

Kombinované postižení a kochleární implantát

Miloň Potměšil

Katedra speciální pedagogiky PdF UP v Olomouci

Souhrn

Autor se zabývá problematikou zařazení osob s postižením sluchu v kombinaci s dalším postižením do programů kochleárních implantací. Kombinované postižení je v současné době kontraindikace, stejně jako neexistující rodina. Článek je zamyšlením nad hledáním možností vedoucích k odstranění diskvalifikací.

Klíčová slova

Vícečetné postižení, kochleární implantát, kvalita života, diagnostika kombinovaného postižení.

Summary

Multiple handicap and cochlear implant.

The article deals with the topic of CI vs. MH and hearing impaired children. After an individual receives a cochlear implant, intensive aural rehabilitation is required. For postlingually adults, this is typically provided by an audiologist or speech language pathologist. It involves relearning how to decode sounds including speech. It also involves readjusting to the world around them. The clinician works with adults on communication strategies, coping strategies, appropriate expectations, speech understanding and speech production as needed. For postlingually deafened children (over the age of five years), the approach is very similar. For a very small group of Deaf and MH children is another problem – they are out of their family, by law, and placed in institutions for social care. Those are reasons for their disqualification from the list of candidates.

Key words

Multiple handicap, cochlear implant, deaf, rehabilitation.

V současné době je z hlediska medicínského a předpokládáme, že i speciálněpedagogického, vyřešena otázka kochleárních implantátů u dětí se sluchovým postižením. Toto celkem pozitivní konstatování s jistou dávkou optimismu v České republice platí a počet implantovaných dětí dává celkem jasnou představu, kterým směrem se bude zřejmě ubírat medicínská péče o sluchově postižené děti. Pro rodiče je to zpráva dobrá a pro speciální pedagogy je to nejspíše výzva k zamyšlení nad metodami výchovněvzdělávací práce.

Pokud se budou zabývat metodami, pak je třeba, aby se zamysleli především nad cíli své práce s touto, tak specifickou skupinou postižených dětí. Zdálo by se, že zde není příliš mnoho nových témat. Některá považujeme za vyřešená a další jsou předmětem diskusí rodičů, odborníků a také laické, ale přesto zainteresované veřejnosti.

Ve světle výše uvedeného se stále více zamýšlíme nad využitím kochleárního implantátu u dětí s kombinovaným postižením. Jistě zde máme na mysli ty děti, jejichž kombinované postižení je tvořeno z jedné části vadou sluchu a pak dalšími postiženími. Předpokládáme, že se bude uvažovat o dětech, jejichž postižení mimo sluchového je z uvedených oblastí:

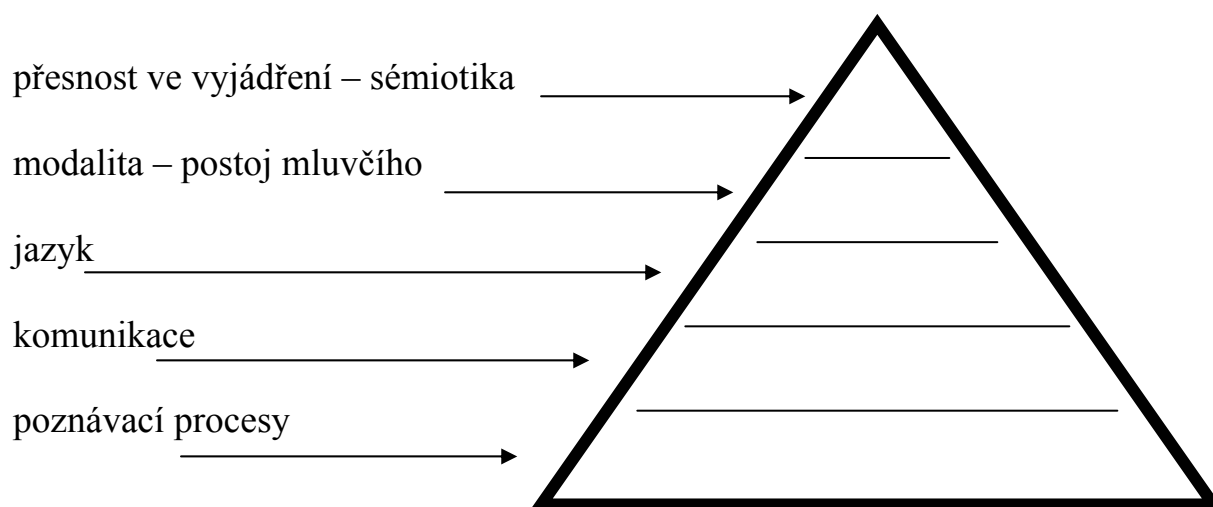
- somatických postižení,
- zrakových postižení,
- poruch CNS - poruch senzomotorické integrity, psychomotorické retardace,
- mentální retardace,
- vývojové retardace,
- poruchy chování,
- syndromy, jejichž součástí je těžká vada sluchu (například Usher I. II.).

V minulých obdobích se vzhledem k nedostatku zkušeností z oblasti medicíny i speciální pedagogiky neuvažovalo o kandidátech s kombinovaným postižením, dokonce některé kombinace byly považovány přímo za kontraindikace, nyní však považujeme za důležité s odvoláním na pokrok ve zmíněných oborech tuto problematiku otevřít. Předpokládejme, že s nabývajícími zkušenostmi odborníků, stejně jako s rozvojem techniky bude možno stále více zařazovat do implantačních programů i děti s výše uvedenými kombinacemi postižení. V následující úvaze se nebudeme pouštět do oblasti medicínské, neboť dost toho máme k řešení v oblasti speciální pedagogiky a spolupracujících disciplínách. Nejde jen o diagnostiku a předoperační přípravu, ale také o metodiku rehabilitačních postupů a v neposlední řadě o přípravu nepedagogického personálu neškolských zařízení na novou skutečnost. Ke všem výše uvedeným požadavkům se váže jeden, a my jej považujeme za nejdůležitější, od něhož se odvíjí téměř všechno – a tím je celá široká problematika stanovení cílů. Jak cílů pro oblast výchovy a vzdělávání v rámci individuálního plánu jednotlivce, ale také bude třeba zahájit diskusi o obecném pojetí cíle v případě dětí a osob s kombinovaným postižením, a tím také i o kvalitě jejich života. Již na první pohled je více než jasné, že není možné skupinu sluchově postižených a skupinu osob s kombinovaným postižením srovnávat bez ohledu na míru, rozsah vady.

V souvislosti s rozhodováním o zařazení uchazeče do implantačního programu se setkáváme s termínem „užitek“ (benefit). Pokud se hodnotí

sluchově postižený uchazeč o kochleární implantát, pak se předpokládá, že veškerá snaha bude napřena směrem rozvoji komunikace mluvenou řečí, a to je také možno charakterizovat jako cíl, jako představu rodičů o smyslu tak zásadního rozhodnutí. Pokud se ale bude rozhodovat o dětech s kombinovaným postižením, potom jen ve velmi omezeném počtu případů můžeme očekávat rozvoj komunikace mluvenou řečí. Přesto je ale možno hovořit o úspěchu, o vysoké míře užitku z kochleárního implantátu pro takové dítě a tím také o podstatném zlepšení kvality jeho života.

Abychom ilustrovali toto tvrzení, podívejme se na rozložení cílových položek z pohledu rozvoje myšlení, komunikace a řeči.



Z obrázku vyplývá, že etáží jazykovou začíná území velmi delikátních a náročných činností, u kterých dochází k propojení mezi myšlením, jazykem a řečí. Pojetí cílových položek je takto komplexně chápáno u dětí – uživatelů kochleárního implantátu a předpokládá se, že dítě se více či méně úspěšně zmocní celé plochy trojúhelníka. Pokud vztáhneme cílové položky ke kvalitě života, potom můžeme říci, že ta se jejich naplněním podstatně zvýší. U sluchově postiženého dítěte se očekává zařazení do orálního výchovného a vzdělávacího programu ve škole běžné či speciální. Předpokládá se tedy, že jeho komunikace bude založena na využití mluvené řeči ve složce receptivní i expresivní. Na tomto místě se nehodláme zabývat zlepšováním komunikačních dovedností u sluchově postižených s kochleárním implantátem. Předpokládáme však, že tato problematika je dostatečně probírána na jiných místech a výsledky, kterých je dosahováno u velkých počtů pacientů, je možno použít jako argumenty pro odbornou diskusi.

Poměrně velkou plochu námi navrženého trojúhelníka však zabírají položky „poznávací procesy“ a „komunikace“. Jsou dostatečně významné, aby

„stačily“ jako ty cílové položky, u kterých se další rozvoj postiženého dítěte v této oblasti pravděpodobně zastaví? Jsme přesvědčeni, že ano.

S rozvojem péče o osoby s kombinovanou vadou se stále více musíme zajímat o jejich výchovu a vzdělávání jako nedílnou součást zvyšování úrovně kvality jejich života. Pro další uvažování nad tímto tématem jsme se zaměřili na potenciální uživatele kochleárních implantátů, u kterých pro kombinaci jejich postižení nemůžeme očekávat ve všech případech zásadní posun kladným směrem při rozvoji komunikačních kompetencí.

Při posuzování uchazečů o zařazení do programu kochleárních implantací jsou v současné době jako kontraindikace uváděny:

- ❑ neexistence rodinného zázemí,
- ❑ věk uchazeče,
- ❑ doba trvání sluchového postižení,
- ❑ úroveň komunikačních kompetencí v orálním módu,
- ❑ kombinované postižení,
- ❑ hyperaktivita,
- ❑ omezené rozumové schopnosti,
- ❑ nevyvinutý funkční styl učení,
- ❑ některé syndromy,
- ❑ neurologické obtíže.

Protože se domníváme, že tyto položky byly navrženy, schváleny a uvedeny do posuzovací praxe s ohledem na očekávané cíle v oblasti komunikace mluvenou řečí, není možné je ve stejném rozsahu a stejnou validitou uplatňovat při výběru kandidátů s kombinovaným postižením. S ohledem na potřebu zvýšení kvality života osob s kombinovaným postižením je možné, alespoň jsme tak o tom přesvědčeni, v některých oblastech sestavit individuální výchovný, případně vzdělávací plán tak, aby s použitím speciálněpedagogických postupů a metod bylo možné některé negativní vlivy eliminovat nebo je alespoň částečně omezit.

Na základě analýzy příčin neúspěšnosti u odmítnutých kandidátů a dále požadavků při výběrovém řízení jsme se rozhodli zmapovat situaci v terénu s tím, že na základě získaných informací budeme mít odpověď na otázku, zda má vůbec smysl v této věci podnikat nějaké kroky, neboť sama předpokládaná skutečnost neexistujícího rodinného zázemí dávala předpokládat různá – i racionalizovaná zdůvodnění, proč takováto nákladná technická pomůcka s nutností následné rehabilitace „není v terénní praxi využitelná“.

Šetření a jeho výsledky

Sestavili jsem dotazník, kterým byla obesslána zařízení poskytující celoroční péči klientům s kombinovaným postižením, klientům, jejichž rodinné zázemí nelze označit jako funkční či dokonce spolupracující. Vzhledem k dalším položkám, které byly sledovány, jsme výběr neomezovali věkem. Jednalo se zejména o ústavy sociální péče pro děti a mládež, pro dospělé, dětské stacionáře, státní i nestátní subjekty.

Návratnost dotazníků byla v relaci s běžnou praxí a následný rozbor ukázal:

1. nejvíce zastoupená postižení v námi sledovaných zařízeních kromě sluchových postižení různého typu byly – DMO, mentální retardace, postižení zraku, neurologické obtíže – nejčastěji epilepsie, Downův syndrom;
2. věkové rozpětí se pohybovalo mezi 6 - 75 lety;
3. personál daných zařízení spatřoval hlavní přínos ve zvýšení míry sebeobsluhy a tím i nezávislosti, zvýšená míra nezávislosti byla považována u všech respondentů jako velmi žádoucí;
4. u většiny respondentů je speciální pedagog buď v pracovním poměru nebo do zařízení dochází; pokud tato možnost není, mají respondenti zájem o spolupráci s odborným pracovištěm.

Ad 1.

Uvedené kombinace sice zásadním způsobem omezují možnost využití kochleárního implantátu pro budování komunikace mluvenou řečí, ale na druhé straně – s odvoláním na současný stav poznání i praxi speciální pedagogiky – dávají možnost individuálního posouzení a sestavení individuálního plánu tak, aby došlo k funkční přípravě i rehabilitaci pro rozvoj gnostických funkcí a komunikačních kompetencí mimo oblast mluvené řeči.

Ad 2.

Věkové rozpětí, které jsme zjistili, vede k pousmání. Do šetření nebyly zahrnuty kojenecké ústavy z prostého důvodu – jedná se o zařízení s jinými zřizovatelskými subjekty. Jejich zahrnutím do spektra respondentů by se věkový průměr pronikavě snížil a spektrum rozšířilo směrem k 0. Široké věkové rozpětí ale v kontextu dalších odpovědí poskytuje ne bezvýznamnou souvislost. Snad nejdůležitější skutečnost vidíme v tom, že i u starších klientů, u kterých o implantaci není možné uvažovat na základě velmi racionálních důvodů,

ošetřující personál uvádí, že by se jejich kvalita života díky lepší komunikaci zlepšila, zvýšila by se úroveň sebeobsluhy a nezávislosti. To jsou již údaje, které je možné vyjádřit finančními úsporami.

Ad 3.

Skutečnost, že personál pedagogický i nepedagogický považuje za hlavní přínos zlepšení komunikace (ne tedy mluvy) jako základ k vyšší míře samostatnosti klientů, nás naplnila radostí. Zdá se, že postupně budou svoji nepřilíživě šťastnou pracovní kariéru končit v těchto zařízeních lidé, nemající ani požadovanou kvalifikaci ani požadovanou míru etiky. Klient, i když vícečetně postižený, se snad pomalu dostává do pozice, kdy je s potřebnou dávkou podpory spolutvůrcem dění okolo sebe a ve svém životě. Právě ona možnost kontroly nad situací – byť v některých případech omezené – je hodná označení – základní lidské právo.

Ad 4.

Šetření ukázalo, že většina oslovených zařízení má možnost přizvat ke spolupráci speciálního pedagoga. Jedná se buď o kmenového pracovníka nebo takový odborník do zařízení dochází. Přítomnost speciálního pedagoga by měla být nutnou podmínkou pro zajištění kvalitní rehabilitace. Pokud speciální pedagog v zařízení není, mají respondenti ve všech ostatních případech zájem o spolupráci s odborným pracovištěm. Pak se můžeme vrátit k naší myšlence o „poučené matce“ tak, jak ji známe z rehabilitačních postupů Vojtových, a připravit kvalitního zástupce i pro případy, kdy biologická matka není. Zdá se tedy, že z hlediska personálního zajištění lze vyhovět požadavkům kladeným na předimplantační i poimplantační péči. Dokonce si dovoluujeme uvažovat o tom, že v některých případech bude z tohoto pohledu institucionální péče prováděna na vyšší úrovni než v některých rodinách – byť úplných a relativně funkčních, zcela v intencích běžných zkušeností při terénní práci.

Podmínky pro diagnostiku

Kombinované postižení (rozumíme zde sluch + ...) se odráží ve zvýšených nárocích nejen na osoby zajišťující výchovnou nebo vzdělávací péči, ale také na pracovníky provádějící diagnostiku a konečně i na podmínky prostředí, ve kterém se diagnostické procesy odehrávají.

Předkládáme zde několik zásad pro diagnostické práce tak, jak jsme měli možnost k nim v průběhu vlastní práce dospět.

- ❖ Vyšetření by měla probíhat v prostředí dítěti důvěrně známém. Je jisté, že v některých případech specializovaných vyšetření a postupů náročných na techniku tuto podmínku zajistit nelze, ale vyšetření psychologická,

speciálněpedagogická a některá medicínská je jistě možné zajistit v místě bydliště postiženého dítěte a tím dosáhnout zpravidla lepších výsledků. Máme také velmi dobré zkušenosti s pořizováním videozáznamu činnosti dítěte. Jejich analýzou lze dospět též k výsledkům validním a odpovídajícím reálným výkonům dítěte.¹

- ❖ Před vyšetřeními je třeba věnovat delší dobu přípravě nejen dítěte, ale i odborníka, který diagnostiku provádí. Vzhledem ke zpravidla nízkým komunikačním kompetencím dětí s kombinovaným postižením je třeba zjistit a popsat inventář odpovědí, které budou v průběhu dalšího vyšetřování používány. Znamená to, že je třeba sledovat všechny možné druhy reakcí typu ANO, NE, JEŠTĚ a podobně. Tento inventář by měl být součástí materiálů dítěte a každý odborný pracovník by měl mít možnost jej používat. Zisk z takto připraveného materiálu nebudou mít jen diagnostici, ale také terapeuti a další pracovníci účastní rehabilitační fáze.
- ❖ V souvislosti s popisem reakcí – odpovědí – je nutné také popsat jejich načasování. Kombinované postižení, zejména s mentálním deficitem, může být příčinou jisté změny v načasování běžného řetězce podnětů a reakcí. U většiny případů počítejme s delší časovou prodlevou. S tím též souvisí i informace o potřebě plánování delšího časového úseku pro vyšetření, než je tomu u běžných případů. To je poznámka sice spíše organizační, ale dnes již víme, že důležitá. Opět se přimlouváme za to, aby tyto informace byly běžně dostupnou součástí materiálů dítěte.
- ❖ Existence biologických rytmů není ničím novým. Přesto se ale domníváme, že je třeba se o jistých změnách, vyplývajících z povahy postižení, zmínit. Máme zde na mysli potřebu respektování zpravidla odlišných biologických rytmů dítěte s kombinovaným postižením. Zásadní změna podmínek a možností je příčinou často velmi specifických variant při střídání fází únavy a relaxace – i jejich různých podob! Je známou skutečností z praxe, že intaktní dítě, je-li pozváno k vyšetření či terapii, může se čekáním nebo nevhodným načasováním některých aktivit, zejména v cizím prostředí, unavit tak, že podává zcela neadekvátní výkon, a to je v případě zvláště diagnostických postupů velmi nebezpečné.
- ❖ Důležitým požadavkem pro diagnostickou i terapeutickou práci je práce se zpětnou vazbou. Zpětnou vazbu zde pojímáme jako informaci jdoucí k dítěti, poskytnutou za účelem potvrzení přijetí jeho projevu, jako hodnocení jeho činnosti kladné či záporné, jako motivační prvek. Zpětná vazba je běžným prvkem v komunikaci používaným a není snad nutné zde

¹ Máme řadu výborných zkušeností s touto praxí. V Centru KI u dětí v Praze tuto techniku přijala psycholožka PhDr. Eva Vymlátilová.

rozsáhle popisovat fakt, že ne vždy se musí nutně jednat o zpětnou vazbu založenou na slovní – mluvené bázi. Mimo slov a všudypřítomných lentilek existuje celé spektrum dalších možností, jak dítě zaujmout, potvrdit spoluúčast, stimulovat k dalším výkonům. Zde spíše jen upozornění na možnost citlivější nervové soustavy u dětí s kombinovaným postižením a tím nebezpečí „overstimulation“, tedy stavu, který vede spíše k demotivaci.

- ❖ Zcela samostatnou oblastí speciální pedagogiky je při práci s osobami s kombinovaným postižením problematika úpravy prostředí. Obor, který je poměrně široký, zasluhuje více než několik zmínek v tomto textu. Snad ale přivede čtenáře k dalšímu studiu a zjištění, že i roli velmi podstatnou může hrát při práci diagnostické i rehabilitační s dětmi druh oblečení, barevné kombinace v okolí, hladina hluku, okolní zvuky, intenzita a barva světla, rozmístění předmětů v okolí pracovního místa, temperatura. Uvedený výčet faktorů zřejmě odborníky nepřekvapí, ale je třeba uvážit jejich často velmi výrazný dopad na výkonnost dítěte a v tom okamžiku se stávají velmi důležitou proměnnou hodnotou. A název proměnná dává tušit, že ku prospěchu dítěte je možno, přímo nutno ji změnit do přijatelné podoby. K tomu může sloužit materiál, který doporučujeme vypracovávat jako součást individuálních plánů. Je jím jakýsi inventář oblíbených a neoblíbených položek – osob, předmětů, činností, oblečení, jídel. V zájmu dosáhnout co nejlepšího výsledku pak je třeba podle již známých požadavků prostředí upravit ku prospěchu dítěte.
- ❖ Poslední, ale pouze ve výčtu, je potřeba dalšího materiálu, kterým je výčet medikace a jejích vedlejších účinků. Pro všechny fáze práce s dítětem a pro případné snazší vysvětlení některých jevů je velice důležité znát vedlejší účinky léků a také vysledovat dobu, po kterou se vedlejší účinek například v podobě zvýšené únavy, hyperaktivity a podobně projevuje. Zjištěné skutečnosti jsou pak podkladem pro změny v denním režimu dítěte, či v zařazení některých vyšetření na vhodnou dobu proto, že medikace má zpravidla předem určenou a většinou pravidelnou dobu. To se netýká například záchvatových onemocnění, kde je ale také možné programovat činnost dítěte na vhodnou dobu.

Pro poslední část sdělení jsme se rozhodli zařadit několik metodických poznámek.² Pokud bude třeba dítě s kombinovaným postižením připravit z hlediska komunikačních kompetencí na další terapie, pak – a nehovoříme pouze o mluveném projevu jako cílové položce – je vhodné se soustředit na následující fáze:³

² Další informace lze hledat v příručce SOURALOVÁ, E. Vzdělávání hluchoslepých II. Praha : Scientia, 2000.

³ O tom více v publikaci POTMĚŠIL, M. Čtení k surdopedii. Olomouc : UP, 2003.

1. Iniciace komunikačního aktu;
2. Průběh komunikačního aktu;
3. Ukončení komunikačního aktu;
4. Použití uvědomělého nástroje pro fázi exprese;
5. Preference komunikačního modu pro fázi recepce;
6. Využití zpětné vazby pro potvrzení porozumění;
7. Sladění komunikace s partnerem;
8. Schopnost komunikace v triádě.

1. INICIACE KOMUNIKAČNÍHO AKTU

Schopnost samostatně a nezávisle zahájit komunikační akt považujeme za velmi důležitou pro další vývoj dítěte. Považujeme ji za určitý doklad toho, že dítě akceptuje komunikaci jako nástroj k ovlivnění svého sociálního okolí a v pozdějších vývojových etapách i k procesu dotazování a tím i k uvědomělému získávání informací. Schopnost iniciovat komunikační akt je zároveň velmi motivujícím faktorem pro rozvoj nejen poznávacích funkcí, ale také pro rozvoj osobnosti z hlediska sociálně psychologického.

2. PRŮBĚH KOMUNIKAČNÍHO AKTU

Vyšší míru uchopení komunikace jako nástroje značí schopnost dítěte udržet její průběh. Znamená to nejen skutečnost, že komunikace přináší uspokojení a naplnění sociálních potřeb, ale také to, že obě strany pochopily a praktikují organizační jevy, jako například střídání rolí, respektování partnera, pozornost věnovanou partnerovi a také schopnost přijímané informace průběžně zpracovávat a operovat s nimi.

3. UKONČENÍ KOMUNIKAČNÍHO AKTU

Úroveň ovládnutí komunikačního aktu, při které je dítě schopno zahájit, udržet a poté i samostatně ukončit komunikaci svědčí, o tom, že komunikace je pro uživatele nástrojem plně ovládaným a využívaným na základě vlastního rozhodnutí, a to po dobu nutnou nebo příjemnou. Znamená to, že uživatel má pocit kontroly nad situací a tedy i další, dobrou motivaci pro následnou komunikaci a její další rozvoj.

4. POUŽITÍ UVĚDOMĚLÉHO NÁSTROJE PRO FÁZI EXPRESE A RECEPCE

Expresa je první ze dvou fází komunikačního procesu. S **recepce** je považujeme obě za klíčové. Jde o širokou škálu prostředků. S ohledem na možný individuální vývoj postiženého dítěte se ukazuje, že v průběhu vývoje bude možné uvažovat o dalších možných druzích nebo módech pro komunikaci. Zkušenost, že v mnohých případech jde o mód jediný a přesto úspěšný, nás vede k tomu, abychom zdůraznili, že v případě komunikace, a zejména v prvních etapách jejího rozvoje, není méně nebo více důležitý způsob či mód. Cesta, která vede ke vzájemnému dorozumění, je jediná pravá a může se postupně rozšiřovat o další složitější a dokonalejší způsoby. Proto se přikláníme spíše než k hodnocení lepší či horší, k přivlastku více či méně obvyklá. Zejména pro rodiče je důležité zdůraznění efektivity na prvním místě a teprve potom řazení do pomyslného žebříčku normality módu, kde na prvním místě bude zřejmě mluvená řeč.

5. VYUŽITÍ ZPĚTNÉ VAZBY PRO POTVRZENÍ POROZUMĚNÍ

Zpětná vazba v komunikaci je informací o tom, jak byla zpráva přijata. Jedná se o jakési potvrzení přijetí zprávy. Toto potvrzení může probíhat různým způsobem. Od známého a běžného přikyvování hlavou či použití některé ze známých forem přitakání až po zopakování celé přijaté informace. Zejména v raných stádiích komunikace postižených dětí je třeba se tuto zpětnou informaci naučit vyhledávat a pokud to lze – i rozvíjet. Zpětná vazba je velmi důležitým prvkem v komunikaci. Pomocí zpětné vazby má mluvčí možnost monitorovat své vlastní signály a mít tak svůj komunikační projev pod kontrolou.

6. SLADĚNÍ KOMUNIKACE S PARTNEREM

Touto položkou se snažíme popsat tu část komunikace, kterou v angličtině nazýváme „negotiation“. Jedná se o „sladění“ komunikace. Jde o oboustrannou schopnost se optimálně zapojit do komunikace v závislosti na podmínkách, schopnostech a dovednostech komunikujících stran. Je více než jisté, že na rozdíl od procesu sladění komunikace v podmínkách komunikace dvou rovnocenných partnerů bude v komunikaci s dítětem s těžkým postižením kladen důraz na pružnost, vstřícnost a přizpůsobivost partnera komunikačně vyspělého – dospělého jedince. Vzhledem k tomu, že on zpravidla přebírá roli iniciátora a s tím většinou i dominantní roli v celém procesu, bude se muset přizpůsobit i zcela specifickým požadavkům na něj kladeným. Je důležitou a náročnou úlohou odborníků, zpravidla pracovníků speciálně pedagogických center, aby na tuto roli rodiče a nebo pečovatele připravili.

7. SCHOPNOST KOMUNIKACE V TRIÁDĚ

Fakt, že dítě je schopno komunikovat v triádě, považujeme za doklad velmi vyzrálé komunikační schopnosti. Jedná se totiž nejen o to, že dítě akceptuje dalšího člena komunikující skupiny jako partnera, ale také o skutečnost, že dovede střídat svoji pozornost mezi dvěma partnery a dovede na jejich podněty reagovat. Z vlastní zkušenosti máme poznatky, že tato úroveň je velmi vysoká a její náročnosti nejsou schopny vyhovět všechny děti. Vždyť pouhá skutečnost, kdy komunikaci v dyádě je přítomna třetí osoba, je dostatečně silným rušivým momentem a to znamená, že přijetí této osoby jako dalšího komunikačního partnera již vyžaduje poměrně vysokou míru sociální adaptability ze strany dítěte. Na příkladu hry jako kolektivní činnosti můžeme ukázat, že dítě do sedmi let má problémy s přijetím většího počtu účastníků společné činnosti tak, aby jim mohlo vyhovět a spolupracovat s nimi. Na druhé straně jsou známá pozorování komunikačního vývoje dítěte, které již přibližně ve čtyřech a půl měsících věku používalo odlišných označení pro otce a pro matku. Bylo schopno si zvolit preferovanou osobu pro pochování. V případě speciálně pedagogického přístupu budeme pravděpodobně muset zohlednit druh a míru postižení dítěte a tím i zřejmě změnit časové ohraničení, které přísluší sledovanému jevu.

Kontaktní adresa:

PhDr. Miloň Potměšil, Ph.D.
Katedra speciální pedagogiky
PdF UP v Olomouci