



Pedagogická  
fakulta  
Faculty  
of Education

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky

**Bakalářská práce**

# **Možnosti alternativní a augmentativní komunikace u klientů s PAS**

**Vypracovala:** Kristina Zemanová  
**Vedoucí práce:** Mgr. Zuzana Bílková, Ph.D.

České Budějovice 2022

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem autorem této kvalifikační práce a že jsem ji vypracovala pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

.....  
Datum

.....  
Podpis studenta

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala Mgr. Zuzaně Bílkové, Ph.D. za odborné vedení kvalifikační práce a za cenné odborné rady, které mi při vedení mé bakalářské práce poskytovala. Dále děkuji všem, kteří se podíleli na dotazníkovém výzkumu a poskytli mi mnoho dalších cenných informací. Na závěr bych samozřejmě chtěla poděkovat mé rodině a přátelům za jejich veškerou podporu.

## **Abstrakt**

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku poruch autistického spektra (PAS), alternativní a augmentativní komunikaci (AAK) a problémové chování. Cílem práce je zjistit, zdali rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra využívají některou metodu AAK a zdali podle jejich názoru lze pomocí náhradního komunikačního systému předcházet problémovému chování. Cílem práce je rovněž zjistit, zdali využívání metod AAK nebrání rozvoji řeči a může naopak dojít ke zlepšení v řečové produkci. Bakalářská práce rovněž řeší problematiku komunikace s klienty, kteří nekomunikují verbálně a zároveň nevyužívají žádnou z metod AAK. Teoretická část je zaměřena na vysvětlení základního pojmu autismus, jeho charakteristické projevy a stručně charakterizuje jednotlivé poruchy autistického spektra. Dále pojednává o vymezení problémového chování, komunikaci a metodách AAK, které lze využít při práci s klienty. Praktická část se věnuje analýze dat získaných pozorováním a vyhodnocením písemných dotazníků. Pozorování a dotazníkové šetření bylo realizováno v Dětské psychiatrické nemocnici v Opařanech v rámci odlehčovacích pobytů pod vedením APLA Jižní Čechy. Použita byla metoda kvantitativního výzkumu dotazování a výsledky mohou být využity rodiči dětí s poruchou autistického spektra za účelem možného rozvoje komunikačních schopností.

## **Klíčová slova:**

Poruchy autistického spektra; komunikace; alternativní a augmentativní komunikace; problémové chování; mentální retardace.



## **Abstract**

The bachelor thesis focuses on the issue of autism spectrum disorders (ASD), augmentative and alternative communication (AAC) and behavior disorders. The aim of the work is to find out whether families with children with autism spectrum disorder use some of the AAC methods and whether, in their opinion, it is possible to prevent problematic behavior using an alternative communication system. The aim of the work is also to find out whether the use of AAC methods does not hinder the development of speech and, on the contrary, whether speech production can improve. The bachelor thesis deals with the issue of communication with clients who do not communicate verbally and at the same time do not use any of the AAC methods. The theoretical part, based on the study of academic literature, explains the basic term of autism, its characteristic signs and briefly characterizes the individual disorders of the autistic spectrum. It also deals with the definition of behavior disorders, communication and AAC methods that can be used when working with clients. The aim of the practical part is to analyze the data obtained by observation and evaluation of written questionnaires. The observation and questionnaire survey was carried out at the Children's Psychiatric Hospital in Opařany as part of respite care led by APLA South Bohemia. The method of quantitative research of questioning was used in this work and the results can be used by parents of children with autism spectrum disorders for the possible development of communication skills.

## **Keywords:**

Autism spectrum disorders; communication; alternative and augmentative communication; problematic behaviour, mental disorder.

## Obsah

Úvod .....	- 8 -
TEORETICKÁ ČÁST .....	- 10 -
1 PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA.....	- 10 -
1.1 Pojem autismus.....	- 10 -
1.2 Pervazivní vývojová porucha.....	- 12 -
1.3 Klasifikace poruch autistického spektra.....	- 14 -
1.3.1 Dětský autismus .....	- 14 -
1.3.2 Atypický autismus .....	- 15 -
1.3.3 Rettův syndrom .....	- 16 -
1.3.4 Aspergerův syndrom .....	- 18 -
1.4 Triáda problémových oblastí.....	- 20 -
1.4.1 Sociální interakce a sociální chování.....	- 20 -
1.4.2 Komunikace.....	- 22 -
1.4.3 Představivost, zájmy, hra .....	- 23 -
2 KOMUNIKACE.....	- 26 -
2.1 Alternativní a augmentativní komunikace .....	- 28 -
2.1.1 Metody bez pomůcek.....	- 30 -
2.1.2 Metody s pomůckami.....	- 31 -
2.2 Specifika AAK u osob s poruchou autistického spektra .....	- 34 -
3 PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ .....	- 36 -
3.1 Terminologie .....	- 36 -
3.2 Problémové chování u lidí s poruchou autistického spektra .....	- 37 -
3.3 Terapie problémového chování .....	- 38 -
4 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ .....	- 40 -
PRAKTICKÁ ČÁST .....	- 42 -
5 CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	- 42 -
5.1 Cíl výzkumného šetření .....	- 42 -
5.2 Výzkumné otázky .....	- 42 -
6 METODIKA.....	- 43 -
6.1 Pozorování.....	- 43 -
6.2 Dotazníkové šetření .....	- 44 -
6.3 Zpracování získaných dat .....	- 44 -

6.4	Etické zásady výzkumu .....	- 45 -
7	VÝSLEDKY .....	- 46 -
7.1	Charakteristika účastníků výzkumu.....	- 46 -
7.2	Analýza dotazníkového šetření .....	- 48 -
7.3	Analýza zúčastněného pozorování.....	- 51 -
7.3.1	Práce a komunikace s klienty .....	- 51 -
7.3.2	Problémové chování klientů .....	- 53 -
	DISKUSE.....	- 55 -
	ZÁVĚR.....	- 58 -
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	- 60 -
	SEZNAM PŘÍLOH.....	- 64 -

## Úvod

O problematice poruch autistického spektra se v posledních letech hovoří určitě více, než tomu bylo v minulosti. Existuje mnoho odborných článků a publikací, můžeme se setkat s filmovým i divadelním zpracováním, které se snaží veřejnost více seznámit s touto problematikou. Ovšem i navzdory dostupným celosvětovým poznatkům o poruchách autistického spektra se mezi laickou i odbornou veřejností stále šíří nepravdivé informace. Nedostatečná informovanost veřejnosti, ale především pak nedostatečné porozumění autismu vede k tomu, že je závažnost autismu a těžká situace rodiny často zlehčována. Stále se můžeme setkat s názorem, že poruchy autistického spektra jsou jen pouhou diagnózou, kterou se rodiče snaží ospravedlnit selhání ve výchově. Často se také můžeme setkat s tvrzením, že autismus se týká pouze dětí, ale dokonce ani přívlastek „dětský“ v diagnóze dětský autismus se nevztahuje pouze k tomuto věku, ale je označením pro hluboké narušení v jádrových oblastech autismu.

Autismus je otázka celoživotních obtíží. Jedinci s poruchou autistického spektra se tak po celý život mohou setkávat s negativními reakcemi okolí, a to především z důvodu jejich odlišného myšlení, vnímání a chování. Jelikož tito jedinci mají specifická oslabení, a to zejména v sociálních dovednostech, nemusí být vždy jejich jednání přijatelné pro společnost. V dnešní době se stále více setkáváme se snahou o větší začlenění těchto osob do společnosti, dále o zkvalitnění péče a přístupu k jedincům s poruchou autistického spektra, ale zároveň je důležité zmínit to, abychom se mnohem více zaměřili právě na sociální dovednosti, které těmto osobám mohou usnadnit život mezi intaktní společností.

Velký problém ovšem nastává v oblasti komunikace, zejména pokud jedinec s poruchou autistického spektra není schopen verbálně komunikovat. V dnešní době je komunikace natolik důležitá, že pokud někdo tuto schopnost nemá, nebo tuto schopnost během života ztratí, tak dochází k jeho výraznému omezení. U osob s poruchou autistického spektra se často setkáváme s alternativní a augmentativní komunikací, která má bariéry v této oblasti snížit či odstranit. Nabídka těchto komunikačních systémů je opravdu velmi rozmanitá, ale informovanost o nich mezi

veřejností je stále velmi nízká, tedy bariéry v komunikaci mezi jedincem s autismem a intaktním jedincem, který se touto problematikou nezabývá, stále ještě přetrvávají.

Cílem této práce je nejen zjistit, zdali rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra využívají nějakou z metod alternativní a augmentativní komunikace a zdali těmito náhradními komunikačními systémy lze skutečně předcházet problémovému chování u lidí s poruchou autistického spektra, ale zároveň zjistit, jakým způsobem komunikovat s lidmi, kteří nevyžívají tyto metody a nejsou schopni běžné verbální komunikace, neboť u těchto osob se vyskytují ještě daleko větší komunikační bariéry.

Teoretická část této práce přibližuje základní pojmy vztahující se k problematice poruch autistického spektra a praktická část se skládá z kvantitativního výzkumu, který je proveden formou dotazníku a doplněn o poznatky z pozorování. Na základě výsledků výzkumu jsou sepsána doporučení k práci a rozvoji komunikace u lidí s poruchou autistického spektra a tento materiál může posloužit nejen pro osobní asistenty, ale také pro rodiče a učitele, tedy osoby, které se touto problematikou již zabývají, nebo se jí jednou budou chtít zabývat.

## TEORETICKÁ ČÁST

### 1 PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA

#### 1.1 Pojem autismus

*„Autismus není něco, co osoba má, není to žádná ulita, ve které je osobnost uvězněna. Ve skořápce není schované normální dítě. Autismus je způsob bytí. Autismus je všepronikající. Prostupuje každou zkušeností, celým vnímáním, každým smyslem, každou emocí. Autismus je součástí existence. Osobnost se od autismu oddělit nedá.“*

Jim Sinclair

Autismus je natolik komplexní, že ho nelze jednoduše definovat. Snah o přesnou definici autismu je skutečně velké množství a každý odborník vnímá a definuje autismus odlišně. Zároveň se setkáváme s rozdílným terminologickým označením této problematiky, neboť někteří autoři používají pojem autismus a jiní spíše termín poruchy autistického spektra. Dle Vágnerové (2014) je v současné době autismus chápán jako neurobiologická porucha, což znamená, že jejím základem je změna mozkových funkcí či struktury mozku. Odlišné pojetí můžeme nalézt ve slovníku speciální pedagogiky, kde jsou poruchy autistického spektra popisovány jako „závažné vývojové poruchy projevující se především zhoršenou sociální interakcí a narušením schopnosti verbální i neverbální komunikace, představitivosti a stereotypním repertoárem zájmů a aktivit“ (Valenta, 2015, str. 139). Samozřejmě existuje řada dalších definic, avšak záměrně soustřeďuji pozornost právě na tyto dvě, ze kterých je patrná odlišnost výkladu jednotlivých autorů. Tedy, i když podstata autismu zůstává stejná, někteří autoři vykládají tento termín z hlediska neurologických poruch mozku a genetické predispozice a někteří definují pojem pomocí typických projevů lidí s autismem.

Autismus existuje již mnoho let, i když lidé s autismem žili na světě jistě již mnohem dříve, než byl popis jejich chování zanesen do diagnostických klasifikačních systémů. Prvním člověkem, jenž si všiml podobně nepřiměřeného chování u skupinky několika dětí, byl americký psychiatr Leo Kanner v roce 1943, který považoval zvláštní

projevy za symptomy specifické samostatné poruchy a tato porucha byla pojmenována jako časný dětský autismus, přičemž se Kanner nechal inspirovat řeckým původem slova „autos“, což znamená „sám“. Označením se Kanner snažil vyjádřit svoji domněnku, že děti trpící autismem vykazují určité vlastnosti, tedy jsou osamělé, pohroužené do vlastního vnitřního světa, nezajímající se o svět kolem sebe, neschopné lásky a přátelství (Thorová, 2016). Ovšem s pojmem autismus nepřišel poprvé v psychiatrii Leo Kanner, nýbrž jak uvádí Lechta (2016) švýcarský psychiatr Eugen Bleuler v roce 1911, když popisoval psychopatologii schizofrenie. Tímto termínem pojmenoval jeden ze symptomů pozorovaných u schizofrenních pacientů a autistické odtažení od reality bylo tak výrazem pro zvláštní druh myšlení, pohroužení se do vnitřního světa snů a fantazie. Takové myšlení bylo a stále je považováno za neproduktivní a pasivní. Jednalo se tedy spíše o výraz, jenž popisoval druh snění, které je obráceno do vlastního nitra. Nemůžeme se tedy divit, že byl dětský autismus ještě před pár lety často zaměňován se schizofrenií (Thorová, 2016).

Považuji za důležité zmínit fakt, že Kanner původně vysvětloval nápadnosti v chování dětí biologickými faktory, tedy že tyto děti přišly na svět s vrozenou neschopností vytvářet obvyklé, biologicky předpokládané emoční vazby s lidmi, stejně jako jiné děti přišly na svět s vrozeným fyzickým či mentálním hendikepem (Šporclová, 2018). Jak uvádí Thorová (2016), Kanner se ještě ke konci čtyřicátých let domníval, že autismus je vrozená porucha, jejíž vznik je způsoben geneticky. Ovšem později pod vlivem psychoanalýzy se Kanner zaměřil na zkoumání rodičovských charakteristik a rodiče dětí s autismem podle Thorové (2016, s. 36) označil za „tvrdé, úspěšné, chladné, sobecké, zajímající se pouze o vlastní problémy, odmítající pomoci svému dítěti“. Kanner tak podezříval rodiče z chladného chování, tedy že k dítěti přistupují spíše jako k předmětu. Thorová (2016) dále uvádí, že původní Kannerova teorie etiologie vysvětlovala autismus jako výsledek dlouhodobého procesu emocionálního ochlazování dětí sobeckými rodiči. V této souvislosti také vzniklo slovní spojení „matka lednička“, což byl termín k označení emočně chladné, odtažité ženy, který se stal výrazem pro „typickou“ matku dítěte s autismem. Stejně tak Šporclová (2018) uvádí, že pod vlivem tehdy velmi populární psychoanalýzy se dlouho věřilo, že se děti stávají autistickými právě z důvodu emočního chladu jejich matek a přestože tato

psychoanalytická teorie vzniku autismu byla později opakovaně vyloučena, přetrvávají mýty o vlivu matky na rozvoj autismu v určité míře i nadále, především mezi psychoanalyticky smýšlející skupinou odborné a laické veřejnosti. K šíření podobných mýtů a nepravdivých informací přispívá také fakt, že i navzdory neustále probíhajícím vědeckým výzkumům nebyla přesná příčina autismu zatím odhalena, ovšem odborná veřejnost pracuje s názorem o neurobiologické podstatě autismu s vysokým podílem dědičnosti.

## 1.2 Pervazivní vývojová porucha

V předešlé kapitole jsem již zmiňovala rozdílné terminologické označení této problematiky a nyní se pokusím o bližší vysvětlení tohoto tvrzení. Někdo termín autismus používá pro označení konkrétní diagnózy, tedy například dětský autismus, atypický autismus a někdo do tohoto termínu zahrnuje širší autistické spektrum, proto tedy označení poruchy autistického spektra. Díky tomu se liší i současné pojetí klasifikace nemocí v Diagnostickém statistickém manuálu (DSM, 5. revize), který je používán v USA a v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN, 10. revize), která se používá v Evropě. DSM-5 chápe autismus v jeho širokém pojetí a jednotlivé diagnózy zastřešuje termínem „poruchy autistického spektra“, zatímco MKN-10 autismus klasifikuje na jednotlivé podtypy patřící do kategorie pervazivních vývojových poruch (Šporclová, 2018). V MKN-10 se do kategorie pervazivních vývojových poruch řadí tyto diagnózy: dětský autismus, atypický autismus, Rettův syndrom, Aspergerův syndrom, jiná dezintegrativní porucha v dětství, hyperaktivní porucha spojená s mentální retardací a stereotypními pohyby, jiné pervazivní vývojové poruchy a pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná (Lechta, 2016). Šporclová (2018) vysvětluje, že právě z důvodu ne vždy zcela jasných rozdílů a hranic mezi těmito jednotlivými diagnózami, jsou v Diagnostickém statistickém manuálu jednotlivé diagnózy zastřešeny pojmem „poruchy autistického spektra“ a jsou zařazeny mezi neurovývojové poruchy. Tímto směrem se ubírá také připravovaná 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí.

Thorová (2016) uvádí, že pervazivní vývojové poruchy jsou řazeny mezi nejzávažnější poruchy dětského mentálního vývoje. Termín pervazivní znamená všepromokající a vyjadřuje fakt, že vývoj dítěte je narušen do hloubky v mnoha směrech.



Šporclová (2018, str. 32) v této souvislosti uvádí, že „poruchy autistického spektra jsou charakterizovány hlubokým narušením v oblasti sociálních vztahů, sociální komunikace, sociálně emočního porozumění, charakteristické jsou stereotypní činnosti, omezené zájmy, adaptační obtíže, nepružné myšlení“. Všechny tyto potíže narušují a omezují fungování člověka v každodenním životě, tedy mají pervazivní charakter. Podle Lechty (2016) nebylo zavedení tohoto pojmu podmíněno jen potřebou pojmově specifikovat určité symptomy, ale jedná se o nadřazené označení pro celou skupinu poruch, které se svým obrazem vyčleňují a odlišují od jiných kategorií. Na rozdíl od specifických vývojových poruch v sobě termín pervazivní reflektuje trvalost projevů, postižení více psychických funkcí a výskyt symptomů, které jsou distorzní, kvalitativně odlišné od normálního vývoje, na rozdíl od mentální retardace.

„Pervazivní vývojové poruchy se projevují od raného dětství a závažným způsobem poškozují vývoj všech psychických funkcí.“ (Vágnerová, 2014, s. 303) Diagnostický proces těchto poruch ovšem není zcela jednoduchý. Thorová (2016) popisuje stanovení diagnózy, ke které je zapotřebí několik symptomů v jednotlivých oblastech triády. Kromě Rettova syndromu, u kterého byl v devadesátých letech objeven gen odpovědný za vznik poruchy, se diagnóza stanovuje na základě chování dítěte. Ovšem tato diagnostika je velmi obtížná, a to z několika hledisek. Jedná se o symptomatiku, která je značně rozsáhlá a různorodá, dále jde o odlišnost jednotlivých symptomů v četnosti a síle projevu, kdy některé symptomy mohou i zcela chybět a také stupeň závažnosti poruch bývá různý. Samotné projevy dítěte se markantně mění s věkem, objevují se a zase mizí, kdy v určitých věkových obdobích je autistické chování zřetelnější a u některých dětí lze dokonce zaznamenat celkovou ustupující tendenci typické symptomatiky. Na změnu chování dítěte v průběhu vývoje má také vliv sociální prostředí, ve kterém dítě vyrůstá a výchovně-vzdělávací program, který dítě absolvuje. Thorová (2016) dále uvádí, že také osobnostní charakteristiky dítěte, jeho kognitivní schopnosti a případná přítomnost jiné přidružené poruchy mají též svou podstatnou úlohu. Ve společnosti se můžeme setkat s názorem, že určení této diagnózy je naprosto jednoduchou záležitostí. Ovšem z předešlých informací můžeme usoudit, že diagnostika pervazivních vývojových poruch není skutečně tak jednoduchá, jak by se na

první pohled mohlo zdát, neboť stejně tak jak se dítě mění věkem po fyzické stránce, se i projevy charakteristické pro autismus mění s věkem dítěte. Nehledě na to, že nenajdeme dvě děti s autismem se zcela shodnými projevy a každé dítě s autismem se vyvíjí odlišným způsobem.

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

Jak již bylo zmíněno, do kategorie pervazivních vývojových poruch patří řada diagnóz. V této kapitole ovšem věnuji pozornost pouze vybraným poruchám autistického spektra, především nejčastěji se vyskytujícím.

#### **1.3.1 Dětský autismus**

Vágnerová (2014) uvádí, že dětský autismus je nejčastější pervazivní vývojovou poruchou, přičemž pojem autismus je souhrnný název pro různé varianty s podobnými projevy. Stejně tak Thorová (2016) popisuje dětský autismus jako jádro poruch autistického spektra, zejména pak z pohledu historického. Dětský autismus patří mezi nejčastější poruchy dětského mentálního vývoje a jedná se o nejvíce známé poškození z poruch autistického spektra, jak uvádí Hartl a Hartlová (2015).

Dětský autismus je tedy závažná vývojová porucha, projevující se u dítěte před věkem tří let. Pro dětský autismus je charakteristické kvalitativní narušení reciproční sociální interakce, kvalitativní narušení komunikační schopnosti a omezené, repetitivní a stereotypní vzorce chování (Lechta, 2016). O něco stručnější popis charakteristických projevů uvádí Hartl a Hartlová (2015), kteří vysvětlují, že narušený vývoj se projevuje poruchou sociální interakce, komunikace a představivosti. Stupeň závažnosti této poruchy bývá různý, od mírné (u dítěte se vyskytuje málo mírných symptomů), až po těžkou (výskyt velkého množství závažných symptomů). Problémy se musí projevit v každé části diagnostické triády a kromě poruch v klíčových oblastech mohou lidé s autismem trpět mnoha dalšími dysfunkcemi. Ke specifickým diagnostickým rysům se připojuje škála dalších nespecifických problémů, jako je strach (fobie), poruchy spánku a příjmu potravy, záchvaty vzteku (temper tantrum), agrese a sebezraňování, zvláště v případě přidruženého těžkého mentálního postižení. Dětský autismus se

diagnostikuje bez ohledu na to, zda je přítomná či nepřítomná jiná přidružená porucha a lze jej diagnostikovat v každé věkové skupině (Thorová, 2016). Dle Šporclové (2012) se autismus v 50-70 procentech pojí právě s mentální retardací, ovšem nelze to chápat ve smyslu všech poruch autistického spektra, neboť jak uvádí Lechta (2016), ztotožňování pervazivních vývojových poruch a mentální retardace, k čemuž často dochází, není správné, neboť například u Aspergerova syndromu je inteligence normální nebo až nadprůměrná.

Údaje o četnosti výskytu dětského autismu se pohybují v určitém rozmezí, v průměru postihují 0,2 % populace. Vágnerová (2014) uvádí, že pokud jsou do této kategorie zařazeny jen děti s plně rozvinutými příznaky, jedná se přibližně o 0,05 %. Dále uvádí, že autismus mnohem častěji postihuje spíše chlapce než dívky. V průměru připadá na čtyři chlapce s autismem jedna dívka, jedná se tedy o poměr 4:1. Poměr chlapců k dívkám se mění v souvislosti s úrovní intelektu, kdy je pravděpodobné, že čím vyšší intelekt dívky mají, tím lépe využívají kompenzační strategie a díky tomu je méně zřetelná manifestace symptomů (Thorová, 2016). Hovoříme o maskování, tedy využívání imitačních strategií a hraní rolí, které mají za cíl to, aby lidé s autismem zapadali do společnosti a působili „normálně“. Ovšem tyto strategie mají velký negativní dopad na duševní stránku těchto osob.

### **1.3.2 Atypický autismus**

Jedná se o velmi heterogenní diagnostickou jednotku, která tvoří součást autistického spektra. Dítě splňuje jen částečně diagnostická kritéria daná pro dětský autismus, nicméně najdeme řadu specifických sociálních, emocionálních a behaviorálních symptomů, které se s potížemi, jež mají lidé s autismem, shodují. Atypický autismus lze vnímat jako zastřešující termín pro část osob, na které by se hodil vágní výrok autistické rysy či sklony (Thorová, 2016). S tím se shoduje také Šporclová (2012), která uvádí, že atypický autismus je označením pro diagnózu, kde nebývají zcela naplněna diagnostická kritéria dětského autismu, ačkoliv abnormní vývoj je zaznamenán. Dále uvádí, že tyto děti bývají často diagnostikovány v pozdějším věku, vzhledem k lepší kvalitě sociálně komunikačního kontaktu, často také při odborném

vyšetření obdrží mylnou diagnózu, jako je například ADHD, vývojová dysfázie, případně jsou projevy v chování dítěte označovány právě jako autistické rysy.

Pro diagnózu je důležitý fakt, že celkový obraz u atypického autismu nespĺňuje plně kritéria jiné pervazivní vývojové poruchy. Kategorie atypického autismu nemá stanoveny hranice a ani klinický obraz nebyl zatím přesně definován, což Thorová (2016) shledává jako chybu evropského systému, neboť diagnóza je tak založena na co nejlepším odhadu a poněkud subjektivním mínění diagnostika. U této kategorie neexistují speciální škály, které by poskytovaly přesná diagnostická vodítka, ovšem typické pro tuto kategorii jsou potíže v navazování vztahů s vrstevníky a neobvyklá přecitlivělost na specifické vnější podněty (Thorová, 2016).

Na základě těchto poznatků lze říci „že pouze část dětí s atypickým autismem má některé oblasti vývoje narušeny méně než děti s klasickým autismem“ (Thorová, 2016, s. 187). 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 atypický autismus neliší od dětského autismu.

### **1.3.3 Rettův syndrom**

*„...očiama nám říkají, že rozumí daleko víc, než si vůbec dokážeme představit.“*

dr. Andreas Rett

Rettův syndrom je velmi závažná vývojová porucha mozku, která má pervazivní negativní dopad na somatické, motorické i psychické funkce (Thorová, 2016). Vágnerová (2014) popisuje Rettův syndrom jako geneticky podmíněné, neurodegenerativní onemocnění, které je velmi vzácné. Rettův syndrom je způsoben mutací v oblasti genu (MECP2) lokalizovaného na X chromozomu, která je u plodů mužského pohlaví letální, a proto se zdá, že jí trpí pouze dívky (Vágnerová, 2014). Ovšem jak uvádí Thorová (2016), v klasické formě tento syndrom postihuje skutečně pouze dívky, chlapcům stejná mutace genu způsobí natolik těžkou encefalopatii, neboť nedisponují druhým nenarušeným X chromozomem, že plod nebo novorozenec nemá šanci na dlouhé přežití. Dále Thorová (2016) zmiňuje, že navzdory tomu již bylo

referováno několik ojedinělých případů geneticky netypických variant Rettova syndromu u chlapců, obvykle tedy s vážnější manifestací symptomů, s časnějším začátkem a v kombinaci s těžkým kognitivním deficitem.

Klinický obraz Rettova syndromu poprvé popsal rakouský dětský neurolog Andreas Rett v roce 1966, když publikoval popis 21 dívek a žen s identickými symptomy, kterých si ve své klinické praxi všiml. Ovšem do obecného povědomí odborné veřejnosti se syndrom dostal až v roce 1983, kdy byl publikován popis 35 dívek s Rettovým syndromem ve spolupráci francouzských, portugalských a švédských odborníků. Tři roky poté byla sestavena diagnostická kritéria a až roku 1992 byl Rettův syndrom zařazen do oficiálního diagnostického systému Mezinárodní klasifikace nemocí mezi pervazivní vývojové poruchy, ovšem v té době se jednalo ještě o syndrom bez známé příčiny. Gen odpovědný za vznik Rettova syndromu objevila až v roce 1999 libanonská lékařka Huda Zoghbiová (Thorová, 2016).

Vágnerová (2014) uvádí, že počáteční vývoj dívek s Rettovým syndromem je v normě, teprve v období mezi 6. a 18. měsícem dochází ke zpomalení růstu hlavy a k následnému ubývání dosud osvojených schopností a dovedností. Stav dívek se zpravidla zhoršuje až na úroveň odpovídající těžké mentální retardaci. Thorová (2016) popisuje průběh této poruchy více detailně a uvádí, že v období normálního vývoje (0-12 měsíců) se dítě jeví jako zcela zdravé, neboť dítě se natahuje, uchopuje předměty, spontánně se usmívá, krmí se pomocí rukou, někteří kojenci a batolata dokonce splní řečové i motorické rané milníky, tedy že žvatlají, objevují se první slova, slovní spojení a chodit se naučí okolo jednoho roku. Ovšem mezi 3. – 5. měsícem dochází ke zpomalení růstu hlavičky a někdy je již v tomto období rodiči referována hypotonie, což znamená, že u dětí dochází ke snížení svalového napětí. Děti bývají často extrémně klidné, ale převládá u nich vyšší citlivost nervové soustavy, která se projevuje lekavostí a nočními děsy. Dále Thorová (2016) uvádí, že právě v období mezi 6. – 18. měsícem si rodiče začínají všimnout prvních symptomů, kdy se zpomaluje motorický vývoj, dítě je hypotonické, neseďí a nechodí. Zároveň je zhoršen oční kontakt a schopnost soustředění. U některých dívek je opožděn řečový vývoj a mohou se objevovat první stereotypní pohyby rukou, také třes, vystrkování jazyka, ulpívání na hračky. V této souvislosti Vágnerová (2014) zmiňuje, že v chování jsou zřejmé autistické rysy a

objevují se spastické projevy a ataxie. Nápadné jsou právě zvláštní pohyby rukou, které připomínají mytí.

Od roku 2001 se Rettův syndrom na základě molekulárního genetického vyšetření diagnostikuje i v České Republice a osvětě se v ČR v oblasti Rettova syndromu věnuje nezisková organizace Rett-Community, která se zabývá také problematikou práce s žáky se vzácným onemocněním a vypracovala proto brožuru, jenž je věnována zároveň problematice edukace dívek s Rettovým syndromem (Thorová, 2016).

#### **1.3.4 Aspergerův syndrom**

Podle Vágnerové (2014) je pro Aspergerův syndrom charakteristický disharmonický vývoj osobnosti s převažující poruchou v oblasti sociálního chování a komunikace, kdy na rozdíl od dětského autismu není závažně narušen vývoj řeči ani inteligence, i když myšlení a řeč nelze považovat za zcela standardní. V této souvislosti také Thorová (2016) uvádí, že vyjadřovat se o Aspergerově syndromu jako o mírnější formě autismu je značně zjednodušené, neboť Aspergerův syndrom má svá specifika i problémy, které mohou být stejně závažné, i když kvalitativně odlišné od ostatních poruch autistického spektra. Pro Aspergerův syndrom jsou typické deficity v oblasti sociálních interakcí, činností a zájmů, které jsou podobné autistickým deficitům, ovšem liší se od nich v tom ohledu, že nenastává žádné významné opoždění nebo odchylky ve vývoji řeči. Zároveň mívají děti s Aspergerovým syndromem průměrné hodnoty skóre IQ (Nolen-Hoeksema, 2012).

Myšlení u těchto lidí bývá rigidní a ulpívavé, nechápou humor ani nadsázku a veškerá sdělení berou doslovně, což vede k projevům sociálně mnohdy těžko akceptovatelného chování. Verbální projev bývá nápadný svou monotónností, pedantickým důrazem na správnost použití jazyka a zvláštním způsobem vyjadřování (Vágnerová, 2014). V této souvislosti je tato porucha někdy označována jako „syndrom malého profesora“, neboť děti trpící Aspergerovým syndromem mívají formální styl vyjadřování (Nolen-Hoeksema, 2012).

U lidí s Aspergerovým syndromem se ne vždy setkáváme s výraznými problémy v chování, ale bývá to časté. Závažnost sociálněadaptačních problémů je různá. V této

souvislosti bývá někdy Aspergerův syndrom nazýván sociální dyslexií a je velmi obtížné odlišit, zda se jedná o Aspergerův syndrom nebo jen o sociální neobratnost spojenou s více vyhraněnými zájmy a výraznějšími rysy osobnosti (Thorová, 2016). Kromě obtíží spojených s porozuměním a přizpůsobivostí jsou pro okolí zatěžující jejich nepřiměřené reakce a tlak na dodržování určitých rituálů (Vágnerová, 2014). V tomto kontextu Thorová (2016) uvádí, že děti s Aspergerovým syndromem mívají potíže především v oblasti pragmatického užívání řeči, což znamená, že řeč málokdy odpovídá sociálnímu kontextu dané situace, tedy například vykřikují nesouvislé věty, ulpívají na tématech, aniž by je zajímala reakce a zájem posluchače, pedanticky lpí na přesném vyjadřování či vyžadují dodržování určitých verbálních rituálů. I z tohoto důvodu se děti s Aspergerovým syndromem obtížně zapojují do kolektivu vrstevníků. Tento problém také popisuje Nolen-Hoeksema (2012), tedy že děti trpící Aspergerovým syndromem mívají potíže ve vztazích s druhými lidmi a mají sklon zabývat se neobvyklými činnostmi a někdy jsou přímo posedlé neobvyklými fakty a záležitostmi.

Vzhledem k tomu, že si uvědomují své potíže, mívají nízké sebevědomí a bývají depresivní, se u některých dospělých lidí s Aspergerovým syndromem mohou vyskytovat problémy s alkoholem a u adolescentů riziko suicidálního jednání, ať už ve smyslu vyhrožování sebevraždou či samotným pokusem o ni (Thorová, 2016). I přes tyto poznatky je prognóza Aspergerova syndromu lepší než v případě dětského autismu. Jak uvádí Thorová (2016) lze i u lidí s Aspergerovým syndromem orientačně stanovit schopnost obstát v běžném životě stejně jako u dětí s autismem. Děti se stejnou diagnózou se mohou diametrálně lišit, co se týče adaptability a na základě toho rozlišujeme Aspergerův syndrom na nízko funkční a vysoce funkční, přičemž vysoce funkční Aspergerův syndrom přináší lepší prognózu do budoucna. Ovšem v raném dětství je obtížné stanovit, k jaké z těchto kategorií bude mít dítě v dospělosti blíž, neboť vývojem se dítě a jeho schopnost fungování v běžném prostředí mění a roli sehrává zároveň správný pedagogický a výchovný přístup.

Důležité je zmínit také fakt, že ač se u lidí s Aspergerovým syndromem vyskytují jisté potíže v různých oblastech, přináší Aspergerův syndrom i určité výhody. Jak uvádí Thorová (2016, s. 196) jejich „silné zaměření na určité téma, houževnatost, nerozptylování se sociálními podněty a případné specifické nadání mohou pomoci

osobám s Aspergerovým syndromem dosáhnout ve svém oboru špičkových výkonů“. O tomto tvrzení také svědčí fakt, že se v řadách slavných osobností vyskytují lidé právě s touto diagnózou, jako například Albert Einstein (americký teoretický fyzik), Thomas Alva Edison (americký vynálezce), Ludwig van Beethoven (německý hudební skladatel), Isaac Newton (anglický matematik a fyzik) a mnoho dalších (ASPEN, 2022). Ráda bych v této souvislosti zmínila Hanse Aspergera, objevitele Aspergerova syndromu, který uvedl: „Abyste se stali vynikajícím vědcem nebo skvělým umělcem, musíte mít alespoň nějaké znaky Aspergerova syndromu, které vám umožní odpoutat se od tohoto světa.“ (Thorová, 2016).

## **1.4 Triáda problémových oblastí**

Podle Lorny Wingové je pro poruchy autistického spektra charakteristické postižení ve třech okruzích – sociální interakce a chování, komunikace, představitost, zájmy, hra. Tyto tři oblasti autorka nazvala triádou postižení, která tvoří základ pro stanovení diagnózy u poruch autistického spektra (Lechta, 2016).

### **1.4.1 Sociální interakce a sociální chování**

Stále se setkáváme s diagnostickým ulpívavým klišé, jež vychází z předpokladu, že autistické je pouze takové dítě, které není motivováno k sociálnímu kontaktu, působí odtažitě, osaměle, odmítá fyzický kontakt a vyhýbá se očnímu kontaktu. Jak uvádí Thorová (2016), u dětí s poruchami autistického spektra se setkáváme s celou řadou sociálního chování, jež má dva extrémní póly. Pól osamělý, kdy se dítě při každé snaze o sociální kontakt odvrátí, protestuje, stáhne se do koutku nebo zaleze pod stůl, zakrývá si oči nebo uši, hučí a třepe rukama před obličejem nebo se věnuje manipulaci s nějakým předmětem. Oproti tomu pól extrémní, nepřiměřené sociální aktivity spočívá v tom, že dítě se snaží navázat sociální kontakt všude a s každým, nectí vůbec sociální normu, dotýká se lidí, upřeně jim hledí do obličeje a hodiny jim dokáže vyprávět o věcech, které je nezajímají či obtěžují. Lorna Wingová rozdělila sociální interakce u lidí s poruchou autistického spektra na čtyři typy a toto rozlišení je v současné době běžně užíváno (Thorová, 2016).



Dle charakteristiky Thorové (2016) uvádím stručný popis jednotlivých typů sociální interakce.

Typ osamělý se projevuje tím, že dítě je odtahované, uzavřené ve většině situací, je samotářské a nevěnuje příliš pozornost svému okolí. Zároveň vykazuje minimální snahu o fyzický kontakt (mazlení, chování) či se fyzickému kontaktu aktivně vyhýbá. Ovšem některé fyzické doteky, lechtání a houpání, mohou mít naopak děti rády. Tento typ se dále projevuje nezájmem o sociální kontakt a komunikaci, neboť děti dávají přednost sebeobsluze. Dítě se zároveň vyhýbá očnímu kontaktu či naváže vágní oční kontakt bez komunikačního záměru. Dítě může být i velmi aktivní, ovšem bez schopnosti empatie, například vtrhne mezi vrstevníky, ničí hračky, je agresivní a nevnímá reakce dětí ani dospělých. Ovšem s věkem se většinou kontakt s blízkými osobami zlepšuje.

Podobné znaky nalezneme také u typu pasivního, ovšem tento typ se liší především tím, že se děti nevyhýbají kontaktu a využívají komunikaci, i když především k uspokojení základních potřeb. Dále se účastní hry s vrstevníky, tedy pouze pasivně, neboť neví, jak se do hry účelně zapojit, ovšem poruchy chování jsou méně časté oproti předešlému typu a dítě je spíše hypoaktivní. Opakem je typ aktivní-zvláštní, který se pojí často s hyperaktivitou, přílišnou spontaneitou v sociální interakci a celkovou nepřiměřeností sociálního kontaktu. Dítě obtížně chápe pravidla společenského chování a vyskytuje se u něho sociální dezinhibice, tedy že se dítě dotýká, líbá či hladí cizí lidi a nedodrжуje intimní vzdálenosti. Zároveň často udržuje ulpívavý oční kontakt, tedy dlouhé zírání do očí, ovšem bez komunikační funkce. Celkově dítě vykazuje sociálně velmi problematické obtěžující chování.

Poslední typ formální, afektovaný je typický pro děti a dospělé s vyšším IQ. Mají velmi dobré vyjadřovací schopnosti, ovšem řeč je příliš formální se sklonem k preciznímu vyjadřování, což působí strojeně a projev připomíná „slovník na pochodu“. Jejich chování je velmi konzervativní a často může působit chladným, odtahitým dojmem, což se může projevovat také vůči rodinným příslušníkům. Často dochází k afektům při nedodržení společenských předpisů kvůli jejich pedantickému dodržování pravidel. Tito jedinci mívají problémy v komunikaci, co se týče jejich šokujících výroků, pravdomluvnosti bez schopnosti empatie, zároveň mívají potíže s chápáním ironie, nadsázky a vtipu, neboť vše slyšené berou doslovně.

Na základě zkušeností ještě Thorová (2016) přikládá pátou kategorii, tedy typ smíšený-zvláštní, s kterým se často setkáváme u dětí s atypickým autismem nebo Aspergerovým syndromem. Jednotlivé typy chování se prolínají, záleží na osobě člověka, se kterou dítě kontakt navazuje, a ještě na dalších okolnostech. Tento typ je uveden především kvůli tomu, že v některých situacích se dítě může chovat odtažitě, například v kolektivu nebo v přítomnosti cizí osoby a může působit jako velmi uzavřené a samotářské. Aktivní kontakt je pak schopné navázat pouze v situaci, kterou dobře zná, nebo pokud se týká jeho zájmů. Dále může dítě těšit společnost vrstevníků, ale spontánně s nimi kontakt nenavazuje a je v tomto kontaktu pasivní. Ovšem s dospělými osobami, výrazně mladšími nebo staršími dětmi je v kontaktu velmi aktivní.

Sociální chování je natolik různorodé a podléhá takovému množství vlivů, že jednotlivé projevy mohou odpovídat dvěma či více typologickým kategoriím. Až v dospělém věku se totiž obvykle vykrystalizuje převažující typ sociální interakce a pouze část lidí s poruchou autistického spektra vykazuje naprosto typické chování pro danou skupinu (Thorová, 2016).

#### **1.4.2 Komunikace**

Další oblastí triády postižení je komunikace, jak v její verbální, tak neverbální formě. Dle Lechty (2016) bývá zpravidla vývoj řeči opožděný a narušený a v některých případech se řeč nevyvine vůbec, přičemž řečový deficit se snažíme kompenzovat gesty či mimikou.

V případě verbální komunikace dochází k silnému narušení její kvality. U dětí, které jsou schopné verbální produkce, se často vyskytují specifické řečové projevy, jako echolalie (bezprostřední nebo opožděné), neologismy, tedy slova, která si dítě samo vytvoří a používá je k označení předmětů, dějů a situací, ovšem pro nezainteresovaného pozorovatele jsou tato slova nesrozumitelná (Lechta, 2016). O přítomnosti četných echolalií hovoří také Škodová (2007), která tento termín popisuje jako opakování slov či vět, kdy dítě mluví stále o jedné věci. Často se používá výraz papouškování a jedná se tedy o chorobné opakování slyšeného. Škodová (2007) dále

uvádí, že pokud se dítě naučí mluvit, vyskytují se v řeči typické nápadnosti a dítě není schopno konverzovat. Chybí mu přátelská emoční reakce a také oční kontakt při komunikaci. Ovšem na základě informací uvedených u sociálních interakcí víme, že toto tvrzení není zcela správné, neboť některé děti s autismem nemají problém s navázáním očního kontaktu, ovšem pravdou zůstává fakt, že konverzovat s nimi není jednoduché, neboť řeč neplní svou základní funkci, kterou je výměna informací. Lechta (2016) dále zmiňuje, že jsou v řeči přítomny idiosynkrazie, tedy používání slov či delších slovních spojení pro vyjádření zcela odlišného významu, než je jejich skutečný význam. V této souvislosti také uvádí příklad, kdy dítě vyjadřuje, že chce jíst palačinky a použije větu „a zase se to stalo“, tedy stejně tak jako u neologismů, je pro nezainteresovanou osobu problém toto slovní spojení pochopit. U starších dětí s dobrou inteligencí může být řeč plynulá, ale objevují se poruchy na pragmatické úrovni, což znamená zvláštnosti v užití řeči a stereotypie ve vyjadřování. Zároveň u nich přetrvávají poruchy porozumění řeči složitějším jazykovým zadáním (Dlouhá, [2017]).

V neverbální složce komunikace se vyskytují také jisté obtíže. Dle Dlouhé (2017) chybí neverbální komunikaci, tedy posunkům a mimice, komunikační význam, stejně jako je tomu u verbální komunikace. Lechta (2016) uvádí deficit v gestikulaci, který se projevuje nedostatečnou komplexností nebo i nedostatečným používáním gest, jako například vrtění hlavou na znamení nesouhlasu a přikyvování hlavou na znamení souhlasu, přičemž tato jednoduchá gesta mohou i zcela chybět. Dále uvádí, že „typickým příznakem je nepřítomnost imaginativní hry, ať už individuálního, nebo skupinového charakteru“ (Lechta, 2016, s. 319). V této souvislosti vysvětluje Julia Moor (2010), že obtíž v chápání smyslu imaginárních situací často vede k repetitivnímu, obsesivnímu chování, jehož smysl chápe jen samo dítě. Hovoříme tak o poslední oblasti triády postižení, kterou je představivost, zájmy a hra.

#### **1.4.3 Představivost, zájmy, hra**

Stejně jako u předešlých oblastí triády je představivost a kvalita hry u každého člověka s poruchou autistického spektra porušena do jiné míry a jiným způsobem. Zároveň i frekvence a míra typických abnormních projevů je jiná. Podstatnou součástí vývoje představivosti je rozvoj nápodoby, kdy dítě testuje situace s pomocí scénáře: co

se stane, když... Tato schopnost se postupem času rozvíjí, představivost se tak stává více komplexní a výsledkem je schopnost plánování. Narušení představivosti, tedy imaginace, negativně ovlivňuje mentální vývoj dítěte v několika směrech. Narušená schopnost imitace a symbolického myšlení totiž způsobuje, že se u dítěte nerozvíjí hra, která je jedním ze základních stavebních kamenů učení a potažmo i celého vývoje. Děti s poruchou autistického spektra upřednostňují činnosti a aktivity, které obvykle preferují podstatně mladší děti, což je způsobeno právě nedostatečnou představivostí. Z tohoto důvodu se hra a trávení volného času stávají nápadně odlišnými od vrstevníků. Zároveň děti s poruchou autistického spektra vyhledávají předvídatelnost v činnostech a upínají se tak na jednoduché stereotypní činnosti (Thorová, 2016).

Děti s autismem se příliš dobře nevyrovnávají se situacemi, kdy nastávají nějaké změny v jejich denním režimu. Život lidí s poruchou autistického spektra je označován jako život podle pravidel. Děti si stereotypně hrají, v jejich chování se objevují určité rituály a ulpívají na specifických zájmech (Dlouhá, [2017]). Se zájmy, které jsou pozorovatelné u dětí s poruchou autistického spektra, se běžně setkáváme i u zdravých dětí. Ovšem okruh aktivit bývá omezený, hra méně kvalitní a odlišná je i mnohem vyšší míra zaujetí, neodklonitelnosti, ulpívavosti, stereotypie a četnosti opakování. Přerušování aktivity či vyžadování větší pestrosti činností bude mít za následek jen vyšší míru problémového chování, jako agresivitu, křik, sebezraňující tendence či pasivní negativismus, kdy dítě nebude vůbec spolupracovat, a to ani na úrovni, které je jednoznačně schopno (Thorová, 2016).

Kromě stereotypních zájmů a činností se u dítěte vyskytují také stereotypní pohyby, jako točení se na místě či kývání hlavou, dále pohybování prsty před očima a mnutí rukou, což je typický příznak především pro Rettův syndrom (Lechta, 2016). Také Thorová (2016) uvádí, že u některých dětí jsou nápadné pohybové stereotypie, které využívají ke zrakové autostimulaci (prohlížení prstů), k vestibulokochleární stimulaci (záklony, točení se do kolečka, kývavé pohyby tělem) nebo k dotekové autostimulaci (mnutí, oštipování kůže, plácání se do hlavy, do hrudníku, bouchání čelem do předmětů). Reakce na vyrušení nebo snahu o odpoutání od těchto pohybových činností jsou stejné jako u výše uvedených zájmů a aktivit.

Všechny tři oblasti triády postižení spolu neodmyslitelně souvisí, neboť jde o základní dovednosti, které jsou potřebné k tomu, aby si dítě mohlo hrát. Nemůžeme se tedy divit tomu, že dítě utíká k činnostem, jež jsou pro něho srozumitelné, i když se jedná o činnosti repetitivní a někdy i nepatřičné, neboť dítě se cítí ztracené a zmatené (Moor, 2010). Dítě s poruchou autistického spektra má potřebu cítit se bezpečně a jistotu nachází právě ve svých každodenních rituálech, stereotypních činnostech, a proto není dobré mu do těchto záležitostí jakkoliv zasahovat.

## 2 KOMUNIKACE

Vzhledem k tomu, že „poruchy autistického spektra jsou primárně poruchami komunikace“ (Thorová, 2016, s. 99), se v této části bakalářské práce věnuji právě této oblasti a možnostem, kterými lze narušenou komunikační schopnost řešit.

Nejprve je důležité zmínit základní termín, tedy co znamená komunikace a stručné vymezení pojmů, které s ní úzce souvisí. Komunikace obecně znamená lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů. Nejenže je důležitá v mezilidských vztazích, ale zároveň významně ovlivňuje rozvoj osobnosti (Klenková, 2006). V této souvislosti zmiňuji Vágnerovou (2014), která ve své publikaci hovoří o osobnosti jedince s autismem. Na základě toho, že tento jedinec má potíže s navazováním hlubších vztahů, právě i z důvodu jeho komunikačních obtíží a chybí mu zkušenost prožitku vlastního významu pro druhého člověka, nemůže získat mnohé informace, jež jsou nezbytné pro rozvoj vztahu k sobě. Narušeno bývá i chápání sebe samého, dítě může mít dokonce potíže s odlišením hranice vlastní bytosti a ani v pozdějším věku nedovede pochopit jedinečnost vlastní identity. Z těchto důvodů je důležité zaměřit pozornost na rozvoj schopnosti komunikace, a to ve všech jejích formách.

Komunikaci lze rozlišit na dvě skupiny, verbální a neverbální. Do skupiny verbální (slovní) komunikace jsou zařazeny všechny komunikační procesy, které jsou realizovány za pomoci mluvené nebo psané řeči. Sociální kontakty, všechny mezilidské vztahy jsou „závislé na vysokém stupni schopnosti jazykové výměny a jazykového sebezpředstavení, rozhovoru, diskuse, slovní hádky, pomluvy“ a zaujímají v lidském sociálním životě centrální pozici (Klenková, 2006, s. 29). I přestože v komunikaci hraje hlavní roli verbální projev, dorozumíváme se zároveň i jinými prostředky. Podstatnou část sebevyjádření nesou prostředky neverbální komunikace, která v sobě zahrnuje veškeré dorozumívací prostředky neslovní podstaty. Neverbální komunikace zahrnuje širokou oblast toho, co signalizujeme beze slov či spolu se slovy jako doprovod verbální komunikace. Do této skupiny nepatří pouze různá gesta a mimika, ale také postoj a pohyb těla, vzdálenost a zaujímání prostorových pozic, tón hlasu, fyzické aspekty vlastního zjevu a další. Základním rozdílem mezi verbální a neverbální komunikací je to, že verbální komunikace je vždy doprovázena komunikací neverbální, která je

uplatňována v různé míře a závisí na mnoha faktorech, přičemž neverbální komunikace může být uskutečňována také samostatně, tedy bez verbální komunikace, kterou v tu chvíli supluje, a to jak při náhradní, tak i při přirozené neverbální komunikaci (Klenková, 2006).

V souvislosti s komunikací je důležité také zmínit dva pojmy, kterými jsou jazyk a řeč. Plháková (2004) definuje řeč jako individuální mentální aktivitu, při které jedinec užívá jazyk, a to především ke komunikaci a myšlení. Dále zmiňuje, že jazyk je systém znaků, který má svou gramatickou stavbu a její součástí je syntax, tedy určité zákonitosti tvorby gramaticky správných vět. Komunikaci lze chápat jako složitý proces výměny informací, přičemž jeho základ tvoří čtyři stavební prvky, kterými jsou komunikátor (osoba sdělující nějakou informaci), komunikant (příjemce informace, který nějakým způsobem reaguje), komuniké (obsah sdělení) a komunikační kanál, což je nezbytná podmínka k úspěšné výměně informace, tedy aby si obě strany rozuměly (Klenková, 2006). S ohledem na tyto stavební prvky, ale především s ohledem na schopnost úspěšně komunikovat, tedy sociálně jednat, se předpokládá existence komunikační kompetence, což je soubor všech znalostí, které umožňují mluvčímu, aby mohl komunikovat v určitém kulturním společenství (Valenta, 2015). Ovšem u lidí s poruchou autistického spektra jsou právě komunikační kompetence narušeny.

K narušení komunikační schopnosti člověka dochází tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů, případně několik rovin současně, působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru (Lechta, 2003). Dle Slowíka (2016) se narušená komunikační schopnost netýká pouze mluvené řeči, ale zahrnuje také její grafickou formu, mimoverbální prostředky a dokonce i netradiční komunikační kanály. Komunikační schopnost může být narušena z mnoha různých příčin. Nejčastěji se vyskytuje v souvislosti s nezralostí, tedy opožděným vývojem, případně organickým poškozením centrální nervové soustavy. Slowík (2016) dále uvádí, že v některých případech lze předpokládat poměrně dobrou prognózu, neboť postupné vyzrávání centrální nervové soustavy zlepšuje komunikační schopnost, ovšem u těžkého organického postižení mozku bývá výhled do budoucnosti méně optimistický a je tedy potřeba hledat alternativní způsoby komunikace již od počátku. Právě u lidí s poruchou autistického spektra se setkáváme s opožděným vývojem řeči či její úplnou absencí.

Dále se setkáváme s chybějící reakcí v konverzačním hovoru a snaha nahrazovat řeč mimikou či gesty také často lidem s poruchou autistického spektra chybí (Škodová, 2007). Thorová (2016) v této souvislosti uvádí, že u lidí s poruchou autistického spektra se setkáváme nejen s potížemi v oblasti verbální komunikace, ale zároveň s porozuměním neverbální komunikaci. Problematicky dekódují význam neverbální komunikace druhých lidí a je pro ně obtížné z výrazu obličeje, postoje těla nebo gesta usuzovat, co si lidé myslí. Nejsou tedy schopni rozpoznat emocionální signály, které druhá osoba s pomocí neverbální komunikace vysílá, a zejména mají potíže chápat pravidla neverbální komunikace. Z toho tedy vyplývá, že s potížemi v oblasti neverbální komunikace se setkáváme u všech poruch autistického spektra. Ovšem v oblasti verbální komunikace mají nejméně narušenou komunikační schopnost, lidé s Aspergerovým syndromem. Pasivní slovní zásoba bývá bohatá, zároveň v testech verbálního myšlení obvykle dosahují průměrných až nadprůměrných výsledků, ovšem potíž nastává v sociálním a praktickém využívání komunikace (Thorová, 2016).

## **2.1 Alternativní a augmentativní komunikace**

Vady a poruchy řeči jsou primárně problematikou logopedické oblasti, ovšem ani intenzivní logopedická péče nemusí být dostatečně účinná při řešení problému narušené komunikační schopnosti u člověka s těžkou vadou nebo poruchou řeči. V případech, kdy dojde k natolik závažnému narušení řečových funkcí, mohou napomoci různé metody alternativní a augmentativní komunikace, dále jen AAK (Slowík, 2016). Rozdíl mezi systémy AAK popisuje Laudová (Škodová, 2007, s. 565) a uvádí, že „augmentativní (z lat. augmentare – rozšiřovat) systémy komunikace mají podporovat již existující, ale pro běžné dorozumívání nedostatečné komunikační schopnosti a alternativní komunikační systémy se používají jako náhrada mluvené řeči“. Šarounová (2014) zmiňuje, že při využití jakékoliv z těchto metod by mělo být vždy samozřejmostí současné zapojování všech dostupných komunikačních schopností člověka, tedy zbytků mluvené řeči, vokalizace, přirozených gest, mimiky. Zároveň zmiňuje, že by AAK neměla být stavěna do protikladu k logopedické péči, neboť by naopak měla být v případě potřeby konkrétního jedince s užíváním metod AAK propojena.



Podpora těmito metodami je obvykle užívána pro děti a dospělé s těžkými komunikačními poruchami, a to na podkladě různých diagnóz. Nejčastěji se jedná o dětskou mozkovou obrnu, poruchy autistického spektra, mentální postižení, kombinované postižení, cévní mozkovou příhodu, úrazy mozku a další (Šarounová, 2014). U dětí s rizikovou diagnózou je potřeba začít s AAK co nejdříve, především z toho důvodu, aby dítě nemělo zkušenost selhání a rozvíjela se jeho aktivita, potřeba i schopnost exprese. Nemluvící dítě by mělo být s AAK stále v kontaktu obdobným způsobem jako zdravé dítě, které slyší řeč všude kolem, absorbuje ji a používá. Samozřejmě by se měl navržený systém vyvíjet souběžně s postupným rozvojem komunikačních potřeb dítěte (Škodová, 2007).

Při uvažování o využití metod AAK, často vyvstávají otázky, zdali u dítěte nedojde ke zpomalení či zastavení vývoje mluvené řeči. Šarounová (2014) v této souvislosti uvádí, že byla provedena řada výzkumů konstatující pozitivní vliv metod AAK na rozvoj mluvené řeči, i když byly provedeny i výzkumy mnohými renomovanými odborníky, které jsou s tímto tvrzením v rozporu. Především zmiňuje výzkum, který provedly autorky Goodwyn, Acredolo a Brown, jehož výsledky jednoznačně dokázaly, že „užívání symbolických gest nebrání vývoji řeči, ale může ho dokonce podpořit. Autorky uvádějí, že výsledky výzkumu mohou zcela uklidnit rodiče a profesionály, kteří se obávají, že používání symbolických gest může zpomalit vývoj mluvené řeči. Ve skutečnosti data o vývoji receptivní i expresivní složky řeči zkoumaných dětí velmi silně naznačují, že vliv symbolických gest na rozvoj řeči je spíše pozitivní než negativní.“ (Šarounová, 2014, s. 11). S tím souvisí také výzkum, který byl zaměřen pouze na děti s poruchou autistického spektra. Tento výzkum provedli Schlosser a Wendt a jejich výsledky naznačují, že intervence v oblasti AAK nebrání rozvoji řeči a ve skutečnosti dochází ke zlepšení v řečové produkci, byť většinou spíše mírné (Šarounová, 2014).

Kompenzace mluvené řeči má ovšem jak svá pozitiva, tak i úskalí. I přestože systémy AAK jsou pro některé osoby jedinou možností dorozumívání s ostatními, což je vždy lepší varianta než naprostá komunikační izolace, tak zároveň nemusí být, a ani často nebývají, tyto systémy srozumitelné pro převážnou část okolí. Okruh komunikačních partnerů se tak může zúžit pouze na ty, kteří dostatečně ovládají stejné dorozumívací prostředky. Z toho tedy vyplývá, že zvýšené riziko sociální izolace u

těchto osob stále přetrvává (Slowík, 2016). Otázka ovšem je, jak tedy zabránit tomu, aby docházelo k sociální izolaci, která následně ovlivňuje také psychiku a osobnost jedince s postižením. Vzhledem k tomu, že laická veřejnost stále zůstává málo informovaná, bývají lidé s postižením negativně hodnoceni, jsou vystaveni nežádoucí pozornosti a někdy i posměchu. Názor společnosti bývá ovlivněn neznalostí a neporozuměním podstatě poruch. Neznalost na jedné straně vede k přesvědčení, že obtíže v domluvě jsou projevem nedostatku inteligence, a na druhé straně může navozovat představu, že jde o důsledek pohodlnosti, nebo slabé vůle (Vágnerová, 2014).

### **2.1.1 Metody bez pomůcek**

Dle Šarounové (2014) se mezi metody, jež nevyžadují pomůcky, většinou řadí i přirozené způsoby komunikace, kterým se obvykle není třeba nijak učit. Jedná se především o cílený pohled, mimiku, přirozená gesta, odpovědi ano/ne na otázky a také komunikace akcí. Ovšem především se do těchto metod řadí manuální znaky, kterým už je třeba uživatele učit. U těchto metod je především podstatné, aby gestikulační kód byl srozumitelný všem účastníkům komunikace, neboť pak také dochází ke zmírnění frustrace či apatie z dlouhodobě neúspěšných pokusů o komunikaci (Lechta, 2003).

Uvádím pouze stručný přehled některých systémů, které využívají manuální znaky. Nejznámějším komunikačním systémem je znakový jazyk, který využívají především lidé se sluchovým postižením. Jedná se o naprosto svébytný dorozumívací prostředek se speciálními výrazovými prostředky odlišnými od struktury běžného jazyka, čímž se ovšem stává jazykem velmi úzké skupiny osob ve společnosti. Na rozdíl od znakové češtiny, jenž je uměle vytvořeným systémem usnadňujícím komunikaci mezi slyšícími a neslyšícími v České republice, je znakový jazyk přirozeným dorozumívacím prostředkem neslyšících. V případě znakové češtiny se prakticky jedná o běžnou mluvenou češtinu doplněnou o pohyby a postavení rukou, které ukazují odpovídající znaky českého znakového jazyka. I přestože se jedná o jakýsi kompromis mezi jazykem slyšících a neslyšících osob, tak tento systém nevyhovuje dostatečně ani jedné z obou skupin (Slowík, 2016). Další možností je znak do řeči, což je kompenzační, doplňující a mnohdy i dočasný prostředek komunikace mezi osobami

s postižením řeči a jejich okolím, při kterém se používají jen jednotlivé znaky ze znakového jazyka neslyšících, představující buď samostatná slova, nebo jednoduché fráze (Šarounová, 2014). Dle Slowíka (2016) patří znak do řeči mezi nejjednodušší podpůrnou metodu a uvádí, že se jedná o gestikulaci nebo jednoduché pohybové či pantomimické vyjádření, které může v některých případech stačit pro doplnění jinak nedostatečně srozumitelného řečového projevu. V případě, kdy pro určitý pojem, například pro jména, není vytvořen znak, je využívána prstová abeceda, při které jsou jednotlivá písmena abecedy znázorňována pomocí různých poloh prstů jedné nebo obou rukou. Podobnou metodou je Lormova abeceda, což je systém využívající dotykových bodů v dlani jedné ruky, ovšem užívaný u slepohluchých osob. U těchto jedinců se dále využívá metoda TADOMA, která spočívá v tom, že ruka postižené osoby se dotýká obličeje a krku mluvící osoby tím způsobem, že se palcem dotýká rtů, cítí zároveň pohyby čelistí a jazyka, přičemž ostatní prsty odhmatávají vibrace na tvářích, čelistech a hrdle (Škodová, 2007).

Z popisu jednotlivých systémů můžeme soudit, že se skutečně jedná o náročnou problematiku, neboť pokud se setkáme s jedincem, který využívá některou z těchto metod, a my tuto formu komunikace neovládáme, dochází k velkým komunikačním bariérám. Jak uvádí Slowík (2016), pokud je jediným řešením využití některé z metod náhradní komunikace, je potřeba současně podporovat komunikaci s co nejširším okruhem lidí, kteří jeho konkrétní dorozumívací systém ovládají, neboť v opačném případě by alternativní přístup ke komunikaci vedl spíše ke společenské segregaci dotyčného, než aby mu pomohl v potřebném sociálním kontaktu. Ovšem stejně je tomu tak i u druhé skupiny AAK, tedy u metod s pomůckami.

### **2.1.2 Metody s pomůckami**

Tato skupina metod je rozdělena dle toho, jaké pomůcky jsou ke komunikaci využívány. Patří sem netechnické pomůcky, které lze zjednodušeně popsat jako pomůcky, které „nevyužívají ke svému provozu elektrický proud ani napájení z baterie, jejich použití nevyžaduje nácvik ovládnutí, pravidelné dobíjení ani nutné zásahy v případě porouchání pomůcky“ (Šarounová, 2014, s. 16). Tyto pomůcky jsou poměrně rozšířené, především u nás, neboť jsou na rozdíl od technických pomůcek cenově

dostupnější. Ovšem na druhé straně je potřeba si uvědomit, že nemají hlasový výstup, který je pro uživatele i pro komunikačního partnera důležitý a může dorozumívání urychlit a zefektivnit (Šarounová, 2014).

Mezi netechnické pomůcky (symboly) jsou zařazeny trojrozměrné symboly, s nimiž lze manipulovat, mají hmatovou strukturu a jsou snadno rozpoznatelné. Vhodné je využívat tuto metodu u velmi malých dětí, neboť hmatové symboly a významy vnímá dítě již v sedmi měsících, dále u osob se zrakovým postižením, s kombinací smyslového postižení či u osob s těžkým mentálním postižením. Nevýhodou těchto symbolů ovšem je, že nemohou reprezentovat abstraktní slova a zároveň se překrývá také pojmenování předmětu a související činnost, neboť například lžička symbolizuje lžičku samotnou, ale také potřebu jíst (Škodová, 2007). Další netechnickou pomůckou mohou být fotografie, které jak uvádí Šarounová (2014) bývají první volbou ve chvíli, kdy začínáme pracovat s AAK u malých dětí. Samozřejmě je tato metoda využívána i u větších dětí a dospělých, a to zvláště pro zobrazení konkrétních osob a míst. Vzhledem k tomu, že v dnešní době není problém fotografie pořídit, není ani po této stránce náročné tento systém začít využívat. Šarounová (2014) dále uvádí důležitá pravidla, která by se pro užití fotografií měla dodržovat. Zobrazovaný předmět či člověk by měl být na bílém nebo kontrastním pozadí a na jedné fotografii by nemělo být více osob než jen jedna, která je označena jménem. Dále je třeba dbát na to, aby na fotografii nebylo příliš nedůležitých a rozptýlujících detailů a především, aby bylo jednoznačně pochopitelné, co představují. S fotografiemi lze pracovat jednotlivě, tedy pomocí kartiček, nebo je lze sestavovat do komunikačních tabulek. Komunikační tabulky jsou využívány pro širokou škálu symbolů, ať už se jedná o symboly BLISS, Makaton, piktogramy či Picture Exchange Communication System, u nás známý jako Výměnný obrázkový komunikační systém. U těchto jednotlivých symbolů se setkáváme s odlišnou grafickou podobou, ovšem vždy je důležité, aby grafická podoba slova byla jednoznačným kódem, kterému shodně rozumí uživatel i komunikační partner. Forma komunikační tabulky vychází vždy z potřeb uživatele a může mít tedy velmi individuální provedení (Škodová, 2007). Kromě komunikačních tabulek existují také komunikační knihy se symboly na listu papíru, na které uživatel pouze ukazuje, ovšem tyto knihy mohou být nepraktické při používání. Z tohoto důvodu jsou více využívány

komunikační knihy s odnímatelnými obrázky, tedy knihy s kartičkami na suchý zip, které uživatel podává komunikačnímu partnerovi či je řadí na komunikační proužek (Šarounová, 2014).

Mezi technické pomůcky se obvykle řadí jednoúčelová zařízení pro komunikaci, počítače a tablety (Šarounová, 2014). Jednoúčelovými komunikačními pomůckami mohou být jednoduché pomůcky se zrakovým anebo hlasovým výstupem s omezeným počtem vzkazů, či přístroje s klávesnicí nebo displejem, přičemž sdělení jsou označena obrázky, fotografiemi, symboly, nápisy. Elektronické komunikační pomůcky mají různé typy výstupů, ovšem výrobci se snaží kombinovat více výstupů u jedné pomůcky tak, aby co nejvíce vyhovovala individuálním potřebám jak uživatele, tak i jeho komunikačních partnerů (Škodová, 2007). V dnešní době neslouží elektronické pomůcky jen ke komunikaci lidí s postižením, ale také se tyto metody využívají ve školství při výuce. Bylo vytvořeno několik programů a nejrozšířenějším z nich je Boardmaker, který je určen k výrobě a tisku komunikačních tabulek, jednotlivých kartiček se symboly, šablon pro komunikační pomůcky s hlasovým výstupem, ale také výukových a logopedických pomůcek. Práce s tímto programem především pomůže těm, kteří vytvářejí individuální materiály pro komunikaci a výuku. Na podobném principu jsou vytvořeny programy Symwriter, Altík a Grid 2. (Šarounová, 2014).

Otázkou ovšem zůstává, zdali je lepší využívat technické či spíše netechnické pomůcky. Souhlasím s názorem, který uvádí Šarounová (2014) ve své publikaci, tedy že odpověď na tuto otázku by mohla být jednoznačná, neboť technika poskytuje mnohem více možností a jednodušší by tedy bylo opustit všechny komunikační tabulky, knihy, kartičky a začít využívat komunikaci pomocí počítačů a tabletů. Ovšem vzhledem k tomu, že ke každému jedinci s postižením by se mělo přistupovat individuálně, brát ohled na jeho individuální potřeby a také na typ a stupeň závažnosti jeho postižení, není odpověď vždy zcela jednoznačná. Při výběru metody AAK je tedy potřeba zohlednit mnoho faktorů.

## 2.2 Specifika AAK u osob s poruchou autistického spektra

U lidí s poruchou autistického spektra lze využít všechny výše uvedené metody AAK, neboť žádná z těchto metod není u lidí s touto poruchou v principu nepoužitelná. Ovšem je důležité nepoužívat jednu metodu univerzálně pro všechny klienty s touto diagnózou a vždy musíme přihlídnout ke schopnostem a preferencím jedinců s poruchou autistického spektra i jejich rodin a hledat tedy řešení v celé řadě dostupných možností. Zároveň je potřeba počítat s tím, že u osob s touto poruchou neužíváme metody AAK pouze pro podporu aktivního dorozumívání, ale také pro podporu porozumění řeči a dění okolo nich (Šarounová, 2014).

Vzhledem k tomu, že u lidí s poruchou autistického spektra je nejrozšířenější metodou AAK britský PECS (Picture Exchange Communication System), u nás známý jako Výměnný obrázkový komunikační systém (dále jen VOKS), věnuji svou pozornost právě tomuto systému. Program PECS vytvořili dva američtí odborníci Lori A. Frost a Andy Bondy za účelem výuky funkční a iniciativní komunikace pro osoby s poruchou autistického spektra a souvisejícím vývojovým opožděním. Tento program vychází z kombinace principů ABA (aplikovaná behaviorální analýza), typického vývoje řeči a jazyka a principů AAK. Frost a Bondy považují za důležitý základ pro výuku komunikace přístup ke vzdělávání vycházející z pyramidového principu, který je zaměřen na vývoj funkčních komunikačních dovedností a aktivit, dále na silné motivující předměty a prevenci nevhodného nebo nebezpečného chování (Šarounová, 2014).

VOKS představuje systém, se kterým lze začít pracovat v jakémkoliv věku a zpravidla je u klientů využíván jako první volba AAK za předpokladu, že klienti zvládají diferenciaci reálných předmětů, tedy jsou schopni pochopit, k čemu daný předmět slouží. VOKS je vysoce motivující a redukuje nevhodné chování. Principy tohoto systému jsou velmi rychle osvojitelné a zároveň je dobře využitelný ve škole, doma i na veřejnosti. Přestože cílovou skupinou jsou především klienti s poruchou autistického spektra, lze tuto metodu využít i u klientů jiných diagnóz s výraznějšími problémy v dorozumívání, jako například Downův syndrom, dětská mozková obrna, afázie a další (Jarolímová, 2021).

Thorová (2016) uvádí, že je důležité, aby tento systém dětem nezprostředkoval pouze náhradní způsob komunikace, ale zároveň u dítěte rozvíjel

všechny potřebné funkce komunikace. Tyto funkce spočívají v tom, aby bylo dítě schopné získat si pozornost, vyjádřit své potřeby, pocity a emoce, dále vyjádřit souhlas či nesouhlas s danou činností, upozornit na dění kolem, podávat a získávat informace a zároveň, aby bylo schopné sociální komunikace. Mnohé z těchto funkcí je potřeba rozvíjet i u mluvících dětí s poruchou autistického spektra a prostředky jsou vybírány dle schopností dítěte, přičemž se nacvičuje i kombinace s dalšími prostředky, jako je postoj, oční kontakt, verbální spojení a další.

Ovšem pokud má VOKS plnit svůj účel, tedy aby se klient naučil využívat tuto metodu komunikace efektivním způsobem, je důležitá jeho pravidelnost užívání a musí se stát součástí každodenního života a nejen příležitostným úkolem. Jakmile klient pochopí principy VOKS a bude schopen vyjádřit svou potřebu, získat pozornost, odmítnout a komentovat situace, je potřeba systém začlenit a účelně využít ve všech oblastech života, neboť záměrem je používat stejnou metodu komunikace ve všech aktivitách (Jarolímová, 2021).

Obrázkové komunikační systémy se staly doporučovanými na základě metod založených na důkazech a jejich efektivita je srovnatelná s některými ABA technikami (Thorová, 2016). Aplikovaná behaviorální analýza představuje vědecký přístup k vyhodnocování chování, jeho úpravám a zaměřuje se na zlepšování sociálně významného chování na smysluplnou úroveň. Za sociálně významné chování ABA považuje takový projev dítěte, který má vážný dopad na jeho sociální schopnosti, komunikaci a učení. Na základě pozorování a rozhovorů je vytvořen plán programu a jeho cíle jsou průběžně vyhodnocovány a podle potřeby upraveny. ABA vychází z principů ovlivňování chování, jako je například pozitivní posilování, což je cokoliv, co následuje po určitém chování a zvyšuje pravděpodobnost, že se dané chování objeví i v budoucnu, tedy jednoduše řečeno dítě dostává odměny a princip vyhasínání je proces, při němž se ustupuje od posilování dříve posilovaného chování a frekvence tohoto chování se snižuje. ABA systematicky používá strategie změny chování vycházející z těchto zásad. Pracuje s projevy, které lze pozorovat a měřit a usiluje o výsledky, které přetrvávají i po ukončení programu (Johnson, 2020).

### **3 PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ**

V této části se zabývám problémovým chováním, které se u lidí s poruchou autistického spektra může vyskytovat. Zmiňovány jsou jeho projevy a příčiny a také možnosti, kterými lze problémové chování eliminovat či alespoň zmírnit.

#### **3.1 Terminologie**

V současnosti můžeme v etopedii, která se touto problematikou zabývá, pozorovat jistý nesoulad v terminologii. Důvodem nejednotného pohledu a terminologie je především variabilita (různorodost) příčinných jevů, relativita očekávaného chování a interpretace z různých východisek. Setkáváme se tak s termíny poruchy chování, problémové chování, rizikové chování či specifické poruchy chování. Rozdíl mezi problémovým chováním a poruchou chování je ve třech základních oblastech, tedy v motivaci nežádoucího chování, v časovém období a v intenzitě nežádoucích projevů a ve způsobech podpory a realizované intervence u dítěte. Specifické poruchy chování jsou termínem, který je využíván v odborné pedagogicko-psychologické terminologii pro poruchy chování, jež jsou vrozené, dlouhodobé a projevují se specificky. Zejména je tento termín používán u diagnózy ADHD (Attention Deficit Hyperaktivity Disorder), kterou Jucovičová (2010) popisuje jako syndrom deficitu pozornosti spojený s hyperaktivitou. Chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince či pro společnost, označujeme za rizikové. Dle Průchy (2013) se nejčastěji jedná o tři typy rizikového chování. První skupinou jsou děti zneužívající návykové látky (nikotin, alkohol, drogy), druhou skupinou jsou děti s negativním chováním v reprodukční oblasti (předčasný sex, předčasné otěhotnění) a třetí skupinou jsou děti s negativním psychosociálním chováním (poruchy chování, agresivita, kriminalita). Lze obecně konstatovat, že poruchy chování se vždy projevují ve vztahu k něčemu a jedná se o poruchy sociální interakce, poruchy vztahu k sobě samotnému a poruchy vztahu k věcem a při zacházení s nimi (Hutyrová, 2019).

V souvislosti s problematikou poruch autistického spektra se přikláním k terminologii mnoha autorů, kteří používají termín problémové chování, neboť jak



uvádí Emerson (2008, s. 13) „problémové chování se vztahuje pouze na chování, které zahrnuje významné ohrožení fyzického zdraví člověka nebo působí tak, že výrazně snižuje přístup do komunitního prostředí“. Tato definice, dle mého názoru, nejlépe vystihuje problémové chování, jež se vyskytuje právě u poruch autistického spektra. Emerson (2008) dále vysvětluje, že používání termínu problémové chování, nám navíc může pomoci zaměřit pozornost na proces, jímž jsou vymezeny sociální problémy, tedy že odchylku v chování konkrétního jedince zasadíme do sociálního a interpersonálního kontextu, v němž se jisté činy nevyhnutelně stávají problematickými. Problémové chování není sice diagnostickým kritériem, ovšem s poruchami autistického spektra se velmi často pojí. Příčina, způsob, intenzita a frekvence tohoto chování je u lidí s touto poruchou různorodá, neboť závisí na mnoha faktorech. Je potřeba zohlednit celkovou tíži symptomatiky, osobnostní predispozice, výchovný a terapeutický přístup v minulosti i současnosti (Thorová, 2016).

### **3.2 Problémové chování u lidí s poruchou autistického spektra**

Mezi nejčastější formy problémového chování patří sebezraňování, destruktivní činnost, agresivita, afektivní záchvaty, výrazná stereotypní činnost a rituály. Tyto projevy chování se vyskytují v mnoha oblastech života dítěte a zároveň často ovlivňují sociální fungování celé rodiny (Thorová, 2016).

Se záchvaty vzteku se setkáváme i u dětí intaktních, převážně ve věku 2-4 let, pokud jsou unavené, frustrované či usilují o dosažení pocitu autonomie. Ovšem děti s poruchou autistického spektra jsou k záchvatům vzteku náchylnější, především kvůli jejich emoční labilitě, jednoduše řečeno prudkému střídání nálad (Thorová, 2016). U lidí s poruchou autistického spektra se narušení v oblasti emocí projevuje po celý život. Kromě toho, že jim dělá potíže porozumět vlastním vnitřním citovým stavům a citovým stavům ostatních, dochází také k tomu, že mají problémy zvládat své emoce. V důsledku toho se děti s autismem mohou jevit jako obtížně zvladatelné, ovšem jejich obtíže pramení z problémů s chováním a autoregulací, tedy se schopností přizpůsobit se změnám (Scarpa, 2019). Sebezraňování či agrese se může odehrávat na bázi kompulze, tedy nutkavého aktu a s tím souvisí také specifické problémové chování

trichotilomanie (vytrhávání vlasů), které se může u osob s poruchou autistického spektra také vyskytovat.

Dalšími problémy mohou být útky z domova, které jsou ovšem často spojené se specifickými zájmy dětí, například mapování tras, projížďky vlaky a tramvajemi. Ovšem fascinace předměty či zájmy může být natolik silná, že se dítě může dopustit i krádeže věcí, například kvůli jeho sběratelské činnosti, ale krádež mívá spíše nutkavý než plánovaný charakter (Thorová, 2016). Hutyrová (2019) uvádí, že na vznik problémového chování mají vliv faktory biologické, genetické, psychologické a sociální, přičemž počet rizikových faktorů je zásadní a jejich kumulace zvyšuje riziko vzniku problémového chování. Ovšem řada problémů s chováním je důsledkem primárních potíží, které se u dětí s autismem vyskytují. Jedná se o jiný způsob vnímání a zpracování informací, komunikační a sociemoční deficit, nevhodné prostředí a přístup, kdy běžné prostředí není přizpůsobeno specifikům poruchy a mnohé situace vyvolávají u dítěte tenzi a následně problémové chování (Thorová, 2016).

### **3.3 Terapie problémového chování**

Situace, kdy dojde u lidí s poruchou autistického spektra k projevům problémového chování, vyvolávají ve společnosti negativní reakce a je tedy důležité se zaměřit na možnosti, které dostatečně zmírní či zcela eliminují projevy tohoto chování.

V části, která se zabývala specifiky AAK u osob s poruchou autistického spektra, byla již kromě samotné AAK zmíněna jedna z metod a tou je program ABA, který je zaměřen na zlepšování sociálně významného chování na smysluplnou úroveň. Ovšem existuje mnoho dalších způsobů terapie problémového chování. Svoji pozornost věnují především kognitivně-behaviorální terapii (dále jen KBT), která je zaměřena na změnu myšlení a vnějšího chování uživatele (Čadilová, 2007). KBT je jednou z nejvíce využívaných metod při práci s klienty s poruchou autistického spektra. Primární výhoda spočívá v jeho široké komplexnosti a možnostech ovlivnit většinu psychických jevů či poruch, s kterými se klienti s poruchou autistického spektra a jejich okolí setkávají. Využívá se například při nácvicích sociálních a komunikačních dovedností, při práci s úzkostným či depresivním prožíváním, sociálními fobiemi a v zásadě neexistují

projevy, které by nebylo možné pomocí KBT pozitivně ovlivnit. KBT má danou jasnou strukturu, je časově ohraničená a předpokládá aktivní zapojení klienta do terapeutického procesu. Samozřejmě čím jsou klienti mladší či je symptomatika poruch autistického spektra silnější, tím více je využívána rovina behaviorální na úkor kognitivní. Behaviorální přístup lze využívat již u dětí v batolecím období, přičemž na jeho technikách je postaven již zmiňovaný program ABA, ale i mnohé další. Přestože efektivita KBT u klientů s poruchou autistického spektra bývá o něco nižší, než u dětí či dospělých bez diagnózy, zůstane KBT s velkou pravděpodobností primární terapeutickou volbou u těchto klientů i nadále (Bittmann, 2021).

Další možností může být Program zvládnání stresu a hněvu (STAMP), což je strukturovaný nácvik, který poskytuje sadu strategií k utlumování negativních pocitů a posilování pozitivních pocitů v každodenním životě. Jedná se o program, který je založen na kognitivně-behaviorálním principu, ovšem je určen pouze dětem s vysoce funkčním autismem, nebo Aspergerovým syndromem (Scarpa, 2019). Dále lze využít různé formy terapií, jako muzikoterapie, terapie s asistencí zvířat (hipoterapie, canisterapie), arteterapie a mnohé další. Vzhledem k tomu, že nervový systém dítěte s poruchou autistického spektra je nesmírně křehký a velmi snadno podlehne přetížení, je důležité naučit děti zároveň relaxovat. Relaxace redukuje úzkost a tenzi a zvyšuje schopnost dítěte odolávat frustraci. Ovšem každé dítě preferuje jinou formu relaxace a tudíž volba vhodného způsobu je zcela individuální (Thorová, 2016). Toto samozřejmě neplatí jen pro relaxaci, ale zároveň pro všechny metody, jež jsou u klientů s poruchou autistického spektra využívány, neboť jak již bylo několikrát zmíněno, je důležité zohlednit individuální potřeby a schopnosti jedince s poruchou autistického spektra a případně s dalšími přidruženými obtížemi.

## 4 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Vzhledem k tomu, že u lidí s poruchou autistického spektra bývá nejčastějším přidruženým postižením mentální retardace (MR), věnuji se v této části stručnému vymezení této problematiky.

Dle Švarcové-Slabinové (2011) tvoří specifickou skupinu mezi zdravotně postiženými právě děti, mládež i dospělí s mentální retardací. Přestože představují jednu z nejpočetnějších skupin mezi postiženými, tak se stále o této problematice ví poměrně málo. Z toho také vyplývá rozpačitý či dokonce někdy nepřátelský postoj společnosti k lidem s mentálním postižením a společenská situace těchto jedinců tak zůstává stále poměrně nejasná a nejistá. Zároveň se v této oblasti setkáváme s rozdílnou terminologií, ovšem nejužívanějším termínem je mentální postižení či mentální retardace. Bazalová (2014) v této souvislosti uvádí, že oba termíny jsou většinou užívány jako synonyma, ovšem sama autorka považuje užívání termínu mentální postižení za vhodnější, neboť označení retardace nese ve společnosti poněkud hanlivý nádech. Naopak Švarcová-Slabinová (2011) považuje termín mentální retardace za optimističtější a méně osudový než mentální postižení.

S termínem mentální retardace pracuje také MKN-10 a uvádí, že se jedná o „stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti“. MKN-10 používá klasifikaci mentální retardace dle stupně postižení a jedná se o lehkou, středně těžkou, těžkou a hlubokou mentální retardaci (MKN-10, 2022).

Svoboda (2015) charakterizuje jednotlivé stupně mentální retardace a uvádí, že jedinci s lehkou mentální retardací jsou vzdělatelní v běžných školách, mohou vykonávat méně kvalifikovanou či nekvalifikovanou práci, vesměs manuálního charakteru. Potřebují sociální i emoční podporu, ale jsou schopni samostatného života, i když vhodnější je život ve skupinách či pod dohledem. Jedinci se středně těžkou mentální retardací jsou nevzdělatelní, ale vychovatelní. Nebývají schopni samostatného života a mohou fungovat v rámci rodiny či v ústavech. S dopomocí se o sebe dokážou alespoň částečně postarat a někteří z nich jsou zaměstnatelní v chráněných dílnách, kde vykonávají velmi jednoduché činnosti. Osobám s těžkou

mentální retardací se k poruchám intelektu přidávají i poruchy motoriky. Těmto jedincům chybí samostatnost při sebeobslužných činnostech. Vyžadují tedy stálý dohled a z tohoto důvodu je jejich život v rodinách velmi komplikovaný a většinou přebývají v ústavech. Hluboká mentální retardace je většinou spojena s imobilitou a inkontinencí. Osoby s tímto stupněm mentální retardace nejsou většinou schopni samostatně přijímat potravu a v tomto případě je nutná asistence. Jejich schopnost komunikace je na nejnižší primitivní úrovni a často se k poruše intelektu přidávají další poruchy (poruchy hybnosti, smyslová poškození). Vzhledem k vysoké potřebě osobní asistence a péče jsou většinou umisťovány do sociálních či psychiatrických zařízení.

Thorová (2016) ve své publikaci zmiňuje, že úroveň intelektu byla zjišťována v řadě výzkumů a je dokázáno, že zhruba u poloviny dětí s autismem se zároveň vyskytuje mentální retardace. U dětí s poruchou autistického spektra v kombinaci s mentální retardací se vyskytují mnohem větší problémy v oblasti chování, především sebezraňování je podstatně rozšířenější mezi lidmi s těžkým mentálním postižením a velmi vysoký výskyt sebezraňování můžeme také zpozorovat u Rettova syndromu (Emerson, 2008). U lidí s poruchou autistického spektra, zejména pokud je přidružena mentální retardace, se vyskytují také problémy se sexuálním chováním, kdy si jedinci neuvědomují následky svého nevhodného jednání. Především u starších jedinců se může jednat o nevhodné oslovování lidí na ulici, masturbaci na veřejnosti či provokativní chování a snahu o nepřiměřený fyzický kontakt. Velmi důležité je zajištění prevence, tedy speciální sexuální výchova a nácviky sociálních dovedností (Thorová, 2016). K zajištění vhodného sociálního chování nám může dopomoci Obrázkový slovník sociálních situací, který není určen jen pro děti s poruchou autistického spektra, ale zároveň ho lze využít i u dětí s lehkou mentální retardací (Straussová, 2017).

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

### **5 CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

Praktická část je zaměřena na získání poznatků o využívání a efektivnosti alternativní a augmentativní komunikace u dětí s poruchou autistického spektra, především v souvislosti s problémovým chováním a rozvojem v oblasti komunikace.

#### **5.1 Cíl výzkumného šetření**

Na základě dané problematiky byly stanoveny dva cíle:

- 1) Zjistit, zdali využívání alternativní a augmentativní komunikace může přispět k předcházení či omezení výskytu problémovému chování.
- 2) Zjistit, jak se rozvíjí mluvená řeč u klientů, kteří přednostně komunikují nástroji alternativní a augmentativní komunikace.

#### **5.2 Výzkumné otázky**

Na základě uvedených cílů byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

- 1) Jaké metody alternativní a augmentativní komunikace jsou upřednostňovány rodiči dětí s poruchou autistického spektra?
- 2) Jaké zkušenosti mají rodiče s využíváním alternativní a augmentativní komunikace, zejména ve vztahu k řešení problémového chování?

## 6 METODIKA

### 6.1 Pozorování

K získání dat byla použita metoda kvalitativního výzkumu, konkrétně zúčastněné pozorování, které můžeme chápat jako „dlouhodobé, systematické a reflexivní sledování probíhajících aktivit přímo ve zkoumaném terénu s cílem objevit a reprezentovat sociální život a proces“ (Švaříček, 2014, s. 143).

Tato metoda byla zvolena především z důvodu, že umožňuje pochopit celý kontext, ve kterém se dané situace odehrávají a pochopit tedy studovaný problém v celé jeho šíři. Zároveň dovoluje nespoléhat pouze na koncepty, které daný jev popisují v teoretické literatuře, a dovoluje tedy otevřenost vůči problému. Výhodou také je, že pozorovatel si může všimnout situací, které by nemusely být při osobním rozhovoru sděleny a může si tak vytvořit vlastní názor na pozorované jevy (Švaříček, 2014). Z důvodu, aby výsledky pozorování byly co nejspolehlivější, předcházelo samotnému pozorování stanovení základního zkoumaného problému a s ním související hypotézy a výzkumné otázky.

Pozorování, jež probíhalo po dobu 1 roku během vykonávání osobní asistence, bylo realizováno při odlehčovacích víkendových pobytech v prostorách Dětské psychiatrické nemocnici Opařany pod vedením organizace APLA Jižní Čechy. APLA (Aktivní podpora lidí s autismem), dříve Asociace pomáhající lidem s autismem, se snaží, jak vyplývá ze samotného názvu, aktivně podporovat rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra poskytováním odborných služeb a předáváním speciálních metod práce. APLA kromě samotné diagnostiky poskytuje také psychologické, psychiatrické, vzdělávací, terénní či sociální služby, mezi něž se řadí již zmiňovaná odlehčovací služba (Votývová, 2015). Služba je poskytována dětem a dospělým lidem s autismem od 3 do 30 let věku prostřednictvím osobních asistentů, přičemž jeden asistent v době pobytu individuálně podporuje jednoho klienta. Klienti jsou podporováni v aktivitách běžného dne, a to na základě jejich potřeb a přání. Odlehčovací pobyt má pomoci klientům plnohodnotně strávit jejich volný čas a zároveň má pečujícím lidem okolo klienta umožnit odpočinek (APLA Jižní Čechy, 2022).

## 6.2 Dotazníkové šetření

Zúčastněné pozorování bylo doplněno o metodu písemného dotazování. Dotazníkem je myšlena „soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně“ (Chráska, 2016, s. 158).

Dotazníkové šetření proběhlo v rámci odlehčovacích pobytů, kde byly dotazníky předány rodičům klientů, kteří byli zařazeni do výzkumu. Osloveno bylo celkem 7 respondentů, vzhledem ke zkoumané problematice. Respondentům byl dotazník předán osobně a zároveň prostřednictvím vedoucího odlehčovací služby. Při předávání dotazníků byly zároveň respondentům sděleny veškeré informace o výzkumu a následném využití získaných dat. Respondenti byli ujištěni, že zjištěné skutečnosti nebudou zneužity proti nim a budou uvedeny anonymně. Každý respondent obdržel jasné pokyny k vyplňování dotazníku a jakékoliv nejasnosti měl možnost konzultovat. Zároveň při zpětném předávání byly uvedené odpovědi konzultovány, případně doplněny o vysvětlení či rozšíření uvedených informací.

Dotazník s celkovým počtem 12 otázek obsahuje jak otázky otevřené (nestrukturované), tak otázky uzavřené (strukturované). Vzhledem k věrohodnosti zjišťovaných údajů byly do dotazníku zařazeny kontrolní položky prostřednictvím otázky, na kterou byla již známa odpověď. Kontrola vyplněných dotazníků byla zaměřena především na uvedenou kontrolní položku, neboť rozpor mezi skutečností a odpovědí respondenta by značil malou věrohodnost jeho dotazníku. Po kontrole všech dotazníků následovala analýza a třídění zjištěných dat.

## 6.3 Zpracování získaných dat

Při zpracování výsledků dotazníkového šetření bylo použito tzv. třídění, což je „postup, pomocí něhož zjišťujeme, kolik respondentů má společný buď jeden, nebo dva, popřípadě více společných znaků“ (Chráska, 2016). Využito bylo třídění prvního stupně, pomocí kterého bylo zjištěno, kolik respondentů má společný jeden znak a zároveň byla zvolena technika ručního třídění vzhledem k malému počtu respondentů. Data získaná analýzou terénních poznámek z dlouhodobého pozorování byla utříděna



do kategorií, odpovídajících zkoumané oblasti. Na základě třídění získaných dat z vyhodnocených dotazníků a analýzy pozorování byly následně sepsány výsledky výzkumného šetření.

#### **6.4 Etické zásady výzkumu**

Vzhledem k tomu, že práce pojednává o citlivém tématu, tedy o lidech s postižením a rodinách osob s postižením, byly v rámci výzkumu zohledněny etické zásady, důsledky a uveřejnění závěrů tohoto výzkumného šetření.

Respondenti byli pečlivě seznámeni s daným výzkumem, jeho průběhem a dobrovolně souhlasili s účastí ve výzkumu s možností, že mohou kdykoliv tento souhlas odvolat. Zároveň byli seznámeni s důslednou anonymizací dat, jež účastníkům výzkumu zaručuje ochranu osobních a citlivých údajů. Respondenti byli ujištěni, že získané informace nebudou zneužity proti nim a budou použity pouze pro účely výzkumu. Pro účastníky výzkumného šetření tedy nevyplývají žádná rizika, a pokud projeví zájem, kvalifikační práce jim bude zpřístupněna.

Při výzkumu byl zároveň zohledněn Etický kodex APLA Jižní Čechy, z.ú. a při výkonu práce s klienty byly jeho zásady dodrženy. S klienty bylo jednáno tak, aby byla respektována jejich individualita, životní hodnoty a jejich potřeby bez předsudků, ponižování a bez ohledu na jejich sociální postavení, pohlaví, věk a sexuální orientaci. Při práci s klienty byly využity schopnosti, znalosti a dovednosti v souladu s metodami práce s lidmi s poruchou autistického spektra, které tato organizace vyznává (APLA Jižní Čechy, 2022).

## 7 VÝSLEDKY

### 7.1 Charakteristika účastníků výzkumu

Před uvedením výsledků výzkumného šetření je důležité zmínit stručnou charakteristiku jednotlivých klientů, kteří byli do výzkumu zapojeni. Vzhledem k zachování jejich anonymity a zároveň anonymity rodičů (respondentů), bude použito označení klient/klientka, respondent A - G. Do výzkumu bylo zapojeno celkem 7 klientů s odlišnou diagnózou a rozdílným věkem, jejichž charakteristika bude popsána pomocí triády problémových oblastí.

Klient A (4 roky) má diagnostikovaný dětský autismus v kombinaci s ADHD. Jeho obtíže jsou značně viditelné ve všech oblastech triády a především komunikace je silně narušena. Tento klient nekomunikuje verbálně a nevyužívá žádnou z metod AAK. Nevyžaduje sociální kontakt a zároveň se mu aktivně snaží vyhýbat. Na nepříjemné situace reaguje agresivním chováním (kousání). Jeho nejčastější stereotypní činností je zkoumání předmětů pomocí rukou či úst.

Klient B (8 let) má diagnostikovaný atypický autismus a jeho největší obtíže se vyskytují v oblasti sociálního chování. U klienta se často objevuje touha po sexuálním uspokojení a tuto touhu dává najevo i ve společnosti. V oblasti komunikace se vyskytují časté echolalie, klient verbálně komunikuje s využitím jednoduchých a krátkých vět a při vyjadřování o sobě samotném používá 3. osobu čísla jednotného. Největším zájmem klienta jsou čísla (budovy, státní poznávací značky), která zvládne bez problému přečíst a s tím souvisí jeho stereotypní činnost, kdy má klient potřebu si nahlas přečíst všechna zpozorovaná čísla. Další častou činností je třídění a srovnávání předmětů dle velikosti či barev.

Klient C (13,5 let) má diagnostikovaný dětský autismus a obtíže se projevují především v komunikační schopnosti, neboť klient buď komunikuje jednoslovně či vydává pouze různé zvuky, skřeky. Aktivně se vyhýbá sociálním interakcím s okolím, neprojevuje zájem o navázání kontaktu a v sociální oblasti je velmi plachý. Klient jeví velký zájem o knihy, především s velkým množstvím obrázků a nejčastěji se jedná o obrázkovou encyklopedii zvířat.

Klient D (14 let) má diagnostikovaný dětský autismus v kombinaci s lehkým mentálním postižením. Navazuje bez problému sociální kontakty, ovšem pouze s výrazně mladšími nebo naopak výrazně staršími jedinci. V sociálním chování se nevyskytují výrazné obtíže, ovšem občas klient použije nevhodný výrok vzhledem k závažnosti situace. V oblasti komunikace došlo k velkému obratu a výraznému zlepšení komunikační schopnosti. Největším zájmem tohoto klienta je sport, především basketbal a sportovci jsou jeho velkým vzorem.

Klientka E (14 let) má diagnostikovaný Rettův syndrom v kombinaci se středně těžkým mentálním postižením. V sociálním chování vykazuje klientka až nadměrnou snahu o fyzický kontakt s asistenty i ostatními klienty, což ovšem narušuje jejich osobní zónu. Klientka se tímto způsobem snaží upoutat pozornost, neboť je pro ni velmi důležitý oční kontakt, pomocí kterého zároveň komunikuje s ostatními. U klientky dochází k nepřiměřené emoční reaktivitě, především k plačtivosti, ovšem velmi pozitivně na klientku působí poslech její oblíbené hudby. Nejvíce je narušena oblast motoriky, přičemž u klientky došlo ke zhoršení kvality chůze a zároveň ke spasticitě horních končetin.

Klient F (16 let) má diagnostikovaný dětský autismus v kombinaci se středně těžkým mentálním postižením. Klient vyžaduje neustálý sociální kontakt, přičemž v komunikaci dochází k neustálému opakování jednoslovných otázek. U klienta často dochází k plačtivosti, především z důvodu odloučení od rodiny a tyto situace jsou řešeny pomocí zájmů a oblíbených činností klienta (prohlížení rodinného alba, hudba, hra s pálkou a míčkem).

Klientka G (27 let) má diagnostikovaný dětský autismus v kombinaci s těžkým mentálním postižením a tělesným postižením. Klientku negativně ovlivňuje změna prostředí, přičemž dochází k velké plačtivosti a často i k sebezraňování (bouchání pěstmi do tváře, kousání rukou). Klientka má velkou potřebu sexuálního uspokojení, přičemž je potřeba ji nechat v soukromí, neboť pokud není naplněna tato její potřeba, dochází k sexuálnímu chování i na veřejnosti.

## 7.2 Analýza dotazníkového šetření

Věrohodnost získaných dat z dotazníkového šetření byla splněna u všech vyplněných dotazníků pomocí kontrolních položek. Z dotazníku byly vybrány především položky, týkající se zkoumané problematiky, tedy objasňující výzkumné otázky. Ostatní položky byly využity k rozšíření poznatků o jednotlivých klientech. Z důvodu přehlednosti získaných výsledků, je tato část rozdělena do třech kategorií.

V první řadě jsou popsány výsledky zaměřené na využití AAK, tedy jaká metoda AAK je nejvíce užívána u klientů s poruchou autistického spektra a zároveň na vzdělávání respondentů v této oblasti prostřednictvím různých kurzů. Na základě třídění získaných dat bylo zjištěno, že pouze 3 respondenti (respondent B, C, D), ze sedmi oslovených, v současnosti využívají AAK, konkrétně metodu VOKS, kterou vnímají jako efektivní a vyhovující především z toho důvodu, že jejich děti tak mohou vyjádřit své potřeby. Tito respondenti se zároveň vzdělávali v oblasti alternativní a augmentativní komunikace pomocí odborných kurzů. U respondentů B, C, D bylo zároveň zjištěno, že metodu AAK ovládá z rodiny nejvíce matka a otec jen zčásti. Respondenti E, F, G uvedli, že metody AAK nebylo možné u jejich dětí osvojit z důvodu specifik daného postižení. Respondent A uvedl, že byla vyzkoušena metoda VOKS, jež hodnotí za nevyhovující a znaková řeč byla zastavena ABA terapeutkou, neboť nedocházelo ke spolupráci ze strany dítěte, a tedy ani k výrazným posunům v rozvoji AAK. Stejný výsledek byl zjištěn i v oblasti vzdělávání respondentů, což lze vzhledem k předešlému výsledku předpokládat, ovšem respondenti E, F, G zároveň uvedli, že se věnovali, a stále věnují, dlouhodobému a pečlivému zkoumání neverbálních projevů svého dítěte. U respondenta A bylo zjištěno, že ke komunikaci využívá metodu pokus – omyl a zároveň také postupně studuje neverbální projevy svého dítěte.

V druhé řadě byla řešena oblast zkušeností s AAK, zejména v souvislosti se zlepšením řečové produkce. Hlavní otázkou bylo, zdali rodiče souhlasí s následujícím tvrzením: *„Alternativní a augmentativní komunikace nebrání rozvoji řeči a ve skutečnosti dochází ke zlepšení v řečové produkci (byť většinou mírné).“* a ze získaných odpovědí bylo zjištěno, že všichni respondenti souhlasí s tímto tvrzením, ovšem pouze respondenti B, C, D souhlasí na základě vlastních zkušeností. Zbylí respondenti souhlasí

na základě zkušeností rodičů dětí s poruchou autistického spektra, s kterými společně navštěvují různá zařízení, zajišťujících pomoc při výchově, vzdělávání a péči o dítě.

Zajímavé zjištění uvedl respondent D, u jehož dítěte došlo k obrovské změně v oblasti řečové produkce. Pro upřesnění, jedná se o klienta s dětským autismem v kombinaci s lehkým mentálním postižením, který docházel do běžné mateřské školy (MŠ) s přítomností asistentky, jež vykonávala jeho vlastní matka, ovšem která sama uvedla, že navštěvování MŠ bylo kontraproduktivní a v té době její syn vůbec nekomunikoval, ani pomocí VOKS. Zároveň prognóza v oblasti komunikace nebyla příliš pozitivní. Z tohoto důvodu se matka rozhodla začít od první třídy ZŠ s formou domácího vzdělávání pod jejím vedením. Učebnice určené pro žáky s mentálním postižením nevyužívají z důvodu toho, že její syn formu probírané látky v těchto učebnicích nezvládá a tudíž pro svého syna tyto učebnice upravuje a pravidelně vytváří pracovní listy s ohledem na schopnosti a zájmy jejího syna. Zároveň začali znovu využívat VOKS a po půl roce začal syn verbálně komunikovat, i když pouze jednoslovnými výrazy. Ovšem postupem času a při neustálé individuální práci začal syn verbálně komunikovat mnohem více a používá již delší věty. Matka uvedla, že by komunikaci se synem přirovnala ke komunikaci mezi rodilým mluvčím (například anglický jazyk) a jedincem, který komunikuje česky, ale zná některé základy anglického jazyka. Tedy rozumíme některým slovům a ty si následně poskládáme do nějakých souvislostí, vydedukujeme, co se nám osoba snaží sdělit. Na závěr respondent D uvedl, že s jistotou nezná přesné důvody zlepšení rozvoje komunikačních schopností, ale domnívá se, že se jedná o kombinaci využívání AAK, individuální práce a domácího vzdělávání, přičemž dítě se nachází ve známém prostředí a materiály k výuce jsou upravovány dle jeho zájmů, přestože podstata výukové látky zůstává stejná.

U dětí respondentů B, C sice nedošlo k tak výraznému zlepšení v oblasti řečové produkce, ovšem došlo alespoň k mírnému zlepšení v této oblasti, tedy, že nemusí již VOKS užívat při všech situacích každodenního života a některé potřeby dítěte jsou vyjádřeny alespoň jednoslovnými výrazy.

V poslední řadě byly popsány výsledky zaměřené na výskyt problémového chování, jeho příčiny vzniku a na jeho možná řešení, která se u rodičů dětí s poruchou autistického spektra osvědčila. Každý z dotazovaných respondentů uvedl, že se v životě

setkal s problémovým chováním u jeho dítěte, a to opakovaně. Na základě zjištěných výsledků byly z důvodu přehlednosti a odlišných projevů problémového chování stanoveny čtyři skupiny, do kterých byli následně zařazeni jednotliví klienti, přičemž postupují od nejvíce se vyskytujících problémů v chování až po méně vyskytující. Čtyři uvedené skupiny problémového chování a především jednotlivé projevy budou následně ještě podrobněji popsány.

- 1) Výbuchy vzteku – všichni klienti
- 2) Sebezraňování – klientky E, G
- 3) Agrese vůči okolí – klient B
- 4) Nevhodné sexuální chování – klientka G, klient B

Na základě výsledků bylo zjištěno, že všichni respondenti se u svých dětí setkali s výbuchy vzteku, a to nejen v domácím prostředí, ale i na veřejnosti, ovšem projevy tohoto chování jsou u jednotlivých klientů odlišné. Respondenti A, B, C uvedli, že u jejich dětí se projevují výbuchy vzteku především lehnutím si a boucháním dlaněmi o zem. Respondenti E, G uvedli, že u jejich dětí se výbuchy vzteku projevují křikem, silným pláčem či sebezraňováním. Respondent D odpověděl, že výbuchy vzteku u jeho dítěte nejsou tak výrazné, ovšem projevují se bouchnutím do nějakého blízkého předmětu a odchodem do svého pokoje. Poslední respondent F uvedl u svého dítěte výrazné kývavé pohyby spojené se silným pláčem jako projev výbuchu vzteku. Respondenti E, G uvedli, že u jejich dětí se často vyskytuje také sebezraňování, přičemž u klientky E se projevuje trichotilomanie (vytrhávání vlasů) a u klientky G se především jedná o sebezraňování v oblasti tváře boucháním pěstmi či kousáním do rukou (většinou do krve). Jistá forma agrese vůči okolí byla uvedena u klienta B, který svou agresivitu projevuje táháním za vlasy druhých osob a tento klient byl zároveň zařazen do skupiny nevhodného sexuálního chování. Respondent B uvedl, že dochází k situacím, kdy se dítě svléká na veřejnosti či dochází k nevhodným činnostem, jež se týkají jeho intimních partií. U klientky G byla uvedena vysoká potřeba sexuálního uspokojení, přičemž při jeho nedostatku dochází i na veřejnosti k nevhodnému sexuálnímu chování.

Hlavní otázkou v této oblasti bylo, zdali respondenti souhlasí s následujícím tvrzením: „Alternativní a augmentativní komunikací lze předcházet problémovému

chování.“ a byli zároveň dotazováni na jejich konkrétní řešení. Všichni respondenti se shodují na daném tvrzení, ovšem pouze tři z nich souhlasí na základě vlastní zkušenosti. V souvislosti s výbuchy vzteku uvedl respondent A, jako řešení, zvednutí dítěte ze země a uklidňování ho pomocí věty „Nic se neděje.“, přičemž se dítě skutečně uklidní a chová se, jakoby se nic nestalo. U klientů B, C, D bylo zjištěno, že jejich problémové chování je řešeno pomocí AAK (konkrétně VOKS) a u klientů E, G, F je využívána především muzikoterapie (hudba). U klientů G, B bylo v souvislosti s nevhodným sexuálním chováním uvedeno dostatečné soukromí a prostor pro vykonání dané potřeby.

### **7.3 Analýza zúčastněného pozorování**

Uvedené výsledky vycházejí z analýzy terénních poznámek, kterým předcházelo stanovení základního problému, jež byl pozorován. Výsledky pozorování rozšiřují získaná data z dotazníkového šetření a zároveň jsou s nimi porovnávány, tedy zdali uvedené informace spolu korespondují či jsou v rozporu. Z důvodu přehlednosti budou výsledky rozděleny do kategorií, jež jsou v práci řešeny.

#### **7.3.1 Práce a komunikace s klienty**

Nejprve se věnuji popisu výsledků pozorování při práci s AAK u klientů B, C, u nichž bylo zpozorováno zlepšení nejen v užívání VOKS, ale zároveň v samotné řečové produkci. Na začátku pozorování byla komunikace s těmito klienty velmi obtížná, neboť nedocházelo ke spolupráci ze strany klienta. Vzhledem k charakteristice klienta C, bylo zároveň velmi náročné navázat s ním kontakt, aby došlo ke vzájemné spolupráci. Ovšem pomocí motivace, prostřednictvím zájmů a oblíbených činností, došlo po nějaké době k navázání přijatelného kontaktu a v současné době probíhá spolupráce na velmi dobré úrovni. Přestože u klientů B, C došlo k mírnému zlepšení v řečové produkci, komunikace s nimi je v současné době na velmi přijatelné úrovni. Klienti jsou schopni vyjádřit své potřeby a přání, byť i jednoslovnými výrazy či krátkými větami. Přestože tito klienti stále využívají metodu VOKS, není potřeba ji užívat pro všechny činnosti

každodenního života. VOKS je tedy využíván pouze v případě, kdy klient nenachází či nezná slovní výraz pro danou věc.

Klient D, který využívá VOKS také pouze v těchto situacích, se odlehčovacích pobytů začal účastnit poměrně nedávno, tedy v době, kdy již jeho řečová produkce byla značně zlepšena. Souhlasím s tím, že komunikaci s tímto klientem lze přirovnat k rozhovoru mezi rodilým mluvčím a cizincem, ovšem není těžké vydedukovat, co chce klient sdělit, přestože komunikuje pouze pomocí podstatných jmen.

Práce s klientem A je o něco náročnější, neboť se vyhýbá přímému sociálnímu kontaktu, nekomunikuje a užívá jen některé vlastní znaky, které si vytvořili společně s rodiči. Ovšem bylo zjištěno, že u tohoto klienta velmi dobře funguje metoda pokus – omyl a metoda výběru, kdy si klient dokáže vybrat a určit, co potřebuje či chce. Zároveň došlo ke zpozorování určitých neverbálních projevů komunikace, například klient reaguje na nepříjemný hluk zacpáním uší, a pokud je v situaci, která je mu nepříjemná, dochází u něho ke značnému zrychlení dechu. Během pozorování bylo zjištěno, že u klienta dochází k jistým zlepšením, především v oblasti adaptace a sebeobslužných činností.

Pozornost byla věnována také zkoumání neverbálních projevů u klientů E, F, G, neboť tyto projevy jsou jejich jediným komunikačním prostředkem. Na začátku pozorování byla ke zjištění sdělení klienta využívána metoda pokus – omyl, a přestože stále občas dochází k nedostatečnému porozumění, došlo díky této metodě ke zlepšení dedukce určitých neverbálních projevů. Především u klientky E bylo zpozorováno využívání očního kontaktu ke komunikaci, kdy je ovšem velmi složité dedukovat, co chce v dané situaci sdělit. V průběhu pozorování byla u této klientky vyzkoušena komunikace očním odkazem k učení výběru ze dvou předmětů a v současné době klientka vykazuje snahu o oční odkaz, ovšem záleží na mnoha faktorech. Při pozorování bylo zjištěno, že u klientky dochází k narušení koncentrace pozornosti ve chvíli, kdy je v místnosti velký hluk, větší počet osob a předmětů, které ji mohou rozptylovat. Ovšem ve chvíli, kdy je v klidném a tichém prostředí, vykazuje klientka velkou snahu o oční odkaz a tato forma komunikace je v určitých situacích efektivní.



### 7.3.2 Problémové chování klientů

Kromě práce a komunikace s klienty bylo další pozorovanou oblastí problémové chování, přičemž bych k popisu výsledků pozorování využila rozdělení jednotlivých projevů, které bylo uvedeno v dotazníkovém šetření, neboť k jiným projevům během pozorování nedošlo.

U všech klientů byla zpozorována určitá forma problémového chování, přičemž nejčastěji docházelo k výbuchům vzteku, ovšem s odlišným projevem. Stejně tak, jak uvádí respondenti v dotazníkovém šetření, byly u klientů A, B, C zpozorovány projevy vzteku formou lehnutí si a bouchání dlaněmi o zem, ovšem byly zjištěny i další projevy. Především u klientů A, B se vztek dále projevuje házením a ničením věcí či kopáním do předmětů, které se nachází v blízkém dosahu. Klient C svůj vztek projevuje také pomocí křiku, silného pláče a boucháním dlaněmi do osoby, která se nachází v jeho blízkosti. U klientek E, G byl potvrzen projev vzteku prostřednictvím křiku, silného pláče a sebezraňování. Vztek se u klienta D projevoval pouhým odchodem do pokoje a nesměl být nikým rušen, neboť by došlo k silnějšímu projevu, jako například bouchání či kopání do předmětů. U klienta F byly, v souvislosti s projevem vzteku, zpozorovány výrazné kývavé pohyby a silný pláč. Pozorováním bylo zjištěno, že u všech klientů většinou stačí znát jejich zájmy a oblíbené činnosti, jež poslouží k útlumu vzteku, tedy je potřeba upoutat jejich pozornost na daný předmět či činnost.

U klientky G se velmi často objevuje sebezraňování, buď boucháním se do tváře pěstmi či kousáním do rukou, přičemž toto chování doprovází občas i silný pláč. Toto chování klientka vykazuje především v situacích, kdy potřebuje soukromí a většinou tedy stačí ji klidný prostor dopřát. Další forma sebezraňování, konkrétně trichotilomanie, byla zpozorována u klientky E, u které se toto chování vyskytuje ve chvíli, kdy ji něco bolí či pokud má nedostatek spánku.

Agrese vůči okolí byla zpozorována u klienta B, zejména taháním za vlasy, přičemž bylo během pozorování zjištěno, že pokud napadená osoba verbálně vykazuje bolest, tak dochází k uspokojení klienta. Byla tedy použita metoda, kdy stačí klienta chytit za ruce, kterými vytrhává vlasy, nedávat najevo známky bolesti a nepustit jeho ruce do této doby, než sám odejde z důvodu neuspokojení svých pocitů z agrese.

Poslední skupinu tvoří klienti G, B s nevhodným sexuálním chováním. Bylo upozorováno, že především klientka G vykazuje vysokou míru potřeby sexuálního uspokojení a bylo zjištěno, že pokud nemá dojít k nevhodnému sexuálnímu chování před ostatními klienty či na veřejnosti, musí jí být poskytnuto soukromí a čas, který má jen sama pro sebe. U klienta B nebyl na začátku pozorování výskyt nevhodného chování tak výrazný, ovšem postupně se začalo jeho nevhodné chování stupňovat. Dle odpovědi respondenta B je potřeba dát klientovi prostor a dopřát mu soukromí, ovšem na základě pozorování bylo zjištěno, že je zároveň potřeba stanovit jasné hranice, což pomůže tomuto klientovi i do budoucího života, neboť docházelo zároveň k situacím, kdy klient byl zavřený na pokoji po celý den a nejraději by tímto způsobem strávil celý víkend. Zároveň bylo zjištěno, že pokud se klientovi nestanoví určité hranice v této oblasti, má to velmi negativní vliv nejen na jeho samotné chování, ale také na jeho myšlení, neboť poté tyto situace vnímá jako běžné, schválené či dovolené. Bylo upozorováno, že nastavené hranice klientovi pomáhají porozumět této problematice, tedy že dané činnosti nelze uskutečňovat na veřejnosti, ale pouze v soukromí. Hranice spočívají především ve stanovení denního režimu, tedy klientovi je například dopřán odpočinek po obědě a tento čas může zároveň využít k uspokojení svých potřeb, ovšem poté je po klientovi vyžadováno, aby se připojil k ostatním klientům a k aktivitám, které jsou naplánované, tedy zařazené v denním režimu. Přestože došlo k jistým úpravám a stanovením hranic, stále nedochází ke značnému zlepšení tohoto problémového chování.

## DISKUSE

Výsledky práce poskytují poznatky o využití alternativní a augmentativní komunikace u lidí s poruchou autistického spektra, kteří se účastní odlehčovacích pobytů vedených organizací APLA Jižní Čechy. Dále poskytují poznatky o problémovém chování, a jak lze toto chování řešit v praxi. Výsledky poukazují především na názory rodičů a zároveň jsou zmiňovány názory získané pomocí zúčastněného pozorování.

Z metod AAK je nejvíce u dotazovaných rodičů využíván Výměnný obrázkový komunikační systém (VOKS), což se shoduje s tvrzením Šarounové (2014), které lze dohledat v její publikaci *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Zároveň rodiče klientů s autismem, kteří využívají tento komunikační systém, absolvovali kurz, kde byli seznámeni s touto problematikou a s využíváním principů VOKS, což Knapcová (2006) považuje za podmínku využívání této komunikace. Rodiče považují VOKS za velmi vyhovující způsob AAK a především dávají do popředí její efektivitu, kterou zmiňuje také Thorová (2016). Využití alternativní a augmentativní komunikace je pro rodiče důležitá i z hlediska rozvoje osobnosti jejich dětí, což zároveň uvádí ve své publikaci Klenková (2006). Šarounová (2014) uvádí, že při využití metod AAK může dojít ke zlepšení v řečové produkci a toto tvrzení rodiče potvrdili, jak z vlastní zkušenosti, tak ze zkušenosti jiných rodin s dětmi s poruchou autistického spektra.

Na základě výsledků bylo zjištěno, že převážná část klientů nevyužívá žádnou z metod alternativní a augmentativní komunikace, neboť vzhledem k jejich postižení nelze tyto metody ovládat. Tito klienti tedy komunikují prostřednictvím neverbální komunikace, kterou ovšem nelze opomenout, neboť verbální komunikace není jediným sdělovacím prostředkem, jak zmiňuje Klenková (2006). Neverbální projevy klientů musí být dlouhodobě a pečlivě zkoumány, aby došlo k porozumění jejich sdělení a nedocházelo tak k sociální deprivaci či frustraci těchto klientů. V souvislosti s frustrací, je také důležité se zamyslet nad způsobem komunikace s klienty, kteří potřebují pravidelné sexuální uspokojení. Stanovení hranic, jež je v práci zmiňováno, je důležité, ovšem je potřeba se zamyslet zároveň nad vytvořením nějakého komunikačního gesta či ustálené formulace, které klient bude rozumět. Bylo by určitě vhodné zvolit takové gesto či formulaci, jež budou znát jen klienti a jejich pečující osoby, především

z důvodu úcty ke klientům, aby nedocházelo k jejich ponižování před ostatními klienty či zcela cizími lidmi, například použitím nevhodného výrazu.

Dle výsledků lze obecně říci, že problémové chování se vyskytuje u všech dětí s poruchou autistického spektra, ovšem s odlišnou mírou intenzity a frekvence, což uvádí Thorová (2014). Zároveň lze upozorovat větší výskyt problémového chování u klientů s poruchou autistického spektra v kombinaci s mentálním postižením, a to především s těžším stupněm postižení (Emerson, 2008). Výsledky poukazují na to, že k řešení problémového chování jsou využívány terapie, jako především muzikoterapie, kterou uvádí také Thorová (2014), dále je využíván program ABA, který je využíván pouze u jednoho z pozorovaných klientů, ovšem jeví se jako efektivní způsob řešení (Johnson, 2020) a poté zvládnutí problémového chování prostřednictvím zájmů a oblíbených činností klientů. Přestože se rodiče shodli na tvrzení, že pomocí AAK lze předcházet problémovému chování, jen někteří odpověděli z vlastní zkušenosti. Ovšem je důležité přihlídnout opět k mnoha faktorům.

Úskalí výzkumného šetření může být zaměření se pouze na jednu konkrétní skupinu, tedy klienty odlehčovací služby APLA Jižní Čechy, neboť nedochází k objektivním skutečnostem, jež by se mohly vztahovat na mnohem širší skupinu lidí s poruchou autistického spektra. Ovšem na druhou stranu byly zjištěny a rozšířeny poznatky pro danou organizaci a lze s nimi dále pracovat. Je možné se zaměřit na zmiňované problémy, zkoumat je více do hloubky a uvažovat o větší rozšíření metod AAK u klientů. Zároveň by se mělo zvážit odborné vzdělávání osobních asistentů, například v rámci kurzů AAK, neboť jen někteří zcela ovládají tyto metody (především VOKS) či vzdělávání asistentů v oblasti terapie problémového chování, neboť poznatky o terapiích jsou stále na velmi nízké úrovni. Další výzkumy by se mohly věnovat problematice lidí nekomunikujících verbálně a na možnosti, jak u nich rozvíjet komunikaci, aby byla srozumitelná pro všechny, nebo alespoň pro větší část lidí.

Zajímavým zjištěním pro mě bylo výrazné zlepšení v řečové produkci u jednoho z klientů, neboť o mírných zlepšeních v komunikační oblasti pomocí AAK jsem již nějaké informace měla a zároveň jsem tento fakt zažila v praxi, ovšem skutečnost, jež se týká tohoto klienta, se může zdát jako skutečný zázrak, ještě vzhledem k negativním prognózám, které byly u klienta udávány. Otázkou ovšem zůstává, zdali k výraznému

rozvoji komunikace došlo, nejen pomocí AAK, ale také v důsledku domácího vzdělávání, individuálního přístupu a vytváření výukových pracovních listů na míru danému klientovi.

V bakalářské práci byly již zmiňovány dva výzkumy, které jednoznačně dokázaly, že využívání AAK napomáhá k rozvoji řeči a tím pádem může pozitivně ovlivnit i problémové chování lidí s poruchou autistického spektra. Za zmínku jistě stojí další studie, které byly provedeny v souvislosti s terapií problémového chování u dětí s poruchou autistického spektra. Doc. PhDr. Karel Pančocha, MSc., Ph.D. uvedl společně s Mgr. Tullia Sychra Reucci výzkum, který byl zaměřen na využití aplikované behaviorální analýzy při snižování výskytu chování spojeného s PIKA syndromem u dítěte s poruchou autistického spektra. Jejich výsledky ukázaly, že problémové chování ve formě pojídání nejedlých materiálů vyčleňovalo dítě ze společnosti, zejména ze skupiny vrstevníků. Redukce problémového chování pomocí aplikované behaviorální terapie byla účinná a měla pozitivní vliv na sociální vztahy dítěte se svým nejbližším okolím (Reucci, 2020). Z těchto výzkumů vyplývá, že nejen AAK, ale zároveň různé terapie problémového chování, by měly být u dětí s poruchou autistického spektra využívány, neboť může dojít ke zmírnění projevů, s kterými se u těchto dětí setkáváme.

Dle mého názoru zůstane problematika poruch autistického spektra stále zcela neprobádaná, byť můžeme pozorovat neustálé výzkumy v této oblasti. Zároveň asi nikdy zcela neporozumíme všem specifikům lidí s touto poruchou a stále se budeme ve společnosti setkávat s negativními názory, které ovlivňují nejen tyto jedince, ale také jejich pečující rodiny.

## ZÁVĚR

Alternativní a augmentativní komunikace (AAK) u nás nemá příliš dlouhou tradici, přestože se ve světě začala rozvíjet již od sedmdesátých let 20. století. V České republice jsme se s těmito metodami mohli seznámit až po roce 1989 (Šarounová, 2014). Bakalářská práce, v rámci stanovených cílů, uvádí poznatky o metodách komunikace, jež jsou využívány u dětí s poruchou autistického spektra, spolupracujících s organizací APLA Jižní Čechy.

Bakalářská práce v první řadě seznamuje s již uvedenými pohledy odborníků, kteří se věnují této problematice. Jsou uvedeny důležité informace, jež by měly vést k většímu porozumění poruchám autistického spektra, zároveň jsou blíže popsány možnosti alternativní a augmentativní komunikace, neboť stále spousta rodičů má obavy z využívání těchto metod. V neposlední řadě jsou v bakalářské práci uvedeny poznatky o problémovém chování a mentálním postižení, které jsou velmi často s poruchou autistického spektra spojeny. Na základě těchto teoretických poznatků byla vypracována praktická část, zaměřená na názory a poznatky rodičů dětí s poruchou autistického spektra, které byly doplněné o poznatky z pozorování.

Prvním cílem bylo zjistit, zdali využívání alternativní a augmentativní komunikace může přispět k předcházení či omezení výskytu problémovému chování, a jaký postoj k tomuto tvrzení zaujímají rodiče klientů odlehčovací služby. V rámci tohoto cíle byla stanovena výzkumná otázka: *„Jaké metody alternativní a augmentativní komunikace jsou upřednostňovány rodiči dětí s poruchou autistického spektra?“* a výzkumem bylo zjištěno, že rodiče, kteří mají vlastní zkušenost s AAK a zároveň ji plnohodnotně využívají, upřednostňují metodu VOKS, a to právě z důvodu její efektivity v souvislosti s problémovým chováním.

Druhým cílem bylo zjistit, jak se rozvíjí mluvená řeč u klientů, kteří přednostně komunikují nástroji alternativní a augmentativní komunikace. V rámci tohoto cíle byla stanovena výzkumná otázka: *„Jaké zkušenosti mají rodiče s využíváním alternativní a augmentativní komunikace, zejména ve vztahu k řešení problémového chování?“* a tímto výzkumem bylo zjištěno, že rodiče vnímají zkušenosti s AAK velmi pozitivně, především z důvodu zlepšení komunikace mezi nimi a jejich dítětem, a tím pádem i z

důvodu zlepšení problémového chování, jež se u jejich dětí vyskytuje. Tímto považuji cíle práce za splněné a výzkumné otázky, s nimi spojené, považuji za zodpovězené.

Zajímavým zjištěním pro mě bylo nejen obrovské zlepšení v řečové produkci u jednoho z klientů, jak jsem již zmiňovala v diskusi, ale zároveň skutečnost, že v rodinách, které využívají metody AAK, ovládá jejich principy pouze matka. Tento poznatek by mohl být předmětem dalšího zkoumání, neboť můžeme pouze spekulovat o důvodu této skutečnosti. Dalším předmětem zkoumání by mohlo být zjištění, proč se někteří rodiče obávají začít využívat některou z metod AAK, tedy zdali je to jen tím, že mají obavy z toho, že AAK zabrání rozvoji řeči, nebo jsou jejich obavy způsobené ze zcela jiného důvodu.

Tato práce by mohla sloužit jako informační materiál pro rodiče dětí s poruchou autistického spektra, kteří se právě obávají využití metod alternativní a augmentativní komunikace, neboť bylo dokázáno, že AAK nebrání rozvoji řeči a dokonce lze zlepšit, jak samotnou komunikaci, tak zároveň může být řešením problémového chování. V neposlední řadě může práce posloužit zájemcům o tuto problematiku či samotné veřejnosti k rozšíření informací o lidech s poruchou autistického spektra, mentálním postižení a může případně změnit negativní postoj společnosti k této problematice.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### Literární zdroje:

BAZALOVÁ, Barbora, 2014. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0693-4.

DLOUHÁ, Olga, [2017]. *Poruchy vývoje řeči*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-314-2.

EMERSON, Eric, 2008. *Problémové chování u lidí s mentální retardací*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-390-1.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2015. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0873-0.

HUTYROVÁ, Miluše, 2019. *Děti a problémy v chování: etopedie v praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1523-3.

CHRÁSKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.

JANOVCOVÁ, Zora, 2004. *Alternativní a augmentativní komunikace: učební text*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3204-9.

JOHNSON, Elle Olivia, 2020. *ABA pro děti s autismem: otázky a odpovědi*. Přeložil Petra DIESTLEROVÁ. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1628-5.

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a Hana ŽÁČKOVÁ, 2010. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině: základní projevy ADHD : zásady výchovného vedení : působení relaxačních technik : dospívání hyperaktivních dětí*. Praha: Grada. Pedagogika. ISBN 978-80-247-2697-7.

KLENKOVÁ, Jiřina, 2006. *Logopedie*. Praha: Grada Publishing. Pedagogika. ISBN 80-247-1110-9.

KNAPCOVÁ, Margita a Marcela JAROLÍMOVÁ, 2006. *Výměnný obrázkový komunikační systém - VOKS*. [2. vyd.]. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR. ISBN 80-86856-14-3.



LECHTA, Viktor, 2003. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-801-5.

LECHTA, Viktor, ed., 2016. *Inkluzivní pedagogika*. Přeložil Tereza HUBÁČKOVÁ. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1123-5.

MOOR, Julia, 2010. *Hry a zábavné činnosti pro děti s autismem: praktické nápady pro každý den*. Přeložil Miroslava JELÍNKOVÁ. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-787-9.

NOLEN-HOEKSEMA, Susan, 2012. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Vyd. 3., přeprac. Přeložil Hana ANTONÍNOVÁ. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0083-3.

PLHÁKOVÁ, Alena, 2004. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-1499-3.

PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ, 2013. *Pedagogický slovník*. 7., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0403-9.

SCARPA, Angela, Anthony WELLS a Tony ATTWOOD, 2019. *Dítě s autismem a emoce: program pro práci s dětmi*. Přeložil Petra DIESTLEROVÁ. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1435-9.

SLOWÍK, Josef, 2016. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0095-8.

STRAUSSOVÁ, Romana, Monika KNOTKOVÁ a Ivana MÁTLOVÁ, 2017. *Obrázkový slovník sociálních situací pro děti nejen s poruchou autistického spektra*. 2. upravené vydání, v tomto nakladatelství 1. vydání. Ilustroval Iva ROŠTÁROVÁ. Praha: CTA, Centrum terapie autismu. ISBN 978-80-906900-0-4.

SVOBODA, Mojmír, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ, 2015. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vydání třetí. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0976-8.

ŠAROUNOVÁ, Jana, 2014. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0716-0.

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

ŠPORCLOVÁ, Veronika, 2018. *Autismus od A do Z*. V Praze: Pasparta. ISBN 978-80-88163-98-5.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva, 2011. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-889-0.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.

THOROVÁ, Kateřina, 2016. *Poruchy autistického spektra*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0768-9.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.

VALENTA, Milan, 2015. *Slovník speciální pedagogiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0937-9.

VOTYOVÁ, Simona a Magdalena ČÁSLAVSKÁ, ed., 2015. *Nedávejte do hrobu motýla živého: příběhy lidí s autismem*. 2., aktualizované vydání. [Praha]: Asociace pomáhající lidem s autismem - APLA Praha, střední Čechy. ISBN 978-80-260-2801-7.

### **Elektronické zdroje:**

APLA Jižní Čechy: Etický kodex, 2022. *APLA Jižní Čechy, z.ú.* [online]. Tábor: APLA Jižní Čechy [cit. 2022-04-17]. Dostupné z: <https://aplajc.cz/download/2020/eticky-kodex.pdf>

ASPEN: *Asperger Syndrom Center* [online], 2022. Praha: eStránky.cz [cit. 2022-04-06]. Dostupné z: <https://aspn.estranky.cz/clanky/zname-osobnosti-s-aspergerovym-syndromem.html>

BITTMANN, Julius, 2021. Využití principů kognitivně behaviorální terapie u klientů s poruchou autistického spektra. In: *AutismPort* [online]. Praha: Národní ústav pro autismus, 2022 [cit. 2022-04-15]. Dostupné z: <https://autismport.cz/o-autistickem-spektru/detail/vyuziti-principu-kognitivne-behavioralni-terapie-u-klientu-s-poruchou-autistickeho-spektra>

JAROLÍMOVÁ, Marcela, 2021. Využití Výměnného obrázkového komunikačního systému ve výchovně vzdělávacím procesu. In: *AutismPort* [online]. Praha: Národní ústav pro autismus, 2022 [cit. 2022-04-14]. Dostupné z: <https://autismport.cz/o-autistickem-spektru/detail/vyuziti-vymenneho-obrazkoveho-komunikacniho-systemu-ve-vychovne-vzdelavacim-procesu>

MKN-10: Mentální retardace, 2022. *MKN-10* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2022 [cit. 2022-04-16]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F70-F79>

ŠPORCLOVÁ, Veronika, 2012. Co jsou poruchy autistického spektra?. In: *Šance dětem* [online]. Praha: Obecně prospěšná společnost Sirius [cit. 2022-04-06]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/co-jsou-poruchy-autistickeho-spektra>

REUCCI, Tullia Sychra a Karel PANČOCHA, 2020. Využití NCR v rámci intervence problémového chování u dítěte s poruchou autistického spektra. *Štúdie zo špeciálnej pedagogiky* [online]. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, **9**(1), 116 [cit. 2022-04-21]. ISSN 2585-7363. Dostupné z: <https://srdceautizmu.sk/>

## SEZNAM PŘÍLOH

### Příloha č. 1: Dotazník pro rodiče dětí s poruchou autistického spektra

**DOTAZNÍK**

Vážená paní/vážený pane,

jmenuji se Kristina Zemanová a jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, kde studuji bakalářský obor Speciální pedagogika předškolního věku – učitelství pro mateřské školy. V současné době se věnuji zpracování bakalářské práce na téma „**Možnosti alternativní a augmentativní komunikace u klientů s PAS**“.

Obdrželi jste dotazník, který se zabývá touto problematikou, a který je pro zpracování praktické části bakalářské práce klíčový. Ráda bych Vás požádala o jeho pečlivé vyplnění a následné navrácení pověřené osobě, která Vám dotazník předala. Dotazník je zcela anonymní a bude použit pouze za účelem vypracování bakalářské práce.

Děkuji za Vaše úsilí a čas, který mi budete při vyplňování dotazníku věnovat.

**Pohlaví:**

**Věk:**

**Diagnóza (+ v kolika letech určena):**

**1. Zúčastnili jste se nějakých seminářů/kurzů zaměřených na alternativní a augmentativní komunikaci (AAK)?**

ANO

NE

**2. Využíváte či jste v minulosti využívali nějakou z forem AAK? (např. VOKS, PECS, piktogramy, znak do řeči...)**

ANO

NE

Pokud ano, jakou a jak dlouho trvalo, než jste se s danou formou AAK naučili pracovat?

Pokud jste ji využívali, ale již nevyužíváte, proč jste s danou formou AAK přestali pracovat (např. nevyhovující, kontraproduktivní...)?

3. Pokud využíváte nějakou z forem AAK, kdo vše ji z rodiny ovládá? (např. pouze matka, otec...)

4. Pokud nevyžíváte žádnou metodu AAK, jak s dítětem komunikujete? (např. dítě verbálně komunikuje)

5. Pokud nevyžíváte žádnou z forem AAK a s dítětem nekomunikujete verbálně, jak poznáte, co dítě potřebuje/co si od Vás žádá? (např. dítě si ukáže na to, co chce...)

6. Máte vytvořený či jste si v minulosti vytvořili s dítětem vlastní komunikační systém? (např. vlastní domluvené znaky...)

- ANO
- NE

• Pokud ano, jaký komunikační systém/metodu?

7. Je schopné Vaše dítě komunikovat s okolím, tedy s jeho vrstevníky/zbytkem rodiny/Vašimi přáteli? (např. má problém se socializací/nechce komunikovat s okolím/komunikuje bez problému...)

- ANO
- NE

8. Setkali jste se někdy s nepřiměřeným či agresivním chováním u Vašeho dítěte?

- ANO
- NE

• Pokud ano, v jaké situaci a jak jste reagovali?

**9. Souhlasíte s tvrzením: „Využíváním AAK lze předcházet problémovému chování u dětí s PAS.“?**

- ANO
- NE

- Pokud ne, proč si to myslíte, máte nějakou osobní zkušenost?

**10. Souhlasíte s tvrzením: „Alternativní a augmentativní komunikace nebrání rozvoji řeči a ve skutečnosti může docházet ke zlepšení v řečové produkci (byť většinou mírně).“?**

- ANO
- NE

**11. Napište, jaké školské zařízení Vaše dítě navštěvuje? (např. běžná MŠ/ZŠ, speciální MŠ/ZŠ, domácí vzdělávání...)**

**12. Navštěvujete ještě nějaká jiná zařízení – zajišťující pomoc při výchově, vzdělávání, péči o dítě? (např. poradenská zařízení, stacionáře, odlehčovací služba...)**





uděluje

## OSVĚDČENÍ

číslo 74/2021

o absolvování akreditovaného vzdělávacího programu:

### PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Číslo akreditace Ministerstva práce a sociálních věcí ČR udělené vzdělávacímu programu:

A2020/053-SP/PC/PP/VP

Rozsah vzdělávacího programu: **8** vyučovacích hodin

Termín realizace: 31. 8. 2021

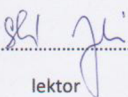
**Kristina Zemanová**


titul, jméno, příjmení, titul

**30.6.1999**

den, měsíc, rok a místo narození

V Táboře dne 31. 8. 2021

  
.....  
lektor

  
.....  
statutární zástupce organizace

Razítko vzdělávací instituce

**APLA Jižní Čechy, z.ú.**  
IČ: 29552283  
sídl: Farského 887, 390 02 Tábor  
e-mail: info@aplajc.cz • www.aplajc.cz

Příloha č. 3: Osvědčení ibsaro

