

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Logopedická intervence u dětí s dyslalií v předškolním věku

Bakalářská práce

Autor: Daniela Koblášová
Studijní program: Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciálně pedagogická péče o osoby s poruchami komunikace
Vedoucí práce: doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor: Daniela Koblášová

Studium: P131137

Studijní program: B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciálně pedagogická péče o osoby s poruchami komunikace

Název bakalářské práce: **Logopedická intervence u dětí s dyslálií v předškolním věku**

Název bakalářské práce AJ: Logopaedic intervention at preschool children with dyslalia

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá problematikou dyslálie a jejím současným stavem u dětí v předškolním věku. Teoretická část se zaměřuje na problematiku diagnostiky, terapie a komplexní intervence u dětí s odchýlným vývojem artikulačních schopností. Věnuje se problematice vývoje řeči dětí. Zabývá se problematikou opožděného vývoje řečových schopností, vývojovou dysartrií, Balbuties a Tumultus sermonis, které jsou diferenciálními syndromy k odchýlkám artikulačních schopností. Praktická část obsahuje zpracování vhodných názorných pomůcek pro rehabilitaci preventivního programu stimulace artikulačních schopností u dětí formou výběru obrázků a jiných názorných materiálů. Vytvořený soubor pomůcek je využit pro primární šetření u dětí předškolního věku v rámci běžné třídy mateřské školy.

KRAHULCOVÁ, Beáta. Dyslálie. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2003. ISBN 80-704-1413-8.
KUTÁLKOVÁ, Dana. Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči. Vyd. 4. Praha: Portál, 2005, 213 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-736-7056-9.
LECHTA, Viktor. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. Vyd. 1. Praha: Gaudeamus, 2003, 195 s. ISBN 80-717-8801-5.
LECHTA, Viktor. Terapie narušené komunikační schopnosti: jak předcházet rozvoji odchylek výslovnosti u dětí. Vyd. 1. Překlad Jana Křížová. Praha: Tobiáš, 2011, 386 s. ISBN 80-717-8961-5.
NEUBAUER, Karel. Artikulace a fonologické rozlišování hlásek: jak předcházet rozvoji odchylek výslovnosti u dětí. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2011, 63 s. ISBN 978-807-3111-182.
ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. Klinická logopedie. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-807-3673-406.

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.

Oponent: Mgr. Tereza Skákalová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 27.1.2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

Poděkování

Děkuji doc. PaedDr. Karlu Neubauerovi, Ph.D. za odborné vedení práce. Dále bych chtěla poděkovat Mateřské škole J. A. Komenského v Dobrušce, která umožnila uskutečnit stimulační program ve svých prostorách.

Anotace

KOBLÁSOVÁ, Daniela. *Logopedická intervence u dětí s dyslalií v předškolním věku*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2016. 134 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá problematikou dyslalie a jejím současným stavem u dětí v předškolním věku. Teoretická část se věnuje diagnostice, terapii a komplexní intervenci u dětí s odchýlným vývojem artikulačních schopností. Popisuje ontogenezi dětské řeči a její vývojová stádia. Věnuje se artikulační normě českého jazyka, vybraným artikulačním vzorům hlásek a jejich odchýlkám výslovnosti. Podrobněji se zabývá problematikou dyslalie. Pozornost je věnována také diferenciatním syndromům k odchýlkám artikulačních schopností. Zabývá se opožděným vývojem řečových schopností, vývojovou dysfázií, vývojovou dysartrií, balbuties a tumultus sermonis. Praktická část obsahuje v přílohách (A – D) velké množství názorných obrázků vytvořených pro rehabilitaci preventivního programu stimulace artikulačních schopností u dětí. Vytvořený soubor obrázků je určen pro primární šetření u dětí předškolního věku v rámci běžné třídy mateřské školy.

Klíčová slova: prevence, dyslalie, dítě předškolního věku

Summary

KOBLÁSOVÁ, Daniela. *Logopaedic intervention at preschool children with dyslalia*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2016. 134 pp. Bachelor Degree Thesis.

The Bachelor thesis deals with current situation of dyslalia at preschool children. The theoretical part refers to diagnostic, therapy and complex intervention at children with divergent development of articulatory ability. It describes ontogenesis of children-speech and its developmental stages. It deals with articulation standard of the Czech language, with selected articulation models of phones and their divergent pronunciation. The Bachelor thesis discusses dyslalia in detail. The focus is laid on differential syndromes for divergences in articulatory abilities. This part deals with retarded speech development, developmental dysarthria, balbuties and tumultus sermonis. The experimental part contains an extensive graphical set (appendix A-D) focused on the rehabilitation of preventive programme for stimulation of articulatory abilities at children. This graphical set can also be used for primary treatment of preschool children or children within a common nursery class.

Key words: prevention, dyslalia, preschool child

Obsah

Seznam obrázků.....	10
Seznam tabulek.....	12
Úvod	13
I. TEORETICKÁ ČÁST	14
1 Ontogeneze dětské řeči.....	14
1.1 Vývoj sluchu	14
1.2 Stádia vývoje řeči.....	16
1.2.1 Přípravné období	16
1.2.2 Vlastní vývoj řeči	19
2 Artikulační norma českého jazyka a odchylky výslovnosti	22
2.1 Artikulační vzory jednotlivých hlásek	23
3 Dyslalie.....	28
3.1 Etiologie dyslalie	28
3.2 Symptomatologie dyslalie.....	29
3.3 Klasifikace dyslalie.....	30
3.4 Diagnostika dyslalie.....	31
3.5 Zásady terapie	33
3.6 Průběh terapie dyslalie.....	34
3.6.1 Etapy procesu úpravy artikulace.....	34
4 Diferenciální syndromy	36
4.1 Opožděný vývoj řečových schopností	36
4.2 Vývojová dysfázie	39
4.3 Vývojová dysartrie.....	42
4.4 Narušení plynulosti řeči	44
4.4.1 Tumultus sermonis	44
4.4.2 Balbuties	47

II. PRAKTICKÁ ČÁST	52
5 Program krátkých cvičení s dětmi – jak udržet jazýček za zoubky.....	52
5.1 Preventivní stimulační program.....	53
5.1.1 Charakteristika místa a výzkumného vzorku.....	53
5.1.2 Průběh stimulačního programu.....	53
5.1.3 Rozdělení dětí.....	58
5.1.4 Rozlišení obrázkového materiálu	58
5.2 Individuální charakteristiky dětí, které se zúčastnily stimulačního programu	59
5.2.1 Dítě 1	59
5.2.2 Dítě 2	62
5.2.3 Dítě 3	64
5.2.4 Dítě 4	66
5.2.5 Dítě 5	68
5.2.6 Dítě 6	70
5.2.7 Dítě 7	72
5.2.8 Dítě 8	74
5.2.9 Dítě 9	76
5.2.10 Dítě 10	78
5.3 Hodnocení výsledků stimulačního programu	80
Závěr.....	85
Použitá literatura.....	86
Přílohy	90
1. Příloha A.....	90
2. Příloha B.....	92
3. Příloha C1	96
4. Příloha C2.....	100
5. Příloha D1.....	102

6.	Příloha D2.....	107
7.	Příloha D3.....	112
8.	Příloha D4.....	117
9.	Příloha D5.....	122
10.	Příloha D6.....	125
11.	Příloha D7.....	128
12.	Příloha D8.....	131
13.	Příloha E	134

Seznam obrázků

Obrázek 1 Vstupní a výstupní vyšetření artikulace prvního dítěte.....	60
Obrázek 2 Podrobný záznam vyšetření artikulace prvního dítěte, porovnání vstupního a výstupního vyšetření.....	61
Obrázek 3 Vstupní a výstupní vyšetření artikulace druhého dítěte.....	62
Obrázek 4 Podrobný záznam vyšetření artikulace druhého dítěte, porovnání vstupního a výstupního vyšetření.....	63
Obrázek 5 Vstupní a výstupní vyšetření artikulace třetího dítěte.....	64
Obrázek 6 Podrobný záznam vyšetření artikulace třetího dítěte, porovnání vstupního a výstupního vyšetření.....	65
Obrázek 7 Vstupní a výstupní vyšetření artikulace čtvrtého dítěte.....	66
Obrázek 8 Podrobný záznam vyšetření artikulace čtvrtého dítěte, porovnání vstupního a výstupního vyšetření.....	67
Obrázek 9 Vstupní a výstupní vyšetření artikulace pátého dítěte.....	68
Obrázek 10 Podrobný záznam vyšetření artikulace pátého dítěte, porovnání vstupního a výstupního vyšetření.....	69
Obrázek 11 Vstupní a výstupní vyšetření artikulace šestého dítěte.....	70
Obrázek 12 Podrobný záznam vyšetření artikulace šestého dítěte, porovnání vstupního a výstupního vyšetření.....	71
Obrázek 13 Vstupní a výstupní vyšetření artikulace sedmého dítěte.....	72
Obrázek 14 Podrobný záznam vyšetření artikulace sedmého dítěte, porovnání vstupního a výstupního vyšetření.....	73
Obrázek 15 Vstupní a výstupní vyšetření artikulace osmého dítěte.....	74
Obrázek 16 Podrobný záznam vyšetření artikulace osmého dítěte, porovnání vstupního a výstupního vyšetření.....	75
Obrázek 17 Vstupní a výstupní vyšetření artikulace devátého dítěte.....	76
Obrázek 18 Podrobný záznam vyšetření artikulace devátého dítěte, porovnání vstupního a výstupního vyšetření.....	77
Obrázek 19 Vstupní a výstupní vyšetření artikulace desátého dítěte.....	78
Obrázek 20 Podrobný záznam vyšetření artikulace desátého dítěte, porovnání vstupního a výstupního vyšetření.....	79
Obrázek 21 Porovnání výsledků vstupních a výstupních vyšetření celkové artikulace všech sledovaných dětí.....	81

Obrázek 22 Porovnání vstupního a výstupního vyšetření artikulace všech dětí, část A. 82

Obrázek 23 Porovnání vstupního a výstupního vyšetření artikulace všech dětí, část B. 83

Obrázek 24 Porovnání vstupního a výstupního vyšetření artikulace všech dětí, část C. 84

Seznam tabulek

Tabulka 1 Věkové vymezení vývoje artikulace hlásek (Bytešnicková, 2012, s. 74)	21
Tabulka 2 Samohláskový trojúhelník (Neubauer, 2014, s. 99)	22
Tabulka 3 Rozdělení souhlásek dle základních čtyř modalit (Neubauer, 2014, s. 101).....	23
Tabulka 4 Diferenciální diagnostika- breptavost a koptavost (Lechta, 1990, s. 157)	46
Tabulka 5 Geneze koptavosti (Lechta, 2004, s. 64)	50

Úvod

V současné době má mnoho dětí s artikulací problémy, proto bychom tomuto faktu měli věnovat dostatek pozornosti. Vývoj řeči můžeme do značné míry ovlivnit. K problémům s artikulací tak vůbec nemusí dojít, nebo se dopad těchto problémů velmi zmírní. Mnoho lidí ale nepokládá prevenci vzniku dyslalie, nebo jiných poruch řečové komunikace za důležitou. Přitom stimulace vývoje řeči nemusí být nijak zvláště časově náročná. Z toho důvodu bylo vhodné vytvořit materiál vhodný k stimulaci artikulace dětí. Tématem této bakalářské práce je proto *Logopedická intervence u dětí s dyslalií v předškolním věku*. Bakalářská práce je dělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část práce se zaměřuje především na informace týkající se vývoje řeči dítěte, artikulační normě a poruchám řečové komunikace. Pro přehlednost je členěna do čtyř kapitol. První kapitola přibližuje vývoj řeči dítěte a stadia tohoto vývoje. Druhá kapitola je věnována artikulační normě českého jazyka a odchylkám výslovnosti. Třetí kapitola je zaměřena pouze na dyslalii a čtvrtá kapitola je věnována pouze diferenciativním syndromům.

Odborné literatury na tuto problematiku byl napsán dostatek. I když byl tento problém několikrát v knihách popsán, stále chyběl praktický kvalitní a názorný stimulační program. Proto jsem se ho rozhodla ho zhotovit. Při hledání vhodných obrázků jsem narazila na problém. I když jich existuje velké množství, na velmi málo z nich je na první pohled zřejmé co znázorňují. To představovalo v mém plánu velký problém. Proto jsem se rozhodla si obrázky sama namalovat a tak tento problém vyřešit. Celý obrázkový materiál bude přílohou práce.

Cílem praktické části je vytvořit stimulační program a ověřit ho na dětech předškolního věku, které dochází do běžné mateřské školy. Ověření je provedeno pomocí vyšetření artikulace formou spontánního pojmenování obrázků. Toto vyšetření by mělo proběhnout na začátku i na konci stimulačního programu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Ontogeneze dětské řeči

Výrazem ontogeneze označujeme individuální vývoj jedince. Ontogeneze dětské řeči, tedy její vývoj, začíná obdobím novorozeneckého křiku a postupně následují další vývojová období (Jedlička, 2003). V celém životě člověka je vývoj řeči jedním z nejpozoruhodnějších procesů, proto budí zájem u rozsáhlého množství vědních oborů. O ontogenezi dětské řeči se zajímají pedagogové, logopedi, psychologové, fonetici, lingvisté, lékaři (Vitásková, Peutelschmiedová, 2005).

Řeč se může vyvíjet pouze za předpokladu, že má dítě neporušený sluch a intelekt a vyrůstá v podnětném prostředí (Vitásková, Peutelschmiedová, 2005). Jedlička (2003) přidává ještě podmínku nepoškozené centrální nervové soustavy a vrozenou míru nadání pro jazyk.

Jak uvádí Bednářová a Šmardová, „*postupně se řeč stává prostředkem komunikace, vztahů, spolupráce, usměrňování sociálních interakcí a zároveň také nástrojem myšlení (kolem dvou let se řeč a myšlení začínají prolínat, vzájemně se ovlivňují a podmiňují, řeč se postupně stává intelektuální a myšlení verbálním). Zásadním obdobím pro vývoj řeči je období do šesti až sedmi let s tím, že nejprudší tempo je do tří až čtyř let*“ (2015, s. 28). Na vývoj řeči mají vliv různé proměnné, které na sebe vzájemně působí (Lechta, 1990). K nejdůležitějším patří stav a vývoj motoriky, vnímání a působení sociálního prostředí. Problémy ve vývoji řeči bývají častější u dětí, jejichž vývoj jemné či hrubé motoriky je narušený, opožděný.

1.1 Vývoj sluchu

„*Sluch je nejdůležitějším, smyslovým analyzátozem při vytváření a rozvoji řeči. Bez sluchu se řeč nemůže vyvíjet přirozeným způsobem*“ (Klenková, Kolbábková, 2003, s. 24).

Způsob zpracovávání řečových a neřečových zvuků se diferencuje v prvním trimestru. Levá mozková hemisféra zpracovává podměty verbální. Úkolem pravé hemisféry je zpracovávat neřečové zvuky jako je hudba apod. Pro vývoj řeči jsou důležitá centra Brocova a Wernickeho, které se postupně vytváří v mozkové kůře. Částečně se na rozumění řeči po-

dílí i pravá hemisféra, která zpracovává část neverbálních aspektů řeči jako je např. hlasové zbarvení. Správná funkce jazykových schopností je velmi složitá a závisí na propojení různých oblastí mozku (Sternberg, 1999; Aslin et al., 2008; In Vágnerová, 2012). Plod již v nitroděložním vývoji reaguje na sluchové podněty, především pohybem. Tlukot srdce matky i další zvuky vnímá od pátého měsíce a hlasy nebo typ hudby rozlišuje v posledním trimestru (Muknšnáblova, 2014).

Novorozenci (dětí ve věku od 0 do 28. dne věku) dávají přednost vysokým tónům, které slyší v tomto období lépe, než tóny hluboké. Je to dáno rozsahem slyšení v tomto období, ale také menší zkušeností s těmito tóny, hůře totiž pronikají do nitroděložního prostředí (Muknšnáblova, 2014). Během prvních osmi měsíců se dítě učí rozlišovat tvořit fonémy, tedy základní zvuky řeči. Fonematický sluch je v kojeneckém věku velmi citlivý. Dokáže rozlišit všechny fonémy, postupně se zpřesňuje diferenciací na fonémy používané v mateřském jazyce. Pro zbylou oblast fonémů ztrácí kojeneček rozlišovací schopnost. Kolem šesti měsíců věku dochází k zdánlivému snížení fonematické citlivosti, která ještě klesne mezi osmým a dvanáctým měsícem. K tomuto snížení dochází při změně způsobu zpracování řečových podnětů. Ztráta citlivosti hraje svoji roli, ale není hlavní příčinou (Vágnerová, 2012).

Jak uvádí Vágnerová (2012), sluchové vnímání se nejvíce rozvíjí v prvním půlroce života. Dítě se otočí i za tichými tóny přibližně od půl roku (Muknšnáblova, 2014). Dochází k postupnému nárůstu sluchové ostroty, která se vyvíjí až do dvou let. Schopnost lokalizovat zvuk je na stejné úrovni u novorozence, jako u čtyřměsíčního dítěte. K této skutečnosti dochází proto, že se mění oblast mozku, která tuto funkci ovládá, proto u novorozence dochází nejprve ke „zhoršení“ této funkce lokalizace, která se na stejnou úroveň dostává ve čtyřech měsících života dítěte. Dochází ke změně ovládnutí subkortikálních oblastí za oblasti kortikální, které jejich funkci přejímají. Zvuková lokalizace se do pátého měsíce výrazně zpřesňuje, pozvolnější vývoj nastává až do 18 měsíců. Nejrychleji se lokalizace zvuku rozvíjí v době, kdy dítě začíná ovládat držení hlavy a začíná se za zvuky otáčet (Vasta a kol., 1995; Siegler, 1998; Aslin et al., 2008; In Vágnerová, 2012).

1.2 Stádia vývoje řeči

V předřečovém období, které trvá přibližně jeden rok, se dítě učí reagovat na zvukové podněty a řeč (Neubauer, 2014). Již brzy po narození dítě se svou matkou „komunikuje“ pomocí hlasových projevů, gest a mimiky (Šulová, 2004).

Vývoj dětské řeči se dělí na přípravné období a na období vlastního vývoje řeči (Bytešníková, 2012). Probíhá ve stádiích, mezi kterými nejsou výrazné hranice. Stádia vývoje řeči dítěte nemůžeme přesně očekávat podle informací uvedených v literatuře, tím méně v tabulkách. Ontogeneze probíhá u každého jedince zcela individuálním a jedinečným způsobem. U průměrného zdravého dítěte se stádia vývoje řeči objevují s časovou variabilitou (Lechta, 1990).

Existují dvě různé teorie zabývající se vývojem řečových schopností dítěte. Jedna udává jako klíčovou přítomnost vrozeného systému – Chomského syntaktická teorie, druhá zastává názor, že k vývoji řečových schopností dochází na základě procesu učení – sémanticky orientované teorie (Neubauer, 2014). Noam Chomský je dosud žijící uznávaný lingvista. Podle jeho teorie je nám řeč biologicky dána, neučíme se ji napodobováním. Řeč se postupně vyvíjí, pokud jsou dodrženy určité podmínky. Chomský uznává poznatky Konráda Lorence, který za ně obdržel Nobelovu cenu. Lorenc dokázal, že jsou první tři měsíce života významným obdobím pro růst a vývoj mozku, jde o tzv. imprintsční (vpečetovací) období. Pro řeč to znamená časové omezení, do kterého může vzniknout a vyvíjet se. Pokud řečových schopností není nabyto do puberty, nikdy později k plnému rozvinutí řeči nedojde (děti vyrůstající v izolaci, tzv. vlčí děti). Během prvních čtyř let si dítě osvojí více než deset tisíc slov, jeho rychlost osvojování jazyka je pozoruhodná. V průměru to znamená naučit se sedm slov denně. Chomský poukazuje na další zajímavou skutečnost, děti pronikají do jazyka velmi obratně a některé gramatické jevy zvládají, aniž by je někdo učil (zápor ve větě, přeměna věty v otázku). Stejně tak děti složí deset slov do věty s minimem gramatických omylů, mají pro to vrozený cit – větná stavba je v jazycích značně podobná (Vitásková, Peutelschmiedová, 2005).

1.2.1 Přípravné období

Z logopedického hlediska jsou přípravná stádia vývoje řeči dělena na první hlasovou reakci – křik, broukání, pudové žvatlání, napodobující žvatlání a stádium rozumění řeči. Z psy-

chologického hlediska dělí Vágnerová (2012) přípravná stádia vývoje řeči na křik, broukání a žvatlání.

Přípravné stádium vývoje řeči trvá většinou do jednoho roku, v tomto období dochází k osvojování předverbálních a neverbálních projevů. Předverbální projevy jsou nejrůznější hlasové projevy (křik, broukání) které mají blízko k mluvené řeči, postupně zanikají a jsou verbálními projevy nahrazeny. Další předverbální projevy probíhají již v prenatálním období, jedná se o tzv. nitroděložní kvílení (*vagitus uterius*), polykací pohyby, dumlání palce a sluchové reakce. Nezvukové i zvukové prvky, které nemusí být spjaty s mluvenou řečí, označujeme jako neverbální projevy. Patří mezi ně například zrakový nebo tělesný kontakt. Sání, polykání, žvýkání jsou dalšími projevy, které řadíme mezi neverbální a jejichž osvojení je nezbytné pro další vývoj řeči – tyto projevy zůstávají aktivní po celý život (Klenková, 2006). „*Primární funkcí artikulačního orgánu je zabezpečení dýchání a přijímání potravy, avšak Böhme i Crickmayová (In: Lechta, 1985) potvrzují, že právě schopnost žvýkání a mluvení spolu souvisí – dítě se nepokusí verbálně používat čelist, jazyk a rty dříve, než se naučí provádět žvýkací pohyby*“ (Klenková, 2006, s. 34).

K prvním projevům novorozence patří křik, hlasový reflex, nemá zatím signální význam, dítě tak reaguje na změnu prostředí. „*Senzomotorická stimulace – bohatá škála doteků tělíčka dítěte a občasná něžná změna jeho polohy – patří k předverbální komunikaci*“ (Klenková, 2006, s. 35). Velmi brzy, kolem 2. – 3. týdne, u dítěte pozorujeme vrozený výrazový pohyb – úsměv. Na podnět (úsměv) dítě dokáže úsměvem reagovat kolem 2. – 3. měsíce. Charakter křiku dítěte se začíná měnit kolem 6. týdne po narození, dítě začíná křik citově zabarvovat (Klenková, 2006). Křik vyjadřující nespokojenost je křik s tvrdým hlasovým počátkem neboli „*násilné, nefyziologické rozražení hlasové štěrbiny ve fonačním postavení při iniciaci řeči*“ (Vitásková a Peutelschmiedová, 2005, s. 157). Křikem s měkkým hlasovým počátkem dítě začíná mezi 2. a 3. měsícem vyjadřovat libé pocity (Bytešníková, 2012).

Hlasové projevy, které se projevují od 3. měsíce, nazýváme broukáním. Dítě tak dává najevo připravenost motoriky mluvidel učít se prvním hláskám a slabikám – děti odliší hlásky od jiných zvuků dávno před tím, než jsou sami schopné je vytvářet (Papoušek, 2004 In Vágnerová, 2012). Zvuky, které dítě vydává, se postupně přibližují vokálům, nebo konsonantám g a r (dochází k zapojení horní části hrtanu). V poloze na zádech dochází vahou

jazyka k jeho posunutí vzad a dítě tak vydává různé hrdelní zvuky (Bytešnicková, 2012). Broukání (které se zpočátku objevuje i u neslyšících dětí jako reflexní reakce) je pro dítě činností, která ho těší a vyvolává pozitivní emoce. Začínají se vyskytovat echolálie. Dítě napodobuje a opakuje vlastní vokalizaci (Šulová, 2004). Vágnerová (2012) tyto projevy uvádí pod pojmem kruhová reakce, které byly Piagetem popsány jako primární cirkulární reakce. Dítě je výsledkem svého jednání překvapené, protože nebyl tvořený záměrně, ale došlo k němu náhodou. V tomto období se dítě zaměřuje na své vlastní tělo a opakuje vše, co ho zaujme. Dítě začíná pomalu předvídat následky svých činů (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Po stádiu křiku a broukání nastává od šestého měsíce období pudového žvatlání (Neubauer, 2014). Hlas dítěte se postupně rozvíjí a dítě si s ním hraje a zkoumá ho – „hraje si s mluvidly“. Mluvidly pohybuje podobně jako při příjmu potravy a zapojuje přitom hlas. Tyto pohyby jsou náhodné. Nejčastěji při nich vznikají zvuky podobné vokálům „A“ a „E“ a konsonantám „P“, „B“, „M“, které mohou vzniknout při přiblížení a oddálení rtů (Bytešnicková, 2012). Jako první vznikají ty hlásky, při kterých dítě používá stejné svaly, jako při sání – rty, kořen jazyka a patro (Jedlička, 2003). V poloze na zádech se nepevné artikulační svaly dítěte mírně posunou směrem do hrtanu a mohou tak vznikat hrdelní zvuky. Nad jícnem dochází k nahromadění slin, některé typické hrdelní zvuky vznikají jejich rozražením (vzduchovým proudem) – gaga, grgr. U stádia pudového žvatlání nedochází ještě k zapojení vědomé sluchové kontroly (Bytešnicková, 2012). Stabilně dítě reaguje na zvuky od čtyř až pěti měsíců (Neubauer, 2014).

Smysly dítěte se postupně vyvíjí a dochází k zapojení vědomé sluchové i zrakové kontroly, kolem šestého až osmého měsíce tak přichází období napodobujícího žvatlání. Z hlediska vývoje řeči jde o první důležitý moment. Dítě sleduje pohyby mluvidel, napodobuje hlásky, melodii i rytmus řeči. Než dítě hlásku přesně napodobí, je zapotřebí mnoha pokusů. Tyto opětovné pokusy se označují termínem fyziologická dyslalie. Dítě postupně zdokonaluje své dovednosti a postupně začíná slabiky zdvojovat (ma-ma, ta-ta, pá-pá). Postupně zvukové projevy čím dál více doprovází pohyb těla, rukou a otáčení hlavičky dítěte. Děti, které neslyší, postupně žvatlat přestanou. Proto je pro diagnostiku sluchové vady a její případné podchycení klíčové období napodobujícího žvatlání, protože tímto obdobím prochází pouze slyšící jedinci (Bytešnicková, 2012).

Obdobím rozumění řeči dítě prochází kolem desátého měsíce svého života. Dítě si slyšené zvuky spojuje s vjemem či často opakující se situací. Nejde prozatím o porozumění řeči v pravém smyslu slova. Dítě reaguje na melodii řeči, mimiku, gestikulaci. Na podněty „ukaz, jak jsi velký“, „udělej paci, paci“ motoricky reaguje a dává tak najevo, že požadavkům rozumí (Klenková, 2006.) Neubauer (2014) oproti Klenkové uvádí, že dítě rozumí a reaguje na vyzvání k činnosti už v sedmi, případně devíti měsících života.

1.2.2 Vlastní vývoj řeči

Nastává kolem prvního roku dítěte a skládá z několika stádií, které na sebe navazují a dítě jimi postupně prochází. Klenková (2006) uvádí tato stádia:

- emocionálně-volní;
- asociačně-reprodukční;
- logických pojmů;
- intelektualizace řeči.

Jako první dítě prochází stádiem emocionálně-volním. Dítě začíná svá přání, city a prosby vyjadřovat prvním verbálním projevem. Jeho slovní vyjádření je zpočátku jednoslovné, svojí komplexností má však význam věty, jde o tzv. jednoslovné věty. Dítě si svůj verbální projev spojuje s konkrétními věcmi nebo osobami. Přesto že se již dokáže verbálně jednoslabičnými či víceslabičnými slovy vyjádřit, neznamená to, že dítě i v tomto období nemůže ještě žvatlat, k jeho zániku nedochází ihned ale postupně – dítě žvatlá hlavně před spaním (Klenková, 2006).

Dítě se postupně vyvíjí a vývoj řeči přechází do stádia asociačně-reprodukčního. Začíná věci pojmenovávat, reprodukuje jednoduché asociace, ale výrazy jsou stále spojeny s konkrétním jevem. Prudký rozvoj komunikační řeči nastává kolem druhého a třetího roku dítěte a objevuje, čeho všeho může pomocí řeči dosáhnout (Klenková, 2006).

Další stádium, které navazuje, začíná nejčastěji kolem třetího roku věku dítěte a nazývá se stádiem logických pojmů. Rozvíjí se schopnost abstrakce a výrazy, již přestávají být úzce spojeny s konkrétním jevem. Dítě prochází náročným obdobím a lehce tak může dojít k různým vývojovým obtížím v řeči. Může začít opakovat hlásky, slabiky nebo celá slova.

Anebo se naopak v řeči zarážet, proto je důležité k dítěti přistupovat laskavě a netrestat ho, a pomoci mu tímto obdobím snáze projít (Klenková, 2006).

Slovní zásoba dítěte roste nejprve pomalu a následně se zrychluje. Klenková a Kolbábková (2003) uvádí, že dítě okolo tří až tří a půl let zná více než 1000 slov a zvládne říct své jméno i jména sourozenců. Věty tvoří správně a snaží se je rozvíjet v souvětí. Všeobecnější pojmy pozvolna tvoří, ale spojky a předložky zatím užívá zřídka. Okolo čtvrtého roku života dítěte začíná být řeč více gramatická, nejen že stále narůstá slovní zásoba, ale dítě již zvládne tvořit souvětí podřadná. Také umí některé protiklady a zvládne reprodukci naučeného textu bez dopomoci. Dítě má ale problémy při artikulaci, nebo fonemické diferenciaci se slovy, která jsou buďto artikulačně obtížná, nebo jsou fonematically podobná. Řeč dítěte by měla být gramatická kolem jeho čtvrtého až pátého roku. Slovní zásoba dítěte se v tomto věku pohybuje kolem 1500 až 2000 slov a měla by obsahovat již všechny slovní druhy. Dítě začíná v situacích, které kladou vysoké požadavky na manuální zručnost, upřednostňovat pravou, nebo levou ruku. Do tohoto vývoje nezasahujeme. Dítě ve věku pěti až šesti let zvládne jednoduché matematické operace, spočítá obrázky. Předřikanou větu reprodukuje bez problémů, stejně tak mu nedělá problém vyprávět kratší příběh z paměti. Pojmenuje předměty a dokáže vysvětlit jejich použití (Klenková, Kolbábková, 2003). Chápe nadřazené pojmy a dokáže k nim přiřadit předměty, nebo určit nadřazený pojem (Bednářová, Šmardová, 2015). Dítě v tomto věku zvládá většinu hlásek tvořit správně, ale zpravidla netvoří správně všechny, nejvíce dětem dělá problém artikulace sykavek („C“, „S“, „Z“, „Č“, „Š“, „Ž“) a vibrant („R“, „Ř“). Na začátku školní docházky by měla být slovní zásoba dítěte kolem 3 000 slov. Dítě by také ale mělo pochopit a splnit i náročnější zadání (Klenková, Kolbábková, 2003).

V průběhu vývoje dochází mezi dětmi ke značným individuálním rozdílům. Vyrovnají se však většinou již během předškolního období, pokud ale dojde k trvalé stagnaci v rozvoji schopností dítěte, jedná se o velmi vážný signál, který nemůžeme podceňovat (Neubauer, 2014).

Stádium intelektualizace řeči začíná mezi třemi až čtyřmi roky věku dítěte a trvá až do dospělosti. Obsahově i formálně bývá řeč přesná, pouze dochází k rozvoji slovní zásoby a dalšímu rozvoji řečových schopností a dovedností (Klenková, 2006).

Souhrnné zobrazení artikulace jednotlivých hlásek vzhledem k průměrnému věkovému vymezení je zobrazeno v následující tabulce (Tabulka 1). „*Otázka ukončení vývoje řeči je stále diskutována, pokud přihlédneme i k formální stránce (správná výslovnost), musíme tuto hranici posunout až k 5. – 6. roku věku dítěte*“ (Jedlička, 2003, s. 90).

Tabulka 1 Věkové vymezení vývoje artikulace hlásek (Bytešniková, 2012, s. 74)

Věk	Vývoj artikulace
od 1 do 2,5 let	b, p, m, a, o, u, i, e j, d, t, n, l – artikulační postavení se upravuje po třetím roce věku dítěte a ovlivní vývoj hlásky r
od 2,5 do 3,5 let	au, ou, v, f, h, ch, k, g
od 3,5 do 4,5 let	bě, pě, mě, vě, d', t', ň
od 4,5 do 5,5 let	č, š, ž
od 5,5 do 6,5 let	c, s, z, r
od 6,5 do 7 let	ř a diferenciacce č, š, ž a c, s, z

Při vývoji dítěte je důležité pozorovat jeho psychomotorický vývoj, ale také vývoj řeči, který je důležité od narození stimulovat (Klenková, Kolbábková, 2003). Preventivní logopedická péče je v předškolním věku zaměřena především na „*vytváření podmínek pro správný a přirozený vývoj řeči*“ (Klenková, 1997, s. 42). Můžeme tak předejít vzniku poruch řečové komunikace, nebo již vzniklé poruchy včas odhalit a zvýšit tak úspěšnost terapie s příznivější prognózou dalšího vývoje (Klenková, 1997). „*Péči o správný vývoj řeči podporujeme i duševní rozvoj dítěte, rozvíjíme celou osobnost*“ (Klenková, 1997, s. 10).

2 Artikulační norma českého jazyka a odchylky výslovnosti

„Percepčně-motorickým vzorem rozumíme ustálený způsob artikulace dané hlásky, který používáme individuálně na všech úrovních řečové komunikace a který pro nás reprezentuje danou hlásku či čtené písmeno“ (Neubauer, 2010, s. 84). Právě díky těmto vzorcům jsme schopni plynulé řeči, aniž bychom se více zaměřovali na motoriku mluvidel. Aby se řeč mohla vyvinout a po zbytek života se dále rozvíjet, je nezbytná správná činnost nervové soustavy, hybnost mluvidel a sluchové vnímání po celou dobu života. Pro úspěšnou komunikaci je nejdůležitějším kritériem její dostatečná srozumitelnost (Neubauer, 2010).

Hlásky se v českém jazyce dělí na souhlásky (konsonanty) a samohlásky (vokály). Výdechový proud prochází artikulačním ústrojím při tvorbě samohlásek volně, proto samohlásky vnímáme jako tón, který je dále upraven v nadhrtanových dutinách. Na charakteru tónu samohlásky se podílí poloha jazyka a velikost čelistního úhlu. Je proto logické, že je dělíme podle těchto kritérií (Tabulka 2) – podle toho kde a jak jsou utvářeny (Neubauer, 2014).

Tabulka 2 Samohláskový trojúhelník (Neubauer, 2014, s. 99)

Podle svislé polohy jazyka	Podle vodorovné polohy jazyka		
	Přední	Střední	Zadní
Vysoké	I		U
Středové	E		O
Nízké		A	

Souhlásky jsou tvořeny odlišně. Výdechový proud, který prochází mluvidly při tvorbě souhlásek, musí překonat překážku, proto již nemají podobu tónu, ale šumu. Tyto šumy mají vždy typický charakter a vzniknou vždy přesně na místě zúžení nebo závěru. U znělých souhlásek se k charakteristickému typu šumu přidává ještě znělý hlas. Překážka může být dvojího typu, úplnou překážkou se tvoří souhlásky závěrové a neúplnou překážkou se tvoří souhlásky úžinové a polozávěrové. Souhlásky dělíme podle stejného principu jako samohlásky. Podle místa artikulace, jejího způsobu (úžinové, polozávěrové, závěrové), znělosti a podílu nazality. Tabulka 3 obsahuje pouze kontrastní základní percepčně – motorické vzory hlásek (Neubauer, 2010).

Tabulka 3 Rozdělení souhlásek dle základních čtyř modalit (Neubauer, 2014, s. 101)

	Úžinové		Polozávěrové		Závěrové	
	znělé	neznělé	znělé	neznělé	znělé	neznělé
Obouretné (bilabiální)					M B	P
Retozubné (labiodentální)	V	F				
Dásňové (alveolární)	Z Ž R Ř L	S Š	C Č		N D	T
Tvrđopatrové (palatální)	J				Ň Ď	Ť
Měkkopatrové (velární)		CH			G	K
Hrtanové (laryngeální)	H					

2.1 Artikulační vzory jednotlivých hlásek

HLÁSKA „K“

Je hláskou čtvrtého artikulačního okrsku, je velární (tvoří se na měkkém patře), závěrová, neznělá. Je párovou hláskou k hlásce „G“ (Bytešniková, 2012). „*Při realizaci hlásky je hrot jazyka v neutrálním postavení, hřbet jazyka tvoří závěr na měkkém patře*“ (Bytešniková, 2012. s 220). Hláská se tvoří s malým čelistním úhlem bez aktivní účasti rtů (Salomonová, 2003).

HLÁSKA „L“

Je hláskou druhého artikulačního okrsku, prealveolární – tvoří se vpředu na alveolách, je hláskou úžinovou, znělou, s jinou hláskou pár netvoří (Bytešniková, 2012). „*Zvuk je tvořen v místě bočních úžin po stranách jazyka, který je opřen hrotem o přední dásňový výběžek*“ (Neubauer, 2014, s. 146). Pro vznik zvuku je nutný aktivní pohyb jazyka na alveoly a zpět na spodinu ústní. Ideální čelistní úhel při tvorbě hlásky je se zuby vzdálenými od sebe na

šířku ukazováčku, přičemž tato šířka stále dovoluje dobrou vizuální kontrolu (Neubauer, 2014). Hláska „L“ je hláskou ústní, měkké patro tvoří závěr do dutiny nosní (Bytešníková, 2012).

Nejčastější odchylky percepčně motorického vzoru hlásky „L“

Jazyk je při artikulaci hlásky na spodině úst bez zdvihu hrotu jazyka a výsledný zvuk zní jako „UV“ nebo „U“. Hrot jazyka může být také v poloze interdentalní, s jen mírně odchýlným zvukem. Hláska může být také odchýlně tvořena hrotem jazyka zvedaným až na horní ret (Neubauer, 2011). Časté je „*nahrazování pohybu jazyka pohybem rtů, zní nejčastěji jako „UV“ či „V“*. Jazyk zůstává na spodině úst a dítě zvuk tvoří zaokrouhlením a vysunutím rtů dopředu“ (Neubauer, 2011, s. 10). Hláska bývá nahrazována jinými hláskami, nejčastěji hláskou „J“ a „V“ (Neubauer, 2011).

HLÁSKA „S“

Je hláskou druhého artikulačního okrsku, tvoří se vpředu na alveolách, je úžinová a neznělá. Je párovou hláskou k hlásce „Z“ (Bytešníková, 2012). Hlázky „C“, „S“ a „Z“ jsou hlázky s charakteristicky vysokým šumem označované jako ostré sykavky a tvoří se obdobným mechanismem. Hláska je tvořena úžinově vedeným proudem „*vzduchu žlábkem ve středu jazyka na ostří na sebe postavených zubů ... Jazyk je hrotem v oblasti dolních řezáků a jeho boky jsou zvednuty nahoru k patru, aby ve středu jazyka vznikl žlábek*“ (Neubauer, 2014, s. 136). Jak uvádí Salomonová (2003) ideální skus při artikulaci ostrých sykavek je skus klešťovitý (labiodontie). Koutky rtů jsou zaostřeny do úsměvu a výdechovému proudu tak nebrání v cestě žádné další překážky (Neubauer, 2010).

Nejčastější odchylky percepčně motorického vzoru hlásky „S“

U odchýlné artikulace hlásky „S“ bývá častý interdentalní sigmatismus, při artikulaci sykavky je hrot jazyka umístěn mezizubně. Frekventovaný bývá také addentální sigmatismus, kdy se hrot jazyka při artikulaci dotýká zubů nebo alveolů (Neubauer, 2014). Dále hláska bývá také odchýlně tvořena s dotykem hrotu jazyka na zubech nebo alveolách na pravé nebo levé straně jde o odchýlnou artikulaci hlásky označovanou pojmem laterální sigmatismus (Salomonová, 2003). Hlázky je také často chybně tvořena hmotou jazyka, která je ochablá a vzduch tak uniká po obou stranách (Neubauer, 2014).

HLÁSKA „Z“

Je hláskou druhého artikulačního okrsku, tvoří se vpředu na alveolách, je úžinová a znělá. Je párovou hláskou k hlásce „S“ (Bytešníková, 2012). Rozdílem v mechanismu tvoření hlásky oproti hlásce „S“, je znělost hlásky a menší napětí při její artikulaci. Kmitání hlasivek způsobuje hlubší tón hlásky. V dalších ohledech je tvoření hlásky shodné s hláskou „S“ (Neubauer, 2014).

Nejčastější odchylky percepčně motorického vzoru hlásky „Z“

Odchylná artikulace hlásky je velmi podobná jako u hlásky „S“. Rozdílem v odchylné artikulaci jsou možné problémy se znělostí hlásky „Z“ a hláska tak zní nezněle. Místo hlásky „Z“ tak dochází k realizaci hlásky „S“, tyto problémy ale nejsou tak časté (Neubauer, 2014).

HLÁSKA „C“

Je hláskou druhého artikulačního okrsku, tvoří se vpředu na alveolách, je polozávěrová, neznělá a netvoří pár s jinou hláskou (Bytešníková, 2012). Hláska „C“ se v počátečním mechanismu tvorby od ostrých sykavek liší, přesto je mezi ně řazena. *„Zvuk hlásky „C“ vzniká závěrem hrotu jazyka na horních alveolách (dásňových výběžcích), který přechází do úžiny, stejně jako u „S“ a „Z““* (Neubauer, 2014, s. 138). Protože je hláska zpočátku tvořena závěrem, její zvuk zní pouze krátkou dobu. Při jejím prodloužení slyšíme jednu z ostrých sykavek. Ozývá se hláska „S“, protože je jako hláska „C“ tvořena bez účasti hlasivek – je neznělá (Neubauer, 2010).

Nejčastější odchylky percepčně motorického vzoru hlásky „C“

Způsoby odchylné artikulace jsou velmi podobné jako u hlásek „S“ a „Z“.

HLÁSKA „Š“

Je hláskou druhého artikulačního okrsku, tvoří se na alveolách ale více směrem do dutiny ústní, jedná se o hlásku postalveolární. Je úžinová, neznělá a je párovou hláskou k hlásce „Ž“ (Bytešníková, 2012). Hlávky „Č“, „Š“ a „Ž“ jsou hlávky s charakteristicky hlubokým šumem, který vzniká oproti tupým sykavkám v širším prostoru. Hlávky označujeme jako tupé sykavky a tvoří se obdobným mechanismem jako sykavky ostré. *„Hláska „Š“ je tvořena úžinovým vedením proudu vzduchu žlábkem jazyka, ovšem tato úžina je posunuta od předních zubů vzad oproti ostrým sykavkám“ ... „Hrot jazyka je při běžné artikulaci v blíž-*

kosti horních zubů a jeho okraje jsou také zdviženy k patru (Neubauer, 2014, s. 140). Stejně jak tomu bylo u sykavek ostrých, i tupých sykavek jsou zuby podle Salomonové (2003) ideálně v klešťovitém skusu (labiodontii). Rty ale zaujímají kontrastní polohu oproti sykavkám ostrým a jsou vyšpuleny do „Ó“. V rozdílu velikosti svalového napětí se opakuje stejný vzorec jako u hlásek „S“ a „Z“. U hlásky „Š“ je třeba většího svalového napětí než u hlásky „Ž“ (Neubauer, 2010).

Nejčastější odchylky percepčně motorického vzoru hlásky „Š“

Odchylná artikulace hlásky „Š“ je shodná s hláskami „C“, „S“, a „Z“. Hláška je tvořena addentální, interdentalní i laterální formou sigmatismu, liší se pouze tím, že u hlásky „Š“ není odchylka v poloze hrotu jazyka tak výrazná (Neubauer, 2014).

HLÁSKA „Ž“

Je hláskou druhého artikulačního okrsku, jedná se o hlásku postalveolární, je úžinová a znělá. Je párovou hláskou k hlásce „Š“ (Bytešnicková, 2012).

Rozdílem v mechanismu tvoření hlásky oproti hlásce „Š“, je znělost hlásky a potřeba většího množství výdechového proudu a menší napětí při její artikulaci. V dalších ohledech je tvoření hlásky shodné s hláskou „Š“ (Neubauer, 2014).

Nejčastější odchylky percepčně motorického vzoru hlásky „Ž“

Hláška bývá tvořena stejnými odchylnými způsoby artikulace jako hláška „Š“. Liší se pouze v problémech se znělostí hlásky (Neubauer, 2014).

HLÁSKA „Č“

Je hláskou druhého artikulačního okrsku, jedná se o hlásku postalveolární, je polozávěrová, neznělá a netvoří pár s jinou hláskou (Bytešnicková, 2012). Hláška „Č“ se v počátečním mechanismu tvorby od ostrých sykavek liší, i tak je mezi sykavky jako hláška „C“ řazena. Při tvorbě hlásky „Č“ *„hrot jazyka vytváří závěr na horním konci alveol horních zubů, dále, než je tomu u hlásky „C“ ... Po počátečním závěru přechází jazyk do polohy jako u hlásky „Š“* (Neubauer, 2014, s. 142). Protože je hláška tvořena zpočátku závěrem, její zvuk zní pouze krátkou dobu. Při jejím prodloužení slyšíme jednu z tupých sykavek. Ozývá se hláška „Š“, protože je jako hláška „C“ tvořena bez účasti hlasivek – je neznělá (Neubauer, 2010).

Nejčastější odchylky percepčně motorického vzoru hlásky „Č“

Hlásky bývá tvořena stejnými odchýlnými způsoby jako hlásky „Š“ a „Ž“ (Neubauer, 2014).

3 Dyslalie

„Je nejrozšířenější odchylkou ve vývoji řečových schopností, vznikající nejčastěji v průběhu předškolního věku. Zahrnuje artikulaci jedné či více hlásek způsobem, motorickým a především zvukově nápadným a odchylným od kodifikované a uznávané formy výslovnosti“ (Neubauer, 2014, s. 110).

Je nezbytné rozlišovat vadnou výslovnost (dyslalii) od nesprávné výslovnosti (fyziologické dyslalie), která je do určitého věku přirozeným jevem (Klenková, 2006).

3.1 Etiologie dyslalie

Dyslalie může vzniknout hned z několika příčin. *Z nejčastějších příčin lze zmínit vlivy dědičnosti, prostředí, různé poškození CNS, analyzátorů, neuroefektorů, porodní poškození atd.* (Lechta, 1990, s. 114). Tyto vlivy dále podrobněji popisuje Salomonová a Lechta.

Ačkoli se názory na vliv dědičnosti liší, nelze ho vyloučit. I přes vyloučení možnosti napodobování a zanedbávání, anamnézy osob s dyslalií často potvrzují, že tímto druhem poruchy řečové komunikace trpěl někdo z rodiny (Lechta, 1990). Nedochozí ke zdědění konkrétního druhu poruchy řečové komunikace, ale *„dědění artikulační obratnosti, případné snížení schopnosti fonemické diferenciacce, nebo případy vrozené řečové slabosti, které pak způsobují vadnou výslovnost“* (Lechta, 1990, s. 115).

Mezi negativní vlivy prostředí lze zařadit napodobování nebo příliš dlouhé tolerování vadné výslovnosti (Lechta, 1990). Pro správný vývoj řeči je důležitý adekvátní řečový vzor. Proto není vhodné používat mazlivou řeč. Pozor také na nevhodný výchovný přístup, který může vést nejprve k vadné výslovnosti a později k její fixaci (trest, zanedbávání dítěte). Dále nelze opomenout možný nepříznivý vliv bilingvistického prostředí (Salomonová, 2003).

Narušením sluchového vnímání dochází také k narušení výslovnosti, nejedná se ale o audiogenní dyslalii – vadná výslovnost osob se sluchovým postižením (Lechta, 1990). Opakované onemocnění horních dýchacích cest může mít za následek převodní nedoslýchavost (Salomonová, 2003). Dítě s percepční nedoslýchavostí není schopné správně rozlišit sy-

kavky, kromě toho bývají narušeny modulační faktory řeči. Přesné vnímání artikulačních pohybů mluvidel hlavně v raném věku je pro správný vývoj řeči důležité, proto je narušené zrakové vnímání další možnou příčinou vzniku dyslalie (Salomonová, 2003).

Snížené možnosti v přijímání, nebo v produkci správné výslovnosti se projeví při poškození dostředivých nebo odstředivých nervových drah. Výzkumy dokazují vysokou souvislost mezi výslovností a motorickým vývojem. Pro správnou výslovnost je nutná přesná koordinace artikulačních orgánů (Lechta, 1990).

Vážné postižení způsobuje poškození centrální části reflexního okruhu, v jejichž příznacích se často objevuje také dyslalie (Lechta, 1990).

Anatomické úchyly mluvidel jsou další možnou příčinou dyslalie. Může se jednat o přirostlou podjazykovou uzdičku – ankyloglossum, nebo o nejrůznější zásahy do dutiny ústní, mezi které patří např. nošení zubní protézy, vadný skus apod. (Salomonová, 2003).

3.2 Symptomatologie dyslalie

Odchylná artikulace bývá označována řeckými písmeny s koncovkou. Mezi frekventované odchylky artikulace patří sigmatismy a rotacismy. Sigmatismy označují odchylnou artikulaci sykavek (hlásek „C“, „S“, „Z“, „Č“, „Š“, „Ž“). Rotacismem je označována chybná artikulace vibrant (hlásek R a Ř). Pro zpřesnění odchylné artikulace bývá k řeckým písmenům kromě koncovky přidáváno také označení místa nebo způsobu. Velární rotacismus označuje chybnou artikulaci vibrant, kdy je hláska tvořena vibrací v hrdelní oblasti, často bývá použit okraj měkkého patra, tuto odchylnou tvorbu vibrant můžeme také označit pojmem ráčkování. U odchylné artikulace sykavek bývá častý interdentalní sigmatismus, laterální sigmatismus, addentalní sigmatismus – tento jev bývá širokou veřejností označován pojmem šišlání (Neubauer, 2014). Salomonová (2003) dále uvádí sigmatismus labiodentalní a sigmatismus nasální. Jako sigmatismus labiodentalní označujeme odchylnou artikulaci sykavky, která „je tvořena opíráním dolní hrany horních řezáků o dolní ret“ (Salomonová, 2003, s. 349). Při sigmatismu nasálním je sykavka tvořena „výrazným průřezem výdechového proudu do nosu“ (Salomonová, 2003, s. 349).

Mogilalie a paralalie jsou jevy, které provází každý vývoj dětské řeči, bývají přechodné, proto není vhodné je označovat za patologické. Mogilalie je jev označující vynechávání určité hlásky v řeči, dítě místo drak řekne dak. Paralalie označuje jev, kdy dítě zaměňuje hlásku za jinou, místo drak dítě řekne dlak (Neubauer, 2014).

3.3 Klasifikace dyslalie

Salomonová (2003) dělí dyslalii z několika aspektů:

- z vývojového hlediska;
- z etiologického hlediska;
- z hlediska rozsahu;
- z hlediska kontextu;
- podle místa poškození.

Z vývojového hlediska

Výslovnost se ve vývoji dětské řeči se zdokonaluje spolu se zráním centrální nervové soustavy (Salomonová, 2003). Fyziologická dyslalie je přirozeným jevem, který trvá do 5. roku života dítěte. Pokud nesprávná výslovnost dále trvá, do 7. let mluvíme o prodloužená fyziologická dyslalii, kdy ještě může dojít k autokorekci. Při přetrvávání nesprávné výslovnosti dochází k její fixaci, jedná se o (pravou) dyslalii, kdy spontánní zlepšení již nelze očekávat (Lechta, 1990).

Z etiologického hlediska

Z etiologického hlediska můžeme dyslalii dělit na organickou a funkční. U funkční dyslalie se dále rozlišuje motorický typ – jde o tzv. motorickou neobratnost, a senzorický typ – kdy dítě má narušenou sluchovou diferenciaci. Jako funkčně podmíněnou dyslalii můžeme označit dyslalii vzniklou napodobováním nesprávného řečového vzoru, genetickou dispozicí, nebo minimálním orgánovým poškozením. Organická dyslalie vzniká narušením nervových drah. Pokud dojde k narušení dostředivé dráhy, jde o impresivní dyslalii. Narušením odstředivých nervových drah vzniká expresivní dyslalie. Posledním typem je centrální dyslalie, která vzniká při narušení centra řeči (Salomonová, 2003).

Podle místa poškození

Lechta (1990) i Dvořák (1998) dělí dyslalii podle místa příčiny na dyslalii akustickou, labiální, dentální, palatální, lingvální a nazální.

Z hlediska rozsahu

Klasifikace dyslalie z hlediska jejího rozsahu. Dyslalie universalis (mnohočetná) je nejtěžší formou dyslalie. Odchylná artikulace postihuje většinu hlásek, dochází k tzv. tetismu, hláskou „T“ jsou nahrazovány skupiny hlásek – řeč je zcela nesrozumitelná. Lepší srozumitelnost s méně vadnou výslovností se označuje jako dyslalie multiplex. Pokud je vadně vyslovována jedna nebo několik hlásek jedná se o parciální dyslalii, kterou můžeme dále dělit na monomorfní a polymorfní. Při monomorfní dyslalii se vadná artikulace týká pouze jedné artikulační oblasti, pokud vadná artikulace zasahuje všechny artikulační oblasti, označuje se jako dyslalie polymorfní (Nádvorníková, 2003).

Z hlediska kontextu

Z hlediska kontextu dělíme dyslalii na kontextovou a hláskovou. Hlásková dyslalie se týká izolovaných hlásek. Kontextová dyslalie může být slovní a slabiková, samostatné hlásky jsou tvořeny správně, vadná výslovnost se projevuje ve slabikách či slovech. Dyslalie se z kontextového hlediska může dále dělit na dyslalii nekonstantní (ne vždy dochází k vadné výslovnosti, v některých spojeních je hláska tvořena správně) a dyslalii nekonsekventní – hláska je tvořena odchylně ale není tvořena vždy stejným chybným způsobem (Lechta, 1990).

3.4 Diagnostika dyslalie

Při vyšetřování dyslalie postupujeme podle Bytešníkové (2012, s. 45) následovně:

- navázání kontaktu s dítětem i s rodiči;
- sestavení anamnézy;
- rozhovor;
- orientační vyšetření sluchu;
- vyšetření fonemického sluchu;
- vyšetření artikulačních orgánů;
- vyšetření motoriky;
- systematické vyšetřování dyslalie;
- stanovení dalšího postupu.

V anamnestických údajích si všímáme hlavně psychomotorického vývoje, muzikálnosti a schopnosti pro rytmus, orientačně zjišťujeme lateralitu, zaměřujeme se také na stav chrupu (skusu), mimiku, dýchání, pohybů rtů a jazyka. Je nutné orientačně vyšetřit sluch. Podle potřeby lze využít test aktivní mimické psychomotoriky podle Kwinta, Ozeretzského test jemné motoriky, případně další testy (Salomonová, 2003).

Vyšetřování dítěte je vedeno formou hry s obrázky. Obrázky jsou voleny tak, aby obsahovaly hlásku na začátku, uprostřed a na konci slova (Salomonová, 2003). Podle Lechty (1990) není vhodné slova nebo hlásky předřikávat, nevyhneme se tak riziku, že dítě může logopeda napodobovat. Po pojmenování obrázků přichází na řadu volný rozhovor. Logoped se zaměřuje na přirozený mluvní projev, u malých dětí můžeme využít např. maňásků, nebo nejrůznější hraček (Salomonová, 2003).

Velmi důležitá je kvalita fonologické diferenciaci a motorika artikulačních orgánů. Lechta (1990) upozorňuje, že dosažení úspěchu při terapii je závislé právě na jejich dostatečné úrovni. Z hlediska správného akustického obrazu (vnímání) se může jednat o dyslalii sensorického a motorického typu. Salomonová (2003) uvádí, že sensorická forma dyslalie vzniká při sníženém sluchovém vnímání, dítě nerozliší správné znění hlásek. Může se stát, že děti slyší chybu u jiných, ale u sebe ji nevnímají, nejčastěji je to způsobené motorickou neobratností nebo chybným vytvořením pohybových stereotypů. Často jde o motorickou formu dyslalie. Podle Salomonové se tyto formy vyskytují nejčastěji v kombinaci.

V neposlední řadě je důležité zhodnotit, zda se jedná o příznak jiného postižení např. mentální retardace, sluchového postižení, dětské mozkové obrny nebo jde o „prostou“ dyslalii (Lechta, 1990).

K vyšetření fonemického sluchu se používá test od Škodové, který je sestaven pro hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí (Salomonová 2003).

Pro srovnání si můžeme se souhlasem rodiče, nebo dospělého klienta pořídit audio záznam. Po provedení všech potřebných testů a zhodnocení celé situace se stanoví diagnóza a sdělí se prognóza rodičům, nebo dospělému klientovi. A vysvětlí se další postup při úpravě vadné výslovnosti (Salomonová 2003).

3.5 Zásady terapie

Podle Bytešníkové (2012) by se každá logopedická intervence dyslalie měla skládat z těchto bodů. Nejprve vyvozujeme hlásky artikulačně jednodušší, teprve po jejich zvládnutí přecházíme k vyvození hlásek artikulačně složitějších. Nedílnou součástí logopedické intervence je motivace a pochvala. Velmi často je třeba motivovat k práci i rodiče, stává se to u těžkých případů, nebo při dlouhém trvání korekce. Rodiče musí být seznámeni s průběhem terapie a měli by být přítomni při každé návštěvě logopeda. Každý postup, metodu, kterou při úpravě artikulace použijeme, a je nutné v ní pokračovat doma, by si rodič měl po názorné ukázce logopeda sám vyzkoušet. Předjdeme tak chybám a nesprávným postupům při domácích cvičeních.

Čtyři zády logopedické intervence popsal již Seeman. Prvním pravidlem je zásada krátkodobého cvičení. Salomonová doporučuje krátkodobá cvičení z důvodu udržení pozornosti malých dětí. Cvičíme se sluchovým a zrakovým vzorem 3-4 minuty, opakujeme tato cvičení během dne co nejčastěji, podle individuálních možností. Druhou zásadou je zásada používání sluchové kontroly. Upozorňuje na tupost sluchového vnímání, která může vzniknout působením hlasitých zvuků na dítě již od útlého věku (např. televize, rádio). Pak je nutné, aby dítě prošlo nápravnou sluchovou výchovou, která probíhá formou zvukových her (vnímání zvuků – deště, tikajících hodin, šumění potoka, zpěvu ptáků, foukání větru, šumění listů apod.). Třetí zásadou je zásada používání pomocných hlásek. Podle Salomonové je tato zásada podceňovaná nejčastěji. Užití pomocných hlásek je efektivnější, než metoda přímé nápodoby se základním nastavením mluvidel. Tuto metodu volíme v případě, že se nedaří metoda substituční, která má hned několik výhod. „*Náležitým užitím substituční metody zefektivňuje postup nápravy, dítěti usnadňujeme tvoření správného artikulačního postavení s přesným zněním hlásky ... Substituční metoda je velmi důležitá, protože vytváří nový sluchový i artikulační vzor*“ (Salomonová, 2003, s. 333). Vhodné je použití substituční metody u dětí s mentální retardací, u dětí s opožděným vývojem řeči a v dalších případech, kdy je výchova fonematického sluchu problematická (Salomonová, 2003). Čtvrtou zásadou je zásada minimální akce. Seeman doporučoval v některých případech nacvičovat šeptem. Podle Lechty (1990) u některých dětí dochází k přehnanému úsilí, které vede k velkému napětí a nepřesnosti artikulace. Salomonová (2003) upozorňuje na nutnost dodržení této zásady hlavně u hlásek vyvozovaných substitučně.

Salomonová (2003) uvádí všechny výše popsané zásady a přidává další zásady, zejména zásadu vývojovosti. Je důležité znát a respektovat vývoj hlásek. Při včasném usměrnění můžeme předejít vzniku vadných artikulačních stereotypů, nebo toto riziko alespoň zmírnit. Hlásky se vyvíjí postupně se zráním CNS, dochází také k myelinizaci nervových drah. Postupný vývoj a dozrávání umožňuje dítěti si osvojovat stále náročnější hlásky. Další zásadou je zásada názornosti, která využívá multisenzoriálního přístupu. A jako poslední uvádí zásadu individuálního přístupu.

Lechta (1990) navíc popisuje zásadu speciálních cvičení, zásadu skupinové formy práce (zejména u předškolních dětí) a zásadu plánovitosti. Podle této zásady se řídíme, když jde o vadnou výslovnost více hlásek. Nejprve se zaměříme na hlásky lehčí a později na obtížnější. Dojde k rychlému zlepšení srozumitelnosti řeči a dítě i rodiče budou motivováni k další práci.

3.6 Průběh terapie dyslalie

Základní dělení terapeutických postupů uvádí Gúthová (2005), vychází z definice narušené komunikační schopnosti, je dělené podle zacílení terapie:

- 1) fonetické – klasické – artikulační – tradiční – senzomotorické;
- 2) fonologické – moderní kognitivně-lingvistické;
- 3) foneticko-fonologické;
- 4) komplexní přístup.

Práce popisuje tradiční, terapeutický přístup, který je nejčastější.

3.6.1 Etapy procesu úpravy artikulace

Etapy procesu úpravy artikulace uvádí Neubauer (2010). Nejprve musíme vytvořit intaktní vzor artikulace, který bude vnímán několika smysly, a to pomocí sluchu, zraku a hmatu. Dále je naší snahou docílit jeho správného opakování podle předvedeného vzoru. Také můžeme použít substituční metodu, ve které se využívá pomocných hlásek, nebo můžeme využít mechanické pomůcky. Dále cíleně trénujeme fonematický sluch, zaměřujeme především na sluchové vnímání rozdílů mezi odchýlným a intaktním způsobem artikulace. Cvičení, do kterých artikulační vzor zapojujeme, mají stoupající obtížnost – „od zvuku do věty“. Artikulační vzor tedy trénujeme nejprve samostatně, následně ho zapojujeme do

slabik, poté do jednoduchých slov a nakonec do vět. Důležitá jsou také cvičení, která trénují soustředění dítěte na motoriku mluvidel a sluchovou percepci, aby dítě bylo schopné nový artikulační vzor zvládnout. Pozornost se tak při vybavování stabilního výkonu dělí na kontrolu artikulace a obsah sdělení. Ve spontánní mluvě dochází často k soustředění se na obsah sdělení a použití starého chybného artikulačního vzoru. Vzápětí, ale dochází k uvědomění si chybné artikulace díky sluchové percepci a následné opravě, kdy je pozornost soustředěna na správný artikulační vzor a kontrolu motoriky mluvidel. Právě autokorekcí, procesem následného opravování se, dochází pozvolna k navození spontánního užívání nového artikulačního vzoru hlásky.

4 Diferenciální syndromy

4.1 Opožděný vývoj řečových schopností

„Opožděný vývoj řeči je absence jedné, více nebo dokonce všech složek v oblasti vývinu řeči vzhledem k věku dítěte“ (Lejska, 2003, s. 95). Vývoj řeči, je s celkovým vývojem dítěte těsně spjat. V případě, že celkový vývoj všech schopností a dovedností neprobíhá tak, jak by v daném věku měl, logopedická intervence nemůže probíhat podle úrovně, ve které by se dítě již mělo nacházet. Některé děti mohou mít kolem třetího roku potíže, toto období je náročné z hlediska nároků, které jsou na něj okolím při osvojování řečových dovedností kladeny (Škodová, 2003). Podle Nováka (1997, In Bytešnicková, 2012) by v průběhu vývoje řeči zdravé dítě nemělo dosahovat většího rozdílu než maximálně hranice půl roku od stanovené normy.

Pokud má dítě zájem o komunikaci a jedná se o prosté opoždění řeči, při adekvátní stimulaci a vhodných podmínkách, dochází k osvojení řečových dovedností a dosažení v těchto dovednostech průměru. Na vznik a vývoj řeči má vliv vnější prostředí spolu s vrozenými dispozicemi pro učení se řeči. Jako opožděný vývoj řeči prostý můžeme označit opoždění ve vývoji řeči kolem třetího roku dítěte, které je bez zjevných psychických nebo somatických příznaků, které by opoždění mohli zapříčinit (Bytešnicková, 2012).

„Opožděný vývoj řeči se za samotnou nozologickou jednotu pokládá tehdy, je-li hlavním příznakem poruch, jež dítě má“ (Škodová, 2003, s. 91). Může být ale také symptomem mentální retardace, vad a poruch zraku a sluchu, dětské mozkové obrny, výjimečně se vyskytuje u tělesného postižení (Škodová, 2003).

Symptomatologie

Z hlediska příznaků můžeme na opožděný vývoj řeči prostý nahlížet z několika pohledů. Podle charakteru průběhu vývoje řeči, dle věku, stupně poruchy a etiologie. Zmíněné dělení popisuje Škodová (2003) podle Sováka (1978) a Lechty (1990).

Opožděný vývoj řeči prostý je první možností dělení z hlediska průběhu vývoje řeči. Jeho příčinou bývá opožděné vyžívání nervové soustavy, dědičnost, negativní výchovné vlivy případně také lehká porucha sluchu, které se projeví v opoždění řečového projevu. Potíže

mohou zasáhnout ve všech jazykové roviny, nebo se objevit pouze v některých. Obsahová stránka řeči bývá narušená jako první, po jejím zlepšení později dochází k problémům ve stránce formální. Druhou možností je vznik omezeného vývoje řeči, vyskytuje se u těžších vad sluchu, u mentálního postižení, případně u zvlášť patologického sociálního prostředí. Obtíže se projevují již výrazněji než u opožděného vývoje řeči prostého a postihují především obsahovou stránku řeči. Snížení srozumitelnosti vlivem narušení modulačních faktorů řeči se vyskytuje u těžce sluchově postižených. U dětí s mentální retardací se obtíže stupňují se závažnějším postižením intelektu, opoždění se projevuje také u jemné a hrubé motoriky. Třetí možností je přerušovaný vývoj řeči. Dobrá prognóza s možností dosažení normy je možná po odstranění příčiny. K přerušování vývoje řeči může dojít u nádorových onemocnění mozku, úrazu, u těžkých psychických traumat, případně u vážných duševních onemocnění. Čtvrtou možností je scestný (odchylný) vývoj řeči, který se projevuje nejčastěji vadnou artikulací (postihuje jen některé z rovin řečového vývoje). Vyskytuje se při organickém poškození mluvidel, těžkém rozštěpu patra nebo u dítěte, jehož zvuková stránka řeči je deformovaná (Škodová, 2003).

Z hlediska věku se nemluvnost ve své podstatě dělí na fyziologickou a patologickou. Fyziologickou nemluvností prochází každé dítě ve svém vývoji. Jde o tzv. přípravné stádium, které trvá přibližně až do jednoho roku věku dítěte, kdy začíná období vlastního vývoje řeči. Když dítě nezačne mluvit do tří let věku, může jít o prodlouženou fyziologickou nemluvnost a ne o vývojovou poruchu řeči. Jestliže dítě nemá poškozené řečové orgány, sluch, motoriku ani intelekt a vyrůstá v podmětném prostředí a na tyto podněty adekvátně reaguje, může stále ještě dosáhnout normy. Je ale nezbytné, aby dítě prošlo komplexním vyšetřením, které provedou odborníci. Vývojová nemluvnost nepatří již k fyziologickému jevu, jedná se o vývojovou poruchu řeči. Pomocí diferenciatní diagnostiky je nutné zjistit, zda se jedná o vývojovou nemluvnost (na neurotickém podkladu) nebo získanou nemluvnost – která vznikla vlivem organického poškození mozku (Škodová, 2003).

Opožděný vývoj řeči můžeme také charakterizovat z hlediska stupně poruchy. Vyskytovat se mohou lehké odchylky od normy po úplnou nemluvnost, nejedná se ale o úplnou němotu, výstižný je termín „bezřečnost“. Dítě vydává zvuky, které ale nemají se skutečnou řečí nic společného, ale mají pro něj samotného jistý signální význam (Škodová, 2003).

Poslední charakterové hledisko pohlíží na nemluvnost jako na příznak hlavní a vedlejší. Nemluvnost jako hlavní příznak, se dělí ještě dále na senzorický typ (řeči nerozumí), motorický typ (nemluví, ale řeči rozumí) a smíšený typ (vyskytuje se nejvíce). Pokud se jedná o nemluvnost, která je vedlejším příznakem, mluvíme pak o symptomatické poruše řeči (Škodová, 2003).

Diagnostika

„Pro vývoj a aktivní utváření řeči je nejdůležitější stav jednotlivých receptorů a míra intelektových schopností“ (Škodová, 2003, s. 94). Pro vývoj řeči je nejdůležitější sluch, v menší míře i zrak, který v případné ztrátě sluchu bude tuto ztrátu kompenzovat. Při diagnostice se zaměřujeme na motoriku (jemnou i hrubou), na stav intelektu a samozřejmě sluch a zrak. Jejich stupeň vývoje a aktuální stav má vliv na vývoj a osvojování řečových dovedností (Škodová, 2003). *Cílem diagnostiky je co nejpřesnější vystižení aktuálního řečového stavu dítěte jako východiska pro správný výběr a realizaci stimulačních metod, koncipování strategie a prognózy* (Bytešníková, 2012, s. 37).

U některých dětí se později může projevit odchýlná artikulace jedné nebo více hlásek – dyslalie. Dlouhodobé sledování dítěte může také pomoci změnit diagnózu z původní diagnózy opožděného vývoje řeči dítěte na vývojovou dysfázii (Bytešníková, 2012).

Terapie

Vnější a vnitřní faktory, které vývoj řeči ovlivňují, mají být podle Sováka (1974 In Škodová, 2003) v rovnováze a terapie by proto měla tyto zásady dodržovat. Pro stimulaci vývoje a osvojování řečových dovedností je nezbytný dostatek řečových podnětů. Nesmí jich být nedostatek (tím by docházelo ke zpomalování řečového vývoje) a nesmí být ani nepřiměřené (a nedochází k neurotizaci). Nezbytné dále je, aby dítě mělo správný řečový vzor, pokud by byl chybný, dítě by ho napodobovalo i s jeho chybami. Verbální komunikace se u dětí s opožděným vývojem řeči může stát jedinou možnou formou dorozumění. I když dítě nemluví, je schopné neverbální komunikace právě proto, že k rozumění řeči dochází ještě před tím, než si dítě začne řečové dovednosti osvojovat. Řeč se pomalu vyvíjí ze základních zvuků, zpočátku je dítě schopné ve slově rozlišit jednu až dvě slabiky (na které slova zkracuje). Z těchto důvodů je zbytečné používat příliš dlouhá nebo náročná slova. Dalším důležitým prvkem je opakování a napodobování, kterým se dítě učí. Nejprve, ještě

před prvními zvuky dítě dokáže napodobit melodii řeči, později opakuje zvuky, slabiky až nakonec zvládne vyslovit i obtížnou větu (Škodová, 2003).

Při terapii je důležité postupovat od jednodušších elementů, po upevnění základu k elementům složitějším. Jako první se rozvíjí obsahová stránka řeči. Až později stránka formální. Pokud slovní zásoba dítěte není dostatečná a pohyby mluvidel neumí plně koordinovat, je velkou a častou chybou zaměření se na úpravu správné výslovnosti. U těchto dětí je nejprve nutné rozvíjet schopnost rozumění řeči (Škodová, 2003).

4.2 Vývojová dysfázie

„Dysfázií rozumíme specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo velmi vzácně až neschopností verbálně komunikovat i když veškeré podmínky pro rozvoj řeči jsou adekvátní“ (Šlapal, 2007, s 18). Vývojová dysfázie vzniká porušením fatických funkcí, pomocí kterých dochází k *„chápání, uchovávání a vyjadřování myšlenek pomocí slov, a to nejen verbálně, ale v širším slova smyslu také graficky (četba, písmo)“* (Šlapal, 2007, s 18). Dysfázie přesahuje však rámec fatické poruchy, protože problémy se projevují i v neřečových oblastech (Bytešníková, 2012).

Jde o poruchu osvojování mluvené řeči, její vývoj je velmi opožděný. Přičemž toto opoždění nezapříčinila porucha sluchu, není přítomné pohybové postižení nebo mentální retardace a prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, na něj nemá žádný nepříznivý vliv (Říčan, Krejčířová, 2006). V raném věku dítěte bývá opoždění ve vývoji řeči velmi výrazné a často je impulsem k navštívení klinického logopeda (Jedlička, Škodová, 2003).

Etiologie

Příčinou vzniku vývojové dysfázie je difúzní poškození centrální nervové soustavy. Nejde o postižení ložiskové, ale zasažená je celá centrální korová oblast (příznaky mohou být různé, závisí to na vážnosti postižení). Vývojové poruchy řeči vznikají vlivem poškození mozku, které bylo vrozené, nebo vzniklo v raně postnatálním období. Toto postižení ovlivňuje vývoj kognitivních funkcí (Neubauer, 2014). Je dokázáno, že opoždění v řečovém vývoji spolu s vývojovými poruchami řeči postihují častěji chlapce než dívky a to v poměru 4:1 (Jedlička, Škodová, 2003).

Symptomatologie v řeči

Symptomy vývojové dysfázie mohou být různé, nejvýraznější však bývá opoždění vývoje řeči. Vnější příznaky v řeči se mohou projevovat výraznou neobratností, nesrozumitelností, až nemluvností (Jedlička, Škodová, 2003).

Opoždění ve vývoji řeči dítěte se může postupně vytrácet a ve školním věku už nemusí být při komunikaci znatelné. Vývojová dysfázie se ale projeví při osvojování školních dovedností jako porucha čtení a psaní. Také se projevuje výrazný rozdíl mezi IQ verbálním a neverbálním, přičemž verbální IQ je proti neverbálnímu výrazně snížen (Řičan, Krejčířová, 2006).

Symptomů vývojové dysfázie je velké množství, je to dáno tím, že postižení má systémový charakter. Zasahuje všechny jazykové roviny, přičemž rozsah postižení je různý. Může dojít k narušení fonetické i fonologické realizace hlásek, narušení fonematické percepce, percepce distinktivních rysů. Řečový projev může být nesrozumitelný, a mohou se objevit i výrazné deficity ve výslovnosti. Pasivní slovník převládá nad aktivním, slovní zásoba je však celkově snížená. Rozvíjení aktivní slovní zásoby dítěte trvá dlouho, slova používá mechanicky a nerozumí jejich významu. Dítě může mít problémy s identifikací klíčových slov, které jsou pro porozumění obsahu důležité. Objevují se dysgramatismy, problémy s jazykovým citem, se skloňováním a časováním. Věty mívají nesprávný slovosled, dítě umísťuje subjektivně nejdůležitější slova na začátek věty. Nonverbální komunikace znatelně převyšuje nad verbální. Mají problém s udržení dějové linie a nejsou schopni reprodukovat text. V jejich řečovém projevu se objevují delší pauzy (Bytešnicková, 1012).

Vývojová dysfázie se neprojevuje jen symptomy zasahujících řeč. Jak uvádí Jedlička a Škodová (2003) může zasahovat mnoho oblastí. Mezi ně patří:

- nerovnoměrný vývoj,
- diskrepance mezi verbálními a neverbálními schopnostmi,
- narušení zrakového vnímání,
- narušení sluchového vnímání,
- narušení paměťových funkcí,
- narušení orientace v čase i prostoru,
- narušení motorických funkcí a lateralita.

Klasifikace

Mezinárodní klasifikace nemocí v 10. revizi uvádí dvě formy vývojové dysfázie, receptivní a expresivní. U expresivní dysfázie (motorické, Brocovy) jde především o „*poruchu schopnosti mluvit, při plně zachovalé řeči zevní, převažují obtíže v logomotorické oblasti, mluvenému pacient rozumí*“ (Šlapal, 2007, s 18). Když aktivní řeč kolem dvou let dítěte chybí, není možné vývojovou dysfázii odlišit od prostého opožděného vývoje řeči. Pokud je vývoj řeči jen opožděn, začíná slovní zásoba kolem tří let věku dítěte narůstat. U dětí s expresivní vývojovou dysfázií k nárůstu slovní zásoby dochází také, ale většinou až kolem čtyř let věku. Dítě nezvládá delší plynulé vyjádření a přetrvávají problémy s artikulací i gramatikou (Říčan, Krejčířová, 2006). Charakteristický je chudší aktivní slovník jedince oproti úrovni rozumění slovům a větám, preferuje častěji neverbální způsob komunikace. V řeči se objevují perseverace a agramatismy (Šlapal, 2007).

U receptivní dysfázie jedinec „*nerozumí mluvenému, přestože sluch má neporušen*“ (Šlapal, 2007, s 18). Aktivní řeč dítěte se vyvíjí nedostatečně, stejně jako u předchozího typu, „*poruchy rozumění ve 2. a 3. roce věku ještě nemusí být nápadné, protože děti se dobře orientují verbálně*“ (Říčan, Krejčířová, 2006, s. 183). K tomuto dochází pouze v případě, že se nejedná o nejtěžší případy (verbální sluchová agnosie). Charakteristické jsou také poruchy pozornosti k verbálním podnětům, přítomné jsou také další kognitivní poruchy. Častý je zpomalený rozvoj symbolického a abstraktního myšlení, ve školním věku se poruchy učení objevují častěji, než u předešlého typu (Říčan, Krejčířová, 2006). Jedinec má problémy převážně s chápáním a porozuměním řeči (Šlapal, 2007). „*Časté jsou ovšem dysfázie smíšené, kdy je porozumění oslabeno lehce a diskrepance mezi úrovní expresivní a receptivní je výrazná*“ (Říčan, Krejčířová, 2006, s. 183).

Diagnostika

U vývojové dysfázie je opoždění jednotlivých složek osobnosti nerovnoměrné (Jedlička, Škodová, 2003). Poškození mozkových funkcí může být různé, od tohoto se odvíjí závažnost celé poruchy. Včasná a správná diagnostika, na které se podílí logoped, foniatr, neurolog a psycholog je klíčem k úspěšné terapii (Bytešníková, 2012). Při foniatrické diagnostice se vyšetřují složky řeči a stav sluchu. Neurolog hodnotí nálezy na EEG a CT. Nálezy bývají převážně negativní, to odpovídá difuznímu postižení CNS. Psychologická diagnostika může prokázat difuzní postižení CNS a přispět tak ke stanovení diagnózy vývojové dysfázie. Klinický logoped se při logopedické a speciálněpedagogické diagnostice

zaměřuje na nejtypičtější deficity, které bývají u vývojové dysfázie přítomné. Zaměřuje se na orientaci v prostoru i čase, zrakovému i sluchovému vnímání, čtení, psaní a počítání. Dále se zaměřuje také na grafomotoriku, řeč, celkovou motoriku, paměť, aktivitu a koncentraci pozornosti. Aby mohla být vývojová dysfázie diagnostikována, je třeba pohlížet na všechny její projevy jako na celek. Při diferenciální diagnostice je potřeba se zaměřit na odlišení vývojové dysfázie od vývojové dysartrie, opožděného vývoje řeči prostého, opožděného vývoje řeči při mentálním postižení, vady nebo poruchy sluchu a těžké dyslalie. Vývojová dysartrie se může vývojové dysfázii podobat v příznacích v řeči, liší se ale v podstatě neurologického postižení. Vadu nebo poruchu sluchu odhalí jeho řádné vyšetření. Opožděný vývoj řeči prostý se kromě řeči neprojevuje opožděním v dalších složkách a u opožděného vývoje řeči při mentálním postižení je opoždění ve všech složkách rovnoměrné (oproti vývojové dysfázii). Další možnou chybou je záměna vývojové dysfázie za těžkou dyslalii – především laickou veřejností (Jedlička, Škodová, 2003).

Terapie

Terapie vývojové dysfázie je velmi náročným procesem a především spolupráce s rodinou dítěte ale i s pedagogy má na výsledek terapie velký vliv. Důležité je rozvíjet celou osobnost dítěte komplexně. U dítěte rozvíjíme jeho řeč, myšlení, paměť i pozornost, zrakové i sluchové vnímání, motoriku i grafomotoriku a v neposlední řadě i schopnost orientace (Bytešnicková, 2012). Úspěšná terapie vývojové dysfázie je dlouhodobá a především závisí na včasné a adekvátní logopedické intervenci ale i na celé rehabilitaci a ovlivňuje ji také zranění centrální nervové soustavy. Při osvojování základních školních dovedností bývají nejčastěji narušeny schopnosti naučit se číst a psát, a také se vyskytují nemalé problémy při výuce cizích jazyků. Ze specifických poruch učení se dyskalkulie nevyskytuje tak často jako dysmúzie a dyspinxie (Jedlička, Škodová, 2003).

4.3 Vývojová dysartrie

Pojem vývojová dysartrie zahrnuje poruchy vzniklé od počátku vývoje organismu na základě organického poškození centrální nervové soustavy dítěte ... Syndrom vývojové dysartrie je dynamickým vývojovým procesem, během kterého vznikají nekonstantní i trvalé poruchy vývoje řečových schopností v závislosti na zranění centrální nervové soustavy dítěte, na jeho aktuálním celkovém tělesném stavu a s ním souvisejícím stavu motorických řečo-

vých funkcí – dýchání, tvorby hlasu, artikulace a motoriky aktivních částí mluvidel (Neubauer, 2011, s. 286).

Jednotlivé typy vývojové dysartrie uvádí Neubauer (2011):

- spastický typ vývojové dysartrie;
- atetoidní, hyperkinetický, hypokinetický typ vývojové dysartrie;
- ataktický typ vývojové dysartrie;
- bulbární typ vývojové dysartrie;
- smíšený typ vývojové dysartrie.

Diagnostika

Při diagnostice se zvlášť hodnotí respirace, artikulace, fonace, rezonance a souvislý mluvní projev. Nejprve se zaměříme na dýchání a jeho způsob v klidu a následně při mluvním projevu. Následně se při mluvním projevu hodnotí ovládání výdechového proudu. Na ovládání výdechového proudu se zaměřujeme i po nádechu a případný únik vzduchu. Při foukání slámkou do vody si všímáme rovnoměrnosti a řízení výdechového proudu vzduchu. Nejzrozsáhlejší je vyšetření artikulace, pozornost je věnována orgánovým změnám, pohyblivosti rtů, jazyka a sanice. Zaznamenáván je počet slabik řečený za určitý čas. Při vyšetřování jazyka a sanice se zaměřujeme na směr a přesnost provedení pohybů. Dále je pozornost věnována zdvihu vela při fonaci. Pozornost se věnuje také poruchám polykání. Hodnotí se síla, výška, barva a způsob tvoření hlasu. Změny rezonance se zjišťujeme Gutzmannovou A – I zkouškou. Souvislý mluvní projev se posuzuje nejprve při opakování vět, poté se hodnotí popis dějového obrázku a nakonec krátký příběh (Cséfalvay, 2003).

Terapie

Terapie vývojové dysartrie je vždy dlouhodobým procesem. Při terapii je nutné stimulovat psychomotorický vývoj dítěte. Mezi užívané fyzioterapeutické metodiky patří metodika Bobathových, metodika reflexní lokomoce podle Václava Vojty a Kabatova metodika. Na orofaciální oblast se přímo zaměřuje metoda Castillo-Morales a Myofunkční terapie. Vhodné je logopedické a fyzioterapeutické působení co nejvíce propojit a podpořit tak výsledky terapie (Neubauer, 2011).

Logopedická terapie

Stimulace spočívá nejprve v navázání a udržení zrakového kontaktu a napodobování motorických činností. Podporovat dítě v komunikaci. Je důležité, aby pochopilo, že komunikace je praktická a užitečná. Již od počátku komunikace dítěte je důležitá přítomnost dialogu na jakékoli úrovni (i primitivní). Důležitý je krátký, jasný komentář situací a činností. Rozvoj aktivní a pasivní slovní zásoby. Snahy o koordinaci pohybů mluvidel a o realizaci motorických prvků řeči jsou podmíněny množstvím důležitých zásad, které je nutno dodržovat (Neubauer, 2011).

4.4 Narušení plynulosti řeči

Neplynulost řečového projevu se může projevit různorodým obrazem (Bytešnicková, 2012). Jednou příčinou může být neplynulost řeči narušená v důsledku zrychlení tempa řeči (tumultus sermonis), druhou příčinou může být přerušování řeči záškuby nebo křečemi fonačního ústrojí a mluvidel (balbuties). Plynulost řeči může být narušená také kombinací obou poruch. V takových případech je nejprve nutné tempo řeči zpomalovat, léčba je komplikovanější a časově náročnější (Škodová, Jedlička, 2003). Vysoká prevalence v předškolním věku je u tumultus sermonis i balbuties (Bytešnicková, 2012).

4.4.1 Tumultus sermonis

„Hlavním příznakem této poruchy je nadměrně zrychlené tempo řeči, při kterém se zhoršuje srozumitelnost projevu a může vyústit až do nesrozumitelné řeči. Typickým příznakem je nejen rychlé, ale i nerovnoměrné tempo řeči“ (Škodová, Jedlička, 2003). Za tumultus sermonis (breptavost) ale nepovažujeme běžné zrychlené tempo řeči, jedinec sice mluví rychle, ale stále mu rozumíme (Lechta a Králiková, 2011).

Etiologie

Etiologie není zcela objasněná. Mezi příčinami balbuties a tumultus sermonis může být určitá podobnost (Lechta a Králiková, 2011). *„Podobně jako u koktavosti se uvažuje o porušení zpětnovazební regulace v striopalidární oblasti bazálních ganglií“* (Škodová, Jedlička, 2003, s. 288). Stále větší měrou se také uvažuje nad podobností klinického obrazu breptavosti a symptomů lehké mozkové dysfunkce (Škodová, Jedlička, 2003).

Symptomatologie

Hlavním symptomem je nadměrné zrychlení tempa řeči jedince. Velkým rozdílem oproti balbuties je velmi častá nevědomost jedince o svém zrychleném tempu řeči. Je schopen své tempo řeči zpomalit, v případě, že se na tempo řeči soustředí. Může se objevovat také mírný motorický neklid, bez dalších výrazných neverbálních projevů (Škodová, Jedlička, 2003).

Dělení akcelerací dodnes zůstává podle Seemana. Akcelerace jsou intraverbální – ke zrychlení dochází mezi slovy a interverbální – ke zrychlení dojde uprostřed jednoho slova. Nejnápadnější je tumultus sermonis v řečovém projevu, který obsahuje dlouhá slova a dlouhé věty. S délkou slov a vět se zrychlení zvyšuje. Důsledkem akcelerace se objevují redukce slabik, hlavně uprostřed delších slov. Také ale může docházet k opakování slabik. Pokud je tempo řeči příliš rychlé, jedinec nestíhá vyslovovat jednotlivé hlásky, artikulace se tak stává nepřesnou. Může se také objevit narušené dýchání, poruchy hlasu a dysmúzie (Škodová, Jedlička, 2003).

Diagnostika

Mezi diagnostické postupy, které je vhodné použít u dětí v předškolním věku, patří volný rozhovor, zpěv, reprodukce vět a básniček, zpěv a vyšetření motoriky (Bytešníková, 2012). Úkolem diferenciální diagnostiky je rozlišit tumultus sermonis od jiných poruch řečové komunikace. Pro odlišení breptavosti od rychlé řeči je důležité, že při rychlé řeči nedochází k deformaci řečového projevu, jako u tumultus sermonis (Škodová, Jedlička, 2003). Především je však nutné ji odlišit od koktavosti (Bytešníková, 2012). Hlavní rozdíly mezi breptavostí a koktavostí jsou uvedeny v následující tabulce (Tabulka 4).

Tabulka 4 Diferenciální diagnostika- breptavost a koktavost (Lechta, 1990, s. 157)

Základ poruchy	breptavost	koktavost
vznik poruchy	postupně	často náhle
dědičnost	častá	jen někdy
dominance	často narušená	někdy narušená
EEG	často abnormální	hraniční
Lee-efekt	obvykle zhoršuje	obvykle zlepšuje
muzikálnost	obvykle dysmúzie	přiměřená
hlasité čtení neznámého textu	obvykle zlepšení	obvykle zhoršení
poruchy syntaxe	často	zřídka
spasmy řečových orgánů	většinou chybí	často narůstají
postoj k vlastní řeči	bezstarostný	úzkostný
logofobie	chybí	často narůstá
orientace osobnosti	extrovert	introvert
strach z neobvyklých situací	nemá	často má
uvědomění si poruchy	zřídka	velmi výrazné
rozhovor s nadřizným	zlepšení	zhoršení
rozhovor s cizími lidmi	obvykle zlepšení	obvykle zhoršení
koncentrace na svůj mluvní projev	zlepšení	zhoršení
gestikulace	často výrazná	obvykle utlumená

Terapie

At' se rozhodneme použít jakýkoli terapeutický přístup či metodu, zůstává klíčová motivace jedince. Děti ke zlepšení motivovány spíše nebývají, protože jim nezpůsobuje žádné obtíže. Motivace se zvyšuje v dospělosti převážně z důvodu profesního uplatnění (Škodová, Jedlička, 2003). Z důvodu častých recidiv je nutné, aby byla délka terapie tomuto faktu přizpůsobena. Terapie se zaměřuje na všechny symptomy breptavosti, především na zpomalení tempa řeči a zlepšení artikulace, dále také respirace a fonace a řečové prozodie. Vhodné je se tak při terapii zaměřit na cvičení koncentrace pozornosti i motoriky dítěte. Nezbytností je, aby dítě mělo správné, klidné řečové vzory ve svém okolí (Bytešníková, 2012).

Řečový trénink je v České republice hlavním zaměřením terapie, na efektivitu psychoterapie se však názory liší a u nás není upřednostňována. Metod pro zvolnění tempa řeči je

několik, patří mezi ně čtení s okénkem, rytmizované čtení, nebo rytmická cvičení. Další metody se věnují vokalizaci řeči a užívání správné velikosti čelistního úhlu (Škodová, Jedlička, 2003). Tarkowski (2011) uvádí terapeutické strategie, jejichž cílem je stabilizace správného tempa řeči, zlepšení vyjadřovacích a hudebních schopností, zvýšení koncentrace pozornosti a odstraňování těžkostí při čtení.

Tumultus sermonis vzniká v předškolním věku převážně nápodobou nesprávného mluvního vzoru blízkých osob. Často tak do ambulancí klinických logopedů přichází děti s breptavostí kvůli vadné výslovnosti. Později obvykle vyhledávají logopedickou péči po přechodu ze základních škol na střední, kde nemusí být kolektivem hned přijati. A v neposlední řadě žádají logopedickou péči z důvodu profesního uplatnění. Lidé s breptavostí logopedickou péči nevyhledávají především proto, že ji za poruchu nepovažují (Škodová, Jedlička, 2003).

4.4.2 Balbuties

Balbuties (kocktavost) je jednou z nejtěžších a nejnápadnějších poruch řečové komunikace. Snahy o léčbu kocktavosti lékařských oborů, psychologů i logopedů přesahují již 100 let (Lechta, 2003).

Definice kocktavosti je několik. Nejpřijímanější definicí kocktavosti je definice Lechty (1990, s. 228) „*kocktavost pokládá za syndrom komplexního narušení koordinace orgánů podílejících se na mluvené řeči, který se nejnápadněji projevuje charakteristickým (tonickým, klonickým) přerušováním plynulosti mluvené řeči.*“

Etiologie

V předškolním věku vzniká balbuties nejčastěji. Procento vzniku se s přibývajícím věkem snižuje. Obdobím, kdy kocktavost také vzniká, je vstup dítěte do školy, následně může vzniknout po dvanáctém roku života a vzácně v dospělosti (Lechta a Králiková, 2011).

Během vývoje řeči prochází dítě stádii tzv. vývojových neplynulostí, většinou kolem 3 – 4 let (u některých dětí ale i dříve). Mnoho dětí má v tomto stádiu s plynulostí řeči problém, tento jev je ale zcela fyziologický a u většiny dětí problémy s plynulostí řeči postupně zmizí. Pokud ale na dítě v tomto fyziologickém stádiu vývojových neplynulostí působí tzv. rizikové faktory pro vznik kocktavosti, mohou vývojové neplynulosti řeči přerůst

v koktavost. K rizikovým faktorům pro vznik koktavosti rozhodně patří výskyt koktavosti v rodině, „*orgánové odchylky v centrálním nervovém systému dítěte, různé odchylky v jeho psychomotorickém vývoji, nerovnoměrný vývoj jazykových rovin*“ (Lechta a Králiková, 2011, s. 39). Dalšími možnostmi mohou být přílišné nároky na způsob vyjadřování dítěte a jeho přetěžování nebo traumatizující zážitky, kterými dítě prošlo. Může se jednat o zanedbávání nebo týrání dítěte, dítě také může zažít náhlé úmrtí v rodině, které je náročnou situací i pro dospělé, natož pro malé dítě, nebo může jít pouze narození dalšího sourozence a jedinec přestane být jediným centrem zájmu rodičů (Lechta a Králiková, 2011).

Symptomatologie

Charakteristické je prolínání se tří skupin symptomů – neplynulost řeči, nadměrná námaha a psychické napětí (Lechta, 2003).

Balbuties je komplexním syndromem a zasahuje celou osobnost jedince, projevuje se různými příznaky a jejich různými kombinacemi podle aktuální situace. Může se také objevovat jen v některých situacích. Vliv má také aktuální zdravotní stav a únava jedince, který se může projevit v příznacích koktavosti, které se projevují nejčastěji v řeči a v chování, nebo v tělesných příznacích (Klenková, 2006). „*Koktavost je komplexním narušením koordinace orgánů participujících na procesu mluvení, který se projevuje také na jednotlivých složkách tohoto procesu*“ (Klenková, 2006, s. 158). Příznaky v řeči se projevují především v artikulaci, respiraci a fonaci, dále také dysprozodií, parafrází a embolofrázích. Artikulace není narušena z důvodu chybné výslovnosti, ale křečemi, které se objevují zpravidla na začátku slov a vět. Křeče při artikulaci mohou mít formu tonickou nebo klonickou, případně jejich kombinaci. Tonická forma se projevuje „*zvýšeným fonačním tlakem při uzavřené hlasivkové štěrbině a tzv. prefonačním spasmem*“ (Neubauer, 2010, s. 36). Trhaným opakováním částí slov je charakterizována tonická forma, kombinace toniko-klonické formy je však nejčastější (Neubauer, 2010). Respirace je často narušená a projevuje se povrchním, nepravidelným dýcháním s poruchami dýchacích pohybů, pokud se jedná o těžkou koktavost, problémy s respirací se zvyšují a dochází k tvoření dýchacích spasmů a balbutici se mohou snažit tvořit hlas při inspiraci. Problémy s fonací způsobují spasmus, které se tvoří na hlasivkových vazech. Hlas tak není tvořen fyziologicky ale formou tvrdého hlasového počátku, při tomto tvoření hlasu může dojít k poškození hlasivek. Problémy se spasmusy na hlasivkových vazech mohou dojít až k neschopnosti hlas vytvořit. Další složkou, ve které se narušení projevuje, jsou zvukové vlastnosti jazyka neboli prozodie. Narušení se projevuje-

je v tempu řeči (ovlivňují spazmy na mluvidlech), její melodii (objevuje se monotónnost řeči) i přízvuku. Embolofráziemi označujeme slova nebo slabiky, které balbutici vkládají do svého řečového projevu. Embolofrázie používají převážně dospělí balbutici, pomáhají si tak při překonávání křečí mluvidel a mají tak více času spazmus překonat. Pokud má balbutik s výslovností nějaké hlásky problém, během řečového projevu se jí snaží vyhnout a začne tvořit parafrázie. Aby balbutik hlásku nemusel vyslovit, používá opisy nebo synonyma, na srozumitelnosti a struktuře jeho mluvního projevu to má ale negativní dopad. Balbuties se neprojevuje jen v mluvním projevu, na balbutikovi je znát celkový motorický neklid a vyhýbá se zrakovému kontaktu (Klenková, 2006).

Klasifikace

Při přetrvávání nepříznivých vlivů u dítěte s dispozicí ke koktavosti netrvá příliš dlouho a dítě si začne uvědomovat své nedostatky a reaguje na ně. Je neklidné a frustrované při neúspěchu v překonávání neplnulosť. Z vývojové neplnulosť, která je v určitém období řečového vývoje fyziologická se může změnit na incipientní (začínající) koktavost. Pokud taková situace trvá déle a přidají se k dosavadním příznakům příznaky nadměrné námahy a psychické tenze, velmi pravděpodobně vznikne fixovaná koktavost. Značný podíl na celé situaci může mít prostředí dítěte, ve kterém se pohybuje (rodina, škola). V případě, že se situace během několika let nezmění (v těžkých případech i dříve) s největší pravděpodobností vznikne chronická koktavost. Nesmíme ale zapomínat na skutečnost, že vývoj koktavosti (Tabulka 5) je individuální stejně jako vývoj každého jedince objevují se různé odchylky a vzájemné prolínání jednotlivých stádií (Lechta a Králiková, 2011).

Tabulka 5 Geneze koktavosti (Lechta, 2004, s. 64)

Neplýnulost	Nadměrná námaha	Psychická tenze
Vývojová dysfluence (asi 3 – 4 roky) Vsuvky, slovní repetice, opravy nekompletních vět.	Žádné nápadné projevy.	Žádné nápadné projevy.
Incipientní koktavost (přibližně 5 – 7 let) Prolongace, opakování částí slov, redukováná samohláska, sporadický výskyt období fluentní řeči.	Nepřirozená artikulace, vegetativní příznaky, znaky svalového napětí, někdy narušené koverbální chování, zvýšení tonusu nebo akcelerace při dysfluenci.	Projevy netrpělivost, hektika, občas uvědomění si obtíží, nejasné pocity frustrace, ustupující zrakový kontakt.
Fixovaná koktavost (asi 7 – 13 let) Převaha prolongací, repetice hlásek.	Bloky, napětí, tlačení, zápolení se slovy, narušené koverbální chování.	Rozpaky, pocit blamáže, vyhýbavé chování, situační strach, anticipování bloků a obtížných komunikačních situací.
Chronická koktavost (přibližně 14 let a více) Habitace příznaků.	Prodlužování bloků spolu s tremorem rtů, sanice.	Logofobie, únikové vyhýbavé chování, silné pocity frustrace a obav z komunikace, změny ve složitosti mluvy.

Diagnostika

V průběhu diagnostiky se snažíme odhalit příčiny koktavosti, zaměřujeme se na její symptomy a sledujeme okolnosti, které mohly předcházet jejímu vzniku. Diagnostiku je nutné přizpůsobit věku osoby. Jinak probíhá diagnostika dítěte předškolního věku a jinak probíhá diagnostika dospělého a jinak dítěte školního věku (Klenková, 2006). Pokud jsou příznaky koktavosti nekonstantní, snažíme se získat co „nejkomplexnější obraz plynulosti řeči vyšetřované osoby v různých komunikačních situacích“ (Lechta, 2003, str. 328). Základním materiálem k hodnocení je spontánní mluvní projev, který se získává řízeným volným rozhovorem. U malých dětí se získává záznam jejich spontánního mluvního projevu jejich nahráním v domácím prostředí, tuto nahrávku zajišťují informovaní a instruovaní rodiče. Pro zjištění procenta neplýnulostí dětí školního věku a dospělí lidé čtou standardní

text a děti předškolního věku popisují tři situační obrázky. Při opakovaném vyšetření se používá stejný text a stejné obrázky a umožňují zjistit index konzistence i adaptace. Dalším hodnotícím materiálem je balbutiogram. Pomocí balbutiogramu se získají další důležité informace pro diagnostiku a také se získají informace o stavu plynulosti řeči v různorodých komunikačních situacích. Při jeho vyplňování se zjišťuje plynulost řeči při reprodukování vět, simultánní řeči, šepotu, při písničce nebo básničce, při dokončování neúplných vět a při čtení nebo spontánní řeči. Během přípravy balbutiogramu se soustředíme na automaticity a verbální stereotypy jedince. Dále jedinec na vyzvání reprodukuje předříkávané věty, které jsou uzpůsobeny jeho věku, a jejich obtížnost stoupá. Plynulost řeči se hodnotí také při simultánním mluvení, přičemž jsou využity stejné věty jako při opakování. Při použití stejných vět se zjišťuje při šepotu obvykle zlepšení. Příznaky koktavosti by se také měly zmenšit při zpívání písní nebo přednesu básničky, v tu chvíli totiž jedinci většinou pomáhá soustředění se na melodii nebo rytmus. Pokud tomu tak ale není, jedná se pravděpodobně o těžký stupeň koktavosti s nejspíše nepříznivou prognózou. Balbutikovým úkolem je dále dokončování vět, jejichž obtížnost s rostoucím věkem stoupá. Poslední se hodnotí plynulost čtení (standardního textu) a spontánního mluvního projevu jedince (Lechta, 2003).

Terapie

Děti s vývojovou dysfluencí, na které působí rizikové faktory, jsou ohroženy vznikem koktavosti. Vzhledem k závažnosti této poruchy řečové komunikace a její náročné a dlouhodobé terapii je nejlepší jejímu vzniku předejít a věnovat se její prevenci. Prevence má výjimečnou důležitost. Šance na odstranění koktavosti jsou největší v počáteční fázi koktavosti. Platí, že „šance na odstranění koktavosti se obvykle zmenšuje paralelně s jejím přetrváváním“ (Lechta a Králiková, 2011, s. 69). Neznamená to však, že při několikaletém trvání koktavosti se s takovou situací nedá nic dělat. Mezi terapeutické programy vytvořené pro děti předškolního věku s incipientní koktavostí patří například Lidcombe program který má v zahraničí velký úspěch. Lechta (2003) také uvádí tři cíle terapie incipientní koktavosti. Nejdůležitější je eliminovat dysfluence, následně potlačit prvky nadměrné námahy a předejít vzniku psychické tenze. Každý terapeut volí techniky, které se pro daného pacienta hodí nejvíce (Lechta, 2003).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 Program krátkých cvičení s dětmi – jak udržet jazýček za zoubky

Bakalářská práce metodicky vychází z preventivního logopedického programu, který popsal doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D. ve své knize Artikulace a fonologické rozlišování hlásek. Preventivní logopedický program je především pro děti s intaktním vývojem, které potkají ve vývoji řeči určité problémy s osvojováním percepčně-motorických vzorů hlásek a tvoří je s určitými odchylkami (Neubauer, 2011). „*Program má upozornit na jednoduché a potřebné prvky vývoje artikulace. ... Jeho úspěšná aplikace přispěje k odvrácení vývoje odchylek artikulace – je zaměřen na osvědčené průpravné postupy*“ (Neubauer, 2011, s. 30). Nezaručuje však bezproblémový vývoj řeči dítěte a není primárně určený dětem se závažnějšími poruchami.

„Program je názorným a stručným návodem, jak podpořit u dětí již od věku 2–3 let rozvoj těch dovedností, které jsou potřebné pro dobrý vývoj artikulace. ... Již v raném věku 2–3 let se začínají formovat motorické artikulační mechanismy, které vedou k následným trvalým odchylkám percepčně-motorických vzorů hlásek“ (Neubauer, 2014, s. 103).

Preventivní logopedický program je zaměřen na hlásky, které podléhají chybné artikulaci v řečovém vývoji nejčastěji. Především se jedná o hlásky „L“, „K“, „C“, „S“, „Z“, „Č“, „Š“ a „Ž“. Preventivní program je určen pro děti od dvou a půl do čtyř a půl let. Hlásky „R“ a „Ř“ podléhají chybné artikulaci v řečovém vývoji velmi často, ale v tomto programu nejsou zahrnuty, protože tyto hlásky se vyvíjí většinou pozdějším věku, než pro který je preventivní program určen. Program se ale zaměřuje na hlásku „L“, jejíž správná artikulace je průpravou pro správnou artikulaci hlásky „R“. Preventivní program se také zaměřuje na hlásku „K“, pro její velmi frekventované zastoupení v českém jazyce. Proto odchýlná artikulaci této hlásky velmi ovlivňuje srozumitelnost mluvy dítěte (Neubauer, 2011).

5.1 Preventivní stimulační program

Hlavní cíl praktické části práce

Cílem práce je vytvořit a zpracovat pomůcky pro použití preventivního logopedického programu a zapojit jej do praktického stimulačního programu s dětmi. Dílčími cíli je zpracovat vstupní a výstupní vyšetření artikulace.

5.1.1 Charakteristika místa a výzkumného vzorku

Preventivní logopedický program probíhal v Mateřské škole Za Univerzitou v Dobrušce, do které jsem jednou týdně docházela po domluvě s paní ředitelkou a její zástupkyní. Zřizovatelem mateřské školy je město Dobruška, které sloučilo Mateřské školy Za Univerzitou a Mateřskou školu Komenského pod jedno ředitelství s nynějším názvem Mateřská škola J. A. Komenského, Dobruška, Komenského 577. Školka se řídí Školním vzdělávacím programem "Děti – dívejte se". Každá třída má vypracovaný svůj Třídní vzdělávací program, který postupně připravuje děti na vzdělávání ve škole.

Do stimulačního programu byly vybrány chlapci i dívky z jedné třídy ve věku od 2,5 let do 4,5 let, bez dalších kritérií. Děti bylo vybráno původně 13, aktivně se ho účastnilo 10 dětí. Rodiče dětí souhlasili se zapojením svých dětí do stimulačního programu. Jednotlivé děti jsou dále uváděny pod číslicemi 1 - 10.

5.1.2 Průběh stimulačního programu

Poprvé návštěva mateřské školy proběhla 3. 11. 2015. Po navázání kontaktu a seznámení s dětmi, probíhalo vstupní vyšetření artikulace formou obrázkového materiálu (Příloha E), který byl použit i k závěrečnému vyšetření 14. 3. 2016. Materiál plně respektoval požadavky na vyšetření artikulace dětí a obsahoval vyšetřovanou hlásku na začátku, uprostřed a na konci slova. Stimulační program byl realizován v místnosti, která byla po dohodě s paní ředitelkou, zástupkyní a učitelkami k dispozici pro tyto účely.

Děti procházely jednotlivé úrovně stimulačního programu podle artikulačních dovedností.

A) Nastavení mluvidel

Při další návštěvě a po úvodním přivítání s dětmi začal probíhat samotný stimulační program. Nejprve byla hravou formou s obrázkovou předlohou správně nastavena mluvidla

děti. Obrázkový materiál je vytvořen ke každému stimulačnímu cvičení v podobě ústního obrazu hlásky (viz Příloha A).

NASTAVENÍ MLUVIDEL NA HLÁSKU „K“

Název aktivity: Rostoucí hromádka hlíny

Cíl: Vytvořit hřbetem jazyka závěr na měkkém patře.

Pomůcky: Příloha A

Další specifika: Při nastavování mluvidel na hlásku „K“ děti měli hrot jazyka v neutrální poloze a hřbet jazyka tvořil závěr na měkkém patře.

Postup vysvětlení dětem: Jejich jazyk je jako hromádka hlíny, kterou se krtek měl dotknout lavičky (měkkého patra).

NASTAVOVÁNÍ MLUVIDEL NA HLÁSKU „L“

Název aktivity: Opírání lyží.

Cíl: opřít hrot jazyka o přední dásňový výběžek.

Pomůcky: Příloha A

Další specifika: děti opíraly hrot jazyka o přední dásňový výběžek

Postup vysvětlení dětem: Jazyk jsou teď lyže a Láďa je musí opřít o lavici.

NASTAVOVÁNÍ MLUVIDEL NA SYKAVKY („C“, „S“, „Z“, „Č“, „Š“ a „Ž“)

Název aktivity: Hra na klauny Zitu a Otu

Cíl: Nastavování kontrastní polohy rtů

Pomůcky: Příloha A

Další specifika: Zuby jsou při vždycky v okluzi (ideálně v klešťovitém skusu), mění se pouze poloha rtů. Nastavení mluvidel na hlásky „C“, „S“ a „Z“ docílíme hrou na Zitu. Hrou na klauna Otu si děti nastaví mluvidla na hlásky „Č“, „Š“ a „Ž“.

Postup vysvětlení dětem: Budeme si hrát na klauny Zitu a Otu. Zita se vždy usměje a Ota má vždy rty vyšpulené do „O“. Když řeknu: teď jsme všichni Zita, všichni se na mě usmějete. Když řeknu: teď jsme všichni Ota, všichni vyšpulíte pusinky do „O“ jako když chcete dát mamince pusinku.

B) Izolovaný zvuk

Dalším krokem bylo vyvozování zvuků u jednotlivých hlásek. Probíhalo formou napodobování zvuků zvířat a hmyzu s obrázkovou podporou.

STIMULACE SPRÁVNÉ ARTIKULACE HLÁSKY „K“

Název aktivity: Přivolání malé slepičky

Pomůcky: Příloha B

Další specifika: Nejprve si děti nastaví mluvidla z předešlého cvičení, poté zapojují hlas a tvoří jednotlivé izolované zvuky.

Postup: Děti podporují vývoj správné artikulace hlásky „K“ s obrázkovým doprovodem malé slepičky, která vydávala hlásku „K“.

STIMULACE SPRÁVNÉ ARTIKULACE HLÁSKY „L“

Název aktivity: Zpívání s Ladou

Pomůcky: Příloha B

Další specifika: Nejprve si děti nastaví mluvidla z předešlého cvičení, poté zapojují hlas a tvoří jednotlivé izolované zvuky.

Postup: Stimulace správné artikulace hlásky „L“ probíhal s obrázkovým doprovodem malé dívky, zpívající hlásku „L“.

STIMULACE SPRÁVNÉ ARTIKULACE HLÁSEK „C“ „S“ a „Z“

Název aktivity: Hry se Zitou na zvuky

Pomůcky: Příloha B

Další specifika: Nejprve si děti nastaví mluvidla z předešlého cvičení, poté zapojují hlas a tvoří jednotlivé izolované zvuky.

Postu: Při podpoře vývoje hlásky „C“ děti napodobují cvrkání cvrčka, u hlásky „S“ syčení hada a u hlásky „Z“ bzučení komára.

STIMULACE SPRÁVNÉ ARTIKULACE HLÁSEK „Č“ „Š“ a „Ž“

Název aktivity: Hry s Otou zvuky

Pomůcky: Příloha B

Další specifika: Nejprve si děti nastaví mluvidla z předešlého cvičení, poté zapojují hlas a tvoří jednotlivé izolované zvuky.

Postup: Při podpoře vývoje hlásky „Č“ děti volají na kočičku, u hlásky „Š“ napodobují zvuk mašinky a u hlásky „Ž“ napodobují bzučení čmeláka.

C) Zapojení hlásek do slabik

Zapojení hlásek do slabik probíhalo také za podpory obrázků.

Děti podporovaly správný vývoj artikulace hlásek nejprve nastavením mluvidel pomocí cviku z prvního cvičení a pak zapojily hlásku do slabiky. Pro hlásky „Č“, „Š“ a „Ž“ byly z důvodu jejich větší artikulační obtížnosti při vyvozování hlásek z onomatopoií vytvořeny rozšiřující materiály, které dělí zapojování hlásek do dvou úrovní. U první, jednodušší obtížnosti byly tupé sykavky zapojovány do slabik s hláskou „O“. Pokud byly děti artikulačně obratné, tak u této obtížnosti nemusely dlouho zůstat a mohly brzy přejít ke stimulaci s onomatopoiemi.

STIMULACE SPRÁVNÉ ARTIKULACE HLÁSKY „K“

Název aktivity: Hra na slepičku

Pomůcky: Příloha C1, Příloha C2

Další specifika: Nejprve si děti nastaví mluvidla z prvního cvičení, poté tvoří slabiku.

Postup: Stimulace správného zapojení hlásky „K“ do slabiky probíhala s obrázkovým doprovodem kroupnaté slepičky, která zvláště kvokala. Děti tak zapojují hlásku do slabiky s hláskou „A“ – „KÁ“ (Příloha C1). Pokud jsou děti artikulačně obratné, tak u této obtížnosti nemusejí dlouho zůstat a mohou brzy přejít ke stimulaci s onomatopoiemi. A napodobovat kvokání šedé slepičky „KO“ (Příloha C2).

STIMULACE SPRÁVNÉ ARTIKULACE HLÁSKY „L“

Název aktivity: Zpívající Láďa

Pomůcky: Příloha C1

Postup: Při stimulaci správného vývoje artikulace hlásky „L“ děti nejprve nastaví mluvidla pomocí cviku z prvního cvičení a pak zapojí hlásku do slabiky napodobováním velkého zpívajícího chlapce „LA“.

STIMULACE SPRÁVNÉ ARTIKULACE HLÁSEK „C“ „S“ a „Z“

Název aktivity: Hry se Zitou na slabiky

Pomůcky: Příloha C1

Další specifika: Nejprve si děti nastaví mluvidla z prvního cvičení, poté tvoří slabiku.

Postup: Napodobují velkého cvrčka „CI“, velkého syčícího hada „SÍ“ a velkého bzučícího komára „ZÍ“.

STIMULACE SPRÁVNÉ ARTIKULACE HLÁSEK „Č“ „Š“ a „Ž“

Název aktivity: Hry s Otou na slabiky

Pomůcky: Příloha C1, Příloha C2

Další specifika: Nejprve si děti nastaví mluvidla z prvního cvičení, poté tvoří slabiku.

Postup: Děti volaly na velkou bílou kočičku „ČO“, u přetížené mašinky s vozíčkem děti zapojovaly hlásku do slabiky „ŠO“ a u čmeláka s těžkým batohem děti zapojovaly hlásku do slabiky „ŽO“ (Příloha C1). Pokud byly děti artikulačně obratné, tak u této obtížnosti nemusely dlouho zůstat a mohly brzy přejít ke stimulaci s onomatopoiemi. A zapojovaly tupé sykavky do slabik voláním na kočičku „ČI“, napodobováním mašinky „ŠI“ a napodobováním bručení čmeláka „ŽÍ“ (Příloha C2).

D) Zapojení hlásek do slov

Zapojení hlásek do slov probíhalo formou spontánního pojmenování obrázků, pokud děti nějaké slovo neznaly, bylo jim záhy vysvětleno. Slova, která obrázkový materiál zobrazuje, byla volena tak, aby splňovala tři přísná kritéria Programu krátkých cvičení s dětmi. Hlávky, které má materiál stimulovat, vždy danou hláskou začínají. Neobsahují žádné hláskové shluky, pouze otevřené slabiky. Poslední kritérium se týká sykavek. Zvolená slova neobsahují žádnou další sykavku.

Obrázkový materiál:

- hlávka „K“ – kotel, koleno, koza, kometa, komín, kiwi, kořata, kolo, kuchyň, koláče (Příloha D1);
- hlávka „L“ – loket, lego, lev, loď, les, labuť, lopata, luky, lano (Příloha D2);
- hlávka „S“ – sýry, sova, sudy, salám, seno, saně, salát, sako, sýkora, sobi (Příloha D3);
- hlávka „Z“ – zuby, zipy, zeli, země, zívá, zámek, zoo, zelená, záchod (Příloha D4);
- hlávka „C“ – cibule, cop, cáká, cedule, couvá (Příloha D5);
- hlávka „Š“ – šaty, šachy, šála, šípy, šedá (Příloha D6);
- hlávka „Ž“ – žízaly, žába, žaludy, žirafa, župan (Příloha D7);
- hlávka „Č“ – čápi, čokoláda, čuně, čelo, čaje (Příloha D8).

5.1.3 Rozdělení dětí

Ve skupince byl chlapec, který potřeboval individuální péči. Proto mu péče byla věnovaná od začátku programu zvlášť. Po dvou týdnech bylo vidět, že je nutné děti rozdělit do skupin podle jejich artikulační obratnosti. Pro některé byla tato základní stimulace důležitá, ale některé děti byly připravené pokračovat v programu. Proto byly děti nakonec rozděleny.

Již zmíněný chlapec, ale i další děti zjevně potřebovali individuální péči a skupinová stimulace pro ně nebyla vyhovující. Proto jim byla věnována individuální péče. Zbývající části dětí skupinová stimulace svědčila, proto v ní zůstaly.

Chlapec artikuloval chybně velké množství hlásek, jako první se začal věnovat stimulaci hlásky „K“. Děti, kterým skupinka nevyhovovala, se věnovaly stimulaci sykavek, jako děti ve skupince, ale individuálně.

Začátkem ledna byly děti ze skupinky připravené přejít k dalšímu stupni stimulačního programu a mohl být použit poslední nejobsáhlejší materiál. Zapojení hlásek do slov. K tomuto kroku děti, stimulující hlásky individuálně mimo skupinku začaly dospívat začátkem února. Chlapec si veškeré dovednosti osvojoval velmi obtížně, ale nakonec stihl projít skoro celý program.

Sedmi dětem byla věnována individuální péče vždy v rozmezí 15 minut. Skupinová stimulace trvala také kolem 15 minut. Doba strávená ve školce se tak vždy pohybovala kolem dvou hodin.

5.1.4 Rozlišení obrázkového materiálu

Pro přehlednost je obrázkový materiál ústního obrazu hlásky vždy označený po straně písmenem, pro které je určen (Příloha A).

Materiál je přehledně vytvořen tak, aby každý motiv reprezentoval pouze jednu hlásku. Liší se pouze velikostí, mašličkou, nebo jiným barevným provedením, motiv ale zůstává pro přehlednost stále stejný. Obrázkové soubory B a C jsou rozlišené velikostí a mašličkou.

Obrázkový materiál určený ke stimulaci izolovaného zvuku má vždy menší obrázkový motiv a je označen mašličkou (Příloha B).

Obrázkový materiál vytvořený k zapojování hlásek do slabik je členěn na dvě úrovně, jedna a dva. Obě úrovně mají stejně velký motiv, který je větší než u materiálu k izolovanému zvuku. První úroveň je vytvořena tak, aby byla artikulačně jednodušší (Příloha C1). Tento materiál se liší od prvního materiálu barevným provedením. Druhá úroveň materiálu (Příloha C2)

Posledním je obrázkový materiál, který přehledně znázorňuje jednoduchá slova. Slova začínají vždy na hlásky, které byly doposud stimulovány a jsou podle nich členěny do skupin. Příloha D1 obsahuje obrázkový materiál k hlásce „K“. Příloha D2 obsahuje obrázkový materiál k hlásce „L“. Příloha D3 obsahuje obrázkový materiál k hlásce „S“. Příloha D4 obsahuje obrázkový materiál k hlásce „Z“. Příloha D5 obsahuje obrázkový materiál k hlásce „C“. Příloha D6 obsahuje obrázkový materiál k hlásce „Š“. Příloha D7 obsahuje obrázkový materiál k hlásce „Ž“. Příloha D8 obsahuje obrázkový materiál k hlásce „Č“.

5.2 Individuální charakteristiky dětí, které se zúčastnily stimulačního programu

5.2.1 Dítě 1

Chlapec se narodil v březnu 2012. Ke klinickému logopedovi nedochází.

Hodnocení artikulace – vstupní 3. 11. 2015

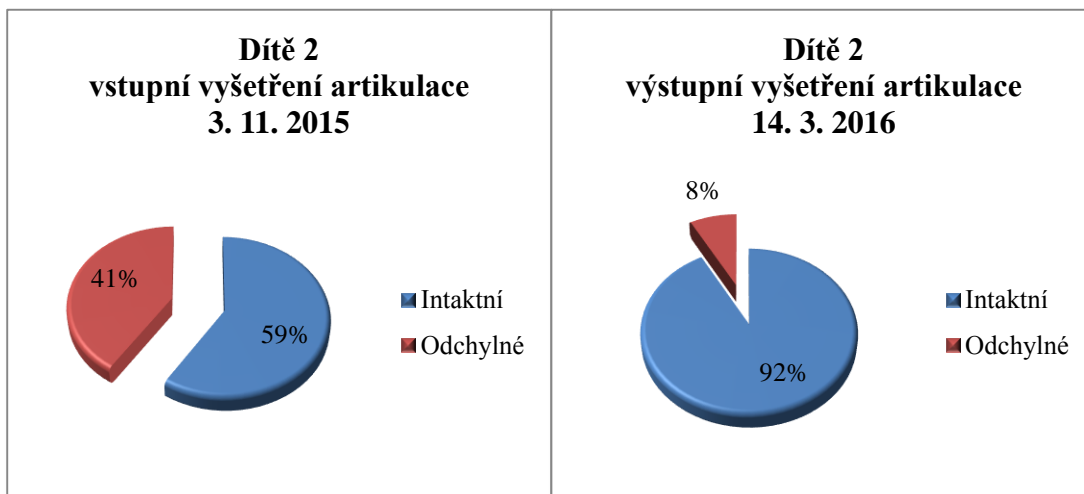
Mluva dítěte byla obtížně srozumitelná. Počet hlásek ve slově nezachovával, hlásky vynechával. Při vstupním vyšetření tvořil hlásky „F“, „D“, „C“ a „Č“ s nekonstantní odchylkou. Odchylně byly tvořeny hlásky „Z“, „Š“ a „Ž“. Hlásky „R“ a „Ř“ zatím netvoří. Jeho artikulace byla z 67% intaktní, odchylka v artikulaci představovala 33% (Obrázek 1).

Hodnocení artikulace – výstupní 14. 3. 2016

Chlapec již ovládá intaktní artikulaci hlásek „F“, „D“, „C“ a „Č“. V artikulaci hlásek „Z“, „Š“ a „Ž“ se také velmi zlepšil, dokonce nové percepčně-motorické vzory zapojil do spontánní řeči. Zlepšení nenastolo pouze u vibrant, které jsou prozatím tvořeny paralálií. Je schopen intaktní artikulace u 92% hlásek (Obrázek 1).

Zhodnocení

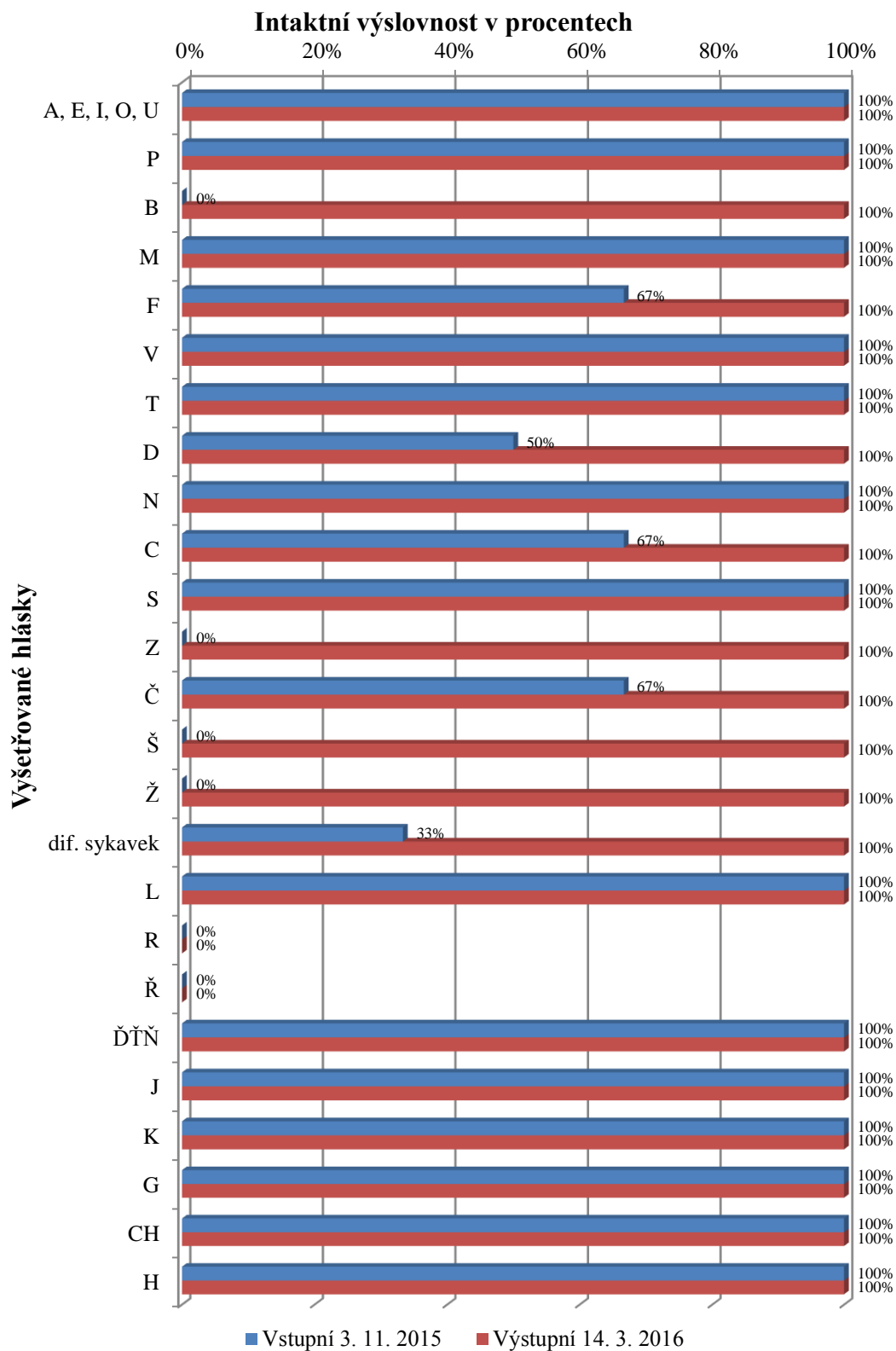
Chlapci bylo nezbytné věnovat individuální péči. Artikulace dítěte se výrazně zlepšila, neovládá 8% hlásek – vibranty. Po celou dobu trvání stimulačního programu byl nadšený a každé setkání se chlubil které všechny hlásky cvičil. I když se zlepšení nedostavilo rychle, nepolevoval a snažil se dále. Jde o obvyklý vývoj řeči se standardním průběhem. Artikulace chlapce se zlepšila o 25% (Obrázek 2).



Obrázek 1 Vstupní a výstupní vyšetření artikulace prvního dítěte.

Dítě 1

vyšetření artikulace



Obrázek 2 Podrobný záznam vyšetření artikulace prvního dítěte, porovnání vstupního a výstupního vyšetření.

5.2.2 Dítě 2

Dívka se narodila v říjnu 2012. Ke klinickému logopedovi nedochází.

Hodnocení artikulace – vstupní 3. 11. 2015

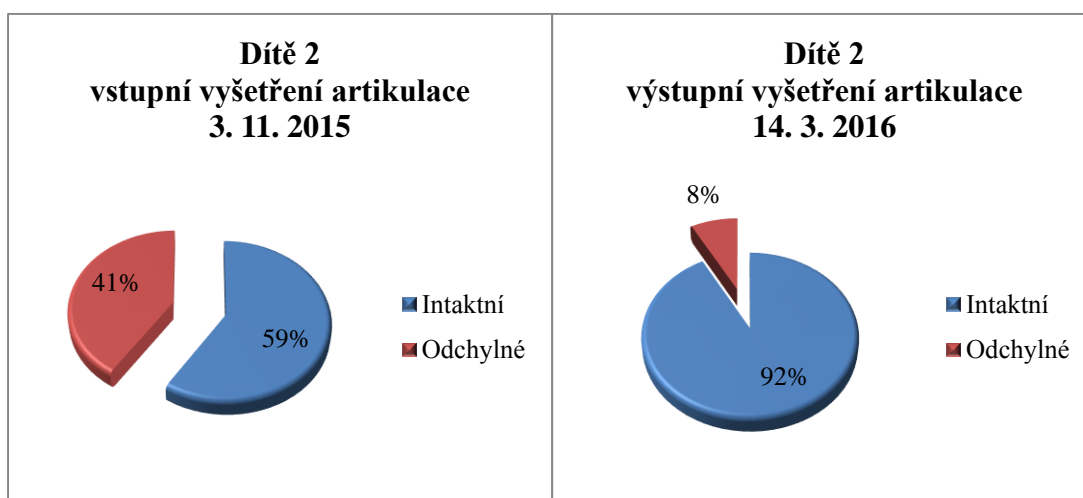
Dívka měla jistý projev, počet hlásek ve slově zachovávala. Závažným problémem dívky byla interdentalní artikulace všech sykavek. Vibranty netvořila odchylně, ale paralálií. Dívčina artikulace byla intaktní z 59%, odchylka v artikulaci představovala 41% (Obrázek 3).

Hodnocení artikulace – výstupní 14. 3. 2016

Dívčina artikulace sykavek se velmi výrazně zlepšila a již zvládá jejich intaktní artikulaci. Vibranty jsou stále tvořeny paralálií. Je schopna intaktní artikulace u 92% hlásek. Zbýlých 8% hlásek představují vibranty (Obrázek 3).

Zhodnocení

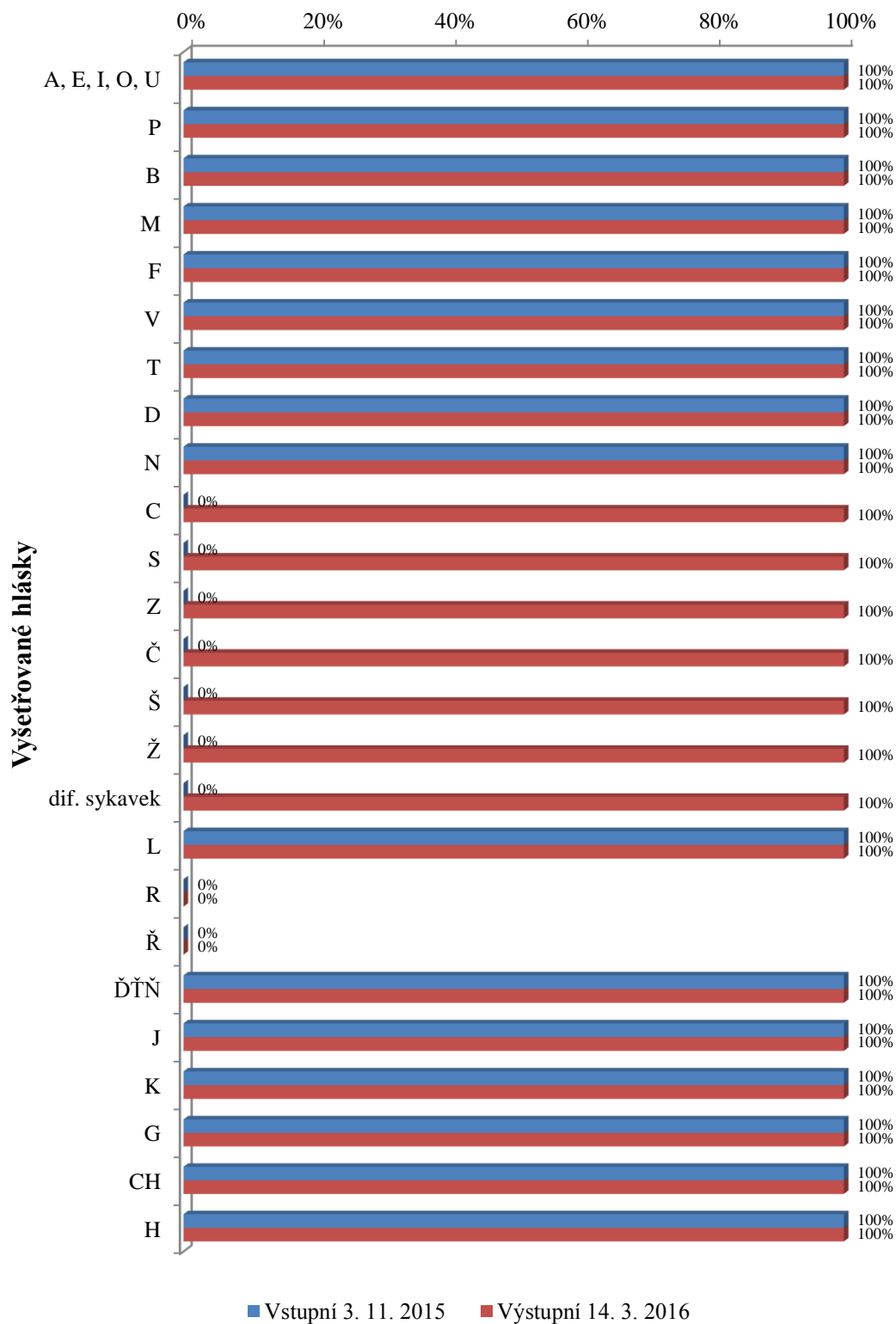
Dívce bylo nutné věnovat individuální péči. Odstraňování interdentalního sygmatismu se snahou o podpoření správného vývoje hlásky bylo velmi náročné. Ale díky snaze a péči dívky nastalo velké zlepšení. Delší dobu dívce trvalo se intaktní artikulaci sykavek naučit. Ale o to rychleji se ke konci stimulačního programu začala sama v řeči opravovat. Dívka si velmi dobře uvědomuje odchylný a intaktní percepčně-motorický vzor sykavek. Artikulace dívky se zlepšila o 33% (Obrázek 4). Vývoj řeči probíhá standardním způsobem.



Obrázek 3 Vstupní a výstupní vyšetření artikulace druhého dítěte.

Dítě 2 vyšetření artikulace

Intaktní výslovnost v procentech



Obrázek 4 Podrobný záznam vyšetření artikulace druhého dítěte, porovnání vstupního a výstupního vyšetření.

5.2.3 Dítě 3

Dívka se narodila v srpnu 2012. Ke klinickému logopedovi nedochází.

Hodnocení artikulace – vstupní 3. 11. 2015

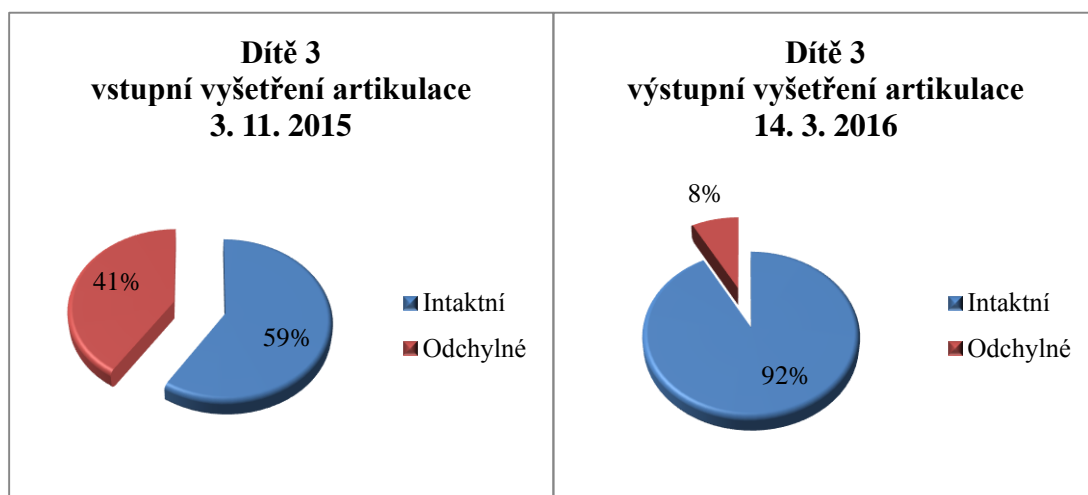
S dívkou se hůře navazoval kontakt. Byla stydlivá a nejprve nechtěla moc spolupracovat. Počet hlásek ve slově zachovávala. Jediný, ale značný problém v dívčině artikulaci představoval interdentalní sigmatismus. Vibranty byly tvořeny paralálií. Dívčina artikulace byla intaktní z 59%, odchylka v artikulaci představovala 41% (Obrázek 5).

Hodnocení artikulace – výstupní 14. 3. 2016

Po skončení stimulačního programu je dívka schopna intaktní artikulace u 92% hlásek. Zbýlých 8% hlásek představují vibranty (Obrázek 5). Zlepšení v artikulaci sykavek je víc než zřejmé. Vibranty jdou dále tvořeny paralálií hlásek.

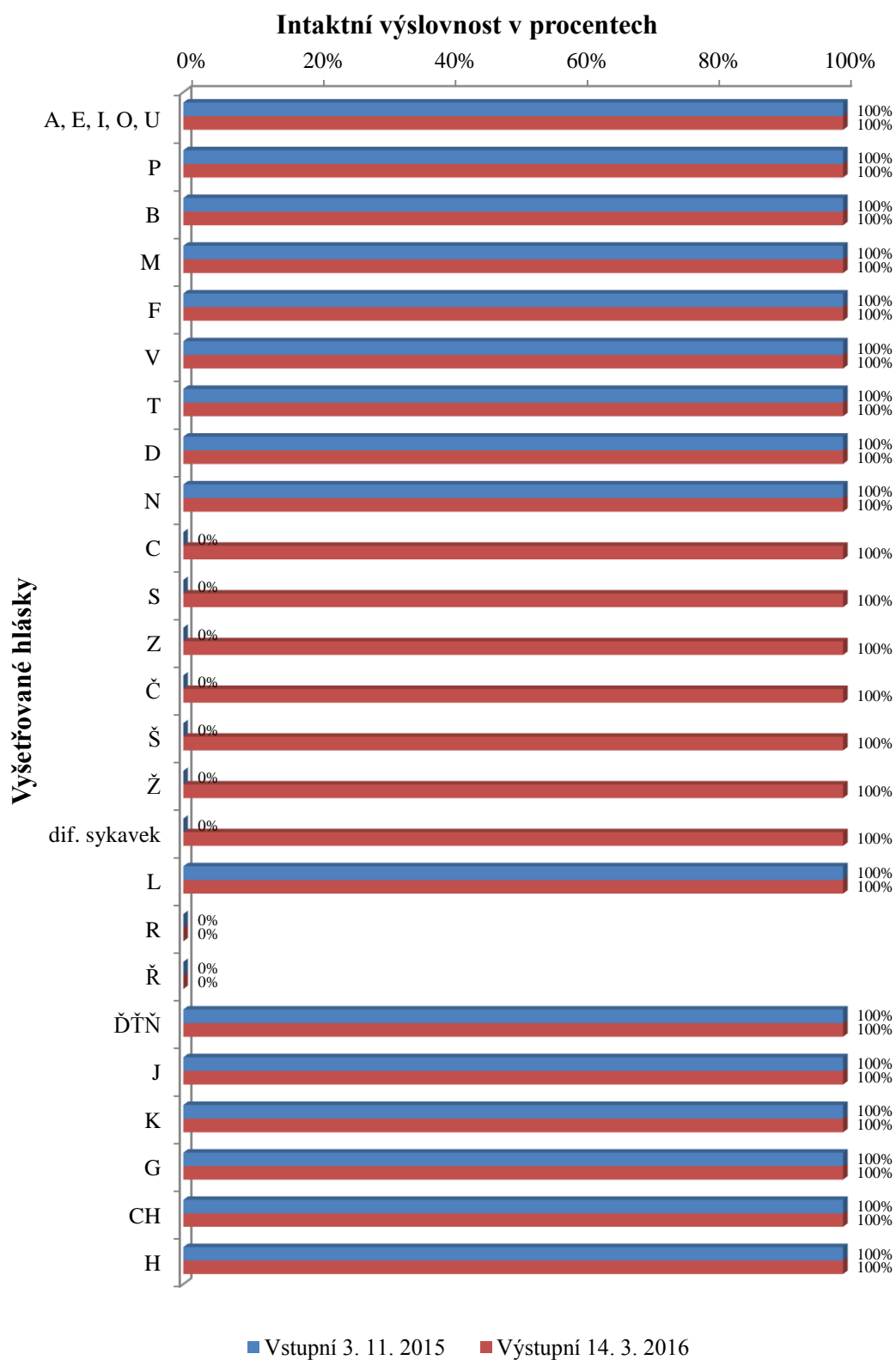
Zhodnocení

Dívka patřila mezi ty děti, kterým bylo potřeba věnovat individuální péči. Přes počáteční ostych nakonec spolupracovala velmi dobře. Byla velmi snaživá a pečlivá. Odstaňování interdentalního sigmatismu nebylo lehkým úkolem. Když byla motivovaná byla schopná artikulovat hlásku intaktně, ale ne ve spontánní řeči. Ale konci stimulačního programu se začala sama v řeči opravovat a tím se projevilo velké zlepšení. Velmi dobře si uvědomuje odchýlný a intaktní percepčně-motorický vzor sykavek. Artikulace dívky se zlepšila o 33% (Obrázek 6). Ontogeneze řeči probíhá standardním způsobem.



Obrázek 5 Vstupní a výstupní vyšetření artikulace třetího dítěte.

Dítě 3 vyšetření artikulace



Obrázek 6 Podrobný záznam vyšetření artikulace třetího dítěte, porovnání vstupního a výstupního vyšetření.

5.2.4 Dítě 4

Dívka se narodila v listopadu 2011. Ke klinickému logopedovi nedochází.

Hodnocení artikulace – vstupní 3. 11. 2015

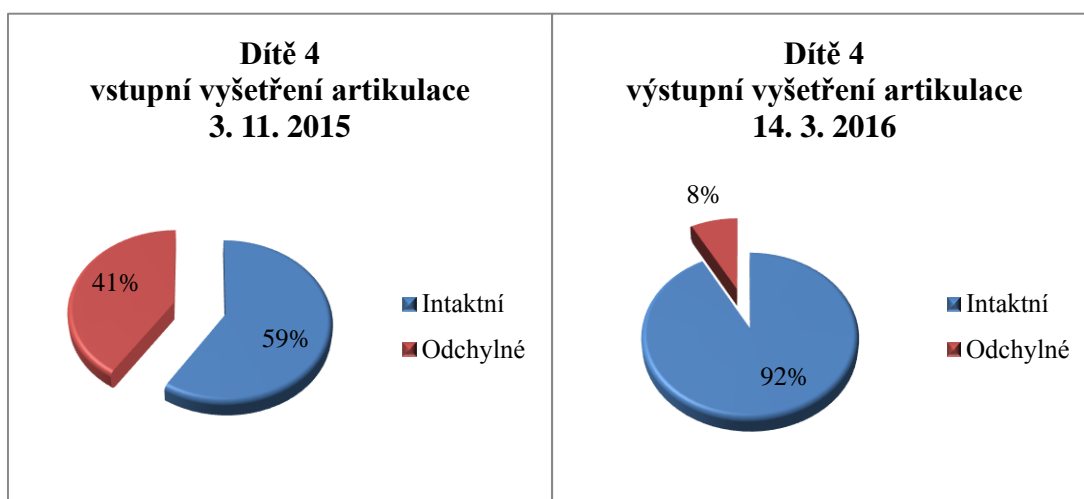
Dívky projev byl jistý a počet hlásek ve slově zachovávala. Artikulace sykavek obou řad byla nejen odchýlná ale dívka tyto chybné percečně-motorické vzory i mezi sebou zaměňovala. Vibranty jdou prozatím tvořeny paralálií hlásek. Dívčina artikulace byla intaktní z 59%, odchylka v artikulaci představovala 41% (Obrázek 7).

Hodnocení artikulace – výstupní 14. 3. 2016

U dívky došlo k velkému zlepšení, především pro dobrou spolupráci a zájem matky. Již je schopna intaktní artikulace u 92% hlásek, zbylých 8% představují vibranty (Obrázek 7).

Zhodnocení

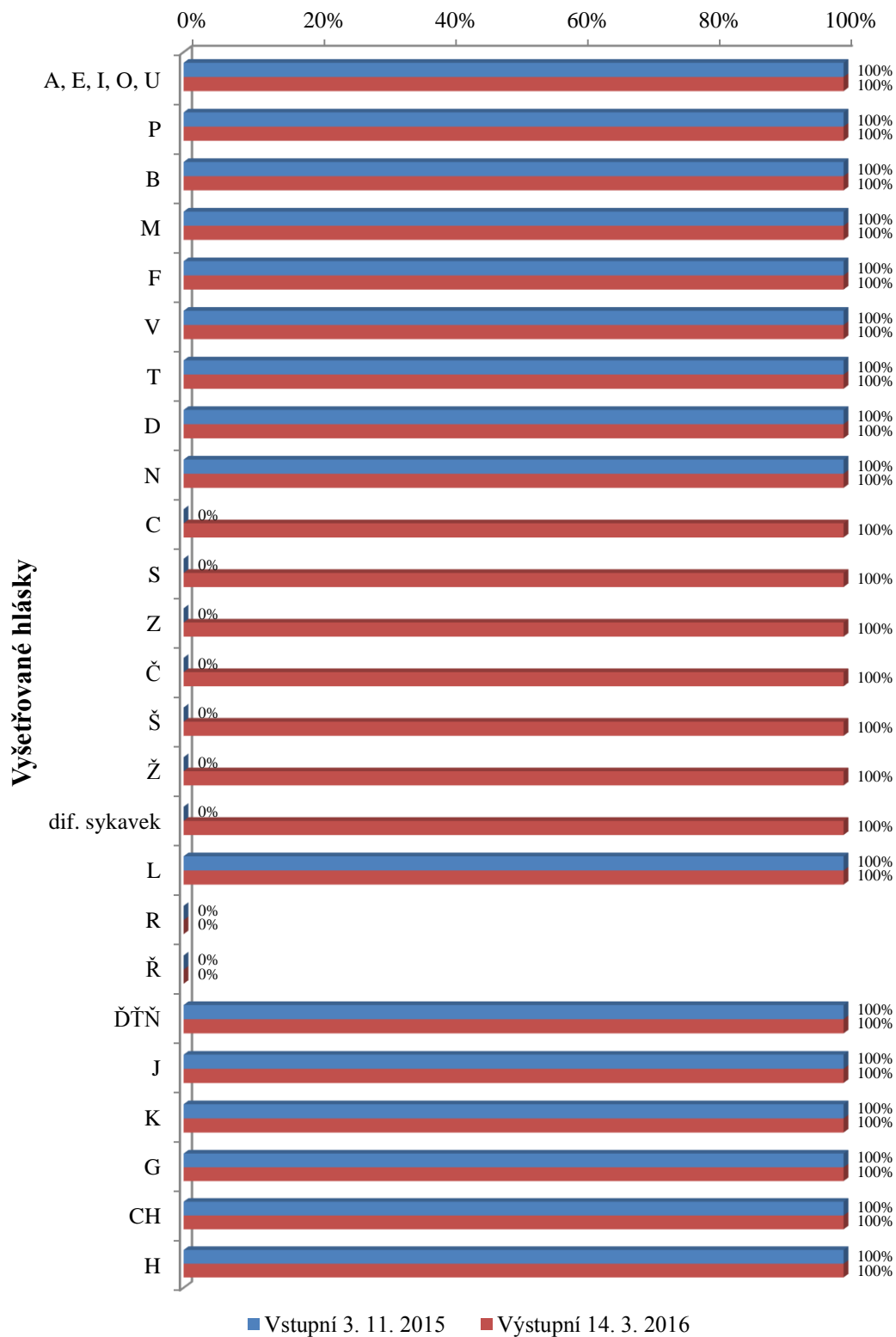
Dívce bylo potřeba věnovat individuální péči. Z počátku stimulačního programu měla problémy nejen s odchýlnou artikulací sykavek, ale i s jejich vzájemnou paralálií. Postupem času se paralálie zúžila. Dívka vzájemně zaměňovala pouze hlásky „C“ – „Č“, „S“ – „Š“ a „Z“ – „Ž“. Po uplynutí stimulačního programu lze její artikulaci sykavek označit jako intaktní. Velmi se v artikulaci sykavek zlepšila, ale artikulaci tupých sykavek by mohla ještě mírně vylepšit. Artikulace dívky se zlepšila o 33% (Obrázek 8). Vývoj řeči probíhá standardním způsobem.



Obrázek 7 Vstupní a výstupní vyšetření artikulace čtvrtého dítěte.

Dítě 4 vyšetření artikulace

Intaktní výslovnost v procentech



Obrázek 8 Podrobný záznam vyšetření artikulace čtvrtého dítěte, porovnání vstupního a výstupního vyšetření.

5.2.5 Dítě 5

Dívka se narodila v říjnu 2010. Ke klinickému logopedovi dochází.

Hodnocení artikulace – vstupní 3. 11. 2015

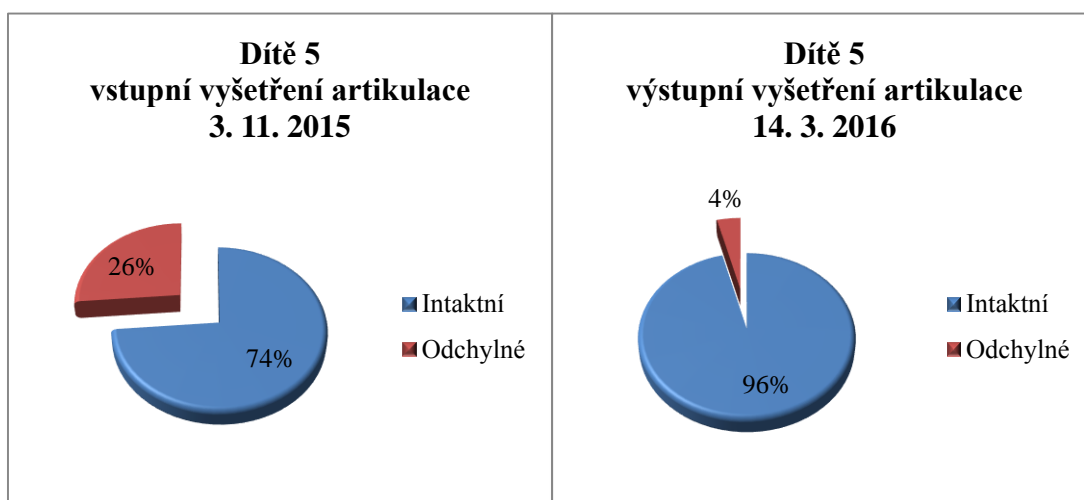
Řeč dívky byla srozumitelná, pouze lehce neobratná. Počet hlásek ve slově zachovávala. Její projev byl jistý. Nekonstantně odchylně artikulovala hlásky „C“ a „S“. Zcela odchylně artikulovala hlásku „Z“. Ze zřejmých důvodů měla dívka problémy také v diferenciaci sykavek. Dívčina artikulace byla intaktní z 74%, odchylka v artikulaci představovala 26% (Obrázek 9).

Hodnocení artikulace – výstupní 14. 3. 2016

Již ovládá artikulaci hlásky „R“, problémy ji dělá pouze artikulace této hlásky v poziční variantě. Artikulaci hlásky „Ř“ si dosud neosvojila. Již je schopna intaktní artikulace u 96% hlásek, zbylých 4% představují vibranty (Obrázek 9).

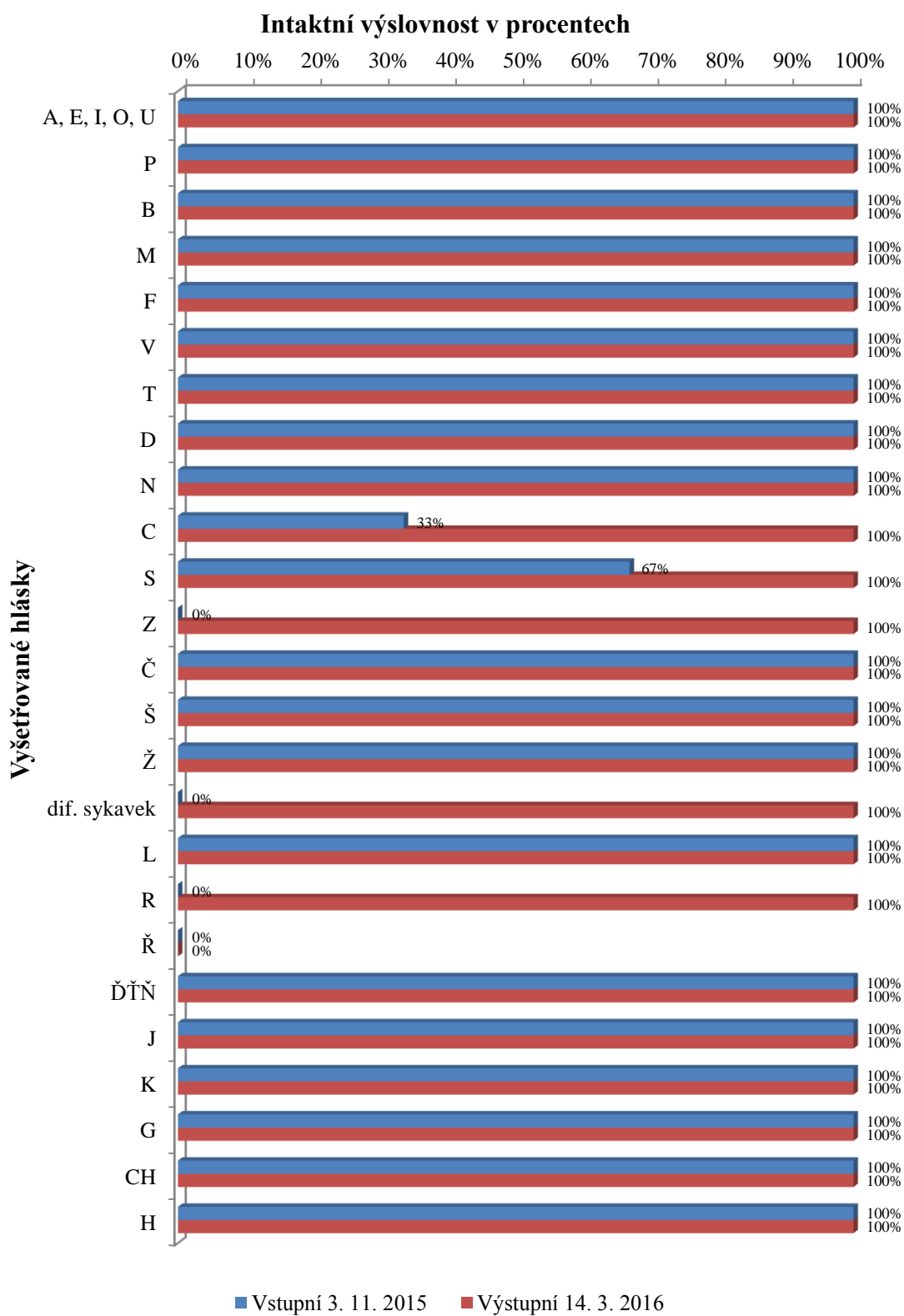
Zhodnocení

Dívka patří mezi druhou nejstarší mezi dětmi, stimulace vývoje řeči se účastnila spolu se skupinkou. Její artikulační dovednosti se výrazně zlepšily. Artikulaci sykavek zvládá zcela intaktně. Zlepšení v artikulaci nastalo dokonce i u vibrant, konkrétně u hlásky „R“. Artikulace dívky se zlepšila o 22% (Obrázek 10). Její vývoj řeči probíhá standardním způsobem.



Obrázek 9 Vstupní a výstupní vyšetření artikulace pátého dítěte.

Dítě 5 vyšetření artikulace



Obrázek 10 Podrobný záznam vyšetření artikulace pátého dítěte, porovnání vstupního a výstupního vyšetření.

5.2.6 Dítě 6

Dívka se narodila v listopadu 2011. Ke klinickému logopedovi nedochází.

Hodnocení artikulace – vstupní 3. 11. 2015

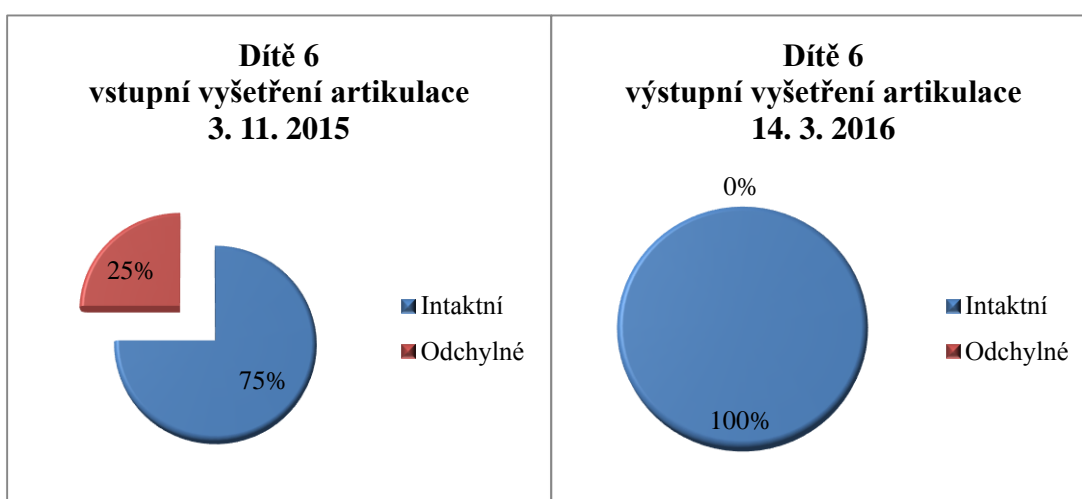
Nekonstatní odchylka v artikulaci se objevila u hlásek „C“, „S“, „Š“ a „Ž“. Hláskou, kterou neovládal vůbec byla hláska „Z“ a „Ř“. Ze zřejmých důvodů měla dívka problémy také v diferenciaci sykavek. Jako jedna z mála již na začátku stimulačního programu zvládala intaktní artikulaci hlásky „R“. Dívčina artikulace byla intaktní z 75%, odchylka v artikulaci představovala 25% (Obrázek 11).

Hodnocení artikulace – výstupní 14. 3. 2016

Po skončení stimulačního programu je již je schopna zcela intaktní artikulace všech hlásek (Obrázek 11).

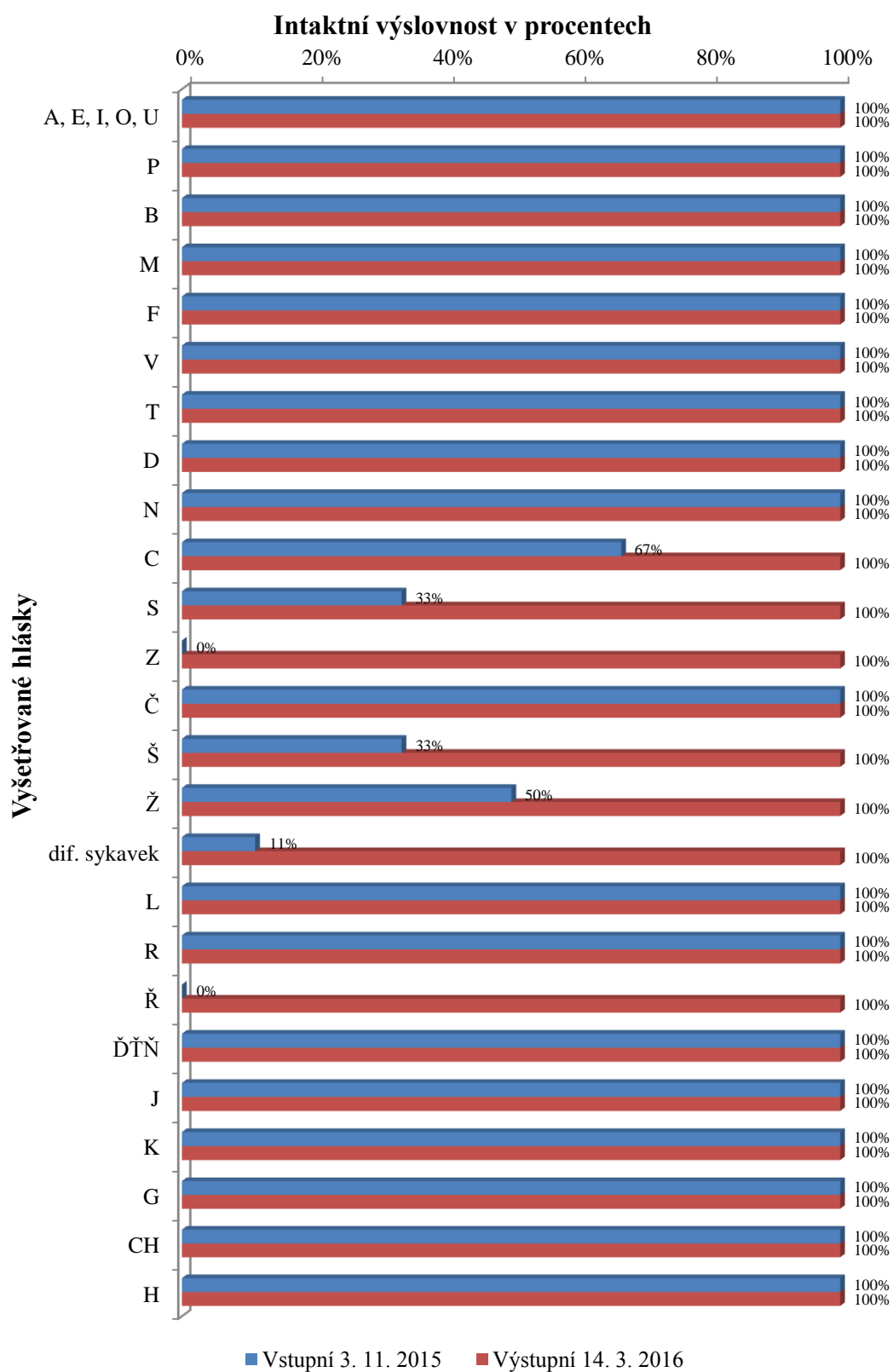
Zhodnocení

Stimulace vývoje řeči se účastnila spolu se skupinkou. Ze všech dětí chyběla ve školce nejvíc, z důvodu častých nemocí. Přesto udělala v artikulaci hlásek velký pokrok ve velmi krátkém čase. Ve spontánní řeči diferenciaci sykavek zvládá nekonstantně. Ale rozdíly mezi percepčně-motorickými vzory ovládá. Vzhledem k věku dívky vývoj řeči postoupil velmi rychle a kromě občasné chybné diferenciaci sykavek ve spontánní řeči je artikulace dívky zcela intaktní (Obrázek 12). Na svůj věk je artikulačně velmi obratná.



Obrázek 11 Vstupní a výstupní vyšetření artikulace šestého dítěte.

Dítě 6 vyšetření artikulace



Obrázek 12 Podrobný záznam vyšetření artikulace šestého dítěte, porovnání vstupního a výstupního vyšetření.

5.2.7 Dítě 7

Chlapec se narodil v dubnu 2012. Ke klinickému logopedovi nedochází.

Hodnocení artikulace – vstupní 3. 11. 2015

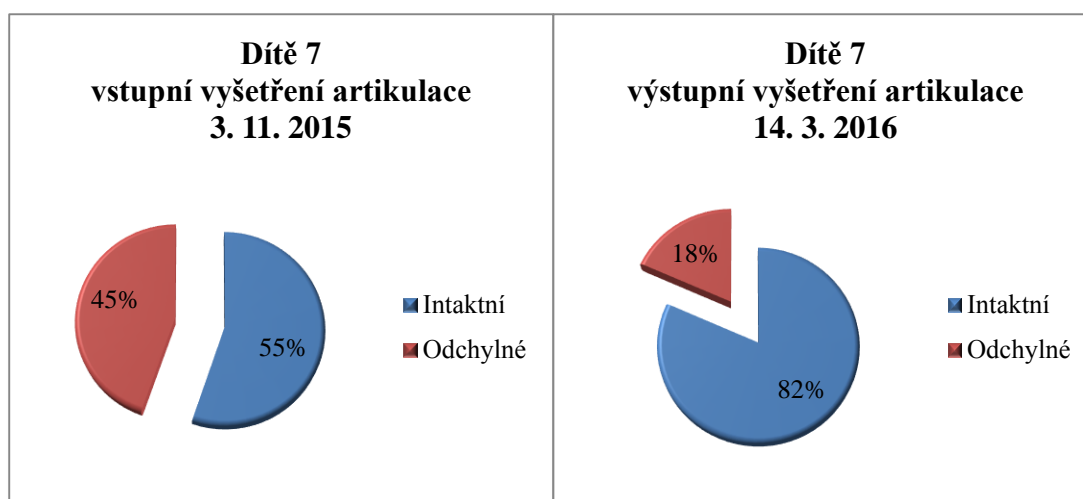
Chlapec počet hlásek ve slovech nezachovával, vynechávání hlásek byly poměrně časté. Měl nekonstantní problémy s artikulací hlásek „B“, „V“, „T“, „D“, „Č“, „Š“, „Ž“, „L“, „Ť“, „Ň“ a „CH“. Vůbec neovládal artikulaci hlásek „S“, „Z“, „R“, „Ř“ a „H“. Artikulace chlapce byla intaktní z 55%, odchylka v artikulaci představovala 45% (Obrázek 13).

Hodnocení artikulace – výstupní 14. 3. 2016

Nekonstantně přetrvávají problémy v artikulaci u hlásky „V“ a diferenciaci sykavek. Artikulaci hlásek „R“ a „Ř“ zatím neovládá. Již je schopen intaktní artikulace u 82% hlásek (Obrázek 13).

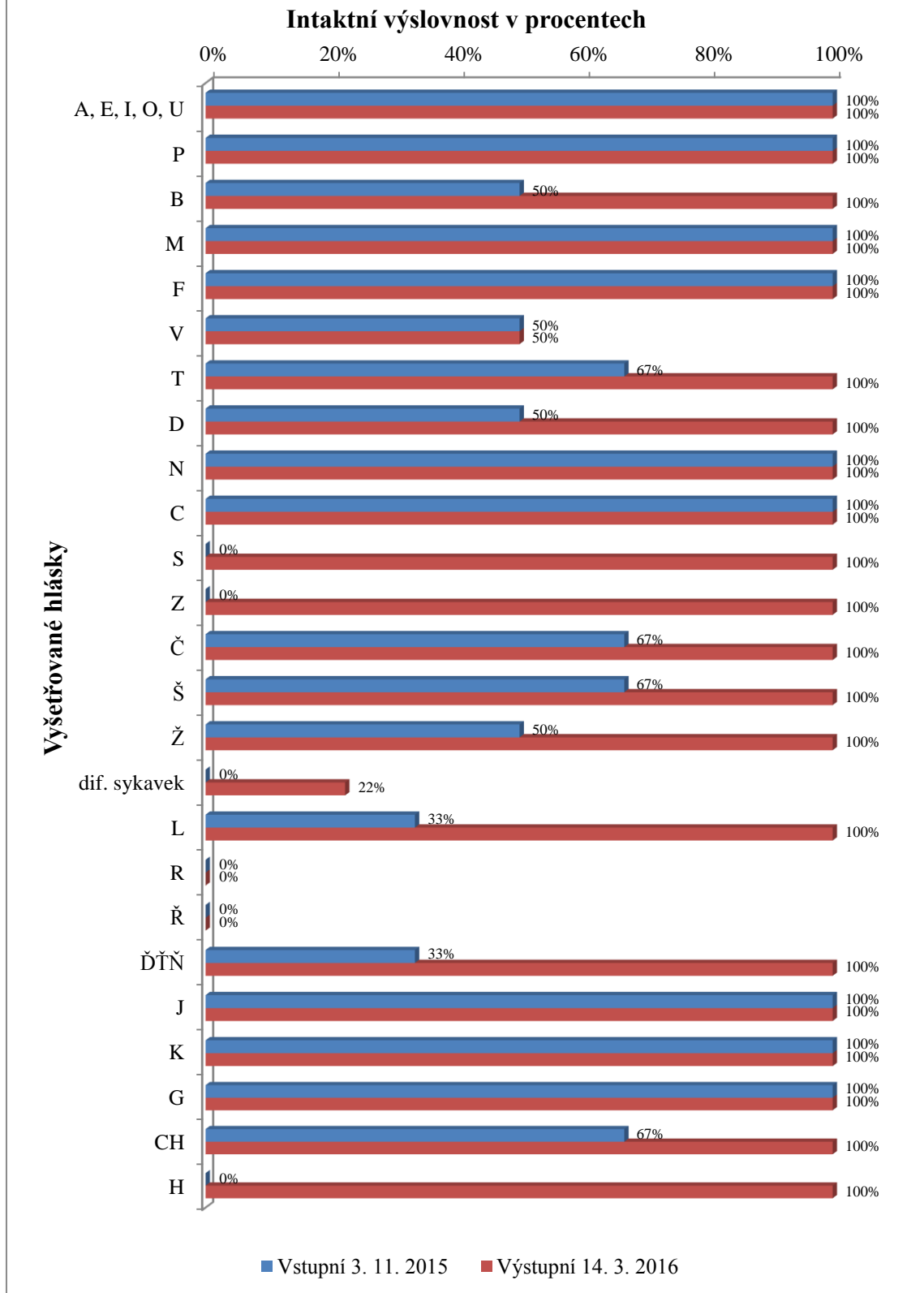
Zhodnocení

Chlapcovi byla po dobu trvání stimulačního programu věnována individuální péče. S chlapcem i rodiči byla velmi dobrá spolupráce. A proto nastal v jeho artikulaci hlásek tak velký pokrok. Byl velmi snaživý a šikovný, zapamatoval si, jaké aktivity během stimulačního programu probíhaly a zkoušel je i doma. Ve spontánní řeči se začal ke konci programu opravovat. Artikulace chlapce se zlepšila o 27% (Obrázek 14). Vývoj řeči probíhá standardním způsobem.



Obrázek 13 Vstupní a výstupní vyšetření artikulace sedmého dítěte.

Dítě 7 vyšetření artikulace



Obrázek 14 Podrobný záznam vyšetření artikulace sedmého dítěte, porovnání vstupního a výstupního vyšetření.

5.2.8 Dítě 8

Dívka se narodila v listopadu 2011. Ke klinickému logopedovi nedochází.

Hodnocení artikulace – vstupní 3. 11. 2015

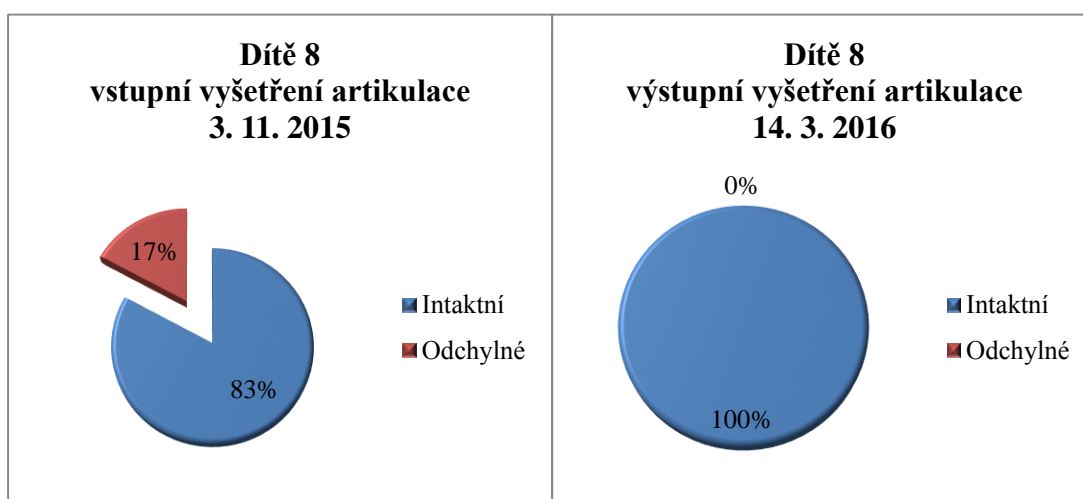
Projev dívky byl jistý a počet hlásek ve slově zachovávala. Nekonstantně odchylně artikulovala hlásky „Č“, „Š“, „Ž“ a „G“. Hlásky „R“ a „Ř“ ovládala již od začátku stimulačního programu. Vlivem nekonstantní odchylky v artikulaci sykavek měla problém v jejich diferenciaci. Dívčina artikulace byla intaktní z 83%, odchylka v artikulaci představovala 17% (Obrázek 15).

Hodnocení artikulace – výstupní 14. 3. 2016

Po absolvování stimulačního programu je schopna intaktní artikulace u všech hlásek (Obrázek 15).

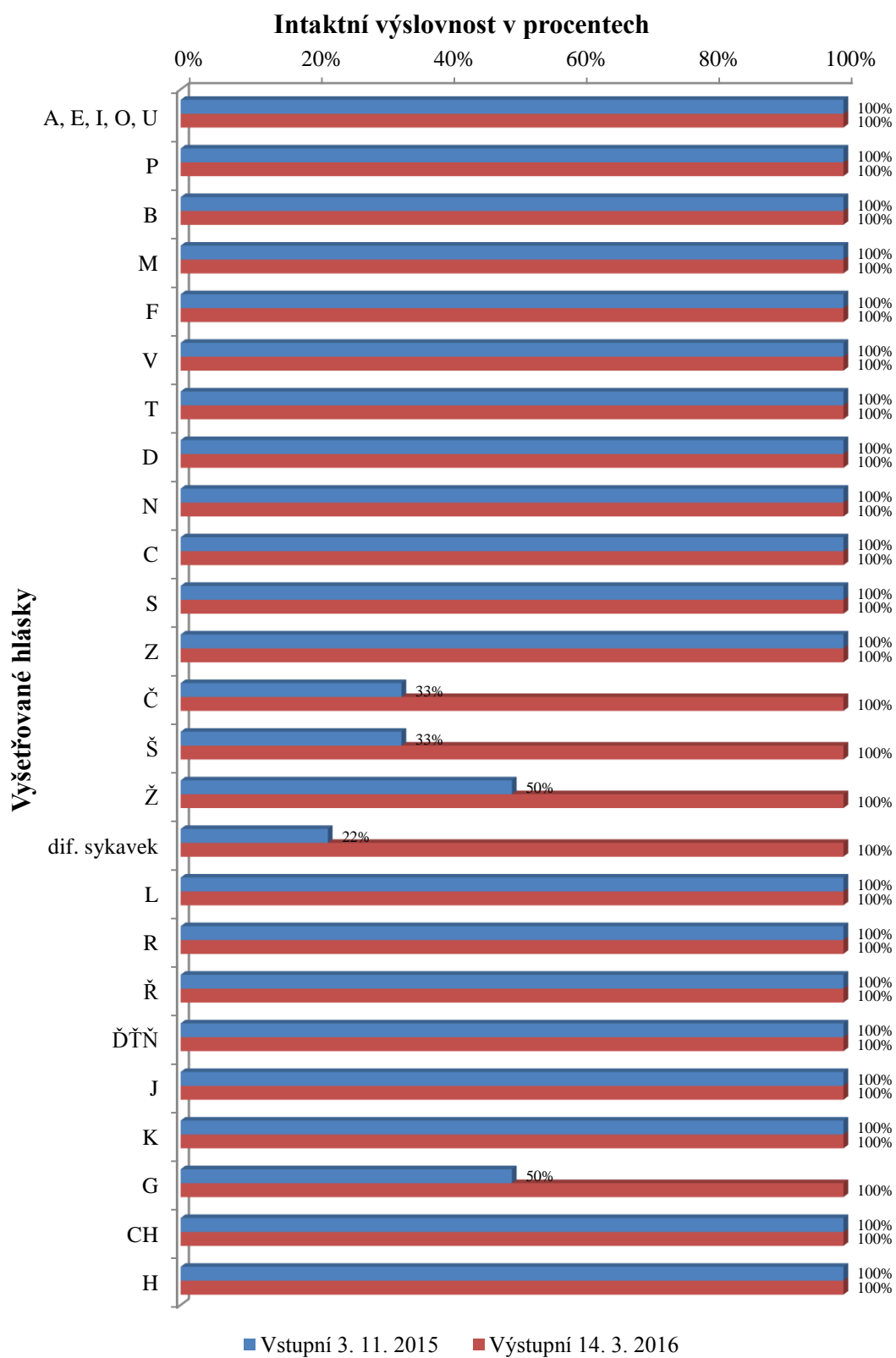
Zhodnocení

Dívce byla po celou dobu věnována individuální péče. Všechny hlásky je schopná artikulovat intaktně, ale hlásky do spontánní řeči zapojuje málo. Musí se opravovat. Percepčně-motorické vzory hlásek si osvojila na konci ledna a poté byla dlouho nemocná. Při posledním setkání bylo nutné ještě zvyšovat polohu jazyka u tupých sykavek. Vzhledem k věku dívky, vývoj řeči velmi rychle postoupil (Obrázek 16).



Obrázek 15 Vstupní a výstupní vyšetření artikulace osmého dítěte.

Dítě 8 vyšetření artikulace



Obrázek 16 Podrobný záznam vyšetření artikulace osmého dítěte, porovnání vstupního a výstupního vyšetření.

5.2.9 Dítě 9

Chlapec se narodil v březnu 2012. Ke klinickému logopedovi dochází.

Hodnocení artikulace – vstupní 3. 11. 2015

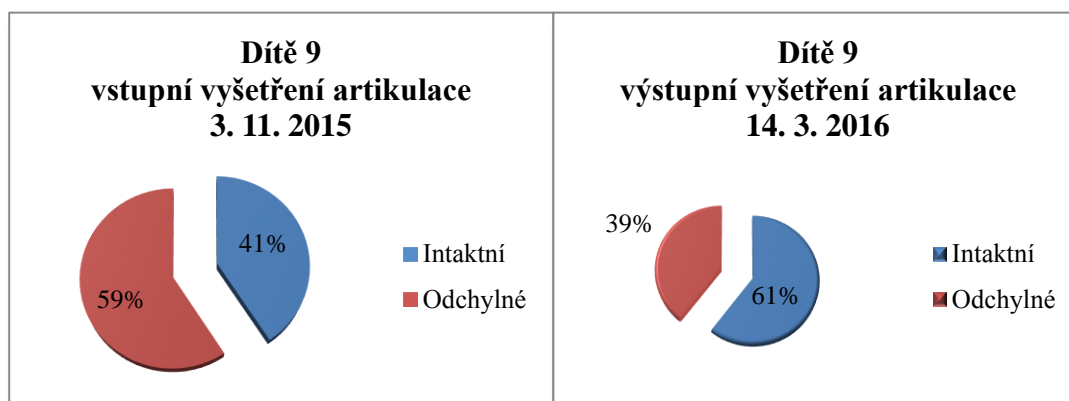
Chlapcova mluva byla velmi výrazně neobratná, a nesrozumitelná. Počet hlásek ve slově nezachovával, hlásky přidával i vypouštěl. Nekonstantně odchylně artikuloval hlásky „F“, „V“, „C“, „L“, „J“, „Ň“. Vůbec neovládal artikulaci hlásek „S“, „Z“, „Č“, „Š“, „Ž“, „R“, „Ř“, „Ď“, „Ť“, „K“, „G“, „CH“. Artikulace chlapce byla intaktní z 41%, odchylka v artikulaci představovala 59% (Obrázek 17).

Hodnocení artikulace – výstupní 14. 3. 2016

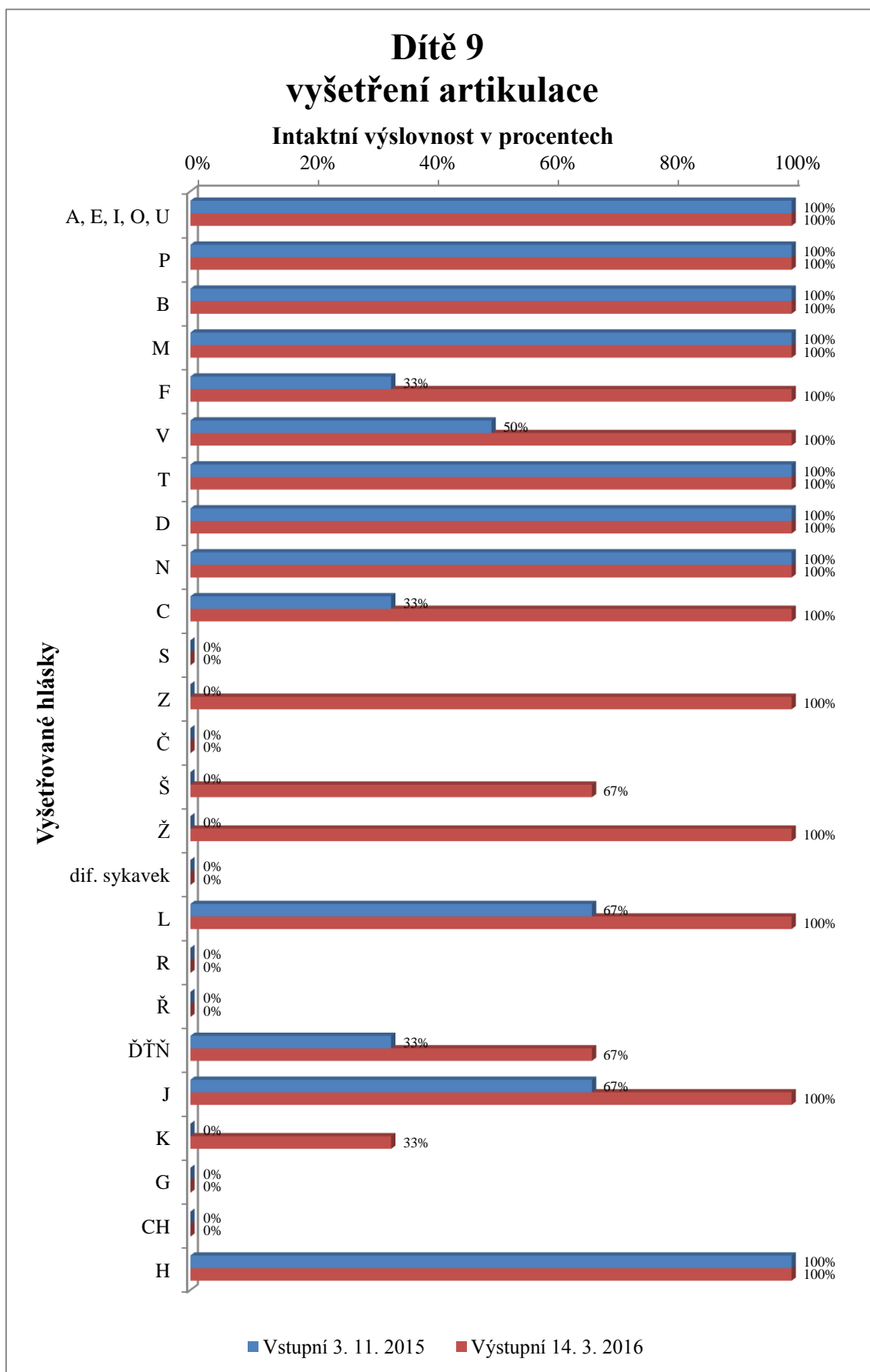
Nekonstantně přetrvávají problémy v artikulaci u hlásky „Š“ a „K“. Artikulaci hlásek „S“, „Č“, „R“, „Ř“, „G“ a „CH“ zatím neovládá. Již je schopen intaktní artikulace u 61% hlásek (Obrázek 17). Percepčně-motorické vzory nejsou ale fixovány.

Zhodnocení

Chlapcovi byla od počátku věnována nejen individuální, ale zvláštní péče. U chlapce se jedná o dyslalií universalis odchylně artikuloval většinu hlásek a docházelo i k tzv. tetismu. Řeč byla zcela nesrozumitelná. Protože chlapec neovládal ani základní hlásky a protože pro něj bylo učení se nových percepčně-motorických vzorů velmi těžké, stimulace hlásek probíhala jednotlivě. Další hlásky byly přidány až po zvládnutí percepčně-motorického vzoru hlásky. Pro frekvenci hlásky „K“ v českém jazyce probíhala její stimulace jako první. Následovala stimulace hlásky „L“ a čtrnáct dnů před koncem programu i stimulace sykavek. Vývoj řeči chlapce neprobíhá standarním způsobem. Etiologie obtíží mi není známá. I přes velké těžkosti se chlapcova artikulace zlepšila o 20% (Obrázek 18).



Obrázek 17 Vstupní a výstupní vyšetření artikulace devátého dítěte.



Obrázek 18 Podrobný záznam vyšetření artikulace devátého dítěte, porovnání vstupního a výstupního vyšetření.

5.2.10 Dítě 10

Chlapec se narodil v listopadu 2010. Ke klinickému logopedovi dochází.

Hodnocení artikulace – vstupní 3. 11. 2015

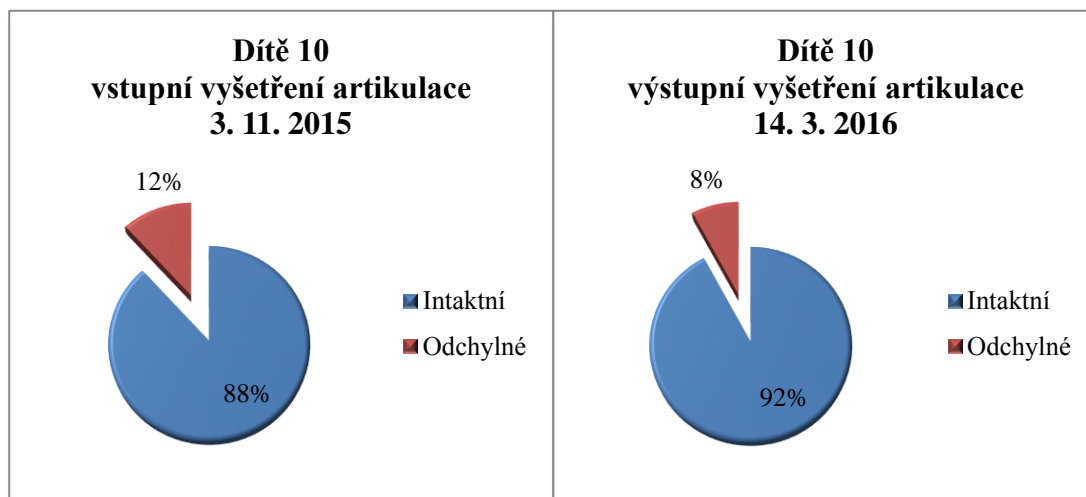
Artikulace chlapce byla intaktní z 88%, odchylka v artikulaci představovala 12%. Měl problémy v diferenciaci sykavek. Hlasy „R“ a „Ř“ zatím neovládá (Obrázek 19).

Hodnocení artikulace – výstupní 14. 3. 2016

Již je schopen intaktní artikulace u 92% hlásek, zbylých 8% představují vibranty (Obrázek 19).

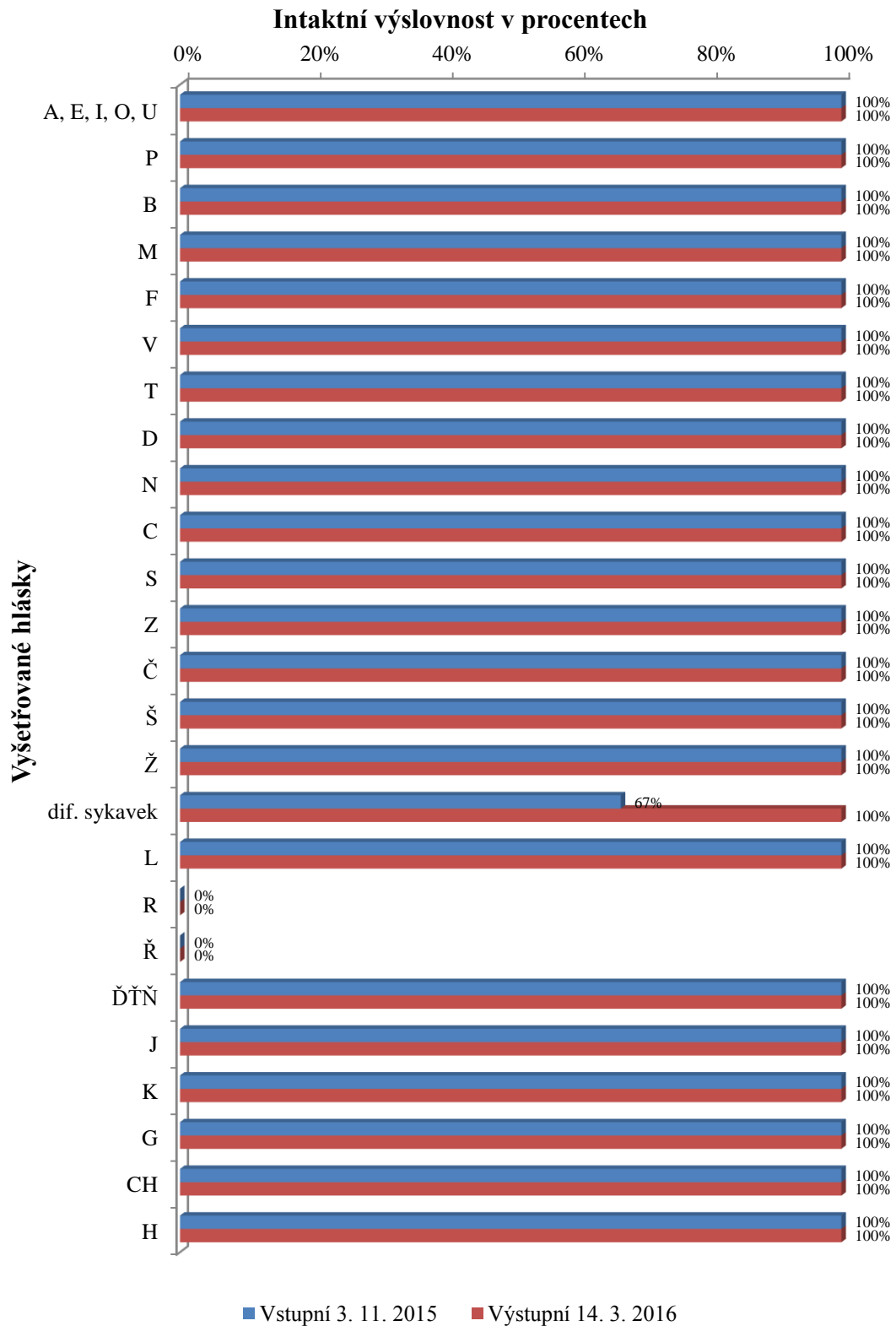
Zhodnocení

Stimulace vývoje řeči se účastnil spolu se skupinkou. Chlapec se velmi zpřesnil ve zvuku sykavek, nyní je jeho artikulace zcela intaktní. Při vstupním vyšetření nemohla být hodnocena jeho artikulace jako odchýlná, nebyla však zcela intaktní. Ve zvuku všech sykavek byly rušivé šumy. Nyní je zvuk i artikulace výrazně lepší. Zlepšil se i v diferenciaci sykavek (Obrázek 20). Vývoj řeči probíhá standardním způsobem.



Obrázek 19 Vstupní a výstupní vyšetření artikulace desátého dítěte.

Dítě 10 vyšetření artikulace



Obrázek 20 Podrobný záznam vyšetření artikulace desátého dítěte, porovnání vstupního a výstupního vyšetření.

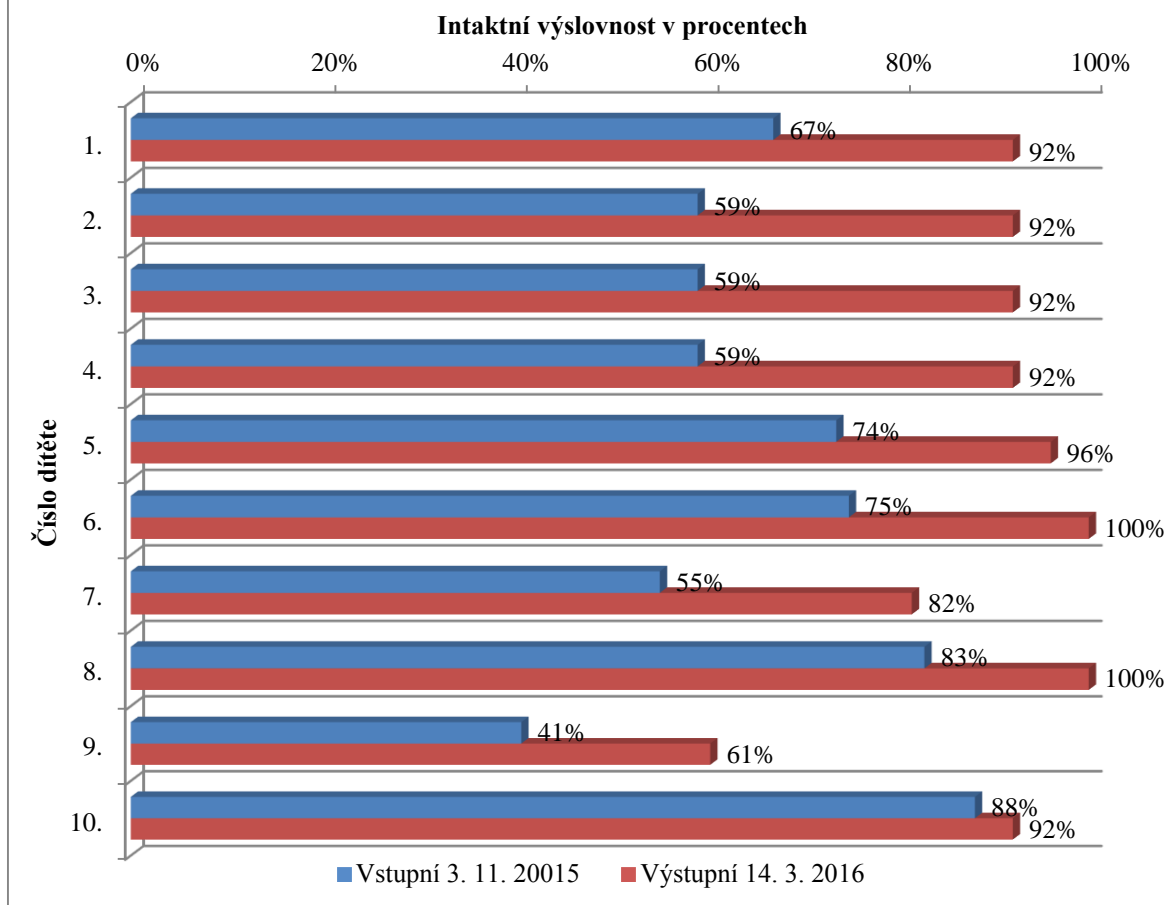
5.3 Hodnocení výsledků stimulačního programu

Úspěšnost stimulačního programu je shrnuta v následujících obrázcích a to jak z hlediska celkové artikulace (Obrázek 21), tak i méně problematických hlásek (Obrázek 22) a další obrázek (Obrázek 23) znázorňuje především intaktní artikulaci sykavek a jejich diferenciaci. Na tuto problematiku byl stimulační program zaměřen a jeho úspěšnost se potvrdila. Artikulace dětí se velmi výrazně zlepšila v oblasti sykavek. Poslední obrázek (Obrázek 24) znázorňuje intaktní artikulaci méně problematických hlásek a vibrant.

Z výsledků stimulačního programu vyplývá, že v oblasti ostrých sykavek děti měly větší obtíže s artikulací hlásky „S“ než „C“ a největší obtíže pro ně představovala artikulace hlásky „Z“. Z ostrých sykavek děti měly s hláskou „Č“ menší problémy, než s hláskami „Š“ a „Ž“. Po osvojení jednotlivých percepčně-motorických vzorů sykavek se děti výrazně zlepšily i v jejich diferenciaci.

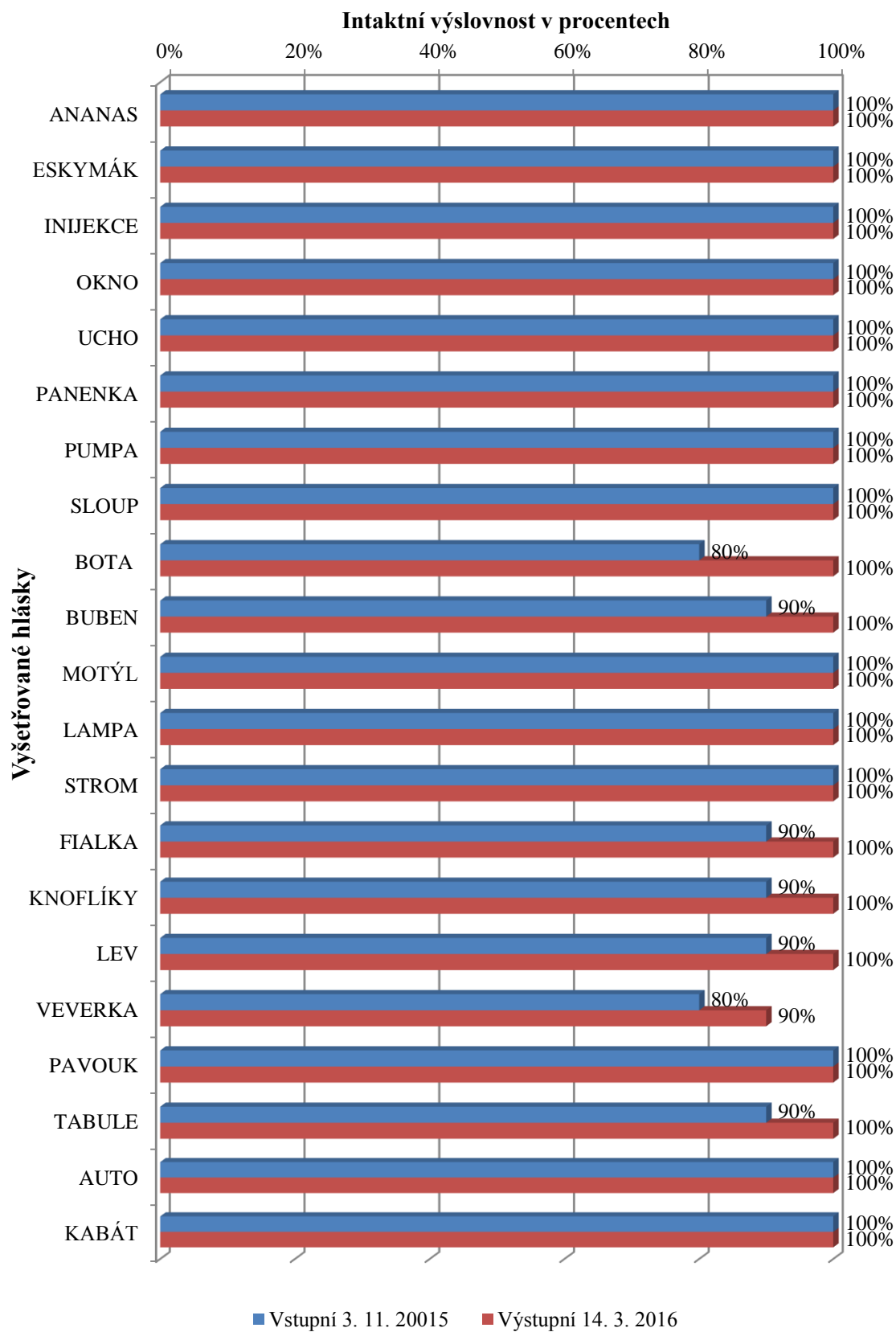
Po absolvování stimulačního programu se zlepšení v artikulaci projevilo u všech zúčastněných dětí.

Porovnání výsledků vstupních a výstupních vyšetření artikulace všech dětí



Obrázek 21 Porovnání výsledků vstupních a výstupních vyšetření celkové artikulace všech sledovaných dětí.

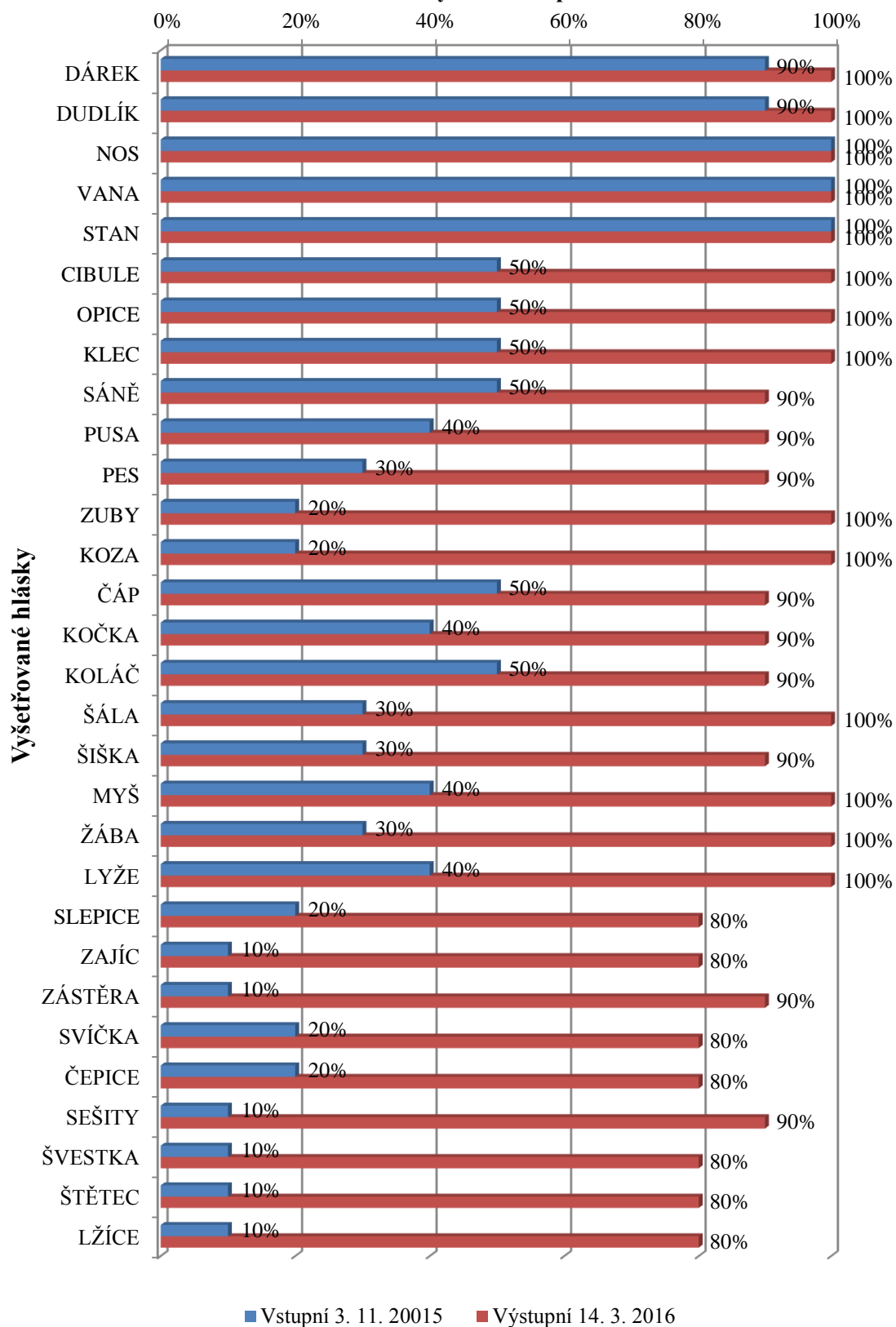
Porovnání vstupního a výstupního vyšetření artikulace dětí dohromady část A



Obrázek 22 Porovnání vstupního a výstupního vyšetření artikulace všech dětí, část A.

Porovnání vstupního a výstupního vyšetření artikulace dětí dohromady část B

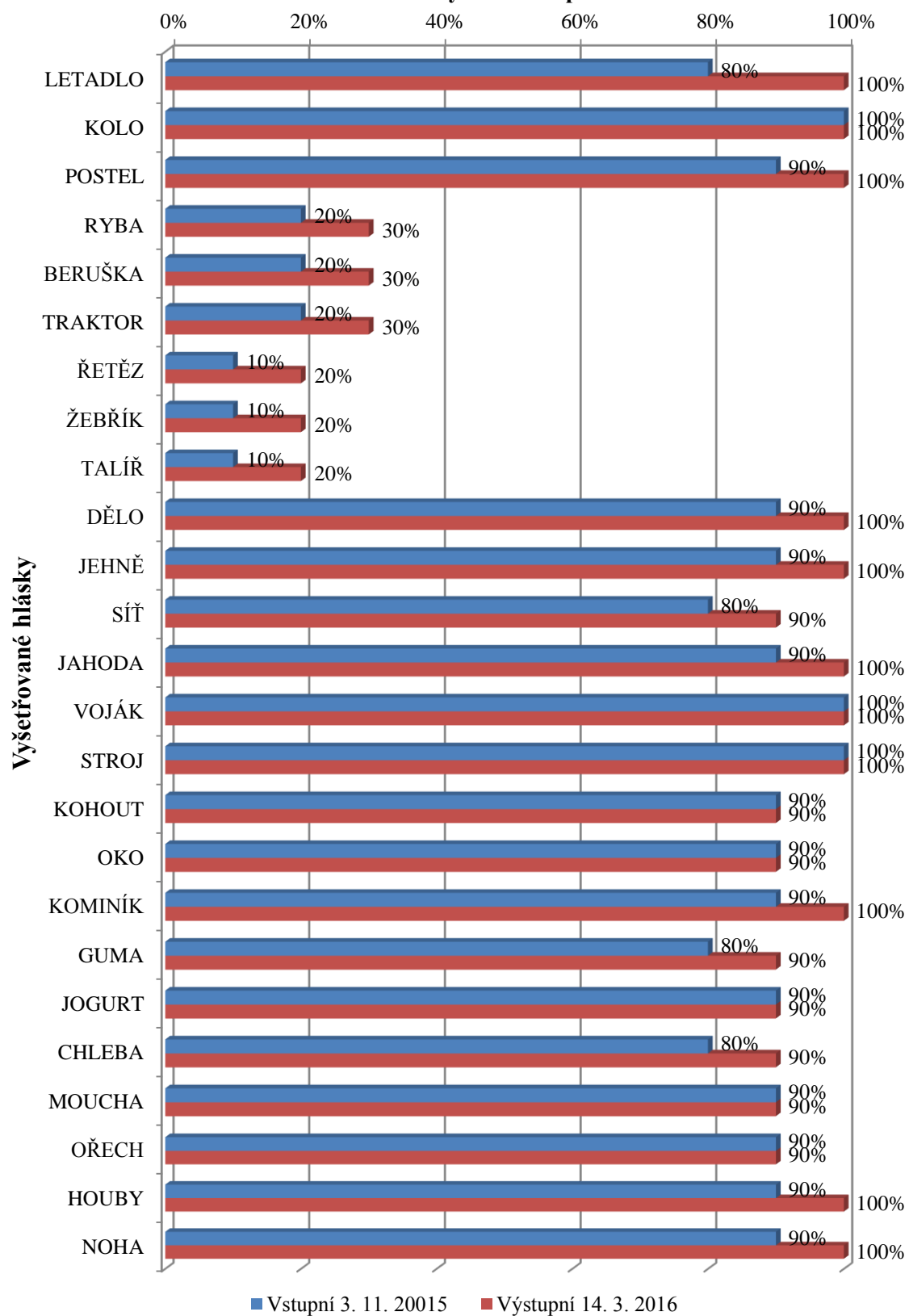
Intaktní výslovnost v procentech



Obrázek 23 Porovnání vstupního a výstupního vyšetření artikulace všech dětí, část B.

Porovnání vstupního a výstupního vyšetření artikulace dětí dohromady část C

Intaktní výslovnost v procentech



Obrázek 24 Porovnání vstupního a výstupního vyšetření artikulace všech dětí, část C.

Závěr

Bakalářská práce byla rozdělena na dvě části. Cílem teoretické části bylo především seznámení se s problematikou vývoje řeči dětí, artikulační normou českého jazyka a odchylkách v artikulaci, dyslalie a diferenciálními syndromy k odchylkám artikulačních schopností.

V praktické části je provedeno seznámení se stimulačním programem a zároveň jsou zpracovány výsledky praktické aplikace tohoto programu na deseti dětech předškolního věku, které docházejí do běžné mateřské školy. V rámci stimulačního programu byl vytvořen soubor obrázkového materiálu, který byl zároveň použit při stimulaci dětí mateřské školy. Aby s obrázkovým materiálem mohl pracovat každý rodič či logoped, je velmi prakticky členěn a je pro děti dostatečně názorný. Pro jeho praktické využití obsahuje i popis jednotlivých cvičení. Celý obrázkový materiál je přílohou práce.

Použitá literatura

1. BEDNÁŘOVÁ, Jiřina a Vlasta ŠMARDOVÁ. *Diagnostika dítěte předškolního věku: co by dítě mělo umět ve věku od 3 do 6 let*. Vyd. 2. Brno: Edika, 2015, 217 s. ISBN 978-80-266-0658-1.
2. BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. *Komunikace dětí předškolního věku*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 236 s. ISBN 978-80-247-3008-0.
3. DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník: terminologický a výkladový*. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 1998, 192 s. Logopaedia clinica. ISBN 978-80-902536-6-7.
4. GÚTHOVÁ, Marta a ŠEBIANOVÁ, Daniela. *Terapie dyslalie*. In LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 386 s. ISBN 80-717-8961-5.
5. HŮRKOVÁ, Jiřina. *Česká výslovnostní norma*. 1. vyd. Praha: Scientia, 1995. ISBN 80-85827-93-X.
6. JEDLIČKA, Ivan. *Vývoj řeči*. In ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 1., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2003, 616 s. ISBN 80-7178-546-6.
7. KLENKOVÁ, Jiřina. *Kapitoly z logopedie I*. Brno: Paido, 1997. ISBN 80-85931-41-9.
8. KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 224 s. Pedagogika (Grada). ISBN 80-247-1110-9.
9. KLENKOVÁ, Jiřina a KOLBÁBKOVÁ, Helena. *Diagnostika předškoláka: správný vývoj řeči dítěte*. Brno: MC nakladatelství, 2003, 125 s.

10. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
11. LECHTA, Viktor. *Logopedické repetitórium: teoretická východiska súčasnej logopedie, moderné prístupy*. Vyd. 1. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990. 278 s. ISBN 80-08-00447-9. (Lechta, 1990)
12. LECHTA, Viktor. Diagnostika koktavosti. In LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 360 s. ISBN 80-7178-801-5.
13. CSÉFALVAY, Zsolt. Diagnostika dysartrie. In LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 360 s. ISBN 80-7178-801-5.
14. LECHTA, Viktor. *Koktavosť: komplexný prístup*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-867-8.
15. LECHTA, Viktor a Barbara KRÁLIKOVÁ. *Když naše dítě nemluví plynule: koktavosť a jiné neplynulosťi řeči*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-849-4.
16. NEUBAUER, Karel. Terapie dysartrie. In LECHTA, Viktor. *Terapie narušenej komunikačnej schopnosti*. 2., aktualiz. vyd. Přeložil Jana Křížová. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9.
17. NÁDVORNÍKOVÁ, Viera. Diagnostika dyslalie. In LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 360 s. ISBN 80-7178-801-5.
18. NEUBAUER, Karel. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. 3. vyd. Gaudeamus, 2010, 107 s. ISBN 978-80-7435-053-5.

19. NEUBAUER, Karel. *Artikulace a fonologické rozlišování hlásek: jak předcházet rozvoji odchylek výslovnosti u dětí*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2011, 63 s. ISBN 978-80-7311-118-2.
20. NEUBAUER, Karel. *Logopedie a surdologopedie: učební text pro základní kurz*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014, 163 s. ISBN 978-80-7435-500-4.
21. ŘÍČAN, Pavel a KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Dětská klinická psychologie*. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 603 s. ISBN 80-247-1049-8.
22. SALOMONOVÁ, Anna. Dyslalie. In ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 612 s. ISBN 80-717-8546-6.
23. ŠLAPAL, Radomír. *Vývojová neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 2007, 53 s. ISBN 978-80-7315-160-7.
24. ŠULOVÁ, Lenka. *Raný psychický vývoj dítěte*. Vyd. 1. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2004, 247 s. ISBN 80-246-0877-4.
25. ŠKODOVÁ, Eva a JEDLIČKA Ivan. Narušení plynulosti řeči. In ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 612 s. ISBN 80-717-8546-6.
26. ŠKODOVÁ, Eva. Opožděný vývoj řeči. In ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 612 s. ISBN 80-717-8546-6.
27. TARKOWSKI, Zbigniew. Terapie breptavosti. In LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2., aktualiz. vyd. Přeložil Jana Křížová. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9.
28. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012, 531 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-246-2153-1.

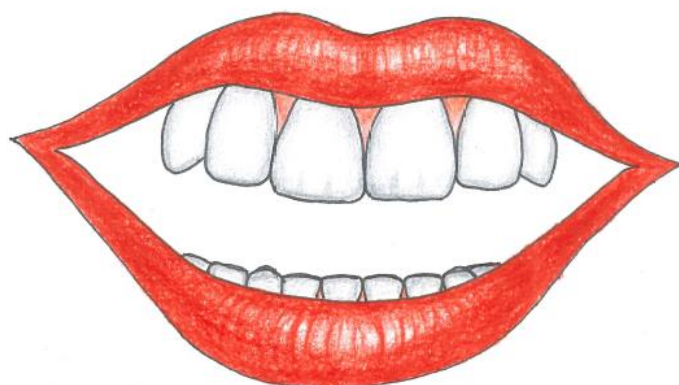
29. VITÁSKOVÁ, Kateřina a Alžběta PEUTELSCHMIEDOVÁ. *Logopedie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1088-5.
30. JEDLIČKA, Ivan a ŠKODOVÁ Eva. Vývojová dysfázie. In ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 1., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2003, 616 s. ISBN 80-7178-546-6.

Přílohy

1. Příloha A

Nácvik mluvidel – obrázkový materiál ústního obrazu hlásky.

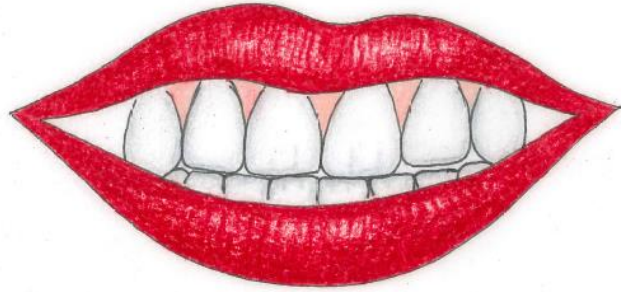
K



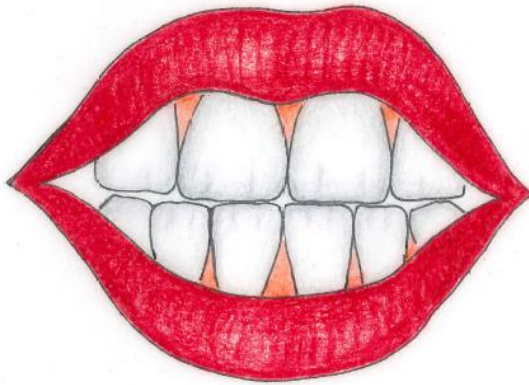
L



Nicec
Nicsc
N



Nicsc
Nicsc
N



2. Příloha B

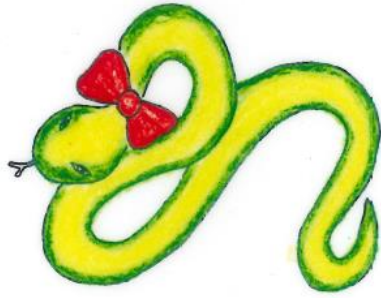
Izolovaný zvuk – obrázkový materiál je určený ke stimulaci izolovaného zvuku.

K



L

S



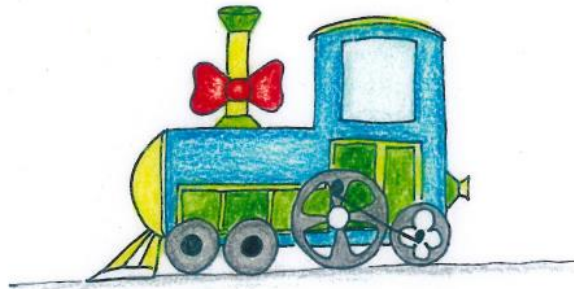
Z



C



S





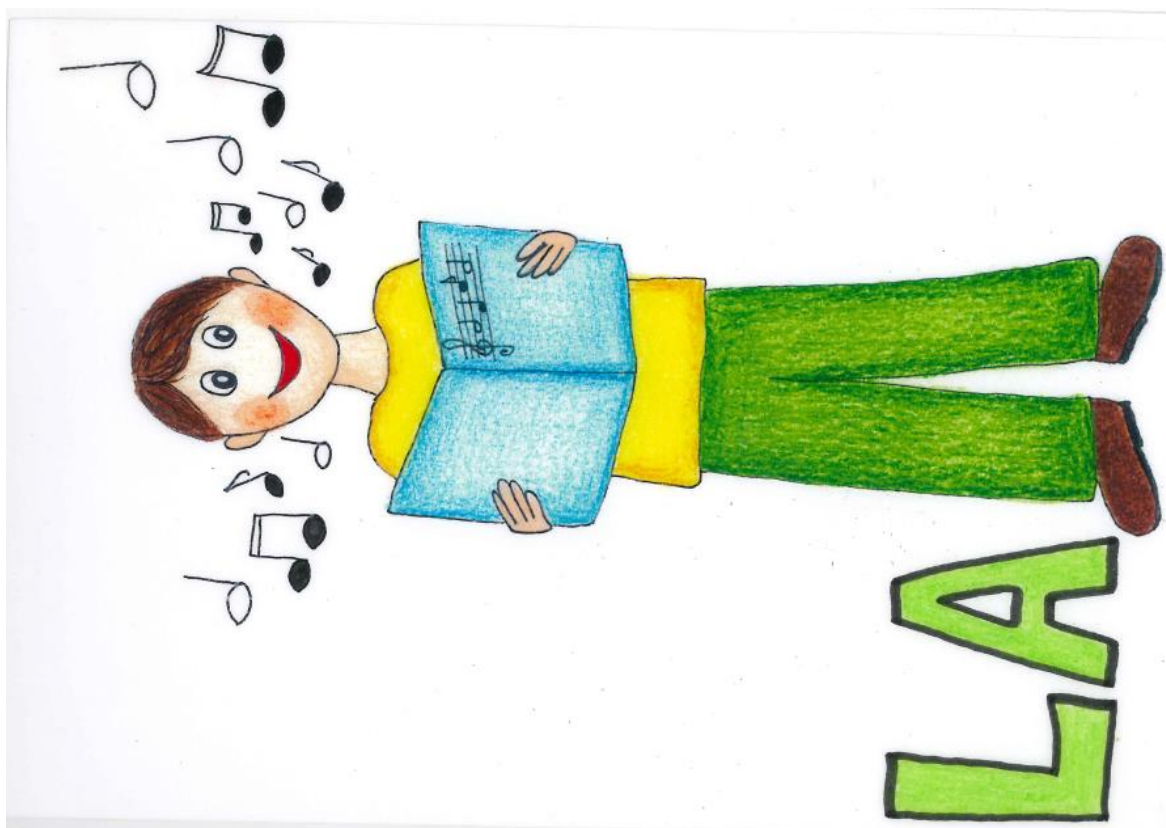
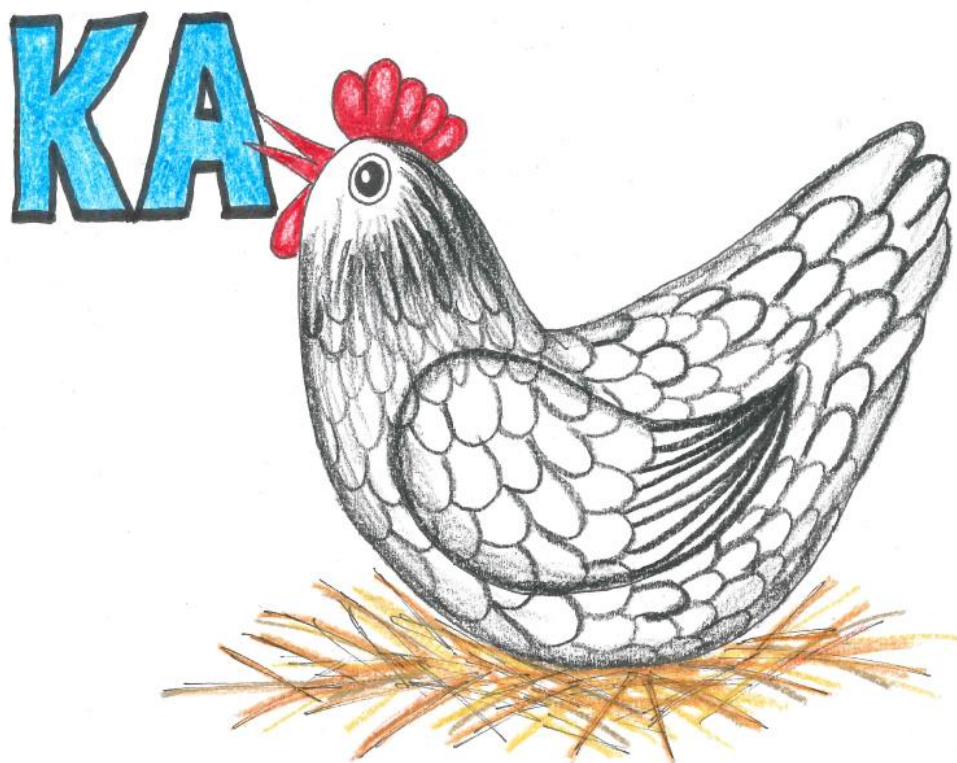
z

z

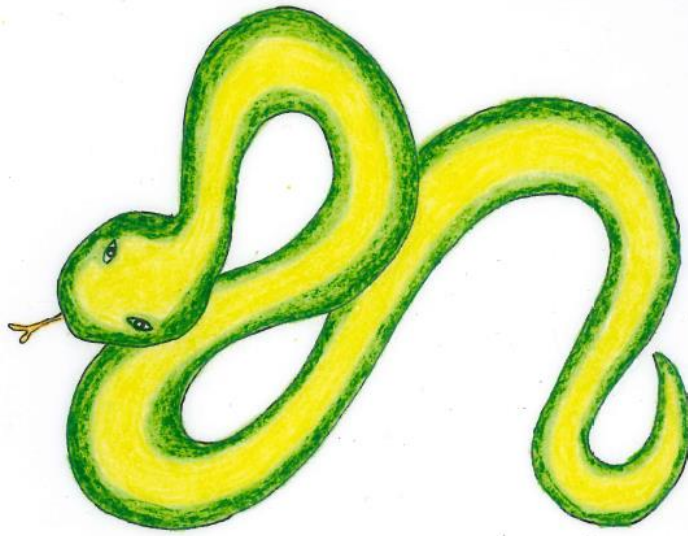


3. Příloha C1

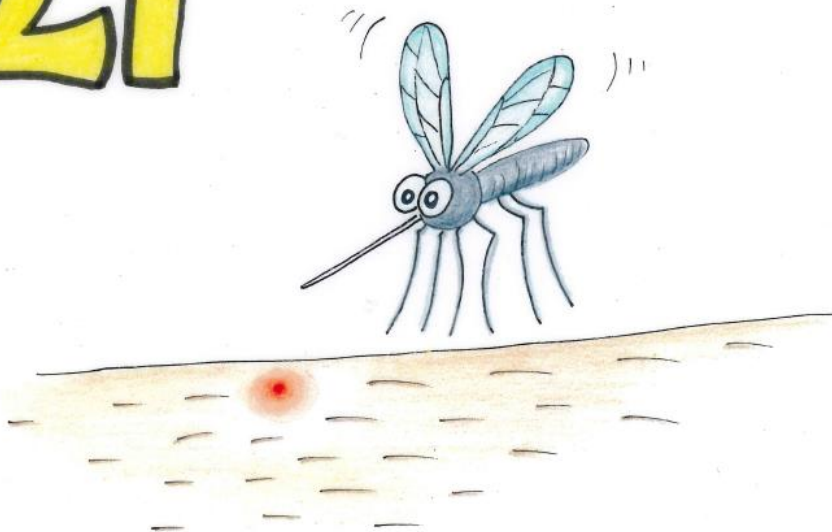
Obrázkový materiál vytvořený k zapojování hlásek do slabik – první úroveň.



si



zi

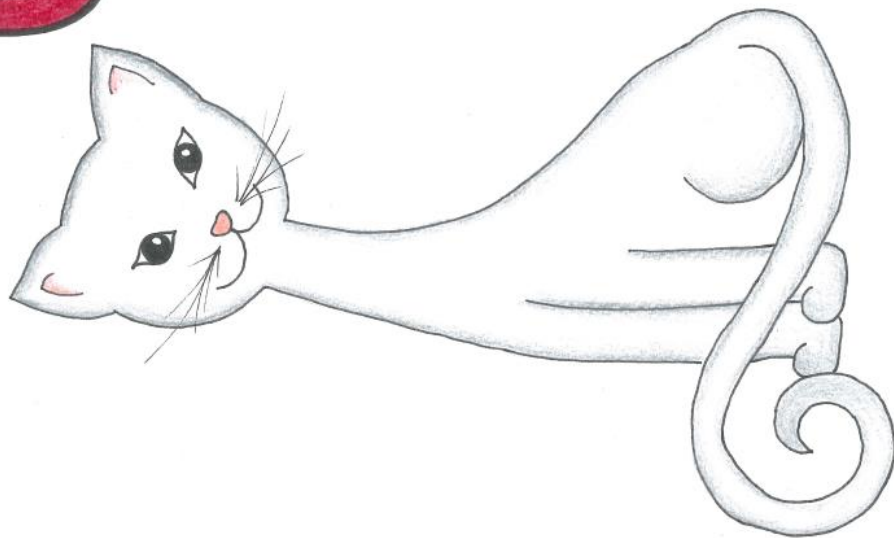






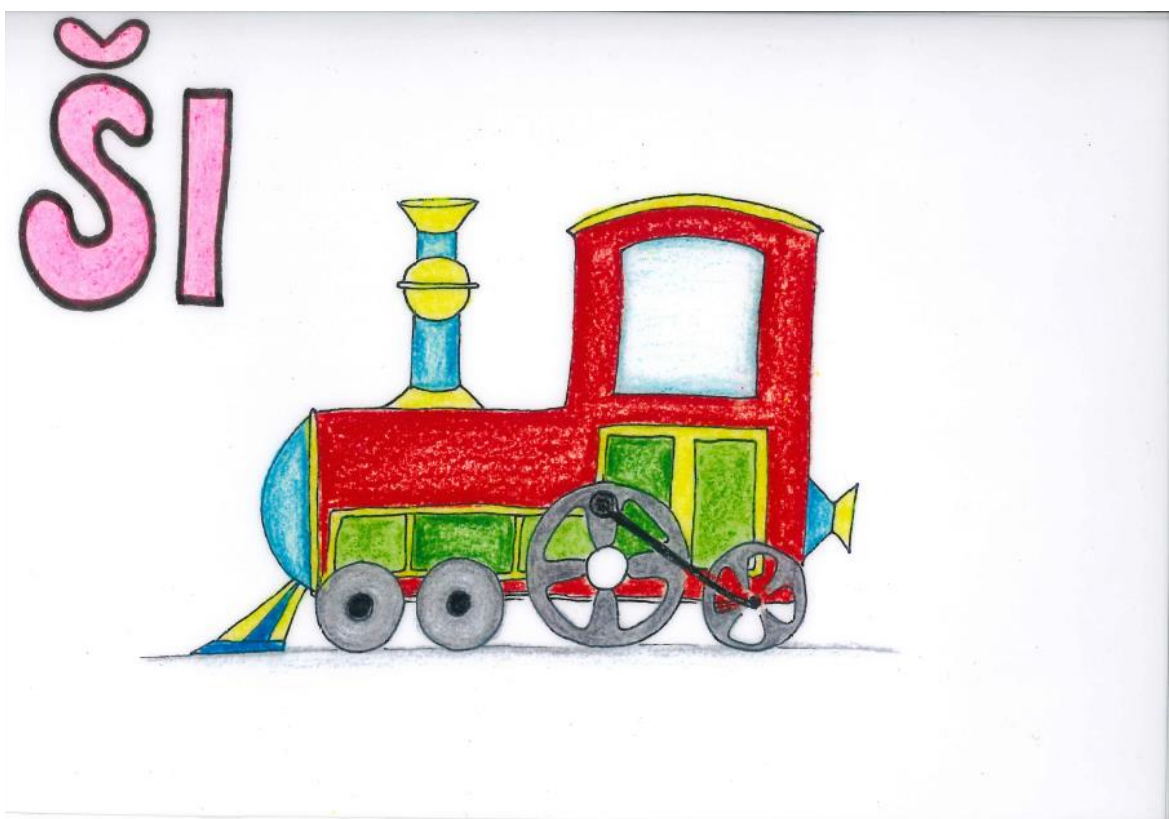
žo

ko



4. Příloha C2

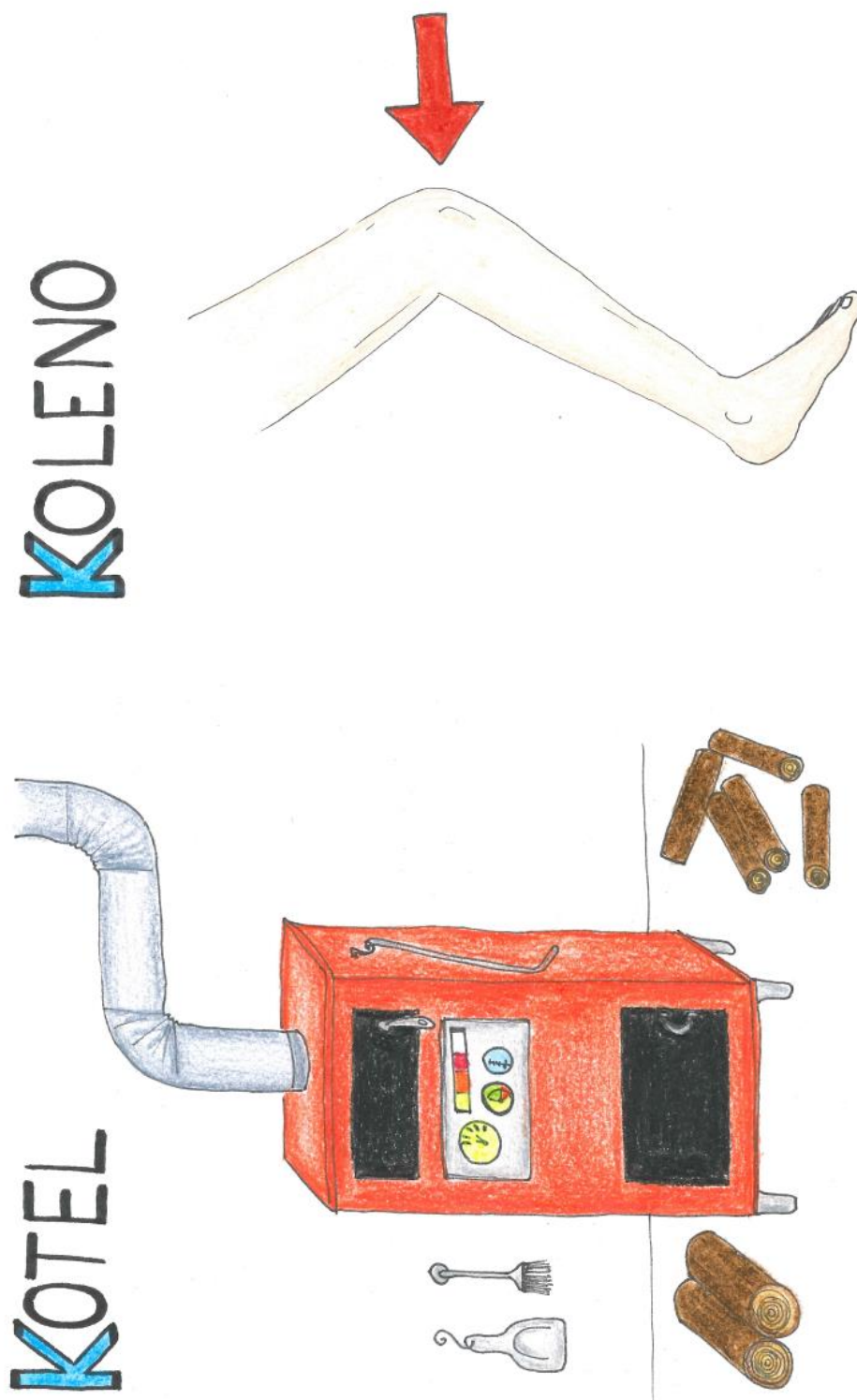
Obrázkový materiál vytvořený k zapojování hlásek do slabik – druhá úroveň.



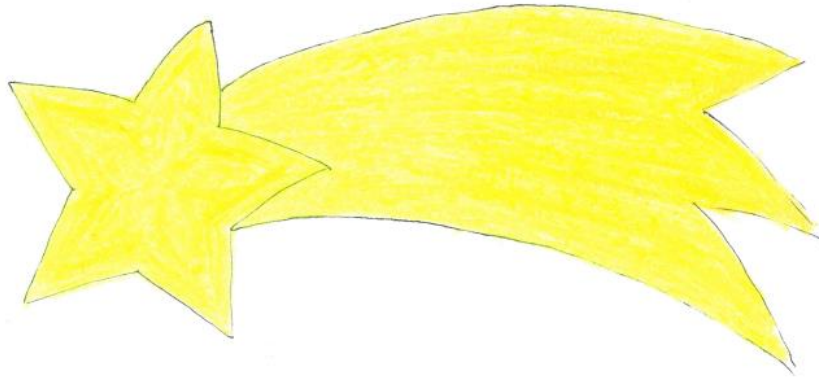


5. Příloha D1

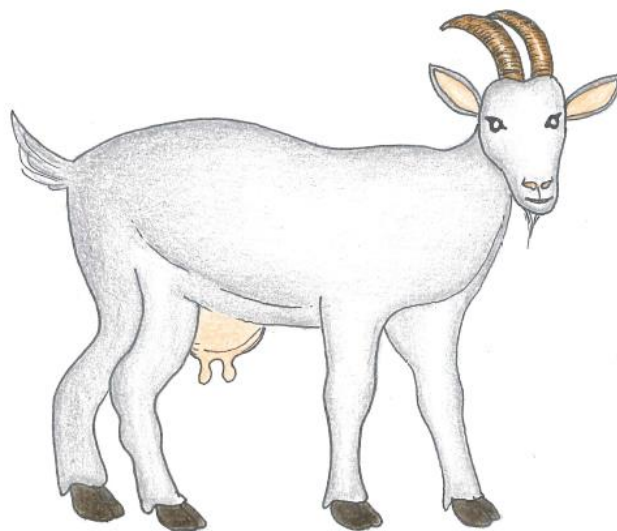
Zapojení hlásek do slov – obrázkový materiál k hlásce „K“.



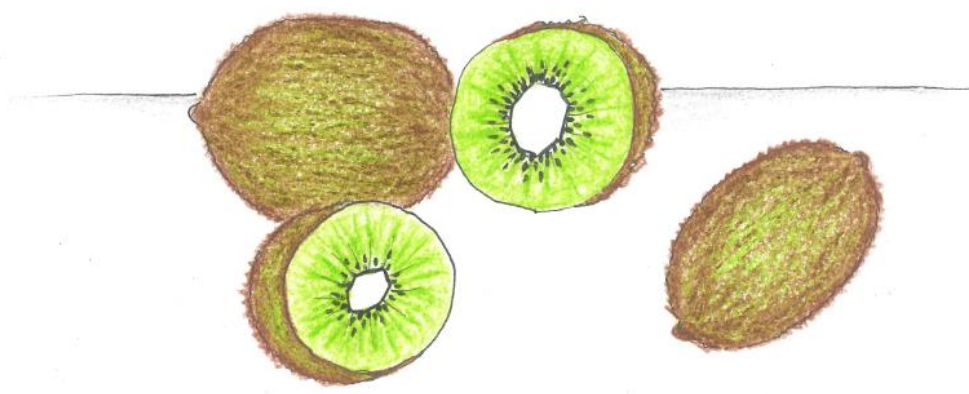
KOMETA



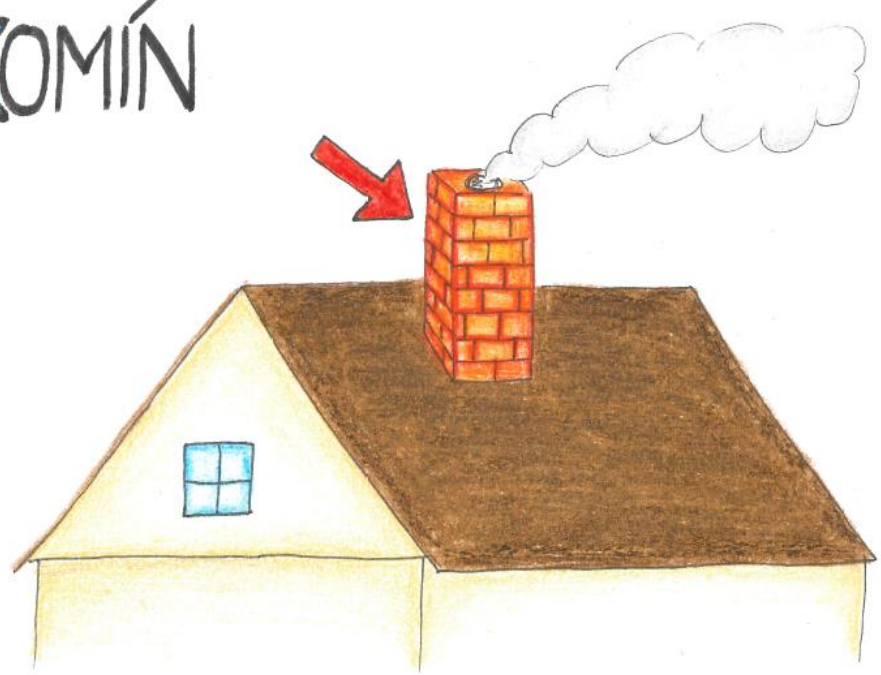
KOZA



KIWI



KOMÍN



KOŤATA



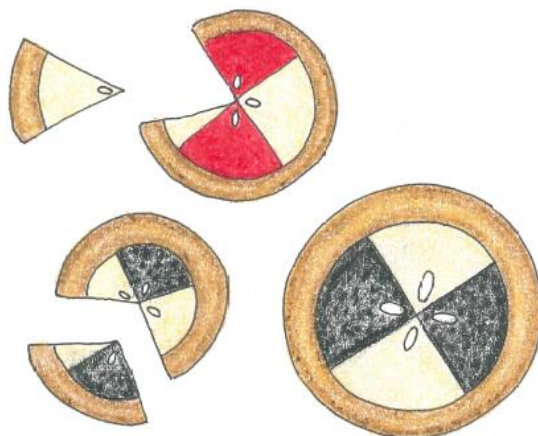
KOLO



KUCHYŇ



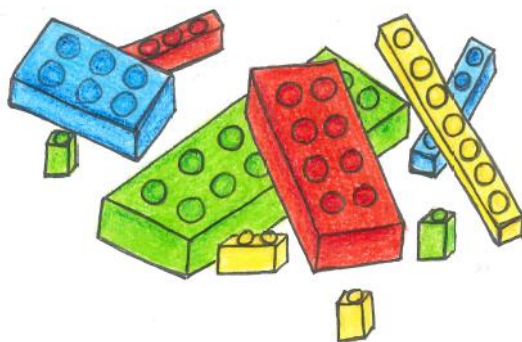
KOLÁČE



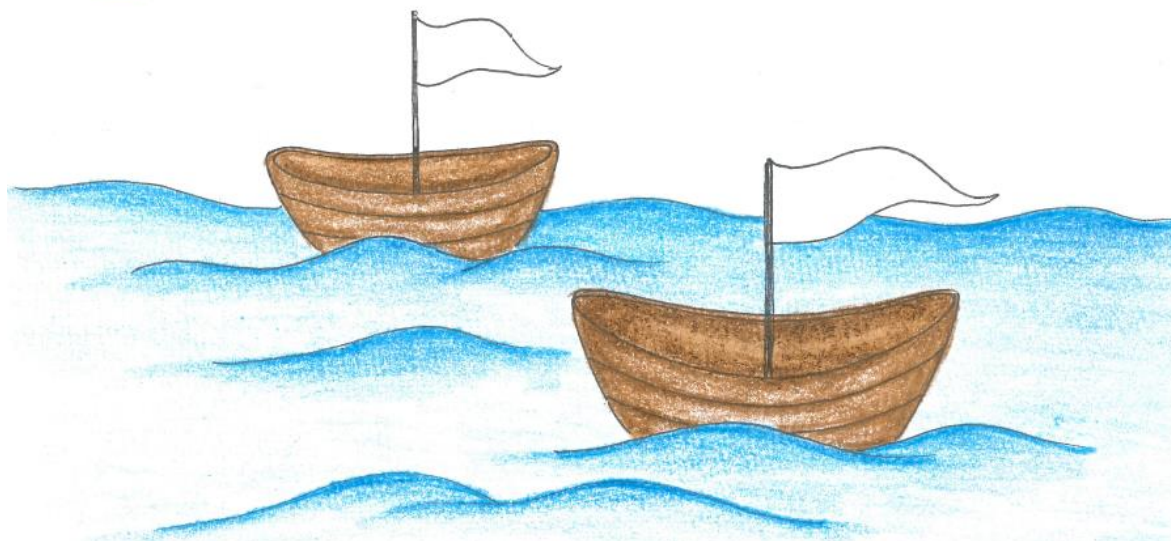
6. Příloha D2

Zapojení hlásek do slov – obrázkový materiál k hlásce „L“.

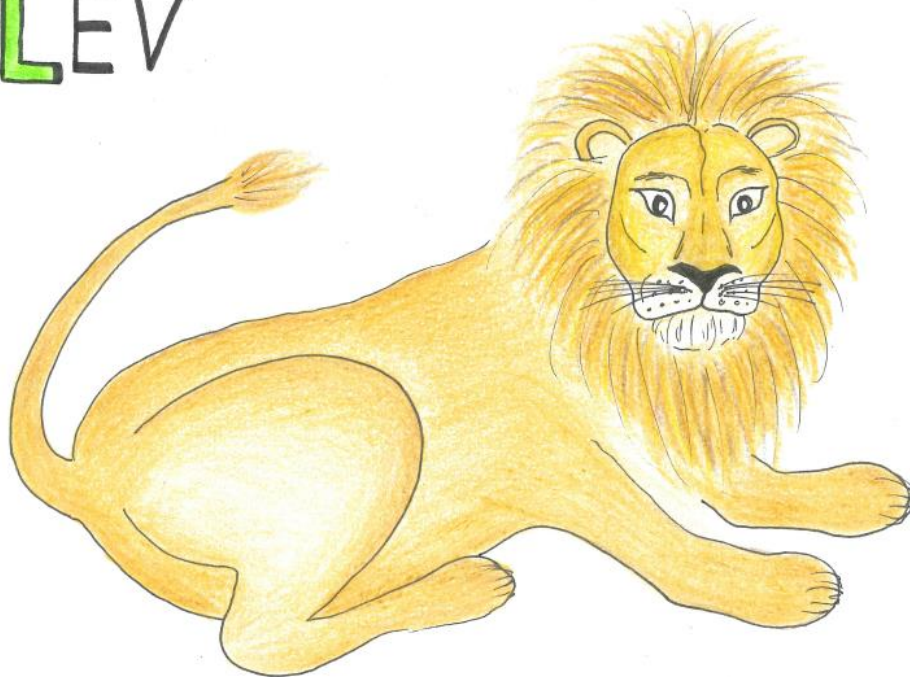
LEGO



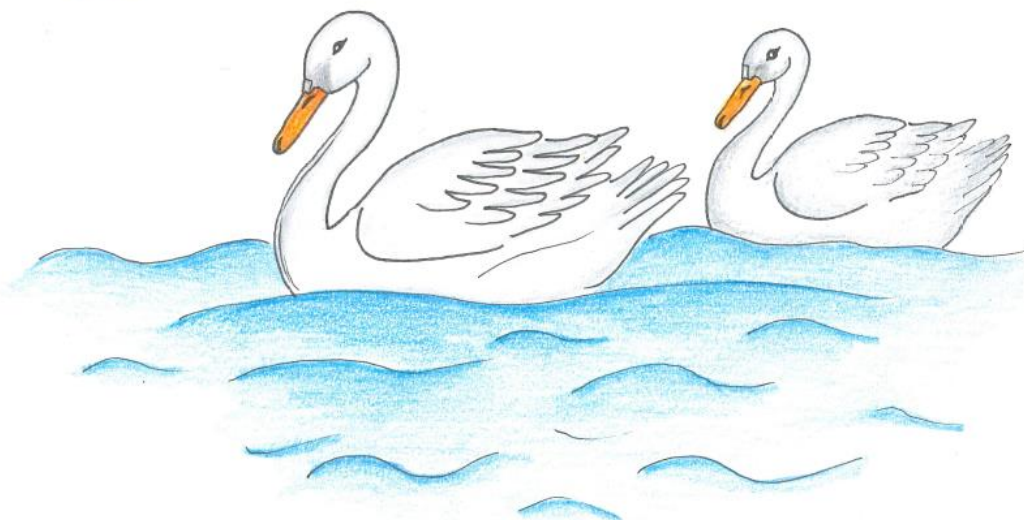
LODĚ



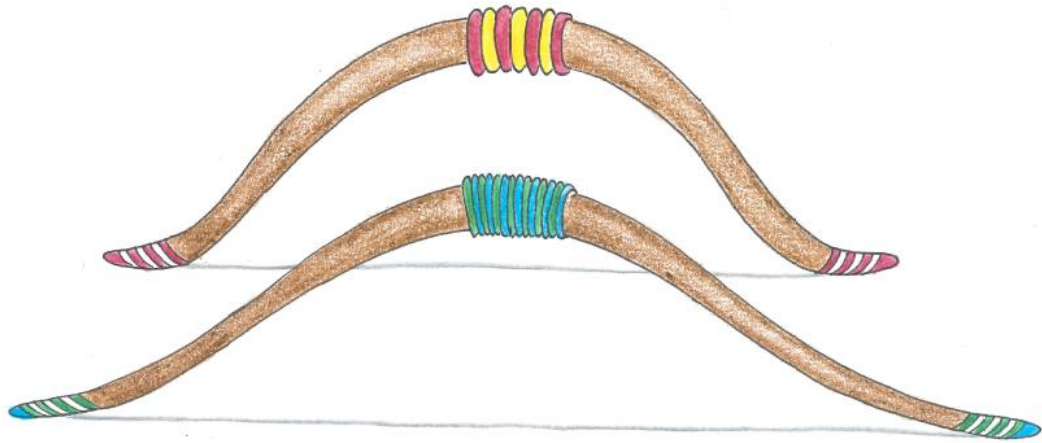
LEV



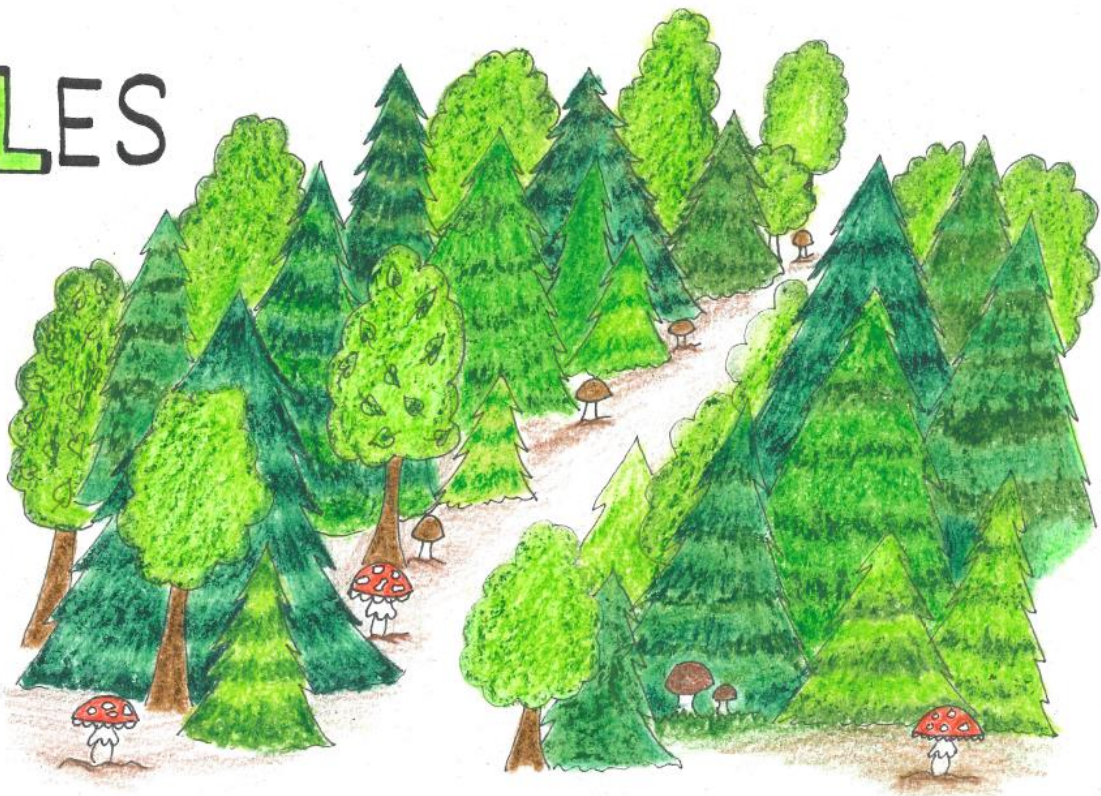
LABUTĚ



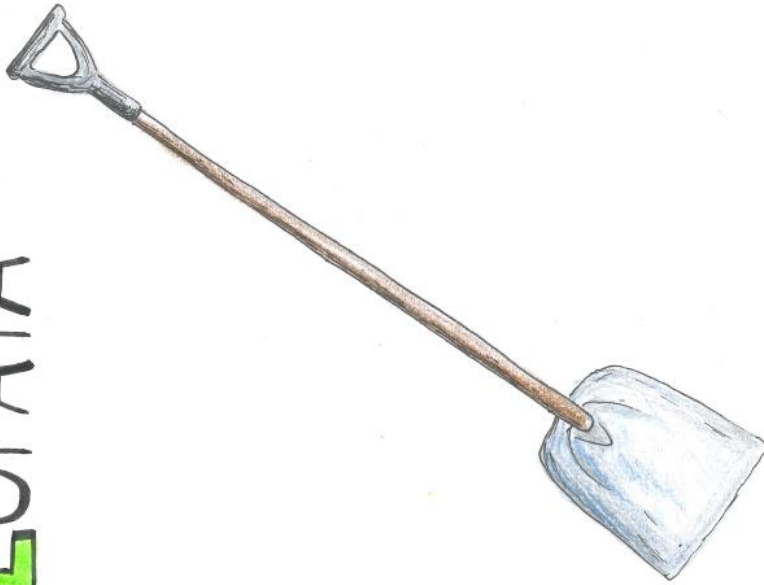
LUKY



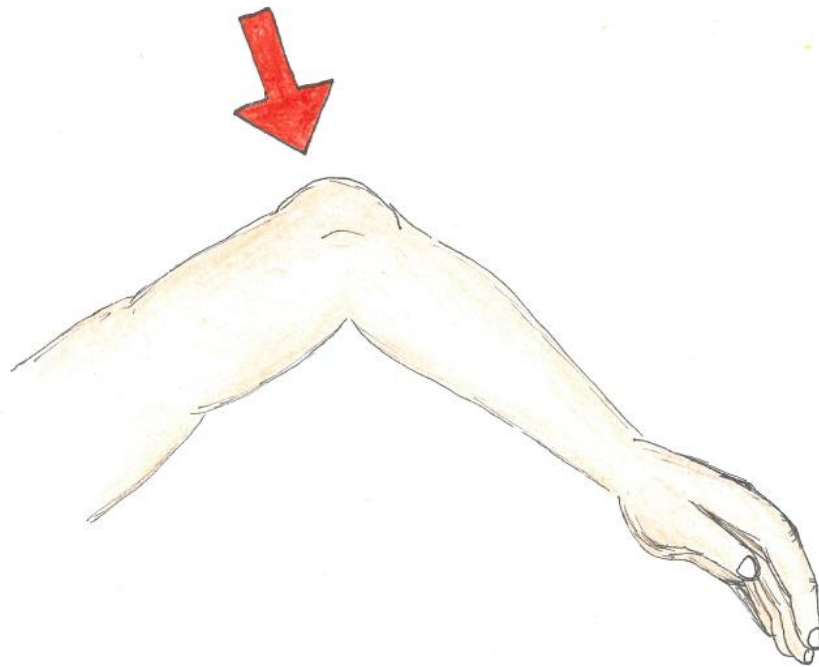
LES



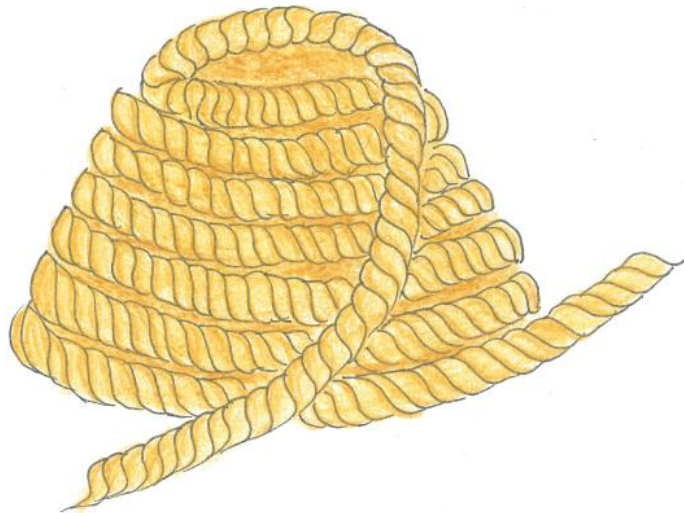
LOPATA



LOKET



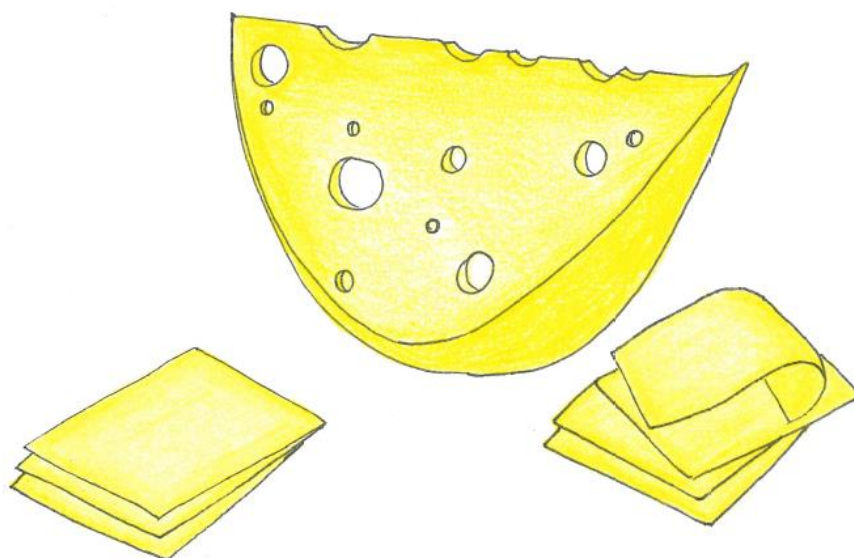
LANO



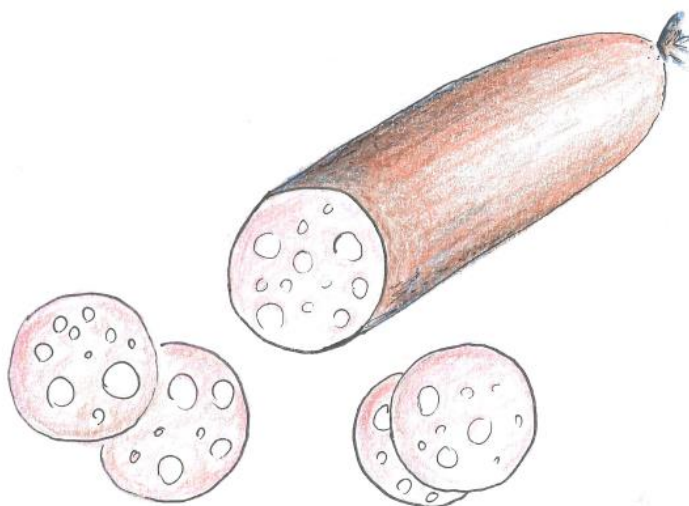
7. Příloha D3

Zapojení hlásek do slov – obrázkový materiál k hlásce „S“.

SÝRY



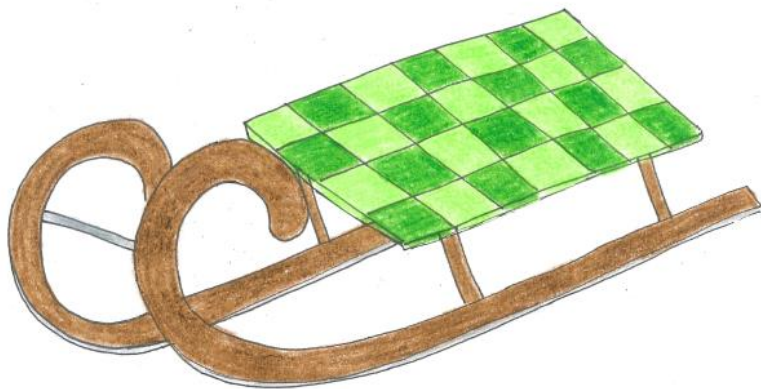
SALÁM



SENO



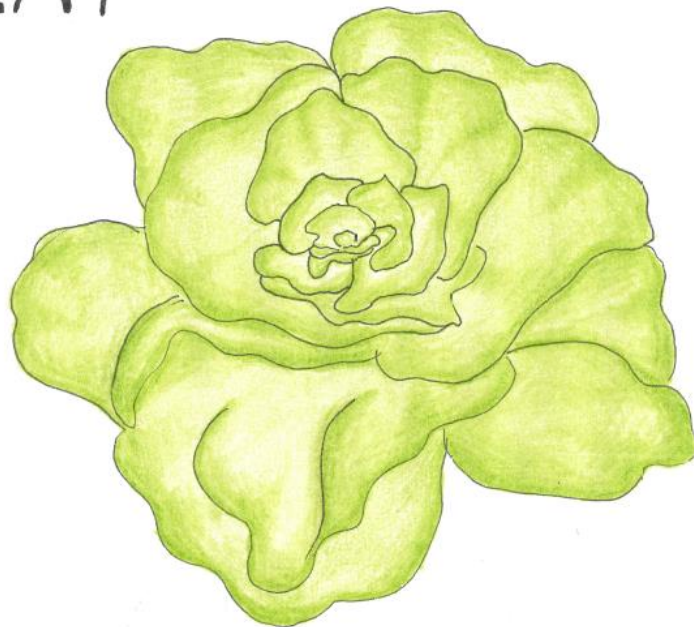
SANĚ



SUDY



SALÁT



SAKO



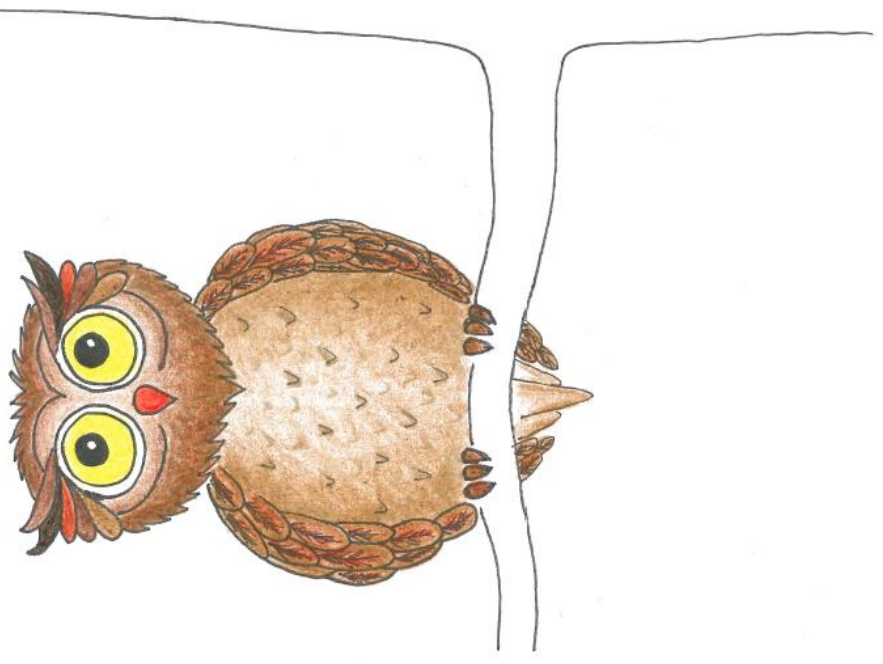
SÝKORA



SOBI



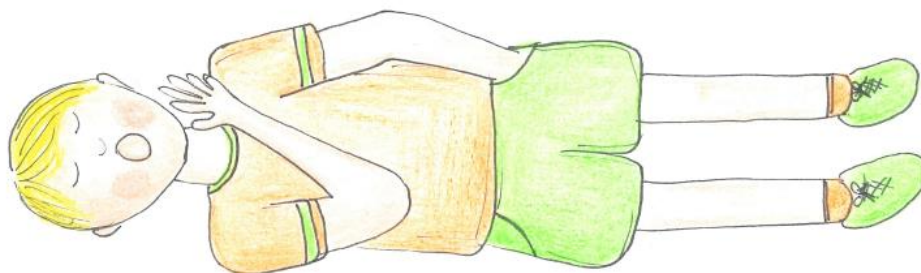
SOVA



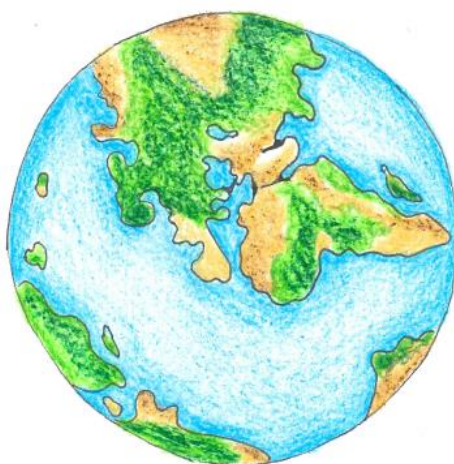
8. Příloha D4

Zapojení hlásek do slov – obrázkový materiál k hlásce „Z“.

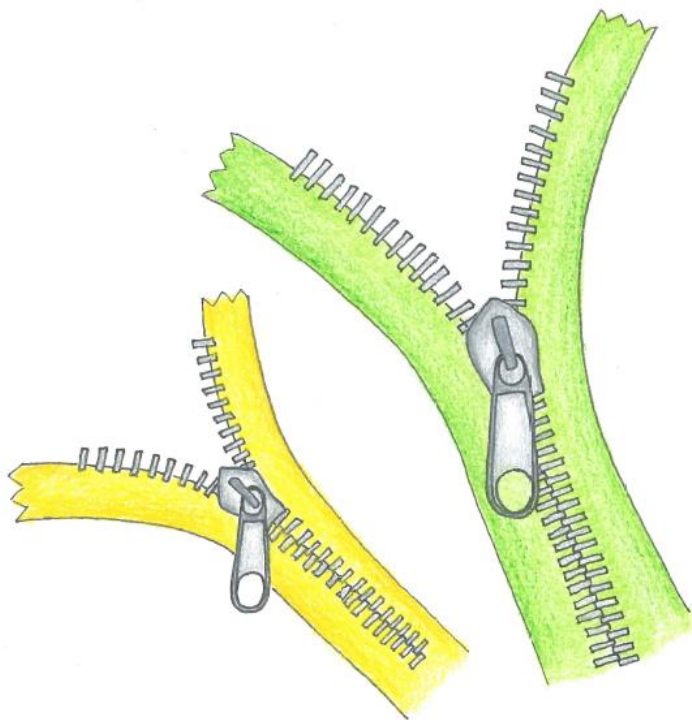
ZÍVÁ



ZEMĚ



ZALÉVÁ

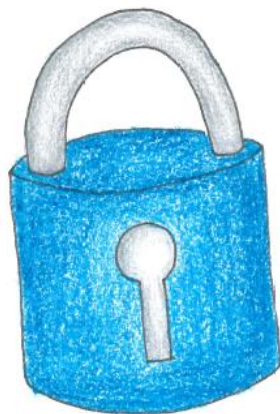


ZIPY

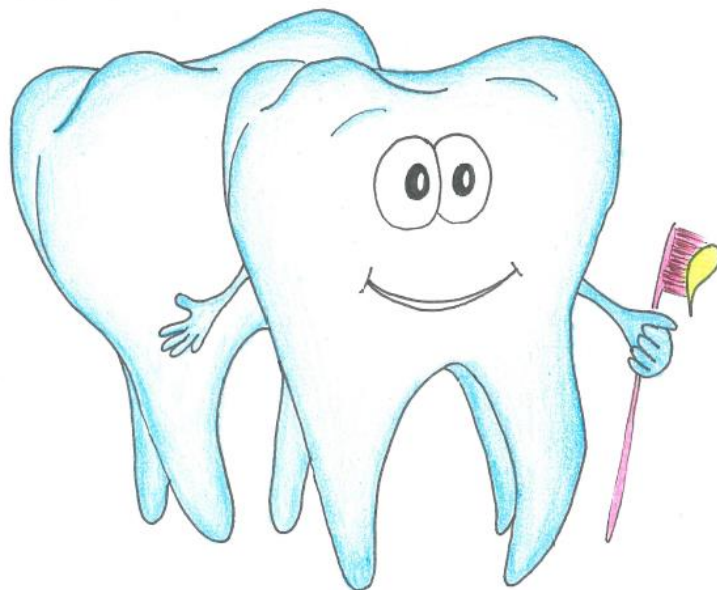
ZELÍ



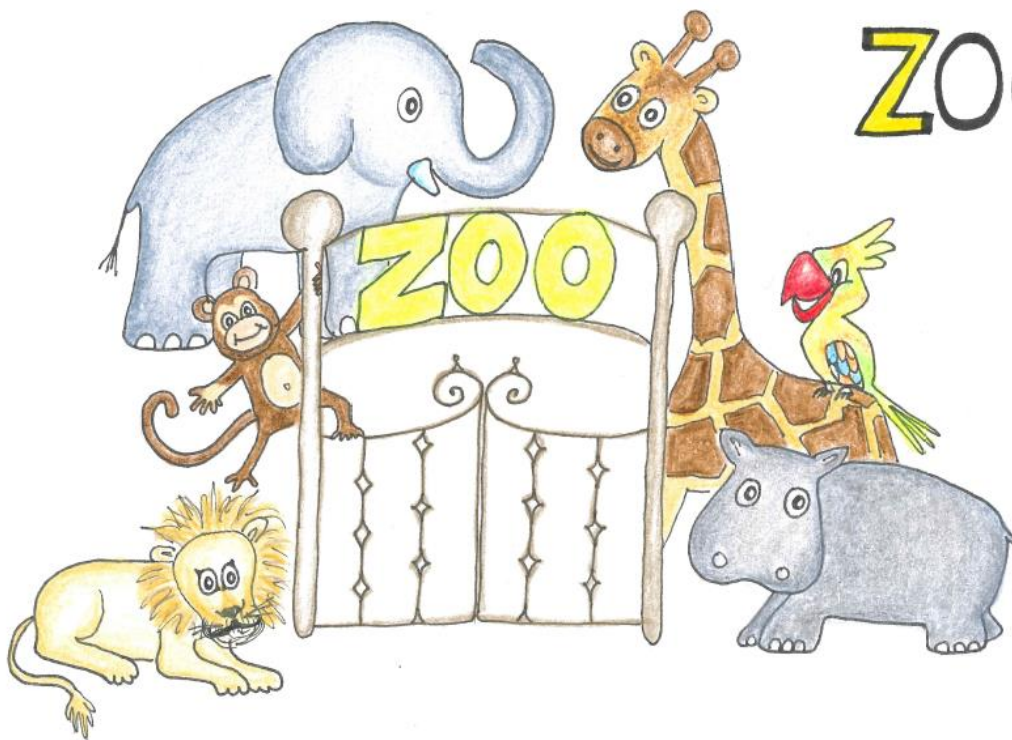
ZÁMEK



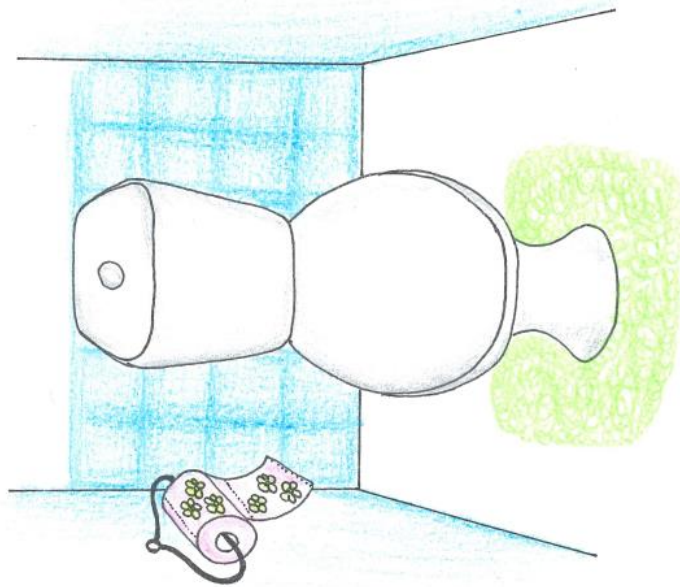
ZUBY



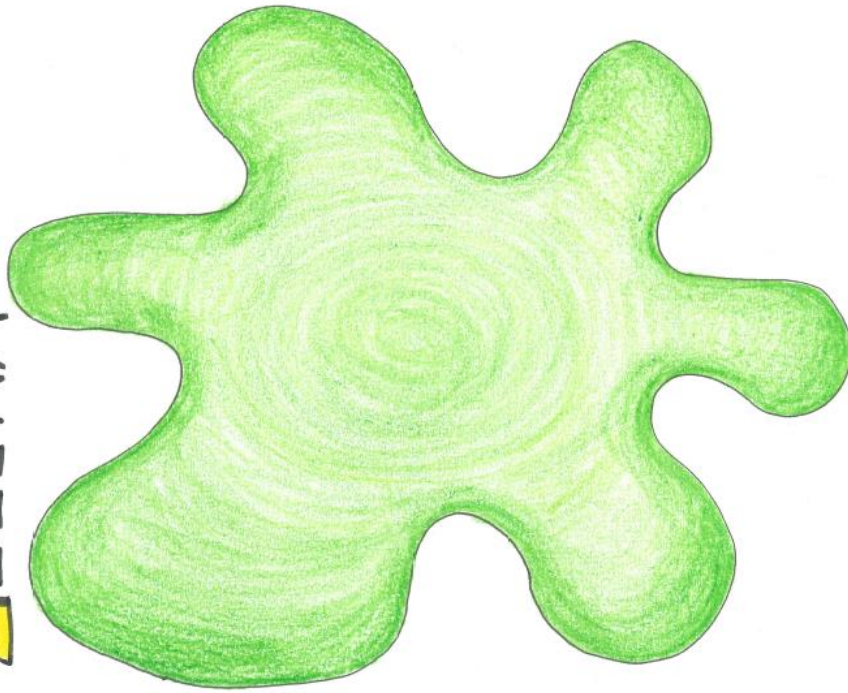
ZOO



ZÁCHOD

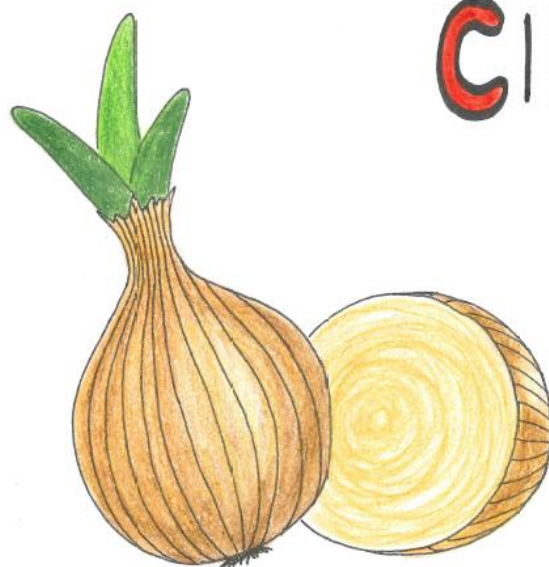


ZELENÁ



9. Příloha D5

Zapojení hlásek do slov – obrázkový materiál k hlásce „C“.



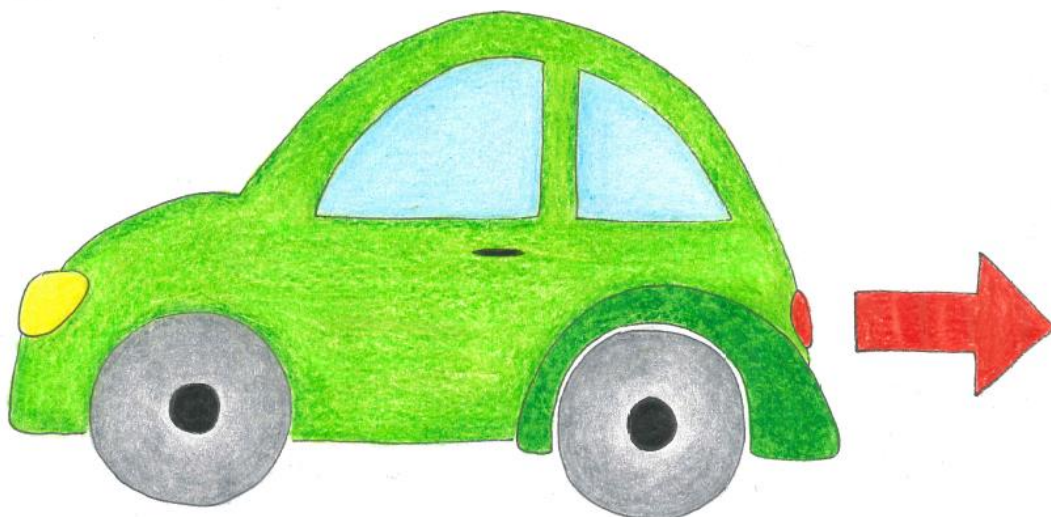
CIBULE

CEDULE



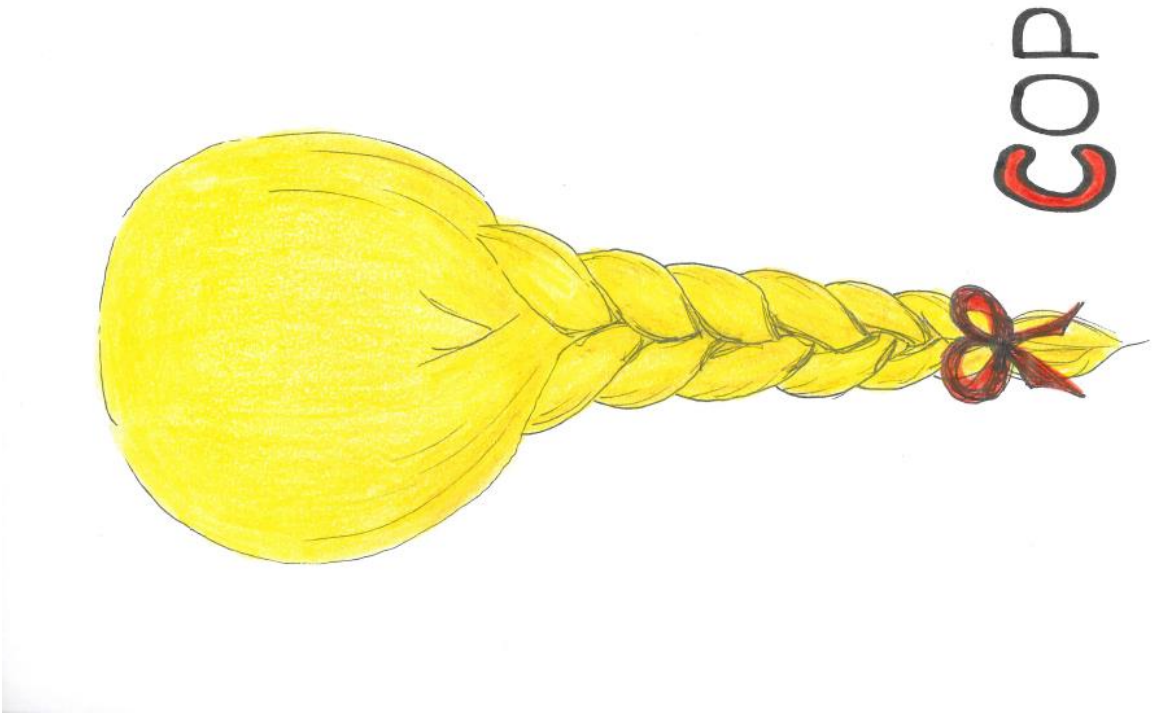
DOBRUŠKA

COUVÁ



CÁKÁ

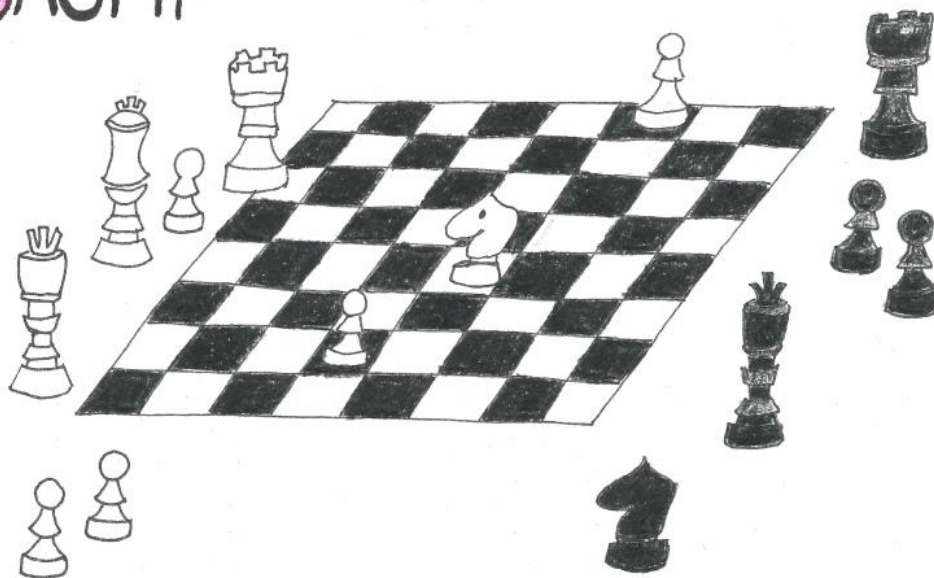




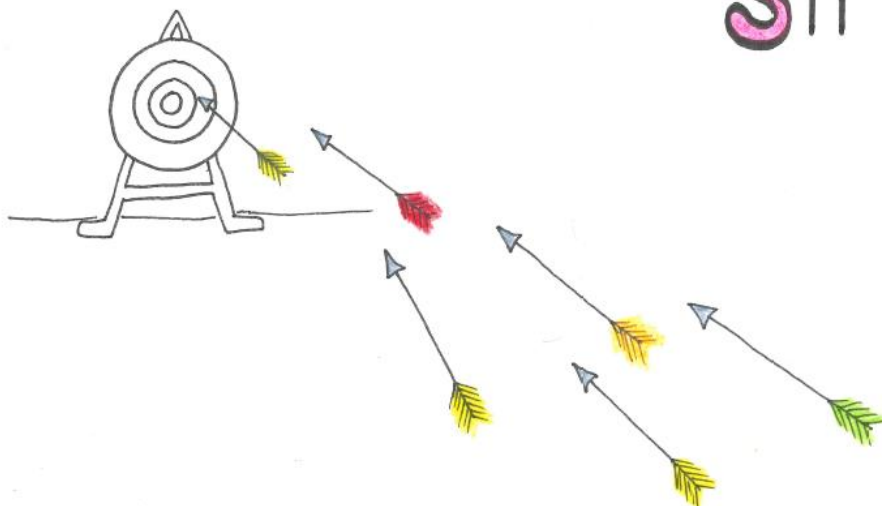
10. Příloha D6

Zapojení hlásek do slov – obrázkový materiál k hlásce „Š“.

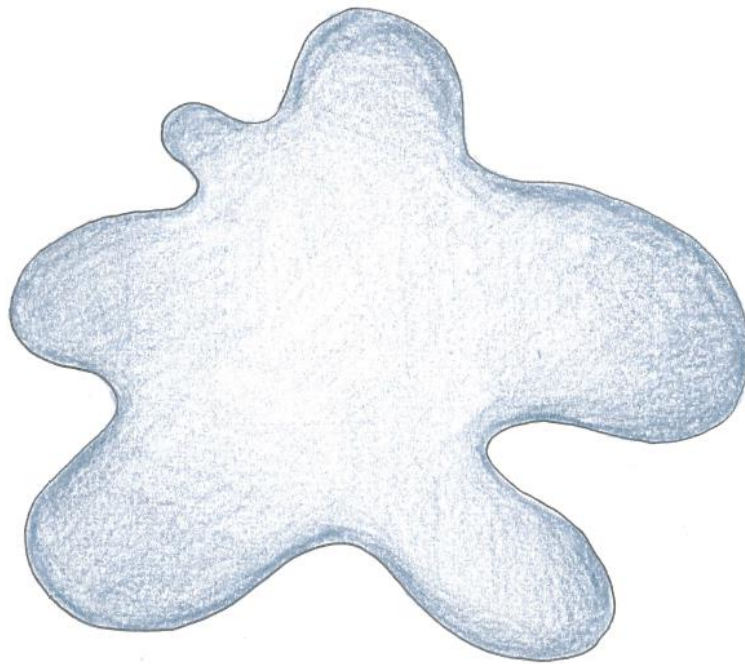
ŠACHY



ŠÍPY



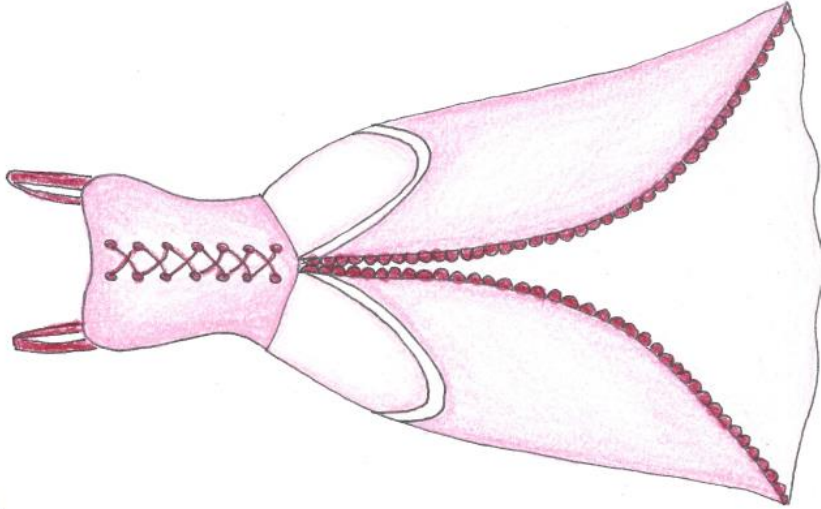
ŠEDÁ



ŠÁLA



SATY



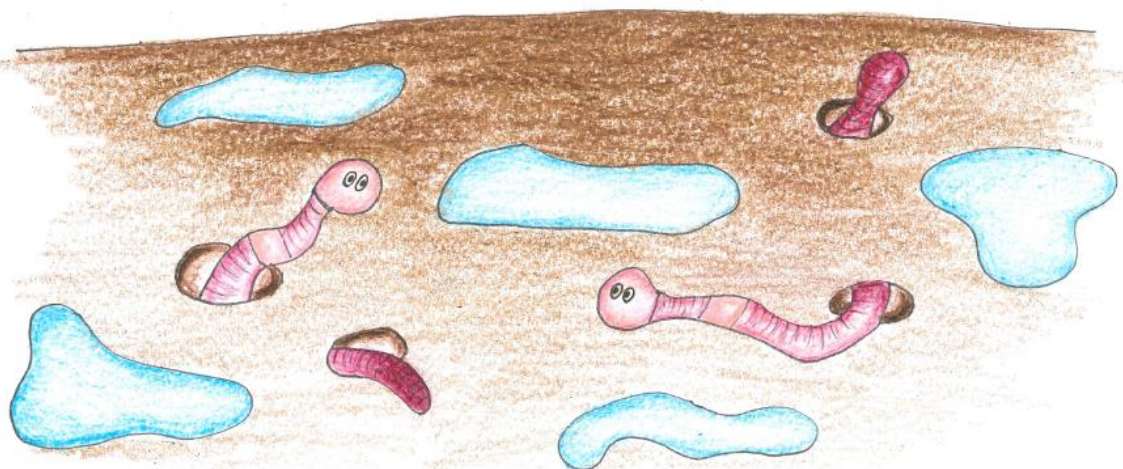
11. Příloha D7

Zapojení hlásek do slov – obrázkový materiál k hlásce „Ž“.

ŽÁBA



ŽÍŽALY



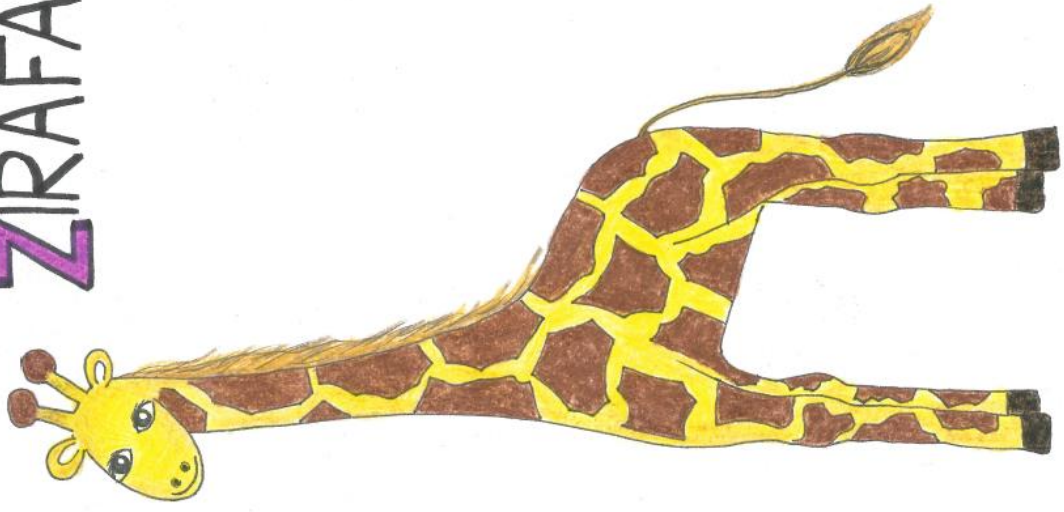
ŽALUDY



ŽUPAN



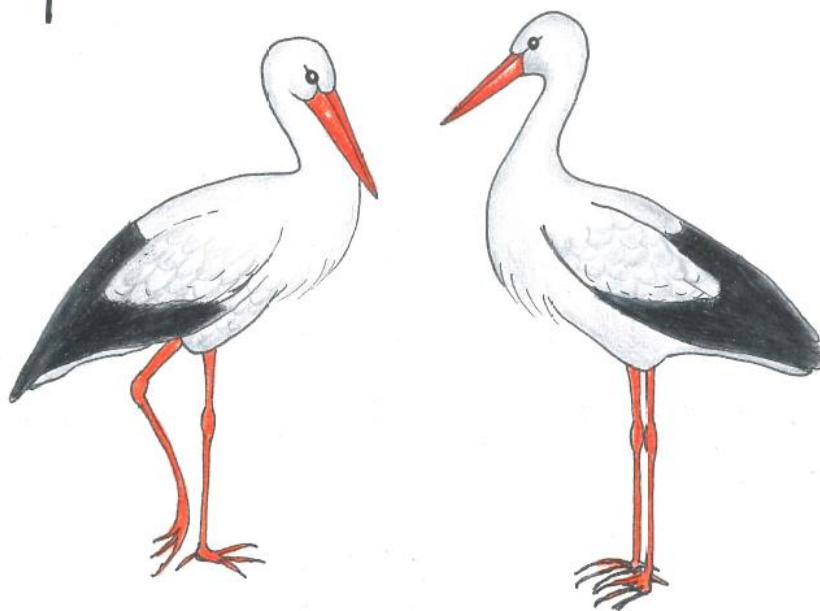
ZIRAFKA



12. Příloha D8

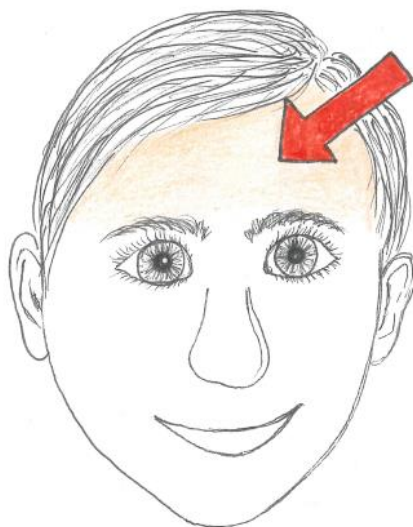
Zapojení hlásek do slov – obrázkový materiál k hlásce „Č“.

ČÁPI

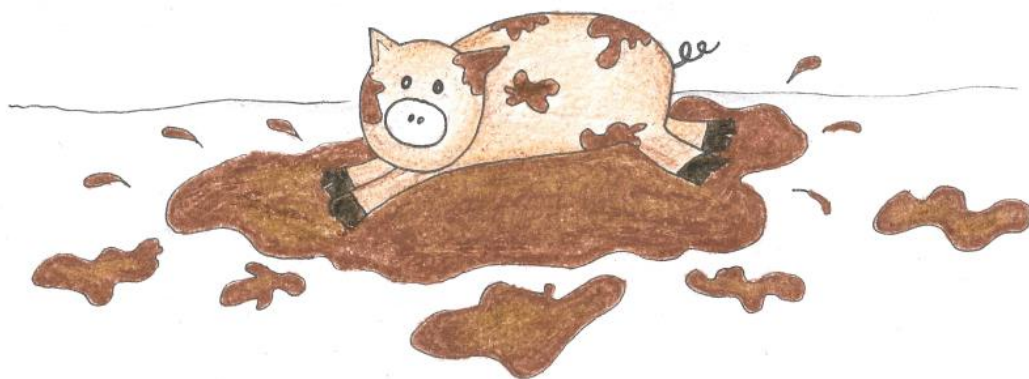


ČOKOLÁDA

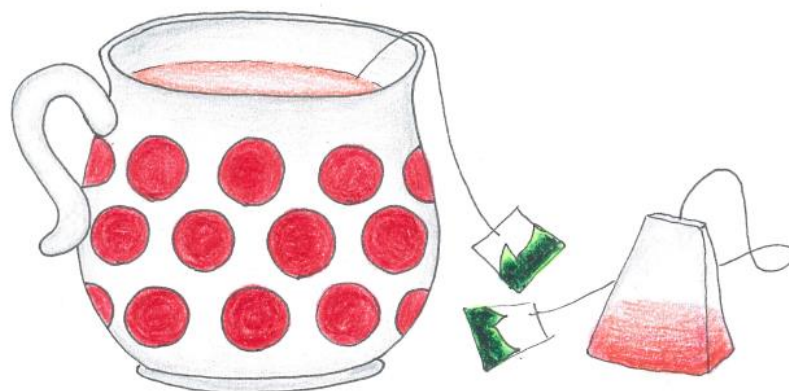
ČELO



ČUNĚ



ČAJE



13. Příloha E

Přehled slov, jejichž grafická reprezentace byla použita pro vstupní a výstupní vyšetření artikulace.

FORMULÁŘ VYŠETŘENÍ ARTIKULACE – SPONTÁNNÍ POJMENOVÁNÍ OBRÁZKOVÉHO SOUBORU									
		1.	2.			1.	2.		
A, E, I, O, U	ANANAS			ESKYMÁK			INJEKCE		
	OKNO			UCHO					
P	PANENKA			PUMPA			SLOUP		
B	BOTA			BUBEN					
M	MOTÝL			LAMPA			STROM		
F	FIALKA			KNOFLÍKY			LEV [F]		
V	VEVERKA			PAVOUK					
T	TABULE			AUTO			KABÁT		
D	DÁREK			DUDLÍK					
N	NOS			VANA			STAN		
C	CIBULE			OPICE			KLEC		
S	SÁNĚ			PUSA			PES		
Z	ZUBY			KOZA					
Č	ČÁP			KOČKA			KOLÁČ		
Š	ŠÁLA			ŠIŠKA			MYŠ		
Ž	ŽÁBA			LYŽE					
Diferenci- ace sykavek	SLEPICE			ZAJÍC			ZÁSTĚRA		
	SVÍČKA			ČEPICE			SEŠITY		
	ŠVESTKA			ŠTĚTEC			LŽÍCE		
L	LETADLO			KOLO			POSTEL		
R	RYBA			BERUŠKA			TRAKTOR		
Ř	ŘETĚZ			ŽEBŘÍK			TALÍŘ		
ĎŤŇ	DĚLO			JEHNĚ			ŠÍŤ		
J	JAHODA			VOJÁK			STROJ		
K	KOHOUT			OKO			KOMINÍK		
G	GUMA			JOGURT					
CH	CHLEBA			MOUCHA			OŘECH		
H	HOUBY			NOHA					