

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

MARTINA HUBIŠTOVÁ

III. ročník – prezenční studium

Obor: Speciální pedagogika pro 2. stupeň ZŠ a SŠ – matematika se zaměřením na vzdělávání

ODKAZ MILOŠE SOVÁKA V LOGOPEDII

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Gabriela Smečková, Ph.D.

OLOMOUC 2010

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 12. 4. 2010

.....

Děkuji Mgr. et Mgr. Gabriele Smečkové, Ph.D., za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálových podkladů k práci.

OBSAH

ÚVOD	5
1 ŽIVOT MILOŠE SOVÁKA.....	7
2 DÍLO	11
3 NEJVÝRAZNĚJŠÍ PŘÍNOSY MILOŠE SOVÁKA V LOGOPEDII.....	12
3.1 ZALOŽENÍ LOGOPEDIE JAKO VĚDNÍ DISCIPLÍNY	12
3.2 LATERALITA	24
3.2.1 Leváctví.....	33
3.3 BALBUTIES.....	39
ZÁVĚR	53
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ	

ÚVOD

Během studia na vysoké škole jsme se začali více zajímat o oblast logopedie a s tím i spojenou problematiku osob s narušenou komunikační schopností. Zajímal nás zejména vznik logopedie jako takové a o počátky logopedické péče v naší zemi. A právě se vznikem logopedie je spojeno jméno Miloše Sováka.

Jednou z nejdůležitějších lidských schopností je komunikace, která má nezastupitelný význam v životě každého člověka. Člověk je tvor společenský a učenlivý, proto mnohdy právě narušení komunikační schopnosti vede k nejrůznějším překážkám v oblasti edukace a socializace jedince.

Logopedie jako poměrně mladý vědní obor, který se formoval od první poloviny 20. století, se věnuje diagnostice, terapii a prevenci narušené komunikační schopnosti jedince. Je tedy pro život jedince s narušenou komunikační schopností velmi důležitá.

Cílem bakalářské práce je vyzdvihnout nejvýraznější přínosy prof. MUDr. et PhDr. Miloše Sováka, DrSc. v logopedii. Víme, že se Miloš Sovák nevěnoval pouze a jen logopedii, ale celé speciální pedagogice¹ jako takové. Je tedy považován za zakladatele speciální pedagogiky a logopedie.

Jeho oblast působení se zaměřovala na všechny jedince s vadou řeči, zejména však na děti. Napsal mnoho publikací na téma logopedie, leváctví, výchova apod. Odpřednášel několik set přednášek, seminářů atd. pro veřejnost, ale i odborníky a logopedicky vyškolil učitelky v mateřských školách. Prosadil a také zajistil celostátní péči o osoby s vadami řeči.

Bakalářská práce je rozdělena na tři kapitoly.

V první kapitole bychom chtěli vystihnout celý život Miloše Sováka. Chtěli bychom se zaměřit zejména na jeho studium a následnou praxi v oblasti foniatrie. Je velmi těžké napsat jeho život na pár stran, protože on sám svůj život popsal v knize „In Margine“ z roku 1984.

Druhá kapitola pojednává o jeho dílu. Snažili jsme se shrnout jeho knihy na pár řádků, i když to nebylo jednoduché, jelikož napsal několik set publikací, článků, statí, učebnic, monografií a sbírek přednášek.

Poslední kapitola je zaměřena na nejvýraznější přínosy Miloše Sováka v logopedii. Tyto přínosy jsme spatřili v konstituování logopedie jako takové, dále v oblasti laterality a v neposlední řadě i v koktavosti.

¹ V jeho době nenesla název speciální pedagogika, ale defektologie.

Cílem bakalářské práce je připomenout osobnost Miloše Sováka jako zakladatele československé logopedie, naznačit vývoj České logopedické společnosti, vznik logopedie jako vědní disciplíny a upozornit na nejvýraznější přínosy Miloše Sováka pro naši logopedickou teorii a praxi.

1 ŽIVOT MILOŠE SOVÁKA

(15.4.1905 – 29.9.1989)

Miloš Sovák byl zakladatelem československé logopedie a tvůrcem naší logopedické teorie a praxe.

„Narodil se 15.4.1905 v Bechyni do početné rodiny přísného učitele na keramické škole (otec Ludvík Sovák, učitel češtiny, počtů a němčiny). Miloš Sovák byl nejmladší ze sedmi dětí (pět chlapců a dvě děvčata). Po absolvování čtyř tříd obecné školy a prvního ročníku měšťanské školy v Bechyni úspěšně vykonal přijímací zkoušky na gymnázium v Táboře, kam po celých osm let studia dojížděl“ (www.mestobechyne.cz).

Na gymnáziu Miloš Sovák nepatřil mezi vzorné žáky a již v prvním ročníku (primě) se několikrát „ulil“ ze školy. Ve vyšších ročnících se jeho absence ve škole zvyšovala. Vybíral si dny, kdy se ve škole nic nového neprobíralo, kdy neměl žádné povinnosti, nebylo zkoušení apod. V takových dnech ho to ve škole nudilo a hledal zpestření v místních hospodách a kavárnách, kde trpělivě čekal, až skončí vyučování, aby mohl jet „ze školy“ domů. Z tohoto důvodu měl již od tercie sníženou známku z chování. Během studia se podílel na kulturní veřejné činnosti s různými místními organizacemi. Byl členem jednoty Sokol, skautského oddílu, Sboru dobrovolných hasičů a v neposlední řadě i členem Učednické besídky, na které učil jeho otec Ludvík Sovák. Ludvík Sovák věnoval každou neděli výuce společenského chování, tanců a různých her (šachy apod.) v rámci Učednické besídky. V rámci besídky se konaly nejrůznější výlety na hrady, zámky, zříceniny apod. (Kantor, 2000).

Po gymnazijních studiích na přání otce odjel studovat práva do Prahy. Studium práv ho bohužel nenadchlo a již po třech týdnech studia se nechal přepsat na Lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Praze. Při studiu medicíny se velice zajímal o pitvy, preparáty mozku a vše, co souviselo s mozkem. Volný čas trávil buď na pitevně, nebo četbou odborné literatury ve studovně Spolku mediků. Lékařskou fakultu absolvoval v roce 1930. Během studia medicíny byl členem Kroužku mediků v Bechyni, který založil jeho starší bratr MUDr. Pravoslav Sovák a dokonce v letech 1923-1926 byl sám jeho předsedou. Členy Kroužku byli např. J. Pekař, K. Židlický, B. Burian, M. Eschová a mnoho dalších (www.mestobechyne.cz).

V roce 1931 se dostal náhodou k oboru foniatrie na otorinolaryngologické klinice Univerzity Karlovy ve Všeobecné nemocnici v Praze. Místo mu nabídl kolega ze studií, který neměl o místo zájem. Milošovi Sovákovi se do této práce zpočátku moc nechtělo. Již za studií se

s tímto oborem seznámil během přednášek na otorinolaryngologickém ústavu, kdy se mu obor foniatrie úplně zošklivil. Přesto na nabídku kolegy přikývl a dostal se tak až k docentovi Seemanovi, vedoucímu foniatrického oddělení a vyhlášenému pražskému foniatrovi, který se věnoval např. problematice koktavosti a mimo jiné i logopedickému školení učitelek mateřských škol (Kantor, 2000).

První měsíc byl Miloš Sovák pouhým hospitantem na klinice prof. Antonína Přecechtěla, ale hned na to dostal místo asistenta přímo u docenta Miloslava Seemana. I když na kliniku nenastupoval s nadšením, práce v oboru foniatrie ho nadchla. Zpočátku se zaměřil na poruchy plynulosti řeči, zejména koktavost, ale později svou pozornost obrátil i na jiné funkce, které se podílejí na procesu komunikace. Těmito funkcemi byl nejenom hlas, ale i sluch (www.mestobechyne.cz).

„Tehdy se Miloš Sovák začal věnovat modernímu laryngostroboskopickému vyšetření, na jehož podkladě se snažil vysvětlit mechanismus vzniku lidského hlasu. Na toto téma dokonce vydává i svou dvoudílnou monografii. První díl této monografie se nazývá „Kmitání hlasivek ve světle laryngostroboskopie“ s podtitulem „Fyziologická studie fonačního mechanismu“ a pojednává velmi široce a zasvěceně o fyziologických mechanismech tvorby hlasu. V tehdejší době byly poznatky o tvorbě hlasu velmi moderní až avantgardní“ (referaty.atlas.sk).

Miloš Sovák měl velmi dobré znalosti v oblasti neurofyzologie a snažil se o skloubení této oblasti s oblastí foniatrie. Začal zkoumat souvislost mezi tvorbou řeči a úlohou dominance mozkových hemisfér. Zaměřil se jak na vývoj řeči, tak i na patogenezi jejich poruch. V této době vydal svou monografii „Lateralita jako pedagogický problém“, ve které se věnuje významu lateralit a zejména vztahu levorukosti s vývojem řeči, upozorňuje zde také na rizika, která souvisí s přeučováním genotypového leváka na praváka apod. (Laštovka, 2000).

„Sovákova monografie „Lateralita jako pedagogický problém“ podnítila veřejnost k tomu, aby se uzákonilo psaní a kreslení levou rukou ve škole“ (referaty.atlas.sk).

V roce 1940 ukončil pracovní poměr na otorinolaryngologické klinice Všeobecné nemocnice v Praze. Byly uzavřeny vysoké školy a klinika se stala „obyčejným“ nemocničním oddělením.

Miloš Sovák se stal odborným školním lékařem pro foniatrii a otorinolaryngologii u fyzikátu hlavního města Prahy. Společně s dr. Apetauerem (obor dětská psychologie) a dr. Faflem (obor oftalmologie) vyšetřoval školní mládež v pražských školách. V této době začíná jeho působení v oboru logopedie. Jako školní lékař navštěvoval ústav pro hluchoněmé v Praze na Smíchově, kam celých 13 let docházel. Tiše seděl ve třídě, sledoval veškeré dění v místnosti a samozřejmě i práci učitelů s neslyšícími. V této době začal se spolupracovníky zakládat školy pro vadně mluvící a nedoslýchavé. Během doby, kdy byl školním odborným lékařem, si založil vlastní

ordinaci, ve které mu pomáhala jeho žena dr. Milada Sováková až do roku 1952, kdy byla ordinace zrušena. (Kantor, 2000)

V letech 1941 a 1943 se mu narodili synové Miloš a Mojmír.

V roce 1946 založil společně s docentem Proškou a kulturním referentem Jarošem Logopedický ústav hlavního města Prahy. Logopedický ústav měl několik oddělení např. pediatrické, audiologické, neuropsychiatrické, lůžkové apod. Postupně se logopedická péče rozšiřovala i do jiných oblastí mimo Prahu. Vznikaly detašované poradny pro vadně mluvící děti na školách, pořádaly se kurzy pro speciální vyškolení pedagogů, kteří v těchto poradnách pracovali (Kantor, 2000).

V roce 1953 nastoupila do ústavu jako pracovnice i jeho žena dr. Milada Sováková, která se věnovala dětem předškolního věku, prevenci neuróz a také depistáži vadně mluvících dětí na pražských školách. V ústavu pracovala až do jeho zrušení v roce 1960 (Kábele, in Kutálková, 1990).

„Výsledkem této činnosti byla celostátní logopedická péče, celostátní poradenská péče o sluchově postižené, bezplatné přidělování sluchadel a celostátní péče o levoruké děti“ (www.mestobechyne.cz).

V 50. letech 20. století rozšířil přidělování sluchadel bezplatně i na Slovensko a tím se Československo zařadilo na čtvrtou příčku na světě v péči o osoby se sluchovým postižením (Kantor, 2000).

V roce 1950 se stal profesorem Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Sovák se snažil o „symbiózu“ Logopedického ústavu s „oborem“ na pedagogické fakultě. Obor se nejdříve jmenoval pedopatologie, poté defektologie a nakonec se ustálil název speciální pedagogika. Logopedický ústav byl takovým vědeckým a edukačním pracovištěm pro studenty tohoto oboru (Kantor, 2000).

Oboru logopedie se Sovák věnoval svědomitě a s plným nasazením. V letech 1945 až 1974 odpřednášel 132 přednášek pro pracovníky ve zdravotnictví, 133 přednášek pro veřejnost, pedagogy apod., 134 logopedický kurzů a 135 vystoupení v československém rozhlasu. Přednášky se konaly v různých českých městech např. v Praze, Olomouci, Chebu, Jihlavě, Brně, Ostravě, Liberci, Kladně, Teplicích, Litoměřicích atd. (Kantor, 2000).

Jeho přednášky se nekonaly pouze v českých městech, ale svou pozornost zaměřil také na Slovensko, kde přednášel např. v Bratislavě, Žilině, Košicích, Levoči, Novém Smokovci, Piešťanech, Ružomberoku, Galantě, Prešově, Topolčanech, Liptovském Mikuláši atd. Přednášel i za hranicemi Československa, např. v Polsku, Německu, Jugoslávii, Rakousku, ve Švýcarsku, USA atd. (Kantor, 2000).

„V roce 1957 uspořádal v Praze mezinárodní defektologickou konferenci, založil Mezinárodní komitét pro spolupráci v defektologii, v roce 1962 uspořádal Sympozium reprezentantů speciální pedagogiky socialistických zemí o terminologii, v roce 1989 se podílel na přípravě Mezinárodního kongresu IALP v Praze, kde měl být jeho čestným hostem. Pro nemoc se kongresu nemohl zúčastnit“ (Kantor, 2000).

V posledních letech svého života bojoval se zákeřnou rakovinou, které nakonec podlehl v Praze dne 29.9.1989.

2 DÍLO

Za svůj život napsal Miloš Sovák více jak 240 nejrůznějších statí, článků, učebnic, monografií, příruček a skript, ve kterých se věnoval oblasti pedagogiky a zejména tedy oblasti speciální pedagogiky.

Jeho publikace o československé speciální pedagogice, zejména tedy logopedii, byly uznávány i odborníky ze zahraničí, např. z Polska, Německa, Rakouska, Dánska, dále z Velké Británie, Švédska, Jugoslávie, Bulharska, Spojených států amerických, Švýcarska a také z bývalého Sovětského svazu (Kantor, 2000).

„Dopisoval si s různými vědci a praktiky z Polska, Austrálie, Kuby, Anglie, USA, Iráku, Venezuely, Brazílie, Belgie, Jugoslávie, Maďarska, Švýcarska, Rakouska, NSR, NDR, Dánska, Anglie, USA apod.“ (Kantor, 2000, str. 88).

Miloš Sovák svou publikační činností propagoval naše vědecké pojetí pedagogiky, speciální pedagogiky a Československa jako takového. Znamenitě přednášel o svých knihách a poznacích i v jazyce anglickém a německém.

„Většina prací prof. Sováka je poplatná době, ve které vznikla. Snažil se uplatnit všechny poznatky, které měl v té době k dispozici s tím, že určité preferoval, jako například I. P. Pavlova“ (Süssová, 2000, str. 106).

Shrnutí učení I. P. Pavlova nacházíme v knize „Uvedení do logopedie“ z roku 1980.

„Sovák se snažil prostřednictvím Pavlovova učení vytvořit vědeckou základnu logopedie. Domníval se, že vyhovuje po stránce metodologické i gnozeologické. Problémem je neustálé odkazování na Pavlova, i když se jedná o obecné principy reflexologie a nervové činnosti“ (Süssová, 2000, str. 106).

Kromě Pavlova vycházel i z děl prof. Hrbky, K. G. Junga a v mnohých svých publikacích citoval i Hippokrata, Sigauda, Kretschmera, Durdíka, Krásnogorského a mnohých jiných (Süssová, 2000).

Věnoval se celé oblasti speciální pedagogiky, tj. psychopedii, etopedii, logopedii, optopedii (dnes tyflopédie) a somatopedii. Nejvíce se však věnoval oblasti logopedie.

„Ve svých publikacích upozorňuje, že jen za určitých okolností se člověk stane „defektním“. Dále, že jen za určitých okolností se záležitost osobní stává záležitostí společenskou. Zároveň si všímá celistvosti či zařazení člověka, kde upozorňuje na rovinu horizontální i vývoj na vertikále“ (Süssová, 2000, str. 109).

3 NEJVÝRAZNĚJŠÍ PŘÍNOSY MILOŠE SOVÁKA

V LOGOPEDII

Nejvýraznější přínos Miloše Sováka jsme shledali v konstituování logopedie a s tím je spojeno založení Logopedického ústavu hl.města Prahy a České logopedické společnosti dále jsme se zaměřili na problematiku laterality a leváctví a v neposlední řadě jsme svou pozornost zaměřili také na koktavost.

Je velmi těžké vybrat nejvýraznější přínosy v logopedii, jelikož se zabýval i řečovou výchovou sluchově postižených, mutismem, afázií atd.

3.1 Založení logopedie jako vědní disciplíny

V této kapitole jsme se zaměřili na logopedický ústav hl.města Prahy, dále na logopedickou diagnostiku, terapii a v neposlední řadě i prevenci.

Logopedický ústav hlavního města Prahy

V roce 1946 byla pod vedením Miloše Sováka založena instituce, která nesla název Logopedický ústav hlavního města Prahy.

„Logopedický ústav byl organizačně začleněn do rezortu zdravotnictví, hlavní oblast jeho činnosti byla však v rezortu školství. Logopedický ústav byl odborným a vědeckým pracovištěm, jediným tohoto typu v tehdejší Československu. Pracovalo zde mnoho významných odborníků, z oblasti medicíny, pedagogiky, jazykovědy nelze vyjmenovat všechny, ale uvedme například Kábeleho, Buriana, Hálu, Jánotu, Sovákovou. Hlavní náplní činnosti ústavu se stalo vyhledávání, léčebná a pedagogická péče o postižené děti a mládež, dále výzkum poruch hlasu, řeči a sluchu a v neposlední řadě odborné vzdělávání učitelů a logopedických instruktorů“ (Klenková, 2006, str. 20).

Jeho hlavní zásluhou bylo téměř světové prvenství v zavedení bezplatného zapůjčování sluchadel sluchově postiženým, reedukační kurzy pro sluchově postižené a zavedení péče o levoruké děti. Dále se Logopedický ústav zasloužil o vznik celostátní evidence dětí, které jsou postižené rozštěpem patra, o vypracování systému spánkové terapie koktavosti (Klenková, 2006).

„Významnou akcí bylo pořádání pravidelných seminářů jednou za měsíc pro vysokoškolsky kvalifikované logopedické pracovníky (krajské logopedy). V seminářích se probírala aktuální témata. Nejlepší z nich byla pak přednesena na celostátních zasedáních, jež se konala každoročně od roku 1952“ (Kutálková, 2005, str. 66).

Ústav měl několik oddělení: centrální kartotéka, pediatrické, poradna pedagogicko-psychologická, neuropsychiatrické, lůžkové, audiologické a terapeutické.

Terapeutické oddělení konalo veškerou terapii dětí a dospělých a mělo své úseky: úsek předškolní výchovné péče, výchovy správné výslovnosti, péče o palatolaliky, péče o afatiky, péče o děti s nemocí Downovou a s oligofrenií, péče o levoruké děti, péče o spastiky a úsek dokumentační (Sovák, 1978b).

„Systém logopedické péče, vypracovaný pracovníky ústavu, byl přenesen postupně do všech krajů republiky. Logopedická péče byla organizována na základě dohody ministerstev školství a zdravotnictví (směrnice ministerstva zdravotnictví z roku 1952), aby vyhovovala potřebám školní mládeže. Nevýhodou bylo, že organizačně byla konstituována ve zdravotnickém rezortu. Při reorganizaci zdravotnické služby nebylo logopedická péče v plánu zdravotnických institucí, zdravotnictví mohlo po stránce organizační počítat pouze s lékařským oborem foniatrie. Z těchto důvodů byla činnost Logopedického ústavu v roce 1961 ukončena“ (Klenková, 2006, str. 21).

Česká logopedická společnost

Vznik této společnosti nebyl vůbec jednoduchý, ba naopak, cesta k vytvoření ucelené a organizované logopedie byla složitá.

„Již v roce 1962 na XI. Celostátním zasedání logopedických pracovníků v Praze Jozef Liška přednesl návrh o vytvoření Československé logopedické společnosti, která by organizovala logopedické pracovníky, hodnotila je, měla autoritu i možnost zastávat logopedické zájmy doma“ (Liška, 1978, str. 338).

Podle Lišky (1978) měla tato společnost reprezentovat československou logopedii v rámci Mezinárodní společnosti logopedie a foniatrie. Dále měla logopedická společnost vydávat svůj vlastní logopedický časopis.

Návrh Jozefa Lišky o založení Československé logopedie přijalo více než 300 logopedických pracovníků, kteří se účastnili zasedání. Miloš Sovák byl však jako jediný proti. Svůj postoj argumentoval tím, že ještě není vhodná doba pro vznik této společnosti (Liška, 1978).

O rok později, v roce 1963, na XII. Celostátním zasedání logopedických pracovníků v Praze se celá situace opakovala. Ani tehdy Miloš Sovák neviděl vhodný čas pro vznik této společnosti (Liška, 1978).

„To však J. Lišku neodradilo od jeho návrhu. Vytvořil se Přípravný výbor Československé logopedické společnosti a začali se vypracovávat stanovy. Předsedou tohoto výboru byl sám Jozef Liška, který předložil návrh stav a žádost o vznik Československé logopedické společnosti Ministerstvu vnitra v Praze a vybavoval všechny formality až do 23.12.1969“ (Liška, 1978, str. 339).

Koncem roku 1969 vznikla Česko-slovenská federace. Tím se celá situace kolem vzniku logopedické společnosti změnila. Přípravný výbor si musel zvolit jednoho zástupce z Prahy, který požádá o vznik České logopedické společnosti a jednoho slovenského zástupce o žádost pro vznik Slovenské logopedické společnosti ve Slovenské socialistické republice. Za zástupce z Prahy byl vybrán L. Edelsberger, kterému Ministerstvo vnitra vydalo 20.1.1970 osvědčení o vzniku České logopedické společnosti (ČLS) (Liška, 1978).

V roce 1970 se konalo XX. Celostátní zasedání logopedických pracovníků z celého Československa. Na tomto zasedání, díky své horlivosti a aktivitě v oblasti logopedie, se stal předsedou České logopedické společnosti Miloš Sovák (Liška, 1978).

Od smrti Miloše Sováka, v roce 1989, nese tato společnost název: Logopedická společnost Miloše Sováka.

„V dnešní době Logopedická společnost Miloše Sováka (dále jen LSMS) sdružuje kolem 400 logopedických pracovníků, učitelů různých typů škol a dalších odborníků různých profesí. Členy LSMS jsou i odborníci ze zahraničí. Společnost má bohatou publikační činnost (sborníky nejméně jednou ročně, informační materiály atd.) a pořádá řadu seminářů a různých vzdělávacích akcí. Každoročně se pořádá také celostátní konference, většinou se zahraniční účastí, jejíž součástí je i nabídka odborné literatury a různých materiálů či pomůcek, za které bere Společnost odbornou garanci“ (lsms.ora.cz).

Definice logopedie

Název logopedie je utvořen ze dvou řeckých slov: logos = slovo a paideia = výchova.

„Logopedie je nauka o fyziologii a patologii dorozumivacího procesu, jakož i o prevenci a nápravě výchovné péči o vady a poruchy dorozumívání“ (Sovák, 1955, str. 6).

„Logopedie je úsek speciální pedagogiky zabývající se rozvojem, výchovou a vzděláváním osob stížených vadami a poruchami sdělovacího procesu“ (Sovák, 1980, str. 161).

Logopedie jako vědní obor

„Je součástí defektologie.² Péče o dorozumivací proces patří k péči o budování a vytváření společenských vztahů. Poruchy v dorozumívání a to v jeho složce vnímací nebo psychické nebo výkonné, jsou příčinou poruch dialektických vztahů postiženého jedince a jeho společenského prostředí a promítají se speciálně ve vztahy k výchově, vzdělávání a práci. S defektologií se logopedie řadí k vědám společenským. Pokud však zkoumá příčiny porušených vztahů člověka v jeho biologických činnostech, tj. pokud se zaměřuje na vlastní výkonnost, popř. poruchu výkonnosti samotného individua, opírá se tu o vědy biologické, zvláště i lékařství. Je tudíž stejně jako defektologie mezioborem, přesahujícím rámec věd společenských v oblast věd přírodních, speciálně medicínských“ (Sovák, 1955).

Logopedie jako disciplína speciálně pedagogická

Stejně jako speciální pedagogika vůbec se zaměřuje na rozvíjení osobnosti, výchovu a vzdělání postižených osob, v tomto případě stížených nedostatky ve sdělování (Sovák, 1978c).

„Výchova znamená budování a rozvíjení všech biologických i společenských složek dorozumivacího procesu, jakožto základního prostředku pro uskutečňování společenských vztahů. Pokud se poruchy během vývoje dorozumivacího procesu vytvářejí nebo pokud postihnou již vytvořené schopnosti dorozumívání, je pak třeba uplatňovat všechna nápravná výchovná opatření vzhledem k postiženým, neboť jde pak o osoby „vyžadující zvláštní péči“ (Sovák, 1955, str. 5).

Logopedická diagnostika

„Sdělovací proces je souhrn velmi složitých a mnohotvárných činitelů biologických a společenských. Mezilidská komunikace je předmětem zájmu různých vědních oborů. V diagnostice komunikačních vad a poruch se uplatňují především obory lékařské, např. foniatrie, neurologie, pediatrie, psychiatrie aj.“ (Sovák, 1978a, str. 7).

„Je prokázáno, že speciální pedagogika má svůj vlastní systém diagnostiky, který je součástí metodologie oboru. Charakteristické rysy speciálně pedagogické diagnostiky vystupují zřetelně právě tehdy, když specifická diagnostika navazuje na diagnostiku jiných oborů. I logopedie jakožto jedna z disciplín speciální pedagogiky má svůj systém diagnostiky, který se vyznačuje určitou specifičností, i když logopedická diagnostika také vychází z nálezů lékařských, popř. psychologických“ (Sovák 1978a, str. 7).

² V rámci dnešní terminologie užíváme termín „speciální pedagogika“.

Základní pojmy

Mezi základní pojmy logopedické diagnostiky patří diagnostika, diferenciální diagnostika a v neposlední řadě i komplexnost diagnostiky.

Diagnostika

Slovo diagnostika pochází z řeckých slov dia = roz a giognosko = poznávám.

„Diagnóza znamená rozpoznání druhu, event. příčiny, patogenezi a průběhu vady či poruchy sdělování. To znamená, že se vyšetřuje a hodnotí sdělovací proces ve všech jeho složkách, tj. ve složce receptivní čili dostředivé (hlavně pohybové, sluchové, popř. zrakové), centrální a expresivní čili odstředivé (ve výkonu mluvy, popř. psaní). Do vyšetřovacího schématu je nutné zahrnout i faktory společenské. Vyšetření sleduje řeč a její případné nedostatky nikoliv jako výkon individua, ale i jako odraz vlivů společenských. Hlavní je zjistit, do jaké míry se tyto vlivy účastní na etiologii a na patogenezi odchylky sdělovacích funkcí“ (Sovák, 1978a, str. 8).

Druhy diagnostických postupů

Sovák (1978a) rozlišuje 2 druhy diagnostických postupů:

- A) **Horizontální** - Hodnocení momentálního (aktuálního) stavu postiženého jedince
- B) **Vertikální** - Hodnocení dosaženého vývojového stupně řeči, popř. mentální, motorické úrovně apod.

Diferenciální diagnostika v logopedii

„Úkolem diferenciální diagnostiky v logopedii je především rozlišit, co ještě spadá do logopedické praxe a co z komunikačních deformací do této oblasti už nepatří. S tím velmi těsně souvisí potřeba rozlišovat orgánový, či funkcionální původ nedostatku a zároveň i rozpoznat, zda jde o vadu vrozenou, či o poruchu získanou. Kromě toho je třeba zhodnotit, zda je zjištěný nedostatek izolovaným symptomem, nebo součástí syndromu, popř. zda jde o nedostatky přídatné, tj. o kombinace, či komplikace“ (Sovák, 1978a, str. 40).

Komplexnost diagnostiky

Komplexnost diagnostiky znamená úplné vyšetření. Při vyšetření je nutné brát v úvahu biologické faktory (vyšetření lékařské, psychologické, psychiatrické apod.) a stejně tak i faktory společenské (rodina, blízké okolí apod.). Teprve všechna vyšetření, kterých se dítě účastnilo, nám dají komplexní pohled na vadu dítěte.

Do komplexní logopedické diagnostiky spadá i dlouhodobé pozorování dítěte v jeho přirozeném prostředí (rodina, škola apod.)

Předmět logopedické diagnostiky

Předmětem logopedické diagnostiky je logopatie. Jedná se o neschopnost (částečnou nebo úplnou) užívání mateřského jazyka.

Jedinec s logopatií se liší od ostatních svou nápadností a sníženou srozumitelností v komunikaci (v řeči mluvené i psané).

Za logopatii nepovažujeme dialekt, afektovanou mluvu, nespisovnou řeč apod.

Jedinec postižený logopatií se nazývá logopat.

Účel logopedické diagnostiky

„Účelem logopedického vyšetření je určit, po shrnutí všech nálezů v celkovou diagnózu, způsob i místo následného ošetřování (občanské konzultace, poradenská péče, logopedická poradna, speciální škola apod.), popř. stanovit aspoň přibližnou prognózu“ (Sovák, 1978a, str. 13).

Výkon logopedické diagnostiky

Komplexní logopedickou diagnózu provádí odborník - logoped, který vychází jak z nálezů lékařských, tak i z nálezů psychologických. Při komplexní diagnostice je důležité, aby logoped věděl, na jaké rozumové úrovni je vyšetřované dítě. (Sovák, 1978a).

Pracoviště pro vykonávání logopedické diagnostiky se dělí podle rezortu³:

A) Školský rezort.

Do školského rezortu patří speciální školy pro děti s vadami řeči, pedagogicko-psychologické poradny apod.

B) Zdravotnický rezort.

Do zdravotnického rezortu patří okresní logopedické poradny, foniatriká oddělení apod.

Metody logopedické diagnostiky

„Při vyšetřování logopatie je logoped odkázán na to, co vidí a slyší. Dále záleží na tom, jak se umí zeptat, aby získal potřebné informace, a v neposlední řadě i na tom, jak dovede sledovat

³ V dnešní době je logopedická intervence v kompetenci tří rezortů: rezortu ministerstva zdravotnictví, rezortu ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a rezortu ministerstva práce a sociálních věcí.

a hodnotit bezděčné projevy nonverbální komunikace. Logoped kromě toho sleduje pečlivě i veškeré průvodní projevy, jako např. parafrázie, embolofrázie, perseverace apod“ (Sovák, 1978a, str. 16).

Sovák (1978a) dělí metody na:

A) **Laboratorní metody** - jedná se o metody převzaté z audiologie, foniatry a fyziologie. Logoped vyšetřuje artikulaci hlásek, sleduje tzv. Leeův efekt (zpoždování zpětné sluchové vazby na vlastní mluvě), provádí orientační vyšetření sluchu, orientační zkoušku ladičkami apod. (Sovák, 1978a).

B) **Instrumentální vyšetření** - jedná se o lékařské vyšetření, při kterém je nutná důvěra vyšetřovaného dítěte. Lékařské vyšetření pomocí různých nástrojů nebo palpací necháváme až na konec komplexní diagnostiky.

Logopedická terapie

Za logopedickou terapii lze obecně označit odstraňování nebo aspoň překonávání vad a poruch sdělování.

„V rezortu školském se logopedická terapie koná v zařízeních školní logopedické služby při mateřských, popř. základních školách, v individuální logopedické péči ve školách pro mládež vyžadující zvláštní péči. V rezortu zdravotnictví logopedická terapie tvoří náplň činnosti vysokoškolsky kvalifikovaných logopedů v poradnách pro vady řeči při OÚNZ a v oddělení foniatrickém při KÚNZ, popř. odborných nemocničních odděleních, např. neurologickém, pediatrickém, psychiatrickém apod.“ (Sovák, 1978a, str. 51).

Speciální zásady

Sovák (1978a) rozděluje speciální zásady logopedické terapie následovně:

- A) Úvodní interakce.
- B) Stimulace.
- C) Aktivace.
- D) Motivace.
- E) Akceptace v učení.

Ad A)

Logoped musí přijmout logopata pozitivně a se zájmem o něj a jeho potíže a zároveň se musí vyhnout negativním pocitům (strach, nejistota, obavy apod.). Logopat má dostatek času na prozkoumání místnosti, pracovny logopeda, na posouzení vzhledu, sympatií a popřípadě i antipatií k logopedovi. Vše se děje nenásilně a bezděčně.

Ad B)

Po úvodní interakci nastupuje stimulace, tj. navození komunikace mezi logopedem a logopatem. Dítě-logopat ochotně odpovídá na otázky, které jsou přiměřené jeho věku a mentálním schopnostem. Záleží jen na logopedových schopnostech, do jaké míry navodí spolupráci s dítětem (Sovák, 1978a)

Ad C)

Tato zásada nám říká, že úspěch záleží pouze na aktivní spolupráci logopata s logopedem. Logoped se snaží navodit takovou situaci, aby logopat chtěl sám komunikovat a nakonec i mluvit s logopedem.

Je to jedna z nejdůležitějších zásad logopedické terapie a je úvodem k navázání mezilidské interakce. (Sovák, 1978a)

Ad D)

Motivace je impulz k tomu, aby začal samotný proces učení. Logoped se snaží vzbudit zájem o něco nového, snaží se zdůvodnit, proč se to má dělat atd.

Formy motivace

Sovák (1978a) rozlišuje tyto formy motivace:

Nejnižší formy – snaha uspokojovat své pudy (např. pud sebezáchovy, napodobovací, uchopovací apod.)

Ontogenetické formy – vycházejí z vlastních zkušeností a dovedností samotného logopata (např. jeho osobní zájmy, chování v kolektivu apod.)

Situační formy – klidné a příjemné prostředí (hračky, vlídná tvář logopeda, obrázky apod.)

Perspektivní forma – soutěživost, vyniknutí (ve škole, mimo školu), sport apod.

Nejvyšší formy motivace – formy druhosignální (motivace racionální, morální, etické apod.)

Ad E)

„Vědomou či nevědomou motivací se navodí součinnost, tentokráte už zaměřená k vytváření nových komunikačních forem, tj. aktivace specifická. Probíhá proces učení, v němž je logopat připraven přijímat (akceptovat) nové správné nebo aspoň vyhovující návyky pro komunikační interakci namísto dřívějších návyků, nedostatků, vad a poruch“ (Sovák, 1978a, str.70).

Pomůcky v logopedické terapii

Sovák (1978a) dělí pomůcky na:

A) Pracoviště.

Pro úspěšnou logopedickou terapii je důležitá pracovna (místnost) pro terapii. Místnost by měla působit esteticky, klidně, měla by být upravená a přizpůsobená věku klientů.

Pro logopatické děti jsou důležité různé obrázky na stěnách, květiny, jemné pastelové barvy na zdech apod. Místnost nesmí připomínat lékařskou ordinaci.

B) Stimulační pomůcky.

Mezi stimulační pomůcky patří např. kalibrované zvukové hračky (pro orientační vyšetření sluchu), hudební nástroje (návčik např. sykavek), hudební předměty atd.

C) Motivační pomůcky.

Mezi motivační pomůcky patří např. hračky (traktory, autíčka, plyšové hračky apod.), obrázky, plastelína, barevné papíry, pastelky apod.

D) Didaktické pomůcky.

Mezi didaktické pomůcky patří např. obrázky k návčiku různých hlásek na začátku, uprostřed nebo na konci slova, obrázky předmětů, činností apod.

E) Derivační pomůcky.

Derivační pomůcky slouží k odvrácení pozornosti logopata od samotné mluvy. Můžeme sem zařadit např. žárovku, kterou rozsvěcuje logopat v ruce, svírání pěsti do rytmu apod. (Sovák, 1978a).

F) Podpůrné pomůcky.

„Za podpůrné pomůcky považujeme veškeré sondy, špachtle, destičky upravující polohu jazyka při mluvení apod.“ (Sovák, 1978a, str. 104).

Užívá se zde i tzv. Leeův efekt, tj. zpoždování zpětné vazby. Logopat mluví do mikrofonu a ve sluchátkách slyší svůj hlas s menším zpožděním. Koktavému jedinci se řeč značně zlepší, ale naopak jedinci bez vady řeči dělá řeč značné potíže (Sovák, 1978a).

G) Názorné pomůcky.

„K těmto pomůckám patří odedávna osvědčené tzv. artikulační zrcadlo. V moderně vybavených pracovnách se k těmto účelům používá televize. Významné jsou v reedukaci sluchu různé indikátory, např. indikátor melodie, indikátor intenzity apod.“ (Sovák, 1978a, str. 105).

H) Registrační pomůcky.

„Tyto pomůcky mají ten význam, že zaznamenají komunikační nedostatek nebo pokrok v nácviku, popř. výsledek terapie buď jen zvukově, nebo také opticky (magnetofonem či kinofilmem)“ (Sovák, 1978c, 106).

„I když je logoped vybaven nejrůznějšími pomůckami, přece jen hlavní tíha terapie spočívá na jeho znalostech a osobních vlastnostech“ (Sovák, 1978c, str. 107).

Logopedická prevence

Slovo prevence pochází z latinského slova praevenire, které znamená předcházet.

„Obecně prevencí rozumíme souhrn opatření jak přecházet poruchám a vadám ve vývoji jedince. Speciálně pak prevence znamená předcházení poruchám a vadám v komunikačním procesu (a tím i možné efektivitě jedince)“ (Sovák, 1984, s.255).

Podle Sováka (1984) má být prevence především záležitostí matky a dalších rodinných příslušníků a v neposlední řadě i těch, kteří přicházejí s dítětem do kontaktu ve výchovném procesu.

Sovák (1978a) zaměřuje svou prevenci na příčiny defektů i na příčiny defektivity.

Komunikační defekt

„Může jedince postihnout v receptivní, centrální nebo výkonné složce sdělovacího procesu, a to jako deformace vnímání či projevoování se řečí mluvenou nebo psanou, přičemž komunikování je stále ještě možné“ (Sovák, 1984, s.255).

Defektem se zde myslí nedostatek. Komunikační defekt nepostihuje sociální oblast jedince (vztahy v rodině, ke společnosti apod.).

Sovák (1978a) dělí defekty na:

A) Defekty vývojové.

B) Defekty funkční.

Ad A)

„Defekty vývojové jsou takové vady komunikace, které zřetelně vystupují až tehdy, když se má příslušná funkce projevit a uplatňovat“ (Sovák, 1978a, str. 110).

Mezi vývojové defekty patří např. dětská nemluvnost, vadná výslovnost, breptavost, dyslexie, dysgrafie, vady sluchu (vrozené nebo získané v útlém věku) apod.

Ad B)

„Funkční defekty jsou ty, které nemají prokazatelný orgánový podklad a které se vytvářejí buď jako špatné návyky nebo jako neurotické reakce až neurózy“ (Sovák, 1978a, s.111).

Nejčastěji to je koktavost (mluvní neuróza).

Komunikační defektivita

„Komunikační defektivita vzniká tehdy, když komunikační defekt nabývá sociální dimenzi tím, že podstatně omezuje nebo znemožňuje sociální interakci, a to pro těžkou deformaci až blokádu v některé části reflexního okruhu sdělování“ (Sovák, 1978a, s.110).

Prevence defektů

Podle Sováka (1987c) prevence vývojových vad spočívá na bedrech lékařů, jelikož se jedná o záležitost genetickou. Co se týče prevence defektů v útlém věku dítěte (úrazovost), pak se k lékařům přidávají i pedagogičtí pracovníci a lidé, kteří přicházejí s dětmi do styku.

Prevence defektivit

Tato prevence patří do logopedické péče (terapii) a je plně závislá na schopnostech logopeda. Logoped se snaží o to, aby se sociální dimenze logopata neomezovala (Sovák, 1978a).

„Výchova se zaměřuje k tomu, aby se nenarušovaly sociální vztahy, tj. vztahy ve výchově, vzdělání a práci, a to i přes stávajícím řečově komunikačním defektu“ (Sovák, 1984a, s.256).

I když se Sovák zmiňuje o odbornících, kteří se mají zajímat o prevenci defektů i defektivitu, přesto na první místo klade rodiče a ostatní rodinné příslušníky, kteří jsou v těsném kontaktu s jedincem.

Logopedická prevence osvětou

„Hlavním úkolem logopedické osvěty je preventivní činností snížit počet vad a poruch řeči, předejít vzniku komunikační defektivitu a pomáhat jejímu rychlému odstranění. Zaměřuje se proto preventivně na všechny poruchy sdělovacího procesu, tj. řeči, hlasu a sluchu“ (Sovák, 1984a, s.262).

„Logopedická prevence osvětou probíhá tak, že se barvitě, někdy až drasticky, vylíčí jednotlivé vady a poruchy řeči, hlasu a sluchu, dále jejich příznaky, terapie apod. Tato prevence se koná obdobně jako ve zdravotnictví“ (Sovák, 1978a, str. 114).

Tento typ logopedické prevence Sovák kritizuje. Je zastáncem optimismu, srozumitelnosti a přiměřenosti v logopedické prevenci.

Zásady logopedické prevence osvětou

Sovák (1984a) zdůrazňuje tyto zásady, kterými by se prevence osvětou měla řídit:

Optimismus – vyzdvihují se kladné stránky, prospěch z dodržování určitých zásad, perspektiva zdravého života apod.

Srozumitelnost a přiměřenost – dbáme na to, pro koho a komu určena tato osvěta, na koho má působit apod.

Upozornění na kritická období – jakým způsobem je překonat, kde hledat pomoc apod.

Metody logopedické prevence osvětou

Metody logopedické prevence osvětou dělí Sovák (1984a) na dva rozsahy:

A) Širší rozsah.

Zde se logopedická prevence osvětou zaměřuje na širokou veřejnost, zejména na rodiče, osoby zabývající se výchovou intaktních dětí apod. Tato osvěta probíhá formu přednášek, seminářů, besed, letáčků, plakátů, filmem, televizí, rozhlasem apod. (Sovák, 1984).

B) Užší rozsah.

Tato prevence se zaměřuje již na konkrétní rozhovory s rodiči, učiteli, vychovateli apod. Projednávají se tady již konkrétní problémy a hledá se jejich řešení (Sovák, 1984a).

3.2 Lateralita

Na začátku této kapitoly jsou zpracovány základní pojmy, které se v problematice lateralitě vyskytují. Dále se budeme věnovat vývoji lateralitě, vztahu lateralitě a dominance, druhům, typům a stupňům lateralitě a v neposlední řadě i vyšetření lateralitě.

Základní pojmy

Lateralita – pochází z latinského slova *latus* = strana, bok.

„Lateralitou se nazývá převaha jednoho z párových orgánů (smyslových a hybných), popř. převahu jedné poloviny orgánu nepárového, např. jazyka“ (Sovák, 1966, str. 8).

„Lateralita je vývojová, nikoliv, nikoliv patologicky podmíněná asymetrie organismu podle střední roviny ve smyslu nadřazenosti jedné strany proti druhé“ (Sovák, 1962, str. 10).

Genotyp - soubor veškerých genetických informací jedince

„Genotyp je vrozený typ lateralitě daný dominancí“ (Sovák, 1966, str. 17).

Fenotyp - soubor všech pozorovatelných vlastností a znaků živého organismu neboli výsledek spolupráce genotypu s prostředím

„Fenotyp je výsledný typ lateralitě daný jak dominancí, tak i způsobem výchovy“ (Sovák, 1966, str. 17).

Dominance – vlastnost jedné z mozkových hemisfér

„Odrazem dominance ve svalových i smyslových výkonech jsou projevy lateralitě. Dominance je tedy jev prvotní, lateralita druhotný. Lateralita jako odraz vrozené dominance je závislá na společenských vlivech. Dominance však bez ohledu na výchovné vlivy trvá“ (Sovák, 1979, str. 10).

Vedoucí orgán – ten z orgánů, který člověk přednostně používá při vykonávání náročných, jemných a nebezpečných úkonů

„Přednostní užívání znamená, že člověk svým vedoucím párovým orgánem (hybným nebo smyslovým) určité úkony vykonává lépe a raději, snáze a rychleji než odpovídajícím orgánem druhé strany“ (Sovák, 1966, str. 9).

Vývoj laterality

V literatuře existují různé teorie, které se snaží vysvětlit, proč se u lidí vytvořila pravoruká civilizace a kultura, zatímco strana levá a vše s ní spojené bylo a v dnešní době ještě je bráno jako špatné a nežádoucí.

Teorie vývoje laterality se mohou dělit do třech velkých skupin (Koukolík, 2002):

A) **Teorie genetických vlivů.**

B) **Teorie vlivu nitroděložního prostředí.**

C) **Teorie laterality s historickým významem.**

Ad A)

Tato teorie hovoří o tom, že podkladem vzniku laterality by mohla být genová mutace. Výsledkem této genové mutace je tzv. alela praváctví, která váže na levou hemisféru řečové funkce. O druhé alele se předpokládá, že je neutrální.

Teorie předpokládá, že se alela poprvé objevila na africkém kontinentu přibližně před 200 tisíci lety. Tedy v době, kdy vznikl druh Homo sapiens sapiens.

Vědci se opírají o základní fakta z pozorování pohybu plodů v prenatalním období, kdy si více jak 95% plodů vkládá do úst palec pravé ruky.

Ad B)

Kromě genetických vlivů by na vznik laterality mohl mít i vliv nitroděložního prostředí. Tato teorie je základem Geschwindovy-Galaburdovy hypotézy.

Teorie považuje za standardní dominanci hemisfér praváctví a jakoukoliv odlišnost od standardní dominance považuje za anomální.

Ad C)

1. Bojová teorie (meče a štítu).

Dává laterality do souvislosti s dávnými válkami. Válečníci se snažili ochránit oblast kolem srdce. Praváci tedy drželi štít v levé ruce a bojovali rukou pravou. Leváci podle této teorie měli častěji umírat na bojištích.

2. Archeologické nálezy.

„První známky laterality jsou u člověka v době kamenné. Tisíce nástrojů jsou svědectvím, že tenkrát bylo přibližně stejně lidí obratnějších na ruku pravou jako lidí obratnějších na ruku

levou. Tento poměr se začal měnit ve prospěch pravorukosti už v mladší době kamenné, a zvláště v době bronzové, kdy začal převažovat počet nástrojů pro ruku pravou“ (Sovák, 1966, str. 12).

3. Vývojová zákonitost.

Podle této teorie směřuje vývoj lidstva k asymetrii, zejména k asymetrii funkční. U nejdříve organizovaných organismů, tedy u člověka, v nejvyšších činnostech jeden z párových orgánů převezme vedoucí roli (Sovák, 1979).

Nejvíce odchylek se tedy vyskytuje u tvorů vývojově nejpokročilejších.

„Nejdříve vyvinutým tvorem je člověk a jeho nejvyšší funkce (činnosti) jsou obratnost rukou, řeč (mluvená i psaná) a z ní plynoucí schopnost vytvářet kulturu a vědu“ (Sovák, 1966, str. 12).

4. Parsonova teorie.

Vychází ze skutečnosti, že zrakem přijímáme 90-80% informací a je pro nás tedy nejdůležitějším smyslem pro orientaci v prostoru. Primárním smyslem při lovu byl pro pračlověka právě zrak. Později se z něho vytvořilo i přednostní používání stejnostranné končetiny, která byla řízena ze stejné hemisféry jako zrak (Koukolík, 2002).

5. Sluneční teorie.

Podle této teorie si pračlověk všímal pohybů nebeských těles (Slunce, hvězdy, Měsíc). *„Dráha Slunce od východu k západu probíhá jižně, tj. po pravé straně člověka, obráceného k východu. Pak se pravá strana stala stranou uctívanou, stranou životadárného boha – Slunce. Protikladem k tomu strana druhá, severní, byla pokládána za stranu démonů, zlých bohů“* (Sovák, 1966, str. 12).

„Tato teorie vykládá zcela přirozeně převahu pravé strany a ukazuje na myticko-náboženské prvky rozvíjení a podporování pravostrannosti. Bylo to především náboženství, které dávalo přednost straně pravé jako správné a zároveň s tím to byl náboženský rituál, který zřejmě preferoval pravou ruku. Pravá strana i pravá ruka byly hodnoceny jako dobré a příznivé ve věštách; v rituálu všech náboženských úkonů i modlitby převládala pravá, přísahy se konaly pravou. Po pravici shromažďuje bůh spravedlivé, pravou rukou žehná kněz, pravou se pozdravují starozákonní hrdinové, z pravé ruky vysílá blesky Zeus, když ohlašuje zdar a vítězství. Pravou rukou soudil soudce, v pravé ruce držel symboly své moci král“ (Kutálková, 2005, str. 26).

6. Teorie výchovy (rodičovského tlaku).

Tato teorie předpokládá, že většina populace je pravoruká z důvodu výchovy rodičů, kteří jsou praváci a leváctví je pro ně něco špatného, co se odchyluje od společenské normy.

7. Teorie matka – dítě.

Podle této teorie jsou ženy častěji pravačkami proto, že častěji drží hlavičku dítěte u levého ramene a pravou ruku mají uvolněnou. Důvodem výběru levého ramene může být pravidelný tlukot srdce, který dítě uklidňuje.

Sovák (1966) uvádí průřez vývoje laterality v různých stádiích, přesto se však domníváme, že vývoj od Koukolíka (2002) je uspořádanější a aktuálnější.

Laterální a dominance

„Pro určování laterality má rozhodující význam hodnocení asymetrií nikoliv tvarových, jež mohou být druhotné, ale hlavně asymetrií funkčních. Funkční převaha jedné strany není jevem náhodným. Je jevem, který je determinován dialektickou vazbou orgánu a funkce“ (Sovák, 1962, str. 21).

Sovák (1962, str. 21) uvádí, že *„výkonnost každé z obou končetin závisí v podstatě na výkonnosti center hybnosti v protilehlé mozkové hemisféře. Vedoucí končetinou je pak ta, která je schopna lepšího výkonu a které se proto používá přednostně, zvláště v jemně koordinovaných činnostech.“*

Dominance hemisféry se dle Sováka (1962) promítá v lateralizaci vedoucích funkcí. Vedoucí funkce mají pak svou korovou reprezentaci v dominantní hemisféře.

Podle tohoto základního pojetí se také rozeznávají **typy dominance** (Sovák, 1962):

- **Dominance levostranná** (častější) – jeví se jako praváctví
- **Dominance pravostranná** – jeví se jako leváctví
- **Dominance nevyjádřená** – tzv. ambidextrie

Kromě uvedených typů se předpokládají i rozličné **stupně dominance**. *„Jsou zde přechody od dominance silně vyhraněné až k dominanci sotva naznačené: někdy se mírný sklon k pravorukosti nebo k levorukosti označuje jako stav **nondominance**. Stupněm dominance se pak řídí i stupeň prevalence v činnosti vedoucích orgánů“ (Sovák, 1962, str. 24).*

Levorukost se na základě různých pozorování a nálezů pokládá za dědičnou, konkrétně dědičný znak recesivní, a tedy i lateralita je podle těchto pozorování dědičná. Tímto se vysvětluje výskyt leváků v rodinách, kde se dosud žádní leváci nevyskytovali (Sovák, 1962).

Je důležité rozlišovat levorukost dědičnou a získanou, např. poškozením dominantní hemisféry nebo vyřazením vedoucí ruky atp.

Druhy laterality

Miloš Sovák rozeznává 2 druhy laterality:

A) Lateralita tvarová.

B) Lateralita funkční.

Ad A)

Lateralita tvarová se týká těla jako celku i jednotlivých orgánů. Lidské tělo není zcela symetrické: např. játra jsou na pravé straně, srdce, slezina a žaludek na straně levé, dále jsou zde četné asymetrie cévní apod. (Sovák, 1962).

Asymetrie hlavy

Zde jsou asi nejpatrnější tvarové asymetrie. Šípový šev jen málokdy probíhá přímo středem kosti lebeční, čelní kost je vyklenutější na jednu stranu stejně jako kost týlní, dolní i horní čelist je vyklenutější na jednu stranu atd. Pokud bychom pokračovali ve výčtu kostí, které nejsou symetrické museli bychom vyjmenovat všechny kosti, které tvoří lidskou lebku (Sovák, 1962).

Jednou z diskutovaných otázek je asymetrie obou polovin mozku (hemisfér). Pokud bychom porovnali váhu a velikost, mohli bychom říci, že obě poloviny mozku jsou vcelku stejně velké a stejně těžké. Existují však asymetrie stran v rozdílu počtu závitů v oblasti čelní a týlní a v celkové stavbě mozkové kůry (Sovák, 1962).

„Obvykle se tvrdí, že u leváka pravá, u praváka levá hemisféra je členitější a že utváření závitů v určitých partiích je výraznější“ (Sovák, 1962, str. 11).

Asymetrie horních končetin

„Obvykle se tvrdí, že asi 3/4 lidí má pravou paži delší, objemnější a silnější. Ovšem, jak bylo zjištěno, pravorukost a levorukost není vždy vázána na větší délku nebo sílu“ (Sovák, 1962, str. 13).

Asymetrie dolních končetin

I dolní končetiny jsou asymetrické. Podle různých měření a výzkumů vyplývá, že levá dolní končetina je obvykle o něco delší.

„Poměr asymetrie horních a dolních končetin je takový, že v 75% bývá delší pravá paže a asi v 50% levá dolní končetina; jde tedy většinou o asymetrii překříženou“ (Sovák, 1962, str. 13).

Ad B)

Lateralita funkční znamená asymetrii ve výkonnosti (funkci) párových orgánů hybných nebo smyslových.

„Jde tu o rozdíly v mezích fyziologických, nikoliv o rozdíly, podmíněné patologickými změnami. Rozdíly se projevují tak, že jednoho z obou párových orgánů se užívá přednostně“ (Sovák, 1962, str. 14).

Asymetrie v oblasti motorické

V obličeji lze pozorovat asymetrii mimického svalstva, např. mrknutí jedním okem, napětí svalů při práci, pohybování jedním ušním boltcem atd.

„Na horních končetinách vystupuje lateralita velmi výrazně. Už při gestikulaci se někteří lidé projevují jako praváci nebo leváci. Přednostním užíváním jedné ruky bývá patrné u dětí. Je zvláště zřetelné při úkonech, vyžadujících zvýšeného úsilí, jemné svalové koordinace a velké opatrnosti“ (Sovák, 1962, str. 14).

Na dolních končetinách jsou také zřetelné asymetrie ve výkonu, stejně jako u horních končetin. Asymetrie dolních končetin si všimneme ve sportu. Jedná se např. o hraní fotbalu, skoku do dálky nebo do výšky, skákání na jedné noze, naskakování na kolo, odrážení se na koloběžce atd.

Funkční asymetrie orgánů smyslových

„Zkušenosti z denního života ukazují, že při vidění oběma očima převládá v zobrazování skutečnosti výkon jednoho z obou očí. Jednoho oka se pak přednostně užívá při měření, míření, při pozorování v mikroskopu, při používání lupy a vůbec tehdy, když záleží na rozpoznávání a hodnocení podrobností“ (Sovák, 1962, str. 16).

Při asymetrii sluchových orgánů vycházíme ze zkušeností z denního života. Tyto zkušenosti ukazují, že při pozorném naslouchání lidé nastavují ucho pravé nebo levé.

Srovnání laterality tvarové a funkční

V projevech laterality funkční a tvarové shledáváme často nesouhlas. Ne vždy se vedoucí končetinou stane končetina silnější a delší.

„Tvarové asymetrie jsou závislé na funkci. Končetina se stává silnější tehdy, když se jí více a častěji používá. Může to být končetina vrozeně vedoucí, např. pravá u praváků, nebo končetina vlivem prostředí nuceně víc používaná – pravá u leváků.“ (Sovák, 1962, str. 18)

Typy a stupně laterality

A) Typy laterality.

Podle Sováka (1966) je při posuzování projevů laterality důležité rozlišit vrozený základ, který je určen dominancí a případné změny v projevech, jenž jsou vyvolané pravorukou kulturou.

a) **Genotyp** je vrozený typ laterality, který je určený dominancí. Vlivem pravoruké kultury může být levák přecvičen tak, že se projevuje jako pravák. *„Pak zjevný jeho typ čili fenotyp je rozdílný od genotypu. Z genotypických leváků se pak stávají fenotypičtí praváci“* (Sovák, 1966, str. 16).

b) **Překřížená laterality** *„Znamená, že vedoucí orgány motorické jsou na opačné straně těla než vedoucí orgány smyslové“* (Sovák, 1962, str. 47).

Dominance není jen záležitostí jedné mozkové hemisféry. *„Může se stát, že u některých lidí řídí určité funkce hemisféra pravá a jiné funkce hemisféra levá. To jsou lidé, kteří přednostně užívají ruky pravé a oka levého, nebo užívají ruky levé a nohy pravé, popř. i ucha pravého atp. v nejrůznějších kombinacích“* (Sovák, 1966, str. 14).

Dominantní polokoulí je ta, která řídí funkci řeči.

c) **Leváctví z nutnosti** je zvláštní typ laterality.

“Je to stav, kdy člověku zbývá jen jedna, tj. levá ruka, když pravá byla vyřazena amputací, zmrzačením nebo periferní obrnou“ (Sovák, 1979, str. 18).

d) **Patologické leváctví** vzniká tehdy, pokud se poškodí vedoucí (levá) mozková hemisféra. V tomto případě se vedoucí funkce ujme polokoule pravá a s ní ruka levá (Sovák, 1966).

Většinou se jedná o perinatální encefalopatii.

B) Stupně laterality.

Kromě již zmíněných typů laterality existují i různé stupně. Tyto stupně musíme brát v úvahu při diagnostice laterality jako takové.

Existují tyto stupně laterality:

- **P** (vyhraněné, výrazné praváctví),
- **P-** (méně vyhraněné praváctví),
- **A** (nevyhraněná laterality – ambidextrie, obourukost)
- z řec. amfidexia, lat. ambidextria,
- **L-** (méně vyhraněné leváctví),
- **L** (vyhraněné leváctví).

„Jsou lidé, jejichž pravorukost či levorukost je velmi silně vyjádřená. U jiných zase je sotva naznačena, takže rozdíly v užívání té či oné ruky nejsou nijak zvlášť nápadné. Jsou to lidé, kteří jsou na obě ruce „praví“ nebo „leví“. To neznamena, že by tu šlo o obourukost, tj. o vrozeně stejnou výkonnost obou rukou“ (Sovák, 1966, str. 17).

„Čím je vyšší stupeň laterality neboli praváctví či leváctví, tím hodnotnější je tu základ pro rozvoj nejvyšších kvalit osobnosti“ (Sovák, 1966, str. 17).

Vyšetření laterality

Miloš Sovák (1979) se snažil zjistit původní typ (genotyp) laterality, zejména genotyp leváctví a stupeň leváctví. Omezoval se na osvědčené zkoušky laterality:

A) **Pro horní končetinu.**

a) *Test sepnutí rukou* – dítě sepne ruce tak, že zaklesne prsty obou rukou do sebe. Ten palec ruky, který zůstane nahoře, je palcem dominantní horní končetiny. Podle výzkumů je nahoře 70-80 % palců pravé ruky.

b) *Test navlékání* (bužírky, nitě atp.)- u větších dětí použijeme jehlu a nit, u menších dětí bužírku a lepenku s otvory. Důležité je, která ruka vykonává hlavní pohyb (nit proti jehle, nebo opačně jehlu proti niti). Za vedoucí ruku považujeme tu, která řídí celou činnost.

c) *Test stavění kostek* – dítě staví kostky na sebe. Nejvíce si všímáme poslední fáze stavění „věže“, kdy hrozí, že věž může spadnout. Poslední fáze vyžaduje od dítěte přesnost a jemnost.

d) *Test skládání hříbečkové mozaiky* – počet hříbečků a složitost určujeme podle věku dítěte. Dítě dělá test nejdříve jednou rukou a potom i rukou druhou. Všimneme si, kterou rukou začínal jako první, čas výkonu obou rukou a přesnost.

B) Pro dolní končetinu.

V této oblasti navrhuje Sovák jeden test – *posouvání drobného předmětu nohou* po podlaze podél naznačené čáry. Ta končetina, kterou dítě používá, je pokládána za vedoucí.

C) Testy senzorycké laterality.

Tyto testy zjišťují vedoucí zrakový a sluchový orgán.

a) *Test manuskopem* – tento test určuje vedoucí oko.

Manuskop⁴ je jednoduché zařízení z tvrdého papíru tvaru kornoutu, který je zploštělý ze čtyř stran, takže v průřezu má tvar obdélníku. Širší strana kornoutu se přiloží na obličej. Žák se dívá manuskopem na předmět, který drží vyšetřující (učitel) ve výši svého nosu. To oko, kterým se dítě dívá na předmět, je okem vedoucím (Sovák, 1979).

b) *Test naslouchání* – tento test určuje vedoucí ucho. Žák má pozorným posloucháním zblízka určit, na kterém místě pod stolem tikají hodinky. Vedoucí ucho je to, které žák přiblíží k desce stolu.

D) Doplnující zkouška kreslením a psaním.

Jedná se o velmi důležitou zkoušku pro hodnocení laterality. Dítě má za úkol *nakreslit domeček*. Starší děti si svůj domeček i podepíší. Sledujeme, kterou rukou začíná, jestli jsou na domečku detaily (okna, dveře, komín, strom, plot, pes atp.), síla linek, bohatost kresby atd. Poté požádáme dítě, aby nám nakreslilo domeček i druhou rukou. Nakonec srovnáme oba obrázky a popř. i obě písma.

„*Vyšetřování činnostními testy se koná jako hra nebo jako závod*“ (Sovák, 1966, str. 60).

Kdyby se dítě dozvědělo, o co se přesně jedná, mohlo by potom simulovat praváctví, nebo naopak leváctví. Tím bychom dostali zkreslené výsledky.

⁴ V dnešní terminologii používáme termín „manoptoskop“.

3.2.1 Leváctví

Dříve se odborníci dělili do dvou skupin. První skupina viděla leváctví jako odchylku od normy, něco nenormálního až patologického. Druhá skupina vysvětlovala leváctví jako návyk, zvyk či zlozvyk.

„Vědecké poznatky z poslední doby ukazují pravou podstatu leváctví jakožto jeden z projevů tzv. laterality“ (Sovák, 1966).

Miloš Sovák zdůrazňoval individuální přístup k dítěti a tím i respektování individuálních vlastností a potřeb dítěte. Vyžadoval, aby se bral zřetel na levoruké děti během výchovy a vyučování.

„Výchova levorukého dítěte musí být jednotná, a proto učitel i vychovatel cílevědomě podporuje přednostní užívání vedoucí levé ruky při všech činnostech dítěte (zvláště při výuce psaní, kreslení a pracovního vyučování), ve škole, mimo školu i v rodině“ (Sovák, 1979).

Výchova leváků v pravorukém prostředí

Sovák (1966) zastává názor, že se levák v pravorukém prostředí buď přizpůsobí, nebo je jím poškozován. Výsledek přizpůsobení potom záleží na způsobu výchovy.

Podle Sováka (1979) se můžeme setkat s těmito variantami výchovy:

- A) Levák správně a cílevědomě vychovávaný.**
- B) Levák výchovně nepodporovaný (tolerovaný).**
- C) Levák přecvičovaný.**

Ad A)

Dítě je od raného věku vedeno tak, aby se rozvíjel a podporoval jeho přirozený typ laterality, potom má stejné předpoklady k rozvoji svých schopností a dovedností jako genotypický pravák (Sovák, 1979).

Díky neustálým požadavkům pravorukého prostředí si přirozeným a hlavně nenásilným způsobem procvičuje ruku pomocnou, tedy ruku pravou.

„Jestliže se dítěti v těchto konfliktech, které vznikly díky požadavkům pravorukého prostředí taktně, pomáhá výchovou, dítě se naučí konflikty překonávat, a tím se psychicky otužuje. Pak dokáže zvládat i stresy jiného původu“ (Sovák, 1979, str. 26)

Ad B)

„Dítě není sice násilně přecvičováno, ale také není cílevědomě a správně vedeno k rozvoji své laterality a dominance. Takové dítě je vystaveno nejružnějším srážkám s pravorukým prostředím, aniž by se mu dostávalo výchovně podpory“ (Sovák, 1966, str. 34).

Nedostatečnou podporou ze strany rodičů dítě nezvládá překonávat konflikty, které jsou způsobeny požadavky pravorukého prostředí. Z toho plynoucí duševní úrazy (drobné i větší) se hromadí, až se promítají v osobnosti dítěte jako povahové odchylky. Mezi konfliktní situace patří např. používání hraček, příboru, nejružnější zařízení pouze pro pravou ruku, podávání pravé ruky apod. Levoruké dítě se musí samo pravorukému prostředí přizpůsobit (Sovák, 1979).

„I když se činnost pravé ruky vynucuje bezděčně a nenásilně, je přece jen příčinou srážek ve spolupráci obou polokoulí. Pak ani vývoj řeči neprobíhá bez obtíží“ (Sovák, 1960, str. 28).

Základní spoje řeči jsou v úzkém vztahu s motorikou vedoucí ruky. To je důvod toho, že se spoje řeči vytvářejí většinou na vedoucí polokouli, která řídí i motoriku vedoucí ruky. S vynucováním činností pravé ruky přebere některé řečové spoje pomocná (nevedoucí) mozková hemisféra (Sovák, 1960).

„Je velmi pravděpodobné, že se pak ve vedoucí polokouli nevytváří tak ucelené a jednotné korové ústředí pro řeč. Takové „vedlejší“ řečové ústředí, které se vytvořilo na pomocné polokouli, může za jistých okolností působit na vývoj i výkon řeči rušivě nebo tlumivě“ (Sovák, 1960, str. 28).

Ad C)

„Přecvičování je proces, kterým více či méně násilnými metodami je dítě nuceno používat k nejvyšším a nejjemnějším úkonům, zvláště ke psaní, ruky pravé. To znamená zásah do vzájemného poměru dominantní a subordinované polokoule“ (Sovák, 1966, str. 34).

Potlačováním levé ruky a vynucováním si činností rukou pravou se rozvíjí obratnost na ruce nevedoucí, tedy i na mozkové polokouli pomocné. U leváka je levá mozková hemisféra nevedoucí a tudíž i méněhodnotná než hemisféra pravá. Vlivem násilného přecvičování se nevedoucí hemisféra stává řídicím orgánem pro řeč a tím i pro nejvyšší činnosti. To je důvod, proč výkony řeči i ruky nejsou tak zdatné jako u genotypických praváků (Sovák, 1960).

„Uplatnění přecvičeného leváka v životě závisí na tom, jakého stupně bylo jeho leváctví, kdy se s přecvičováním či potlačováním levorukosti začalo a jakým způsobem se konalo“ (Sovák, 1979, str. 28).

Stupně leváctví:

Leváctví slabého stupně – dítě se stane zjevným pravákem bez obtíží při působení pravorukého prostředí

Leváctví středního stupně – dítě se stane pravákem s obtížemi, které se budou při psaní pravou rukou projevovat

Leváctví vysokého stupně – pokud se podaří dítě přecvičit na praváka, bude to znamenat těžkou újmu pro jeho další vývoj

Období přecvičování:

Levák v útlém věku – dítě podléhá přecvičení snadno

„Vychovatel si leckdy chválí, jak lehce se mu podařilo levoruké dítě přecvičit. K následkům přecvičování se však už nezná a příčiny pozdějších příznaků hledá v jiných okolnostech, ba i v dítěti samotném“ (Sovák, 1966, str. 34).

Levák v předškolním věku – *„Pokud jde o silnější stupeň laterality, dovede se už bránit potlačováním své osobnosti“* (Sovák, 1966, str. 34).

Přecvičování bývá doprovázeno různými, někdy i bouřlivými příznaky (agrese, apatie apod.).

Levák v období školního věku – nesnáší potlačování svého vrozeného genotypu (levorukosti) moc dobře.

„K přecvičování se používá nácvik pravorukého psaní. Jde tedy o narušení druhsignálního výkonu, jehož řízení se násilně odnímá dominantní polokoulí“ (Sovák, 1966, str. 34) .

Přecvičování leváka v tomto období může poškodit dítě na celý život.

Levák přecvičený částečně – pro některé úkony používá vrozeně vedoucí ruku levou, pro jiné si vycvičil ruku

„I když u některých nervově zdatných osob nebylo takové částečné přecvičení provázáno nápadnými poruchami, přece jen tu zůstávají některé změny, např. nápadný rys nerozhodnosti, nejistoty a různých povahových i pracovních výkyvů“ (Sovák, 1966, str. 35).

Levák v dospělém věku – přizpůsobuje se pravorukému prostředí velmi dobře, bez nebezpečí poškození své osobnosti (Sovák, 1966).

„Dominantní polokoule má již své funkce, hlavně řečové funkce, pevně stabilizované. Dospělý levák si ve styku s pravorukým prostředím neustále „přicvičuje“ i druhou, nevedoucí ruku a nabývá tak vyššího stupně zdatnosti“ (Sovák, 1979, str. 35).

„S rozvíjením přirozené laterality se u dítěte podporuje rozvoj jeho řeči, tudíž i rozvoj abstraktního myšlení, tedy i poměr k vědě a umění“ (Sovák, 1966, str. 35).

Příčiny a následky potlačování levorukostí

Příčiny:

Sovák (1966) příčiny potlačování levorukosti dělí do 2 skupin:

A) Předsudky z dob minulých.

„Pravostranná kultura a civilizace vedou zcela přirozeně k tomu, že se preferuje strana i ruka pravá a protikladem k tomu se znevažuje až potlačuje strana a ruka levá. Vlivem předsudků a pověr pramenících ze starodávných mýtů, zvláště v oblastech s přetrvávající náboženskou tradicí, pokládá leváctví za něco nežádoucího, nepatřičného“ (Sovák, 1979, str. 36).

B) Méněcennost leváků.

„Takovýmto způsobem vznikla domněnka o méněcennosti leváků. Jde tu však jen o omyl, který vyplynul z nesprávného zhodnocení zjištěných fakt. Je skutečností, kterou jsme si i my ověřili, že mezi osobami nejrůznějším způsobem postiženými je opravdu více leváků než v normální populaci“ (Sovák, 1966, str. 21).

K této domněnce přispívá i pravoruká kultura a civilizace, která se snaží o přecvičování leváků na praváky a potlačují tím možnosti rozvoje osobnosti. Přecvičování leváku s sebou přináší i nejrůznější poruchy.

„Dnes tvrdíme, že leváctví je biologicky hodnotným znakem jako praváctví. Dispozici k různým poruchám vytváří nikoliv samo leváctví, ale jeho potlačování a přecvičování“ (Sovák, 1966, str. 22).

Důsledky:

Sovák (1960) dělí důsledky potlačovaného leváctví do 3 skupin:

A) Důsledky v oblasti motorické.

B) Důsledky v komplexu druhsignálním (oblast řečová).

C) Důsledky v oblasti charakterové.

Ad A)

Důsledky v oblasti motorické vyplývají z potlačování levé ruky (ruky vedoucí). Přecvičováním se vyřazuje z činnosti ruka vrozeně vedoucí a tím i přirozeně obratnější (Sovák, 1960).

„Je přirozené, že potom i výkony jsou méně obratné a výsledky námahy jsou méně hodnotné, než by byly výsledky dosažené vedoucí rukou. A když se někomu nedaří práce, aspoň ne tak, jak by sám chtěl, jistě to nepodporuje chuť k dalšímu rozvíjení činnosti“ (Sovák, 1960, str. 89).

Přecvičovaný levák má přecvičování a potlačování své vrozené levorukosti spojené s napomínáním, trestáním apod. V důsledku tohoto nepříjemného napomínání se u něj vytváří odpor k používání ruky pravé (nevedoucí). Nelze tedy od těchto dětí očekávat, že by se s radostí zapojily do manuální práce (Sovák, 1966).

Levák je tedy ochuzen o radost z nacvičování nových manuálních dovedností a o pocit uspokojení z vlastních výsledků své práce.

Ad B)

„Oblast řečová těsně souvisí s rozvojem motoriky vedoucí ruky, tj. u leváků s rozvíjením činnosti ruky levé. Přecvičování působí u některých dětí na rozvoj řeči tlumivě a pak se vývoj řeči opožďuje, u jiných působí dráždivě a pak vzniká koktavost“ (Sovák, 1966, str. 26).

Rozvoj řeči je základem abstraktního myšlení, které je předpokladem mravních hodnot jedince a schopnosti zobecňovat (porozumění a užívání symbolů).

Ad C)

„V oblasti charakterové se mohou projevat závažné následky potlačovaného leváctví. Dítě se brání proti potlačování svých přirozených sklonů, tedy i proti potlačování své laterality“ (Sovák, 1960, str. 91).

Potlačování svých přirozených sklonů dítě pociťuje jako omezování vlastní svobody a své osobnosti jako takové. Silné děti se začnou bránit útokem (agresivitou), děti slabé zase únikem do svého vlastního světa. Vyhýbají se nátlaku rodičů a učitelů, užívají levou ruku skrytě a tak se učí i podvádět. Z toho plynou nežádoucí povahové rysy dítěte (Sovák, 1960).

Typickým rysem pro přecvičované levoruké děti je nerozhodnost. Nedokáží se rozhodnout, kterou ruku budou používat. Všechny přecvičované levoruké děti mají negativní postoj k osobám, které si vynucují přecvičování. Tento postoj se postupně přenáší i na jiné lidi a může se tak postupně vytvářet v postoj asociální až antisociální (Sovák, 1966).

Metodika psaní levou rukou

„Předpokladem je, aby rodiče, žák-levák, učitel i žákovský kolektiv pochopili, že psaní levou rukou u leváků je stejně tak přirozenou věcí jako psaní pravou rukou u praváků“ (Sovák, 1979, str. 81).

Na začátku psaní je důležitá podpora a spolupráce celé rodiny. Žák musí mít nejen pochopení a podporu doma, ale i ve škole ze stran učitelů a spolužáků. Na straně druhé, se to s podporou nesmí moc přehánět, aby žák nenabyl dojmu, že je výjimečný a aby se jeho levorukost nestala jakousi zdí, za kterou může schovávat své nedostatky (Sovák, 1979).

Nejdůležitější je nácvik správného držení tužky již v počátečních pokusech o kreslení. Nesprávné návyky totiž ztěžují nácvik psaní a je jedno, která ruka je dominantní.

Sovák (1979) rozlišuje **2 metodické postupy**:

A) **Nepřecvičený levák** – je od začátku správně veden ve psaní levou rukou nebo si sám osvojil již nesprávné návyky psaní levou rukou

B) **Levák píšící již pravou rukou** – buď přecvičením nebo spontánně a dodatečně si osvojuje psaní levou rukou

Ad A)

„Nepřecvičený levák, který se mohl od začátku učit psát levou rukou, neztrácí výhody své přirozené laterality. Psaní vedoucí levou rukou mu plně vyhovuje. Výkon se daří, a je proto posilován pocitem uspokojení. Žák nabývá pozitivní poměr k psaní, k učení a ke škole vůbec“ (Sovák, 1979, str. 83).

Patří sem i jedinci, kteří jsou leváky z nutnosti nebo patologickými leváky.

Základní metodické pokyny:

1. **Poloha těla** – žák sedí rovně v mírném předklonu.
“Předloktí je opřeno o desku symetricky a střední rovina těla je dána páteří a nosem. Od této roviny se při psaní neuchyluje ani tělo, ani hlava“ (Sovák, 1966, str. 71).
2. **Poloha papíru** – papír je položen nalevo od střední čáry se sklonem pravého rohu dolů.
„Dítěti se ponechává volnost sklonu, tak, jak mu nejlépe vyhovuje“ (Sovák, 1979, str. 84).
3. **Psací náčiní** – je drženo v levé ruce. Uchycení pera či tužky je zrcadlově oproti psaní pravou rukou (drží se mezi palcem a ukazováčkem a zespodu je podpíráno prostředním prstem).
4. **Sledování písma** – žák musí neustále vidět celý text napsaný na řádku.
5. **Směr písma** – jde zleva doprava (tedy k sobě), tj. až ke střední čáře, přes kterou sešit nepřesahuje doprava (Sovák, 1979).
6. **Průpravná cvičení** – uvolňovací cviky ruky a celého těla.

7. **Příprava** – důležitost psychické přípravy žáka k psaní.
8. **Učitel** – jeho postoj k levorukému psaní. Nesmí snížit známku za psaní levou rukou.
9. **Postoj kolektivu** – podpora levorukého žáka.
10. **Spolupráce s rodinou** – levorukost nesmí být omluvením pro nedostatky žáka.
11. **Psaní zrcadlově** – snažíme se usměrnit písmo doprava. Žák píše jednotlivá slova z levého kraje řádku, nebo se ještě víc skloní sešit.

Ad B)

„Leváci píšící pravou rukou jsou závažným a ne vždy lehkým problémem. Tvoří dvě skupiny. Buď jsou k pravorukému psaní nátlakem donucováni bez ohledu na jejich nechuť nebo dokonce odpor, nebo si sami od sebe, spontánně, bez zjevného nátlaku zvolili k psaní ruku pravou, někdy z napodobení spolužáků, jindy ze strachu před nápadností, popřípadě ze snahy zavděčit se učiteli“ (Sovák, 1979, str. 89).

U přecvičovaných a násilně donucovaných žáků je žádoucí návrat k levorukému psaní, pokud se u nich již projevily potíže plynoucí z potlačování přirozené levorukosti. U žáků, kteří začali psát pravou rukou spontánně a bez nátlaku není potřeba k tomuto návratu (Sovák, 1979).

3.3 Balbuties

„Jméno balbuties pochází od toho, že v rodině jednoho římského občana, který se nazýval Balbut, se hojnou měrou kóktavost vyskytovala; šlo tedy v původním názvu o označení nemoci rodu Balbova“ (Sovák, 1955, str. 170).

„Kóktavost je souhrn příznaků, jež se projevují ponejvíc v narušení plynulosti mluvy. Podle vlastní příčiny rozeznáváme několik druhů kóktavosti“ (Sovák, 1988, str. 18).

Typy kóktavosti podle Sováka (1988):

a) Kóktavost vývojová - patří mezi nejčastější typy kóktavosti a vzniká v dětském věku mezi 3. až 5. rokem (to neznamená, že nemůže vzniknout dřív nebo později)

b) Kóktavost z napodobení – *„Tato forma není příliš častá. Vyskytuje se u dětí i dospělých nervově labilních, nevyvážených, sugestibilních, neuropatických, závislých na jiných lidech apod.“ (Sovák, 1988, str. 35).*

c) Koktavost z přecvičování vrozené levorukosti – tato koktavost se objevuje u dětí, které nemají ještě upevněné řečové funkce v důsledku zrání centrálního nervového systému (Sovák, 1988).

„Např. potlačováním levorukosti v dětství, věku předškolním a u školních začátečníků, se mohou řečové funkce převést a zpevňovat na druhé polokouli, na té, která dostává více impulzů hybnosti“ (Sovák, 1988, str. 38).

d) Koktavost předstíraná – vyskytuje se jen vzácně.

„Jedná se nejvíc o případy po nějakém úrazu či nehodě, z jehož projednání např. u soudu kynul „poškozenému“ určitý zisk“ (Sovák, 1988, str. 44).

e) Koktavost protestní – tito lidé chtějí být výjimeční a vzácní.

„S jistým sebeobětováním, či snad samolibostí znovu a znovu tito lidé vyhledávají terapeutů, škodolibě sledují a komentují jejich neúspěchy, a tím se znovu utvrzují v jedinečnosti své koktavosti“ (Sovák, 1988, str. 45).

f) Koktavost vnitřní – jde o koktavost bez koktání.

„Postižené dítě chce mluvit, ale cítí, že nemůže, že má sevřené hrdlo. Mlčí, stojí nehybně až strnule a bez dechu, čeká několik vteřin, „až to přejde“. A když má opět pocit uvolněného hrdla, k začne mluvit a jde mu to docela dobře“ (Sovák, 1988, str. 49).

g) Koktavost předčasná – vyskytuje se vzácně a vzniká u dětí před druhým rokem života.

Přestože existuje mnoho typů koktavosti, Miloš Sovák se ve svých knihách věnoval především vývojové koktavosti.

Patogeneze vývojové koktavosti

Sovák (1988) rozlišuje tyto faktory, které mají přímý a rozhodující význam pro vznik koktavosti:

A) Dítě a jeho nervový systém.

B) Dítě a vývojový stupeň jeho řeči.

C) Dítě a vlivy výchovného prostředí.

Ad A)

„Nervový systém dítěte, který je vlastním řídicím orgánem řeči, se vyznačuje určitými, pro dětský věk specifickými vlastnostmi. Protože nervový systém, zvláště mozek, teprve postupně dozrává, diferencují se jednotlivé útvary a s nimi se rozvíjejí i příslušné funkce. Nevyzrálý mozek

je velmi citlivý na škodliviny i na funkční přetěžování, je snadno zranitelný. Kromě toho se dětský mozek vyznačuje značnou plasticitou čili přizpůsobivostí na vlivy z prostředí“ (Sovák, 1988, str. 19).

Co se dítě v tomto období naučí, toho se jen těžko zbavuje. Týká se to především řeči a s tím i spojených modulačních faktorů (melodie, přízvuk, pauza, barva hlasu apod.).

Fázové stavy

„Charakteristickou známkou dětského nervového systému jsou fázové stavy, což je označení pro takové reflexní děje, při nichž je reakce neúměrná podnětu. Zatímco dospělý člověk mnohé denní příhody přehlédne bez povšimnutí nebo na ně pohlíží jako na zcela banální záležitost, mohou být tyto události pro děti věcí závažnou, těžko překonatelnou a provázenou silnou nervovou zátěží“ (Sovák, 1988, str. 20).

Typy fázových stavů:

Paradoxní fázový stav – dítě na silné podněty reaguje slabě a naopak na slabé podněty reaguje silně

Ultraparadoxní fázový stav – na kladný podnět se dítěti vybaví negativní reakce

„Paradoxní stavy doprovázejí dětský věk, nevyskytují se však u všech dětí a stále. Objevují se hlavně u dětí nervově slabých, u dětí nevhodně vychovávaných čili přísně či naopak zhýčkaně vedených a u dětí zdravých a odolných za okolností náročných na nervově duševní činnost. Vyskytují se i u dospělých osob jako příznak neuropatické či neurotické osobnosti“ (Sovák, 1988, str. 21).

Nivelační fázový stav – reakce dítěte je stejná bez ohledu na sílu podnětu

Jedná se o stav, kdy dítě nedbá na žádné pobídky a dělá si to, co chce. Nereaguje na žádné pobídky, ať už jsou vlídné, nebo třeba rozkazovací (Sovák, 1984a).

Lehká mozková dysfunkce (LMD)

„Jde o okolnost, která ovlivňuje růst, kvalitu i výkonnost mozku dítěte. Lehká mozková dysfunkce je narušení některých mozkových funkcí bez hrubého poškození mozkové tkáně“ (Sovák, 1988, str. 22).

Příčinou této dysfunkce může být alkohol, drogy, různé léky a virová onemocnění matky v době gravidity. Příznaky této dysfunkce jsou různorodé, např. výchovné problémy, problémy v oblasti citové apod. (Sovák, 1988).

Ad B)

Období mezi 3. až 5. rokem je období bouřlivého rozvoje řeči. Je zde přechod z první signální soustavy do druhé. Tento proces je velmi složitý a neobejde se bez vývojových potíží v řeči, zejména v plynulosti mluvy, která je závislá na postoji nejbližšího okolí, v němž se dítě vyskytuje (Sovák, 1988).

„Bouřlivý vývoj řeči a vývoj duševní není v souladu s vyjadřovací schopností. Vzniká nepoměr mezi oblastně-citovou a mluvně-motorickou stránkou řeči. Výsledkem nepoměru jsou potíže v realizaci mluvy, vyskytující se téměř u každého dítěte“ (Sovák, 1957, str. 8).

„Jde o jev vývojový, fyziologický a dočasný, který dítě překoná, aniž si potíže a nezdary v řeči uvědomuje“ (Sovák, 1957, str. 8).

Ad C)

„Dítě má živelnou snahu komunikovat s lidmi v nejbližším okolí, obvykle rodině. To je zvlášť patrné ve způsobu, jak dítě navazuje kontakt otázkami, jak se ptá i na věci zřejmé, jak vyžaduje vyprávění, hovor s dospělými, s druhými dětmi, nebo jak si vypravuje s hračkami. Své obtíže ve vyjadřování překonává i za cenu, že se v mluvení zaráží, že se zakloktává“ (Sovák, 1988, str. 23).

Podle Sováka (1957) je vliv společenského prostředí přehlížený a nedoceněný zvláště kolem 3. roku života dítěte.

Podle Sováka (1957) může **společenské prostředí** vývoj řeči:

1. Vhodně podpořit a záměrně usměrňovat.
2. Ponechat spontánnosti průběhu.
3. Nevhodnými zásahy rušit – buď tlumit (opožděný vývoj řeči) nebo neurotizovat (neuróza řeči – koktavost⁵).

„Koktavost vzniká neurotizací nehotové, tudíž křehké funkce řeči u dítěte disponovaného. Neurotizaci působí různé úrazy, traumata. Pak: koktavost (balbuties) = dispozice + trauma“ (Sovák, 1957, str. 9).

⁵ V dnešní době již nespátřujeme koktavost jako neurózu řeči.

K aktuálním názorům na vznik koktavosti řadíme zejména dědičnost a poškození centrální nervové soustavy, dále se sem řadí vrozená řečová slabost, vegetativní labilita, orgánové odchytky apod.

V současnosti se v naší logopedii používá definice od Lechty (1995, str. 236): *„Koktavost pokládáme za syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se nejnápadněji projevuje charakteristickým nedobrovolným (tonickým, klonickým) přerušováním plynulosti procesu mluvení.“*

Dispozice

„Dispoziční faktory jsou různorodé. Z tohoto důvodu nás nepřekvapuje, že mezi koktavými nacházíme rozmanité typy dětí. Jsou to děti neuropatické, děti tělesně oslabené i děti zdravé, děti nadané i rozumově podprůměrné, pohybově zdatné i neobratné, děti s již vyspělou řečí i děti ve vývoji řeči opožděné“ (Sovák, 1978b, str. 330).

Trauma

„Traumatem může být vše, co působí neurotizaci, stržení nervové činnosti, a to v oblasti mluvní realizace. Neurotizaci vyvolávají: příliš silné podněty, příliš velké nároky na chování, na duševní a mluvní vývoj dítěte, těžké, obtížně řešitelné úlohy, násilné změny stereotypů, zvláště stereotypů sociálních vztahů“ (Sovák, 1957, str. 10).

Druhy traumat dle Sováka (1978b)

1. **Trauma akutní**, jednorázové (makrotrauma) – např. leknutí, strach, silný afekt radosti apod.
2. **Trauma chronické**, opakované mikrotrauma – nesprávná výchova:
 - A) **obecně**: perfekcionismus, nadměrné nároky na dítě, přísnost rodičů, tresty, nedůslednost výchovy apod.
 - B) **speciálně zaměřená na funkci mluvní**: opravování, srážení, upozorňování, výsměch až trestání, zakazování mluvního projevu apod. (Sovák, 1957).
 - C) **Nepřímo zaměřené na řeč**: násilné přecvičování leváctví

„Veškerá traumata postihují vždy řeč, a to v její složce projevové (v úleku chce křičet – bojí se; po pádu nemůže křičet pro „zaražený dech“ apod.). Postihují řeč zaměřenou na styk s lidmi v určitých životních situacích. Jsou vázána na prožité situace a na společenskou interakci. Vzájemný poměr traumatu a dispozice je nepřímo úměrný. Čím více je vyznačena dispozice, tím menší trauma stačí k vyvolání koktavosti a opačně. Může vzniknout koktavost i u zcela zdravého dítěte, zapůsobí-li neúměrně silný podnět; stačí i samotná těžká organická léze mozku – bez traumatizace – k tomu, aby vzniklo koktání při afázii“ (Sovák, 1957, str. 11).

Příznaky koktavosti dle Sováka (1978b)

Podle Sováka (1978b) se příznaky koktavosti objevují v záchvatech někdy silných, jindy zase téměř nepatrných.

Byly popsány i případy, kdy koktavost postihla i jiné funkce než je řeč, např. koktání při psaní, při hře na klavír, při chůzi, při močení apod. (Sovák, 1978b).

Sovák (1978b) dělí příznaky koktavosti na příznaky na řeči, průvodní příznaky, situační, tělesné a duševní příznaky.

Příznaky na řeči

Dle Sováka (1978b) se příznaky koktavosti na řeči rozdělují do následujících oblastí:

A) Dýchání.

Dýchání je nepravidelné, přerývané, nádechy i výdechy jsou prudké a na mluvení již nezbývá dostatek vzduchu. Nasáváním a výdechem vzduchu se vyskytují záškuby bránice (Sovák, 1978a).

„Na pneumografické křivce jsou patrné změny, i když koktavý nemluví, když na mluvení jen myslí nebo se k němu připravuje“ (Sovák, 1978b, str. 334).

B) Fonace.

„Fonace bývá narušena ve formě tvrdého začátku, tlačení na sevřenou glottis, což se projevuje jako spastické tvoření hlasu, nebo jako prefontační spazmy, popřípadě jako hesitace. Zjišťují se i inverzní pohyby hlasivek“ (Sovák, 1955, str. 179).

C) Artikulace.

Dle Sováka (1978b) je vyslovování hlásek postiženo křečovými projevy mluvidel, hlavně při souhláskách (zejména explozívách), zřídka samohláskách.

D) Křečové projevy.

Křečové projevy jsou dvojího druhu: klonické křeče (d---omek) a tonické křeče (do-do-do-brý den).

E) Regrese.

„Na koktání jsou zřejmé projevy neurotizace ve smyslu regrese (ústupu) traumatizované funkce na nižší vývojové stádium. Čím hlouběji regrese zasahuje, tím těžší je koktavost. To odpovídá skutečnosti, že tonická forma se pokládá za těžší než forma klonická. V záchvatech silného koktání může regrese postupovat dokonce až k archaickým funkcím. Pak místo mluvení

jsou to pohyby žvýkací, křečovitě žmoulání jazyka, olizování, polykání naprázdno apod“ (Sovák, 1978b, str. 334).

F) **Parafraze.**

Koktavý se snaží o opis (event. doplnění) slova, které mu činí problémy ve vyslovování. Jde o těžký příznak koktavosti.

G) **Embolofraze.**

Slovo embolofraze pochází z řeckého slova embalein, které znamená vyhazovat.

„Embolofraze znamená používání slovních vmetků, tj. nejružnějších slov či slabikových složenin, které se koktavému dobře vyslovují a při kterých nemá strach z blamáže (např. torotoru, nebo najanaja apod.)“ (Sovák, 1978b, str. 335).

Průvodní příznaky

Do průvodních příznaků podle Sováka (1978b) patří:

A) **Souhyby.**

„Souhyby jsou poruchy mimické a posunkové mluvy. Jde o přehnané mimické výrazy odporu, námahy, rozpaků, o grimasy až i pohyby končetin a trupu“ (Sovák, 1955, str. 179).

Souhyby jsou křečové stahy různých svalových skupin na začátku mluvy. K perforačním souhybům patří kopnutí, povyskočení, přešlapování, stoj na špičkách apod.(Sovák, 1978b)

B) **Součiny**

„Součiny jsou složité pohyby, které mají za účel buď získat čas před mluvou, než přejdou pociťované křeče, nebo jsou krycím, úmyslně navozeným manévrem, v němž koktavý hledá polohu, ve které by se mu lépe mluvilo“ (Sovák, 1978b, str. 335).

Jedná se o kroucení hlavou, žmoulání sešitu, upravování si šatů apod. (Sovák, 1988).

C) **Čtení a psaní**

Podle Sováka (1978b) se při opakovaném čtení známého textu příznaky koktavosti zmenšují.

„I ve psaní se může projevit koktavost, ponejvíc jako reduplikace počátečních slabik ve slově, např. dodododovolená. Takový příznak je odrazem toho, jak si koktavý pro sebe říká psaný text, načež se mu excitace z proprioreceptivního analyzátoru promítne v grafomotorický výkon“ (Sovák, 1978b, str. 336).

Situační příznaky

Mezi situační příznaky dle Sováka (1978b) patří:

A) Neobvyklé situace.

„Neobvyklé situace jsou okolnosti, kdy se koktavému mluví lépe a kdy hůře. To souvisí s individuální zkušeností, tj. s prožitou situací, v níž byla funkce řeči traumatizována, a přenáší se transferem na situace obdobné“ (Sovák, 1978b, str. 336).

Koktavému se mluví lépe v situacích pro něj nezvyklých a neobvyklých (Sovák, 1978b).

To znamená, že koktavý mluví bez koktání v případech, kdy mluví jakoby za jinou osobu nebo v jiné životní situaci.

B) Nezvyklá poloha.

Z různých pozorování vyplývá, že se koktavému lépe mluví v neobvyklé poloze, např. při stožení na špičkách, v poloze na všech čtyřech, při balancování s míčem, při stožení na jedné noze apod. (Sovák, 1978b).

C) Neobvyklý způsob mluvy.

„I jakákoliv změna naučeného individuálního způsobu mluvy zlepšuje řeč koktavého. Mluví se mu lépe, když např. mluví zpěvně nebo naopak monotónně, když mluví velmi nahlas nebo úplně šeptem“ (Sovák, 1978b, str. 337).

D) Význam sociální tolerance řeči.

„Je známo, že skoro každý člověk mluví volněji s podřízeným než s osobou nadřízenou. U koktavého je práh únosnosti čili tolerance vůči autoritě značně snížen“ (Sovák, 1978b, str. 337).

Podle Sováka (1978b) se koktavému jedinci mluví lépe s osobami, které jsou pro něj podřadné, např. s osobami neslyšícími, osobami nevidícími, ale i se zvířaty nebo s hračkami apod.

Tělesné příznaky

Mezi tělesné příznaky patří např. vlhké ruce, pocení, blednutí a červenání, projevy strachu, úzkosti a trémy, bušení srdce, agresivní projevy apod.

Duševní příznaky

„Tyto příznaky se vyvíjejí až druhotně. Nejprve jsou to nepříjemná afektivní hnutí, která provázejí zakoktavání. Když si dítě začne uvědomovat své potíže v dorozumívání i jakou nelibou pozornost budí, začíná mít strach před mluvením. Tento strach – logofobie – je velmi častým doprovodným jevem. Jsou však také koktavé děti i dospělé osoby, které strach před mluvením nemají“ (Sovák, 1978b, str. 338).

„Logofobie bývá provázena chorobných ostychem, strachem ze společnosti i jinými psychoneurózami. Bývá tak silně zakotvena, že nezřídká ještě dlouho přetrvává i po odstranění koktavosti“ (Sovák, 1978b, str. 344).

Postoj rodiny ke koktavému dítěti

Rodina má velký vliv na průběh koktavosti a na změny v chování koktavého dítěte. Věnuje mu většinou přílišnou pozornost různými způsoby.

Sovák (1978b) rozlišuje tyto **postoje**:

A) Negativní postoj.

„Rodiče dávají najevo svou nelibost nad tím, že dítě koktá. Snaží se to upravit tím, že upozorňují dítě na každý nezdar řeči, nutí je, aby mluvilo správně a aby opakovalo po nich, co mu předřikávají. Tím vším si dítě uvědomuje svou poruchu stále silněji. Snaží se mluvit plynule, ale čím víc se snaží, tím více koktá. Koktavost se zhoršuje a fixuje“ (Sovák, 1978b, str. 343).

B) Přehnaný postoj.

„Rodiče pokládají koktavost za vážnou nemoc. Jednají s dítětem jako s nemocným. S neskrývanou lítostí se snaží všemi způsoby dítě omlouvat a poskytovat mu nejruznější výhody“ (Sovák, 1978b, str. 343).

Taková koktavé dítě je pak rozmazlené, zhýčkané a cítí, že jeho koktavost je zdrojem nejruznějších výhod (Sovák, 1978b).

C) Reaktivní postoj.

„Rodiče chtějí potlačit koktavost káráním, výsměchem, ba i trestáním. Tím se ovšem neuróza řeči jenom zhoršuje. Takto vychovávané dítě zaujme postoj buď odmítavý, nebo agresivní. Jiné děti se naučí svou koktavost skrývat tak, že používají stereotypy a slova, při kterých nemají obtíže“ (Sovák, 1978b, str. 343).

Diagnostika

Do diagnostiky patří anamnéza, vyšetření dítěte a řeči.

Anamnéza

Každé vyšetření, tudíž i vyšetření logopedické začíná anamnézou (rodinou, osobní apod.). V rodinné anamnéze se ptáme na výskyt koktavosti, neuróz, psychoneuróz apod. u předků či jiných rodinných příslušníků. V osobní anamnéze nás zajímá především opožděný vývoj řeči, vznik a vývoj řečové poruchy apod. (Sovák, 1978b).

Vyšetření dítěte

Vyšetření dítěte provádí lékař, který hodnotí somatický a psychický stav dítěte a zaměřuje se především na psychoneurózy, nervové choroby apod. (Sovák, 1978b).

Patří sem i vyšetření laterality a případného násilného potlačování či přecvičování leváctví.

Vyšetření řeči

„Příznaky koktavosti se projeví nejvíc při nenuceném rozhovoru, méně při odříkávání naučených básniček apod. Vyšetřující sleduje, zda se zakloktávání objevuje jen občas na začátku slov, či častěji, zda je koktaní typu tonického, klonického i smíšeného. Dále si vyšetřující všímá embolofrázie apod. Sleduje se též průběh fonace a respirace. Prefonační spazmy, tj. křečovitě stažení hrtanu, mohou být hlavním projevem koktavosti, načež následné mluvení probíhá plynule. Na dechu bývají vdechově šelesty, přerušovaný a nerovnoměrný rytmus dýchání, zvláště při mluvení“ (Sovák, 1978b, str. 346).

Metodika speciální výchovy koktavých dětí

Sovák (1988) dělí metodiku podle věku dítěte na:

A) **Předškolní věk.**

B) **Školní věk.**

Ad A)

Profylaxe

Podle Sováka (1978b, str. 363) *„je profylaxe souhrn léčebně výchovných opatření, jimiž se odstraňuje počínající koktavost.“*

Úloha matky

„Klíčovou osobou profylaxe koktavosti je matka a její působení na dítě. Výchovu řeči vede matka podle instrukcí, které vycházejí z individuálního rozboru výchovných situací. Základní podmínkou je úprava rodinného prostředí. Odstraňují se veškeré rušivé vlivy, hlavně nevhodné zásahy ze strany příbuzenstva“ (Sovák, 1978b, str. 363).

Sovák (1988) kritizuje rozmach módy televizoru, tzv. závislost na televizi. Podle něj je to jakási obdoba závislosti na alkoholu, drogách, kouření apod. Neustálé vysedávání před televizní obrazovkou má neblahý vliv na rodinný život a zejména na děti. Sovák vyčítá rodičům, že si nedokáží najít čas na klidný rodinný rozhovor s dětmi, o jejich starostech, zábavách, zájmech apod.

Výchovné směrnice

Negativní rady – nevšímat si nezdarů v řeči, neupozorňovat na chyby při mluvení, nekárat, nelitovat apod.

Pozitivní rady – podporovat vývoj řeči nenásilně, zvyšovat slovní zásobu, klidná mluva, dostatek času a prostoru, emocionální podpora apod.

Výchova řeči

Jak uvádí Sovák (1978b, str. 363) *„je vhodné používat obrázkové knížky s říkankami, obrázková lota a nejrůznější hry, provázené mluveným slovem.“*

Sovák (1978b, str. 363) ve své knize zdůrazňuje, že *„řeč se rozvíjí nikoli formou cvičení, ale jako zábavná hra.“*

Mateřská škola

„Učitelka dbá všech rad negativních i pozitivních a uplatní je se zřetelem na poměry rodinné i školní“ (Sovák, 1988, str. 114).

Dobře vedený dětský kolektiv má podle Sováka (1988) napomáhat zpevňovat upravovanou mluvu. K odreagování dítěte slouží i loutkové či maňáskové divadélko, které pomáhá koktavému dítěti, aby se samo mohlo vyjádřit, vžít se do jiné postavy apod.

„V předškolním věku, kdy ještě není řeč upevněna a není tedy ani zafixována porucha řeči, se dá koktavost správnou výchovou většinou úplně odstranit. Jestliže se nepodaří zvládnout koktavost v předškolním věku, pak už nestačí pouhé výchovné působení prostřednictvím matky, ale zaměřuje se ještě i na dítě samo“ (Sovák, 1978b, str. 364).

Ad B)

Výchova se zabývá již samotným dítětem.

Cvičná terapie

„Jejím účelem je vycvičit fyziologicky správnou mluvní koordinaci, zafixovat správné mluvní mechanismy a zautomatizovat je v obvyklý sdělovací proces“ (1978b, str. 364).

Podle Sováka (1978b) by na cvičnou terapii měla navazovat psychoterapie s převýchovou žáka.

Rozhodující význam pro terapii má osobnost terapeuta – logopeda. Na jeho schopnostech a dovednostech záleží jednak vytvoření důvěrného vztahu s dítětem, a jednak i to, jak dokáže dítě motivovat ke spolupráci (Sovák, 1978b).

Průběžná tělesná cvičení

„Pohybová výchova je nedílnou součástí komplexní péče o kochtávě. Protože mluva je v podstatě motorický výkon, pojí se mluvení i v terapii s gestikulací, s pohybem, s rytmiizací, hrou a zpěvem“ (Sovák, 1978b, str. 365).

Dechová a hlasová cvičení

„Slouží k procvičování správného způsobu dýchání. Vdech je mírný, klidný, tichý a vdechuje se nosem a zároveň lehce pootevřenými ústy, jež jsou připravena k vyslovování. Výdech je pozvolný, klidný, nepřerušovaný a dostatečně dlouhý, aby stačil na vyslovení připraveného mluvního celku. S dechem se zároveň cvičí hlas“ (Sovák, 1978b, str. 365).

Při hlasových cvičení se nejdříve začíná vyslovováním jednotlivých samohlásek, které se postupně střídají na jedno nadechnutí a opakují se v nejrůznějších kombinacích. Po samohláskách nastupují hlásky, které se vyslovují uvolněně, nenásilně a relaxovaně (Sovák, 1978b).

Artikulační cvičení

„Vychází ze samohlásek monotónně a monodynamicky odříkávaných a navzájem spojovaných. Mezi samohlásky se pak přidávají i souhlásky (nosovky znělé, třené, naposled i explozívy). Od bezesmyslných slabik se přechází na monodynamické čtení se zdůrazněnými vokály, pak následuje opakování krátkých vět, odpovědi na otázky, pak volné vyprávění naučeného textu a konečně i konverzace. Zdůrazňuje se individuální postup“ (Sovák, 1955, str. 181).

Asociační cvičení

„Tato cvičení slouží k rozšiřování slovní zásoby a k upevňování mluvních stereotypů. Cvičení musí být přiměřená zájmu i chápání žáka. Postupuje se tak, že žák tvoří na daná slova nejdříve věty jednoduché, pak i rozvíte věty“ (Sovák, 1978b, str. 366).

Prevence koktavosti

Sovák (1978b) dělí prevenci⁶ na:

A) **Lékařskou.**

B) **Výchovnou.**

Ad A)

Podle Sováka (1978b) jde v lékařské prevenci o předcházení dispozic, které patří do genetiky.

„Jde-li o rodové zatížení buď přímo koktavostí, nebo breptavostí, je třeba zvlášť bedlivě sledovat vývoj dítěte a jeho řeči. Jde-li o etiologické faktory spočívající v lehké mozkové dysfunkci, činí se, pokud je to možné, příslušná léčebná opatření“ (Sovák, 1978a, str. 375).

Ad B)

Je zde důležitá pečlivá, ale zároveň nenásilná výchova dítěte i jeho řeči. Hlavní zásadou je zásada „neuškodit“. Rodiče by měli nenásilně, přirozeně podporovat rozvoj řeči dítěte např. vyprávěním, povídáním si apod. Dítě by se mělo vyjadřovat samo bez jakéhokoliv papouškování (Sovák, 1978b).

„K prevenci koktavosti patří též šetření vrozené laterality, tj. podporování levorukých činností u rozeného leváka“ (Sovák, 1978b, str. 376).

Školy pro koktavé⁷

„Mají za účel jednak vyjmout z normálních škol žáky koktavé, jednak soustředit koktavé děti za účelem zapojení do správného a přiměřeného výchovně-vzdělávacího procesu s možností systematické kolektivní nápravy“ (Sovák, 1955, str. 202).

⁶ V současné době dělíme prevenci na primární, sekundární a terciální.

⁷ V současnosti již nemáme „Školy pro koktavé“, ale máme MŠ a ZŠ logopedické pro děti s narušenou komunikační schopností.

„Jestliže není možné z nějakých důvodů zařídit odborné vyšetření, je-li nutné z výchovných důvodů změnit prostředí, doporučuje se dočasné zařazení žáka do školy pro vadně mluvící“ (Sovák, 1978b, str. 370).

„Učební plán základní školy pro koktavé je shodný s učebním plánem základní školy. Navíc jsou 2 hodiny týdně individuální logopedické péče ve všech ročnících. V rámci nepovinných předmětů mají žáci 1.-4. ročníku jednu hodinu týdně pohybové výchovy, v 5.-6. ročníku se doporučují cvičení z českého jazyka, která přispívají nejvíce k rozvíjení řeči. Celý výchovně vzdělávací proces prolíná logopedická péče“ (Sovák, 1984a, str. 201).

První škola pro koktavé vznikla v Praze a její součástí byl i Domov pro děti s vadami řeči. Učitelé v této škole byli pečlivě proškoleni jak teoreticky, tak i prakticky.

Prázdninové kurzy pro koktavé

První kurz se uskutečnil v roce 1927 v Kremnici. Doba kurzu se pohybuje v rozmezí čtyř až pěti týdnů, kdy se dítě plně soustředí na výchovu správné řeči (Sovák, 1984a).

Sovák (1984a) vyzdvihuje výhody kolektivní cvičné léčby v prázdninových kurzech: větší chuť k mluvení, odpadá zde nejistota a ostych, správné mluvní spoje ve styku s dětmi, radostnější léčba, pomoc a kontrola od jiných dětí, kladný vliv na chování, mluvní projev je snadnější apod.

„Kurz by měl být pořádán v klimaticky dobrých podmínkách. Rodiče a děti mají být předem informováni o místě pobytu a organizační náplni kurzu. Děti vyšetří před definitivním zařazením do prázdninového kurzu lékař, psycholog a speciální pedagog. Do kurzu by pak měly být přijaty pouze děti zdravé, s normálním neurologickým, psychiatrickým a psychologickým nálezem. Vybrané děti jsou pak rozděleny do menších skupin. Skupinu má na starosti jeden logoped, který vede reedukační a rehabilitační práci po dobu trvání kurzu“ (Sovák, 1984a, str. 246).

Režim dne musí vyhovovat dítěti samotnému. Musí zde být určité hygienické předpoklady, dostatek pasivního a aktivního odpočinku, kolektivní hry, individuální přístup ke každému dítěti apod. (Sovák, 1984a).

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo přiblížit významnou osobnost zakladatele logopedie Miloše Sováka a zejména vyzdvihnout jeho přínosy pro logopedickou teorii a praxi.

Celá práce je rozdělena do tří velkých kapitol. Poslední kapitola je dále ještě rozdělena do dalších podkapitol a úseků.

V první kapitole jsme se snažili vystihnout život Miloše Sováka. Zaměřili jsme se na nejdůležitější okamžiky v jeho životě, ke kterým určitě patří jeho studium na vysoké škole, dále asistentská praxe na foniatrickém oddělení otorinolaryngologické kliniky UK ve Všeobecné nemocnici v Praze, kde se setkal s docentem Seemanem, který Sováka velmi ovlivnil. Od té doby se Sovák začal věnovat oboru foniatrie a na klinice strávil celých devět let.

V další části svého života se stal školním lékařem pro obor otorinolaryngologie a foniatrie a společně s dalšími lékaři vyšetřoval školní mládež na různých školách v Praze. V této době si založil i vlastní ordinaci, ve které mu pomáhala jeho žena dr. Sováková. Snažila jsem se vystihnout jeho organizační a propagační činnost a nejdůležitější okamžiky jeho života.

V druhé kapitole jsme se zaměřili na jeho dílo. Pokusili jsem se do pár vět shrnout jeho publikační činnost v oblasti logopedie a také vyjmenovat významné osobnosti, ze kterých Sovák ve svých publikacích čerpal.

Poslední kapitola pojednává o nejvýraznějších přínosech Miloše Sováka v logopedii. Zaměřili jsme se na založení logopedie jako vědní disciplíny. S tím je spojeno založení Logopedického ústavu a České logopedické společnosti. Pokusili jsme se o přiblížení situace, která kolem vzniku České logopedické společnosti panovala a také jsme se zaměřili na postoj Miloše Sováka vůči této Společnosti. Dále jsme se zabývali otázkou logopedické prevence, diagnostiky a terapie, oblasti laterality, leváctví a koktavosti. Pokusili jsme se na několika stranách shrnout veškeré poznatky tehdejší doby, o kterých Miloš Sovák psal ve svých publikacích.

Bakalářská práce je pouze malým výčtem přínosů Miloše Sováka v oblasti logopedie.

Seznam použité literatury a zdrojů

- HÁLA, B., SOVÁK, M. *Hlas, řeč, sluch*. 4.vyd. doplněné a přepracované. Praha: SPN, 1962.
- KANTOR, M. Ze života profesora Miloše Sováka. Titzl, B. *Speciální pedagogika: časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*, 2000, č. 2, roč. 10, str. 74-91. ISSN 1211-2720.
- KOUKOLÍK, F. *Lidský mozek: funkční systémy: norma a poruchy*. 2.akt. a rozš.vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-632-2.
- KUTÁLKOVÁ, D. *Výběr z díla Prof. MUDr. PhDr. Miloše Sováka, DrSc. (15.4. 1905 – 29.9. 1998)*. 1.vyd. Praha: LSMS, 2005. ISBN 80-7262-384-2.
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
- LAŠTOVKA, M. Přínos prof.M.Sováka pro otorinolaryngologii a foniatrii. Titzl, B. *Speciální pedagogika : časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*, 2000, č.2, roč. 10, str.103-105. ISSN 1211-2720.
- LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušeném komunikačnej schopnosti*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-88824-18-4.
- LIŠKA, J. a kol. *Logopedický zborník 1*. 1. vyd. Košice: Východoslovenské vydavateľstvo pre Krajský ústav národného zdravia v Košiciach, 1972.
- LIŠKA, J. a kol. *Logopedický zborník 2-3*. 1. vyd. Košice: Východoslovenské vydavateľstvo pre Krajský ústav národného zdravia v Košiciach, 1974.
- LIŠKA, J. a kol. *Logopedický zborník 4-5*. 1. vyd. Košice: Východoslovenské vydavateľstvo pre Krajský ústav národného zdravia v Košiciach, 1976.
- LIŠKA, J. a kol. *Logopedický zborník 6*. 1. vyd. Košice: Východoslovenské vydavateľstvo pre Krajský ústav národného zdravia v Košiciach, 1978.

LIŠKA, J. a kol. *Logopedický zborník 8*. 1. vyd. Košice: Východoslovenské vydavateľstvo pre Krajský ústav národného zdravia v Košiciach, 1989.

SOVÁK, M. *Balbuties – sborník přednášek V.celostátního logopedického aktivu*. 2.vyd. Praha: Logopedický ústav ÚNV hl. města Prahy, 1957.

SOVÁK, M. *Defektologie speciální – logopedie*. 1.vyd. Praha: SPN, 1955.

SOVÁK, M. *Elementární logopedická diagnostika, terapie a prevence*. 1.vyd. Praha: SPN, 1978a.

SOVÁK, M. *Lateralita jako pedagogický problém*. 1.vyd. Praha: SPN, 1962.

SOVÁK, M. *Logopedie*. 1.vyd. Praha: SPN, 1978b.

SOVÁK, M. *Logopedie – metodika a didaktika*. 1.vyd. Praha: SPN, 1984a.

SOVÁK, M. *Logopedie předškolního věku*. 2.vyd. Praha: SPN, 1984b.

SOVÁK, M. *Metodika výchovy leváků*. 1.vyd. Praha: SPN, 1966.

SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. 6.vyd. Praha: SPN, 1986.

SOVÁK, M. *Učení nemusí být mučení*. 1.vyd. Praha: SPN, 1990.

SOVÁK, M. *Uvedení do logopedie*. 1.vyd. Praha: SPN, 1978c.

SOVÁK, M. *Výchova koktavého dítěte doma ve škole*. 1.vyd. Praha: SPN, 1988

SOVÁK, M. *Výchovné problémy leváctví*. 1.vyd. Praha: SPN, 1960.

SÚSSOVÁ, J. Neurofyziologický pohled prof. Sováka na člověka s postižením. Titzl, B. *Speciální pedagogika: časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*, 2000, č. 2, roč. 10, str. 106-109. ISSN 1211-2720.

Internetové zdroje

Medailon: prof. MUDr et PhDr Miloš SOVÁK, DrSc. *Bechyňský městský zpravodaj* [online]. roč. 2004, č. 11, [cit. 2010-04-11]. Dostupný z WWW: <http://www.mestobechyne.cz/user_data/web/info/bmz/200411.pdf>.

Mestobechyne.cz [online]. 2005-2010 [cit. 2010-04-11]. *Prof. MUDr. et PhDr. Miloš Sovák, DrSc.* Dostupné z WWW: <<http://www.mestobechyne.cz/prakticke-informace/osobnosti/osobnosti-texty/milos-sovak.html>>.

Referaty.atlas.sk [online]. 2000-2010 [cit. 2010-04-11]. *Miloš Sovák: Životopis.* Dostupné z WWW: <<http://referaty.atlas.sk/prakticke-pomocky/zivotopisy/19432/?page=0>>.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Martina Hubištová
Katedra:	Ústav speciálně pedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. et Mgr. Gabriela Smečková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2010

Název práce:	Odkaz Miloše Sováka v logopedii
Název v angličtině:	Reference of Miloš Sovák in logopaedia
Anotace práce:	Bakalářská práce pojednává o nejvýraznějších přínosech Miloše Sováka v logopedii. První kapitoly jsou zaměřené na jeho život a dílo obecně. Poslední kapitola se zabývá založením logopedie, lateralitou, leváctvím a koktavostí.
Klíčová slova:	Diagnostika, dominance, koktavost, lateralita, leváctví, prevence, terapie, založení logopedie
Anotace v angličtině:	Bachelor thesis shows the greatest benefits of Miloš Sovák in logopaedia. The first chapters are devoted to his life and work in general. The last chapter deals with the establishment of logopaedia, laterality, left-handedness and stammer.
Klíčová slova v angličtině:	Diagnosis, dominance, stammer, laterality, left-handedness, prevention, therapy, establishing of logopaedia
Přílohy vázané v práci:	0
Rozsah práce:	54 s.
Jazyk práce:	český