

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

bakalářské kombinované studium  
2010 – 2013

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

KLÁRA SLABÁ

**Logopedická diagnostika a možnosti logopedické  
terapie u vývojové dysfázie**

**Praha 2013**

**Vedoucí bakalářské práce:**  
Mgr. Martina Bürgerová

**COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE**

Bachelor Combined (Part time)  
2010 - 2013

**BACHELOR THESIS**

KLÁRA SLABÁ

**Speech therapy and diagnostic possibilities of speech  
therapy in developmental dysphasia**

**Prague 2013**

**The Bachelor Thesis Work Supervisor:**

Mgr. Martina Bürgerová

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

.....

## **Poděkování**

Děkuji všem dětem, rodičům a odborníkům, kteří byli ochotni spolupracovat na mé bakalářské práci. Také děkuji svým vedoucím bakalářské práce PaedDr. Vlastě Vaněčkové a Mgr. Martině Bürgerové za připomínky a rady při psaní této práce.

## **Anotace**

Tato bakalářská práce se zabývá poruchou vývoje řeči, vývojovou dysfázií, její etiologií, diagnostikou, prevencí a také možným způsobem zmírnění poruchy při včasné terapii odborníkem. Práce obsahuje část teoretickou, v níž jsou shrnuty základní pojmy týkající se vývojové dysfázie a jejího členění. Druhou částí je část praktická, jež je věnována rozboru případových studií dětí s vývojovou dysfázií, a terapeutické využití vyrobené logopedické pomůcky v praxi. V závěru jsou shrnuty výsledky šetření.

## **Klíčové pojmy**

Komunikace, komunikační schopnosti, logopedická terapie, diagnostické metody, nerovnoměrný vývoj, poruchy řeči, řeč, vývoj řeči, vývojová dysfázie, terapie, terapeutické postupy.

## **Annotation**

This thesis deals with disorders of speech, developmental dysphasia, its etiology, diagnosis, prevention and possible way to mitigate disturbances during early therapy expert. The work includes a theoretical part in which are summarized the basic concepts related to developmental dysphasia and its breakdown. The second part is the practical part, which is devoted to the analysis of case studies of children with developmental dysphasia, and therapeutic use speech aids made in practice. The conclusion summarizes the results of the investigation .

## **Key words**

Communication, communication skills, developmental dysphasia, methods of diagnosis, speech, speech development, speech problems, speech therapy, therapeutical techniques, therapy, uneven developmental.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	9
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b>	
<b>1. Vymezení pojmu řeč</b> .....	10
1.1 Ontogeneze řeči.....	11
1.2 Fylogeneze řeči.....	12
<b>2. Poruchy vývoje řeči</b> .....	13
2.1 Opožděný vývoj řeči.....	13
2.2 Symptomatologie opožděného vývoje řeči.....	14
2.3 Vývojová dysfázie.....	16
<b>3. Vývojová dysfázie</b> .....	17
3.1 Terminologická vymezení vývojové dysfázie.....	17
3.2 Formy vývojové dysfázie.....	18
3.3 Etiologie.....	19
3.4 Symptomatologie.....	21
<b>4. Diagnostika vývojové dysfázie</b> .....	25
4.1 Logopedická a speciálně pedagogická diagnostika.....	26
4.2 Psychologická diagnostika.....	33
4.3 Foniatrická diagnostika.....	34
4.4 Neurologická diagnostika.....	34
4.5 Diferenciální diagnostika.....	34
<b>5. Terapie narušené komunikační schopnosti</b> .....	36
5.1 Metody a cíle terapie.....	37
5.1.1 Obecné metody terapie.....	38
5.1.2 Cíle terapie v jednotlivých stádiích vývoje řeči.....	39
5.2 Terapeutické postupy u vývojové dysfázie.....	40
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b>	
<b>6. Cíl práce</b> .....	43
6.1 Charakteristika výzkumného vzorku.....	43
6.2 Metody a techniky průzkumu.....	44

6.3 Kazuistika Oliver.....	45
6.3.1 Závěrečné šetření.....	50
6.4 Kazuistika Alex.....	51
6.4.1 Závěrečné šetření.....	56
6.5 Kazuistika Jakub.....	57
6.5.1 Závěrečné šetření.....	60
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>61</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>63</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>65</b>



## ÚVOD

Narušená komunikační schopnost představuje mimořádně složitou oblast mezilidských vztahů. Rozhodli jsme se toto téma podpořit také svým pohledem, kde bychom shrnuli teoretické hledisko daného problému, a zaměřili jsme se na problémové oblasti v činnostech, které dětem s vývojovou dysfázií nejčastěji komplikují každodenní činnosti. Jedna z důležitých a zároveň velmi obtížných oblastí je orientace v prostoru a na vlastním těle. Proto jsme vytvořili logopedickou pomůcku, která by dětem lépe umožnila uvědomit si vlastní části těla, jejich pojmenování a v konečné fázi jejich správné nakreslení.

Získané teoretické zkušenosti bychom rádi po úspěšném ukončení studia využili i u dalších dětí s narušenou komunikační schopností. Narušená schopnost komunikovat negativně ovlivňuje celý jejich život. Vady lehčího typu se dají pravidelnou logopedickou intervencí napravit, ale u dětí s těžší vadou řeči dochází ke snižování sebevědomí, narušení sociálních vztahů mezi vrstevníky a také těžší zvládnání školních povinností. Předkládanou prací jsme se snažili shrnout nejdůležitější informace týkající se problémů, které vývojová dysfázie nejčastěji způsobuje. Tyto informace by mohly sloužit jako materiál pro ty, kdo by chtěl pracovat jako osobní či pedagogický asistent, školní pedagog nebo rodič dítěte s vývojovou dysfázií.

Cílem teoretické části předkládané bakalářské práce bylo shromáždit teoretické poznatky týkající se problematiky vývojové dysfázie z dostupné odborné literatury. V praktické části jsme zpracovali případové studie u dětí s vývojovou poruchou. Při šetření byla použita analýza dokumentů (logopedických, psychologických, neurologických a foniatrických), přímé pozorování, rozhovor s logopedem, matkou a učitelkou dítěte. Dále jsme se v rámci terapie zaměřili na nácvik sestavení postavy člověka, na vyrobené logopedické pomůcce "Pepa".

Na závěr jsme se snažili získané informace stručně shrnout a navrhnout možné doporučení jak dále v terapii pokračovat, aby další vývoj dítěte byl úspěšný.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. VYMEZENÍ POJMU ŘEČ

Řeč je specificky lidskou schopností. Jedná se o vědomé užívání jazyka jako složitého systému znaků a symbolů ve všech jeho formách. Slouží k sdělování pocitů, přání, myšlenek. Tato schopnost nám není vrozená, na svět si však přinášíme určité dispozice, které se rozvíjí až při verbálním styku s mluvícím okolím. Řeč není pouze záležitostí mluvních orgánů (zevní řeč), ale především mozku a jeho hemisfér (vnitřní řeč). Úzce souvisí s kognitivními procesy a myšlením.

Kutálková (2002) charakterizuje řeč třemi podstatnými rysy, a to předně sebezapomněním, tedy tím, že na ni zapomínáme, používáme ji podvědomě, protože se skrze ni soustředujeme na to, co se v řeči říká, na obsah. Řeči jako takové si dospělý člověk všimne teprve tehdy, když narazí na nějakou nesnáz v normálním a běžném fungování jazyka.

Pro řeč je charakteristické, že je vázána na oblast já-ty, obrací se tedy k jiným a vytváří důležité sociální společenství, rozhovor mezi ostatními lidmi, kde v zásadě dochází ke komunikaci, pro nás tak důležitou a prospěšnou. Díky ní předáváme zkušenosti a také dochází k přenosu kultury.

*“Pro kultivovanou řeč jsou tedy důležité všechny její složky - nejen obsah a výslovnost, ale i melodie, důrazy i pauzy. Pokud někdo některou z těchto jedenácti položek zanedbá, vystavuje se nebezpečí, že jeho projevu nebude posluchač věnovat dostatečnou pozornost.”* (Kutálková, 1996, s. 36).

Termín zevní řeč, mluvená řeč či mluva vyjadřuje schopnost člověka užívat sdělovacích prostředků vytvářených mluvnými orgány. Realizuje se mluvením. Vnitřní řeči se rozumí chápání, uchovávání a vyjadřování myšlenek pomocí slov, a to nejen verbálně, ale i graficky (četba, písmo). Má složku motorickou (expresivní, výrazovou) a symbolickou (percepční, vnímavou).

Pokud mluvená forma po obsahové stránce není v pořádku, posluchač brzy ztratí zájem. Stejně pokud není v pořádku výslovnost, vada bude přitahovat pozornost a následně se začne ztrácet zájem o rozhovor, případně se může dostavit výsměch a tím úplně odvést pozornost od obsahu. Při nevýrazné a monotónní melodii může být posluchač uspáván a stejně tak ztrácí zájem o kontakt, či o sdělování informací (Kutálková, 1996).

## 1.1 Ontogeneze řeči

Novorozenecký křik je ihned po narození prvním hlasovým projevem dítěte. Křik novorozeněte je reflexem vyvolaným podrážděním dýchacího centra ihned po porodu převodem dýchání z placenty do plic. V tomto období si dítě osvojuje návyky, na jejichž základě později vzniká řeč. Tyto činnosti jsou v české odborné literatuře klasifikovány do třech vývojových stupňů rané vokalizace: období křiku, broukání a žvatlání.

V období žvatlání se začíná objevovat větší rozmanitost zvuků. Druhým stupněm žvatlání jsou projevy napodobující řeč, které se začínají objevovat v šestém až osmém měsíci věku dítěte. Dítě napodobuje své vlastní zvuky hláskám mateřského jazyka. Zapojuje i vědomou sluchovou a zrakovou kontrolu, všímá si i pohybů mluvidel nejbližších.

Přípravné období končí vyslovením prvního slova. K napodobení hlásky dítě potřebuje mnoho pokusů, které označujeme jako fyziologická echolálie. Okolo desátého měsíce nastupuje stádium porozumění řeči. Obsah slov, která dítě slyší, nechápe, ale vytváří si asociace s pocitem nebo představou konkrétní situace, která se často opakuje.

Období vlastního vývoje řeči začíná před dovršením prvního roku života. První slova jsou jednoslabičná i víceslabičná a dítě si slovní spojení spojuje s konkrétními osobami i věcmi. Mezi osmnáctým měsícem a druhým rokem mluvíme o egocentrickém stádiu vývoje řeči, dítě opakuje slova, napodobuje dospělé. Ve druhém stádiu, asociačně-reprodukčním, prvotní slova začínají mít

pojmenovávací funkci. Řeč nadále zůstává na prvosignální úrovni, slova má dítě spojeno s konkrétním jevem. Mezi druhým a třetím rokem se zvyšuje slovní zásoba dítěte, prostřednictvím řeči dítě dosahuje určitých cílů. Začíná chápat, že řečí je schopno ovlivnit dospělé a proto komunikuje stále častěji. Na konci třetího roku, dítě poměrně přesně vyjadřuje své myšlenky. Intelektualizace řeči je poslední stádium, ve kterém si dítě osvojuje nová slova, prohlubuje a zpřesňuje obsah slov a rozšiřuje si tak slovní zásobu. Tato etapa pokračuje až do dospělosti člověka.

## 1.2 Fylogeneze řeči

Pod spojením “rozvoj řeči” si můžeme představit dva různé pojmy. Buď vývoj této schopnosti u člověka jako živočišného druhu v průběhu mnoha tisíciletí, tedy vývoj fylogenetický, nebo vývoj řeči jednoho konkrétního člověka, tedy vývoj ontogenetický. Fylogenezí obecně rozumíme vývoj živočišného nebo rostlinného druhu od nejjednodušších forem k nejsložitějším.

Fylogeneze vývoje řeči (Vundtova stadia)

- složka projevová – jedinec jeví své vlastní pocity
- složka vybavovací – jedinec si vybaví reakci druhého (u člověka i u zvířat)
- složka dorozumívací – je vlastní pouze člověku a cílem je dorozumět se

NOVÁKOVÁ, J. *Logopedie*. [online]. [cit. 2013-01-10]. Dostupné z <http://www.specou.cz/files/logo-prez.pdf>

## 2. PORUCHY VÝVOJE ŘEČI

### 2.1 Opožděný vývoj řeči

Nemluví-li dítě ve třech letech, nebo mluví méně než ostatní děti v tomto věku, jedná se zřejmě o opožděný vývoj řeči. Je nutné najít příčinu takového opoždění a nechat odborníkem provést diferenciální diagnostiku a další nezbytná vyšetření, jako jsou foniatrické, neurologické, psychologické, která vyloučí:

- sluchovou vadu, která může mít za následek opožděný vývoj řeči
- vadu zraku – vada, ve zrakové percepci může také ovlivnit vývoj řeči
- poruchu intelektu – mentální retardace může způsobit opoždění ve vývoji řeči
- vady mluvních orgánů – orofaciální rozštěpy
- akustickou dysgnozii – neschopnost porozumět a zapamatovat smysl slov
- autismus, autistické rysy – spojené s neschopností dítěte komunikovat
- vliv rodinného prostředí

Seeman stanovil deset druhů příčin opoždění vývoje řeči, jeho dělení bylo u nás dlouho uznáváno. Za opožděný vývoj řeči prostý pokládá stav, kdy dítě kolem třetího roku věku má malou slovní zásobu a těžkou patlavost i přesto, že podrobné celkové vyšetření neprokázalo žádný patologický nález ani neurologický nález ve smyslu DMO, nemá poruchu jemné motoriky ani motoriky jazyka, má normální sluch a nemá snížený intelekt (Seeman, 1955).

Sovák viděl příčiny opožděného vývoje ve faktorech:

- biologických – dědičnost, individuální schopnosti, různá lehká prenatální a perinatální neložisková poškození CNS, popřípadě změny mozkového biochemismu, opožděné vyžívání CNS
- sociálních – patologie výchovného prostředí

Někdy se však vyskytuje opoždění případně omezení vývoje jako druhotný příznak, jako důsledek vážného onemocnění nebo vady.

## 2.2 Symptomatologie opožděného vývoje řeči

**Symptomy z hlediska věku** (Sovák, 1978; Lechta, 1990)

- **fyziologická nemluvnost** – je to doba, kdy dítě prochází přípravnými stadii vývoje řeči. Vlastní vývoj řeči začíná zhruba kolem jednoho roku věku
- **prodloužená fyziologická nemluvnost** – pokud dítě nezačne mluvit do konce třetího věku. V tomto případě je nutné co nejdříve vyhledat odborníky
- **vývojová nemluvnost** – skutečné narušení vývoje řeči. Vývojovou nemluvnost je třeba odlišit od získané nemluvnosti.

Nemluvnost může být hlavní znak u vývojové dysfázie. Rozlišujeme následující typy:

- typ motorický – dítě řeči rozumí, ale samo nemluví
- typ senzorický – dítě řeči nerozumí, v řeči jsou echolálie
- typ smíšený – nejčastější

Nemluvnost jako vedlejší příznak jiné poruchy – symptomatická porucha řeči. U opožděného vývoje řeči prostého zůstává hlavním symptomem časové opoždění jednotlivých, nebo všech složek mluvené řeči o jeden až dva roky při normálním intelektu, stavu sluchu, zraku i při minimálním motorickém opoždění.

**Symptomy z hlediska průběhu vývoje řeči** (Sovák, 1978; Lechta, 1990)

- **Opožděný vývoj řeči prostý** – příčinou je dědičnost, opožděné vyzrání centrální nervové soustavy, negativní výchovné vlivy, lehká porucha sluchu atd. Hlavním příznakem je opoždění řečového projevu. Ze začátku to působí disharmonicky, ale časem se řeč rozvine a všechny úrovně se napraví do normálního stavu. Zpočátku je nejvíce narušena obsahová stránka řeči, jako je

malá slovní zásoba, dysgramatismy. Po zlepšení řečového obsahu nadále přetrvává chybná výslovnost některých hlásek nebo jejich skupin.

- **Omezený vývoj řeči** – nastává při mentálních postiženích, těžkých poruchách sluchu, nevyhovujícím asociálním prostředím atd. Poruchu sledujeme v obsahové stránce řeči (chápání významu slov) a u těžkých poruch sluchu jsou také výrazně narušeny modulační faktory řeči (tempo, rytmus, dynamika, melodie). U dětí s mentální retardací záleží opoždění na stupni postižení intelektu. Opoždění řeči v důsledku mentální retardace zpravidla doprovází také opoždění jemné i hrubé motoriky. U lehkého a středně těžkého mentálního postižení pozorujeme, že dítě hovoří v jednoduchých, gramaticky nesprávných a obsahově chudých větách. U těžších forem mentální retardace se řeč rozvíjí jen částečně, nebo vůbec. Řeč zůstává pak na prvosignální úrovni nebo na úrovni pudového žvatlání.
- **Přerušovaný vývoj řeči** – po úrazech, nádorových onemocněních mozku, vážných duševních onemocněních, těžkých psychických traumatech může dojít k přerušování řečového vývoje. Za příznivých podmínek, po vyléčení nebo odstranění nádoru je možné dosáhnout normy.
- **Scestný (odchylný) vývoj řeči** – projevuje se odchýlením od normy jen v některých rovinách řečového vývoje. To se týká např. vadné artikulace způsobené rozštěpem patra, nebo při organickém poškození mluvidel.

Některé formy nemluvnosti jsou způsobeny nedostačující nebo nesprávnou výchovou. Proto je velice vhodné mluvený projev dítěte neustále sledovat, zda je přiměřený k jeho věku a schopnostem a nepodceňovat brzkou návštěvu klinického logopeda, který nejen upravuje výslovnost, ale především diagnostikuje případné vady a může zahájit včasnou terapii k odstranění těchto nežádoucích projevů. Proto čekat, až bude mít dítě dostatečnou slovní zásobu, nebo dosáhne určitého věku, není vůbec vhodné, spíše je škodlivé, ale je to nejčastější chyba, které se dopouštějí nejen rodiče, ale i pediatři. S terapií narušené nebo opožděné řeči je třeba začít co nejdříve, ideálně již v předškolním vzdělávání.

## 2.3 Vývojová dysfázie

Vývojová dysfázie, neboli specificky narušený vývoj řeči, je narušená komunikační schopnost, kterou řadíme k vývojovým poruchám. Je to centrální porucha řeči.

*“Vývojová dysfázie se projevuje mnoha různými symptomy včetně výrazně nerovnoměrného vývoje celé osobnosti. Nejnápadnějším symptomem je většinou výraznější opoždění vývoje řeči. To také bývá hlavním důvodem k vyhledání klinického logopeda” (Škodová, Jedlička, 2007, s. 111).*



### 3. VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE

#### 3.1 Terminologická vymezení vývojové dysfázie

Termín vývojová dysfázie prošel řadou různých změn v termínu a definici. Například Seeman (1995) označuje tuto skupinu chorob jako nemluvnost při poškození řečových zón mozku a dělí ji na poruchy expresivně dysfatické a na receptivně dysfatické, kam řadí i stavy získané po osvojení řeči (senzorická afázie).

Termín sluchoněmota – audimutitas (Hála, Sovák, 1947) byl používán pro různé druhy dětské vývojové nemluvnosti, ne však ztráty řeči. Pro sluchoněmotu se používal termín alálie. Později se pak odbornou veřejností v literatuře ujal název dysfázie (Seeman, 1955; Lesný, 1980, 1985; Sedláček a kol., 1982). Ritz-Radlinský doporučoval termín afémie, který lépe vyjadřoval sdělovací prvek. Ten se však neujal (Janotová, 1989).

Mikulajová a Rafajdusová (1993) udává všeobecně uznávané pravidlo, které pomáhá lépe diagnostikovat vývojovou dysfázii. Označují ho termínem narušení jazykových schopností. *„Vývojová dysfázie se diagnostikuje tehdy, je-li přítomen narušený vývoj jazykových schopností, který se nedá vysvětlit ani mentální retardací, ani fyzickým hendikepem, ani poruchou sluchu, ani citovou deprivací ani emočními poruchami, ani nepříznivými vlivy prostředí a výchovy.“* (Mikulajová, Rafajdusová, 2003, s. 30-31).

V anglicky mluvících zemích se terminologicky vývojová dysfázie označuje jako “language disorders”. Který definuje jazykovou poruchu tak, kdy při primárně nepoškozených motorických modalitách (artikulace, respirace, rezonance, fonace) má člověk s postižením obtíže se správně jazykově vyjádřit. Stejně tak pojem motorická řečová porucha popisuje skutečnost, kdy při primárně nepoškozených jazykových schopnostech člověka (lexikon, morfologie, syntax, pragmatika) dochází k potížím se srozumitelně vyjádřit orální řečí (Neubauer a kol. 2007).

Podle Krejčířové (2001, s. 461): „*Vývojová dysfázie jako porucha osvojování mluvené řeči je nejčastější vývojovou poruchou vyšších psychických funkcí v časném období. Většinou nejde o úplné chybění řeči, ale její vývoj je závažně opožděn a v některých aspektech pozorujeme kvalitativní odchylky. Opoždění řeči přitom není vysvětlitelné poruchou sluchu, mentální retardací, pohybovým postižením ani deprivacími či jinými nepříznivými vlivy prostředí.*“

V dnešní odborné literatuře se pak uvádí jako název pro specificky narušený vývoj řeči termín vývojová dysfázie. Vyvíjela se tak, jak se vyvíjely diagnostické možnosti (Novák, 1997). Podle Škodové a Jedličky (2007, s. 110) označuje současná česká klinická logopedie termínem vývojová dysfázie „*specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené*“.

“*Další příznaky se objevují s postupujícím věkem. Předpona dys- v terminologii označuje poruchu vývoje, druhá část slova -fázie pochází z řeckého výrazu femi, který znamená vypravuji. Odchylky od normy postihují vypravování, tedy řeč jako celek*” (Kutálková, 1996, s. 137).

### **3.2 Formy vývojové dysfázie**

V Ženevě roku 1992 Světová zdravotnická organizace v Mezinárodní klasifikaci nemocí označila vývojovou dysfázii v kategorii F 80 – F 89 „*Poruchy psychického vývoje*“. Ve skupině F 80 „*Specifické poruchy řeči a jazyka*“ jsou popsány dvě základní formy této poruchy.

- **F 80.1. Expresivní poruchy vývoje jazyka** – specifická vývojová porucha, při níž schopnost dítěte používat expresivní mluvenou řeč je zřetelně pod úrovní odpovídající jeho mentálnímu věku, ale porozumění jazyku je v mezích normy. Mohou a nemusí se vyskytovat abnormality v artikulaci.
- **F 80.2. Receptivní porucha vývoje jazyka** – specifická vývojová porucha, při níž schopnost dítěte rozumět jazyku je pod úrovní odpovídající jeho mentálnímu

věku. Téměř ve všech případech je také výrazně porušena expresivní řeč a jsou časté též poruchy tvorby slova a zvuku.

Ve skutečnosti bývají všechny případy expresivní řeči výrazně ovlivněny a abnormality v produkci slov a hlásek jsou časté (Lechta a kol, 2003).

Velmi často však dochází k **poruchám smíšeným**, kdy je porozumění řeči jen mírně oslabené, ale rozdíly mezi expresivní a receptivní úrovní řeči výrazné. Většina dětí s expresivní poruchou řeči mají ve většině případů rovněž obtíže s porozuměním mluvenému slovu, většinou na úrovni složitějších gramatických struktur. Děti s poruchou percepce produkují obsahově neodpovídající, nepřiměřené a nesmyslné sdělení, která mohou působit jako obtíže s expresí.

V Logopedickém slovníku Dvořák (2001) dělí vývojovou dysfázii na motoricko-expresivní a senzorio-receptivní poruchy vývoje jazyka. V dnešní době se od tohoto dělení ustupuje.

### 3.3 Etiologie

O určení příčiny vzniku vývojové dysfázie se názory odborníků neustále mění, vyvíjí. Z foniatrického pohledu se jedná o řečovou poruchu na základě poruchy percepce řeči. Příčina poruchy je současnými odborníky připisována následku poruchy centrálního zpracování řečového signálu. *“Postižení je tím lokalizováno do centrální sluchové oblasti řečových center, a to charakterem příznaků, nikoli striktním ložiskovým nálezem v neurologickém smyslu”* (Škodová, Jedlička a kol., 2003, 2007, s. 111). Typickou příčinou je difuzní postižení centrální nervové soustavy nikoli postižení ložiskové. Difuzní postižení zasahuje v podstatě celou centrální korovou oblast a podle hloubky postižení se projevuje v závažnosti příznaků.

Podle Volkové a Šachovské (2003) je vývojová dysfázie organické narušení řeči centrálního charakteru, při němž dochází k opoždění ve vyžívání nervových buněk v určitých korových oblastech, kde dochází k poškození v

intrauterinním vývoji mozku. Ve většině případů jsou častěji postiženi chlapci, v poměru 4:1 (Škodová, Jedlička 2007). Důvodem je především pomalejší dozrávání mozku, které bývá u chlapců podmíněno hormonálně. Pravá hemisféra dozrává u obou pohlaví rychleji, proto je levá hemisféra v mozku chlapců po delší dobu zranitelnější.

Dále se také uvažuje o poškození mozku, v prenatálním nebo perinatálním období, v tzv. řečových zónách levé hemisféry. Na základě průzkumů bylo zjištěno, že u vývojové dysfázie se projevují nevýrazná, ale četná poškození mozkové kůry obou hemisfér, tj. bilaterální poškození. To znamená, že při poškození jedné části mozku, je druhá část, která je dobře a zdravě vyvinuta schopna vývoj řeči kompenzovat. Při poškozením obou mozkových hemisfér je kompenzace obtížná, ne-li úplně nemožná.

Etiologické faktory dělíme na genetické, vrozené a získané a jejich různé kombinace. Existuje tzv. vrozená řečová slabost, která poukazuje na genetické souvislosti narušeného vývoje řeči. Pokud v procesu zrání mozkových funkcí vyskytnout určité odchylky, dochází k opoždování vývoje dítěte a jeho řeči. *“Etiologie vzniku vývojových poruch řeči není jasná - uvažuje se o postižení vývoje kognitivních funkcí vlivem pre-, peri- a postnatálního poškození mozku. Hovoří se o poškození již v intrauterinním vývoji mozku”* (Škodová, Jedlička a kol. 2003, 2007, s. 111). Vliv může mít také chování matky během těhotenství, její sociální zařazení, životospráva v těhotenství, horší komunikace s narozeným dítětem a nevyhledání odborné pomoci.

Vývoj se může zastavit v některé vývojové etapě a dále nepostupuje:

- Při poškození receptivní části centrální soustavy se objevují echolálie, dítě bezděčně opakuje slyšené slova, věty, zvuky taktéž perseverace, kdy dítě opakuje samo po sobě, většinou při hře.
- Při poškození expresivní části dítě přesně ví jak má slovo znít, ale nedokáže ho i při sebevětší snaze vyslovit. Dysfázie znemožňuje komunikaci. Řeč dítěte má velké nedostatky nejen ve výslovnosti, ale také v gramatice, či větné stavbě i obsahu sdělovaného.

*“Nejtěžší stupeň se označuje jako nemluvnost. Dítě se vyjadřuje jen pohybem a hlasem, mluvená řeč se nevyvíjí. Pokud je poškození v dostředivé a centrální části reflexního okruhu, je těžce postiženo i rozumění řeči, a stagnuje proto rozumový vývoj. Poškození v odstředivé části dává aspoň možnost dobře řeči rozumět, a může se proto vytvořit vnitřní řeč na dobré úrovni. To pak dává možnosti pro nalezení náhradních mechanismů dorozumívání. Střední stupeň poruchy se označuje většinou jako těžká dysfázie nebo částečná nemluvnost a patří k velmi závažným postižením komunikace, která mohou mít za následek druhotné omezení rozumových schopností. Řeč se sice rozvíjí, ale později a pomaleji, dítě se velmi těžce a pracně učí všemu, co si ostatní a často i mladší děti osvojují jen pomocí napodobování” (Kutálková, 1996, s. 138).*

### **3.4 Symptomatologie**

Symptomy vývojové dysfázie prostupují celkovým vývojem jedince. Ne jen v řečové oblasti, ale také nerovnoměrným vývojem celé osobnosti. Nejvýraznější je narušení řečového projevu.

Podle Lejsky (2003) dítě s vývojovou dysfázií řeč slyší, ale nedostatečně a nepřesně ji rozumí. Špatné rozumění pak dává vznik i špatné tvorbě vlastní řeči. Dítě se snaží v řeči reprodukovat vše tak, jak rozumí a protože rozumí chybně, a to především v oblasti fonologie a segmentace řeči, musí být i vývoj řeči dítěte opožděný a defektní.

Lejska (2003, s. 101) uvádí tyto symptomy vývojové dysfázie:

- *“porucha fonetické a fonologické realizace hlásek,*
- *vážne syntaktické spojování slov do větných celků,*
- *porucha v pořadí řazení slabik – přehazuje, vynechává, opakuje atd.,*
- *je agramatická, často nesrozumitelná,*
- *vážne percepce distinktivních rysů, fonematická percepce postižena,*
- *neschopnost udržet dějovou linii, přeskoky,*
- *nedokáže využít refundace k doplnění,*

- *nerozeznává klíčová slova k pochopení smyslu,*
- *porucha krátkodobé paměti,*
- *malá aktivní slovní zásoba,*
- *dyslexie, dyspraxie,*
- *nepoměr mezi řečovými a neřečovými schopnostmi“.*

### **Příznaky v řeči** (Škodová, Jedlička a kol., 2003, 2007)

Řečová oblast je zasažena povrchově i hloubkově. Rozsah symptomů se může jevit jako patlavost nebo či jako úplná nemluvnost. Zásadním prvkem je vždy opožděný vývoj řeči.

- **V hloubkové struktuře řeči** může zasahovat porucha v oblasti sémantické, syntaktické a gramatické. Přehazování slovosledu, vynechávání některých slov, omezení slovní zásoby, nesprávné koncovky při skloňování slov, věty tvořené dvou- nebo jednoslovně.
- **V povrchové struktuře řeči** jsou zásadní poruchy fonetického systému. Nejčastěji je porušena diferenciací hlásek, znělosti – neznělosti, závěrovosti – nezávěrovosti, kompaktnosti – difuznosti (Novák, 1997).

Řeč je na poslech patlavá až nesrozumitelná. Dochází k záměně hlásek nebo slabik ve slově. Vzhledem k příznakům se tato řeč hodnotí jako aberantní, odchýlný vývoj řeči. Je obsahově velmi chudá, slovní zásoba je malá, jen pomalu se zvětšuje. Dítě se sice běžně dorozumí, ale jeho formulace jsou nesrozumitelné a nenápadité. Vyjadřovací obratnost je omezena, dítě není v mluvené formě dostatečně pohotové, obtížně hledá aspoň trochu přiléhavé vyjádření. Časté chyby jsou ve skloňování (na postele - na posteli), časování, v předložkách (pod stolem - nad stolem), trvale vynechává zvrtná zájmena (se - si) i tvary minulých časů (já to namaluju - já to namaloval), vidy sloves (už jsem to pochopoval - pochopil). Věty jsou velmi jednoduše skládané a často je zpřeházený slovosled (pojedu dědou na prázdniny vlak).

Důležitým znakem pro dysfázii u malých dětí je výslovnost. Dítě umí skoro všechny hlásky jako přírodní zvuk vyslovit, ale nedokáže je složit do

jednoho slova (umí říct M, umí říct ssss jako had, ale slovo “most” není schopno vyslovit). Dysfatické děti také nejsou schopné rozlišit měkké a tvrdé slabiky (např. dy - di , ty - ti), krátkou a dlouhou slabiku (moooo - mo), taktéž u sykavek (s - š), hlásky znělé a neznělé (dědeček - teteček), problémy některým dětem dělá odlišení samohlásky A a E. I při dlouhodobém nacvičování si je pletou. Taktéž když jsou vyzváni, aby slovo po předvedení správné výslovnosti znovu zopakovali, zopakují ho znovu stejně špatně.

Automatizace správné výslovnosti trvá podstatně déle než obvykle. U nezralé nebo poškozené motoriky zní řeč dítěte naučeně, strojeně, hlásky na sebe nenavazují plynule, mluvený projev zní jako by mluvil robot (dysartrie). V případech, kde není zcela jednoznačně prokázána dysfázie je potřeba provést různé specifické testy k odlišení od jiných poruch (poruchy intelektu, sluchu, jiná porucha). Chybná diagnóza by měla velké a velmi vážné důsledky. Reeducace bývá velmi pracná a náročná na čas, proto je včasný a efektivní postup velmi žádoucí.

#### **Příznaky v dalších oblastech (Škodová, Jedlička a kol., 2003, 2007)**

- **Nerovnoměrný vývoj** - může se v určitých oblastech vývoje dítěte vyznačovat rozdíly i několika let. Při porovnání verbální a neverbální složky je jasně vidět, že složka verbální je pod hranicí věku dítěte. Nedostatečnou stimulací řeči u dítěte můžeme docílit zhoršování rozumových a intelektových schopností.
- **Narušení zrakového vnímání** - projevuje se především v kresbě, která u nemluvícího nebo špatně mluvícího dítěte je jedinou diagnostickou pomůckou. (deformace tvarů, roztřesené a nedotažené linie, rotace kresby, disproporční znaky atd.). Narušena je diferenciací pozadí-figura, která se později ukazuje při problémech v nácvičku čtení a psaní. Dítě s vývojovou dysfázií má potíže při rozlišování geometrických tvarů a odstínů barev. Dítě bývá dezorientováno ve volném prostoru, ale taky při vnímání grafického zobrazení v prostoru. Výrazně kvalitnější se však jeví zrakové vnímání oproti sluchovému. Výrazně horší je

však zrakové vnímání spojené s trojrozměrnou představivostí, vizuomotorickou koordinací a pravolevou orientací (Mikulajová, Rafajdusová, 1993).

- **Narušení sluchového vnímání** - dítě není schopno sluchem rozlišovat jednotlivé prvky řeči. Vyznačuje se neschopností zapamatovat a napodobit melodie a rytmus a také poruchou časového zpracování akustického signálu projevená latencemi. Pro děti s vývojovou dysfázií je sluchová analýza a syntéza podstatně složitější. Potíže se objevují zejména u delších slov a u slov, které obsahují shluk souhlásek. Tyto složité struktury nejsou děti schopny rozložit. Sluchovou analýzu zvládají děti s dysfázií lépe než sluchovou syntézu (Mikulajová, Rafajdusová, 1993).
- **Narušení paměťových funkcí** - při nízké úrovni rozumových schopností můžeme mluvit o organickém poškození centrální nervové soustavy (CNS). Je nápadné především v oblasti krátkodobé paměti. Narušení orientace v čase a prostoru kdy dítě nezvládá pravo-levou orientaci, orientaci v prostoru a vztahy s některými rodinnými příslušníky.
- **Narušení motorických funkcí** - dochází k nekoordinovanosti hrubé a jemné motoriky, s tím je spojená porucha motoriky mluvidel, grafomotoriky a koordinační obtíže.
- **Lateralita** - častá je zkřížená lateralita (oko-ruka), nebo nevyhraněná lateralita, levostranná preference ruky a oka. Vyhraněná lateralita, neboli jasná pravorukost a levorukost, se projevuje velmi brzy. Přecvičování vyhraněného leváka se nikdy neobešlo bez výrazných průvodních jevů jako je koktavost, zvýšená agresivita, neurotické projevy, odmítání psaní a kreslení. Není ale vždy jasné, která ruka je dominantní - vyhraněná. Dítě jednou rukou jí, podává a bere předměty, jinou ukazuje, stříhá, kreslí. Někdy trvá velmi dlouho, než dojde k úplné vyhraněnosti. Proto dítě může mít při nácvičku psaní dost dlouho problémy, které silně připomínají dysgrafii i potíže s pravopisem.



## 4. DIAGNOSTIKA

*“Diagnostika je záležitostí lékařskou, psychologickou i speciálně-pedagogickou. Vždy by se mělo jednat o týmovou spolupráci. Na správné a včasné diagnostice je přímo závislý úspěch terapeutických postupů. Významnou složkou je i diferenciální diagnostika. Pro bohatou symptomatologii je právě vývojová dysfázie nejčastěji zaměňována za jiné poruchy řeči” (Škodová, Jedlička a kol, s. 113.)*

Diagnostický proces je záležitostí nejen odbornou, ale také dlouhodobou. Podílí se na něm tým složený z foniatra, psychologa, neurologa, pediatra, speciálního pedagoga, logopeda.

Na základě diagnózy se následně stanoví individuální terapeutický plán. Moderní diagnostika se orientuje nejen na narušenou komunikační schopnost, ale také posuzuje schopnosti dítěte v širším kontextu jeho psychosociálního vývoje. Diagnostický rámec zahrnuje řečové procesy, kognici, hru a sociální interakce dítěte s okolím.

*“Při aplikaci metod diagnostiky narušené komunikační schopnosti se má vycházet z prvořadého úkolu v konkrétní diagnostické situaci: vyšetřovanou osobu je třeba stimulovat, vyprovokovat k souvislému mluvnímu projevu tak, aby se nezkresleně projevila její skutečná komunikační schopnost ve všech dimenzích” (Lechta 2003, s. 23).*

Využíváme následující diagnostické metody:

- pozorování
- explorační metody (dotazníky, řízený rozhovor)
- diagnostické zkoušení (vyšetřování výslovnosti, zvuku řeči, písemné zkoušení k odhalení dysgrafie a dysortografie)
- kazuistické metody (analýze lékařských výsledků, psychologických vyšetření)
- testové metody (Token test, test laterality)
- rozbor výsledků činnosti (využívané především v školské logopedii)
- přístrojové a mechanické metody (artikulografie, chromografie).

## 4.1 Logopedická a speciálně pedagogická diagnostika

Logopedická a speciálně pedagogická diagnostika je důležitým oborem speciální pedagogiky. Valenta (2005, s. 135) uvádí: „*speciálně pedagogická diagnostika osob se zdravotním postižením se zabývá rozpoznáním podmínek, prostředků i efektivity edukace a šířeji i enkulturace klientů*“. Valenta (2005) zároveň poukazuje na důležitost a nutnost vzájemného propojení speciálně pedagogické diagnostiky spolu s diagnostikou psychologickou. Logopedická diagnostika dotváří celkový obraz o postižení a schopnosti dítěte pro další lékařskou diagnostiku. Provádí ji vždy kvalifikovaný klinický logoped.

Základní cíle logopedické diagnostiky zpracoval Lechta (1995):

- zjistit, zda jde o narušenou komunikační schopnost, anebo o fyziologický jev
- odhalit a stanovit příčinu vzniku narušené komunikační schopnosti (orgánovou nebo funkční)
- určit, zda jde o narušení trvalé, nebo přechodné, vrozené či získané zjistit, zda jde o narušení vrozené nebo získané
- stanovit, zda narušená komunikační schopnost v klinickém obraze dominuje, nebo je symptomem jiného dominujícího onemocnění
- zjistit, zda si jedinec své narušení v komunikaci uvědomuje, či ne
- navrhnout případná terapeutická opatření

Lechta (1995) dodává, že se mezi cíle diagnostiky řadíme i návrhy vhodných odborných, intervenčních metod. Podle Škodové a Jedličky (2007) by se měla logopedická a speciální pedagogická diagnostika zaměřovat na následující nejvýraznější deficity: orientace v prostoru i čase, laterality, motorické funkce, sluchové vnímání, zrakové vnímání, řeč – percepce i exprese, grafomotorika (kresba), čtení psaní, počítání a paměť, aktivita a koncentrace pozornosti.

## **Orientace v prostoru a čase**

Často je narušená pravo-levá orientace, prostorové vnímání. Těžkostí také nastávají s vnímáním a chápáním časových vztahů. Dítě neví, kolik je mu let, svoje datum narození, kde bydlí, jména rodičů. Největší těžkosti mají děti s chápáním časových vztahů. Dítě jednotlivé časové úseky nechápe a nedokáže je vyjádřit slovem. Dítě testujeme pomocí kresby jednoduchého obrázku.

## **Lateralita**

Pojem vyhraněná lateralita označuje přednostní užívání jednoho z párových orgánů. Rozlišujeme lateralitu tvarovou a funkční. Tvarová lateralita se týká tvarové asymetrie orgánu a lateralita funkční se projevuje přednostním užíváním jednoho z párových orgánů (Zelinková, 2003). Vyšetřuje se standardním Testem laterality (Žlab, Matějček, 1972, 2000). Typ laterality stanoví počet pravorukých reakcí na dané pokyny. Test orientačně zjišťuje i lateralitu oka a ucha.

*“Lateralizace tedy směřování napravo nebo nalevo se netýká pouze ruky, ale i nohy, oka a ucha. Pro psaní a čtení je podstatná především koordinace oka a ruky. Pokud je ruka pravá a oko levé nebo obráceně, je to lateralita překřížená a je často zdrojem zase řady jiných nesnází při výuce. Děti si trvale pletou směry a tím i podobná písmena (S píšou obráceně, stejně tak J, nebo N zaměňují za M, později zaměňují malá b, d, p) mají tendence psát řádek odzadu.” (Kutálková, 1996, s. 149).*

### **Určení typu laterality - zjišťuje se pomocí her (Kutálková, 1996):**

- **ruka** - dáme dítěti kostky a necháme ho stavět co nejvyšší věž. Pozorujeme, do které ruky bere kostky a kterou rukou je dává na sebe. Když je věž hodně vysoká, můžeme dítě mírně stresovat - pozor ať ti to nepadne, opatrně tam dej ještě jednu kostku. Tím si zajistíme, že dítě spontánně vezme kostku do té ruky, o níž intuitivně ví, že je šikovnější. Pokud se ovšem nestane, že dítě, které dosud ruce střídalo, vezme kostku opatrně do obou a obouruč ji tam také uloží (obourukost).

- **noha** - uděláme čáru na zemi, můžeme použít i spoj na linoleu nebo vzor na koberci, a závodíme, kdo dokáže rychleji a přesněji (to zvláště zdůrazníme) posunovat po čáře nějaký předmět. Dítě spontánně volí pro posunování šikovější nohu. Někdy jen stačí pozorovat, kterou nohou kope do míče.
- **oko** - ideální hračkou pro zjištění laterality oka je tzv. krasohled. Dáme ho dítěti, aby se podívalo. Automaticky ho přiloží k vedoucímu oku, většinou s ním i šikovější rukou otáčí, zatímco druhá ruka trubičku jen drží.
- **ucho** - pokud někoho zajímá lateralita ucha, zjišťuje se však jen pro dokreslení situace v ne zcela jasných případech, lze dítěti dát dvoje tikající hodinky a požádat, aby zjistilo, které tikají tišeji. Tato zkouška může však být zkrácena tím, že dítě použije na uchopení hodinek šikovější ruku a zvedne je k témuž uchu.

Podle Škodové a Jedličky (2007), se nevýhodné typy laterality často objevují u dětí s vývojovou dysfázií. Mikulajová a Rafajdusová (1993) souhlasí a uvádějí, že u dětí s vývojovou dysfázií se častěji objevuje nevýhodný typ laterality než u dětí intaktních. Nejčastější je výskyt vyhraněné preference levé ruky a levého oka, lateralita nevyhraněná a především lateralita zkřížená. Zdůvodňují to vývojem interhemisférového fungování (Mikulajová, Rafajdusová, 1993).

### **Motorické funkce**

Při stanovování diagnózy si všímáme i celkového motorického projevu, pohybové aktivity či pasivity, koordinací horních a dolních končetin, mimiky, mluvidel ale také vyšetření celkové motoriky. *“Její úroveň významně koreluje s motorikou řečových orgánů. Při vyšetření motoriky je nutné vyloučit všechny úkoly vyžadující intelektuální výkon a také nároky v souvislosti s reakčním časem. Úlohy by měly být zaměřené na nejzákladnější motorické schopnosti a dovednosti”* (Škodová, Jedlička a kol., 2003, 2007, s. 114). Děti s vývojovou dysfázií, DMO a mentální retardací mají výraznější koordinační obtíže, naopak děti s opožděným vývojem řeči v důsledku sluchové poruchy většinou koordinační potíže nemají.

*“U dysfatických dětí jsou také časté poruchy motoriky mluvidel (nedostatečný nebo nepřesný bývá pohyb jazyka, rtů, tváří apod.) Děti často nedokážou napodobit ani jednoduché pohyby nebo grimasy. Více než vlastní pohyb určité části je porušena právě koordinace pohybu mluvidel” (Škodová, Jedlička, 2003, 2007, s. 114). Malým dětem, které ještě nejsou schopné porozumět slovnímu zadání, k tomu aby přesně předvedly, co se po nich slovně žádá, je potřeba názorné ukázky, např. obouretná vibrace “jak dělá auto” nebo olizování horního rtu “hra na kočičku”.*

*“Největší potíže dělá střídání protichůdných pohybů. “Jednotlivé pohyby jsou zřetelně izolované, nenavazují na sebe, postrádají plynulost. Téměř vždy vážne elevace jazyka - dítě pak nedovede realizovat hlásky, k jejichž vyslovení je třeba přesného cíleného pohybu. Po vykonání jednoho pohybu dítě těžce přechází k pohybu druhému, ulpívá na pohybu předchozím. Nedokáže sešpulit rty a potom se usmát apod. To se v artikulaci projeví tak, že dítě nedovede plynule opakovat sledy slabik ani přecházet z jedné hlásky na druhou. Vznikají tak nesprávné artikulační stereotypy, které se velmi těžko přebudovávají v pohyby správné. Hrubou chybou je tedy zaměření logopedické péče pouze na formální stránku řeči - artikulaci” (Škodová, Jedlička a kol., 2003, 2007, s. 115).*

### **Sluchové vnímání**

Lechta (1995) uvádí, že speciální vyšetření sluchu provádí speciální odborníci jako audiologové, foniatři a otorinolaryngologové. Klinický logoped může provádět orientační vyšetření sluchu a fonematickou diferenciaci. Vyšetření sluchu se provádí v tiché místnosti, která je alespoň šest metrů dlouhá. Dítě stojí bokem k vyšetřujícímu, rukou si zakrývá jedno ucho. Vyšetřuje se pomocí hlasité i šeptané řeči s tzv. vysokými, hlubokými i středovými hláskami. Pomocí standardizovaných testů vyšetřujeme stav fonematického sluchu a schopnost sluchově rozlišit zvukově podobné, ale významově rozdílné hlásky.

## Zrakové vnímání

Speciální testy provádí klinický psycholog nebo klinický logoped.

V klinické logopedii se využívá “Vývojový test zrakového vnímání” (Frostigová, 1972). Zaměřuje se na hodnocení úrovně vizuální percepce, senzomotorické koordinace a manuální zručnosti. Test je proveditelný u dětí od 4 do 8 let, také u dětí s těžkým postižením. Test má pět subtestů.

- **vizuomotorická koordinace** - zjišťuje se zrakové vnímání, zralost senzomotorické koordinace a jemné motoriky. Děti s vývojovou dysfázií mají v tomto subtestu výrazné potíže.
- **diferenciace figura - pozadí** - schopnost rozlišit figuru a pozadí má velký vliv na pozdější výuku čtení a psaní. Dítě nedovede k rozvoji řeči využít např. dějový obrázek, neorientuje se v obrázkové knížce, nedokáže obkreslit obrázek. Později mohou nastat problémy při nácviku čtení a psaní.
- **konstantnost tvaru** - dítě s vývojovou dysfázií má potíže při rozlišování barev a tvarů. Hůře si naučený tvar vybaví v jiné situaci. Nedokáže rozeznat a pojmenovat barvy. Často volí barvy nenápadné - modrou, šedou, hnědou. Nedokáže napodobit hotový vzor. Je potřeba vždy opakovaně předvádět pracovní postup tak, aby jej mohlo dítě současně napodobovat.
- **poloha v prostoru** - schopnost poznat obrázek i když je v obrácené poloze. Některé děti kreslí “vzhůru nohama”, ale obrázek, který je takto otočený, většinou nerozliší a nedokážou ho správně umístit.
- **prostorové vztahy** - správné určení polohy v prostoru je známkou dobrého vyžívání centrální nervové soustavy. Porucha se omezuje jen na vnímání grafického zobrazení. Dysfatické děti jsou často dezorientovány ve volném prostoru např. při pohybové hře, ztrácejí se, zaměňují směr, neumí se vyhnout včas překážce, nepamatují si cestu domů apod. Děti s vývojovou dysfázií mají také výrazné obtíže v pohybové hře “slalom”. Nedovedou využít rytmus kroků, neorientují se přesně při pohybu mezi jednotlivými metami, které vynechávají, nebo naopak několikrát obcházejí, zaměňují pohyb vpřed - vzad (Škodová, Jedlička a kol., 2003, 2007).

## **Řeč - percepce i exprese**

Diagnostika narušené komunikační schopnosti vyžaduje především vyšetření řečových schopností jedince. Řeč vyšetřujeme volným rozhovorem, aby dítě nepocítilo, že je vyšetřováno. V praxi převládá vyšetření nestandardními metodami, kdy je dítě nabádáno, aby popsal situační obrázek, vyprávělo příběh, nebo dokončovalo věty (Lechta, 1995).

Mikulajová, Rafajdusová (1993) sestavily baterii úloh přímo zaměřené k vyšetření řeči dětí s vývojovou dysfázií. Orientuje se na logopedické vyšetření artikulace, fonemickou diferenciaci, uvědomování si hláskové struktury slova, jazykový cit, opakování vět, popis obrázku, samostatné vyprávění na určité téma, čtení a následná reprodukce textu. Vyšetření řeči se zaměřujeme na expresivní i receptivní složky řeči, fonemický sluch, záměny fonologických opozic a fonologický systém, zvukovou stavbu hlásek.

Prvním stupněm pro zjištění řečového projevu je navázání rozhovoru s vyšetřovaným dítětem. Při pozorném poslechu již dokážeme rozeznat, v kterých jazykových rovinách dochází k narušené komunikační schopnosti. Sledují se tyto úrovně jazykových rovin: foneticko-fonologická, morfologicko-syntaktická, lexikálně-sémantická a pragmatická rovina. *“Úroveň jazykových schopností dětí s vývojovou dysfázií je výrazně horší, než by se dalo očekávat při daných neverbálních intelektových schopnostech. Porucha řeči má systémový charakter a zasahuje v různé míře percepční i expresivní oblast řeči ve všech jazykových rovinách”* (Škodová, Jedlička a kol., 2003, 2007, s. 117).

## **Grafomotorika**

Kresba dítěte s vývojovou dysfázií je jedním ze základních prvků diagnostiky a následné terapie. Grafomotorické schopnosti jsou základem pro správné rozvíjení kreslení a psaní. Dysfatické děti většinou špatně drží tužku, chybí schopnost postavit prsty do funkční pozice. Je také typicky narušená vizuomotorická koordinace. Kresba poskytuje orientační odhad rozumových schopností dítěte. Kresba zachycuje i úroveň vizuální paměti a představivosti.

Kresba dysfatických dětí je zcela typická a nápadná. V každé kresbě dysfatického dítěte můžeme pozorovat deformaci tvarů, nesprávně zobrazené přímky, úhly i křivky. Napojování čar je nepřesné, čáry jsou slabé, roztřesené, nedotažené, přetažené. Obrázky mají špatné proporce, časté jsou i rotace obrázku vzhledem k základní rovině. Nápadné je také rozložení obrázku na papíře, děti kreslí části těsně vedle sebe, nebo přes sebe, většina papíru bývá nevyužita (Škodová, Jedlička a kol., 2003, 2007).

### **Čtení, psaní, počítání**

Klinický logoped vyšetřuje úroveň těchto funkcí pomocí standardizovaných i nestandardizovaných postupů, většinou je nástup těchto dovedností opožděný.

### **Paměť, aktivita a koncentrace pozornosti**

Vyšetření paměti a koncentrace pozornosti provádějí psychologové a psychiatři. Logoped toto vyšetření provádí jen orientačně. Testuje se paměť dlouhodobá i krátkodobá, která bývá u dětí s vývojovou dysfázií nápadně narušena. Děti nejsou většinou schopny zopakovat jednoduchou básničku, rytmicky členit slova. *“Děti s vývojovou dysfázií si nepamatují základní instrukci, nedovedou ji použít v analogickém úkolu. Nezvládají opakování delších slov (slova komolí, přesmykují slabiky nebo redukují jejich počet jen na počáteční či koncové slabiky nebo části slova)”* (Škodová, Jedlička a kol., 2003, 2007, s. 118). Při vyšetření zkusíme opakování číslic, krátkých vět, vyprávění obsahu pohádky, kresbu obrazce z paměti atd. Při hodnocení pozornosti se zaměříme na její celkovou úroveň. Všimáme si schopnosti adaptace na nové podněty, odolnosti vůči rušivým vlivům, koncentraci, pozornosti, schopnosti vydržet bez rodičů a ochoty spolupracovat (Škodová, Jedlička a kol., 2003, 2007).

Poruchy paměti a pozornosti spolu úzce souvisí. Kvalita paměti může mít diferenciálně-pedagogickou hodnotu. Jedním z hlavních úkolů moderní klinické logopedie by mělo být vypracování standardních diagnostických testů, které by



umožňovaly porovnání dosažených výsledků v jednotlivých obdobích vývoje komunikačních schopností i stanovení stupně narušení komunikačních schopností (Škodová, Jedlička a kol., 2003, 2007).

## 4.2 Psychologická diagnostika

Psychologickou diagnostikou zjišťujeme intelekt dítěte. U dysfatických dětí nebývá většinou postižen, pokud tomu tak je, jedná se o přidruženou vadu a můžeme mluvit o kombinovaném postižení. Intelekt může být nadprůměrný i v případech, kdy je dítě postiženo těžkou formou dysfázie v oblasti slovní zásoby, ale řeč je srozumitelná. Pokud se s dítětem začalo terapeuticky pracovat později, mohlo dojít ke snížení intelektu z důvodu nedostatku informací.

Součástí psychologického vyšetření je kresba a obkreslování. Na začátku vyšetřování dáme dítěti nakreslit postavu, což může sloužit jako diagnostické vodítko a také ukazatel intelektu, což od dítěte nevyžaduje mluvený projev. *”Postava v kresbě dysfatického dítěte má velmi nízkou úroveň, je obsahově chudá. Panáček většinou nemá detaily obličeje (ústa, nos, uši, vlasy) nebo je dítě nakreslí s rotací do svislé roviny. Postava často nemá ani některé části těla (prsty, krk) a oblečení. Postavy působí neživě, schematicky až morbidně”* (Škodová, Jedlička a kol., 2003, 2007, s. 119). Kresba dysfatických dětí je velmi chudá s nízkou úrovní. Děti kreslí neproporcionálně, na tužku moc tlačí, nebo naopak vytváří velmi malý tlak. V kresbě se odráží emocionální ladění, sebehodnocení a vztah k jiným lidem.

Pro zjištění úrovně v motorické a zrakové percepci dáváme dítěti obkreslovat tvary (kruh, kříž, čtverec, trojúhelník, kosočtverec, kosočtverec s vnitřním křížem). Obkreslování naznačuje inteligenci dítěte. Z hlediska diagnostiky je mimořádně důležité, že velmi špatné výsledky v této zkoušce mají téměř všechny dysfatické děti s intelektem nadprůměrným stejně tak jako s intelektem podprůměrným (Škodová, Jedlička a kol., 2003, 2007).

Klinický psycholog může provést neuropsychologické vyšetření u dítěte s podezřením na vývojovou poruchu řeči.

### 4.3 Foniatrická diagnostika

Při foniatrické diagnostice kvalifikovaný foniatr provede vyšetření sluchu u všech složek řeči. Pro vývojovou dysfázii je signifikantní skór Indexu vnitřní informace řeči nižší než 0,7. U korových potenciálů se objevuje absence primárního korového komplexu na slovní podnět, na tónový podnět je zachován (Škodová, Jedlička a kol., 2003, 2007). Vyšetření probíhá pomocí zvukových hraček, dítě sedí na klíně matky, nebo vedle ní. Jiná osoba stojící dál od vyšetřovaného dítěte ve stejné místnosti manipuluje se zvukovou hračkou, sleduje se, zdali dítě otočí hlavu směrem k danému předmětu.

### 4.4 Neurologická diagnostika

Neurologickou diagnostiku provádí zkušený neurolog. Neurologický nálezn na elektroencefalogramu (EEG) může být negativní, bez epileptických projevů. Výsledek výpočetní tomografie (CT) bývá negativní. Odpovídá to teorii o difuzním postižení centrální nervové soustavy (CNS) a také potvrzuje, že porucha řeči nesouvisí s neurologickým postižením (Škodová, Jedlička a kol., 2003, 2007).

### 4.5 Diferenciální diagnostika

Jednotlivé složky osobnosti, které při diferenciální diagnostice zjišťujeme, jsou výrazně nerovnoměrné. Proto je možné vývojovou dysfázii zaměnit za jiné poruchy, pokud nejsou včas a kvalitně rozpoznány. Jedná se o tyto poruchy:

- **vývojovou dysartrii** - vývojová dysartrie bývá pro své podobné symptomy často zaměňována s vývojovou dysfází, ale ty vyplývají z odlišné podstaty neurologického postižení.
- **vadu nebo poruchu sluchu** - opožděný vývoj řeči může mít za následek vadu sluchu, proto je důležité provést řádné vyšetření. Vitásková (2005) podotýká, že

děti s vývojovou dysfázií mohou být současně diagnostikovány i pro poruchy sluchu.

- **těžkou dyslalií** - je velice často a snadno zaměnitelná za vývojovou dysfázií, především laickou veřejností.
- **opožděný vývoj řeči prostý** - na rozdíl od vývojové dysfázie, není kromě vývoje řeči, opožděn vývoj ostatních složek osobnosti. Pokud je zásoba mluveného slova malá, hovoří se o opožděném vývoji.
- **opožděný vývoj řeči při mentálním postižení** - děti s vývojovou dysfázií jsou na rozdíl od dětí s mentální retardací více aktivní a pozornější. Mentálně retardované děti mají opožděný celý vývoj osobnosti a rovnoměrné snížení schopností ve všech oblastech psychického vývoje. U vývojové dysfázie nebývá intelekt mimo verbální oblast porušen (Mikulajová, Rafajdusová, 1993). K rozpoznání mentální retardace od vývojové dysfázie pomáhají inteligenční testy a vývojové škály (Vitásková, 2005).

U dětí s autismem a atypickým autismem je vývojová porucha řeči velmi často součástí diagnózy. Děti s poruchou autistického spektra jsou na rozdíl od dětí s vývojovou dysfázií citově chladné, projevují se stereotypním chováním, jsou do sebe uzavřené a neprojevují zájem o dění okolo sebe a své vrstevníky, mají ohraničené a stále se opakující zájmy. V počátečním období, kdy děti s vývojovou dysfázií zažívají stejný problém s dorozuměním se jako děti s autismem, mohou pociťovat stejnou neschopnost navázat sociální kontakt s cizími lidmi. Projevy i sociální chování dětí s vývojovou poruchou řeči jsou na rozdíl od dětí s autismem v normě nebo jen lehce narušené. V případě nejistoty, je možné diferenciální diagnostiku zopakovat (Thorová, 2006).

## 5. Terapie narušené komunikační schopnosti

Úspěšná terapie dítěte s vývojovou dysfázií závisí na správné diagnostice, ale také na včasném zahájení terapie. Na terapii se podílí tým odborníků složených z psychologa, foniatra, neurologa, pediatra a především klinického logopeda. Důležitá práce se očekává od pedagogů mateřských, základních, speciálních nebo praktických škol. Avšak nejdůležitější podíl práce je kladen na rodiče a to vše ve spolupráci s uvedenými odborníky. Je důležité, aby si rodič uvědomil závažnost poruchy a jejich možných následků v budoucnosti.

*“V dnešní době je podstatou rozvoje komunikačních dovedností a schopností u vývojové dysfázie zaměření na celkovou osobnost dítěte, aniž by byla zdůrazňována složka řeči”* (Škodová, Jedlička a kol., 2003, 2007, s. 121).

Logopedická terapie (podle Lechty, 2002) je uskutečňovaná s cílem:

- změnit či eliminovat příčinu NVŘ - tento cíl je reálný např. pro dítě s lehkou poruchou sluchu, pokud byla identifikována v raném dětství (pro většinu dětí NVŘ to však není reálné)
- modifikovat poruchu - tento cíl je reálný pro mnohé děti, např. s mentální retardací, autismem, vývojovou dysfázií, jakož i s poruchami vývoje řeči neznámé etiologie
- učit děti používat kompenzační strategie - je vhodný cíl např. pro dítě s těžkou poruchou vybavení slov z paměti (používání strategie vyžaduje od dítěte dobrou kognitivní úroveň a osvědčuje se hlavně u dětí školního věku)
- zaměřit terapii na rodinu a nejbližší okolí - nejefektivnější je spojení jednoho z výše uvedených cílů s posledním, což vždy jen znásobí výsledný efekt terapie

Dřívější terapeutické postupy se více zaměřovaly na úpravu formální stránky řeči, tedy výslovnosti. Dnešní logopedická praxe upřednostňuje jazykovou rovinu pragmatickou před dříve povyšovanou rovinou fonetickou. Na pragmatické schopnosti a jejich významu pro komunikaci upozornil až Lechta a psychologka

Kastelová. Podle tvrzení Mikulajové (2009), která uvádí, že moderní terapie narušeného vývoje řeči je zakotvena v sociopragmatickém přístupu. Z toho vyplývá, že interakce dítěte s dospělými bývá základem pro vývoj správné řeči.

Mikulajová, (2009, s. 129) dále uvádí, že „*obsah a metody stimulace jsou rozhodujícím činitelem učení, které by mělo jít – slovy Vygotského (2004) – Krok před spontánním vývojem, v tzv. zóně nejbližšího vývoje*“.

To znamená, že co dítě ještě není schopno zvládnout samo, může zvládnout s dopomocí dospělého. Učení má jít krok před spontánním vývojem. Tento postup je méně direktivní a klade větší důraz na to, aby dítě aktivněji komunikovalo. Terapie probíhá v prostředí, které dítě zná a cítí se v něm dobře, za použití hry a aktivit, kterým je dítě schopno porozumět. Logoped do těchto aktivit vstupuje s žádoucími komunikačními činnostmi a intervenčními strategiemi (Mikulajová, 2009; Vitásková, 2005; Škodová, Jedlička 2007).

Logopedická terapie je učení, které je řízeno a usměrňováno pod dohledem klinického logopeda. Terapie může být zaměřena (dle Dvořáka, 1998) kauzálně, symptomaticky a celostně.

- **Kauzální terapie** se zaměřuje na příčiny NKS a snaží se je odstranit. Ovšem ne, pokud příčina je mentální retardace, nebo dětská mozková obrna.
- **Symptomatická terapie** se používá v případech neidentifikovatelné etiologie NKS, například koktavost.
- **Holistické zaměření** ve smyslu na celého člověka s NKS, také i na jednotlivé součásti terapie.

## 5.1 Metody a cíle terapie

Při terapii se zaměřujeme na rozvoj všech problematických oblastí, kterými děti s vývojovou dysfázií trpí. Rozvíjíme jednotlivé schopnosti a dovednosti a snažíme se především o jejich správnou fixaci, zapamatování. Na začátku každé terapie je nutné vykonat vstupní vyšetření, shromáždit zprávy z

vyšetření od dalších odborníků, kteří stanovili diagnózu a zvolit obecný postup a metody s kterými budeme postupně cvičit.

Cílem je zvýšení slovní zásoby, aktivní i pasivní, zvládnout spojování slov, rozvinout gramatické struktury a korekci dysgramatizmů a reedukaci výslovnosti. Dítě by se mělo naučit vyjadřovat správně a srozumitelně s určitým jazykovým citem. K dalšímu kroku přistupujeme až po upevnění předchozího (Kutálková, 2002).

### **5.1.1 Obecné metody terapie (podle Kutálkové, 2002)**

- **Respektování stupně vývoje řeči a zájmu dítěte** - respekt k vývojové etapě je bezpodmínečně nutný. Velmi vhodná je metoda malých kroků, která dítěti přináší pocit úspěšnosti, nestresuje a odstraňuje bloky ve sdělovacím procesu. Etapy můžeme zkracovat s ohledem na již vzniklé pokroky, ale nemůžeme je přeskakovat. Přeskočením jedné etapy např. od slov a krátkých vět rovnou k říkankám i přesto, že dítě nemá vybudovanou dostatečnou slovní paměť, může způsobit blok z důvodu neschopnosti dítěte požadavek splnit.
- **Pochvala jako motivace a biologický princip učení** - řeč je pro dítě s vývojovou dysfázií velký výkon, který je vždy obtížný a neúspěšný. Zažít úspěch a mít dobrý pocit z konverzace je velmi důležitý, proto je důležité dítě podporovat slovní pochvalou a motivovat k dalším pokusům. Psychologické dopady stresu doprovázející neúspěch v řeči ovlivňují zapamatování si slov. Proto se snažíme upozorňovat na ty podmínky, které jsou pro správnou výslovnost důležité, protože se pevně ukládají do paměti. Podněty, na které neupozorníme, se uloží do krátkodobé paměti a pamětní stopy se rychle rozpadají (Kutálková, 2002).
- **Napodobovací reflex a jeho využívání v běžné řeči** - kontrolujeme porozumění obsahu slova, vět a pokynů. Po určitou dobu podporujeme napodobování jako přirozený způsob osvojení si nových informací. Po zvládnutí

napodobení přistupujeme k cílenému, vědomému cvičení metodou malých kroků.

- **Podpora mluvního apetitu bez ohledu na výslovnost** - obsah řeči má přednost před správnou artikulací. Teprve po rozvinutí mluvního apetitu lze používat zásady řízení fyziologického vývoje řeči. Vědomá a cílená úprava artikulace je možná až v době, kdy se u dítěte na maximum rozvine obsahová stránka řeči. Reedukace výslovnosti nastupuje většinou okolo šesti let věku dítěte.
- **Tři etapy osvojení nového výrazu** - první etapa - akustická informace (zvuk, slabika, slovo, věta) plus předmět, pohyb (gesto, výraz obličeje) později i text. Druhá etapa - dítě identifikuje odpověď mezi několika možnostmi. Třetí etapa - dítě na požádání odpoví slabikou, slovem, větou.
- **Metoda malých kroků** - schopnost rozložit si úkoly na malé a snadno splnitelné. Důležité je, vědomí, že jakkoli těžký úkol, je možné zvládnout při této metodě usnadnění. Stoupající náročnost zprostředkuje dítěti opakovaně jistý řád a vědomí návaznosti.
- **Využití výrazné mimiky a gestikulace** - mimika a gestikulace usnadňuje porozumět slovním informacím.
- **Stereotypy** - usnadňují správné zapamatování. Každá nová položka v nácvičku se nacvičuje pomocí modelových situací. Volí se typové či modelové věty. Nejdříve nacvičujeme otázku a odpověď, dále zkusíme dvě různé otázky, které jsou už fixované - dítě volí příslušnou variantu. Volíme vhodné obměny základních prvků a nakonec kombinujeme různé obměny základních prvků.

### 5.1.2 Cíle terapie v jednotlivých stádiích vývoje řeči

Cílem terapie je eliminovat, zmírnit nebo zcela překonat narušenou komunikační schopnost. Terapií napomáháme dítěti správně mluvit, vyslovovat a používat řeč. Terapie je zaměřená na různá stadia řeči, ve kterém se dítě nachází. Základním cílem je vyjádření objektů a vztahů jednoslovnými větami a vyjádřením vztahů mezi objekty. Spojení obsahových kategorií s vyjádřením

vztahů pomocí rozvinutých vět s přísudkovou částí. Schopnost vyjádřit vztah mezi událostmi s pomocí souvětí bez použití spojovacích výrazů. Vyjádřit vztah mezi událostmi pomocí vedlejších vět. Narativa. Jazykově deskriptivní vývojový model, který popisuje prekurzory vývoje řeči a sedm vývojových stadií dle Laheyové (Lechta a kol., 2002).

## **5.2 Terapeutické postupy u vývojové dysfázie**

Rozvíjení jednotlivých dovedností nejde provádět odděleně, protože vývoj schopností dítěte s vývojovou dysfázií je nerovnoměrný a individuální. Proto je potřeba kombinovat všechny složky tak, aby dítě mohlo co nejvíce využít toho, co již umí (Škodová, Jedlička a kol., 2003, 2007).

Dle Škodové (2003, 2007) rozvíjíme tyto oblasti:

### **Zrakové vnímání**

Z hlediska vývoje zraku nejdříve dozrává schopnost rozlišení směru nahoru-dolů, později pak vpravo-vlevo. Zralost zrakové percepce je velmi důležitá pro nácvik čtení a psaní. Uvedená porucha není závislá na zrakovém analyzátoru, ale na centrálním zpracování příslušného vjemu (Vágnerová, 1997). V současné době je na trhu dostatek metodických příruček k nácviku zrakové percepce.

### **Sluchové vnímání**

Pro zlepšení sluchové percepce využíváme nejrůznější typy sluchových cvičení, které se používají u dětí s vadou sluchu. Používá se např. sluchové pexeso, dítě dostane kostku s různým vnitřním obsahem do rukou a logoped druhou, stejně vybavenou kostkou vydává zvuk, dítě musí uhodnout, jestli je zvuk shodný u obou kostek. Základní sluchová percepce mluvené řeči se nacvičuje pomocí jednoduchých zvukových vzorců. Je potřeba, aby dítě dokázalo od sebe oddělit dvě rozlišné souhlásky, nebo samohlásky.



### **Rozvíjení myšlení**

Děti s poruchami řeči mají výrazně nerovnoměrné rozložení jednotlivých schopností a úroveň mezi složkou verbální a neverbální je hluboce nevyvážená. Verbální faktor je výrazně opožděný k ostatním složkám intelektu. Při nesprávné stimulaci řeči nebo preferenci správnosti řeči po formální stránce před obsahovou stránkou, která rozvíjí myšlení, se mohou zhoršovat i rozumové schopnosti dětí. S adekvátním rozvojem obsahové stránky řeči dítěte se zlepšuje i jeho intelekt. Proto je při terapii velmi důležité rozvíjet všechny složky řeči, především té obsahové, která je důležitá při rozvoji intelektu a myšlení.

### **Rozvíjení paměti a pozornosti**

Terapeutické postupy volíme podle individuálních potřeb dítěte, podle jeho schopnosti se soustředit, odolnosti proti rušivým vlivům, schopnost adaptace na nové podněty. Cvičení pozornosti zařazujeme do všech složek terapeutických postupů, postupy a činnosti neustále opakujeme, protože pravidelné opakování má pro dysfatické dítě a jeho rozvoj klíčový význam.

### **Rozvíjení motoriky**

Hrubá a jemná motorika je úzce spjatá s mluveným projevem. Děti s vývojovou dysfázií jsou nekoordinované, projevují se motorickým neklidem a je velmi časté, že si v předškolním věku neumí rozepnout a zapnout knoflíky, zip, zavázat tkaničky u bot. Velké problémy jim také dělá skok snožmo, skákání po jedné noze, nácvik plavání, míčové hry. Proto je nutné tyto aktivity v rámci terapie nacvičovat a pravidelně opakovat.

### **Rozvíjení schopnosti orientace**

Děti s vývojovou dysfázií nedovedou umístit jednotlivé prvky na příslušné místo ani v kresbě, ani v prostoru. Cvičení pravo-levé orientace, orientace nahoru-dolů je možné procvičovat ve skupinové nebo individuální terapii. Děti

procvičují vnímání a chápání časových a prostorových vztahů, časových úseků a procvičování orientace na obrázku.

### **Rozvíjení grafomotoriky**

Kreslení je činností značně náročnou, děti s vývojovou dysfázií kreslí špatně a nerady. Mají špatné držení tužky v ruce, nedaří se jim obkreslování a sami neumí vytvořit žádný obrázek, proto při nácviu kresby postupujeme bez nátlaku. Zvláště těžké je pro dysfaticky vytvoření si pracovního postupu. Při nácviu nejdříve zkusíme kreslit kruh, čárku, vlnku, následně pak přidáváme další kombinace. Z více kruhů nakreslíme sněhuláka, z kruhu a čárky sluníčko apod. Vhodné je také využití velké plochy papíru, kdy dítě sedí na zemi a kreslí uvolněnou rukou.

### **Rozvíjení řeči**

Mezinárodní klasifikace nemocí dělí dysfázii na motorickou a senzickou. U motorické dysfázie je řeč tvořena těžkopádně, převládá malý mluvní apetit, aktivní slovník je nižší než úroveň rozumění slovům a větám, dítě dává přednost neverbální komunikaci před verbální. Dysfázie senzická se vyznačuje především špatným porozuměním mluvené řeči, rozuměním slovům a jejich obsahu, děti mají poruchy sluchové a krátkodobé paměti.

*“Konkrétní terapeutické postupy jsou pak obsahově i časově přizpůsobovány konkrétnímu dítěti podle jeho individuálních schopností a dovedností. V nemalé míře jsou úspěch terapie i doba potřebná k jeho dosažení závislé na odborné erudici i osobních vlastnostech a schopnostech konkrétního klinického logopeda. U dětí s vývojovou dysfázií probíhá terapie komunikačních schopností individuálně i v malé skupince. Nejčastější formou v naší klinické logopedii je ambulantní individuální logopedická péče” (Škodová, Jedlička, 2003, 2007, s. 133).*

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 6. Cíl práce

V praktické části bakalářské práce jsme se věnovali problematice opožďení ve všech oblastech, které vývojová dysfázie způsobuje. Naším cílem bylo zaměřit se na terapie u dětí s vývojovou dysfázií pomocí námi vytvořené logopedické pomůcky, která by dětem pomáhala v oblasti orientace v prostoru, paměti, představivosti, pozornosti a následnému rozvoji mluvního apetitu. Bylo třeba vytvořit pomůcku, která by dítě zaujala, nebyla složitá k pochopení a především vzbudila zájem. Většina dětí s vývojovou dysfázií má problém nakreslit postavu. Kresba postavy je jedna z důležitých diagnostických vodítek a zvládnutí kresby postavy je také jeden z předpokladu školní zralosti. Vytvořili jsme papírovou postavu člověka, v životní velikosti, která se skládá z několika dílů. Konkrétní části postavy jsme přikládali dítěti na tělo tak, aby pochopilo spojitost těla skutečného s tělem nakresleným. Dítě jsme motivovali části těla pojmenovat a určit jejich správné místo, což je pro děti s vývojovou dysfázií velmi náročné. Musejí vykazat trpělivost, představivost, jemnou motoriku, pozornost a paměť. Po zapamatování si správného složení postavy jsme chtěli dalším procvičováním zjistit, zdali je dítě schopno kreslit postavu samo a správně. Jde nám především o zapamatování si konkrétních částí těla.

### 6.1 Charakteristika souboru

Sledovaný vzorek tvoří předškolní děti s diagnostikou vývojová dysfázie, nebo těžce narušený vývoj řeči. Měli jsme možnost s naší pomůckou pracovat na kolektivních logopedických kroužcích v soukromé klinice v Praze. Děti, u kterých jsme vypracovali případovou studii, byly vybrány náhodně dle stanovené diagnózy. V rámci terapeutických kroužků, jsme zjišťovali zájem o logopedickou pomůcku “Pepa” a hlavně její využití v praxi.

## 6.2 Metody a techniky průzkumu

K získání potřebných informací a ke splnění stanového cíle byly použity následující testové metody:

- rozhovor s rodiči
- případová studie
- test Ozeretzského
- test aktivní mimické psychomotoriky dle Kwinta
- konzultace s logopedem
- pozorování terapie v praxi

Ke zpracování kazuistiky jsme použili metodu rozhovoru s rodiči. Anamnestické údaje o dítěti jsme zpracovali se souhlasem obou rodičů, jména dětí jsou pozmeněny. Žádost, o umožnění k nahlédnutí do osobní dokumentace dítěte , je přiložena v příloze.

Při pozorování v praxi jsme používali vlastnoručně vyrobenou logopedickou pomůcku postavy člověka, která měla dětem pomoci s uvědoměním si nejen vlastního těla, ale také těla druhého člověka, správně určit, kde se nacházejí např. uši, nos, krk, tělo, nohy. Požadovat po dítěti jeho správné sestavení a využít ho k vysvětlování si co k čemu slouží a proč a podpoře mluvené formy řeči.

K určení problému v oblasti motoriky jsme využili diagnostický materiál – test Ozeretzského (1973), který mapuje úroveň motoriky daného jednotlivce, a test aktivní mimické psychomotoriky dle Kwinta (Böhme, 1972). Tyto testy však nejsou standardizovány na českou populaci. Dosažené výsledky však můžeme využít jako inspiraci pro následnou terapii.

## 6.3 Kazuistika Oliver

Pohlaví - muž

Narozen - 2006

Diagnóza - vývojová dysfázie

### Osobní anamnéza a popis sociálního prostředí

Chlapec z první gravidity, těhotenství bez komplikací. Porod v termínu, spontánně, záhlavím, lehce přidušen pupečnickovou šňůrou. Psychomotorický vývoj opožděn o tři měsíce od prvního “pasení koníčků”, plazení v 8. měsíci, chůze v 14,5 měsíci. Vývoj řeči - první slovo “tata” kolem roku, pak přestal žvatlat úplně, mimořádně se ještě objevovalo “bác”, kolem 13. měsíce otázka “co je to?” pak přestal mluvit úplně. Další slova se začaly objevovat kolem 4. roku života, řeč plynulá, nesrozumitelná, novotvary, komolení slov, záměny hlásek.

**Onemocnění** - běžné dětské nachlazení nosu a dutin, alergie žádné, úrazy hlavy běžné, chlapec trpěl tři roky střevní zácpou, hospitalizován v nemocnici, zácpa však vymizela sama. Operace pupeční kýly a hydrokély v šestém roce života.

**Nástup do předškolního vzdělávání** - chlapec navštěvoval jesle od 2,5 let, matka ho po půlroce ze školky vzala pryč, chlapec kolektiv snášel špatně, celou dobu brečel. Mateřskou školku navštěvuje od 3,4 let s pomocí asistenta, IVP. Školu zvládal zpočátku velmi špatně, nesnášel kolektiv dětí, nebyl schopen být v jedné místnosti s ostatními dětmi, při dětském křiku pláče, zacpává si uši, utíká, křičí, hází s věcmi. Situace se během několika měsíců uklidňuje, chlapec si zvyká a přizpůsobuje se. V současné době začíná komunikovat nejdříve pomocí zalaminovaných obrázků, používá komunikační knihu a strukturování dne i pomocí tabule. Chlapec začíná používat více slov, rozšiřuje si slovní zásobu, snaží se komunikovat s dětmi, připojuje se k jejich hrám. Osobní hygienu zvládá sám,

sám se nají a obleče. Ještě trochu citlivý při odchodu rodičů ze školky a při pláči menších dětí, ale vzhledem k tomu, že stejnou školku začala navštěvovat jeho sestra, zvládá ostatní situace klidněji. V péči logopeda, foniatra, psychologa. Navštěvuje kurzy grafomotoriky, speciálního pedagoga pro předškolní vzdělávání.

### **Rodinná anamnéza**

**Matka:** narozena 1977, středoškolské vzdělání ukončené maturitou, pracovala jako finanční účetní, nyní na rodičovské dovolené, v dětství bez potíží řeči, zdráva.

**Otec:** narozen 1972, vysokoškolské vzdělání ekonomického směru, pracuje jako finanční poradce, v dětství bez potíží řeči, zdrav. Rodina úplná a funkční, otec se zúčastňuje většiny vyšetření, jeden sourozenec - děvče, zdravá.

**Diagnostikován** - ve 3 letech v APLA Praha pro podezření pediatričky na autismus. Tato diagnóza byla zde potvrzena jako atypický autismus F 84.5, středně těžká symptomatika, vývojová dysfázie (expresivní, receptivní), porucha neverbální komunikace, omezená schopnost imitace, minimální zájem o vrstevníky, emoční instabilita, sociální dovednosti na úrovni 18 měsíců MV.

### **Logopedické vyšetření**

#### **Oliver 6 let**

**Vyšetření mluvidel** - v normě, chrup mléčný, úplný, podjazyková uzdička volná, patro měkké pohyblivé.

**Orientační vyšetření sluchu** - v normě, šepot bez možnosti odezírání, na obě strany.

**Spolupráce** - chlapec velmi dobře a ochotně spolupracuje, přednesené úkoly ho zajímají. Na logopedii dochází jednou za měsíc, navštěvuje grafomotorickou přípravu, správného úchopu tužky. Ve školce s pomocí asistentky procvičuje úkoly zadané z logopedie. V mateřské školce předškolní přípravu zvládá.

**Percepční složka řeči** - stále vázne v případě složitějších a rychlých pokynů, které chlapec hůře zvládá. Při pomalejším tempu rozumí.

**Expresivní složka řeči** - věty jsou rozvítené max. 6 slov, při vyprávění udrží dějovou linii. Syntakticky přetrvává záměna nebo elize předložek, elize zvratných zájmen a výjimečně slovesa "být", chybné skloňování plurálu podstatných jmen. Komolení slov pouze na slova náročná nebo neznámá, na logopedii nenacvičovaná.

**Výslovnost** - výrazná paralálie, rotacismus a rotacismus bohemicus.

**Sluchová percepce** - hraniční dle testu fonemického sluchu. Zvládá analýzu pětislabičných slov na slabiky.

**Verbálně-akustická paměť** - správně zopakuje větu krátkou o šesti slovech. Při reprodukci delší věty, komolí, přehazuje slovosled a vynechává některé slova.

**Motorika a grafomotorika** - snížená úroveň jemné motoriky, tužku drží správně díky grafomotorickým kurzům, které navštěvuje, linie jsou neroztřesené, tlak na tužku přiměřený. Byl zaznamenán výrazný pokrok v kresbě, chlapec nejdříve maloval jen sluníčka, později přidával tramvaje, vlaky, autobusy, dům. Postava odpovídá pěti letům.

**Zraková percepce** - dokáže diferencovat rozdílné tvary, hledá rozdíl v obrázcích, většinou bez chyb.

**Prostorová a pravo-levá orientace** - orientaci na těle zvládá, pravou a levou ruku, či nohu určí, pokud má čas na ujasnění si strany. Většinou správně.

**Lateralita** - pravorukost, dominuje levé oko a pravá noha.

**Úroveň znalostí** - určí základní barvy i odstíny, početní řada do 50. Porovnání počtu chápe, učí se sám sčítání a odečítání.

## **Psychologické vyšetření**

### **Oliver 3 roky**

Ve třech letech na základě psychologického vyšetření stanovená diagnóza atypický autismus, se středně těžkou symptomatikou. Patrný je postupující vývoj schopností v jednotlivých oblastech. Vývojové potíže v diagnosticky významných

oblastech: schopnost navazovat adekvátní sociální kontakt (menší zájem o sociální kontakt zejména s vrstevníky, pasivita, známky sociální dezinhibice, celkově nepřiměřený sociální kontakt, omezená schopnost spolupráce, sporné využívání sociálních dovedností). Významně je narušena oblast komunikace (nerozvinuta expresivní řeč, porucha receptivní složky řeči, snížená schopnost neverbálně komunikovat). Omezena schopnost imitace. Zájmy a hra jsou omezené v repertoáru, stereotypní, převažuje lokomoční a autostimulačně zraková hra. Emoční instabilita, afektivní záchvaty vzteky, hůře odklonitelné. Vývoj psychomotorických dovedností je výrazně nerovnoměrný, aktuálně v pásmu cca 8-30 měsíců mentálního věku, pásmo lehkého mentálního opoždění. Funkčně je vzhledem k autismu míra postižení srovnatelná se středně těžkou mentální retardací. Dítě potřebuje speciální pedagogickou péči, stálý dohled a pomoc.

### **Kontrolní psychologické vyšetření po roce**

#### **Oliver 4 roky**

Na základě psychologického vyšetření potvrzena diagnóza atypický autismus, aktuálně vysoce funkční, s velmi mírnou symptomatikou. Dif.dg. do budoucna zvažujeme těžkou vývojovou poruchu řeči. Dle sociálního chování převažuje pasivní typ navazování interakce. Přítomna výrazná vývojová porucha řeči, dominující v expresivní složce. Současný aktivní slovník čítá cca deset slov. V komunikaci chlapec začíná hojně používat gestikulaci. V mnoha oblastech vývoje je zřejmý pozitivní posun (imitace, sebeobsluha, pracovní chování, oblast hrubé i jemné motoriky). Zlepšení v oblasti vizuální i motorické nápodoby, mnohé aktivity provázené radostí z interakce. Úkoly plní ochotně, nechá se vést druhou osobou. Současně přetrvávají známky egocentrismu v myšlení, ulpívavou, zohledňuje více své motivy a zájmy. Hra a zájmy stále omezené v repertoáru, stereotypní. Převažuje solitární aktivita i v kolektivu vrstevníků, spontánně se do společných činností nezapojí, pouze pod vedením dospělé osoby. V oblasti navazování sociálních vztahů přetrvává pasivita. Změny v rámci školky provázeny nervozitou, občas pláčem. Objevují se potíže v oblasti pozornosti, do



budoucná možná rozvoj poruchy pozornosti. Vývoj psychomotorických dovedností je stále značně nerovnoměrný, aktuálně v pásmu cca 18 - 48 měsíců mentálního věku. Těžká porucha komunikace, úroveň vyjadřování 15 - 18 měsíců mentálního věku, velmi dobrá úroveň abstraktně vizuální myšlení, pohybuje se v pásmu průměru. Dítě potřebuje speciální pedagogickou péči, zvýšený dohled a pomoc.

Matka nesouhlasila s diagnózou atypický autismus, ke kterému se neustále v asociaci APLA přiklání. Proto navštívila psycholožku Krejčířovou Danu PhDr. v Thomayerově nemocnici. Oliverovi bylo 5,7 let při psychologickém vyšetření.

### **Zpráva o psychologickém vyšetření, diferenciální diagnostika**

Expresivní vývojová dysfázie u chlapce s celkově dobrou kognitivní kapacitou, schopnost slovního i neverbálního porozumění a úsudku v normě pro věk, dílčí specifické oslabení zachycujeme v oblasti sluchové mechanické paměti a v oblasti jemné motorické koordinace a grafomotoriky. Povahově úzkostnější, vnitřně nejistý a celkově spíše inhibovaný, zvýšeně stydlivý, klidnější temperament, jeho sociální a komunikační dovednosti jsou ale zcela přiměřené věku, bez kvalitativních abnormit (poruchu autistického spektra tedy nepotvrzujeme).

### **Souhrn získaných výsledků z terapie**

Analýzou dokumentů jsme zjistili deficity ve všech oblastech vývoje. Klademe tedy důraz na celkový rozvoj dítěte a jeho komplexní terapii. Terapii je nutno zaměřit na rozvoj sluchové percepce, grafomotorických schopností, jemnou motoriku mluvidel, rozvoj myšlení, paměti a schopnost orientace. Dále je potřeba se zaměřovat na komplexní rozvoj verbálních i neverbálních dovedností. Vzhledem k možnosti poruchy pozornosti je nutno častější střídání činností. Zaměřili jsme se na vyšetření aktivní mimické psychomotoriky dle Kwinta, které bylo v normě, zvládal úkoly pro šestileté dítě. Vyšetření jemné motoriky dle testu Ozeretského bylo v normě, zvládal všechny požadované pokyny.

Provedli jsme zkoušku sestavení postavy “Pepa”. Chlapec se bez potíží orientoval na těle, odpovídal na dané otázky, např. k čemu slouží ruce, k čemu nohy. Zkoušeli jsme dát krk a nohu na špatné místo, chlapec ihned zareagoval a vrátil na původní, správné místo. Dokázal pak popsat své vlastní tělo a následně jsme si ho namalovali. Rozestavění daných partií zvládal dobře, obrázek pak nakreslil správně. Původně mu dělalo problém nakreslit krk, ramena. Na dané pomůcce jsme si dané části ukazovali a vysvětlovali. Po několika terapeutických testech s postavou “Pepa” přestal krk a ramena při kresbě vynechávat a automaticky ho začal dokreslovat i do nedoplněného obrázku.

### **6.3.1 Závěrečné šetření**

Chlapec od první diagnózy, která zněla velmi závažně, vykazuje výrazné zlepšení. Ačkoli výsledky stále neodpovídají věkové normě, dá se předpokládat, že při péči, které se mu dostává od matky, různých terapeutů a v mateřské školce pomocí osobní asistentky, dojde k vyrovnání psychomotorického vývoje. Současně můžeme předpokládat, že může dojít k rozvoji specifických poruch učení. Chlapec by měl nastoupit do první třídy běžné základní školy v Praze 1, ve které jsou na práci s jedinci s DYS poruchami připraveni a vybaveni speciálními pomůckami. V případě, že bude školní vzdělávání zvládat s obtížemi, bychom matce navrhovali pomoc osobního asistenta. Spolupráce rodiny je skoro nutností, aby se chlapec správně i sociálně vyvíjel. Chlapec pravidelně dochází ke klinickému logopedovi, se kterým matka spolupracuje, navštěvuje kurzy grafomotoriky, předškolního vzdělávání. S další terapií pomocí pomůcky “Pepa” matka souhlasí, vidí změnu v kresbě a pokrok v orientaci na těle. Bude ji procvičovat s dítětem sama. V následujících měsících ho čeká tříměsíční pobyt ve foniatrickém stacionáři v Praze 2, kde bude pod stálým dohledem foniatrů, logopedů a speciálních pedagogů, než nastoupí do první třídy. Vzhledem k péči rodiny a pravidelných návštěv všech odborných terapií soudíme, že jeho šance na vyrovnání rozdílů jsou velmi dobré.

## 6.4 Kazuistika Alex

Pohlaví - muž

Narozen - 2008

Diagnóza - narušený vývoj řeči, ADHD, porucha chování

### **Osobní anamnéza a popis sociálního prostředí**

Chlapec z druhé gravidity, těhotenství bylo ukončeno v 9. měsíci. Matka podstoupila v 6. měsíci cerkláž děložního hrdla pod celkovou narkózou. Narkóza trvala 20 minut. Porod proběhl v termínu, spontánně, záhlavím. Psychomotorický vývoj lehce opožděn, plazení v 7. měsíci, sed v 8. měsíci, v 10. měsíci se začal stavět. Chůze v 14. - 15. měsíci. Vývoj řeči - žvatlací období měl kolem 7. měsíce, v 8. měsíci říká slovo "ta-ta", první slova však začal říkat až ve 2,5 letech. Když na něj matka mluvila, vnímal ji a rozuměl. Když chtěl něco ukázat nebo podat, žádal o to křičením "íííí". Řeč byla nesrozumitelná, nevytvořil větu o dvou slovech, souvětí, slova si upravoval podle sebe, když slovu nerozuměl, odpovídal na něco jiného.

**Onemocnění** - od raného dětství alergie vyvolávané některými potravinami, atopický ekzém. Chlapec se do dnešní doby (4 roky) při nočním spánku pomočuje. Dvakrát prodělal náběh na zápal plic, záněty průdušek, ve 4. roku života užíval antibiotické léky každý měsíc.

**Nástup do předškolního vzdělávání** - ve 3 letech začal navštěvovat státní mateřskou školku, do kolektivu se začlenil bez problémů, podle učitelky si ale stále hraje sám s autem, protože nedokáže komunikovat se stejně starými dětmi, i přesto, že by si s nimi rád hrál, jeho hra je většinou osamocená. Učitelka mu musí pomoci v navázání kontaktu s dětmi, pak je schopen si s nimi chvíli hrát. Umí říct básničku, písničku, trvá mu ale delší čas, než se ji naučí. Nakonec si ji upraví podle sebe. Osobní hygienu nezvládá sám, je potřeba mu stále pomoci, na záchod

si sám dojde, sám se nají, ale neobleče. V péči logopeda, foniatra, psychologa, neurologa. Navštěvuje psychoterapeuta.

**Diagnostikován** - v roce 2011 (ve 4 letech) kdy si matka povšimla problému v jeho chování, porozumění řeči a pozornosti. Na popud okolí a rodiny navštívila dětského psychologa, který diagnostikoval narušení vývoje řeči. Matka byla stále svou pediatričkou ujišťována, že chlapec je v pořádku, proto nehledala odbornou pomoc dříve. Na preventivní tříleté prohlídce u pediatra byla znovu ujištěna, že je v pořádku, jen mírně opožděn. Matka si však povšimla, že ukazoval jen to, co ho při vyšetření zaujalo, např. téma letadla, auta. Barvy rozeznal, ale neudělal, o co ho pediatrička požádala. Pokud pokynu nerozuměl, položil ruce na zem před nohy. Měl problémy s vyprazdňováním, při stresu se schovával a vyprazdňoval se do slipů.

### **Rodinná anamnéza**

**Matka:** narozena 1986, střední odborné učiliště, vyučena kadeřnicí, nyní pracuje jako pedikérka, v dětství bez potíží řeči, zdráva.

**Otec:** narozen 1983, střední odborné učiliště, vyučen elektrikář, nyní řidič v Mezinárodní kamionové dopravě, v dětství bez potíží, zdrav. Rodina úplná a funkční, otec od roku 2011 pracuje několik týdnů mimo domov, matka tvrdí, že při návratu otce po delší době si syn určitou dobu zvyká na jeho přítomnost, sourozenci žádní.

### **Psychologické vyšetření**

#### **Alex 3,4 let**

Řečový vývoj byl opožděný, dosud mluví hůř, teprve nedávno začal tvořit krátké věty. Tělesnou hygienu zatím neudrží, na noc má pleny. Od narození měl cca do 2 let problémy se spánkem, dlouho usínal, často se budil, nyní spí s matkou, je klidnější. Trpí atopickým ekzémem. Předškolní zařízení nenavštěvuje, nebyl přijat, je doma s matkou. Rád jezdí na odrážedle, leze na prolézačky. Je

neklidný, neposedný, tvrdohlavý, vzteká se. Od 6 měsíců nespí po obědě, je stále v pohybu. Zlozvyky - žmoulá si vlasy, informační papírky k praní na oblečení. Vyrůstá v úplné, harmonické rodině, když rodiče zvýší hlas, křičí "ticho". Rodina se 3x stěhovala, na změnu místa reagoval pokakáváním, schovával se přitom za nábytek. Někdy se sám vykaká do nočníku. Oba rodiče jsou vyučeni, matka se hodnotí jako cholerická, otec je klidný. Sourozence chlapec nemá. Psychomotorická instabilita v chování, hyperaktivní s poruchou pozornosti, negativistický. Kontakt navazuje, ale spolupráce je náročnější. Klade stále otázku "co to je?", nečeká na odpověď. Na otázky nereaguje, jakoby je nevnímal, neodpoví například na otázku, jak se jmenuje, jestli je kluk nebo holka, dle slov matky na tyto otázky umí odpovědět. Řečový projev je dyslalický, dysgramatický. Z úkolů pro 3 roky postaví most z kostek, obkreslí kruh a napodobí kolmou čáru. Z požadovaných deseti obrázků jich pojmenuje osm. Při navlékání korálků je pomalý a neobratný, ve zkoušce paměti na obrázky nespolupracuje. Výkonnost je negativně ovlivňována slabou práceschopností a spoluprací. Mezi vrstevníky se zapojí, je vůdčí typ. Při oblékání potřebuje pomoc dospělého, při jídle a pití je samostatný. Počítá v číselné řadě do desíti, číslo osm vynechává. Třídí podle barev a tvaru.

Aktuální úroveň psychomotorického vývoje chlapec odpovídá pásmu širšího průměru, vývoj se jeví poněkud nerovnoměrný. Klinické projevy i některé testové výsledky nevylučují možnost ADHD, vhodné nadále sledovat.

## **Neurologické vyšetření**

### **Alex 4,5let**

Na psychologické vyšetření dochází každého půl roku od 3 let, hodnocen jako ADHD, udává bolesti hlavy a břicha, často unavený, prakticky denně, snad půl roku, nyní při Eye Q lepší. Spí celou noc, probudí se někdy pomočený, asi před 3-4 měsíci měl noční děsy, nyní už ne. Užívá slova, tvoří holé věty, nerozumí dobře řečenému, nepojmenuje dobře předměty, spíše opisem. Básničku se naučí, ale složitě. Pleny běžně, suché období max. měsíc, noční enuréza kolísavě

vyjádřené, na nefrologickém vyšetření nebyl, pomočování prakticky každou noc. Snaží se spolupracovat, místy imponuje, že nerozumí pokynům, ale předvedené napodobí (taxe, diadocho), na MN bez ložiskových změn, stojí II Romberg neg, chůze na špicích, patách, dřep umí, po jedné noze poskočí, chůze II bez odchylky, napínací neg, břišní živé, cítí dotykové, vibrační i tepelné správné. EEG z 29.10.2012 graf s vzhledem k věku vyzrálou ZA, bez ložiska, bez epi PA. Diagnóza - postižení receptivní složky řeči, dochází na psychologii, nově i na logopedii, obj. neurologické některé pokyny nutno předvést, pak napodobí, bez ložiska nálezu, EEG vide supra, autistické prvky?

### **Logopedické vyšetření**

**Alex 4,6 let**

**Vyšetření mluvidel - bez nálezu**

**Orientační vyšetření sluchu** - stav sluchu orientační zkouškou šepotem a hlasitou řečí nelze provést pro omezenou expresi a negativní postoj k opakování slov.

**Spolupráce** - zpočátku neochotný, po chvíli se adaptuje. Kontakt navazuje dobře. Před každou výzvou začne hovořit o jiných věcech, ulpívá na hovoru pro něj zajímavém, nerad se přeorientovává na vyšetřujícího, po opakované výzvě se snaží úkol dokončit. U činnosti vydrží krátce, vyžaduje časté střídání činnosti a výraznou motivaci i ze strany rodičů.

**Percepční složka řeči** - porozumění řeči na úrovni slov dobré, ukáže požadované předměty, naznačí, k čemu se používají. Porozumění na úrovni vět nedostatečné, při složitějších instrukcích váhá a odpovídá na něco jiného.

**Expresivní složka řeči** - vyjadřuje se ve větách, které nedávají vždy smysl. Věty jsou tvořeny čtyřmi, pěti slovy. Hovoří rád a hodně, ale informační hodnota je žádná. Pohádky v televizi sleduje, básničky umí zopakovat jen s pomocí, jinak si je upravuje po svém. O konverzaci se pokouší.

**Výslovnost** - artikulačně obratný, vokály zvládá všechny.

**Verbálně-akustická paměť** - správně zopakuje větu krátkou o pěti slovech. Při reprodukci delší věty, nechce opakovat, komolí, přehazuje slovosled a vynechává některé slova.

**Vyšetření podle Kwinta** - pro věk 4 - 5 nezvládá zdvižení obočí, lehké přivření očí. Vyšetření motoriky podle Ozeretzského nezvládá přeskok přes překážku dozadu, hod míčem na cíl, obkreslení geometrických tvarů podle předlohy, nakreslit figuru a dům, sepnout ruce a kroužit s palci.

**Zraková percepce** - nerozvinuta, potíže při diferenciaci podobných obrázků, hledání rozdílů nechápe.

**Prostorová a pravo-levá orientace** - orientaci na těle zvládá, pravou a levou ruku, či nohu neukáže.

**Lateralita** - stále nevyhraněná, většinou upřednostňuje levou ruku, matka ho přeučovala na pravou, noha pravá, oko levé.

**Úroveň znalostí** - s obtížemi přiřadí dvojice obrázků, nechápe předložky nad, pod, vedle, na, barvy třídí, počítá na prstech do sedmi. Na výzvu co létá, jezdí, plave, ukáže s řízenou pomocí.

### **Souhrn získaných výsledků z terapie**

Chlapec je méně sociálně vyzrálý než jeho vrstevníci. Emoční stránka je přiměřeně rozvinuta, intelektové schopnosti se jeví v pásmu širší normy. K mluvené formě řeči nebyl chlapec nucen. Zaměřovali jsme se na pasivní rozvoj slovní zásoby, porozumění vět, rozvoj myšlení, rozvoj sluchové a zrakové percepce, diferenciaci a jemné motoriky. Jemnou motoriku jsme procvičovali na manipulaci s malými předměty, rozvíjeli grafomotoriku a správné držení tužky. K terapii jsme využili logopedické pexeso, Šimonovy pracovní listy, dětské knihy, obrázkové kartičky, pomůcky na rozvoj logického myšlení. Během terapie si sám začal hrát situační hry. Mluvní projev je ve formě vyprávění stále nesrozumitelný a jeho myšlení zabíhavé. Je sociálně vstřícný.

Sestavení panáka probíhalo s řízenou pomocí. Chlapec spontánně postavu nesestavoval, bylo potřeba ho slovně instruovat. Do rukou jsme mu vkládali části

těla s doprovodným vysvětlením. Na hlavě správně určil místo pro oči, nad oči položil obočí, mezi oči vložil nos, ale obráceně, nepoznal rozdíl. Pusu umístil správně pod nos. Krk a tělo dal opět obráceně, ruce přiložil k hlavě a obrátil je vzhůru nad hlavu. Nohy a boty pak přiřadil správně.

#### **6.4.1 Závěrečné šetření**

Včasně zahájení terapie u jakéhokoliv podezření na nerovnoměrný vývoj dítěte je velmi důležitý. V tomto případě se jednalo o rok váhání a čekání ze strany matky, zdali se stav dítěte nezlepší. Pediatričkou byl do této doby stále posuzován jako dítě s vývojem nerovnoměrným, ale v pásmu průměru. Matka po delším naléhání rodiny souhlasila s psychologickým vyšetřením, ve kterém se prokázalo vážnější poškození receptce řeči a možné prvky atypického autismu. Nyní je chlapec v péči psychoterapeutky, která se mu bude speciálně věnovat dvakrát do týdne. Matka souhlasila se začleněním pomůcky postavy “Pepa” do terapeutických aktivit psychoterapeutky. Po třech měsících pravidelného nácviku prostorové orientace s pomůckou, byl chlapec schopen pod odborným vedením nakreslit a bezchybně popsat postavu i s detaily. V následujících měsících matka s dítětem navštíví psychiatra, aby potvrdil, nebo vyloučil diagnózu narušený vývoj řeči a podezření na autismus. Matka byla seznámena s možností využít služby rané péče a byla jí doporučena pomoc osobního asistenta, který by společně s chlapcem navštěvoval předškolní vzdělávání. Osobní asistent by usnadňoval komunikaci mezi dětmi a pedagogy, pomáhal v porozumění kladených požadavků a zvládnutí každodenních činností. Dále by bylo vhodné, aby chlapec pravidelně navštěvoval klinického logopeda, kde by mohl terapeuticky rozvíjet ty oblasti, ve kterých má velký deficit. To je oblast sluchového vnímání, představivost, paměť, pozornost, schopnost koncentrace a používání řeči v sociálním kontextu. Celkový vývoj bude pravděpodobně probíhat i nadále nerovnoměrně. Ovšem při stálé a komplexní stimulaci má chlapec naději na vyrovnání výraznějších nerovnoměrností.



## 6.5 Kazuistika Jakub

Pohlaví - muž

Narozen - 2008

Diagnóza - vývojová dysfázie

### **Osobní anamnéza a popis sociálního prostředí**

Chlapec z prvního těhotenství, ale i přes těhotenství matky ve vyšším věku probíhalo vše po celou dobu bez problémů, porod byl ukončen v termínu a bez komplikací. Bezprostředně po porodu nebyly u chlapce zjištěny žádné závažné abnormality. Chlapec měl pouze nižší váhu tj. 2340 g a silnější novorozeneckou žloutenku, špatně sál a ve čtvrtém týdnu se u něj objevily vysoké horečky a tento stav si vyžádal třítýdenní hospitalizaci v nemocnici.

**Onemocnění** - v kojeneckém období chlapec hodně stonal a začaly se objevovat první známky opoždění, v motorické oblasti nedělal takové pokroky, které jsou běžné u dětí stejného věku. Neměl těžší úraz a nebyl zatím operován.

**Nástup do předškolního vzdělávání** - chlapec začal ve čtyřech letech chodit do běžné mateřské školky. V kolektivu se hůře adaptoval, nerad poslouchal pohádky, převážně si hrál sám. Nerad maloval, spíše protože to neuměl. Vývoj řeči - první slova okolo 2,5 let, lehký rozvoj slovní exprese až po nástupu do mateřské školky. Chlapec je nesamostatný, nezapojuje se do her s ostatními dětmi. Na pokyny nereaguje, nerozumí dotazům, nechává se učitelem vést.

### **Rodinná anamnéza**

**Matka:** narozena 1964, středoškolské vzdělání ukončené maturitou, pracuje jako zahradnice, v dětství navštěvovala logopedii pro úpravu artikulace, artikulace byla upravena, zdráva.

**Otec:** narozen 1960, středoškolské vzdělání, pracuje jako mechanik, v dětství zcela zdrav. Rodina úplná a funkční, sourozenci dva, oba zdraví.

**Diagnostikován** - během docházky v mateřské školce byl chlapec vyšetřen psychologem a diagnostikován jako těžká vývojová dysfázie v kombinaci s lehkou mentální retardací. Kresba na nízké úrovni, při práci s malými předměty se objevují potíže dyspraktického charakteru. Na rodinu je chlapec velmi fixován, při kontaktu s druhou osobou se stává netečný a nespolupracující.

### **Logopedické vyšetření**

#### **Jakub 4 roky**

**Vyšetření mluvidel** - v normě, chrup úplný, podjazyková uzdička volná, patro měkké pohyblivé.

**Orientační vyšetření sluchu** - stav sluchu orientační zkouškou řeči nelze provést pro omezenou expresi a negativní postoj k opakování slov.

**Spolupráce** - zpočátku ostýchavý, po chvíli se adaptuje na míru částečného kontaktu očí. Spolupracuje klidně, ale nerozumí pokynům a tím není schopen vykonat, co se po něm požaduje.

**Percepční složka řeči** - velmi špatně chápe, při pomalejším tempu rozumí.

**Expresivní složka řeči** - závislá na výrazné motivaci, vyjadřuje se převážně v slabikách, posunkách. Spontánně neinformuje o zážitcích, nevyjadřuje slovně pocity, nepokouší se o krátkou konverzaci, neposlouchá pohádky.

**Výslovnost** - chlapec se vyjadřuje zvuky.

**Verbálně-akustická paměť** - pro neschopnost mluvit nebylo možné vyšetřit.

**Motorika a grafomotorika** - po vzoru napodobí čáru a strnule kolo, posléze přechází ve spontánní čmáranici a z důvodu nízké motivace přestává úplně kreslit. Nevyvíjí žádný tlak na tužku, kříž nenapodobí, spontánní kresba na úrovni čmáranice. Úchop tužky nesprávný, pěst'ovitý. Úroveň hrubé motoriky poměrně dobrá, jednotlivé úkoly zvládal. Při vyšetření aktivní mimické psychomotoriky podle Kwinta pro věk 4-5 let nezvládá zdvižení obočí, lehké přimhouření očí,

nadmutí tváří. Dalším vyšetřením byla zjištěna výrazná neobratnost motoriky jazyka, nezvládá cílené pohyby jazyka. Vyšetření motoriky podle Ozeretského naznačuje neschopnost koordinace horních a dolních končetin.

**Zraková percepce** - potíže při diferenciaci podobných obrázků, hledání rozdílů nechápe.

**Lateralita** - pravorukost, dominuje levé oko a pravá noha.

**Úroveň znalostí** - nechápe předložky, neroztřídí pomůcky podle barev, na vyzvání neukáže základní barvy, nepočítá na prstech do dvou, na výzvu “Co létá, plave, jezdí?”, neukáže správný obrázek.

### **Psychologické vyšetření**

#### **Jakub 4 roky**

Rodiče nechtějí psychologické vyšetření absolvovat, protože se domnívají, že chlapec je jen opožděný a vše bez problémů dožene. Zváží jen logopedickou terapii, pokud bude nadále chlapec ve vývoji řeči stagnovat. Tato skutečnost trvá doposud.

### **Neurologické vyšetření**

#### **Jakub 4 roky**

EEG v normě. Doporučení - navštěvovat logopeda, zvážit psychologické vyšetření. Další kontrola za půlroku.

### **Souhrn získaných výsledků z terapie**

Chlapec s nerovnoměrným vývojem, bez stálé lékařské péče, či odborného vedení. Bez schopnosti samostatného mluvního projevu, sociálně nezralý, plachý a úzkostný. Terapie nebyla cíleně zaměřena na rozvoj exprese, k expresi nebyl chlapec nucen ani přemlouván. Postupně dochází k stimulaci exprese, stále však nedirektivní formou a bez zpětné vazby. Konkrétní práce byla zaměřena na rozvoj pasivní slovní zásoby, rozvoj sluchové a zrakové percepce, hrubé motoriky a zvládnutí jednoduchých pohybů jemné motoriky. Snažili jsme se prodlužovat dobu koncentrace a pozornosti. K terapii jsme využívali logopedické předměty

jako obrázky, skládanky, plastelínu, prstové barvy, pexeso, hudební nástroj, knížky. Chlapec začal postupně projevovat snahu o zopakování slov po vzoru. Byl schopen imitovat gesta s melodií. Později si začal sám prohlížet obrázkové knihy a zaujala ho plastelína a barvy. Provedli jsme zkoušku sestavení postavy “Pepa”. Chlapec nerozuměl pokynům a nechápal, co se po něm požaduje. S řízenou pomocí byl následně schopen sestavit části v obličejí. Správně umístnil oči, nos postavil lehce do strany, ústa přiložil pod nos. S krkem a dalšími částmi těla si už nevěděl rady. Ruce a nohy přiložil nahodile k tělu. Pozornost ztratil v půlce práce. Nebylo možné s ním tuto činnost dokončit. Jsme však přesvědčeni, že opakováním této činnosti bude chlapec schopen vydržet delší dobu a schopen pak postavu sestavit s menší pomocí i sám.

### **6.5.1 Závěrečné šetření**

V tomto případě bude velmi záležet na tom, jestli rodiče nakonec svolí k terapii svého dítěte. V případě, že rodiče nezačnou terapeuticko-rehabilitační činnost, může dojít k zhoršení poruchy řeči a následné komunikace dítěte. Dysfatické děti sami nenavazují hovor, zůstávají v roli pasivního posluchače, nedokážou si sehnat potřebné informace a tím bude chlapec neustále závislý na svých rodičích. Doporučovali bychom návštěvu psychologa směřovanou i na rodiče, aby se dokázali s informací o psychickém stavu svého dítěte smířit a přijmout, protože se domníváme, že jinak nebude péče o chlapce vůbec zahájena. Lidé žijící s osobou s narušenou komunikační schopností na sebe přebírají více odpovědnosti, vstupují také do terapií a rozhodují o budoucím životě jedince s postižením. V určitém případě, by se mohli tyto rodiče stát sami terapeuty vlastního dítěte, pokud jim nevyhovuje lékařská péče. Dále navrhujeme možnost, aby se terapeutem stala učitelka v mateřské školce, která by pracovala z doporučení logopeda. Pokud bude narušená komunikace přetrvávat, je také možné využít Augmentativní a alternativní komunikaci, která kompenzuje po určitou dobu nebo i trvale poruchy s expresivními komunikačními poruchami.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce zpracovává problematiku vývojové dysfázie z hlediska terminologie, etiologie, symptomatologie, diagnostiky a terapie. Podrobněji se zabývá oblastí logopedické diagnostiky a terapie. V rámci šetření jsme provedli logopedickou diagnostiku u náhodně vybraných chlapců s vývojovou dysfázií. Vlastní šetření probíhalo na soukromé logopedické klinice v Praze 2, kde jsme měli možnost sledovat děti s vývojovou dysfázií při kolektivních terapiích a kde jsme dostali prostor k testování námi vyrobené pomůcky panáka “Pepy”, která měla za úkol dětem s vývojovou dysfázií pomoci pochopit orientaci na těle a v prostoru a správný nákras postavy člověka bez chybějících částí. S touto pomůckou jsme pracovali především prakticky, kdy jsme dětem přikládali nakreslené části těla na jejich vlastní tělo, abychom docílili propojení a uvědomění si všech částí těla. Následně jsme postavu malovali na papír. Získané výsledky jsme zpracovali a analyzovali. Potvrdilo se nám, že děti, u kterých jsme sestavování postavy nacvičovali opakovaně, začali vnímat všechny části těla, dokázali je pojmenovat a následně i s částečně kladným pokusem kreslit v postavě.

Domníváme se tedy, že cíl bakalářské práce byl splněn. Jsme si vědomi, že výsledky šetření nelze zobecnit, zejména z důvodu malého rozsahu vyšetřovaného souboru. Na základě testů, které byly dětem během šetření předkládány, jsme získali následující výsledky. Děti sledovaného souboru měli potíže v oblasti porozumění, jemné motoriky, grafomotoriky, zrakové percepce a vykonání požadovaného úkolu. Ke zjišťování stavu motorických schopností jsme využili test aktivní mimické psychomotoriky dle Kwinta, test Ozeretzského, osobní konzultaci s klinickým logopedem, vlastní šetření a pozorování terapie v praxi. Práce zahrnuje přílohy, ve kterých lze sledovat úroveň grafomotorických schopností, schopnost sestavení postavy a jejího následného nakreslení. Výkony všech chlapců vykazovaly poruchy typické pro klinický obraz vývojové dysfázie.

Na závěr bychom nechtěli opomenout klíčový význam péče rodiny o dítě s postižením. Za včasných a příznivých okolností mohou poruchám řeči úspěšně předcházet nebo je mírnit. V případech chlapců, u kterých jsme zpracovali případové studie, docházelo k různým časovým prodlevám v zahájení terapie. To se následně negativně odráželo v přístupu dítěte k práci, ochoty spolupracovat a schopnosti porozumět daným úkolům. Proto se domníváme, že přijetí problému ze strany rodiny a včasné zahájení terapeutické péče bude mít pozitivní dopad na správný vývoj dítěte. Péče rodiny je v tomto směru nenahraditelná.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. 3. dopl. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007, 248 s. Logopaedia clinica. ISBN 978-809-0253-667.

KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Kapitoly z logopedie*. Brno: Paido, 1997, 93 s. ISBN 80-859-3141-9.

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2002, 213 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-717-8667-5.

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Opožděný vývoj řeči: Dysfázie : metodika reedukace*. 1. vyd. Praha: Septima, 2002, 102 s. ISBN 80-721-6177-6.

LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Vyd. 1. Překlad Jana Křížová. Praha: Portál, 2003, 359 s. ISBN 80-717-8801-5.

LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008, 191 s. ISBN 978-807-3674-335.

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

MATĚJČEK, Zdeněk. *Výbor z díla*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2005, 445 s. ISBN 978-802-4610-566.

MIKULAJOVÁ, M., RAFAJDUSOVÁ, I. *Vývinová dysfázia. Špecificky narušený vývin řeči*. Bratislava: 1993. ISBN 80-900445-0-6.

ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2. aktualiz. vyd. Překlad Jana Křížová. Praha: Portál, 2007, 615 s., viii s. barev. obr. příl. ISBN 978-807-3673-406.

THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-73670-91-7.

NEUBAUER, K., a kol. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: diagnostika a terapie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4.

SEEMAN, M. *Poruchy dětské řeči*. Praha: SZN, 1955.

ŠKODOVÁ, E. MICHEK, F., MORAVCOVÁ, M. *Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí*. Praha: Realia a.s., 1995. ISBN 80-238-0312-3.

ŠTĚPÁN, J., PETRÁŠ, P. *Logopedie v praxi*. Septima. Praha, 2005. ISBN 80-7216-212-8.

VALENTA, M. *Speciálně pedagogická diagnostika*. In RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L., a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, s. 135 – 148. ISBN 80-244-1073-7.

VÁGNEROVÁ, M. *Testy speciálních schopností*. In SVOBODA, M. (ed.), KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001, s. 137 – 202. ISBN 80-7178-545-8.

VITÁSKOVÁ, Kateřina a Alžběta PEUTELSCHMIEDOVÁ. *Logopedie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, 182 s. ISBN 80-244-1088-5.

ZELINKOVÁ, O., *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 9788073673260.

ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. 11. vyd. Praha: Portál, 2009, 263 s. ISBN 978-807-3675-141.

### **Seznam použitých internetových zdrojů**

NOVÁKOVÁ, Jana. *Logopedie*. [online]. [cit. 2013-01-10]. Dostupné z <http://www.specou.cz/files/logo-prez.pdf>



## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A	Dopis rodičům jedinců s vývojovou dysfázií.....	I
Příloha B	Kresba postavy (Oliver).....	II
Příloha C	Obkreslení geometrických tvarů (Oliver).....	III
Příloha D	Sestavení postavy “Pepa” (Oliver).....	IV
Příloha E	Kresba postavy (Alex).....	V
Příloha F	Obkreslení geometrických tvarů (Alex).....	VI
Příloha G	Sestavení postavy “Pepa” (Alex).....	VII
Příloha H	Kresba postavy (Jakub).....	VIII
Příloha I	Obkreslení geometrických tvarů (Jakub).....	IX
Příloha J	Sestavení postavy “Pepa” (Jakub).....	X

## **Příloha A - Dopis rodičům jedinců s vývojovou dysfázií**

---

Klára Slabá  
Studentka 3. ročníku Speciální pedagogika - vychovatelství  
Univerzita Jana Ámose Komenského  
Pedagogická fakulta  
Roháčova 63  
130 00 Praha 3  
e-mail: [klara.slaba@gmail.com](mailto:klara.slaba@gmail.com)  
osobní mobil: 603 870 780

V Praze 1.10.2012

Vážený rodiče,

obracím se na Vás s následující prosbou. Jsem studentkou 3. ročníku Pedagogické fakulty Univerzity J.A.Komenského. Zpracovávám bakalářskou práci na téma: Logopedická diagnostika a možnosti logopedické terapie u vývojové dysfázie. Ráda bych při výzkumném šetření pracovala s Vaším dítětem. Budu zjišťovat úroveň motorických a grafomotorických dovedností Vašeho dítěte. Zdobře Vás žádám o vyznačení Vámi vybrané možnosti podtržením.

Souhlasíme – nesouhlasíme se sdělením nezbytných údajů o našem/naší synovi/dceři. Jedná se o zprávy z vyšetření logopedického, foniatrického případně psychologického.

Údaje budou zjišťovány pouze pro účely bakalářské práce, zpracované pouze autorkou a nebudou zpřístupněny žádné třetí osobě. Bude zajištěna anonymita škol zúčastněných na šetření i anonymita všech zúčastněných respondentů.

.....

datum

.....

podpis rodičů (zákonných zástupců)

Velmi Vám děkuji za spolupráci.  
Se srdečným pozdravem  
Klára Slabá

## Příloha B - Kresba postavy (Oliver)

---



**Příloha C - Obkreslení geometrických tvarů (Oliver)**

---



## Příloha D - Sestavení panáka “Pepa” (Oliver)

---



## Příloha E - Kresba postavy (Alex)

---



„NIKULKA“

## Příloha F - Obkreslení geometrických tvarů (Alex)

---



## Příloha G - Sestavení panáka “Pepa” (Alex)

---





## Příloha H - Kresba postavy (Jakub)

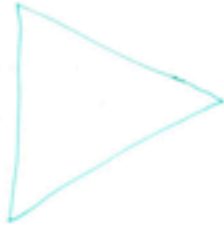
---

*Jakub*



## Příloha I - Obkreslení geometrických tvarů (Jakub)

---



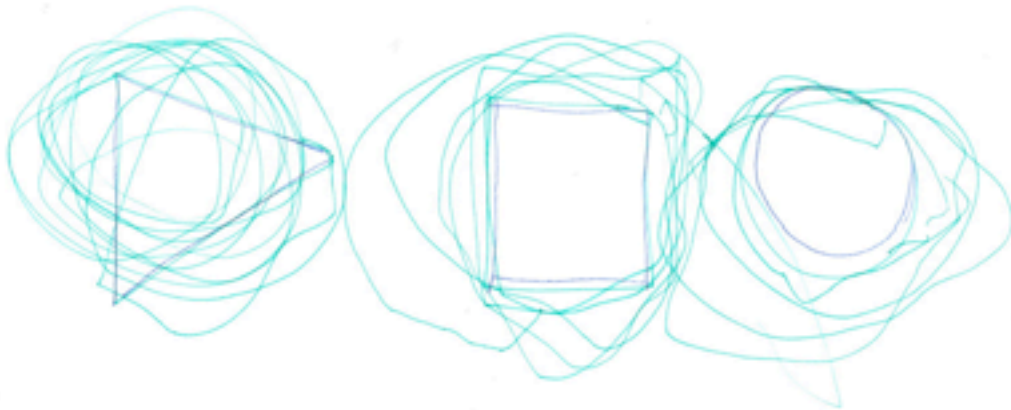
*trojúhelník*



*čtverec*



*kolo*



## Příloha J - Sestavení panáka “Pepa” (Jakub)

---



## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora:** Klára Slabá

**Obor:** Speciální pedagogika - vychovatelství

**Forma studia:** Kombinovaná

**Název práce:** Logopedická diagnostika a možnosti logopedické terapie  
u vývojové dysfázie

**Rok:** 2013

**Počet stran textu bez příloh:** 54

**Celkový počet stran příloh:** 10

**Počet titulů české literatury a pramenů:** 20

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:** 0

**Počet internetových zdrojů:** 1

**Vedoucí práce:** Mgr. Martina Bürgerová