

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Dyslalie v dětském věku i u dospělých osob

Bakalářská práce

Autor:	Lucie Půlpánová
Studijní program:	Speciální pedagogika
Studijní obor:	Speciálně pedagogická péče o osoby s poruchami komunikace
Vedoucí práce:	Mgr. Barbora Vondráčková



Zadání bakalářské práce

Autor:	Lucie Půlpánová
Studium:	P131294
Studijní program:	B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Speciálně pedagogická péče o osoby s poruchami komunikace
Název bakalářské práce:	Dyslalie v dětském věku i u dospělých osob
Název bakalářské práce AJ:	Dyslalia in childhood and in adults

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Teoretická část práce se zabývá současným stavem výslovnosti a jejích poruch. Poukazuje na to, že se jedná o vývojový jev, který probíhá po dobu celého života od počátku artikulace. Zahrnuje podrobnou charakteristiku dyslalie, její etiologii, klasifikaci, diagnostiku a možnosti terapie. Praktická část je orientovaná na podrobné zacílené kazuistiky v dětském věku i u dospělého člověka s přetrvávajícími problémy artikulace. Cílem praktické části je jak podrobný rozbor možných příčin, tak i patrných přetrvávajících obtíží, společně s analyzováním pravděpodobné rozdílnosti logopedických materiálů užívaných při terapii dětí a dospělých jedinců.

KRAHULCOVÁ, Beáta. Dyslalie - patlavost. 1. vyd. Praha: Beakra, 2007, 187 s. ISBN 978-80-903863-0-3. DVOŘÁK, Josef. Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]. 3. dopl. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007, 248 s. Logopaedia clinica. ISBN 978-809-0253-667. LECHTA, Viktor. Terapie narušené komunikační schopnosti. Vyd. 1. Překlad Jana Křížová. Praha: Portál, 2005, 386 s. ISBN 80-717-8961-5. POKORNÁ, Jaroslava a Milena VRÁNOVÁ. Přehled české výslovnosti: logopedická a ortoepická cvičení pro dospělé. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 925 s. ISBN 978-807-3671-693. 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. PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. Logopedické minimum. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001, 70 s. ISBN 80-244-0258-0. VYŠTEJN, Jan. Vady výslovnosti: diagnostika, ošetření a prevence patlavosti. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1991, 174 s. Obory speciální pedagogiky. ISBN 80-042-4504-8.

Garantující pracoviště:	Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	Barbora Vondráčková
Oponent:	PhDr. Petra Bendová, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	27.1.2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího bakalářské práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 17. 3. 2016

Poděkování

Mé poděkování patří Mgr. Barboře Vondráčkové za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracovávání bakalářské práce věnovala. Děkuji též klientům a odborným pracovníkům za spolupráci při získávání údajů pro mou výzkumnou část práce.

Anotace

PŮLPÁNOVÁ, Lucie. *Dyslalie v dětském věku i u dospělých osob*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2016. 84 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce, jak již z názvu vyplývá, si dává za cíl poukázat na problematiku terapie u diagnózy dyslalie. Teoretická část se zaměřuje ze začátku na samotnou diagnózu dyslalie a s ní související problematiku motivace, sebehodnocení jedince, vlivu narušené komunikační schopnosti na jedince v dětském i dospělém věku a materiálního zajištění terapie. Snaží se vyzdvihnout jak samotnou terapii, tak hlavně terapii u dospělých jedinců, u nichž se v praxi setkáváme s problematikou nedostatku vhodných materiálů. Bakalářská práce se ve své praktické části snaží u konkrétních jedinců poukázat na rozbor příčin, charakteristiku a problematiku průběhu terapie a na demonstraci přetrvávajících artikulačních obtíží. Výsledky zjištění praktické části byly inspirací k doplnění bakalářské práce o ukázkou logopedického terapeutického materiálu pro dospělé.

Klíčová slova: dyslalie, artikulace, dětství, dospělost.

Annotation

PŮLPÁNOVÁ, Lucie. *Dyslalia in childhood and in adults*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2016. 84 pp. Bachelor Degree Thesis.

The aim of the Bachelor's degree thesis is to point to the issue of therapy in the dyslalia diagnosis. In the beginning, the theoretical part is focused on the dyslalia diagnosis itself and the issue of motivation, self-assessment, impact of disrupted communication skills on individuals in childhood and in adulthood and material support which are all related to the diagnosis of dyslalia. It tries to emphasize both the therapy itself and particularly the therapy in adults as there is a lack of suitable materials for them in practice. In the practical part the thesis deals with an analysis of causes, characteristics and the course of the therapy and demonstration of continuing articulation disorders. The findings in the practical part inspired the author to add and show some logopedics therapeutic materials for adults.

Keywords: dyslalia, articulation, childhood, adulthood.

Obsah

ÚVOD	8
1. ŘEČ A ARTIKULACE	10
1.1 VÝVOJ DĚTSKÉ ŘEČI A ARTIKULAČNÍCH SCHOPNOSTÍ.....	11
1.2 FONETICKÁ A FONOLOGICKÁ TERMINOLOGIE ARTIKULACE	13
1.3 VÝZNAM INTAKTNÍ ŘEČI V ŽIVOTĚ JEDINCE	14
2. DYSLALIE	16
2.1 KLASIFIKACE A SYMPTOMATOLOGIE DYSLALIE	18
2.2 VÝSKYT A ETIOLOGIE DYSLALIE.....	19
2.3 ZPŮSOBY ODCHYLNÉ ARTIKULACE U VYBRANÝCH HLÁSEK	21
2.4 DIAGNOSTIKA DYSLALIE.....	23
3. DYSLALIE V ŽIVOTĚ JEDINCE	26
3.1 SEBEHODNOCENÍ A SEBEPOJETÍ JEDINCE S DYSLALIÍ.....	26
3.2 MOTIVACE.....	27
3.3 DÍTĚ S DYSLALIÍ	28
3.4 DYSLALIE U DOSPĚLÝCH JEDINCŮ	30
4. LOGOPEDICKÁ TERAPIE U JEDINCŮ S DYSLALIÍ	32
4.1 ZÁSADY TERAPIE U DYSLALIE.....	33
4.2 TERAPEUTICKÉ STRATEGIE	35
4.3 PROBLEMATIKA TERAPIE U DOSPĚLÝCH JEDINCŮ.....	36
4.4 TERAPEUTICKÉ POSTUPY U VYBRANÝCH HLÁSEK	37
4.5 POMŮCKY A MATERIÁLY.....	38
5. PRAKTICKÁ ČÁST	41
5.1 VYMEZENÍ CÍLŮ PRAKTICKÉ ČÁSTI	41
5.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉ METODY	42
5.3 CHARAKTERISTIKA ZPŮSOBU KAZUISTICKÉHO ŠETŘENÍ	43
5.4 KAZUISTIKA DÍTĚTE S DYSLALIÍ	44
5.5 KAZUISTIKA DOSPĚLÉHO S DYSLALIÍ.....	52
5.6 KAZUISTIKA DÍTĚTE S DYSLALIÍ	58
5.7 KAZUISTIKA DOSPĚLÉHO S DYSLALIÍ.....	65
5.8 UKÁZKOVÝ LOGOPEDICKÝ MATERIÁL PRO DOSPĚLÉ KLIENTY.....	70
ZÁVĚR	75
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	77
SEZNAM PŘÍLOH	82

Úvod

Tématem bakalářské práce je Dyslalie v dětském věku i u dospělých osob. Téma v sobě skrývá nejen charakteristiku tohoto typu narušené komunikační schopnosti. Nosnou oblastí je především téma, které je v současné době často řešeno, a to právě rozdíl mezi přístupem k této poruše u dětí a dospělých jedinců. S tématem dospělých jedinců s dyslalií se v publikacích setkáváme například u doc. Neubauera, ale jinak se tématu dyslalie věnuje literatura spíše u dětí. Obdobná situace je i v oblasti terapeutických materiálů, týkajících se této narušené komunikační schopnosti. U dětí máme těchto materiálů nepřehledné množství a je třeba pouze vybrat ten, který je nejvíce přínosný, především ve vztahu k individualitě jedince a individualitě jeho terapie. Vše výše zmiňované se stalo důvodem pro výběr tématu, jelikož jsem chtěla poznat, jak tato problematika vypadá v realitě, protože jsem se v rámci praxí setkávala jen s dětskými klienty.

Dyslalie je narušená komunikační schopnost, která je propojena s dalšími obory. Hlavním oborem, se kterým dyslalie úzce souvisí, je medicína, která je zejména v oblasti pediatrie hlavním hybatelem, protože doporučí dítě k následné logopedické péči. Dyslalie nesouvisí pouze s medicínsky orientovanou péčí, ale i oblast psychologie a sociologie ve vztahu k pojetí jedince ve společnosti má svůj velký význam v této problematice.

Bakalářská práce se v teoretické části zabývá nejen diagnózou dyslalie a vším co souvisí s její diagnostikou, klasifikací a terapií, ale zaměřuje se také na oblast samotné artikulace a poukazuje na její vývojovost. Následující problematikou, kterou se bakalářská práce zabývá, je spolupráce mezi pediatrií a logopedií, která je velice úzká. Další důležitou kapitolou je dyslalie v životě jedince. Tato kapitola poukazuje na fakt, že začátek výuky druhého jazyka nejen v období předškolní docházky a v koexistenci s touto narušenou komunikační schopností, je další problematikou současnosti. V neposlední řadě tato kapitola bakalářské práce poukazuje na oblast motivace a možnosti jedince chápat sama sebe v sociální interakci s okolím. Poslední oblastí, která se prolíná jak kapitolou předešlou, tak kapitolou

terapeutickou, je oblast týkající se odlišení problematiky dyslalie u dětí a u dospělých jedinců.

Praktická část bakalářské práce staví na sběru kazuistik u dětí a dospělých osob s přetrvávajícími poruchami artikulace a jejich analýzou. Práce se snaží poukázat na průběh terapie a všechny okolní vlivy, které se podílejí na úspěchu a příčinách pokroků či stagnace vývoje jedince v této oblasti. Na základě analýzy konkrétní terapie u konkrétních jedinců se v práci snažím poukázat na to, jaké materiály byly v konkrétní terapii použity a jestli odpovídají teoretickým východiskům v teoretické části práce.

Práce se nesnaží zevšeobecnit téma dyslalie, terapie a správně používaných materiálů, ale snaží se ukázat konkrétní případy terapie a příčin, které pomáhají či naopak ztěžují jedincovu situaci.

1. Řeč a artikulace

Slovo řeč evokuje schopnost výhradně lidskou, kterou každý z nás nabyt pomocí učení a rozvinutí vrozené dispozice pro tuto schopnost, se kterou jedinec přichází na svět a musí ji dále rozvíjet. Bez lidského kontaktu a s ním spojené možnosti řeči, by naše jedinečná dispozice zůstala nerozvinuta a na celém světě by nastalo ticho. Podle Jedličky „je řeč chápána jako biologická vlastnost člověka, systém, kterým lze přenášet informace pomocí jazyka“ (Jedlička, 2003, s. 89). Pro řeč je jeden z lidských smyslů nezbytným předpokladem, a to právě sluch (Vyštejn, 1991).

Artikulace

Pod pojmem artikulace chápeme koordinovanou činnost orgánů, tato činnost se spoluúčastní na realizaci mluvené řeči a ta je řízena centrální nervovou soustavou. Hlávky, tedy zvuky lidské řeči, které uvádím v příloze A, jsou tvořeny ústrojím, jež nazýváme mluvidla. Ústrojí respirační, fonační a artikulační se podílí na vzniku mluvené řeči. Pokud však chceme pojem mluvidla vzít z hlediska užšího pojetí, jedná se pouze o ústrojí artikulační. Respirační ústrojí je složeno z horních a dolních cest dýchacích, do kterých řadíme dutinu nosní, hltan, hrtan, průdušnice, dvě průdušky a plíce. Nesmíme také zapomínat na hlavní dýchací sval a to bránici (Mlčáková, Vitásková, 2013). Fonační ústrojí se skládá z hrtanu, ve kterém jsou umístěny pohyblivé blanité vazy, hlasivky (Hájková, 2006). Artikulační ústrojí zahrnuje dutiny, ve kterých dochází k modifikaci, úpravě výdechového proudu a tím dochází ke vzniku základního tónu, který je potřeba k vytváření hlásek. Nejvíce se při artikulaci uplatňuje *labium oris* (dutina ústní), *mandibula* (dolní čelist), *maxilla* (horní čelist) a *palatum durum* (paterní klenba). Dutina ústní je proměnlivá a může měnit svůj tvar a velikost pomocí různého postavení jazyka, změnami čelistního úhlu, různým postavením rtů a měkkého patra. Mezi artikulační orgány řadíme ty pohyblivé: dolní čelist, rty, jazyk a měkké patro. Mezi artikulační orgány, které jsou při artikulaci nepohyblivé, řadíme: horní čelist, zuby, dásně a tvrdé patro (Mlčáková, Vitásková, 2013).

Podmínky intaktního vývoje řeči

Pro intaktní vývoj řeči je zapotřebí poskytnout jedinci dostatečné množství verbálních i nonverbálních podnětů a to hlavně z prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá. Důležitou úlohou v rámci intaktního rozvoje řeči hraje správná činnost smyslů a to zejména, co se týká zrakového a sluchového ústrojí, které zajišťuje příjem podnětů a informací z vnějšího okolí jedince. V neposlední řadě je důležitá neporušená schopnost centrální nervové soustavy, která zahrnuje jak senzory, tak motorickou oblast řeči a neporušená ústrojí, mluvidla, jimiž se verbální komunikace uskutečňuje (Balašová, 2003).

1.1 Vývoj dětské řeči a artikulačních schopností

Vývoj řeči obecně můžeme dělit do dvou oblastí, na fylogenetický vývoj a ontogenetický vývoj. Křik, který je počáteční fází období ontogenetického, je nejdůležitějším projevem a důsledkem reakce na změnu dýchání dítěte. Dítě tuto formu komunikace používá k vyjádření libosti a nelibosti a postupně dochází k melodičtějším projevům, které se okolo osmého až desátého měsíce mění v tzv. období broukání. Dále přes období pudového žvatlání, které ještě není počátkem vlastní mluvy, jelikož se objevuje i u dětí s poruchou či vadou sluchu, se dostáváme až k období napodobujícího žvatlání, které směřuje až k období rozumění. Období rozumění je velice důležitým momentem pro počátek a rozvoj vlastní mluvy (Jedlička, 2003). Vývojové období kojenecké, batolivé a předškolní řadíme mezi kritická období pro vývoj řeči (Balašová, 2003).

Oblast ukončení vývoje řeči je stále neuzavřenou kapitolou, avšak dle množství zdrojů se uvádí období mezi pátým až šestým rokem života dítěte, tedy před začátkem školní docházky. Do tohoto časového ohraničení je zahrnuta i formální stránka řeči, tedy správná výslovnost. Musíme ovšem opět zdůraznit nezbytné podmínky pro správný vývoj řeči, jako je nepoškozená centrální soustava, normální intelekt, normální stav sluchu, vrozená míra nadání pro jazyk a adekvátní sociální prostředí, což se týká přirozené a dostatečné stimulace dítěte (Jedlička, 2003).

Nesmíme zapomínat, že vývoj řeči a výslovnosti je jev vývojový, který probíhá po dobu celého života jedince. V současné době jsme tohoto stavu svědkem v každodenním životě. Pokud si dítě, adolescent a později dospělý jedinec nese zafixovanou odchylku hlásky po celý svůj život, může díky své motivaci, potřebě či nutnosti svou výslovnost upravit.

Vývoj artikulačních schopností

„Vývoj percepčně motorických vzorů hlásek probíhá většinou v rámci rozvoje od percepčně a motoricky snazších hlásek k obtížnějším, je ale třeba zdůraznit, že daný proces postrádá uniformitu a každé dítě v jeho rámci postupuje jinak a má jinak vyjádřené případné obtíže“ (Neubauer, 2010, s. 80).

Na základě toho dítě začíná s realizací percepčně motorických vzorů hlásek, jako jsou samohlásky a většina závěrových hlásek. Bilabiální hlásky jsou většinou tvořeny bez větších artikulačních obtíží. Hlásky labiodentální mají delší fixační dobu, jelikož jsou někdy tvořeny bilabiálně. Ovšem výjimku ve skupině závěrových hlásek tvoří hlásky K a G, které děti často zaměňují za hlásky T a D. Právě opačně tomu je u vibrant a úžinových hlásek. Ty patří mezi artikulačně složitější hlásky a jejich vývoj závisí také na rozvoji a intaktním tvoření hlásek, kterými dítě složitější hlásku nahrazuje. Jako typický příklad můžeme uvést hlásku L, jako náhradní hlásku pro vibrantu R. Stejně tak hlásku L nahrazují hláskou J. Nejobtížnější jsou tyto hlásky na začátku slova (Neubauer, 2014; Ohnesorg, 1974).

Dalším problémovým faktorem ve vývoji artikulace u dítěte jsou sykavky. U sykavek, které dělíme na ostré (C, S, Z) a tupé (Č, Š, Ž), jde hlavně o „jemnou souhru mezi motorickou realizací úžiny hrotem jazyka a sluchovou percepcí vytvářeného zvuku“ (Neubauer, 2010, s. 80). Sykavky procházejí dlouhým vývojem, kdy dochází k jejich nahrazování závěrovými souhláskami, jako je T, D nebo Ť, Ď. Ve vývojovém hledisku artikulace dítě nejdříve zvládá sykavky tupé a až pak ostré (Ohnesorg, 1974).

Nejpozději se ve vývoji artikulace u dítěte objevuje hláska Ř (Ohnesorg, 1974; Neubauer, 2010). Je důležité brát v potaz, že sice máme tabulku vývoje artikulace u dítěte, ale musíme vidět rozdíl mezi vývojovým jevem, jevem, který již od počátku artikulace určité hlásky vývojový není, je odchýlný a je zapotřebí ho ovlivnit v rámci terapeutické logopedické péče dříve než podle tabulky vývoje artikulace z hlediska věku, viz příloha B, v pěti letech, když se jedná o velární tvorbu hlásky R nebo pokud dítě artikuluje již od samého počátku sykavky interdentálně. Včasná logopedická péče může přispět k rychlejší úpravě a předejít úplnému zafixování odchýlné tvorby hlásek. Bohužel se těmito tabulkami řídí pediatři, kteří jsou hlavním činitelem oblasti rozhodování o období, kdy dítě do logopedické péče nastoupí (Neubauer, 2011).

1.2 Fonetická a fonologická terminologie artikulace

Pod termínem fonetika chápeme jazykovědnou disciplínu, která se zabývá zvukovými vlastnostmi lidské řeči (Ohnesorg, 1974). Fonetika tedy pojednává o tvoření (produkci) hlásek a jejich vnímání (percepci) sluchem i o jejich akustické podstatě a uspořádání do vyšších zvukových celků (Hájková, 2006). Podle Ohnesorga (1974) můžeme pro potřeby logopedie fonetiku rozdělit na ortofonii, tedy zásady správného tvoření hlásek a na ortoepii, která se zabývá pravidly správného užití hlásek ve spisovném mluvním projevu. Reakcí na fonetiku vznikla fonologie, která se zabývá v řeči takovými prvky, které mají v jazyce významotvornou funkci.

Rozdílnost fonetiky a fonologie

Pro fonetiku jsou za nejmenší jednotky považovány hlásky, kdežto pro fonologii jsou za základní prvky považovány fonémy. Foném je jednotka, která je schopná utvářet a rozlišovat význam ve slovech a jejich tvarech (Hájková, 2006). Pro příklad pro fonetiku jsou vokály „y“ a „ý“ dvě různé hlásky, protože se liší jak vlastnostmi artikulačními, tak akustickými. Pro fonologii jsou to dva fonémy, jelikož mění význam slova (byt – být). Tato rozdílnost nemá význam jen v oblasti teorie, ale také v oblasti odchýlné výslovnosti mateřského jazyka. V učení se mateřskému jazyku musí dítě nejdříve dospět k správnému fonologickému rozlišování, teprve pak se může dopracovat ke správným fonetickým realizacím. Uvedme si typický příklad, kdy dospělý jedinec

napodobí špatnou výslovnost dítěte u hlásky R: „To je kláva?“ a dítě se vehementně brání, že „To není kláva, ale kláva“. Tady vidíme, že dítě cítí rozdíl mezi fonémy L a R, ale už si neuvědomuje, že samo ho nerealizuje. Tato problematika fonemického rozlišování provází jedince až do dospělosti například při učení výslovnosti cizího jazyka. Vše tedy nasvědčuje tomu, že dítě se učí mluvit tak, že si zvykne vnímat především fonologické prvky řeči, které se pak snaží napodobit věrně foneticky (pomocí mluvidel) (Ohnesorg, 1974).

Fonetický vývoj artikulace

Přechod mezi neartikulovanými zvuky k realizaci fonémů jazyka je u každého dítěte individuální, každá hláska prochází určitým obdobím fixace, kdy některá fixace probíhá déle a některá zase vyžaduje méně času. Za stálého vývoje nervových drah a koordinace součinnosti příslušných analyzátorů dítě dospívá a svou výslovnost připodobňuje a později pevně ztotožní s artikulací svého okolí (Ohnesorg, 1974).

1.3 Význam intaktní řeči v životě jedince

O zásadním významu intaktní řeči v životě jedince není pochyby (Vyštejrn, 1995). Vztah mezi řečí a intelektem je tvrzením, které je neustále zkoumáno dodnes. *„Tento vztah představuje vysoce variabilní výsledek vždy odvislý od charakteru, stupně a rozsahu postižení v oblasti komunikace. Přímý vztah mezi inteligencí a schopností správně vyslovovat a modulovat řeč nebyl jednoznačně prokázán“* (Krahulcová, 2007, s. 17). U dětí s intelektovým deficitem bývá zpožděný fyziologický vývoj mluvené řeči a tím i opožděný vývoj artikulace pravidlem. Deficit intelektových schopností ale není přímou příčinou, protože dyslalie se vyskytuje také u dětí i dospělých s nadprůměrnou inteligencí, zvláště, je-li tempo jejich řeči velmi rychlé. Zpravidla pak jde o rotacismus a rotacismus bohemicus (Salomonová, 2003). Řeč je do určité míry odrazem nejen myšlení, ale i dalších vlivů, jak situačních, tak i dispozičních. Schopnost jedince intaktně a přesně vyslovovat nemůžeme od řeči oddělovat. Přestože se uvádí, že výslovnost je pouze formální, vnější stránkou řeči, může její narušení způsobovat problém. Pokud se vyskytne těžší narušení výslovnosti, zasahuje do sémantických, morfologických i syntaktických dovedností jedince a rovněž do celého komunikačního

procesu. Proto tedy soudíme, že v závislosti na závažnosti narušené výslovnosti může docházet k ovlivnění výkonnosti jedince v prostředí školním, pracovním a v neposlední řadě společenském (Krahulcová, 2007).

2. Dyslalie

Podle Dvořáka se „*dyslalie, patlavost či psellismus u nás vždy používá pro souborné označení pro poruchy výslovnosti*“ (Dvořák, 2007, s. 56-57). Balašová na základě poznatků od Lechty definuje dyslalii jako „*nejjednodušší poruchu řeči. Jedná se o patologickou fixaci jednodušší varianty hlásky, tzv. v období nevyzrálosti nervové soustavy má dítě nejen nedostatečnou schopnost vytvářet složité artikulační pohyby, ale neschopnost fixovat artikulační stereotypy, které odpovídají požadavkům noetiky mateřského jazyka*“ (Balašová, 2003, s. 39).

Klenková (1998) se vyjadřuje o dyslalii jako o nejčastější poruše komunikačních schopností u dětí, kdy se jedná o funkční poruchu artikulace. Z hlediska pohlaví se dyslalie častěji vyskytuje u chlapců. Dvořák (2003) řadí dyslalii mezi motorické poruchy a vývojové poruchy, jelikož vzniká vývojem výslovnosti.

Porucha artikulace je dle MKN-10 diagnostikována jako F 80.0. Dyslalie je funkční porucha artikulace, která znamená, že alespoň jedna hláska se konstantně akusticky odlišuje v mluvním projevu od kodifikované normy českého jazyka, a tím působí rušivě. Další možností je, že hláska je tvořena na jiném místě nebo odlišným způsobem než stanovuje fonetická spisovná norma, a tak působí i vizuálně neesteticky. Poslední možností je sloučení předešlého, tedy že hláska je odchylná jak akusticky, tak esteticky. Takto patologicky tvořená hláska se v každém věku jedince označuje za vadu a zpravidla se označuje řeckým písmenem a příponou -ismus, tedy například pro odchylnou tvorbu hlásky R rotacismus a sykavek sigmatismus. Další možností označení je dle místa odchylného tvoření, jako je například rotacismus velární, kdy je tvorba hlásky R tvořena vibrací na měkkém patře (Vyštejrn, 1991; Dvořák 2003; Krahulcová, 2007).

Pod stejnou diagnostiku dle MKN-10 řadíme vývojovou poruchu artikulace, ta se projevuje tak, že je hláska vynechávána (mogilálie) nebo je zaměňována za artikulačně lehčí hlásku (paralálie). Do určitého věku jedince se tato porucha artikulace považuje za fyziologický jev (artikulace nesprávná), pokud ale daný

fyziologický jev sám nevymizí a převažuje za určitou věkovou hranici (dle odborných zdrojů, například Lechta (1990), se udává sedm let věku dítěte), je již považován za poruchu. Pokud dítě vynechává i po čtvrtém roce života konkrétní hlásku, považujeme tento jev za patologický a označujeme ho předponou *mogi-* a příponou například *-ismus*, tedy *mogirodacismus* při vynechávání hlásky *R*. Jestliže dítě i po sedmém roce života zaměňuje hlásku, kterou ještě neumí vyslovit za jinou, označuje se tento jev za patologický předponou *para-* stejně tak například příponou *-ismus*, tedy *pararotacismus* (Dvořák, 2003).

V oblasti logopedické péče se dyslalie rozděluje na dyslalii fyziologickou, která trvá asi do pěti let věku dítěte. Pokud dyslalie fyziologická stále přetrvává do období sedmi let věku dítěte, tak už hovoříme o prodloužené fyziologické dyslalii, pokud má dítě veškeré předpoklady pro správný rozvoj výslovnosti. Dále už uvádíme pouze termín dyslalie, tedy patologická výslovnost (Bendová, 2011). Je ale vždy důležité, jak už bylo výše zmíněno, že pokud ve vývoji fyziologickém nastává patologie, je důležité ji včas podchytit a pracovat s ní v rámci logopedických ambulancí vhodným terapeutickým přístupem, i když se jedná o období vývoje artikulačních schopností (Neubauer, 2011).

Termín dyslalie v sobě nese dvě hlavní charakterizující úrovně, a to fonetickou a fonologickou úroveň. Fonologická úroveň se týká používání jednotlivých mluvních zvuků spojených do slabik, slov a vět, které jsou základem lingvistické roviny řeči morfológico-syntaktické, lexikálně-sémantické a pragmatické. Na základě této úrovně se poruchy projevují v plynulé řeči, když dochází k ovlivnění jednotlivých hlásek předcházejícími či následujícími hláskami nebo se projevují pod důsledkem pauzy, přízvuku, melodie či rytmu (Klenková, 1998). Oproti tomu fonetická úroveň se týká takových poruch řeči, které se projevují delací (vynecháváním hlásek), substitucí (nahrazováním hlásek) nebo distorzí (nepřesným vyslovováním hlásek) (Klenková, Bočková, Bytešnicková, 2012). Z toho vyplývá, že u fonetických poruch, které mají přívlástek artikulační, se za hlavní problém považuje motorická realizace hlásek. Neměli bychom zapomínat, že fonetické poruchy se u dětí mohou objevovat souběžně s fonologickými poruchami (Mlčáková, Vitásková, 2013).

2.1 Klasifikace a symptomatologie dyslalie

V odborné literatuře se setkáváme s mnohými druhy třídění dyslalie, proto se v rámci této kapitoly zaměřím pouze na vybrané druhy.

Jako první můžeme v literatuře často vidět dělení dyslalie podle rozsahu na dyslalii univerzalis, multiplex a parciální dyslalii. Pojem dyslalie univerzalis používáme pro mnohočetnou dyslalii, kdy je řeč jedince prakticky nesrozumitelná. Druhým typem dyslalie podle rozsahu je dyslalie multiplex. V rámci tohoto označení chápeme menší množství vadně vyslovovaných hlásek s relativně lepší srozumitelností. Poslední možností v rámci dělení podle rozsahu je dyslalie parciální, která se týká pouze jedné nebo několika vadně artikulovaných hlásek. Dyslalii parciální můžeme podle stejné či rozdílné artikulační oblasti vadně tvořených hlásek dělit na dyslalii monomorfní a polymorfní (Dvořák, 2007).

Dalším typem dělení dyslalie, které můžeme v literatuře vidět, je rozdělení podle orgánu, který narušuje fyziologickou výslovnost. Dyslalie akustická vzniká při vadách sluchu. Například u nedoslýchavých jedinců, kde se setkáváme s problematickou výslovností sykavek. Poruchy výslovnosti se také mohou objevit při frustrních poruchách centrální nervové soustavy, takovou poruchu výslovnosti nazýváme dyslalii centrální. V případech jedinců s mentálním postižením se můžeme setkat s dyslalii dentální z důvodu anomálií chrupu. Stejně tak může být dyslalie důsledkem anomálií jazyka či patra, tehdy se jedná o dyslalii lingvální a palatální. Poslední možností, která se týká dělení podle orgánu, který narušuje fyziologickou výslovnost, je dyslalie labiální, která se vyskytuje u jedinců s defektem rtů (Dvořák, 2007).

Další klasifikace je z vývojového hlediska. Ke zdokonalování artikulačních schopností dítěte dochází až do počátku školní docházky, tedy sedmi let věku dítěte, společně s dozríváním struktur centrální nervové soustavy. Právě z tohoto důvodu je nutné rozlišovat fyziologickou neboli vývojovou dyslalii, kterou považujeme do sedmi let věku dítěte za přirozenou. Na rozdíl od patologické dyslalie, kdy si dítě na základě různých příčin není schopno osvojit tvoření konkrétních hlásek či jejich skupin (Salomonová, 2003).

Poslední způsob klasifikace, který uvedu, je z hlediska kontextu. Dělí se na dyslalii hláskovou a kontextovou. Hlásková dyslalie se týká pouze jednotlivých hlásek. Kontextovou dyslalii dělíme na slovní a slabikovou. Jejich projevy jsou takové, že jedinec izolovaně hlásky tvoří správně, ale ve slabikách nebo slovech chybně (Klenková, Bočková, Bytešnicková, 2012). U kontextové dyslalie nejčastěji dochází k elizi (vypouštění, vynechávání hlásek), metatezi (přesmykování hlásek), kontaminaci (směšování hlásek), anaptixii (vkládání hlásek) a asimilaci (připodobňování, přizpůsobování hlásek) (Klenková, 1998).

Nejtypičtější dělení symptomatologie uvádí Lechta, jedná se o mogilálii, paralálii a dyslalii v užším smyslu. Pokud jedinec hlásku vynechává, nazýváme tento jev mogilálií. Jestliže jedinec konkrétní hlásku nahrazuje jinou, řadíme k tomuto jevu pojem paralálie. Dyslalie v užším smyslu znamená odchýlné tvoření konkrétní hlásky, tedy mluvíme například o rotacismu a sigmatismu (Lechta, 1990).

V souvislosti se symptomatologií se hovoří ještě o tzv. Tetismu a specifické asimilaci. Tetismus znamená, že řeč dítěte je nesrozumitelná, souhlásky jsou nahrazovány dítětem lehčí formou artikulace, například souhláskou T. Specifická asimilace – neboli připodobnění znamená, že dítě artikuluje správně izolované hlásky v jednoduchých slovech, ale má obtíže ve vyslovování složitých slov, například tam, kde se vyskytuje tvrdá a měkká varianta hlásky. Dále ve shluku sykavek, pro příklad uvedu suší-šuší, zažije-žažije (Balašová, 2003).

2.2 Výskyt a etiologie dyslalie

Jedná se o nejčastěji se vyskytující narušení komunikační schopnosti, které je nekonstantní z hlediska věku jedinců (Krahulcová, 2007). Navzdory četnosti výskytu je dyslalie stále jen okrajovou oblastí logopedie. I když v porovnání s ostatními druhy narušení komunikační schopnosti je tendence ji považovat za bezvýznamnou odchylku, nesmíme ji podceňovat (Gúthová, Šebianová, 2005). Je samozřejmě pochopitelné, že největší výskyt se objevuje u dětí v předškolním věku. Následně Krahulcová (2007) zmiňuje, že ve věku školním dochází k poklesu výskytu dyslalie, ve věku produktivním ke konstantnímu stavu s následným vzrůstem v období postproduktivním. Dyslalie

se samozřejmě může vyskytovat i jako symptomatická porucha tj. jako porucha řeči na podkladě cévní mozkové příhody či jiné nemoci nebo řečové vady. Podle Neubauera (2011) se v současnosti však ve vývoji artikulace a jejích odchylek vyskytují jevy, které nelze přehlížet. Jako je například vysoký počet dětí, které nastupují do prvních tříd ještě s odchylkami v artikulačním vývoji, kdy právě tento fakt má zvyšující se tendenci. V neposlední řadě se také snižují počty odchylek u sykavek a naopak se zvyšuje narušení artikulace v oblasti hlásek L a R .

O rozmanitosti etiologie dyslalie není pochyb, dokazuje to fakt, že může být zapříčiněna jak vlivy exogenními tak endogenními (Krahulcová, 2007). Mezi ty nejrozšířenější exogenní a endogenní vlivy řadíme výchovnou zanedbanost a nesprávný mluvní vzor v rodině. Může být problematické i dlouhodobé užívání zdobnělin a „šišlání“ či naopak vyžadování intaktní výslovnosti v období vývoje dítěte (Klenková, 1998).

Dále do oblasti nejčastějších exogenních a endogenních vlivů řadíme organické nálezy na mluvidlech, které znemožňují správnou fonetickou realizaci hlásek. Další možnou příčinou jsou poruchy skusu. Otevřený skus způsobuje mezizubní sigmatismus. K addentálnímu sigmatismu vede stříškovitý skus, který společně s addentálním způsobem artikulace sykavek zapříčiňuje, že sykavky znějí ostře. Klešťovitý skus či pouhý předkus horní čelisti rovněž zapříčiňuje addentální artikulaci sykavek (Balašová, 2003). Možnost narušení pohyblivosti jazyka samozřejmě ovlivňuje artikulaci, jako je například přirostlá podjazyková udička, která se upíná na spodní části jazyka ke spodině ústní. Pokud dítě vyplázne jazyk, utvoří se na jeho hrotu tzv. srdíčko, proto je potřeba uzdičku uvolnit (Balašová, 2003; Kutálková, 2011). Možným vlivem je také vrozená dispozice, kterou se může stát postižení centrálního nervového systému a smyslová postižení, zejména sluchu a zraku a jejich pozdější diagnostika (Krahulcová, 2007). Nemusí však jít o příčinu na základě poruchy či vady sluchu, ale jen na základě poruchy fonemického sluchu. Názory na vliv dědičnosti u dyslaliků jsou různé. Máme ale i důkazy, že se nějaký typ dyslalie v rodině objevuje například u otce, čímž nechceme říci, že by se dědil konkrétní dyslalický jev, ale spíše zdědění artikulační neobratnosti, nebo vrozené řečové slabosti, které se může podílet na patologické výslovnosti (Lechta, 1990; Klenková, 1998).

2.3 Způsoby odchylné artikulace u vybraných hlásek

Z důvodu velkého množství možností narušení artikulační schopnosti hlásek, zde uvádím pouze několik nejčastějších možností.

Hláška L

Hláška L se tvoří přitíštěním hrotu jazyka do oblasti horních alveol, čímž se vytvoří příčná překážka pro výdechový proud, proto vzduch uniká po obou stranách jazyka (Klenková, 1998). Nesprávné tvoření hlásky L je nazýváno jako lambdacismus. Často dochází k tzv. mogilálii. Nejčastěji je hláška nahrazována hláskami J, V, H (Klenková, 1998). Dítě často vyslovuje hlásku odchylně s polohou jazyka na spodině úst. Hláška zní jako temné „U“ či „UV“. Zásadním problémem je, že se hrot jazyka nezvedá, či jen pohyb naznačuje na spodině úst. Další možností odchylného tvoření je, že hláška zní jako „D-T“, kdy dítě dává jazyk mezi zuby. Nesmíme zapomínat na možnost, kdy může dítě zvedat jazyk na horní ret (Neubauer, 2011). Pokud se terapie nezdaří nebo dítě k logopedovi vůbec nedochází, je možné, že fyziologická dyslalie přetrvá do dospělého věku a stane se z dyslalie fyziologické, dyslalie pravá, tj. odchylná artikulace.

Hláška R

Hláška R je kmitná vibranta, která se tvoří přitíštěním jazyka okraji k patru a právě hrot jazyka je rozkmitán výdechovým proudem (Klenková, 1998). Důležitou roli hraje i správná velikost čelistního úhlu (Salomonová, 2003). Nesprávná či odchylná výslovnost této hlásky je v populaci velmi častá. Z hlediska nesprávné výslovnosti se u dětí setkáváme s paralálií. Později se uvádí termín pararotacismus, tedy nahrazování hlásky jinou hláskou po období uzavření vývoje artikulace. Za odchylnou výslovnost v jakémkoliv věku považujeme rotacismus, tedy tvorbu hlásky na jiném artikulačním místě. Za nejznámější je považován rotacismus velární, kdy je hláška tvořena v úžině mezi kořenem jazyka a měkkým patrem či prostým rozkmitáním zadního okraje vela (měkkého patra) a rotacismus uvulární tvořený rozkmitáním uvuly (čípku) (Klenková, 1998; Klenková, Bočková, Bytešníková, 2012). Dalšími možnostmi odchylné artikulace hlásky R je rotacismus bilabiální, tvořený rozkmitáním rtů výdechovým proudem. Dále rotacismus interdentální, kdy jsou kmity jazyka tvořeny mezi zuby, nejčastěji u otevřeného skusu. Poslední variantou je rotacismus laterální,

kdy výdechový proud je směřován do strany jazykem a tím rozkmitává jednu tvář (Dvořák, 2007).

Hláska Ř

Tvorba hlásky je podobná hlásce R. Hláska Ř je oproti hlásce R kmitnější, má menší čelistní úhel a má i neznělou verzi. U dětí dochází nejčastěji k nesprávné výslovnosti, tj. mogilálii či paralálii. Odchylné tvoření hlásky nazýváme rotacismus bohemicus, který může být opět nejčastěji velární či uvulární (Klenková, 1998). Odchylně však může být tvořen i mezi dolním rtem a horními řezáky a tím zvukově připomínat hlásku V, takto odchylnou tvorbu nazýváme labiodentální rotacismus bohemicus (Dvořák, 2007).

Ostré sykavky C, S, Z a tupé sykavky Č, Š, Ž

U ostrých sykavek S a Z se hláska tvoří artikulačním postavením hrotu jazyka v oblasti dolních řezáků a boky jazyka, jež jsou zvednuty k patru, tím pádem vznikne ve středu jazyka žlábek. Pro přesné artikulační postavení by měly být zuby hranami na sobě a rty vytaženy do úsměvu. Hláska C má trochu jiný počátek vzniku mechanismu a to závěr hrotu jazyka na horních alveolách, který poté přechází do stejné úžiny jako u ostatních ostrých sykavek S a Z. V oblasti tupých sykavek Š a Ž dochází k obdobnému artikulačnímu postavení pouze s hrotem jazyka v blízkosti horních řezáků a žlábkem mírně posunutým vzad od předních zubů. Hláska Č je v postavení hrotu jazyka na konci alveol horních řezáků, kde tvoří závěr, opět přejde po počátečním závěru do polohy jako u hlásky Š a Ž. Pro přesné artikulační postavení by měly být rty vytaženy do „O“ a zuby hranami na sobě, ovšem měli bychom respektovat přirozený skus u obou variant sykavek (Neubauer, 2014). V oblasti sykavek obou řad se může opět jednat o paralálii ve vývojovém období dítěte či později o parasigmatismus. Odchylná výslovnost sykavek je označována jako sigmatismus. Nejčastěji jde o formu sigmatismu laterálního, kdy je zvuk tvořen boční polohou jazyka či interdentalního sigmatismu pokud je hrot jazyka umístěn mezi dolními a horními řezáky. Poslední nejčastější odchylnou tvorbou je sigmatismus addentální s polohou jazyka opírajícího se o horní řezáky (Klenková, 1998). Jako další možnosti Dvořák (2007) uvádí sigmatismus bilabiální, při tomto druhu odchylné artikulace uniká výdechový proud mezi sevřenými

rty. Labiodentální sigmatismus je způsob odchýlné artikulace, kdy výslovnost sykavek připomíná výrazněji artikulovanou hlásku F, vzhledem k její retozubné tvorbě.

2.4 Diagnostika dyslalie

V rámci diagnostiky dyslalie je důležité ji posuzovat a diagnostikovat u dětí z vývojového hlediska u adolescentů, dospělých osob a seniorů je nezbytné vycházet ze zdravotního stavu a jazykového prostředí jedince (Krahulcová, 2007). Nesmíme však zapomínat, že pro zahájení logopedické péče není jediným impulsem to, že rodiče mají jisté podezření o problematice v řeči u jejich dítěte. Druhou potřebnou součástí je dle současných zákonů doporučení od pediatra popřípadě obvodního lékaře, pokud hovoříme o klientech dospělého věku. Pokud doporučení klinický logoped neobdrží, přestože má smlouvu s danou pojišťovnou klienta, musí si klient terapii hradit sám (Dvořák, 1999). V praxi se však setkáváme s problematikou předepisování doporučení logopedické péče v dřívějším věku, než je pět let. Proto se zaměřuji na problematiku spolupráce, provázanosti a informovanosti mezi logopedií a pediatrií.

Spolupráce pediatrie a logopedie

Pediatrie a logopedie jsou disciplíny spadající do oblasti zdravotnictví, ale existuje mezi nimi opravdu ta správná provázanost? Je těžké tuto problematiku nějak zevšeobecnit a dělat závěry, když nemáme tento jev podložený nějakým celoplošným šetřením. Vzhledem k mým malým zkušenostem z běžné praxe mohu zatím jen konstatovat, že se možná děti na logopedii často dostávají „pozdě“ a terapie může mít poté složitější průběh. Jelikož podle Dvořáka (1999) čím později se dítě dostává ke kvalitní logopedické péči, tím může úprava artikulace trvat déle a až zbytečně se stávat větším problémem.

Pediatři se řídí tabulkami vývoje artikulace z hlediska věku (viz příloha B), a tak většinou dítě přichází s doporučením na logopedii až na základě pětileté prohlídky u pediatra. V praxi jsou ale vidět rodiče, kteří chodí na logopedii sami bez doporučení, protože se jim na výslovnosti jejich ratolesti „něco nezdá“ a „paní doktorka je na logopedii poslat nechce, že prý je ještě čas“. Nelze svádět všechnu vinu na pediatry a samozřejmostí jsou i pediatři, kteří pošlou dítě na logopedii včas.

Důležitější oblastí z pohledu logopedie je, jestli jsou potřebné informace pro pediatri dostupné a je prováděna dostatečná osvěta. Touto problematikou se zabývá několik internetových zdrojů, jejichž autory jsou kliničtí logopedi. Pro příklad můžeme uvést webové stránky Mgr. Trojanové (Logopedie, online), které jsou vyloženě určeny pro pediatri jako zdroj dat o logopedické problematice. Další zdroje informací jsou poskytnuty na stránkách logopedické ambulance Logofon se sídlem v Olomouci (Logofon, online). Mgr. Trojanová provedla dříve i šetření, ze kterého vyplynulo, že by pediatri uvítali větší osvětu v logopedické problematice a včasné logopedické péči. Na základě zjištění v šetření vznikl také článek „Čtení o logopedii“ určený lékařským pracovníkům (Trojanová, 2012, online).

Diferenciální diagnostika

Při diferenciální diagnostice je důležité rozlišit hlavní příčiny patlavosti. Může být důsledkem smyslových vad, poruchy centrální nervové soustavy, mluvidel či patologie společenského prostředí. Je samozřejmostí, že na diferenciální diagnostice se podílí celá řada odborníků od logopedů až po otolaryngologa, foniatra, neurologa, psychiatra, psychologa a další odborníky (Balašová, 2003).

Podle Salomonové je „*cílem diagnostiky zjištění příčin, druhu i rozsahu poruchy či vady výslovnosti a stanovení nejen diagnózy ale i prognózy*“ (Salomonová, 2003, s. 331). Na základě diagnostiky utvoříme individuální terapeutický plán. Při diagnostice se kromě vyšetření řeči zaměřujeme na anamnézu rodiny i samotného klienta (Salomonová, 2003). Tyto potřebné údaje získáme na základě rozhovoru s rodiči či samotným klientem. Během rozhovoru však nezjistíme jen data potřebná k určení diagnózy, ale i například výslovnost rodiče, názor na poruchu a její reedukaci společně s dalšími okolnostmi, které se vzhledem k nervozitě z prvního setkání ukazují a později už se ukázat nemusí (Kutálková, 2010). U dětí se zaměřujeme, kromě výslovnosti, také na laterální, muzikálnost a smysl pro rytmus. Nikdy nesmíme zapomenout na orientační vyšetření sluchu. Z hlediska fonemického sluchu, kdy mluvíme o sensorické dyslalii, kdy dítě nedokáže rozlišit například správné znění u obou řad sykavek. Může se stát, že děti slyší chybu u jiných, ale u sebe mají problém

se sebekontrolou. Pokud dítě zaměňuje hlásky znělé za neznělé, je potřeba provést sluchovou zkoušku, která se zaměřuje na diferenciaci distinktivních rysů hlásek, a opakovat ji. U dětí se správnou sluchovou diferenciací se většinou jedná o neobratnost mluvidel či vytvoření vývojově nesprávných pohybových stereotypů. V neposlední řadě si všímáme pro výslovnost dalších důležitých jevů, jako je kvalita skusu, způsob dýchání, mimika, pohyby rtů a jazyka. U dětí provádíme diagnostické vyšetření formou hry při použití obrázků zacílených na určitou hlásku v základních pozicích (na začátku, uprostřed a na konci). Sledujeme nejen výslovnostní stránku, ale i obsahovou stránku řeči a slovní zásobu nejen aktivní, ale i pasivní. Ve volném rozhovoru, který následuje poté, se snažíme o diagnostiku mluvního projevu v běžné řeči. Samozřejmostí je rozdílný přístup k dětem okolo tří let věku a k dětem předškolního či školního věku. U dospívajících a dospělých jedinců využíváme pro diagnostiku četbu materiálů odpovídajících věkové kategorii, různou beletrii, četbu časopisů či běžnou konverzaci abychom pacienta neodradili velkou infantilností diagnostického materiálu (Salomonová, 2003).

Na závěr je stanovena diagnóza, kterou doprovází vysvětlení stavu a určení prognózy, jež je klientovi vysvětlena společně s průběhem etap terapie a možných postupů v ní. Klientovi musí být vysvětlena úzká spolupráce mezi rodinou a logopedem. Je možné, že i když proběhne správný diagnostický postup, bude diagnóza proměnlivá v čase, jelikož se mohou objevit později nové zdravotní skutečnosti, proto může dojít k přehodnocení terapie (Salomonová, 2003).

3. Dyslalie v životě jedince

Nesmíme se na narušení komunikační schopnosti tohoto rázu dívat jen z hlediska odchylné výslovnosti, ale i z pohledu toho, jak se jedinec s takovým narušením komunikační schopnosti může cítit v širším sociálním prostředí, které se podílí na jeho zdravém psychickém stavu, sebehodnocení a životní motivaci nejen v oblasti terapie.

3.1 Sebehodnocení a sebepojetí jedince s dyslalií

Každé postižení působí na jedince podle toho, jak své postižení prožívá, jak na něj toto prožívání působí a jaké způsoby řešení ve své situaci nachází a jak tyto způsoby řešení ovlivňují jeho osobnost. Z hlediska prožívání jedince se dá postižení označit za náročnou životní situaci, jelikož dlouhodobě působí na jedince zatěžujícím vlivem, zvyšuje stres, zhoršuje jeho každodenní situaci a způsobuje řadu konfliktů, jako jsou životní ambice proti reálným možnostem, v nichž ho limituje postižení a tím mu způsobuje řadu frustrací. Z tohoto hlediska je sekundární jakým typem postižení jedinec trpí, dokonce i to, jak těžké je jeho postižení protože způsoby řešení lze zobecnit. Právě přítomnost jakéhokoliv postižení mimořádně zatěžuje jedince z důvodu vytváření obrazu sebe sama, a tudíž zasahuje do jeho sebehodnocení a může vést až k pocitu méněcennosti (Vágnerová, 2000).

Odchylná a nesprávná výslovnost může mít rozmanitou etiologii, převážně ale má vliv na svého nositele v důsledku odezvy okolí na vývojovou či odchylnou výslovnost. Právě proto více nebo méně narušený komunikační proces zasahuje do koncepce sebepojetí jedince. *„Sebepojetí je představou o sobě samém, to, jak jedinec vidí sám sebe na podkladě poznávání, má svou hodnotící a popisnou dimenzi, zahrnuje tzv. kognitivní mapy a jeho součástí je i sebedůvěra“* (Krahulcová, 2007, s. 20-21). Může docházet k častým psychickým traumatům ve sdělovacím procesu, která negativně zasahují do pozitivní koncepce sebe sama v sociální skupině. Minimálně problematické sebepojetí sebe sama a nereálné sebehodnocení zjišťujeme také u dětí, které jsou společností brány jako „roztomilé patlavé děti“, kdy tato pozice je většinou posilována rodiči či bližší rodinou (Krahulcová, 2007). Nebo v opačném případě dochází k tomu, že se dítě stává bázlivým, mlčenlivým a plachým (Gúthová, Šebianová, 2005).

„Sebehodnocení je vědomé prožívání vlastní sociální pozice, jež se povětšinou odvíjí od schémat a modelů, které jedinec zažije v nejbližší rodině“ (Krahulcová, 2007, s. 21). U nejmenších dětí je do sebehodnocení včleňován názor dospělých, nad kterým později v mladším školním věku převládne názor spolužáků. U pubescentů a adolescentů dochází k zvratu, kdy se východiskem stává vlastní já. Kdy vlastní já má většinou větší váhu či stejnou jako názory sociálního okolí. I na sebehodnocení dospělých s narušenou komunikací se také podílí zkušenost z interakce s okolím. Sebehodnocení považujeme za základ sebevědomí, které je stávajícím předpokladem pro spokojený, šťastný život a duševní vyrovnanost (Krahulcová, 2007).

3.2 Motivace

Procesy motivace jsou dynamickým systémem jedince. Motivace slouží k uspokojování potřeb člověka, ať už vrozených či získaných, které tak tvoří základní součást celého systému. Je zřejmé, že postižení zasahuje do života člověka tím, že nemusí docházet k uspokojení potřeb. Z hlediska patologické artikulace jsou to v dospělosti pracovní místa pedagogů, hlasatelů aj. Proto je pravděpodobnější, že jedinec zacílí svou motivaci a životní cíle do podpory oblasti, která není narušena postižením. V některých případech však reakce jedince na postižení a omezení vede k tomu, že se snaží překonat toto omezení a dokázat svou výkonnost právě v oblasti, která je postižením zasažena. Tím se ale postižený stává ohroženým, protože je častěji konfrontován s neúspěchem. Proto se s touto situací můžeme častěji potkat u lehčích postižení, jelikož jedinci s tímto typem postižení se často snaží srovnat se zdravými vrstevníky. Důležitým aspektem je akceptace a postoj okolí k postižení. U jedinců s poruchami řeči může docházet k uzavřenosti, malé sociabilitě a plachosti (Vágnerová, 2000). Motivace je důležitá nejen v rámci životní motivace související s budoucím povoláním, ale právě samotná motivace, kterou je zapotřebí vyvolat při logopedické terapii, jež nám pomůže dosáhnout fixace a automatizace hlásky v běžné řeči. Bez adekvátně silné motivace může logopedická terapie v dospělém věku selhávat (Salomonová, 2003).

3.3 Dítě s dyslalií

Dětem předškolního věku s dyslalií zpočátku jejich porucha řeči nevadí, i když jsou si třeba vědomy své poruchy. Vždy však záleží na vlivech prostředí, a jaký bude jeho vlastní postoj k poruše. Ve vztahu k okolí může už v předškolním věku docházet k traumatům dítěte, jelikož se mu děti na hřišti či ve školce vysmívají a nechtějí si s ním hrát. Je důležité, jak se k poruše řeči postaví rodiče. Pokud se k poruše postaví způsobem, že budou dítě vychvalovat nebo naopak moc trestat, může se dítě k poruše postavit tak, že je něčím výjimečné a staví se k pokusu o terapii negativně, a to dokonce může přetrvávat až do dospělosti, že se nebude chtít vzdát své odlišné výslovnosti. V opačném případě se u dítěte projeví zlostné chování nebo přestane mluvit vůbec a bude mít strach ze styku s druhými lidmi (Sovák, 1965). Podle Vágnerové (2012) mohou mít nedostatky v artikulaci vliv na celkové hodnocení dítěte, tudíž mít sociální význam, jelikož takové dítě považujeme za méně schopné.

Výuka anglického jazyka nejen u dětí předškolního věku

V současné době se stává velkým trendem zavádění výuky anglického jazyka do předškolních zařízení nebo úplné vsazení dítěte předškolního věku do tzv. „anglické mateřské školy“. Názory na tuto problematiku se ve společenském prostředí liší. Dost často se ve svém okolí setkáváme s názorem že, *„když dítě neumí vyslovovat hlásky česky a je v tzv. vývoji v této oblasti, tak proč by se mělo učit jiný jazyk, když laicky řečeno nezvládá ještě ten svůj mateřský“*. Jedná se opravdu o velice spornou problematiku.

Doktorka Kramulová (2007) zmiňuje, že je vhodné, aby děti z bilingválních rodin takové předškolní zařízení navštěvovaly, jelikož to posiluje jejich bilingvální výchovu. Dost často ale do takového předškolního zařízení dochází i děti, které v bilingvální rodině nežijí, nebo jsou takovými dětem poskytovány lekce anglického jazyka v předškolním zařízení běžného typu. Podle Kutálkové (2006) dvojjazyčnost u dítěte situaci zhoršuje až tehdy, kdy například anglický jazyk komplikuje nápravu sykavek a naopak němčina a francouzština zase ztěžuje terapii správné artikulace hlásek R a Ř, ale není to pravidlem. Nesmíme zapomenout na fakt, že by narušení artikulace vzniklo

stejně, i kdyby se v rodině vyskytoval jazyk jen jeden nebo nebyly přítomny lekce druhého jazyka.

Při výuce jazyka je situace jiná. Pokud jde o vývojové formy nesprávné výslovnosti, tak nevádí výuka těchto jazyků, pokud je přiměřená schopnostem dítěte a je tedy více zaměřená na rozvoj některých schopností, nutných pro nerušený rozvoj řeči. Pokud má dítě mnohočetné poruchy výslovnosti, bývá to už větší problém a cizojazyčná výuka už více komplikuje vývoj dítěte. Dochází ke vzniku mezer i ve slovní zásobě a v jazykovém citu (Kutálková, 2006).

Období školního věku

Pokud nedojde v rámci terapeutického procesu nebo bez něj ke správné výslovnosti do začátku školní docházky, považujeme ji, jak již bylo zmíněno výše, za prodlouženou až patologickou. Jakmile dítě nastoupí do základní školy, začnou mu jiné povinnosti a další práce spojená s logopedickou terapií ho může zatěžovat při domácí přípravě. Pokud jsou návštěvní hodiny v logopedické ambulanci v dopoledních hodinách, dítě tak musí následně zameškanou látku dohnat, a má tudíž práci na víc. Nejen že se při vstupu do školy dyslalie bude projevat na mluveném projevu, ve spojitosti s nácvikem čtecích dovedností a čtením před třídou budou dyslalické projevy vynikat ještě více. Dítě se může cítit trapně, méněcenně a být vystaveno posměchu spolužáků, jeho pocity se mohou projevit agresí či ztrátou zájmu o komunikaci (Bendová, 2011). Dítě pak může mít strach ze školy a dyslalie může být příčinou jak výukových, tak výchovných obtíží (Knotová, 2014). Může také dojít ke stavu, kdy pedagog po dítěti vyžaduje výslovnost správnou, ale bez porady s rodiči a logopedem může dojít k ještě větší patologii u dítěte pod vlivem snahy se připodobnit správnému zvuku hlásky, případně se začne vyhýbat čtení, slovům s danou hláskou či může tento nátlak vyústit až v logofobii dítěte. Je ale vhodné, aby při ústním zkoušení učitel nenápadně podporoval správnou výslovnost zopakováním slova správně, například při ústním zkoušení a zakomponoval to do zhodnocení výkonu dítěte, např. „Ano, správně, je to hora Říp“. Pokud u dítěte ještě přetrvávají problémy s fonematických rozlišováním, a tedy dochází k záměnám zvukově podobných hlásek při mluvním projevu, bude se tento problém objevovat i při psaní (Bendová, 2011).

Každý pedagog by si měl osvojit způsoby jak s dítětem s dyslalií komunikovat a pracovat, aby dítě ještě více nepřetěžoval. Považujeme za samozřejmost přítomnost kvalitního mluvního vzoru ze strany pedagoga (Bendová, 2011). Je zde možnost, že si dítě může pod učitelovým správným artikulačním vzorem upevňovat správnou výslovnost (Knotová, 2014). Pedagog by se měl sám zajímat o terapii a dotazovat se rodičů například při konzultacích, jak může s dítětem pracovat přes den či co mu bylo na logopedii doporučeno. Pokud bude možnost například v rámci třídnických hodin či ve správnou chvíli mluvit se spolužáky dítěte s dyslalií o těžkostech narušené řečové komunikace, a tím tak předejít možnému posměchu ze strany spolužáků. Zároveň ale dítě s dyslalií nemůže mít privilegia a nemůže s ním být jednáno jako s někým zvláštním, jiným, jelikož to by dítě opět vyčleňovalo z kolektivu. Motivace je to nejdůležitější, co jedinec potřebuje snad ke všemu v životě, ať už dítě či dospělý, a co teprve k logopedické terapii. I pedagog může být významným činitelem v podpoře motivace dítěte i jeho rodičů, jelikož ti jsou zase těmi, které dítě v rámci terapie potřebuje nejvíce při domácí přípravě. Pokud bude mít pedagog ve třídě dítě se závažnějším typem dyslalie, jako je dyslalie univerzalis, je možné komunikaci a porozumění podpořit alternativně, například piktogramy nebo fotografiemi (Bendová, 2011).

3.4 Dyslalie u dospělých jedinců

O významu logopedie pro jedince v dospělosti není pochyb a to z mnoha důvodů. Současná informační společnost se vyznačuje mimo jiné tím, že má vysoké nároky na efektivitu a rychlost mezilidské komunikace. Dnešní doba je plná moderních technologií, jako je komunikace přes mobilní telefony, počítače a často užívané telefonní či video konference, které jsou už nezbytnou pracovní náplní. Jakékoliv narušení komunikační schopnosti pak představuje různě závažnou překážku dalšího rozvoje osobnosti člověka, jeho socializace či profesní realizace. Do nedávna se ale logopedická péče spíše zaměřovala na oblasti narušené komunikační schopnosti, které se projevují především v dětském věku (Vitásková, Rádlová, 2006). Dnešní pojetí logopedie však pracuje nejen s klienty, kteří jsou v dětském věku, ale i s klienty se vzniklým narušením schopnosti řečové komunikace, tak i s klienty, jejichž narušení řečové komunikace stále od dětství přetrvává (Neubauer, 2003).

Oblast dospívání a dospělosti je specifická velkou mírou senzitivity v oblasti přetrvávajících poruch řečové komunikace a to i v oblasti přetrvávajících projevů dyslalie. Právě tyto přetrvávající poruchy řečové komunikace se stávají častým předmětem v rámci logopedické terapie vzhledem ke snaze dosáhnout na vysněné povolání nebo studia na pedagogické fakultě či herecké škole. Je důležité nezapomínat na jiný způsob a přístup v terapii k těmto jedincům oproti dětské populaci, kdy můžeme stavět na vyšší míře motivace dospívajícího a dospělého jedince (Neubauer, 2003). Nesmíme v této fázi také zapomínat na a využívat jejich sluchové percepce a motoriky, kterou můžeme i posunout do lepších výkonů (Neubauer, 2010).

4. Logopedická terapie u jedinců s dyslalií

Logopedická péče o jedince s diagnózou dyslalie by měla probíhat již v předškolním věku, protože dítě, které přichází do školy, by mělo mít výslovnost v pořádku, protože jen tak se může naplno věnovat svým povinnostem. Je důležité v tomto období působit na dítě preventivně a v maximální možné míře podporovat jeho řečový vývoj. Pokud se však jedná již o poruchu řeči, je zapotřebí začít s terapií co nejdříve (Klenková, 1998).

„Základním prvkem metodiky odstraňování dyslalie je nápodoba“ (Klenková, 1998, s. 22). Mezi další způsoby patří využití substitučních hlásek či mechanických pomůcek (Neubauer, 2010). Velice důležitou součástí péče a zahájení logopedické terapie je navázání důvěryhodného vztahu, pocitu pohody a navození chuti spolupracovat. Mezi nejdůležitější stavební kameny v rámci terapie patří motivace, která je předpokladem úspěšné terapie. Úspěšně bude terapie probíhat za předpokladu, že se nestane nudnou například tím, že nedojde během terapie k obměně terapeutických materiálů, nebo se stane ubíjejícím drilem (Klenková, 1998).

Terapie má většinou průběh, který můžeme dělit do čtyř etap. Nejdříve dochází k tzv. přípravným cvičením, pomocí nichž upřesňujeme artikulační pohyby, rozvíjíme motoriku mluvních orgánů společně s rozvojem fonemického sluchu. Další fáze jsou vyvození hlásky, její fixace ve slabikách a slovech a automatizace ve spontánním řečovém projevu (Klenková, 1998). Právě samostatnou kapitolou, která je v rámci terapie hodně zmiňována je motorika mluvidel a s ní spojená oromotorika či artikulační cvičení. Taková to artikulační cvičení mohou být jak průpravná, tak součástí logopedické péče. Důležitost zde hraje zacílení těchto artikulačních cviků pro artikulaci dané hlásky. Někdy nevhodné použití cviků v terapii může ještě více podpořit například interdentalní sigmatismus. V České republice na kontraproduktivnost těchto „oromotorických cvičení“ upozorňuje Vitásková. Hlavně v souvislosti s oromotorickými cviky, které provádíme před další fází terapeutického sezení (Neubauer, 2011). *„Uvědomíme-li si, že po této úvodní fázi má následovat fáze vyvození hlásky, měli bychom vzít v úvahu možné působení efektu únavy na správnost provedení pohybu“* (Vitásková, 2005, s. 19). V rámci oromotoriky zaměřené na jednotlivé skupiny

či izolované hlásky je například t'ukání špičky jazyka na alveoly horních řezáků. Další možností je opření špičky jazyka v oblasti horních alveol a postupné klesnutí s jazykem na spodinu úst, důležité je, aby byla brada v klidu a nehýbala se. V oblasti ostrých sykavek můžeme používat oromotoriku ve smyslu držení špátle či lentilky špičkou jazyka, která je přitištěná za dolními řezáky (Kutálková, 2010). Pokud do cvičení s pohybem jazyka od horních alveol na spodinu úst přidáme hlas, například „La, La“, využíváme artikulačních cvičení.

4.1 Zásady terapie u dyslalie

Je důležité, že v oblasti terapie musíme ke každému jedinci přistupovat individuálně, abychom zohlednili všechna jeho specifika (Salomonová, 2003).

Jak Klenková (1998), tak Salomonová (2003) zdůrazňují zásady terapie dyslalie, které je třeba dodržovat. Byly vypracovány Semenem (1995) a v pozměněné formě je uplatníme i při terapii dospělých jedinců. Jedná se o zásadu krátkodobého cvičení, kdy výslovnost procvičujeme krátce, ale co nejčastěji i mnohokrát za den, právě proto je důležitá spolupráce logopeda, rodičů a okolního prostředí na terapii (Klenková, 1998).

Druhou zásadou je zásada využití sluchové kontroly. Tato zásada souvisí s důrazem na sluchové vnímání nově tvořené hlásky (Klenková, 1998). V dnešní době jsou ale děti ovlivněny velkým množstvím okolních rušivých elementů, jako jsou televize, rádio, které mohou způsobit sluchovou otupělost dítěte. Pokud k takovému stavu dojde, je zapotřebí začít se sluchovou výchovou, tedy s nácvikem rozeznávání zvuků od sebe (déšť, zpěv ptáků) (Salomonová, 2003).

Třetí zásadou je zásada používání pomocných hlásek. Tato zásada je podceňována a nahrazována základním postavením mluvidel a nápodobou (Salomonová, 2003). Užitím substituční hlásky, tedy takové hlásky, kterou umí jedinec správně vyslovovat, dané hlásky jsou si artikulačně podobné, ale odlišují se zvukově (Klenková, 1998). Salomonová (2003) zmiňuje, že je osvojení si substitučních metod základem úspěšnosti

dané terapie. Substituční metoda vytváří nový artikulační a sluchový vzor. Vede dítě ke správnému tvoření hlásky a ústupu od vadných artikulačních návyků.

Poslední zásada je zásada minimální akce, kdy je zapotřebí provádět vyvození bez přehnaného úsilí, napětí artikulačních orgánů. Doporučuje se vyvození šeptem. Vše vychází z problému, kdy se děti snaží artikulovat hlásku přehnaně hlasitě a nevnímají pak její tvoření a znění. Tento problém je velice fatální například u substituční metody u vyvození hlásky R. Další hlásky, jako jsou sykavky, vyvozujeme téměř neslyšně a lehce (Klenková, 1998; Salomonová, 2003).

V neposlední řadě kromě již zmiňovaného individuálního přístupu zohledňujeme zásadu vývojovosti a názornosti (Salomonová, 2003). Terapie může být jak individuální, tak skupinovou formou (Klenková, 1998). Z hlediska reedukace dyslalie se můžeme setkat s neangažovaností rodičů v rámci terapeutického procesu a následné zlehčování výslovnostních vad svých dětí, proto někteří sice logopeda navštěvují, ale doma nedělají vše podle pokynů či přestávají nebo nedochází vůbec (Dvořák, Pavlík, 2000). Nikdy proto nesmíme zapomínat na velký význam domácí práce, cvičení a vzájemné spolupráce, která je nedílnou součástí terapie a bez ní by terapie nepostupovala k daným cílům.

Pro vyvození hlásky využíváme takové materiály, které respektují zásady terapeutického postupu vyvození hlásky. Jako první úroveň terapie je důležité zapojení hlásky do otevřených slabik ve spojení se samohláskami, kdy můžeme ještě využívat logopedické zrcadlo. Poté můžeme už využívat slova, která obsahují hlásku v určité pozici ve slově, například na začátku a konci, vždy ve formě otevřené slabiky. Pokud dojde k fixaci těchto slov, můžeme přejít do slov se souhláskovými shluky a slovy, která obsahují hlásku víckrát. Pak dochází k zapojení slov do vět, které můžeme využívat po celou dobu terapie, ale vždy s aktuálně procvičovaným typem slov. Poslední fází je fáze automatizace a fixace, ke které využíváme texty, pohádky, vyprávění apod. Je důležité, aby terapeutický postup docílil autokorekce, jelikož pokud jedinec nedojde do fáze, kdy sám slyší odchýlnou artikulaci a opraví se, nemůžeme terapeutický proces považovat za ukončený (Neubauer, 2010).

4.2 Terapeutické strategie

Gúthová a Šebianová (2005) uvádí základní dělení terapeutických přístupů vycházející z definice narušené komunikační schopnosti:

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

Tradiční terapeutický přístup

Základem tohoto terapeutického přístupu je vytváření nových hlásek, nikoliv napravování chybně tvořených. Přístup klade důraz na vyvození zvuku (hlásky) a jeho odlišení od chybné tvorby, tedy se zaměřením na sluchovou stránku dítěte a jeho schopnost odlišení. Vždy musíme korigovat produkci řeči, aby došlo k její správnosti a později fixaci a automatizaci. Vyvození hlásek začíná izolovaným zvukem hlásky, imitací vzoru hlásky po logopedovi a jeho postupné zapojení do otevřených slabik, slov, vět a do spontánní konverzace. K docílení vyvození nové hlásky se užívá tradičních metod nápodoby, mechanických či substitučních metod (Gúthová, Šebianová, 2005).

Fonologický terapeutický přístup

Cílem tohoto artikulačního přístupu není artikulační trénink, ale ovlivnění kognitivní reorganizace. Proto tvrdíme, že na rozdíl od tradičního přístupu je fonologický terapeutický přístup přístupem kognitivně-lingvistickým. „*Cílem terapie je změnit fonologické vzory dítěte, aby bylo možné vytvořit co nejadekvátnější systém zvukových kontrastů a zvukových struktur*“ (Gúthová, Šebianová, 2005, s. 185). Pro příklad uvedu jednu ze zmiňovaných metod fonologické terapie. Jedná se o metodu tzv. párů či kontrastů. V této metodě je základním stavebním kamenem pár slov, která se od sebe liší jen v jednom fonému, čímž se snaží upozornit dítě na nesprávnou produkci. Snažíme se, aby dítě pochopilo distinktivní význam fonémů v jednom páru slov. Na základě toho by měl proces alveolarizace být realizován po cvičení G i pro necvičené K. Pokud se tak nestane, dítě bude vyslovovat oba fonémy identicky, což naruší srozumitelnost komunikace (Gúthová, Šebianová, 2005).

Foneticko-fonologický přístup

Tento přístup dokazuje, že je nadměru vhodné kombinovat již zmíněné výše dva přístupy a to z jednoho prostého důvodu, že se oba snaží o eliminování narušené komunikační schopnosti a docílení odstranění bariéry v komunikaci. Nesmíme samozřejmě zapomínat, že je vhodnější u artikulačních deficitů využít první zmiňovaný způsob a u deficitů fonologických spíše využít druhý zmiňovaný způsob. Musíme se však zaměřit na jedince, jeho individualitu a dle toho volit a kombinovat tyto dva dané přístupy společně s rozvíjením všech jazykových rovin, na což se zaměřuje tzv. komplexní terapeutický přístup (Gúthová, Šebianová, 2005).

4.3 Problematika terapie u dospělých jedinců

Jsou dospělý jedinci, kdy jejich intaktnost a kultivovanost řečového projevu je součástí jejich uplatnění v oboru. Kromě oborů jako je učitel, herec či hlasatel v médiích, se dnes objevují i jiná povolání, která vyžadují intaktnost a kultivovanost řečového projevu. Týká se to například oblasti služeb, marketingu či managementu. I tito lidé vyhledávají pomoc v ambulancích klinické logopedie a je důležité individuální terapeutický plán u dospělých osob stavět na základně znalosti osobnosti klienta a opět na jeho dlouhodobé motivaci, kdy toto všechno by mělo být podpořeno kreativními individuálními terapeutickými postupy. Může dojít i k odrazení klienta od terapie na základě užití nedůstojných a infantilních pomůcek nebo špatným umístěním ambulance v budovách školy. Odpovědnost logopeda za přiměřené a vhodné pomůcky v této oblasti je veliká a to také z důvodu, že dospělý jedinec může jakýkoliv malý neúspěch v cestě za profesním či sociálním uplatněním velice těžce prožívat (Neubauer, 2003). Právě oblast terapie je z hlediska postupů stejná, ale musíme důkladně vysvětlit účel jednotlivých kroků, aby klient pochopil princip vyvození hlásky. V souvislosti s vybráním přiměřených a vhodných pomůcek omezíme používání obrázku, jelikož náš klient už je zdatný čtenář. Proto využíváme sady slov na různých letácích a texty přiměřené věku a situaci (Kutálková, 2010). Jak je již zmiňováno výše, motivace hraje velkou roli, v oblasti terapie u dospělých osob. Pokud je jedinec motivován, je možnost úspěchu zaručena (Salomonová, 2003). Terapeutický materiál může být zaměřen na osobnost a povolání jedince, čímž bude více motivující a stimulující.

4.4 Terapeutické postupy u vybraných hlásek

Pod touto kapitolou se opět objeví vybrané hlásky, se kterými se v rámci terapie v logopedické ambulanci setkáváme.

Hláška L

V rámci terapie hlásky L je zapotřebí využít logopedické zrcadlo, jelikož se zde využívá nápodoby a názornosti. Klient musí bez použití hlasu zvedat hrot jazyka za horní řezáky při otevřeném čelistním úhlu. Pokud dojde ke správnému nacvičení pohybu jazyka, je možné přidat hlas a spojit hlásku se samohláskami (Klenková, 1998). Pokud se nám nedaří udržet správně otevřený čelistní úhel, můžeme využít špátli, kterou umístíme mezi třenové zuby, tím pádem nedojde k pohybu dolní čelisti. Poté můžeme začít se zapojováním hlásek do slov a postupné fixaci a automatizaci hlásek ve spontánním mluvním projevu (Kutálková, 2010).

Hláška R

Při terapii vibranty R se využívají dvě metody. První a asi nejčastější je substituční metoda, která využívá substituční hlásky D. Jak dítěti, tak zejména dospělému, je důležité vysvětlit proč danou hlásku používáme a jak danou hlásku D při substituci používat a vyslovovat. Tedy, že hláška musí být jen lehce naznačena v rámci předříkávaných slov se souhláskovým shlukem. Další pomocnou metodou, pokud se nedaří při substituci kmit vyvodit, je metoda mechanická. Můžeme ji použít i jako jedinou terapeutickou metodu. Za použití R-vibrátoru či podjazykových prstních masáží se snažíme kmity vyvodit (Salomonová, 2003). Metoda substituční využívá jak sluchové kontroly, tak kinestetických vjemů (Klenková, 1998). V této metodě je důležitá dobrá obratnost mluvidel, jelikož nám jde o tvorbu hlásky „DDD“ na horních alveolách, aniž bychom pohybovali dolní čelistí (Kutálková, 2010). Poslední možností, jak lze vibrantu vyvodit, pokud dítě či dospělý správně tvoří hlásku Ř, pak můžeme na základě substituce, kdy otevřeme čelistní úhel a vyslovujeme „TRRR“, „DRRR“ (Salomonová, 2003). Terapie této hlásky má v praxi dlouhodobý charakter a metoda substituční je asi nejvíce využívanou. Po zapojení hlásek do slov a postupné fixaci, můžeme přejít k automatizaci hlásek ve spontánním mluvním projevu (Kutálková, 2010).

Hláška Ř

U druhé z vibrant je pro terapii důležitá správně artikulovaná hláška R, jelikož právě z ní můžeme druhou vibrantu vyvodit na základě obdobného mechanismu tvorby (Neubauer, 2014). Pokud zmenšíme čelistní úhel a necháme šeptem jedince artikulovat hlásku R a rty budou mírně povytaženy dopředu, ozve se Ř. V rámci terapie začínáme slabikami a slovy se shluky Tri, Dri, Bri na začátku, jelikož docílíme právě kýženého čelistního úhlu. Po zafixování hlásky ve všech pozicích, se snažíme o fixaci a automatizaci hlásky ve všech pozicích v oblasti spontánního mluvního projevu (Klenková, 1998).

Sykavky ostré (C, S, Z) a sykavky tupé (Č, Š, Ž)

Jakoukoliv sykavku můžeme vyvodit pomocí onomatopoií, avšak při odstraňování sigmatismu je vhodné začít hláskou C a Č, ze které pak vyvodíme zbylé sykavky. Pro vyvození hlásky C můžeme využít substituční metodu šeptaného T. Vždy je důležitá správná artikulační poloha ostří zubů u sebe a zaostřených koutků do úsměvu (Klenková, 1998). A hrot jazyka se lehce dotýká dolních řezáků (Salomonová, 2003). Hláška S se poté vyvodí z prodlouženého „CCS-S“ a hláška Z přidáním hlasu k hlásce S, kdy si jedinec může vibrace odhmatat na hrtanu. Hláška Č se buď může vyvodit z intaktního C či za pomoci substituční metody hlásky Ě, kterou dítě vyslovuje šeptem (Klenková, 1998). Hlášku Š můžeme vyvodit pomocí prodlouženého „ČČČŠ-Š“ či nápodobou, kdy za přesného artikulačního postavení docílíme výslovnosti prodloužených slabik „ŠŠU“, „ŠŠO“ a zapojením do slov s hláskou na konci (Salomonová, 2003). Hláška se opět tvoří buď pomocí odhmatání znělosti a tedy přidáním hlasu k hlásce Š nebo pouze přímou nápodobou. Po zafixování hlásek ve slovech ve všech pozicích musí terapie dojít k autokorekci jedince v běžném mluvním projevu hlásky opět ve všech jejích pozicích (Klenková, 1998).

4.5 Pomůcky a materiály

Logopedické pomůcky a materiály hrají v oblasti terapie výslovnosti hlásek význačnou roli, kterou ale nesmíme vyzdvihovat na úkor lidského faktoru (Lechta, 1990). První a nezbytnou pomůckou v terapeutické oblasti je logopedické zrcadlo, které při vyvození artikulace musí být dostatečně velké, proto aby se do zrcadla vešli jak logoped,

tak klient. Sondy, špátle a mikrofon se zesilovačem jsou dalšími pomůckami, které využíváme v rámci terapie. Řadíme je mezi mechanické pomůcky (Balašová, 2003). Než špátli použijeme je důležité dítě či dospělého předem upozornit na problematiku a postup s touto pomůckou, aby nedošlo ke strachu z podoby lékařskému vyšetření. Špátle mohou být z různého materiálu, jako je plast, dřevo či kov. V oblasti terapie vibrant se asi nejvíce uplatňuje tzv. R-vibrátor, který můžeme znát buď jako klasický nebo ve formě různých upravených lžiček. Logopedické drátěné sondy, které využíváme pro lepší vyvození sykavek a hlásek L, R, T, D, G. Sondy také umožňují vytvoření správného čelistního úhlu a zlepšují motoriku jazyka (Lechta, 1990). Mikrofon se zesilovačem zesiluje vysoké frekvence, tudíž může být využit pro zesílenou zpětnou sluchovou vazbu například v oblasti sykavek u starších dětí či dospělých, u nichž je obtížnější terapie již zafixovaných odchýlných percepčně motorických vzorů (Neubauer, 2010).

Hračky, pomocí nichž podněcujeme a motivujeme dítě k základním zvukům – jedná se o hračky (zvukový materiál), který se hláskám podobá, a proto ho můžeme využít k vyvození elementárních hlásek (Balašová, 2003).

Další potřebnou pomůckou je didaktický materiál, jako jsou obrázky, říkanky a texty pro automatizaci a fixaci hlásek (Balašová, 2003). Je důležité vybírat individuálně materiály dle věku klienta a individuálně přistupovat a je hrubou chybou využívat mechanicky materiály určené pro děti v terapii u dospělých klientů (Salomonová, 2003). U dětí předškolního věku vybíráme zejména obrázkový materiál a pro fixaci, říkanky, pohádky aj. (Vyštejn, 1991). Z autorů můžeme jmenovat například publikace od Pumprly či Ivany Novotné a dalších.

Didaktických materiálů pro dětský věk máme velké množství, ale je potřeba vybírat ten správný, který respektuje terapeutický postup. Opakem tomu je právě u didaktických materiálů pro dospělé klienty. V literatuře můžeme zmínit zdroj, jako je například publikace Přehled české výslovnosti od autorek Vránová, Pokorná. Na trhu je to ale asi jediný publikační prvek, který se přímo dospělým klientům věnuje. Můžeme zde ještě zmínit publikaci Ohrožený břichomluvec, která vyšla v roce 2015 pod vedením paní

Škaloudové a P. Koutského. Tato publikace je sice pro starší děti, ale je možností inspirace pro tvorbu materiálů nebo upravené verze publikace pro klientelu dospělou. Z dětských publikací můžeme vyzdvihnout například slovní zásobu v knize od Josefa Dvořáka Slovní patlavost (1999) a také jeho druhou knihu Návěky R a Ř (2000), kde nalezneme jak slovní zásobu, tak také texty pro automatizaci neinfantilního charakteru.

Nejčastější chyby v obecném přístupu v terapii u dyslalie

Kutálková (2010) ve své knize s názvem Reeducace dyslalie zmiňuje nejčastější chyby v obecném přístupu v terapii u dyslalie. Jednou z chyb je „*Absence přiměřené motivace, kladného hodnocení, nepřiměřený tlak na dosažení rychlého úspěchu*“ (Kutálková, 2010, s. 62). Je důležité nezapomínat na motivaci a pozitivní hodnocení, které jedince povzbuzuje v další terapii, což uvádí i Salomonová (2003). Terapie se může stát zdlouhavou až stereotypní, pokud dlouhodobě užíváme metody bez jakékoli inovace či korekce postupu (Klenková, 1998). Další chyba může nastat, pokud ukončíme terapii předčasně, například pouze ve fázi zapojení hlásek do slov, či ukončíme terapii ve fázi opakování, automatizace a fixace hlásky v běžné řeči. Jelikož pokud nedojede v rámci terapie k autokorekci, nemůžeme ji považovat za úspěšně ukončenou. (Kutálková, 2010; Neubauer, 2014).

5. Praktická část

Empirická část je druhou a závěrečnou částí bakalářské práce, která bude popsána na následujících stránkách.

5.1 Vymezení cílů praktické části

Hlavním cílem praktické části je analýza a rozbor příčin, společně s charakteristikou frekventovaných obtíží v rámci logopedické terapie u dětí a dospělých jedinců s diagnózou dyslalie.

Dílčím cílem praktické části je analýza terapeutických materiálů používaných při logopedické intervenci. Smyslem je zjištění rozdílnosti logopedických materiálů používaných u dětí a dospělých jedinců, který se dle odborných zdrojů liší hlavně po formální stránce. Na základě toho zjištění možné motivační hodnoty daného materiálu či pomůcky. V rámci doplnění této problematiky bude po inspiraci výsledky vytvořen nástin jednoduchého materiálu pro automatizaci vybrané hlásky v běžném mluvním projevu.

Hlavní cíle praktické části bakalářské práce budou naplňovány pomocí sběru kazuistických studií. Výzkumné otázky (VO), jejichž východiskem jsou hlavní cíle, budou vodítkem pro jejich naplnění.

VO1: Jak dlouho logopedická terapie trvá?

VO2: Co nejvíce ovlivnilo dosavadní výsledky?

VO3: Byla logopedická péče poskytována dospělému jedinci i v dětském věku?

VO4: Co bylo hlavní důvodem opakovaného či prvního nástupu na logopedickou terapii?

5.2 Charakteristika výzkumné metody

V praktické části bakalářské práce byl použit kvalitativní výzkum, který je dle mnoha autorů popisován různě. Pod termínem kvalitativní výzkum se skrývá jakýkoliv výzkum, jehož výsledků nedosahujeme pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace. Může to být výzkum týkající se života lidí, příběhů, chování ale také chodu organizací, společenských hnutí nebo vzájemných vztahů. Kvalitativní výzkum má více důvodů užití, jako je porozumění a odhalení jevů, o nichž toho ještě moc nevíme, či víme. Také se můžeme snažit získat detailní informace o jevu, který se za pomoci kvantitativních metod obtížně podchycuje (Strauss, 1999).

V rámci kvalitativního výzkumu byla v práci použita případová studie (kazuistika). Případové studie jsou zaměřené na hledání relevantních ovlivňujících faktorů a na interpretaci vztahů. Případové studie se dají použít pro ilustraci jevu, porozumění, exploraci či popisu. Máme několik typů případových studií, kdy pro praktickou část byl použit druh osobní případové studie, ve kterém se jedná o podrobný výzkum jedné osoby. Pozornost se v tomto šetření věnuje minulosti, kontextovým faktorům a postojům, které předcházely určité události. Dále se zkoumají možné příčiny, determinanty, faktory, procesy a zkušenosti, které přispěly k dané události. (Hendl, 1999)

Pro získání dat byla použita metoda rozhovoru s návodem, který byl v některých případech doplněn o spontánní odpovědi blízkých osob, studii dokumentu či výpověď odborných pracovníků. Tento typ rozhovoru je usměrňován ze strany tazatele dle připraveného návodu. Návod k rozhovoru představuje seznam otázek nebo témat, které je nutné v rámci rozhovoru probrat. Návodem zajišťujeme to, že se proberou opravdu všechna témata, která tazatele zajímají. Tazatel má volnou ruku v pořadí a jakým způsobem získá dané informace, které osvětlí daný jev. V průběhu rozhovoru je možné přizpůsobovat formulace otázek dle situace. Návod umožňuje provést rozhovor více strukturovaně, což následně usnadňuje jejich srovnávání (Hendl, 1999).

5.3 Charakteristika způsobu kazuistického šetření

V rámci kazuistického šetření byla nasbírána data u čtyř klientů. V každé kazuistické studii se nachází rozbor osobní a rodinné anamnézy. Další části šetření následují chronologicky za sebou, jedná se o zhodnocení průběhu terapie a pokroků v ní, použité terapeutické materiály a motivace v průběhu terapie, jaká je domácí příprava a pravidelnost terapeutických sezení v rámci logopedické ambulance. V neposlední řadě se kazuistické šetření snaží zhodnotit možnosti dalšího vývoje v koexistenci se všemi možnými příčinami, které podporují nebo naopak negativně ovlivňují průběh a výsledek terapie u jedince s přetrvávající artikulační obtíží.

Tímto prohlašuji, že údaje v kazuistických studiích jsou uvedeny se souhlasem oprávněných osob. Z důvodu anonymity, jsou veškerá jména a osobní data v přiměřené míře pozměněna.

Použité metody

1. rozhovor s návodem (vedený s klientem, rodičem či odborným pracovníkem);
2. studie dokumentů a materiálů;
3. analýza odborné literatury.

5.4 Kazuistika dítěte s dyslalií

Abstrakt

Dyslalie patří mezi nejčastější poruchy komunikace v dětském věku, je důležité rozlišovat jevy vývojové, odchylné a vývojové jevy, které se stávají ve vyšším věku jedince, jevy odchylnými. Případová studie se zaměřuje právě na dyslalii jedince dětského věku, kdy z jevu vývojového se stal jev přetrvávající, tedy odchylný. Právě přetrvávající dyslalie u hlásek L, R a Ř je stále problematickou oblastí. Vzhledem k věku klienta je odchylná tvorba hlásky L na spodině úst v pozici hlásky na konci slova neadekvátní. V rámci případu se projevuje nedostatečná motivace a domácí procvičování, které má v rámci logopedické terapie vysokou hodnotu.

Popis případu

Jméno: Pavel

Narozen: 20. 6. 2006

Věk: 9 let

Diagnóza: Dyslalie

Kontrolní vyšetření 9/2015

Srozumitelnost spontánní řečové produkce je v pásmu normy. Slovní zásoba je přiměřená věku dítěte. Gramatická struktura vět je v normě. V rámci terapie je posilována motorika mluvidel a artikulace hlásek.

Rodinná anamnéza

Pavel pochází z úplné rodiny a je jedináček. Otec je podnikatel se středoškolským vzděláním. Matka je zaměstnána jako úřednice taktéž se středoškolským vzděláním. V rodině se nevyskytují žádné poruchy sluchu aj. Mluvní vzor v rodině je narušený. Otec má vadu řeči, se kterou nedochází k odborníkovi. Jedná se o velární rotacismus, který se stejně tak vyskytuje i u matky otce. V širší rodině od matky se vada řeči

neobjevuje. Prostředí dítěte je stimulující, pracují s ním v rodině nejen rodiče, ale i prarodiče.

Osobní anamnéza dítěte

Porod probíhal s určitými komplikacemi. Pavel se při porodu napil plodové vody. Později nastal problém s kojením a špatným sacím reflexem. Pavel byl od druhého týdne přikrmován umělou výživou, v devátém týdnu přestala matka kojít a přešli na umělou stravu, kterou užíval až do třetího roku.

Pavel byl podle matky ve všem pomalejší než jeho vrstevníci, ještě v osmi měsících nedokázal samostatně sedět, proto začali na doporučení lékaře cvičit Vojtovu metodu. Díky Vojtově metodě Pavel samostatně seděl již v deseti měsících a konečně začal lézt po „čtyřech“. Začal chodit ve 14 měsících. Chlapec jezdí na kole, lyžuje, hraje fotbal a florbal.

Po stránce rozvoje řeči, Pavel broukal, žvatlal a první slova použil v roce, slova jako je Nánia, bába, máma. První jednoduché věty přišly také ve správném čase okolo druhého roku. Rodiče pozorovali vadu řeči již dříve asi od čtyř let. Dětský lékař ale napsal doporučení do logopedické péče až v pěti letech. Pavel měl odklad školní docházky. Jako důvod byla uvedena jeho stálá hravost a neschopnost se soustředit společně s koexistencí nesprávné výslovnosti. Neměl potíže s tvary, čísly či barvami, ale nebyl schopný se soustředit. Matka s dítětem stále dochází do logopedické ambulance. Otec neprojevuje zájem o pomoc s touto péčí o dítě. V předškolním zařízení nebyla zajištěna žádná logopedická péče a dítě docházelo na kurzy anglického jazyka, které dle matky neměly moc velký význam. Cituji odpověď matky: *„Myslím si, že ho angličtina ve školce nijak nepoznamenala, spíš šla úplně mimo něj. Ani mi doma neříkal, co tam dělají, a ani ho to nebavilo, i když to bylo s rodilým mluvčím.“*

Pavel dodnes kreslí postavu bez krku. Nohy kreslí pomocí obdélníku, který rozdělí čárou na půl. Po nástupu do školy byla matka třídní učitelkou upozorněna na vadu výslovnosti u dítěte, ale tvrdila, že takových dětí je tam více. Ke konci druhé třídy na každých konzultacích, kterých se matka zúčastnila, byla upozorňována na vadu výslovnosti a byla neustále dotazována, jestli k logopedovi stále dochází. Nástupem do školy nedocházelo k žádnému zlepšení výslovnosti ani s nácvikem četní. Čtení dělalo a dělá stále menší potíže. Pavel ve třetí třídě stále občas slabikuje. Kromě čtení nastal problém i s háčky, čárkami, měkčením a intonací při čtení. Pro nápravu tohoto problému chlapec začal používat metodu Mgr. Bubeníčkové, kdy se snaží „krokovat“ a „prstovat“ problémová slova, aby si uvědomoval háčky čárky aj. všemi smysly. Podle tvrzení matky tato metoda nastolila velice rychlý posun v čtení. Dítě není již evidováno na neurologii. Z důvodu šikany chlapce ve třídě byla kontaktována pedagogicko-psychologická poradna. Současně zde byla řešena i potíž se čtením. Do poradny nedochází, jelikož byl proveden celoplošný screening na základní škole. Po telefonické domluvě s matkou bylo dojednáno, že není potřeba vyšetření v ambulanci poradny a že počkají, až se do výuky zařadí vyjmenovaná slova. Žádost o návštěvu je prý stále evidována.

Začátek terapie

Terapie začala v létě roku 2011, tedy po pětileté prohlídce u pediatra. Terapie probíhá stále ve stejném zařízení. Pavel se v rámci terapeutického procesu setkal již se třemi logopedy. Dle údajů Pavel dochází do zařízení již čtvrtým rokem.

Průběh terapie

U hlásek CH a F byla výslovnost vyvozována pomocí metod a pomůcek běžných pro tuto vadu. Chlapci stačily pouze dvě návštěvy u logopedky a nesprávná výslovnost vymizela. Chlapec typicky zaměňoval hlásku F za hlásku K a hlásku CH za hlásku H.

Hlásky L byla obtížnější, terapie této hlásky začala na konci srpna 2011. Pavel tvořil hlásku neprávě s jazykem na spodině úst. Terapie probíhala na základě obrazového materiálu, s předcházejícím zafixováním polohy jazyka na alveolách. Dále tradičním

vyvozením souhláskových spojení „La, Le, Li“, kdy souhláskové spojení „Li“ bylo pro dítě nejtěžší. Pavel měl spoustu obrazového materiálu a materiálu se slovy, který se týkal hlásky L ve slovech v určitých pozicích a logopedické básničky ho provázely celým průběhem terapie. Stále dostává logopedické pohádky a vyprávění, aby se docílilo užívání hlásky ve spontánní mluvě, tedy její automatizace.

Hlásku R Pavel začal v rámci terapie vyvozovat před Vánoci roku 2012 společně s již probíhající terapií hlásky L. Vzhledem již k docílené správné poloze mluvidel při hlásce L mohli navázat na správnou výslovnost hlásky R, kterou dítě zaměňovalo za L, ale ve špatné artikulační poloze s jazykem na spodině úst. Terapie byla více či méně bez výsledků na základě substituční metody přes hlásku D. Pavel už měl opakovat věty, i když hláska R nebyla zafixována ani ve slovech, takto probíhala terapie u původní paní logopedky. Byl vyzkoušen i R-vibrátor, který ale také terapii neposunul dál. Na jaře roku 2015 chlapec začal docházet k jiné logopedce ze stejné ambulance. Vzhledem k jeho vyššímu věku a poctivější domácí přípravě chlapec dělá větší pokroky. Nejvíce mu pomohla metoda vleže s hlavou zakloněnou dolů z postele. Jazyk se dostal na správné místo za horní řezáky bez větší námahy a Pavel se proto mohl snáze zaměřit na správnou vibraci jazyka. Po vyvození vibrace chlapec přešel do vzpřímené polohy u logopedického stolku, kde začínal se slovy, které začínaly na „DR“ a „TR“. Zatím mu více nejde. Ve vzpřímené poloze těla se při artikulaci později naskytla překážka. Pavel si vtahuje spodní ret do úst, čímž si snaží pomocí zvednutého jazyka navodit správnou vibraci. Proto si dítě stále přidružuje bradu rukou, aby udržel správný čelistní úhel a nevtahoval ret. Pavel totiž odmítá jakékoliv špátle a jiné pomůcky. Jediné, co používal bez odporu, byl již zmiňovaný R-vibrátor, který užíval až v listopadu 2014. V současnosti už nepoužívají.

Pokroky v terapii

V rámci terapie hlásek CH a F, u kterých byla zjištěna stejně jako u L a R nesprávná výslovnost, byla terapie úspěšná již po několika sezeních. Terapie nesprávné výslovnosti hlásky L měla nejdelší trvání, asi okolo 3 let. Dítě však stále hlásku nepoužívá ve spontánní řeči, proto je stále na docílení i tohoto způsobu užívání kladen důraz, stále dělá chlapci problém hláska L na konci slov v minulém čase jako „spal“,

„vstal“ apod. Správná výslovnost hlásky R je aktuální činností v průběhu terapie. Pavel zvládá hlásku jen v určitých pozicích. Ve shlucích „DR“ a „TR“ ve slovech na začátku je hlásky již momentálně zafixovaná. Další shluky ve slovech „PR“ a „FR“ atd. jsou zatím ještě problémové a v aktuálním průběhu terapie. Až dojdou v terapii dále, budou začínat se správným vyvozením hlásky Ř.

Terapeutický materiál a pomůcky

V rámci terapie byl využit tento obrázkový materiál pro potřebné hlásky.

Pro hlásky F a CH

Vzhledem k rychlosti vyvození těchto hlásek bylo k hlásce F zapotřebí pouze vysvětlení správné polohy mluvidel a pro hlásku CH materiál kde se objevují cvičení na rozcvičku „Chacha“ a „ChoChu“ ve spojitosti s říkankami.

Pro hlásku L

Pro hlásku L je obrazového materiálu méně. Převažují materiály se slovy, bez obrazové podpory. A většinu materiálu tvoří dějové obrazy ze Šimonových listů, básničky a říkanky pro hlásku a nakonec pohádka O Budulínkovi a O Koblížkovi, která je podpořena jak textem, tak obrázky, jelikož už v současné době chlapec umí číst.

Pro hlásku R

Pro začátek chlapec užíval průpravná cvičení pro zrychlení jazyka a nechybí zde ani obrazový materiál na vyvození zvuku malého a velkého traktoru „dddddd“ a „tdtdtdtd“. Pro tuto hlásku je obrazového materiálu více, kde se hlásky R ve slovech objevuje ve spojeních začínajících na shluky „TR“ a „DR“ apod. Mezi materiály se objevuje i hra, ve stylu políček se slovy na R a po hození kostkou se dítě dostane na určité políčko a jeho úkolem je zopakovat slovo. Nakonec se objevuje i dějový obrazový materiál ze Šimonových listů.

Mechanické pomůcky pro hlásku R

Špátle a lžička

Špátle dítě odmítalo a stále při terapii odmítá vzít do úst. Vždy začne křičet a zakrývá si ústa rukou. Proto se logopedka rozhodla přejít na lžičku, která byla pro dítě snesitelnější.

R-vibrátor

R-vibrátor používali v ordinaci. Doma s ním pracovali chvíli (asi čtrnáct dní až měsíc), prakticky z návštěvy do návštěvy logopedie. Logopedka jim ale nevysvětlovala, jak dlouho ho mají používat, to bylo ještě za probíhající terapie u bývalé logopedky.

Poloha vleže

Polohu vleže s ním v ambulanci prakticky nedělali, jen to zkusili na židli se zakloněnou hlavou. Doma ji pak dělali taky krátce a v současné chvíli s R-vibrátorem, kterým si pomáhali pro vytvoření vibrací. Tato metoda byla nejvíce úspěšná, povedlo se navodit správnou artikulační polohu s vibracemi u hlásky R.

Motivace

Pavel není dle matky motivován ničím. V tuto chvíli bere pravidelné logopedické cvičení jako nutnost, která přichází ihned po úkolech a nemůže ji ovlivnit. V předešlých letech Pavel nebyl schopný udržet pozornost a vše okolo logopedie ho otravovalo a nudilo. Proto se rodiče rozhodli Pavla do ničeho nenutit a nechat všemu volný průběh. Zpětně matka uvádí, že domácí příprava je opravdu nutná a dělá víc, než samotná práce na logopedii. Dnes už dělají logopedii i při jízdě autem například ze školy, takže se cvičení stává součástí denního režimu. Sám chlapec se mi svěřil, „*že se mu ve škole děti občas kvůli vadné výslovnosti smějí, ale paní učitelka děti vždy okřikne.*“ Jenže ani toto není pro dítě motivací používat již naučené hlásky ve spontánní mluvě. Stále se brání tím, že *“tatínek také mluví špatně a nikomu to nevadí”*.

Pravidelnost domácí přípravy

Domácí příprava v dřívějších letech probíhala z již výše zmíněných důvodů méně často a spíše sporadicky. Dnes už je stav domácí přípravy lepší a je zahrnuta v rámci denního režimu, tak jak má být.

Frekvence logopedických sezení

Dítě dochází k logopedovi jednou měsíčně, někdy i dvakrát do měsíce dle potřeby, někdy také logopedii vynechají, protože na ni zapomenou.

Možnost náslechu logopedické hodiny

U chlapce jsem měla možnost nahlédnout na pár logopedických hodin. Kromě her docházelo k motorickým cvikům mluvidel a to hlavně jazyka. Chlapec musel vyplazovat jazyk ven z úst, strkat hrot do stran tváří a nakonec udělat vojáčka, kdy má hrot jazyka směřovat vzhůru a napodobit polohu jazyka při hlásce L. Hlásku L má neustále cvičit v pohádkách a rodiče mají hlídat hlásku L ve spontánní mluvě a hrát s chlapcem hry například při skládání lega, aby říkal: „*já chci žlutý obdélník*“ Na hlásku R dítě stále rozvíjí shluky na začátku slova „DR“ a „TR“, jelikož „BR“ a „FR“ mu dělá stále problém a proto se snaží o fixaci předešlého souhláskového spojení ve slovech. Ještě by si měl stále pomáhat při souhláskových spojení se substitucí pomocí hlásky „D“.

Závěr

Chlapec je stále v dlouhodobé logopedické péči, která se v současné době snaží o fixaci a automatizaci hlásky L a potřebné fixaci slov hlásky R. Možnou příčinou chlapcovy dyslalie je špatný mluvní vzor v rodině, špatná spolupráce chlapce při terapii a nepravidelné domácí cvičení. Právě těmito jevy se snižoval efekt terapie. Prognóza chlapcova stavu se jeví příznivě, i když bude ještě chvíli trvat, než se dostaví ten správný výsledek, vzhledem k tomu, že v předškolním věku se nesprávná artikulace mohla jevit jako menší nesnáz než dnes. Vše také záleží na motivaci a snaze chlapce, který už příští rok půjde do čtvrté třídy. Na terapii bylo vidět, že substituční metody a běžné logopedické materiály neměly až takové výsledky jako poloha vleže, díky

které se dostavil výsledek místo po roce po měsíci. Ostatní materiál už slouží spíše k doladění a dokončení terapie.

Z mého pohledu jsem u dítěte zaznamenala menší odpor k logopedii. Pokud není upozorňován, tak na výslovnost moc nedbá. I on sám mi řekl: „ *Táta taky mluví špatně a s tímhle „R“ mám dobrou angličtinu, takže já se už česky učit nebudu, protože budu mluvit jenom anglicky*“. Ani spolužáci a jeho okolí ho nemotivuje se zlepšit. Je dost možné, že ještě s vyšším věkem k tomu dospěje. Další vývoj bude záležet na vytrvalosti maminky a Pavla ve spolupráci s logopedkou a kvalitou domácí přípravy. Myslím si, že když začaly být vidět výsledky, tak se i rodiče více snaží chlapce motivovat a i je logopedie s ním více baví. Ze stran okolí se mu dostává větší pochvaly a myslím, že pochvala slovní ho motivuje daleko více než razítka a později jedničky, které dostává od paní logopedky do notýsku.

5.5 Kazuistika dospělého s dyslalií

Abstrakt

Dyslalie patří sice mezi nejčastěji frekventované narušení komunikační schopnosti u dětí, není ale vyloučeno, aby se logopedické terapie účastnili i dospělí jedinci, kteří mají odchylný vzor určité hlásky. Logopedická terapie probíhá u klientů z mnohých důvodů, jako je mluvní vzor rodiče, touha po určitém zaměstnání, či prostě touha artikulovat správně. Klient, jehož průběh terapie je v nadcházející případové studii se rozhodl pro terapii z důvodů zdravotních a částečně i rodinných a osobních. Vzhledem k velké motivaci klienta, docílili správné artikulace, která je ve fázi fixační. Případová studie dokazuje fakt, který zmiňuje mnoho odborníků, jako je například Salomonová (2003) či Neubauer (2003), že pokud je motivace silná, je i úprava odchylné artikulace v dospělém věku možná.

Popis případu

Jméno: Jan

Narozen: březen 1969

Věk: 46 let

Diagnóza: velární rotacismus a interdentalní sigmatismus

Vstupní vyšetření 4/2014: Bylo provedeno vstupní vyšetření artikulace, kdy se potvrdil velární rotacismus a interdentalní sigmatismus.

Rodinná anamnéza

Pan Jan pochází z úplné rodiny. Mluvní vzor v rodině není narušen. Vada sluchu byla zaznamenána u prarodiče dotyčného, jednalo se o nedoslýchavost. Rodinné prostředí, ve kterém pan Jan vyrůstal, bylo stimulující, s jeho vadou řeči se rodina snažila opakovaně pracovat. Dnes má Jan jednoho syna, jehož artikulace je intaktní. Pan Jan je v současné době rozvedený, což na stimulaci prostředí a motivaci k terapii nic nemění, jelikož v předchozím rodinném stavu mu terapie nebyla dle jeho slov „*komplikována ale ani nijak podporována*“, podle Jana se nikdo nezajímal.

Osobní anamnéza

Jan neměl žádné obtíže v oblasti jemné či hrubé motoriky. Vývoj řeči byl běžný, dle matky žvatlal, broukal a tvořil první slova jako ostatní. Do školy nastoupil bez odkladu. Uzdička byla v pořádku. Je v péči odborného oddělení foniatrie.

Předchozí logopedická terapie

Až na popud matky v předškolním věku začal docházet na logopedii v místě bydliště. Dle Jana byla terapie nudná a paní logopedka se mu z pohledu dítěte zdála pedantská a tvrdí, že substituční metoda přes hlásku D ho nijak nezaujala. Matka se s ním snažila cvičit velice často a pro něj se stala logopedická terapie něčím nesnesitelným. V raném školním věku došlo k logopedické terapii znovu a byla opět neúspěšná u stejné paní logopedky. Po tomto neúspěchu nad ním, jak sám říká, „*matka zlomila hůl*“.

Znovu se Jan dostává do logopedické ambulance z důvodu rodinných a zdravotních. Jan trpí spánkovou apnoí. Vše začalo rodinnými neshodami, které vznikly na základě jeho silného chrápání, proto se rozhodl tuto situaci řešit. Objednal se do spánkového centra, zde ho odeslali na otorhinolaryngologii. V ordinaci na otorhinolaryngologii zjistili, že Jan dýchá ústy a velice málo nosem a to z důvodu vyhnutné nosní přepážky. Na základě této diagnózy mu byla provedena plastika nosní přepážky, kdy na podkladě této operace Jan konečně dýchá více nosem. Bohužel při další návštěvě spánkového centra, se ukázalo, že operace nepomohla a Jan má stále moc časté stavy spánkové apnoe, proto dostal na výběr dvě možnosti. Buď aby předešel mozkové mrtvici či jiným následkům spánkové apnoe, spát v přetlakové masce, na což on říká nadneseně, že by to asi nebylo moc pohodlné, nebo operaci měkkého patra. Jan volí druhou z možností. Operace měkkého patra bude spočívat ve zkrácení a plastice patra kvůli zamezení nebo spíše omezení jeho vibrací. Cílem této operace je tedy zamezení vibrací měkkého patra při spánku a kolapsu měkkých tkání v hltanu se vznikem apnoí. A tím vznikl problém, který bylo potřeba řešit v logopedické ambulanci. Vzhledem k velárnímu rotacismus by po operaci obtížně vyslovoval hlásku R nebo spíše vůbec, a proto je doporučen do logopedické ambulance a logopedická péče tak začala po letech znovu. Na foniatrickém oddělení, na které dochází, mu byla zjištěna progresivní ztráta sluchu, kterou zatím nehodlá nijak řešit. Jan říká, že nikdy svojí odchýlnou artikulaci neslyšel,

a proto nepovažoval za významné ji řešit, a to ani kvůli mluvnímu vzoru v rodině vůči svému synovi.

Začátek terapie

Terapie začala na jaře roku 2014. V dnešní době terapie už probíhá spíše sporadicky. Jan dochází stále ke stejné logopedce, ale už nemá tolik času na terapie docházet a v současné chvíli mu přijdou už zbytečné.

Průběh terapie

V rámci terapie bylo velkou výhodou, že pan Jan měl intaktní výslovnost hlásky Ř, kterou využili při terapeutickém postupu u velárního rotacismu. Na začátku byla prováděna oromotorická cvičení hrotu jazyka. Pro příklad, měl pan Jan držet hrot jazyka na alveolách za horními řezáky a po pěti sekundové prodlevě jazyk pustit na spodinu úst. Logopedka vysvětlila správnou artikulační polohu a rozdíl mezi otevřeným a zavřeným čelistním úhlem u hlásek R a Ř a jeho odchýlnou polohu hrotu jazyka. Vzhledem k dospělému věku klienta nebylo zapotřebí žádných mechanických pomůcek. Proto přešli k substituční metodě, kde využívali hlásky Ř v zapojení do souhláskových shluků, které se podobaly zvuku motoriky „DŘN“ s otevřeným čelistním úhlem. Tento způsob mu měl napomoci k rozkmitání hrotu jazyka na správném artikulačním místě. Po navození správných více kmitných vibrací přešli na slova, která obsahují vibrantu jednou či vícekrát v různých pozicích. Samozřejmě nejdříve se zapojením souhláskových shluků „TR“, „BR“, „DR“ aj., v nichž se rovnou pan Jan snažil o R přes substituci. Největší potíž dělala Janovi varianta „KR“, vzhledem k artikulačnímu postavení hlásek a jeho původní tvorbě hlásek. Například prý slovo Krkonoše mu dělá občas nesnáze dodnes.

Slovní zásobu pro touto část terapie si z větší části tvořil sám za pomoci přátel, kdy dostal za úkol do příští návštěvy vymyslet co nejvíce slov, kde se vibranta objevuje jednou či vícekrát. Nakonec přešli do zapojení slov s vibrantou do vět a snaha o automatizaci hlásky v textu. Pro automatizaci v textu používal pan Jan dětské bajky, prý o myši a sýru. Mezi další část terapie patřily sykavky, interdentalní sigmatismus hlásek C, S, Z byl u pana Jana zjevný, ale na sykavky se zaměřili až jako na druhotný

problém. Pro zafixování správné polohy jazyka při artikulaci pracovali následovně. Nejdříve byla vysvětlena panu Janovi problematika správné polohy za dolními řezáky a hlavně to, že hrot jazyka má v interdentalní poloze, což je špatně. A opět proběhl stejný proces úpravy artikulace za využití stejných materiálů při zapojení hlásky do slov, ale spíše slov do vět a textů typu bajka. Opět se stala problematická slova, kde se objevuje například hláska R a S dohromady.

Pokroky v terapii

Jan je teď ve fázi, kdy už zvládá s jistotou správnou artikulační polohu a prý konečně slyší ten rozdíl mezi správnou a odchýlnou artikulací. Zapojení hlásky do běžné mluvy je již průměrné. On sám říká, „*že se přede mnou snaží dávat pozor, ale občas to fláká*“. Pro něj je důležitá poloha jazyka na alveolách, kvůli operaci, která je zatím pouze v plánu. Proto je rád, že takového stavu dosáhl. Je slyšet, že hlásku Jan v běžné mluvě více vyzdvihuje nad ostatními hláskami. V oblasti sykavek došlo ke zlepšení, sám Jan ví, jaké artikulační postavení má mít, ale říká, že nedbá. To prý pro něj není důležité. A musím uznat, že udělal rozhodně pokrok. Sice nedbá, ale občas užívá. V terapii dále pokračují ve snaze o to, aby v užívání všech upravovaných hlásek došlo k ještě větší automatizaci.

Terapeutický materiál a pomůcky

Již při příchodu do logopedické ambulance byl Jan upozorněn, že materiálů pro dospělé týkajících se této problematiky moc není, při každé další návštěvě byl Jan upozorňován na stálý nedostatek těch vhodnějších materiálů. Speciální materiál, či materiál odpovídající jeho věku či profesi, kromě profesně zaměřených rozhovorů, využití ani připraven nebyl.

Logopedické materiály pro hlásku R

V rámci terapie hlásky R byl využit slovní materiál, který byl hojně kopírován pro domácí přípravu. Slovní zásobu si, jak už jsem zmiňovala výše, tvořil sám. Z hlediska automatizace nebyl využit jiný materiál než dětské publikace typu bajka.

Logopedické materiály pro ostré sykavky

V rámci terapie sykavek byl opět využit pouze textový materiál, ve kterém se jednalo spíše o zapojování slov do vět, než o artikulaci samotných slov.

Subjektivní pohled na užívané materiály

Pan Jan byl s materiály spokojený, i když používal k automatizaci hlásky v řeči dětské texty a knihy. Dle něj se alespoň trochu vrátil do dětství a pohádky mají velká písmena, takže nepotřeboval brýle. Bylo prý i hezké se z pohledu dospělého na bajku podívat jinýma očima. Tuto situaci nahrazovala možnost konverzace, při které dle své odbornosti s logopedkou řešil stavbu jejího domu a během spontánního mluveného projevu si musel dávat pozor na správnou artikulaci, popřípadě mu ji logopedka opravila.

Motivace

Motivace v účasti na terapii byla různorodá. Jan byl nejvíce motivován tím, že na rozdíl od dětského věku konečně slyšel rozdíl mezi správnou a odchýlnou artikulací, snáze se mu chápal důvod a způsob správné artikulace s hrotem jazyka na alveolách. Nejvýznamnějším motivačním prvkem byl cíl operace měkkého patra a zklidnění rodinného klimatu. Zájem v něm budila i příjemnost a sympatický přístup slečny logopedky, jež pana Jana zaujala svým jménem, které pro něj bylo také obtížné vyslovovat, jelikož se jak ve jméně, tak v příjmení objevovala vibranta R. V neposlední řadě ho velice těšil zájem ze strany jeho nejbližších přátel a snaha s pomocí při plnění úkolů na logopedickou terapii.

Vzhledem k pracovním činnostem, kterým se pan Jan věnoval po celou dobu svého života, kdy pracoval v rádiu při studiu na vysoké škole, dělal hlasatele během hokejových utkání a s naprostým klidem přednášel na veřejných konferencích a schůzích. Nikdy se mu, jak říká, naštěstí nestalo, že by někdo jeho výslovnost zesměšňoval či se mu vysmíval. Proto také nepocíťoval žádnou nutnost v logopedické terapii začít a také mu nepřišlo nic neobvyklého na jeho výslovnosti.

Pravidelnost domácí přípravy

Jan tvrdí, že cvičil denně i několikrát. Správně zapojoval logopedickou terapii do denního režimu a prý si zvuky tzv. motoriky, tedy zapojení hlásky do souhláskového spojení „DŘN“ procvičoval při jízdě městskou hromadnou dopravou.

Frekvence logopedického sezení

Jan docházel do ambulance každých čtrnáct dní, vzhledem k blízkosti ambulance jeho pracovišti a možné pracovní volnosti, nebyl důvod si na terapii neudělat čas. V současné době vzhledem ke změně práce a nasazení už tolik času na terapii není.

Závěr

Příčinou zafixované odchylné artikulace může být nedocílená terapeutická péče v dětském věku. Vzhledem k časté frekvenci logopedických sezení pana Jana byla terapie velice intenzivní. Další podporou vývoje byla celková motivace zapříčiněná zdravotními komplikacemi, kterým chtěl pan Jan předejít, což bylo asi největšími hybateli v rámci terapie a důvodem začátku terapie vůbec. I když materiál, který byl použit, neměl pro klienta až tak motivující hodnotu, tak mu nijak nevadil a k terapii měl stále kladný přístup. Vzhledem k tomu, že pan Jan zvládá hlásku artikulčně správně a už je jen na něm, jak moc si bude hlásku ve spontánní řeči hlídat, můžeme považovat terapii za úspěšnou a dosahující svých cílů, alespoň v oblasti hlásky R V rámci ostrých sykavek už terapie takových úspěchů nedocílila. Příčinu můžeme hledat v menší důležitosti změnit odchylné výslovnosti pro pana Jana a tím i pád i menší motivace v rámci terapie. Celkově můžeme říci, že pokud by pan Jan stále chtěl, je možnost úplné úpravy odchylné artikulace i v oblasti ostrých sykavek.

5.6 Kazuistika dítěte s dyslalií

Abstrakt

Dyslalie je podle odborných zdrojů brána za nejčastější narušení komunikační schopnosti u dětí. V rámci terapie u tohoto narušení komunikační schopnosti je důležitá domácí příprava a kvalitní mluvní vzor v rodině v souvislosti s adekvátním předvedením terapeutických metod v rámci domácí přípravy. Kazuistická studie, která sleduje přetrvávající vývojovou dyslalií do staršího školního věku, demonstruje právě zanedbanou domácí přípravu a neadekvátní mluvní rodinný vzor, který narušuje do určité míry logopedickou terapii. Proto možné negativní dispozice pro jazyk a nemožnost dítěti ukázat správnou výslovnost, dítě v terapii neposouvají dle možností.

Popis případu

Jméno: Adéla

Narozena: září 2005

Věk: 10 let

Diagnóza: Dyslalie

Kontrolní vyšetření 10/2015

Slovní zásoba je v pásmu širší normy. Gramatická struktura vět je jednodušší. Srozumitelnost spontánní řečové produkce je vzhledem k původnímu stavu zlepšena. V rámci terapie je stále posilována motorika mluvidel a grafomotorika a jemná motorika jsou stále podporovány. Sluchová percepce a fonemický sluch je stimulován. Snaží se o stálé posilování zrakové percepce a pravolevé orientace.

Rodinná anamnéza

Rodina je úplná, oba rodiče jsou středoškolsky vzdělaní. V širší rodině se neobjevují vady sluchu a řeči. V užší rodině se vyskytuje ze strany matky špatný mluvní vzor v rodině. Matka má odchylnou výslovnost hlásky R a špatně tvoří sykavky. O logopedickou terapii se zajímá pouze matka, ale vzhledem ke své tvorbě hlásek nevidí velký význam v terapii a nechápe, jak špatně dcera hlásky tvoří.

Osobní anamnéza

Těhotenství u Adély probíhalo v naprosté normě společně s porodem. Vývoj hrubé motoriky probíhal bez potíží. Adéla seděla v šesti měsících a chodila už v roce. Není v péči žádného odborného oddělení. Uzdička byla v pořádku. Adéla se dobře adaptovala při nástupu do mateřské školy, ale nechodila tam ráda. Logopedka doporučovala, aby s Adélou na základě jejího doporučení pracovali i pedagogové v mateřské škole. Adéla je chápavá a je schopna udržet pozornost. Do školy nastoupila bez odkladu. Ve čtení si Adéla plete písmena a vyvozené hlásky moc nepoužívá. Ze zprávy ze speciálně pedagogického centra vyplývá, že má nízkou úroveň krátkodobé sluchové paměti. Adéla dělá chyby v reprodukci rytmu a výkon v oblasti čtení je poznamenán vadou výslovnosti.

Začátek terapie

Na terapii Adéla nastoupila v březnu 2011, tedy v pěti letech na základě doporučení od pediatra po pětileté prohlídce.

Průběh terapie

Spolupráce při terapii je na dobré úrovni. Artikulace je u Adély ve spontánní řeči opravdu hůře srozumitelná. Adéla nekonstantně zapojuje hlásky i ty, které umí správně vyslovit izolovaně. V mluvě se objevují asociační shluky. V rámci terapie se už na samotném začátku zaměřují na motoriku jazyka, a to cíleně na alveolární postavení jazyka. Pro upevnění postavení využívají alveolární hlásku N nebo D. Pro lepší motivaci při terapii používají jedlý papír položený na alveoly. To Adélu, asi jako každé dítě baví. Kromě motoriky jazyka, kdy se zaměřují na vysouvání jazyka

na rty a k nosu, se snaží o rozvoj sluchové diference, zaměřují se na to, kdy je daná hláska ve slově, aby to Adéla uměla poznat.

Když se povedlo zafixovat alveolární postavení jazyka, snaží se zapojit hlásku D a N do slov. Bilabiální hlásku B, kterou dívka tvoří nezněle, se snaží tvořit přes brnkání na rty a zapojení do slabik. Později se snaží o zapojení do slov přes souhláskový shluk „MMBB“. Další hláska, na kterou se zaměřují, je sykavka C, kterou vyvozují přes šeptané T. Vzhledem k matčině nesprávnému mluvním vzoru se neví, kdo s dívkou doma cvičí, jelikož ani ona není toho tvaru schopná.

Terapie u alveolárních hlásek D a N stále nepokračuje, i když už je dívka schopna dát jazyk na alveoly, tak v této pozici ale není schopna artikulovat. Při artikulaci hlásky B si dívka neumí pomoci substituční metodou přes hlásku M a stále její výslovnost znělého B zní jako neznělé P. Terapie hlásky C je v začátcích, Adéla je schopna artikulovat hlásku C izolovaně bez větších obtíží a zapojí ji do koncovek slov. Je vidět, že matka stále postrádá význam terapie a neuznává, že pokud dítěti nedokáže doma správnou artikulaci předvést, tak se to její dcera může těžko sama naučit. V listopadu se už daří zapojit do všech artikulačních poloh ostrou sykavku C. Je vidět, že se dítěti nikdo nevěnuje. Nezvládá pomocné „říkanky“, plete si verše, i když se jedná pouze o čtyřverší. Jelikož se daří zapojit ostrou sykavku C, je možné začít s další ostrou sykavkou v řadě a to sykavkou S. Tato sykavka je vyvozována izolovaně a postupně zapojována do slov. Adéla má velmi slabou sluchovou paměť, není schopna zopakovat ani krátkou větu. Proto je s ní proveden sluchový test dle Matějčka, který se zaměřuje na rozlišení slov stejných a nestejných. Adéla má z dvaceti pěti slov osm chybně. Test byl prováděn v šesti letech a sedmi měsících.

Na začátku roku 2012 stále procvičovali sluchovou diferenciaci za pomoci vytleskávání slabik ve slově a nacvičování rozpoznání první slabiky ve slově. Adéla má také menší problém v pravolevé orientaci, takže do terapie artikulace zapojují i hledání rozdílů na obrázku, čímž se orientace zlepšuje. Dívka má největší problém v rozlišování znělosti a neznělosti hlásek, což se projevuje také na artikulaci. Vzhledem k upevňování

hlásky S ve slovech přechází na poslední sykavku této řady, hlásku Z. U dívky opět nastává potíž se znělostí, ale po vysvětlení u odhmatávání hlasivek se rozdílnost daří, a když je dívka napomenuta, tak se správně opraví. Opět se vracejí k procvičování hlásky D, jako průpravě pro hlásku R. Bohužel substituční metoda při vyvozování hlásky R vážne a proto přecházejí na podjazykovou masáž. Dívka musí nejdříve pořádně upevnit opakované „DDD“ na alveolách. Na obratnost jazyka zvolila logopedka tzv. myofunkční terapii.

Spontánní znělost stále vážne. Adéla dostává souvislé texty, kde se snaží o automatizaci. Naopak v oblasti přípravy na substituční metodu došlo k určitému zlepšení. Dívce se daří souhláskové shluky na začátku slov „VD“ a „FD“. V rámci terapie se stále objevuje rozvoj zrakové percepce, který se rozvíjí v rámci vyvození artikulace, kdy popisují obrázek nebo sérii obrázků. U výslovnosti se v rámci terapie snaží o to, aby Adéla pochopila, jak zní nesprávná a správná výslovnost. Na ostré sykavky už je domů zadán materiál pro tvorbu vět na každou sykavku zvlášť.

V září 2013 stále cíleně do artikulace zapojují znělost hlásek D, B, Z a Ž. V lednu 2014 Adéla nezvládá autokorekci. U jiných osob chybnou výslovnost, zdá se, rozliší, ale u sebe ne. V oblasti hlásky R opět přechází k podjazykové masáži, která byla dívce řádně vysvětlena už po několikáté.

Adéla v rámci terapie pokračuje až v listopadu 2014, bohužel po velké prodlevě. Substituční metoda se vytratila a Adéle naskočilo velární R, tím jak se o vyvození hlásky snažila sama. Bohužel regrese je i v oblasti sykavek obou řad, dívka u obou řad sykavek špulí ústa. Proto je potřeba začít od samotného začátku. Od ledna 2015 začíná v rámci terapie spolupráce se školou, kde s dívkou provádí to, co je jí doporučeno na logopedii. Adéla začala zvládat samostatné vyprávění u pohádky O Koblížkovi. Stále probíhá rozvoj fonemického sluchu, přítomnost hlásky ve slově. Tato činnost se daří jen částečně. V rámci substituční metody, na kterou se opět musí zaměřit, aby předešli pokračování velárního rotacismu, se snaží o zlehčení a zrychlení provádění substituční metody. A opakované zapojování podjazykových masáží společně s metodou předešlou.

Pokroky v terapii

Automatizace hlásek nepostupuje. Stále má Adéla potíže ve znělosti. V rámci sluchové diferenciacce pořád komolí slova. V rámci sluchové diferenciacce a fonematického sluchu určuje počet slabik ve slově, první a poslední hlásku ve slově. V rámci sluchové analýzy se Adéla učí poznat procvičovanou hlásku ve slově. Je důležité, aby jí doma opravovali a pracovali s ní. V rámci posilování motoriky jazyka jsou prováděna izometrická cvičení a snaha o odstranění velárního R.

Terapeutický materiál a pomůcky

V rámci terapie byl využit tento obrázkový materiál pro potřebné hlásky.

Materiály pro hlásky C, S, Z

Obrazový materiál, slovní materiál, texty či básničky. Využívány byly publikace jako je například kniha Logopedické cvičení, Šimonovy listy či Mařenka už říká Ř. Byla využívána i fixace v textech, jako jsou texty se sociálním čtením či tvorba vět na základě předlohy.

Materiály pro hlásky B, D, N

Využívány obrazové materiály od Pumprly. Básničky z knihy Říkej si se mnou, které jsou čtyř a víceveršové. Dále obrazový materiál ze Šimonových listů. Další součástí materiálů byla četba a následné vyprávění textu.

Materiály pro hlásku R

Průprava pro hlásku a v rámci substituční metody sada obrázků od Pumprly a kniha Mařenka už říká Ř.

Mechanické pomůcky a materiály

Mechanickou metodou jsou pouze masáže jazyka, které je Adéla ochotna dělat. R-vibrátor při terapii zásadně odmítá, ani neotevře ústa. Metoda prstových masáží byla matce vysvětlena a Adéla ji provádí dle instrukcí.

Motivace

U Adély nereflektuji téměř žádnou motivaci. I když se jí děti ve škole smějí, nepovažuje to za důležité. Maminka mluví také špatně, tak proč by se učila ona. Bere to spíše jako hru, kdy chodí na logopedii s úsměvem a těší se „*co zase bude*“. Nebere to jako svoji povinnost a nijak nevyžaduje zlepšení. Je možné, že na základě dlouhé terapie, která nemá moc velké zlepšení, dívka už rezignovala.

Pravidelnost domácí přípravy

Domácí příprava je spíše mizivá, není zahrnuta do denního režimu. Jak již opakovaně zmiňuji, matka nevidí v terapii moc velký význam, proto ani domácí přípravě nepřikládá velkou váhu. Dle logopedky vždy jen přijdou, aby si to odbyly, a s úsměvem odcházejí. Nedbalá domácí příprava je možnou příčinou regrese v terapii.

Frekvence logopedických sezení

Adéla dochází na logopedii tak jednou za měsíc. Vzhledem k tomu, že matka nevidí význam v terapii, často terapie ruší a někdy dochází i k dvou až více měsíční prodlevě.

Závěr

V rámci logopedické terapie se na základě informací snaží o docílení fixace hlásek. Bohužel síla narušení mluvního vzoru, která je také možnou příčinou nesprávné výslovnosti dcery, zapříčinila nedosáhnutí prakticky velkých změn v rámci terapie, která trvá již skoro pět let. Matka není schopna provádět kvalitní domácí přípravu a terapeutické úkoly, jelikož má sama odchýlnou výslovnost. Nešťastné sklouznutí do odchýlné tvorby vibranty je zapříčiněné samostatným nácvikem dcery bez kvalitního dohledu matky. Druhou vibrantu, i vzhledem ke svému věku, dívka stále tvoří nesprávně. Terapeutické materiály vhodné pro dětský věk se snaží podpořit motivaci i terapeutický proces. Měla jsem možnost dívku vidět číst a kvalita srozumitelnosti mluvy při čtení je opravdu velice špatná. Proto, aby došlo ke změně stavu, by byla potřeba větší motivace jak ze strany matky, tak vzhledem k věku dívky, také ze strany její. I když má značné těžkosti se svou výslovností i ve školním prostředí, nijak ji to neinspiruje k většímu zapojení se do terapie.

Myslím si, že pokud s dívkou nezačne pracovat někdo z užší rodiny, jehož mluvní vzor je v pořádku, jako je například otec nebo prarodiče, je možné, že pro dívku v tuto chvíli snazší artikulační verze velárního R zůstane aktuální i do budoucna i přes veškerou snahu logopedické terapie. Proto nevím, zda logopedická terapie, která stále přetrvává, dosáhne do dalších let větších změn. Terapeutické materiály vhodné pro dětský věk se snaží podpořit motivaci i terapeutický proces.

5.7 Kazuistika dospělého s dyslalií

Abstrakt

Logopedická terapie u dospělého jedince s odchýlnou artikulací je podle odborných zdrojů možná. K úspěchům nejvíce dopomáhá motivace daného klienta na terapii docházet, bez ní je terapie většinou méně úspěšná. Kazuistická studie ukazuje případ motivovaného klienta, jehož hlavním cílem je vytvoření správného mluvního vzoru v nynější rodině. Jeho motivace je silná vzhledem k tomu, že se terapie účastní i jeho děti. Avšak i vzhledem k intenzivní terapii je stále v oblasti fixace hlásky ve slovech.

Popis případu

Jméno: Ondřej

Narozen: leden 1972

Věk: 43 let

Diagnóza: velární rotacismus a rotacismus bohemicus

Vstupní vyšetření 9/2014: Na základě doporučení bylo provedeno vstupní vyšetření artikulace, kde byl zjištěn velární rotacismus a rotacismus bohemicus.

Rodinná anamnéza

Pan Ondřej pochází z úplné rodiny a žádné vady řeči a sluchu se v rodině neobjevují. Jeho současná rodina je úplná s dvěma dětmi. Obě děti dochází na logopedii. Mladší dcera s vývojovou dyslalií a starší syn dochází na logopedii stejně jako otec z důvodu rotacismu. Rodinné prostředí pana Ondřeje je stimulující a harmonické a umožňuje mu plně se do logopedické terapie zapojit.

Osobní anamnéza

Pan Ondřej neměl problém v dětství s uzdičkou. V hrubé ani jemné motorice potíží nebyla. V dětském věku asi okolo pátého roku si pan Ondřej při pádu na schodech překousl jazyk. Pak se čekalo, až jazyk sroste. Pan Ondřej se rozhodl na terapii docházet z důvodu mluvního vzoru ve stávající rodině. Bohužel na terapii začal opět docházet,

až když na terapii začal chodit jeho syn se stejnou vadou artikulace. Sám říká, že by na terapii ani nenastoupil, kdyby neměl děti a nechtěl jim dělat špatný mluvní vzor. Jelikož ho vada řeči nikdy v ničem neomezovala a nepovažoval za důležité ji nějak zvláště řešit.

Předchozí logopedická terapie

Pan Ondřej docházel na logopedii již v dětském věku s dyslalií vývojovou. Bohužel terapie neměla žádný výsledek a docházel na ni poměrně krátce, jen před vstupem do první třídy a na terapii nevzpomíná v dobrém. Dle jeho matky docházeli pouze rok a nedbale, jelikož po nich nikdo důslednou docházku nevyžadoval a také jim přišlo, že už syn vibranty zvládá. Příčinou přetrvávajících problémů v artikulaci je právě možné zanedbání logopedického působení v dětském věku, jelikož si pan Ondřej jako náhradní mechanismus hlásky R vytvořil vibrantu velární, společně s velární hláskou Ř.

Začátek terapie

Pan Ondřej nastoupil na terapii v říjnu roku 2014, společně s nástupem svého syna, na logopedickou terapii docházejí společně.

Průběh terapie

Na začátku logopedické terapie byla za pomoci logopedického zrcadla vysvětlena správná pozice hrotu jazyka, kdy v začátcích terapie pan Ondřej zrcadlo stále využíval. V rámci terapie hlásky R bylo pro vyvození intaktní hlásky využito substituční metody. V rámci této metody se pomocí souhláskových shluků „TDN“ a “DNDN“ a samotné substituce snažili o vyvození správné polohy hrotu jazyka s vyvozením kmitného intaktního R.

Jelikož je pan Ondřej dospělý a už mu nedělá potíže pochopení celkové intaktní polohy, byl schopen i bez využití mechanických pomůcek kmitné R v určitých pozicích vyvodit asi po dvou až třech měsících. V rámci substituční metody a souboru slov stále pokračuje v souhláskových shlucích a slovech kdy je hláska v pozici na začátku, konci i uprostřed po samohlásce.

Stále problémové jsou pro pana Ondřeje slova se shluky „CR“, „KR“, hláska na konci slov a slova s více R. Slova s hláskou na začátku mu přijdou triviální. Je ale vidět, že hláska není vůbec zafixovaná, pouze když si pan Ondřej vzpomene, tak ji použije. Ve spontánní řeči ale používá velární R, aniž by se pokoušel o intaktní variantu. Sám říká, že je to pro něj velice těžké a zatím hlásku nepoužívá běžně vůbec. V rámci terapie je vždy zvolen text s neinfantilní tematikou struktury časopisu, ve kterém pan Ondřej při terapii čte. Hlásku Ř ještě nezačali v rámci terapie vůbec řešit vzhledem k zatím nezafixovanému R.

Pokroky v terapii

Pan Ondřej je v rámci terapie na samotném začátku, hlásku umí sám vyvodit, což je v rámci pokroku v terapii velice důležité. Shluky jako „TRR“ a „DRR“ už zvládá výborně. Momentálně je ve stádiu fixace hlásky ve slově ve všech pozicích. Do oblasti fixace a automatizace hlásky v běžné řeči ještě nedošel. Druhou z vibrant zatím ani vyvozovat nezačali vzhledem k nezautomatizovanému R. V rámci terapie si logopedka všimla, že pan Ondřej nemá úplně správnou ani výslovnost hlásky L, která je spíše nedbalá než odchylná.

Terapeutický materiál a pomůcky na hlásku R

K terapii hlásky R byl využit materiál se souborem slov k hlásce, který od logopedky dostával na několika listech. Vzhledem k substituční metodě se jednalo o soubor slov se souhláskovými shluky „TR,DR,PR...“ Vzhledem k tomu, že pan Ondřej je schopen, pokud se soustředí, vyvodit kmitné R, je doma pověřen vybírat si jakýkoliv text dle svého zájmu, a to vzhledem k častému výskytu vibrant ve slovech. A je na něm, aby četl a pokud se hláska objeví, aby byl schopen slovo obsahující hlásku správně vyslovit. R-vibrátor ani jiné mechanické pomůcky nepoužíval, nebyly třeba vzhledem k poměrně rychlému vyvození kmitného zvuku. Kromě textů využívá pan Jan i slovník, například česko-německý, ve kterém si najde hlásku R a zkouší všechna slova. Nějaké materiály či texty vytvořené pro něho logopedkou na domácí přípravu neobdržel.

Motivace

Velkou motivací pro pana Ondřeje je souběžná terapie s dětmi. Především změna jeho odchýlného mluvního vzoru artikulace právě kvůli nim, aby mohl jít dětem příkladem. V práci ani v běžném životě se necítil se svou artikulací nijak středem pozornosti, proto ho odchýlná artikulace nijak neomezovala a také nic jiného ho do terapie doposud nemotivovalo.

Subjektivní pohled na užívané materiály

Pomůcky a materiály, které pro terapii využívá, mu nepřijdou nijak infantilní ani nemotivující vzhledem k tomu, že se na výběru materiálu z velké části podílí sám, nemá s materiálem sebemenší problém.

Pravidelnost domácí přípravy

Pan Ondřej se snaží cvičit denně a je vidět, že se jeho logopedické cvičení stalo součástí denního režimu. Snaží se využívat chvílky, když jede například autem, pro několikaminutové cvičení. V autě se například snaží postupovat podle abecedy, kde se snaží vymýšlet co nejvíce slov, kde se hláska objevuje, až dojde na konec abecedy. Vzhledem k pravidelnému dojíždění do práce, je toto cvičení prováděno dvakrát denně. Říká, že dle času se snaží procvičovat i doma, ale tam času moc není. Někdy je schopen vyzkoušet i padesát slov denně.

Frekvence logopedických sezení

Pan Ondřej dochází na logopedii pravidelně každé tři týdny. Sám říká, že zatím se pravidelnost udržuje kvůli dětem, ale kdyby bylo jen na něm, tak neví, jestli by u terapie stále ještě vydržel.

Závěr

Pan Ondřej dochází do ambulance asi z nejtýpčtějšího důvodu a to mluvního vzoru v rodině, který se stal právě příčinou začátku terapie. Terapie byla vedena i v dětském věku, ale nedůsledně, což zapříčinilo zafixování odchýlného způsobu artikulace. Vzhledem k prozatímní krátké době terapie, i když intenzivní, je stále ve fázi fixace hlásky ve slovech. Terapeutické materiály nejsou nijak infantilní, a jelikož si může

materiály pan Ondřej vybírat sám, myslím, že mají i motivační hodnotu. Jak sám klient uvádí, závisí jeho příprava pouze na jeho dětech. Pokud děti na logopedii chodit přestanou, neví, zda bude sám v terapii dále pokračovat. Tvrdí, že pokud by teď začal používat ve spontánní řeči hlásku správně, spíše by měl nutkání se zakloktávat, proto raději využívá svou odchylnou verzi hlásky.

5.8 Ukázkový logopedický materiál pro dospělé klienty

V rámci praktické části jsem chtěla nastínit problematiku logopedických materiálů, zejména u dospělých osob. Jelikož jsem u jednoho z klientů zjistila, že materiály, které používal, na něj neměly infantilní dopad, ale jsou vhodnější pro děti. Proto jsem se rozhodla vytvořit krátký materiál, který by se mohl využívat u dospělého klienta k fixaci a automatizaci hlásky R.

Jako první ukázkový materiál uvádím kartičky se slovy, kde se hláska objevuje v určitých pozicích ve slově. Klient si bude tahat v libovolných variacích po dvou z jedné podskupiny tématu nebo tři kartičky, což znamená z každé podskupiny tématu jednu a libovolně tvořit věty. Ukázka viz obr. 1. a obr. 2. Další částí jsou texty s doplňovačkou, kde je hláska již ve všech pozicích, které může klient číst. Poslední text se týká souhláskového shluku „KR“, který klientovi, jenž mě inspiroval k vytvoření ukázky materiálu možného pro automatizaci hlásky, dělal a dělá největší potíže. Nakonec si jedinec může dát literární desetiminutovku, na kterou může také tvořit věty.

Sport

Podskupina 1: Turnaj, florbal, karta, Jarda, červená

Podskupina 2: Rusko, rychlost, reakce, rvačka, rugby

Podskupina 3: Pohár, nábor, amatér, motor

Vaření

Podskupina 1: Okurka, horko, Šárka, Martin, porce, perník

Podskupina 2: Rajče, rýže, rajská, ryba, recept, rizoto

Podskupina 3: Pohár, poměr, večer, sýr

Kancelářská práce

Podskupina 1: Termín, norma, nervy, archiv, sborník

Podskupina 2: Razítko, rukopis, radní, regulace, redakce,

Podskupina 3: Záměr, závěr, vzor, spor (Dvořák, Pavlík, 2000)

Ukázka možného využití „SPORT“

Obr. 1 – Ukázkové kartičky „SPORT“



Obr. 2 – Výběr z ukázkových kartiček „SPORT“



Text s doplňovačkou pro čtení

Recept na bramborový salát

Do bramborového salátu...

Oloupu

petržel, cibuli, brambory, celer a mrkev

Pak nakrájím

brambory, celer, okurky, vejce a mrkev

Na závěr použiji

majonézu, jogurt a hrášek

Nakonec vše dohromady promíchám!

Text na čtení s doplňovačkou

Párek v rohlíku

Párek v rohlíku je pokrm určený k _____ občerstvení. Skládá se z _____ párku, který je v _____ či bagetě. V České republice se párek v rohlíku začal údajně prodávat až od roku _____. V tomto roce jistý prodavač uzenin viděl pokrm na prázdninové dovolené v _____ (Párek v rohlíku, 2016, online).

(horký, Madrid, rohlík, rychlý, 1972)

Výlet

(zaměřený na souhláskový shluk „KR“)

Na náš roční výlet jsme se vydali do Krkonoš. Právě _____ jsou nejvyššími horami v České republice. Panorama Krkonoš můžeme sledovat od _____ v Královéhradeckém kraji. Nejvyšší vrchol je _____. Poté jsme se vydali na severozápad naší republiky, kde se nachází _____. Pro milovníky měst jsme vybrali prohlídku města _____ v Polsku. Nakonec jsme viděli město Krnov, které se nachází v moravskoslezském kraji (Krkonoše, 2016, online).

(Černilov, Krušné hory, Krakov, Krkonoše, Sněžka)

Literární test

Bohumil Hrabal	Věc Makropulos
Karel Čapek	Amoresky
Karel Havlíček Borovský	Obsluhoval jsem anglického krále
František Nepil	Proti všem
Karel Kryl	Já Baryk
Alois Jirásek	Epigramy

(správné odpovědi dle chronologie autorů: Obsluhoval jsem anglického krále, Věc Makropulos, Epigramy, Já Baryk, Amoresky, Proti všem)

Kvalitativní analýza výsledků

Praktická část je zaměřena na sběr kazuistických studií s diagnózou dyslalie, která byla diagnostikována na pracovištích klinické logopedie, kde také dále probíhá péče. Cílem je analýza a rozbor příčin, společně s charakteristikou frekventovaných obtíží v rámci logopedické terapie u dětí a dospělých jedinců. V rámci šetření byli analyzováni čtyři jedinci.

Oblast narušené komunikační schopnosti týkající se odchylné a nesprávné artikulace je častým jevem zejména u dětí, se kterými se v ambulancích setkáváme často. Oproti tomu dospělé jedince s odchylnou artikulací v ordinacích logopedů až tak často nevidíme, a proto je také jejich terapie jedinečná co do obsahu, tak do formální stránky materiálů užívaných při terapii.

Data získaná zpracováním kazuistických studií přinesla odpovědi na výzkumné otázky a fakta zmiňovaná literaturou, bez nároku na zevšeobecnění. Mezi nimi například důležitost motivace při logopedické terapii ze strany klientů, možné způsoby vyvození hlásek a příčiny jevů způsobené mluvním vzorem v rodině či variace nedůsledné domácí přípravy, která vyústila v odchylnou formu artikulace. Již teorií zmiňovaný fakt, že se formální stránka materiálů liší, v terapii u dospělých jedinců byl prokázán v rámci šetření jen částečně, jelikož jeden z materiálů se od toho pro děti nelišil vůbec. Vliv materiálů na jedince byl kladný. Ukázalo se, že osobnost jedince s dyslalií je v dětském věku pod vlivem reakce svého okolí vystavena jevům, které mohou výrazně zasáhnout do sebepojetí a sebehodnocení jedince. Naopak v prostředí konkrétních dospělých klientů odchylná artikulační schopnost nepůsobila nijaké nesnáze. U prvního ze dvou dospělých klientů se ukázal nezvyklý důvod začátku logopedické terapie. Druhý klient začal logopedickou péčí z důvodu zmiňovaného literaturou, mluvního vzoru v rodině.

Praktická část demonstruje úskalí a pohled do logopedické terapie v oblasti odchylek artikulace. Závěr z analýzy logopedických materiálů pro dospělé byl inspirací pro vytvoření vlastního ukázkového logopedického materiálu, který se z některé části snažil o reakci na problematiku u daného klienta. Dlouhodobá terapeutická péče byla na základě informací vedena systematicky u všech klientů. Avšak do procesu úpravy

percepčně motorických vzorů hlásek se promítají vlivy, jako je například nedostatečná motivace, neadekvátní domácí příprava, či logopedická péče cílená nesprávným směrem například nerespektování vývojové řady sykavek k hlásce Ř či vývojové řady L, R, Ř v dětském věku u dospělých klientů, které se staly možnými příčinami prozatímních přetrvávajících obtíží, jež se v rámci další terapie musí odstranit a na základě dostatečné motivace dosáhnout automatizace hlásky a jejího zapojení do všech úrovní projevu.

Závěr

Bakalářská práce na téma Dyslalie v dětském věku i u dospělých osob je rozdělena do dvou částí, teoretické a empirické. Teoretická část se ve své první kapitole zaměřuje na řeč a artikulaci. Artikulace a její oblast vývoje artikulační schopnosti má velký význam pro oblast odchylné artikulace. Kapitola se dále zaměřuje na podstatu správné artikulace v životě jedince.

Druhá kapitola se zaměřuje na samotnou diagnózu dyslalie a její symptomatologii, klasifikaci, výskyt a etiologii. Charakterizuje průběh diagnostiky a vzájemnou důležitost spolupráce pediatrie a logopedie. V neposlední řadě vysvětluje způsoby odchylné artikulace u vybraných hlásek, které patří mezi ty nejfrekventovanější v rámci problematiky dyslalie.

Třetí kapitola se zaměřuje na pohled dyslalie ve spojení se sebehodnocením, motivací a životním postavením jednice ve společnosti s přetrvávajícími odchylkami artikulace. Postavení ve společnosti se týká nejen dospělých ale i dětí. Děti se mohou stávat z pohledu okolí méně schopné či mohou být vystaveni takovým reakcím svého okolí, které může výrazně zasáhnout do jejich sebehodnocení a zapříčinit až negativismus dítěte, stejně tak čas strávený terapií může narušovat denní režim, který je vyplněn hlavně školními povinnostmi, mezi nimiž se můžou vyskytnout těžkosti, týkající se výuky cizího jazyka a terapie určitých hlásek.

Poslední kapitola teoretické části se zabývá logopedickou terapií, jejími zásadami a terapeutickými přístupy, na které je potřeba nahlížet z komplexního hlediska. Kapitola obsahuje také část týkající se terapeutických postupů u vybraných hlásek, které můžeme v rámci terapie využít. V závěru je kapitola zaměřena na terapeutický materiál a pomůcky, které vyzdvihují materiály bez infantilního podtextu, které se dají využít v rámci terapie pro dospělé klienty s dyslalií.

Praktická část, která je posledním oddílem bakalářské práce, je zaměřena na kvalitativní výzkum sběru kazuistických studií, které se týkají dětí a dospělých jedinců s diagnózou dyslalie. Kazuistické studie sledují průběh terapeutického procesu, ve kterém je blíže sledována charakteristika oblasti příčin, úskalí a problematika materiálního zajištění logopedické terapie hlavně u dospělých jedinců. Zjištění u konkrétních případů terapie potvrdilo rozdílnost materiálů mezi dětmi a dospělými z hlediska formální stránky. V jedné z kazuistických studií se však ukázalo, že klient používal jeden materiál pro dětský věk. Právě zjištění, která vyplynula z výsledků praktické části, byla inspirací pro vytvoření návrhu terapeutických materiálů pro dospělé, které jsou využitelné pro fixaci a automatizaci vybrané hlásky.

V rámci praktické části bylo mou snahou a cílem poukázat na příčiny, které ovlivňují aktuální stav artikulace klienta. Také jsem se snažila poukázat na rozmanitost a motivační hodnotu materiálů jak u dětí, tak zejména u dospělých osob. Můj výzkum potvrdil zjištění z odborných zdrojů z hlediska metod a pomůcek. Používají se metody mechanické a substituční, společně s nápodobou a pomůcky pro dospělé se liší a nebyly pro ně v rámci výzkumu frekventovaně užívány dětské materiály. Stejně zjištění se potvrdilo v rámci motivace, která docílení fixace hlásky jen podporuje a postavení jednice s diagnózou dyslalie ve společnosti, které se projevilo v negativním směru, zejména u dětí.

Seznam použitých zdrojů

BALAŠOVÁ, Jana. *Kapitoly z logopedie*. 1. vydání. Praha: Vysoká škola J. A. Komenského, 2003. ISBN 80-86723-05-4.

BENDOVÁ, Petra. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3853-6.

DVOŘÁK, Josef. *Slovní patlavost: verbální dyspraxie*. 1. vydání. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 1999. Logopaedia clinica. ISBN 80-902536-0-1.

DVOŘÁK, Josef a Josef PAVLÍK. *Nácvik R a Ř*. 1. vydání. Ilustrace Libuše Minaříková. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2000. Logopaedia clinica. ISBN 80-902536-1-X.

DVOŘÁK, Josef. *Vývojová fonologická porucha*. 1. vydání. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2003. Logopaedia clinica. ISBN 80-902536-4-4.

DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. 3., upr. a rozš. vydání. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. Logopaedia clinica. ISBN 978-80-902536-6-7.

GÚTHOVÁ, Marta a ŠEBIANOVÁ, Daniela. *Terapie dyslalie*. In LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5.

HÁJKOVÁ, Eva. *Zvuková stránka češtiny: úvod do fonetiky a fonologie*. 1. vydání. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2006. ISBN 80-7372-145-7.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.

JEDLIČKA, Ivan. Vývoj řeči. In ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Kapitoly z logopedie II a III*. 1. vydání. Brno: Paido, 1998. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-62-1.

KLENKOVÁ, Jiřina, Barbora BOČKOVÁ a Ilona BYTEŠNÍKOVÁ. *Kapitoly pro studenty logopedie: text k distančnímu vzdělávání*. 1. vydání. Brno: Paido, 2012. ISBN 978-80-7315-229-1.

KNOTOVÁ, Dana. *Školní poradenství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4502-2.

KRAHULCOVÁ, Beáta. *Dyslalie - patlavost*. 1. vydání. Praha: Beakra, 2007. ISBN 978-80-903863-0-3.

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Dyslalie: metodika reedukace*. 2. vydání. Praha: Septima, 2010. ISBN 978-80-7216-269-7.

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Budu správně mluvit: chodíme na logopedii*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3687-7.

LECHTA, Viktor. *Logopedické repetitóriium: teoretické východiská súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. 1. vydání. Bratislava: Slov. pedagog. nakl, 1990. ISBN 80-08-00447-9.

MLČÁKOVÁ, Renata a Kateřina VITÁSKOVÁ. *Narušení artikulace a narušení vývoje mluvené řeči - vstup do problematiky*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3721-7.

NEUBAUER, Karel. Logopedická péče o dospělé osoby s poruchami řečové komunikace. In ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.

NEUBAUER, Karel. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. 3. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. ISBN 978-80-7435-053-5.

NEUBAUER, Karel. *Artikulace a fonologické rozlišování hlásek: jak předcházet rozvoji odchylek výslovnosti u dětí*. 1. vydání. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2011. ISBN 978-80-7311-118-2.

NEUBAUER, Karel. *Logopedie a surdologopedie: učební text pro základní kurz*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-500-4.

OHNESORG, Karel. *Fonetika pro logopedy*. 1. vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství Praha. 1974.

POKORNÁ, Jaroslava a Milena VRÁNOVÁ. *Přehled české výslovnosti: logopedická a ortoepická cvičení pro dospělé*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-169-3.

SALOMONOVÁ, Anna. Dyslalie. In ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.

SOVÁK, Miloš. *Logopedie*. 2. vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 1965.

STRAUSS, Anselm L a Juliet M CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1. vydání. Boskovice: Albert, 1999. SCAN. ISBN 80-85834-60-X.

ŠKALOUDOVÁ, Renata a Pavel KOUTSKÝ. *Ohrožený břichomluvec: Čtenářské pracovní listy k upevnění správné výslovnosti*. 1. vydání. Praha: Wolters Kluwer, a.s. 2015.

VÁGNEROVÁ, Marie, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Stanislav ŠTECH. *Psychologie handicapu*. 2. vydání. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-929-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. vydání., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

VITÁSKOVÁ, Kateřina. Fyziologie produkce a percepce orální komunikace s důrazem na orální praxi. In VITÁSKOVÁ, Kateřina a Alžběta PEUTELSCHMIEDOVÁ. *Logopedie*. 1. vydání. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1088-5.

VITÁSKOVÁ, Kateřina a Eva RÁDLOVÁ. *Logopedie - Andragogika*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. Texty k distančnímu vzdělávání v rámci kombinovaného studia. ISBN 80-244-1188-1.

VYŠTEJN, Jan. *Vady výslovnosti: diagnostika, ošetření a prevence patlavosti*. 1. vydání. Praha: SPN, 1991. Obory speciální pedagogiky. ISBN 80-04-24504-8.

VYŠTEJN, Jan. *Dítě a jeho řeč*. 1. vydání. Praha: Baroko & Fox, 1995. ISBN 80-85642 25-5.

Periodika

KRAMULOVÁ, Daniela. Trendy ve výchově a vzdělávání: Kolik řečí znáš. In *Informatorium 3-8: Časopis pro výchovu a vzdělávání dětí*. Praha: Portál, s.r.o., **XIV**.(3). 2007. ISSN 1210-7506.

KUTÁLKOVÁ, Dana. Mateřština na druhou. In *Psychologie dnes: psychologie, psychoterapie, životní styl*. Praha: Portál, s.r.o., **XII**.(11.). 2006. ISSN 1212-9607.

Elektronické zdroje

Logofon: Logopedie pro pediatriy [online]. [cit. 2016-02-27]. Dostupné z: <http://www.logofon.cz/pro-pediatriy>

Logopedie: Pediatriům. *Logopedie ČR* [online]. [cit. 2016-03-17]. Dostupné z: <http://www.logopediecr.eu/pro-lekare/index-doktor>

Párek v rohlíku [online]. 2016 [cit. 2016-02-11]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/P%C3%A1rek_v_rohl%C3%ADku

TROJANOVÁ, Kateřina. Čtení o logopedii. In: *Pro lékaře: Česko-slovenská pediatrie* [online]. 2012 [cit. 2016-03-17]. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/cesko-slovenska-pediatrie-clanek/cteni-o-logopedii-1-cast-38102>

Krkonoše [online]. 2016 [cit. 2016-02-11]. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Krkono%C5%A1e>

Seznam příloh

Příloha A: Přehled klasifikace hlásek

Příloha B: Tabulka vývoje artikulace z hlediska věku

Přílohy

Příloha A: Přehled klasifikace hlásek (Salomonová, 2003, s. 336, 344)

Samohlásky

Samohlásky	Přední	Střední	Zadní	Čelistní úhel
vysoké	i, í		u, ú	nejmenší
střední	e, é		o, ó	střední
nízké		a, á		největší

Souhlásky

		Podle způsobu tvoření		Podle místa tvoření												Podle sluchového dojmu		
				retorelné		retozubné		dásňové				tvrdopatrové		měkkopatrové			hrtanové	
								přední		zadní								
		N	Z	N	Z	N	Z	N	Z	N	Z	N	Z	N	Z			
závěrové	ústní	p	b			t	d			ť	ď	k	g			výbuchové		
	nosní		m				n				ň							
polozávěrové						c												
úžňové	středové			f	v	s	z	š	ž		j	ch		h		třené		
	bokové						l											
	kmitavé						ř											
podle tzv. hrdosti		tvrdé						měkké		tvrdé								
podle druhu artikulačního orgánu		retné				jazyčné						hlasivkové						

N – souhláska neznělá, Z – souhláska znělá.

Příloha B: Tabulka vývoje artikulace z hlediska věku (Salomonová, 2003, s. 334)

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, ď, ť, 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 diferenciaci č, š, ž a c, s, z

Tabulka byla sestavena Jurnečkovou a Vysoudilovou, FN Ostrava – 1970