uplatnění jedince s kombinovaným postižením ve společnosti. Pozornost je zaměřena na vzdělávání jedinců s mentálním postižením, osoby s DMO a osoby s projevy autismu.*

*Po obecném vymezení možností výchovy, vzdělávání, pracovního a společenského uplatnění následují podkapitoly, které jsou zaměřeny na vybrané typy postižení. Zmíněno je vzdělávání, pracovní a společenské uplatnění jedinců s mentálním postižením, s autismem a s DMO. Vzhledem k tomu, že tato postižení se většinou vzájemně prolínají a sdružují, nelze přesně vymezit určitou formu vzdělávání, pracovního a společenského uplatnění pro každou kategorii postižení zvlášť. Následující znázornění je pouze orientační, nelze vyloučit provázanost postižení a jejich možnosti uplatnění ve společnosti u všech zmíněných postižení navzájem.*

### **6.1. Možnosti výchovy a vzdělávání osob s kombinovaným postižením**

Žáci se speciálními vzdělávacími potřebami jsou vzdělávání podle dokumentu Národní program rozvoje vzdělávání v České republice (Bílá kniha). Tímto dokumentem se změnil pohled na děti a žáky se speciálními vzdělávacími potřebami (Pipeková, 2006).

ČR se stává státem s typicky smíšeným systémem vzdělávání dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením (Michalík, 2011).

Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami je zahrnuto v § 16 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (Školský zákon).

Hlavním úkolem současného období je dopracování a zkvalitnění systému speciálněpedagogické podpory jako základní podmínky vyrovnání příležitostí



pro občany se zdravotním postižením ve vzdělávacím systému. Mezi tyto podpůrné prostředky se řadí např. působení dvou pedagogických pracovníků, asistent pedagoga, speciální pedagog, psycholog, otázky dopravy, kompenzační a učební pomůcky, řešení úvazkové povinnosti pedagogů, úprava počtu žáků ve třídě, formy a možnosti diferenciací obsahu vzdělávání. Prováděcím právním předpisem pro oblast vzdělávání zdravotně postižených se stala vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Podle zmíněné vyhlášky se vzdělávání dětí žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami realizuje prostřednictvím podpůrných opatření. Mezi podpůrné prostředky patří např. kompenzační, rehabilitační a učební pomůcky, poskytování pedagogicko-psychologických služeb, učebnic, didaktických materiálů, asistent pedagoga, snížení počtu žáků ve třídě nebo jiná úprava organizace vzdělávání ohlížející se na potřeby žáka (Michalík, 2011).

Vyhláška č. 73/2005 Sb. rovněž konstatuje, že u žáků s těžkým zdravotním postižením je náplní práce asistenta pedagoga i „*nezbytná pomoc žákům s těžkým zdravotním postižením při sebeobsluze a pohybu*“. Potom je nezbytné zavést diagnostický manuál. Podle vyhlášky je speciální vzdělávání žáků se zdravotním postižením zajištěno formou individuální integrace, formou skupinové integrace, ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením („speciální škola“), kombinací uvedených forem.

Podle vyhlášky č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných může ve třídách, odděleních a studijních skupinách, ve kterých se vzdělává žák se zdravotním postižením, působit se souhlasem ředitele školy a zákonného zástupce žáka nebo zletilého žáka **osobní asistent**, který není zaměstnancem právnické osoby, které vykonává činnost školy (vyhláška č. 73/2005 Sb., § 3, odst. 1).

Ve třídě, oddělení a studijní skupině zřízené pro žáky se zdravotním postižením se vzdělává **nejméně 6 a nejvíce 14 žáků** s přihlédnutím k věku a speciálním vzdělávacím potřebám žáků. S těžkým zdravotním postižením se vzdělávají **nejméně 4 a nejvíce 6 žáků**. Ve třídě běžné základní školy lze s přihlédnutím k rozsahu speciálních vzdělávacích potřeb žáků individuálně integrovat **nejvýše 5 žáků** se zdravotním postižením (vyhláška č. 73/2005 Sb., § 10).

V neposlední řadě zmíním Vyhlášku č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Mezi školská poradenská zařízení patří PPP a SPC (Michalík, 2011).

Z hlediska **integrace** dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami je podstatná především činnost školských poradenských zařízení. Tato zařízení zajišťují pro děti, žáky, studenty a jejich zákonné zástupce, pro školy a školská zařízení informační, diagnostickou, poradenskou a metodickou činnost. Nabízí odborné speciálněpedagogické a pedagogicko-psychologické služby, preventivně výchovnou péči a pomáhají při volbě adekvátního vzdělávání dětí, žáků nebo studentů a přípravě na budoucí povolání (školský zákon, § 116).

Bývalá zvláštní škola se v současnosti označuje *základní školou praktickou* a pomocná škola se stala *základní školou speciální* (Michalík, 2011).

Žáci s **těžkým mentálním postižením, s více vadami a s autismem** mohou být vzdělávání v *základní škole speciální*. Ředitel může povolit žákovi se zdravotním postižením pokračování v základním vzdělání do konce školního roku, v němž žák dovrší dvacátého roku věku (školský zákon, § 55, odst. 2).

Ve vztahu k žákům s **hlubokým mentálním postižením** zákon stanoví: „*Dítěti s hlubokým mentálním postižením stanoví krajský úřad místně příslušný podle místa trvalého pobytu dítěte se souhlasem zákonného zástupce dítěte takový způsob vzdělávání, který odpovídá duševním a fyzickým možnostem dítěte, a to na základě doporučujícího posouzení odborného lékaře a školského poradenského zařízení. Krajský úřad zároveň zajistí odpovídající pomoc při vzdělávání dítěte, zejména pomoc pedagogickou a metodickou ...*“ (Školský zákon, § 42).

Žák v rámci vzdělávacího programu základního vzdělávání získá:

- **stupeň základního vzdělání** – úspěšným ukončením vzdělávacího programu základního vzdělávání v základní škole;
- **základy vzdělání** – ukončením vzdělávacího programu základního vzdělávání v základní škole speciální (školský zákon, §45).

### 6.1.1. *Raná péče*

*„Služby rané péče mají být poskytovány od zjištění rizika nebo postižení tak, aby zvyšovaly vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou postižením ohroženy, do doby, než je dítě zařazeno do některého typu školského zařízení. Ranou podporou dítěte se rozumí všechna opatření (intervence, aktivity, speciální edukace) odborně použitá, která slouží ke zlepšení organických funkcí, vybudování přiměřených způsobů chování a k vývoji osobnosti“ (Vítková, 2006, s. 129).*

Jankovský (2005) rozumí pojmem raná péče funkční systém služeb, který má umožnit dětem a zejména jejich rodinám prevenci vzniku postižení, resp. jejich důsledků, případně je zmírnit nebo dokonce zcela potlačit, a dosáhnout tak bezproblémového společenského začlenění.

V medicínském označení se mluví o včasné terapii, v pedagogické terminologii se užívají názvy jako raná výchova, (pedagogická) raná podpora, včasná intervence nebo raná péče (Vítková, 2006).

V raném věku je poskytována dětem raná intervence prostřednictvím středisek rané péče (Kozáková, 2005).

### 6.1.2. *Předškolní péče*

Předpoklady předškolního vzdělání vyplývají především z toho, že ovlivňujeme, působíme na dosud nehotovou a postupně se vytvářející osobnost. Výhodou institucionální předškolní výchovy je odborné vedení dětí a hlavně záměrné utváření adekvátních podmínek pro jejich rozvoj a vzdělání (Kozáková, 2005).

*„Pro zdárný vývoj dítěte s postižením má rozhodující význam, jaký postoj a jaká očekávání vůči dítěti zaujmou rodiče již v nejranějším stadiu vývoje a výchovy“ (Ludíková, 2003).*

Děti s kombinovanými vadami předškolního věku (3 – 6 let) mají možnost využívat služeb předškolního zařízení a speciálně pedagogického centra. Odborný profesní tým provádí speciálněpedagogickou diagnostiku dítěte, poskytuje informační a poradenské služby rodinám s dětmi s kombinovanými vadami a navrhuje kroky k cílené podpoře (Kozáková, 2005).

O děti s kombinovaným postižením se v raném věku starají služby rané péče. **Cílem** je vrátit nebo zachovat rodičům jejich kompetenci k výchově dítěte

a k vytváření vhodných podmínek pro jeho vývoj. **Úkolem** je provázet rodinu obdobím raného věku dítěte se zdravotním postižením a podporovat jeho vývoj (Vítková, 2004).

### 6.1.3. *Péče v období školního věku*

V období školního věku mohou být děti s kombinovanými vadami vzdělávány ve státních, církevních i soukromých zařízeních. Při zařazování jedinců s vícenásobným postižením do vzdělávací instituce je nutné postupovat vždy citlivě a individuálně s ohledem na možnosti dosažení stupně, úrovně a uplatnitelnosti ve společnosti. Cílem vzdělávání osob s kombinovanými vadami je maximální a komplexní rozvoj osobnosti jedince při respektování individuálních i speciálně edukačních potřeb plynoucích z kombinace druhů postižení. V dnešní době jsou využívány snahy začlenit děti se specifickými potřebami do běžných škol. Při uskutečňování těchto trendů jsou žáci s kombinovanými vadami a přidruženým mentálním handicapem velice problematickou skupinou (Kozáková, 2005).

Hájková (2009) konstatuje, že v našem školství dochází ke snahám zařadit integrační inkluzivní trendy do všech typů škol a školských zařízení. „*Vzdělávací program je uplatňován pro skupinu nejméně čtyř a nejvíce šesti žáků v podobě zřízení rehabilitační třídy pomocné školy, pro jednotlivého individuálně integrovaného žáka s těžkým mentálním postižením pak v podobě zakomponování do individuálně výchovně vzdělávacího programu a pro žáka s hlubokým mentálním postižením osvobozeného od povinnosti docházet do školy*“ (Hájková, 2009, s. 47).

Škodová (2003) kritizuje současné tendence k integraci postižených žáků. Tvrdí, že pro žáky s těžkým a kombinovaným zdravotním postižením jsou určeny speciální školy. Pro tyto jedince není vhodná integrovaná forma vzdělávání.

***Rehabilitační vzdělávací program pomocné školy*** je určen žákům s těžkým postižením a více vadami. Podle tohoto programu se vzdělávají žáci, kteří si osvojí pouze některé základní dovednosti, vědomosti a návyky a získají určitou míru soběstačnosti. Je stanoven určitý komunikační systém, který se bude využívat s okolím. Rehabilitační program je charakteristický svým individuálním přístupem ve vyučování (Hájková, 2009).

Vítková (2006) stanovila prostředky vzdělávání. Těmito prostředky je působení na tělesný a duševní vývoj žáků, respektování jejich individuálních potřeb. U většiny žáků není možné očekávat ani osvojení trivia. Prostředkem vzdělávání není psané slovo a mnohdy ani mluvená řeč. Učitelé pracují s jedinci formou alternativní a augmentativní komunikace a hledají nejvhodnější způsob dorozumění. Mezi výukové a výchovné cíle jedinců s těžkým postižením patří: „*Schopnost poznat svoji osobu prostřednictvím svého těla; schopnost nechat se zaopatřit a přispět k zajištění existenčních potřeb; schopnost přijímat vztahy k okolí a orientovat se v nich; schopnost žít v kolektivu; schopnost spoluvytvářet svět věcí*“ (Vítková, 2006, str. 198).

Žáci s kombinovaným postižením jsou vzděláváni podle **Individuálního vzdělávacího plánu** (IVP). Tento plán vychází z výsledků současné speciálněpedagogické diagnostiky. Cíle a úkoly vyplývají z poznání úrovně vědomostí, dovedností, představ a celkových schopností jedince. V rámci programu se stanovuje datum započetí plánu, délka plnění, způsob a frekvence kontroly (Kozáková, 2005).

Na tvorbě individuálního vzdělávacího/výchovného plánu jedince s kombinovanou vadou se účastní podle Kozákové (2005) speciální pedagog spolu s rodiči a dalšími odborníky. IVP bere v potaz individuální zvláštnosti jedince a individuální tempo jeho rozvoje. Při tvorbě IVP se vychází ze vstupního speciálněpedagogického diagnostického vyšetření.

#### 6.1.4. **Profesní příprava**

Kaufhold (2011) píše ve své publikaci, že osobami s těžkým postižením se rozumí všechny osoby, jejichž schopnost pracovat na základě tělesného, duševního nebo mentálního postižení je snížena nejméně o 50%.

„*U absolventů základní školy praktické a základní školy speciální by se měla v jejich dalším vzdělávání zohledňovat potřeba po seberealizaci v pracovních činnostech podle jejich možností, schopností a zájmového zaměření. Měli by získat uspokojení a osobní sebevědomí, pramenící z pocitu užitečnosti pro ostatní lidi. To by mělo usnadnit jejich společenskou integraci do běžného života ve společnosti a pozitivně se promítnout v kvalitě jejich osobního života*“ (Pipeková, 2006, s. 96).

Pipeková (2006) konstatuje, že pro absolventy základní školy praktické je možné v profesní přípravě pokračovat na jakékoliv střední škole, odborných učilištích a praktické škole. U absolventů základní školy speciální je možnost pokračovat ve studiu na praktické škole. Ukončením vzdělávacího programu středního vzdělávání se dosahuje stupně vzdělání:

- **střední vzdělání** (zakončeno závěrečnou zkouškou a dokladem o dosažení středního vzdělání je vysvědčení o závěrečné zkoušce);
- **střední vzdělání s výučním listem** (zakončeno závěrečnou zkouškou a dokladem o dosažení středního vzdělání s výučním listem je vysvědčení o závěrečné zkoušce a výuční list.

## 6.2. Vzdělávání jedinců s mentálním postižením, pracovní a společenské uplatnění

### 6.2.1. *Výchova a vzdělávání*

*„Síť speciálních škol a zařízení pro děti a žáky s mentálním postižením je tvořena předškolním zařízením (mateřskou školou speciální, popř. speciální třídou při mateřské škole), základní školou praktickou (dříve zvláštní školou), základní školou speciální (dříve pomocnou školou, přípravným stupněm pomocné školy, pomocnou školou s Rehabilitačním vzdělávacím programem), odborným učilištěm, praktickou školou. Zvláštní postavení je dáno speciálně pedagogickému centru“* (Valenta, 2014, s. 37).

Děti s mentálním postižením navštěvují běžnou **mateřskou školu**, kde jsou integrováni mezi nepostiženými vrstevníky. Případně se jim nabízí speciální mateřské školy, kde bývá těmto dětem poskytována kvalifikovaná speciální péče. Většina mentálně postižených dětí má možnost absolvovat povinnou školní docházku odpovídající úrovni svých vědomostí a schopností (Švarcová, 2003).

Bendová (2011) odkazuje na Valentu, Krejčířovou (1997), kteří tvrdí, že pro efektivní zvýšení kvality a kvantity učiva je třeba využít multisenzorický přístup (tj. využití zraku, sluchu, hmatu, popř. i čichu a chuti), dále hyperemocionality dětí s mentální retardací a intenzivního opakování učiva.

Výběr učiva musí být volen přiměřeně s ohledem na úroveň mentální kapacity dítěte a na specifické zvláštnosti.

*Fáze přenosu informací od učitele směrem k žákovi s mentálním postižením podle Bendové (2011)*

- **Iniciální fáze** znamená fáze percepce, kdy dítě vnímá prezentované informace využíváním zraku a sluchu. V případě špatné funkce zrakového nebo sluchového analyzátoru může dojít ke zkreslení přijímaných informací.
- **Fáze mediální** znamená, že dítě s mentálním postižením má problém analyzovat přijatou informaci, uložit do paměti, vybavit a použít ve vhodné chvíli. Často je třeba využít u dětí s mentálním postižením vzhledem k narušené komunikační schopnosti alternativní a augmentativní komunikace.

#### **Zásady vzdělávání dětí/ žáků s MP v základní škole**

Vítková (2006) uvádí kritéria zaměřující se na uspořádání vyučování:

- Středem pozornosti je v průběhu vyučování žák a jeho životní situace.
- Jednat s jedincem s ohledem k jeho individuálním výukovým cílům.
- Vyučování by mělo být sestaveno jako otevřený, variabilní proces.
- Základem pro vznik nových vztahů je důležité zajištění jistoty a bezpečí.
- Za účelem dosažení orientovanosti a náklonnosti těžce postiženého dítěte k osobám a věcem je důležité zajistit zážitkovou oblast.

#### **Zásady komunikace se žáky s mentálním postižením v základní škole (Bendová, 2011):**

- Empatický a trpělivý přístup k osobám s mentálním postižením.
- Respektování času s ohledem na jejich reakční čas.
- Respektování snížené kvality vyjadřovacích schopností jedince.
- Respektování pomalejšího tempa mluvy a problémy s výslovností jedince s mentálním postižením.
- Využívat jednoduché věty a v průběhu vyučovacího procesu si průběžně kontrolovat, zda dítě s mentálním postižením rozumí obsahu sdělovaného.

- Snaha integrovat do komunikace při výuce prvky z aktuálního dění pro schopnost jedince orientovat se v dané komunikační, případně sociální situaci.
- Dávat najevo zájem o kontakt s dítětem prostřednictvím zpětné vazby.
- Zohledňovat deficity v oblasti fonematické diferenciaci a artikulace během komunikace.
- Vyjadřovat své myšlenky jasným, srozumitelným a jednoduchým způsobem.
- Vyhýbat se abstraktním pojmům v mluvním projevu, nepoužívat cizí slova a zkratky.
- Využívat často mimiku a řeč těla za účelem „dokreslení“ obsahu verbálního sdělení.
- Využívat prostředků alternativní a augmentativní komunikace a zohledňovat komunikační potřeby dítěte při komunikaci.
- Pravidelně si ověřovat, zda nám dítě s mentální retardací porozumělo.
- Neklást sugestibilní otázky z důvodu, aby jedinec s mentální retardací nepodlehli ovlivnění.
- Využívání standardního slovníku, vyhnout se infantilním výrazům a zdrobnělinám.
- Poskytnout dítěti s mentálním postižením dostatečný čas na odpověď. Zohledňovat u jedinců s mentálním postižením sníženou orientaci v neznámém prostředí.
- Jednat s osobami s mentálním postižením vždy jen takovým způsobem, jakým bychom si sami přáli, aby se jednalo s námi (Bendová, 2011).

**Vítková (2006) uvádí příklady přiměřených forem výuky:**

- Průběh vyučovacího procesu je zajištěn všemi pedagogickými situacemi, včetně ošetrovatelské a speciálněpedagogické péče.
- Realizace vyučování probíhá ve třídě, ale také v blízkém i vzdálenějším okolí.
- Průběh vyučovacího procesu je realizován ve skupině, v situacích jako je pozdrav, loučení, snídane, při volné či záměrně řízené hře za účelem uchování si nějakého dojmu případně docílení výsledku.



- K podpoře žáka přispívají také denní fázová cvičení v podobě nácviku reakcí a dovedností nebo odstraňování nefunkčních vzorů chování.

### **Organizační podmínky podle Vítkové (2006):**

- Těžce postižené žáky přijímá příslušná speciální škola.
- Pro nezpůsobilé žáky, kteří nemohou navštěvovat školu, je důležité zajistit podporu jiným způsobem (např. doma).
- Režim dne musí obsahovat pravidelné střídání výuky a relaxace, hry a relaxace, odpovídající individuálním schopnostem jedince.
- Nutné je zajištění odpovídajícího odborného personálu, adekvátní vybavení a speciální architektonické podmínky.
- Je-li přijat těžce postižený žák do již existující skupiny, zohledňuje se pedagogická situace ve škole, individuální nároky ohlížející se na věk dítěte, individuální způsob učení, tělesný vývoj a sociální chování.
- Úsilí o částečnou formu integrace, která se postupně rozšiřuje.

Cílem výchovy a vedení dětí s těžkou a hlubokou mentální retardací je podle Škodové (2003) snaha o co nejoptimálnější využití možností intelektu a dosažení co největší míry samostatnosti pro budoucí uplatnění v dospělosti.

### **Pracovní a společenské uplatnění jedinců s mentálním postižením**

Valenta (2011) In: Michalík (2011) vysvětluje možnosti dalšího uplatnění jedinců s mentálním postižením po základním / základech vzdělání. Tvrdí, že neexistují zásadní rozdíly mezi odborným učilištěm a středním odborným učilištěm. Praktické školy (jednoleté a dvouleté) jsou určeny pro absolventy speciálních škol, kteří nemohou pokračovat ve vzdělání na odborném učilišti.

Pipeková (2006) popisuje význam pracovního uplatnění mentálně postiženého člověka na trhu práce. Autorka konstatuje, že možnost zaměstnání pro osoby s mentálním postižením neznamená jen umožnění výděлку, ale hlavně přiznání sociálního postavení v rámci rodiny a společnosti. Osoby s mentálním postižením středního a těžšího stupně se nejčastěji realizují prostřednictvím práce pod dohledem, tedy na chráněných pracovištích. Další alternativou je podporované zaměstnání. Cílem je prostřednictvím zácviku připravit osoby i s těžším postižením k vykonávání některých méně náročných profesí (např. pomocníci v kuchyni,

pomocný zdravotní pracovník, pracovník v zahradnictví atd.). Pro pracovní uplatnění osob s mentálním postižením existují chráněné dílny nebo dílny zřízené ve stacionářích.

Podle Votavy (2005) je důležitá postupnost od práce jednoduché až k pracím složitějším. Klienti jsou chráněni před nežádoucími jevy, mají dohled a pomoc při jednání s nadřízenými nebo s úřady.

Podporované zaměstnání slouží lidem, kteří hledají placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Jedinci potřebují individuální, dlouhodobou podporu poskytovanou před i po nástupu do práce. Účelem je vyrovnávání příležitostí pro pracovní uplatnění lidí se ztíženým přístupem na otevřený trh práce v důsledku zdravotního postižení (Pipeková, 2006).

Votava (2005) popisuje podporované zaměstnání jako takový systém, který pomáhá postiženému zdotat překážky spojené s nástupem do práce a adaptaci na novou situaci, která pracovním začleněním vznikla. U podporovaného zaměstnání je důležitá funkce patrona. Tato osoba postiženému radí, uvádí ho do společnosti a chrání ho před nevhodným jednáním spoluzaměstnanců.

### **6.3.      Vzdělávání jedinců s poruchou autistického spektra, pracovní a společenské uplatnění**

#### **6.3.1. *Výchova a vzdělávání jedinců s PAS***

Pro osoby s autismem je důležité zahájit ve věku okolo 2 let ranou péči. Do rodiny by měl pravidelně docházet terapeut. V období předškolního věku jsou tu pro děti s PAS speciální mateřské školy, kde jim je věnována specifická péče v rámci integrace nebo mezi ostatní děti s jiným postižením. Dítě s PAS potřebuje přítomnost pedagogického asistenta. U většiny dětí s nerovnoměrným profilem schopností se doporučuje odklad školní docházky (Thorová, 2006).

Záměrem vzdělávacího programu u vzdělávání jedinců s PAS jsou klíčové dovednosti, mezi které patří komunikace, sebeobsluha, zvládnutí domácích prací, pracovních dovedností a pracovního chování, dovednosti volného času a sociální dovednosti. K osvojení si zmíněných dovedností potřebují tyto osoby především vizuální podporu. Význam vizuální podpory se týká především: předvídatelnosti v prostoru a především v čase, rozvoje komunikace, rozvoje „klíčových předmětů“ (sebeobsluha a domácí práce, pracovní dovednosti a pracovní chování, dovednosti

volného času a sociální dovednosti, funkční dovednosti orientované na školu). (Gillberg, 2008).

Howlin (2005) upozorňuje na nebezpečí, které velice často vzniká po opuštění školy. Na jedince s autismem už není vyvíjen takový tlak, co se týče komunikace. U jedince dochází k pomalému rozvoji, nebo dokonce ke zhoršení komunikačních schopností.

Thorová (2006) uvádí možnosti vzdělávání jedinců s PAS:

### **1) Speciální třídy pro děti PAS**

Tyto třídy mají strukturovaný program. Třídy vznikají při speciálních nebo základních školách. Děti jsou vzdělávány podle vzdělávacích programů různých typů škol. Výhodou speciálních programů je individuální přístup a profesionální pedagogický personál.

#### **Děti integrované ve speciálních školách a třídách**

Jedná se např. o školy pro žáky s mentálním postižením, poruchami chování, s vadami zraku a sluchu, s vývojovými poruchami učení a s vadami řeči. Výhodou je snížený počet žáků ve třídě a přítomnost speciálního pedagoga.

### **2) Děti integrované v běžných školách**

Zásadním předpokladem je informovanost pedagogů před vstupem jedince s PAS do školy, dále je nezbytná spolupráce s SPC. Důležitá je prevence šikany a informovanost rodičů spolužáků. Šikanování dětí s PAS je podle Thorové (2006) naprosto běžný a častý jev i v České republice.

Howlin (2005) píše, že děti s autismem prospívají mnohem lépe v autistických třídách, než ve třídách pro děti s poruchami komunikace.

#### **Strukturované učení**

*„Strukturalizace znamená vnesení jasných pravidel, zprůhlednění posloupnosti činností a jednoznačné uspořádání prostředí, ve kterém se člověk s PAS pohybuje. Tento specifický přístup alespoň částečně kompenzuje komplikovaný handicap, jakým porucha autistického spektra beze sporu je“ (Thorová, 2006, s. 384).*

Postižení autismem jsou vzájemně velmi odlišná a škála postižení je různorodá. Přístup či systém nemůže být univerzální. Strukturované učení je třeba přizpůsobit individuálním potřebám každého žáka (Howlin, 2005).

Výchovně-vzdělávací proces by se měl podle Valenty, Müllera (2003) u dětí s PAS odvíjet od správné diagnózy a důraz by měl být kladen na individualitu osobnosti. Jeden z nejefektivnějších prostředků výuky jedinců s PAS se ukazuje strukturované učení.

#### *Výhody strukturovaného učení*

- metodika strukturovaného učení zohledňuje zvláštnosti autistického myšlení a přizpůsobuje se specifickým jedince;
- svět, který dítě díky svému postižení vnímá jako zmatek, se stává předvídatelný v prostoru i čase, snižuje se stres, dítě zvládne vnímat nové informace;
- v důsledku pocitu soběstačnosti se rozvíjí sebevědomí dítěte;
- nácvik samostatnosti;
- omezení problematického chování;
- redukce či eliminace kognitivní deprivace;
- rozvoj schopností a dovedností dítěte;
- snížení či vysazení psychofarmak (Valenta, Müller, 2003).

#### **TEACCH program**

Nejnámější formou strukturovaného učení je TEACCH program (*Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children Therapie*). Zásadami programu jsou služby, které počítají s přítomností rodičů od předškolního věku do dospělosti. Program poskytuje pomoc ve třech životních oblastech. Jedná se o vzdělávání, uspořádání domácí péče a společenské uplatnění (Valenta, Müller, 2003).

U TEACCH programu je prokázána vysoká míra spokojenosti rodičů, zlepšení chování, přístup ke vzdělání, důraz na rozvoj komunikace a pozornost je věnován prevenci problémového chování. Výhodou je možnost uplatnění specifických metodik do stávajícího systému školství (Thorová, 2006).

Mezi základní filozofie a zásady TEACCH programu patří podle Thorové (2006)

- individuální přístup k dětem;
- aktivní generalizace dovedností;
- úzká spolupráce s rodinou;
- integrace dětí s autismem do společnosti;
- přímá interakce mezi ohodnocením a intervencí;
- pozitivní přístup i k dětem s problematickým chováním.

Základními principy TEACCH programu podle Valenty a Müllera (2003) jsou:

- **Individuální přístup:** vychází z diagnostiky a obsahuje adekvátní komunikační systém, vhodné pracovní místo a výchovné prostředí, přizpůsobený individuální plán, volbu potřebných strategií řešení problémů, apod.
- **Strukturalizace:** do této oblasti patří strukturované prostředí, strukturování času, dodržení pravidelnosti a srozumitelnosti, kontrola splněných a nesplněných úkolů.
- **Vizualizace:** slouží ke zviditelnění strukturovaného prostředí, zviditelnění a pochopení denního režimu z pohledu času a obsahu (Valenta, Müller, 2003).

Také Švarcová (2003) popisuje využití programu **TEACCH** (*terapie a vzdělávání dětí s autismem a poruchami dorozumívání*). Odborníci, kteří sestavili tento program, vycházeli z poznatků, zkušeností a názorů rodičů autistických dětí. S rodiči shrnuli 6 následujících zásad:

- **Přizpůsobení:** znamená, že autismus vyžaduje celoživotní úsilí. Snahou je přizpůsobit každého jedince prostředí, v němž žije, prostřednictvím rozvoje dovedností potřebných k životu a dále úpravou prostředí, které zabraňují vzniku deficitů.
- **Hodnocení:** předpokládá pečlivé posouzení každého jedince formálním ohodnocením (testy) i neformálním ohodnocením (pozorováním). Jedná se o co nejpřesnější zhodnocení vývojové možnosti dítěte a o návrh optimálních prostředků k rozvoji jedince.

- **Strukturovaná výuka:** využívá nácviku učení a nezávislosti. Je důležitá pro předcházení obtížím v chování, které jsou často zdrojem nedorozumění a zklamání.
- **Upřednostnění rozvoje dovedností:** znamená využívat stávající dovednosti a zlepšovat nedostatečné znalosti.
- **Teorie chování a poznávání:** je založená na behaviorální a kognitivní teorii. Jde o testování a porovnávání výsledků jedince. Jsou brány v potaz rozdíly ve vývojové úrovni jedince.
- **Celostní model:** znamená, že odborníci ze všech oborů absolvují všeobecný výcvik, jestliže chtějí s autistickými jedinci pracovat. Tento model dává možnost odborníkům nahlížet na jedince z pohledu rodičů (Švarcová, 2003).

#### **Zásady komunikace při vzdělávání jedinců s dětským a atypickým autismem (Bendová, 2011)**

- Zohledňovat zásady využívané v práci a komunikaci s dítětem s PAS.
- Vytvořit účelnou komunikaci mezi dítětem s PAS a jeho okolím, s využitím verbální komunikace i AAK.
- Podporovat verbální rozvoj dítěte s PAS v maximálně možném rozsahu.
- Využívat vizuální komunikační strategie s ohledem na omezenou schopnost představivosti dítěte s PAS.
- Respektovat delší reakční čas dětí s PAS v komunikační situaci.
- Zvolené komunikační strategie následně aplikovat v širším kontextu i do průběhu edukace dětí s PAS.
- Využívat pouze jednoduché věty (maximálně trojčlenné) a zdůrazňovat důležité věci.
- Ověřovat, zda dítě s PAS porozumělo danému obsahu.

### **6.3.2. Pracovní a společenské uplatnění jedinců s autismem**

„Organizace TEACCH v Severní Karolíně, která má vypracovaný velmi úspěšný program pro podporu zaměstnávání lidí s autismem, uvádí, že velké firmy se na ně často obracejí s požadavkem, aby jim poslali pracovníka s autismem, protože tito lidé nemají absence, jsou důvěryhodní a pečliví“ (Howlin, 2005, s. 199).

Čáslavská (autismus, online, 2009) píše o novém projektu „*S pomocí to dokážu*“. Projekt je zaměřen na osoby s Aspergerovým syndromem a vysoce funkčním autismem. Cílem je vytvoření takových podmínek, které by těmto lidem umožnily vstup na trh práce a připravily je na samostatný život. Tyto podmínky by měly být vytvořeny s využitím služby podporovaného zaměstnávání. Podporované zaměstnávání je určeno těm, kteří mají zájem o uplatnění na otevřeném trhu práce. Po nástupu do zaměstnání je poskytována podpora cílená k vytváření odpovídajících pracovních návyků a zapracování na daném místě. Důležitou aktivitou zaměřenou na rozvoj samostatnosti jedinců představuje tréninkové bydlení. Hlavním záměrem projektu je postupné odstraňování bariér, které znemožňují osobám s diagnostikovanou poruchou autistického spektra přístup ke vzdělávání a zaměstnání.

## **6.4. Vzdělávání jedinců s DMO, pracovní a společenské uplatnění**

### **6.4.1. *Výchova a vzdělávání osob s DMO***

Povinnou školní docházku může žák s DMO aktuálně plnit několika možnými způsoby. Významným faktorem ovlivňujícím vzdělávání je druh a stupeň mentálního postižení (Jankovský, 2005).

Výchovně-vzdělávací proces jedinců s pohybovým postižením je omezen v důsledku narušení nosného nebo pohybového ústrojí či jiného organického poškození. Z psychologického pohledu působí nejvíce omezení hybnosti a tělesné diferenciací. Respektovat je potřeba omezení v pohybu, potíže se sebeobsluhou, problémy komunikační a společenské, potíže s dopravou apod. Podmínkou vzdělávání osob s tělesným postižením je podle výběru Vítkové (2006) bezbariérový přístup do školy, odpovídající technické vybavení pro pohyb žáků v prostorách školy, využívání informačních technologií. Dále je vhodné využívat didaktické pomůcky, pomůcky pro psaní a kreslení (trojhranný program, speciální psací deska

s magnetickým pravítkem, protismyskové podložky, apod.). Mezi další podmínky řadí autorka pomůcky pro rozvoj manuálních dovedností (dřevěné i textilní hračky a učební pomůcky, speciálně upravené nůžky, apod.), pomůcky pro tělesnou výchovu a relaxaci a dále také technické pomůcky usnadňující získání a uchování informací a výbava kompenzačními pomůckami (berle a hole, kozičky a chodítka, tříkolky, lezítka, zvedací plošiny, apod.). V edukaci jedinců s DMO hrají důležitou roli zvláštnosti ve vnímání. Autorka seznamuje se specifiky edukace žáků s tělesným postižením. Povinnou školní docházku může žák s tělesným postižením dle sdělení autorky absolvovat v běžné základní škole, ve (speciální) škole pro tělesně postižené nebo ve speciální třídě základní školy. V případě kombinovaného postižení (tělesné a mentální) je vhodnější nastoupit vyučování podle vzdělávacích programů vymezených pro příslušný stupeň mentálního postižení v základní škole pro tělesně postižené, v základní škole praktické nebo v základní škole speciální, eventuelně v základní škole speciální s rehabilitačním vzdělávacím programem.

Při školní práci s jedinci s DMO je nutné brát ohled na míru rozvinutí jemné motoriky ruky, poškození vnímání, snížení rozumových schopností, slabou úroveň koncentrace pozornosti, zvýšenou unavitelnost, zpomalené pracovní tempo, pomalejší socializační proces, specifické poruchy učení, řečové obtíže.

K rámcovým podmínkám integrativního vzdělávání tělesně postižených žáků patří nižší počet žáků ve třídě, ergonomické vybavení pracoviště žáka (sklápěcí a výškově nastavitelné školní lavice, speciálně upravené židle, lehátka, polohovací stojany apod.), specifické pomůcky pro tělesně postižené, přizpůsobivé organizační formy pro vyučování, prostorové podmínky pro individuální péči, terapii a další podpůrná opatření (Vítková, 2006).

#### **6.4.2. *Pracovní a společenské uplatnění osob s DMO***

Profesní zaměření dětí a mladistvých s tělesným postižením se prolíná celým výchovným procesem již od základní školy. Mezi úkoly profesní orientace patří vytváření předpokladů pro možnost správného rozhodování při volbě povolání. Dále se jedná o vytváření speciálních výukových podmínek pro zvládnutí úkolů a požadavků jednou zvoleného oboru. Důležitou podmínkou je možnost poskytnutí co nejvyšší míry rehabilitace, pozornost se věnuje základnímu vzdělání a rozvoji vlastních zájmů a sklonů. Vztah druhu povolání k osobnosti postiženého je určen



změněnými schopnostmi a z nich vyplývajícími osobnostními vlastnostmi. Výběr povolání je ztížen přidruženým postižením, zejména mentálním. Z doporučených edukativních nabídek pro tato postižení se jeví adekvátní obor zahradník nebo zařazení do praktické školy, příp. pobyt v rehabilitační vzdělávací skupině (Vítková, 2006).

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

### 7 Kvalitativní analýza kazuistických studií jedinců s kombinovaným postižením

#### 7.1. Cíle výzkumu a metodologie

Cílem výzkumného šetření je popsat, jak probíhá vývoj osoby s kombinovaným postižením a poruchou řečové komunikace. Problematika se zaměřuje především na komunikační poruchy a na psychomotorickou oblast. Díky výzkumnému šetření se stanoví řečový a psychomotorický vývoj adolescentních jedinců od jejich narození po současnost.

Cílem je zjištění skutečnosti, jestli se během sledovaného období objevují nějaké vývojové změny, případně zda stav jedince stagnuje.

Výzkumné šetření u dvou jedinců proběhlo v období let 2011 – 2012, kdy k setkání těchto osob došlo v roce 2011 třikrát a v roce 2012 třikrát.

Šetření u zbývajících tří osob probíhalo v období let 2013 – 2014. V roce 2013 jsem se setkala s výzkumným vzorkem třikrát a následující rok (2014) také třikrát.

Ve výzkumu byly použity tyto metody: studium a analýza odborné literatury, pozorování, volný rozhovor s rodiči a pedagogy, studium a analýza dostupné zdravotní dokumentace, kazuistika.

##### 7.1.1. *Definice kazuistiky (případové studie)*

Smyslem případové studie je velmi detailní zkoumání a pochopení jednoho či několika případů. Základem případového šetření je sběr pravdivých údajů souvisejících s objektem předmětu. Předmětem výzkumu případové studie je sjednocený systém s určitým časovým i prostorovým omezením. Průběh zkoumání sociálního problému postupuje vždy v reálné souvislosti a za přirozených podmínek výskytu jevu. K získání platných údajů se využívají veškeré dosažitelné prameny i metody sběru dat (Švaříček, Šedřová, 2007).

Zkoumaný případ by měl být analyzován komplexně a v jeho přirozeném prostředí. Cílem je vysvětlit interakce mezi případem a okolím. Takový úkol vyžaduje získání velkého počtu dat z nejrůznějších zdrojů. Badatel využívá veškeré dosažitelné metody sběru dat. Mezi základní techniky případové studie patří všechny

formy pozorování a rozhovorů, analýza dokumentů apod. Výsledky ze zmíněných použitých metod vyhodnocujeme dohromady, účelem je vyložit případ jako integrovaný systém, nikoliv upozorňovat na jeho jednotlivé části. Dalším důležitým faktorem při zpracování případové studie je také velké množství stráveného času při studiu případu. Výhodou případové studie je pochopení objektu zkoumání v jeho přirozeném kontextu. Případové studie by se měly provádět přímo v centru dění, v místě, kde dochází k akci. V důsledku krátkodobého a nedostatečného sledování objektu vzniká pouze plochý vhled, který nezachycuje podstatu případu (Švaříček, Šed'ová, 2007).

## 7.2. Vymezení cíle

Cílem práce je popsat, jak probíhá vývoj řečových schopností a psychomotoriky u jedinců s kombinovaným postižením.

## 7.3. Charakteristika výzkumného souboru

Pro účely své práce jsem zvolila osoby, stížené kombinovaným postižením. Jedná se o jedince s mentální retardací těžkého a středního stupně a doprovázející komunikační poruchou, jedince s DMO, mentálním postižením a přidruženou vadou řeči a v neposlední řadě také osoby s dětským a atypickým autismem.

Práce obsahuje pět detailních případových studií jedinců. Informace o jedincích jsem získala prostřednictvím speciálních škol, na které jsem se obrátila s prosbou o doporučení dětí s determinujícím typem postižení.

Vstříc mně vyšla Základní škola speciální a praktická Hlinsko, dále Speciální škola Svítání v Pardubicích.

*Ze Základní školy speciální v Hlinsku jsem zvolila dva jedince:*

- Sedmnáctiletého chlapce s těžkou mentální retardací a opožděným vývojem řeči.
- Dvacetiletou dívku s DMO, těžkou až střední mentální retardací, dysartrií.

*Základní škola speciální Svítání mi poskytla spolupráci se třemi jedinci.*

- osmnáctiletý chlapec s atypickým autismem, středně těžkou mentální retardací, DMO nejasného typu.

- Patnáctiletý chlapec s dětským autismem nízkofunkčním, těžkou mentální retardací.
- Dvacetiletý chlapec s DMO, s těžkou mentální retardací a dysartrií.

#### 7.4. **Klasifikace hodnotící škály**

K vyhodnocování získaných kvalitativních dat je využita škála, která hodnotí úroveň jednotlivých vývojových oblastí. Mezi hodnoty patří stupeň stagnace, malý posun a výrazný posun.

Ke stanovení kvalitativních hodnot bylo využito výsledků rozboru odborné dokumentace, rozhovoru s rodiči a pedagogy a osobní subjektivní hodnocení.

##### **1. Stagnace**

- Vývoj je již několik let beze změn.
- Jedinec nedělá žádný vývojový pokrok v důsledku nepříznivých vnějších i vnitřních podmínek.
- Vývojové oblasti jsou velice omezeny, zůstávají na velmi slabé úrovni po delší časové období.
- Úroveň stagnace může být hodnocena od začátku života do zahájení první etapy výzkumného šetření; případně od začátku počátečního sledování až do ukončení šetření.
- Stagnace ve vývoji jedince může přetrvávat po celý život nebo přechází na lepší úroveň, tj. malý posun ve vývoji.
- Na úroveň stagnace budu pro své potřeby hodnotit tyto oblasti: komunikace, jemná motorika, hrubá motorika, grafomotorika, sociabilita, emoční ladění, úroveň adaptace, oblékání, stravování, hygiena.

##### **2. Malý posun**

- Jedinec v průběhu času udělal malý pokrok ve vývoji.
- K malému posunu může docházet v průběhu celého života. V našem případě je tento stupeň možno posuzovat buď do zahájení počátečního výzkumného šetření, případně ho hodnotíme až od zahájení výzkumného šetření.
- Za malý posun považujeme i nepatrnou známku progresu.
- Zaznamenává se každý drobný vývojový pokrok.

- Porovnáváme všechny doposud omezené vývojové rysy a zjišťujeme jejich nově získané schopnosti a pokroky.
- Úroveň malého posunu bude v mé práci posuzována v těchto oblastech: komunikace, jemná motorika, hrubá motorika, grafomotorika, sociabilita, emoční ladění, úroveň adaptace, oblékání, stravování, hygiena.

### **3. Výrazný posun**

- Jedinec zvládl v určitém časovém období výrazný a pozorovatelný pokrok.
- K výraznému posunu může jedinec dospět během celého života. V našem případě je tento stupeň možno posuzovat buď do zahájení počátečního výzkumného šetření, případně ho hodnotíme až v průběhu zahájení výzkumného šetření.
- Za výrazný posun označujeme zdokonalení ve významných vývojových oblastech, které byly doposud silně omezeny.
- Nabyté zkušenosti a schopnosti postižených jedinců je možno téměř porovnávat s úrovní možností běžné intaktní populace, anebo se této úrovni velmi blíží.
- Zhodnocení výrazného posunu určuji v následujících oblastech: komunikace, jemná motorika, hrubá motorika, grafomotorika, sociabilita, emoční ladění, úroveň adaptace, oblékání, stravování, hygiena.

## 7.5. Případová studie č. 1

### **Libor**

**Datum narození:** 6. 3. 2000 – 14 let

### **Diagnóza:**

Dětský autismus nízkofunkční, těžká mentální retardace, tupozrakost

*Pro potřeby své diplomové práce upozorňuji, že jména dětí jsou změněna za účelem ochrany osobních dat. Chlapce budu ve své práci označovat jménem Libor.*

### **Rodinná anamnéza:**

Matka narozena roku 1975, středoškolačka, otec narozen 1973, vyučen v oboru zemědělství. Sourozenci žádní. Nikdo z rodiny nemá žádné zdravotní problémy.

### **Osobní anamnéza:**

Narozen z I. rizikové gravidity, gemini, plod A odumřel, chlapec hypotrofický, narozen císařským řezem v 31. týdnu po eklampsii matky.

Porodní hmotnost 1100 g, resuscitován, inkubován v inkubátoru. Vývoj opožděn, chodil ve dvou letech, po špičkách, třepal flektovanými horními končetinami.

Zatímal prsty rukou do pěstí, prohlížel si je, točil se do kolečka. Oklepával klouby prstů předměty, věci. Řeč se rozvinula na úroveň vokalizací, nevyužíval ji, ukazoval a dotáhl ruku rodiče k předmětu, který chtěl.

Sledován od narození u neurologa, v roce 2004 vzhledem ke specifickému pozitivnímu nálezu na EEG nasazeno antiepileptikum. První epileptický záchvat měl v roce 2009. Sledován na nefrologii. Asymetrie ledvin a dráždivý močový měchýř. Rehabilitován pro mírnou formu DMO, lehčí spastickou kvadruparézu.

Dětský autismus diagnostikován pedopsychiatrem v roce 2004, od té doby je pedopsychiatricky sledován.

Libor bydlí s rodiči v rodinném domě se zahradou. Mají psa, kterého však Libor naprosto ignoruje a nenavazuje s ním žádný kontakt.

Libor je velmi fixován na svoji babičku, která ho často hlídá.

## **Rok 2001**

### ***Neurologické vyšetření***

Liborovi je 15 měsíců, leze po kolínkách, vytváří slabiky „*dede*“ apod. Drobný vzrůst, hlava je dolichocefalická. Souměrný úchop na dolních končetinách. Úchop žádný, babinského reflex negativní. Trakce s přitažením do sedu, závěsy s extenzí dolních končetin. Stoj na špičkách. Lokomoce na kolínkách symetricky střídá. Žvatlá.

#### *Závěr:*

Hypertrofie, psychomotorický vývoj na úrovni čtvrtého měsíce. Trvá hypertonický syndrom na dolních končetinách.

Pokračovat v rehabilitaci, léčebný pobyt v Luži – Košumberku.

## **Rok 2002**

### ***Neurologické vyšetření***

Liborovi jsou 2 roky a 8 měsíců – chodí samostatně, našlapuje na špičky, leze po čtyřech. Chodí po schodech s bilaterální oporou. Říká „*máma, táta*“, onomatopoické zvuky, hru napodobí.

Byl na lázeňském pobytu v Jánských Lázních, je patrné zlepšení chůze. Nulové jsou záškuby a třesy. Hlava dolichocefalická, obličej je symetrický. Bulvy jsou paralelní, sleduje nekonstantně. Na zvuk reaguje. Šíje je volná. Tonus lehce vyšší, úchop aktivní. Inkontinence – čistotu neudrží. Dolní končetiny jsou reflexně živé. Babinski reflex bilaterálně. Při trakci se aktivně přitahuje, sed s lehkou kyfózou páteře. Na břicho leze po čtyřech, střídá dolní končetiny, bérce lehce nad podlahou. Stoj a chůze na plných chodidlech, nekonstantní a nestabilní s tendencí na vnitřní hranu chodidla.

#### *Závěr:*

DMO spastická kvadruparéza s větším postižením dolních končetin. Inkontinence, psychomotorická retardace na úrovni 15 – 18 měsíců.

#### *Doporučení:*

Rehabilitace se zaměřením na posílení zádového svalstva a zlepšení chůzového stereotypu a eventuelní cvičení na rehabilitačním míči. Stimulace řeči. Balneoterapie vzhledem k dobrému efektu je indikována.

## **Rok 2003**

### ***Neurologické vyšetření***

3 roky a 2 měsíce – chůze po špičkách zlepšena, po schodech s oporou. Jezdí na odrážedle, říká slabiky – nespojuje. Hračky bere do obou rukou. Listuje po více stránkách, části těla rozezná. Barvy nepozná, čistotu neudrží. Po Nootropilu je zvýšeně živý, negativistický. Hlava dolichocefalická. Obličej symetrický, na mozku normální nález, šije volná. Při vyšetření spolupracuje. Horní končetiny reflexní, patologicky reflexně negativní. Lehce nižší tonus, úchop aktivní. Sed samostatný, stoj a chůze s tendencí na plných chodidlech, postaví se bez opory.

#### ***Závěr:***

Psychomotorická retardace na úrovni čtvrtého měsíce s větším postižením ve složce psychické. Méně je postižení ve složce motorické – kde je vývojově 15. – 18. měsíc. V porovnání s předchozím vyšetřením spíše mírný regres. Doporučuje se pokračovat v rehabilitaci. Nootropil vysadit, bude vyzván k hospitalizaci s provedením biochemického vyšetření, očního vyšetření, EEG, CT mozku.

## **Rok 2004**

### ***Neurologické vyšetření***

Liborovi jsou 4 roky a 3 měsíce. Ukáže obrázky. Neukáže, kolik je mu roků. Pomáhá při strojení, říká „*máma, táta*“, některá zvířátka, na WC, „*mňam*“. Když něco potřebuje, říká „*e*“. Chodí samostatně, do schodů také. Na kole ho jezdit nebaví. Rozumí všemu. Nedokáže se soustředit. Dle matky má desetiminutové stavy smíchu, při kterých nekomunikuje. Přes den čistotu udržuje, na noc nosí pleny, které bývají suché. Do kolektivu nechodí. Jazyk plazí ve střední čáře, na zvuk reaguje. Tonus přiměřený, úchop je aktivní. Babinski reflex naznačen bilaterálně. Tonus je lehce vyšší, mírně vážne extenze v kolenou. Abdukce v kyčelním kloubu. Stoj a chůze s mírou tendencí na špičky, bez opory.

#### ***Závěr:***

DMO, spastická kvadruparéza lehkého stupně. Opožděný vývoj řeči, psychomotorická retardace. Autistické rysy. Stavy smíchu a snížené reaktivity. Etiologicky nelze vyloučit epileptický ekvivalent. Doporučuje se pokračovat v rehabilitaci, logopedii. Psychologické vyšetření.



## **Rok 2005**

### ***Neurologické vyšetření***

Libor chodí do školky na 4 hodiny. Zatím není zaznamenána změna při současné medikaci. Libor dělá jen drobné pokroky. Hra s míčem nebo prohlížení knížek za spolupráce další osoby. Sám si nehraje. Má problémy s brýlemi – nezadaptoval se na ně. Do školky mu je matka nedává – odhazuje je. Je v logopedické třídě s menším počtem dětí. Rehabilitace v místě bydliště. Je klidný, oční vada s korekcí, drobné výkyvy bez verbální produkce. Řeč je na úrovni slabik – „*máma, táta*“. Zkratky Achillových šlach více vlevo.

*Závěr:*

DMO, spastická kvadruparéza. Psychomotorická retardace. Dětský autismus. Opožděný řečový vývoj. Bruxismus, gelastické záchvaty.

### ***Psychiatrické vyšetření***

Liborovi je 5 let a 3 měsíce, navštěvuje MŠ logopedickou. Problematické chování: hází kameny a věcmi, shazuje věci, bouchá dveřmi.

Hraje si s míčem, odstrkuje lékaře. Při vyšetření jedl bonbony, poté poslední dva zahodil a zkoumá věci. S citem otevírá a zavírá dveře. Když o této činnosti mluví matka s lékařem, rozevře dveře energicky. Šeptá „*bobo*“, ale nebouchne. Slovní kontakt nenavazuje, ani pantomimický.

*Závěr:*

F 84.1, F 71.1 s hyperaktivním chováním, epilepsie.

*Doporučení:*

S matkou probrána analýza chování. Odměna a sankce při házení kameny, zaměstnat při radosti jeho ruce.

## **Rok 2006**

### ***Neurologické vyšetření***

Libor půjde do speciální školky s asistentem. Používá slůvka „*mami, tati*“, ještě 4 – 5 slov („*kuki*“, ...). Používá slabiky. S hračkami si hraje sám jen chvíli. Odezněl bruxismus. S menší frekvencí trvají záchvaty smíchu. Zraková orientace zlepšena. Objednán do centra APLA pro podezření na autismus. Zraková korekce

při oční vadě, mírně hypomimický, bilaterální chůze je spastická se stáčením špiček dovnitř. Zkrácení Achillových šlach.

*Závěr:*

DMO, spastická kvadruparéza, psychomotorická retardace, dětský autismus. Opožděný vývoj řeči. EEG – specifická abnormalita bifrontální. Bruxismus, gelastické záchvaty.

### ***Psychiatrické vyšetření***

Dle matky užívá Risperdal. Sám si ke stolečku neseďne, ale je klidnější. Pokračuje v logopedické školce na 4 hodiny s asistencí. Nejraději zavírá a otevírá dveře, hraje si s balónem, snaží se i něco trefit (květináče shazuje, praskají žárovky – má z toho nepopsatelnou radost i po trestu). Je krmený, má pleny, oblíbené jsou klíče – hází s nimi. Ve školce si hraje sám, děti se k němu přidávají, on sám nenavazuje iniciativu. Pohybové stereotypie trvají. Letos byl u zápisu ve škole Svítání, je přijatý do přípravného ročníku autistické třídy. Ze slov používá „*mňam*“ – ihned předvádí, „*ee*“ – když něco chce, ukáže a dovede. Hypomimický výraz tváře, ke konci vyšetření opětuje ploše úsměv. Psychomotorická instabilita. Sebepoškozování není.

Doporučuje se dle pokynů specialistů v SPC stimulovat vývoj chlapce.

Postižení Libora je považováno z pedopsychiatrického hlediska jako těžká trvalá neurovývojová porucha, kdy dítě je zcela odkázáno na pomoc druhé osoby ve všech úkonech denního života. Jeho výchova i vzdělávání vyžaduje vysoce specifické přístupy. Ve škole je nutná asistence. Není schopen ani v doprovodu dospělé osoby cestovat hromadnými dopravními prostředky.

### **Rok 2007**

#### ***Neurologické vyšetření***

Libor je v prvním ročníku školy Svítání. Nyní je mu 7 let, chodí samostatně i do schodů. Na kole jezdit nechce. Užívá k úchopu obě horní končetiny, preferuje levou. Říká „*ee*“, „*ňam*“, žvatlá slabiky, opakuje dokola slova „*máma*“, „*táta*“. Pije méně, nechce jíst samostatně – svačinu sní, oběd nesní. Čistotu udržuje, v noci občas ne. Záchvatové projevy nejsou pozorovány. Ustoupil častější smích. Biochemické vyšetření dle matky normální.

Atypický tvar hlavy, normální nález, pouze lehké konvergentní postavení bulbů. Sleduje volně, na zvuk reaguje. Mimika symetrická. Jazyk ve střední čáře, šíje volná. Vadné držení těla s hyperkyfózou hrudní.

*Závěr:*

DMO, spastická kvadraparéza, atypický autismus, těžká mentální retardace, bruxismus, gelastické záchvaty.

### ***Psychiatrické vyšetření***

Nyní se Libor adaptuje ve škole. Nechce se mu vstávat do školy. Nejraději si hraje venku. Matka mu nemůže vysvětlit, že nesmí chodit po silnici. Naschvál vbíhá do silnice.

Libor je spokojený, brouká si, oční kontakt v podstatě nenavazuje. Je u matky na klíně, chtěl by házet klíče. V nestřeženém okamžiku hodí kukátkem. Matka mu pro zklidnění dává křupky. Libor se směje, líbá matku, tulí se k ní. Slovní ani mimoslovní kontakt nelze navázat. Pleny nenosí.

*Doporučení:*

Specifický výchovný i edukační přístup, užívat systém odměn a sankcí.

## **Rok 2008**

### ***Neurologické vyšetření***

Liborovi je 8 roků. Dříve měl ve škole enuresu, nyní se zlepšuje. Chodí samostatně i do schodů, střídá dolní končetiny, užívá k úchopu obě horní končetiny. Přendá předmět do druhé ruky, na kole jezdit nechce. Preferuje pravou horní končetinu. Říká „ee“, „ňam“, „máma“, „táta“, „babi“. Nenapodobuje, hru nezvládne samostatně. Nechce jíst ve škole. Přes den si říká na wc. V noci udrží čistotu. Záchvatové projevy nepozorovány. Libor částečně spolupracuje, má atypický tvar hlavy. Obličej symetrický, mimika také. Šíje je volná, hybnost krční páteře přiměřená věku. Kyfóza páteře, stoj a chůze bez paréz, bez opory, mírné stáčení špiček dovnitř bilaterálně.

*Závěr:*

DMO, spastická kvadraparéza, těžká mentální retardace, sekundární epilepsie (gelastické záchvaty), bruxismus.

### ***Psychiatrické vyšetření***

Navštěvuje autistickou třídu ve škole Svítání. Má individuální studijní plán. Ve škole je do 13. hodin. Je spokojený, v kolektivu pěti dětí. Má svého osobního asistenta, je klidný, neubližuje sobě ani dětem.

Nekomunikují obrázkovou metodou. Doma už poznají, co Libor chce. Mlaská, stále dělá zvuky ústy. Zvukové hračky mu nevadí, má rád muziku. Ve škole je s jídlem trochu problém, moc toho nesní. Doma následně dohání jídlo, zde jí také už sám. Na wc si řekne, oblékání s dopomocí. Usíná u rodičů v posteli a spí s nimi. V noci se budí, strká ruce či nohy pod spícího rodiče. Občas se vzteká, ale dá se usměrnit. Nepláče, cítí se dobře. Strká si ruce do pusy ve chvílích, kdy je nervózní.

Doma se často směje. Sám si lehne, směje se, skulí se z postele. Ve škole je poslední dobou chválen, tudíž není třeba podávat Ritalin na hyperaktivitu.

*Závěr:*

Dětský autismus (F84.1), těžká mentální retardace, epilepsie.

*Doporučení:*

Specifický výchovný i edukační přístup.

### **Rok 2009**

#### ***Neurologické vyšetření***

Liborovi je 9 roků, ve škole bez problémů. Má problémy se spaním, ovšem po psychoterapiích se prodloužila délka spánku. Bere homeopatika. Enuréza se již neopakovala. Chodí samostatně do schodů, tříkolka ho nebaví. Neplave, ve vodě je rád. K úchopu užívá obě horní končetiny. Přendá předmět do druhé ruky, preferuje pravou horní končetinu. Obtížné je kreslení, úchop tužky neobratný. Udělá několik čar, pak ho činnost přestane bavit. Napodobuje asi 4 zvuky, hru nenapodobí. Zavolá na kočičku, skládá kostky. Jí s pomocí – jídlo bere rukama. Z hrníčku se napije, oběd nezvládne samostatně. Ve škole je krmený – nechce ve škole jíst. Říká si přes den na wc, v noci čistotu udrží. Záchvatové projevy nejsou pozorovány.

*Závěr:*

DMO, spastická kvadruparéza, atypický autismus, těžká mentální retardace, sekundární epilepsie – gelastické záchvaty, bruxismus.

### ***Psychiatrické vyšetření***

Libor navštěvuje třetím rokem Speciální školu Svítání. Nemá asistentku svou, funguje pro další tři děti, včetně Libora. Často se mu do školy nechce, nechce hlavně ráno vstávat. Matka nevidí ze školy přínos. Účastnili se kurzu VOKS, u chlapce není žádný pokrok. Libor by měl kartičku přinést výměnou za požadovanou věc, ale Libor kartičky nenosí. Matka se domnívá, že Libor nepochopil princip obrázkové komunikace. Když něco chce, dojde si pro matku a ukáže své přání. Mává prsty přibližně požadovaným směrem. Matka pak musí přemýšlet, co Libor chce. Většinou se ale jedná o stejné věci, proto rodiče pochopí.

Metoda bedýnek na hračky se neosvědčila. Libor vše vysype a schová si hračky za stůl. Má rád dřevěné kostky, ťuká s nimi o sebe. Nyní se naučil je strkat do pusy. Do úst strká všechno. K vánocům vybírali kostičky, aby se mu vešly do úst a nezranil se. Má rád zvuky z kostiček. Rád poslouchá hudbu, dokolečka pouští DVD *Kabát*. Libor se u poslechu hudby kýve dopředu a dozadu. Někdy se uhodí hlavou o nábytek. Má rád zvuk klíčů, manipuluje s nimi. Vykonává stereotypní pohyby horními flektovanými končetinami. Matka šifruje jeho stereotypně se opakující symbolická sdělení.

Sebepoškozování ustoupilo s tendencí k heteroagresivitě. Řeč v podstatě není rozvinuta, mechanicky přemísťuje věci a hračky. Libor neuchopí tužku, ani lžiči. Nají se, ale jediné rukama. Jí pouze rohlíky a suchý chleba. Z příloh jí brambory a rýži. Umí rozkousat tvrdý bonbon. Maso jí nakrájené na miniaturní kousky, matka ho krmí. Obědy si bere matka ze školy domů. Jí vše, co si může vzít sám do rukou. Poslední dobou si škrábe dřevěnými kostkami bradu až do krve. Čím více je napomínáný, tím více to dělá a s větší intenzitou. Z mluvené řeči rozumí základním příkazům. Přitahuje ho holá lidská kůže, rád ji hladí. Libor trpí dráždivým močovým měchýřem, chodí často močit.

*Závěr:*

Autismus, poruchy spánku mentální retardace, epilepsie.

### **Rok 2010**

#### ***Neurologické vyšetření***

Liborovi je v současné době 9 roků. Ve škole je bez problémů, chodí rád i ze školy. Hůře spí, po psychoterapii se prodloužila délka spánku, kvalita

se nezlepšila. Bere homeopatika, enuréza ustoupila. Chodí samostatně i do schodů. K úchopu užívá obě horní končetiny. Obtížněji mu jde kreslení, méně obratný je úchop tužky. Nechce brát lžici nebo tužku do ruky, udělá několik čar, pak přestane. Říká „ee“, „ňam“, „máma“, „táta“, „babi“, „pápá“, zvuky napodobuje asi čtyři. Hru nenapodobí, zavolá na kočičku, kostky skládá. Jídlo bere rukama, z hrníčku se napije, oběd nezvládne samostatně. Ve škole je krmený – nechce ve škole jíst. Přes dnes si říká na WC, v noci čistotu udrží.

*Závěr:*

DMO, spastická kvadruparéza, atypický autismus, těžká mentální retardace, sekundární epilepsie – gelastické záchvaty, bruxismus. Indikována je hipoterapie.

### ***Psychiatrické vyšetření***

Kontakt nenavazuje slovní ani oční. Je pozitivně naladěný. Vydává zvuky ve formě symbolů. Vykonává stereotypní pohyby horními flektovanými končetinami, místy i jazykem. Komunikace je předmětová. Manipuluje převážně s klíči a telefonkem. Vzhledem k poruchám spánku indikována psychotropní medikace.

Libor vyžaduje specifický individuální výchovný i edukační přístup. Ve volném čase vyžaduje Libor neustálý dozor a dopomoc dospělé osoby při všech úkonech běžného dne. Není schopen ani v doprovodu dospělé osoby cestovat hromadnými cestovními prostředky. Závažnější ošetření či vyšetření včetně stomatologie indikováno v krátkodobé celkové anestezii. Je třeba spolupracovat s SPC a řídit se pokyny specialistů. Libor vyžaduje zvýšenou péči matky po celý den.

Z pedopsychiatrického hlediska jmenovaný trpí těžkou a trvalou neurovývojovou poruchou způsobenou dysfunkcí mozku. Tato těžká porucha vyšetřovanému znemožňuje trvale adekvátní orientaci ve světě, adekvátní a smysluplnou komunikaci se světem. Porucha ovlivňuje trvale všechny psychické funkce, těžce je narušena emotivita, afektivita, chování, myšlení, vnímání.

*Závěr:*

Nízkofunkční dětský autismus F 84.0 dle MKN – 10, mentální retardace těžká F 72 dle MKN – 10.

### ***Psychologické vyšetření***

Libor navštěvuje pátým rokem Speciální školu Svítání, je v péči pedopsychiatra. Vyšetření realizováno v přítomnosti rodičů.

Od posledního vyšetření stav zásadně nezměněn, abnormální projevy poruchy autistického spektra nevykazují ústup ani v četnosti, ani v intenzitě. V oblasti kognitivní zachyceny malé změny. Zafixovány izolované dovednosti, které dostačují k přiznání vyšší vývojové úrovně jen v dílčích oblastech. Dlouhodobě jsou nacvičovány bazální vizuopercepční dovednosti např. identifikace základních tvarů, tělesného schématu. V řeči zůstává nonverbální způsob komunikace, trénování systému VOKS nepokračuje. Aktivně užívá Libor pouze 4 – 5 významových slov. V sebeobslužných dovednostech nezachycen posun, při oblékání nutná slovní navigace a dopomoc. Při jídle neužívá lžičku, nají se z ruky, napije z hrnku. Čistotu hlásí.

Dle výpovědi rodičů dominují v chování syna stereotypie (běhání, točení, skákání, třepání předměty, poklepávání rukama, vkládání předmětů do úst, vyplivování). Agresivní chování negují, Libor reaguje opozičně, negativisticky, ale ještě se nechá usměrnit. Vyžaduje stálý dohled, neodhadne nebezpečí, např. vztahuje ruce po jedoucích autech. Začal se škrábat. Fascinují ho klíče, nejdéle se s nimi zaměstná. Je rád ve vaně, hraje si tam, přelévá. Rád skáče na trampolíně, někdy se dlouhou dobu směje. Naučil se spát sám ve svém pokoji, ale musí mít otevřeno k rodičům.

Při vyšetření – sociální kontakt nenavázal. Na oslovení nereagoval, oční kontakt byl přítomen sporadicky. Ke spolupráci se jej podařilo motivovat jen v několika minutových intervalech, zaujaly ho pomůcky Gesellovy škály. Pokynům a mluvené řeči věnoval minimální pozornost, občas zareagoval na důsledně opakovaný pokyn doprovázený gesty. Řečově se neprojevoval, dostupné předměty si bral sám. Místy se obracel k matce nebo otci, žádal kontakt, mazlení. Bylo zřejmé, že naslouchá komunikujícím rodičům, rozumí běžně užívaným pojmům, ví, kdy se mluví o něm.

Aktuální dosažená vývojová úroveň dle Gesellovy škály:

*hrubá motorika* odpovídá 36. měsícům, *jemná motorika* odpovídá 27. – 30. měsícům, *adaptivita* – odpovídá 27. měsícům, *řeč aktivní* odpovídá 12. měsícům, *porozumění*

odpovídá 27. – 30. měsícům, *sociální chování a návyky* – odpovídají 24. měsícům. Vývojový kvocient spadá na dolní hranici pásma mentální retardace těžkého stupně.

Rodiče jsou v problematice PAS výborně zorientovaní, jejich péče je vzorná. Seznámení s výsledky vyšetření, probrány problémové otázky týkající se vývoje, dospívání.

*Závěr:*

Atypický autismus, středně těžká symptomatika. Z hlediska sociálního typ aktivní – zvláštní, z hlediska adaptability nízkofunkční. Komorbidní těžká mentální retardace, aktuální výkony kolísají v intervalu 12. – 36. měsíce vývojového věku. Intenzita a četnost autistické symptomatologie nevykazuje tendenci k ústupu, stále dominující jsou stereotypie, absence symbolické hry, abnormní zacházení s předměty a kvalitativní narušení sociální interakce. Libor vyžaduje mimořádně náročnou, individuální, speciální péči.

## **Rok 2012**

### ***Psychologické vyšetření***

Libor aktuálně navštěvuje 6. ročník Speciální školy Svítání. Žák s těžkým zdravotním postižením, dlouhodobě v péči pedopsychiatrické a neurologické. Medikován.

### *Diagnóza*

Atypický autismus, středně těžká forma. Těžká mentální retardace. Postižení dítěte vyžaduje mimořádně náročnou, individuální a speciální péči.

Libora doprovázejí na vyšetření oba rodiče, kratší část vyšetření zvládá Libor bez jejich přítomnosti. Diagnostický kontakt však nenavazuje, oční kontakt pouze sporadicky. Na zadávané pokyny nereaguje, ke spolupráci nepřistupuje. O předkládaný testový materiál projevuje minimální zájem, pouze si ho prohlédne a vloží do úst – orální stimulace. Po celou dobu vyšetření si hraje s vlastní dřevěnou hračkou, která vlivem manipulace vydává zvuky – ulpívavá stereotypní aktivita ho velmi uspokojuje. Zřejmá je vysoká potřeba rituálních činností, jejichž opakování vytváří určité vzorce v paměti a vybavování pak Libora zklidňuje. V individuálním kontaktu s psychologem a rodiči je Libor klidný, zůstává sedět na místě, občas projeví přání i s rodiči odejít.



### *Mentální schopnosti:*

Vývojová úroveň zasahuje do pásma těžké mentální retardace. Kapacita pozornosti a schopnost soustředit se na cokoli jiného než na vlastní stereotypní činnosti je velmi nízká. Pracovně je Libor zcela nezralý, jeho schopnost pracovat dle pokynů a instrukcí je téměř nerozvinutá. Je velmi těžké odhadnout, kterým pokynům Libor rozumí a zda vůbec. Rozumí a má naučeny jednoduché pokyny dlouhodobě používané zejména doma.

### *Komunikační dovednosti:*

Libor verbálně nekomunikuje, ovládá pouze několik slov, která pravidelně používá: „mňam“, „pápápá“, „mami“, „bibi“. Rozsah neverbální slovní zásoby je velmi těžké posoudit, vzhledem k nízké míře spolupráce, zůstává však hluboko pod úrovní chronologického věku. Neverbální projevy (mimika, gestika) jsou v kontaktu s vyšetřujícím minimální, touto formou komunikuje s rodiči.

### *Motorické a grafomotorické schopnosti:*

*Hrubá motorika* – Libor je schopen samostatné chůze, ta je však neobratná a nemotorná. Dochází na rehabilitační cvičení, běžných tělocvičných úkonů není zcela schopen. Rozvoj *jemné motoriky* je výrazně opožděn, *lateralita* je dosud nevyhraněná, Libor zvládne trhání papíru, vkládání věcí do shodných otvorů (jednoduché tvary, které však na požádání nerozlišuje). Zvládne složit puzzle ze dvou, maximálně ze tří jednoduchých tvarů, navléknout s pomocí velké korále. Úchop není vyvozen, Libor odmítá pracovat s tužkou a perem. *Grafomotorické dovednosti* zůstávají v počátku rozvoje.

### *Sociální zralost:*

Společnost vrstevníků ani jiných dětí Libor nevyhledává, vztahuje se spíše k dospělým osobám, jejichž společnost vyžaduje a bez jejichž pomoci a podpory je zcela bezradný ve všech oblastech života. Do společných aktivit se nezapojuje ani na pokyn dospělého. O činnosti, které nezná, neprojevuje zájem. V případě subjektivní nepohody se mohou projevit afektivní výbuchy, tendence k agresi a autoagresi. Samostatně je schopen orientovat se pouze v prostoru důvěrně známém – domácí prostředí a škola. Mimo tyto prostory je nutný doprovod dospělého.

### *Sebeobslužné činnosti:*

Většinou nezvládá sebeobsluhu, minimálně hygienu. Odmítá jíst lžící, proto musí být krmen (sám jí pouze to, co může vzít do ruky). Další činnosti nutné k běžnému způsobu života zvládá pouze s pomocí dospělé osoby: svlékání, oblékání, zapínávání knoflíků, zavazování tkaniček, čištění zubů, pomoc na toaletě a při mytí rukou atd.

V důsledku závažnosti postižení a dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je Libor nesamostatný, jeho celkový psychofyzický vývoj je zcela závislý na péči a podpoře další osoby, či osob. V komparaci se závěry předchozího vyšetření nedochází k posunu.

*Aktuální úroveň:* Hrubá motorika 36 měsíců, jemná motorika 27 – 30 měsíců, řeč aktivní – 12 měsíců, pasivní – 30 měsíců, socioemoční a psychosociální zralost 36 měsíců.

### *Závěr:*

Dítě vyžadující zvláštní péči, se speciálními vzdělávacími potřebami, s těžkým zdravotním postižením – Atypický autismus F84.1, těžká mentální retardace.

Libor je z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zcela nesoběstačný a nesamostatný a je tudíž odkázán na každodenní a celodenní pomoc a podporu dospělé osoby. Libor celkově zůstává na úrovni tříletého dítěte, a to nejen mentálně, ale i emočně a sociálně.

## **Rok 2013**

### *Neurologické vyšetření*

DMO, spastická kvadruparéza, atypický autismus, těžká mentální retardace, sekundární epilepsie – gelastické záchvaty, generalizované tonicko-klonické záchvaty, bruxismus. Libor vyžaduje trvalý dozor. Nutnost zvýšené péče vzhledem k minimální schopnosti sebeobsluhy a nutnosti trvalého dozoru a pravidelného podání léků.

Doporučena je fyzioterapie, ergoterapie i hipoterapie.

### ***Psychiatrické vyšetření***

Libor chodí do 7. třídy, ve škole se mu líbí. Libor si manipuluje s očními víčky, otáčí si je, zanesl si tam infekci. Nová je lupénka ve vlasech. Otrhává si suchou kůži na rtech až do krve. Problémem je nyní Libora zabavit, nebaví ho již činnosti, které dříve dělal. Masturbaci zatím Libor asi neobjevil, erekce mívá i během dne. Větší problémy nyní nejsou, medikace dle matky může být ponechána v dosavadní dávce.

Libor byl vyšetřen v přítomnosti matky. Mutuje hlasem, výrazně psychomotoricky nestabilní, kýve se intenzivně celým tělem. Oči si zakrývá dvěma až čtyřmi prsty, toto stereotypně opakuje. Manipulace s kostičkami ze stavebnice, vytváří zvuk. Usmívá se na maminku. Opakuje stereotypně „bbb“. Vytváří stereotypní pohyby prsty rukou, sleduje je. Vkládá si prsty i do úst, třepe prsty, obrací si víčka. Vkládá kostky do úst. Liborova hrubá motorika je těžce narušena, pohybuje se s problémy. Jemná motorika je opožděná, grafomotorika na počáteční úrovni. Nereaguje na oslovení, nenavazuje kontakt žádným způsobem. Nekooperuje. Nejeví vedlejší známky podávané medikace. Sebepoškozování formou škrábání až do krve.

#### ***Závěr:***

Libor vykazuje typické charakteristiky pro pervazivní vývojovou poruchu. Dětský autismus nízkofunkční s nerozvinutou řečí, sebepoškozováním, heteroagresivitou F84.0. Těžká mentální retardace s projevy v chování vyžadující léčbu: hyperaktivita, nesoustředivost, bizardní záliby, obsedantně kompulzivní projevy F42.2, epilepsie v léčbě neurologa, DMO, lupénka, puberta.

Vyšetřovaný trpí těžkou a trvalou neurovývojovou poruchou způsobenou dysfunkcí mozku. Tato těžká a trvalá porucha znemožňuje adekvátní orientaci ve světě, adekvátní a smysluplnou komunikaci se světem. Porucha autistického spektra a mentální retardace těžce ovlivňuje všechny psychické funkce, je těžce narušena emotivita, efektivita chování, jednání, myšlení, vnímání, těžce narušena integrita vývoje osobnosti. Patologické psychické projevy omezují sociální orientaci a adaptaci v běžném sociálním prostředí. Liborovo chování (stav) je trvale nepříznivé, vyžaduje neustálý dohled a specifický přístup. Není schopen samostatného fungování v širším sociálním prostředí. Není schopen řešit praktické sociální situace. Při vyšší zátěži podléhá stresu a nejistotě, reaguje afektivně.

Závažnější ošetření či vyšetření včetně stomatologie je pak indikováno eventuelně v krátkodobé celkové anestezii.

Pobyt v nemocnici či lázeňském léčení je schopen absolvovat pouze v přítomnosti matky. Nutné, aby Libor při vyšetření či ošetření nikde nečekal. Čekání u něho zvyšuje motorický neklid a nespolupráci. Je třeba spolupracovat s SPC a řídit se pokyny centra. Libor vyžaduje zvýšenou péči matky či druhé osoby po celý den. Z pedopsychiatrického hlediska není schopen zvládat cestování hromadnými cestovními prostředky ani v doprovodu druhé osoby.

## **Rok 2014**

### ***Psychiatrické vyšetření***

#### *Orientace v prostoru:*

Orientuje se dobře v domku u babičky i po zahradě. Pozemky jsou oplocené, branky zamčené, v blízkosti bydliště se neorientuje. Do školy i ze školy musí být vozen osobním automobilem. Musí být předán ve třídě pedagogovi, neorientoval by se. V prostoru školy by zabloudil, ve škole se pohybuje v doprovodu asistentky. Při cestách je nutné zajišťovat doprovod, pomoc, bezpečnost a podporu. Mimo domov, školu a domek u babičky nikam nechodí.

#### *Časová orientace:*

Neorientuje se naprosto v čase, neorientuje se ani v časové struktuře, čas pro něho nemá význam (neovládá čtení času v jakékoliv podobě). Jako časový údaj mu nic neříkají denní doby, dny měsíce, roční doby. Nevládá rozvrhnout čas. Nevládne plánovat čas v rozsahu dne, týdne, dlouhodobě. Časové pokyny jsou pro něho zcela bez významu.

#### *Sociální orientace:*

Nechápe a naprosto neuplatňuje pravidla společenského styku, není rozvinuta řeč, gestikulace, sociální situace nechápe, nerozlišuje. Nechápe intimitu. Reaguje neadekvátně, pokud vedle něho někdo zakopne, upadne. Libora to velmi rozjaří a hlasitě se směje, čímž je pak Liborova matka terčem rozhořčení v okolí. Libor je stále pod dohledem dospělé osoby. Je schopen močit.

#### *Komunikace:*

U Libora není rozvinuta řeč, jednoduchým slovním pokynům rozumí typu „pojď jíst, pojď pít“. Libor má vlastní řeč ve formě vokalizace, ve které jsou určité

slovní symboly typu „*mňam mňam*“, „*bibi*“ (babička), „*pápá*“, „*ee*“, „*tatata*“, „*mamama*“. Ve škole ho učí používat obrázkové piktogramy, které ale Libor ignoruje a nepoužívá. S vrstevníky naprosto žádný kontakt nenavazuje, dotykový kontakt spíše preferuje u rodinných dospělých a pedagogů ve škole. Aktuálně s dospělými navazuje kontakt neadekvátně, vrhá se na ně a chce je líbat. Pokud by s ním čekala matka na ulici, Libor má tendenci na cizí lidi sahat, což se setkává s jejich nelibostí. Pokud se setká na ulici s výraznějšími zvuky, vyvolává to u Libora záchvaty hlasitého smíchu. Pokud by bylo více lidí kolem Libora na ulici či jinde, objevuje se u Libora úzkost, narůstající vnitřní napětí, Libor je rozrušený, má tendenci se schovat. Toto je i doma, pokud přijde návštěva či příbuzní, utíká a schovává se. Neverbální komunikaci ve výrazu tváře Libor naprosto nechápe a nereaguje na ni, naopak, pokud je kárán i s výrazem mimiky, směje se tomu v záchvatech smíchu. Neukazuje prstem, nepoužívá gestikulaci.

#### *Oblékání a obouvání:*

Pouze se sám svlékne, nezvládá se samostatně oblékat, obouvat nebo si vybrat oblečení. Vše mu musí být připraveno a podáváno a zároveň mu dospělá osoba ukazuje, kam se tato část oděvu obléká. Hygienu Libor naprosto nezvládá, musí ji vykonat kompletně druhá osoba včetně čištění zubů, stříhání vlasů, nehtů,...

#### *Péče o zdraví:*

Není schopen dodržovat léčebný režim, brát a dávkovat si léky. Vše musí být za dohledu rodičů. Dodržování pitného režimu je pod kontrolou. Nenalije si sám šťávu do skleničky, přelije.

#### *Osobní aktivity:*

Nedokáže si stanovit a dodržet denní program a volnočasové aktivity. Libor tráví čas manipulací dřevěných kostek, ťuká s nimi, olizuje je, nestaví z nich nic. Zvoní si klíči, poslouchá rád hudbu. Rád se překulí v posteli, skáče na trampolíně, rád je vozen v autě. Jí rukama, nevezme do ruky lžici ani příbor, teplými jídly je krmen. Vyměšuje s dopomocí.

Není schopen cestovat hromadným cestovním prostředky ani s druhou osobou, protože je neklidný, stereotypně opakuje zvuky, vykonává motorické stereotypní pohyby, směje se neadekvátně.

Libor chodí do 8. třídy, autistické. Ve škole znovu začínají obrázkovou komunikaci. Počítání nemá, přiřazuje obrázky. Psaní také nemá, nenaučil se žádné písmeno ani psací ani tiskací. Nespočítá nic, číslice ani písmena nezná, ergoterapii ve školním rozvrhu nemá. Logopedii ve škole aktuálně má.

Mimoškolně s ním matka jezdí na fyzioterapii, je v dispenzarizaci neurologa.

Libor rozumí nejjednodušším pokynům slovním, komunikaci pomocí piktogramů či obrázků se nepodařilo u Libora osvojit. Když něco Libor chce, dojde si pro matku a ukáže. Domluva je bazálně možná pouze v konkrétních případech jednoduchých potřeb. Jiné informace se matka nedozví, např. pokud chlapce něco bolí, tak Libor neukáže a je třeba ho nechat vyšetřit a odhadovat. Zuby má v pořádku, nebylo třeba stomatologického zásahu. Při preventivních prohlídkách Libor obtížně spolupracuje. Sám si nepřipraví nic z jídla. Nají se rukou, lžící do ruky Libor neumí uchopit, je třeba ho krmit. Ve škole sedí v jídelně sám, protože ostatním dětem jídlo vylévá. Nabere se mu lžice s jídlem kromě polévky a dopomůže se donést k ústům. Libor má omezený jídelníček, jí pouze určitá jídla a určité konzistence, musí mít potravu rozmělněnou. Liborova hrubá motorika je těžce narušena, pohybuje se s problémy. Jemná motorika je výrazně opožděná, grafomotorika na úrovni počátečního vývoje. Do školy i ze školy ho matka vozí, doveze ho do třídy. Sám nechodí nikde, i mimo školu je třeba nad Liborem stále vykazovat dozor, absolutně se neorientuje v neznámém prostředí. Je schopen se orientovat u babiček, doma.

Při volném pohybu poskakuje a utíká. Nebezpečí nerozezná, naopak provokuje. Je instruován, že hrníček s právě nalitým čajem pálí. Libor se nad hrníček schválně naklání, aby slyšel, že to nemá dělat. Stalo se však, že hrníček svrhl a opařil se. Sebepoškozuje se škrábáním při zákazu, či omezení. Matka Libora fyzicky přestává zvládat, je obtížné mu omezit horní končetiny, protože začne kopat dolními končetinami. Na zákazy Libor reaguje paradoxně opačně. Nesnáší chaos a hluk, reaguje úzkostně, vkládá si prsty do úst, kýve tělem a točí se. Pokud zkoušeli jet hromadnými cestovními prostředky, dostává se Libor do úzkostné stresové situace, kdy se zvýrazňuje jeho stereotypní motorické ritualizované chování. Okolí pak reaguje na matku často moralizováním o nevychovaném velkém klukovi, což samozřejmě stresuje matku i Libora. Pokud je kolem něho hluk, u Libora to vede k pohotovosti a heteroagresivnímu chování, což problematickou situaci dále stěžuje. V osobním autě sedí Libor vzadu, při jízdě vpředu zasahoval matce

do řízení. Jízda autem ho uklidňuje. Doma preferuje Libor stereotypní činnost s kostkami, vysype si je, vkládá si je do úst a plive zpět do krabice, také s nimi ťuká a olizuje je. Jakmile slyší hudbu, začne kývat celým tělem. Děje se tak kdekoliv (např. v obchodě), pokud známou hudbu uslyší.

Rád skáče na trampolíně, což uleví Liborovi v neustálé hyperaktivitě. Roztrhá vše, co se objeví v jeho blízkosti (papíry, jídelní lístek, peníze).

S vrstevníky či dětmi nenavazuje naprosto žádný kontakt. Stále u babičky vyhledává psí exkrementy, do nichž s radostí šlape. Sahá na psí exkrementy nejraději i rukou, očichává je. Ve stresu často močí. Stupňuje se nyní masturbace chlapce. Libor nerozlišuje prostředí, praktikuje tuto činnost na veřejnosti. Obnažil penis v létě v restauraci při čekání na nápoj. Libor vyžaduje stále přesné umístění věcí, natlačené židle u stolu. Močí sám, pomočí celé okolí, nestrefí se do mísy, matka dohlíží. Stolicí vykoná, ale hygienu po stolici musí učinit matka. Vodu má rád, ale sám se nevykoupe, doma je zabezpečená teplota vody, aby nemohl měnit nastavení teploty vody. Libor se neorientuje v počasí a výběru oblečení. Sám si nepřipraví ani oblečení ze skříně, nezná pořadí vrstvení, obléká se s matkou, která mu podává jednotlivé věci oblečení dle pořadí. Sám bez pomoci by se neoblékl. Zip, knoflíky, tkaničky nezvládá. Vyšetřen v přítomnosti matky, sedí s matkou na židli, manipuluje neustále s kostkami, stereotypně s nimi ťuká, dává je hned do úst a tento cyklus stále opakuje. Občas pronese s pohledem na matku symbol pro babičku, či slovní symbol pro otce. Vykazuje i další třepotavé stereotypní pohyby prstů. Sám nenavazuje kontakt žádnou formou, na výzvu matky udělá „pápá“. Neshledány žádné příznaky vedlejšího působení podávané medikace.

*Závěr:*

Libor vykazuje typické charakteristiky pro pervazivní vývojovou poruchu, dětský autismus nízkofunkční s nerozvinutou řečí, sebepoškozováním, heteroagresivitou F 84.0, těžká mentální retardace F 72.1 s projevy v chování vyžadující léčbu: hyperaktivita, nesoustředivost, bizardní záliby. Obsedantně kompulzivní projevy F 42.2 epilepsie v léčbě neurologa, DMO.

### ***Pedopsychiatrické vyšetření***

Vyšetřovaný trpí těžkou a trvalou neurovývojovou poruchou způsobenou dysfunkcí mozku. Tato těžká a trvalá porucha znemožňuje adekvátní orientaci

ve světě, adekvátní a smysluplnou komunikaci se světem. Porucha autistického spektra a mentální retardace těžce ovlivňuje všechny psychické funkce, je těžce narušena emotivita, efektivita chování, jednání, myšlení, vnímání, těžce narušena integrita vývoje osobnosti. Patologické psychické projevy omezují sociální orientaci a adaptaci v běžném sociálním prostředí. Liborovo chování (stav) je trvale nepříznivý, vyžaduje neustálý dohled a specifický přístup edukativní a ochranný. Není schopen samostatného fungování v širším sociálním prostředí, není schopen řešit praktické sociální situace, při vyšší zátěži podléhá stresu a nejistotě, reaguje afektivně i autoagresivně či heteroagresivně.



### 7.5.1. *Vlastní šetření 2013*

#### **Rozhovor s rodiči**

*S rodiči a zkoumaným jedincem jsem se setkala během prvního výzkumného roku celkem třikrát. Návštěvy jsme absolvovali v kavárnách, u jedince doma a formou elektronické komunikace.*

Libor byl na první pohled vyšší než matka. Nosí brýle a má krátké tmavé vlasy. Když jsem se pokusila s Liborem navázat osobní kontakt, nereagoval na mě a jevil známky apatie. Maminka působila vyrovnaně a k synovi se chovala velice zdvořile.

Maminka mi popsala osobní anamnézu Libora, která je zmíněna výše. Posléze mi sdělila Liborovy zájmy. Rád poslouchá písničky na DVD, které jsou doprovázeny obrázky. Pozornost věnuje občas také radiu. Vůbec nejeví zájem o televizi.

Oblíbeným předmětem jsou dřevěné hračky na pružinkách. Po škole si jde vždy odpočinout do postele, v tu chvíli nemá o nic a nikoho žádný zájem. Rád chodí na procházky. Na zahradě mají trampolínu, na které rád skáče.

V létě se koupe v bazénu na zahradě. Vody se nebojí.

Ve škole chodil na plavecký výcvik, ale z důvodu objevení lupénky museli na výcvik přestat chodit. S rodiči jezdí každou zimu lyžovat na hory. Libora přiváží na lano k otci a opatrně sjíždí kopec. Libor se na lyžích udrží. Maminka má o syna obrovské obavy. V létě šlape na dvojkole v doprovodu jednoho z rodičů. V jídle si nevybírá, dle maminky sní všechno. V komunikaci používá max. 10 slov, mezi která patří např.: „*mňam – mňam, ee, máma, táta, bibi (babička), pápá, bó*“.

Rodiče v komunikaci se synem nemají problém, ve všem se společně dorozumí. Přistojí se s dopomocí, sám se nají, bojuje se lžící. Ve škole má problémy s obědem, dlouho mu trvá jeho konzumace. Rád by se nechal krmit druhou osobou. Logopedická péče byla zahájena v mateřské škole, kde posléze došlo k jejímu utnutí. Pozdější pokračování bylo zahájeno až ve speciální škole. Matka si však stěžuje na velice časté střídání logopedek, což snižuje efekt pozitivních výsledků Libora.

Celkově je matka zklamána přístupem speciální školy Svítání k dětem. Podotýká, že si musela sama obhájit rehabilitaci pro svého syna. S dítětem by prý bez její žádosti nikdo téměř žádnou terapii nevykonával.

Dále uvádí také časté střídání pedagogického personálu, což její syn nese velice těžce. Má špatnou schopnost adaptace na nové osoby, které s ním přijdou do kontaktu. V poslední řadě se zmiňuje také o špatné komunikaci mezi učiteli a rodiči. Konkrétně uvádí synův poznámkový sešitek, ve kterém dříve nosil ze školy plno úkolů, kdežto dnes bývá sešitek úplně prázdný.

### **Pozorování ve školním prostředí**

*Chlapce jsem během prvního výzkumného roku navštívila ve škole celkem třikrát.*

Libor navštěvuje 8. ročník, autistické třídy. Libor si hraje ve třídě s dřevěnými kostkami, které chvílemi vkládá do úst. Ve třídě je zapnutá hudba z přehrávače. Dle sdělení asistentky se musí hudba často vypínat, aby předcházeli Liborovu velice častému sebeuspokojování. Liborovy sexuální potřeby při poslechu hudby vzrůstají.

V hodině se posadí s ostatními dětmi na zem. S učitelkou si řeknou, jaký je den, měsíc, počasí. Libor se nezapojuje. Následuje zpěv písně, kde je zřetelně slyšet, jak se Libor lehce připojuje broukáním k melodii. Libor se mnou zpracovával zadané úkoly. Libor má problém vydržet sedět na místě, úkol splní, avšak je na něm zřejmá netrpělivost a nezaujatost úkolem.

S Liborem je velice náročné navázat jakoukoliv spoluprací. Chlapec je málo motivovaný, nechce plnit zadané úkoly. S učiteli nespolupracuje. Těší se na přestávku, aby mohl usednout na své oblíbené místo a hrát si s kostkami. Spolužáky naprosto ignoruje. Hudba v chlapci vyvolává libé pocity. Chlapce nutí k sebeuspokojování, proto si musí pedagogové dávat pozor, jakou formou hudební program realizují. Libor se neprojevuje verbálně, maximálně využívá drobné neverbální zvukové projevy.

Potvrzují zmíněnou diagnózu, že je Libor hyperaktivní, nesamostatný, afektivní, bez verbálních projevů komunikace. Vyžaduje celodenní dohled druhé osoby.

## 7.5.2. *Vlastní šetření 2014*

### **Rozhovor s rodiči**

*S rodiči a zkoumaným jedincem jsem se setkala během druhého výzkumného roku celkem třikrát. Návštěvy jsme absolvovali v kavárnách, u jedince doma a formou elektronické komunikace.*

Matka neshledává za uplynulý rok u Libora žádné změny ani v chování, ani v řečovém projevu. Jediné, čeho se obává, je pomalu nastupující Liborova puberta. Matka má obavy, co jí všechno čeká.

Se školou matka stále není spokojená. Stěžuje si na často se střídající třídní učitele. Libor si jen těžko zvyká na nové tváře.

Z mého pohledu nedošlo za poslední rok k žádným vývojovým změnám. Jedinec zůstává na stejné úrovni ve všech sledovaných oblastech bez minimálních známek zlepšení.

### **Pozorování ve školním prostředí**

*Chlapce jsem během druhého výzkumného roku navštívila ve škole celkem třikrát.*

Do školy přivádí Libora matka. Na rozloučení si dají pusu. Libor si vezme kostičky, s nimiž si sedne na zem. Ke své hře si automaticky vezme také polohovací polštář. Sám si řekne o jakoukoliv potřebu. Jestliže potřebuje pít, požádá učitele. Učitel ho upozornil, že si musí svoji lahev s pitím sám vzít v tašce. Libor tak učinil až na třetí učitelův pokyn.

Liborovi tekla rýma, chtěl utřít nos. Stále ukazoval učiteli svůj problém. Ten však nejprve nereagoval, následně ho upozorňoval, ať si Libor najde kapesník a nos utře. Libor však nečinně stále nervózně přešlapoval a pro kapesník nedošel. Učitel mu asi čtyřikrát zopakoval, že si má vzít kapesník. Z mého vlastního úsudku považuji tohoto učitele za naprosto nekompetentní osobu, která by neměla pracovat v sektoru speciálního školství. Na první pohled bylo zřejmé, že Libor učitele naprosto obtěžuje. Bylo mi Libora líto.

Libor se během přestávky točil do kolečka. Poté byl Liborovi přidělen nějaký lék. Zeptala jsem se učitele a asistentky, k čemu je lék určený.

Učitel ani asistentka nevěděli, nedokázali mi odpovědět, jakého účinku by měl prášek u Libora dosahovat. Narostla další otázka k mým úsudkům o výběru

pedagogických charakterů k práci s postiženými dětmi. S Liborem pracovali pedagogové ve třídě minimálně. Libor u žádné činnosti nevydrží dlouho, nedokáže se koncentrovat. Více času tráví volnou činností – hrou. Vykazuje třepotavé stereotypní pohyby prstů. Sám nenavazuje kontakt žádnou formou.

Domluva je možná pouze v konkrétních případech jednoduchých potřeb. Libor se nechá hladit po ruce. Líbí se mu hudební nástroje, se kterými nepřítomně manipuluje. Tužku v ruce neudrží, nezvládá psát. Nenačrtne čáru ani kolečko. Prohlíží si knížky.

### 7.5.3. *Závěrečné shrnutí získaných údajů – Libor*

#### **Prenatální, perinatální a postnatální období**

Chlapec narozen z 1. rizikové gravidity. Původně očekávány dvojčata, první plod ale odumřel během těhotenství. Chlapec se narodil v 31. týdnu císařským řezem, byl hypotrofický. Matka prodělala eklampsii (záchvatové křeče). Po porodu bylo nutné chlapce resuscitovat, umístit do inkubátoru.

#### **V prvním roce života**

Chlapec leze po kolínkách, vytváří slabiky. Je drobného vzrůstu, s protáhlou hlavou. Absolvoval léčebný rehabilitační pobyt v Luži – Košumberku.

#### **Ve dvou letech**

Chlapec začal chodit po špičkách. Třepal flektovanými horními končetinami, zatínal prsty rukou do pěstí. Zpočátku říkal „*máma, táta*“, onomatopoické zvuky, řeč se však dále nerozvinula. Absolvoval lázeňský pobyt v Jánských Lázních. Patrné bylo zlepšení chůze, zmírnění záškubů a třesů. Inkontinence, psychomotorická retardace na úrovni 15 – 18 měsíců.

#### **Ve 3 letech**

Zlepšena chůze po špičkách, po schodech zvládá s oporou. Říká slabiky – nespojuje. Inkontinence. Negativismus. Psychomotorická retardace na úrovni 1. – 3. měsíce.

#### **Ve 4 letech**

V důsledku pozitivního nálezu na EEG bylo nasazeno antiepileptikum. Sledován na nefrologii z důvodu asymetrie ledvin. Byla započata rehabilitace pro mírnou formu DMO. V témže roce byl diagnostikován dětský autismus. Chůze samostatná i do schodů. Rozumí všemu, nedokáže se soustředit. Přes den udržuje čistotu, na noc pleny. Nechodí do kolektivu.

#### **V 5 letech**

Chlapec začal navštěvovat speciální mateřskou školu logopedickou, na 4 hodiny. Chlapec dělá jen drobné pokroky. Nezadaptoval se na nové brýle. Řeč

je na úrovni slabik. Nenavazuje slovní kontakt. Hyperaktivní chování, epilepsie, bruxismus.

### **V 6 letech**

Chlapec používá asi 4 – 5 slov, slabiky. Zlepšena zraková orientace. Stále navštěvuje logopedickou třídu s asistencí. Je krmený, má pleny. Převažují pohybové stereotypie. Absolvoval zápis ve speciální škole Svítání. Je přijatý do přípravného ročníku autistické třídy.

### **V 7 letech**

Chlapec navštěvuje první ročník školy Svítání. K úchopu užívá obě horní končetiny. Žvatlá slabiky, opakuje dokola slova „*máma*“, „*táta*“. Pozorováno je broukání. Nelze navázat slovní ani mimoslovní kontakt. Diagnostikována těžká mentální retardace v kombinaci s atypickým autismem. Nenosí pleny.

### **V 8 letech**

Zlepšila se enuréza. V noci udrží čistotu. Nenapodobuje a nezvládne si hrát samostatně. Navštěvuje autistickou třídu. Pracuje podle individuálního vzdělávacího plánu. Ve škole je spokojený. Má svého osobního asistenta. Nekomunikuje obrázkovou metodou.

### **V 9 letech**

Chlapec bere homeopatika. Napodobuje asi 4 zvuky, hru nenapodobí. Jí s dopomocí. Nyní nemá ve škole svoji osobní asistentku, ve třídě funguje nově pouze asistentka pedagoga. Chlapec se účastnil kurzu VOKS, nejsou pozorovány žádné pokroky. Podle matky chlapec nepochopil princip obrázkové komunikace. Pozorovány jsou stereotypní pohyby horními končetinami.

### **V 10 letech**

Do školy chodí chlapec rád. Má problémy se spaním, indikována je psychoterapie. Obtížně mu jde kreslení, málo obratný je úchop tužky. Matka nepozoruje žádný přínos ze školní docházky. Nenavazuje žádný kontakt, vydává zvuky ve formě symbolů. Diagnostikován nízkofunkční dětský autismus. Epilepsie.

### **V 11 letech**

Ve škole byl přeřazen do jiné třídy, adaptaci zvládl dobře. Horší postavení nosních kloubů a páteře. Nenapodobuje zvuk, nenapodobuje hru. Stravuje se s dopomocí. Svlékne se sám, neobleče se, zvládne manipulaci se zipem. Aktivně užívá pouze 4 – 5 významových slov. V chování dominují stereotypie (běhání, točení, skákání, třepání předměty, poklepávání rukama, vkládání předmětů do úst, vyplivování). Začal se škrábat. Fascinují jej klíče. Hrubá motorika odpovídá 36. měsícům, jemná motorika odpovídá 27. – 30. měsícům, adaptivita odpovídá 27. měsícům, řeč odpovídá 12. měsícům, porozumění odpovídá 27. – 30. měsícům, sociální chování, návyky odpovídají 24. měsícům. Diagnostikován atypický autismus, z hlediska sociálního – jde o typ aktivní – zvláštní; z hlediska adaptability se jedná o nízkofunkční autismus. Těžká mentální retardace.

### **Ve 12 letech**

Chlapec navštěvuje 6. ročník Speciální školy Svítání. Aktivně nekomunikuje, rozsah neverbální slovní zásoby je velmi těžké posoudit. Minimální neverbální projevy (mimika, gestika). Chůze je neobratná a nemotorná. Opožděna je jemná motorika, lateralita nevyhraněná. Úchop není vyvozen. Odmítá pracovat s tužkou a perem. Grafomotorické dovednosti zůstávají v počátku rozvoje. Tendence k agresi až autoagresi. Minimálně zvládá hygienu. Atypický autismus.

### **Ve 13 letech**

Manipulace s očními víčky, otáčí si je. Lupénka ve vlasech. Otrhává si suchou kůži na rtech až do krve. Nastupuje mutace hlasu. Stereotypní pohyby. Nereaguje na oslovení, nenavazuje kontakt žádným způsobem. Dětský autismus nízkofunkční s nerozvinutou řečí, sebepoškozováním, heteroagresivitou.

### **Ve 14 letech**

Neorientuje se v čase ani prostoru. Neuplatňuje pravidla společenského styku. Není rozvinuta řeč, gestikulace, nechápe sociální situace. Rozumí jednoduchým slovním pokynům. Má vlastní řeč ve formě vokalizace. Ve škole se ho snaží učit používat obrázkové piktogramy – neúspěšně. Neadekvátní reakce při kontaktu s dospělým. Nevládá se samostatně oblékat, nevládá hygienu, stolicí vykonává

sám. Narušena je hrubá motorika, opoždění jemné motoriky a grafomotoriky. Sebepoškozování, hyperaktivita. Třepavé stereotypní pohyby prstů. Dětský autismus nízkofunkční, heteroagresivita, těžká mentální retardace.

#### a) Komunikace jedince

Základním slovním pokynům rozumí. Míru neverbální slovní zásobu je těžké zjistit, vzhledem k nízké míře spolupráce. S vrstevníky naprosto žádný kontakt nenavazuje, dotykový kontakt preferuje už jen u rodinných příslušníků.

**Oční kontakt** nenavazuje v roce 2013 ani v roce 2014, ojediněle se objevuje plochý úsměv. V oblasti **iniciace a udržení kontaktu** se projevuje ignorace pedagogického personálu, neschopnost navázat kontakt. Nezájem o kontakt s jinými osobami, vyhýbání se nabízeným kontaktům. Zmíněné oblasti se pohybují na stagnující úrovni v letech 2013 i 2014.

V roce 2013 i v roce 2014 ve stejné míře **stereotypní pohyby** horními flektovanými končetinami. Mezi nejčastější patří: běhání, točení, skákání, třepání předměty, poklepávání rukama, vkládání předmětů do úst, vyplivování.

V obou sledovaných letech nedošlo ke změnám ani v oblasti **mimiky a využívání gest**. Libor vokalizuje s využitím slovních symbolů. Neverbální komunikaci ve výrazu tváře Libor naprosto nechápe a nereaguje na ni, naopak, pokud je kárán i s výrazem mimiky, směje se tomu v záchvatech smíchu. Neukazuje prstem, nepoužívá gestikulaci.

Úroveň stagnace je v roce 2013 i 2014 ve využívání **náhradních komunikačních systémů**. U Libora není rozvinuta řeč. Ve škole ho stále učí používat obrázkové piktogramy, které ale Libor ignoruje a nepoužívá. Domluva je bazálně možná pouze v konkrétních případech jednoduchých potřeb.

#### b) Psychomotorická oblast

Chlapec se v obou sledovaných obdobích pouze sám svlékne, nezvládá se samostatně oblékat, obouvat, nebo si vybrat oblečení. **Oblékání** je hodnoceno na úrovni stagnace. V roce 2013 a 2014 nebyla zaznamenána progresa v **hygieně**. Liborova **hrubá motorika** je těžce narušena, pohybuje se s problémy. Hrubá motorika je beze změn v roce 2013 i 2014. Stagnace je pozorována také v oblasti **jemné motoriky a grafomotoriky**. Lateralita je nevyhraněná. Úchop není vyvozen.



Narušena je v roce 2013 i v roce 2014 **emotivita** a patologické psychické projevy omezující sociální orientaci. Úroveň **adaptace** v běžném sociálním prostředí se nachází ve sledovaných letech také na pozici stagnace.

#### 7.5.4. *Tabulka č. 1*

##### **PROJEVY AUTISMU V KOMUNIKACI**

PROJEVY AUTISMU	LIBOR	
	2013	2014
Oční kontakt	stagnace	stagnace
Iniciace a udržení kontaktu	stagnace	stagnace
Slovní stereotypie	stagnace	stagnace
Využívání mimiky a gest	stagnace	stagnace
Využívání náhradních komunikačních systémů	stagnace	stagnace

#### 7.5.5. *Tabulka č. 2*

##### **PROJEVY AUTISMU V PSYCHOMOTORICKÉ OBLASTI**

PROJEVY AUTISMU	DÍLČÍ OBLASTI	LIBOR	
		2013	2014
MOTORICKÉ SCHOPNOSTI	<i>Jemná motorika</i>	stagnace	stagnace
	<i>Hrubá motorika</i>	stagnace	stagnace
	<i>Grafomotorika</i>	stagnace	stagnace
SOCIÁLNÍ ZRALOST	<i>Sociabilita</i>	stagnace	stagnace
	<i>Emoční ladění</i>	stagnace	stagnace
	<i>Úroveň adaptace</i>	stagnace	stagnace
SEBEOBSLUHA	<i>Oblékání</i>	stagnace	stagnace
	<i>Stravování</i>	stagnace	stagnace
	<i>Hygiena</i>	stagnace	stagnace

## 7.6. Případová studie č. 2

### **Olda**

Datum narození: 15. 7. 1996

### **Diagnóza:**

Atypický autismus, středně těžká MR, ADHD, DMO nejasného typu.

*Pro potřeby své diplomové práce upozorňuji, že jména dětí jsou změněna za účelem ochrany osobních dat. Chlapce budu ve své práci označovat jménem Olda.*

### **Rodinná anamnéza**

Matka narozena roku 1965, středoškolské vzdělání, otec narozen roku 1959, vyučen. Jeden starší sourozenec (1993). Otec má diabetes mellitus, matka je zdravá, bratr také.

Rodina úplná, žijí v domě se zahradou. Olda je nejvíce vázán na svoji matku, se kterou tráví většinu času. Dítě je výborně vedeno a stimulováno. S vrstevníky vztahy neudrží, preferuje dospělé osoby. V chování bizarnosti, výborně reaguje na strukturovaný režim, globální čtení, behaviorální stimulaci odměnou. Domácí zvíře mají – kocoura, o kterého Olda nejeví žádný zájem.

### **Osobní anamnéza**

Dítě ze 4. gravidity, 2x abort. Perinatální komplikace. Porod klešťový, porodní váha: 3800 g. Kříšen nebyl. Nekojeno. V kojeneckém věku se vývoj nejevil jako výrazněji opožděný, v batolecím věku bylo zřetelné opožďování v mentálním vývoji. Nápadné opožďování bylo zejména ve vývoji řeči. Chůze v 11. měsících. Dověšením 1. roku pouze jedno slůvko: „tata“. Po prvním roce se jevily známky apatie.

Ve 3 letech začal chodit do běžné MŠ. Zde byly posléze zjevné zřetelné rozdíly od ostatních dětí. Po půl roce přestoupil do MŠ speciální. V tomto zařízení se Olda dočkal potřebného individuálního přístupu. O několik měsíců později stanovena diagnóza autismus.

Ve 4 letech poprvé neurologické vyšetření na klinice Fakultní nemocnice v Hradci Králové, kde absolvoval čtrnáctidenní pobyt. Neurologicky byla prokázána DMO, CT mozku difuzní atrofie. EEG neprokázalo epilepsii.

Logopedii do svých 8 let navštěvovali velmi zřídka. Pravidelná logopedická terapie zahájena až po vstupu do speciální školy, kam dochází 1x týdně. V 8 letech nastoupil do speciální školy Svítání.

## **Rok 2000**

### ***Psychiatrické vyšetření***

Verbálním podnětům a výzvám rozumí. Sluch je zachován, rovněž centrální analýza a syntéza, neumí však aktivně používat řeč.

V době 1. vyšetření je sociální vývoj podle Vinelandské škály sociálních dovedností jen velmi lehce opožděn. Dle neurologického vyšetření je závěrem DMO s maximem postižení po stránce psychické (expresivní složka řeči) a současně hyperkinetický syndrom s poruchami pozornosti. Logopedická péče nepřináší výsledky.

Pasivní, úzkostlivý, později hyperkinetické chování s nemožností zklidnit dítě a zkvalitnit kontakt. Rozhazuje kostky (nůžkový úchop). Rozumí mluvenému slovu, pokouší se o řeč, ale nemluví. Vydává pouze zvuky podobné vřískotu. Místy negativismus. Později putuje po místnosti, zvědavě nahlíží, rozběhne se a běhá dokola. Nenaváže oční kontakt. Poruchy pozornosti.

*Závěr:*

Psychická retardace s těžkou expresivní dysfázií, na podkladě DMO. Hyperkinetický syndrom s poruchami pozornosti. Autistické prvky v chování.

## **Rok 2003**

### ***Preventivní předškolní vyšetření***

Mentální retardace středního stupně, těžká dysfázie, ADHD syndrom, vývojová pervazivní porucha, autistické prvky chování. Hyperaktivní chování, nemluví, rozumí jednoduchým výzvám, má úzký kontakt s matkou. Nosí plenové kalhotky pro enuresu.

### ***Psychologické vyšetření***

Chování eretické, s lehkými impulsy, dobře korigovatelný. Pokyny diferencuje, výzvy chápe, reaguje podle ladění a typu podnětu. Sociální chování je lhostejné, neaktivní. Dospělého vnímá, banální pokyn respektuje, ale přechází ihned do psychomotorické instability. Zajímá se o věci kolem sebe, otevírá skříně, hledá

hračky, probírá, rozkládá, ale nehraje si. Dle údajů matky doma staví jednoduché puzzle. Napodobuje vzor staršího bratra, naučil se ovládat hru na počítači. Oční kontakt s obrazovkou zvládá, s osobou kontakt nenaváže. Expresivní složka řeči je těžce postižena; nemluví. Jen se dorozumívá gesty, posunky, vodí osobu za ruku k podnětu. Grafický projev na úrovni bezobsažné čáranice, bez motivace, nenapodobí ani jednoduché vzory. Vizuomotorika narušena, percepce omezena, zraková je horší, sluchová dle podnětu, pozornost osciluje.

Hygienické návyky zvládá, jí sám, uklízí i ze stolu, obléká se spontánně, neúplně, ale je relativně soběstačný, orientace snížena, vyžaduje stálý dohled, nezvládá diferencii nebezpečí.

*Závěr:*

DMO nejasné etiologie, mentální retardace středního stupně, těžká dysfázie, ADHD, vývojová pervazivní porucha, autistické prvky v chování.

## **Rok 2004**

### ***Psychiatrické vyšetření***

Pasivní, úzkostlivý, později hyperkinetické chování s nemožností zklidnit dítě a zkvalitnit kontakt. Rozhazuje kostky (nůžkový úchop). Rozumí mluvenému slovu, pokouší se o řeč, ale nemluví. Místy negativismus. Později putuje po místnosti, zvědavě nahlíží, rozběhne se a běhá dokola. Nenaváže oční kontakt. Poruchy pozornosti.

*Závěr:*

Dysfázie expresivního typu, na podkladě DMO. Psychická retardace v důsledku značně nerovnoměrného vývoje. Hyperkinetický syndrom s poruchami pozornosti. Autistické prvky v chování. Pervazivní vývojová porucha.

## **Rok 2005**

### ***Psychologické vyšetření***

Chlapec přiměřeně vyspělý, vzhled dobře komponován, mírný sklon k obezitě. V počátečním sociálním kontaktu bezproblémový, motivovaný ke spolupráci. Mírná stigmatizace v obličeji, mimika živá. Udržuje oční kontakt, mírně vyhybavě. Spontánní řečová produkce žádná, vokalizuje, pobrukuje.

Ke komunikaci užívá epizodicky adekvátní neverbální gesta běžné sociální komunikace (kývání hlavou, ukazování prstem, odstrkování předmětů).

Jemná a hrubá motorika dobrá. Preferuje pravou horní končetinu. Při manipulaci a konstrukci obě ruce spolupracují. Instrukci k činnosti rozumí bezpečně, snaží se vyhovět. Neznámé úkoly zpočátku neguje, dá se však dobře odklonit zácvikem, vysvětlováním. Pracovní tempo přiměřené, občas zbrklý. Pochvala a povzbuzení ho dobře stimuluje. Pozornost kolísá, snadno se rozptýluje vedlejšími podněty, při únavě a nejistotě hledá úzkostně matku, odbíhá. V sociálních vztazích a vazbách dezorientovaný, důvěřivý, epizodicky mírně disinhibovaný.

Číselnou řadu zvládá, množství přiřazuje. Početní operace zvládá s dopomocí. Tvarově přiřazuje všechny základní geometrické tvary, číslice a písmena. Dílčí identifikaci symbolů ignoruje. Pasivní slovník v pásmu věku, rozumí jednoduchému sdělení, ukazuje správně na požadované předměty a obrázky. Kresba postavy v úrovni čáranice. Kresbou napodobí s dopomocí pouze ovál. Držení tužky nesprávné, po opravení lepší. Raven (karty) po zácviku uspokojujivý výkon, fascinován sešitem (pouze permanentně listuje, úkoly plní pouze kartami). Sebeobsluha dobrá, veden doma (úspěšně) ke komunikaci pomocí piktogramů.

*Závěr:*

Chlapec s těžce rizikovými faktory v anamnéze. Celková úroveň rozumového vývoje těžce kolísá v pásmu LMR, nápadně lepší výkon v konkrétním myšlení a konstrukci. Problematická grafomotorika a vizuopercepce odpovídá organickému postižení. V sociálních vztazích a vazbách dezorientovaný. Celkový obraz odpovídá mírnější symptomatologii pervazivní vývojové poruchy, respektive atypickému autismu (F 84.1), sociálně středně až vysokofunkčnímu, s mírnou až středně těžkou formou problematického chování. Permanentní dohled dospělé osoby nutný.

Hyperkinetický syndrom, DMO, dysfázie, psychomotorická retardace, autistické rysy.

**Rok 2006**

***Psychologické vyšetření***

Použité psychodiagnostické metody: explorace, volné kresebné techniky, test rozumových schopností WISC III.

Mentální retardace, autistické rysy, porucha pozornosti a aktivity. Trvale v péči neurologa, pedopsychiatra, speciálního pedagoga. Dítě ze čtvrté gravidity, perinatální komplikace, raný psychomotorický vývoj opožděn, stagnující řečový vývoj. Olda vyrůstá v úplné rodině se starším zdravým bratrem. Vztahy v rodině bez komplikací, dítě je zejména matkou výborně vedeno. Celková péče o dítě v rodině je tedy příkladná a bez nápadností.

Olda spolupracuje v rámci svých možností, raději je v blízkosti dospělých osob. Je velmi zvyklý na matku. V chování četné odchylky a bizarní projevy, s proměnlivou schopností koncentrovat pozornost, vyžaduje pevný a pravidelný režim. Dále jasné a jednoduše zadané příkazy. Kontakt je celkově nestálý, motivace k práci střídá dle konkrétního upoutání zájmu. Chybí řečová produkce, vokalizuje a místy se objevuje žvatlání. Ke komunikaci užívá neverbální gesta – jako je kývání hlavou, ukazování jednotlivých předmětů, atd. Olda rozumí základním příkazům a jednoduchým sdělením. Kresba na úrovni čáranice, nediferencovaná kresba postavy.

Jemná i hrubá motorika bez nápadností, píše a kreslí pravou rukou, číselnou řadu zvládá do 10, množství přiřazuje do 5, tvarově správně rozpoznává a přiřazuje základní geometrické tvary.

Aktuální úroveň rozumových schopností je situována do pásma středně těžké mentální retardace, kdy ve složce verbální dosahuje výrazně slabšího výkonu než ve složce názorové.

*Závěr:*

Autistické rysy, porucha pozornosti a aktivity, středně těžká mentální retardace - IQ – 49.

## **Rok 2007**

### ***Neurologické vyšetření***

Jedenáctiletý Olda navštěvuje nadále školu Svítání. Je v autistické třídě. Vysazen Ritalin. Hraje na počítači jednoduché hry. Potíže nejsou, záchvaty nemá, chování klidnější bez afektivních projevů. Projevy oligofrenie s autistickými projevy, alalie bez ložiskového nálezu CNS, ochablé držení ramen, obezita.

*Závěr:*

DMO, oligofrenie střední, atypický autismus, hyperkinetický syndrom.

### ***Speciálně pedagogické vyšetření***

Úroveň rozumového vývoje se nalézá v horním pásmu středně těžké MR. V oblasti názorového a konkrétního myšlení výkon ostrůvkovitě zasahuje až do dolního pásma lehké mentální retardace. Celkový výkon problematizuje vývojová dysfázie. Bezpodmínečný permanentní dohled dospělé osoby. Pokračovat v aktuálním způsobu výchovy a vzdělávání. Úroveň sociální adaptace a komunikace je lepší.

#### *Sociální vývoj:*

Poprosí nebo poděkuje, když se mu to připomene. Občas pomůže dospělému při domácích pracích nebo při jiných činnostech. Neverbálně poprosí o pomoc, když má nějaký problém. Vítá známé děti a dospělé, když je upozorněn. Krátkou dobu se zúčastní hry s jiným dítětem. Je třeba usměrnění dospělého. Těší se ze společných fyzických aktivit. Většinou vyhoví žádosti dospělého.

#### *Komunikace – receptivní řeč:*

Nemluví, dobře rozumí mluvené řeči. Provede jednoduchý dvoustupňový pokyn (např. sedni si a jez). Receptivně rozlišuje barvy, geometrické tvary, tiskací písmena, číslice do 10. Umí receptivně počítat (dej mi dvě kostky). Ukáže nebo podá pojmenované obrázky či fotky. Rozumí funkčním spojením (např. co si oblékáš?). Spojuje jednotlivá slova do významových kategorií. Splní dva časově související pokyny. Chápe otázky, ve kterých je možnost výběru.

#### *Komunikace – expresivní řeč:*

Spontánní řečová produkce žádná, občas vokalizuje. Místy se objevuje žvatlání. Vysloví pouze hlásku „a“. Naváže oční kontakt. V kontextu různých situací používá řadu výrazů tváře. Žádaný předmět si vezme sám, nebo na něj ukáže. Některá svá přání je schopen i napsat. K sociální komunikaci užívá spíše gesta, taktéž některé prvky znakové řeči.

Důležité je procvičovat mluvidla, rty a jazyk. Nácvik foukání, houkání, správného dýchání. Provádět dechová cvičení – foukat do bublifuku, brčkem. Rozvíjet pasivní slovní zásobu. Aktivní každodenní používání znakové řeči. Vyjadřovat potřeby ukázáním si znaku pro WC.

#### *Imitace:*

Napodobí užívání domácích předmětů (zametá, utírá stůl,...). Hází a chytá míč s dospělým. Po dospělém napodobí jednoduché pohyby.

### *Jemná motorika:*

Při konstrukci a manipulaci ruce méně spolupracují. Vyválí váleček z modelíny. Zapichuje kolíky a prvky mozaiky do perforované desky. Navléká velké korále na trn, drátek, tkaničku s hrotem. Přestřihne nůžkami proužek papíru cca 2 cm široký.

### *Hrubá motorika:*

Pohybuje se samostatně, běhá, skáče, stojí krátce na jedné noze. Přednostně užívá jednu ruku. Při chůzi po schodech střídá nohy. Hodí míč směrem k chytající osobě. Ne vždy chytne hozený míč.

### *Grafomotorika a kresba:*

Kreslí a píše pravou rukou. Graficky sám napodobí kolečko. Spontánní kresba postavy – hlavonožec. Dle předlohy nakreslí jednoduchý domeček. Správně drží tužku, je schopen psát dle diktátu. Píše všechna tiskací písmena, číslice do 10. Opisuje slova, krátké věty tiskacím písmem.

### *Sebeobsluha:*

Jí samostatně lžící. Po upozornění používá příborový nůž. U stolu sedí během celého jídla. Bez pomoci si pro sebe prostře. Samostatně se obléká bez zavazování bot. Má problémy s přední a zadní částí oděvu. Má problémy s nazutím bot na správnou nohu. Pozná své oblečení. Učí se skládat a uklízet oblečení. Namydlí si ruce a umyje si je pod tekoucí vodou. Jde sám na WC, vysvěče se i obleče. Na WC je, kromě utření se po velké, samostatný. Po použití WC se umyje a utře, potřebuje mírný dohled.

### *Vnímání:*

Přiřadí barevné předměty k odpovídajícím terčům. Přiřazováním rozliší složitější geometrické tvary. Roztřídí předměty do 2 – 3 skupin. Přiřadí zvuk k předmětu nebo obrázku, který ho znázorňuje. Rozpozná známé předměty hmatem.

### *Abstraktní vizuální myšlení:*

Přiřazuje předměty k obrázkům, obrázky k piktogramům. Ze skupiny obsahově stejných předmětů vybere ten, který tam nepatří. Přiřazuje obrázky lišící se v detailech. Složí půlený obrázek, skládá puzzle. Zvládá čtení globální metodou. Rozliší velká tiskací písmena, číslice. Přiřadí k číslicím 1 – 5 odpovídající počet předmětů.



### *Chování:*

Po nástupu do školy se objevovaly záchvaty dlouhotrvajícího pláče, vztekání se. Takto Olda reagoval na jakoukoliv změnu. Tyto projevy chování úplně vymizely, občas se chová zbrkle nebo naopak pasivně. Ulpívá ADHD.

### **Rok 2008**

#### ***Psychologické a speciálně pedagogické***

Olda je přiměřeně vyspělý, habitus dobře komponován, se sklony k obezitě. V počátečním sociálním kontaktu v mírné tenzi, expanduje ihned do prostoru. Analyzuje všechny předměty v dosahu, až s mírnou sociální disinhibicí. Spontánní řečová produkce žádná, avšak časté skřípání zuby. Oční kontakt občasný, epizodicky přímý. K sociální komunikaci užívá spíše gesta, taktéž některé prvky znakové řeči.

Jemná a hrubá motorika dobrá, preferuje pravou horní končetinu. Jednoduché instrukci k činnosti rozumí, reaguje s mírnou latencí, preferuje „vlastní“ organizaci činnosti. Dá se však odklonit nabídkou úkolů, názorným předvedením neznámých činností a pochvalou. Při manipulaci a konstrukci ruce méně spolupracují, pracovní tempo rychlé až zbrklé. Taktéž občas zárazy v činnosti, ulpívání. Nápadně snadno se rozptyluje vedlejšími podněty. Výkon zpočátku uspokojivý, postupně klesá. Postupně se taktéž zvyšuje frekvence vokalizací, mírná agrese (štípání examinátora do ruky), očichává předměty.

Základní geometrické tvary a barvy třídí správně. Graficky napodobí pouze kolečko. Spontánní kresba postavy – hlavonožec. Postavu dále relativně lépe napodobí dle předlohy, při komentáři doplní adekvátní detaily. Písmena abecedy a číslice 1 – 10 přiřazuje správně, taktéž na požádání identifikuje. Jednoduché matematické operace pouze sčítání s vizuální podporou, odčítání s dopomocí. Píše tiskacími písmeny jednotlivá písmena dle diktátu, držení tužky správné. Sebeobsluha s připomenutím a následnou kontrolou.

### *Závěr:*

Chlapec s těžce rizikovými faktory v anamnéze. Celková úroveň rozumového vývoje se nalézá v horním pásmu středně těžké mentální retardace (F 71), ve prospěch názorového a konkrétního myšlení, kde výkon ostrůvkovitě zasahuje až do dolního pásma lehké mentální retardace. Celkový výkon problematizuje vývojová dysfázie. V sociálních vztazích a vazbách mírně dezorientovaný, v chování

bizarnosti a repetice. Konstatujeme dále PAS, resp. atypický autismus (F 84.1), forma sociálně středně funkční, s mírnou až středně těžkou formou problematičnosti chování. Permanentní dohled dospělé osoby je bezpodmínečný.

## **Rok 2009**

### ***Psychiatrické vyšetření***

Aktuálně shledána porucha dle MKN – 10, porucha autistického spektra, dětský autismus F 84.0 dle MKN – 10, dále trvalá porucha mentální retardace s efektivitou výkonu středně těžkého pásma F 70.0. Olda vyžaduje specifický individuální výchovný i edukační přístup. Vyžaduje neustálý dohled, dozor a dopomoc ve všech úkonech běžného života. Není schopen ani v doprovodu dospělé osoby cestovat hromadnými cestovními prostředky. Ve škole vyžaduje pedagogickou asistenci. Chrup je třeba sanovat v celkové anestezii.

Z pedopsychiatrického hlediska jmenovaný trpí těžkou a trvalou neurovývojovou poruchou způsobenou dysfunkcí mozku. Tato těžká porucha vyšetřovanému znemožňuje adekvátní orientaci ve světě, adekvátní a smysluplnou komunikaci se světem. Porucha těžce ovlivňuje všechny psychické funkce, těžce je narušena emotivita, efektivita, chování, myšlení, vnímání, jednání, postoje, těžce je narušena integrita vývoje osobnosti vyšetřovaného.

Olda chodí do Svitání, nemluví. Řeč nepoužívá, učí se znakovat. Něco jednoduše znakuje a něco v piktogramech. Hraje rád na počítači, sleduje pohádky, pracuje s internetem. Hraje hry na úrovni sedmiletého dítěte. Projevuje známky sebepoškozování – matka se snaží odvádět jeho pozornost. Kousal by se, tloukl by se do stehů. Když je hodně rozčilen (např. vyjede ze svého režimu), nutné využívat ke komunikaci obrázky. Má asistenta ve škole. Olda přichází k vyšetření s matkou. Na výzvu matky podá ruku. Oční kontakt nenavazuje. Pozdrav doprovází znakem, který matka překládá jako pozdrav. Olda vykonává motorické stereotypy, doprovází se nesocializovanými zvuky. Řeč není rozvinuta. S hračkami manipuluje. Neiniciuje ani nekooperuje. Toaletní trénink je pouze částečně vypěstován. Na noc inkontinentní a nosí pleny. Tendence k sebepoškozování.

*Závěr:*

Dětský autismus F 84.0 s tendencí k sebepoškození. Specifická vývojová porucha řeči a jazyka – receptivní i expresivní řeč, řeč není rozvinuta F 80 dle MKN – 10. Porucha intelektu – výkonnost v psychologickém vyšetření v pásmu lehké mentální retardace, efektivita výkonnosti v pásmu středně těžké mentální retardace F 71.0 dle MKN – 10. 7.

Doporučuje se nadále spolupracovat s SPC. Nezbytná je pedagogická asistence.

### ***Psychologické vyšetření***

V kontaktu je skrytě tenzí, postupně uvolněný, s tendencí uchopovat vše kolem sebe. Respektuje pokyny a pracuje podle požadavků. Oční kontakt ojedinělý a nečitelný, mimika výrazová značně omezena. Komunikuje vzácně, pouze gesty a znakově. Pokyny chápe. Grafický projev na úrovni bezobsažné čáranice, bez motivace, napodobí kolečko a překreslí podle vzoru figuru s jednodimenzionálními končetinami – přesně, ale bez zájmu.

Vizuomotorika narušena, percepce omezena. Zraková percepce horší, pozornost osciluje. Perforační zadání (Raven PM barevný) zvládá do úrovně hraniční. Manipulace bezcílná, tempo rychlé, reakce zbrklé, bez návratu. Číselný koncept diferencuje. Číslice 1 – 10 a písmena přiřazuje správně. Držení tužky správné, písmena dle diktátu zvládá, sčítání s lehkými chybami.

## **Rok 2010**

### ***Neurologické vyšetření***

Čtrnáctiletý Olda navštěvuje nadále školu Svítání. Je v autistické třídě. Hraje na počítači jednoduché hry. Potíže nejsou, záchvaty nemá, chování uvolněné. Omezený oční kontakt. Projevy oligofrenie s autistickými projevy, alalie bez ložiskového nálezu CNS, ochablé držení ramen, obezita.

*Závěr:*

DMO, oligofrenie střední, atypický autismus, hyperkinetický syndrom.

## **Rok 2011**

### ***Psychologické vyšetření***

Atypický autismus, středně těžká mentální retardace, ADHD, DMO nejasného typu. Specifická vývojová porucha řeči a jazyka – receptivní i expresivní řeči. Řeč není rozvinuta. 15 letý chlapec vzděláván dle RVP, který bez problému plní. V oblasti názorového a konkrétního myšlení výkon ostrůvkovitě zasahuje až do dolního pásma lehké mentální retardace. Celkový výkon problematizuje vývojová dysfázie. Bezpodmínečný permanentní dohled dospělé osoby. Pokračovat v aktuálním způsobu výchovy a vzdělávání. Úroveň sociální adaptace a komunikace je lepší.

### ***Závěr:***

PAS, respektive atypický autismus (F 84.1), forma sociálně středně funkční, s mírnou až středně těžkou formou problematičnosti chování.

## **Rok 2012**

### ***Logopedická terapie***

Vývojová dysfázie expresivního typu – nemluví. Terapie po obsahové stránce řeči probíhá za účelem rozšiřování slovní zásoby, rozvíjení globálního čtení a psané formy řeči, podpora verbalizace hlásek a slabik, prohlubování paměti, myšlení, posilování fonemického sluchu a zrakové percepce. Formální stránka řeči je zaměřena na procvičování orofaciální motoriky a dechových cvičení.

### ***Pedagogická diagnostika***

Atypický autismus, forma sociálně mírně funkční, středně těžká mentální retardace, vývojová nemluvnost, DMO nejasného typu, ADHD. Olda je vzděláván dle RVP, který naplňuje. Sociální kontakty nevyhledává, ale spolužáky toleruje. Velice hezky jim pomáhá. Komunikuje ve třídě pomocí znakové řeči a gest. Je samostatný a spolupracuje. Olda je velice šikovný a bezproblémový žák.

### ***Psychologické vyšetření***

DMO nejasného typu, těžká dysfázie – alálie, pervazivní vývojová porucha, dle CT korová atrofie. V neznámém prostředí nejistý, po krátké adaptaci se uvolní

a spolupracuje. Vývojová dysfázie ztěžuje výuku, komunikuje pomocí znaku do řeči a gest. Má tendenci vše kolem sebe osahávat, uchopovat, ale respektuje pokyny a pracuje podle požadavků. Komunikuje pomocí gest. Oční kontakt ojedinělý a nečitelný. Mimika výrazová značně omezena. Pokyny chápe. Grafický projev na úrovni bezobsažné čáranice, bez motivace. Napodobí kolečko a překreslí podle vzoru figuru s jednodimenzionálními končetinami – přesně, avšak bez zájmu – zřetelná stagnace. Předkreslené obrazy doplňuje.

Vizuomotorika narušena. Percepce omezena, zraková je stále horší, pozornost osciluje. Perforační zadání zvládá – výkon je na horní hranici lehké mentální retardace, ale prakticky nevyužitelný. Manipulace bezcílná, tempo rychlé, reakce zbrklé, bez návratu. Číselný koncept diferencuje. Držení tužky správné, písmena dle diktátu zvládá, sčítání s lehkou chybností. Hygienické návyky zvládá. Je relativně soběstačný, ale bez dohledu sám neatraktivní činnost nedokončí. Pokud má své úkoly zvládnuté, nebo se mu nikdo nevěnuje, v klidu sedí, brumlá si pro sebe, „leluje“.

*Závěr:*

Mentální retardace středního stupně, konkrétní názorové myšlení na horní hranici pásma lehké mentální retardace. DMO nejasné etiologie, těžká dysfázie – alalie, vývojová pervazivní porucha, autistické prvky v chování.

## **Rok 2013**

### ***Psychiatrické vyšetření***

V evidenci ambulance pro dg. mentální retardace, alalie, autistické rysy, porucha pozornosti a aktivity. Jedná se o těžce postižené dítě, které nemluví. Domluví se jen na základních skutečnostech pomocí jednoduchých posunků, eventuálně piktogramů. Není schopen se naučit znakový jazyk, aktivně mluví jenom několik slov. Kromě toho je neklidný, nevydrží delší dobu sledovat a spolupracovat, takže jeho psychický vývoj se postupně zastavuje, ačkoliv somaticky se vyvíjí dobře. Při psychologickém vyšetření pracuje v úrovni středního stupně mentální retardace, tj. imbecility. IQ = 49.

*Závěr:*

Mentální retardace středního stupně s motorickým neklidem a poruchami pozornosti, alalie.

### ***Logopedická terapie***

Vývojová dysfázie expresivního typu – nemluví. Atypický autismus, forma sociálně středně funkční. Mírná až středně těžká forma problematického chování. Středně těžká mentální retardace. ADHD, DMO nejasného typu.

Po obsahové stránce je terapie zaměřena na rozvoj globálního čtení a psané formy řeči. Prohlubuje se zrakové a sluchové vnímání; posilování myšlení a paměti; obohacování pasivní slovní zásoby.

Formální stránka řeči zahrnuje cviky na posilování motoriky mluvidel, dechová cvičení; prodlužování délky koncentrace pozornosti a samostatnosti.

Dechová cvičení s využitím fajfky s polystyrénovým míčkem, bublifuku, větrníku. Práce s tabletem – pexeso, puzzle, nadřazené pojmy, rozdíly, početní dovednosti. Práce na PC – zvukové pexeso, puzzle, hledání rozdílů – procvičování paměti a logického uvažování. Využití pracovních listů zaměřených na rozvoj zrakového vnímání (označení rozdílného obrázku). Tvoření týmu – vyhledávání dvojic slov, která se rýmují. Vokalizace hlásek A, E, I, O, U. Opakování znakové řeči – jídlo + slovo.

### **Rok 2014**

#### ***Neurologické vyšetření***

Olda vokalizuje, řeč nenastoupila. Dorozumění pomocí piktogramů, zkoušena znaková řeč, ale bez výsledků, protože nedokončí znak. Bolest hlavy není, záchvatové projevy nejsou. Nutný celodenní dohled a péče. Dobrá spolupráce s mamčinou pomocí. Komunikuje pomocí rukou a znakem. Kolísá mu pozornost. Chůze bez paréz o lehce širší bázi se sníženými synkinezemi horních končetin.

#### ***Závěr:***

Atypický autismus, středně těžká mentální retardace, alalie, hyperkinetický syndrom, hypotonický syndrom.

### 7.6.1. *Vlastní šetření 2013*

#### **Rozhovor s rodiči**

*S rodiči a zkoumaným jedincem jsem se setkala během prvního výzkumného roku celkem třikrát. Navštívy jsme absolvovali v kavárnách, u jedince doma a formou elektronické komunikace.*

Z vyprávění jsme nabyli dojmu, že matka pro svého syna naprosto žije a obětovala by pro něj cokoli. Vzhledem k časové náročnosti péče o syna matka nechodí do práce. Olda má hezký vztah se svým bratrem i rodiči. Podle matčiniých slov Olda zbožňuje počítač, na kterém hraje hry. Zvládá ovládat počítačovou klávesnici, díky které napíše krátký text. Využívá internet, kde dokáže vyhledávat. Při práci na počítači potřebuje mít na uších nasazená sluchátka. Rád sleduje videa na portálu Youtube. Nejčastější tematikou na tomto serveru jsou bezpečnostní videa od BESIP. O hračky nejeví žádný zájem. Je zaměřen na vlaky. Mezi oblíbená jídla patří hranolky a smažený sýr. V jídle si vybírá, nesnáší zeleninu, luštěniny. Pokrmy konzumuje pomocí příboru.

V létě se rád koupe v bazénu, baví ho plavání. Mezi oblíbenou činnost patří houpačka. Nebaví ho jízda na kole, kopání do míče, apod. Ve škole pomáhá zametat smetí, snaží se pomáhat.

Jeho typickými stereotypními pohyby je kývání, tleskání rukama. Tluče ostatní pěsti do nohou za okolností, když se zlobí. Vydává zvuky („hučí“), stereotypní brumlání. Používá izolované hlásky, slova nikdy.

Občas volí pro komunikaci nějaké znaky. Co potřebuje, napíše tiskacím písmem na papír. Ve škole pracuje pomocí piktogramů.

Sebeobsluha je na úrovni dopomoci druhé osoby. Obsluha WC také s dopomocí, taktéž koupání, čištění zubů. Obléká se i svléká samostatně, nezaváže si tkaničky u bot. Na noc musí nosit pleny. Jí lžící.

#### **Pozorování ve školním prostředí**

*Chlapce jsem během prvního výzkumného roku navštívila ve škole celkem třikrát.*

O přestávce chodí po třídě, kývá rukama a hlavou, dělá velké kroky vpřed. Po třídě se prochází po celou dobu přestávky. Na můj příchod reaguje, vnímá moji přítomnost, bez úsměvu.

Při zahájení vyučování si sedne spolu se zbytkem třídy a učitelkou do kroužku. S učitelkou spolupracuje výborně. Rozumí pokynům, je bystrý. Komunikuje neverbálně, pomocí gest a znaků. Podával učitelce na výzvu kartičky, vykonával zadané úkoly a bez problému vše splnil.

S Oldou jsem pracovala samostatně při plnění písemných úkolů. Pracovali jsme v jeho sešitě, kde trénuje svůj podpis. Na začátku stránky má vzor svého jména a pod něj opisuje perem totéž. Vzhledem ke kombinaci písmen ve spojení s tvrdými a měkkými hláskami má poměrně velký problém příjmení napsat správně. Chybuje stále. Dále měl opisovat z učebnice věty. Tento úkol zvládl bez problému. Během psaní seděl na židli v klidu, projevoval se vyrovnaným způsobem. Dokonce na mě působil dojmem, že ho úkol baví.

Následovalo kreslení, měl znázornit listnaté a jehličnaté stromy. I tento úkol zvládl podle mého soudu velice rychle a bez komplikací. U Oldy je zřetelně viditelný jeho strukturovaný režim dne, který do detailu dodržuje. Nemusela jsem chlapce navigovat, věděl naprosto přesně, jak zacházet s psacím náčiním, pracovními pomůckami a jejich následným uklizením. Když má svůj stůl čistý a uklizený, bez výzvy učitelky si jde umýt svoje ruce. Následně vyndá ze svého batohu svačinu, se kterou se usadí k jídelnímu stolu. Olda se vyjadřuje neverbálně, pomocí znaků a gest. Výborně spolupracuje, avšak jen s ojedinělým navázáním očního kontaktu.



## 7.6.2. *Vlastní šetření 2014*

### **Rozhovor s rodiči**

*S rodiči a zkoumaným jedincem jsem se setkala během druhého výzkumného roku celkem třikrát. Návštěvy jsme absolvovali v kavárnách, u jedince doma a formou elektronické komunikace.*

Olda byl přeřazen do nové třídy k jiné paní učitelce. Olda je v nové třídě moc spokojený a velice se mu tam líbí. Paní učitelku si maminka chválí, cení si jejího vynikajícího přístupu k synovi. Dokonce shledává na Oldovi známky spokojenosti a radosti ze školy. Oldův zdravotní stav je stále stejný. Během posledního uplynulého roku nedošlo k žádným změnám. Řeč stagnuje a sociální chování zůstalo také na stejné úrovni. Na výborné úrovni je stravování, kdy se chlapec nají přiborem. Bez známek progresu zůstává také jemná motorika, hrubá motorika a grafomotorika, stagnuje sociabilita, emoční ladění a schopnost adaptace. Malý posun je sledován v oblasti oblékání a hygieny.

Stále tráví většinu svého času u počítače, kde sleduje nejrůznější videa. Nejčastěji vyhledávanou tematikou jsou autohavárie. Bohužel Olda nechápe důsledky většiny takových nehod a často se směje nevhodným záběrům. Matka se mu snaží vysvětlit, že taková situační videa nejsou vtipná.

### **Pozorování ve školním prostředí**

*Chlapce jsem během druhého výzkumného roku navštívila ve škole celkem třikrát.*

Olda si o přestávkách hraje s korálky. Díky této činnosti nacvičuje jemnou motoriku, která je u Oldy velice slabá. Jindy pouští ostatním dětem ve třídě ze školního počítače písničky a videa. Ovládat počítač umí opravdu dokonale. Práce na internetu pro něj není žádný problém. Výborně se orientuje v jednotlivých ikonách a zvládá dílčí klávesové prvky na počítači. Na portálu *youtube.com* si stále dokola pouští videa ze starého pořadu *HIP-HAP-HOP*. Tento pořad ho dle učitelky baví již od samého nástupu do nového ročníku.

V případě, že zrovna není na počítači, pouští si písničky na přehrávači. Jindy ho zase zaujmou jakékoliv encyklopedie. Například o vesmíru.

Učitelka také zmiňuje Oldovu potřebu masturbovat. Pokud na Oldu taková věc přijde (3x – 4x týdně), mají ve třídě vymezený prostor s matrací a dekou,

kam žáci ze třídy chodí svoji potřebu vykonávat. Jelikož jsou ve třídě 3 chlapci v podobném pubertálním věku, střídají se na vymezeném místě většinou všichni.

Olda trénuje svůj podpis, nacvičují manipulaci s drobnými penězi. Bez problémů zvládá počítat na počítadle. Je velice samostatný, bez pokynu učitelky sám mění jednotlivé karty ve strukturovaném programu dle provedené práce. Umí si sám nachystat pomůcky na další hodinu podle pokynu učitelky. Také samostatně uklízí. Snaží se číst tiskací a psací písmena, orientuje se ve čteném textu. Zapamatuje si přečtené. Olda semnou v rámci svých možností navázal kontakt a spolupracoval na vynikající úrovni.

### ***7.6.3. Závěrečné shrnutí získaných údajů – Olda***

#### **Prenatální, perinatální a postnatální období**

Chlapec ze 4. gravidity, 2 x abort. Perinatální komplikace, porod byl klešťový. Nebyl kříšen. Nekojen. V kojeneckém věku se vývoj nejevil jako výrazněji opožděný, v batolecím věku bylo zřetelné opoždění v mentálním vývoji. Nápadné poždění bylo zejména ve vývoji řeči. Chůze v 11. měsících.

#### **V prvním roce života**

Po prvním roce se jevily známky apatie. Dověšením 1. roku používal pouze jedno slůvko: „tata“.

#### **Ve třech letech**

Začal chodit do běžné MŠ. Zde byly posléze zjevné zřetelné rozdíly od ostatních dětí. Po půl roce přestoupil do MŠ speciální. V tomto zařízení se Olda dočkal potřebného individuálního přístupu. O několik měsíců později stanovena diagnóza autismus.

#### **Ve čtyřech letech**

Poprvé neurologické vyšetření na klinice Fakultní nemocnice v Hradci Králové, kde absolvoval čtrnáctidenní pobyt. Neurologicky byla prokázána DMO, CT mozku difuzní atrofie. EEG neprokázalo epilepsii. Diagnostikován hyperkinetický syndrom s poruchami pozornosti. Autistické prvky v chování. Rozumí verbálním podnětům a výzvám. Neumí aktivně používat řeč. Sociální vývoj

opozděn jen velmi lehce. Pasivní, úzkostlivý, později hyperkinetické chování s nemožností zklidnit dítě a zkvalitnit kontakt.

### **V sedmi letech**

Diagnostikována mentální retardace středního stupně, DMO nejasné etiologie, těžká dysfázie. Dále ADHD syndrom, vývojová pervazivní porucha, autistické prvky chování. Hyperaktivní chování, nemluví, rozumí jednoduchým výzvám, má úzký kontakt s matkou. Nosí plenové kalhotky pro enuresu. Pokyny diferencuje, výzvy chápe. Reaguje podle ladění a typu podnětu. Expresivní složka řeči je těžce postižena; nemluví; jen se dorozumívá gesty, posunky. Vodí osobu za ruku k podnětu. Hygienické návyky zvládá.

### **V osmi letech**

Nastoupil do speciální školy Svítání. Zde byla také zahájena logopedická péče. Pasivní, úzkostlivý, později hyperkinetické chování s nemožností zklidnit dítě a zkvalitnit kontakt. Rozumí mluvenému slovu, pokouší se o řeč, ale nemluví. Místy negativistický.

Dysfázie expresivního typu, na podkladě DMO, psychická retardace v důsledku značně nerovnoměrného vývoje. Hyperkinetický syndrom s poruchami pozornosti. Autistické prvky v chování. Pervazivní vývojová porucha.

### **V devíti letech**

Chlapec přiměřeně vyspělý, vzhled dobře komponován, mírný sklon k obezitě. Udržuje oční kontakt, mírně vyhýbavě. Spontánní řečová produkce žádná, vokalizuje, pobrukuje. Ke komunikaci užívá epizodicky adekvátní neverbální gesta běžné sociální komunikace (kývání hlavou, ukazování prstem, odstrkování předmětů). Jemná a hrubá motorika dobrá. Pochvala a povzbuzení jej dobře stimuluje. Pozornost kolísá. V sociálních vztazích a vazbách dezorientovaný, důvěřivý, epizodicky mírně disinhibovaný.

Číselnou řadu zvládá, množství přiřazuje. Početní operace zvládá s dopomocí. Sebeobsluha dobrá. Celkový obraz odpovídá mírnější symptomatologii pervazivní vývojové poruchy, resp. Atypickému autismu (F 84.1), sociálně středně až vysokofunkčnímu, s mírnou až středně těžkou formou problematického chování.

### **V deseti letech**

Chybí řečová produkce, vokalizuje a místy se objevuje žvatlání. Ke komunikaci užívá neverbální gesta – jako je kývání hlavou, ukazování jednotlivých předmětů, atd. Olda rozumí základním příkazům a jednoduchým sdělením. Jemná i hrubá motorika bez nápadností, píše a kreslí pravou rukou, číselnou řadu zvládá do 10. Autistické rysy, porucha pozornosti a aktivity, středně těžká mentální retardace – IQ – 49.

### **V jedenácti letech**

Chlapec chodí do autistické třídy. Hraje jednoduché hry na počítači. Chování je klidnější bez afektivních projevů. Projevy oligofrenie s autistickými projevy, alalie bez ložiskového nálezu CNS, ochablé držení ramen, obezita. Celková úroveň vývoje se nalézá v horním pásmu středně těžké mentální retardace (F 71), ve prospěch názorového a konkrétního myšlení, kde výkon ostrůvkovitě zasahuje až do pásma lehké mentální retardace. Celkový výkon problematizuje vývojová dysfázie. V sociálních vztazích a vazbách mírně dezorientovaný, v chování bizarnosti a repetice. Konstatujeme dále PAS, respektive atypický autismus (F 84.1), forma sociálně středně funkční, s mírnou až středně těžkou formou problematičnosti chování.

### **Ve třinácti letech**

Chlapec trpí těžkou a trvalou neurovývojovou poruchou způsobenou dysfunkcí mozku. Tato těžká porucha vyšetřovanému znemožňuje adekvátní orientaci ve světě. Porucha těžce ovlivňuje všechny psychické funkce. Těžce je narušena emotivita, efektivita, chování, myšlení, vnímání, jednání, postoje. Těžce je narušena integrita vývoje osobnosti vyšetřovaného. Projevuje známky sebepoškozování. Má asistenta ve škole. Oční kontakt nenavazuje, vykonává motorické stereotypy. Řeč není rozvinutá. Toaletní trénink částečně vypěstován. Na noc je inkontinentní. Dětský autismus F 84.0 s tendencí k sebepoškozování. Specifická vývojová porucha řeči a jazyka – receptivní i expresivní řeč. Porucha intelektu – výkonnost v psychologickém vyšetření v pásmu LMR, efektivita výkonnosti v pásmu středně těžké mentální retardace.

### **V patnácti letech**

V oblasti názorového a konkrétního myšlení výkon ostrůvkovitě zasahuje až do dolního pásma LMR. Celkový výkon problematizuje vývojová dysfázie. PAS, atypický autismus (F 84.1), forma sociálně středně funkční, s mírnou až středně těžkou formou problematičnosti chování.

### **V šestnácti letech**

Sociální kontakty nevyhledává, ale spolužáky toleruje. Velice hezky jim pomáhá. Komunikuje ve třídě pomocí znakové řeči a gest. Je samostatný a spolupracuje. Oční kontakt ojedinělý a nečitelný, mimika výrazová značně omezena. Pokyny chápe. Grafický projev na úrovni bezobsažné čáranice, bez motivace. Vizuomotorika narušena. Percepce omezena, zraková je stále horší, pozornost osciluje. Číselný koncept diferencuje. Držení tužky správné, písmena dle diktátu zvládá, sčítání s lehkou chybností. Mentální retardace středního stupně, konkrétní názorové myšlení na horní hranici pásma lehké mentální retardace. DMO nejasné etiologie, těžká dysfázie – alalie, vývojová pervazivní porucha, autistické prvky v chování.

### **V sedmnácti letech**

Není schopen se naučit znakový jazyk, aktivně mluví jenom několik slov. Nevydrží delší dobu sledovat a spolupracovat, takže jeho psychický vývoj se postupně zastavuje, ačkoliv somaticky se vyvíjí dobře. Mentální retardace středního stupně s motorickým neklidem a poruchami pozornosti, alalie.

### **V osmnácti letech**

Oční kontakt ojedinělý a nečitelný, mimika výrazová značně omezena. Držení tužky správné, písmena dle diktátu zvládá, sčítání s lehkou chybností. Hygienické návyky zvládá. Začíná jíst příborem. Je relativně soběstačný. Konkrétní názorové myšlení na horní hranici pásma lehké mentální retardace. DMO nejasné etiologie, těžká dysfázie – alalie, vývojová pervazivní porucha, autistické prvky v chování.

### a) **Komunikace jedince**

Ke komunikaci užívá epizodicky adekvátní neverbální **gesta** běžné sociální komunikace (kývání hlavou, ukazování prstem, odstrkování předmětů). V posledních letech stále více využívání své potřeby a přání psaním na papír. Pokyny bez problému chápe. Je neklidný, nevydrží delší dobu sledovat a spolupracovat. Celkový výkon problematizuje vývojová dysfázie.

V roce 2013 i 2014 je **oční kontakt** občasný, epizodicky přímý. V obou sledovaných letech nenaváže s osobou kontakt. S vrstevníky vztahy neudrží, preferuje dospělé osoby. Porovnáním s nižším věkem chlapce došlo nyní k malému posunu.

Jeho typickými **stereotypními pohyby** je kývání, tleskání rukama. Tluče ostatní předměty do nohou za okolností, kdy se zlobí. Vydává zvuky („hučí“), stereotypní brumlání. Používá izolované hlásky, slova nikdy. V roce 2013 se projevovaly stereotypní znaky více, než v roce 2014. Důvodem může být změna nové učitelky ve třídě, která dělá s chlapcem velké pokroky.

**Mimika** je značně omezena. Chlapec komunikuje pomocí gest. Mimiku a gesta využívá chlapec častěji v porovnání s předchozími lety. Je adekvátní uznat chlapcův drobný posun ve využívání mimiky a gest.

Olda nemluví, využívá jednoduché posunky k dorozumění se s okolím, případně **piktogramy**. Aktivně mluví jenom několik slov. Využívání piktogramů hodnotím v roce 2014 jako výrazný posun, oproti roku 2013, kdy náhradní komunikační systém pomocí piktogramů využíval pouze ojedinele.

### b) **Psychomotorická oblast**

**Jemná i hrubá motorika** bez nápadností. Chůze bez paréz o lehce širší bázi. Píše a kreslí pravou rukou. Držení tužky správné. Narušena je vizuomotorika. Úroveň jemné a hrubé motoriky spolu s **grafomotorikou** je hodnocena na stupni malého posunu v obou sledovaných letech (2013 i 2014).

Na úrovni stagnace je v roce 2013 i 2014 oblast **sociability**. Sociální kontakty nevyhledává, ale spolužáky toleruje. Velice hezky jim pomáhá. Po celý život je citově nezralý, je neschopen jakékoliv citové reakce. V neznámém prostředí nejistý, po krátké **adaptaci** se uvolní a spolupracuje. Během výzkumného období nezaznamenány známky pokroku.

**Obléká** se i svléká samostatně, nezaváže si tkaničky u bot. Oblékání je v roce 2013 i 2014 hodnoceno na stupni malého posunu.

Na úrovni výrazného posunu je možno v roce 2013 i 2014 hodnotit oblast **stravování**. Stravuje se příborem, v jídle si nevybírání, konzumuje vše.

**Hygiena** se nachází v obou letech na úrovni malého posunu. Hygienické návyky zvládá, nutný dohled druhé osoby.

#### 7.6.4. *Tabulka č. 3.*

### **PROJEVY AUTISMU V KOMUNIKACI**

PROJEVY AUTISMU V KOMUNIKACI	OLDA	
	2013	2014
Oční kontakt	stagnace	stagnace
Iniciace a udržení kontaktu	malý posun	malý posun
Slovní stereotypie	malý posun	malý posun
Využívání mimiky a gest	malý posun	malý posun
Využívání náhradních komunikačních systémů	malý posun	výrazný posun

#### 7.6.5. *Tabulka č. 4*

### **PROJEVY AUTISMU V PSYCHOMOTORICKÉ OBLASTI**

PROJEVY AUTISMU	DÍLČÍ OBLASTI	OLDA	
		2013	2014
MOTORICKÉ SCHOPNOSTI	<i>Jemná motorika</i>	malý posun	malý posun
	<i>Hrubá motorika</i>	malý posun	malý posun
	<i>Grafomotorika</i>	malý posun	malý posun
SOCIÁLNÍ ZRALOST	<i>Sociabilita</i>	stagnace	stagnace
	<i>Emoční ladění</i>	stagnace	stagnace
	<i>Úroveň adaptace</i>	malý posun	stagnace
SEBEOBSLUHA	<i>Oblékání</i>	malý posun	malý posun
	<i>Stravování</i>	výrazný posun	výrazný posun
	<i>Hygiena</i>	malý posun	malý posun

## 7.7. Případová studie č. 3

### **Petr**

Datum narození: 9. 5. 1994

### **Diagnóza:**

DMO – centrální spastická kvadruparéza, axiální hypotonie, epilepsie, těžká mentální retardace, dysartrie

*Pro potřeby své diplomové práce upozorňuji, že jména dětí jsou změněna za účelem ochrany osobních dat. Chlapce budu ve své práci označovat jménem Pét'a.*

### **Rodinná anamnéza**

Matka narozena roku 1962. Pracuje na obecním úřadě jako agronomka. Otec narozen roku 1962. Pracuje v kovovýrobě. Jedna sestra, narozena 1988, vyučená kuchařka. Nikdo z rodiny nemá žádné zdravotní problémy.

### **Osobní anamnéza**

Chlapec z druhého těhotenství. Narozen předčasně v 7. měsíci. Poloha koncem pánevním, pupečník kolem krku. Porodní hmotnost: 2600 g / 43 cm. Pro kapacitu oddělení byl převezen z Hradce Králové do Liberce, kde bylo nutné dítě ještě umístit do inkubátoru. Zde došlo k pádu z inkubátoru. Po propuštění domů byl Pét'a zcela v pořádku, kojený nebyl. Přibližně v půl roce návštěva neurologa pro opoždění. Matka sledovala, že se neobrací. Neurolog nezjistil žádný problém. Pobyť v Luži – Košumberku trval 2 měsíce, kde byla stanovena diagnóza DMO. Tuto skutečnost matka zjistila úplným nedopatřením, když omylem nahlédla do lékařské zprávy, kde určená diagnóza stála. Cvičila se Vojtova metoda, kde matka shledala po dlouhé práci značné výsledky. Pét'ovi se významně omezil strabismus.

Ve 4 letech nastoupil do běžné MŠ, kde byl integrován. Zde přes značné problémy s asistentkou zvládl navštěvovat 2 roky.

### **Rok 1997**

#### *Neurologické vyšetření*

Chlapec 3, 5 letý absolvoval ortopedický zákrok na dolních končetinách. Méně již překřičuje nožky, je schopen se postavit s oporou, má 5 smysluplných slov, mluvenému rozumí. Strabismus, obličej souměrný, jazyk ve střední čáře, cení



symetricky, dotyk provokuje distonické ataky, flekční držení HK s hyperreflexií, pyramidové jevy nevýbavné. Pozitivní flekční i extenční pyramidové jevy, při posazování tendence k stavění, bez opory sedět nevydrží. Dostane se do polohy na čtyřech, lokomoce plížením.

*Závěr:*

DMO se spastickou kvadruparézou a psychomotorickou retardací, velmi pozvolné zlepšování stavu.

## **Rok 2000**

### ***Psychologické vyšetření***

Významné vývojové změny, spolupracuje smysluplně při jídle i oblékání. Sám jí suchá sousta a přidržuje si hrnek. Posazování na nočník u něho vyvolává nevole. Hledání nové metody spojené s taktilními podněty v klíně rodičů. Rodiče instruování. Změny v jemné motorice se promítají už v úchopu tužky, zvládá vertikálu dle vzoru a kruhový stereotypní neuzavřený pohyb. Percepce je omezena, pomalu se rozvíjí barvocit. S malou chybností diferencuje 4 základní barvy s konkrétním připodobněním. Porozumění sociálnímu světu velmi dobré, předmětná diference dobrá. Nové jevy vyvolávají v adaptační době úzkost, ale za pomoci asistentky překonává i změny rychle. V kontaktu reaguje na stimulaci s vnitřní motivací, radostným laděním a aktivně. Zdraví, chápe proces setkávání a rozchodů, rozumí na úrovni 3. roku. Vývoj kognitivních procesů je pomalý, ale nestagnuje. Pasivní slovník rozsáhlý, aktivní v rozsahu 10 slov, vhodný experiment logopedické pomoci. Emočně citlivý, s pocity pevného rodinného zázemí, oba rodiče mají zdravý náhled a rozumnou snahu „pracovat podle odborného vedení“.

*Závěr:*

Vývoj je dominantně ovlivněn spastickým stavem. Somatický stav je brzdou v poznání a v rychlejší rozvíjení kognitivity. Vyžaduje prodlouženou předškolní integrovanou přípravu v MŠ, perspektivně po dvouletém odkladu školní docházky zařazení do integrovaného centra Svítání. V rozvoji respektovat pomalé tempo, postup pouze při osvojení předchozího apod. Citlivé a umírněné jednání.

## **Rok 2002**

### ***Neurologické vyšetření***

Pét'a užívá Pirabene, začal chodit do Svítání, kde má každodenní rehabilitaci. Začíná zvládat částečně psaní, barvy. Lokomoce buď lezením bez používání levé dolní končetiny, nebo je s oporou schopen chůze ve speciálních botách. Nedávno vyšetřen na ortopedii v Motole, operace levé kyčle není plánována. Zornice izokorické, bez paréz okohybných nervů. Nekonstantně strabuje, cení symetricky, jazyk ve střední čáře. Flekční držení horních končetin a extenční držení dolních končetin s občasnými dystonickými atakami. Pyramidové jevy nevýbavné, extenze horních končetin částečně možná hlavně vlevo, vpravo výraznější flexe. Síla pro stisk bez lateralizace. Luxace kyčle a zkrácení levé dolní končetiny, pozitivní flekční pyramidové jevy, extenční vlevo. Akrální spasticita s fenoménem sklapovacího nože, vpravo částečně pohybuje prsty, v závěsu v podpaží extenční držení DK a flekční držení HK, váhu na dolních končetinách s oporou udrží.

#### *Závěr:*

DMO se spastickou kvadruparézou, výraznější paretické postižení vpravo, vlevo luxace kyčle a zkrácení končetiny. Pyrabene, Pyridoxin, pokračovat v rehabilitaci.

## **Rok 2003**

### ***Neurologické vyšetření***

Pét'a chodí do Svítání k maximální spokojenosti své i rodičů, denně rehabilituje, užívá Geratam, Pyridoxin, zlepšil se v řeči i kontaktu. Euforie, mírné dystonické ataky, zornicová a okohybná inervace správná, jazyk ve střední čáře. Mimická inervace správná, slovní projev do 20 slov, mluvenému rozumí, výzvam vyhoví. Flekční držení horních končetin, pyramidové jevy se nevybavují.

#### *Závěr:*

DMO se spastickou kvadruparézou, luxace kyčle vlevo a zkrácení LDK. Pozvolné zlepšování v psychice i motorice.

### ***Psychologické vyšetření***

DMO centrální spastická kvadruparéza, axiální hypotonie, psychomotorická retardace částečně reparaibilní.

Dobře se začlenil, diferencuje „svůj svět“, zná jména osob, je situačně orientovaný, dobře spolupracuje s asistentem. Školu vnímá pozitivně, zvládá 3x týdně i domácí přípravu. Hygienické návyky vážnou, je vysazován na WC, bez většího odporu, ale s malou efektivitou. Jí s dohledem, tuhá sousta i sám a lžící. Pije s hrnečku – vyžaduje kontrolní dopomoc. Kresba se rozvíjí pomalu, zvládá vertikálu a nápodobu neuzavřeného kruhového pohybu. Barvocit se rozvíjí omezeně, cca 4 barvy, ale v konkretizaci. Pro rozvoj verbalizace je využívána orofaciální metoda, se snažnou úspěšností a vysokou podporou rodičů. Zázemí ve škole posiluje sebezpetí, je citlivý, chová se umírněně, pozitivně.

#### *Závěr:*

Mentální retardace psychometricky obtížně měřitelná, v popředí stojí spasticita – somatický stav je brzdou kognitivního rozvoje. Aktuální výkonnost spadá do pásma středně těžké mentální retardace. Pozitivní změny se vyvíjí po delším zaškolení, vyžaduje nadále péči asistenta. Citlivé vedení, asistence, pomalé tempo, pozitivní ladění a zvyšování sebevědomí.

### **Rok 2004**

#### ***Neurologické vyšetření***

Pét'a perfektně rozumí mluvenému, slovní produkce omezená na 20 slov. Chodí do Svítání, zlepšuje se motoricky, bere Geratam 1200, Piridoxin. Zornice izokorické, okohybná inervace správná, obličej souměrný. Jazyk ve střední čáře, flekční držení HK. Mírné dystonické ataky při dotyku, taxe zleva nepřesná. Zprava nemožná, hyperflexie na DK, oboustranně pozitivní flekční a extenční pyramidové jevy, levá dolní končetina zkrácena při luxaci kyčle.

#### *Závěr:*

DMO se spastickou kvadruparézou, luxace levé kyčle a zkrácení levé dolní končetiny. Pokračovat v rehabilitaci všech možností.

## **Rok 2005**

### ***Neurologické vyšetření***

Péťa chodí do Svítání, naučil se psát levou rukou, zlepšuje se jemná motorika, je schopen jezdit na vozíku a sám se částečně přemísťovat, užívá Geratam a Pyridoxin 1x týdně. Výrazně omezený slovní repertoár, má asi 15 smysluplných slov, domluví se s rodiči. Zornicová a okohybná inervace správná. Obličej souměrný, jazyk ve střední čáře. Flekční držení horních končetin s hyperreflexií. Výraznější flekční spasticita vpravo, kde nesvede extenzi. Vlevo svede semiextenzi, taxe zleva s dyskinezami, zprava nemožná. Částečně možný stisk levé ruky. Zkrácení levé dolní končetiny s vnitřní rotací v levém kyčelním kloubu, hyperreflexní klonus nohy oboustranně, výraznější spasticita na levé dolní končetině. Pozitivní flekční extenční pyramidové jevy, zkrácení adduktorů a flexorů kolene více vlevo. Není schopen chůze. V závěsu v podpaží extenční držení dolních končetin výrazněji vlevo. Semiextenční držení horních končetin na rozdíl od flekčního v poloze vleže.

#### *Závěr:*

DMO se spastickou kvadruparézou, mentální retardace. Luxace kyčle vlevo a zkrácení levé dolní končetiny.

## **Rok 2006**

### ***Psychologické vyšetření***

Pohybuje se na vozíku ve zpevněném sedu, snaží se zmírňovat a ovládat spontánní slinění. Kvodu-spastické postižení mu znemožňuje většinu aktivit. Přesto se velmi dobře začlenil, diferencuje „svůj svět“, zná jména osob, je situačně orientovaný. Dobře spolupracuje i s neznámou osobou. Školu vnímá pozitivně, zvládá i domácí přípravu.

Grafická dovednost je více výrazem snahy než možností, zvládá kruhový pohyb, horizontálu i vertikálu, předkreslené geometrické tvary diferencuje. Hygienické návyky vážnou, je vysazován na WC, bez většího odporu, ale s malou efektivitou. Jí s dohledem, tuhá sousta i sám napichuje vidličkou. Jí lžící, pije z hrnečku – vyžaduje kontrolní dopomoc, při oblékání cíleně spolupracuje.

Kresba se rozvíjí pomalu, zvládá vertikálu i horizontálu, nápodobu neuzavřeného kruhu, předkreslené geometrické tvary diferencuje. Barvocit se rozvíjí omezeně, cca 4 barvy, ale v konkretizaci. Pro rozvoj verbalizace je využívána

orofaciální metoda, se značnou úspěšností a vysokou podporou rodičů. Čte z vlastní čítanky a má z četby zjevné uspokojení. (Vyžaduje potvrzení, „že umí“). Zázemí ve škole posiluje sebepojetí, je citlivý, chová se umírněně, pozitivně, je oblíbený, „smíšek“, se smyslem pro humor, snaží se v komunikaci s dospělými navozovat momenty k zasmání. Praktický náhled je dobrý, orientuje se v režimu, v úkonech. Zná kolem sebe osoby a chápe dobře funkce předmětů denní potřeby. Snaží se samostatně ovládat mechanický vozík.

Paměťové funkce jsou omezené rozsahem, ale fixované poznatky ukládá a spojuje s novým poznáním, zvládá několik říkanek a písniček, rozvíjí svůj aktivní slovník, dobře zpívá. Hudbu a rytmus vítá, je koncentrovaný a aktivní.

*Závěr:*

Motorický defekt se spasticitou výrazně omezuje rozvoj kognitivních složek, mentální retardace je stabilizovaná v pásmu středního postižení. Rozvoj je výrazně závislý na existenci osobního asistenta. Vyžaduje blízkost a čas na souhru. Je velmi citlivý a sám má potřebu se citově projevovat. Respektovat jeho tempo – zrychlování ho zbavuje sebevědomí a snaživosti.

### ***Neurologické vyšetření***

Pěťa chodí do Svítání, píše na počítači, je schopen přelézt místnost. Léky žádné neužívá. Plochá euforie, zornicová inervace správná, bulby pohybuje všemi směry. Cení a plazí symetricky. Flekční držení HK akcentované emocemi nebo dotykem druhé osoby. Extenční jen vlevo, sedět vydrží jen v tureckém sedu chvíli, v závěsu v podpaží akcentace flekčního držení HK a extenčního DK.

*Závěr:*

DMO se spastickou kvadruparézou. Mentální retardace, luxace levé kyčle a zkrácení levé dolní končetiny. Doporučuje se ergoterapie individuální 1x týdně. Reflexní lokomoce dle Vojty 2x týdně.

## **Rok 2008**

### ***Pedagogická diagnostika***

Pěťa je ve školním prostředí dobře adaptovaný, na školu se těší. Orientuje se v režimu, pozná dospělé osoby a děti ze třídy i z širšího školního prostředí. V kolektivu třídy je spokojený, vyhledává kontakt spolužáků. Ve škole pracuje

celodenně s pomocí asistenta, velmi často opakuje slovo „domů“. Mezi jeho oblíbené činnosti patří poslech hudby, doprovod na ozvučená dřívka (s pomocí), práce s barvou, přebírání kostek, házení míčkem. Pěťa pozná velká tiskací písmena A, I, M, P, a čísla 1, 2, 3. Aktivní slovník nepřesahuje 20 slov. Potřebuje velmi názorné pomůcky, nejlépe předměty do rukou, na mačkání apod. Při učení jsou jeho výkony nepřesvědčivé, často odpovídá schválně naopak (dělá si legraci). Ve výuce často pracuje bez zrakové fixace, na otázky odpovídá bez zrakové kontroly. Třídění předmětů podle barev, tvarů apod. nezvládá. Poznává hlasové podněty a nástroje podle sluchu. Při převlékání se snaží pomáhat, ukazuje, jaké oblečení si bude dále oblékat.

## **Rok 2009**

### ***Logopedické vyšetření***

Pěťův aktivní slovník činí max. 15 slov a dále se nerozšiřuje. Porozumění řeči je limitováno úrovní intelektu a závažným tělesným postižením. Pěťa je prakticky orientován v čase i prostoru, ale neustále se ujišťuje ve svých jistotách (ptá se po osobě, která ho doprovodila na terapii a chce domů). Je velmi citlivý a v případě nereagování na otázku stupňuje tónem hlasu svou otázku. Petr má rád nejrůznější orofaciální stimulační pomůckami a za odměnu spouští pomocí mikropřepínačových tlačítek animace v programu *Pasivní sledování*. Maminka byla opakovaně prakticky seznámena s možností reedukace slinění. Úroveň komunikačních schopností je konstantní.

#### *Cíle:*

Identifikace osob na fotografiích, posilování vyjadřování souhlasu a nesouhlasu, rozvoj motoriky mluvidel (izolovaných pohybů) se zaměřením na oblast rtů (retoretný uzávěr), jazyka (laterální pohyb jazyka) a tváří, rehabilitace orofaciální svaloviny s cílem snížení hypersalivace. Dechová a fonační cvičení, podpora vokalizace pomocí zvukových hraček a počítačových programů. Doporučena 1x týdně individuálně cca 20 minut logopedická terapie.

## **Rok 2010**

### ***Pedagogická diagnostika k psychologickému vyšetření***

Pěťa je ve školním prostředí dobře adaptovaný. V kolektivu třídy je spokojený, rád vyhledává kontakt spolužáků. Při výuce i sebeobsluze potřebuje

trvalou pomoc. Ve výuce často pracuje bez zrakové fixace. Od doby, kdy se u Péti objevila epilepsie, začalo u chlapce docházet ke stagnaci až regresi osvojených dovedností. Učivo ZŠ speciální nezvládá, proto by bylo vhodnější pro chlapce přearažení do rehabilitačního programu, který neobsahuje předměty čtení, psaní, počty, způsobující Pétovi velké obtíže.

### ***Psychologické vyšetření***

Dg.: DMO centrální spastická kvadruparéza, axiální hypotonie, epilepsie, imbecilita. Použité metody: T-M, verbální projekce, pozorování hry, rozhovor cílený, percepce obrazová. Vyšetřen v přítomnosti osobní asistentky. Ani po operaci kyčelního kloubu není vertikalizovaný, setrvává na zemi v poloze na zádech, nebo sedí zpevněný na vozíku. Po operaci sedí rovně, ale stěžuje si na bolest levé dolní končetiny. Kvadru - spastické postižení mu znemožňuje většinu aktivit. V kolektivu třídy je začleněný, vyhledává kontakt se spolužáky, diferencuje „svůj svět“, zná jména osob, chudý aktivní slovník, komunikuje na úrovni batolecí stavby vět.

Grafická dovednost je výrazem snahy než možností, zvládá kruhový pohyb, horizontálu i vertikálu, předkreslené geometrické tvary diferencuje. Projev je prakticky nevyužitelný. Hygienické návyky vážnou, je vysazován na WC, bez většího odporu, ale s malou efektivitou. Sám nejí, jen uchopí lžící a strefí se někam. Tuhá sousta si sám napichuje vidličkou.

Při oblékání cíleně spolupracuje, pokud je aktivován, ukazuje, co si bude oblékat. V popředí zaškolování nestojí výkony, znemožňované motorickým defektem, ale socializace. Výuka je ztěžována nízkou motivací. Vizuomotorická koordinace se snižuje, nefixuje podnět očima.

Po epileptickém záchvatu je zřetelný regres a stagnace zapamatovaného učiva. Zázemí ve škole posiluje jeho sebepojetí, je citlivý, chová se umírněně, pozitivně, je oblíbený, „smíšek“ se smyslem pro humor. Koncentrace pozornosti je velmi mělká, výuku přijímá výrazně jako zátěž.

### ***Závěr:***

Motorický defekt se spasticitou výrazně omezuje rozvoj kognitivní složky, mentální retardace je stabilizovaná v pásmu imbecility, po epileptickém záchvatu dochází k regresi. Rozvoj socializace je výrazně závislý na existenci osobního

asistenta. Vyžaduje blízkost a čas na souhru ve dvojici, nutná osobní asistence. Nepřetěžovat.

### ***Logopedické vyšetření***

Dg.: DMO – centrální spastická kvadruparéza, axiální hypotonie, mentální retardace těžšího stupně, omezený vývoj řeči, dysartrie gravis. Pét'a je klidný, usměvavý chlapec, s výrazným motorickým i mentálním postižením, následkem kterých je přítomna též oční vada, hypersalivace a těžká dysartrie. Sociální i tělesný kontakt vyhledává, pravidlům se podřídí bez větších obtíží. Komunikuje onomatopoickými výrazy, změnou mimiky a emocionálně nabytými zvuky s vlastním významem. Spolupracoval dobře, koncentroval se v rámci možností celou dobu.

*Motorika:* Manuální činnosti se omezují pouze na velice hrubou manipulaci levou rukou, zcela imobilní. *Grafomotorika, kresba:* Nevyvinuta. *Oromotorika rtů i jazyka:* V orofaciální oblasti je schopen slabého cíleného fouknutí, hrubších změn postavení rtů a jazyka. *Řeč:* Vývoj řeči je omezený, pravděpodobně již dosáhl svého maxima. Úroveň komunikačních dovedností je již konstantní.

*Lexikálně – sémantická rovina:* Slovní zásoba výrazně podprůměrná (jen verbalizované zvuky, pár infantilních slovíček, pozdrav, souhlas), porozumění převládá nad produkcí, přesto slabé – odpovídá vývoji řeči omezenému, již nepostupujícím.

*Morfologicko – syntaktická rovina:* Dorozumívá se zvuky, gesty, mimikou, s celkovým psychomotorickým neklidem. Zájem o komunikaci má.

*Foneticko – fonologická rovina:* Vyvozeno pár jednodušších hlásek, řeč na této rovině výrazně narušena, možnosti korekce a rozvoje velmi omezené.

*Pragmatická rovina:* Odpovídá deficitu při mentální retardaci a diagnostikovaném postižení.

*Závěr:*

Mentální retardace, DMO, dysartrie, omezený vývoj řeči.



## **Rok 2011**

### ***Neurologické vyšetření***

V motorickém projevu bez podstatného pokroku, natáčí se na bok, na břicho nezvládá, uchopuje převážně do levé horní končetiny. V řeči asi 10 slov. Záchvaty mívá cca 1-2x do měsíce, záchvaty jsou nyní krátké – do 3 minut trvání. Jsou generalizované.

*Závěr:*

DMO – kvadruspastická forma, epilepsie – fokální.

## **Rok 2012**

### ***Logopedická terapie***

DMO – centrální spastická kvadruparéza, axiální hypotonie, MR těžšího stupně, epilepsie, dysartrie gravis.

*Obsahová stránka řeči:*

Verbalizace jednoduchých zvukomalebných slov, rozvíjení smyslového vnímání, posilování myšlení, obohacování slovní zásoby v obou složkách.

*Formální stránka řeči:*

Stimulace orofaciální oblasti, dechová cvičení.

### ***Pedagogická diagnostika k psychologickému vyšetření***

U Péti nedošlo k zásadním změnám. Již vůbec nepoužívá lžici, je krměn. Ač je na školní prostředí dobře adaptovaný, zvýšeně projevuje stesk. Zřejmě jako reakci na nemoc v rodině. Je zřejmá silná fixace na maminku. Ve škole funguje velice dobře. Práce ho baví, do činností se zapojuje s radostí. Velice dobře pracuje jak v kolektivu, tak při individuální práci. Péťa je společenský a přátelský. Při výuce potřebuje individuální přístup a pomoc. Stejně tak při sebeobsluze. Zařazení do rehabilitačního programu je pro něj vyhovující z důvodu zaručení nepřetěžování žáka a zajištění osobní asistence.

### ***Psychologické vyšetření***

DMO – centrální spastická kvadruparéza, axiální hypotonie, epilepsie, imbecilita. Setrvává ve zpevněném sedu na vozíku nebo na zemi, není vertikalizovatelný. Sed je po operaci pevnější. Kvadru - spastické postižení

mu znemožňuje nácvik běžných dovedností. Je odkázán na sledování projevů druhých. Začlenil se do kolektivu ve třídě rychle a pozitivně, vyhledává kontakt se spolužáky, diferencuje „svůj svět“, zná jména osob, ale odmítá je vyslovit. Grafická dovednost se vyvíjet nemůže, je schopen pouze úchopu bez koordinace a vizuomotorické rovnováhy.

Hygienické návyky vážnou, je vysazován na WC, bez většího odporu. Sám nejí, jen uchopí lžici a strefí se někam, má snahu, ale výsledek je různý. Je krměn a plně obsluhován, tuhá sousta si sám napichuje vidličkou. Při oblékání cíleně spolupracuje, pokud je aktivován, ukazuje, co si bude oblékat. Po každém epileptickém záchvatu je zřetelný regres a stagnace zapamatovaného učiva. Koncentrace pozornosti je velmi mělká, výuku přijímá výrazně jako zátěž, hledá společnost a rozptýlení projevem druhých.

*Závěr:*

Těžký motorický defekt se spasticitou výrazně omezuje rozvoj kognitivní složky, mentální retardace je stabilizovaná v pásmu imbecility, po epileptickém záchvatu dochází k regresu. Rozvoj socializace je výrazně závislý na existenci osobního asistenta. Doporučuje se nadále využívat rehabilitační vzdělávací program pomocné školy. Nepřetěžovat. Vyžaduje trvalou společnost, nutná osobní asistence.

### ***Neurologické vyšetření***

Od roku 2008 sekundární epilepsie, generální záchvaty jsou 1-2x do měsíce. Abnormální záznam EEG s výrazně nezralou organizací pozadí a hemisférovou asymetrií. Pacient se překulí na břicho, neplazí se, neleze, neposadí se, nestaví se.

V řeči – slovní zásoba do 10 slov, základní hygienické návyky nemá. Flekční kontraktury na horních i dolních končetinách, hypotrofie. DMO – kvadruspastická forma, mentální retardace, sekundární generalizovaná epilepsie

### **Rok 2013**

### ***Neurologické vyšetření***

Sekundární epilepsie, epileptické záchvaty stále 1-3 x do měsíce. Chlapec se zvládne otočit na břicho, neplazí se, neleze, neposadí se, nestaví se. Slovní zásobu zvládá do 10 slov, základní hygienické návyky nemá. Flekční kontraktury na horních

i dolních končetinách, hypotrofie, kvadruhyperreflexie. DMO – kvadruspastická forma, mentální retardace, sekundární generalizovaná epilepsie.

## **Rok 2014**

### ***Psychologické vyšetření***

DMO – centrální spastická kvadraparéza, axiální hypotonie, imbecilita. Setrývá ve zpevněném sedu na vozíku nebo na zemi, není vertikalizovatelný. Sed je po operaci pevnější. Kvadru-spastické postižení mu znemožňuje nácvik běžných dovedností. Je odkázán na sledování projevů druhých.

Přes týden přebývá v týdenním stacionáři v České Třebové. Zde se výborně adaptoval. Zvykl si na nový personál a klienty. Bez problému opouští svoje rodiče a zůstává přes týden bez jejich přítomnosti. Zná jména osob, ale odmítá je vyslovit. Komunikuje na úrovni batolecí stavby vět. Je stále pozitivně laděný, se smyslem pro komedii. Je velice citlivý, chová se umírněně, je oblíbený, jako smíšek se smyslem pro humor. Snaží se v komunikaci s dospělými navozovat momenty k zasmání. Grafická dovednost se vyvíjet nemůže, je schopen pouze úchopu bez koordinace a vizuomotorické rovnováhy. Hygienické návyky vážnou, je vysazován na WC. Zvládá používat lžici při krmení. U jídla je však stále nutná dopomoc druhé osoby. Tuhá sousta si sám napichuje vidličkou. Při oblékání cíleně spolupracuje, ukazuje, co si bude oblékat. Neobjevují se epileptické záchvaty. Koncentrace pozornosti se mění dle aktuálního rozpoložení.

### ***Závěr:***

Těžký motorický defekt se spasticitou výrazně omezuje rozvoj kognitivní složky, mentální retardace je stabilizovaná v pásmu imbecility. Mírný pokrok v oblasti socializace a sebeobsluhy. Zvýšená míra koncentrace pozornosti.

### ***Neurologické vyšetření***

Abnormální záznam EEG s výrazně nezralou organizací pozadí a hemisférovou asymetrií. Chlapec se zvládne otočit na břicho, neplazí se, neleze, neposadí se, nestaví se. Slovní zásobu zvládá do 10 slov, základní hygienické návyky nemá. Flekční kontraktury na horních i dolních končetinách, hypotrofie, kvadruhyperreflexie. DMO – kvadruspastická forma, mentální retardace.

### 7.7.1. *Vlastní šetření 2013*

#### **Rozhovor s rodiči**

*Rozhovor s rodiči jsem provedla během prvního výzkumného roku celkem třikrát. Rozhovory proběhly formou setkání v kavárnách, u rodičů doma a s využitím elektronické komunikace.*

Maminka na mě působila velice vyrovnaným pozitivním dojmem. O svém synovi povídala objektivně bez přikrášení. Oba rodiče chodí do práce, syn navštěvuje Speciální školu Svítání. Se školou jsou rodiče nadmíru spokojeni, přiznávají, že díky školní docházce jsou u jejich syna vidět veliké pokroky ve vývoji. Epileptický záchvat přišel poprvé v 15 letech. Epilepsie se u chlapce objevuje 1 – 2x do měsíce, trvá cca 3 - 4 minuty nejčastěji ráno cestou do školy. Záchvaty přichází pravidelně, bývají silné, častěji ve škole, doma velmi zřídka. Typickými znaky jsou svalové záškuby, sliny podobající se pění. Po doznění záchvatu je Pěťa silně unavený. Chlapec užívá antiepileptika. Z aktivního slovníku využívá cca 10 – 15 slov. Podle sdělení matky zvládne nejlépe a nejsrozumitelněji vyslovit „*maminka*“. Dalšími slovy jsou: „*Eví*“ (jméno maminky); „*babika*“ (babička); „*Ejko*“ (sestra Simona); „*Koko*“ (táta), „*ahoj*“, „*áno*“ (ano); moje maminko, „*HAM MŇAM MŇAM*“ (chce jíst), „*emtě*“ (ještě dej).

Pěťa je velmi muzikální, rád poslouchá známé filmové písně (např. Noc na Karlštejně, Princezna ze mlýna). Také si brouká písničky z večerníčků a filmů, v předvánočním čase koledy. Mezi nejsledovanější televizní pořady patří politické diskuze, u kterých vydrží dlouhé hodiny. Oblíbenou hrou je stavení kostek na sebe. Také rád „píše na psacím stroji“ (dle sdělení matky spíše tříská). Moc rád hraje na klávesy. Ve škole ho baví ruční práce. S rodiči chodí na procházky a také občas do hospody, kde mu rodiče objednávají pito – jeho oblíbený nápoj. Zbožňuje hranolky.

Mezi další oblíbené jídlo patří např. polévky, především zelná polévka. S jídlem nemá problém, vše rozžvýká, také chuť má v normě.

V průběhu vývoje proběhla Bobathova terapie, Vojtova terapie, myofunkční terapie nebo také metoda Portage. V této metodě však rodiče neshledávali žádný efekt, navíc prý znamenala tato podpurná metoda pro chlapce vysoké nároky. Logopedii začal navštěvovat spolu se svojí starší sestrou od svých 4 let, kdy jeho sestra měla rotacismus hlásky „R“. Individuální logopedie započala u Pěti ve škole

Svítání, kde probíhá dodnes. Mimo jiné se nyní poslední roky účastní také skupinové logopedie.

Domů ze školy chodí Pěťa unavený, a zde pak jenom relaxuje u TV. Když nosil domů domácí úkoly, musela je za něj plnit jeho starší sestra, protože chlapci se už přes velkou únavu nechtělo. Proto škola domácí úkoly pro Petra omezila, až zrušila. Pokud tráví svůj čas doma, volá „*děti*“, což znamená potřebu jít zase do školy. Ve škole naopak stále volá „*domů*“. Škola Pěťovi moc prospívá, podle sdělení matky prý díky škole zvládá základy oblékání. Petr se účastní nejrůznějších mimoškolních aktivit. Například během letních prázdnin jezdí pravidelně na týdenní tábor ve Slapech. Během školního roku jezdí na školu v přírodě.

### **Pozorování ve školním prostředí**

*Pozorování ve školním prostředí proběhlo v prvním výzkumném roce celkem třikrát.*

Pěťa navštěvuje rehabilitační třídu, kde má k sobě osobního asistenta. Je omezen pouze na elektrický vozík.

Při příchodu do třídy se na mě vždy usmívá a příznivě reaguje na moji přítomnost. Účastnila jsem se mnoha vyučovacích hodin a speciálních terapií. Pro názornou ukázkou uvádím logopedickou skupinovou terapii, kterou logopedka pojala ve stylu hudební výchovy. Pěťovi vložila do ruky chrastítka, ostatním dětem nejrůznější nástroje. Petr nechtěl s nástrojem hýbat. Dopomohla jsem mu, aby mírně rozhýbal svoji ruku, a tím jsme vyvolali jemné chrastění.

Když začala logopedka brnkat na kytaru a zpívat, chlapec zjevně pookřál a najednou se začal zapojovat. Zřejmý byl pokus o broukání do rytmu písničky, také chrastění mu šlo s moji dopomocí mnohem lépe. V obličeji mu byl vidět úsměv a radost. Jakmile jsem chtěla po Pěťovi, aby mi na konci hodiny vrátil chrastítka, držel ho pevně v ruce a nechtěl pustit. Potutelně se na mě přitom usmíval, z čehož jsem usoudila, že se pokouší o laškování. Podle sdělení učitelek mi bylo potvrzeno, že Petr má veliký smysl pro humor a je komediální typ. Do dalších výukových činností se chlapec zapojoval s radostí, byl stále pozitivně laděný.

Učitelky mě však utvrdily v tom, že jiné dny bývá velice slabě motivován a také mívá často špatné nálady. Chlapec komunikuje neverbálně, s využitím

mimiky. Odpovídá pokýváním hlavy učitelce na otázky, přiřazuje s dopomocí obrázky. Verbálně se Pět'a vyjadřuje velice zřídka, za mé přítomnosti ani jednou. Zřetelné bylo pouhé broukání a vokalizování. Při tělesné výchově spolupracuje, snaží se vykonávat zadané pohyby, s dopomocí vydrží stát na nohách u opěrného bodu bez přidržování blízké osoby. Problémy jsou s dechem.

### 7.7.2. *Vlastní šetření 2014*

#### **Rozhovor s rodiči**

*Rozhovor s rodiči jsem provedla během druhého výzkumného roku celkem třikrát. Rozhovory proběhly formou setkání v kavárnách, u rodičů doma a s využitím elektronické komunikace.*

Podle matky je Petr pořád pozitivně naladěný a spokojený, což je pro rodinu nejdůležitější. Od srpna navštěvuje týdenní stacionář v České Třebové. Je to zařízení téměř rodinného typu. Toto zařízení je teprve nedávno otevřené. Jeho kapacita je cca 20 klientů, různého stupně postižení. Zařízení poskytuje služby pro osoby s lehkým až těžkým zdravotním postižením. Hlavním cílem je poskytování pobytu a služeb sociální péče osobám s mentálním postižením s přidruženou tělesnou nebo smyslovou vadou.

Posláním stacionáře je poskytování služeb zaměřených na rozvíjení schopností uživatelů, snaha osamostatnit se a žít běžný život, rozhodovat o osobních záležitostech. Stacionář provozuje nejrůznější kulturní aktivity, návštěvy divadel, výlety. Důraz je soustředěn na rozvoj soběstačnosti a samostatnosti v každodenním životě uživatelů, pomoc při prosazování jejich zájmů a práv, podporu přirozených vztahů a spolupráci s jejich rodinami.

Na pokoji s ním žije 55ti letý muž a dělá s Pětou „lumpárny“, což se mu pochopitelně líbí. Chlapce odváží rodiče v pondělí ráno a domů jezdí v pátek odpoledne na víkend. Už při cestě domů se ptá, kde jsou "děti" a nejradši by byl s nimi pořád. Rodiče jsou moc rádi, že narazili na tak skvělé zařízení. Bohužel Pětova maminka podstupuje v současné době již po druhé onkologickou léčbu. I přes svoje zdravotní problémy je stále usměvavá a pozitivní.

Zdravotní stav Petra se za poslední rok nezměnil. Matka však jedno pozitivum uvádí. Od doby, kdy Pěťa dochází do nového zařízení, vymizely u něj epileptické záchvaty. Matka dodává, že chlapec musí brát o jeden prášek navíc. Zdůvodňuje celkové zdravotní a psychické zlepšení stavu jako příčinu změny nového zařízení. Uvádí, že Pěťa už nemusí sedět 3 hodiny denně ve svozovém autě. Do České Třebové dojíždějí 40 km, cesta trvá 3/4 hodiny a chlapec cestu zvládá bez problémů.

## **Pozorování ve speciálním zařízení**

*Speciální zařízení jsem navštívila jednou. Provedla jsem rozhovory s tamním personálem.*

Pěťa je stále pozitivně laděný, se smyslem pro komedii. Petr je společenský a přátelský. V řeči – slovní zásoba do 10 slov. Smyslu sdělení nelze rozumět. Snaží se v komunikaci s dospělými navozovat momenty k zasmání. Je velmi citlivý a sám má potřebu se citově projevovat. Ve speciálním zařízení je chlapec velice spokojený, s úsměvem na tváři. S kolektivem vychází dobře. U pracovníků si získal oblibu. Přáteli se se svým spolubydlícím, na kterého je poslední dobou velice vázaný. Podle sdělení matky se chlapec moc těší po víkendu zase zpět do stacionáře.

U chlapce jsou zjevné pokroky v jemné motorice. Sám se nají bez dopomoci, zvládá manipulovat s vidličkou a lžící. Za uplynulý rok mírně ubyla hypersalivace. Pokrok je také ve zvýšené koncentraci pozornosti. Chlapec působí v novém prostředí celkově více vyrovnaný, než při návštěvách ve škole.

U Péti narůstají nové sebeobslužné návyky, kterými je chlapec vděčný právě stacionáři. Zvládá základní postupy oblékání. Rád se účastní aktivit, které se ve stacionáři provádí. Mezi nejoblíbenější patří vycházky do přírody, poslouchání hudby, časté „domovní diskotéky“, vaření a rehabilitační cvičení. Chlapec se ve stacionáři osamostatnil, zmírnila se úzká vazba na rodiče a celkově se zklidnila psychika a prožívání.



### **7.7.3. Závěrečné shrnutí získaných údajů – Pěťa**

#### **Období prenatální, perinatální a postnatální**

Chlapec z druhého těhotenství. Narozen předčasně v 7. měsíci. Poloha koncem pánevním, pupečník kolem krku. Pro kapacitu oddělení byl převezen z Hradce Králové do Liberce, kde bylo nutné dítě ještě umístit do inkubátoru. Zde došlo k pádu z inkubátoru. Po propuštění domů byl Pěťa zcela v pořádku, kojený nebyl. Přibližně v půl roce návštěva neurologa pro opoždění. Matka sledovala, že se neobrací. Neurolog nezjistil žádný problém.

#### **První rok života**

Pobyt v Luži – Košumberku trval 2 měsíce, kde byla stanovena diagnóza DMO. Tuto skutečnost matka zjistila úplným nedopatřením, když omylem nahlédla do lékařské zprávy, kde určená diagnóza stála. Cvičila se Vojtova metoda, kde matka shledala po dlouhé práci značné výsledky. Pěťovi se významně omezil strabismus.

#### **Ve třech letech**

Chlapec absolvoval ortopedický zákrok na dolních končetinách. Méně již překřičuje nožky, je schopen se postavit s oporou, má 5 smysluplných slov, mluvenému rozumí. Divergentní neparetický strabismus. DMO se spastickou kvadruparézou a psychomotorickou retardací, velmi pozvolné zlepšování stavu.

#### **Ve čtyřech letech**

Ve 4 letech nastoupil do běžné MŠ, kde byl integrován. Zde přes značné problémy s asistentkou zvládl navštěvovat 2 roky.

#### **V šesti letech**

Navštěvuje speciální mateřskou školu s přítomností osobního asistenta. Adaptoval se výborně. Porozumění sociálnímu světu velmi dobré, předmětná diference dobrá. V kontaktu reaguje na stimulaci s vnitřní motivací, radostným laděním a aktivně. Rozumí na úrovni 3. roku. Vývoj kognitivních procesů je pomalý, ale nestagnuje. Pasivní slovník rozsáhlý, aktivní v rozsahu 10 slov. Emočně citlivý. Vyžaduje prodlouženou předškolní integrovanou přípravu v MŠ.

### **V osmi letech**

Chlapec začal chodit do speciální školy Svítání, kde pravidelně denně rehabilituje. Lokomoce buď lezením bez používání levé dolní končetiny, nebo je s oporou schopen chůze ve speciálních botách. Váhu na dolních končetinách s oporou udrží.

DMO se spastickou kvadruparézou, výraznější paretické postižení vpravo, vlevo luxace kyčle a zkrácení končetiny.

### **V devíti letech**

Péťa chodí do Svítání k maximální spokojenosti své i rodičů, denně rehabilituje, užívá Geratam, Pyridoxin, zlepšil se v řeči i kontaktu. Euforie, mírné dystonické ataky. Slovní projev do 20 slov, mluvenému rozumí, výzvám vyhoví. Chůze s výraznou oporou a překřížováním dolních končetin. DMO se spastickou kvadruparézou, luxace kyčle vlevo a zkrácení LDK. Pozvolné zlepšování v psychice i motorice.

Hygienické návyky vážnou, je vysazován na WC, bez většího odporu, ale s malou efektivitou. Jí s dohledem. Pro rozvoj verbalizace je využívána orofaciální metoda. Mentální retardace psychometricky obtížně měřitelná, v popředí stojí spasticita – somatický stav je brzdou kognitivního rozvoje. Aktuální výkonnost v pásmu středně těžké mentální retardace.

### **V deseti letech**

Péťa perfektně rozumí mluvenému, slovní produkce omezená na 20 slov. Navštěvuje třídu speciální školy Svítání. Zlepšuje se motoricky. DMO se spastickou kvadruparézou, luxace levé kyčle a zkrácení levé dolní končetiny.

### **V jedenácti letech**

Péťa chodí do Svítání, naučil se psát levou rukou, zlepšuje se jemná motorika, je schopen jezdit na vozíku a sám se částečně přemísťovat. Výrazně omezený slovní repertoár, má asi 15 smysluplných slov, domluví se s rodiči. DMO se spastickou kvadruparézou, mentální retardace.

### **Ve dvanácti letech**

Pohybuje se na vozíku ve zpevněném sedu, snaží se zmírňovat a ovládat spontánní slinění. Velmi dobře se začlenil, diferencuje „svůj svět“, zná jména osob, je situačně orientovaný. Dobře spolupracuje i s neznámou osobou. Školu vnímá pozitivně, zvládá i domácí přípravu. Grafická dovednost je více výrazem snahy než možností. Hygienické návyky vážnou, je vysazován na WC. Jí lžící, pije z hrnečku. Pro rozvoj verbalizace je využívána orofaciální metoda, se značnou úspěšností. Čte z vlastní čítanky a má z četby zjevné uspokojení. (Vyžaduje potvrzení, „že umí“).

Je citlivý, chová se umírněně, pozitivně, je oblíbený, „smíšek“, se smyslem pro humor, snaží se v komunikaci s dospělými navozovat momenty k zasmání. Motorický defekt se spasticitou výrazně omezuje rozvoj kognitivních složek, mentální retardace je stabilizovaná v pásmu středního postižení. Rozvoj je výrazně závislý na existenci osobního asistenta. Vyžaduje blízkost a čas na souhru. Je velmi citlivý a sám má potřebu se citově projevovat. Cvičí dvakrát týdně Vojtovu metodu.

### **Ve čtrnácti letech**

Orientuje se v režimu. V kolektivu třídy je spokojený, vyhledává kontakt spolužáků. Ve škole pracuje celodenně s pomocí asistenta. Pěťa pozná velká tiskací písmena *A, I, M, P*, a čísla *1, 2, 3*. Aktivní slovník nepřesahuje 20 slov. Potřebuje velmi názorné pomůcky, nejlépe předměty do rukou, na mačkání apod. Při učení jsou jeho výkony nepřesvědčivé, často odpovídá schválně naopak (dělá si legraci). Ve výuce často pracuje bez zrakové fixace, na otázky odpovídá bez zrakové kontroly.

Hrubá a jemná motorika bez změny, pohybuje se na vozíku ve zpevněném sedu, vyžaduje stálou asistenci a pomocné pomůcky pro intenzivní slinění. Mentální retardace je stabilizovaná v pásmu imbecility, rozvoj socializace je výrazně závislý na existenci osobního asistenta.

### **V patnácti letech**

Pěťův aktivní slovník činí max. 15 slov a dále se nerozšiřuje. Porozumění řeči je limitováno úrovní intelektu a závažným tělesným postižením. Pěťa je prakticky

orientován v čase i prostoru. Petr má rád nejrůznější orofaciální stimulační. Úroveň komunikačních schopností je konstantní. Poprvé přišly epileptické záchvaty.

### **V šestnácti letech**

Ve výuce často pracuje bez zrakové fixace. Od doby, kdy se u Péti objevila epilepsie, začalo u chlapce docházet ke stagnaci až regresi osvojených dovedností. Učivo ZŠ speciální nezvládá, proto bylo doporučeno přeřazení do rehabilitačního programu, který neobsahuje předměty čtení, psaní, počty, způsobující Péťovi velké obtíže. DMO centrální spastická kvadruparéza, axiální hypotonie, epilepsie, těžká mentální retardace. Po epileptickém záchvatu je zřetelný regres a stagnace zapamatovaného učiva. Péťa je klidný, usměvavý chlapec, s výrazným motorickým i mentálním postižením, následkem kterých je přítomna též oční vada, hypersalivace a těžká dysartrie.

### **V sedmnácti letech**

Přeřazen do rehabilitačního programu speciální školy Svítání. V motorickém projevu bez podstatného pokroku, natáčí se na bok, na břicho nezvládá, uchopuje převážně do levé horní končetiny. V řeči asi 10 slov. Záchvaty mívá cca 1-2x do měsíce, záchvaty jsou krátké – do 3 minut trvání.

### **V osmnácti letech**

Centrální spastická kvadruparéza, axiální hypotonie, mentální deficit těžšího stupně, epilepsie, dysartrie gravis. Již vůbec nepoužívá lžičku, je krmen. Ač je na školní prostředí dobře adaptovaný, zvýšeně projevuje stesk. Velice dobře pracuje jak v kolektivu, tak při individuální práci. Snaží se v komunikaci s dospělými navozovat momenty k zasmání. Grafická dovednost se vyvíjet nemůže, je schopen pouze úchopu bez koordinace a vizuomotorické rovnováhy. Hygienické návyky vážnou. Je krmen a plně obsluhován, tuhá sousta si sám napichuje vidličkou. Výuka je ztěžována nízkou motivací, vizuomotorická koordinace se snižuje, nefixuje podnět očima, „lelkuje“. Po každém epileptickém záchvatu je zřetelný regres a stagnace zapamatovaného učiva. Koncentrace pozornosti je velmi mělká, výuku přijímá výrazně jako zátěž, hledá společnost a rozptýlení projevem druhých.

## **V devatenácti letech**

Chlapec se zvládne otočit na břicho, neplazí se, neleze, neposadí se, nestaví se. Slovní zásobu zvládá do 10 slov, základní hygienické návyky nemá. Těžká dysartrie. DMO – kvadruspastická forma, mentální retardace, sekundární generalizovaná epilepsie.

## **Ve dvaceti letech**

Přes týden přebývá v týdenním stacionáři v České Třebové. Zde se výborně adaptoval. Komunikuje na úrovni batolecí stavby vět. Je stále pozitivně laděný, se smyslem pro komedii. Je velice citlivý, chová se umírněně. Grafická dovednost se vyvíjet nemůže, je schopen pouze úchopu bez koordinace a vizuomotorické rovnováhy. Chlapec je bez hygienických návyků. Mírný pokrok v oblasti socializace a sebeobsluhy. Zvýšená míra koncentrace a pozornosti. Útlum epileptických záchvatů.

### **a) Komunikace jedince**

Chlapec má diagnostikovanou těžkou dysartrií. Slovní zásobu zvládá do 10 slov. Porozumění řeči je limitováno úrovní intelektu. Snaží se v komunikaci s dospělými navozovat momenty k zasmání. Pro rozvoj verbalizace je využívána orofaciální metoda. Pěťa se stále vyjadřuje převážně neverbálně. Slovní zásoba je beze změn podprůměrná (jen verbalizované zvuky, pozdrav, souhlas), porozumění převládá nad produkcí. Dorozumívá se zvuky, gesty, mimikou. Jeví zájem o komunikaci. Nemá zábrany k cizímu člověku, bez problému navazuje nové kontakty, komunikaci s osobou navazuje prostřednictvím verbálních slov a převážně neverbální formou.

V oblasti **motoriky artikulačních orgánů** je patrné zvýšené napětí mluvidel a narušení koordinace mluvidel v roce 2013 i roce 2014. Narušena byla v obou letech také činnost rtů i jazyka, tvrdé pohyby mluvidel se zpomalenou kontrakcí.

Ve **výslovnosti** v obou sledovaných letech byla zaznamenána nesrozumitelná řeč na úrovni stagnace. **Dýchání** bylo roku 2013 křečovitě a plytké, pozorována byla nepravidelnost dýchání. V následujícím roce 2014 došlo k jistému posunu v této oblasti, na úroveň mírného zlepšení. V oblasti **fonace** vyvodí několik jednoduchých hlásek, pobrukuje si v rytmických tempech. Fonační faktory se v roce

2014 dají posuzovat jako mírně pokrokové. **Kolísavá intenzita hlasu** byla v roce 2013 nepatrně horší, než v roce 2014.

#### b) Psychomotorická oblast

U chlapce dochází k mírným pokrokům v celkovém psychomotorickém vývoji. Ustoupily epileptické záchvaty, zmírnila se celková náladovost chlapce, došlo k úbytku hypersalivace.

**Jemná motorika** je v obou sledovaných obdobích na úrovni stagnace, bez známek zlepšování. Stejně tak **hrubá motorika** nezaznamenává žádné vývojové pokroky ve sledovaných letech. **Grafomotorika** v roce 2013 i 2014 ve stagnačním pásmu. Malý posun zaznamenává **sociabilita**. Chlapec je společenský a vyhledává sociální kontakty. Také **emoční ladění** vykazuje známky vyrovnanosti a útlum náladovosti. **Adaptační úroveň** byla v roce 2013 hodnocena na stupni malý posun, přičemž v roce 2014 již můžeme klasifikovat adaptaci na stupni výrazný posun.

Příčinou přívětivého zlepšení byl nový krok do další životní etapy. Chlapec začal být klientem týdenního stacionáře. Díky podmínkám ve stacionáři došlo u chlapce k nárustu schopnosti oblékání, v roce 2014 dokonce s výrazným posunem. **Stravování a hygiena** zůstává na stejné úrovni v obou sledovaných letech, bez známek progresu.

#### 7.7.4. Tabulka č. 5

##### **KOMUNIKACE**

STŘEDNĚ TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE, DYSARTRIE PŘI DMO	PÉŤA	
	2013	2014
Motorika artikulačních orgánů	stagnace	stagnace
Výslovnost	stagnace	stagnace
Respirace	stagnace	malý posun
Fonace	stagnace	malý posun
Prozodické faktory řeči	stagnace	malý posun

## 7.7.5. Tabulka č. 6

**PSYCHOMOTORICKÁ OBLAST**

STŘEDNĚ TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE PŘI DMO	DÍLČÍ OBLASTI	PĚTA	
		2013	2014
MOTORICKÉ SCHOPNOSTI	<i>Jemná motorika</i>	stagnace	stagnace
	<i>Hrubá motorika</i>	stagnace	stagnace
	<i>Grafomotorika</i>	stagnace	stagnace
SOCIÁLNÍ ZRALOST	<i>Sociabilita</i>	malý posun	malý posun
	<i>Emoční ladění</i>	malý posun	malý posun
	<i>Úroveň adaptace</i>	malý posun	výrazný posun
SEBEOBSLUHA	<i>Oblékání</i>	malý posun	výrazný posun
	<i>Stravování</i>	malý posun	malý posun
	<i>Hygiena</i>	stagnace	stagnace

## 7.8. Případová studie č. 4

### Anička

Datum narození: 22. 10. 1992

### Diagnóza

Středně těžká až těžká mentální retardace, kortikální dysplazie, dysartrie, epilepsie.

*Pro potřeby své diplomové práce upozorňuji, že všechna jména dětí jsou změněna za účelem ochrany osobních dat. Dívku budu ve své práci označovat jménem Anička.*

### Rodinná anamnéza

Jedenadvacetiletá dívka z úplné rodiny. Dva sourozenci (starší bratr 21 let, a mladší bratr 8 let). Matka narozena r. 1968, vyučena pánská krejčová. Otec vyučen zedník, obkladač, pracuje ve stavebnictví. Nikdo v rodině není pozitivní k diagnostice mentální retardace. Matka má alergii na pyl.

### Osobní anamnéza

Dívka z druhého těhotenství. V těhotenství zjištěna hypotrofie plodu, z toho plynoucí růstová retardace. Matka byla hospitalizována. Porod byl v termínu, spontánně. Porodní hmotnost 2400g, délka 47 cm. Kříšena nebyla, ikterus negativní. 2 měsíce – úsměv, úchopy od 5 měsíců, obrácení od 9 měsíců, plazení od 14 měsíců, lezla po 16 měsících. První slovní projev od 1 roku. Operace cystis dermoidalis v roce 1995 – na neurochirurgii v Hradci Králové. V roce 1996 provedena adenotomie (odstranění nosní mandle). V roce 1997 byla ahospitalizována na neurologické klinice FN v Hradci Králové.

### Rok 1996

#### *Psychologické a pedopsychiatrické vyšetření*

Opožděný psychomotorický vývoj, proběhla operace cysty na hlavě. Od loňského roku je Anička pod kontrolou na neurologii. Dívka neudrží čistotu, užívá několik nesrozumitelných slov a zvuky zvířat, většinou je krmena. Oblékání zkouší. Lžící jí nečistě, špatně kouše. Je velmi živá, dokáže vylézt na nábytek. Základním výzvám rozumí, ale je negativistická. Je uspávána, v noci hledá matku.



Grafomotorika je na úrovni čmáranice, základním výzvám rozumí. Aktivně využívá asi 20 slov a zvuky zvířat. Výkony jsou verbálně na úrovni 15 – 18 měsíců. Názorová složka je na úrovni 2 let. Soběstačnost odpovídá 18 měsícům.

*Závěr:*

Mentální retardace lehká až střední, hyperkinetičnost. Anička vyžaduje plnou péči matky, umístění v kolektivu MŠ eventuelně v denním stacionáři zatím není možné.

## **Rok 1997**

### ***Neurologické vyšetření***

Anička je čilá, řeč je nesrozumitelná, dyslalická, spolupracuje dobře, je hyperaktivní, chůze bez nápadností. Psychomotorická retardace a opožděný řečový vývoj. Anička je objednána v Hradci Králové na neurologické klinice k pobytu. Dívka začala chodit do školky na 4 hodiny denně. Záchvaty v poslední době neměla. Řeč je výrazně nesrozumitelná.

*Závěr:*

Mentální retardace středně těžká. Mikrocefalie (malá hlava). Opožděný vývoj řeči. Sekundární epilepsie. Dysplazie kortexu.

### ***Vyšetření genetické***

Na hlavě má Anička jizvu po operaci. Má otevřená ústa a nápadně sliní. Výrazně je opožděna psychomotorika. Zřetelně říká pouze ojediněle slova, je neobratná. Sama se neobslouží. Psychomotorická retardace nejasné etiologie. Provedeno chromozomální vyšetření, kde byl zjištěn normální nález.

### ***Psychologické a pedopsychiatrické vyšetření***

Anička je sledována pro atonické záchvaty a epilepsii. Výhledově bude zařazena do integrované třídy MŠ v Hlinsku. Podle matky čistotu udržuje pouze přes den. Dívka má problém s kousáním, sama se nenají ani neoblékne. Slovní zásoba se trochu zvedla, více opakuje.

*Závěr:*

Mentální retardace středně těžká. Verbální projev odpovídá 2 rokům, názorová složka 2,5 -3 letem. Nakreslí čáru, kruh, postaví most z kostek, rozumí výzvám. Řeč je silně dyslalická. Dítě vyžaduje zvýšenou a mimořádnou péči v rodině, podíl otce na péči je nutný. Užívá antiepileptika.

## **Rok 2000**

### ***Neurologické vyšetření***

V řeči stále stagnace. Záchvaty nemá. Od půlnoci do rána spánek s neklidem. Častěji se probudí. Psychomotorická retardace, neklid, problém s verbálním kontaktem. Lehce negativistická, spíše anxiousní (úzkostná). Nekoordinovaná chůze.

### ***Logopedické vyšetření***

Anička dochází na logopedii s dg. dysartrie s opožděným vývojem řeči. Nacvičuje se správné polykání, cvičí se dechová složka, správná artikulace retných hlásek a hlásek závěrových. Provádí se i reflexní stimulace v orofaciální oblasti. Dále je rozvíjen slovník dítěte, podporuje se užívání krátkých vět. K práci jsou využívány počítačové programy a různý obrazový materiál.

## **Rok 2001**

### ***Neurologické vyšetření***

Anička chodí do pomocné školy v Hlinsku, kde je malá třída s učitelem a asistentem. Neměla záchvaty, používá několik základních slov. Slova nejsou srozumitelná. Říká: „Au, bolí, ne nechci (neci), papat, bojím“, ukáže, když něco chce. Psychomotorická retardace, středně těžká mentální retardace, vějíř babinski vlevo.

*Závěr:*

Mikrocefalie, kortikální dysplazie. DMO, oligofrenie. Epileptický syndrom, myoklonicko- atonické záchvaty (rychlé sval. záškuby bez ztráty vědomí).

## **Rok 2002**

### ***Pedopsychiatrické a psychologické vyšetření***

Pokračuje ve výuce v pomocné škole, matka ji do školy i ze školy musí vodit. Anička těžko zvládá změny, v posledním období má problémy s jídlem. Někdy neudrží čistotu. Mentální retardace středně těžká s poruchami chování, stav trvalý. Vyžaduje péči a dohled. V ordinaci byla pouze s matkou, komunikace je obtížná, výrazně infantilní chování. Řeč je nesrozumitelná, výkony odpovídají 3 letem 8 měsícům. IQ 38. Epileptický syndrom. Medikována jsou antiepileptika.

### ***Neurologické vyšetření***

Psychomotorická retardace s převahou ve složce mentální, opožděný vývoj řeči u dívky s mikrocefalií. Dle MR mozku se objevuje verifikovaná kortikální dysplazie. Sekundární epilepsie, záchvaty myoklonicko atonické, nepravých absencí. Záchvaty matka pozoruje jako stavy mrkání. Klepe pravou horní končetinou. Vylije si v průběhu dne pití až 15x, některé dny jen 2x. Při usínání je pozorován záškub tělem. Oligofrenie středního až těžkého stupně. Dyslalie gravis (těžká, multiplexní patlavost), bez ložiskového nálezu CNS. Neobrazná chůze.

## **Rok 2003**

### ***Neurologické vyšetření***

V dubnu měla asi 1 měsíc stavy poklesů hlavy a pomrkávání. Chodí do pomocné třídy, kde je spokojená. Mluví jednotlivá slova, chodí samostatně, občas enuresa – spíše si nevzpomene. Šíje volná, u horních končetin reflexní výboje. Matka občas pozoruje stavy, kdy Anička mrká, někdy při únavě nebo při hladovění apod.

#### ***Závěr:***

Mentální retardace středního až těžšího stupně, dyslalie gravis, bez ložiskového nálezu na CNS. Babinski reflex vlevo. Chůze méně obratná, nezvládá po špičkách ani patách bez sinkineze. Oligofrenická alalie, epileptický syndrom, kortikální dysplazie.

## **Rok 2004**

### ***Psychologické a psychiatrické vyšetření***

Anička musí chodit po obědě ještě spát, ze školy chodí hodně unavená. Při vyšetření výrazně infantilní chování, u ničeho nevydrží, je hravá. Odpovídá jen na jednoduché otázky, číselnou řadu odříká bez porozumění, grafomotorika pod úrovní 4 let. Zná několik písmen, složení slabiky zatím moc nejde. Mentálně se jeví zhruba na úrovni 4 letého dítěte. Dítě nepřetěžovat, snaha vést k samostatnosti, odpolední vyučování se nejeví jako zcela vhodné, proto je doporučeno osvobození z odpoledního vyučování.

### ***Neurologické vyšetření***

Záchvaty od hospitalizace jen řídké, celkem 4 – 5 za den, poslední 2 týdny bez záchvatů – záchvaty jsou charakteru krátkého zahledění, mrknutí. Při vyšetření spolupracuje. Bradypsychismus (celkové zpomalení tempa řeči, myšlení a duševní činnosti), hypersalivace, reaguje na zvuk, symetrický obličej, na končetinách reflexní výboje. Na horních končetinách je úchop pinzetový, abnormální postavení rukou. Abnormální postavení nohou a vadný chůzový stereotyp, taxe správná. Alergie na slunce a pyl.

#### *Závěr:*

Psychomotorická retardace, opožděný vývoj řeči u dívky s mikrocefalií a dle MR mozku ověřená kortikální dysplazie – pachygirie (nadměrné zbytnění mozkových závitů). Sekundární epilepsie, záchvaty myoklonicko atonické. Lymfská nemoc – pozitivní IgM Borrelie v séru. Stav po přeléčení antibiotiky.

## **Rok 2005**

### ***Neurologické vyšetření***

Ve škole je Anička spokojená. Od minulé kontroly je 4 měsíce bez záchvatů. Je přítomen bradypsychismus a hypersalivace, při vyšetření spolupracuje. Horní končetiny mají úchop pinzetový, abnormální postavení rukou, ploché části na palcové straně dlaně (thenary) bilaterálně, abnormální postavení nohou a vadný chůzový stereotyp. Taxe je orientačně správná. Vadné držení těla.

### *Závěr:*

Psychomotorická retardace s převahou ve složce mentální, opožděný vývoj řeči u dívky s mikrocefalií a podle MR mozku verifikovanou kortikální dysplazií – pachygyrie. Sekundární epilepsie, záchvaty myoklonicko-astatické v anamnéze. Lymfská nemoc – pozitivní IgM Borrelie v séru. Trombocytopenie (nedostatek krevních destiček trombocytů v krvi v důsledku jejich malé tvorby) – sledovaná.

### **Rok 2006**

#### ***Psychologické a pedopsychiatrické vyšetření***

V poledne stále chodí domů zcela vyčerpaná, jde spát. Přetrvává výrazně infantilní chování, je stále hravá, u ničeho déle nevydrží. Řeč je srozumitelná. Odpovídá jen na velmi jednoduché otázky, číselnou řadu odříká bez porozumění, nepočítá. Grafomotorika je na úrovni zhruba 4 let. Zná některá písmena, slabiky nezvládá. Mentální úroveň je zhruba 4 letého dítěte. Soběstačnost je velmi malá, potřebuje i pomoc na wc, dokrmit jídlem, pomoc při oblékání, jinak jí to velmi dlouho trvá. Nesmí se přetěžovat. I nadále je doporučeno osvobození z odpoledního vyučování.

### **Rok 2007**

#### ***Psychologické a pedopsychiatrické vyšetření***

Anička stále užívá antiepileptika, ze školy chodí zcela vyčerpaná. Odpolední vyučování vzhledem ke zdravotnímu stavu nezvládá. V současné době chodí ve škole na plavání, což je pro ni již nadměrná zátěž a objevily se úzkostné stavy. Samostatnost je na nízké úrovni, vyžaduje dopomoc druhé osoby. Intelekt je v pásmu středně těžké mentální retardace. Je doporučen pedagogický asistent.

### **Rok 2008**

#### ***Neurologické vyšetření***

Klinicky je Anička bez záchvatů. Udržuje čistotu, subjektivně nenaříká na bolesti hlavy, spí dobře. Ve stravě je vybíravá, jí méně maso. Oligofrenie středně těžká s anomálií CNS, alalie, vadné držení těla, astenie, kompenzovaná epilepsie.

## **Rok 2009**

### ***Neurologické vyšetření***

Anička dochází do 5. třídy, kde má přiděleného asistenta. Obléká se s dopomocí, nají se lžičkou, kousání tuhých soust je obtížné. Záchvatové projevy nejsou. Využívá přibližně 10 – 12 slov, komunikace spíše nonverbální. Je spokojená, vysoká, astenického habitu (drobného vzhledu). Na mozkových nervech bpn. Jazyk obtížněji plazí, středem. Šije je volná, svalový tonus přiměřený. Horší koordinace pohybu, taxe cíleně na horních končetinách. Na dolních končetinách je taxe přiměřená. Chůze s vtáčením špiček dovnitř. Vadný stoj. Mentální retardace středně těžká s anomálií CNS. Kompenzovaná epilepsie.

### ***Psychologické a pedopsychiatrické vyšetření***

Anička nadále chodí do pomocné třídy ve speciální škole. Užívá antiepileptika. Ze školy chodí unavená. Odpolední vyučování stále nezvládá. Výcvik v plavání pro ni představuje enormní zátěž, objevily se i stavy úzkosti. Doporučuje se i nadále osvobodit od odpoledního vyučování a od plavání, nepřetěžovat dívku. Vhodná pomoc pedagogického asistenta.

*Závěr:*

Těžká mentální retardace.

## **Rok 2010**

### ***Neurologické vyšetření***

Anička je nadále bez záchvatů. Při sezení pozorován třes či pohupování nohou, je nutná dopomoc při jídle i při oblékání. Anička je spokojená, usměvavá, nonverbální komunikace. Gotické patro, šije je volná, svalový tonus přiměřený, horší koordinace pohybu. Chůze s vtáčením špiček dovnitř. Mentální retardace středně těžká, kortikální dysplazie dle MR mozku. Kompenzovaná sekundární epilepsie.

### ***Speciálně pedagogické vyjádření:***

Středně těžká až těžká mentální retardace, kortikální dysplazie, dysartrie, epilepsie.

#### *Motorické projevy:*

Oblast hrubé a jemné motoriky odpovídá mentální úrovni. Lokomoce na krátké vzdálenosti samostatně, při pohybu na nerovném terénu či mimo budovu školy nutná dopomoc asistenta. Potíže v oblasti grafomotoriky.

#### *Komunikační schopnosti:*

Komunikace převážně neverbální, dorozumívá se gesty a jednoduchými znaky. Verbální řeč nesrozumitelná s mnohočetnou dyslalií. Slova užívá minimálně a v mnohoznačném významu. Rozumí jednoduchým pokynům.

#### *Projevy chování:*

Společenská dívka, vyhledává sociální kontakt. Přiměřeně koncentruje pozornost. Preferuje společné aktivity – tanec, zpěv, společenské hry. Občas projevy vzdorovitosti.

#### *Sebeobsluha:*

V oblasti sebeobslužných činností je odkázána na pomoc ze strany druhé osoby. Nutná dopomoc při oblékání, stravování, hygieně. Nutný neustálý dohled a vizuální podpora všech činností. Vzdělávací program pomocné školy – vyšší stupeň, 10. ročník. Asistent pedagoga není.

#### *Doporučení:*

Využívat během vyučovacího procesu další dospělou osobu. V plném rozsahu zohledňovat specifika vzdělávání žákyně, zejména při zadávání činností a hodnocení. Respektovat osobní tempo žákyně, zajistit střídavou činnost, využívat vhodnou motivaci. Ve velké míře využívat názorné materiály, klást důraz na verbální složku výuky propojenou s přiměřenou vizuální informací. K dorozumívání používat alternativní komunikaci, kterou bude moci žákyně využít i v osobním životě. Vhodným způsobem upravovat všechny didaktické materiály (zvětšovat, laminovat, barevně zvýrazňovat apod.), aby byla žákyně umožněna přiměřená manipulace s danými pomůckami. V matematice provádět zcvik v používání kalkulačky s větším displejem. Nacvičovat čtení dle metodiky globálního čtení, zaměřit se i na čtení sociální. Do výuky zařazovat dostatečný prostor pro relaxaci. Pravidelně informovat rodiče o edukaci žákyně.

## **Rok 2011**

### ***Speciálně pedagogické vyšetření***

#### *Sociální chování a emoce:*

Anička je usměvavá milá dívka s pečovatelskými sklony. Dívka je snaživá žákyně. Při edukaci se u ní občas začínají projevovat výkyvy nálad. Některé dny (především po prázdninách a delších obdobích volna) se s Aničkou hůře navazuje spolupráce, některé činnosti dívka neguje. Pokud je k ní přístupováno citlivě a s odpovídající motivací, je schopná se do činnosti zapojit. Pokud výrazně odmítá společnou činnost, je jí nabídnuta činnost náhradní. Anička v poslední době velice těžce nese, pokud je svými spolužáky negativně hodnocena. Matka uvedla, že se u Aničky v současné době snížila motivace k edukaci a k pravidelné školní docházce. V tomto roce dívka ukončí školní docházku a rodiče neuvažují o dalším vzdělávání dcery. Protože je však Anička společensky založená, zajistili jí rodiče docházku do Centra denních služeb MOTÝL v Hlinsku. Dívka sem bude docházet od září 2012 na tři dny v týdnu. Matka projevila zájem o zajištění návaznosti a pokračování v rozvoji dívčích vědomostí a dovedností při pobytu v denním centru. Doporučuje pokračovat v nenásilném a nedirektivním vedení Aničky ve škole i v prostředí denního centra. Jednotlivé činnosti k procvičování by neměly být dívce nuceny, ale nabízeny. Jako vhodný se jeví výběr ze 2 – 3 činností, při kterém se Anička učí rozhodování a zároveň je jí poskytnut prostor pro respektování momentálního zdravotního stavu i psychického rozpoložení. Pozitivní motivací a pomocí ocenění a pochval by Anička měla být vedena k tomu, aby vybranou činnost dokončila s co nejlepším výsledkem a s ohledem ke svým individuálním schopnostem.

#### *Komunikace:*

Řečový projev Aničky je převážně neverbální, dorozumívá se gesty se znakováním. Slova užívá minimálně a v mnohoznačném významu. Řeč je nesrozumitelná s mnohočetnou dyslalií. Při komunikaci si vypomáhá jednoduchými znaky a deklarativním ukazováním. Dle sdělení dokáže Anička při komunikaci využívat jednoduché piktogramy, které má přehledně uložené v deskách. Anička rozumí jednoduchým jednodušným pokynům, provede jednoduchý příkaz. Někdy je třeba pokyny zopakovat, případně provedení úkolu názorně demonstrovat. S ohledem na udržení, či případně na další rozvoj komunikačních schopností dívky,



je třeba seznámit zaměstnance denního centra s používaným systémem alternativní komunikace (přehled piktogramů a jednotlivých znaků). I nadále je vhodné u Aničky rozšiřovat pasivní slovní zásobu (komunikace na téma běžných činností a aktivit).

#### *Motorika a grafomotorika:*

Hrubá motorika je u Aničky oslabena částečně, dívka se pohybuje samostatně i po nerovném terénu. Dle sdělení učitelky je Anička schopna bez přímé fyzické dopomoci ujít pomalejším tempem a s krátkými přestávkami až 1 km. Pohyb (především spontánní) má dívka ve velké oblibě. Zvládá házet i chytat míč, uběhne krátký úsek. Do kolektivních sportů se příliš nezapojuje patrně kvůli sníženému chápání pravidel, pohybové dyskoordinaci a deficitní prostorové orientaci. Oblast jemné motoriky je oslabena výrazněji, vážne především koordinace oko – ruka. Anička navléká drobné korálky, přestřihuje proužek papíru a vystřihuje přibližně jednoduchý tvar. Při psaní obtahuje velká i malá písmena. Samostatně kreslí pouze sluníčko, ale velice ráda vybarvuje předkreslené obrázky. Je doporučeno dále pokračovat v rozvoji pohybově koordinačních dovedností, v uvolňovacích a grafomotorických cvičeních. I nadále je vhodné vést Aničku k pravidelnému pohybu. Vhodný je především pohyb spojený s hudebním doprovodem (rytmické písničky) či využívání jednoduchého tělocvičného náčiní (míč, krouže, overball, gymball, thera band apod.).

Oblast jemné motoriky je vhodné rozvíjet při běžných sebeobslužných činnostech – např. natírání pomazánky, škrábání brambor, míchání těsta.

#### *Smyslové vnímání a abstraktně vizuální myšlení:*

Anička rozliší základní i některé doplňkové barvy – přiřazováním či pomocí znaků. Domácí zvířata pojmenuje jejich charakteristickými zvuky (kočka – čiči, kráva – bū) či zkomolenými názvy. Zrakové rozlišování je u Aničky na velice dobré úrovni – vyhledá shodné obrázky lišící se v drobnostech. Ráda přiřazuje (dle velikosti, počtu, barvy apod.) a třídí dle stanoveného kritéria (malý x velký, dlouhý x krátký). S oblibou sestavuje až 36 dílné puzzlové obrázky s většími dílky. Anička chápe pojem čísel 0 – 4. V oboru do tří provádí matematické operace sčítání a odčítání s oporou o názor či prsty. Receptivně určí základní geometrické tvary (čtverec, kruh, obdélník, trojúhelník). Při navlékání korálků dokáže zopakovat jednoduchý vzor.

Je doporučeno navázat komunikační systém vytvořený školou a dále ho rozvíjet (systém piktogramů, znakování). Dále pokračovat v procvičování osvojených vědomostí a dovedností (globální čtení, početní myšlení, věcné učení, pohybové a koordinační dovednosti). Pravidelně provádět uvolňovací a grafomotorická cvičení (kroužení zápěstí, procvičování prstů s říkankou, modelování, trhání a mačkání papíru, navlékání korálků, provlékání tkanic apod.). Předávat informace ve formě jednoduchých, stručných sdělení a podpořit je názorným vedením. Využívat při praktických činnostech jednoduchá procesuální schémata. Zajistit dostatečný prostor pro odreagování a relaxaci, nenutit žákyni do činnosti, které jí jsou nepříjemné. Zvážit vhodný motivační systém vycházející ze zájmů Aničky. Pravidelně spolupracovat se zákonnými zástupci dívky. Povzbuzovat a podněcovat Aniččino sebevědomí, rozvíjet její samostatnost v sebeobslužných činnostech.

### ***Logopedické vyšetření***

Anička dochází na logopedii s diagnózou těžká dysartrie a opožděný vývoj řeči při mentální retardaci. Logopedická péče je zaměřena na zpřesňování výslovnosti a rozvoj slovní zásoby. Návčik artikulace s obrázky, určování protikladů. Pojmenování věcí denních potřeb. Stav Aničky vyžaduje každodenní intenzivní péči rodiny.

### **Rok 2012**

#### ***Logopedické vyšetření***

Masáže v oblasti rtů, návčik hlásek P-B-M – slabiky (pevně stisknout rty). Návčik slov s obrázky. Návčik hlásky T – slabiky, slova s rozdělením na slabiky. Zdvojování slabik TA-TA, TE - TE, TY - TY, TO – TO, TU – TU. Návčik ve slovech HA – D [T], BĀ – T, DĀ – T,....

### 7.8.1. *Vlastní šetření 2011*

#### **Rozhovor s rodiči**

*S rodiči jsme se setkala během prvního výzkumného roku celkem třikrát. Setkání proběhlo v kavárnách, u jedince doma a formou elektronické komunikace.*

Anička bydlí se svými rodiči. Má 2 bratry, s nimiž společně s rodiči bydlí v malém domku se zahradou.

Do speciální školy je doprovázena autem. Matka na Aničku čeká po celé dopoledne ve městě, aby po ukončení výuky dceru zase vyzvedla a odvezla ji domů. Anička má v oblibě zvířata a ráda je vyhledává v nejrůznějších knihách a časopisech. Dívka také zbožňuje malá miminka, ovšem pouze živá, s panenkami si nehraje. Aničku baví pomáhat mamince v kuchyni a na zahradě. Ráda kope brambory a v zimním období vyhazuje ráda sníh. Nejoblíbenější činností Aničky je sledování televize, kde si pouští převážně šlágr s písničkami. S tatínkem má Anička výborné vztahy, podle matky je Anička „tatínkův mazánek“. S oběma bratry vychází dívka také dobře, sourozenci Aničku nevnímají negativně, chovají se k ní velice mile a ohleduplně. Pomáhají jí s činnostmi denních aktivit, hrají si s ní a věnují se jí.

Podle sdělení matky Anička všeobecně těžce nese pobyt mimo domov. Mezi oblíbená jídla Aničky patří polévky, hranolky s kečupem a těstoviny s omáčkami. Mezi všeobecně neoblíbená dívčina jídla se řadí masové pokrmy a sladká jídla na všechny způsoby. Ani sladkosti v podobě čokolády a jiných pamlsků se dívce nezamlouvají. Podle matky je převážný problém při stravování Aničky v přítomnosti dysfagie. Anička nemůže rozkousat dobře potravu a často raději polkne celé sousto, než by potravu pracně rozkousala. Anička zbožňuje pexeso nebo jiné společenské hry. Osciluje velmi rychlou unavitelností. Anička využívá ve většině svého volného času oblíbený vlastní koutek, kde má pohodlný pytel na sezení a kolem něj oblíbené hračky a knížky se zvířátky. Z tohoto místa získává ideální pozici pro sledování televize. Nejraději poslouchá dívka dechovku. Za přítomnosti dobré nálady dokonce i tancuje.

V sebeobslužných činnostech je odkázána na pomoc druhých. Potřebuje pomoc se stravováním, osobní hygienou, oblékáním apod. Nutné je mít u sebe neustále při ruce kapesník, protože Anička má nadměrnou produkci slin. Anička ve školním roce 2011/2012 ukončí školní docházku, následující rok 2012 bude pokračovat v docházce do denního centra pro mentálně postižené osoby.

## **Pozorování ve školním prostředí**

*Dívku jsem navštívila v prvním výzkumném roce ve škole celkem třikrát.*

V porovnání s ostatními spolužáky je vysoká a také velice štíhlá. Pravidelně se usmívá a vytváří dojem šťastného dítěte. Anička je společenská, přátelská, komunikativní, ohleduplná ke spolužákům. Sociální kontakt sama vyhledává. Koncentrace pozornosti je přiměřená, ovšem lehce se nechá ovlivnit jakýmkoli vyrušením. O přestávce pouští učitelka Aničce písničky, při nichž dívka ráda tančí a zpívá. Anička komunikuje neverbálně, znakuje a používá gestiku. Hlavně zpočátku jsem měla velký problém dívce porozumět. Anička využívá ve škole i v domácím prostředí piktogramy, díky nimž se snáze dorozumí se svým okolím.

Anička je vzdělávána podle individuálního vzdělávacího plánu. Když se Aničce nezamlouvá nějaká činnost, vzdoruje křikem. Anička má velice ráda třídní učitelku. Ráda se s ní chodí mazlit. Anička má ve třídě svůj koutek, kde má nástěnky s piktogramy. Při výuce je potřeba dívce věnovat neustálou pozornost. Aniččina pozornost brzo upadá, přestane pracovat a zajímá se o dění v okolí. Je potřeba stále měnit činnosti. Důležité je pracovat v kratších úsecích. Při skládání puzzlí je schopna Anička vydržet u činnosti i delší dobu. O přestávce si ráda sedává na gymball, na němž odpočívá a v klidu se pohupuje. Jindy si vyžádá od pedagoga puštění písniček, při nichž tančí a pobrukuje si. Velice ráda využívá míčku, s nímž si pohrává, kutálí ho po zemi a mačká v dlani.

Anička se nechá lehce odvést od pozornosti za přítomnosti dalších osob. S pedagogem je schopna dobře spolupracovat, reaguje na úkoly a snaží se vykonávat zadané činnosti. I když rozumí a ví, co chce říct, s námahou hledá pojem a nemůže se vyjádřit. Pracuje s pomocí obrázků s magnety a sešitu s piktogramy.

## 7.8.2. *Vlastní šetření 2012*

### **Rozhovor s rodiči**

*S rodiči jsme se setkala během druhého výzkumného roku celkem třikrát. Setkání proběhlo v kavárnách, u jedince doma a formou elektronické komunikace.*

Od září 2012 začala Anička docházet třikrát týdně do Centra denních služeb Motýl v Hlinsku. Dívka zvládne bez dopomoci skládat puzzle s více kusy dílků, než zvládala v loňském roce. K puzzlím se přidala také nová zábava, a to hraní si se stavebnicí Duplo. Přiřazuje k sobě stejné barvy. Velice ráda pracuje s plastelínou. Miluje tanec a hudbu.

### **Pozorování v denním centru**

*Denní centrum jsem navštívila jednou, dále jsem provedla rozhovory s pracovníky centra.*

Toto zařízení funguje jako zařízení sociálních služeb a je určeno pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu mentálního či kombinovaného postižení. Protože již dívka nemohla docházet do speciální školy, zvolili rodiče právě toto centrum za vhodné pro svoji dceru. Anička je podle sdělení rodičů v tomto zařízení velice spokojená a chodí sem s nadšením.

Anička se účastní v centru skupinové logopedické terapie, kde dochází k celkovému rozvoji komunikačních a sociálních dovedností, rozvoji rozumových schopností, rozšiřování slovní zásoby, krátkodobé a dlouhodobé paměti a také ke zlepšení prostorové orientace. Dále se při této terapii uplatňují muzikoterapeutické a arteterapeutické prvky, využívají se tu činnosti na rozvoj sluchového a zrakového vnímání a v neposlední řadě se nacvičuje správné dýchání, artikulace a fonace. Ráno Anička přijede do centra a s pomocí asistenta se nasnídá. Následují činnosti na procvičování jemné a hrubé motoriky (navlékání korálků, třídění knoflíků, oblékání postaviček, hra s balonkem, apod.). Anička zvládne za asistence nakreslit obrázek, a s pomocí vyrobí jednoduché výrobky. Při vlastním tvoření nevykazuje dívka známky nějakého výraznějšího zájmu o činnost, aktivitu plní spíše z povinnosti. Avšak v konečné fázi výsledné práce je dívka pokaždé nadšená a radostně tleská z odvedené práce.

Následně pracovnice s dívkou trénuje orientačních schopnosti (datum, čas,...). Po vykonání cílených aktivit bývá svačina. Dívce je nutné potravinu nakrájet

na malé kousky. K pití užívá Anička brčko. Po svačině následují aktivity na trénink paměti a rozumových schopností. Dívka se účastnila canisterapie a podle dívčích projevů je terapie za přítomnosti psa velice příjemnou činností. Anička se psa nebála a pracovala s ním podle pokynů a rad canisterapeutky. Tulila se ke zvířeti a nechtěla se od psa vůbec odloučit.

Jindy se konala muzikoterapie, kdy dívka hrála na mnohé hudební nástroje. Nejvíce si oblíbila dřívka, do nichž zvládne podle rytmu vyťukávat. Také s bubínkem neměla problém pracovat. U Aničky jsem se přesvědčila, že hudba hraje u této osoby velkou roli. Anička dokáže spontánně navázat tanec i případný zpěv.

Po obědě, ať už vlastnoručně připraveném, nebo pouze doneseném je dívka velice unavená a chodí si odpočinout. Po odpočinku si dívku vyzvedává maminka, která si ji odváží domů. Anička se každým jednotlivcem rozloučí objetím.

Během procesu několika pozorování jsem dospěla k názoru, že dívce centrum sociálních služeb prospívá a nadále se rozvíjí ve prospěch vlastních dovedností a zkušeností. Anička je vedena směrem, který ji baví, není už nucena do činností, ke kterým neměla nikdy kladný vztah (např. počty). Tato skutečnost se pozitivně podepsala na psychice dívky.

### **7.8.3. Závěrečné shrnutí získaných údajů – Anička**

#### **Období prenatální, perinatální a postnatální**

Dívka z druhého těhotenství. V těhotenství zjištěna hypotrofie plodu, z toho plynoucí růstová retardace. Matka byla hospitalizována. Porod byl v termínu, spontánně. Kříšena nebyla, ikterus negativní. 2 měsíce – úsměv, úchopy od 5 měsíců, obrácení od 9 měsíců

#### **V 1. roce života**

Plazení od 14 měsíců, lezla po 16 měsících. První slovní projev od 1 roku.

#### **Ve 3 letech**

Proběhla operace cystis dermoidalis.

#### **Ve 4 letech**

Byla dívce odstraněna nosní mandle. Dívka neudrží čistotu, užívá několik nesrozumitelných slov a zvuky zvířat, většinou je krmena. Oblékání zkouší. Lžící jí nečistě, špatně kouše. Dívka užívá cca 20 slov nesrozumitelných slov a zvuky zvířat. Rozumí základním výzvám, ale je negativistická. Výkony jsou na úrovni 15 – 18 měsíců. Názorová složka je na úrovni 2 let. Dívce je diagnostikována lehká až střední mentální retardace a hyperkinetičnost.

#### **V 5 letech**

Dívka je čilá, řeč je nesrozumitelná, dyslalická, spolupracuje dobře, je hyperaktivní, chůze bez nápadností. Byla hospitalizována na neurologické klinice FN v Hradci Králové. Dívka má opožděný vývoj řeči a psychomotorickou retardaci, dále se přidružuje mentální retardace středně těžká. Mikrocefalie (malá hlava). Sekundární epilepsie. Dysplazie kortexu. Dívka má otevřená ústa a nápadně sliní. Zřetelně říká pouze ojedinělá slova. Neudrží čistotu. Slovní zásoba se trochu zvedla, více začala opakovat slova. Dívka začala chodit do MŠ na 4 hodiny denně. Záchvaty v poslední době neměla.

### **V 8 letech**

Řeč dívky nadále stagnuje. V tomto období je dívce diagnostikována dysartrie s opožděným vývojem řeči. Epileptické záchvaty v posledním roce neměla. Psychomotorická retardace, neklid, problém s verbálním kontaktem. Lehce negativistická, spíše anxiousní (úzkostná). Nekoordinovaná chůze.

### **V 9 letech**

Dívka chodí do speciální školy v Hlinsku, kde je malá třída s učitelem a asistentem. Nadále zůstává řeč nesrozumitelná, jedná se o dyslalii gravis. Používá několik základních slov. Mikrocefalie, kortikální dysplazie. DMO, oligofrenie. Epileptický syndrom, myoklonicko - atonické záchvaty (rychlé svalové záškuby bez ztráty vědomí).

### **V 10 letech**

Pokračuje ve výuce ve speciální škole. Dívka těžko zvládá změny, v posledním období má problémy s jídlom. Někdy neudrží čistotu. Mentální retardace středně těžká s poruchami chování, stav trvalý. Řeč je nesrozumitelná, výkony odpovídají 3 letem 8 měsícům. Sekundární epilepsie, záchvaty myoklonicko atonické, nepravých absencí.

Záchvaty matka pozoruje jako stavy mrkání. Klepe pravou horní končetinou.

### **V 11 letech**

Chodí do speciální třídy, kde je spokojená. Mluví jednotlivá slova, chodí samostatně, občas enuresa – spíše si nevzpomene. Šíje volná, u horních končetin reflexní výboje. Matka občas pozoruje stavy, kdy dívka mrká, někdy při únavě nebo při hladovění apod. Mentální retardace středního až těžšího stupně, dyslalie gravis, bez ložiskového nálezu na CNS. Babinski reflex vlevo. Oligofrenická alalie, epileptický syndrom, kortikální dysplazie.

### **Ve 12 letech**

Dívka musí chodit po obědě ještě spát, ze školy chodí hodně unavená. Při vyšetření výrazně infantilní chování, u ničeho nevydrží. Odpovídá jen na jednoduché otázky, číselnou řadu odřiká bez porozumění, grafomotorika



pod úrovní 4 let. U dívky je zaznamenán bradypsychismus, stále přítomná hypersalivace. Záchvaty od hospitalizace jen řídké, celkem 4 – 5 za den

### **Ve 13 letech**

Přetrvává výrazně infantilní chování, je stále hravá, u ničeho déle nevydrží. Řeč je srozumitelná. Epileptické záchvaty se delší dobu neprojeví. Psychomotorická retardace s převahou ve složce mentální, opožděný vývoj řeči u dívky s mikrocefalií a kortikální dysplazií. Grafomotorika je na úrovni zhruba 4 let. Zná některá písmena, slabiky nezvládá. Mentální úroveň je zhruba 4 letého dítěte. Soběstačnost je velmi malá, potřebuje i pomoc na wc, dokrmit jídlem, pomoc při oblékání, jinak jí to velmi dlouho trvá. Nesmí se přetěžovat.

### **Ve 14 letech**

Ze školy chodí zcela vyčerpaná. Odpolední vyučování vzhledem ke zdravotnímu stavu nezvládá. Samostatnost je na nízké úrovni, vyžaduje dopomoc druhé osoby. Intelekt je v pásmu středně těžké mentální retardace.

### **V 16 letech**

Oligofrenie středně těžká s anomálií CNS, alalie, vadné držení těla, astenie, kompenzovaná epilepsie.

### **V 17 letech**

Dívka dochází do 5. třídy, kde má přiděleného asistenta. Obléká se s dopomocí, nají se lžičkou, kousání tuhých soust je obtížné. Záchvatové projevy nejsou. Využívá přibližně 10 – 12 slov, komunikace spíše nonverbální. Horší koordinace pohybu, taxe cíleně na horních končetinách. Na dolních končetinách je taxe přiměřená. Chůze s vtáčením špiček dovnitř. Vadný stoj. Obtížně plazí jazyk. Při psychologickém a pedopsychiatrickém vyšetření vyšla dívka se závěry odpovídající těžké mentální retardaci. Neurologické vyšetření však nadále považuje pásmo inteligence dívky v rozmezí středně těžké mentální retardace.

### **V 18 letech**

Oblast hrubé a jemné motoriky odpovídá mentální úrovni. Lokomoce na krátké vzdálenosti samostatně, při pohybu na nerovném terénu či mimo budovu školy nutná dopomoc asistenta. Potíže v oblasti grafomotoriky. Slova užívá minimálně a v mnohoznačném významu. Rozumí jednoduchým pokynům. Společenská dívka, vyhledává sociální kontakt. Přiměřeně koncentruje pozornost. Nutná dopomoc při oblékání, stravování, hygieně.

### **V 19 letech**

U dívky pozorováno snížení motivace k edukaci a k pravidelné školní docházce. V tomto roce dívka ukončuje školní docházku a nadále bude pokračovat v návštěvách centra denních služeb Motýl v Hlinsku. Při komunikaci si dívka pomáhá využíváním jednoduchých znaků a deklarativním ukazováním. Dívka dokáže při komunikaci využívat jednoduché piktogramy. Hrubá motorika je u dívky oslabena částečně, dívka se pohybuje samostatně i po nerovném terénu. Oblast jemné motoriky je oslabena výrazněji, vážne především koordinace oko – ruka.

### **Ve 20 letech**

Aktuálně navštěvuje dívka centrum denních služeb Motýl v Hlinsku, kam dochází cca 3x týdně. Na každý den je v tomto zařízení zajištěn určitý program, který se každý den mění. Rodiče dívky tudíž vybírají den návštěvy právě podle nabídky programu. Dívka chce vařit, ráda se účastní canisterapie, různých společenských akcí spojených s hudbou, tancem či divadlem.

Do centra dochází dívka velice ráda, protože zde může vykonávat činnosti, které ji baví. V zařízení se přátelí s osobami s podobným handicapem a získává tak pocit sebedůvěry, který jí při docházce v ZŠ speciální vždy chyběl. V centru se dívka naučí základy sebeobsluhy, dodržování hygieny a nácvik každodenních situací, které bude moci využít v budoucím životě.

#### **a) Komunikace jedince**

Díky těžké dysartrii a přidruženým postižením nelze očekávat značná zlepšení ve výkonu. Během pozorování dívky nedošlo v průběhu sledovaného roku k výrazným změnám v projevech řečové komunikace. V běžné komunikaci s okolím

si však raději vystačí znaky a ukazováním, vlastní realizaci řeči využívá naprosto minimálně.

V roce 2012 nastoupilo jisté drobné zlepšení v oblasti **motoriky mluvidel**. Ve **výslovnosti** nebyly sledovány žádné změny. V roce 2011 i v roce 2012 je výslovnost v pásmu výrazné poruchy. V oblasti **respirace** se zaznamenalo v roce 2012 drobné zlepšení. Dívka ovládá práci s dechem lépe, než v minulém roce. **Fonace** je v obou letech na stejné úrovni. Také u **prozodických komponentů** řeči nejsou zaznamenány výrazné změny. V roce 2011 i v roce 2012 zůstává prozodie řeči v pásmu těžké poruchy. Došlo k úbytku salivace, není již nutné dívku intenzivně kontrolovat v úniku slin. U dívky se značně zlepšilo polykání, na které se nyní více začala soustředit.

#### **b) Psychomotorická oblast**

Studiem odborné dokumentace je možné pozorovat jisté pokroky v oblasti sebeobsluhy a osobní **hygieny**. S dopomocí se zvládne **obléknout** v roce 2011 i 2012, sama se **nají**. **Hrubá motorika** je u dívky oslabena částečně po oba sledované roky, dívka se pohybuje samostatně i po nerovném terénu. Oblast **jemné motoriky** je oslabena výrazněji ve dvou sledovaných letech, vážne především koordinace oko – ruka. Potíže v oblasti **grafomotoriky** po dobu dvou let beze změn. V **emocionální oblasti** jsou u dívky typické výkyvy nálad a nízká motivace charakteristická také pro oba dva roky. **Adaptabilita** - dívka vyhledává sociální kontakt, je společenská.

7.8.4. *Tabulka č. 7*

**KOMUNIKACE**

STŘEDNĚ TĚŽKÁ MR, DYSARTRIE PŘI DMO	ANIČKA	
	2011	2012
Motorika artikulačních orgánů	stagnace	malý posun
Výslovnost	stagnace	stagnace
Respirace	stagnace	malý posun
Fonace	stagnace	stagnace
Prozodické faktory řeči	stagnace	stagnace

7.8.5. *Tabulka č. 8*

**PSYCHOMOTORICKÁ OBLAST**

STŘEDNĚ TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE PŘI DMO	DÍLČÍ OBLASTI	ANIČKA	
		2011	2012
MOTORICKÉ SCHOPNOSTI	<i>Jemná motorika</i>	stagnace	stagnace
	<i>Hrubá motorika</i>	malý posun	malý posun
	<i>Grafomotorika</i>	stagnace	stagnace
SOCIÁLNÍ ZRALOST	<i>Sociabilita</i>	malý posun	malý posun
	<i>Emoční ladění</i>	malý posun	malý posun
	<i>Úroveň adaptace</i>	malý posun	malý posun
SEBEOBSLUHA	<i>Oblékání</i>	malý posun	malý posun
	<i>Stravování</i>	malý posun	malý posun
	<i>Hygiena</i>	malý posun	malý posun

## 7.9. Případová studie č. 5

### Matěj

Datum narození: 3. 7. 1995

### Diagnóza:

Opožděný vývoj řeči, dyslalie, těžká mentální retardace, amblyopie (tupožrakost), hyperkinetický syndrom, lehká atrofie mozku, poruchy chování – sebekontroly, DMO – lehká spastická diparéza s kontrakturami TS bilaterálně (trojhlavý sval lýtkový)

*Pro potřeby své diplomové práce upozorňuji, že všechna jména dětí jsou změněna za účelem ochrany osobních dat. Chlapce budu ve své práci označovat jménem Matěj.*

### Rodinná anamnéza

Sedmnáctiletý chlapec z úplné rodiny. Dvě starší sestry (20, 22 let). Matka narozena 1969, vyučena pánská krejčová, od vyučení pracuje stále jako švadlena. Otec vyučen soustružníkem. V současnosti provozuje pneuservis. Obě sestry studují vysokou školu. Nikdo v rodině není pozitivní k diagnostice mentální retardace. Chlapec má velmi pevné vazby k otci, který je pro něj vzorem.

### Osobní anamnéza

Chlapec ze III. rizikového těhotenství, porod v termínu, protražovaný, kříšen. (Matka o této skutečnosti informována až později při opožděném psychomotorickém vývoji). Porodní hmotnost 3650g, míra 51 cm. Psychomotorický vývoj opožděn. 2 měsíce – úsměv, úchopy od 4 – 5 měsíců, obracení od půl roku, plazení od 8 měsíců, lezl od 1 roku. Postavil se asi v 15 měsících. Chůze samostatně od 1,5 roku, řeč – první slova od 1 roku, ale pak to šlo dále pomalu. Do 1 roku rehabilitoval Vojtovou metodou. V 1 roce febrilní křeče, které se později objevovali znovu (do 6 let).

### Rok 1998

Matěj prodělal operaci retence testes bilaterálně, do 3 let 2 ataky febrilních křečí. Sledován spádovým neurologem pro PM retardaci s opožděným vývojem řeči.

Od 4 let dochází chlapec do logopedické ambulance, dosud určena diagnóza opožděný vývoj řeči.

### **Rok 1999**

Matěj byl hospitalizován na dětském oddělení Neurologické kliniky FN v Hradci Králové. Zde absolvoval vyšetření mozku – EEG – aktivita a lehká mozková atrofie. Téhož roku začal navštěvovat logopedickou ambulanci v Chrudimi. Matěj je integrován do běžné MŠ. S drobnými obtížemi zvládl adaptaci.

### **Rok 2000**

Matěj byl přijat k týdennímu diagnostickému pobytu na klinice pro vady řeči a sluchu LOGO Brno. U Matěje byl diagnostikován na podkladě rehabilitačního, neurologického, psychologického, foniatrického a logopedického vyšetření opožděný vývoj řeči (na bázi mentální retardace), případně těžká forma vývojové dysfázie, celkové opoždění motorického vývoje, hyperkinetická porucha chování, VDT.

### **Rok 2001**

Matěj se stal klientem SPC pro děti a mládež s vadami řeči se zaměřením na AAK v Praze. Zde byly pro Matěje vypracovány komunikační tabulky, s nimiž se rodina snaží spolupracovat.

### ***Klinické psychologické vyšetření***

Matěj téměř nemluví, dorozumívá se gestikulací a výrazově, na doporučení pediatra je dosud v MŠ, rodiče požadují náhled na schopnosti a vhodnost zařazení. Enuretické potíže jsou masivní, denní pomočování nepravidelně, noční „chráněné“, s močením v brzkých ranních hodinách. Je v péči neurologa (febril. křeče, susp. EPI,...). Komedialně laděné dítě přiměřené tělesné konstituce, v kontaktu je „hned všude doma“, psychomotorický neklid provází každou jeho činnost. Je trvale v pohybu, mění stále polohy, zaměstnává ruce, ve hře je nesystematický, pobíhá od jednoho k druhému, vytváří nepořádek a pokračuje stále v nových činnostech.

*Sluchová i zraková percepce* je omezena oscilující pozorností, není schopen se koncentrovat na podnět delší dobu, respektuje spolupráci, ale vyžaduje stále dynamický návrat k podnětu, ve všem vyhledává radost, komedii, „je smíšek“,

kterého nic nerozhází. V kolektivu, v rodině i v terénu vyžaduje dohled, nemá zábrany a neumí diferencovat nebezpečí, jde do všeho „po hlavě“ a nemá vytvořenou vnitřní korekci projevu.

*Grafomotorika* výrazně retardovaná, s toporným úchopem se snaží kreslit pravou rukou, zvládá vertikálu, horizontálu, kruh a náznaky znakové kresby, ale převládá bezobsažná čáranice, anebo „likvidace“ předvedené kresby. Chce si hrát, radovat se, ale chybí aspirace a touha po cílené činnosti.

*Kognitivní rozvoj* je inhibován psychomotorickou instabilitou, verbálně chápe, rozumí pasivně běžné řeči, slyší a většinou i dobře reaguje, perforační výkon spadá do hraničního pásma, ale vyžaduje dynamickou strategii, aby se vůbec zapojil a reagoval. Všechno musí mít spád, je schopen rychlé reakce a okamžitě nastupuje rozptyl a změna.

*Verbální intelektová kapacita* je aktuálně psychometricky neměřitelná, je vyšší, ale nevyužitelná, výkonově aktuálně, v pásmu LMR. Osobnostně nezákeřný, hravý, živelně radostný, bezstarostný a důvěřivý. Má až fóbický strach ze všech zvířat včetně mláďat, nelze posoudit vliv zkušenosti (úlek z projevu psa).

Výchovně: nelze očekávat samostatnost a reakci na pokyny „udělej, nedělej, běž a proved“ apod. Bude se chovat ještě dlouho na podobné podněty „jako vypínač“. Neslyší, nevnímá, neudělá. Jedinou metodou je přímá spolupráce s dospělou osobou, „jdeme na to a spolu“.

*Závěr:*

Mentální defekt lehkého stupně s těžkou poruchou aktivní komunikace – těžké dysfázie, LMD syndrom, enuréza, grafomotorická nedostačivost. Zaškolení je možné pouze integrovaně po 7. roce.

*Doporučení:*

Září 2002 zařazení do přípravného ročníku speciální školy Svítání v Pardubicích s perspektivou nižšího stupně vzdělávání. Rodiče byli instruováni o způsobech možné výchovy, včetně enuretických opatření (pro výchovu i enurézu převzali písemnou instrukci). V letošním školním roce integrované zařazení v MŠ, vhodná asistence.

### ***Neurologické vyšetření***

EEG – střední, psychomotorická retardace lehká až střední, hyperkinetické projevy, instabilita, v popředí retardace zejména expresivní složky řeči, od 1 do 3 let věku 2x febr. křeče, CT mozku – lehká atrofie, perinatální asfyxie – příčina všeho.

### ***Logopedické vyšetření***

Opožděný vývoj řeči. Aktivní slovník je omezen na batolecí žargon, ovládá cca 10 výrazů, ne vždy významově správně užívaných. Je ve stavu, kdy už řeč nepotřebuje, vystačí si fyziognomicky a gestikulačně s pomocí předmětné, ale jeví se nadále jako prospěšná pro motivaci občasného slovního vyjádření.

### **Rok 2002**

Do 7 let navštěvuje běžnou MŠ. Integrace proběhla s drobnými problémy, po individuální dohodě s učitelkou již bez problému adaptován mezi kolektiv.

### ***Logopedická zpráva***

Chlapec s vývojovou dysfázií využívá přes 10 srozumitelných slov, asi 2 měsíce používá delší žargonové věty s občasným srozumitelným výrazem. Zlepšila se koncentrace pozornosti.

### ***Neurologické vyšetření***

Psychomotorická retardace s vývojovou expresivní dysfázií, hyperkinetickými projevy, lehká atrofie mozku dle CT, mírně lepší – ustala enuréza.

### **Rok 2003**

Po 2 odkladech povinné školní docházky byl Matěj v září 2003 přijat do speciální třídy v Hlinsku. Nutný individuální vzdělávací plán. Asistent pedagoga nepožadován. Během vyučování je třeba využít zájmu chlapce o zadaný úkol. Matěj má individuální výuku, na principu strukturalizace a vizualizace, za splnění úkolů je odměňován obrázky apod. Matěj může do svých 18 let navštěvovat speciální třídu.



### ***Kontrolní psychologické vyšetření***

Chlapec přiměřeného vzrůstu, rychle se adaptuje, ladění se zvýšenou emotivitou, s výkyvy, jednání částečně ovlivněné náladou. Je trvale v pohybu, ale korigovatelný, sám na pokyn uklidí, přinese, zařídí, je nesystematický, přebíhá ve hře i v organizované práci, ale na pokyn kreslí a po zvládnutí úlohy i ničí dočmáráním.

Kresba figury je pouze náznakem hlavy a končetin, které přemění v kola. Nejvyspělejší je znaková kontura vozu, kola a kabina. Vyžaduje dohled, není orientovaný sociálně, neuvede ani náznakem své jméno, nezná svůj věk, diferencuje vše, co k němu patří, ale reaguje situačně a předmětně. Pojmové myšlení je retardované. Početní představa žádná. V intelektové škále T-M zvládá požadavky cca III. roku, výběrově, porozumění pasivnímu slovníku přesahuje IV. rok, mimo pojmové úvahy v souvislosti. Psychometricky je intelekt obtížně měřitelný, ale výkonnost spadá do pásma SMR, cca pod IQ 45. OTŠZ nezvládá, body nepřenesse, nechápe ani zadání. Raven PM bar. Nechápe zadání pro 5. rok. Verbální projev v rozsahu cca 15 výrazů, gestikuluje, umí se domluvit a jasně vyjádřit svoji potřebu, užívá i žargon a fyziognomicky komunikuje.

Osobnostně je hravý, živelný, bezstarostný, útok vůči dětem je ojedinělý, jako obrana, nebo v komunikačním zápalu, kdy nemá jiné mechanismy.

*Závěr:*

Mentální defekt středního stupně, těžká dysfázie, komunikace žargonem, gesty a fyziognomickou výrazovostí. Po dvouletém odkladu školní docházky je vhodné zařazení do integrované školy, nebo pomocné třídy v místě bydliště.

### ***Neurologické vyšetření***

MR lehká až střední s vývojovou expresivní dysfázií s hyperkinetickými projevy, abnormální EEG, lehká atrofie mozku. Komunikace řečí mírně snad pokročila i líp vyslovuje, má cca 20 srozumitelných slov, ale málo je využívá – ukazuje a znakuje. Enuréza ustala.

## **Rok 2004**

### ***Neurologické vyšetření***

Psychomotorická retardace lehká až střední s vývojovou expresivní dysfázií, hyperkinetický syndrom, abnormální EEG, lehká atrofie mozku – mírné pokroky.

*Doporučení:* Tanakan, Oicamid

## **Rok 2005**

### ***Psychologické vyšetření***

Chlapec přiměřené tělesné konstituce, v celkovém projevu psychomotorický neklid, emoce instabilní, s výkyvy, výkon krátkodobý, značně ovlivněný dynamikou situace, aktivizací v diádě a náladou. Pokud má prospívat v novém učení, vyžaduje práci ve dvojici, střídání zátěže s uvolněním a pozitivní ladění. V zátěžové situaci pozornost osciluje, vydrží několik vteřin, při dobrém vedení až minutu se koncentruje na jeden podnět, na hledání podobností, určování diference atd.

Je trvale v pohybu, ale korigovatelný, sám na pokyn uklidí, přinese, zařídí, je nesystematický, přebíhá ve hře i v organizované práci, ale ve spolupráci s dospělým je schopen pracovní aktivity (s odbíháním a odklony), ale s návratností při dobrém vedení.

Písmo tiskací v omezeném rozsahu několika písmen, kresba figury je pouze náznakem hlavy a končetin, které přemění v kola – po dvou letech zřetelný regres. V cizím prostředí se neumí orientovat, podá ruku mechanicky, bez pohledu do očí, nezvládá samostatně společenský projev. Svě jméno neuvede, nezná věk ani adresu bydliště. Myšlení zůstává na úrovni situační a předmětné. Pojmově stagnuje. Početní představa rovněž v regresu. Mechanický počet je v praktickém životě nevyužitelný. V intelektové škále T-M zvládá požadavky cca dítěte 3. roku, 6 – V výběrově, porozumění pasivnímu slovníku přesahuje 4. rok, mimo pojmové úvahy a souvislosti. Psychometricky je intelekt obtížně měřitelný, ale výkonnost spadá do pásma imbecility, cca pod IQ 45.

OTŠZ nezvládá, body nepřenes, nechápe ani zadání. Raven PM bar. Zvládá v rozsahu do 10 bodů (výkon v defektu). Verbální projev v rozsahu cca 20 výrazů, gestikuluje, umí se domluvit a jasně vyjádřit svoji potřebu, užívá i žargon a fyziognomicky komunikuje, pokud nezaujme, reaguje negativisticky, ale bez agresivních tendencí (nedestruuje, jen projevuje tendenci reagovat

dynamicky – je to způsob komunikace. Křehké předměty je schopen rozbít, ale chybí úmysl. Nechce ublížit, má pocity viny!

Osobnostně je hravý, živelný, bezstarostný, útok vůči dětem je projevem obrany a neschopnosti útočit jinak (slovem, nápadem).

*Závěr:*

Mentální defekt v pásmu imbecility, komunikace žargonem, gesty a fyziognomickou výrazovostí.

*Doporučení:* Pokračovat v zařazení v pomocné třídě, při individuální výuce neizolovat úplně od kolektivu, volit minimalizaci, např. 3 děti a dva dospělí – každé dítě vyžaduje zrcadlení svého a druhého projevu. Vulgární slova ignorovat, nezakazovat a nevytvářet sankce – tím se posiluje jeho projev (zaujal dospělé a to je jeho výhra).

### ***Neurologické vyšetření***

Psychomotorická retardace lehká až střední s vývojovou expresivní dysfázií, hyperkinetický syndrom, abnormální EEG, lehká atrofie mozku – lepší. Bere Tanakan a Oicamid. V řeči se zlepšila jen gramatika. Ukazuje, znakuje. Rozumí dobře. Komunikace žargonem, gesty a fyziognomickou výrazovostí.

### **Rok 2006**

#### ***Neurologické vyšetření***

V komunikaci mu jdou hlavně peprná slova, stále asi 30 srozumitelných slov. Dále ukazuje, znakuje. Početní představa nyní do 4. Komunikace převážně nonverbální. PM retardace střední s vývojovou expresivní dysfázií, hyperkinetický syndrom, lehká atrofie mozku, pomalé pokroky.

### **Rok 2007**

#### ***Neurologické vyšetření***

Matějovi jdou hlavně peprná slova, stále má cca 20 – 30 slov – zčásti žargon. Dále ukazuje, znakuje. Početní představa stále do 4. Je v pomocné speciální škole s osobní asistencí. Chodí na logopedii. Vzteká se občas. V sebeobsluze vážne

udržování čistoty na WC. Většinou žargon, krátké věty o 2 – 3 slov, podíl verbální komunikace o něco větší – lépe srozumitelnější.

*Závěr:*

PM retardace střední s vývojovou expresivní dysfázií, dyslalií, hyperkinetický syndrom, lehká atrofie mozku, kontraktury TS bilaterálně.

## **V roce 2008**

### ***Psychologické kontrolní vyšetření***

Psychomotorický neklid je mírnější, doma si vydrží i chvíli hrát v klidu, netěká a stále se nesnaží jen běhat. Výkon je jen krátkodobý, značně ovlivněný náladou, atmosférou, projevy druhých, hledá osobu pro sebe, chce pro sebe pozornost a privilegium pozornosti dospělých osob. Výuka je procesem trvalého opakování, poznatky neukládá a netřídí, poznává stále znovu a znovu.

Diferencuje číslice 1-4, ale pokud s nimi má pracovat teoreticky, zaměňuje, nepíše je podle požadavku za sebou atd. Slovo nepřepíše, píše kterékoli písmeno ze slova, znaménka a jiné symboly jsou mu lhostejné. V zátěžové situaci pozornost osciluje, při dobrém vedení se krátce koncentruje na jeden podnět, na hledání podobností, určování diference, atd.

Je trvale v pohybu, ale korigovatelný, sám na pokyn uklidí, přinese, zařídí, pracuje nesystematicky, živelně, hravě, ve spolupráci s dospělým je schopen pracovní aktivity (s odbíháním a odklony).

Písmo tiskací v omezeném rozsahu několika písmen, kresba stagnuje, písemný projev, kresba i číselný koncept nevyužitelné v teoretické podobě. V cizím prostředí se neumí orientovat, společenský kontakt je primitivně dětský. Myšlení zůstává na úrovni situační a předmětné. Pojmové myšlení se nerozvíjí. Početní představa rovněž v regresu. V intelektové škále T-M zvládá požadavky cca IV. r., výběrově, porozumění pasivnímu slovníku přesahuje IV-V. rok, mimo pojmové úvahy a souvislosti. Psychometricky je intelekt obtížně měřitelný, ale výkonnost spadá do pásma imbecility, cca pod IQ 45. Zadáání – Raven PM Bar. Nechápe. Je neobratný, nešikovný, doma zvládne velmi jednoduchou hrubší domácí práci, nerozepne knoflíky, nezamíchá atd. Osobnostně je hravý, živelný, útoky vůči dětem jsou v podstatě obranou nebo neuváženou spontánní reakcí, nechce ubližovat.

### *Závěr:*

Mentální defekt v pásmu imbecility, IQ pod 45, stabilizovaně, komunikace žargonem, gesty a fyziognomickou výrazovostí.

*Doporučení:* Pokračovat v zařazení v pomocné třídě ZŠ speciální, výukový individuální plán – domácí úlohy eliminovat, dohodnou s rodiči výkon pracovní v domácnosti. Úklid, zametání, odpad, čištění bot,... Doma vychovat „jednu stabilní práci typu pečování“ – ráno vstávat dřív, mít čas na samostatnou přípravu, neposluhovat.

### ***Logopedické vyšetření***

Verbální projev v rozsahu cca 20 výrazů, dominují vulgární výrazy a žargon „po svém“. Gestikuluje, umí se domluvit a jasně vyjádřit svoji potřebu.

### ***Speciálně pedagogické vyšetření***

Uskutečnilo se v prostředí ZŠ Hlinsko, v herně speciální třídy. K diagnostice byl využit řízený rozhovor s třídní učitelkou a pozorování žáka ve třídě.

#### *Sociální chování:*

Matěj umí přivítat známé osoby, poprosit a poděkovat, pokud je mu to připomenuto. Umí požádat o pomoc, pokud má nějaký problém. Reaguje na vyzvání druhých dětí ke kooperativní hře a účastní se jí. Hraje jednoduché společenské hry. Požádá gesty o povolení, aby si mohl hrát s hračkou, se kterou si hraje někdo jiný. Většinou vyhoví žádosti dospělého, ale občas vědomě odmítá požadavky, kterým dobře rozumí a překračuje stanovené hranice chování (čeká na reakci dospělých). Mezi Matějovy zájmy patří především auta a vše, co se jich týká.

#### *Emoce:*

Během diagnostiky byla na Matějovi patrná únava a nekoncentrovanost. Jednotlivé úkoly spíše odbýval a snažil se je mít co nejrychleji za sebou. Během výuky je Matěj soustředěnější, dobře spolupracuje a respektuje pokyny dospělé osoby. Ve třídě má vytvořen svůj vlastní koutek.

#### *Pohybově koordinační dovednosti:*

Matěj se pohybuje samostatně po rovném i zvýšeném terénu (přejde po lavičce). Bezpečně seskočí z cca půlmetrové výšky. Dovede házet i chytat míč, umí do míče

kopnout. V oblasti jemné motoriky chlapec zvládá navlékat korálky, našroubovat víčko na láhev, rozbalit bonbón. Umí přestříhnout proužek papíru i modelovat.

#### *Grafomotorika:*

Matěj používá pravou ruku, tužku drží palcem a prsty špetkovým úchopem. Dovede nakreslit postavu i jednoduchý domeček. Při překreslování tvarů vystihne klíčové znaky předlohy.

Matěj pozná základní barvy, především ve spojení se znakem. Také umí přiřadit barevné předměty k odpovídajícím terčům. Matěj bez problémů zvládá seřadit pět obrázků podle dějové linie. Umí generalizovat – přiřadit předměty k nadřazenému pojmu (zvířata, hračky, jídlo,...). Nevládá spojovat dvojice obrázků dle významu. Poznává peníze, ale nezná jejich hodnotu. V oblasti početního myšlení má Matěj upevněn počet prvků 1 a 2. Přečte velké tiskací samohlásky. Učí se číst metodou globálního čtení.

#### *Sebeobsluha:*

Matěj se obléká samostatně, kromě zavazování bot. Poznává své oblečení a zvládá i zapínání a rozepínání knoflíků. Ve vhodných situacích se samostatně umyje a utře ruce i bez vyzvání. Bez pomoci si nalije svůj nápoj a nabere přiměřenou dávku jídla. Při jídle používá nůž a vidličku.

*Závěr a doporučení:* Nadále postupovat při osvojování nového učiva dle metodiky strukturovaného učení. Pro motivaci chlapce je možné využívat jeho zájem o auta. Ve čtení je doporučeno zaměřit se kromě globálního čtení i na rozvoj sociálního čtení, tzn. čtení zaměřeného na praktické činnosti. V dalších oblastech vývoje je doporučeno pokračovat v edukaci dle Individuálního vzdělávacího plánu, který se jeví jako velmi vhodný.

#### ***Logopedické vyšetření***

Matěj komunikuje převážně neverbálně, řeč nahrazuje gesty. Jeho slovní zásoba je omezená, používá spíše „vlastní slova“. V oblasti receptivní řeči se jeho výkon pohybuje přibližně okolo pátého roku chronologického věku. Matěj rozumí krátkým pohádkám nebo příběhům. Chápe vztah menší a větší, rozezná, co je na obrázku stejné a co jiné. Návěst dechové složky, hybnosti mluvidel, rozvoj aktivní a pasivní slovní zásoby, komunikační dovednosti, rozvoj sluchového vnímání – hláska na začátku slova, rytmizace. Doporučuje se používat alternativní způsob

komunikace – Znak do řeči – vždy současně s mluvenou řečí, neznakovat bez slovního doprovodu.

### ***Neurologické vyšetření***

PM retardace střední s vývojovou expresivní dysfázií, dyslalií, hyperkinetický syndrom, lehká atrofie mozku, kontraktury TS bilaterálně. Bere Tebokan a Geratam, asi 3 nová slova (stále 30 slov – zčásti žargon). Dále ukazuje, znakuje, ale celkově je komunikace snazší pro lepší spolupráci. Výrazně omezen dřep – o 40 st., přejde do kleku. EEG záznam pořízen při otevřených očích, apnoe – nespolupracuje.

### **Rok 2009**

#### ***Neurologické vyšetření***

PM retardace střední s vývojovou expresivní dysfázií, dyslalií, hyperkinetický syndrom, lehká atrofie mozku, kontraktury TS bil. Používá 30 – 40 slov – zčásti žargon, jen holé věty. Zčásti ukazuje, znakuje, celkově je komunikace pro spolupráci snazší. Početní představa stále do 4. Na logopedii už nechodí. Nastupuje puberta – projevy vzteku apod.

### **V roce 2010**

#### ***Psychologické a psychiatrické vyšetření***

Těžká mentální retardace. V zátěži může Matěj reagovat nepřiměřeně, nedokáže své činy domyslet. Autoregulace chování je schopen jen v omezené míře. V čase je zaměřen na aktuální prožívání. Vyžaduje specifické přístupy, úměrnou zátěž, nepřetěžování, respektování intelektových nedostatků, situaci řešit okamžitě, odložená odměna nebo odložené pokárání nemají efekt. Doporučenou školní docházku dle aktuálního stavu, nejvýše 5 hodin denně.

#### ***Neurologické vyšetření***

PM retardace těžká až střední s vývojovou expresivní dysfázií, dyslalií, hyperkinetický syndrom, lehká atrofie mozku, nyní poruchy chování – sebekontroly (hypersexuální projevy bez agresivity). DMO – lehká spastická diparéza s kontrakturami. Na logopedii chodí, početní představa do 4 – 5. Autoregulaci chování nelze předpokládat. Medikaci není nutno měnit

## **Roku 2011**

### ***Speciálně pedagogické vyšetření***

#### *Sociální chování a emoce:*

Matěj je spontánní, jeho chování je výrazně ovlivněno diagnózou. Je zaměřen na aktuální prožívání, jedná překotně, nedokáže domyslet důsledky svých činů. Během diagnostiky byl chlapec pozitivně naladěný. Některé úlohy plnil s radostí, jiným nevěnoval výraznější pozornost. Spolupracoval (s občasnými výkyvy pozornosti) přibližně 30 minut. Všechny použité pomůcky po ukončení testové úlohy iniciativně uklidil do obalů.

Dle sdělení třídní učitelky Matěj respektuje autoritu dospělých, ale občas vědomě odmítá požadavky, přestože jim dobře rozumí, a překračuje tak stanovené hranice chování. V diádě pracuje intenzivně. Pokud není jasně instruován a motivován, odklání pozornost jiným směrem. Matěj velice rád manuálně pracuje, je však třeba ho verbálně i vizuálně dostatečně informovat (zacvičit v provádění požadované aktivity).

Při edukaci Matěje je doporučeno postupovat dle metodiky strukturovaného učení. Všechny úkoly, které jsou po chlapci požadovány, je třeba zadávat jasně, pokyny rozfázovat na jednotlivé kroky a podpořit jejich chápání dostatečnou vizualizací (procesuální schémata).

#### *Motorika a grafomotorika:*

Hrubá motorika je u Matěje oslabena částečně, chlapec se pohybuje samostatně i po nerovném terénu. Vážně schopnost imitace, při tělesné výchově Matěj nezvládá napodobit předvedený pohyb. Oblast jemné motoriky se rozvíjí nerovnoměrně. Matěj zvládá navlékat korálky podle vzoru, našroubovat maticku, vystřihnout předkreslený obrys. S oblibou staví modely ze stavebnice CHEVA. Největší problémy se objevují v grafomotorice. Matěj má deficitní koordinaci oko – ruka, potíže má s kreslením i psaním. Nedokáže propojit počet s názorným ukázaním na prstech.

Při rozvoji jemné motoriky a grafomotoriky je doporučeno vycházet z chlapcových zájmů, motivovat k činnosti volbou vhodných témat (dopravní prostředky) a využívat konstruktivní stavebnice se šroubovacím systémem apod.



### *Abstraktně vizuální myšlení:*

Matěj receptivně rozliší základní barvy, s dopomocí přiřazuje geometrické tvary. Domácí zvířata pojmenovává s pomocí zástupných zvuků (kočka – „čičí“, pes – „haf, haf“ aj.). Přiřazuje číslo ke skupině předmětů o 1 – 3 prvcích. Při testování Matěj bez potíží přiřadil shodné obrázky a spojil dvojice obrázků dle významu. Složitější řadu obrázků neseřadil dle dějové linie ani s výraznou verbální dopomocí. Se sestavením kostek dle předlohy měl potíže, ale geometrické puzzle spojoval velice rychle a bezchybně.

Dle sdělení třídní učitelky Matěj přiřazování předmětů dle významu (klíč – dveře) a spojování geometrického puzzle ve školním prostředí opakovaně procvičuje.

Z výše uvedených skutečností je patrné, že Matěj má některé činnosti mechanicky nacvičené. Při plnění známých úkolů nepoužívá abstraktní myšlení, ale zapojuje vizuomotorickou paměť. Při osvojování nových vědomostí je třeba jednotlivé činnosti opakovaně předvádět a část s Matějem nové učivo procvičovat.

### *Sebeobsluha:*

Při sebeobslužných činnostech je Matěj přiměřeně samostatný. Stále však vyžaduje vizuální kontrolu a verbální dopomoc dospělé osoby.

Samostatnost při sebeobsluze je vhodné podpořit pomocí procesuálních schémat (fotografický postup konkrétních činností). Jejich použití umožní Matějovi zautomatizovat si některé potřebné dovednosti.

*Závěr a doporučení:* Na základě speciálně pedagogického vyšetření je možné konstatovat, že u Matěje je patrný nerovnoměrný kognitivní vývoj ve prospěch manuálních dovedností. Výrazně defektní je oblast komunikace. Je doporučeno nadále zařazovat prvky strukturovaného učení, zohledňovat sníženou adaptabilitu na změny a nové situace, předávat informace ve formě jednoduchých a stručných sdělení, při edukaci využívat názorné pomůcky a strukturované materiály, edukaci zaměřit na rozvoj komunikačních schopností, používat AAK, motivovat žáka při edukaci vlastními zájmy, podporovat žákův kladný vztah k manuálním činnostem, zařazovat do výuky dostatečný prostor pro relaxaci.

### ***Logopedické vyšetření***

Řečový projev Matěje je převážně neverbální, dorozumívá se gesty a znakováním. Slova užívá minimálně a v mnohoznačném významu. Jeho řeč je obtížně srozumitelná, což je dáno mnohočetnou dyslalií. S použitím „vlastních“ slov dokázal chlapec pojmenovat některá domácí zvířata (kočka, pes, kráva), některé druhy ovoce a základní dopravní prostředky.

Matěj rozumí jednoduchým jednostupňovým pokynům, provede jednoduchý příkaz. Chápe vztah menší a větší, rozezná, co je na obrázku stejné a co jiné. Umí receptivně napočítat tři předměty, pozná některé číslice a velká tiskací písmena. Rozumí krátkým příběhům. Pro rozvíjení komunikačních schopností je doporučeno využívat AAK (VOKS, znak do slova apod.). Při výuce je třeba propojovat verbální složku s přiměřenou vizuální informací (reálné předměty a činnosti, jejich fotografie, piktogramy apod.).

### ***Neurologické vyšetření***

PM retardace těžká až střední s vývojovou expresivní dysfázií, dyslalií, hyperkinetický syndrom, lehká atrofie mozku, poruchy chování – deficit sebekontroly. DMO – lehká spastická diparéza s kontrakturami. 30 – 40 slov, žargon, vždy nějakou dobu používá nové slovo, ale na druhé straně jiné používat přestane. Jinak ukazuje, znakuje, dobrá spolupráce.

### ***Neurologické vyšetření***

Psychomotorická retardace těžká až střední, expresivní vývojová dysfázie s hyperkinetickými projevy. Dyslalie, poruchy chování – sebekontroly. Hypersexuální projevy bez agresivity. DMO – lehká spastická diparéza s kontrakturami. Abnormní EEG, na CT lehká atrofie mozku. Používá 30 – 40 slov, zčásti žargon, vždy komunikace snazší pro lepší spolupráci. Početní představa do 4. Je ve speciální škole s osobní asistencí. Chodí na logopedii. Méně se už vzteká, menší jsou potíže s pubertou. Nají se sám lžící, ale nenaservíruje si jídlo. Sám se napije, sám se neobleče, nesvleče, neumyje – jen s dopomocí. Nezaváže si tkaničky, nezapne knoflíky. Na WC nezvládne jít sám. Venku se neorientuje a nezná nebezpečí silničního provozu.

### 7.9.1. *Vlastní šetření 2011*

#### **Rozhovor s rodiči**

*S rodiči jsme se setkala během prvního výzkumného roku celkem třikrát. Setkání proběhlo v kavárnách, u jedince doma a formou elektronické komunikace.*

Matěj bydlí se svými rodiči v malé vesnici. Chlapec má 2 sestry, s nimiž společně s rodiči žije v bytě. Do speciální školy v Hlinsku je dovážen otcem nebo matkou. Matka chlapce po ukončení výuky vyzvedává. Matěj je velmi radostné a přátelské povahy. Hned jsme se skamarádili a neměl problém se mnou komunikovat. Zpočátku jsem měla problém chlapci porozumět, protože se vyjadřuje převážně žargonem a neologismy. Po „překladu“ rodičů jsem však okamžitě pochopila, co se mi Matěj snaží sdělit.

Při návštěvách v rodině se mi několikrát stalo, že jsem Matěje nezastihla doma. Podle matky je to naprosto běžná situace. Matěj přijde domů ze školy, napíše si úkol, naobědvá se, obleče se do pracovního oděvu a utíká ven. Matka mi vysvětlila, že za budovou, v níž žijí, stojí velký park, kam chlapec velice rád chodí. Matěj miluje dopravní prostředky, převážně auta a nákladní vozy (traktory, bagry). Vlastní speciální bicykl (trojkolka), na němž jezdí v letní období. Vystačí si hrát sám. Díky své dokonalé fantazii zapojí za svoji trojkolku pomocí lana dříví, které odváží z parku za domem. Svým bicyklem tak nahradí smyšlený traktor. Matěj je velice pracovitý. Pomáhá ve svém volném čase sousedům s domácími pracemi. Pomáhá hrabat listí, rovnat dříví, jezdit s kolečkem plným hlíny, apod. Má velikou sílu a spoustu energie. Domů chodí pravidelně špinavý. Matěj ví, že nesmí přes silnici a tato pravidla již léta dodržuje. Zpočátku měla rodina veliké obavy, aby se Matějovi něco nestalo, když tráví většinu času venku. Ovšem časem pochopila, že chlapec se dokáže sám zabavit bez potřeby toulat se po vesnici.

Podle sdělení matky je pro Matěje největší trest, když nemůže jít nějaký den ven. Tuto metodu trestu pak na chlapce využívá v případech, kdy zlobí. Zákaz trávení času venku je již osvědčená metoda a vyplácí se občas využívat při nekorigovatelných stavech Matěje. V případech špatného počasí, kdy Matěj nemůže odejít ven, si hraje s autíčky. Oblíbenou hračkou jsou domácí vyrobená dřevěná dřívka, která představují klády. Matěje nebaví číst si knížky ani pohádky. Jedinou oblibou jsou časopisy s autama. Maminka mu každý měsíc kupuje inzertní

katalog aut. Zde Matěj hledá auta, která má rodina skutečně doma a dále auta známých příbuzných lidí. Při této činnosti se ukazuje chlapcova bystrost.

Podle matčina sdělení Matěj vymyslel spoustu slov a jmen, která se postupem času stala součástí velké komunity osob žijících ve stejné vesnici a tito lidé chlapcova slova běžně používají. Pro příklad uvádím např. „*Ha-t'au*“ (tak čau), označení osob „*Hólo*“ (Honza), „*Mio*“ (Miloš), „*Naua*“ (Jana), apod. Vypozorovala jsem, že Matěj velice s oblibou a pravidelně používá také vulgární výrazy. Podle matky jde o zlovyk, který se ho snaží už léta odnaučit, ovšem bezúspěšně. Matěj pochytí nějaké vulgární slovo kdekoliv venku a okamžitě si ho zapamatuje. Je zajímavé, že tato slova jsou srozumitelná a artikulačně většinou správně vyslovovaná. Matěj se rád mazlí, objímá a s oblibou rozdává pusy. Matka dodává, že občas by je rozdával i cizím lidem, což mnohdy nepřináší dobré reakce okolí. Se staršími sestrami má hezký vztah. Sestry se Matějovi věnují, hrají si s ním a často ho berou do společnosti na různé společenské akce. Pro Matěje je nejdůležitější osobou v rodině otec, kterého chlapec naprosto zbožňuje. Podle výpovědi matky je Matěj na otce velice psychicky fixován. Při otcově nepřítomnosti nese Matěj tuto absenci velice těžce.

### **Pozorování ve školním prostředí**

*Během prvního výzkumného roku jsem navštívila chlapce ve škole celkem třikrát.*

Na Matějovi je zřetelně poznat, že do školy chodí rád. Do třídy přímo vběhne, pozdraví se s učitelkami a svoji asistentkou. Při zadání úkolu se Matěj snaží, když se mu plnění nedaří, sprostě nadává. Pokud ho daná aktivita nebaví, má ve zvyku ji splnit rychle a bez požadovaného efektu. Dokáže spolupracovat max. 30 minut s drobnými výkyvy pozornosti.

Z vlastní iniciativy se snaží pomáhat učitelce např. třídit obrázky do obalů, rozdávat pomůcky dětem apod. V diádě spolupracuje aktivně a iniciativně, v kolektivu je spolupráce obtížná. Matěj postupuje podle metodiky strukturovaného vyučování. Podle sdělení učitelky je Matěj při plnění úkolů velice snaživý a rychlý, potřebuje soustavný dohled a dopomoc další osoby. Rozumí všem pokynům, ale často se při jejich plnění chová překotně, a dělá tak zbytečné chyby. Nejraději

pracuje individuálně, při kolektivní výuce usiluje o získání pozornosti. Matěj je dle učitelky nutné stále motivovat.

## 7.9.2. *Vlastní šetření 2012*

### **Rozhovor s rodiči**

*S rodiči jsme se setkala během druhého výzkumného roku celkem třikrát.*

Při prvním setkání po roční pauze jsem se od matky Matěje dozvěděla, že syn v současné době velice strádá. Důvodem je měsíc nepojízdná trojkolka. Protože chlapec nemůže trávit čas na svém kole, vymýšlí venku za domem nejrůznější činnosti, které ne vždy mohou být přínosné pro okolí. Z nudy vytrhal mamince na záhonu několik rostlin a také začal chodit do zadní části parku k řece, kam měl od rodičů přísný zákaz vstupu.

Rodiče se proto snaží vymýšlet pro Matěje náhradní činnosti, které by chlapce zabavily. Protože ale nepřeje počasí, musí Matěj většinu času trávit doma. Maminka ho zapojuje do denních činností, např. vysávání, utírání prachu nebo utírání nádobí. Během svých návštěv jsem vyzozorovala, že Matěj začíná být více vzdorovitější v porovnání s pozorováním na podzim minulého roku. Umí být paličatý, umíněný a neposlušný. Tyto příznaky přisuzuji k projevující se pubertě, která se vzhledem k jeho věku musí chápat jako přirozený fakt. Rodiče si stěžují, že jeho neposlušnost je někdy vážně nepřiměřená. Nechodí včas domů ze zahrady. Odmlouvá při zadání úkolu a stále vulgárně nadává. Působí legračním dojmem, v mnoha situacích jsou jeho odpovědi velice komické. Ve svých hračkách má Matěj pořádek. Jinak je Matěj stále přátelský, přívětivý, mazlivý a nestydlivý. Porozuměla jsem mu už s menšími problémy, dle mého názoru je jeho projev na lepší úrovni.

## **Pozorování ve školním prostředí**

*Ve druhém výzkumném roce jsem navštívila chlapce ve školním prostředí celkem třikrát.*

Podle sdělení učitelky je Matěj v poslední době více náladový. Je neustále v pohybu, ale korigovatelný. Dokáže najít piktogram vyjadřující jeho sdělení. Rozumí jednoduchým pokynům, k soustředění potřebuje asistentku. Matějův výkon je pouze krátkodobý, ovlivněn atmosférou a únavou. Výuka je procesem trvalého opakování, poznatky si neukládá a netřídí, poznává stále znovu. Seznamuje se s novou učitelkou a spolužačkou. Velmi výrazně reaguje na novou spolužačku, kterou občas uráží slovními potyčkami vlastních výrazů. Učí se zacvičovat v používání kalkulačky. Ve výuce se stále využívá metoda globálního čtení se zaměřením na sociální čtení.

### 7.9.3. *Závěrečné shrnutí získaných údajů - Matěj*

#### **Období prenatalní, perinatální a postnatální**

Chlapec ze III. rizikového těhotenství, porod v termínu, protražovaný, kříšen. (Matka o této skutečnosti informována až později při opožděném psychomotorickém vývoji). Ve dvou měsících první úsměv, úchopy od 4 – 5 měsíců, obracení od půl roku, plazení od 8 měsíců.

#### **V 1. roce života**

Chlapec začíná lézt, postavil se v 15 měsících. Chůze samostatně od 1,5 roku, první slova od 1 roku, ale pak to šlo dále pomalu. Do 1 roku rehabilitoval Vojtovou metodou. V 1 roce febrilní křeče, které se později objevovaly znovu (do 6 let).

#### **Ve 3 letech**

Chlapec prodělal operaci retence testes bilaterálně, do 3 let 2 ataky febrilních křečí. Sledován spádovým neurologem pro psychomotorickou retardaci s opožděným vývojem řeči. U chlapce absentuje produkce mluvené řeči. Do tohoto období prodělal chlapec dva ataky febrilních křečí. Diagnostikován opožděný vývoj řeči.

#### **Ve 4 letech**

Byl hospitalizován na dětském oddělení Neurologické kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Zde absolvoval vyšetření mozku – EEG – aktivita a lehká mozková atrofie. Téhož roku začal navštěvovat logopedickou ambulanci v Chrudimi. Chlapec je integrován do běžné mateřské školy. S drobnými obtížemi zvládl adaptaci. Chlapec vyslovuje jediné slovo – „auto“, komunikace s okolím probíhá převážně posunky a znaky.

#### **V 5 letech**

Chlapec přijat k týdennímu diagnostickému pobytu na Klinice pro vady řeči a sluchu LOGO Brno. U chlapce byl diagnostikován opožděný vývoj řeči (na bázi mentální retardace), celkové opoždění motorického vývoje, hyperkinetická porucha chování, vadné držení těla.



## **V 6 letech**

Chlapec navštívil SPC pro děti a mládež s vadami řeči se zaměřením na AAK v Praze. V centru byly pro chlapce sestaveny komunikační tabulky, pomocí nichž se měl naučit komunikovat s rodinou. Tato forma komunikace se však časem ukázala být nevhodná, protože chlapec si raději pro danou činnost a věc vytvořil vlastní znak a neměl snahu svoji potřebu vyjádřit prostřednictvím tabulek. Časem rodina komunikační tabulky jako prostředek komunikace se svým synem vzdala a učila se dorozumívat se s dítětem chlapcovou vlastně vytvořenou řečí. Integrovan v běžné mateřské škole s asistencí. Adaptoval se bez problémů.

Psychomotorická retardace lehká až střední, hyperkinetické projevy, instabilita, v popředí retardace zejména v expresivní složce řeči. Ovládá cca 10 výrazů. Vystačí si fyziognomicky a gestikulačně. Inkontinence. Přítomen je velký psychomotorický neklid. Nedokáže vytrvat u jedné činnosti, ihned odbíhá jinam. Grafomotorika s toporným úchopem. Verbálně chápe, rozumí pasivně běžné řeči, slyší a většinou i dobře reaguje

## **V 7 letech**

Chlapec stále navštěvuje integrovanou MŠ. Zlepšila se koncentrace pozornosti. Chlapec nadále používá 10 slov, pokrok nastal v delších žargonových spojeních s občasným srozumitelným smyslem. Zlepšila se také koncentrace pozornosti. Psychomotorická retardace s opožděným vývojem řeči, hyperkinetickými projevy, lehká atrofie mozku dle CT.

## **V 8 letech**

Po 2 odkladech povinné školní docházky byl chlapec v září 2003 přijat do speciální třídy ZŠ v Hlinsku. Nutný individuální vzdělávací plán. Asistent pedagoga nepožadován. Výuka započata na principu strukturalizace a vizualizace, za splnění je odměňován obrázky. Psychometricky je intelekt obtížně měřitelný, ale výkonnost spadá do pásma střední mentální retardace, cca pod IQ 45. Komunikace se rozšířila na 15 - 20 používaných výrazů, gestikuluje, umí se domluvit a jasně vyjádřit svoji potřebu, užívá i žargon a fyziognomicky komunikuje. Celkově lépe vyslovuje, avšak vlastní slova málo používá, raději znakuje a ukazuje. Znatelně lepší je gramatika v řeči. V tomto období si chlapec

oblíbil používat vulgární výrazy, které mu jdou velice dobře vyslovovat a jsou srozumitelná okolí.

### **V 9 letech**

Psychomotorická retardace lehká až střední s opožděným vývojem řeči, hyperkinetický syndrom, abnormální EEG, lehká atrofie mozku – mírné pokroky.

### **V 10 letech**

Chlapec přiměřené tělesné konstituce, v celkovém projevu psychomotorický neklid, emoce instabilní, s výkyvy, výkon krátkodobý. Je trvale v pohybu, ale korigovatelný. Písmo tiskací v omezeném rozsahu několika písmen, kresba figury je pouze náznakem hlavy a končetin, které přemění v kola – po dvou letech zřetelný regres. Myšlení zůstává na úrovni situační a předmětné. Pojmově stagnuje. Početní představa rovněž v regresi. Psychometricky je intelekt obtížně měřitelný, ale výkonnost spadá do pásma imbecility, cca pod IQ 45. Verbální projev v rozsahu cca 20 výrazů, gestikuluje, umí se domluvit a jasně vyjádřit svoji potřebu, užívá i žargon a fyziognomicky komunikuje, pokud nezaujme, reaguje negativisticky, ale bez agresivních tendencí

### **V 11 letech**

V komunikaci mu jdou hlavně peprná slova, stále asi 30 srozumitelných slov. Dále ukazuje, znakuje. Početní představa nyní do 4. Komunikace převážně nonverbální. Psychomotorická retardace střední s opožděným vývojem řeči, hyperkinetický syndrom, lehká atrofie mozku, pomalé pokroky.

### **Ve 12 letech**

Chlapec je ve speciální škole s osobní asistencí. Chodí na logopedii. V sebeobsluze vážne udržování čistoty na WC. Vývoj řeči se mírně zlepšil. Chlapec využívá 30 slov a zapojuje 2 – 3 slova do krátkých vět. Podíl verbální komunikace je v porovnání s předchozími lety o něco lepší, je lépe srozumitelný. V tomto období je chlapci k opožděnému vývoji řeči připsána dyslalie.

### **Ve 13 letech**

Navštěvuje speciální třídu ZŠ speciální. Chlapec umí poprosit, poděkovat, reaguje na vyzvání. Hraje jednoduché společenské hry. Vyhoví žádosti dospělého. Chlapec se pohybuje samostatně po rovném i zvýšeném terénu. Chlapec se obléká samostatně, kromě zavazování bot. Při jídle používá příbor. Psychomotorická retardace střední s opožděným vývojem řeči, dyslalií, hyperkinetický syndrom, lehká atrofie mozku, kontraktury trojhlavého svalu lýtkového bilaterálně.

### **Ve 14 letech**

Nastupuje puberta – projevy vzteku apod. Chlapec používá 30 – 40 slov – zčásti žargon, jen holé věty. Zčásti ukazuje, znakuje, celkově je komunikace pro spolupráci snazší.

### **V 15 letech**

Diagnostikována těžká mentální retardace. Autoregulace chování je schopen jen v omezené míře. V čase je zaměřen na aktuální prožívání. Psychomotorická retardace těžká až střední s opožděným vývojem řeči, dyslalií, hyperkinetický syndrom, lehká atrofie mozku, nyní poruchy chování – sebekontroly. DMO – lehká spastická diparéza s kontrakturami.

### **V 16 letech**

Chlapec velice rád manuálně pracuje, je však třeba ho verbálně i vizuálně dostatečně informovat. Hrubá motorika je u chlapce oslabena částečně, chlapec se pohybuje samostatně i po nerovném terénu. Vážně schopnost imitace. Oblast jemné motoriky se rozvíjí nerovnoměrně. Chlapec má deficitní koordinaci oko – ruka, potíže má s kreslením i psaním. Při plnění známých úkolů nepoužívá abstraktní myšlení, ale zapojuje vizuomotorickou paměť. U chlapce je patrný nerovnoměrný kognitivní vývoj ve prospěch manuálních dovedností. Výrazně defektní je oblast komunikace.

### **V 17 letech**

Psychomotorická retardace těžká až střední, expresivní vývojová dysfázie s hyperkinetickými projevy. Dyslalie, poruchy chování – sebekontroly.

Hypersexuální projevy bez agresivity. DMO – lehká spastická diparéza s kontrakturami. Abnormní EEG, na CT lehká atrofie mozku. Používá 30 – 40 slov, zčásti žargon. Řeč je obtížně srozumitelná pro cizí okolí, v důsledku mnohočetné dyslalie. Využívá vlastní slova, cca 40 – 45 výrazů. Vymýšlí stále nová slova, hledá nové názvy a pojmy, které se podobají skutečnému slovu.

#### a) Komunikace jedince

Matěj nadále využívá ke komunikaci gesta, mimiku a znakuje. Při komunikaci se známými osobami je schopen se dorozumět bez problémů. V interakci s cizí osobou nastává stále problém nedorozumění. Užívání vulgárních výrazů se stupňuje, ve škole však používá tyto výrazy omezeněji, než doma. Matěj dále využívá mnohanásobné významy, které spojuje s různými objekty. Pro každou věc, osobu, zvíře má své vlastní názvy, které občas pozmění za „lepší“ – mnohdy artikulačně správnější a danému výrazu srozumitelnější. Při vyjádření své potřeby dokáže využít všech dostupných komunikačních prostředků, včetně přítomných obrázků a symbolů. Vypozorovala jsem, že Matěj se při snaze vyjádřit své potřeby začíná často zakoktávat.

V průběhu jednoho roku jsem zjistila, že **výslovnost** se příliš nezměnila a zůstává na hranici nesprávné artikulace. Také **impresivní složka** řeči je částečně narušená bez jakékoli změny k lepšímu. V **expresivní složce řeči** udělal jedinec nepatrný pokrok. Od roku 2012 chlapec navýšil svoji **slovní zásobu** o min. 10 nových výrazů, které v předchozím roce ještě nepoužíval. Jeho **aktivní slovník** se pohyboval v rozmezí 30 – 40 slov v roce 2011, o rok později je zaznamenán nárůst slov na 40 – 45 slov. Převažující **pasivní slovník** je na stejné úrovni po oba dva sledované roky.

Od 6 let je dítěti diagnostikována mentální retardace s poruchou komunikační schopnosti – vývojovou expresivní dysfázií. Jak píše např. Klenková (2006), u vývojové dysfázie je charakteristické narušení verbálního projevu. Úroveň verbálního projevu je mnohem nižší, než odpovídá intelektu a neverbálním schopnostem. Také Mikulajová a Rafajdusová (1993, s. 30) In: Michalík (2011) uvádějí definici vývojové dysfázie: „*Vývojová dysfázie se diagnostikuje tehdy, jedná-li se o narušený vývoj jazykových schopností, který se nedá vysvětlit mentální*

*retardací, ani fyzickým handicapem, poruchou sluchu, citovou deprivací či emočními poruchami, ani nepříznivými vlivy prostředí a výchovy.“*

Z toho důvodu nelze hodnotit poruchu řečové komunikace u tohoto jedince za vývojovou dysfázii. Jelikož je chlapci diagnostikována těžká mentální retardace, není možné přisuzovat tomuto postižení zmíněnou komunikační vadu. V tomto případě můžeme hovořit o opožděném vývoji řeči. Ze zjištěných údajů plyne, že nelze spoléhat na závěrečné posudky jednotlivých lékařů. Po primárním definování konkrétního komunikačního deficitu v brzkém dětském věku se vyslovená diagnóza pouze „přenes“ od jednoho odborníka k druhému. Odpovědní lékaři nejsou ochotní celou diagnózu přezkoumat a pohlížet na problém z vlastního úhlu, nýbrž vyřčenou diagnózu pouze pasivně přepíší a „pošlou“ zase dál.

#### **b) Psychomotorická oblast**

Oblast **jemné motoriky** se rozvíjí nerovnoměrně. Zvládne navlékat korálky, ale nesprávně drží tužku v ruce. Hodnocená oblast byla v obou sledovaných obdobích klasifikována na úrovni stagnace. **Hrubá motorika** je posuzována ve stupni výrazného posunu s dlouholetým hlediskem vývoje. Chlapec se pohybuje samostatně po rovném i zvýšeném terénu. **Grafomotoriku** je nutné hodnotit ve sledovaných letech v pásmu stagnace. Matěj má deficitní koordinaci oko – ruka, potíže má s kreslením i psaním. Oblast **sociability** je zaznamenána v roce 2011 i v roce 2012 na stupni výrazného posunu. Chlapec je schopen kontaktu se sociálním prostředím, je bezprostřední a nemá zábrany. **Emoční ladění** má stagnační pásmo v obou uplynulých letech, v důsledku poruch chování – sebekontroly a hypersexuálních projevů. **Adaptační úroveň** se nachází na vysokém stupni, v obou po sobě sledovaných letech. Adaptace je hodnocena v pásmu výrazného posunu. **Oblékat** se nezvládne bez dopomoci druhé osoby v roce 2011 ani v roce 2012. Oblékání zůstává na úrovni malého posunu. **Stravuje** se pomocí lžice v roce 2011 i 2012. Stravování se nachází na stupni malého posunu. **Hygiena** s malým posunem v roce 2011 i v roce 2012. Problém se sebeobsluhou na WC.

7.9.4. *Tabulka č. 9*

**KOMUNIKACE**

TĚŽKÁ MR, OPOŽDĚNÝ VÝVOJ ŘEČI	MATĚJ	
	2011	2012
Výslovnost	stagnace	stagnace
Impresivní složka řeči	malý posun	malý posun
Expresivní složka řeči	stagnace	malý posun
Aktivní slovník	stagnace	malý posun
Pasivní slovník	malý posun	malý posun

7.9.5. *Tabulka č. 10*

**PSYCHOMOTORICKÁ OBLAST**

TĚŽKÁ MR	DÍLČÍ OBLASTI	MATĚJ	
		2011	2012
MOTORICKÉ SCHOPNOSTI	<i>Jemná motorika</i>	stagnace	stagnace
	<i>Hrubá motorika</i>	výrazný posun	výrazný posun
	<i>Grafomotorika</i>	stagnace	stagnace
SOCIÁLNÍ ZRALOST	<i>Sociabilita</i>	výrazný posun	výrazný posun
	<i>Emoční ladění</i>	malý posun	malý posun
	<i>Úroveň adaptace</i>	výrazný posun	výrazný posun
SEBEOBSLUHA	<i>Oblékání</i>	malý posun	malý posun
	<i>Stravování</i>	malý posun	malý posun
	<i>Hygiena</i>	malý posun	malý posun

7.10. **Kvalitativní analýza přítomných parametrů  
v případových studiích**

7.10.1. **Tabulka č. 11**

**Komunikace u PAS - Libor, Olda**

KOMUNIKACE				
PROJEVY AUTISMU	LIBOR		OLDA	
	2013	2014	2013	2014
Oční kontakt	stagnace	stagnace	stagnace	stagnace
Iniciace a udržení kontaktu	stagnace	stagnace	malý posun	malý posun
Slovní stereotypie	stagnace	stagnace	malý posun	malý posun
Využívání mimiky a gest	stagnace	stagnace	malý posun	malý posun
Využívání náhradních komunikačních systémů	stagnace	stagnace	malý posun	výrazný posun

7.10.2. **Tabulka č. 12**

**Komunikace u STMR - Pěťa, Anička**

KOMUNIKACE				
STŘEDNĚ TĚŽKÁ MR, DYSARTRIE PŘI DMO	PĚŤA		ANIČKA	
	2013	2014	2011	2012
Motorika artikulačních orgánů	stagnace	stagnace	stagnace	malý posun
Výslovnost	stagnace	stagnace	stagnace	stagnace
Respirace	stagnace	malý posun	stagnace	malý posun
Fonace	stagnace	malý posun	stagnace	stagnace
Prozodické faktory řeči	stagnace	malý posun	stagnace	stagnace

7.10.3. **Tabulka č. 13**  
**Komunikace u TMR - Matěj**

KOMUNIKACE		
TĚŽKÁ MR, OPOŽDĚNÝ VÝVOJ ŘEČI	MATĚJ	
	2011	2012
Výslovnost	stagnace	stagnace
Impresivní složka řeči	malý posun	malý posun
Expresivní složka řeči	stagnace	malý posun
Aktivní slovník	stagnace	malý posun
Pasivní slovník	malý posun	malý posun

7.10.4. **Tabulka č. 14**  
**Psychomotorická oblast u PAS - Libor, Olda**

PSYCHOMOTORICKÁ OBLAST					
PROJEVY AUTISMU	DÍLČÍ OBLASTI	LIBOR		OLDA	
		2013	2014	2013	2014
MOTORICKÉ SCHOPNOSTI	<i>Jemná motorika</i>	stagnace	stagnace	malý posun	malý posun
	<i>Hrubá motorika</i>	stagnace	stagnace	malý posun	malý posun
	<i>Grafomotorika</i>	stagnace	stagnace	malý posun	malý posun
SOCIÁLNÍ ZRALOST	<i>Sociabilita</i>	stagnace	stagnace	stagnace	malý posun
	<i>Emoční ladění</i>	stagnace	stagnace	stagnace	malý posun
	<i>Úroveň adaptace</i>	stagnace	stagnace	malý posun	malý posun
SEBEOBSLUHA	<i>Oblékání</i>	stagnace	stagnace	malý posun	malý posun
	<i>Stravování</i>	stagnace	stagnace	výrazný posun	výrazný posun
	<i>Hygiena</i>	stagnace	stagnace	malý posun	malý posun



7.10.5. **Tabulka č. 15****Psychomotorická oblast u STMR - Pěťá, Anička**

PSYCHOMOTORICKÁ OBLAST					
STŘEDNĚ TĚŽKÁ MR PŘI DMO	DÍLČÍ OBLASTI	PĚŤA		ANIČKA	
		2013	2014	2011	2012
MOTORICKÉ SCHOPNOSTI	Jemná motorika	stagnace	stagnace	stagnace	stagnace
	Hrubá motorika	stagnace	stagnace	malý posun	malý posun
	Grafomotorika	stagnace	stagnace	stagnace	stagnace
SOCIÁLNÍ ZRALOST	Sociabilita	malý posun	malý posun	malý posun	malý posun
	Emoční ladění	malý posun	malý posun	malý posun	malý posun
	Úroveň adaptace	malý posun	výrazný posun	malý posun	malý posun
SEBEOBSLUHA	Oblékání	malý posun	výrazný posun	malý posun	malý posun
	Stravování	malý posun	malý posun	malý posun	malý posun
	Hygiena	stagnace	stagnace	malý posun	malý posun

7.10.6. **Tabulka č. 16****Psychomotorická oblast u TMR - Matěj**

PSYCHOMOTORICKÁ OBLAST			
TĚŽKÁ MR	DÍLČÍ OBLASTI	MATĚJ	
		2011	2012
MOTORICKÉ SCHOPNOSTI	<i>Jemná motorika</i>	stagnace	stagnace
	<i>Hrubá motorika</i>	výrazný posun	výrazný posun
	<i>Grafomotorika</i>	stagnace	stagnace
SOCIÁLNÍ ZRALOST	<i>Sociabilita</i>	výrazný posun	výrazný posun
	<i>Emoční ladění</i>	malý posun	malý posun
	<i>Úroveň adaptace</i>	výrazný posun	výrazný posun
SEBEOBSLUHA	<i>Oblékání</i>	malý posun	malý posun
	<i>Stravování</i>	malý posun	malý posun
	<i>Hygiena</i>	malý posun	malý posun

## 7.11. Shrnutí získaných dat v oblasti komunikace a psychomotoriky

### a) Oblast komunikace

Z výzkumného šetření vyplývá, že komunikační schopnost je na nulové úrovni pouze u *Libora* (diagnóza dětský autismus a těžká mentální retardace). Chlapec neprojevuje známky komunikace v žádných oblastech.

*Anička* (diagnóza středně těžká mentální retardace, DMO, dysartrie) jeví malý posun v oblasti motoriky artikulačních orgánů a respirace.

*Pěťa* (diagnóza středně těžká mentální retardace, DMO, dysartrie) vykazuje známky stagnace ve všech zkoumaných rovinách, kromě respirace, fonace a prozódie, kde je sledován malý posun.

U *Matěje* (diagnóza těžká mentální retardace, opožděný vývoj řeči) stagnuje řeč v oblasti výslovnosti, expresivní složce řeči a aktivním slovníku jen v roce 2011. Ostatní oblasti zaznamenaly mírný posun ve vývoji.

*Olda* (diagnóza atypický autismus, středně těžká mentální retardace) stagnuje v oblasti očního kontaktu, ostatní kategorie jsou vyhodnoceny v pásmu malý posun. Ve využívání náhradních komunikačních systémů vykázal v roce 2014 oproti předešlému roku dokonce výrazný posun.

Z pěti případových studií lze konstatovat, že s komunikací má největší problémy *Libor*, který nevykazuje žádné známky komunikačního projevu. Po *Liborovi* následuje *Anička*, u níž lze pozdvihnout malý posun v motorice artikulačních orgánů a v oblasti respirace.

*Pěťu* a *Matěje* lze považovat za pomyslný průměr v rámci vlastních možností. Tzn., částečně vykazují známky stagnace a zároveň je prokázán malý posun. Na nejlepší úrovni v oblasti komunikace se ukazuje *Olda*. *Olda* jeví převážně malý posun ve většině zkoumaných rovinách, v rovině využívání náhradních komunikačních systémů je hodnocen na úrovni výrazného posunu.

### b) Psychomotorická oblast

Psychomotorika je nejvíce omezena u *Libora* (diagnóza dětský autismus a těžká mentální retardace). Chlapec prokazuje ve všech oblastech známky stagnace.

*Pěťa* (diagnóza středně těžká mentální retardace, DMO), stagnuje v mnoha oblastech, vykazuje výrazný posun v úrovni adaptace a oblékání.

*Anička* (diagnóza středně těžká mentální retardace, DMO). Dívka stagnuje v oblasti jemné motoriky, grafomotoriky. V ostatních oblastech je viditelný malý posun ve vývoji.

Úroveň průměru představuje *Olda* (diagnóza atypický autismus, středně těžká mentální retardace), který ve většině oblastí jeví malý vývojový posun, oblast stravování dokonce výrazný posun.

Na nejlepší stupeň je přiřazen *Matěj* (diagnóza těžká mentální retardace, opožděný vývoj řeči). Chlapec stagnuje pouze v jemné motorice a grafomotorice. Výrazný posun je prokázán v oblasti hrubé motoriky, sociability a schopnosti adaptace.

Z uvedeného porovnání jedinců vyplývá, že každý jedinec se projevuje individuálně dle svých aktuálních možností a schopností. Není možné pohlížet na typ postižení pouze z teoretických hledisek. Skutečná realita přináší nová zjištění, která je třeba respektovat. Hlavní podstatou celého výzkumného šetření je si uvědomit, že získané výsledky jsou subjektivního charakteru a mohou být v rozporu s názory neustranných osob.

Tuto skutečnost je třeba vzít v úvahu pro případné neodpovídající nejasnosti s rutinní teorií. Teoretický výklad se mnohdy velice liší od výsledků z praxe.

## 7.12. Zhodnocení naplnění cílů

Práce obsahuje podrobný popis vývojových etap jedinců z výzkumného souboru. Přehledně jsou zmíněny uplynulé roky a v těchto letech absolvované výstupy z odborných vyšetření. Dále jsou důkladně vyobrazeny charakteristiky jedinců, jejich silné a slabé stránky, analyzována byla především oblast řeči a psychomotoriky.

U jedinců z výzkumného souboru došlo během sledovaného období k drobným pokrokům ve vývoji. Z pěti jedinců udělali mírný až výrazný posun v jednotlivých oblastech 4 jedinci. V těchto případech došlo k pokroku vždy o jeden stupeň (ze stagnace na úroveň mírného posunu, příp. z mírného posunu na výrazný posun). Pouze jedna osoba zůstává po celé sledované období bez známek progresu (na úrovni stagnace). Výsledky jednotlivců byly orientačně shrnuty do tabulek pro snadnou přehlednost.

### 7.13. **Výsledky analýzy**

U jedinců dochází k minimálním vývojovým změnám. Komunikační úroveň zůstává u většiny osob z výzkumného souboru na stejném stupni. Všichni jedinci vykazují známky stagnace, u ojedinělých případů jsou pozorovány v druhé etapě šetření známky malého posunu a pouze jeden jedinec projevuje výrazný posun v oblasti využívání náhradních komunikačních systémů.

Oblast psychomotoriky stagnuje po obě sledovaná období pouze u případové studie č. 1. Ostatní jedinci se ojediněle zlepšují ve svých výkonech. Zaznamenány jsou pokroky z původního stupně stagnace na stupeň malého posunu.

## 8 Závěr

Diplomová práce byla zaměřena na problematiku osob s kombinovaným postižením. Celková orientace byla směřována do oblasti poruch komunikace a psychomotoriky. Práce se zabývá konkrétními typy postižení: mentální retardace, DMO a dále autismus (dětský a atypický). Problematika kombinovaného postižení byla zvolena z toho důvodu, že do současnosti neexistuje na toto téma podrobný a výstižný popis individuálního vývoje, který by zároveň přiblížil možnosti kvalitativních změn u těchto jedinců.

Práce byla rozčleněna na teoretickou část a praktickou část.

V teoretické části jsou přiblíženy dílčí problematické oblasti, které úzce souvisí s osobami s kombinovanými vadami. První kapitola uvádí okruh osob s kombinovaným postižením, jejich etiologii a konkrétní typy vad. Druhá kapitola je zacílena na oblast poruch řečové komunikace. Třetí kapitola již podrobně popisuje poruchy řeči u vybraných typů postižení (mentální postižení, DMO a projevy autismu). Ve čtvrté kapitole je uvedena logopedická péče, prevence, profylaxe a terapie pro osoby stížené kombinovaným postižením. Pátá kapitola seznamuje s možnostmi využití náhradních komunikačních systémů u vybraných druhů postižení. V šesté kapitole je zmíněna výchova a vzdělávání jedinců s kombinovanými vadami, uvedeno je také pracovní a společenské začlenění těchto osob do společnosti.

Praktická část obsahuje kvalitativní analýzu pěti adolescentních jedinců. Tyto osoby jsou zasaženy kombinací několika vzájemně se prolínajících postižení. U každého jedince byl sestaven jeho individuální vývoj v období od narození po současnost. Práce se orientovala převážně na psychomotorickou oblast jedinců a na jejich vývoj komunikačních schopností. Veškeré získané hodnoty z výzkumného šetření byly zaznamenány do shrnujících tabulek. Výsledné hodnoty z šetření byly analyzovány prostřednictvím rozboru odborné lékařské a pedagogické dokumentace, osobními rozhovory s pedagogy a rodiči a v neposlední řadě také osobním pozorováním jedinců v jejich přirozeném prostředí.

Cílem práce bylo popsat, jak probíhá vývoj řeči a psychomotoriky u jedinců s kombinovaným postižením. Tento cíl byl splněn. Práce obsahuje velice podrobný přehled o specifikách individuálního vývoje jedinců s postižením.

U jedinců s těžkým kombinovaným postižením nedošlo během sledovaného období k žádným podstatným změnám ve vývoji. Zaznamenány byly drobné výkyvy orientující se většinou příznivým vývojovým směrem.

Celkově lze zhodnotit, že cíle práce byly naplněny. Pro budoucí rozšíření této práce by bylo možné uvažovat o ještě kvalitativnějším zaměření výzkumu. Analyzovány by mohly být nejen vývojové změny během období výzkumného šetření, ale jedinec by měl být sledován po celý život. Výsledkem by mohly být velice přínosné a užitečné poznatky, které by mohly být soudobým odborníkům velkým přínosem k pochopení tématu.

## 9 Seznam užitých zkratk

AAK = alternativní, augmentativní komunikace  
ADHD = porucha pozornosti a hyperaktivity  
APLA = Asociace pomáhající lidem s autismem  
CNS = centrální nervová soustava  
Dg.: = diagnóza  
DK = dolní končetina  
DMO = dětská mozková obrna  
DSM – IV = diagnostický a statický manuál mentálních poruch  
EEG = elektroencefalografie  
EPI = epilepsie  
HK = horní končetina  
IgM = Imunoglobulin  
IQ = inteligenční kvocient  
IVP = individuální vzdělávací plán  
KKP = kognitivně komunikační poruchy  
LDK = levá dolní končetina  
LMD = lehká mozková dysfunkce  
LMR = lehká mentální retardace  
MKN – 10 = Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů  
MR = mentální retardace  
MŠ = mateřská škola  
MŠMT = ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy  
OTŠZ = orientační test školní zralosti  
PAS = poruchy autistického spektra  
PECS = (*The Picture Exchange Communication System*)  
PPP = pedagogicko psychologická poradna  
RAVEN PM = Ravenova progresivní matice  
RVP = rámcový vzdělávací program  
SPC = speciálně pedagogická poradna  
STMR = středně těžká mentální retardace  
TM škála = Termann–Merill  
TMR = těžká mentální retardace  
TS = (*triceps surae*), trojhlavý sval lýtkový  
TTT systém = (*Teng til tale*), znak do řeči  
VDT = vadné držení těla  
VOKS = výměnný obrázkový komunikační systém, vychází z PECS  
WISC III = Wechslerova inteligenční škála pro děti  
ZŠ = základní škola

## **10 Shrnutí**

Diplomová práce je zaměřena na „Komunikační poruchy u jedinců s kombinovaným postižením“.

Teoretická část obsahuje problematiku kombinovaných vad. Dílčími kapitolami jsou poruchy řečové komunikace v obecné rovině, poruchy řeči u osob s kombinovaným postižením. Uvedena je logopedická intervence u osob s kombinovaným postižením. Dále práce popisuje využití náhradních komunikačních systémů. Práce seznamuje s výchovou a vzděláváním osob s kombinovaným postižením, pracovním a společenským uplatněním.

Praktická část je zacílena na kvalitativní analýzu jedinců s kombinovaným postižením. Prostřednictvím případových studií je popsán individuální vývoj jedinců od narození po současnost. Výzkum je orientován především na oblast psychomotoriky a vývoj řeči.



## 11 Použitá literatura

BENDO VÁ, Petra. 2011. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Vyd. 1. Praha: Grada, 150 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4738-536.

DLOUHÁ, Jana a kol. 2013. *Úvod do psychopedie*. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 155 s. ISBN: 978-80-7435-333-8

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. 2008. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Vyd. 1. Praha: Triton, 205 s. ISBN 978-807-3870-140.

HÁJKOVÁ, Vanda. 2009. *Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením: monografie*. 1. vyd. Praha: Somatopedická společnost, 159 s. ISBN 978-809-0446-403.

HOWLIN, Patricia a Miroslava JELÍNKOVÁ. 2005. *Autismus u dospívajících a dospělých: cesta k soběstačnosti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 295 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-736-7041-0.

HRDLIČKA, Michal a Vladimír KOMÁREK. 2004. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. Vyd. 1. Editor Michal Hrdlička, Vladimír Komárek. Praha: Portál, 206 s. ISBN 80-717-8813-9.

JAKOBOVÁ, Anna. 2007. *Komplexní péče o děti s tělesným a kombinovaným postižením*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 101 s. ISBN 978-807-3684-884.

JANKOVSKÝ, Jiří, Jan PFEIFFER a Olga ŠVESTKOVÁ. 2005. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 103 s. ISBN 80-704-0826-X.

JANOVCOVÁ, Z. 2003. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Brno: MU, 48s. ISBN 80-210-3204-9.

JENSEN, Corinna. 2007. *Interaktion mit schwerstbehinderten Kindern - diagnostische Möglichkeiten und praktische Exemplifikation*. München: GRIN Verlag GmbH. ISBN 978-363-8710-633.

KAUFHOLD, Markus. 2007. *Der mehrfachbehinderte Mensch und das Persönliche Budget - Ein Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge*. München: GRIN Verlag GmbH. ISBN 978-363-8818-155.

KLENKOVÁ, Jiřina. 2000. *Kapitoly z logopedie*. 2. vyd. Brno: Paido, 94 s. ISBN 80-859-3188-5.

KLENKOVÁ, Jiřina. 2000. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. Brno: Paido - edice pedagogické literatury, 123 s. ISBN 80-859-3191-5.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka. 2005. *Problematika kombinovaných vad z pohledu psychopedie*. In LUDÍKOVÁ, Libuše: *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 140 s. ISBN 80-244-1154-7.

LAUDOVÁ, Lucie. 2011. *Náhradní komunikační systémy*. In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 612 s., ISBN 80-717-8546-6.

LECHTA, Viktor a Eva ŠKODOVÁ. 2002. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Vyd. 1. Překlad Jana Křížová. Praha: Portál, 191 s. ISBN 80-717-8572-5.

LECHTA, Viktor. 2003. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Vyd. 1. Překlad Jana Křížová. Praha: Portál, 359 s. ISBN 80-717-8801-5.

LEJSKA, Mojmír. 2003. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido - edice pedagogické literatury, 156 s. ISBN 80-731-5038-7.

LUDÍKOVÁ, Libuše. 2005. *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 140 s. ISBN 80-244-1154-7.

MICHALÍK, J. a kol. 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 511 s. ISBN 978-807-3678-593.

MLČÁKOVÁ, Renata. 2011. *Osoby s narušením komunikační schopnosti*. In MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 511 s. ISBN 978-807-3678-593.

NEUBAUER, Karel. 2003. *Narušení článkování řeči*. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 612 s., ISBN 80-717-8546-6.

NEUBAUER, Karel. 2007. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: [diagnostika a terapie]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 227 s., ISBN 978-807-3671-594.

NEUBAUER, Karel. 2010. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. 3. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 107 s. ISBN 978-807-4350-535.

NOVOSAD, Libor. 2011. *Lidé s tělesným postižením*. In MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 511 s. ISBN 978-807-3678-593.

PEČEŇÁK, Ján. *Diagnostika dětského autismu*. In: LECHTA, Viktor. 2003. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Vyd. 1. Překlad Jana Křížová. Praha: Portál, 359 s. ISBN 80-717-8801-5.

PIPEKOVÁ, Jarmila. 2006. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Vyd. 1. Brno: MSD, 208 s. ISBN 80-866-3340-3.

REMSCHMIDT, Helmut. 2008. *Autismus: Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen*. Orig.-Ausg., 4., überarb. und aktualisierte Aufl. München: Beck. ISBN 978-340-6576-805.

RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. 2004. *Speciální pedagogika*. 2. vyd., dopl. a aktualiz. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 313 s. Učebnice (UP Olomouc). ISBN 80-244-0873-2.

RENOTIÉROVÁ, Marie. 2003. *Somatopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 87 s. ISBN 80-244-0532-6.

ŠAROUNOVÁ, Jana. 2014. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 150 s. ISBN 978-802-6207-160.

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 612 s., ISBN 80-717-8546-6.

SLOWÍK, Josef. 2007. *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost*. Vyd. 1. Praha: Grada, 160 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4717-333.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. 2003. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 187 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-717-8821-X.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

THOROVÁ, Kateřina. 2006. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. Vyd. 1. Praha: Portál, 453 s. ISBN 80-736-7091-7.

VALENTA, Milan a MÜLLER, Oldřich. 2003. *Psychopedie*. 1. vyd. Praha: Parta, 443 s. ISBN 8073200392.

VALENTA, Milan. 2011. *Lidé s mentálním postižením a jinou duševní poruchou*. In: MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 511 s. ISBN 978-807-3678-593.

VALENTA, Milan. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 349 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4738-291.

VALENTA, Milan. 2014. *Přehled speciální pedagogiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 272 s. ISBN 978-80-262-0602-6

VAŠEK, Štefan. 2003. *Základy speciálnej pedagogiky*. Bratislava: Sapiaientia. ISBN 80-968797-0-7.

Věstník MŠMT ČR č. 8/1997, č.j. 25602/97-22.

VÍTKOVÁ, Marie. 2004. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 463 s. ISBN 80-731-5071-9.

VÍTKOVÁ, Marie. 2006. *Somatopedické aspekty*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 302 s. ISBN 80-731-5134-0.

VÍTKOVÁ, Marie. 2006. *Vzdělávání a terapie žáků s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami*. In PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 404 s. ISBN 80-731-5120-0.

VOTAVA, Jiří. 2005. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 207 s. ISBN 80-246-0708-5.

Vyhláška MŠMT ČR č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

Zák. č. 472/2011 Sb., o předškolním, základním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (Školský zákon).

ČÁSLAVSKÁ, Magdalena. *Portál o poruchách autistického spektra* [online]. 2009 [cit. 2015-03-14]. Dostupné z: <http://www.autismus.cz/novinky-o-autismu/o.s.-apla-praha-zahajuje-projekt-s-pomoci-to-dokazu-3.html>