



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra psychologie a speciální pedagogiky

Bakalářská práce

Problematika alternativní komunikace u dětí se sluchovým postižením v kombinaci s dalšími vadami

Vypracovala: Ivana Mastná

Vedoucí práce: Mgr. Petr Jánský Ph.D.

České Budějovice 2015

Abstrakt

Bakalářská práce se věnuje problematice dětí s kombinovaným postižením a aplikací některých forem alternativní komunikace. V rámci teoretické části jsou zkoumány a definovány nejenom charakteristickými rysy sluchového postižení, ale zároveň i poruch autistického spektra. Dále ale mohla být alternativní komunikace pojata jako ucelenější náhled. Získané poznatky na základě zpracované rešerše odborných zdrojů byly aplikovány v praxi. Během pedagogické praxe měla autorka možnost se seznámit se dvěma dětmi, u nichž bylo sluchové postižení kombinováno s diagnózou dětského autismu. Zpracovány byly dvě případové studie (kazuistiky) těchto dětí. Z těchto kazuistik vyplynulo, že formy alternativní komunikace se jeví jako velice vhodné pro jejich uplatňování u dětí s kombinovaným postižením, obzvláště s autismem, neboť zohledňuje jejich komunikační a sociální možnosti a schopnosti a tím jim výrazně více napomáhá k větší orientaci v pro ně obtížném a nepochopitelném světě.

Klíčová slova

Komunikační schopnosti

Alternativní komunikace

Sluchové postižení

Poruchy autistického spektra

Kvalitativní šetření

Případová studie

Abstract

Bachelor thesis deals with the issue of children with multiple disabilities and application of individual forms of alternative communication. The theoretical part are analysed and defined not only the characteristics of hearing impairment and autism spectrum disorders, but also to be accommodating alternative communication as a whole. Acquired knowledge based information retrieval expert sources were then applied in practice. During their teaching practice, the author had the opportunity to see two children whose hearing impairment was combined with a diagnosis of childhood autism. Processed were two case studies (case study) of these children, from which it appeared that alternative forms of communication seems to be very appropriate for their use in children with multiple disabilities, helping them in a comprehensive orientation in the world.

Key words

Communication skills

Alternative communication

Hearing impairments

Autism spectrum disorders

Qualitative research

Case study

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne (datum)

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Tímto způsobem bych chtěla poděkovat Mgr. Petru Jánskému Ph.D., za jeho vlídný přístup ke mně a pomoc při mém úsilí, vytvořit tuto práci.

Obsah

Úvod	10
1. Sluchové postižení	12
1.1 Definice pojmu	12
1.2 Typy sluchového postižení	13
1.2.1 Hluchota.....	17
1.2.2 Nedoslýchavost	18
1.2.3 Kombinované postižení	18
2. Poruchy autistického spektra	20
2.1 Základní terminologie	20
2.2 Klasifikace poruch autistického spektra.....	21
2.2.1 Dětský autismus.....	22
2.2.2 Atypický autismus	23
2.2.3 Aspergerův syndrom.....	24
2.2.4 Rettův syndrom	25
2.2.5 Jiná dětská dezintegrační porucha	26
2.2.6 Jiné pervazivní vývojové poruchy.....	27
2.3 Charakteristické rysy pro poruchy autistického spektra	27
3. Komunikace	29
3.1 Komunikace u osob s poruchou autistického spektra	29
3.2 Komunikace u osob se sluchovým postižením.....	31
3.3 Alternativní komunikace	33
4. Cíle a metody výzkumu	40
4.1 Cíle výzkumu.....	40
4.2 Postup sběru dat	41
4.3 Využité metody.....	42
4.4 Výzkumný soubor	42
5. Kvalitativní šetření	43
5.1 Kazuistika Viktora – 9 let.....	43

5.2 Kazuistika Daniela – 6 let.....	47
6. Diskuse	50
Závěr.....	52
Seznam informačních zdrojů	6
Seznam příloh.....	58

Úvod

Komunikace hraje v životě člověka velmi důležitou roli, je základem vytváření mezilidských vztahů, zdrojem informací, výměny znalostí a má své opodstatněné místo i v edukaci. Problém nastává v edukačním procesu jednotlivců se sluchovým postižením, zejména v kombinaci s dalšími vadami.

V této práci se budu zabývat problematikou komunikace u dětí se sluchovým postižením a autismem.

Pro děti sluchově postižené s přidruženým autismem a rodiny, v nichž je takové dítě vychováváno, je řada věcí velmi obtížných. Z každé všední věci se stává nevšední záležitost, s mnohdy vyčerpáním všech sil. Dříve byly tyto děti označovány za nevychované a nepřizpůsobivé, dívalo se na ně skrz prsty, což se ostatně někdy stává i dnes.

V dnešní době je pojem „autismus“ více známý, ale přesto málo probádaný. Nemáme jednotnou definici tohoto onemocnění. Každá definice má pouze společné znaky. Je to možná i proto, že se člení na více druhů. Nedokážeme se adekvátně vžít do pocitů dítěte s poruchou autistického spektra. Mají svůj svět, do kterého nikdo nevidí.

Je proto nezbytné těmto dětem zajistit velkou pozornost, během edukačního procesu individuální přístup, pomoc odborníků na nalezení vhodného způsobu komunikace, který by odpovídal jejich možnostem a schopnostem. Je to způsob, jak umožnit jejich zapojení do běžného života.

V důsledku toho je nezbytné u těchto dětí zajistit možnost komunikovat jiným, jim dostupným, způsobem. Pro náhradu mluvené řeči se využívají různé formy alternativní komunikace.

Hlavním cílem bakalářské práce je popis možnosti využití alternativní komunikace u dětí se sluchovým postižením v kombinaci s dalšími vadami (se zaměřením na autismus).

K dílčím cílům bakalářské práce se dále řadí:

- popis poruch autistického spektra a sluchového postižení,
- charakteristika psychického vývoje dítěte se sluchovým postižením v kombinaci s autismem,
- popis a charakteristika alternativní komunikace a specifických rysů komunikace u dětí se sluchovým postižením a s autismem,
- zpracování dvou případových studií se zaměřením na zjištění možného využití alternativní komunikace u dítěte se sluchovým postižením v kombinaci s autismem v rámci procesu výchovy a vzdělávání,
- navržení doporučení pro pedagogickou praxi – rozvíjení a využívání alternativní komunikace u dítěte se sluchovým postižením v kombinaci s autismem ve vzdělávacím procesu.

Bakalářská práce je strukturována do celkem šesti kapitol. První tři představují teoretickou část práce, další tři poté část praktickou (empirickou). Nejdříve bych je za pomoci vhodných informačních zdrojů chtěla charakterizovat a popsat problematiku sluchového postižení, poruch autistického spektra (PAS) a komunikace u těchto dětí se zaměřením na možnosti alternativní komunikace.

Poté, co jsou tyto poznatky formulovány ve třech kapitolách, je možno přistoupit k formulaci výzkumné části práce. Vycházet lze přitom ze zkušeností z praxe, uvedu především dvě kazuistiky dětí, na jejichž základě bych ráda popsala a shrnula, jaká specifika jsou typická pro komunikaci dětí s kombinovaným postižením a v čem by jim mohla alternativní komunikace prospět, a to v návaznosti na jejich integraci do běžné základní školy a společnosti.

1. Sluchové postižení

Každý člověk je obdařen pěti smysly a sluch je jedním z nich. Ten se řadí mezi nejdůležitější při komunikaci s lidmi, má zásadní význam pro vytváření řeči. Pokud je jakkoli narušený, odráží se tento stav i na stavbě řeči. Velmi záleží na tom, kdy k poškození dochází a jakého je stupně. Poslechem tráví lidé hodně času a sluch představuje rychlý a účinný způsob získávání informací. V České republice patří osoby se sluchovým postižením k početné minoritní skupině zdravotně postižených.

1.1 Definice pojmu

Definice pojmu „zdravotní postižení“ je složitá, také definice pojmu „sluchové postižení“ je nejednotná pro různé oblasti vědy (medicína), společenského života (sociální práce) a různé politické koncepce. Definicí sluchového postižení, jakož i jeho charakteristikou, se zabývá množství odborníků ve svých pracích, knižních publikacích, odborných článcích a také různá speciálně-pedagogická centra při poradenských službách. Každý z nich definuje sluchové postižení rozdílně, ale podstata u každého z autorů je zachycena stejně (Horáková, 2012)

Sluchové postižení se charakterizuje jako porucha sluchu, která se promítá do vývinu jedince podle stupně a rozsahu ztráty sluchové ostrosti a období sluchového postižení (Horáková, 2012)

Z patologického hlediska je sluchové postižení stav, kdy je zásadním způsobem narušena schopnost slyšet. Toto hledisko předpokládá, že tento stav je dočasný a jedinec se sluchovým postižením bude léčen nebo jinak kompenzován. Kompenzací se rozumí různé technické prostředky, naslouchací aparáty, kochleární implantáty, ale i kompenzace odbornými pracovníky - speciálními pedagogy, kteří se snaží překonat sníženou komunikační schopnost a zmírnit tak následky sluchového postižení (Lechta a kol., 2012).

V roce 1980 Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala kategorie sluchových ztrát podle decibelů a to (Lechta a kol., 2010):

- Zdravý sluch: do 25 dB.
- Lehká ztráta sluchu: 26-40 dB.
- Střední ztráta sluchu: 41-55 dB.
- Středně závažná ztráta sluchu: 56-70 dB.
- Těžká ztráta sluchu: 71-90 dB.
- Hluchota: nad 91 dB. Tato kategorizace vychází především ze zdravotního hlediska na problematiku ztráty sluchu.

Z hlediska pedagogiky sluchově postižených je velmi důležitý pedagogický přístup, na jehož základě se děti se sluchovým postižením rozdělují do čtyř skupin: hluché děti, ohluchlé, nedoslýchavé, děti se zbytky sluchu a s kombinovanými poruchami (Vašek a kol., 2001).

1.2 Typy sluchového postižení

I přes dnešní pokroky ve vývoji a množství poznatků se stále přesně neumí určit význam pojmů sluchová ztráta, neslyšící či nedoslýchavé. Obecně se rozlišuje hluchota na vrozenou nebo časně získanou ztrátu sluchu. Za vrozenou se pokládá hluchota, pokud rodič zpozoruje, že dítě do druhého roku života nereaguje na zvuky, které vyvolávají pozornost u zdravého dítěte, v tomto případě se dítě nenaučí ani mluvit a stává se z něj dítě hluchoněmé. O získané hluchotě se hovoří tehdy, když se člověk naučil mluvit a slyšet, ale ohluchl po nějaké nemoci nebo po úrazu (Souralová, 2010).

Sluchové postižení lze chápat jako následek úrazů, nemoci, vývojových poruch a jiných patologických vlivů, při kterých vzniká poškození sluchového systému a jeho jednotlivých částí. Odlišnost mezi neslyšícím a slyšícím dítětem se projevuje pouze ve způsobu komunikace a vnímání světa, v němž žije (Horáková, 2012).

Světová zdravotnická organizace (WHO) klasifikuje sluchové postižení jako druhé nejzávažnější po mentálním postižení. Představuje celoživotní problém, který způsobuje obtíže z hlediska rozvoje osobnosti a přináší s sebou zejména komunikační bariéry ve slyšící společnosti, sníženou schopnost přijímání informací na akustické bázi a přetváření akustických informací na poznatky. Tyto bariéry se projevují v oblasti edukační, pracovní a společenské (Pipeková a kol., 2006).

Organizace spojených národů vymezuje zdravotní postižení, které zahrnuje velké množství různých funkčních omezení, a jejich výskyt v každé populaci a ve všech zemích světa (Lechta a kol, 2010). Nejčastěji se lze setkat s dělením, ve kterém se rozeznává postižení tělesné, mentální a duševní, zrakové, sluchové a řečové. Při sluchovém postižení lze definovat také pojmy, jejichž definice jsou rozdílné (Potměšil, 1999):

- sluchová vada - poškození sluchového orgánu nebo nějaké jeho funkce, která ovlivňuje kvalitu a kvantitu sluchu,
- sluchová porucha - krátkodobého charakteru,
- sluchové postižení - zahrnuje sociální důsledky sluchové vady, včetně komunikačních bariér a charakterizuje jeho širší pojetí.

Sluchové postižení je stav trvalý, příznak nedoslýchavosti může být vyjádřen od lehké nedoslýchavosti až k hluchotě. Takový stav je charakterizován tím, že nikdy nevede ke zlepšení, naopak může se zhoršovat (Novák, 1994).

„Sluchové postižení je širším termínem, který zahrnuje i sociální důsledky, včetně řečového defektu.“ (Potměšil, 1999, s. 16). Dále se uvádí, že existuje velké množství klasifikací poruch sluchu, podle různých kritérií hodnocení a také různé pohledy na poruchy sluchu a osoby s poruchou sluchu.

Vašek (2003) uvádí, že za sluchově postiženou osobu se pokládá taková osoba, u které je v důsledku snížené propustnosti (případně nepropustnosti) sluchového kanálu

příjem sluchových informací výrazně snížen. Sluchovým postižením označuje poškození orgánu - v tomto případě ucha nebo jeho funkce.

Hrubý (1999) mezi osoby se sluchovým postižením zahrnuje:

- osoby generálně nedoslýchavé - ztráta sluchu je výrazná, ale díky zbytkům sluchu se dá sluchová ztráta kompenzovat: například sluchátkem,
- prelingválně neslyšící se sluchovou vadou získanou před ukončením vývoje řeči,
- osoby neslyšící bez zbytku sluchu,
- osoby s kochleárním implantátem,
- osoby, které ztratily sluch v průběhu života,
- osoby se stařeckou nedoslýchavostí (presbyakuzie), ušními šelesty (tinnitus) a hluchoslepotou.

Podle Lechty a kol. (2010) lze členit poruchy sluchu následovně:

- podle období vzniku: jedná se o vrozené nebo získané poruchy sluchu,
- podle stupně poruchy sluchu: lehké, středně těžké, těžké, hluchota,
- podle místa poškození: převodové, percepční (senzorieurální), kombinované a centrální poruchy sluchu,
- podle toho, zda je poškozen jeden nebo oba sluchové orgány: oboustranné a jednostranné poruchy sluchu,
- dle etiologie na vrozené a získané poruchy sluchu,
- dle průběhu postižení na chronické a aktuální poruchy sluchu.

Poruchy sluchu mohou být členěny také podle místa poškození sluchového orgánu na centrální a periferní (Horáková, 2012):

- Centrální porucha sluchu - znamená, pokud má jedinec poškozenou strukturu mozku, nedokáže vnímaný zvuk rozlišit, pochopit, jaký má význam.
- Periferní porucha sluchu - vnímaný zvuk se do centrálních částí dostává jen zkresleně anebo vůbec, což pro postižené znamená, že jej nedokážou zpracovat, ztrácí pro ně hodnotu a význam.

Periferní porucha sluchu se dále dělí na převodovou, percepční a smíšenou poruchu sluchu. Převodové poruchy se považují za následek poškození převodu zvuku v oblasti vnějšího a středního ucha, vyznačují se zejména ztrátami ve složce hlubokých tónů. Dítě má problémy rozeznávat slova mluvená hlasitou řečí. Za příčiny poškození se považuje porušení zvukovodu po nádoru, zánětu, ucpání zvukovodu, úrazu (Lechta a kol., 2010).

Percepční poruchy, při nichž dochází k poruše v oblasti vnitřního ucha, se šepot rozeznává pouze z velmi blízké vzdálenosti a je značně velký rozdíl v rozlišování šepotu a hlasité řeči. Při této poruše je snížena ostrost sluchu pro vysoké tóny, málo se rozeznávají slova s vysokými hláskami a sykavkami. „*Většinou je postiženo vnímání vysokých tónů a nedoslýchaví tak slyší řeč zkreslenou, tedy kvalitativně změněnou*“ (Šlapák, Floriánová, 1999, s. 25).

Smíšené poruchy jsou spojením percepční a převodní poruchy sluchu. Pokud je práh sluchu pro kostní vedení vyšší než 20 dB a pro vzdušné vedení je práh ještě vyšší, rozdíl mezi prahem kostního a vzdušného vedení je více než 15 dB (Šlapák, Floriánová, 1999).

Horáková (2012) popisuje pacienta s těžkou poruchou sluchu vyšší než 90 decibelů, kde už nestačí naslouchací aparát, může pomoci k porozumění řeči implantace kochleárního implantátu. Tvrdí, že výhodou pro pacienta je, že v dnešní době se dá sluch vyšetřit a správně diagnostikovat na audiologickém pracovišti a tak určit správnou léčbu nebo kompenzaci poruchy sluchu. Je to možné už u tříměsíčních dětí.

Zda se dítěti dostane včas taková péče, jakou potřebuje, závisí do značné míry i na rodičích.

1.2.1 Hluchota

Podle Vaška a kol. (2001) představuje hluchota poruchu sluchu, při které postižený nevnímá vnější sluchové podněty, a proto se nemůže dorozumět s okolním světem. Jde o jedince, u kterých nastalo sluchové postižení v raném věku, v období před osvojením řeči (prelingvální období) nebo které ztratily sluch v takové míře, že jejich sluchová funkce byla těžce narušena. Zvuková stránka jazyka bývá i při dobré péči narušená, protože sluchová zpětná vazba kontroly řeči sluchovou cestou je velmi ohraničená.

Úroveň osvojení si řeči je závislá na různých faktorech, především na včasném odhalení sluchové poruchy, využívání vhodných kompenzačních pomůcek, na intenzitě osvojování si řeči. Tato skupina dětí obvykle komunikuje pomocí znakového jazyka (Šlapák, Floriánová, 1999).

Hluchota může být (Horáková, 2012):

- Úplná - nelze při ní vyvolat sluchové reakce. Absolutní hluchota je stav sluchové funkce, kdy sluchově postižený jedinec neprojevuje žádnou reakci na sluchové podněty.
- Neúplná - je možné zjistit zbytky sluchu, ale jsou tak nepatrné, že mají velmi malý význam pro vnímání sluchovou cestou. Stopy sluchové činnosti se dají zjistit v podobě sluchových ostrůvků - zbytků ve sluchovém spektru různého rozsahu. Tyto zbytky jsou minimální a nemají téměř žádný praktický význam.

Hluchotu způsobuje narušený vývoj, trauma nebo chorobný proces, který postihl některou část sluchového analyzátoru, nebo i symptom jiného chorobného procesu.

Hluchota je úplná ztráta sluchu, vrozená nebo získaná. Zděděná hluchota se vyskytuje u více členů rodiny ve více generacích (Lechta a kol., 2010).

1.2.2 Nedoslýchavost

Nedoslýchavost představuje částečnou ztrátu sluchu. *„Jde o jedince, u nichž sluchová vada nastala v období ještě před osvojením si řeči, které ztratily sluch v takové míře, že jejich sluchová funkce byla těžce narušena“* (Schmidtová, 2010, s. 220). Dítě, které od narození špatně slyší, neví, co je to dobře slyšet, a tedy samo nezjistí, že má sluchové postižení. Takové děti nepochopí dobře řeč druhých, nereagují na ni adekvátně. Což bývá někdy příčinou, že se takové dítě považuje za zlobivé, slabomyslné nebo za dítě s poruchou chování.

Jak uvádí Vašek a kol. (2001), nedoslýchavost může být:

- Lehká - postižená osoba nemá viditelné problémy při dorozumívání. Nemůže však sledovat řeč v hlučném prostředí.
- Střední - sluchově postižená osoba je schopna sledovat řeč ve vzdálenosti 1-3 metry. Prostředí musí mít vhodné akustické podmínky, jelikož v hlučném prostředí je porozumění řeči zkreslené.
- Těžká - sluchově postižená osoba slyší řeč z kratší vzdálenosti než je 1 metr.

1.2.3 Kombinované postižení

Neexistuje přesné vymezení pojmu kombinovaného postižení, lze také hovořit o kombinovaných vadách, nebo o těžkém postižení, kdy dochází u dítěte ke vzniku a vzájemné kombinaci více vad či postižení zároveň, což činí vývoj dítěte značně nepředvídatelným a obtížným.

V této souvislosti Monatová (1994, s. 170) uvádí, že kombinované vady neboli vady sdružené v sobě *„zahrnují velmi širokou škálu nedostatků, které přecházejí plynule od průměrných projevů v oblasti fyzických, psychických a sociálních funkcí*

k podprůměrným a k dalšímu zhoršování určitých projevů až k závažným potížím.“ Další charakteristiku kombinovaných vad přináší také Vítková (2004), podle níž kombinované postižení či kombinované vady výrazně omezují člověka ve všech aspektech života. Tito lidé mají značně ztížené možnosti realizace v životě. Kombinované postižení se projevuje v několika aspektech, a to jak v rovině emocí, tak kognice, ve schopnostech tělesných, sociálních a komunikačních (Vítková, 2004).

Vítková (2004) klasifikuje jednotlivé kombinované vady podle oblastí, které jsou u dítěte narušeny a poškozeny. Může tak dojít ke kombinaci smyslového, tělesného, mentálního a sociálního omezení. Tak např. kombinované vady mohou být následující (Vítková, 2004):

- kombinace tělesného a smyslového postižení: osoba s těžkou nedoslýchavostí v kombinaci s tělesným postižením bez mentálního nebo s mentálním postižením,
- kombinace sluchového postižení, mentálního a komunikačního omezení: zde je možno vyzdvihnout dítě, u něhož je zjištěna některá z poruch sluchu v kombinaci s autismem či jinou poruchou autistického spektra, k čemuž se dále přidružuje mentální postižení lehké/středně těžké/těžké.

Slowík (2007) uvádí některé charakteristické rysy pro jedince s kombinovanými vadami (smyslové postižení spolu s poruchami chování, komunikace, psychickými poruchami, jako je např. autismus). U těchto jedinců je možno pozorovat sníženou sociální přizpůsobivost, což se dále kombinuje se smyslovým postižením a nezdůrazněná také s postižením rozumových schopností, příp. se vyskytuje také mentální retardace. Zvýšená ovlivnitelnost se často pojí s mentální retardací, což u těchto jedinců vede k osvojení si nesprávných vzorců chování. Navíc tito jedinci mají ztíženou komunikaci a nápodobu k druhým lidem vzhledem ke svému smyslovému postižení (Slowík, 2007).

2. Poruchy autistického spektra

Děti s autismem jsou svým způsobem jedinečné a převažují spíše rozdíly než podobnosti (Gillberg, Peeters, 2008). Chování a projevy se mění vývojem dětí a souvisí také se stupněm celkového mentálního hendikepu (Thorová, 2008).

Doživotní hendikep se projevuje zejména v oblasti sociálního myšlení, komunikace, dovedností a schopností, které nám umožňují, se adaptovat do běžného života. Přítomnost autismu závažně mění život člověku i celé jeho rodině (Čadilová a kol., 2012).

2.1 Základní terminologie

Názory na autismus prošly řadou změn. Zřejmě také i proto, že vzhledem ke svému velmi nápadnému a zvláštnímu chování budily značnou pozornost. Děti, které by dnes byly považovány za autistické, byly v Hippokratově době označovány za svaté děti, ve středověku naopak za děti posedlé ďáblem, či uhranuté (Thorová, 2012).

Leo Kanner byl první americkým psychiatrem, který identifikoval již v roce 1943 časný dětský autismus, kde základním příznakem bylo nepřiměřené chování u dětí. Projevy byly považovány za symptomy specifické samostatné poruchy. K pojmenování byl inspirován řeckým slovem autos, což znamená v překladu do češtiny sám. Tímto chtěl americký psychiatr vyjádřit domněnku, že děti s autismem jsou ponořeny do vlastního světa, osamělé, nezajímající se o svět kolem sebe, neschopné lásky a přátelství. Poprvé se o autismu zmínil v roce 1911 švýcarský psychiatr E. Bleuler. Termínem autismus označil jeden z příznaků pozorovaných u schizofrenních pacientů. Dodnes se termín autismus používá jak pro označení dílčího projevu psychózy, tak i pro označení Kannerem popsaného vrozeného syndromu. Existují dva rozdílné významy jednoho odborného termínu, které mohou vést k mylnému spojení se schizofrenií (Thorová, 2012).

V minulosti se na autismus pohlíželo jako na psychózu a orientace vedla směrem k psychopatologii. Postupně začal převažovat názor, že lidé s autismem mají celou řadu

specifických problémů. Nakonec byl autismus zařazen mezi vývojové poruchy a ne mezi duševní onemocnění. Výchozím bodem tohoto rozhodnutí bylo porovnání s vývojem zdravého dítěte (Schopler, Reichler, Lansing, 2011).

Porucha autistického spektra je v současné době považována za celoživotní vývojovou poruchu s neurobiologickým základem, která se projevuje do 36 měsíců (Malá a kol., 2000). Významnou roli zde hrají genetické faktory, které se podílejí na vzniku autismu s různým počtem genů v různé míře. Specifické geny tvoří spíše genetickou predispozici ke vzniku poruchy autistického spektra, která teprve v kombinaci s jinými vlivy určuje závažnost poruchy nebo vznik autismu (Thorová, 2012).

České pojetí řadí poruchy autistického spektra mezi pervazivní vývojové poruchy, které patří k nejzávažnějším poruchám dětského mentálního vývoje. Slovo pervazivní znamená všepromikající, prostupující, kde vývoj dítěte je narušen do hloubky v mnoha oblastech. Obtížnost zařazování dětí do určité kategorie pervazivních vývojových poruch a jejich vzájemné překrývání vyvolaly v praxi potřebu vzniku všeobecného termínu (Čadilová a kol., 2012).

V současné době se lze setkat s různými termíny, kterými je tato problematika pojmenována. Mezi nejčastěji se vyskytující termíny, běžně aplikované v laické či odborné veřejnosti patří autismus, poruchy autistického spektra a pervazivní vývojové poruchy. Ve starší odborné literatuře se setkáváme s pojmy časný dětský autismus, infantilní autismus, autistická psychóza nebo autistické rysy (Říhová a kol., 2011).

V České republice je preferováno označení poruchy autistického spektra, zkratka PAS. Termín je výstižnější, protože za primární projev považuje spíše různorodost, spektrálnost než příznaky pervazivní (Říhová a kol., 2011).

2.2 Klasifikace poruch autistického spektra

Mezinárodní klasifikace vznikla na základě požadavků odborníků a mezinárodních organizací. Jejím cílem bylo dosáhnout sjednocení a zpřehlednění dosavadních

zkušeností s posuzováním zdravotního stavu člověka v kontextu společenských změn a vzájemného ovlivňování vnějších a vnitřních faktorů zdraví (Čadilová a kol., 2012).

Poruchy autistického spektra se v současné době diagnostikují podle dvou systémů. V Evropě se používají diagnostická kritéria dle Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) vydávané Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Ve Spojených státech amerických jsou diagnostikována kritéria podle Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch (DSM-IV) Americké psychiatrické asociace (APA) (Thorová, 2012).

V praxi se lépe využívají diagnostická kritéria DSM-IV, jsou přehlednější, lépe definována a pro praktické využití srozumitelnější (Thorová, 2012).

2.2.1 Dětský autismus

Osoby s tímto typem autismu mají vrozenou poruchu, která jim neumožňuje příjem informací, tudíž i běžný kontakt s okolím. Porucha mívá různé stupně závažnosti, které se liší podle míry symptomů. Děti mají sníženou schopnost se učit a flexibilně reagovat v různých sociálních situacích (Čadilová a kol., 2012).

Dětský autismus se projevuje před 3. rokem věku. V České republice je uváděna diagnóza u dětí s autismem od 1,5 roku až 2 let, kde je základem úzká spolupráce odborných lékařů pediatrů, neurologů a pedopsychiatrů. Ve speciálně pedagogických centrech se setkáváme s dětmi ve věku 2,5 až 3 let. V této době se děti připravují na předškolní vzdělávání, kdy se při delší časové konfrontaci se sociálním prostředím vrstevníků projeví nápadné problémy v úrovni jejich sociální komunikace a adaptace (Thorová, 2012).

Při diagnostice je zaznamenán výskyt všech příznaků triády, která zahrnuje potíže v komunikaci, představitosti a sociální interakci. K této triádě se přidávají i další dysfunkce, které mohou být kombinované i s jinými poruchami či hendikepou psychického nebo fyzického rázu (Čadilová a kol., 2012). Specifické projevy deficitů charakteristických pro děti s autismem se mění s věkem dětí (Thorová, 2012).

2.2.2 Atypický autismus

Tato diagnóza bývá užívána jako alternativa k podezřelé diagnóze, která je uváděna jako autistické rysy. Autistické rysy by se neměly zaměňovat za diagnostický závěr. U dětí se najde mnoho specifických sociálních, emocionálních a behaviorálních symptomů, které jsou společné s dětským autismem. Atypický autismus je však diagnózou samostatnou a přesné vymezení v čem spočívá atypičnost symptomatiky, je pro následnou výchovnou a vzdělávací péči důležité (Thorová, 2008).

Americký diagnostický systém DSM-IV termín atypický autismus, jako samostatnou kategorii, nezná. V USA je tato kategorie kritizována kvůli málo vypovídající hodnotě. Výzkum totiž prokázal, že DSM-IV kritéria jsou nedostatečná a není možné atypický autismus diagnostikovat. Proto se používá termín pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná (Thorová, 2012).

Volkmar hovoří, že diagnostika je založena na odhadu a subjektivním mínění diagnostika. Chybí zde měřítko, které by nás navedlo ke správné diagnostice (Thorová, 2012). Kritéria MKN-10 jsou podle Thorové nepřesná. DSM-IV přichází s návrhem, aby diagnóza byla připsána dětem, u kterých jsou zjištěny *„závažné a pervazivní narušení reciproční sociální interakce, verbálních i neverbálních komunikačních dovedností, nebo přítomnost nefunkčního opakujícího se chování, zájmu či aktivit“* (Thorová, 2012, s. 182).

Ve výše uvedeném případě je potom termín diagnóza atypického autismu správně použita. Atypický autismus je diagnostikován, jestliže se první symptomy projeví po zmíněné hranici 3 let věku. Abnormální vývoj je diagnostikován ve všech třech oblastech diagnostické triády. U DSM-IV stačí, aby bylo místo povinných šesti symptomů alespoň čtyři nebo pět. Jedna oblast z diagnostické triády není narušena. Chování dítěte se v mnohém směru podobá těžkému a hlubokému mentálnímu postižení (Thorová, 2008).

Podle Thorové lze říci, že *„pouze část dětí s atypickým autismem má některé oblasti vývoje narušeny méně než děti s klasickým autismem. Může se jednat o lepší sociální“*

či komunikační dovednosti nebo chybí stereotypní zájmy. Vývoj dílčích dovedností je u těchto dětí značně nerovnoměrný. Z hlediska náročnosti péče a potřeby intervence se typický autismus neliší od dětského autismu“ (Thorová, 2012, s. 184).

2.2.3 Aspergerův syndrom

Aspergerův syndrom se řadí mezi poruchy autistického spektra. Tuto problematiku popsal v roce 1944 Hans Asperger (Thorová, 2008). Podle Attwooda se jedná o nejdiskutovanější poruchu autistického spektra (In Říhová a kol., 2011). Mezi odborníky se vedou různé diskuze, zdali je Aspergerův syndrom samostatná jednotka nebo se jedná o část autistického kontinua. V současné době je považován za samostatnou nozologickou jednotku (Thorová, 2012).

Aspergerův syndrom se projevuje kvalitativními poruchami ve stejné triádě oblastí jako autismus, ale není zde přítomná mentální retardace (Patrick, 2011). Z hlediska symptomů bývá uváděn normální raný vývoj. Intelekt u dětí je v pásmu normy tehdy, když má vliv na úroveň dosaženého vzdělání a úroveň sebeobslužných dovedností, ale nezaručuje schopnost samostatného života (Thorová, 2012).

Mezi projevy Aspergerova syndromu patří vývoj řeči, který může být ve srovnání s ostatními dětmi opožděn. Při výskytu tohoto syndromu, se řeč těchto osob jeví jako bezchybná až předčasně dospělá. Mluvní projev je spíše naučený nazpaměť, a to vede k povrchní konverzaci. Hlasový projev může být abnormální, jako příliš silný, skřípavý, hluboký, tempo řeči bývá zpomalené, zrychlené a přednes je monotónní. Pohled takového dítěte bývá abnormální, obvykle upřený a fixovaný na jednu věc. Výraz mimiky i gest je velmi chudý. U dítěte bývá často problém ve vizuomotorice i v pohybové koordinaci. Hrubá motorika je více postižena než jemná. Dítě má problém se naučit jezdit na kole, bruslit nebo lyžovat (Gillberg, Peeters, 2008).

Děti se stejnou diagnostikou se mohou v úrovni adaptability lišit. V raném dětství je obtížné stanovit, k jaké kategorii bude mít dítě v dospělosti blíž. Vysoce funkční Aspergerův syndrom přináší lepší prognózu do budoucnosti. Děti mohou být nadané téměř ve všech oblastech, například v literární, matematickém uvažování atd. Především

záleží na celkové adaptabilitě, podpoře a speciální péči, které se jim dostává v dětství (Thorová, 2012).

V mateřské škole navazuje dítě vztahy se svými vrstevníky a právě mateřská škola bývá obvykle prvním místem, kde se zjišťuje, že dítě má problém (Thorová, 2012). Přátelství navazuje obtížně, spíše o bližší kontakt nestojí a dává přednost hře o samotě. Někteří jedinci mají zájem o dění kolem sebe, ale navazování kontaktu provádějí nevhodným způsobem a většinou nejsou ostatními dětmi přijímány nebo se dokonce stávají terčem žertů a někdy až šikanování (Thorová, 2008).

Thorová (2012) ve své publikaci uvádí, že existuje celá řada studií, které poukazují na to, že i když je část takto postižených lidí schopná žít v domácím prostředí s rodiči, tak najít si zaměstnání a každý den pracovat, je už pro ně problémovější. Ale najde se pár výjimek schopných založit si rodinu a chodit do zaměstnání (Thorová, 2012).

2.2.4 Rettův syndrom

Rettův syndrom byl poprvé popsán v roce 1966 rakouským neurologem Andreasem Rettem (Hort et al., 2000). Do obecného povědomí se dostal v 80. letech (Čadilová a kol., 2012). Od roku 2001 je diagnostikován i v České republice na základě laboratorního vyšetření (Thorová, 2008).

Začátek nemoci se objevuje mezi 7. až 24. měsícem života (Říhová a kol., 2011). Syndrom je doprovázený těžkým neurologickým postižením, která má pervazivní dopad na somatické, motorické a psychické funkce (Thorová, 2008). Příčina syndromu je genetická, je situovaná na raménku X-chromozomu (Hort et al., 2000), který byl objeven v roce 1999 (Čadilová a kol., 2012). Zpočátku nastává normální vývoj, který je však ukončený následovanou ztrátou řeči, manuálních dovedností a zpomalením růstu hlavy (Hort a kol., 2000).

Dochází ke stereotypním pohybům rukou kolem střední osy. Jedná se o kroutivé svírání nebo „mycích“ pohybů rukou v době, kdy se začíná projevovat ztráta funkčních pohybů rukou (Malá a kol., 2000). Typické pro tyto děti je navlhčování rukou slinami,

nedostatečné žvýkání potravy, zrychlené dýchání a také ztráta kontroly nad močením či stolicí (Říhová a kol., 2011).

V pozdějším období se vyvíjí skolióza, kterou lze charakterizovat jako boční vychýlení páteře, při nichž je oslabeno svalstvo páteře a opěrný systém. K tomuto syndromu se přidružuje i epilepsie. Nakonec se člověk stává imobilní neboli nehybný (Malá a kol., 2000).

Podle Thorové se syndrom vyskytuje pouze u ženského pohlaví. Pokud se u dívek projeví přesně diagnostická kritéria, hovoříme o klasickém Rettově syndromu, kterým je postihnuto asi 2/3 z celkově diagnostikovaných dívek. U ostatních je pak diagnostikován atypický Rettův syndrom. Jedná se o mírnější formu syndromu, kde tyto sedí, chodí a mluví (Čadilová a kol., 2012).

2.2.5 Jiná dětská dezintegrační porucha

Dětská dezintegrační porucha, dříve známá pod názvem Hellerův syndrom, Hellerova demence nebo dezintegrační psychóza, byla poprvé popsána speciálním pedagogem z Vídně, Theodorem Hellerem (Malá a kol., 2000). Děti s touto poruchou se vyvíjejí do druhého až čtvrtého roku téměř normálně. K prvním pozorovaným projevům patří agrese, emoční labilita a hyperaktivita. Regres zasáhne oblast komunikace, sociálního chování a sebeobsluhy (Čadilová a kol., 2012).

V konečné fázi nastane období stagnace, ve kterém dochází k náhlému zhoršení stavu (Thorová, 2012). Příčina vzniku dětské dezintegrační poruchy není doposud známa. Ve spojení s dezintegrační poruchou se uvádí častý výskyt epileptických záchvatů. Nicméně žádné výsledky výzkumu nebyly natolik konzistentní, aby prokázaly přímé spojení mezi epilepsií či jinou neurologickou poruchou. Z celkového hlediska adaptability tato porucha patří do skupiny nízko funkční, kde mívají děti především těžší typ mentální retardace a bývají více sociálně odtahované (Thorová, 2012).

Tato porucha je velice vzácná. Náhlý výskyt příznaků, svědčící pro tento typ autismu, je obrovskou zátěží pro rodiče. Ze všech poruch autistického spektra je dezintegrační porucha v tomto ohledu nejproblémovější (Thorová, 2012).

2.2.6 Jiné pervazivní vývojové poruchy

Do této skupiny lze zařadit pervazivní vývojovou poruchu nespecifickou F84.9. Podle Thorové se do této kategorie zařazují děti, které mají komunikaci a sociální interakci do jisté míry narušenou, ale neodpovídají diagnóze autismu nebo atypickému autismu. V porovnání s dětmi autistickými se symptomy nevyskytují ve velké míře, což ale neznamená, že péče o takovéto děti není náročná. Tato porucha bývá především u dětí, které mají těžší poruchu aktivity a pozornosti. K dalším příznakům řadíme nerovnoměrně rozvinuté kognitivní schopnosti a mentální retardaci. Dále sem patří děti s výrazně narušenou oblastí fantazie. Mají malou schopnost rozeznávat mezi fantazií a realitou, což vede až k potížím s kvalitou komunikace a sociální interakce (Thorová, 2012).

Řadí se sem také děti se schizotypními a schizoidními rysy, kterým nevyhovuje diagnostika konkrétní poruchy autistického spektra (Thorová, 2012). Porucha je považována za kategorii přechodnou, tudíž je nutné dítě průběžně diagnosticky sledovat, a poruchu specifikovat v pozdějším věku (Čadilová a kol., 2012).

Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby Jedná se o kombinovanou poruchu projevující se společným výskytem mentální retardace, stereotypními pohyby a hyperaktivitou, která je v adolescenci nahrazena hypoaktivitou. U této poruchy se nevyskytuje sociální narušení autistického typu (Malá a kol., 2000).

Obě poruchy se nevyskytují v Evropě příliš často. Jejich diagnostická kritéria nejsou přesně definována a lze je považovat za neurčitou a nikterak sběrnou kategorii (Čadilová a kol., 2012).

2.3 Charakteristické rysy pro poruchy autistického spektra

Pro poruchy autistického spektra je společný výskyt triády příznaků, které byly vymezené britskou psychiatrickou Lornou Wing v 70. letech 20. století. Autistická triáda je tvořena třemi stěžejními oblastmi. Těmi jsou sociální interakce, komunikace

a představivost ve spojení se zvláštními zájmy a stereotypním chováním (Urbanovská, 2011).

Porucha sociální interakce, s měnící se hloubkou postižení, se u jednotlivých dětí s autismem výrazně liší. Lze říci, že sociální intelekt je vždy vůči mentálním schopnostem dítěte s poruchou autismu v hlubokém deficitu (Thorová, 2012). Děti s autismem projevují malý zájem navazovat sociální či fyzický kontakt se svojí rodinou nebo s ostatními lidmi. Nemají zájem o mazlení, objímání nebo chování. Ani o společenské hry neprojevují zájem a s ostatními dětmi nenavazují přátelské vztahy a raději se stahují do ústraní. Mají malou schopnost projevit své potřeby, sdílet radost s ostatními, proto je jejich sociální kontakt pasivní. Děti jsou nekomunikativní, samotářské a většinou se vyhýbají se přímému očnímu kontaktu. Empatie a sociální intuice jsou rovněž omezeny. Neumí se vžít do situace druhých a zdají se být nevychovaní, nezdvořilí (Thorová, 2012).

Někdy mohou být však naopak i velmi aktivní a chtějí se do společenských her zapojovat. Snaží se navazovat kontakt s ostatními, ale velice zvláštním a neobratným způsobem. Vrhají se mezi ostatní děti, ničí hračky a budí dojem agresivity. Nevnímají dění kolem sebe, mají snížený práh bolesti a chybí jim empatie, kdy neumí odlišit živé od neživého. Nechápu pravidla společenského chování, napodobují ostatní děti, lidi, aniž by rozuměli, o čem hovoří nebo co právě dělají. S věkem se ale, u dítěte s autismem, většinou kontakt s blízkými osobami zlepšuje. Rovněž záleží na osobě člověka, se kterým se tyto děti kontaktují a na mnoha dalších okolnostech. Jednotlivé způsoby chování se u jednotlivých dětí různě prolínají (Thorová, 2012).

3. Komunikace

Kapitola se věnuje základním poznatkům o komunikaci u osob s poruchou autistického spektra a u osob se sluchovým postižením. V návaznosti na tyto informace je možno se následně zabývat důležitými poznatky o alternativní komunikaci. Veškerý odborně informační aparát, v této části bakalářské práce, povede k jeho aplikaci v následném empirickém – kvalitativním výzkumu.

3.1 Komunikace u osob s poruchou autistického spektra

Poruchy autistického spektra jsou primárně poruchami komunikace. Opožděný vývoj řeči patří mezi první příčiny znepokojení. Zhruba polovina dětí si nikdy neosvojí řeč na takovou úroveň, aby sloužila ke komunikačním účelům (Thorová, 2012).

Z poruch autistického spektra mají řeč nejméně narušenou lidé s Aspergerovým syndromem. Jejich pasivní slovní zásoba bývá bohatá. V testech myšlení dosahují průměrných či nadprůměrných výsledků. Děti téměř nevyužívají gesta, jejich mimika je nedostačující a emoce jsou velice slabé nebo spíše žádné. Málo dětí s autismem si osvojí mluvenou řeč. Spíše se jedná o četné echolálie, to znamená, že děti opakují slova nebo dlouhé výroky, které dříve zaslechly. Obvykle hovoří ve 2. osobě jednotného čísla (Říčan a Krejčířová, 2006).

Porucha komunikace se u dětí s autismem projevuje na úrovni receptivní (porozumění) i expresivní (vyjadřování), verbální i neverbální (Thorová, 2012).

Verbální komunikace dětí s autismem

Jedná se o časté narušení expresivní složky řeči. Lze se setkat s dětmi, které buď nemluví, nebo mluví málo. Děti s autismem často lidské řeči nerozumí a vnímají ji jako změť zvuků, které nechápu a nepředstavují pro ně žádný informační přínos. U dětí s autismem, které verbálně komunikují, zaznamenáváme odlišnosti v oblasti prozodie. Verbální projev je mechanický, monotónní a umělý. Chybí expresivní zabarvení, modulace hlasu je příliš hlasitá nebo neslyšná. I rytmus řeči je pozměněn.

Slova i slabiky jsou buď krátké, nebo protahované. Také dochází k nepochopení jemných prozodických nuancí v řeči ostatních lidí. Může to být jedno z vysvětlení, proč lidé s poruchami autistického spektra nerozumí ironii a dvojsmyslům (Urbanovská, 2011).

V řeči dětí s autismem se setkáváme s logoreou. Jedná se o řazení slov a to řazení slov bez jakýchkoliv pravidel. Dalším projevem je echolálie neboli opakování slyšených slov a vět. Obvyklá je i literární přesnost, to znamená, že vše co je řečeno, je chápáno doslovně. Děti odpovídají i na řečnické otázky a tím často, nevědomky, provokují komunikačního partnera. Těžko se vyrovnávají s dvojsmysly, slovními hříčkami a žerty. Řečené informace chápou přesně a doslovně, proto odpovídají pregnantně na položené otázky. Například po položení otázky „Víš kolik je hodin?“, očekáváme informaci o časovém údaji. Ale při komunikaci s dítětem s poruchou autistického spektra téměř jistě dostaneme odpověď „Ano, vím.“ (Urbanovská 2011).

Při komunikaci působí děti s autismem egocentricky, chybí jim spontaneita a empatie. Nevnímají potřeby a zájmy komunikačního partnera. Výrazně problematické je u nich především vyjádření svých emocí. Často užívají vulgarismy, pokládají společensky nevhodné dotazy, nerozlišují mezi tykáním a vykáním. Problémy jim činí udržení plynulé konverzace. Neví jak rozhovor začít, kdy udělat pauzu a nechat mluvit partnera. Netuší také, jak konverzaci ukončit (Urbanovská, 2011).

Neverbální komunikace dětí s autismem

Neverbální komunikace těchto dětí se projevuje v odlišné mimice, postavení těla, očním kontaktu a užívání gest. U gest chybí deklarativní ukazování, které slouží k připoutání pozornosti. Gesto, jako je například pokývání hlavou, je využíváno pouze sporadicky. Mimika neodpovídá dané situaci a neplní komunikační funkci. Výraz jejich obličeje je nevýrazný, pro druhé obtížně čitelný. Při komunikaci má dítě s autismem neobvyklé postavení těla, například nakloněnou hlavu, svěšená ramena nebo je schoulené do klubíčka. Optimální vzdálenost od komunikačního partnera nevnímá, tudíž ji není schopno dodržet. Stojí buď příliš natlačené na posluchače, nebo se od nich

naopak otočí, případně příliš vzdálí. Co se týče oblasti očního kontaktu, můžeme se setkat s vyhýbáním se pohledu do očí, stejně jako u jiného autisty s ulpívavým pohledem (Urbanovská, 2011).

3.2 Komunikace u osob se sluchovým postižením

Primárním problémem osob se sluchovým postižením je eliminace komunikační bariéry. Je požadováno, aby si osvojili formu komunikace, která je nejrozšířenější, a prostřednictvím ní získali dovednosti, které jim vytvoří podmínky pro přiměřené společenské a pracovní uplatnění (Schmidtová, 2011).

Mezi nejdůležitější komunikační prostředky sluchově postižených řadí Tarcsiová (2005):

- primární komunikační formy,
- sekundární komunikační formy,
- pomocné technické komunikační prostředky.

Jak dále Tarcsiová uvádí, primární komunikační formy tvoří samostatné jazykové systémy. Považují se za nejdůležitější a nejefektivnější, neboť se jejich prostřednictvím zprostředkovávají plnohodnotné informace. Mezi primární komunikační prostředky lze zařadit mluvený jazyk, znakový jazyk a písemnou formu jazyka. Tyto formy jazyka umožňují komunikaci osobám se sluchovým postižením v rozličném prostředí, s různými osobami (Tarcsiová, 2005).

Mluvený jazyk je, byl a bude formou komunikace, kterou osoba musí, vzhledem k ekonomickému a sociálnímu uplatnění, ve většinové společnosti ovládat. Majoritní společnost hodnotí, na základě úrovně jazykového projevu, každého jedince a proto ti, kteří mají problémy s komunikací v běžně používané formě, jen obtížně mohou dosáhnout určité sociální a pracovní pozice.

Řeč je zásadní dovedností sluchově postiženého jedince, pokud se má dorozumívat verbálně. Tento jedinec se často opírá i o zrakové vnímání a odezírá řeč podle pohybu

mluvidel a vnímá i nonverbální sdělení z obličejové mimiky a celkového pohybu těla. Dorozumívání se uskutečňuje na základě percepce a dle výkonové složky. Percepční složka umožňuje vnímat řeč, je to pasivní řeč a výkonná složka produkuje výslovnost slov, vět, větných celků, a tím tvoří aktivní řeč. Při vytváření řeči dítěte se sluchovým postižením se nejprve učí rozumět, ať je to verbální řeč nebo znakový jazyk, následně se k tomu přiřazuje logopedická aktivita a budování (pokud to je možné) mluvené řeči. Pasivní řeč předchází aktivní řeči. U jedinců se závažným sluchovým postižením neprobíhá vnímání řeči sluchem, ale zrakovým, hmatovým a kinestetickým vnímáním (Vašek a kol., 2001).

U těžších sluchových vad je řeč osob odlišná od řeči slyšících v mnoha ohledech. Například fyziologicky jsou za to odpovědné tyto faktory (Vašek a kol., 2001):

- nesprávné dýchání,
- nápadně hlasité dýchání,
- přerušovaná výdechová fáze,
- odlišné modulační faktory řeči.

Velmi důležité je pro děti s poruchou sluchu co nejlepší osvojení si verbální řeči, neboť se jedná o nejrozšířenější formu komunikace (Schmidtová, 2011).

Jak uvádí Tarcsiová (2005), písemná forma jazyka byla vždy důležitá pro vzdělávání a sebevzdělávání osob. Technickým vývojem vzrůstá potřeba ovládnutí písemných forem jazyka i u sluchově postižených jedinců. Různá technická zařízení umožňují bezproblémovou komunikaci, rozšiřují možnosti pracovního uplatnění těchto osob (Vašek a kol., 2001).

Písemná řeč nutně doplňuje orální řeč. Písmo je fonetické. Písemná řeč má velký vliv na rozumový vývoj a rozvoj myšlení lidí se sluchovým postižením. Dítě s poruchou sluchu písmo většinou velmi rychle chápe a jeho naučení mu nedělá velké potíže (Vašek a kol., 2001).

Tarcsiová (2005, s. 15) uvádí, že *„znakový jazyk je forma komunikace, která je dominantní ve společnosti neslyšících, a to i v případě osob, které dobře ovládají mluvený jazyk.“*

Podle Vaška a kol. (2001) znakovou řeč používá jedinec se sluchovým postižením na vyjádření svých myšlenek. Pro lidi se sluchovým postižením je znaková řeč kompenzačním prostředkem orální řeči. Přirozené posunky jsou pro ně jednoduché a srozumitelné. Vytvářejí se individuálně na vyjádření vztahu k okolí, k různým předmětům. Jelikož se vytvářejí individuálně, nejsou jednotné. Konvenční posunky jsou symbolické, označují se jimi i abstraktní pojmy. Jsou platné v kolektivu jedinců se sluchovým postižením a většina slyšící populace jim nerozumí (Vašek a kol., 2001).

3.3 Alternativní komunikace

Lechta a kol. (2011) uvádějí, že u dítěte, u něhož nelze rozvíjet mluvenou řeč, je možno využívat alternativní komunikační prostředky, jako jsou např. posunky, prstové znaky, piktogramy nebo jiné symbolické prostředky. U dětí, které mají sluchové postižení, a zároveň se u nich zjistí mentální retardace, lze využít celou řadu dalších, náhradních forem komunikace, jako jsou např. fotografie, obrázkové, grafické nebo symbolické systémy. U dětí s kombinovaným postižením s autismem se často úspěšně využívá program TEACCH. Může být dále využito také přirozených gest a mimiky (Lechta a kol., 2011).

Švarcová (2006, s. 119) uvádí, že *„označení alternativní komunikace se vztahuje na systémy, které mají plně nahradit mluvenou řeč, která se buď nevyvinula, nebo zanikla.“* Alternativní komunikace představuje jakýsi přístup k jednotlivcům, kteří mají mentální, tělesné nebo kombinované postižení. Tento typ komunikace se využívá v případech, kdy dochází k selhání mluvené řeči (Škodová, Jehlička a kol., 2007).

Alternativní komunikace slouží jako kompenzace mluvené řeči. Mezi základní systémy kompenzující mluvenou řeč patří neverbální projevy:

- mimika,
- oční kontakt,
- gesta,
- haptika,
- proxemika. Tyto systémy nevyžadují pomůcky, vystačí samotné pohyby těla. Patří sem však i systémy dorozumívání s pomůckami, jako jsou fotografie, obrázky, předměty a symboly (Lechta, 2006).

Cílem alternativní komunikace je zajistit jednotlivcům, kteří mají problémy v komunikaci, možnost pochopit systém komunikace a podílet se tak na životě ve společnosti (Klenková, 2006).

Žáci s mentální retardací (což jsou často také jedinci s kombinovaným postižením) často v komunikaci využívají řeč těla, tedy mimiku a gesta na to, aby zvýraznily informaci, kterou chtějí vyjádřit. Pokud je pozornost zaměřena na žáka, jehož řeč je určitým způsobem omezena nebo není vůbec přítomna, tak je využívání alternativních způsobů komunikace více než vítáno (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Systém alternativní komunikace umožňuje dětem, které v důsledku narušení nekomunikují, pojmenovávat a označovat předměty a jevy ze svého okolí, a tak rozvíjet jejich komunikační kompetence. Díky tomu se pasivní nekomunikující žák stává aktivnějším při poznávání prostředí, ve kterém žije. I když tento systém nedosahuje nutně takové jazykové úrovně a slovní zásoby, jako běžná verbální komunikace, zajistí těmto jedincům dorozumívání alespoň na základní úrovni (Housarová, 2011).

Symboly slouží k tomu, aby mohla probíhat komunikace beze slov. Lze je definovat jako něco, co představuje reálné předměty, žádosti, potřeby.

Symbole využívané v alternativní komunikaci se dělí na:

- symboly bez pomůcek - představují gesta, řeč těla a různé manuální znaky. Tyto symboly jsou součástí neverbální komunikace. Už malé dítě, dříve než začne komunikovat, využívá různá gesta, ukazuje na své tělo, natahuje se za něčím, a tak se dokáže do určité míry dorozumět s blízkým okolím. Pokud se hovoří o těchto symbolech, jako o součásti komunikace dětí s kombinovaným postižením, je třeba vyzvednout potřebu využívání komunikačních prostředků, jako jsou gesta. Jsou dětem naprosto přirozená a vlastní, a je třeba je u nich podporovat.
- Symboly s pomůckami - tyto symboly, na rozdíl od přirozených projevů těla, vyžadují ke znázornění podávané informace pomůcky z venku. Jde o různé předměty, fotografie, kresby či o písmo v symbolech abecedy. Nejvyužívanějšími pomůckami v praxi jsou reálné předměty, je to první způsob komunikace, po kterém dítě sáhne. V případě, že se chce napít, může donést hrneček nebo pohár. Pokud dítě komunikuje tímto způsobem, zvykne si používat zmenšeniny některých větších předmětů denní potřeby. Problém při takovéto komunikaci nastává tehdy, nemá-li dítě požadovaný předmět k dispozici v momentě, kdy potřebuje uspokojit potřebu s ní související (Bondy, Frost, 2007).

V praxi jsou jako pomůcky využívány i různé fotografie znázorňující osoby, předměty, případně místa či činnosti. Jejich využití má významnou úlohu, neboť tyto symboly jsou realistické a podávají informaci jasněji, než je tomu u kresby. Pro dítě mají i citový význam, znázorňují totiž jemu blízké osoby nebo zážitky (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Další pomůckou znázorňující různé symboly, jsou již zmíněné kresby, nebo kreslené obrázky v různých provedeních, ať již černobílé nebo barevné. Znázorňují širokou škálu předmětů, lidí, činností, ale i pocity či společenská pravidla. Tyto

tzv. komunikační obrázky jsou dostupné v obchodech, připravené na používání (Janovcová, 2010). Jako pomůcku lze označit i jednotlivá písmena abecedy, které se spojují do slov a srozumitelně tak předávají informace. Komunikace je v tomto případě možná i s osobou, která nezná jinou alternativní formu komunikace (Bondy, Frost, 2010).

Typy alternativní komunikace se rozlišují podle symbolů, které se při komunikaci využívají. Patří sem symboly dynamické a statické. Dynamické v sobě zahrnují pohyby. Sem, podle Klenkové, patří:

- gesta,
- prstová abeceda,
- znaková řeč,
- znakový jazyk,
- systém Makaton.

Mezi statické systémy alternativní komunikace se dále řadí piktogramy, komunikační systém Bliss a komunikační tabulky (Klenková, 2006).

Dynamická forma alternativní komunikace

K dynamické formě alternativní komunikace patří např. gesta. Ty se považují za přirozenou formu komunikace v případě, že jednotlivec neumí používat řeč. Používání gest lze přirovnat k natahování se po něčem. V takovém případě by komunikace znázornila situaci, kdy osoba, se kterou je komunikováno, reagovala na otázku „Vyber si, co chceš?“ natažením se za požadovaným předmětem. Mezi nejčastěji využívaná gesta lze zařadit vertikální a horizontální kývání hlavou, znázorňující souhlas nebo nesouhlas. Kývání například rameny vyjadřuje nevědomost, mračení se použije při nespokojenosti a natahování rukou vyjadřuje žádost o pomoc. I tyto projevy patří do této kategorie. Stejně jako zamávání na pozdrav, či posílání polibku, který má význam pro navazování sociální interakce (Janovcová, 2010).

Prstová abeceda představuje typ verbální řeči, která je realizována prsty. Tento pohyb prstů znázorňuje velká tiskací písmena abecedy. Původ prstové abecedy pochází z klášterů a věznic, kde nebylo možné používat mluvenou řeč. Později ji pedagogové začali využívat jako pomůcku u jedinců, u nichž se řeč nevyvinula. Rozlišují se dva druhy prstové abecedy, a to jednoruční (východní Morava, Slovensko) a dvouruční (Česká republika), jak je uváděno na webových stránkách ruce.cz (2005).

Následující obrázek poukazuje na systém dvouruční prstové abecedy, která je zcela typická pro praxi využívanou v České republice. (Viz také příloha č. 1)

Obr. 1: Dvouruční typ prstové abecedy



Zdroj: Fikejs - ruce.cz (2005)

U dětí s kombinovaným postižením (v návaznosti na autismus s mentální retardací) je adekvátnější využívat dvouruční abecedu, jejíž znázornění lépe kopíruje tvar písmen. Jde tedy o manuálně znázorněné písmo, sestavené z různých poloh prstů, což umožňuje hláskování slov, a tím převádět na řeč. Alternativní komunikace využívá prstovou abecedu i v případech, kdy pro slovo, které chce znázornit, neexistuje symbol (Janovcová, 2010).

Znaková řeč představuje systém manuálních znaků, které se využívají na lehčí odezírání z úst. Jde tedy o spojení pozice ruky vzhledem k obličeji a artikulace slabiky. Podávané informace tedy nepramení pouze z polohy rtů, ale také z polohy prstů ruky a z mimiky komunikujícího (Vašek, 2003).

Polohy jedné ruky znázorňují souhlásky a umístování druhé ruky v okolí úst znázorňuje samohlásky. Znaková řeč je označována i anglickým pojmem „cued speech.“ Její podstata spočívá v soustředění se na slabiku nesoucí přízvuk a melodii, které mají nesmírný význam při budování řeči u dětí se sluchovým postižením (Tarciová, 2005).

Statická forma alternativní komunikace

Mezi statickou komunikaci se řadí podle Klenkové (2006) následující druhy komunikace:

- piktogramy,
- komunikační tabulky,
- systém Bliss.

Piktogramy představují jednoduchou formu zobrazování předmětů, činností nebo vlastností. Zobrazení není komplikované, díky tomu je srozumitelné všem zúčastněným v komunikaci. Vzájemným skládáním piktogramů se dají vytvářet i srozumitelné věty (Klenková, 2006). Využívání piktogramů u žáků s kombinovaným postižením má opodstatněné místo, neboť jejich aplikace usnadňuje orientaci v běžném životě.

Rozšiřování souboru piktogramů zajišťuje větší možnosti komunikace (Lechta a kol., 2011).

Janovcová (2010, s. 20) pak dále uvádí, že „piktogramy ke komunikačním účelům použijeme zpravidla tehdy, když dítě z různých příčin není schopno (obvykle z důvodu mentální retardace nebo nízkého věku) dekódovat písmo. Pomocí piktogramů mohou jedinci s narušeným komunikačním procesem, výlučně ti, co neumí používat mluvenou řeč, vyjádřit své pocity a potřeby.“

Piktogramy příznivě působí na edukační proces žáků. Jejich využíváním jsou žáci aktivnější vzhledem k tomu, že mohou vyjadřovat své pocity, potřeby a komunikovat s okolím, místo toho, aby jen pasivně naslouchali, co se kolem nich děje (Klenková, 2006).

Následující obrázek č. 2 poukazuje na některé typy piktogramů, které mohou být využívány právě u žáků (dětí) s kombinovaným postižením, neboť se osvědčily také v praxi u dětí s autismem a lze očekávat, že pomohou i u dětí, kde je autismus kombinován se sluchovou vadou. (Viz také příloha č. 2)

Obr. 2: Využívané piktogramy v praxi



Zdroj: Jiný svět (2015)

4. Cíle a metody výzkumu

Při empirickém výzkumu jde o systematické shromažďování informací vědeckými prostředky. Nemusí nutně ověřovat získané poznatky hypotézami, ale především lze tyto považovat za hodnověrné podklady.

Práce s dětmi se sluchovým postižením, jejichž primární porucha je kombinována s autismem (kombinované postižení) vyžaduje kvalifikovanost pedagogického personálu (učitelů). Jedná se totiž o náročný proces, při kterém se učitelé potýkají s problémy různého typu. Aby práce byla efektivní a dosahovala pozitivních výsledků, musí být tyto problémy překonávány a pedagogové se musí neustále vzdělávat.

Metod, které pomáhají pozitivně ovlivnit vývoj dítěte s kombinovaným postižením, je několik. V této části práce mohu čerpat z vlastních pracovních zkušeností s poukazem, jaké možnosti alternativní komunikace, jakož i komunikace, jako takové, jsou u dětí s kombinovaným postižením.

V návaznosti na celou problematiku bakalářské práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Ten vychází z rozhovorů a pozorování i přímého kontaktu s dětmi s kombinovaným postižením. Mojí snahou je nahlédnout do práce pedagogů, kteří se věnují dětem se sluchovým postižením, u nichž je jejich primární porucha kombinována s autismem, což celkově velmi ztěžuje práci s těmito dětmi.

4.1 Cíle výzkumu

Byl stanoven následující hlavní cíl výzkumu: zjistit, která forma alternativní komunikace je nejefektivnější pro žáky s kombinovaným postižením. Tomuto hlavnímu cíli výzkumu odpovídají také stanovené dílčí cíle:

- Zjistit, které techniky alternativní komunikace jsou u žáků využívány v rámci procesu vzdělávání a výchovy.
- Zjistit, která forma alternativní komunikace se jeví jako nejúčinnější a která by mohla být s úspěchem aplikována u dětí s kombinovaným postižením.

- Stanovit, jaké jsou specifické rysy komunikačních schopností u dětí s kombinovaným postižením na základě zpracování dvou případových studií (kazuistik).

V návaznosti na zpracované cíle kvalitativního výzkumného šetření byly stanoveny tyto dvě výzkumné otázky:

1. Která z forem alternativní komunikace bude pro žáky s kombinovaným postižením nejvhodnější (za účelem rozvíjení jejich komunikačních schopností)?
2. Je využívání systému piktogramů u dětí s kombinovaným postižením přínosné pro jejich rozvoj a vývoj komunikačních schopností?

4.2 Postup sběru dat

V bakalářské práci jsem aplikovala metodu kvalitativního výzkumu, jehož prostřednictvím je možno lépe pochopit předkládanou a řešenou problematiku a více tak proniknout do daného problému, do jeho vzájemných vztahů a postojů. Výhodou kvalitativního výzkumu je přímá sociální interakce mezi respondenty a výzkumníkem. Zároveň pomáhá výzkumníkovi reagovat na chování respondenta. Pro její zpracování jsem použila především metodu případové studie, která se v krátkosti zabývá anamnézou daného dítěte a více pak rozebírá jeho komunikační schopnosti a práci v této oblasti.

Veškeré informace, které v případové studii uvádím, jsem získala na základě své pedagogické praxe a při práci s dětmi. Vypracovala jsem dvě kazuistiky dětí s kombinovaným postižením, a to zejména z důvodu, že se běžně ve své praxi neseťkávám s dětmi, u nichž by bylo sluchové postižení kombinováno s autismem. Mohu říci, že se jedná o velmi náročný výchovný a vzdělávací proces, neboť již děti primárně autistické mají svá závažná specifika, což je v tomto případě dále kombinováno se sluchovým postižením. Z tohoto důvodu je nutno právě u nich v co nejvyšší míře aplikovat metody alternativní komunikace.

4.3 Využité metody

Jak bylo uvedeno v úvodu této kapitoly, jako základní metoda byl zvolen kvalitativní výzkum, protože podle Hendla (2012) kvalitativní metody zprostředkovávají hlubší porozumění společenským jevům, než by se získalo z čistě kvantitativních dat. V rámci kvalitativního výzkumu jsem zpracovala dvě případové studie dětí s kombinovaným postižením v návaznosti na možnosti a rozvoj komunikačních schopností. Veškeré údaje o dětech jsem získala během své pracovní praxe na základě pozorování, práce s nimi i dle anamnestických dat od jejich rodičů a zúčastněných pedagogů.

Hendl (2012) také uvádí, že kvalitativní výzkum se obvykle realizuje na malém vzorku dotázaných, přičemž k aplikovaným metodám se obvykle používá rozhovor, pozorování nebo případové studie. Výhodou kvalitativního výzkumu je, že jsou nízké náklady ve srovnání s kvantitativními výzkumy a nezkreslené poznání samotné reality, která má strategický význam.

4.4 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor je tvořen dvěma dětmi, chlapci Viktorem a Danielem. Z důvodu ochrany osobních údajů byla jejich jména změněna. Viktorovi je v současnosti devět let. Danielovi 6 let. Viktor dochází do speciální školy, v níž jsou vzděláváni nejenom žáci s autismem a se sluchovým postižením, ale také žáci s různou úrovní mentální retardace (mentálního postižení). Daniel je doma vychováván převážně matkou, do mateřské školy nechodí, byl mu udělen odklad školní docházky

5. Kvalitativní šetření

Tuto kapitolu je možno považovat za stěžejní, neboť v ní analyzuji a popisu dvě případové studie dětí – chlapců s kombinovaným postižením, s nimiž jsem měla možnost po určitou dobu pracovat během své pedagogické praxe. Údaje, které uvádím v rámci jejich anamnézy, vycházejí nejenom z rozhovoru s rodiči, ale také z lékařských zpráv či z jiných dokumentů, které mi byli ochotni rodiči poskytnout.

V rámci jednotlivých kazuistik jsem se pouze v krátkosti zaměřila na rodinnou a osobní anamnézu dítěte a více se zaměřila na jejich komunikační schopnosti a na jejich další rozvíjení. V důsledku toho je možno následně shrnout dosažená zjištění a doporučit návrhy do praxe, které povedou k zefektivnění a většímu využívání jednotlivých forem alternativní komunikace. Díky tomu bude moci, v závěru bakalářské práce, být zodpovězen stanovený hlavní cíl práce a dvě výzkumné otázky (viz předchozí kapitola).

5.1 Kazuistika Viktora – 9 let

Rodinná anamnéza:

Otci je 40 let, je zaměstnán, má ukončené středoškolské vzdělání. Matka má 37 let, pobírá příspěvek na péči o dítě se zdravotním postižením, má absolvovanou vysokou školu. Jedná se o rodinu úplnou. Chlapec má mladšího sourozence (sestřičku Adélku), se kterým vychází velmi dobře, a nejeví vůči němu známky agresivity. Oba rodiče mají, navzdory problémům, vytvořen velmi pozitivní vztah k dítěti. Pečuje o ně převážně matka, otec je v práci. Pokud má volný čas, věnuje se synovi. Z chování chlapce je zjevné, že je v otcově společnosti rád. Matce otec pomáhá, a pokud je to možné, odlehčí jí a dává jí dostatečný prostor k seberealizaci, regeneraci a relaxaci.

Osobní anamnéza:

Viktor je prvorozeným dítětem. Narodil se v termínu, při porodu však nastaly komplikace, dítě bylo resuscitováno. Následně bylo sledované v poradně rizikových novorozenců, byla u něj zjištěna vyšší míra dráždivosti (hyperirritace). Následně byl chlapec dlouhodobě sledovaný v neurologické ambulanci. Sedět začal jako 10 měsíční, chodit jako 15 měsíční. První slova se objevila ve 14 měsících, potom však asi v 1,5 roce začal vývoj řeči zaostávat. Po dokončení třetího roku se začaly objevovat změny v chování. Viktor se pro své okolí začal chovat podivně. Ve 2,8 roku mu byla zjištěna středně těžká percepční nedoslýchavost a přidělena sluchadla. Rodiče ihned zajistili logopedickou péči a spojili se s SPC pro sluchově postižené. Zpočátku se zdálo, že rozvoj chlapce mluvenou řečí bude možný, živě se zajímal se o obrázky, které mu byly předkládány, částečně se dařilo i vyvozovat hlas a artikulaci samohlásek. Podařilo se vytvořit některá jednoduchá slova, jako haf, ham, papa, vývoj však příliš nepokračoval. Výsledky neodpovídaly vynaloženému úsilí všech zúčastněných. Čím dále, tím více odmítal práci u zrcadla, vydržel pracovat pouze několik málo minut, nedařilo se rozvíjet motoriku mluvidel. Rád skládal podle slovních pokynů obrázky, velmi dobře a rád hrál pexeso, přitahovala ho písmenka, která se brzy naučil rozeznávat za pomoci prstové abecedy. Jeho chování však bylo stále problematické, pokud mu nebylo umožněno vykonávat oblíbenou činnost, projevovaly se u něj záchvaty vzteku, provázené obtížně utišitelným křikem. Občas se bavil tím, že poslouchal svůj křik a rotoval v místnosti stále dokola, okolo své osy. Mezi oblíbené hry patřilo řazení stejných předmětů podle velikosti, apod. O dotyky a mazlení příliš nestál, spíše je trpně snášel. Takovéto zvláštnosti se časem postupně stupňovaly. Rodiče tyto nápadnosti přisuzovali sluchovému postižení a narušené komunikační schopnosti syna a doufali, že s dalším vynaloženým úsilím se toto chování vytratí. Upozornění, že se tento problém u sluchově postižených dětí nevyskytuje, rázně odmítali. V 5,3 roku Viktora, po dlouhém přesvědčování, svolili s vyšetřením, a následně byl chlapci diagnostikován Aspergerův syndrom. Rodiče přijali tuto diagnózu se zoufalstvím.

Chování a projevy chlapce:

Viktor je spíše hyperaktivní, vůči neznámým cizím lidem bázlivý. Občas se u něj projeví agresivita, převážně v situacích, kdy okolí nepochopí jeho potřeby. Verbálním způsobem komunikuje minimálně, slovní zásoba v tomto modu se spíše nerozvíjí a je na velmi nízké úrovni. Umí označit některá domácí zvířata, spíše citoslovci, rodinné příslušníky, kterým přiřkl specifická označení, například maminka je „amama“. Relativně dobře však reaguje na mluvenou řeč, jednodušší formě řeči rozumí. Venku stále ještě utíká, nedbá na nebezpečí, nesnáší však držení za ruku. Rodiče stojí nemalé úsilí udržet jej při přecházení přes silnici. Sociální chování je na nízké úrovni, má pouze malou schopnost sdílet s ostatními emoce. Převážně se brání tělesnému kontaktu. Více aktivní emoční projevy má pouze ke své malé sestřičce, které se s láskou lehce dotýká, dává jí své hračky, bere jí její, občas ji dokonce neobratně a letmo obejmě. Někdy se stane, že když je spokojený, začne z ničeho nic výskat a usmívat se.

Oční kontakt je těkavý, při hře převládají konstruktivní činnosti, miluje stavebnici LEGO, ze které je schopen sestavovat různé složité tvary. V oblasti sebeobsluhy převládá neobratnost spíše z důvodu naprostého nezájmu o tuto činnost. Hygienické návyky má vytvořeny velmi dobře. Bojí se cestování v dopravních prostředcích, obzvláště má strach z jízdy v zaplněných autobusech a tramvajích, velké množství neznámých lidí mu pravděpodobně nahání strach. V oblasti hrubé motoriky převládá neobratnost, neumí jezdit na kole, neumí plavat. Pohyb je méně koordinovaný. V kresebných činnostech vytváří obrazce jakoby podle pravítka. Obtížně zvládá změny v režimu, bojí se vyšetření u lékaře, má problémy s větším počtem osob v místnosti.

Rozvíjení komunikačních schopností

Chlapec celkem dobře reaguje na mluvenou, obsahově jednodušší řeč, sluchadla úspěšně kompenzují jeho sluchovou vadu. K rozvoji slovní zásoby jsou využívány knihy pro děti, kde jsou výrazné obrázky. Ty si celkem rád prohlíží. Učí se psát, výrazně mu napomáhá prstová abeceda. Tímto způsobem umí přečíst všechna písmena

a jednodušší slova. K obrázkům přiřazuje napsané pojmy, umí pojmenovat zvířata, dopravní prostředky, názvy barev a povolání, označit činnosti. V současné době začíná skládat i jednoduché věty typu „Ota jí rohlík, Ema spí“ ze samostatně napsaných a vystřihaných slov. Tuto činnost si oblíbil a k radosti všech ji vyhledává. Vytváří se mu komunikační kniha, kam jsou vkládána všechna slova, která zná v obrázkové podobě i písemně. Učí se s touto knihou aktivně pracovat, pokud chce něco sdělit, vyndá daný obrázek, popřípadě napsané slovo a donese jej dospělému. Využívá rovněž piktogramů, které se jeví jako poměrně efektivní, pro nácvik sociálního učení. Díky nim začíná chápat základní pravidla chování.

Chápe následnost děje - obrázky uspořádá podle dějové posloupnosti. Pracuje rád na počítači, počítá v oboru do 10 a v desítkové soustavě do 1000. Přiřazuje počet prvků k číslici. Provádí jednoduché úkoly ve spojitosti s čísly. Velice rád vytváří řetězce obrázků k daným číslům. Zná rovinné geometrické útvary. Problémy mu dělají abstraktní pojmy typu „pomalu, hodný,“ atd.

Díky velmi dobrému vztahu v rodině, překonali rodiče počáteční zoufalství v celkem krátké době. Maminka velmi aktivně spolupracuje se školou, je často přítomná i ve vyučování. Pravidelně dojíždí do APLY v Praze. Od diagnostikování autismu začala využívat program TEACCH, který výrazně napomohl zvládat problémy s Viktorovým chováním i vzděláváním. Ve škole i doma je strukturováno prostředí, které dítě obývá, i téměř všechn jeho časový program. Viktor podstupuje také jednou týdně canisterapii. Podle maminky je chlapec vždy viditelně spokojený a zklidněný. Nyní navštěvuje druhý ročník Základní školy praktické, kde mu byl vytvořen individuálně vzdělávací plán a přidělen asistent pedagoga. Záchvaty vzteku se eliminovaly na minimální úroveň. Z celkového hlediska lze konstatovat, že se daří Viktorovi schopnosti, v rámci možností, rozvíjet. K tomuto stavu výrazně přispívá alternativní komunikace pomocí prstové abecedy a psané formy řeči, piktogramů a využívání programu TEACCH.

5.2 Kazuistika Daniela – 6 let

Rodinná anamnéza:

Otci je 34 let, má absolvovanou střední školu. Je zaměstnán jako úředník. Matce je rovněž 34 let, je také středoškolsky vzdělaná, v současnosti na rodičovské dovolené s ročním synem. Rodina je úplná, převládají v ní však konflikty mezi manželi. Matka se snaží dítě podporovat a dělá vše pro jeho rozvoj. Otec je z postižení svého syna viditelně velmi zklamaný a frustrovaný. Podle matky však tráví neúnosně mnoho času v práci a při svých zájmových aktivitách. Když se zdržuje doma, o syna se prý spíše nezajímá. Domácnost, výchova a péče o obě děti je na matce. Ta se maximální měrou snaží zabezpečit jejich rozvoj, avšak je viditelně unavená, depresivně laděná.

Osobní anamnéza:

Daniel se narodil jako plánované dítě po nekomplikovaném těhotenství a bezproblémovém porodu. Poporodní problémy neměl, ze zdravotního hlediska byl v pořádku. Ve věku asi 2 let si začala matka všimnout jeho podivné uzavřenosti. Do té doby nezačal komunikovat, nemluvil, jinak se kromě výše uvedené uzavřenosti jevil vcelku v pořádku. Na zvuky nijak nereagoval, pouze jenom ty výrazné jej občas vytrhly z nějaké činnosti. Ve věku 2,7 roku bylo na základě doporučení pediatričky doporučeno vyšetření sluchu a zjištěna lehká až středně těžká percepční nedoslýchavost. Chlapci byla přidělena sluchadla. Během krátké doby začal reagovat na zvukové podněty. Matka navázala kontakt s SPC pro sluchově postižené. Začala probíhat pravidelná řečová terapie. Na základě zjištěné nepříliš závažné sluchové vady mu byl vytvořen program rozvoje řeči verbální cestou, s podporou odezírání. Toto úsilí však se ukázalo dlouhodobě bez úspěchu. Tradiční způsob vzdělávání sluchově postiženého dítěte, v Danielově případě, naprosto selhával. Při individuální práci odmítal opakovat u zrcadla orofaciální cvičení, hlásky neopakoval, na obrázky a hračky nereagoval adekvátním způsobem. Vztekal se, bylo téměř nemožné, jej pouze přimět k posezení u zrcadla.

Postupně se ukazovalo, že neměl potřebu si ani mimikou a gesty poprosit o jídlo nebo pití, objetí neodmítal, ale ani nevyhledával, byl jen jakýsi pasivní příjemce rodičovské láskyplné pozornosti. Neuměl vyjádřit svůj nesouhlas nebo souhlas. Hračky ho nezajímaly, nehrál si s nimi, ale zaměřoval se na některé předměty v domácnosti, jako například vařečky, klíče apod. Ve věku asi 3,11 roku mu byla s jistotou stanovena diagnóza dětský autismus.

Chování a projevy chlapce:

Daniel má výrazně autistické chování. Řeč je omezená. Zná asi 15 velmi jednoduchých slov. Nepoužívá mimiku a gesta. Nežádá o pomoc, neumí říci své jméno. Nezná barvy. Často dochází k afektivním reakcím. Při tenzi tleská nebo dělá třepavé pohyby prsty. Často sedí a kolíbá se, někdy přitom vydává neidentifikovatelné zvuky. Chodí po špičkách, je motoricky neobratný. V oblasti sebeobsluhy je Daniel nesamostatný. Neumí se obléci, částečně se zvládne najíst, pije samostatně. Nereaguje na rodiče, ani širší příbuzenstvo. Pokud něco potřebuje, k požadovanému předmětu táhne matku za ruku, ale objekt zájmu neukáže. Venku na dětském hřišti se rád houpe na houpačce. Nenavazuje s dětmi interakce, pokud se k němu nějaké dítě přiblíží, odejde pryč. Oční kontakt nenavazuje. Má rád jen některá vybraná jídla, ostatní odmítá jíst. Dává si drobné předměty do úst, jako např. kamínky. Při pádu nebo bolesti pláče zvláštním, tichým projevem. Mírné změny akceptuje, ale někdy je to doprovázeno jeho výrazným napětím a neklidem. Způsob hry je stereotypní, výrazně se projevuje narušená představivost. Rád si prohlíží tvary klíčů, umí všechny správně použít do jednotlivých zámků. Vařečky, naběračky řadí přesně podle velikosti za sebe. Po ukončení hry odmítá věci uklízet.

Rozvíjení komunikačních schopností

Po stanovení diagnózy navázala maminka spolupráci s SPC pro autistické děti. Nejprve docházela speciální pedagožka do rodiny, později docházela maminka na terapie do SPC. Rozvoj komunikace probíhal za pomoci vytváření komunikační knihy. Její princip spočíval v tom, že mu do prázdného sešitu lepila obrázky. Na prvních stranách byly nalepeny fotografie členů rodiny - máma, táta, dědeček, babička.

K fotografiím byly přiděleny piktogramy. Na dalších stranách byly nalepeny fotografie předmětů denní potřeby. A k nim opět přidány příslušné piktogramy. Pohár znamenal pít, talíř jíst apod. Pokud dítě chtělo pít, matka vzala příslušný piktogram, ukázala mu obrázek v komunikační knize, kde byl vyfotografovaný pohár s vodou. Tento pohár se fyzicky nacházel v domácnosti. Později přibyly názvy potravin a denních činností. Tak si Daniel začal spojovat předmět s piktogramem. Pomocí komunikační knihy se Daniel naučil poznávat příbuzné, zejména prarodiče. V dalším kroku matka přistoupila pomocí stejného principu k nácviku ukazování a poznávání předmětů doma a venku.

Pro orientaci v čase a denním programu matka vytvořila nástěnný denní režim na obrázkové úrovni. Pomocí komunikační knihy se Daniel naučil žádat o věci denní potřeby. Eliminovali se tak některé nevhodné prvky chování. Když Daniel zjistil, že pomocí komunikace dosáhne na žádaný předmět, výrazně to snížilo u něj napětí, objevuje se i spontánní radost, když žádaný předmět dostane. Matka ho v komunikaci podporuje, často ho chválí. Ačkoliv, matka s dítětem za poslední dva roky udělala značné pokroky, má ztíženou situaci z důvodu velmi malé podpory manžela a proto, že veškeré aktivity s dítětem provádí víceméně sama a náročnost tohoto snažení a odpovědnost ji viditelně vyčerpává.

6. Diskuse

Z předcházejícího kvalitativního šetření, resp. z jednotlivých kazuistik se ukázalo, že u dětí s kombinovanými vadami nelze nalézt společný algoritmus pro práci s nimi. Výrazně pozitivně mohou ovlivnit rozvoj jejich schopností alternativní formy komunikace. U sluchového postižení kombinovaného s některým druhem autismu, se domnívám, že se spíše osvědčily alternativní komunikační formy určené dětem s autismem, nežli ty, které jsou vhodné pro děti se sluchovým postižením. U výše popisovaných dětí se výrazně osvědčil systém piktogramů, systém VOKS.

Dále potom, z oblasti vzdělávání sluchově postižených dětí, se velmi dobře uplatnila i prstová abeceda. Tato metoda však předpokládá udržení dostatečné zrakové pozornosti dítěte a zároveň i odpovídající úroveň mentálních schopností, nutných k osvojování si psané formy jazyka.

Znaková řeč je pro tento typ vícečetného postižení spíše nevhodná, jelikož je závislá na značné zrakové pozornosti a velmi dobré jemné motorice. V neposlední řadě i dostatečné úrovni zrakové paměti a inteligence, aby si dítě určitý pohyb rukou zapamatovalo a spojilo si jej s daným významem. Tyto schopnosti jsou však při vývojových pervazivních poruchách přirozeně limitované. U obou dětí se osvědčil program TEACCH, jehož uplatňováním se kognitivní rozvoj nastroval.

Čadilová, Thorová a Žampachová (2012) v této souvislosti uvádějí, že každý program se řídí i nějakými obecnými pravidly. Program TEACCH je postaven na následujících principech, které popisuje Čadilová, Thorová a Žampachová (2008) následujícím způsobem:

- princip odstranění deficitů vycházejí z diagnózy poruch autistického spektra tak, že rozvíjí silné stránky u dětí s PAS. Lidé s autismem mají velmi dobré výsledky ve vizuálním vnímání, proto je vhodné při zvládnutí dovedností, které nemají silné, využívat vizuální podporu.

- Princip samostatnosti - v programu lze eliminovat podporu rodičů nebo dospělé osoby.
- Princip individuálního přístupu, strukturování prostoru a činností na základě vizualizovaných a motivačních pobídek.

Výhodou tohoto programu je především skutečnost, že je založen na vizuálním vnímání, s nímž nemají obvykle děti s kombinovaným postižením problém, a proto se mohou také snadněji naučit komunikovat, což jim dále rozšiřuje možnosti při integraci do běžné společnosti.

Závěr

Jak jsem již uvedla v úvodu bakalářské práce, komunikace je pro každého člověka důležitá, neboť se podílí na vytváření a rozvoji vztahů s druhými lidmi. Pomocí komunikačního systému lidé získávají informace, vyměňují si vzájemně znalosti a nejrůznější poznatky. Proto lidé, kteří mají s komunikací problémy, mohou se cítit jakoby na okraji lidské společnosti, neboť tím, že mají sluchové obtíže, nebo jiné těžkosti, které omezení komunikačních schopností způsobují, je jejich možnost uplatnění ve společnosti výrazně nižší. Současná porucha sluchového postižení s poruchou autistického spektra se tedy ukazuje jako fatální. Tato kombinace hluboce narušuje osobnost a vývoj jedince.

V návaznosti na takto chápanou problematiku u dětí s kombinovaným postižením jsem se rozhodla zpracovat téma alternativní komunikace u těchto dětí. Zabývala jsem se v rámci teoretické části nejenom charakteristickými rysy sluchového postižení a poruch autistického spektra, ale také jsem se snažila pojmout alternativní komunikaci jako jeden celek. Ukázala jsem na dva základní druhy alternativní komunikace, které mohou být u dětí s kombinovaným postižením využity (vymezila jsem i některé metody, které do těchto typů komunikace spadají).

Zpracovala jsem dvě případové studie (kazuistiky) těchto dětí, z nichž vyplynulo, že nelze vymezit obecnou platformu pro jejich vzdělávání. Rovněž se jasně ukázalo, že formy alternativní komunikace se jeví jako velice vhodné pro jejich uplatnění u dětí s kombinovaným postižením, neboť jim pomáhá při komplexní orientaci ve světě. Ta bývá zpravidla pro autistické děti značně komplikovaná a chaotická. Díky využívaným metodám alternativní komunikace se mohou naučit mu lépe porozumět, v důsledku čehož se děti rozvíjejí nejenom po stránce komunikační, ale zlepšuje se také jejich psychický stav a schopnost sociálního začlenění.

Domnívám se, že kromě uplatňovaných piktogramů a znakové řeči, by pro děti s kombinovaným postižením s autismem bylo velice žádoucí aplikovat program TEACCH, jehož dobré výsledky se u dětí s autismem jednoznačně prokázaly.

Závěrem lze zodpovědět, že byly naplněny obě stanovené výzkumné otázky. Ukázalo se, že nejvhodnější se v současnosti jeví aplikovaný systém piktogramů, který je v praxi vhodné doplnit o výše zmíněný program TEACCH. Tím je zároveň zodpovězena i otázka č. 2, neboť systém piktogramů má zejména u dětí s autismem svoje opodstatnění a vede ke zlepšení jejich komunikačních schopností.

Seznam informačních zdrojů

Tištěné zdroje:

BONDY, Andy a Lori FROST. *Vizuální komunikační strategie v autismu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 129 s. ISBN 978-80-247-2053-1.

ČADILOVÁ, Věra, Kateřina THOROVÁ a Zuzana ŽAMPACHOVÁ. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb - část II*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2012, 117 s. ISBN 978-80-244-3054-6.

GILLBERG, Christopher a Theo PEETERS. *Autismus - zdravotní a výchovné aspekty: výchova a vzdělávání dětí s autismem*. 3. vyd. Praha: Portál, 2008, 122 s. ISBN 978-80-7367-498-4.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012, 407 s. ISBN 978-80-262-0219-6.

HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012, 159 s. ISBN 978-80-262-0084-0.

HOUSAROVÁ, Blanka. *Alternativní a augmentativní komunikace*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2011, 148 s. ISBN 978-80-7372-789-5.

HRUBÝ, Jaroslav. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1999, 395 s. ISBN 80-7216-096-6.

JANOVCOVÁ, Zora. *Alternativní a augmentativní komunikace*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010, 52 s. ISBN 978-80-210-5186-7.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 224 s. ISBN 80-247-1110-9.

LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011, 386 s. ISBN 978-80-7367-901-9.

LECHTA, Viktor. *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, 435 s. ISBN 978-80-7367-679-7.

MALÁ, Eva, Vladimír HORT, Michal HRDLIČKA a Jana KOCOURKOVÁ. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 492 s. ISBN 80-7178-472-9.

MONATOVÁ, Lili. *Pedagogika speciální*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1994, 199 s. ISBN 80-210-1009-6.

NOVÁK, Alexej. *Foniatrie a pedaudiologie I: poruchy komunikačního procesu způsobené sluchovými vadami*. Praha: vl. n., 1994, 131 s.

PIPEKOVÁ, Jarmila a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006, 404 s. ISBN 80-7315-120-0.

POTMĚŠIL, Miloň. *Úvodní stati k výchově a vzdělávání sluchově postižených*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 1999. ISBN 8071687448.

ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 603 s. ISBN 80-247-1049-8.

ŘÍHOVÁ, Alena. *Poruchy autistického spektra: (pomoc pro rodiče dětí s PAS)*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, 90 s. ISBN 978-80-244-2677-8.

SCHMIDTOVÁ, Margita. *Faktory ovplyvňujúce kvalitu integrovaného/inluzívneho vzdelávania žiakov so sluchovým postihnutím v základných školách*. Bratislava: IRIS, 2011, 145 s. ISBN 978-80-89238-54-5.

SCHOPLER, Eric, Robert Jay REICHLER a Margaret LANSING. *Strategie a metody výuky dětí s autismem a dalšími vývojovými poruchami: příručka pro učitele i rodiče*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011, 271 s. ISBN 978-80-7367-898-2.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 1. vyd.. Praha: Grada, 2007, 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

SOURALOVÁ, Eva. *Základy surdopedie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, 56 s. ISBN 978-80-244-2619-8.

ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, 615 s. ISBN 978-80-7367-340-6.

ŠLAPÁK, Ivo a Pavla FLORIÁNOVÁ. *Kapitoly z otorhinolaryngologie a foniatricie*. Brno: Paido, 1999, 85 s. ISBN 80-85931-67-2.

ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006, 198 s. ISBN 80-7367-060-7.

TARCSIOVÁ, Darina. *Komunikačný systém sluchovo postihnutých a spôsoby prekonávania ich komunikačnej bariéry*. 1. vyd. Bratislava: Sapiaientia, 2005, 222 s. ISBN 80-969112-7-9.

THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra: včasná diagnóza branou k účinné pomoci*. 2. vyd. Praha: APLA, 2008, 60 s. ISBN 978-80-254-6339-0.

THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. 2. vyd. Praha: Portál, 2012, 453 s. ISBN 978-80-262-0215-8.

URBANOVSÁ, Eva. *Jak pracovat se žákem s poruchami autistického spektra*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, 27 s. ISBN 978-80-244-2678-5.

VAŠEK, Štefan a kol. *Špeciálna pedagogika*. 1. vyd. Bratislava: SPN, 2001, 109 s. ISBN 80-08-03050-X.

VAŠEK, Štefan. 2003. *Základy špeciálnej pedagogiky*. Bratislava: Sapiaientia, 2003, ISBN 80-968797-0-7.

VÍTKOVÁ, Marie (ed.). *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a speciální*. 2. rozšíř. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2004, 463 s. ISBN 80-7315-071-9.

Internetové zdroje:

FIKEJS, Jan. Prstová abeceda: česká prstová abeceda. *Ruce.cz* [online]. 2005 [cit. 2015-05-07]. Dostupné z: <http://ruce.cz/clanky/3-prstova-abeceda>.

Oskola, Denní režim - rozšíření - malé kartičky. *Jiný svět* [online]. 2015 [cit. 2015-05-07]. Dostupné z: <http://autismus-a-my.cz/-rezimy/2140-tydenni-rezim-male-karticky-rozsireni.html>.

Seznam příloh

Příloha č. 1

Obrázková příloha – Dvouruční typ prstové abecedy

Příloha č. 2

Obrázková příloha – Využívané piktogramy v praxi

Příloha č. 1 – obrázková příloha:

Dvouruční typ prstové abecedy – Zdroj: *Fikejs - ruce.cz (2005)*



Příloha č. 2 – obrázková příloha:

Využívané piktogramy v praxi – Zdroj: *Jiný svět (2015)*

