

Česká zemědělská univerzita v Praze

Fakulta agrobiologie, potravinových a přírodních zdrojů

Katedra veterinárních disciplín



**Fakulta agrobiologie,
potravinových a přírodních zdrojů**

**Vliv prováděné hiporehabilitace na korekci narušené
komunikační schopnosti u dětí**

Bakalářská práce

Zuzana Vyskočilová

Zoorehabilitace a asistenční aktivity se zvířaty

Mgr. Ing. Tereza Krejčová, Ph.D.

© 2021 ČZU v Praze

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci "Vliv prováděné hiporehabilitace na korekci narušené komunikační schopnosti u dětí" jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu literatury na konci práce. Jako autorka uvedené bakalářské práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 2. 5. 2021

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí Ing. Mgr. Tereze Krejčové, Ph.D. za vedení mé bakalářské práce, podnětné konzultace, cenné rady a velice vstřícný přístup. Dále bych ráda poděkovala své konzultantce Mgr. Viole Jónové za odborné vysvětlení problematiky, která je předmětem této práce a za pomoc při realizaci logopedických aktivit. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině za podporu při studiu.

Vliv prováděné hiporehabilitace na korekci narušené komunikační schopnosti u dětí

Souhrn

Využití koní v logopedii je unikátní spojení jedné z disciplín speciální pedagogiky a hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi. Koně jsou v současnosti využíváni v mnoha oblastech pomocné zdravotní péče. Jejich využití v této formě péče je poměrně širokospektrální a stává se velmi populární. Koně mohou být zařazeni do léčby poruch jak fyzického, tak psychického nebo sociálního charakteru. Konkrétně hovoříme o hiporehabilitaci v pedagogické a sociální praxi, hipoterapii ve fyzioterapii a ergoterapii a hipoterapii v psychiatrii a psychologii. Společným jmenovatelem těchto tří kategorií je léčba za pomoci koně a odborně proškoleného terapeuta, který klienta směřuje k určitým předem stanoveným cílům dle jeho diagnózy a potřeb. Poslední formou, jakou se koně ve vztahu k handicapovaným osobám dají využít je parajezdecktví, tedy aktivní samostatné ježdění klienta na koni, které působí jak na jeho fyzické, tak psychické schopnosti.

V rámci logopedie mohou být koně využíváni komplexně. Jde o celé spektrum aktivit od práce ze země, přes čištění, až po ježdění. Narušenou komunikační schopnost (dále jen NKS) můžeme dělit na funkční a organickou. Funkční řečové vady bývají důsledkem jiného postižení a NKS je v tomto případě symptomatickou poruchou řeči. Organické řečové vady vznikají při ložiskových poškozeních mozku. Pacienti s funkční i organickou NKS mohou být rehabilitováni v rámci hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii, kde je napravováno hlavně průvodní tělesné postižení a celková tělesná postura. V závislosti na aktuálních schopnostech pacienta, hloubce NKS a přidruženého postižení můžeme řečové vady rehabilitovat také v rámci hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi. Pod toto odvětví hiporehabilitace spadá právě využití koní v logopedii, kterému se v České republice věnuje pouze středisko doporučené hiporehabilitace a praktické výuky Horticon z. s. Díky nim se tedy léčba narušené komunikační schopnosti nemusí omezovat pouze na prostředí kanceláře a běžné prostředky, ale nabírá úplně jiný rozměr za přítomnosti tak silného motivačního prvku, jakým kůň pro pacienty je, a za využití zcela jedinečných pomůcek, stimulačního prostředí a logopedické péče na vysoké úrovni.

Klíčová slova: hiporehabilitace, kůň, logopedie, narušená komunikační schopnost, speciální pedagogika

The influence of performed hipporehabilitation on the correction of impaired communication skills in children

Summary

When speaking of a connection between special pedagogy and equine facilitated therapy, we are interested mainly in using of horses in speech therapy. Nowadays, these animals are being used in numerous areas of special health care. Their spectrum is to be concerned a widebody and is also becoming very popular. Issues in physical, psychological, but also social anxiety character are being solved using horses. In more specific terminology, we could be speaking of equine facilitated therapy in pedagogical and social practise. The common term, which could be used to describe these, just mentioned, disciplines, is using a horse and special therapist combined, who are together aiming for the goals established by previous diagnosis. The last form, where horses can be used, related to handicapped people, is para-equestrian sport, which in simple words means solo riding of horse by a client, which has an impact on physiological or psychological abilities.

Within the speech therapist, the horses might be used in a complex manner. We are considering here a wide spectrum of activities, starting with working by elements of natural horsemanship and ending with riding. The impaired communication ability might be subdivided into functional and organic. The functional speech issues are mostly caused by another factor and impaired communication ability is in this case only a symptomatic speech issue. Organic speech issues usually start in connection with focal brain damage. Patients with both functional and organic impaired communication ability might be rehabilitated in terms of hippotherapy in physiotherapy and occupational therapy, where mainly the original physical disability is being fixed. In dependencies on patient's abilities, his/her stadium of impaired communication ability and other disabilities, we might also rehabilitate speech issues in discipline of equine facilitated therapy in pedagogical and social practise. In this area of equine facilitated therapy we are concerned in using horses in speech therapies, which is in Czech Republic covered by the Centre of practical teaching Horticon, z. s. Thanks to them, the therapies of impaired communication ability do not need to be restricted only in an office, but with using horses, it is gaining another whole new dimension and also a huge motivation factor, which is created by a horse, using unique tools, stimulating area of speech therapy on a high level.

Keywords: equine facilitated therapy, horse, impaired communication skills, special education, speech therapy

Obsah

1	Úvod	7
2	Cíl práce	8
3	Hiporehabilitace a využití koní v různých oblastech zdravotnictví	9
3.1	Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii (HTFE)	9
3.2	Hipoterapie v psychiatrii a psychologii (HTP)	11
3.3	Hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi (HPSP)	12
3.4	Výběr koně pro využití v hiporehabilitaci a v hipoterapii	13
3.4.1	Biomechanika pohybu	14
3.4.2	Charakter a temperament	15
3.5	Logopedie	16
3.5.1	Opožděný vývoj řeči	20
3.5.2	Vývojová dysfázie	22
3.5.3	Afázie	24
3.5.4	Mutismus (oněmění)	26
3.5.5	Rinolálie (huhňavost).....	27
3.5.6	Patolálie.....	28
3.5.7	Tumultus sermonis (breptavost)	29
3.5.8	Balbuties (kocktavost)	30
3.5.9	Dyslálie (patlavost)	32
3.5.10	Dysartrie.....	33
3.5.11	Dysfágie (poruchy polykání)	35
4	Využití koní v logopedii	36
4.1	Průběh logopedické jednotky v rámci HPSP	38
4.2	Pravidla a principy vedení logopedických jednotek v HPSP	39
4.3	Zapojení prvků HPSP do korekce NKS	42
5	Závěr	47
6	Literatura	48
7	Seznam použitých zkratk a symbolů	53
8	Samostatné přílohy	I

1 Úvod

Využití koní v logopedii je v České republice poměrně nová disciplína. Přestože v zahraničí, především v USA, se touto problematikou logopedi zabývají již několik let, v České republice se teprve před pár měsíci podařilo dokončit metodiku, která by souhrnně popisovala způsob, jakým vést logopedickou jednotku za asistence koně, jaké při ní používat pomůcky a jak se díky prvkům logopedie v hiporehabilitaci v pedagogické a sociální praxi vypořádat s jednotlivými druhy narušené komunikační schopnosti. Podnětem k vypracování takové metodiky byly výsledky mnohých studií, které dokazovaly příznivý vliv koní na psychický stav člověka. Právě emoce silně ovlivňují, zda pacient bude docházet na logopedii rád. V takovém případě se sám od sebe snaží a intenzivně pracuje na nápravě. V opačném případě klient své pokroky svým přístupem brzdí a pomalé, někdy až nulové posuny ho silně demotivují k další spolupráci s logopedem. Díky mnoha experimentům prováděným v USA je doloženo, že například pacienti se získanou afázií mnohem ochotněji docházejí na logopedické lekce, je-li na nich přítomno zvíře a zároveň v jeho přítomnosti častěji zahajují rozhovor, nebo ho raději vedou přímo směrem ke zvířeti.

Osoby s narušenou komunikační schopností mnohdy bývají izolovány od svých vrstevníků, protože často nebývají schopny se s nimi adekvátně dorozumět, což vede k frustraci a celkovému odmítání komunikace. V tomto ohledu je využití koní klíčové. Jejich velkým benefitem je totiž jejich bezprostřednost. Nemají předsudky, nestigmatizují na základě diagnózy, přijímají člověka pouze jako člověka. Jednají s ním dle aktuálního rozpoložení na obou stranách přesně v daný moment. Toto je naprosto nezastupitelná vlastnost, která pomůže prolomit komunikační bariéry. Osoba s narušenou komunikační schopností si tak ke koni snadno vybuduje vztah a o to jednodušší je pak i navázání vztahu a vybudování si důvěry k logopedovi, což přispívá k úspěšné nápravě řečové vady.

2 Cíl práce

Cílem této bakalářské práce je vytvořit literární přehled o aktuálních přístupech v hiporehabilitaci při řešení a nápravě narušené komunikační schopnosti.

Dílčím cílem je poučit širokou veřejnost o hiporehabilitaci a implementaci nového názvosloví České hiporehabilitační společnosti, jejích odvětvích a příslušných zaměření na určité skupiny osob se speciálními potřebami. Dalším záměrem je seznámit se s jednotlivými druhy narušené komunikační schopnosti, s intervencí za účasti koní a jejich vlivem na psychický i fyzický stav pacientů. V neposlední řadě je cílem také informovat o možnostech, způsobech a praktických doporučeních ohledně zapojení koní do rehabilitace řečových vad.

3 Hiporehabilitace a využití koní v různých oblastech zdravotnictví

Podle České hiporehabilitační společnosti (2019), dále jen ČHS, je hiporehabilitace souhrnný pojem pro všechny aktivity, které můžeme provádět s koněm a klientem. Je na ni pohlíženo jako na léčebný, výukový a výchovný proces, při kterém se snažíme o maximální zapojení člověka se zdravotním znevýhodněním do společnosti (Håkanson 2008). Klienta rehabilituje v oblasti motoriky, psychiky i sociálních dovedností. Termín hiporehabilitace v sobě skrývá několik oborů. Kromě samotné jízdy na koni zahrnuje také péči o koně. Zde můžeme jmenovat například čištění koně, krmení, péči o jeho životní prostředí a prostor, společné vycházky či překonávání překážkových drah, kde zkoušíme a budujeme vzájemnou důvěru a podporu (ČHS 2019). S tímto tvrzením souhlasí i Pálsdóttir et al. (2020) a dodávají, že klienti využívající intervence a rehabilitace za asistence koní mají lepší rovnováhu, více síly a energie, kvalitnější spánek a v neposlední řadě také vyšší sebevědomí. Z jejich výzkumu také vyplývá, že pacienti s progresivními onemocněními mají pocit, že za pravidelných intervencí pomocí koní, se jejich stav nezhoršuje, jsou jimi nadšení a interakce je jim příjemná. Rehabilitace, na které docházejí, je více baví a dodávají jim sílu, zlepšují jejich zdraví, pohodu a sebedůvěru ve schopnost zvládat další smysluplné činnosti i aktivity každodenního života. Tyto informace uvádí také American Hippotherapy Association (2020), dále jen AHA.

Názvosloví pro interakci lidí a koní se v České republice a USA liší. American Hippotherapy Association (2020) vymezuje termín hipoterapie jako způsob profesionálního léčby v oblastech ergoterapie, fyzioterapie a řečové patologie využívající pohyb koně jako terapeutický nástroj k zapojení sensorických, neuromotorických a kognitivních systémů, čímž dochází k podpoře rozvoje požadovaných aspektů. V České republice jsou výše zmíněné směry léčby za účasti koně nazývány souhrnně hiporehabilitace. Odborníci ve fyzioterapii, ergoterapii a logopedii začleňují koně do svých terapeutických plánů jako nástroj, který jim pomáhá k dosažení předem stanoveného nápravného plánu. Hipoterapie však nemůže být považována za samostatnou službu oddělenou od tradičních léčebných a rehabilitačních metod (AHA 2020).

3.1 Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii (HTFE)

ČHS (2020) popisuje hipoterapii ve fyzioterapii a ergoterapii (dále jen HTFE) jako fyzioterapeutickou metodu, která jako léčebný prvek využívá trojdimenzionálního pohybu koňského hřbetu v kroku. Léčebné účinky tato metoda nabízí díky střídavému, rytmicky se opakujícímu pohybu. Tento pohyb nabízí multisenzorickou aferentní stimulaci, která přímo ovlivňuje motorické chování klienta aktivací všech řídicích úrovní centrální nervové soustavy. Výsledkem je posílení reflexu reparačních procesů jedince, a to jak na úrovni neurofyziologické, tak psychomotorické a v neposlední řadě i na úrovni sociální. Variabilita využívaných poloh, pokud jsou využívány v souladu s posturálními schopnostmi klienta, ovlivní jeho posturu, hrubou i jemnou motoriku a vegetativní funkce (Håkanson 2008). Integrace terapeutického programu do tradiční léčby má vliv na zlepšení motoriky využívané

při každodenních činnostech. Dochází ke zlepšení mobility, statické i dynamické rovnováhy a smyslových reakcí. Tyto aspekty mohou vést k větší samostatnosti v zaopatření sám sebe z hlediska hygieny, oblékání nebo sebeobsluhy obecně (AHA 2020).

Podstata a funkčnost HTFE tkví v pohybových impulsích vznikajících při chůzi koně. Podle AHA (2020) ujde průměrný kůň za minutu přibližně 100 kroků. Pouhých 5 minut na takovém koni představuje pro pacienta 500 neuromotorických impulsů. Za 15 až 25 minut jízdy na koni, což je obvyklá doba hipoterapeutické jednotky, může klient získat 1 500 – 2 500 neuromotorických podnětů. Dle ČHS (2020) dochází přenosem těchto impulsů na klienta, který na koni zaujímá pro něj nejvhodnější polohu, k aktivaci pohybových center v mozku. Ten musí zpracovat příchozí informace o dynamických změnách polohy těla a jeho segmentů, které nastávají při kontaktu s pohybujícím se koňským hřbetem, a následně vyslat adekvátní rozkazy k tomu, aby organismus reagoval správnými rovnovážnými pohyby. Díky tomu, že kůň má podobný pohybový stereotyp jako člověk, může pohybově znevýhodněný pacient při hipoterapii zpracovávat podobné vjemy, které by při plném zdraví vysílal směrem do mozku při vlastní chůzi. Pomocí HTFE tedy můžeme docílit pokroků v rehabilitaci pohybu osob s poruchou koordinace, rovnováhy a vývoje vzpřimování. Mimo jiné může sloužit také jako preventivní opatření u osob se sklony k degeneraci nebo k přerušení nervových drah řídicích pohyb. Prevence zde spočívá v co nejdříve připomínání a uchování si správného pohybového vzorce. Hipoterapie musí být provázena tradičními fyzioterapeutickými metodami, aby působila na klienta komplexně. Pro tradiční metody však harmonizuje svalové napětí a aktivuje správné svalové řetězce ve fyziologickém pořadí, a tím přispívá k lepší a snazší spolupráci klienta a terapeuta. Kromě toho, že aktivace správných svalových skupin a učení nových fyziologických vzorců za pomoci koně přispívá plynulejšímu cvičení fyzioterapeutických metod v klasické ordinaci, má na kvalitu terapie a pacientovu ochotu spolupráce velký vliv také přímý kontakt s koněm a přírodní prostředí, ve kterém HTFE obvykle probíhá (Håkanson 2008).

HTFE mohou navštěvovat děti již od dvou měsíců věku. Nejčastější oblastí pro nápravu jsou potíže z oblasti neurologie a ortopedie. Doporučení a povolení docházet na hipoterapii dostává pacient od svého lékaře a zpravidla bývá prováděno vstupní vyšetření fyzioterapeutem nebo ergoterapeutem. Terapeutickou jednotku vede vždy kvalifikovaný a proškolený fyzioterapeut nebo ergoterapeut se specializačním kurzem pro hipoterapii. Součástí týmu, který se přímo podílí na terapeutické jednotce je asistent, který pomáhá terapeutovi v plnění rehabilitačního plánu, dále do týmu patří vodič koně a v neposlední řadě kůň speciálně připravený pro hipoterapii, který má složenou specializační zkoušku. Pacient by měl být očkován proti tetanu a měl by mít nasazenou helmu a bezpečnostní opasek, za který by ho v případě nebezpečí asistent chytil. Poslední dvě zmiňované pomůcky nejsou nezbytně nutné, například při nízkém věku pacienta nebo pacientově speciální poloze, kdy by tyto pomůcky překážely přenosu impulsů ze hřbetu koně do těla pacienta. Vedle hlídání pacientovy bezpečnosti má terapeut mimo jiné za úkol také vybrat pacientovi dle předběžného kineziologického rozboru koně správné kohoutkové výšky a šířky hřbetu a upravit délku terapeutické jednotky podle potřeb konkrétního klienta, a především podle jeho aktuálního stavu. Dle pacientova stavu, dosaženého vývoje vzpřimování a terapeutického cíle volí terapeut také polohu pacienta během terapie (ČHS 2020). ČHS uvádí čtyři možné polohy pro HTFE, a to polohu primárního vzpřimování užívanou pacienty ležícími na břiše proti směru jízdy

s oporou o předloktí, dále samostatný sed, u kterého je možnost opory o madla, overball, polštář, míč, válec nebo prostý samostatný sed bez opory. Třetí polohou je opačný sed v protisměru jízdy s oporou o dlaně položené na bedrech koně a poslední polohou je asistovaný sed, kdy jsou klientovy koordinační mechanismy ovlivňovány asistentem sedícím na tomtéž koni za pacientem. Hermanová et al. (2014) dále uvádějí polohu vleže na zádech, která je mimo jiné vhodná pro nápravu patologického držení hlavy, aktivaci krčních svalů a nastartování funkce senzomotorického systému. Pacient se také střídavě opírá o pravé nebo levé rameno, čímž trénuje aktivní přesouvání těžiště. Poloha vleže na břicho je určena pro klienty, kteří nemají zapojené vzpřimovací reflexy a nebyli by schopni udržet rovnováhu a využívat správných opěrných bodů při poloze s oporou o předloktí. Dále se užívá v případech, kdy je třeba upravit tonus páteře nebo uvolnit pánev a zajistit její propustnost při sedu. Tato poloha je vhodná i pro neklidné pacienty, které potřebujeme zrelaxovat, nebo pro pacienty sedící, kteří vykazují ke konci terapie únavu. Další možnou polohou je sed nebo klek s oporou o dlaně. Tato poloha je tréninkem pro aktivní vzpřímení do sedu a u pacientů, kteří klenou záda a mají chabé držení těla, umožníme díky opoře o ruce vyrovnat trup. Běžná jednotka HTFE trvá deset až dvacet minut, přičemž její minimální frekvence by v ideálním případě měla být jednou až dvakrát týdně po dobu alespoň tří měsíců s možností prodloužení dle pacientova stavu, případného zlepšení nebo změny terapeutického plánu. V případě intenzivní formy HTFE se doporučuje délky alespoň pěti dní, během nichž terapeutická jednotka probíhá jednou až dvakrát denně (ČHS 2020).

3.2 Hipoterapie v psychiatrii a psychologii (HTP)

Hipoterapie v psychiatrii a psychologii (dále jen HTP) je podle ČHS (2020) disciplína hiporehabilitace, která se zabývá pomocí lidem s duševním onemocněním. Při psychoterapii prokazatelně dochází ke zmírnění nebo odstranění psychických obtíží pacienta, pomáhá mu zvládat složité životní situace a mimo jiné také napomáhá k osobnímu rozvoji. HTP je součástí komplexního léčebného postupu a je založena na využití koně a jeho specifických vlastností přispívajících k pozitivnímu ovlivnění duševního zdraví klienta. Dále napomáhá k vytvoření chybějících citových vazeb a korekci postojů k okolí (Karol 2007). Pozitivní zvrat pro pacienta je také změna jeho role. Cítí se svobodnější od své nemoci, není jí definován či stigmatizován a z role pacienta přechází do role jezdce a aktivního člověka schopného vyvíjet danou aktivitu, z níž plynou kromě jiných benefitů společné zážitky, které mohou sdílet s ostatními jezdci, svými přáteli (Pálsdóttir et al. 2020). Pro psychicky nemocné pacienty je mnohdy složité vyznat se v interpersonálních vztazích, protože verbální a neverbální složka řeči je často v rozporu. Oproti tomu kůň se nesnaží nic skrývat. Poskytuje okamžitou zpětnou vazbu a reaguje na sebemenší komunikační signál. Díky tomu, že kůň žije přítomným okamžikem a netěká myšlenkami do budoucnosti, ani se netrápí tím, co se stalo v minulosti, nutí i klienta se maximálně soustředit na přítomnou chvíli a neodbíhat myšlenkami jinam. V případě, že by pacient ztrácel pozornost vůči koni, kůň by to ihned dal najevo a přestal by s pacientem spolupracovat. Cílem a zároveň motivací klientů je, aby s nimi kůň spolupracoval rád a aby společně zdárně plnili úkoly, které jim terapeut zadává. Proto se usilovně snaží

ukotvit se do přítomného okamžiku a zůstávají autentičtí a tím pádem dobře čitelní pro koně (Karol 2007; Hermanová et al. 2014).

ČHS (2020) souhlasí s výše zmiňovaným a dodává, že už při prvním kontaktu s koněm se pacient automaticky dostává do koňova stáda. Jedná se tedy o poměrně brzké vybudování vztahu, jímž se prohlubuje schopnost vztahy udržovat, v důsledku čehož se také prohlubuje vzájemná důvěra také mezi klientem a terapeutem. Velkou výhodou koně je také nulová stigmatizace vůči pacientovi. Koni nezáleží na vzhledu nebo tělesných a duševních nedostacích klientů. Nehodnotí podle povrchních kritérií, nemá předsudky, pacienty nerozřazuje podle diagnózy do určitých skupin a v návaznosti na toto dělení od nich nečeká stereotypní chování vycházející z jejich nemoci. Kůň reaguje jen na to, jak se k němu pacienti v danou chvíli chovají a jestli respektují jeho potřeby. Tímto specifickým přístupem klientovi dávají příležitost zkoumat vlastní chování a postupně měnit pohled sám na sebe i na ostatní lidi (Eugenio 2005; Karol 2007). Frewin & Gardiner (2005) dále tvrdí, že kůň působí na různé aspekty psychiky léčeného člověka a že podstata působení spočívá v interakci mezi koněm, pacientem a terapeutem a v případě skupinové terapie dochází také k interakci a často i ke vzájemné podpoře klientů. Terapeut se za pomoci koně snaží o relaxaci pacienta, o rozvoj a aktivizaci kognitivních funkcí, o sebepoznání a odhad rozsahu svých možností a schopností, dále o zdroj emocionální podpory a uvědomění si sám sebe ve smyslu rozvoje motorických funkcí a uvědomování si svých úspěchů během aktuální činnosti. V neposlední řadě cílí také na rozvoj sociálních dovedností, například když je při skupinové terapii vyžadována určitá míra komunikace a kooperace (ČHS 2020).

Práce s koněm v rámci HTP je poměrně různorodá. O to lépe se každému klientovi nastaví přesně podle jeho aktuálních potřeb. S koněm lze pracovat ze země, ve volnosti, na lonži, na dvou lonžích a samozřejmě také ze sedla. Můžeme s ním procházet různé překážkové dráhy, jít na procházku, ale i jezdit. Důležitým aspektem je spokojenost a odreagování klienta. Při terapii by mělo dojít k alespoň chvilkovému oproštění se od svých problémů a mělo by být podporováno získávání zdravého sebevědomí. Terapeut musí vytvořit příjemnou atmosféru, s klienty vlídně a trpělivě komunikovat a vyhledávat oblasti, ve kterých jsou pacienti úspěšní. Kůň by neměl přinášet zklamání a pocit prohry. Naopak pokud klient vidí, že dokáže ovládat koně, dodává mu to jistotu, že zvládne ovládat i sám sebe a svůj život (Frewin & Gardiner 2005; Karol 2007).

3.3 Hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi (HPSP)

Hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi (dále jen HPSP) je podoborem hiporehabilitace, který využívá metody speciální pedagogiky, sociální pedagogiky a sociální práce a současně prostředí určené pro chov koní a práci s nimi a kontaktu a interakce s koňmi k motivaci, aktivizaci, výchově a vzdělávání lidí se zdravotním postižením nebo se speciálními vzdělávacími potřebami. HPSP můžeme využít pro širokou škálu klientely. Hlavní skupinou jsou lidé se zdravotním znevýhodněním a speciálními potřebami, ale také klienti s poruchami chování nebo učení či jedinci z rizikových nebo sociálně znevýhodněných skupin mládeže i dospělých. Dále mohou být koně využíváni i při práci s intaktními dětmi nebo seniory. HPSP funguje na principu využití všeho, co máme k dispozici. Mimo samotné

ježdění na koni je využíváno především zajímavé prostředí stáje a jejího areálu a co se kontaktu s koněm týče, tak máme širokou škálu jejich využití od hlazení, čištění, česání, vodění nebo společné plnění dalších úkolů. Klienti se musí podřídit pravidlům nastaveným v rámci statku, aby tak předcházeli vzniku nebezpečí, učí se ale také spolupráci ve skupině, navazování nových vztahů, kontaktů a respektu vůči ostatním živým tvorům, tedy dalším klientům i zvířatům. V neposlední řadě přináší HPSP také alternativu k smysluplnému využití volného času, rozvoji motoriky a pozitivnímu ovlivnění psychiky a sebevědomí (ČHS 2020). Činitel prostředí považují za velmi důležitý také Pálsdóttir et al. (2020). Z dotazníků vybraných od účastníků jejich experimentu vlivu aktivit asistovaných koňmi vyplývá, že prostředí, kde koně žijí, pro účastníky experimentu není tak stresující jako prostředí nemocnice, kde běžně probíhají aktivizační činnosti napomáhající léčbě a zaměstnávání pozornosti pacientů. Prostředí stájí, výběhů a jízdárny však v účastnících vzbuzuje klid a pohodu. Druhým významným faktorem je také personál vytvářející bezpečnou, klidnou a vlídnou atmosféru pro úzkou komunitu účastníků, kteří se nemusejí bát si s sebou přinášet i osobní a velmi intimní témata. Důležitý je i výběr koně. Symbolika koně podněcuje psychiku a fantazii. Kůň představuje sílu, vzbuzuje respekt, ale na druhou stranu vyznačuje také svobodu, ušlechtilost, vitalitu a vášeň a všechny tyto pojmy vzbuzují pozitivní emoce, které silně ovlivňují naše prožívání (Pálsdóttir et al. 2020).

HPSP cílí na oblast pedagogiky a sociálních služeb, k čemuž využívá motivačního a sociálně-aktivizačního působení koní na člověka. Klade důraz na rozvoj sociálních schopností a dovedností, tedy posílení pozitivních osobnostních vlastností, spoluvytváření hodnotového systému, nácvik komunikace a schopnosti spolupracovat, jak už je uvedeno také výše, nebo prožití pocitu sounáležitosti, který často například pacientům ze sociálně znevýhodněného prostředí chybí. S tím souvisí také snaha o snížení rizika sociálního vyloučení díky navazování nových kontaktů, posilování současných kontaktů a vztahů v rodině, pomoc při zapojení do běžného života a aktivizaci jedince. HPSP se dále zabývá rozvojem psychické kondice a kognitivních funkcí, posílením sebevědomí, navozením pozitivních změn v psychice a možnosti relaxace a odpočinku od svazujících problémů. HPSP ovlivňuje také chování a fyzické zdraví, dochází ke zlepšení schopnosti sebekontroly a soběstačnosti, k normalizaci svalového napětí, ke zlepšení pohybové koordinace a rovnováhy a ke zvyšování fyzické kondice (ČHS 2020).

3.4 Výběr koně pro využití v hiporehabilitaci a v hipoterapii

Kůň, kterého chceme využívat v hiporehabilitaci, musí být speciálně vycvičen. Musí mít vynikající kvalitu pohybu, být symetricky osvalený a jeho chod musí být rytmický. Dále musí být velmi klidný při veškeré manipulaci a ošetřování a musí umět plnit povely terapeuta a rozeznat je od povelů, které mu dává pacient sedící na jeho hřbetě. Hiporehabilitační kůň musí být tolerantní vůči lidem s různými formami postižení, nepříjemným nebo nezvyklým zvukům a zbrklým pohybům klientů v jeho bezprostřední blízkosti (AHA 2020).

Pro výběr vhodného koně si musíme nejprve ujasnit, pro jaké účely a jaké pacienty bude kůň využíván. Jiné preference budeme mít pro koně potřebného do HTFE a jiné do HTP nebo HPSP. Koně vybírá celý tým. Vzhledem k tomu, že kůň bude při terapiích naším

nejbližším partnerem, měli bychom si vzájemně vyhovovat. Terapeut uvádí požadavky na typ koně, na jeho výšku a šířku hřbetu, ale také na vlastnosti vycházející z různých typů temperamentů a z charakteru nebo důvěřivosti k lidem. Tělesné proporce, zdravotní stav a vztah k lidem u konkrétního předvybraného zvířete pak posuzuje cvičitel koní. Způsobnost koní k provozu hiporehabilitace vyhodnocuje také Česká hiporehabilitační společnost. Ta také ukládá podmínku, že specializační zkoušky ČHS se může účastnit kůň, kterému bylo alespoň pět let a zároveň klade podmínku obnovy této zkoušky ve lhůtě pěti let. V případě, že by došlo ke změně majitele zvířete nebo změně místa ustájení, platnost zkoušky zaniká, a pokud nový majitel nebo původní majitel v jiné stáji chce v poskytování hiporehabilitace pokračovat, musí hiporehabilitační zkoušky obnovit (Hermanová et al. 2014).

3.4.1 Biomechanika pohybu

Koně je možné při rehabilitaci člověka využít díky shodnému rozložení svalového systému. Kůň i člověk jej mají rozprostřený po stranách páteře, tedy bilaterálně. Svalový systém člověka a koně má navíc strukturálně i funkčně stejné svaly na pravé i levé části těla. Přestože kůň je kvadruped a člověk bipedál, je krok koně, který se při hipoterapii i hiporehabilitaci využívá nejčastěji, vyvíjen stejným způsobem jako ten lidský (Hermanová et al. 2014). Kůň nejprve posouvá dopředu zadní a přední končetinu na jedné straně a poté posune vpřed zadní a přední končetinu na straně opačné (Moore 2010; Clayton 2016). Pohyb je tedy velmi podobný tomu lidskému. Na jedné straně těla dochází ke kročné nebo posuvné fázi chůze nebo kroku, přičemž na straně druhé jsou končetiny ve fázi stabilizační neboli podpěrné, a po dokončení daných fází dochází k jejich výměně na obou stranách.

Při výběru koně pro HTFE jsou maximálně důležitým kritériem výběru biomechanické vlastnosti hřbetu daného zvířete. Fyzioterapeut při HTFE využívá koňský hřbet jako trojdimenzionální balanční plošinu. Dimenze, v nichž pohyb probíhá, jsou následující: pružení hřbetu vpřed a vzad, pružení hřbetu nahoru a dolů a pružení hřbetu doprava a doleva. Při pružení vpřed a vzad dochází ke kontrapohybu a k naklopení pánve člověka vpřed a poté podsazení vzad. Při pružení nahoru a dolů vnímá klient taktéž kontrapohyby, jimiž jsou zešikmení nahoru a dolů. Při pružení doprava a doleva dochází k jednostrannému pohybu, při němž je klient laterálně vychylován z těžiště. Tyto pohyby vytváří každý kůň, ale zdaleka ne každý kůň může být využíván při kvalitním poskytování hipoterapeutické péče. K léčebným účelům v rámci HTFE vybíráme zásadně koně s konvexním pružením hřbetu. Zvíře s tímto typem pružení hřbetu správně aktivuje motorické funkce klienta a navodí interaktivní prostředí pro spojení pohybů (Hermanová et al. 2014).

Konvexitu a konkavitu hřbetu lze posoudit pomocí jednoduchého pozorování. Koně necháme volně kráčet a sledujeme pohyb linie hřbetu. Pro lepší názornost si mezi kohoutkem a zády koně můžeme přimyslet přímku. Při kroku by měl zůstat hřbet klidný a jeho pružení by mělo probíhat podél pomyslné přímky nebo pod ní (Denoix 1999). Takto pružící páteř se označuje jako horizontálně pružící a kůň s takovým typem pružení má předpoklady pro udržení pacienta ve vzpřímení a se stabilizovaným trupem. Kůň, jehož páteř se při klidném kroku vychyluje pod a nad přímku, tedy po vertikále, je pro zařazení do HTFE nevhodný. Pro zjištění laterálního pružení využíváme k testu také sedlo. Zadní rozsocha sedla na

pohybujícím se zvířeti nám ukazuje dominantní směr a rychlost pružení hřbetu. Existují koně, kteří mají výrazné sinusoidní pružení páteře, což poznáme podle znatelného vybočení do stran (Leach 1993). Povědomí o způsobu flexibility páteře nám dává rozsah využití koně pro konkrétní pacienty. Kůň se zřetelným sinusoidním pružením páteře, který bude držen v krátkém kroku, bude klienta udržovat ve výrazné rotaci, avšak pánev daného klienta bude překlápěna vpřed a vzad menší měrou. Pokud budeme koně udržovat v prodlouženém kroku, bude pacientova pánev jak významně rotována, tak i předozadně klopena. U koní s plošší sinusoidou páteře uvidíme pokles beder a zádě. Na takového koně bychom mohli posadit klienta, jehož stav vyžaduje mírnou rotaci pánve, ale výrazné zešikmení ve frontální rovině, tedy ve směru nahoru a dolů. U konkávních koní vidíme, jak se přední a zadní rozsocha rozhoupe nahoru a dolů, což odráží biomechanické vlastnosti konkávních koní. Takoví koně zvedají bedra a pak je vrací do původní polohy, kdežto konvexní koně naopak bedra sníží a pruží zpět, čímž pacienty lépe stimulují. Pro klienta je rozhodující také rychlost kroku koně, jež má přímý vliv na regulaci svalového tonu. Zvyšování délky nebo rychlosti kroku zvyšuje také nároky na stabilizaci pacienta (Hermanová et al. 2014).

3.4.2 Charakter a temperament

Hermanová et al. (2014) také uvádějí, že kůň, který bude využíván v některé z oblastí hiporehabilitace, by měl být především komunikativní. Je velkou výhodou, pokud je odchováván ve stádě, kde se naučí respektovat hierarchii jednotlivců (Suwała et al. 2016). Tuto schopnost si pak přenáší i do kontaktu s člověkem. Při hiporehabilitacích tuto přirozeně posilovanou dovednost využíváme v různých oblastech, velmi dobře se však reflektuje při práci ve volnosti nebo obecně ze země (Hermanová et al. 2014).

Z hlediska temperamentu vybíráme pro HTP a HPSP koně skrz celou škálu protichůdných povahových rysů. Je vhodné mít v týmu celé spektrum zvířat od dominantních po submisivní, od klidných po živé. Tím zajistíme rozmanitost jejich přístupů ke všem typům klientů s různými diagnózami. Další vhodnou a nepostradatelnou vlastností koně vybraného do HTP nebo HPSP je komunikativnost. Pro tyto typy léčby pomocí koní je vzájemná komunikace mezi nimi a lidmi hlavním léčebným prostředkem. Psychicky nemocní lidé nebo lidé vykazující známky poruch sociálního chování často neberou zřetel na řeč těla sebe i ostatních lidí. Koně však komunikují především na úrovni pohybů těla nebo jeho částí a stejně tak se dorozumívají i s člověkem. Klient si proto při terapii postupně zvyká využívat energii svého těla, protože s koněm se jinak než pomocí své tělesné energie, gest a posunků nedomluví (Suwała et al. 2016).

Kůň, který je na rozdíl od člověka zvyklý spoléhat se především na neverbální komunikaci, při terapii odhalí každý pacientův nepatrný pohyb nebo svalovou tenzi, ale vyhodnocuje i celkový postoj těla a klientovu duševní přítomnost v daném okamžiku. Pacient se díky tomu naučí vnímat a korigovat své pohyby a postoje a postupně se naučí pracovat se svou tělesnou energií a soustředěním. Spolupráce s koňmi je výhodná i tehdy, když klient jedná afektovaně. Kůň je přímý a nepřetvařuje se (Mills 2010). Křikem, nátlakem ani vzteklým jednáním s ním ničeho nedocílíme. Pouze pokud se pacient uklidní a začne s koněm jednat bez negativních emocionálních nátlaků, bude kůň ochotný v práci pokračovat.

Charakter by však měli mít dobrý všichni koně využívaní v terapiích bez výjimky a povahově by měli být klidní a vyrovnaní. Nikdy by neměli zneužít svou sílu, dominantní povahu nebo přemíru energie proti člověku. Za jedince nevhodné pro zařazení do terapie považujeme také koně agresivní, nedůvěřivé, netečné, rezignované, nepředvídatelné nebo s nízkou odolností vůči stresu (Hermanová et al. 2014).

3.5 Logopedie

Logopedie je speciálně-pedagogická disciplína zabývající se komunikační schopností člověka, jejím vývojem, narušením, diagnostikou, rehabilitací a edukací osob s narušenou komunikační schopností. Vychází s řeckých slov logos a paideia, tedy slovo a výchova. Logopedie má velmi blízký vztah k obecné pedagogice, ale také ke speciální pedagogice, neboť jejich jednotlivé složky se úzce prolínají. Drtivá většina všech osob s tělesným, mentálním nebo smyslovým postižením má zároveň i určitý stupeň narušené komunikační schopnosti. Logoped pak na celou problematiku korekce narušené komunikační schopnosti musí nahlížet komplexně, neboť proces nápravy je značně ovlivněn dalším postižením (Slowík 2012).

Z hlediska komunikační schopnosti rozlišujeme čtyři jazykové roviny, které nám blíže definují oblast řeči, ve které má jedinec problém. První z těchto rovin je morfologicko-syntaktická jazyková rovina, dále lexikálně-sémantická jazyková rovina, foneticko-fonologická jazyková rovina a pragmatická jazyková rovina. První z výše zmíněných se zabývá správným užíváním slovních druhů, časováním, skloňováním a tvorbou vět a souvětí. Druhá jazyková rovina – lexikálně-sémantická se zabývá souvislým a smysluplným pojmenováním osob a věcí, schopností popsat obrázek, převyprávět nějakou situaci, porozuměním řeči, aktivní a pasivní slovní zásobou, využíváním a rozlišováním antonym, synonym a homonym a vzájemně nadřazenými a podřazenými slovy. Foneticko-fonologická jazyková rovina se zabývá správnou výslovností a sluchovým rozlišováním hlásek, tvrdými a měkkými souhláskami a rozlišováním první a poslední hlásky ve slově. Poslední, pragmatická jazyková rovina, se věnuje užití řeči v praxi a v sociálním kontextu. Řeší pravidla dialogu, vyjádření vztahů, pocitů, prožitků a událostí, užívání prvků neverbální komunikace, ale také udržování očního kontaktu a vyžádání nebo oznámení informace (Jónová 2021).

Logopedie se zabývá komunikační schopností a jejím narušením, které je z hlediska množství možných příčin a symptomů velmi rozmanité. Narušenou komunikační schopnost chápeme jako systémové oslabení jedné, více nebo všech jazykových rovin v závislosti na chronologickém věku osoby s postižením vývoje řeči. Narušená komunikační schopnost může být samostatným dominujícím postižením nebo se může vyskytovat jako součást jiných vývojových poruch a onemocnění (Lechta 2005). Podle symptomů, které jsou pro konkrétní poruchu nejtypičtější, dělíme řečové vady do 10 okruhů narušené komunikační schopnosti. Jednotlivé řečové vady můžeme nalézt také v Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN-10, kde jsou vývojové a získané řečové poruchy a systémově související stavy zmiňovány ve dvou kapitolách – v V. kapitole pod názvem Poruchy duševní a poruchy chování a v XVIII. kapitole shrnující Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy

nezařazené jinde. Z V. kapitoly můžeme zmínit například dyslálii, elektivní mutismus, balbuties, tumultus sermonis, dysgrafii, dyslexii, dysortografii nebo dyskalkulii, z XVIII. kapitoly pak například dysfágií, afágií nebo dysfázii (Iverach et al. 2009; Neubauer 2018). Narušená komunikační schopnost se netýká jen mluvené řeči, ale zahrnuje též její grafickou formu a nonverbální prostředky. Základním předpokladem pro komunikaci mluvenou řečí je podle něj neporušené sluchové vnímání, správná funkce mozkových řečových center a nervových drah, dále funkční motorika mluvidel (uvádí například dýchací orgány, hlasové ústrojí a artikulační orgány) a dostatečná kapacita inteligence. Předpokladem ke správnému vývoji verbální komunikace jsou také zdánlivě nesouvisející aktivity, ze kterých můžeme jmenovat sání, polykání a správné dýchání (Slowík 2012).

Tabulka číslo 1, 10 okruhů narušené komunikační schopnosti, převzato a upraveno podle Lechty (1990)

10 okruhů narušené komunikační schopnosti			
1.	vývojová nemluvnost	souvisí s vývojem řeči	opožděný vývoj řeči, vývojová dysfázie
2.	získaná orgánová nemluvnost	narušená komunikační schopnost je podmíněna organickým poškozením nebo onemocněním mozku	afázie, syndrom demence a poruch komunikace
3.	získaná psychogenní (neurotická) nemluvnost	nepřítomnost nebo ztráta řeči, která není podmíněna ani způsobena organickým poškozením centrální nervové soustavy	mutismus
4.	narušení zvuku řeči	výskyt při vrozených anomáliích orofaciálního systému	rinolálie (huhňavost), patolálie
5.	narušení fluence řeči	řeč, při které dochází k abnormálnímu zrychlení tempa řeči a úměrnému snížení srozumitelnosti nebo řeč, která je přerušována záškuby či křečemi svalů fonačního ústrojí a mluvidel	tumultus sermonis (breptavost), balbuties (koptavost)
6.	narušení artikulace řeči	dochází k vadnému článkování hlásek	dyslálie (patlavost), dysartrie
7.	narušení grafické stránky řeči	zahrnutí specifických poruch učení	dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, alexie,

			agrafie, akalkulie
8.	symptomatické poruchy řeči	narušená komunikační schopnost jako součást jiného dominujícího tělesného, mentálního nebo smyslového postižení	
9.	poruchy hlasu	oblast foniatrie, přítomnost u osob s těžkými sluchovými vadami a u hlasových profesionálů	dysfonie, afonie
10.	kombinované vady a poruchy řeči	kombinace dvou a více onemocnění, při kterých je narušená schopnost považovaná za dominující postižení	dysartrie, dysfonie

Diagnostika v logopedii má dle Neubauera (2018) za úkol zachytit celkový stav a přítomné poruchy komunikace řečí, jazykovými prostředky, písmem a s nimi spojenými deficity praxe, gnózie a kognitivních funkcí. Systémově související oblastí je motorika a koordinace orofaciální oblasti a proces polykání. Cílem logopedické diagnostiky je zjistit přítomnost poruchy řečové komunikace, její rozsah a závažnost a poté zpracovat návrh na následnou logopedickou péči. Při vstupním vyšetření je provedeno screeningové vyšetření, které cíleně zachycuje přítomnost určitého jevu, a tím buď potvrdí, nebo vyvrátí poruchu komunikační schopnosti. Při komplexním vyšetření stanovuje logoped diagnózu poruchy řečové komunikace. Uvede rozsah této poruchy a upozorní na nepříznivé vlivy v komunikaci s okolím pacienta. Komplexní logopedické vyšetření zahrnuje zhodnocení anamnézy a výsledků dalších odborných vyšetření, dále dochází k vyšetření stavu orofaciálních motorických funkcí, hybnosti mluvidel a velofaryngeálních funkcí a příjmu potravy s ohledem na motorický průběh polykání. Poté jsou vyšetřovány řečové motorické funkce. Toto vyšetření zahrnuje zkoumání respirace, fonace, artikulace a prozodických faktorů tedy melodie, přízvuku a nazality (Iverach et al. 2009).

Dalšími vyšetřovanými jevy jsou možné poruchy a schopnosti pragmatického užití jazyka v komunikaci s okolím a komunikace neverbálními prostředky. Řadíme mezi ně také vyšetření sluchové percepce a kognitivních schopností zahrnujících především pozornost, verbální paměť nebo koherenci projevu v komunikaci a grafomotoriku. Klinický logoped bere v potaz také případné posudky z foniatrie, neurologie, psychologie či fyzioterapie. Důležité je také kontrolní vyšetření, které je prováděno z důvodu kontroly stability dosažených výsledků v průběhu terapie a jako součást následné péče. Pravidelná kontrolní sezení mají velký význam především pro balbutiky, u nichž je velmi vysoké riziko recidivy koktání (Lechta 2004; Lechta & Králiková 2011; Neubauer 2018). Diagnostika však musí respektovat ontogenetický vývoj řeči, který dělíme na jednotlivá stádia dle Tabulky číslo 2 uvedené níže (Slowík 2012). Zároveň je potřeba zmínit, že dítě se vyvíjí postupně a bez dosažení

předchozích stupňů vývoje nemůže správně pokračovat dál. Nejdříve se rozvíjí tělesné schéma. Dochází k upevnění hrubé motoriky a jistotě ve využívání smyslů. Později se ustalují sluchové a zrakové vjemy a rozvíjí se jemná motorika. Teprve na těchto základech může být rozvinuta vizuomotorika a grafomotorika a konečně také motorika mluvidel a samotná výslovnost. Pro řeč je důležité také správné držení těla. Bipedální lokomoce zajišťuje vzpřímení postoje a ve vzpřímeném postoji dochází k efektivnímu dýchání, na jehož bázi může probíhat myšlení a řeč (Jónová 2021).

Tabulka číslo 2, Přehled ontogeneze lidské řeči, převzato a upraveno podle Slowíka (2012)

Předřečová stádia	
období křiku (asi do konce 6. týdne)	období charakteristické křikem – nejprve jde o fyziologický reflex, později nabývá signálního výrazu
období broukání (asi do konce 2. měsíce)	dítě vydává jednoduché zvuky obsahující především samohlásky, nebo vyjadřující dobrou náladu
období žvatlání (asi do konce 1. roku)	dítě napodobuje okolní zvuky, připravuje se na artikulaci
práh porozumění	dítě vykazuje reakci na porozumění smyslu komunikace ze strany druhých zejména nejbližších osob, dítě rozeznává melodii řeči a dle ní reaguje
práh proslovení	dítě vydává první jednoslabičná nebo dvouslabičná srozumitelná slova
Stádia vývoje řeči	
emocionálně-volní stádium (asi do konce 2. roku)	u jedince převažuje emocionální stránka projevu – vyjadřuje především pocity, přání, potřeby, využívá jednoslovné věty
asociačně reprodukcí stádium (asi do konce 3. roku)	jedinec spojuje význam slov s předměty, opakuje slovní spojení a věty, používá jednoduchou gramatiku
stádium logických pojmů (asi do konce 4. roku)	jedinec dokáže využít abstrakci v řeči, dochází k dynamickému rozvoji řeči, v komunikaci místo svého jména začíná používat zájmeno já
intelektualizace řeči	jedinec se vyjadřuje správně jak po obsahové, tak po formální stránce, má upevněnou gramatiku a osvojená nová slova

Dalším důležitým ukazatelem opožděného vývoje řeči je také výslovnost jednotlivých hlásek v určitých věkových obdobích, které popisuje Tabulka číslo 3.

Tabulka číslo 3, Pořadí výslovnosti hlásek v různých obdobích života, převzato a upraveno podle Salomonové (2003) a Jónové (2021)

Schopnost vyslovit jednotlivé hlásky dle chronologického věku	
od 1 roku do 2,5 let	samohlásky A, E, I, O, U
	souhlásky P, B, M, J, T, D, N, L (artikulační postavení J, D, T, N a L se upravuje po 3. roce života a ovlivní vývoj hlásky R)
od 2,5 do 3,5 let	souhlásky F, V, H, CH, (K, G, které se mohou dařit vyslovit i později, nejdéle však do 6 let)
	Dvojhlásky AU, OU
od 3,5 do 4,5 let	počátky využívání sykavek (korektní bývají kolem 5 let)
	upevnění D, T, N a automatizace měkčení Ď, Ť, Ň
	zavedení BĚ, PĚ, VĚ, MĚ
od 4,5 do 5,5 let	hlásky Č, Š, Ž
od 5,5 do 6,5 let	hlásky C, S, Z, R
od 6,5 do 7 let	hlásky Ř a diferenciac hlásek Č, Š, Ž od hlásek C, S, Z

Postura těla silně ovlivňuje schopnost řeči. Například temporomandibulární dysfunkce je spojena s nevyrovnaností v oblasti krční páteře, která způsobuje změny skusu, jež ovlivňují výslovnost. Zajímavé propojení tělesného postoje a jeho vlivu na mluvení popisuje také Brüger koncept. Ten uvádí, že páteř je dlouhé S vytvořené třemi do sebe zapadajícími úseky, tedy pánví, bránicí a ústním dnem. Aby páteř byla rovná a stabilní, tyto segmenty musí být propojené a musí do sebe zapadat. Případné odchylky v propojení mohou mít vliv na salivaci, protruzi jazyka, patologické otevírání úst nebo neschopnost aktivního zatažení břicha (Jónová 2021).

3.5.1 Opožděný vývoj řeči

Termín opožděný vývoj řeči (dále OVŘ) je podle XVIII. kapitoly MKN-10 (Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy) nedostatek předpokládaného fyziologického vývoje. Jinými slovy se dítě raného věku zpožďuje ve vývoji řeči a jazyka. Dítě si osvojuje jazyk ve správném pořadí vývojových milníků, ale pomalejším tempem. Například ve věku dvou měsíců dítě v rámci komunikace reaguje úsměvem, ve třech měsících brouká a otáčí oči ke zdroji zvuku v zorném poli, mimo zorné pole otáčí oči směrem ke zdroji zvuku v pěti až šesti měsících. V šesti až sedmi měsících dítě žvatlá, napodobuje zvuky a reaguje na svoje jméno. V osmi měsících ke žvatláni přidává i tleskání, ukazování předmětů a natahování se za nimi. První signál opoždění přichází právě v osmi měsících, pokud dítě nežvatlá a nenapodobuje zvuky. V devíti měsících je problém, pokud vůbec nereaguje na řeč. V 15 měsících se ukazuje již velký propad mezi dítětem s opožděným vývojem a jeho zdravými vrstevníky. Zatímco zdravé dítě už rozumí běžným pokynům, začíná používat gesta

a ovládá jednoduché věty k obstarání svých potřeb, dítě s OVŘ ovládá méně než tři slova. V roce a půl neříká slova jako máma, táta, ve dvou letech ovládá méně než deset slov a nerozumí například pojmům označujícím části těla. Mezi 2, 5 – 3, 5 roku ovládá mezi 50 – 500 slov oproti svým intaktním vrstevníkům ovládajícím 600 – 1 000 slov. Děti s OVŘ dále neodpovídají na otázky, neřeknou větu o dvou slovech, je u nich patrná echolálie a nechápou běžné pokyny, zatímco jejich vrstevníci zvládají komunikaci pomocí vět o 3 – 5 slovech za použití jiných slovních druhů než jen podstatných jmen a sloves. Zdraví vrstevníci využívají také přídavná jména, předložky, zájmena, skloňují, odpovídají na otázky, používají zdvořilostní fráze a umí říkat krátké básničky (Silva et al. 1984; Pospíšilová 2018).

Krejčířová (2018) uvádí, že opožděný vývoj řeči rodiče u svých potomků zpravidla pozorují při ukončeném druhém roce života. V tomto období také velmi často probíhají psychologická vyšetření, která mají za úkol posoudit kognitivní a sociální předpoklady pro vývoj řeči. Tato vyšetření dále zkoumají vyzrállost sluchové percepce a intelektových schopností, aby mohly být vyloučeny závažné vývojové poruchy jakými jsou například sluchové vady, mentální retardace nebo dětský autismus. Pokud se jedná o prostý opožděný vývoj řeči, lze jej včasným zásahem logopeda již během jednoho roku plně zrehabilitovat. Patrně horší je opožděný vývoj řeči vzniklý na podkladě sluchové poruchy. V závislosti na rozsahu sluchového postižení může mít vada podobu pouhé špatné výslovnosti sykavek. U těžších forem sluchového postižení zaznamenáváme poruchu všech faktorů řeči, a především její melodie a dynamiky (Groß et al. 2010). Při opožděném vývoji řeči v důsledku anomálií mluvidel registrujeme poruchu při motorické realizaci slov a při opoždění doprovázeném mentálním defektem je znát porucha hlavně v obsahové stránce řeči. Speciální poruchou opožděného vývoje řeči, která vzniká při porušení centrální nervové soustavy (dále jen CNS), je vývojová dysfázie, která je popisována níže (Silva et al. 1984; Krejčířová 2018).

Za příčiny prostého opožděného vývoje řeči je považována dědičnost, opožděné vyzrávání CNS, negativní výchovné vlivy, a především nedostatečná stimulace nebo lehká periferní porucha sluchu. K vyloučení, nebo naopak potvrzení mentální retardace a jiných vývojových poruch, je dětskými klinickými psychology využívána vývojová škála. Pro děti do tří let věku se jedná zejména o škálu N. Bayleyové nebo škálu Gesselovu a také o standardizované inteligenční soubory pro děti předškolního věku, mezi něž patří například Stanford-Binetův inteligenční soubor a neverbální inteligenční test SON-R. Pro předškolní a školní děti ve věku od 5 do 6 let využíváme Wechslerův inteligenční soubor a nově také škálu IDS, která obsahuje kromě řady dalších kognitivních, motorických a socioemočních zkoušek i samostatné subtesty k hodnocení expresivní a receptivní řeči. Výsledky, které získáme z vývojových škál nebo standardizovaných testových metod, bychom před interpretací měli podrobit neuropsychologickému rozboru a pomocí něj zhodnotit dosaženou úroveň jednotlivých složek vývoje s ohledem na věk, a tak získat případně rozporuplné informace vedoucí nás ke správné diagnóze. Tento rozbor je podkladem pro navržení stimulačního, terapeutického nebo rehabilitačního plánu (Groß et al. 2010; Krejčířová 2018).

Neubauer (2018) dále popisuje případy, kdy psychologické vyšetření, které bylo původně prováděno kvůli známkám opožděného vývoje řeči, odhalilo mentální retardaci. Při té je opoždění vývoje řeči pouze jedním ze symptomů, avšak pro okolí bývá mnohonásobně nápadnější než opožďování vývoje neverbálních intelektových dovedností. Mimo mentální

retardaci můžeme těmito testy zjistit také poruchy autistického spektra, těžké poruchy pohybové a poruchy sluchu nebo specifické poruchy vývoje řeči, mezi nimiž můžeme vyzdvihnout například vývojovou dysfázii. Ohledně pohybových poruch jmenujme například dětskou mozkovou obrnu a z oblasti smyslových vad již zmíněnou poruchu sluchu. Tyto dvě mohou bránit jakémukoli rozvoji mluvené řeči, přestože u takových jedinců nejde o poruchu inteligence a bazální kognitivní předpoklady pro řeč jsou vytvořeny. Při DMO spastické nebo hypotonické části těla nedovolují adekvátnímu rozvoji a pohybu mluvidel. Přestože osoby s DMO mohou mít i nadprůměrně rozvinutou schopnost porozumění řeči, nemají takové možnosti poznávání prostředí pomocí pohybu a taktilních vjemů, jaké mají jejich intaktní vrstevníci. Kvůli absenci těchto složek poznání také dochází k určitému opoždění. U osob s poruchami sluchu také musíme brát v potaz obecné kognitivní předpoklady pro řeč, protože opožděný vývoj řeči může mít původ v neschopnosti artikulační zpětné vazby vyřčených hlásek i v tiché řeči sám pro sebe, avšak intelekt nemusí být narušen (Silva et al. 1984).

Z hlediska léčby a klinicko-logopedické terapie musíme zdůraznit, že opožděný vývoj řeči není diagnóza, ale fyziologický jev. Proto se přímo neléčí. I bez zásahu odborníka dosáhne dítě odpovídající úrovně. V raném věku je ale přesto zapotřebí zapojovat vhodné komunikační strategie, které musí být dítěti individualizovány dle jeho naměřené vývojové úrovně. Pokud například tříleté dítě má řečovou expresi na úrovni 15měsíčního dítěte, ale recepci na úrovni dvouletého, doporučuje se s ním jednat jako s dítětem ve věku zhruba jednoho roku. Klinicko-logopedická terapie je však odůvodněná v případech, kdy se nejedná o prostý opožděný vývoj řeči, ale o přidruženou lehkou převodní nedoslýchavost, vývojovou dysfázii, mentální retardaci, autismus a další současně se vyskytující onemocnění (Pospíšilová 2018).

3.5.2 Vývojová dysfázie

Škodová & Jedlička (2003) popisují vývojovou dysfázii jako specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i přestože podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené (Child 1987). Podle Pospíšilové (2018) se však nejedná o pouhou poruchu řeči a akustické aspekty komunikace, nýbrž o rozsáhlou poruchu systému jazykového vývoje. Dále ji definuje jako komplexní vrozenou poruchu osvojení řečových, jazykových a komunikačních dovedností, kterou nelze vysvětlit celkově zpoždujícím se vývojem, abnormalitou řečového aparátu, poruchou autistického spektra, získaným poškozením mozku, sluchovým postižením, pohybovým postižením ani deprivačními či jinými vlivy prostředí (Tallal et al. 1976; Tallal et al. 1980; Clahsen 1991; Maccario et al. 2008). Mezi hlavní problémy osob s vývojovou dysfázií patří poruchy učení, obtíže v chápání slyšené řeči i čteného textu, což způsobuje obtíže při zvládání školní docházky (Clahsen 1989). Mimo jiné jsou osoby s tímto typem narušené komunikační schopnosti kvůli obtížnému dorozumění se silně izolovány od běžných interpersonálních vztahů a při sociální interakci mohou trpět úzkostmi. Při neurologickém vyšetření pozorujeme rozptýl tohoto postižení v CNS. Zpravidla nebývá lokalizované, nýbrž difúzní, tedy rozptýlené v celém mozku nebo v jeho různých částech. Nález může být velmi nepatrný, často bývá také úplně negativní (Cohen et al. 1989; Picard et al. 2008).

Vývojová dysfázie je klasifikována do šesti vzájemně se odlišujících subtypů. Prvním je verbální sluchová agnózie charakteristická slovní hluchotou způsobenou percepční poruchou těžkého stupně. Při tomto typu dysfázie jedinec nerozumí řeči ani jazyku, ale má zachované chápání gest. Druhým typem je verbální dyspraxie. U této je narušené motorické plánování řeči. Řeč na posluchače působí namáhavě a je obtížně srozumitelná. Třetím typem je syndrom deficitního fonologického programování. S předchozím typem jsou si podobné v obtížné srozumitelnosti řeči. Liší se však v tom, že řeč pro jedince není tak namáhavá a jedinec je schopen tvořit plynulejší a delší věty. Čtvrtým typem je fonologicko-syntaktický syndrom charakteristický nesprávnou výslovností, neplynulou řečí a krátkými větami. Bývá narušena exprese i recepce řeči nebo jazyka. Předposledním typem je lexikálně-syntaktický syndrom, při kterém má pacient potíže ve výbavnosti pojmů a s formulováním souvislé řeči. Tvoří krátké, jednoduché věty a nedokáže plně porozumět abstraktním pojmům. Posledním typem je sémanticko-pragmatický deficit. U tohoto typu je narušeno užití jazyka v sociální situaci. Může se projevovat nevhodnými výroky nebo abnormálním způsobem konverzace z hlediska dynamiky a melodie (Tallal et al. 1976; Tallal et al. 1980; Child 1987; Clahsen 1989).

Vzhledem k etiologii klade Pospíšilová (2018) důraz především na perinatální anamnézu jako hlavního činitele vzniku vývojové dysfázie. V rámci perinatální anamnézy můžeme jmenovat mimo jiné tyto spouštěče: toxické poškození plodu, novorozeneckou žloutenku, porodní trauma nebo virové onemocnění prodělané krátce po porodu. Významné místo zaujímají také genetické faktory kvůli vysoké heritabilitě a předpokladu polygenní dědičnosti. Diagnostika vychází z klinického obrazu. Začíná se pozorováním dítěte a jeho interakcí s vyšetřujícím a rodiči, dále je veden rozhovor s rodiči a přechází se k samotnému vyšetření pomocí testů a zkoušek. U vývojové dysfázie jako jedné z neurovývojových poruch je častý výskyt koexistence další poruchy. Jedná se zejména o ADHD (attention and hyperactivity disorder), SPU (specifické poruchy učení), PAS (poruchy autistického spektra), dyspraxii, úzkostné poruchy a s nimi spojenou koktavost nebo elektivní mutismus, který může přejít až v logofobii. Léčba vývojové dysfázie vychází z ostatních komorbidních výše zmíněných neurovývojových poruch (Cohen et al. 1989; Picard et al. 2008). Například s klientem s vývojovou dysfázií, ADHD a dyspraxií budeme pracovat s režimovými opatřeními a každodenními aktivitami ve stejném pořadí a s maximální snahou vyhnout se změnám. Pro pacienty s těžším stupněm ADHD začleňujeme do rehabilitace také obrázky popisující sled denních aktivit v daném a využívaném pořadí. Dyspraxii řešíme za spoluúčasti ergoterapeuta nebo fyzioterapeuta. Ergoterapeut stanoví aktuální vývojovou úroveň a dle ní rozhoduje, zda posilovat tonus jazyka, rtů nebo tváří a případně v jakém pořadí a s jakou frekvencí. Dále se zaměřuje na eliminaci souhybů jazyka a mandibuly, hlídá správnou polohu jazyka a propriocepci v dutině ústní a stimuluje jemnou motoriku ruky zlepšující schopnost grafické praxe. Fyzioterapeut řeší spíše vadné držení těla způsobené komorbiditami a koriguje pohybovou koordinaci například doporučeným docházením na plavání nebo jiný nevykonnostní sport. U klienta s vývojovou dysfázií, dyspraxií, SPU a ADHD se zaměřujeme především na zasaženou percepci. Od ní se odvíjí úroveň exprese. Expresi stimulujeme výbavností a reprodukcí pojmů u slyšené řeči a čteného textu. Užíváme vizualizaci, propojujeme auditivní vjem se zrakovým vjemem, například slyšené přepíšeme do psané formy nebo ukážeme na obrázku. Klient s vývojovou dysfázií, ADHD, dyspraxií a převodní

nedoslýchavostí musí být primárně léčen na otorhinolaryngologii (dále jen ORL) a foniatřii a dále bychom s ním postupovali stejně jako s klienty výše zmíněnými (Pospíšilová 2018).

Hiporehabilitace při diagnóze vývojové dysfázie komplexně přispívá k rozvoji celé škály úrovní, které mohou být postiženy. Působí totiž jak na hrubou a jemnou motoriku, tak na smyslové vjemy, stejně jako na grafomotoriku a vizuomotoriku. Rozvíjením těchto úrovní můžeme pozitivně ovlivnit také motoriku mluvidel a samotnou výslovnost, o což nám v logopedii jde především (Jónová & Hovorková 2020; Jónová & Hovorková 2021). Korekci vývojové dysfázie lze provádět také na intenzivních rehabilitačních pobytech, které nabízí například Horticon z. s. Důvodem pro pořádání intenzivních pobytových kurzů je možnost pozorovat klienta v průběhu dne v různých situacích a při různých činnostech, díky čemuž se terapeuti mohou zaměřit na hlavní obtíže a systematicky a usilovně rehabilitovat právě tyto problémové roviny. Výhodou intenzivních pobytů je také výrazné zlepšení řeči především četnou fixací řečových dovedností opakováním. Uvádějí, že na intenzivních rehabilitačních pobytech dochází k posílení běžných denních činností, jakými jsou například čištění zubů nebo stravování, ale také upevnění důležitosti časové posloupnosti jednotlivých denních úkolů, jejich provázanosti, začlenění se do kolektivu a trávení času aktivně a společně s ostatními vrstevníky. Zejména poslední tři zmíněné aspekty jsou pro pacienty s vývojovou dysfázií velmi důležité. Častou komorbidní diagnózou bývá některá z poruch autistického spektra. Klienti s PAS vyžadují pravidelnost, zavedenou posloupnost, rituály a plnění denních návyků mnohem důsledněji než jiné osoby (Jónová & Hovorková 2021).

3.5.3 Afázie

Afázie je získaná neurogeně podmíněná porucha řeči. Vzniká především po organickém poškození levé mozkové hemisféry nejčastěji u dospělých osob po cévní mozkové příhodě, úrazu hlavy nebo nádorech mozku (Slowík 2012; Neubauer 2018). Hlavními symptomy afázie jsou ztížení, někdy až nemožnost se srozumitelně verbálně vyjádřit a neschopnost chápat signální významy slov. Typické je také obtížné vyhledávání adekvátních slov, závažné nedostatky při sestavování souvislých vět a porušování gramatických pravidel. Souběžně s afázií často objevujeme také agnózií, při jejíž specifické formě dochází například k neschopnosti rozpoznávat známé tváře. Dále apraxii, již definujeme jako poruchu schopnosti provádět automatické a běžné pohybové činnosti a vzorce, které nejsou způsobeny obrnou, dyskoordinací nebo sensorickým deficitem. Časté jsou také poruchy orientace v prostoru a obtíže při počítání a psaní. Z hlediska léčby a prognózy tohoto onemocnění velmi záleží na osobní anamnéze osoby s afázií, typu afázie, komorbidních chorobách, iniciativě pacientovy sociální skupiny a také klientově ochotě spolupracovat v rehabilitačním procesu (Damasio 1992; Clark & Cummings 2003).

Diagnostika afázie probíhá v několika rovinách a je realizována pracovníky několika oborů. Zahrnuje neurology, psychology, logopedy a sociální pracovníky. Diagnostika se dělí na neuropsychologickou klinicko-psychologickou diagnostiku, klinickou logopedii a lingvistiku zahrnující psycholingvistiku a neurolingvistiku. V rámci komplexního klinického logopedického vyšetření zkoumáme především následujících šest částí. Vyšetření spontánní řečové produkce, kde se hodnotí konverzace, popis obrázku a automatické řady.

Porozumění mluvené řeči, kde probíhá fonologická analýza a posuzuje se lexikální usuzování, porozumění významu slov a porozumění na úrovni vět. Dále řešíme schopnost reprodukovat slova a věty. Při tomto subtestu vyžadujeme opakování slov a vět a slov a pseudoslov. Další částí je vyšetření nominativní funkce řeči, kde zkoumáme konfrontační pojmenování a odpovědi na kladené otázky. Předposlední zkoumanou částí je vyšetření čtení. Zde se zabýváme čtením písmen a slabik, lexikálním posouzením psaných slov a pseudoslov, čtením slov a pseudoslov nahlas a porozuměním čtených slov a čtenému textu. Poslední částí je vyšetření psaní. Řešíme psaní izolovaných písmen, automatizované formy psaní, opisování a psaní diktátu obsahujícím slova a pseudoslova, písemné pojmenovávání a souvislé psaní (Neubauer 2018).

Možností terapie je poměrně dost. Zajímavé jsou například specifické postupy pro stimulaci obnovování modalit, neboli melodicko-intonační terapie. U osob s těžkou motorickou afázií a osob se zachovaným porozuměním řeči a dobře zachovanou schopností reprodukovat melodické písňové vzory se nám díky tomuto léčebnému způsobu daří pacienta naučit určitý omezený okruh větných sdělení. Tyto naučené větné celky fungují na principu využití melodické struktury věty a doprovodného rytmického gesta vykonaného rukou. Dalším terapeutickým postupem je PACE (Promoting Aphasics Communicative Effectiveness) zaměřujícím se na efektivitu komunikace vedoucí k výměně informace s komunikačním partnerem. K zajištění komunikačního tématu se využívá například obrázek, který má osoba s afázií a terapeut před sebou a střídavě zjišťují, co je na obrázku toho druhého. Obě osoby mají na výběr různé komunikační modalit. Mohou využívat jak mluvenou řeč, tak její písemnou formu, neverbální komunikaci v podobě gest, ale i kreslení. Neverbální komunikační prostředky jsou využívány především u osob s globální afázií, které mají trvalé výpadky v předávání informací, porozumění řeči a porozumění pokynům. U těchto osob hojně využíváme gesta, piktogramy, pojmové kresby, posunky a vizuálně-akční terapie. Zejména piktogramy jsou velmi vhodné a jsou osvědčenou formou augmentativní komunikace. Je běžné využívat také komunikační knihy pro afatiky, které obsahují stovky právě zmiňovaných piktogramů znázorňujících běžné denní činnosti, potraviny, potřeby a pocity. Jakousi nástavbou na zmiňované možnosti terapie je skupinová terapie osob s afázií. Při takové terapii se zaměřujeme na řadu psychických funkcí. Snažíme se o zlepšování paměti, percepce, pozornosti, psaní, čtení a vlastního vyjadřování pomocí verbálních prostředků. K rozvoji těchto rovin můžeme využít například slovní kopanou a jiné slovní a paměťové hry nebo tematické kreslení. Zařazována je však také muzikoterapie pro podporu uchování melodického celku. Skupinové terapie jsou vhodné také proto, že klienti mají možnost přirozeně střídát komunikační role komunikanta a komunikátora. Při sezeních se hojně využívají fotografie rodiny, známých osobností nebo míst, prvky PACE, společenské hry a často také tematické rozhovory vedené tak, aby klienti byli motivováni k formulaci vlastního názoru a návrhu vlastního řešení dané problematiky (Damasio 1992; Pulvermuller et al. 2001; Macauley 2006; van de Sandt-Koenderman et al. 2012; Neubauer 2018).

3.5.4 Mutismus (oněmění)

Mutismus neboli nemluvnost či oněmění je narušená komunikační schopnost, která již byla zcela nebo alespoň částečně nabyta, přičemž se nejedná o organické poškození centrální nervové soustavy. Neschopnost verbální komunikace není úplná, ale je omezena na určité situace, kdy jedinec není schopný verbálního projevu pomocí artikulované řeči. Takto narušená komunikační schopnost má často původ v prožitém psychickém traumatu (Black & Uhde 1995; Slowík 2012; Preissová 2018). Dle DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) je mutismus stálá neschopnost mluvit ve specifických sociálních situacích, v nichž se očekává, že jedinec bude mluvit (například ve škole), přestože jinde a v jiných situacích mluvit dokáže. Porucha dle DSM-IV narušuje školní a pracovní výsledky a sociální interakci. Aby se dalo prohlásit, že jedinec má mutismus, musí porucha trvat alespoň měsíc a tento měsíc současně nesmí být zároveň první měsíc školní docházky. Dále musí platit, že neschopnost mluvit nepramení z nedostatku znalostí nebo z lenosti mluvit požadovaným jazykem. Jedinec má mutismus, pokud jeho porucha není diagnostikována jako jiná narušená komunikační schopnost. Nevyskytuje se ani u jedince s poruchou autistického spektra, schizofrenií nebo jinou psychotickou poruchou (Yeganeh et al. 2006).

Osoby s mutismem často pojí určité vlastnosti. Mívají tendence se izolovat od ostatních jedinců skupiny, často mají sociální fóbii. Bývají introvertní, plaché, úzkostné, stydlivé, méně nápadné a nekonfliktní. Mohou trpět zvýšenou citlivostí na hluk, dotek a oční kontakt a v zátěžových situacích mohou odpovídat nápadně tiše a úsečně. Mutismus může přejít až v logofobii, kdy má jedinec strach ze zvuku vlastního hlasu, a proto nemluví. Mezi další znaky patří ustavičný strach ze společenského znemožnění, citová závislost, negativismus, výbuchy vzteku, nutkavé chování, schizoidní rysy a opoziční chování (Black & Uhde 1992; Black & Uhde 1995; Gudrunardottir et al. 2010). Kvůli příslušnosti této poruchy mezi různá odvětví pedagogiky a psychologie, především mezi logopedii a psychologii, musí i diagnostika být komplexní. Nejprve se zaměřujeme na rodinnou anamnézu. První terapeutická jednotka může probíhat i bez přítomnosti dítěte. Rozhovor o jeho osobě, do kterého by se pravděpodobně nezapojil, by ho jen více stresoval. Začíná se tedy pohovorem s rodiči, při kterém zjišťujeme, jak rozsáhlé jsou řečové potíže jejich dítěte. Ptáme se na výskyt poruch při hovoru s rodiči, sourozenci a jinými blízkými osobami, výskyt duševních a dědičných chorob, postavení dítěte v rodině a atmosféru v rodině a ve školce. Dále nás zajímají informace o těhotenství a porodu, postoji matky k proběhlému těhotenství, prodělaná a současná onemocnění, přibližnou dobu, kdy rodiče poprvé zaznamenali náznaky mutismu a jak dlouho od té doby obtíže trvají. V neposlední řadě se zajímáme také o průběh poruchy a snahu klienta nahradit verbální komunikaci gesty (Black & Uhde 1995; Preissová 2018).

Léčba vychází z faktu, že mutismus je psychogenní porucha. Musíme začít řešit příčinu, která způsobila, že klient v určitých situacích není schopen mluvit. Měl by být vyšetřen psychologem a problém, který mutismus vyvolal, by měl být řešen v rámci psychoterapie. Důležitý je však i přístup rodičů, pedagogů a okolí pacienta, většinou dítěte. Zpravidla není dobré dítě na vadu upozorňovat a do mluvení jej nutit. Vyvíjení nátlaku začátek mluvení nevyvolá, naopak posiluje mlčení. S dítětem je dobré i tak komunikovat a oceňovat i neverbální či jinou odpověď. V terapii mutismu se také osvědčují prvky

zooterapie. Osoby s mutismem často nemluví s cizími lidmi, ale pokud má s sebou terapeut zvíře, může pacient spontánně verbálně zareagovat během interakce se zvířetem (le Roux et al. 2014). Zásah logopeda je také užitečný. Pokud dítě postihne mutismus v senzitivní periodě pro řeč, může v mnoha řečových oblastech zaostávat, a proto je pomoc logopeda nevyhnutelná (Gudrunardottir et al. 2010). Jeho systematickou prací můžeme předejít opoždování a nedostatečnému vyvíjení řečových schopností. Zpočátku se zaměříme především na neverbální techniky. Další možností je také pozorování a poslech nahrávky, kde dítě komunikuje se svými rodiči v bezpečí domácího prostředí. Takovou nahrávku pořídí rodiče a přinesou ji logopedovi jednak k lepší diagnostice, ale také pro možnou terapii. Dítě tak při terapii nemusí hovořit, ale sleduje situace, kdy mluvení schopné je. V některých případech je vhodná i skupinová terapie, do níž můžeme zařadit prvky ergoterapie, muzikoterapie, arteterapie a relaxačních technik (Heikkilä et al. 2018; Preissová 2018).

3.5.5 Rinolálie (huhňavost)

Rinolálie, neboli lékařsky přesněji rinofonie, je porucha zvuku řeči. V důsledku nedostatečné funkce patrohltanového uzávěru dochází k nedostatečnému oddělení nosohltanu a dutiny nosní od nižších pater hltanu. Toto nedokonalé uzavření způsobuje huhňavou a špatně srozumitelnou řeč. Nedokonalým uzávěrem při otevřené huhňavosti uniká vzduch do nosu a nedochází tak k přetlaku v dutině ústní, čímž je narušena artikulace a je porušen zvuk především sykavek a hlásky R. Zavřená huhňavost se naopak projevuje sníženou nosovostí a narušuje výslovnost především hlásek M, N, Ň. Rinolálie vzniká při rozštěpech patra a může se vyskytnout u vrozeně krátkého patra i při obrnách měkkého patra (Škodová et al. 2003; Neubauer et al. 2018).

Patologická změna nosní rezonance je slyšitelná na první poslech. Při diagnostice se snažíme určit, co je příčinou rezonanční nevyváženosti. Využíváme k tomu několik systémových zkoušek, například Gutzmannovu A-I zkoušku. Vyšetřovaný při ní střídavě vyslovuje samohlásky A a I, přičemž má stlačené nosní dírky. Při výrazném rozdílu ve fonaci I jde o otevřenou huhňavost, u zavřené huhňavosti rozdíl ve fonaci těchto hlásek není slyšet. Dále se provádí Czermakova zkouška, k níž je zapotřebí zrcátko. Stupeň poruchy je dán zamlžením pomůcky. Například u zavřené huhňavosti se zrcátko nezamlží při nosovkách. Můžeme provádět také zkoušku nafouknutí tváří. Při rozštěpech patra nebo obrnách není vyšetřovaný schopný naplnit ústní dutinu vzduchem ani zapískat (Škodová 2018).

Logopedická terapie je zaměřená na zlepšení funkce patrohltanového uzávěru. Je třeba navozovat správné dýchání nosem, které je nutné trénovat v klidu i v zátěži. Dále musíme dohlížet na správnou artikulaci nosovek. K tomu využíváme aktivní i pasivní formy cvičení. Mezi pasivními můžeme uvést vyvolávání dávivého reflexu nebo masáže měkkého patra. Oboje provádíme k posílení svalstva patrohltanového závěru. Mezi aktivní techniky patří foukací a sací hry, dechová a artikulační cvičení, zívání, polykání nebo napodobování zvuků přírody. Soustředíme se na výrazné a energické vyslovení hlásky a vědomě trénujeme výslovnost kontrastních hlásek – orálů a nazálů, přičemž orály posilujeme čteněji. Při terapii využíváme hmatovou i sluchovou kontrolu správné výslovnosti (Škodová 2018). Do korekce rinolálie můžeme přirozeně zahrnout také prvky hiporehabilitace. Při jízdě na koni můžeme

trénovat zejména správné nosní dýchání, přičemž zároveň korigujeme často přítomné nevhodné dýchání pusou. Velmi dobře můžeme posilovat i artikulační techniku, neboť v přítomnosti koní je snadné neustále o něčem hovořit a nacházet podněty k rozhovorům. V neposlední řadě nabízí prostředí statku také mnohé sluchové vjemy, které může klient reprodukovat (Jónová & Hovorková 2020).

3.5.6 Patolálie

Patolálie je charakterizována vývojovými změnami v rezonanci a artikulaci, přičemž zahrnuje jazykové i nejazykové prostředky komunikace, a tak vedlejšími symptomy jsou také poruchy mimiky, sluchu a opožděný vývoj řeči. V nejkrajnějším případě jsou osoby s diagnostikovanou patolálií schopny vyslovovat správně jen samohlásky a nosovky M a N. Etiologií této poruchy jsou různé typy rozštěpů patra. Patolálie je často doprovázena opožděným vývojem řeči nebo vývojovou dysfázií. Opoždění řeči však může mít původ také v rozštěpové vadě, sluchové vadě nebo mentální retardaci. Mimo hlavní příčinu, tedy rozštěp patra, ovlivňují stupeň patolálie také anomálie čelisti a chrupu, provedená chirurgická a další lékařská péče a osobnost jedince a jeho rodinné a sociální zázemí. Prognóza této narušené komunikační schopnosti je však poměrně dobrá díky značně rozvinutým operačním technikám a komplexní odborné rané i následné péči (Slowík 2012; Škodová 2018).

Pro osoby s patolálií existují určité kompenzační mechanismy, které posluchačům usnadňují porozumění a mluvěním hovoření. Mezi tyto mechanismy patří zatlačování nepohyblivého patra jazykem, uzavření otvoru v patře jazykem, souhyby nosních křídel a mimických svalů obličeje do grimas, nafukování tváří, pevný závěr na rtech, ale také zvedání ramen při mluvení, celkově zvýšené svalové napětí, malý čelistní úhel, špulení rtů a přitahování horního rtu k nosu. Při diagnostice patolálie se zabýváme třemi rovinami, a to vyšetřením rezonance nosu, vyšetřením artikulace a hodnocením srozumitelnosti mluvy (Škodová 2018).

Terapie je indikována dle stupně řečové vady. Zpravidla se dělí na ranou, předoperační a pooperační. V rané péči se logoped zaměřuje především na správný vývoj řeči zejména po obsahové stránce a snaží se předcházet opožděnému řečovému vývoji. Artikulaci vzhledem k nevyzrálým mluvidlům upravovat zatím nelze. Logoped také vysvětlí rodičům dítěte, jaká cvičení pro rozvoj mluvidel jsou vhodná. V rámci předoperační péče musíme především minimalizovat vytváření chybných artikulačních stereotypů. Výslovnost jednotlivých hlásek by měla být důsledně prováděna jen na odpovídajících artikulačních místech. U malých dětí, které tvoří velkou část klientely předoperační logopedické péče, cvičíme artikulaci prováděním přirozených zvuků. Cvičení s malými dětmi musí být nenásilné, krátké, ale časté. V pooperační fázi rehabilitace logoped s klientem pracuje na řeči srozumitelné pro veřejnost. Provádí průpravná cvičení zahrnující zdokonalování činnosti patrohltanového uzávěru pomocí masáže měkkého patra a dechovými, foukacími, polykacími a sacími hrami nebo také zpěvem. U dýchacích a foukacích cvičení se logoped s klientem zabývá především usměrněním výdechového proudu ústy, například jako u pískání. Proud vzduchu je kontrolován zrakem či hmatem, protože tyto způsoby jsou dobře hmatatelné a ověřitelné i pro dětské pacienty. Při polykacím cvičení dítě polyká postupně řidnoucí tekutinu, čímž dochází k posilování svalstva

uzávěru. Vhodnou pomůckou pro taková polykací cvičení je brčko. Úprava artikulace je rozdělena do čtyř fází, jimiž jsou přípravná cvičení na zlepšení motoriky mluvidel a diferenciaci hlásek, dále fáze vyvozování hlásek, kdy neopravujeme vadné hlásky, ale využíváme je jako hlásky pomocné, na jejichž základě budujeme ty správné. Následující fází je fixace hlásky a poslední fází je automatizace hlásky ve vlastním projevu, například ve větě nebo v říkance (Škodová 2018).

3.5.7 Tumultus sermonis (breptavost)

Tumultus sermonis neboli breptavost je enormně rychlá, překotná, tempem nerovnoměrná, artikulačně nedbalá, a proto i špatně srozumitelná řeč (Kutálková 2005; Slowík 2012). Mezi obecné symptomy patří časté vdechy, které narušují celkový projev. Někteří jedinci mluví i při nádechu, přičemž se v takto nerozřádaném proudu řeči často ztrácejí koncovky, slabiky a někdy i celá slova. Výslovnost bývá nepřesná, protože ve velké rychlosti mluvy nemá jedinec dostatek času na korektní vyslovení hlásky. Projev je poměrně monotónní a není členěný přízvukem, důrazem na znělých souhláskách ani poklesem hlasu na konci věty. Breptavost vzniká na podkladě organického poškození mozku a je považována jako jeden z projevů lehké mozkové dysfunkce. Tímto faktem se vyvrací původní hypotéza, že breptavé děti jsou nadměrně inteligentní a jen kvůli nedostatečné obratnosti mluvidel nedokážou říct všechno, co vědí. Prognóza závisí na včasném zachycení poruchy, stanovení správné diagnózy a vybudování individuálního terapeutického plánu. Velmi důležitá je z hlediska korekce této narušené komunikační schopnosti také podpora a spolupráce blízkých. Pacient by měl mít ve svém okolí dostatek správných mluvních zdrojů a osoby, které budou dostatečně motivované pro dlouhodobý nácvik správné mluvy. Obecně se doporučuje docházet také na pravidelné kontroly, protože breptavost je poměrně recidivující druh narušené komunikační schopnosti. Velká pravděpodobnost recidivy hrozí především v pubertě při nadměrné emocionální zátěži (Kutálková 2005).

V terapii se zaměřujeme na modifikaci rychlosti mluvy, k čemuž využíváme opožděné sluchové vazby vlastního projevu. Pacientova řeč je pomocí systému DAF (delayed auditory feedback) přiváděna jeho sluchu zpožděně oproti jeho skutečnému tempu řeči, přičemž se skutečná řeč zpomaluje a snaží se napojit na řeč zpomalenou pomocí přístroje DAF. Postupně opoždění zkracujeme a přecházíme k celkové samostatné sebekontrolě rychlosti řeči bez využití DAF. Vhodné je také začlenění videonahrávek, kde pacientovi můžeme detailně ilustrovat kontrast mezi neplynulou a plynulou řečí. Na podkladě videonahrávek nebo také audionahrávek můžeme pomocí rozboru klientovi ukázat, kde jsou znatelné potíže a kde se už například zlepšil. Často využívané metody jsou také rytmická čtení a další rytmická cvičení, čtení s okénkem zamezující přeskokování slabik nebo slov, vokalizace řeči, členění řečového projevu za využití zvětšeného čelistního úhlu. Dalšími strategiemi pro korekci rychlosti mluvy a artikulace je užití slabikování, prodlužování samohlásek a artikulační hybnosti, zvýraznění znělosti a neznělosti a prozodie mluvy. Pro zlepšení jazykových schopností pojmenováváme předměty kolem nás, kategorizujeme je, snažíme se o úplnou formulaci našich myšlenek nebo popisujeme dějové celky. Pro zlepšení uvědomění si stavu mluvy

a zpětnou vazbu se zaměřujeme na samostatný projev, jeho následný rozbor a soustředíme se také na schopnost naslouchat druhým (Kutálková 2005; Heikkilä et al. 2018).

3.5.8 Balbuties (kocktavost)

Podle Iverach et al. (2009) a Slowíka (2012) je kocktavost porucha plynulosti řeči patrná především v dialogu, projevující se tonickými, klonickými nebo smíšenými křečemi svalstva mluvních orgánů. Může být doprovázena kontraverbálními projevy v chování jako jsou například tiky, záškuby nebo jiné složitější uvolňující pohyby nebo úkony projevované před vlastním mluvním vyjádřením. Lechta (2004) uvádí, že se kocktavost pokládá jako jedno z nejtěžších narušení komunikační schopnosti. Mezinárodní klasifikace nemocí popisuje mezi častými symptomy kocktavosti následující: repetice a prolongace zvuků či slabik slov a také nedobrovolné a nekontrolovatelné váhání a přestávky v projevu, které narušují rytmický tok řeči a jeho plynulost. Doprovodným jevem mohou být také klonické pohyby hlavy, tik očí, třes rtů, svírání pěstí a pohyby svalstva dýchacího aparátu (Iverach et al. 2009). Pospíšilová (2018) navíc uvádí ještě využívání slovních opisů a slovního nahrazování s cílem předejít problematickým slovům nebo produkci slov se značnou fyzickou tenzí, která má často zhoršující se tendenci při tlaku na mluvení například při zkoušce nebo výběrovém řízení. Zlepšení pozoruje naopak při čteném projevu, zpěvu dobře známé písně, ale i mluvě vzhledem k neživým objektům nebo zvířatům. Jónová & Hovorková (2021) uvádějí, že zde můžeme přirozeně aplikovat hiporehabilitaci a propojit působení koní s prvky logopedie. Podle Pospíšilové (2018) repetice a prolongace způsobují u balbutiků úzkost a omezují efektivní komunikaci především v sociální a profesní rovině. Na rozdíl od osob s breptavostí si jedinci s kocktavostí svůj problém plně uvědomují a jakýkoli rozhovor je velmi namáhá jak po řečové stránce, tak po stránce jejich psychiky (Lechta & Králiková 2011). V návaznosti na předchozí špatné zkušenosti s nepříjemnostmi souvisejícími s projevem přichází očekávání podobných potíží v budoucnosti. Balbutici se stále více snaží vyhýbat se přímým sociálním interakcím jakými může být například telefonování i mluvení na veřejnosti. U přibližně 60 – 70 % jedinců s kocktavostí nacházíme kocktavost i u jejich příbuzných, je silně geneticky zakořeněná, jedná se totiž o polygenní poruchu. U příbuzných prvního řádu se kocktavost vyskytuje až třikrát častěji než v běžné společnosti. Dalšími spouštěči však může být také přítomnost neurovývojové poruchy, poranění či jiné poškození CNS nebo prožití traumatického zážitku, ale třeba i jen změna vzdělávacího zařízení, stěhování nebo rozpad vztahu rodičů (Pospíšilová 2018).

Diagnostika je poměrně komplikovaná a zdlouhavá. Zahrnuje rodinnou i osobní anamnézu, záznam o průběhu porodu a velkou dávku spolupráce rodičů, pedagogů ve školách, kam dítě chodí a ideálně i celého klienta okolí. Samotnými metodami pak bývá rozbor řečového projevu, sledování doprovodných souhybů a poruch dechového stereotypu a jejich návazné interpretace. Poruchy prozrazující diagnózu kocktavosti jsou také obtíže v přeřikávání zautomatizovaných řad jako jsou například dny v týdnu, měsíce nebo samostatné číselné řady jdoucí přirozeně podle číselné osy. Prognóza kocktavosti velmi záleží na přístupu balbutika a jeho okolí a na motivovanosti zainteresovaných jedinců. Rehabilitace je zdlouhavá a náročná pro všechny zúčastněné, a ne vždy má trvalou hodnotu. U diagnózy

balbuties je poměrně vysoká pravděpodobnost recidivy. Za určitých okolností se mohou i již plně kompenzované potíže obnovit a z hlediska motivace klienta může být následná další rehabilitace obtížnější, byť možná rychlejší. Někteří odborníci jsou však při očekáváních prognózy skeptičtí. Tvrdí, že třetina balbutiků bude téměř bez příznaků, třetina se zlepší a u třetiny se koktavost vůbec nezmění kvůli rezistenci na jakoukoli dosud známou formu terapie (Lechta 2004).

Hayhow et al. (2002) tvrdí, že při terapii se musíme nejprve zaměřit na vytvoření vhodných podmínek k nápravě koktavosti. Správná rehabilitace nezáleží jen na přiměřených logopedických technikách, ale také na úpravě chování okolí vzhledem k balbutikovi. Dbáme na to, abychom snížili své tempo řeči a osobě s koktavostí neskákali do řeči, poskytlí jsme jí dostatek času na odpověď a v žádném případě nedoplňovali její sdělení. Před vlastní odpovědí vyčkáme několik sekund a uvolněně komunikujeme dál. Balbutik má možnost si i osvojit náš správný uvolněný a plynulý mluvní vzor. Pro tyto osoby není vhodné negativně podmiňovat ve smyslu „když něco neuděláš, stane se tohle“. Tento způsob dosažení svého balbutika zbytečně stresuje a přivádí ho do svírající psychické tenze, ve které není schopný adekvátně reagovat s minimem vad. V mluvení se střídáme. Když jeden mluví, druhý naslouchá. Balbutik zjistí, že nebude přerušován a bude moct nerušeně sdělit vše, co bude potřebovat. Osoby s koktavostí mají často v návaznosti na nedostatky v dorozumění snížené sebevědomí. Je důležité jejich sebedůvěru podporovat chválou silných stránek. Nezaměřujeme se na chválu za mluvení, chvalme spíše jiné dovednosti – sportovní, estetické, morální. Balbutik musí mít jistotu, že pozorně posloucháme jeho projev, proto se nezaměřujeme na způsob, jakým k nám promlouvá. Z hlediska terapeutických přístupů máme širokou škálu korekčních metod. Například teorie tvarování plynulosti, která se opírá o symptomatickou léčbu. Využíváme při ní slabikovanou řeč, rytmické taktování za pomoci metronomu, lehký hlasový začátek a opožděnou sluchovou zpětnou vazbu pomocí systému DAF (Hayhow et al. 2002; Iverach et al. 2009; Heikkilä et al. 2018; Pospíšilová 2018).

Lechta (2004) popisuje cvičnou terapii, při které se nacvičuje správná funkce a koordinace dýchání, fonace a artikulace, Využívá se při ní dechových cvičení a navazujících fonačních, artikulačních a asociačních cvičení. Provádí se ale také rytmická cvičení, čtení a vyprávění příběhů. Stejně jako Pospíšilová (2018), tak i Lechta (2004) uvádí jako vhodnou terapeutickou metodu opožděnou sluchovou vazbu. Popisuje, že balbutik hovoří do mikrofonu a jeho řeč je se zpožděním převáděna do sluchátek. Opoždění pozitivně ovlivňuje mluvní sdělení osoby s koktavostí tím, že ji nutí mluvit pomaleji ale plynule. Vhodné jsou také terapeutické techniky založené na čtení. Čtení je pro balbutiky optickou oporou a u mnoha z nich upevňuje reflex plynulé řeči. Můžeme využít například Liebmannovu techniku unisono čtení, při které osoba s koktavostí a terapeut společně čtou určitý text. Terapeut postupně vynechává a dává balbutikovi více prostoru pro samostatné čtení. U čtecí techniky stínění terapeut čte a jedinec s koktavostí opakuje stejný text se zpožděním jednoho až dvou slov. V terapii nám mohou pomoci i grafické markery. Těmi se vyznačí části textu, na které se má klient zaměřit, přičemž optická opora v textu neubírá pozornost projevu, a tak se klient zaměřuje například na zdůraznění souhlásky, ale při tom plynule čte daný text bez zadržávání (Pospíšilová 2018).

3.5.9 Dyslalie (patlavost)

Salomonová (2003) definuje dyslalii neboli patlavost jako neschopnost používat jednotlivé hlásky v mluvené řeči podle stanovených ortoepických norem. Neschopnost tvorby správné hlásky pramení v její tvorbě na nesprávném místě. Mezi nejčastější příčiny patří dědičnost, souvislosti dané pohlavím, poruchy sluchu a zraku nebo CNS, riziková těhotenství, poškození vzniklé při porodu, ale také vlivy prostředí. Vliv dědičnosti je dokazován výskytem podobné narušené komunikační schopnosti, jakou má daný klient, také v jeho rodině. Dědí se zpravidla přes otce nespécifickou dědičností fonematické diferenciacie. Příčinou mohou být také anatomické odchylky mluvidel, které mohou být způsobeny například nošením nesprávně sedících zubních protéz či rovnátek. Z hlediska ovlivnění prostředí můžeme jmenovat například nesprávný řečový vzor v rodině, šišlavá řeč vůči dítěti v raném období, bilingvální prostředí, ale také nevhodné výchovné přístupy, mezi nimiž můžeme zmínit nepřiměřené tresty, výsměch za nezdar, citové strádání nebo celkové zanedbání péče. Prognóza se také odvíjí od prostředí klienta s dyslálií, jeho motivovanosti ale také věku, ve kterém začne s logopedickou rehabilitací. Obecně však lze říct, že při splnění zmíněných podmínek je prognóza velmi dobrá a náprava ani nemusí být příliš zdlouhavá (Miličič et al. 1998; Włodarczyk 2011).

Osoby s dyslálií problematickou hlásku buď úplně vynechávají, pak mluvíme o mogilálii, nahrazují ji jinou hláskou, v tomto případě hovoříme o paralálii, nebo hlásku tvoří úplně chybně, přičemž pojmenováváme samostatnou poruchu například rotacismus nebo lambdacismus. V rámci diagnostiky zjišťujeme příčinu, druh a rozsah poruch a vadné výslovnosti, stanovujeme cíle a určujeme prognózu. Samotné vyšetření pak zahrnuje rodinnou anamnézu i osobní anamnézu dítěte. Zjišťujeme úroveň psychomotorického vývoje, muzikálnost a schopnost pro rytmus. Pro vyvození diagnózy dyslalie je vhodný také test laterality. Rovněž provádíme i vyšetření sluchu a mimo jiné zkoumáme také kvalitu skusu, způsob dýchání, mimiku, pohyb rtů a jazyka. Při vyšetření hojně využíváme hry s obrázky. Dítě obrázky popisuje, přičemž sledujeme velmi důležitý parametr rozsahu slovní zásoby. Obrázky jsou voleny tak, aby problematická hláska byla nahodile v různých částech slova, někdy na začátku, někdy uprostřed a někdy na konci. U menších dětí můžeme využít také hračky. V návaznosti na popisované obrázky vedeme rozhovor a hodnotíme běžný mluvní projev. Sledujeme rozdíly mezi tvorbou hlásek v samostatných slovech oproti jejich vyjadřování ve větných celcích. U školních dětí, dospívajících nebo dospělých pak volíme čtení textu přiměřeného jejich věku (Salomonová 2003; Slowík 2012).

Tradiční terapeutický přístup je ovlivněn myšlenkou, že se nesnažíme o nápravu chybně vyslovovaných hlásek, ale o tvoření nových hlásek. Pro správnou artikulaci a výslovnost je zapotřebí nejdříve posilovat motoriku mluvních orgánů. Tu posilujeme buď pasivně pomocí masáží nebo aktivně pomocí různých cviků zapojujících jazyk, rty a ústní dutinu. Zde můžeme jmenovat například olizování horní a dolní dásně, kdy postupně zvětšujeme rozsah pohybů jazyka, čímž zajistíme jeho dostatečnou pohyblivost ke správné výslovnosti T, D, N, L a R. Dalšími takovými aktivními cviky mohou být: nafukování tváří, vyfukování vzduchu pusou, olizování horního a dolního rtu, pokus o dotyk nosu nebo brady jazykem, klidovou polohu jazyka a správné polykání. Tato cvičení můžeme ještě posílit zapojením smyslů. Využíváme zrcadla, aby se pacient koukal, kde se daná hláska tvoří,

zapojujeme hmat, přičemž si dítě osahá rukou nebo špátlí, kam dát jazyk při artikulaci, nebo můžeme využít i chuti a místo, kde má být při vyslovování hlásky jazyk, potřeme medem nebo povidly, a dítěti se tak lépe propojuje artikulační místo s hláskou (Rivas & Molina 2012).

Technika vyvozování hlásek je nenásilná, probíhá zpravidla pomocí hry a funguje na principu vyhasínání starých a nesprávných výslovností, které neopravujeme, netrestáme, nezakazujeme ani nepřipomínáme, naopak na ně vůbec nereagujeme a posilujeme nově vznikající, správně tvořené hlásky. Vyvozování nových hlásek můžeme dělat pomocí přírodních nebo technických dobře známých zvuků. Například hlásku F nacvičujeme imitací zvuku větru, sykavku S pomocí otázky, jak dělá had a Z napodobením zvuku letu mouchy. Další možností je vyvozování hlásky pomocí artikulačně blízké, ale zvukově zcela vzdálené hlásky. Jako příklad uveďme neschopnost vyslovit hlásku R. Ve slově tráva klient hlásku buď vynechává nebo nahrazuje nejčastěji hláskou L. My ho ale přimějeme říkat tdáva. Při rychlém opakování začne klient postupně automaticky vyslovovat hlásku R. Využít můžeme také izolaci problematické hlásky do slovních struktur, ve kterých je dítě schopné ji vyslovit správně, a logoped ji následně po zvládnutí výslovnosti v izolaci aplikuje i do obtížnějších slov (Salomonová 2003).

Při terapii, a především při domácím nácviku, musíme ctít zásadu krátkodobého cvičení. Krátké ale časté opakování je efektivnější než dlouhodobý dril. Navíc při zdlouhavém opakování stejných hlásek a slabik dítě ztrácí motivaci a chuť se zlepšovat. Musíme neustále obměňovat podněty a techniky. Můžeme využít také metodu minimálních párů či kontrastů. Při této metodě srovnáváme dvě slova lišící se jen v jednom fonému. Dítě si díky tomu uvědomí nesprávnou produkci hlásky. Vhodný je také cyklický fonologický trénink neboli auditivní bombardování. Na terapii i při domácím cvičení dítěti předčítáme slova s kýženými hláskami. Tato cílová hláska může být pomocí zesilovače propojeného se sluchátky i zvukově zvýrazněna. Principem je naposlouchání správné výslovnosti (Gúthová & Šebianová 2005).

3.5.10 Dysartrie

Dysartrii nazýváme poruchy motorické realizace řeči vzniklé na základě organického poškození nervové soustavy. K lidské řeči je zapotřebí složitých koordinovaných kontrakcí svalů v oblasti rtů, čelisti, jazyka, měkkého patra, hrtanu a dýchacích svalů. Dysartrie má původ právě v nedostatečné svalové kontrole řečových mechanismů. Je poškozena především respirace, fonace, rezonance a artikulace. Dysartrie vzniká buď na podkladě vrozené léze nervové soustavy, nebo ji pacient získá v průběhu dětství, dospělosti nebo stárnutí například po úrazech mozku, infekci nebo onkologickém onemocnění především nervové soustavy (Darley et al. 1972; Neubauer 2018). Dysartrie také často bývá jednoznačným syndromem dětské mozkové obrny (Slowík 2012; Neubauer 2018).

Neubauer (2018) dělí vývojové dysartrie do několika skupin. U hypotonického typu pozorujeme především poruchu polykání, žvýkání a artikulačních pohybů, které se nemohou realizovat kvůli poškozené inervaci mluvidel hlavovými nervy. U spastického typu registrujeme poruchy v oblasti dýchání a velofaryngeálního uzávěru. Běžné jsou i poruchy rytmu mluvy a činnosti rtů a jazyka. U adenoidní dysartrie jsou charakteristické nezřetelné

pohyby jazyka. Některé hlásky jsou vyráženy, jiné jsou slabé. Řeč je nesrozumitelná, jsou přítomné mimovolní pohyby narušující artikulaci, hrudní dýchání a tvorbu a stabilitu hlasu. U ataktické dysartrie je typické energické vyřazení a pauzami oddělovaná výslovnost jednotlivých slabik. Jedinci s tímto typem dysartrie nejsou schopni rychle a přesně opakovat chtěný pohyb, mají neobratný jazyk a přílišně lpí na původních artikulačních postaveních. Získané dysartrie se následně dělí na flacidní, centrální, mozečkovou, hypokinetickou a hyperkinetickou. Flacidní je charakteristická drobnými svalovými záškuby, monotónním projevem, neschopností provádění žvýkacích a čelistních pohybů, pohybů měkkého patra a jazyka. U tohoto typu dysartrie korigujeme dýchání s hypernazalitou, chraptivostí nebo poruchami polykání. U centrální dysartrie zpravidla pozorujeme znaky centrální parézy a poruchy polykání způsobené poruchami celkové hybnosti, oslabené dýchání a pomalý, namáhavý a protahovaný řečový projev. Mozečková dysartrie se vyznačuje špatnou koordinací svalů a celkovou hypotonií. Řečový projev a jeho rytmus jsou nepravidelné a slabiky jsou ztěžka vyráženy. Tento typ dysartrie se často objevuje u roztroušené sklerózy nebo při nádorech mozečku (Darley et al. 1972). Hypokinetická dysartrie je doprovázena poruchami bazálních ganglií způsobujícími například klidový třes a ztráty pohybových automatismů. Typický je monotónní projev a nedostatečné dýchání vzniklé poruchou hybnosti dýchacích svalů. Častá je také počáteční pauza na začátku sdělení, která má původ ve svalové ztuhlosti (Metter & Hanson 1986). Hyperkinetická dysartrie je typická abnormálními mimovolními pohyby, které narušují motoriku mluvidel a tím pádem narušují i plynulost řeči. Řeč působí jako křik, je kolísavá a často úplně nesrozumitelná (Darley et al. 1972).

Diagnostika vývojové dysartrie se zabývá dosaženou ontogenezí řečových a komunikačních schopností, stanovuje příčinu, typ a hloubku postižení. Komplexní diagnostika dále bere v potaz také možnou poruchu zraku nebo sluchu, dýchání nebo polykání. Vyšetřuje se také hybnost mluvidel a celkově orofaciální oblasti, koordinace pohybů těla a mluvidel a dle věku také školní dovednosti. U získané dysartrie navíc rozebíráme také jednotlivé modality respirace, fonace, faciokineze, diadochokineze, reflexní činnosti spojené s polykáním, žvýkáním a kašláním, artikulace, srozumitelnosti četby a mluvy a tempa a prozodie řeči (Darley et al. 1969).

Terapie je zaměřená na stimulaci všech řečových modalit, na zvýšení srozumitelnosti produkované řeči, a naopak na snížení stigmatizace spojené s velmi častými mimovolními pohyby. U vývojové dysartrie se zabýváme koordinací práce se somatickou rehabilitací, navozením uvolněné stabilní polohy a minimalizací souhybů těla a mluvidel. Z oblasti fyzioterapie využíváme některé z principů Bobathovy a Vojtovy metody. Snažíme se navodit útlumové polohy a v nich se učit kontrolovat polohu hlavy, uvolňujeme spasticitu a spouštěním bodů v podčelistní zóně stimulujeme orofaciální motoriku. Jako vhodná se osvědčila také myofunkční terapie. Ta postupně a důsledně nutí klienta k nauce správných artikulačních pohybů. Nejprve vyžaduje udržení očního kontaktu na komunikačním partnerovi, aby si klient osvojil a zapamatoval pohyby mluvidel při artikulaci. Dále se doporučuje provádět kruhové masáže mluvidel společně s citoslovecnými obsahovými zvuky, čímž přispějeme k vytvoření motorického vjemu spojeného se zvukovým a obsahovým doprovodem. Následuje samostatné napodobování předváděné artikulace, ke kterému je příhodné využívat také zrakový, sluchový či taktilní vjem k ověření správnosti artikulace.

Postupně dochází ke spojování zvukových a slovních projevů s jazykovým obsahem. Při rehabilitaci získané dysartrie též užíváme metod navozujících svalovou relaxaci a stabilizaci svalového napětí v oblasti mluvidel. Logopedická cvičení jsou zacílena na respirační, fonační, artikulační a rezonanční schopnosti. Využívá se také opožděné sluchové zpětné vazby nebo zrakové opory například pohledem a sebekontrolou v zrcadle. V případě těžkých poruch komunikace můžeme využívat i složky neverbálního dorozumění (Müller et al. 2001).

3.5.11 Dysfágie (poruchy polykání)

Dysfágie je porucha, která se vyznačuje především obtížemi s polykáním vzniklými buď na podkladě psychogenní nebo organické příčiny. Komorbidní narušenou komunikační schopností k dysfágii bývá dysartrie a přidružené potíže s hybností jazyka a mimického svalstva. Větším nebezpečím dysfágie jsou však poruchy vitálních funkcí, především poruchy dýchání, srdeční činnosti a ztížení nebo znemožnění příjmu potravy i tekutin (Marik & Kaplan 2003; Martino et al. 2005; Singh 2006).

Pro logopedickou rehabilitaci je velmi důležité nejprve zahájit nácvik správného polknutí pomocí takzvaných polykacích manévrů. Při jejich provádění dochází k cíleném zadržování dechu a výdrží v požadované poloze během každého polknutí stravy. Dále využíváme kompenzační strategie, mezi něž patří například vhodná poloha těla a hlavy, jezení stravy vhodné konzistence, nauka správné techniky příjmu potravy a případné využití protetických pomůcek. Poloha hlavy a těla může ztíženému polykání být velmi prospěšná. Například při náklonu hlavy dozadu se využívá gravitace k transportu sousta z dutiny ústní, při položení na bok zase zabránujeme gravitaci případných zbytků stravy v hltanu. Z hlediska konzistence se například nedoporučuje zpočátku podávat mléčné výrobky vytvářející hlen, potrava, která nedeje vcelku a rozpadá se na drobné kousky, nebo například ovoce či zelenina. Nevhodná je pevná strava, protože pacient zpravidla v počátcích terapie nebývá schopen mechanicky rozmělnit a posunout sousto nebo doušek k patrovým obloukům. Vhodnější je proto řídká tekutá strava posilující zdvih kořene jazyka, kontrakci jícnu a elevaci hrtanu. Zahuštěná tekutá strava se užívá spíše při orálních dysfunkcích a při poruchách hltanové fáze polykání (Müller et al. 2001).

Cílem terapie je zlepšení síly a koordinace svalů používaných při polykání. Cvičíme rozsah pohybu jazyka a otevírání úst, sílu jazyka a souhyby rtů a tváří. Komplexním cvikem je tongue hold manévr neboli Masako manévr, při kterém se snažíme polykat s jazykem mezi zuby. Další polykací manévry jsou zaměřené na ochranu dýchacích cest a zdárný průchod sousta jícnem a hltanem. Při supraglotickém polykání dochází k uzavěru dýchacích cest před a během polknutí. Klient se nadechne nosem, a před polknutím a v jeho průběhu zadržuje dech. Po polknutí zakašle, aby se případné zbytky dostaly z hrtanu. Přímá logopedická péče se poté odvíjí od komorbidních narušených komunikačních schopností popisovaných výše (Neubauer 2018).

4 Využití koní v logopedii

Koně v logopedii u nás v současnosti aktivně využívá pouze středisko doporučené hiporehabilitace a praktické výuky Horticon, z. s. Spolek vznikl v roce 2017 a jeho úkolem je zplnohodnotnění života osob prostřednictvím animoterapie, a to především hiporehabilitace. V souvislosti se zaměřením na logopedii v hiporehabilitaci zpracoval Horticon z. s. ve spolupráci s rakouským spolkem Verein Happiness pro tuto problematiku metodiku a společně navrhli také různé pomůcky. AHA (2020) uvádí, že logopedii v hiporehabilitaci může provádět jen licencovaný odborník, který prokáže znalost ve využívání koňského pohybu jako součásti léčebného procesu. K získání certifikátu je zapotřebí prokázat předpoklady pro správné využívání koní pro logopedické lekce a pod záštitou Americké certifikační rady pro hipoterapii je skládána písemná zkouška. Certifikaci je nutné opakovat každých 5 let. V České republice je nutné získat kurz Instruktora HPSP na základě kombinovaného teoretického studia, odborných praxí, jezdeckého výcviku a následného složení závěrečných zkoušek (ČHS 2020). Službu dle AHA může provozovat jen klinický logoped a případně logopedický asistent pracující pod supervizí klinického logopeda, jehož náplní práce je prevence, diagnostika, stanovení rehabilitačního plánu a samotná léčba. Při hiporehabilitačních jednotkách řeší narušenou komunikační schopnost, ale i sociální a kognitivní poruchy nebo poruchy polykání. Ke své práci využívají všech dostupných prostředků – orálně-motorické, respirační, augmentativní a elektronické komunikační nástroje (AHA 2020).

Mimo volnočasové aktivity se zvířaty Horticon, z. s. nabízí také individuální rehabilitace v oblasti logopedie, ale i intenzivní logopedické pobyty. Cílovými skupinami tohoto spolku jsou nejen děti, ale také dospělí a senioři (Horticon 2017). V rámci této bakalářské práce se však zaměříme především na práci s dětmi, protože právě s nimi logopedie v hiporehabilitaci probíhá. Horticon (2020) uvádí, že v tomto originálním propojení logopedie a hiporehabilitace jde o komplexní působení na klienta s narušenou komunikační schopností za pomoci koní a poníků a aktivit s nimi souvisejících. Při terapiích nevyužívají jen asistenci zvířat a dobrou atmosféru, kterou se celý hiporehabilitační tým snaží udržovat, využívají také samotné prostředí statku, stájí a výběhů. Toto prostředí je pro klienty samo o sobě stimulující a prací na statku a vzájemným působením zvířat dochází u klientů k rozvoji jak hrubé, tak i jemné motoriky. Metoda je přínosná také tím, že nejde jen o samotnou terapii a provádění různých činností pro pouhý nácvik potřebných aktivit, což potvrzují také Anderson et al. (2019) a Rodrigo-Claverol et al. (2020). Benefitem při zapojení péče o zvířata do léčebného procesu je i jasný smysl a viditelný výsledek, který po odvedení práce můžeme pozorovat. V ohledu na logopedii v hiporehabilitaci spatřujeme největší přínos v tom, že verbální i neverbální projevy klientů jsou nenucené a díky okamžité zpětné vazbě zvířat je chování pacientů ihned a zároveň dlouhodobě usměrňované (Horticon 2020). Pacienti jsou při využití zvířat v rehabilitačním procesu více motivovaní, rehabilitační jednotku si více užívají, a oproti tradiční logopedické lekci probíhající v prostorech kanceláře, je znatelná uvolněnější atmosféra (Macaulay 2006).

Už Hippokrates ve starém Řecku hovořil o léčivém rytmu jízdy. Nevyléčitelným pacientům nabízel jízdu na koni, po které bylo pozorováno zlepšení nálady nemocných. Od této doby je jízda na koni považována za metodu pro zlepšení duševního a fyzického zdraví.

Dále uvádí, že norský fyzioterapeut Elspeth Bødker léčil pomocí koní děti s DMO a s neurologickými poruchami a zjistil, že děti díky koním nebyly z fyzioterapie tak unavené a při rehabilitaci s koňmi docházelo k rychlejšímu zlepšování pohybových vzorců, které měly být rehabilitovány. Existuje však mnoho kritik, které se snaží tato tvrzení vyvrátit. Opírají se o argumenty, že studie na téma zlepšování psychických a fyzických vlastností nejsou dostatečně podloženy a nejsou zkoumané na dostatečném vzorku lidí. Mimo jiné jsou tyto výzkumy často prováděny bez kontrolní skupiny, nebo kontrolní skupina nevykazuje stejné vlastnosti jako skupina testovaná, zde má na mysli především absenci neurologických poruch u kontrolní skupiny experimentů zkoumajících vliv přítomnosti koní na psychický stav pacientů. Často prý chybí i popisy intervencí a nic nenasvědčuje tomu, zda jsou zásahy vedeny profesionálními terapeuty. Dále je při těchto experimentech často přehlížen i welfare zvířat (Pálsdóttir et al. 2020).

Macauley (2006) a Mandrá et al. (2019) uvádějí, že každé zvíře má specifické dovednosti, povahu a nadání, které přináší do rehabilitačního procesu. Koně nabízejí zážitek z jízdy, která normalizuje svalový tonus pacientů. Delta Society, organizace propagující benefity působení zvířat na lidi, uvádí přítomnost a asistenci zvířat na terapii jako nedílnou součást léčby a současně pro tuto spolupráci zavedla termín animal-assisted therapy, kterému byla přidělena zkratka AAT a je vysvětlován jako terapie za pomoci či přítomnosti zvířat. AAT je dle Delta Society navrženo tak, aby podporovalo psychické, fyzické i sociální oblasti života klienta. U pacientů dochází ke zlepšení schopnosti empatie, navazování vztahů, fyzických kontaktů a pocitů silnější mentální stimulace. Dále dochází k rozvoji jejich emočních a kognitivních funkcí, mobility a rovnováhy (Pálsdóttir et al. 2020). Macauley (2006) dodává, že metody AAT mohou probíhat ve vnitřním i vnějším prostředí, a to buď ve skupině více pacientů nebo individuálně. Popisuje také výzkum, při kterém byla metoda AAT prováděna v několika nemocnicích a bylo zjištěno, že přítomnost zvířat snížila hladinu stresu hospitalizovaných. Bylo provedeno několik výzkumů jak v nemocnicích a psychiatrických léčebnách, tak v hospicích. U zkoumané skupiny, která měla možnost se zapojovat do AAT, bylo znatelné zlepšení jak v sociálních vazbách, tak v motorických funkcích uplatňovaných při běžných denních činnostech, oproti kontrolní skupině (Mandrá et al. 2019).

V kontextu logopedie by však zvíře nemělo být bráno jako společník, nýbrž jako koterapeut. Mělo by pomáhat rozvíjet vztah mezi pacientem a logopedem, tvořit potřebnou motivaci a vazbu pro optimální průběh rehabilitace. Výzkum Macauley se zaměřoval na pacienty s afázií po prodělané mrtvici levé hemisféry. Afatici často zažívají frustraci, úzkosti a depresivní stavy kvůli neschopnosti se vyjádřit, vybavit si potřebná slova a plnohodnotně se dorozumět. Komunikace s afatiky je pro okolí náročná, někdy kvůli výpadkům správných slov také nelogická a často nepřináší ucelené sdělení. Stavy frustrace bývají prohlubovány, pokud se pacienti setkávají s odmítavými postoji okolí jako je nepřítomný nebo znechucený výraz a nepříjemný tón hlasu ve chvíli, kdy se afatici snaží něco sdělit anebo úplné rezolutní odmítnutí rozhovoru. Osoby s těmito stavy proto bývají neochotné účastnit se terapií, protože ztrácejí motivaci a naději na nápravu. Výhodou přítomnosti zvířat při rehabilitaci narušené komunikační schopnosti je bezpodmínečné přijetí zvířetem, ať už má pacient jakoukoli jazykovou poruchu. Zvíře je vždy nakloněno kontaktu a má zájem s klienty ihned navázat určité spojení. Zvíře nevyžaduje přesná slova, zaměřuje se především na vlídný tón řeči a pacientovu přítomnost v daný okamžik. Klient díky tomu získává důvěru a motivaci

společně se zvířetem postupovat dále a nechat se za jeho pomoci provést procesem rehabilitace. Výzkum probíhal jak na bázi tradiční logopedické lekce, tak formou lekce AAT. Při obou 30minutových lekcích byly stanovené stejné cíle a podobné metody. Po 12 týdnech byly vyhodnocovány výsledky a bylo dokázáno, že účastníci si více věřili a postupovali rychleji při AAT. Důkaz o účinnosti AAT přineslo také to, že účastníci splnili nebo dokonce překročili předem stanovené cíle a uvedli, že pro ně byla AAT příjemnější než tradiční terapie. Pozorovatelé experimentu také uvedli, že pacienti častěji zahajovali řeč a byla u nich viděna mnohem menší námaha při opakování požadovaných frází ve chvílích, kdy mluvili ke zvířeti, oproti momentům, kdy zvíře přítomno nebylo a pacienti měli mluvit pouze s logopedem (Macauley 2006).

4.1 Průběh logopedické jednotky v rámci HPSP

Jónová (2021) uvádí, že se v Horticonu z. s. zaměřují především na děti a dospívající do 18 let. Podle ní je možné pomocí koní rehabilitovat klienty napříč celým spektrem narušené komunikační schopnosti. Nejčastěji však pracuje s klienty s vývojovou dysfázií, dyslálií, opožděným vývojem řeči, mentálním postižením, specifickými poruchami učení, ADHD a balbutiky. Vždy je ovšem nutné logopedickou jednotku, výběr koně i zahrnutí prostředí statku předem promyslet a upravit dle individuálních potřeb konkrétních klientů. Léčba pomocí koní může zlepšit fyzické i duševní zdraví lidí s následky po dopravních nehodách nebo jiných druzích fyzického traumatu, po nichž může u některých jedinců vzniknout koktavost nebo mutismus. Za asistence koní můžeme léčit i osoby s neurologickými poruchami, což mimo jiné odkazuje i na neurogení poruchy řeči. Stejně tak můžeme využitím koní léčit následky mrtvice, například získanou afázií, nebo opožděný vývoj řeči jako možného průvodce dětské mozkové obrny (Pálsdóttir et al. 2020).

Jedna logopedicko-hiporehabilitační jednotka v Horticonu trvá přibližně hodinu a pracuje se při ní s koněm jak ze země, tak ze hřbetu. Celá hodina je koncipována tak, aby každé dítě rozmanitými způsoby trénovalo právě tu oblast logopedie, která mu činí potíže. Logopedická cvičení jsou prokládána prací kolem koní a klienti jsou mimo jiné vedeni k samostatnosti, zodpovědnosti a udržení pozornosti. Součástí některých logopedických jednotek může být také nácvik relaxace například formou orofaciálních masáží a smyslovým vnímáním či řízenou relaxací probíhající na koňském hřbetu. Pálsdóttir et al. (2020) popisují hiporehabilitační jednotku, která probíhala v rámci jejich experimentu, jako hodinu až hodinu a půl trvající intervenci s tím, že samotná jízda měla trvat 10 – 30 minut dle aktuálního stavu pacienta. Zbýlý čas byl využíván na úvodní rozhovor sloužící ke zjištění stavu a aktuálních sil pacienta, dle kterého se vedoucí fyzioterapeut následně rozhodl, jak bude v daný den s pacientem pracovat. Po dokončení jízdy opět bylo zapotřebí zhodnotit, jak se účastník po času stráveném s koněm cítí a zároveň dochází k určité reflexi toho, co se mezi účastníkem a koněm odehrávalo. Terapeut nebo asistent, který při jednotce vede koně, může poskytnout interpretaci chování koně vůči klientovi. Samotná jednotka se skládá z vylezení na koně, srovnání se na jeho hřbetu, nalezení rovnováhy a uvolnění se. K tomuto můžeme využívat dechová cvičení a jednoduchá cvičení s tělními úseky dopomáhající ke zvyšování povědomí právě o těchto tělních segmentech. Následují cvičení zahrnující přímější interakci s koněm,

například jízda přes překážky, slalom nebo průjezd uličkou vytvořenou kavaletami, případně změna tempa a směru (Dismuke 1984).

4.2 Pravidla a principy vedení logopedických jednotek v HPSP

Hiporehabilitace má mnoho aspektů, které lze využívat při léčbě narušené komunikační schopnosti. Jónová & Hovorková (2020) uvádějí jako hlavní přínos v podstatě všechny aspekty zmíněné v předchozích kapitolách. Vyzdvihují působení prostředí statku, které lze dle diagnózy využívat buď jako stimulační nebo jako zklidňující. Druhým významným činitelem je bezpochyby kůň. Ten přináší přirozenou motivaci, svou velikostí vzbuzující respekt si vynucuje soustředěnost směřovanou především k sobě. Díky okamžité zpětné vazbě, kterou kůň poskytuje, se klienti opravdu musí soustředit pouze na koně a momenty v aktuálním čase a místě. Pokud by myšlenkami nebyli přítomni a zabývali by se něčím jiným, kůň by jim jejich nesoustředěnost ihned oplatil určitým nechtěným chováním. Děti ale zpravidla s koněm chtějí správně komunikovat a úspěšně s ním procházet celým procesem připravených aktivit, a proto kůň představuje přirozenou motivaci. Výhodou koní je také jejich bezpodmínečné přijetí každého jedince. Děti s narušenou komunikační schopností se často setkávají s odmítavými postoji okolí vymezenými vůči jejich řečové vadě. Ne zřídka se setkávají s posměšky od svých vrstevníků, nátlaky na tempo řeči, její hlasitost, nevhodné upozorňování na danou vadu v řeči nebo naopak samotné vynucování komunikace ve chvíli, kdy jsou jedinci s NKS určitými vlivy prostředí paralyzováni a v danou chvíli nejsou schopni mluvit. I v tomto ohledu je pro ně komunikace s koňmi velmi příjemná, protože v jejich společnosti mizí předsudky a stigmatizace jejich osoby na základě jejich NKS nebo diagnózy. Mimo léčbu narušené komunikační schopnosti jsou benefitem hiporehabilitace v logopedii také podpora mobility, komplexního rozvoje osobnosti klientů a posílení kladného vztahu k přírodě, zvířatům a ostatním lidem (Macauley & Gutierrez 2004).

Při poskytování logopedické péče v hiporehabilitaci bychom měli dbát na komplexní rozvoj všech složek osobnosti klienta. Měli bychom umožnit dítěti se svobodně vyjádřit. Toto pravidlo platí u všech pacientů, především však u balbutiků, kterým by skákání do řeči a netrpělivé naslouchání mohlo výrazně uškodit z hlediska korekce jejich narušené komunikační schopnosti. Logoped a celý jeho tým by měl předkládat správný řečový vzor. Je nutné, aby všechny osoby, které budou s klienty pracovat, mluvily spisovně, a aby správně artikulovaly a používaly správné tvary a ohýbání slov. Děti rády uplatňují napodobovací reflex, a ještě rychleji, než si osvojí správné řečové vzorce, si často osvojují ty špatné. Nesprávné návyky se však zpravidla velmi těžce napravují a odstraňují. Správně použité tvary slov zpevňujeme pozitivním podmiňováním. Za správnost chválíme, ale za chyby nikdy netrestáme, protože nechceme dítěti mluvení a snahu zošklivit. Obsah sdělení je pro nás tak mnohdy důležitější než samotná výslovnost. Pro rehabilitaci NKS je důležité především aktivně mluvit a v začátcích terapií jakkoli, důležitá je iniciativa dítěte. Postupným procvičováním a osvojováním si řeči, častým upevňováním správných mluvních vzorců a vývojem řeči se nakonec chyby eliminují a řeč se zafixuje ve správné pozici. Posledním pravidlem je respektování skutečného vývojového stupně klienta. Nemělo by žádný efekt se

tvrdě řídit chronologickým věkem klienta, který jej automaticky řadí do určité věkové skupiny, která by už měla ovládat konkrétní jazykové prostředky. Nesmíme se řídit chronologickým věkem, pokud mentální rozvoj a s ním i rozvoj řeči na této úrovni není. Musíme s korekcí navázat právě tam, kde se vývoj řeči ustálil nebo zastavil. Nemělo by smysl nutit klienta zvládat takové jazykové struktury, pro které nemá pevné základy. Je velmi důležité stanovit správnou diagnózu a odhadnout aktuální pacientovy schopnosti a prognózu, abychom stanovili metody rehabilitace a reálný dlouhodobý plán, který by klienta skutečně posouval. Při realizaci plánu by měl být kladen důraz na jeho splnitelnost konkrétním pacientem. Je lepší rozdělit plán na několik malých dílčích kroků, než za cenu chabých základů hnát rehabilitační plán nerovnoměrně vpřed a vyzdvihovat rychlejší ukončení terapie na úkor kvality poskytované péče a procvičování (Jónová & Hovorková 2021).

Kvalitní logopedii za využití koní lze poskytovat jen za předpokladu, že máme tým naplněný odborníky. Součástí týmu by tedy měl být logoped se zaměřením na hiporehabilitaci, instruktor hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi, logopedický asistent, speciální pedagog nebo logopedický preventista. Dle toho, jaké z těchto pracovníků máme k dispozici, poté hiporehabilitaci v logopedii dělíme do 3 úrovní, a to na hiporehabilitaci s logopedem, hiporehabilitaci s logopedickým asistentem nebo speciálním pedagogem a hiporehabilitaci s instruktorem HPSP. V hiporehabilitaci první úrovně, tedy v hiporehabilitaci s logopedem je možné přímo vytvářet terapeutický plán a ten poté dodržovat a pracovat podle něj. V hiporehabilitaci druhé úrovně se plní terapeutický plán, který však musel předtím vytvořit logoped a hiporehabilitace poslední úrovně probíhá klasicky podle metodiky HPSP (AHA 2020; Jónová & Hovorková 2021).

Samotná terapie probíhá v prostorech statku. Pro logopedické jednotky je velmi prospěšné vše, co takový statek nabízí. Základními ovlivňujícími činiteli jsou koně, kteří dokážou pozitivně ovlivnit motorické funkce a pozornost, což je pro logopedii klíčové. Hiporehabilitace probíhá ve velmi klidném pracovním tempu. Na dítě není vyvíjen nátlak a nemá tak pocit, že by se aktivně něco učilo nebo bylo zkoušeno. Učení probíhá přirozeně (Macaulay & Gutierrez 2004). Statek navíc nabízí velké množství podnětů k rozhovorům. Klient vnímá jak sluchové, tak zrakové, ale také čichové, hmatové a emocionální vjemy. Všechny zmiňované impulsy podněcují komunikaci. Pacienti chtějí sdílet, co vidí, slyší nebo cítí. Neformální prostředí, v němž hiporehabilitace probíhá, má nesporné výhody a mimo jiné částečně umožňuje eliminovat Hawthornský efekt. Hawthornský efekt byl poprvé popsán ve 30. letech 20. století a označuje takové chování, při němž se lidé chovají nebo pracují lépe, pokud jsou někým pozorováni. Přičemž ve chvíli, kdy pozorování být přestanou, sklouzávají ke stereotypnímu chování nebo ne tak efektivní práci a ulevování si (Purssell et al. 2020). Tento efekt popisují u svých klientů také Jónová & Hovorková (2020) v souvislosti s výhodou právě neformálního prostředí statku. Uvádějí, že žáci se v testové situaci sice chovají žádoucím způsobem, ale v reálném životě je tomu jinak. Na tradičních logopedických hodinách se děti snaží vyslovovat a mluvit správně, ale jakmile jsou mimo toto formální prostředí, upadají do své stereotypní mluvy. Neformální prostředí statku iniciuje běžnou mluvu s vadami, které mohou být logopedem ihned zachyceny a korigovány. Tímto způsobem si dítě nacvičuje správnou řeč i v jiném než ambulantním prostředí, postupně si ji osvojuje a je schopné ji v neměnném stavu přenášet i do jiných situací v jiném prostředí.

Důležité je také dodržování principů speciálně-pedagogické intervence. Z nich vyzdvihneme princip uplatnění specifických logopedických technik, tedy využívání konkrétních postupů k dosažení předem stanoveného cíle dle individuálních potřeb klienta. Techniky, pomocí kterých bude narušená komunikační schopnost korigována, je třeba důkladně promyslet. V hiporehabilitaci v logopedii bychom měli být flexibilní a měli bychom se vyhýbat mechanickému používání naučených postupů a pasovat je obecně na všechny klienty s různými diagnózami. Logopedická intervence by také měla být přirozená. Přemíra podnětů a nadbytečná kombinace různých metod nemusí vždy přispívat k rychlejšímu uzdravení narušené komunikační schopnosti. S tímto bodem souvisí i zásada vyváženosti a efektivity metod. Děti se snadno vyčerpají a korekce jejich řečové vady je pro ně náročná. Aby logopedické lekce měly smysl a dítě si je v rámci možností užívalo a dosahovalo pokroků, nesmíme je přetěžovat. Musíme brát ohled na náročnost samotné rehabilitace, odchylky a specifika jednotlivých řečových vad, dosaženou vývojovou úroveň, ale také na věk a aktuální stav psychických i fyzických sil jedince. Zapomínat bychom neměli ani na uplatnění procesů učení. V rámci logopedické jednotky využíváme různé pomůcky od obrázků, přes piktogramy, pracovní listy, slovní hry, dechová cvičení, až po interaktivní plochy různého charakteru. Tyto by měly pomáhat vytvářet asociace, podmiňovat a automatizovat správné řečové vzorce a vazby a ostatní složky komunikace. Zároveň bychom měli jmenovat také motorické učení, kdy například při práci ze země a pohybu na hřbetě koně rozvíjíme hrubou motoriku. Při kontaktní terapii zahrnující hlazení koně je rozvíjena také hrubá motorika. Pokud do kontaktní terapie zařadíme například česání a zaplétání hřívy a ocasu, nebo zapínání a upevňování postrojů, jedná se o rozvoj jemné motoriky. Jemnou motoriku však můžeme procvičovat i ze hřbetu koně, a to ve chvílích, kdy má klient na hřbetě koně nějaký úkol krom rovnovážného sedu. Mezi tyto úkoly patří například převážení předmětů z jednoho místa na druhé, kdy dítě musí uhlídat jak daný předmět, tak svůj sed a načasování zastavení, rozejítí a místa, kde dojde k odložení předmětu

V rámci hiporehabilitace je vhodné dbát také na určitá pravidla, která nám komunikaci usnadní a do budoucna budou působit jako preventivní faktor. Logoped by měl mít připravený dostatek mluvních podnětů a neustále by měl iniciovat produkci řeči. Proto klade otevřené otázky, naslouchá a pomocí reakcí na získané odpovědi rozvíjí téma dále. Důležité je se vždy naladit na mentální úroveň klienta. Komunikace tak bude ze strany klienta efektivnější. Z hlediska hlasové hygieny se doporučuje měkké nasazování hlasu, vyhýbání se kašli, křiku, ale i šeptání a dlouhým hovorům bez možnosti pauzy, dodržování pitného režimu a vytváření vlhčího vzduchu v prostorech, kde spíme. Důraz by měl být kladen i na vhodný rytmus řeči. Vyrovnat tempo tak, aby bylo příjemné jak pro řečníka, tak pro posluchače. Pro balbutiky je zase klíčové nepociťovat časový tlak na jejich tempo řeči. Potřebují cítit klid a mít jistotu, že mají dostatek času na vlastní vyjádření, které mohou bez obav dokončit, protože jim nikdo nebude takzvaně skákat do řeči. S tímto bodem souvisí také eliminace stresu. Pro balbutiky je to opět významné z hlediska prostoru na vlastní vyjádření. Stres také často bývá spouštěčem jejich řečové vady, takže při terapii je třeba ho maximálně potlačit.

Další pravidla, kterými se v Horticonu při logopedických jednotkách řídí, je netrestání chyb, vytváření bezpečného zázemí a podpora zájmu o logopedická cvičení. Práce s pacienty je založena na trpělivosti a pochvale za každý pokrok správným směrem. Logoped na klienta nevyvíjí nátlak a nepresuje pracovní tempo tak, aby rehabilitace proběhla v co nejkratším

čase, protože každé dítě potřebuje jiné množství času, aby ovládlo svou řečovou vadu. Pracovníci jsou pozitivně naladěni, a vytvářejí tak příjemné prostředí, kde se dětem dobře učí. K příjemnému prostředí patří i spokojení koně, kteří jsou chováni v souladu se zásadami welfare, díky čemuž jsou v takové životní pohodě, aby mohli pomáhat a byli otevření vůči klientům, jejich emocím a potřebám. Předpokladem k indikaci logopedických lekcí s využitím koní je správně vyvinutá centrální nervová soustava, ačkoli hiporehabilitace určité nedostatky dokáže stimulovat. Dále rozvíjí pohybový systém a obratnost a dochází ke komplexnímu rozvoji hrubé a jemné motoriky, ale také držení těla a rovnováhy (Jónová & Hovorková 2020).

4.3 Zapojení prvků HPSP do korekce NKS

Důvodem, proč je hiporehabilitace velmi vhodným nástrojem pro logopedii, je fakt, že k řeči je potřeba správného dýchání a správné dýchání je doprovázeno a vyvoláváno pohybem těla i mluvidel. Řeč se řadí mezi kognitivní dovednosti a je řízena mozkiem, jenž ke své funkci potřebuje dostatečné množství kyslíku. Pohyb koně při chůzi se přenáší na sedícího pacienta a zároveň při něm dochází k okysličování buněk, čímž jsou nastaveny vhodné podmínky pro tvorbu řeči. Venkovní prostředí mimo město nabízí čistý vzduch vzbuzující zájem se zhluboka nadechnout. Správným nádechem a korektním sedem na koni se otevírá hrudník, stabilizuje se bránice a hlava i krk jsou také ve správné poloze, která pomáhá ke správné výslovnosti (Macauley & Gutierrez 2004).

V rámci hiporehabilitace se dá cvičit i grafomotorika. Lze to u kontaktní terapie i při práci ze hřbetu. Při kontaktní terapii můžeme zmínit například malování na koně pomocí prstových barev, nebo vizualizaci práce s koněm. Při vizualizaci mají děti za úkol nakreslit kupříkladu postup, jakým se kůň čistí, sedlá nebo krmí. Při práci ze hřbetu se dá předvíciť správný úchop tužky, který lze simulovat držením otěží. Co se týče rozvoje sluchu, přináší rozmanité prostředí, kde koně žijí, také nesporné výhody. Klienti se učí rozlišovat různé zvuky, směr, ze kterého přicházejí a také se učí určovat jejich původce. Rozvíjí se také akustická paměť. Po několika rehabilitacích jsou schopné rozeznat různé zvuky typické pro statek. Mimo jiné se trénuje také orientace v prostoru a pravolevá orientace. Díky nekonečnému množství témat k hovoru, které koně přinášejí, děti přirozeně rozvíjí svou slovní zásobu a postřeh. Daleko bedlivěji si všímají, co se děje kolem nich a učí se vnímat nejrůznější detaily.

K rozvoji motoriky mluvidel v rámci hiporehabilitace můžeme využívat napodobování koňských výrazů vycházejících z mimiky, emocí a neverbální komunikace, ale také napodobování koňských zvuků jako je ržání, při kterém dítě může upustit přebytečnou energii, nebo frkání, kde proudem vydechaného vzduchu dochází k uvolnění rtů. Mluvidla rozvíjíme i při samotné komunikaci s koňmi, a to například pískáním, mlaskáním nebo syčením (Jónová & Hovorková 2021).

V logopedických jednotkách prováděných v Horticonu z. s. se kromě správné výslovnosti trénuje také paměť a dějová posloupnost a vybavuje se slovní zásoba. V kapitole Samostatné přílohy na stranách I a II jsou uvedeny příklady her, kterými lze tyto modality posilovat. Na stranách III – IX v Samostatných přílohách je možné zhlédnout vlastní návrhy

dalších cvičení, které má přinést tato bakalářská práce. Aktivity se zaměřují na procvičování hlásek, paměti a zrakových schopností a schopností logicky uvažovat. Zde v textu následuje ukázka práce s pětiletou klientkou v Horticonu z. s., které byla diagnostikována dyslálie. Vyskytovaly se obtíže ve výslovnosti hlásek Ď, Ť, Ň a jejich diferenciaci od hlásek D, T, N a také diferenciaci hlásek C, S, Z od hlásek Č, Š, Ž a rozlišení hlásek L a R. V průběhu logopedických jednotek byla napravována výslovnost všech vadně vyslovovaných hlásek různými způsoby zapojujícími rozličné cvičební pomůcky, metody a koně. Ke konci 20. logopedické jednotky byly úspěšně napraveny všechny vady.

Karta pacientky: ANIČKA MODRÁ

Diagnóza: dyslálie (konkrétně nesprávná výslovnost Ď, Ť, Ň, Č, Š, Ž, R, Ř)

14. 9 2018 (1. logopedická jednotka)

- trénink dějové posloupnosti: vyprávění o pejskovi a kočičce (zvládla sama poskládat i povyprávět)
- kontaktní terapie: vyvozování zvuku nových hlásek z již používaných hlásek (nechtěla říkat já, tje...)
- práce na hřbetu koně: určování barev, počty, víc/míň, diagnostika výslovnosti

21. 9. 2018 (2. logopedická lekce)

- zkouška sluchového rozlišování Wepman – Matějček (správně 13 z 20)
- kontaktní terapie: vyvození zvuku Ď, Ť, Ň
- práce na hřbetu koně: určování tvarů, barev, vyšetření porozumění, práce s nesmyslnými obrázky, rozhovor o povolání – tvorba vět
- práce u stolečku: sluchové rozlišování měkké nebo tvrdé slabiky (zvládá)

28. 9. 2018 (3. logopedická lekce)

- kontaktní terapie: djé, tje, nje s velkými pohyby při hřebelcování (říká pěkně), dě, tě, ně ještě nezní, hodně je tam slyšet J
- doma prý cvičí i sama
- práce na hřbetu koně: slabiky – měkké a tvrdé povídání
- práce u stolečku: razítka a djé, tje, nje, zrakové vnímání – pěnové obrázky na špátlích

12. 10. 2018 (4. logopedická lekce)

- práce na hřbetu koně: velké/malé – slova s Ď, Ť, Ň na začátku (stále říká djé, tje, nje)
- místy se objeví pěkný zvuk Ď, Ť, Ň

21. 10. 2018 (5. logopedická lekce)

- kontaktní terapie: chichotala se a moc se na slova s Ď, Ť, Ň na začátku nesoustředila
- práce na hřbetu koně: pojmenovat a vytleskat slova z domácího úkolu, cviky na motoriku mluvidel s tygříkem
- opakování vět podle Grimmové, slova s Ď, Ť, Ň na začátku
- práce u stolečku: razítkování + (ne)ťape, (ne)voní, (ne)letí, (ne)chodí

27. 10. 2018 (6. logopedická lekce)

- práce na hřbetu koně: pozice Ď, Ť, Ň ve slově (určovala dobře)
- slabiky s Ď, Ť, Ň uprostřed

9. 11. 2018 (7. logopedická lekce)

- práce na hřbetu koně: klusala na rovince, hádanky s Ď, Ť, Ň na začátku slova
- konec logopedie v HPSP

11. 1. 2019 (8. logopedická lekce)

- začátek logopedie v kanceláři
- rozhovor o Vánocích
- domino s Ď, Ť, Ň na všech pozicích ve slově
- cviky na motoriku mluvidel s příšerkami
- sluchové rozlišování C, S, Z a Č, Š, Ž
- Ď, Ť, Ň pexeso

18. 1. 2019 (9. logopedická lekce)

- dějová posloupnost – jak se staví sněhulák
- stavění sněhuláka z papírových geometrických tvarů
- cviky na motoriku mluvidel s tučňáky
- diferenciaci Ď, Ť, Ň a D, T, N (zvládá)
- hádanky s obrázky na Č + zjišťování pozice Č ve slově

25. 1. 2019 (10. logopedická lekce)

- Ď, Ť, Ň na všech pozicích ve slově, razítkování, tvorba vět
- Č na začátku slova – kartičky se spinnerem
- Č uprostřed slova – cesta z obrázků

1. 2. 2019 (11. logopedická lekce)

- cviky na motoriku mluvidel k Č, Š, Ž
- malé/velké věci (zvládá Č, Š, Ž v jednom slově)
- herní pole na procvičování Č
- Č ve větách (určí, kde je a zopakuje správně)
- asimilace Ď, Ť, Ň + T, D, N (ve slově zvládá)
- ve spontánní řeči Ď, Ť, Ň používá, občas jí to ujede do D, T, N

22. 2. 2019 (12. logopedická lekce)

- Č, Š, Ž v jednom slově zvládá, ve větách také
- C, S, Z a Č, Š, Ž v jednom slově – slabiky

8. 3. 2019 (13. logopedická lekce)

- sluchová diference Č, Š, Ž (podává podle slyšených slov)
- Č, Š, Ž z publikací Strč prst skrz krk, Jak pes Logopes...
- omalovánky Ď, Ť, Ň i tvorba vět v pořádku

23. 4. 2019 (14. logopedická lekce)

- C, S, Z a Č, Š, Ž v jednom slově
- Č, Š, Ž v jednom slově (pomalu, ale pěkně se soustředí)
- básničky Č, Š, Ž

3. 5. 2019 (15. logopedická lekce)

- používá Č, Š, Ž a C, S, Z
- zraková diference čarodějnice
- konec logopedie v kanceláři

10. 5. 2019 (16. logopedická lekce)

- začátek logopedie v HPSP
- vyšetření R (jednokmitné, nedokáže dlouhé RRR)
- kontaktní terapie: DR, TR, FR s hřebelcováním koně
- práce na hřbetu koně: motorika mluvidel, DDN, TDN, DD, TD zvuky
- práce u stolečku: posilování výdechového proudu

28. 8. 2019 (17. logopedická lekce)

- izotonická cvičení se špátlí
- práce na hřbetu koně: R na všech pozicích ve slově (v pořádku), asimilace R + L, L + R, L a R (Ř má pěkné)

6. 9. 2019 (18. logopedická lekce)

- práce na hřbetu koně: básnička Ř, logické myšlení – co k sobě patří?
- práce u stolečku: grafomotorika fixou

20. 9. 2019 (19. logopedická lekce)

- práce na hřbetu koně: diagnostika R + L, L + R, L a R (v pořádku)

21. 10. 2019 (20. logopedická lekce)

- práce na hřbetu koně: logopedické hádanky s Ř, vyprávění příběhů s Ř, určování pozice Ř ve slově, Ř na začátku, uprostřed i na konci slova (hodně se snaží, tlačí)
- práce u stolečku: domino s Ř

5 Závěr

Na základě vědeckých článků a praktických zkušeností střediska doporučené hiporehabilitace a praktické výuky Horticon z. s. byl doložen kladný účinek přítomnosti koní v odvětví hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi, konkrétně na logopedických jednotkách. Prvky logopedie se skutečně podařilo zařadit do HPSP a díky tomu byla korekce narušené komunikační schopnosti nejen efektivní, ale pro klienty také velmi zajímavá a zábavná. Uživatelé logopedie v HPSP mohli v rámci své NKS a její rehabilitace podstupovat nepřeberné množství aktivit a doprovodných činností s koňmi i bez nich, které kromě pozitivních vlivů na nápravu řečové vady, měly vedlejší kladné účinky na posílení hrubé a jemné motoriky, aktivní zapojení všech smyslů a zlepšení schopností sociální interakce, zodpovědnosti a péče o druhé.

Případová studie popisovala průběh logopedických lekcí za participace zvířete, které bylo využíváno jak při kontaktní terapii, tak při samotné jízdě. Při kontaktní terapii byla posilována především hrubá a jemná motorika, a to při činnostech jakými bylo vodění koně, jeho čištění nebo zaplétání hřívy a ocasu. Při této formě terapie však samozřejmě nešlo pouze o hybnost, ale především o logopedii. Logopedická cvičení byla také prováděna při čištění spolu s pohybem ruky a hřbílka při čištění, kdy se při tahu hřbílkem zároveň vyslovovala problematická hláska. V případové studii bychom za tyto hlásky označili pomocné zvuky djé, tjé, njé pro správnou výslovnost hlásek Ď, Ť, Ň, které se prováděly pomocí dlouhých tahů hřbílkem přes tělo koně. Při krátkých tazích hřbílkem například přes plece koně klientka vyslovovala citoslovce s problematickou hláskou R, tedy brm, frk, vrk a podobně.

Při jízdě na koni byl hojně využíván především edukační pás, což je autorská pomůcka využívaná při logopedických jednotkách v Horticonu z. s. Tento pás byl opatřen suchým zipem a kapsami, v nichž byly uloženy různé pomůcky, které uživatel při logopedii pod vedením odborníka vytahoval a podle pokynů logopeda je za určitých pravidel lepil na suchý zip a dále s nimi pracoval. Podobné využití by měly mít i navrhované pomůcky, které jsou součástí této bakalářské práce. Všechny kartičky budou opatřené suchým zipem, takže mohou být využívány jak při práci s edukačním pásem na hřbetě koně, tak při práci u stolu s tabulkou se suchým zipem.

Domnívám se, že zapojení prvků logopedie do HPSP je velmi kreativní metoda nabízející široké spektrum činností a podnětů pro korekci NKS a že má rozhodně velkou budoucnost, protože správné komunikační techniky a bezchybný řečový projev jsou v dnešní době velmi důležitou schopností nejen pro zapojení se do určité sociální skupiny, ale především pro možný osobní a kariérní růst. Velkým úspěchem by bylo, kdyby tato bakalářská práce byla podnětem pro bližší vědecké zkoumání této disciplíny, které by vedlo k ustálení metodiky, názvosloví, pomůcek a k samotnému rozvoji této metody a rozšíření jejích technik i pro dospělé uživatele. Pak by se logopedie v HPSP mohla stát nedocenitelnou, dětmi i dospělými klienty, oblíbenou součástí nápravy narušené komunikační schopnosti.

6 Literatura

American Hippotherapy Association. 2011. Occupational Therapy: Living Life To Its Fullest. American Hippotherapy Association, Austin. Available from <https://www.americanhippotherapyassociation.org/assets/docs/AOTA-letters-2000-and-2011.pdf> (accessed March 2021).

American Hippotherapy Association. 2020. Terminology for Healthcare. American Hippotherapy Association, Austin. Available from <https://www.americanhippotherapyassociation.org/assets/docs/AHA-%20Recommended%20Terminology.pdf> (accessed March 2021).

American Hippotherapy Association. 2020. What is Hippotherapy. American Hippotherapy Association, Austin. Available from <https://www.americanhippotherapyassociation.org/what-is-hippotherapy> (accessed March 2021).

Anderson HK, Hayes SL, Smith JP. 2019. Animal Assisted Therapy in Pediatric Speech-Language Therapy with a Preschool Child with Severe Language Delay: A Single-Subject Design. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice* **17**:1-7.

Black B, Uhde TW. 1992. Case Study: Elective Mutism as a Variant of Social Phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* **31**:1090-1094.

Black B, Uhde TW. 1995. Psychiatric Characteristics of Children with Selective Mutism: A Pilot Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* **34**:847-856.

Clahsen H. 1989. The grammatical characterization of developmental dysphasia. *Linguistics* **27**:897-920.

Clahsen H. 1991. *Child language and Developmental Dysphasia*. John Benjamins Publishing Company, Amsterdam/Philadelphia.

Clark DG, Cummings JL. 2003. Aphasia. *Neurological Disorders* **25**:265-275.

Clayton HM. 2016. Horse Species Symposium: Biomechanics of the Exercising Horse. *Journal of Animal Science* **94**:4076-4086.

Cohen M, Campbell R, Yaghai F. 1989. Neuropathological abnormalities in developmental dysphasia. *Annals of Neurology* **25**:567-570.

Česká hiporehabilitační společnost. 2019. Česká hiporehabilitační společnost. Česká hiporehabilitační společnost, Brno. Available from <https://hiporehabilitace-cr.com/hiporehabilitace/> (accessed February 2021).

Česká hiporehabilitační společnost. 2020. Hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi. Česká hiporehabilitační společnost, Brno. Available from <https://hiporehabilitace-cr.com/hiporehabilitace/pro-odborniky/hpsp/> (accessed February 2021).

Česká hiporehabilitační společnost. 2020. Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii. Česká hiporehabilitační společnost, Brno. Available from <https://hiporehabilitace-cr.com/hiporehabilitace/pro-odborniky/htfe/> (accessed February 2021).

Česká hiporehabilitační společnost. 2020. Hipoterapie v psychiatrii a psychologii. Česká hiporehabilitační společnost, Brno. Available from <https://hiporehabilitace-cr.com/hiporehabilitace/pro-odborniky/http/> (accessed February 2021).

Damasio AR. 1992. Aphasia. *New England Journal of Medicine* **326**:531-539.

Darley FL, Aronson AE, Brown JR. 1969. Differential Diagnostic Patterns of Dysarthria. *Journal of Speech Language and Hearing Research* **12**:246-269.

Darley FL, Brown JR, Goldstein NP. 1972. Dysarthria in Multiple Sclerosis. *Journal of Speech Language and Hearing Research* **15**:229-245.

Denoix JMD. 1999. Spinal Biomechanics and Functional Anatomy. *Veterinary Clinics of North America: Equine Practice* **15**:27-60.

Dismuke RP. 1984. Rehabilitative horseback riding for children with language disorders. Pages 154-180 in: Anderson R, Hart BL, Hart LA, editors. *The pet connection*. Hawthorne Press, Minneapolis.

Eugenio QR, Beatritz JM, Rafael MT, Campos Soler SM, Molina RM. 2005. From Kids and Horses: Equine Facilitated Psychotherapy for children. *International Journal of Clinical and Health Psychology* **5**:373-383.

Frewin K, Gardiner B. 2005. New Age or Old Sage? A Review of Equine Assisted Psychotherapy. *The Australian Journal of Counselling Psychology* **6**:13-17.

Groß W, Linden U, Ostermann T. 2010. Effects of music therapy in the treatment of children with delayed speech development - results of a pilot study. *BMC Complementary and Alternative Medicine* **10**:1-10.

Gudrunardottir T, Sehested A, Juhler M, Schmiegelow K. 2010. Cerebellar mutism. *Child's Nervous System* **27**:355-363.

Gúthová M, Šebianová D. 2005. Terapie dyslálie. Pages 167-201 in Škodová E, editor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Portál, Praha.

Hayhow R, Cray AM, Enderby P. 2002. Stammering and therapy views of people who stammer. *Journal of Fluency Disorders* **27**:1-17.

Håkanson M. 2008. *Equine Assisted Therapy in Physiotherapy [MSc. Thesis]*. University of Gothenburg, Gothenburg.

Heikkilä J, Lonka E, Meronen A, Tuovinen S, Eronen R, Leppänen PH, Tiippana K. 2018. The effect of audiovisual speech training on the phonological skills of children with specific language impairment (SLI). *Child Language Teaching and Therapy* **34**:269-287.

Hermanová H, Münichová D, Nerandžič Z. 2014. *Základy hipoterapie*. Vydavatelství Profi Press s. r. o., Praha.

Horticon. 2017. Kdo jsme. Horticon, Velká Rovná. Available from <http://horticon.cz/kdo-jsme/> (accessed February 2021).

Horticon. 2020. Logopedie. Horticon, Velká Rovná. Available from <http://horticon.cz/logopedie/> (accessed February 2021).

Child J. 1987. *The Causes of Specific Developmental Language Disorder (Developmental Dysphasia)*. Pergamon Journals Ltd, Manchester.

Iverach L, O'Brian S, Jones M, Block S, Lincoln M, Harrison E, Onslow M. 2009. Prevalence of anxiety disorders among adults seeking speech therapy for stuttering. *Journal of Anxiety Disorders* **23**:928-934.

Jónová V. 2021. Logopedie. Horticon, Velká Rovná. (Přednáška proběhla 22. 1. 2021).

Jónová V. 2021. Logopedie s koňmi. Horticon, Velká Rovná. Available from <https://violajonova.cz/logopedie-s-konmi/> (accessed March 2021)

- Jónová V, Hovorková L. 2021. Hiporehabilitace v logopedii. Horticon, Velká Rovná. (Přednáška proběhla 28. 1. 2021).
- Jónová V, Hovorková L. 2020. Prvky logopedie v HPSP.
- Karol J. 2007. Applying a Traditional Individual Psychotherapy Model to Equine-Facilitated Psychotherapy (EFP): Theory and Method. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* **12**:77-90.
- Krejčířová D. 2018. Poruchy řeči a komunikace z pohledu dětské klinické psychologie. Pages 170-173 in Kaniová M, Košťálová M, editors. *Kompendum klinické logopedie*. Portál, Praha.
- Kutálková D. 2005. Logopedická prevence – průvodce vývojem dětské řeči. Portál, Praha.
- le Roux MC, Swartz L, Swart E. 2014. The Effect of an Animal-Assisted Reading Program on the Reading Rate, Accuracy and Comprehension of Grade 3 Students: A Randomized Control Study. *Child* **43**:655-673.
- Leach D. 1993. Recommended Terminology for Researchers in Locomotion and Biomechanics of Quadrupedal Animals. *Cells Tissues Organs* **146**:130-136.
- Lechta V. 1990. *Logopedické repetitívum*. Slovenské pedagogické nakladateľstvo, Bratislava.
- Lechta V. 2004. *Koktavost*. Portál, Praha.
- Lechta V. 2005. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Portál, Praha.
- Lechta V, Králiková B. 2011. Když naše dítě nemluví plynule – koktavost a jiné neplynulosti řeči. Portál, Praha.
- Macauley BL. 2006. Animal-Assisted Therapy for Persons with Aphasia: A Pilot Study. *The Journal of Rehabilitation Research and Development* **43**:357-366.
- Macauley BL, Gutierrez KM. 2004. The effectiveness of hippotherapy for children with language-learning disabilities. *Communication Disorders Quarterly* **25**:205-217.
- Maccario M, Hefferen SJ, Keblusek SJ, Lipinski KA. 2008. Developmental Dysphasia and Electroencephalographic Abnormalities. *Developmental Medicine & Child Neurology* **24**:141-155.
- Mandrá PP, Moretti TC. da F, Avezum LA, Kuroishi RCS. 2019. Terapia assistida por animais: revisão sistemática da literatura. *CoDAS* **31**:1-17.
- Marik PE, Kaplan D. 2003. Aspiration Pneumonia and Dysphagia in the Elderly. *Chest* **124**:328-336.
- Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. 2005. Dysphagia After Stroke: Incidence, Diagnosis, and Pulmonary Complications. *Stroke* **36**:275–2763.
- Metter EJ, Hanson WR. 1986. Clinical and acoustical variability in hypokinetic dysarthria. *Journal of Communication Disorders* **19**:347-366.
- Miličić D, Alçada MNM, Pais CL, Večerina-Volić S, Jurković J, Pais CM. 1998. A study of auditory afferent organization in children with dyslalia. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* **46**:43-56.
- Mills DS. 2010. Personality and Individual Differences in the Horse, Their Significance, Use and Measurement. *Equine Veterinary Journal* **30**:10-13.
- Moore J. 2010. General Biomechanics: The Horse as a Biological Machine. *Journal of Equine Veterinary Science* **30**:379-383.

Müller J, Wenning GK, Verny M, McKee A, Chaudhuri KR, Jellinger K, Litvan I. 2001. Progression of Dysarthria and Dysphagia in Postmortem-Confirmed Parkinsonian Disorders. *Archives of Neurology* **58**:259-264.

Neubauer K. 2018. Afázie. Pages 442-469 in Kraniová M, Košťálová M, editors. *Kompendium klinické logopedie*. Portál, Praha.

Neubauer K. 2018. Dysartrie a řečová dyspraxie. Pages 416-441 in Kraniová M, Košťálová M, editors. *Kompendium klinické logopedie*. Portál, Praha.

Neubauer K. 2018. Dysfagie – poruchy polykání. Pages 542-559 in Kraniová M, Košťálová M, editors. *Kompendium klinické logopedie*. Portál, Praha.

Pálsdóttir AM, Gudmundsson M, Grahn P. 2020. Equine-Assisted Intervention to Improve Perceived Value of Everyday Occupations and Quality of Life in People with Lifelong Neurological Disorders: A Prospective Controlled Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* **17**(e2431) DOI: 10.3390/ijerph17072431.

Picard A, Heraut FC, Bouskraoui M, Lemoine M, Lacert P, Delattre J. 2008. Sleep EEG and developmental dysphasia. *Developmental Medicine & Child Neurology* **40**:595-599.

Pospíšilová L. 2018. Opožděný vývoj řeči. Pages 268-282 in Kaniová M, Košťálová M, editors. *Kompendium klinické logopedie*. Portál, Praha.

Pospíšilová L. 2018. Vývojová dysfázie. Pages 283-315 in Kraniová M, Košťálová M, editors. *Kompendium klinické logopedie*. Portál, Praha.

Preissová I. 2018. Mutismus. Pages 525-536 in Kraniová M, Košťálová M, editors. *Kompendium klinické logopedie*. Portál, Praha.

Pulvermuller F, Neininger B, Elbert T, Mohr B, Rockstroh B, Koebbel P, Taub E. 2001. Constraint-Induced Therapy of Chronic Aphasia After Stroke. *Stroke* **32**:1621-1626.

Purssell E, Drey N, Chudleigh J, Creedon S, Gould DJ. 2020. The Hawthorne effect on adherence to hand hygiene in patient care. *Journal of Hospital Infection* **106**:311-317.

Rivas EQ, Molina ES. 2012. A proposal for a virtual world that supports therapy of dyslalia. Pages 371-374 in *Proceedings of the 6th Euro American Conference on Telematics and Information Systems - EATIS '12*. New York, ACM Press.

Rodrigo-Claverol M, Malla-Clua B, Marquilles-Bonet C, Sol J, Jové-Naval J, Sole-Pujol M, Ortega-Bravo M. 2020. Animal-Assisted Therapy Improves Communication and Mobility among Institutionalized People with Cognitive Impairment. *International Journal of Environmental Research and Public Health* **17**:1-14.

Salomonová A. 2003. Pages 328-355 in Lašťovka M, editor. *Klinická logopedie*. Portál, Praha.

Silva PA, Justin C, McGee R, Williams SM. 1984. Some developmental and behavioural characteristics of seven-year-old children with delayed speech development. *International Journal of Language & Communication Disorders* **19**:147-154.

Singh S. 2006. Dysphagia in stroke patients. *Postgraduate Medical Journal* **82**:383-391.

Slowík J. 2012. *Speciální pedagogika*. Grada Publishing, Praha.

Suwała M, Górecka-Bruzda A, Walczak M, Ensminger J, Jezierski T. 2016. A Desired Profile of Horse Personality – A Survey Study of Polish Equestrians Based on a New Approach to Equine Temperament and Character. *Applied Animal Behaviour Science* **180**:65-77.

Škodová E. 2018. Poruchy řečové komunikace při anomáliích orofaciálního systému. Pages 342-371 in Kraniová M, Košťálová M, editors. Kompendium klinické logopedie. Portál, Praha.

Škodová E, Jedlička I. 2003. Klinická logopedie. Portál, Praha.

Tallal P, Stark RE, Curtiss B. 1976. Relation between speech perception and speech production impairment in children with developmental dysphasia. *Brain and Language* **3**:305-317.

Tallal P, Stark RE, Kallman C, Mellits D. 1980. Developmental dysphasia: Relation between acoustic processing deficits and verbal processing. *Neuropsychologia* **18**:273-284.

Van de Sandt-Koenderman ME, van der Meulen I, Ribbers GM. 2012. Aphasia Rehabilitation: More Than Treating the Language Disorder. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* **93**:1-3.

Włodarczyk E, Szkiełkowska A, Skarżyński H, Piłka A. 2011. Zaburzenia artykulacji u dzieci ze współistniejącymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego – efekty terapii słuchowej. *Otolaryngologia Polska* **65**:339-344.

Yeganeh Robin, Beidel DC, TURNER SM. 2006. Selective mutism: more than social anxiety?. *Depression and Anxiety* **23**:117-123.

7 Seznam použitých zkratek a symbolů

AAT – Animal assisted therapy

ADHD – attention an hyperactivity disorder (porucha pozornosti s hyperaktivitou)

AHA – American Hippotherapy Association

CNS – centrální nervová soustava

ČHS – Česká hiporehabilitační společnost

DAF – delayed auditory feedback

DMO – dětská mozková obrna

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

HPSP – hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi

HTFE – hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii

HTP – hipoterapie v psychiatrii a psychologii

MKN – mezinárodní klasifikace nemocí

NKS – narušená komunikační schopnost

ORL – otorhinolaryngologie

OVŘ – opožděný vývoj řeči

PACE – Promoting Aphasics Communicative Effectiveness

PAS – poruchy autistického spektra

SPU – specifické poruchy učení

8 Samostatné přílohy

Ukázky aktivit posilujících paměť, dějovou posloupnost a slovní zásobu.

Příloha číslo 1, Metodický list: Hledání významu (Jónová & Hovorková 2020)

METODICKÝ LIST		do 7 min.
	Hledání významu	
OBLAST	Tvorba vět, dějová posloupnost, správné odpovědi, slovní zásoba	
CÍL	Schopnost se vyjadřovat v celých větách	
POMŮCKY	Kartičky s obrázky se suchým zipem, edukační pás	
CÍLOVÁ SKUPINA	Děti od 4 let	
Evokace		
„Zahrajeme si hru, že já jsem cizinec a ty mi pomáháš pochopit, k čemu se používají následující věci a jak se jim vlastně říká.“		
Aktivita		
Pedagog předkládá uživateli obrázky. Ten je lepí na edukační pás. Každý obrázek pojmenuje a vysvětlí, k čemu se používá, co dokáže, co se s ním dělá. Jiná varianta hry je, že uživatel vysvětluje použití věci a on hádá, co to je. Správnost si ověří společným prohlednutím obrázků.		
Reflexe		do 5 min.
Rodiče se dětí doma ptají, k čemu slouží to či ono, jak se to používá a co to umí.		

METODICKÝ LIST		do 5 min.
   	Přijela babička z Číny	
OBLAST	Slovní zásoba, paměť (pracovní), pozornost a koncentrace, sluchová percepce, (výbavnost)	
CÍL	Zapamatovat si řadu slov a vybavovat slova z dané kategorie	
POMŮCKY	–	
CÍLOVÁ SKUPINA	Děti od 5 let	

Evokace

Teď si vyzkoušíme, jakou máme paměť a zahrajeme si spolu hru „Přijela babička z Číny“.

Aktivita

Každý z nás zopakuje větu „Přijela babička z Číny. Přivezla škopíček špíny a tam bylo“ a přidá jedno slovo (z určené oblasti: barvy, tvary, jídlo, ovoce, školní potřeby, zvířata na statku atd.). Ten další zopakuje zase celou úvodní větu, slovo od předchozího hráče a přidá vlastní.

Jiná varianta této hry je například „Byl jsem v lese a tam jsem viděl ...“ (jelena, borůvky, studánku, lišku, houby ...). Každý zopakuje úvodní větu, vyřčená slova a své slovo přidá. Slova se nesmí opakovat.

Reflexe

do 5 min.

V rámci domácího procvičování si rodiče mohou tuto hru zahrát s dítětem. Zábavu zažije celá zapojená rodina.

Vlastní návrhy na logopedické aktivity posilující korekci narušené komunikační schopnosti.

Příloha číslo 3, Metodický list: Sluchová diferenciací hlásek (Vyskočilová 2021)

METODICKÝ LIST
SLUCHOVÁ DIFERENCIACE HLÁSEK

do 5 minut

OBLAST	Sluchové vnímání a rozlišování, znělost, sluchová paměť, jemná motorika
CÍL	Schopnost sluchem identifikovat obrázky a rozlišit zvuky
POMŮCKY	Kartičky s obrázky opatřené suchým zipem, tabulka se suchým zipem, kam se kartičky mohou lepit, případně edukační pás
CÍLOVÁ SKUPINA	Děti od 3 let

Evokace

„Společně si vyzkoušíme, jaké zvuky dělají následující zvířátka a věci.“

Aktivita

Klient vytahuje jednotlivé obrázky a lepí je na edukační pás. Následně sám nebo s pomocí pedagoga dělá zvuky, které běžně vydávají zvířata nebo věci na obrázcích.

Kartičky mohou sloužit k rozlišení znělosti nebo vyvozování hlásek.

Sluchovou diferenciací lze trénovat tak, že pedagog říká zvuky a uživatel ukazuje, co slyšel.

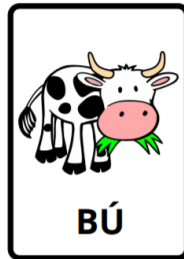
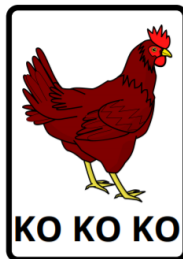
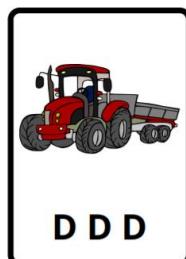
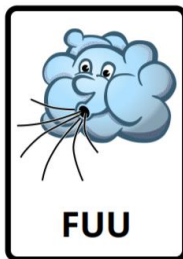
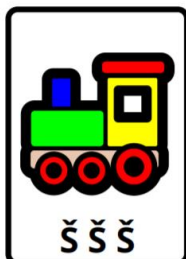
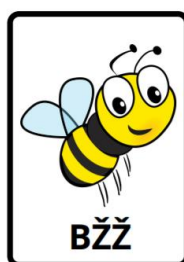
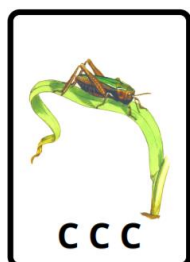
Sluchová paměť se rozvíjí, když pedagog říká zvuky a uživatel je má poskládat ve slyšeném pořadí. Úroveň postupně zvyšujte.

Reflexe

do 5 minut

V rámci domácího procvičování je možné vyhledávat v dětské knížce podobná zvířata či věci vydávající typické zvuky s napravovanými hláskami a vyžadovat po dítěti tyto zvuky opakovat.

Příloha číslo 4, Pomůcky k procvičování sluchové diferenciaci hlásek (Vyskočilová 2021)



METODICKÝ LIST
PROCVIČOVÁNÍ ČASTO ZAMĚŇOVANÝCH ZNAKŮ

do 10 minut

OBLAST	Zrakové vnímání , sluchová percepce, psaná forma ČJ
CÍL	Upevnit správné pozice písmen a číslic
POMŮCKY	Kartičky s podkovami se znaky opatřené suchým zipem, tabulka se suchým zipem nebo edukační pás
CÍLOVÁ SKUPINA	Školáci od první třídy, děti s dyslexií zaměňující znaky

Evokace

Uživatel hledá stopy koní na zemi. Pedagog mu do nich vpisuje písmena a číslice, které ho budou čekat na papírových podkovičkách. Společně si je pojmenovávají.

Aktivita

U stolečku

Rozprostřeme kartičky s jednotlivými znaky a náhodně je rozptýlíme po stole. Klient je rovná tak, aby jednotlivé kartičky s písmeny nebo číslicemi byly ve správné poloze. Náповědou mu je podkova, v níž je znak vepsaný. Správná pozice podkovy je stejná, jako bychom ji našli na cestě, kudy šel kůň, tedy obloučkem „vzhůru“. Takto je lepší na tabulku se suchým zipem.

Na hřbetu koně

Aktivitu je možné provádět i na hřbetu koně s využitím edukačního pásu a je možné ji rozšířit o procvičování slovní zásoby tak, že na písmeno vyskytující se na obrázku klient vymyslí slova.

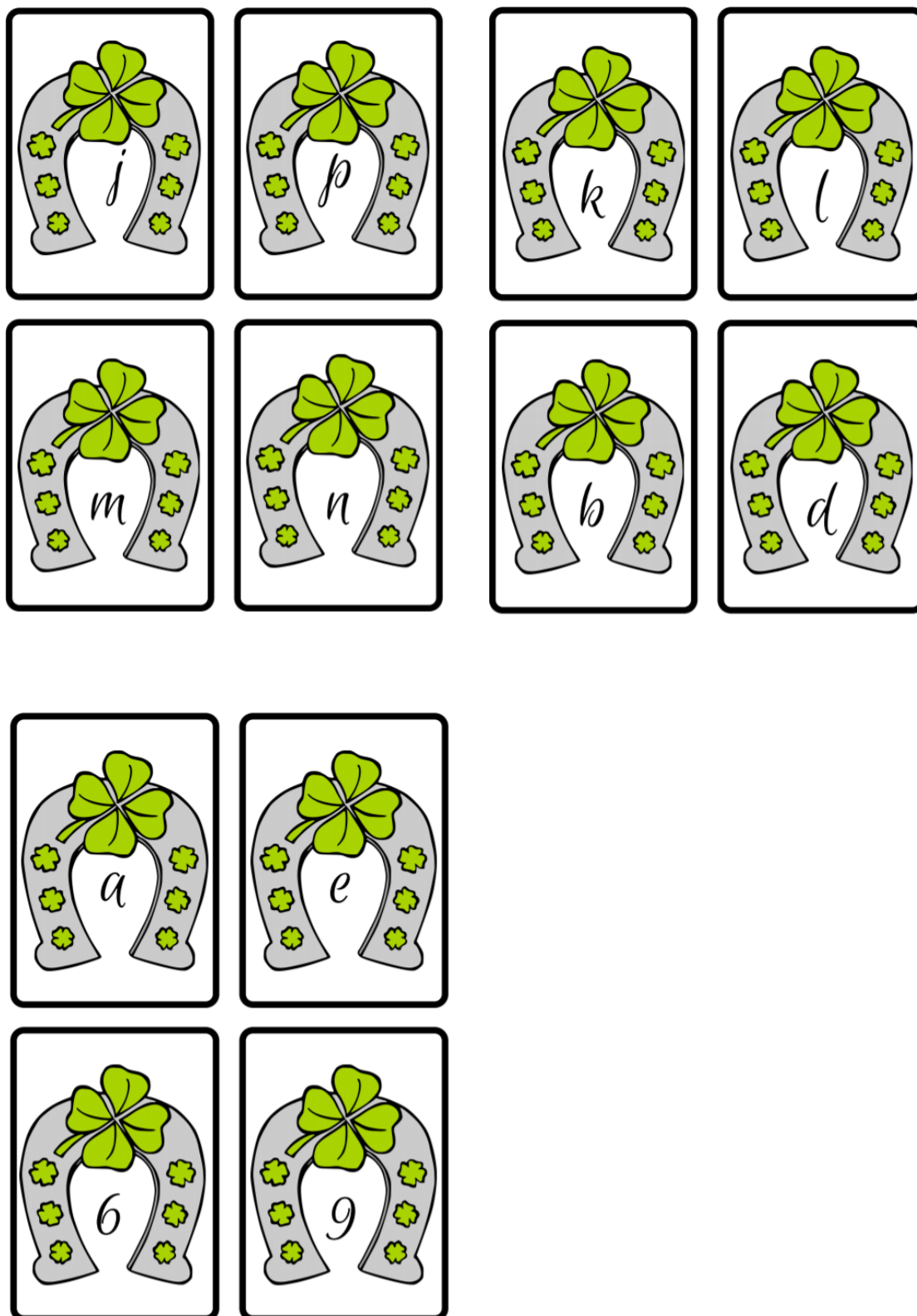
Na tabulky rozmístěné po jízdárně uživatel píše znaky, klidně s pomocí obrázků, které má s sebou.

Opět uživatel hledá stopy koní na zemi a sám vpisuje znaky, na které si sám vzpomene. Pedagog mu říká ty, na které si nezapomněl, aby byla sbírka kompletní. Uživatel „čte“, co píše.

Reflexe

do 10 minut

Při domácím procvičování mohou rodiče s dětmi vyhledávat problematické hlásky v knížkách, přepisovat je na papír a pomáhat si v určování správné polohy písmene například vybarvením břicha u b a d. Vhodné jsou pracovní listy s reverzními tvary.



**METODICKÝ LIST
SKLÁDÁNÍ OBRÁZKŮ**

do 5 minut

OBLAST	Zrakové vnímání , zraková syntéza, jemná motorika, fixování číselné řady a pohybů zleva doprava
CÍL	Poskládat obrázek
POMŮCKY	Nastříhané obrázky opatřené suchým zipem, tabulka se suchým zipem
CÍLOVÁ SKUPINA	Děti od 5 let

Evokace

„Nyní si složíme obrázky našich koníků.“ S tabulkami jdou hledat, kde právě daný kůň je a dítě celými větami popisuje, co dělá a jak vypadá.

Aktivita

Uživatel dostane k dispozici tabulku se suchým zipem a balíček dílků, ze kterých po úspěšném složení na tabulku vznikne obrázek koně. Některé obrázky jsou rozdělené na různé tvary, jiné jsou označené číslicemi pro snadnější uspořádání jednotlivých částí, procvičování číselných řad a pohybů zleva doprava.

Reflexe

do 5 minut

V rámci domácího procvičování je možné vystříhat například z časopisu obrázky oblíbených zvířat dítěte, rovněž je nastříhat na jednotlivé díly a tyto následně složit. Části obrázků lze samozřejmě také označit číslicemi pro jejich jednodušší složení a procvičování číselných řad.

Příloha číslo 8, Pomůcky ke skládání obrázků (Vyskočilová 2021)

