

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Petra Sviderková

MEDIÁLNÍ OSVĚTA SYMPTOMATICKÝCH PORUCH ŘEČI

Čestně prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a jiné zdroje, ze kterých jsem čerpala.

V Olomouci dne 11. 4. 2019

.....
Petra Sviderková

Poděkování

Mé upřímné poděkování patří paní Mgr. Lucii Kytarové za odborné a laskavé vedení této diplomové práce. Dále děkuji všem účastníkům natáčení rozhovorů, bez kterých bych nemohla praktickou část realizovat. V neposlední řadě děkuji své mamince, která provedla jazykové korektury této práce a podporovala mne po celou dobu studia na vysoké škole.

OBSAH

ÚVOD	7
I TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Narušená komunikační schopnost	8
1.1 Cílové skupiny logopeda	9
1.2 Kategorie narušené komunikační schopnosti	9
1.3 Mezinárodní klasifikace nemocí a NKS	10
1.3.1 Změny v MKN-11 v souvislosti s NKS	10
2 Symptomatická porucha řeči jako jeden z deseti okruhů narušené komunikační schopnosti	14
2.1 Historický zájem o problematiku symptomatických poruch řeči	14
2.2 Pojem sekundární poruchy řeči	15
2.3 Etiologické faktory symptomatických poruch řeči	16
2.4 Klasifikace symptomatických poruch řeči	17
2.4.1 Experimentální klasifikace SPŘ na základě MKN-11	18
2.4.2 Onemocnění spojována s NKS	20
2.5 Souvislost mezi symptomatickou poruchou řeči a narušeným vývojem řeči	20
2.6 Logopedické zabezpečení osob se symptomatickou poruchou řeči	22
3 Symptomatické poruchy řeči u sensorického postižení	25
3.1 SPŘ u zrakového postižení	25
3.1.1 Zrak a vývoj řeči	27
3.1.2 Popis jazykových rovin	28
3.1.3 Odlišnosti v chování	30
3.1.4 Poruchy řeči	33
3.1.5 Logopedická intervence	33
3.2 SPŘ u sluchového postižení	35
3.2.1 Sluch a vývoj řeči	37

3.2.2 Popis jazykových rovin.....	39
3.2.3 Kochleární implantát.....	41
3.2.4 Logopedická intervence	43
4 Symptomatické poruchy řeči u osob s dětskou mozkovou obrnou	45
4.1 Vývoj řeči	46
4.2 Popis jazykových rovin	47
4.2.1 Lexikálně-sémantická jazyková rovina	47
4.2.2 Foneticko-fonologická jazyková rovina	47
4.2.3 Morfologicko-syntaktická jazyková rovina	48
4.2.4 Pragmatická jazyková rovina.....	48
4.3 Poruchy řeči.....	49
4.4 Logopedická intervence.....	50
5 Symptomatické poruchy řeči u poruch autistického spektra	51
5.1 Vývoj řeči	52
5.1.1 Asociace mezi vokalizací a expresivním jazykem u dětí s PAS.....	54
5.2 Popis jazykových rovin	54
5.2.1 Lexikálně-sémantická jazyková rovina	54
5.2.2 Foneticko-fonologická jazyková rovina	55
5.2.3 Morfologicko-syntaktická jazyková rovina	55
5.2.4 Pragmatická jazyková rovina.....	55
5.3 Senzorické abnormality u osob s PAS.....	57
5.4 Jazyk a řeč u osob s Aspergerovým syndromem.....	58
5.5 Logopedická intervence.....	60
6 Symptomatické poruchy řeči u dalších vybraných poruch a onemocnění.....	63
6.1 Tikové poruchy.....	63
6.2 Neurodegenerativní onemocnění.....	64
6.2.1 Huntingtonova choroba.....	64

6.2.2 Další výzkumy zabývající se demencí v souvislosti s řečovou komunikací ..	66
II PRAKTICKÁ ČÁST	68
7 Výzkumné šetření.....	69
7.1 Cíle výzkumného šetření	69
7.2 Metodologie práce	69
7.2.1 Pilotáž	69
7.2.2 Vlastní šetření	71
7.3 Charakteristika vytvořeného audiovizuálního materiálu.....	74
7.3.1 Video rozhovory s osobami se sluchovým postižením.....	74
7.3.2 Video rozhovor s osobou s dětskou mozkovou obrnou.....	76
7.3.3 Video rozhovor s osobou s Aspergerovým syndromem.....	77
7.3.4 Video rozhovory s osobami s psychiatrickou diagnózou	78
7.3.5 Animovaný videoklip „Bud’ svůj“	81
7.4 Propagace vytvořeného audiovizuálního materiálu.....	83
7.5 Výsledky výzkumného šetření	84
8 Diskuze a limity studie.....	85
ZÁVĚR	89
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	91
SEZNAM ZKRATEK	98
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	100
SEZNAM PŘÍLOH.....	101
PŘÍLOHY	

ÚVOD

Co společnost nezná, toho se většinou obává. Lidé s nějakým postižením, ať už tělesným, smyslovým, mentálním nebo psychickým, mají ztížené postavení ve společnosti. A jedním z důvodů jejich znesnadněného postavení je právě neznalost nebo zkreslenost informací o těchto lidech napříč společnostmi. Snad každé postižení se nějakým způsobem promítá do interakce jedince s okolím, jinak řečeno do komunikace. A proto i v této oblasti má své důležité postavení logoped. Bohužel problematika poruch řeči u osob s nějakým jiným dominantním postižením stojí stále na okraji zájmu, a to jak ve společnosti, tak i u logopedů. Rozhodli jsme se proto prostřednictvím sociálních sítí, a především internetového serveru Youtube.com, zprostředkovat lidem příběhy osob s nějakým postižením, rozšířit jim tak povědomí, a hlavně v nich podnítit touhu hledat krásu v odlišnosti.

Diplomová práce je tvořena dvěma částmi. V teoretické části je věnována pozornost oblasti narušené komunikační schopnosti, a to i z pohledu budoucí 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, dále samotnému pojmu symptomatické poruchy řeči. Hlavní část teoretické části tvoří nástin vývoje řeči, jazykových rovin, poruch komunikace a logopedické intervence u jednotlivých symptomatických poruch řeči, konkrétně poruch řeči vyskytujících se u senzorického postižení (zrakového a sluchového), poruch autistického spektra, dětské mozkové obrny a dalších vybraných poruch a onemocnění.

Předmětem praktické části je tvorba osvětového materiálu formou video rozhovorů s lidmi se symptomatickou poruchou řeči a tvorba animovaného klipu vyjadřujícího obecně problematiku symptomatických poruch řeči, který by měl oslovit i zcela nezainteresovanou veřejnost. Forma videí byla vybrána pro svou autentičnost, názornost a snadnou přenositelnost.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Narušená komunikační schopnost

Narušená komunikační schopnost (NKS) je jedním ze základních termínů moderní logopedie (Lechta, 2016a). Před definováním samotné NKS je třeba vymezit termín komunikace a komunikační schopnost. Dle Klenkové (2006) **komunikace** představuje jednu z nejdůležitějších lidských schopností a v případě jejího narušení může mnohdy docházet k překážkám v edukaci a socializaci jedince. Lechta (2016a) definuje **komunikační schopnost** jako možnost používat jazyk způsobem systému znaků a symbolů v celé své komplexnosti a ve všech svých formách s cílem realizovat určitý komunikační záměr. Formami rozumíme verbální, neverbální, mluvenou či grafickou formu řeči. Komunikační schopnost je pro každého člověka příznačná a velmi významně přispívá k sociální adaptaci a duševnímu rozvoji jedince. Určit, zda se jedná o „normální“ komunikační schopnost, nebo již narušenou, může být někdy náročné.

A. Peutelschmiedová (2001) uvádí, že pojem **narušená komunikační schopnost** obsahuje více než vadu či poruchu řeči¹, jelikož slovo *narušení* chápeme jako stav, který není konečný či determinující. Právě pro potencionální reparabilitu se používá pojem narušení a ne postižení, při kterém se úplná reparabilita většinou neočekává (Lechta, 2008). *Komunikační schopnost* je sousloví upozorňující, že zásadním problémem je komunikace, která nemusí probíhat pouze cestou orální (Peutelschmiedová, 2001).

Komunikační schopnost člověka je narušená v případě, kdy některá z rovin jeho jazykových projevů (případně několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru (Lechta a kol., 2002).

Někdy ale nejsme schopni komunikační záměr dekódovat či interpretovat, neboť mu vůbec neporozumíme, jindy se člověk s narušenou komunikační schopností o svůj původní komunikační záměr ani nepokusí (např. se obává případného výsměchu ze strany komunikanta²) (Lechta, 2016a). Je také třeba zdůraznit, že v případě, kdy má komunikátor³ poruchu v oblasti porozumění řeči, tato porucha se druhotně promítne i v oblasti projevu, bude tedy působit interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. To znamená,

¹ Poruchu lze odstranit, vada je chápána jako něco více nezvratného (Peutelschmiedová, A. 2001)

² Komunikant je osoba přijímající nějaké sdělení

³ Komunikátor je osoba sdělující nějakou informaci

že z hlediska průběhu komunikačního procesu může být narušena jak jeho expresivní složka (produkce), tak i receptivní složka (porozumění řeči). Jak jsme se již výše zmínili, NKS může být přechodná (díky možné reparabilitě) např. v případě dyslálie, nebo trvalá (například při těžkém orgánovém postižení – dysartrie u mozkové obrny). Dále se může jednat o vadu vrozenou či získanou poruchu řeči. V celkovém klinickém obraze NKS buď dominuje, nebo je symptomem jiného dominujícího postižení (symptomatická porucha řeči). NKS se může projevit v rámci symbolických i nesymbolických procesů, a to v obou případech ve zvukové či nezvukové dimenzi (Lechta, 2008).

1.1 Cílové skupiny logopeda

Dle Lechty (1990) se logoped se zaměřuje na osoby:

1. **Intaktní** – skupina osob bez diagnostikovaného zdravotního postižení, onemocnění a bez diagnostikované NKS. Pole působnosti logopeda se ale rozšiřuje, a tak do této skupiny řadíme různá specifika a odchylky vyplývající třeba z problematiky bilingvismu, multilingvismu, migrace a dalších faktorů. Můžeme zde zahrnout také osoby z tzv. rizikových skupin (např. riziko dědičného zatížení, poporodní komplikace, nízká porodní hmotnost, předčasné narození a další).
2. **Intaktní s NKS** – zde spadají osoby bez diagnostikovaného zdravotního postižení či onemocnění, ale s diagnostikovanou NKS, která je u nich jediným symptomem, který však může být natolik závažný, že omezí jedince v oblasti sociální, edukační či profesní.
3. **Se zdravotním postižením či onemocněním a současně NKS** – do této skupiny řadíme osoby se **symptomatickými poruchami řeči** a kombinovanými poruchami řeči (více NKS z různých kategorií, o kterých se dozvíme v následující kapitole).

1.2 Kategorie narušené komunikační schopnosti

Od 90. let minulého století se užívá ke klasifikaci narušené komunikační schopnosti systém třídící na základě symptomu, který je pro dané narušení nejtypičtější, jedná se tedy o tzv. symptomatickou klasifikaci. Tato klasifikace obsahuje následujících 10 základních kategorií, mezi nimi i vyznačenou kategorii, která je předmětem našeho zkoumání:

1. Vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie)
2. Získaná orgánová nemluvnost (afázie)

3. Získaná psychogenní nemluvnost (mutismus)
4. Narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie)
5. Narušení fluence (plynulosti) řeči (tumultus sermonis, balbuties)
6. Narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie)
7. Narušení grafické stránky řeči
- 8. Symptomatické poruchy řeči**
9. Poruchy hlasu
10. Kombinované vady a poruchy řeči (Lechta in Klenková, 2006).

1.3 Mezinárodní klasifikace nemocí a NKS

Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů má zajistit, aby ve všech členských státech Světové zdravotnické organizace byly nemoci, úrazy, příčiny smrti a další přidružené zdravotní problémy stejně vykazovány, stejně tříděny, a tudíž byly mezinárodně srovnatelné. Katalogizuje různé patologické stavy a podmínky s cílem poskytnout společný jazyk pro informování a kontrolu jejich vývoje, stejně jako porovnávání a sdílení údajů podle standardních kritérií mezi nemocnicemi, regiony a zeměmi v různých časových obdobích. Klasifikace je pravidelně aktualizována (velké změny jsou schvalovány s platností každé 3 roky a malé změny s platností 1 x ročně vždy k 1.1.) a podílela se na ní řada odborníků, komisí a konferencí na mezinárodní i národní úrovni. Stále aktuální klasifikace (MKN-10) je výsledkem 10. revize, jejíž přípravu koordinovala Světová zdravotnická organizace (World health organisation). V České republice je tato klasifikace v platnosti od roku 1994 (MKN-10, 2018).

Dne 18. června 2018 vydala Světová zdravotnická organizace novou revizi Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-11), která ale ještě není schválená a přeložená do národních jazyků.

1.3.1 Změny v MKN-11 v souvislosti s NKS

Všechny níže uvedené pojmy jsou překladem autorky této diplomové práce, je tedy možné, že se nebudou shodovat s výslednou verzí MKN-11.

Důležité změny v MKN-11 pro oblast logopedie se odehrávají v kapitole **06 - Duševní, behaviorální a neurovývojové poruchy**, která je kategoricky srovnatelná v MKN-10 s kapitolou **F - Duševní poruchy a poruchy chování**. V kapitole (06 – Duševní,

behaviorální a neurovývojové poruchy) se nachází podkapitola „**Neurovývojové poruchy**“, kde budou zařazeny následující diagnózy:

- Vývojové poruchy intelektu (v MKN-10 pod pojmem Mentální retardace)
- Vývojové poruchy řeči a jazyka (v MKN-10 pod pojmem Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka) děleny na:
 - **Vývojové porucha zvukových prvků řeči** (v MKN-10 pod pojmem Specifická porucha artikulace řeči, jinými názvy také: dyslalie, patlavost, specifická artikulační neobratnost, vývojová verbální dyspraxie, fonetická a fonologická porucha atd.)
 - **Vývojové poruchy plynulosti řeči** (v MKN-10 jako Jiné poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání, jedná se o balbuties a tumultus sermonis)
 - **Vývojové jazyková porucha** (v MKN-10 pod pojmy Expresivní nebo Receptivní porucha řeči, jedná se o dysfázii)
 - Vývojové jazyková porucha s postižením receptivního a expresivního jazyka
 - Vývojové jazyková porucha s postižením převážně expresivního jazyka
 - Vývojové jazyková porucha s postižením převážně pragmatického jazyka (oficiálně nová diagnóza, jiné označení např.: pragmatická komunikační porucha, sémanticko-pragmatická porucha)
 - Vývojové jazyková porucha s jiným specifikovaným jazykovým postižením
 - Jiné vývojové poruchy řeči nebo jazyka
 - Nespecifikované vývojové poruchy řeči nebo jazyka.
- Poruchy autistického spektra (viz níže)
- Vývojové poruchy učení (dříve Specifické vývojové poruchy školních dovedností) děleny na:
 - **Vývojové poruchy učení s postižením v oblasti čtení**
 - **Vývojové poruchy učení s postižením psaného projevu**
 - **Vývojové poruchy učení s postižením v matematice**
 - **Vývojová porucha učení s jiným specifickým postižením**

- Nespecifikovaná vývojová porucha učení
- Vývojová porucha motorické koordinace (dříve dyspraxie)
- ADHD (v MKN-10 v kapitole Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání jako Hyperkinetické poruchy)
 - **Subtyp převážně nepozorný**
 - **Subtyp převážně hyperaktivní a impulzivní**
- Stereotypní pohybové poruchy
- Jiné specifické neurovývojové poruchy
- Neurovývojové poruchy nespecifické

Dále se v kapitole (06) nachází podkapitola „**Úzkostné a se strachem související poruchy**“ kde mimo jiné spadá:

- Elektivní mutismus (v MKN-10 zařazen v kapitole Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání)

V téže kapitole (06) v podkapitole „**Neurokognitivní poruchy**“ (dříve Organické duševní poruchy včetně symptomatických) jsou řazeny diagnózy jako:

- Delirium
- Mírná kognitivní porucha
- Amnestická porucha
- Demence (dále rozdělena dle typu primární příčiny)

Vzhledem k obsáhlosti MKN jsme uvedli pouze základní důležité výše zmíněné změny.

V kontextu předmětu této práce, tedy symptomatických poruch řeči, je třeba podrobněji představit významnou změnu, která proběhla na poli autismu. Jedná se o aktualizaci diagnostických kritérií pro **autismus**, která je nyní více v souladu s DSM-5 (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch) publikovaný v roce 2013 Americkou psychiatrickou asociací. V MKN–11 jsou diagnózy jako dětský autismus, atypický autismus, Rettův syndrom apod., nahrazeny pouze jednou hlavní diagnózou, a to **Poruchou autistického spektra (PAS) (6.A02)**, která se dále specifikuje dle toho, zda je přítomné narušení intelektu a porucha funkčního jazyka.

Vzhledem k popsaným charakteristikám autismu obsahuje MKN-11 stejné dvě kategorie jako DSM-5: potíže s interakcí a sociální komunikací na jedné straně a omezené zájmy a opakované chování na straně druhé. Tím se odstraní třetí charakteristika uvedená

v předchozím vydání MKN -10, která se týká jazykových problémů. Obě klasifikace také poukazují na význam zkoumání neobvyklých sensorických citlivostí, které jsou časté u lidí s poruchou autistického spektra. Klasifikace MKN-11 poskytuje podrobné pokyny pro rozlišení mezi autismem s mentálním postižením a bez něj. DSM-5 zase pouze uvádí, že autismus a intelektuální postižení se mohou objevit současně. MKN-11 také zahrnuje ztrátu dříve získaných kompetencí jako charakteristiku, kterou je třeba brát v úvahu při diagnostice. MKN-11 klade menší důraz na typ hry, na které se podílejí děti s PAS, protože se může lišit v závislosti na zemi nebo kultuře. Místo toho se zaměřuje spíše na to, zda děti následují nebo zavádějí přísná pravidla při hraní, chování, které lze vnímat v jakékoliv kultuře a je společnou charakteristikou u lidí s PAS.

MKN-10 řadila autismus pod kapitolu Poruchy psychického vývoje (F80-99), konkrétně do kategorie:

F84 – Pervazivní vývojové poruchy

F84.0 Dětský autismus

F84.1 Atypický autismus

F84.2 Rettův syndrom

F84.3 Jiná dezintegrační porucha

F84.4 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby

F84.5 Aspergerův syndrom

F84.8 Jiné pervazivní vývojové poruchy

F84.9 Pervazivní vývojové poruchy nespecifikované (MKN-10, 2018).

Dle budoucí MKN-11:

6A02 – Poruchy autistického spektra

6A02.0 PAS bez poruchy intelektového vývoje s žádným nebo lehkým narušením funkčního jazyka

6A02.1 PAS s poruchou intelektového vývoje s žádným nebo lehkým narušením funkčního jazyka,

6A02.2 PAS bez poruchy intelektového vývoje s narušením funkčního jazyka

6A02.3 PAS s poruchou intelektového vývoje a s narušením funkčního jazyka

6A02.4 PAS bez poruchy intelektového vývoje s absencí funkčního jazyka

6A02.5 PAS s poruchou intelektového vývoje a absencí funkčního jazyka

6A02.Y Jiná specifická PAS

6A02.Z PAS, nespecifikovaná (MKN– 11 Beta Draft, 2018).

2 Symptomatická porucha řeči jako jeden z deseti okruhů narušené komunikační schopnosti

Jak jsme se již zmínili výše, narušená komunikační schopnost může buď ve svém celkovém klinickém obraze dominovat, být hlavním vedoucím příznakem (symptomem), nebo se může stát symptomem jiného dominantního postižení, onemocnění nebo poruchy – v tomto případě se jedná o **symptomatické poruchy řeči (SPŘ)** (Lechta, 2008).

Symptomatické poruchy řeči představují jeden z deseti okruhů narušené komunikační schopnosti dle klasifikace, která třídí jednotlivá narušení komunikační schopnosti na základě nejtypičtějšího symptomu. Symptomatické poruchy řeči se tedy týkají osob, které mají primárně diagnostikované např. sensorické, intelektové nebo somatické postižení, dále u osob s poruchou autistického spektra, či osob s psychickou, neurotickou, behaviorální či emocionální poruchou, nebo se mohou vyskytnout jako důsledek sociálně-patologických jevů. Dle Kopečného (2012) jsou symptomatické poruchy řeči složitou, různorodou skupinou s charakteristickou variací a pestrostí příznaků jak primárního dominantního postižení, tak samotné NKS.

2.1 Historický zájem o problematiku symptomatických poruch řeči

Již berlínský lékař H. Gutzmann, který se zasloužil o vytvoření samostatného oboru pro léčení řečových poruch (Klenková, 2006), si uvědomoval důležitost problematiky symptomatických poruch řeči. Proto pověřil vídeňského experta H. Sterna, aby napsal samostatnou kapitolu s názvem *Die symptomatische Sprachstörungen*, kterou poté Gutzmann nechal zařadit ve své monografii Gutzmann (1912) (Lechta, 2008).

Později, na konci 70. a začátkem 80. let minulého století, se k tématu symptomatických poruch řeči vyjadřuje Miloš Sovák (1980), který hovoří o kombinaci a komplikaci poruchy. V případě kombinace symptomatické poruchy, kdy každá porucha má jinou příčinu, dominující postižení přímo nesouvisí se symptomatickou poruchou řeči. Naopak v případě komplikace poruchy má postižení a symptomatická porucha řeči vzájemnou příčinnou souvislost. Sovákovi také vděčíme za samotný termín symptomatické poruchy řeči. Svého širšího užívání v našich podmínkách se ale dočkal až díky slovenskému

logopedovi prof. Lechtovi na konci osmdesátých let, který se stal v této oblasti průkopníkem (Rádlová, 2006).

Kvůli prudkému nárůstu výskytu vícenásobných postižení v posledních desetiletích, vzrůstá i potřeba zkoumání symptomatických poruch řeči a následné možnosti komplexní péče o klienty s touto diagnózou. To, jak je důležité jejich komplexní zkoumání, dokazuje i skutečnost, že symptomatické poruchy řeči mohou být prvním nápadnějším symptomem začínajících onemocnění (Lechta, 2008). Např. změny ve verbálním projevu u osob se schizofrenií jsou považovány za jeden z hlavních a současně prvních projevů onemocnění (Peutelschmiedová, 2001). Stejně tak opožděný vývoj řeči bývá velmi často první příčinou znepokojení rodičů dětí s poruchou autistického spektra (Thorová, 2016).

Dle Lechty (2011) se termín „symptomatické poruchy“ začíná stále více objevovat nejen v logopedii, ale i v jiných oborech. Např. Pavlovský (In Lechta, 2008) hovoří o psychopatologickém symptomu somatického onemocnění jako o „symptomatické psychické poruše“. Stejně tak i Mezinárodní klasifikace nemocí (WHO) z roku 2009 používá termín „symptomatické duševní poruchy“ (F09).

2.2 Pojem sekundární poruchy řeči

V odborné literatuře se můžeme setkat také s pojmoslovím **sekundární poruchy řeči**, dnes je ale tento termín využíván především v zahraničí, kde se naopak moc neobjevuje pojem symptomatické poruchy řeči.

Např. Grimm (1999) hovoří o skupině sekundárních řečových a jazykových poruch, které vyvstávají z hlouběji zasahujících poškození a dělí poruchy řečového vývoje na sekundární poruchy u sensorického postižení (děti se sluchovým a zrakovým postižením), neurologického postižení (děti s afázií), mentální retardace (Downův syndrom a Williams-Beuren syndrom) a pervazivní poruchy (dětský autismus).

J. M. Fegert, Ch. Eggers, F. Resch (In Kopečný, 2012) se také zmiňují o sekundárních poruchách řeči z kognitivně-vývojového hlediska. Považují je za následek vad či poruch sluchu, mentálního postižení, poruch učení a jiných zásadních onemocnění.

2.3 Etiologické faktory symptomatických poruch řeči

Příčiny symptomatických poruch řeči jsou různé, někdy i těžce odhalitelné. Často dochází k vzájemnému prolínání příčin a následků (Lechta, 2008). Na vznik symptomatické poruchy řeči mají vliv prenatální, perinatální a postnatální poškození centrálního nervového systému (CNS), smyslových i pohybových orgánů nebo jiné negativní vlivy působící během života jako např. degenerativní onemocnění (Škodová, Jedlička, 2007).

Lechta (2008) definuje 3 základní případy výskytu symptomatické poruchy řeči:

- 1) Primární příčina způsobí dominující postižení nebo poruchu, která je doprovázena i typicky narušenou komunikační schopností (symptomatickou poruchou řeči).**

Např.: S diagnózou schizofrenie (prozatím neznámá etiologie) jsou spojené typické jazykové nápadnosti (např. nesrozumitelná seskupení slov), které vznikají na základě poruchy myšlení a sociálního chování, nejedná se o samostatné poruchy řeči a písma (Bleuler in Knoppová a Kučerová, 2006).

- 2) Jedna primární příčina způsobí paralelně se manifestující postižení (které má sekundární vliv na komunikaci) a samostatnou narušenou komunikační schopnost.**

Např.: Příčinou opakované mozkové léze vznikne vaskulární demence (následně kognitivně komunikační porucha) a afázie (získaná porucha porozumění a produkce řeči).

- 3) Existují dvě a více primárních příčin, které každá zvlášť působí negativně na komunikační schopnosti jedince.**

Např.: U klienta s perinatálně vzniklou mozkovou obrnou je patrná dysartrie (narušení motorické stránky řeči), což má vliv na komunikační schopnosti klienta. Současně však i jiná příčina (např. negativní vliv prostředí) má také nepříznivý dopad na rozvoj komunikace jedince.

Lechta (2008) zdůrazňuje, že v těchto modelech jde jen o zdánlivou lineární kauzalitu. Ve skutečnosti jde o velice složité vícenásobné vzájemné vazby. Nejedná se tedy o prostý vztah příčiny a následku, jelikož příčinu nelze vždy přesně oddělit od následku. Mimo etiologickou různorodost je třeba zohlednit také další faktory jako třeba období vzniku poruchy, rodinné prostředí, včasnost a kvalitu logopedické péče atd.

2.4 Klasifikace symptomatických poruch řeči

Dle Lechty (2008) třídíme symptomatické poruchy řeči na:

- **Specifické**, tzn. typické pro dané postižení (např. verbalismus u osob s nevidomostí).
- **Nespecifické**, tzn. atypické pro dané postižení (např. vývojová dysfázie u osoby s těžkým sluchovým postižením).

Dále dle Lechty (2008) symptomatické poruchy řeči mohou být:

- **Reverzibilní** (zvratné), např. dítě má diagnostikované zrakové postižení a opožděný vývoj řeči, časem ale opožděný vývoj řeči dožene.
- **Ireverzibilní** (nezvratné), např. osoba s těžkou poruchou intelektu nikdy nedosáhne normy ve vývoji řeči, neboť to nedovoluje hranice intelektu.

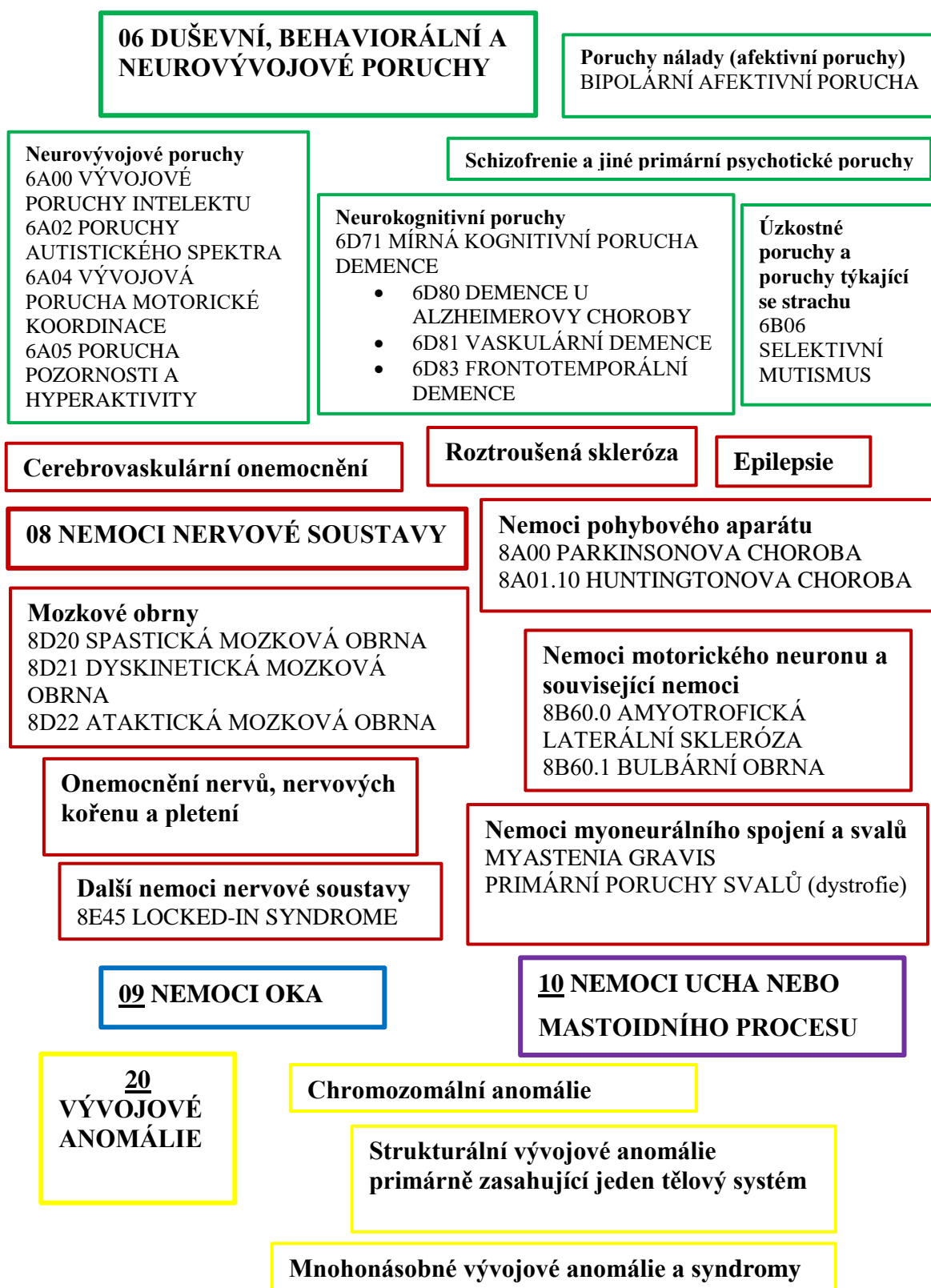
Lechta (2008) také shodně se Sovákem (1981) konstatuje, že symptomatické poruchy řeči lze rozčlenit do oblastí neurologie a psychiatrie.

- Symptomatické poruchy zasahující do **neurologie** mají charakter neurogenních poruch řeči, kdy je narušena častěji expresivní stránka řeči.
- Symptomatické poruchy řeči zasahující do oblasti **psychiatrie** se vyznačují narušením spíše obsahové stránky řeči.

Obecně platí, že se symptomatické poruchy řeči prolínají do všech jazykových rovin (foneticko-fonologické, lexikálně-sémantické, morfologicko-syntaktické a pragmatické jazykové roviny). Podrobněji o tom pojednáváme u konkrétních druhů symptomatických poruch řeči (kap. 3 až 6).

2.4.1 Experimentální klasifikace SPŘ na základě MKN-11

V níže uvedeném schématu jsme se pokusili o vytvoření přehledu, který by měl zachycovat postižení, která zahrnují nějakou narušenou komunikační schopnost, v tomto případě symptomatickou poruchu řeči. Pro zdroj jsme zvolili Mezinárodní klasifikaci nemocí- 11. revizi, a to proto, aby bylo schéma co možná nejaktuálnější. Vzhledem k obšírnosti této problematiky jsme volili pouze nejčastěji se vyskytující onemocnění, se kterými může klinický logoped přijít do styku. V klasifikaci nejsou zaznačeny tzv. „čisté“ logopedické diagnózy.



Obrázek 1: VÝSKYT NEJČASTĚJŠÍCH SYMPTOMATICKÝCH PORUCH ŘEČI PRŮŘEZEM MKN-11

2.4.2 Onemocnění spojována s NKS

V publikaci od Russell J. Love, Wanda G. Webb (2009, s. 341-344) je vysvětlena další klasifikace, která zahrnuje onemocnění, která bývají spojena s NKS, pro nás tedy symptomatické poruchy řeči:

- 1) **Vrozená onemocnění** (např.: dětská mozková obrna, kongenitální hydrocefalus, kraniostenóza, Downův syndrom, idiopatická mentální retardace⁴, porucha pozornosti, porucha pozornosti s hyperaktivitou, neurofibromatóza)
- 2) **Vaskulární onemocnění** (např.: mozková embolie, mozková hemoragie, mozková trombóza, pseudobulbární obrna...)
- 3) **Infekce** (např.: encefalitida, meningitida, neurosyfilis...)
- 4) **Trauma** (penetrující nebo zavřené poranění hlavy)
- 5) **Nádory** (např.: glioblastom, meningiom...)
- 6) **Degenerativní onemocnění** (např.: Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, Wilsonova choroba, Huntingtonova choroba, Roztroušená skleróza)
- 7) **Metabolická a toxická onemocnění** (např.: Reyův syndrom)
- 8) **Nervosvalová onemocnění** (1. onemocnění motorického neuronu – např.: Bulbární paralýza, Amyotrofická laterální skleróza, 2. svalové dystrofie – např.: Duchennanova svalová dystrofie, 3. Myasthenia gravis, 4. vrozená nervosvalová onemocnění - např.: Möbiův syndrom)
- 9) **Jiná onemocnění** (např.: epilepsie, Wernickeho-Korsakoffův syndrom)

2.5 Souvislost mezi symptomatickou poruchou řeči a narušeným vývojem řeči

Jak jsme se již zmínili v předchozí kapitole, symptomatická porucha řeči je doprovodný symptom jiného dominantního postižení. V případě narušeného vývoje řeči (dále NVŘ) se jedná o narušení schopnosti rozumět mluvené řeči nebo se mluvenou řečí vyjadřovat v porovnání s vrstevníky. Jelikož se jedná o vývojovou poruchu, obraz se tedy v průběhu vývoje dítěte mění, v různých věkových obdobích se projevuje různými symptomy (Mikulajová in Kerekrétiová, 2016a). NVŘ se může objevovat v následujících formách:

⁴ Porucha intelektu z neznámé příčiny

- **NVŘ jako symptomatická porucha řeči**
 - Narušený vývoj řeči je v tomto případě jedním ze symptomů v klinickém obraze *jiné vývojové poruchy*. Typickým příkladem může být vývoj komunikační schopnosti např. u dítěte s poruchou intelektu, s poruchou autistického spektra, se senzoricou poruchou, nebo následkem mozkové obrny. Nebo se může jednat o *poruchy získané v raném nebo předškolním věku*, kdy se komunikační schopnost ještě vyvíjí. V tomto případě jde třeba o traumatické poškození mozku (nejčastěji po úraze hlavy), nádor mozku nebo infekční onemocnění centrální nervové soustavy (např. encefalitidy).
 - V obou těchto možnostech platí, že samotná povaha primární diagnózy je překážkou normálnímu vývoji jazykových a komunikačních schopností vzhledem k dané diagnóze (jiný vývoj řeči u dítěte s poruchou intelektu, než u dítěte po úrazu mozku). Také je nutné, aby byla splněna podmínka, že narušení vývoje jazykových schopností není o moc závažnější, než vyplývá z povahy primární diagnózy (např. u dítěte se sluchovým postižením by měl vývoj řeči přibližně odpovídat závažnosti sluchového deficitu).
- **NVŘ jako symptom jiné diagnózy se závažnějšími projevy, než bychom očekávali**
 - Narušený vývoj řeči se vyskytuje v klinickém obraze jiné diagnózy, ale jeho projevy jsou o dost závažnější, než bychom na základě této diagnózy očekávali. Jako by narušený vývoj řeči přesahoval hranice primární diagnózy. V takovém případě uvidíme zjevný nepoměr mezi neverbálními schopnostmi a významně vůči nim zaostávající komunikační kompetence.
- **NVŘ jako samostatná nosologická jednotka**
 - Tato varianta se vyskytuje u dětí, které neprojevují žádné očividné deficity v ostatních oblastech duševního a tělesného vývoje a jejich sociální podmínky jsou také přiměřené. Pro tento typ NVŘ se všeobecně používá termín vývojová dysfázie nebo specificky narušený vývoj řeči. Dle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize spadá vývojová dysfázie pod kategorii Poruchy psychického vývoje (F 80-89), konkrétně pod Specifické poruchy vývoje řeči a jazyka (F 80), kdy se jedná buď o expresivní poruchu řeči (F 80.1), nebo o receptivní poruchu řeči (F 80. 2). V jiném diagnostickém materiálu, konkrétně Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch americké psychiatrické asociace

5. revize z roku 2013 (DSM -5), se již expresivní a receptivní porucha řeči (angl. Specific language impairment) samostatně neuvádí, s čímž ale nesouhlasí mnoho odborníků, např. Bishopová (ibid.).

2.6 Logopedické zabezpečení osob se symptomatickou poruchou řeči

Klenková (2006) uvádí, že: „v České republice je organizace poskytování logopedických služeb značně složitá a často i nepřehledná, neboť je v kompetenci tří rezortů.“ A to konkrétně na poli resortu školství (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR - MŠMT), resortu zdravotnictví (Ministerstvo zdravotnictví ČR – MZ) a resortu práce a sociálních věcí (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR – MPSV). Práce logopeda se dotýká také nestátního sektoru, neboť od roku 1989 začaly vznikat soukromé, nadační a charitativní organizace, které poskytují služby osobám se specifickými potřebami, mimo jiné právě i logopedickou intervencí (ibid.).

V České republice péči o děti se symptomatickými poruchami řeči zajišťuje hlavně rezort zdravotnictví (Lechta, 2008). Péče o osoby s postižením má ve zdravotnictví dlouhou tradici, neboť lékař je většinou první, kdo rodiče o závažném postižení informuje a poté koordinuje další léčebnou i rehabilitační péči (ibid.). Dle Klenkové (2006) je logopedická intervence v rezortu MZ poskytována nejčastěji v logopedických poradnách (ambulancích), případně na soukromých klinikách, a to ve státních i nestátních zdravotnických zařízeních, ambulantních i lůžkových, na odděleních neurologie nebo foniatrie, v lázních, specializovaných léčebnách, denních rehabilitačních stacionářích, rehabilitačních ústavech, atd. (Lechta, 2008). Péči v tomto rezortu má v rukou tým zdravotnických pracovníků lékařských i nelékařských oborů (pediatr, neurolog, foniatr, chirurg, psychiatr, klinický logoped, klinický psycholog, fyzioterapeut aj.) (ibid.). Klenková (2006) uvádí, že: „Předpokladem zřízení soukromé logopedické praxe v rezortu zdravotnictví je úspěšné složení atestační zkoušky, kterou skládají odborníci – nelékaři po splnění podmínek predatestační přípravy. K atestaci se může logoped přihlásit na základě splnění legislativních požadavků příslušného rezortu. Po složení atestační zkoušky se nazývá logoped klinickým logopedem.“ Nově ale také působí ve zdravotnictví speciální pedagog,

a to v programu tzv. Centra provázení⁵. V předškolním věku dítěte se symptomatickou poruchou řeči se část péče (zabezpečující rozvoj osobnosti dítěte) přesouvá do resortu školství (mateřské školy) nebo resortu práce a sociálních věcí (domovy pro osoby se zdravotním postižením aj.) (Lechta, 2008).

Logopedická péče spadající do resortu MŠMT je realizována (MŠMT, 2009; Neubauer, 2018; Klenková, 2006):

- V základních a speciálních logopedických školách – ve třídách je snížený počet žáků (7-14), je tam zařazena individuální logopedická péče, systém těchto škol prakticky splývá se systémem speciálněpedagogických center (SPC) pro děti s NKS.
- Práce speciálního pedagoga - logopeda ve speciálněpedagogickém centru (SPC) zaměřeném na NKS – mezi hlavní úkoly patří: realizace speciálněpedagogické, logopedické a psychologické diagnostiky, poskytování logopedické intervence, úzká spolupráce s pedagogy škol, doporučení k podpůrným opatřením, atd.
- V mateřských školách (MŠ) prostřednictvím práce učitelek MŠ s kvalifikací logopedické asistentky a spoluprací s dalšími logopedickými pracovišti.
- Logopedická péče v programu základní školy, speciální školy – buď se jedná o výuku předmětu individuální logopedická péče či komunikační schopnosti, která bývá v rozsahu nejčastěji 2 hodin týdně a je zabezpečována učiteli s logopedickým vzděláním, nebo v rámci škol pro sluchově postižené či školních zařízeních pro děti s více vadami může působit logoped v pozici terapeuta, který se komplexně věnuje poruchám řečové komunikace.
- Logopedická péče v rámci pedagogicko-psychologických poraden (PPP) – dominantním zaměřením těchto pracovišť je ale spíše diagnostika a terapie specifických poruch učení. Blíže k této problematice také v publikaci Klenková (2006) nebo Lechta (2008).

⁵ Centrum provázení nabízí podporu rodinám dětských pacientů při léčebné i paliativní péči. Centrum provází rodinu obdobím při čekání na diagnózu, sdělení diagnózy, hospitalizacích, při operativním zákroku, vyšetřeních, při navázání spolupráce s následnými službami atd. Centrum provázení funguje ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, dále při Fakultní nemocnici v Hradci Králové a Fakultní nemocnici v Brně. Vedoucím center je prof. Mgr. PaedDr. Jan Michalík, Ph. D. Více informací o Centru provázení lze dohledat na webových stránkách (<https://centrumprovazeni.cz/>)

Logoped pracující v resortu MPSV zabezpečuje logopedickou intervenci především osobám s poruchami intelektu, se smyslovým postižením, se souběžným postižením s více vadami, s tělesným nebo duševním postižením, osobám, které vzhledem ke svému postižení a sociální situaci nemohou být v domácí péči (Lechta, 2008). Logopedi se v zařízeních MPSV věnují logopedické intervenci v rámci komplexní rehabilitace – provádějí logopedickou diagnostiku a terapii, snaží se o co možná nejlepší rozvoj komunikačních dovedností dle možností a schopností daných klientů. V případech, kdy u klienta nelze rozvíjet verbální komunikaci, může logoped využít rozvoj komunikačních schopností klienta prostřednictvím systému augmentativní a alternativní komunikace (AAK) (Klenková, 2008). Logopedická péče v oblasti MPSV je aktuálně více strukturovaná a preferovaná v zařízeních pro děti a mládež s tělesným postižením a poruchami intelektu. V rámci občanských sdružení a zařízení Diakonie Českobratrské církve evangelické či České katolické charity se v posledních letech dynamicky rozvíjí síť středisek rané péče. Tato zařízení hrají důležitou roli v poradenské činnosti pro rodiny a děti s postižením od nejranějšího věku. Střediska rané péče mohou zabezpečovat také logopedickou intervenci. Naopak oblast logopedické péče o osoby v seniorském věku, spadající do resortu MPSV, je v našich podmínkách stále podceňována. Zatím se tato péče zprostředkovává díky spolupráci s klinickými logopedy z MZ nebo činností speciálních pedagogů s logopedickou kvalifikací, pokud jsou ale v těchto zařízeních zaměstnání nebo do zařízení docházejí. Logopedická péče o seniory s postižením je stále považována za nedostatečně rozvinutou (Neubauer, 2018).

3 Symptomatické poruchy řeči u sensorického postižení

I přesto, že symptomatická porucha řeči u osob se sensorickým postižením může mít vliv na vývoj jedince, jeho komunikaci, a tím pádem i psychosociální rozměr kvality života, stojí tato problematika stále spíše na okraji zájmu odborníků, potažmo odborníků z logopedické praxe. V problematice symptomatických poruch řeči u osob se sensorickým postižením z hlediska obecné informovanosti, ale i praktické zkušenosti byla identifikována značná disproporce mezi sluchovým a zrakovým postižením. Z pohledu logopedů je problematika sluchového postižení známější a v praxi je větší frekvence těchto případů, než co se týče problematiky zrakového postižení (Hanáková a Stejskalová, 2015).

Úkolem klinického logopeda je působení na optimální rozvoj komunikačních schopností jedince se sensorickým postižením do té míry, do jaké to charakter, typ a stupeň postižení i osobních schopností a vlastností jedince dovolí (Škodová, 2007).

Se zvyšující se dlouhověkostí populace se schopnost vizuální a auditivní percepce dostává do popředí zájmu odborníků, neboť právě schopnost slyšet a vidět se s rostoucím věkem zhoršuje. Při kombinaci zhoršení sluchové i zrakové percepce dochází k tzv. duální sensorické ztrátě. Duální sensorická ztráta bývá stále častějším jevem a předchází výzkum ukázal, že 6 % neinstitucionalizovaných starších dospělých mělo duální sensorickou poruchu, zatímco 70 % těžce zrakově postižených starších dospělých také prokázalo významnou ztrátu sluchu. Snížené vidění nebo sluchová ostrost zasahuje také do vnímání mluvené řeči, a proto lidé se sensorickou ztrátou mají často narušenou komunikaci. Omezená schopnost zlepšit výkon komunikace často vede k zhoršení psychosociálního stavu. Deprese, úzkost, letargie a sociální nespokojenost jsou častými sekundárními symptomy získané sensorické ztráty. Sensorická ztráta, snížený komunikační výkon a narušený psychosociální stav mají vliv na kvalitu života a pocity pohody jedinců (Heine, Browning, 2009).

3.1 SPŘ u zrakového postižení

Osobou se zrakovým postižením rozumíme jedince, který i po optimální korekci (medikamentózní, chirurgické, pomocí brýlí aj.) má problémy v běžném životě se získáváním a zpracováním informací zrakovou cestou. Dle Škodové (2007) je schopnost zrakového kontaktu s prostředím omezena buď pro sníženou zrakovou ostrost (schopnost vidět zřetelně), nebo kvůli omezení zorného pole (rozsah vidění v různých směrech). Zorné

pole a zraková ostrost ale nevypovídají nic o tom, jak dítě dokáže svůj zrak či zbytky zraku využívat. Schopnost dítěte užívat svůj zrak efektivně závisí na více vlivech. Zejména na souhře smyslů, motorického systému, vrozených intelektových dispozicích a příležitostech k učení (Škodová in Padula, Spungin, 2007). Ztráta nebo výrazné omezení zrakového vnímání ovlivní zásadním způsobem všechny složky běžného života člověka. Některé z nich dokonce značně limituje, neboť se postižení promítá do oblasti kognitivní, motorické i psychosociální.

Charakter dopadu zrakového postižení na každodenní život je ovlivněn příčinou zrakového postižení, stupněm a typem zrakového postižení, ale také dobou vzniku zrakového postižení a dalšími spolupůsobícími faktory (Stejskalová, 2012). Člověk získává informace z okolního světa prostřednictvím analyzátorů. Je-li postižen analyzátor zraku, který nám umožňuje získávat až 80 % informací, projeví se toto postižení i na komunikační schopnosti jedince (Klenková, 2006). Řeč má pro osoby s těžkým zrakovým postižením větší význam než pro osoby intaktní. Je to dáno tím, že řeč má v tomto případě jednu funkci navíc – funkci kompenzační. Řeč musí nahradit nevidomému některé informace, které nemůže získat ostatními smysly (např.: nemůže si představit, jak vypadá mrakodrap, jelikož jej nikdy neviděl, a navíc jej nemůže ani vnímat hmatem, a tak je představa mrakodrapu závislá pouze na slovním popisu). Tuto kompenzační schopnost má řeč i u intaktních, ne ale v takové míře jako u nevidomých (Kochová a Schaeferová, 2015).

Řeč osob se zrakovým postižením se vyznačuje v raných stádiích ontogeneze jistým opožděním, poté ale dochází k akceleraci ve vývoji a opoždění se stírá. Nejvýznamnější odchylky oproti intaktním jedincům je možné sledovat především ve vývoji řeči osob s těžkým zrakovým postižením (Rádlová, 2006).

Jak jsme již uvedli výše, charakter dopadu zrakového postižení ovlivňuje mimo jiné příčina zrakového postižení. Příčinou zrakového postižení je de facto zraková vada nebo onemocnění. V celosvětovém měřítku patří mezi hlavní příčiny vzniku těžkého zrakového postižení onemocnění zrakového analyzátoru jako jsou: katarakta (šedý zákal), glaukom (zelený zákal), věkem podmíněná makulární degenerace, opacity rohovky jako následek různých onemocnění, diabetická retinopatie, různá dětská onemocnění, trachom, říční slepota a další postižení zraku související s genetickým vývojem, degenerativními procesy, traumaty a jinými příčinami. Jedna třetina příčin zrakového postižení je neznámá. Dědičnost způsobuje až 20 % vrozených zrakových vad, další příčiny vrozených onemocnění jsou intrauterinní infekce matky, metabolická onemocnění matky, toxikomanie matky, těžká

mechanická poškození plodu, působení dalších teratogenů (RTG záření, radiace, farmaka, chemické látky). Mezi perinatální faktory etiologie těžkého zrakového postižení patří předčasný porod, protražovaný porod, retinopatie nedonošených dětí, léze na CNS, ophthalmia neonatorum. Faktory, které mohou zapříčinit zrakové postižení postnatálně jsou např.: retinopatie nedonošených, progresivní zrakové vady, nádorová onemocnění (oka, očnice, mozku), celková onemocnění (diabetes mellitus, AIDS, infekce, meningitida, encefalitida, syfilis), poruchy CNS, toxikomanie, úrazy oka a hlavy (Stejskalová, 2012).

Dalším faktorem ovlivňujícím míru negativních vlivů zrakového postižení na kvalitu života je stupeň zrakového postižení. Na základě tohoto kritéria dělíme osoby se zrakovým postižením dle lékařské klasifikace na: slabozraké a nevidomé (praktická nevidomost, skutečná nevidomost, plná slepota). Dle speciální pedagogiky vymezujeme z hlediska stupně zrakového postižení ještě další dvě kategorie, a to osoby se zbytky zraku a osoby s poruchami binokulárního vidění (strabismus a ambliopie). Existuje samozřejmě řada dalších hodnotících kritérií, dle kterých je možné klasifikovat zrakové postižení (ibid.).

3.1.1 Zrak a vývoj řeči

Dle Langmaiera a Krejčířové (In Lechta, 2008) již v 5. měsíci intrauterinního života plod reaguje na vizuální podněty (čím více roste placenta, tím více světla prochází přes břišní stěnu matky). Důležitost zrakového vnímání pro vývoj řeči je neopominutelná už jen z toho důvodu, že první náznaky mezilidské komunikace jsou založeny na zrakovém kontaktu, a to ve chvíli, kdy dítě kolem 2.-3. měsíce reaguje na lidskou tvář úsměvem. Zrakové stimuly podněcují dítě k vokalizaci a později k žvatlání a řečovým projevům. Další dimenzí, ve které má zrakové vnímání svou roli, je odezírání pohybů mluvidel, resp. mimických pohybů od dospělých, což přispívá k osvojení si artikulace a neverbální komunikace.

První zrakové dojmy dítěte jsou spojeny s pokrmovou dominantou. V 3.-6. měsíci zrakové dojmy ovládají dětskou psychiku, později u dítěte vzrůstá zájem o osoby, které rozlišuje dle stupně poznání, v 10. měsíci se pátravě rozhlíží po předmětu, který mu spadl na zem (Příhoda in Lechta, 2008). Je tedy zřejmé, že vývoj zrakového analyzátoru ovlivňuje adaptaci dítěte na podmínky prostředí a tím i komunikační interakci s okolím.

Také první slova dítěte jsou nerozlučně spojena se zrakovými vjemy. Na začátku se slova spojují s předmětem (s jeho zrakovým obrazem), později s představou o předmětu (Przetaczniková a Spioneková in Lechta, 2008).

Okolo 6.-8. měsíce života dítěte začíná být činnost zrakového analyzátoru velmi důležitá, a to z toho důvodu, který jsme již výše uvedli. Dítě se snaží napodobit pohyby mluvidel a mimiku osob, se kterými přichází do kontaktu. Skutečností, že na žvatlání působí i optické dojmy zdůrazňuje také Příhoda (In Lechta, 2008), který uvádí, že nevidomé děti napodobují zvuky později než děti vidoucí.

Dle Seemana (In Lechta, 2008) děti s vrozeným těžkým zrakovým postižením začínají mluvit v průměru o půl roku později než děti intaktní. U dětí se zrakovým postižením je narušena především dynamika vývoje řeči, to znamená, že v raných stádiích vývoje řeči dochází k jistému zpoždění, které ale bývá v pozdějším období akcelerováno (cca do 3. ročníku základní školy bývá opoždění vývoje řeči korigováno zejména osvojením stereotypů a ovládnutím Braillova písma) (Lechta, 2008).

Vzhledem k tomu, že vývoj motoriky jde ruku v ruce s vývojem řeči, zmiňujeme proto zajímavé zjištění, že děti nevidomé velmi často nelezou, ale spíše se posunují po zadní části těla a poté se postaví a obcházejí kolem nábytku (Pihrtová, 2006). Dalším příkladem, kde se promítá opoždění motorického vývoje do oblasti řeči u nevidomých dětí je zaostávání experimentace (např.: s předměty v okolí, ale i s mluvidly) u kojenců. Na experimentaci nevidomého dítěte má samozřejmě kromě opožděné motoriky vliv také absence zraku, dítě je pasivně odkázáno téměř jen na předměty, které mu dá k dispozici matka, nebo jiná osoba z jeho okolí. Celkově je dítě pasivnější a cítí se bezpečněji na jednom místě, čímž se omezuje také schopnost orientace v prostředí. O specificky omezené možnosti experimentace, stimulace a imitace u nevidomých dětí se můžeme podrobněji dočíst v publikaci od Lechty (2008).

3.1.2 Popis jazykových rovin

Zpomalující vlivy na vývoj řeči dětí se zrakovým postižením působí nejspíše až do začátku školního věku, a to jak ve vývoji formální, tak obsahové stránky řeči. Zjistilo se, že prakticky žádné nevidomé dítě ještě v 1.-2. ročníku základní školy nedosáhlo úrovně normy v testu zaměřeném na složky verbální inteligence (Lechta, 2008).

3.1.2.1 Lexikálně-sémantická rovina

Mezi odborníky na tuto problematiku jsou značné rozpory v názorech, zda jsou mezi dětmi nevidomými a intaktními rozdíly ve výstavbě a obsahu řečových výrazů. U intaktních jedinců má při poznávání předmětů dominující úlohu tvar předmětu, kdežto u nevidomých to jsou akustické a haptické znaky. V raném věku nevidomé dítě ještě není schopné účinně

kompenzovat zrakový defekt řeči, později - ve školním věku už však ano. Paralelně s věkem se totiž řeč stává dominujícím prostředkem poznávání skutečnosti (ibid.). Tvorba představ je u nevidomých dětí mnohem pomalejší, protože vzniká sdružováním více pojmů a představy jsou méně přesné. Množství produkovaných slov není závislé na stupni zrakového postižení, ale na věku jedince se zrakovým postižením.

Nejtypičtějším prvkem lexikálně-sémantické roviny u osob se zrakovým postižením je verbalismus. Tento jen byl v historii posuzován různě a (Illyés in Lechta, 2008) uvádí, že verbalismus stojí na základě nerovnováhy mezi vývojem zkušeností a vývojem řeči u osob s nevidomostí. Dle Lechty (2008) se speciální pedagogové v 19. a 20. století snažili dokonce vytvořit speciální jazyk pro nevidomé osoby kvůli vlivu verbalismu na jejich řeč. Typickou symptomatickou poruchou řeči nevidomých dětí je verbalismus. O verbalismus se jedná v případě, kdy jedinec užívá slova sice ve správném významu, ale bez schopnosti si o nich vytvořit konkrétní představu (např. slova označující barvy). Příkladem verbalismu by mohl být případ, kdy nevidomá osoba popisuje třeba růži a uvádí, že se jedná o květinu s červenými nebo jinak barevnými okvětními lístky a že má na stonku trny. Když by ale měl obraz reprodukovat modelováním, mohli bychom zjistit, že nemá o růži konkrétní představu – nevěděl by třeba jak jsou okvětní lístky tvarované. V podstatě mu chybí představa, má pouze verbální poznatek o růži.

3.1.2.2 Morfologicko-syntaktická rovina

Dle Lechty (2008) naopak z gramatického hlediska není řeč nevidomých dětí tolik nápadně narušena. Případné problémy s gramatikou mateřského jazyka se objevují v začátcích formování gramatické stránky řeči, ale kolem 6.-7. roku se dostávají na úroveň dětí vidoucích, díky skutečnosti, že osvojování gramatických kategorií je více založeno na myšlenkových procesech (jako je třeba analogizace, abstrahování, generalizace), než jiné jazykové roviny, ve kterých více uplatňuje smyslovou zkušenost. K dohnání opoždění jim také dopomáhá osvojení si Braillova písma. Někdy můžeme pozorovat menší výskyt přídavných jmen, což souvisí s omezenými možnostmi vnímat kvalitativní znaky světa (např. velikosti a barvy).

3.1.2.3 Foneticko-fonologická rovina

Při osvojování si výslovnosti dítě využívá napodobování slyšených zvuků, ale také viděné pohyby artikulačních orgánů. Absence zrakového analyzátoru u nevidomých dětí se tedy zákonitě promítne do vývoje výslovnosti. Göllöse (In Lechta, 2008) přinesl

konkrétní poznatky, které nás informují o lateralizaci mluvních orgánů (laterální sykavky), narušení labializace (hyperlabializace nebo hypolabializace) a menší aktivitě spodního rtu u nevidomých dětí. Dále se absence zraku nápadně projevuje při diferencování hlásek, které jsou akusticky příbuzné, ale artikulačně (především opticky) je jejich tvoření odlišné. Příkladem by mohly být hlásky *m* a *n* (ibid.).

3.1.2.4 Pragmatická rovina

Lechta (2008) ve své publikaci dále uvádí, že u nevidomých dětí chybí zrakový kontakt, který slouží jako důležitý prvek neverbální komunikace, ale také jako zpětná vazba pro mluvčího (umožňuje mluvčímu průběžně měnit svou výpověď na základě kladných či záporných reakcí příjemce). Kvůli této skutečnosti lidé se zrakovým postižením často nahrazují spontánně zrakový kontakt kontaktem taktilním – při komunikaci se dotýkají komunikačního partnera.

Typickým znakem osob s těžkým zrakovým postižením bývá strnulá, jako by nezúčastněná mimika, která často působí interferenčně vůči komunikačním záměrům jedince. Také se u těchto jedinců vyskytují specifické pohyby během hovoru, které mohou pro intaktní společnost působit neobvykle a rušivě (ibid.). Této problematice se věnujeme v následujícím odstavci.

Studie (Tadić, Pring a Dále, 2010) srovnávala děti s vrozeným zrakovým postižením a jejich vrstevníky bez zrakového postižení v kontextu jazykových schopností a sociální interakce. Výsledkem studie bylo, že i přes dobré a potenciálně lepší strukturální jazykové dovednosti vykazovaly děti s vrozeným zrakovým postižením horší využití jazyka pro sociální účely. Pragmatické jazykové slabosti byly součástí širšího společensko-komunikačního profilu obtíží, které se vyskytují u podstatné části těchto dětí a jsou v souladu s jistými rysy chování zjištěnými u dětí s PAS. U dětí s vrozeným zrakovým postižením ve školním věku dochází k socio-komunikativním a pragmatickým jazykovým problémům navzdory jejich dobrým intelektovým schopnostem a pokročilým jazykovým dovednostem. Dle autorů je potřeba dalšího výzkumu, který by rozebral základní příčiny a faktory udržující tento deficit.

3.1.3 Odlišnosti v chování

Zrakový analyzátor v době bdění zásobuje mozek prakticky neustále podněty, čímž nejen dodává informace o okolním světě, ale také neustále aktivizuje centrální nervový systém (CNS). U dětí s těžkým zrakovým postižením je celková míra aktivace CNS

významně snížena a bez záměrného navozování aktivace hmatovými, kinestetickými a jinými podněty může dítě budít dojem, že je bez zájmu. Děti s těžkým zrakovým postižením často svůj deficit aktivace CNS kompenzují svými vlastními dostupnými způsoby (kývání, hopsání, houpání, mačkání očí, atd.). Toto chování bývá často rodiči a intaktním okolím odmítané, ať už jako neobvyklé nebo škodlivé. Je ale nutné se vyvarovat negativnímu klasifikování těchto projevů. Nejedná se o bezúčelnou autostimulaci, neurotickou tenzi ani o důsledek sociální deprivace. Tyto projevy mohou mít úplně jinou hodnotu a význam pro dítě se zrakovým postižením (Pihrtová, 2006). Svými, pro někoho možná neobvyklými, projevy jedinec buď hledá způsoby, jak se zaměstnat, nebo se může jednat o důsledek nejistoty z prostředí a prostoru. Kývavými pohyby těla, otáčivými pohyby hlavy, třepáním rukama si jedinec může pouze „mapovat prostor“. Pokud se jedná třeba o tleskání, může pak pozorovat různé vlastnosti odraženého zvuku, čímž získává cenné představy o prostoru (Kochová, Schaeferová, 2015).

Další projev, který bývá často mylně vykládán opět jako nedostatek zájmu nebo odmítnutí je např. když dítě ztichne a tlumí svou aktivitu vždy, když matka promluví nebo vykonává nějakou činnost v blízkosti dítěte. Jde ale o projev soustředění (Pihrtová, 2006).

Často se u osob s těžkým zrakovým postižením objevuje také nápadná mimika (např.: strnulost ve tváři či naopak nadbytečné pohyby úst, tváří nebo jazyka), která je pravděpodobně zapříčiněná právě absencí zraku, jelikož osoba tak nemůže vědět, že ostatní se tváří jinak, nebo netuší, že ho ostatní sledují a přičítají takovému chování nějaký význam. Nesnadno se mu také odhaduje, kdy je určité chování vhodné a kdy nikoli (Kochová, Schaeferová, 2015).

Cílem studie (Mallineni, Nutheti a kol, 2006) bylo zjistit, zda děti se zrakovými a dalšími poruchami vykazují jakékoliv neverbální chování v rámci komunikace a pokud ano, jaké z pozorovaného chování bylo chováním běžným pro komunikaci. Dvanáct dětí ve věku od dvou do osmi let se zrakovými a dalšími poruchami bylo videozáznamem sledováno během jejich hry. Rehabilitační profesionál poté interpretoval 131 prvků neverbálního chování. Studie zjistila, že děti vykazovaly ze 131 prvků 33 prvků běžného neverbálního chování. Autoři pokračují v navrhování strategií pro rozvoj neverbálního chování dětí s vizuálními a dalšími poruchami.

3.1.3.1 Autistické rysy u nevidomých dětí

Novější studie ukazují, že děti s těžkým zrakovým postižením velmi často vykazují ve svém chování přítomnost určitých symptomů PAS. Může se například jednat o: sklony aktivně unikat z kontaktu k samostatné, převážně stereotypní hře, nápadnou malou reaktivitu na běžné podněty, počáteční echolalickou řeč, nebo o vývojový regres nebo alespoň o období vývojové stagnace někdy mezi 1. až 2. rokem. Děti nevidomé mají ale normální zájem o sociální kontakty a uvedené obtíže obvykle rychle překonají do doby, než dosáhnou takové úrovně rozvoje řeči, na níž je možné získat sociální informace verbální cestou. Jen u menší části dětí s těmito projevy se tedy skutečně jedná o některou formu poruchy autistického spektra (Pihrtová, 2006). Ve studii (Brown, Hobson a kol., 1997) bylo zkoumáno 24 kongenitálně nevidomých dětí ve věku od 3 do 9 let pro míru prevalence symptomů PAS. Ve srovnání mezi 15 nevidomými dětmi, které měly IQ větší než 70 a deseti dětmi bez zrakového postižení s věkovou shodou i shodnými slovními schopnostmi, se ukázalo, že řada symptomů PAS byla častější u dětí s kongenitální nevidomostí. V dalším srovnání devíti nevidomých dětí s IQ nižším než 70 s devíti dětmi s autismem vyšlo najevo, že projev obou skupin dětí byl v mnohém shodný. Důkazy o prevalenci symptomů PAS u nevidomých dětí vplynuly i z mnoha dalších dřívějších studií (Keller 1958, Chase 1972, Rogers and Newhart-Larson 1989, Wing 1969). Např. Keeler (1958) popsala 5 dětí předškolního věku s diagnózou retinopatie nedonošených, které vykazovaly skoro stejné rysy jako děti s diagnózou dětského autismu. Dále popsala dalších 35 dětí s diagnózou retinopatie nedonošených, které měly podobné, ale mírnější behaviorální obtíže jako děti s dětským autismem. Hlavním zjištěním studie (Brown, Hobson a kol., 1997) bylo, že u dětí s vrozenou slepotou se opravdu objevují jisté symptomy PAS. Je také pravděpodobné, že řada nevidomých dětí má syndrom podobný autismu a takové děti mají i větší predispozici ke kognitivnímu postižení. Přesto zůstává nejisté, zda (jak je podle klinického úsudku naznačeno), mohou existovat drobné rozdíly v kvalitě symptomů PAS u nevidomých dětí se symptomy PAS a nevidomých dětí s diagnózou autismu. Rozdíly v kvalitě symptomů PAS ve smyslu například narušení sociálních vztahů. Výsledky této studie spíše zdůrazňují, než řeší řadu důležitých otázek týkajících se povahy symptomů PAS a syndromu autismu u kongenitálně nevidomých dětí. Např. si kladou otázku, zda děti s vrozenou slepotou nemají nějakou neurologickou podmíněnost, která by mohla způsobovat výskyt symptomů PAS, a zda kdyby tytéž děti nebyly nevidomé, stále by vykazovaly symptomy PAS.

3.1.4 Poruchy řeči

Nejfrekventovanější symptomatickou poruchou řeči u dětí se zrakovým postižením je dyslalie, která vzniká jako důsledek absentující zrakové opory a chybějící možnosti imitace v raném věku dítěte. Typickým příznakem dyslalie je u této klientely narušení rozlišování bilabiálních (obouretných) hlásek *m*, *n* a interdentální (mezizubní) výslovnost hlásek *t*, *d*, *n* (Lechta, 2008).

U dětí s vrozenou nevidomostí se mohou projevit také další typy NKS jako např.: koktavost, breptavost, huhňavost nebo poruchy hlasu (Hanáková a Stejskalová, 2015).

Studie (Dickinson, Taylor, 2011) zabývající se tzv. „čtenou řeči“ (tedy vizuálním rozpoznáváním určitých zvuků prostřednictvím pohybu ústy, ale i dalšími zdroji vizuálních informací jako jsou třeba gesta a mimika) se zaměřila na určení vlivu mírných stupňů postižení zraku právě na schopnost „čtení řeči“. Ze studie vyplývá, že pokud je nějakým způsobem ohroženo sluchové vnímání komunikanta, pak je schopnost číst řeč komunikanta citlivější na vizuální stránku řeči. Je pak taky pravděpodobné, že ztráta nebo poškození zraku bude mít dopad na schopnost čtení řeči. Obzvláště je tato problematika patrná u starší populace, u které se často vyskytuje duální sensorická ztráta, která způsobuje potíže jak ve vizuálním, tak i sluchovém sensorickém příjmu. Některé problémy s komunikací, které jsou hlášené staršími osobami s omezeným sluchem by ale mohly mít původ v poruše zrakového vnímání, nikoliv sluchového. Blíže k tématu ve zmíněné studii (Dickinson, Taylor, 2011).

3.1.5 Logopedická intervence

Logoped a samozřejmě i okolí jedince se zrakovým postižením, by se měli zaměřit především na stimulaci sluchového a hmatového vnímání, které částečně kompenzuje absenci zraku. U dětí, které vidí, se můžeme v mnoha případech spolehnout na odezírání pohybů mluvidel v zrcadle, což nám může zajistit úspěšný nácvik hlásky, u dětí se zrakovým postižením jsme nuceni využít náhradního analyzátoru. Chvatcev (In Lechta, 2008), který se stal jedním z průkopníků v řešení této problematiky, zdůrazňuje nutnost přesně a detailně popsat, jaké postavení a činnost mluvidel od dítěte vyžadujeme. Někdy ale mohou být jisté úkony pro děti se zrakovým postižením problematické, a proto je vhodné využít co možná nejnázornějších instrukcí.

Také je důležité brát v úvahu, kdy došlo k zrakovému postižení. Je známo, že pokud k postižení došlo před zafixováním určitých řečových dovedností, řeč je obvykle vážněji postižena, než když by k zrakovému postižení došlo až po zafixování. K nevidomému novorozenci je třeba promlouvat často, z různých směrů a také potichu, dále je vhodné nošení miminka třeba v šátku, kdy dítě vnímá záchvěvy těla hovořícího na svém těle (Smýkal in Lechta, 2008).

Zajímavé je, že se některé nevidomé děti odmítají dotýkat určitých materiálů nebo uchopovat nějaké předměty do rukou. Vypadá to poté tak, jako by děti dotek bolel. Příčiny tohoto jevu jsou předmětem neověřených hypotéz, ale vzhledem k tomu, že děti prostřednictvím rukou získávají mnoho informací, neboť jsou zdrojem smyslových podnětů a zkušeností, představuje tato taktilní defenziva vážný problém (Pihrtová, 2006).

Nejvíce se v praxi logopeda s jedinci se zrakovým postižením odlišují pomůcky, které využívá. Nelze využít zrcadlo, ale ani obrázkový materiál, na kterém je logopedická intervence často u vidoucích dětí založena. Při vyvozování hlásek (zejména těch, které jsou akusticky příbuzné, ale artikulačně je jejich tvoření nápadně odlišné) se proto využívají různé 3D modely, ohmatání mluvidel na své nebo logopedově tváři, nebo lze využít ruku, na níž demonstrujeme, jakou polohu/tvar má jazyk zaujmout (Lechta, 2008). Hudelmayer (In Lechta, 2008) k procvičování hlásek v rámci textů doporučuje využívat přepis Braillova písma, kdy hlásky, které by u vidoucích dětí zdůraznil barevně (hlásky, které jsou předmětem nácviku), u nevidomých nalakoval, u slabozrakých používáme zvětšené písmo. Stále více se zde ale uplatňuje počítačová technika.

Dále využíváme různé hračky, které vydávají zvuky, přehrávač, počítačové programy (např.: na rozlišování různých zvuků), sluchové pexeso, hmatové knížky, kinetický písek aj. Chvatcev (In Lechta, 2008) uvádí, že je také vhodné věnovat pozornost rozvíjení mimických pohybů, abychom předešli narušení neverbálního chování (např.: hra na smutné – spuštíme koutky dolů, hra na překvapené – zdviháme obočí).

V neposlední řadě klademe v terapii důraz na odstraňování verbalismů pomocí konkretizace slovní zásoby dítěte (např.: barvu modrou můžeme dítěti vysvětlovat jako dotyk nebe, vody apod.) (Rauthová in Lechta, 2008).

Rodičům radíme, aby se soustředili na cílené rozvíjení slovní zásoby. Dětem pomáhá ve vývoji řeči, když jim rodiče dávají do rukou různé předměty, vše komentují, nechají dítě prozkoumávat prostor, zapojují dítě do běžných činností v domácnosti více, než by to dělali u dětí vidoucích (Kochová, Schaeferová, 2015).

3.2 SPŘ u sluchového postižení

Sluch spolu s řečí tvoří celistvý základ lidské komunikace (Nádvorníková, 2016a). „*Sluch je základním předpokladem rozvoje řeči a jeho ztráta má negativní vliv na vývoj osobnosti dítěte, jeho sociální zrání a možnost uplatnění ve slyšící společnosti.*“ (Vymlátílová, 2018a). U osob se sluchovým postižením je nejvíce zasaženou oblastí v jejich životě právě oblast komunikace (Slowík, 2010). Osoby se sluchovým postižením nemohou kvůli existenci sluchové vady rozvíjet své řečové kompetence spontánně, což následně vede k obtížím v socializaci a integraci do slyšící majoritní společnosti (Langer a Souralová, 2013). Interview s osobou neslyšící nebo nedoslýchavou je vždy neobvyklým zážitkem (Slowík, 2010).

Důsledkem sluchového postižení jsou komunikační a informační bariéry, které se v různé míře, v závislosti na typu, stupni, době vzniku sluchové vady, osobnosti člověka a jeho životních podmínkách, promítají do procesů začleňování jedince do společnosti, vzdělávání, atd. (Krahulcová, 2014). Lechta (2008) k výčtu vlivů determinujících NKS u osob se sluchovým postižením přidává ještě individuální psycholingvistické nadání a věk, v němž se dítěti začala poskytovat speciální péče a existující přidružená postižení a narušení. Freeman a kol. (1992) doplňuje ještě vliv toho, zda měli výhodu včasné obousměrné komunikace s rodiči a vliv výběru formy vzdělávání. Volba způsobu komunikace a poté vzdělávacího programu je pro budoucí život dítěte velice důležitá a zásadní. Dobře zvolený komunikační a vzdělávací systém výrazně pomůže zefektivnit vzdělávací proces (Langer a Souralová, 2013).

Přirozený vývoj komunikační schopnosti v různé míře předurčují specifika vyplývající z přítomnosti sluchové vady. I přes všeobecné rozšíření znakového jazyka, zůstává jednou ze základních forem komunikace osob se sluchovým postižením orální řeč. Na obtíže vyplývající z existence sluchové vady či poruchy je ale potřeba pohlížet nikoliv jako na narušenou komunikační schopnost, ale jako na specifickou ovlivňující akvizici orální řeči (Vitásková a Peutelschmiedová, 2005). Až na děti se získanou ztrátou sluchu, není důvod předpokládat, že neslyšící děti mají pocit nějaké ztráty, ne do doby, dokud nenarazí na bariérový přístup společnosti k neslyšícím lidem. Děti si neuvědomují svou odlišnost a svá omezení tolik, jako dospělí, kteří ztratili nějakou tělesnou funkci v průběhu života (Freeman a kol., 1992).

Sluchové postižení může mít příčinu v kterékoli části sluchového ústrojí, a to tedy v oblasti vnějšího boltce (boltec, zvukovod), středního ucha (bubínek, středoušní kůstky) nebo vnitřního ucha (tzv. hlemýžď neboli kochlea a Cortiho orgán), dále může být poškozen i příslušný nerv nebo příslušná centra v mozku (Slowík, 2010). V závislosti na této různorodosti se mění i závažnost postižení. Např. chybějící boltec bude mít vliv na rychlé rozpoznávání směrů přicházejícího zvuku, ale nefungující sluchový nerv bude znamenat zpravidla trvalou hluchotu (Slowík, 2010). Vývojová vada dotýkající se jednotlivých anatomických částí sluchového orgánu způsobí vrozenou poruchu sluchu v systému periferním nebo centrálním. Periferní sluchová vada postihující vnější a střední ucho se označuje za převodní sluchovou vadu a nejvíce postihuje hluboké tóny, periferní sluchová vada postihující vnitřní ucho se označuje za percepční sluchovou vadu a nejvíce postihující vysoké tóny. Centrální sluchová vada je poruchou sluchové dráhy a sluchového centra (Nádvorníková, 2016a).

Velký význam z hlediska komunikačních schopností má doba vzniku sluchového postižení (Slowík, 2010). K nejzávažnějším následkům dochází u hluchoty vrozené nebo získané v raném věku. U dítěte s takovým postižením se artikulovaná řeč spontánně nevyvine (Vymlátilová, 2018a). V případě vrozených vad (které bývají ve většině případů geneticky podmíněné, méně často pak důsledkem infekčního onemocnění matky během těhotenství) je od začátku potřebné rozvíjet dorozumivací i všechny ostatní schopnosti s využitím jiných smyslů. Tato situace si vyžaduje poskytnutí odborné podpory a služeb, které jsou zabezpečeny především středisky rané péče (Slowík, 2010). V současné době je věnována větší pozornost příčinným faktorům sluchových vad. Děti s geneticky podmíněnou vadou sluchu, u kterých je příčinou hluchoty mutace v genu pro Connexin 26, vykazují rychlejší pokroky při rehabilitaci, protože je u nich postiženo pouze sluchové ústrojí, nejčastěji vnitřní ucho. Tito jedinci bývají také úspěšnějšími uživateli kochleárního implantátu (KI, více o KI v kapitole 3.2.3), než jedinci, u kterých vznikla sluchová vada jako následek perinatálního, perinatálního nebo postnatálního poškození (např. nedonošenost, perinatální hypoxie, meningitida atd.) Důsledky perinatálního poškození mohou být u těchto dětí zároveň příčinami dysfunkcí CNS a mohou se projevit třeba jako vývojová dysfázie, poruchy učení, poruchy aktivity a pozornosti nebo poruchy chování (Dlouhá a Černý in Vymlátilová, 2018a).

Neslyšící děti se v 90 % rodí slyšícím rodičům. V případě, kdy se ale narodí neslyšící dítě neslyšícím rodičům, rodiče obvykle považují své neslyšící dítě za zcela normální, a tak

s jeho výchovou nemají potíže. Situace ve slyšících rodinách neslyšícího dítěte je obvykle odlišná. Hrozí zde nebezpečí, že dítěti bude připomínáno, že je jiné a jeho řečová komunikace není v pořádku (Freeman a kol., 1992).

U získaných sluchových vad je rozhodující, zda vznikly před ukončením vývoje řeči, nebo až po něm. V případě, že vznikly před ukončením vývoje řeči jedná se o tzv. prelingvální sluchové postižení (vznik sluchové vady před dovršením 6.-7. roku), v případě, že vznikly po ukončení vývoje řeči, hovoříme o tzv. postlingválním sluchovém postižení (vada vznikne po cca 7. roce)⁶ (Slowík, 2010). Největší pozornost by měla být věnována dětem ve věku do 3 let, kdy se porucha sluchu diagnostikuje, aby se mohl zvolit včasný intervenční postup (Nádvorníková, 2016a).

Lidé se sluchovým postižením mohou využívat speciální pomůcky, které jim umožňují zvládat úkony závislé na akustickém vnímání a zejména komunikaci. Nejznámější kompenzační pomůckou je sluchadlo, které funguje jako zesilovač zvuků přicházejících do ucha. Mladší technickou vymožeností, kterou jsme již zmínili výše, je kochleární implantát, který zvuk nezesiluje, ale převádí jej na elektrické impulzy, které prostřednictvím voperovaných elektrod stimulují zakončení sluchového nervu ve vnitřním uchu. Kochleární implantace se v České republice provádějí od 90. let 20.stol. (Slowík, 2010). Je třeba mít ale na paměti, že se stále jedná jen o kompenzační pomůcky, nevyléčí tedy stav vady sluchu a ne vždy zaručí plné porozumění mluvené řeči. Nejen po voperování KI, ale i po nasazení sluchadel je nezbytná dlouhodobá odborná rehabilitační péče (Horáková, 2018a).

3.2.1 Sluch a vývoj řeči

Každé dítě se rodí se základními informacemi o jazyce, jež mu zajistí možnost naučit se jakémukoliv přirozenému jazyku (Chomsky in Horáková, 2018a). Podmínkou rozvoje jazyka je přísun odpovídajících podnětů v období tzv. kritické periody (období, kdy dozrává CNS a organismus je biologicky připraven na vývoj nové funkce). Úplná ztráta sluchu zabraňuje mozku vytvářet nervové spoje během kýžené kritické periody. Dojde tak k sensorické deprivaci a ta způsobí, že určitá oblast mozku není využívána pro své účely, a to může vyvolat reorganizaci zpracování vnějších signálů, tzv. cross-modální plasticitu (Horáková, 2018a). Což se projeví tak, že u neslyšících jedinců je prokázán výskyt

⁶ V současné době je potřeba zohlednit výsledky výzkumných studií, které poukazují na mnohem delší prolongaci vývoje orálních motorických procesů, a to až do období adolescence. A to se jedná o jev fyziologický, nikoliv patologický (Vitásková a Peutelschmiedová, 2005).

vizuálního zpracování ve sluchových oblastech mozku (Neville, Schmidt, Kutas in Horáková, 2018a). Aby se zabránilo senzoričné deprivaci, je potřeba v kritické periodě saturovat intenzivní kontakt s jakýmkoli jazykem (mluveným či znakovým) tak, aby se v mozku vytvořily potřebné spoje (Kushalnagar, Mathur a kol. in Horáková, 2018a). Je třeba také vymýtit nežádoucí postoj některých odborníků a slyšících rodičů k užívání znakového jazyka z důvodu jeho „negativního“ vlivu na vývoj mluvené řeči neslyšícího dítěte (Mellon, Niparko a kol. in Horáková, 2018a). V době, kdy řečové schopnosti dítěte nejsou ještě na dobré úrovni, mu znaky pomáhají při porozumění v nejrůznějších situacích. Když se dítě naučí se sluchadly či KI slyšet a rozumět, začne postupně nahrazovat naučené znaky slovy. Jsou případy dětí s přidruženým problémem (např. s pomalejším rozvojem řeči, dysfázií, ADHD, PAS, dětskou mozkovou obrnou), kdy znakový jazyk převládá i přes kompenzaci výkonnými sluchadly či KI. A proto je znakový jazyk důležitým a často jediným nástrojem komunikace (Holmanová, 2018a).

Rozdíly, zdůrazňované narušením funkčnosti auditivní percepce u dětí se sluchovým postižením, byly nalezeny již ve velmi raných etapách ontogeneze řeči, a to především v počtu a délce promluv, počátečních fázích žvatlání a v artikulačních a spektrálních charakteristikách (van den Dikkenberg-Pot a kol. in Vitásková a Peutelschmiedová, 2005). U neslyšících dětí je třeba zdůraznit, že vývoj řeči má své odlišnosti oproti slyšícím dětem, a to v tempu vývoje řeči, kvalitě i kvantitě řeči (Gaži in Lechta, 2008). Pro rodiče bývá matoucí skutečnost, že i u dětí s vrozenou prelingvální hluchotou můžeme zachytit rané typy předverbálních zvukových projevů jako je křik, křik s citovým zabarvením a pudové žvatlání (broukání) (Lechta, 2008). Je třeba ale zdůraznit, že i předverbální zvukové projevy mohou být u těchto dětí typicky deformované (křik může být tlumený, žvatlání monotónní). Cole in Vitásková a Peutelschmiedová (2005) také uvádí, že pokud je u dítěte zjištěna těžká sluchová vada ve věku mezi 6. - 8. měsícem, mohou se u něj objevit příznaky nefyziologické fonace (zřídka, náhodná vokalizace, nepřirozená kvalita hlasu a vokalizace, omezený repertoár vokalizace, nepřiměřená intenzita hlasu). Více o této problematice např. Vitásková a Peutelschmiedová (2005). Bez odborného vedení se řeč u neslyšících dětí nerozvine (Lechta, 2008).

Dospělí neslyšící často tvrdí, že jim uniklo mnoho z toho, co se říkalo ve slyšící rodině, např. proč se něco stalo, proč někdy něco smíme, jindy ne, proč lidé reagují, jak reagují. Pokud si ale rodiče uvědomí, že neslyšící dítě může nést zodpovědnost za své činy, dokážou na dítě klást požadavky, čímž podpoří příležitost k rozvoji dítěte. To všechno

by mělo vést k uvědomění, že význam časné obousměrné komunikace je opravdu zásadní a umožní tak rodičům vysvětlit dítěti „proč“ (Freeman a kol., 1992).

Vývoj mluvené řeči je dle Langer a Souralové (2013) u osob se sluchovým postižením obvykle v jisté míře opožděný (u nedoslýchavých dětí), přerušovaný (při ztrátě sluchu od určitého věku) a omezený⁷ (především u těžce sluchově postižených dětí).

Krahulcová, Lechta a Souralová in Langer a Souralová (2013) hovoří o narušení ve 3 fázích řečové produkce u osob se sluchovým postižením a to: respiraci (např.: nedostatečná koordinace mezi vdechem a výdechem, hlasité dýchání, neadekvátní hospodaření s výdechovým proudem, časté přerušování výdechu), fonaci (např.: kolísání síly i výšky hlasu, monotónnost hlasového projevu, změna barvy hlasu – ve smyslu orality a nazality) a artikulaci (specificky změněná artikulace téměř všech vokálů a konsonantů).

V souvislosti s narušením fonace se u osob s těžkým stupněm sluchového postižení mluví o audiogenní dysfonii, která se vztahuje především k oboustranné ztrátě sluchu v průměru mezi 60-70 dB. U osob se sluchovým postižením se také objevuje nedostatečnost patrohltanového uzávěru, která se projevuje huhňavostí (Vitásková a Peutelschmiedová, 2005).

3.2.2 Popis jazykových rovin

Jazykové kompetence osob se sluchovým postižením nebývají kvůli značně omezené sluchové percepci na takové úrovni, aby se mohly vyrovnat schopnostem slyšících, tudíž se u osob se sluchovým postižením v běžném hovoru výrazně manifestuje komunikační handicap. Disponují obvykle menší slovní zásobou, nedokážou správně využívat modulačních faktorů při řečovém projevu, přetrvává u nich nesprávná výslovnost hlásek, obtížněji zvládají gramatická pravidla a někdy nejsou schopni porozumět obsahu složitějšího sdělení (Slowík, 2010). Čím těžší je ztráta sluchu, tím více se jedinci přibližují k neslyšícím, lehce nedoslýchaví zase ke slyšícím (Lechta, 2008).

3.2.2.1 Lexikálně-sémantická jazyková rovina

Rozsah slovní zásoby, druhy slov, frekvence používaných slov, to vše závisí více na učiteli, speciálním pedagogovi, logopedovi a méně na schopnosti dítěte a jeho zájmech (Krahulcová, 2014). Výstavba pojmů u neslyšících dětí probíhá zdlouhavěji než u dětí

⁷ Za narušenou komunikační schopnost nemůžeme považovat případ, kdy vysílatel nebo příjemce informace nepoužívají stejný kód – společný jazyk. Vzhledem k tomuto vymezení a k aktuální svébytnosti znakového jazyka a kultury neslyšících jak v zahraničí, tak v České republice se jeví výše uvedené zařazení jako neodpovídající a vyžadující bližší specifikaci (Vitásková a Peutelschmiedová, 2005).

slyšících. Zpočátku neslyšící děti chápou pojmy buď velmi všeobecně, široce, nebo naopak velmi zúženě (Gaňo in Lechta, 2008). Illyés (In Lechta, 2008) píše, že pro neslyšící je význam abstraktních pojmů mlhavý, a tak mají sklon chápat význam slov spíše názorně.

3.2.2.2 Foneticko-fonologická jazyková rovina

Prakticky u všech jedinců se sluchovým postižením je nutné tolerovat nesprávnou výslovnost hlásek, která má důvod v chybějící zpětné vazbě (dotyčný se neslyší, a nemůže tedy vlastní výslovnost dostatečně korigovat) (Slowík, 2010). Odezírání ani kompenzace sluchového vnímání hlásek pomocí kinestetických vjemů nemohou úplně přesně zprostředkovat nejjemnější nuance výslovnosti hlásek. Stejně tak proces fonemického rozlišování je u nedoslýchavých omezen a u neslyšících prakticky neumožněn (Lechta, 2008).

Stěžejním problémem této oblasti je změněná artikulace osob se sluchovým postižením, kterou Arnold (1970) označil jako audiogenní dyslálii (Krahulcová, 2014). Za typické formy audiogenní dyslálie jsou považovány sigmatismy a rotacismy (Vitásková a Peutelschmiedová, 2005). Dalším příznačným termínem je kopholalie, který v sobě zahrnuje vadu výslovnosti, jež vznikla na podkladě postlingválního sluchového postižení, u takových osob bývá v oblasti artikulace nejčastěji nezřetelná artikulace sykavek a polozávěrových souhlásek. Nedoslýchaví jedinci mají narušenou výslovnost především konsonantů, např.: sykavek, vibrantů, polozávěrových souhlásek a tvrdopatrových souhlásek (Souralová in Langer a Souralová, 2013)

3.2.2.3 Morfologicko-syntaktická jazyková rovina

Hlavním symptomem této oblasti je dysgramatismus v mluvené řeči u osob se sluchovým postižením, který se zvýrazní zejména tehdy, kdy jejich aktuální vývojová úroveň překročí úroveň dvou-, troj - a víceslovných vět. Nejvíce se to projevuje v konverzaci a v monologických projevech (Lechta, 2008). V mluveném projevu neslyšících jedinců se vyskytuje nadměrný počet podstatných jmen, což je znakem konkrétního myšlení (Krahulcová, 2014). U nejmenších neslyšících dětí je např. podstatné jméno - hřeben to samé, co sloveso - česat a pro toto vyjádření znají pouze jeden znak ze znakového jazyka. Tento deficit děti vyrovnají se slyšícími zhruba do věku 10 až 11 let. Neslyšící mají také obtíže se zájmeny a předložkami, méně používají přídavná jména, nejméně používají příslovce (ibid.). Pro syntaktickou stránku u osob se sluchovým postižením je typické hromadění slov – např.: „sestra, okno“ (Gaňo in Lechta, 2008).

3.2.2.4 Pragmatická jazyková rovina

Jedinci se sluchovým postižením jsou při komunikaci často velmi nápadní. V případě, když používají znakový jazyk, patří mezi nejnápadnější jedince v lidské společnosti, jejich komunikaci nelze přehlédnout (Lechta, 2008). Jedinci se sluchovým postižením používající mluvenou řeč se také musí vypořádat s nepatřičnými pohledy k jejich nevšednímu mluvenému projevu. Obtížně srozumitelná je pro osoby se sluchovým postižením ironie nebo dvojsmyslné vtipy (Slowík, 2010), což je může často stavět do nepříjemných pozic.

Srozumitelnost řeči u osob s těžkým sluchovým postižením je snížena především kvůli deformovaným modulačním faktorům řeči (síla, výška barva hlasu, přízvuk, intonace, melodie, rytmus řeči aj.) v jejich souvislém mluvním projevu (Krahulcová, 2014). Příčinou této skutečnosti je nedostatek mluvního vzoru a absence zpětné sluchové kontroly, navíc modulační faktory nelze s výjimkou rytmu zrakem dostatečně odezírat, také schází možnost sluchové kontroly vlastního mluvení (ibid.).

U osob s nedoslýchavostí bývá zpravidla narušena síla hlasu a s ní související tichý mluvný projev, který zapříčiní nesrozumitelnost a nezřetelnost řeči, také na tónovou modulaci a intonaci je potřeba u těchto osob zaměřit intervenční pozornost. U osob s těžkým prelingválním sluchovým postižením bývá znatelný nepřírozený hlas (chraptivý, tlačенý, drsný, nepřiměřeně vysoký nebo nízký apod.), narušena bývá také dynamika a rytmizace řeči. Osoby s postlingválním sluchovým postižením mívají narušenou dynamiku řeči a intonaci (Langer a Suralová, 2013).

3.2.3 Kochleární implantát

Jak jsme se již zmínili výše, většina neslyšících dětí se rodí do slyšících rodin a u mnohých těchto dětí je možné rozvinout sluchově-orální řeč pomocí výkonných sluchadel, některým dětem ale tato sluchadla neposkytují takové vjemy, které jsou potřebné k osvojení si orální řeči. Takové děti mají možnost osvojit si řeč pomocí kochleárního implantátu (Nádvorníková, 2016a). Kochleární implantáty jsou poloimplantovatelná zařízení pro rehabilitaci hluboké hluchoty kvůli ztrátě sensorických vlasových buněk v části vnitřního ucha – v hlemýždi. KI umožnil více než 60 000 neslyšících, kteří neměli žádný užitek z tradičního akustického zesílení pomocí sluchadel, „obnovit“ jejich sluch. Děti narozené neslyšícím rodičům, které si nechají implantovat KI před dosažením věku dvou let, mohou rozvíjet obvyklé řečové vnímání a produkci a většina z nich navštěvuje běžné školy.

Technologický pokrok a pozitivní výsledky rozšířily kandidaturu na KI (Zanetti, Guida, 2006).

Odpůrci kochleárních implantátů zdůrazňují, že by rodiče neměli mít právo rozhodovat o tom, zda jejich dítě bude nositelem KI či nikoliv. Naopak dítě by mělo mít právo se samo pro KI rozhodnout ve chvíli, až dospěje (Vysuček in Vymlátlová, 2018a).

Cílem dlouhodobé rehabilitace je naučit uživatele KI uvědomovat si zvuky, přiřazovat ke zvukům jejich význam a konečnou fází je naučit dítě používat sluch při rozvíjení orální řeči. Výsledky KI jsou nejspokojivější u postlingválně ohluchlých, u prelingválně ohluchlých by mělo dojít k implantaci co nejdříve, nejlépe ve věku 2 let (Nádvorníková, 2016a).

Uživatelé KI implantovaní v České republice vykazují výsledky nelišící se od výsledků významných zahraničních implantačních center, v některých případech jsou dokonce lepší. U všech uživatelů KI je pravidelně hodnocen stav sluchu a řeči a je zajištěn systém dlouhodobé pooperační rehabilitace. Asi 65 % osob s KI zvládne rozumět běžné konverzaci bez odezírání a polovina z nich je schopna telefonovat. Schopnost slyšet s KI se rozvíjí postupně a probíhá různě rychle. V akusticky nepříznivých podmínkách (např. při hluku, při zapnuté televizi, ve společnosti více mluvících lidí apod.) je slyšení s KI obtížné, nicméně v případě, že má jedinec KI na obou uších, je obtížnost slyšet při těchto nepříznivých podmínkách do určité míry odstraněna, a navíc je jedinec schopen i směrového slyšení (Vymlátlová, 2018a).

Přibližně 60 % dětí s KI užívá rozvíte věty a souvětí, ale pouze polovina z nich mluví gramaticky správně. Rozvoj řeči u dětí s KI napodobuje fyziologický rozvoj řeči. Nicméně převážná část dětí s KI se učí mluvenému jazyku dané společnosti obdobně jako se slyšící dítě učí jazyku cizímu. Je potřeba systematického učení a péče, pouhé naslouchání nebo kontakt s mluvícími osobami nestačí (ibid.). Mnoho uživatelů KI má obtíže s porozuměním čtenému textu, na obtížích se podílejí proměnné jako: neznalost méně frekventovaných slov, nepřesné vymezení obsahu mnoha pojmů, záměna hláskově podobných slov, pomalé chápání významu celé věty, neznalost ustálených obrátů, frází a přenesených významů (Šedivá in Vymlátlová, 2018a).

3.2.4 Logopedická intervence

Dle Lechty (2008) je práce logopeda v oblasti sluchového postižení velice náročná a variabilní. Logopedická intervence musí začít co nejdříve po diagnostikování sluchového postižení.

Holmanová (2018a) uvádí, že rozvoj komunikace je třeba provádět všemi dostupnými metodami, z nichž autorka doporučuje metodu totální komunikace. Je vhodné se soustředit na užívání znaků i na sluchovou výchovu, nácvik odezírání a rozvoj řeči. Hlavním předpokladem pro úspěšnou výchovu dětí se sluchovým postižením je spolupráce s rodiči, jejich vedení terapeutem a zdůrazňování nezbytnosti podílu jejich práce na úspěšné rehabilitaci dítěte.

Logopedická péče o sluchově postižené má své tradiční přístupy, které se v současnosti již tolik neužívají, neboť je nahradily přístupy moderní díky velkému pokroku v oblasti techniky. Tradiční přístupy usměrňují vývoj orální řeči dítěte (výstavba výslovnosti, regulace intenzity a polohy hlasu, odezírání, nácvik cílevědomé artikulace, nácvik asociace mezi slovem a představou, odstraňování dysgramatismů, sluchová výchova, nácvik a automatizace nejpotřebnějších konverzačních stereotypů, rozvoj aktivní a pasivní slovní zásoby aj.) Mezi moderní přístupy autor řadí: reflexivní metodu mateřské řeči (cílem je zabránění tomu, aby dítě přestalo používat svůj hlas, ztratilo orientaci na tvář a přestalo si uvědomovat existenci zvuků), verbotonální metodu (rozvoj rytmu, intonace, artikulace, poslechu a orální řeči), auditivně-verbální přístup (zaměřen na rozvoj sluchového vnímání, vychází z předpokladu, že jediným přirozeným kanálem pro osvojení řeči je sluchový kanál) (Lechta, 2008).

Logoped se účastní podpory primárních kontaktů, a to především tam, kde je komunikační kód mezi slyšícím rodičem a neslyšícím dítětem (nebo naopak) odlišný (Stryková, 2007a). Logopedická péče o osoby se sluchovým postižením je jedním ze základních pilířů orálního přístupu ke vzdělávání. Po přerušení logopedické péče (např. při dokončení školní docházky) se úroveň orální řeči obvykle u osob s těžkým sluchovým postižením výrazně snižuje. Tato skutečnost společně s myšlenkou, zda se není lepší zaměřit pouze na rozvoj komunikačních schopností v jim přirozeném (tedy znakovém) jazyce a rozvoj čtenářské gramotnosti, vyvolává četné diskuse o tom, zda je rozvoj mluvené orální řeči skutečně tak důležitý a nepostradatelný (Langer a Suralová, 2013).

Vitásková a Peutelschmiedová (2005) uvádí ve své publikaci východiska logopedické intervence u osob se sluchovým postižením, tedy podmínky, které by měly být splněny pro efektivní logopedickou intervenci. Patří mezi ně: respektování aktuálních trendů, komplexní rozvoj auditivní, vizuální a taktilní modalit v rámci edukace či reedukace mluvené řeči, proces integrace jednotlivých sensorických a motorických vjemů (důležité pro čtení), systematika intervence, přiměřenost artikulace (mluvního projevu), respektování struktury schopností a dovedností jedince, respektování rozvoje mluvené řeči v souladu s rozvojem jazyka, klást důraz na přirozenou akvizici jazyka (přirozené osvojování jazyka), aj. Blíže ve výše zmíněné publikaci (Vitásková a Peutelschmiedová, 2005).

Dle Holmanové (2018a) by logopedická intervence při rehabilitaci osob se sluchovým postižením měla být návodem k opakování podobné činnosti doma při běžných činnostech. V případech, kdy se nedostávají adekvátní pokroky, má logoped povinnost doporučit rodičům pro dítě jinou rehabilitační metodu, a proto je důležité posuzovat a hodnotit vývoj dítěte ve všech oblastech a v případě potřeby rehabilitační program upravit. Mezi rehabilitační metody řadíme: znakový jazyk, bilingvální metodu, orálně-auditivní metodu a metodu totální komunikace (blíže k problematice např. Holmanová, 2018a; Langer a Souralová, 2013; Krahulcová, 2002).

Velmi důležitý je rozvoj jazykových kompetencí, mezi které se řadí např.: jazykové znalosti (gramatická pravidla, slovní zásoba), ale také znalosti věcné (encyklopedické vědomosti), interakční (schopnosti využít jazykové i další dovednosti v mezilidském kontaktu) nebo strategické (výběr vhodných komunikačních prostředků v konkrétní situaci apod.) (Slowík, 2010).

4 Symptomatické poruchy řeči u osob s dětskou mozkovou obrnou

Dětská mozková obrna (dále jen DMO) spadá do okruhu symptomatických poruch řeči zabývajících se poruchami řeči u intelektového a somatického postižení. Vzhledem k tomu, že je tato oblast velice obšírná, vybrali jsme k bližší charakteristice právě DMO, a to z důvodu vysoké prevalence tohoto postižení a také proto, že DMO je předmětem i praktické části této práce. „*Dětská mozková obrna je neurologické onemocnění způsobené poškozením nezralého mozku*“. (Love, Webb, 2009). Je charakteristická neprogresivním postižením motorického systému a často ji provázejí přidružená postižení jako: NKS (u více jak 50 %), porucha intelektu (asi u 66 %, nejčastěji u kvadraparetické a hypotonické formy), zrakové postižení (u 37-50 %) a/nebo sluchové postižení (spíše sporadicky), percepční postižení, poruchy chování (asi u 50 %), epileptické záchvaty (u 15-70 %) a poruchy pocitové (hmatové) diskriminace (Love, Webb, 2009; Klenková, 2006; Lechta, 2008, Vítková, 1998). Dle Klenkové (2006) „*pojem dětská mozková obrna zahrnuje poškození mozku a vývoje mozku vzniklé v nejranějším vývoji, před narozením, při porodu nebo brzy po narození. Dětská mozková obrna patří k nejzávažnějším a také nejnápadnějším postižením.*“

Existuje několik klasifikací DMO, nejvíce se v dnešní době uznávají 3 hlavní kategorie motorických poruch, a to spasticita (léze v pyramidovém systému mozku), dyskineze (léze v extrapyramidovém systému mozku, nejčastějším typem je atetóza) a ataxie (léze v mozečku a jeho drahách) – řečové příznaky jednotlivých typů jsou uvedeny níže v kap 4.3. U dětí ale jednotlivé syndromy nejsou tak zřejmé jako u dospělých a objevují se často jejich smíšené formy. Příčinou vzniku těchto smíšených klinických obrazů je strukturální blízkost drah pyramidového a extrapyramidového systému u dětí. DMO lze rozlišovat také podle místa postižení a to na: hemiplegii, diplegii a kvadraplegii, příp. monoplegie, triplegie, paraplegie (Love, Webb, 2009). Klenková (2006) uvádí ve své publikaci dělení na spastické formy DMO (křečovité, kam spadají diparetické, hemiparetické a kvadraparetické typy) a nespastické formy DMO (kam se řadí hypotonický a dyskinetický typ).

Mezi nejčastější příčiny DMO patří nedonošenost, nedostatek kyslíku ve tkáních, porodní trauma, novorozenecká žloutenka a infekce. Prevalence je odhadována na 1-2

narozených dětí s některou formou DMO na 1000 narozených dětí, nejčastější formou je spastická obrna, poté atetóza a nejméně se vyskytuje ataktická forma (Love, Webb, 2009).

V případě, že je tělesné postižení spojené s poškozením některých mozkových funkcí nebo koordinací svalstva, často se to promítne i do narušení řečových schopností (Slowík, 2010). Komunikační potíže spojené s mozkovou obrnou mohou být multifaktoriální, vyplývající z motorického, intelektuálního nebo smyslového postižení (Pennington, Goldbart, Marshall, 2004). Mozková obrna může zahrnovat četné symptomy mající vliv na komunikaci. Motorické postižení může omezit srozumitelnost řeči a gest a schopnost psát. Kognitivní postižení může způsobit opožděný mluvní a psaný projev. Zrakové postižení může ovlivnit vývoj jazyka a mezilidské interakce. Dopady sluchového postižení mají vliv na vnímání a rozvoj řeči (mluvené a psané). Epilepsie může ovlivnit kognitivní a jazykové zpracování (Pennington, 2008). Dysartrie, porucha artikulace projevující se zejména výraznou neobratností ve výslovnosti někdy spojená s poruchou polykání, je nejčastějším řečovým symptomem u dětí s DMO (Slowík, 2010).

4.1 Vývoj řeči

Vliv mozkové obrny na vývoj řeči je dosti znatelný, jsou evidovány odchylky již v neverbálně-předverbálním období (Lechta, 2008). U kojence například může chybět hra s končetinami či mluvidly, dále může chybět pudové žvatláni, zřídka si dítě brouká, pláč je spíše slabý (Klenková, 2006). Gundermann (in Lechta, 2008) vymezil nápadnosti vývoje oromotoriky u dětí s DMO, kam zařadil: zaostávání orálních reflexů, hyper/hyposenzibilita v dutině ústní, neschopnosti realizovat při pití rytmické, sací a polykací pohyby, těžké narušení polykacích pohybů, narušení koordinace čelistí, rtů a jazyka při polykání a žvýkání, narušení kvality, výšky hlasu např. při křiku, pláči a smíchu. Vývoj řeči je buď omezený nebo opožděný. Klinický obraz determinuje i skutečnost vícečetného postižení (přidružení sensorického postižení, poruch intelektu, epilepsie, atd.). Lze těžce zjistit, zda narušení vývoje řeči u dětí s DMO má příčinu v poruše intelektu (pokud ji má jedinec diagnostikovanou), nebo se jedná o zaostávání ve smyslu opoždění vývoje řeči (Lechta, 2008).

4.2 Popis jazykových rovin

Ve studii (Mei, Reilly, Reddihouhg a kol., 2015) byly zkoumány děti s mozkovou obrnou ve věku 5 až 10 let z hlediska jazykových poruch. Přijato bylo 84 účastníků. Účastníci podstoupili standardizovaná vyšetření receptivního a expresivního jazyka a nonverbální inteligence. Poruchy jazyka byly zjištěny u 61 % účastníků. 24 % komunikovalo neverbálně. Souběžně se vyskytující receptivní a expresivní poruchy jazyka byly běžné u 44 %. Izolované receptivní - 7 % a expresivní - 5 % poruchy se vyskytovaly relativně zřídka. Verbálně se vyjadřující i neverbálně se vyjadřující účastníci prokázali deficity spíše mezi jednotlivými jazykovými subdoménami (tj. sémantika, syntax, morfologie), než pouze v jedné z nich. Porucha jazyka tedy postihla tři z pěti dětí. Účastníci byli znevýhodněni v jazykových subdoménách, což naznačuje všeobecný jazykový deficit.

4.2.1 Lexikálně-sémantická jazyková rovina

Rozvoj této roviny je závislý na možnostech aktivního získávání poznatků o prostředí a vzhledem k omezeným pohybovým možnostem u dětí s DMO, bývá narušena i tato rovina. V kombinaci se sluchovým/zrakovým postižením, narušením intelektu či s epilepsií je rozvoj slovní zásoby ještě více obtížnější (Klenková, 2006).

4.2.2 Foneticko-fonologická jazyková rovina

Porucha hybnosti se odráží i do motoriky mluvidel, a proto bývá výslovnost (což je také motorický akt) postižena. Jedinec může zvládat správnou tvorbu jednotlivých hlásek nebo slabik u krátkých slov, ale spojit je do plynulých vět mu již dělá obtíže. Nejčastěji se tento problém objevuje u spastických a dyskinetických forem DMO (Klenková, 2006; Lechta, 2008).

Studie (Cockerill, H. a kol., 2013) zkoumala mladé jedince (ve věku 16-18 let, celkem 346 osob) s bilaterální mozkovou obrnou, kteří se narodili v letech (1989-1992) a mozková obrna u nich byla diagnostikována před 15. měsícem jejich života. U sledovaných došlo k přezkoumání jejich motorických dovedností a řeči, a to z pohledu rodičů nebo pečujících osob a také z pohledu jedince samotného. Výsledky studie: 60 osob od prvotního zkoumání zemřelo. U 224 byla řeč přezkoumána a z toho u 141 (63 %) se řeč zhoršila. U 35 osob (23 %) byla většinou řeč srozumitelná i pro neznámé osoby, které s nimi komunikovaly, u 22 (10 %) byla řeč většinou nesrozumitelná pro neznámé osoby, u 67 (30

%) byla řeč většinou zcela nesrozumitelné i známým osobám komunikujícím s jedinci s mozkovou obrnou. 89 % rodičů nebo opatrovníků však uvedlo, že jsou schopni se svým dítětem komunikovat. Ze 128 respondentů, kteří mohli tyto otázky samostatně vyplnit, bylo 107 (83,6 %) spokojeno s jejich komunikací, devět (7 %) respondentů neprojevovalo emoce nad svou řečí a 12 osob (9,4 %) bylo ze své řeči nešťastných. Celkem 72 z 224 (32 %) byla poskytována augmentativní nebo alternativní komunikace.

4.2.3 Morfologicko-syntaktická jazyková rovina

Tato rovina je nejvíce postižena u jedinců s DMO, kteří mají přidruženou také poruchu intelektu. Vzácně se narušení této roviny vyskytuje samostatně, spíše jde o součást celkového opožděného vývoje řeči (Lechta, 2008).

4.2.4 Pragmatická jazyková rovina

„U dětí s DMO obvykle existuje výrazný komunikační záměr, jehož realizace však (v těžších případech) naráží na vážnou komunikační bariéru v podobě omezené celkové motoriky a oromotoriky.“ (Lechta, 2008). Může se objevit hypomimie, hypersalivace, bradytalie, anartrie atd., což může narušit adekvátnost projevu vzhledem ke komunikačnímu záměru a plánovanému obsahu sdělení (ibid.).

Cílem studie (Sigurdardottis a Vik, 2010) bylo popsat řeč, expresivní jazyk a verbální inteligenci dětí s mozkovou obrnou. Studie populace zahrnovala 152 islandských dětí s vrozenou mozkovou obrnou (74 chlapců, 78 dívek, průměrný věk 5 let 5 měsíců). Výsledky studie ukázaly, že nejvíce dětí (81 %) mělo spastickou mozkovou obrnu (76 %). Sto dvacet osm dětí (84 %) komunikovalo slovně, zatímco 24 pouze neverbálně. Dvacet pět dětí (16 %) mělo těžkou dysartrii. Většina (88 %) dětí komunikujících pouze neverbálně měla vícečetné postižení. Medián verbálního IQ byl 93 (73-104) a celkový výkon IQ 77 (61-94). Šedesát osm dětí (45 %) mělo intaktní verbální inteligenci a téměř čtvrtina dětí s těžkou dysartrií měla IQ 70. Ze studie vyplývá, že většina dětí s mozkovou obrnou je schopna se vyjadřovat formou vět a téměř polovina z nich má normální verbální IQ. Nonverbální vyjadřování je častým rysem osob s více poruchami.

4.3 Poruchy řeči

Dle Klenkové (2006) se u dětí s DMO může objevit: dysartrie, omezený nebo opožděný vývoj řeči, koktavost/breptavost, otevřená huhňavost, narušení nonverbálního chování, mutismus a v neposlední řadě třeba poruchy polykání. Charakteristika jednotlivých poruch není předmětem této práce, ale blíže popíšeme alespoň nejčastěji se vyskytující NKS u osob s DMO, a to dysartrii.

V případech, kdy dojde k ranému poškození řečových mechanismů ve vyvíjejícím se mozku, dochází k poruchám, které se označují za vývojové motorické poruchy (vývojová dysartrie, vývojová anartrie a vývojová řečová apraxie). Vývojová dysartrie, kterou lze nejčastěji pozorovat právě u dětí s mozkovou obrnou (asi u 75-85 %), vzniká v důsledku poškození nezralého nervového systému a je charakterizovaná parézou⁸, poruchou koordinace a snížením napětí řečového svalstva. Nejčastějšími řečovými symptomy vývojové dysartrie při dětské mozkové obrně jsou:

- Spastická dysartrie: dysfagie, narušená artikulace, hypernazalita (zvýšená nosovost), pomalé tempo řeči, poruchy výšky/síly a kvality hlasu.
- Dyskinetická dysartrie: atetóza⁹, dysfagie, hypernazalita, narušená artikulace, prevokalizace, poruchy výšky/síly a kvality hlasu.
- Ataktická dysartrie: narušená artikulace a prozodie, nepravidelný přízvuk, poruchy síly a výšky hlasu, řeč má skandovaný charakter (Love, Webb, 2009).

Typickými znaky dysartrické řeči jsou dle Slowíka (2010) nekoordinovanost mluvidel, namáhavá výslovnost, povrchní a přerývané dýchání komplikující správnou tvorbu hlasu (ten pak bývá drsný, přiškrcený, nepřírozeně tichá nebo naopak hlasitý nebo kolísavý), hypernazalita, narušené tempo řeči, frázování, přízvuk.

Častou poruchou související s poruchou inervace u osob trpících vývojovou dysartrií je také porucha vitálních funkcí – dysfagie (Neubauer, 2018a).

Cílem studie (Parkes, Hill, Platt a kol., 2010) bylo zkoumání oromotorických dysfunkcí a poruch komunikace u dětí ve věku 5let s mozkovou obrnou. Metody byly standardizované a zahrnovaly zkoumání motorických řečových problémů, potíže

⁸ Jedná se o částečné ochrnutí, oproti tomu plegie je ochrnutí úplné.

⁹ Atetóza je: „Nervová porucha hybnosti spočívající v neschopnosti udržet svaly v jedné pozici. Projevuje se mimovolnými, pomalými nepřetržitými pohyby „červovitými“ postihujícími často prsty, ruce, jazyk, popř. i další části těla. Vzniká při poškození mozku oblastí důležitých pro kontrolu hybnosti, bazálních ganglií, např. nedostatkem kyslíku během porodu.“ (<http://lekarske.slovníky.cz/pojem/atetoz>).

s polykáním/žvýkáním, nadměrné slinění a poruchy komunikace. Bylo studováno celkem 1357 dětí narozených mezi lety 1980 a 2001 (781 chlapců, 576 dívek). Časný nástup mozkové obrny vykazovalo 1268 jedinců a z nich mělo 36 % problémy s motorikou řeči, 21 % mělo problémy s polykáním/žvýkáním, 22 % s nadměrným sliněním a 42 % s komunikací. Všechny poruchy byly významně spojeny se slabší hrubou motorickou funkcí a poruchami intelektu.

4.4 Logopedická intervence

Klinický logoped pracující s dítětem s tělesným postižením a vývojovou dysartrií by měl být seznámen se stavem rehabilitační léčby jedince a měl by její výsledky využít pro logopedickou práci. Péče by měla být zahájena co nejdříve, a to se zaměřením na rozvoj vitálních funkcí a motoriky mluvidel. Ze zkušeností vyplývá časté propojení logopedické péče s fyzioterapií, aktuálně se nejvíce využívají tyto metodiky: Bobathova metoda, metodika reflexní lokomoce dle Vojty, Kabatova metodika, metoda Castillo-Morales a třeba myofunkční terapie. Také je třeba stimulovat spontánní motorické řečové schopnosti (vytvoření a udržení zrakového kontaktu, rozvoj napodobování motorických činností, masáže mluvidel, aktivní napodobování artikulačních pohybů, stimulace fonologické diferenciací, nebo třeba využití AAK (Neubauer, 2018a).

Celý systémový přístup k řeči u jedinců s DMO se zaměřuje na dýchání, fonaci, nazální rezonanci a artikulaci a je podobný intervenci pro dospělé osoby se získanou dysartrií. Cílem péče je pomoci dětem ovládat jejich dýchání a udržení přiměřeného tlaku vzduchu při artikulaci. Může se jednat například o naučení toho, jak začít svou promluvu souběžně s počátkem vydechnutí, nebo jak rozdělit projev na kratší fráze pro lepší srozumitelnost aj. Intervence také zahrnuje zpomalení řeči a nácvik přesného pohybu mluvidly (Pennington, 2008). Terapie může zahrnovat zavedení AAK, jako jsou symbolické mapy nebo komunikační pomůcky se syntetickou řečí, stejně jako terapie přirozených forem komunikace dětí (Pennington, Goldbart, Marshall, 2004).

5 Symptomatické poruchy řeči u poruch autistického spektra

Autismus je celoživotní, vrozená, vývojová porucha ovlivňující celkový vývoj dítěte a možnosti jeho vzdělání (Buntová a Tichá, 2016a). Autismus je dle MKN-10 zařazen do skupiny pervazivních vývojových poruch. Pervazivním vývojovým poruchám v současnosti odpovídá i termín poruchy autistického spektra, který zdůrazňuje především různorodost jednotlivých deficitů a projevů chování jednotlivce (Thorová, 2016). Pojem poruchy autistického spektra bude také nahrazovat termín pervazivní vývojové poruchy v již zmíněné nové revizi MKN-11. Porucha autistického spektra vyjadřuje, že kromě jádra poruch autistického spektra v podobě dětského autismu existuje celé spektrum dalších poruch, které mají mnohé z charakteristik společné s dětským autismem, ale nesplňují všechna jeho stanovená diagnostická kritéria. Dle kritérií Diagnostického statistického manuálu Americké psychiatrické asociace (DSM-5) je klinický obraz dětí s poruchou autistického spektra charakterizován deficitem společenské interakce a komunikace a opakujícími se zájmy a činnostmi (Buntová a Tichá, 2016a). Dle zmíněných klasifikačních systémů (MKN-10 a DSM-5) se stanovuje diagnóza autismu na základě přítomnosti postižení v následujících oblastech: kvalitativní narušení sociálních interakcí a komunikace a narušení představitosti, které se projevují omezenými, repetitivními, stereotypními vzorci chování a aktivit. U některých jedinců je dále přítomné vyzývavé chování, přidružené poruchy nebo specifické schopnosti. Typickými symptomy příznačnými pro projevy PAS jsou dle Vocilky (In Vitásková, 2016): omezená schopnost/neschopnost navázání vztahu s ostatními lidmi, úzkostné projevy při změnách a jejich celkové odmítání v obvyklé rutině, narušení verbální a neverbální komunikace, odmítání fyzického kontaktu od ostatních lidí, obliba v nezvyklých předmětech, uzavřenost do svého nitra aj. Mezi další variabilní symptomy, které nejsou nevyhnutelné patří: 1. percepční poruchy – specifický způsob vnímání, hyposenzitivita nebo hypersenzitivita, nevídaný zájem o sensorické vjemy, 2. odlišnosti v motorickém vývoji a projevech – v podobě opožděného motorického vývoje a koordinace, abnormální motorické projevy (stereotypní a bizarní pohyby prstů a rukou, sebepoškozující stereotypní projevy, stereotypní pohyby celým tělem a motorické tiky), tendence chodit po špičkách, problémy s motorickou imitací (těžkosti s pravolevou a prostorovou orientací), 3. nepřiměřené emociální reakce, 4. neschopnost přizpůsobit se změnám, 5. abnormality tělesných funkcí a fyzického vývoje (nepravidelný spánek,

stravování, nepřítomnost závratí při točení se), 6. poruchy chování (různé formy problémového chování, agresivity, autoagrese) (Buntová a Tichá, 2016a).

Etiologie PAS je v současné době stavěna na neurobiologickém základě. Ve většině případů je přítomné rané poškození mozku (důsledek geneticky podmíněných změn ve vývoji mozku) v intrauterinním období. Genetické faktory poukazují na přítomnost specifických genů, které tvoří genetickou predispozici a při spolupůsobení dalších faktorů může vést k propuknutí PAS. Oxytocin (OXT) a strukturálně podobný antidiuretickému hormonu (ADH) může hrát roli v etiologii u PAS, především v doméně sociálních obtíží jedince s PAS. V současné době jsou klinické zkoušky s oxytocinem zaměřeny na redukování sociálního zhoršení a repetitivního chování (Canitano, Scandurra, 2012). Doteď ale nebyla identifikovaná žádná jednoznačná příčina způsobující objevení PAS (Thorová, 2016).

5.1 Vývoj řeči

Vývoj dítěte s PAS je od raného věku aberentní a narušen do hloubky vzhledem k intaktnímu dítěti. Znepokojení s vývojem dítěte rodiče vnímají již mezi 1-1,5 rokem věku, především kvůli opožděnému vývoji řeči a specifickému deficitu v sociální interakci (Říhová a Vitásková, 2012). Vývoj řeči dětí s PAS má velmi často zvláštní průběh (Vágnerová, 2004). Dle Paula (In Thorová, 2016) si zhruba polovina dětí s PAS neosvojí řeč na takovou úroveň, aby naplnila komunikační účel. Howlin (2005) uvádí, že zhruba u 30 % osob s PAS se smysluplná řeč nevytvoří nikdy, a i mezi těmi, kteří mluví, je řeč někdy celý život značně poškozena. V rámci PAS mají řeč narušenou, ačkoli nejméně z celého spektra, také osoby s Aspergerovým syndromem. Jejich pasivní slovní zásoba bývá sice bohatá a v testech verbálního myšlení dosahují průměrných či nadprůměrných výsledků, mají ale potíže v sociálním a praktickém uplatnění komunikace.

Různý stupeň postižení osob s PAS způsobuje velmi vysokou variabilitu problémů v oblasti komunikace. Všeobecně ale platí, že čím dítě dosahuje vyššího stupně IQ, tím je prognóza pro jeho vývoj komunikačních dovedností lepší (Buntová a Tichá, 2016a). Dle Gelder a kol. (In Vágnerová, 2004) ale 75 % osob s PAS vykazuje poruchu intelektu. Děti s těžkým stupněm postižení zůstávají na úrovni nezáměrné komunikace (pláčem, hněvem, někdy i sebepoškozováním vyjadřují pouze své potřeby a pocity). Vývoj záměrné komunikace je totiž podmíněný dosažením určitého stupně kognitivního vývoje, tzv.

prekurzoru vývoje řeči. Velmi silným prediktorem PAS v raném věku jsou problémy v oblasti prekurzoru pragmatické roviny komunikace (patří zde narušení pohledu nebo zrakového kontaktu, narušení chování s cílem upozornit jinou osobu na událost nebo předmět – protodeklarativní chování) (Mundy in Buntová a Tichá, 2016a). Krejčířová (2006) také charakterizuje řeč osob s PAS jako globální selhávání všech komunikačních modalit – i preverbálních interakčních schopností.

Opoždění vývoje řeči přímo souvisí s problémy v oblasti porozumění mluvené řeči (percepce). Rodiče často uvádí, že měli podezření na poruchu sluchu u svého dítěte, kterému byla později diagnostikovaná PAS, a to z důvodu, že v raných stádiích může docházet k nižší reaktivitě na sluchové podněty mluvené řeči (na zvuky z okolí reaguje, ale na řeč ne). Později se může porozumění řeči vyvinout nebo vlivem dobré terapie se naučí rozumět jednoduchým instrukcím apod. Přesto ale u dítěte budou nejspíše přetrvávat problémy v porozumění řeči vyplývající z problémů v kognitivním profilu, jako je absence abstrakce, problém s generalizací a transferem, problém se složitými gramatickými strukturami, porozumění předložkám, nadřazeným pojmům, abstraktním pojmům, označení emocí, metaforám, sarkasmu aj. Často ani nepoužívají osobní zájmeno *já*, mluví tedy o sobě ve druhé nebo třetí osobě, nebo vůbec (Vágnerová, 2004). Např.: dítě oslovuje sebe zájmenem *ty* a matku zájmenem *já* - tak, jako to slyšelo používat svou matku (Buntová a Tichá, 2016a).

Pokud se dítěti s PAS řeč vyvíjí, může být slovní zásoba i bohatá, ale dítě povětšinou nepoužívá zprvu slova ke komunikaci. V řeči jsou typické nápadnosti jako třeba echolálie. Ale to jen v případě, kdy má dítě dobrou imitační schopnost a dobrou sluchovou paměť (Buntová a Tichá, 2016a). Ze začátku se jedná především o tzv. „odložené echolálie“ – dítě opakuje slova nebo delší výroky, které zaslechlo již někdy dříve (Krejčířová, 2006). Echolálie bývá zprvu většinou nefunkční, dítě opakováním věty nevyjadřuje žádný komunikační záměr, později se z nefunkčních echolálií mohou stát funkční (Buntová a Tichá, 2016a). Po echolalické fázi, nastává období, kdy dítě začíná naučené fráze používat v komunikaci, především pro vyjádření žádosti (Krejčířová, 2006). Některé z dětí zůstanou na úrovni nefunkčních echolálií, jiné se posunou na úroveň aktivního používání naučených frází a děti s vyšší inteligencí mohou přejít k analyticko-syntetickému osvojování si řeči a začnou tak ze slov skládat věty. To může ústít k vyskytnutí se telegrafické řeči, ale také ke správnému gramatickému a větně stylistickému vyjadřování (Buntová a Tichá, 2016a).

Thorová (2008) uvádí, že pokud dítě v 6 měsících nereaguje sociálním úsměvem, do 12 měsíců nežvatlá a negestikuluje, do 16 měsíců neukazuje na předměty, do 3 let neříká

spontánně věty, můžeme usuzovat na abnormalitu řečového vývoje, která by měla vést k dalšímu vyšetření. Autorka také uvádí (In Vitásková a kol. 2016) 5 typů vývoje řeči u dětí s PAS: 1. po produkci prvních slov u dítěte došlo k zastavení vývoje a následné regresi, kdy dítě přestalo verbálně komunikovat, 2. dítě sice verbálně komunikuje, ale ve vývoji řeči je patrný pouze malý progres, 3. u dítěte se řeč nikdy neobjevila, 4. došlo k zastavení řečového vývoje, 5. řečový vývoj probíhá adekvátně, někdy i napřed, ale je patrné narušení v oblasti sociální komunikace.

5.1.1 Asociace mezi vokalizací a expresivním jazykem u dětí s PAS

Mnoho dětí s poruchami autistického spektra vykazuje jazykové dovednosti pod úrovní svých vrstevníků a podstatná část nezíská řeč, která je definována jako expresivní jazyk, který může být používán v rámci komunikace, referenčně a sémanticky různorodým způsobem. Včasné deficity ve vokálním vývoji mohou dramaticky ovlivnit vývoj mluveného jazyka u dětí s PAS. Cílením na zjištění rozdílů frekvencí nebo složitostí prelingvistických vokalizací by se mohla zlepšit jazyková trajektorie dětí s PAS, které vykazují pokračující narušení expresivního jazyka. Výzkum založený na prostudování systematicky vyhledaných databází a dalších zdrojů zabývajících se vokalizací a expresivním jazykem u dětí s PAS mladších 9 let, došel k závěru, že u malých dětí s PAS se projevují silné souvislosti mezi vokalizací a expresivními jazykovými dovednostmi. U dětí s PAS byly prokázány replikované deficity v používání kanonických slabik a vokalizací. Děti s PAS nebo s vysokým rizikem pro PAS mají také méně rozmanitou vokalizaci, včetně menší frekvence užití souhlásek, než je u intaktně se vyvíjejících dětí. Kromě toho děti s PAS s větší pravděpodobností vyvolávají vokalizaci bez komunikačního záměru ve srovnání s intaktními vrstevníky (McDaniel, Slabocha, Yoder, 2018).

5.2 Popis jazykových rovin

5.2.1 Lexikálně-sémantická jazyková rovina

Vyskytují se obtíže v chápání významu a funkcí komunikace, u těžších typů problémů vůbec pochopit k čemu slova slouží, nebo pochopení, že existují slova, která mají obecný význam (slovo bota neoznačuje jen konkrétní jednu danou botu, ale může se jednat o tenisky, holínky, střevíce apod.).

U osob s těžším typem PAS se objevuje: logorea (slovní salát, nekoherentní řeč) – volně vyslovovaná slova, básničky, reklamy, písničky, pasáže z knih, povětšinou bez komunikačního významu, dále echolálie (opakování slyšeného; odložené echolálie, okamžité echolálie), verbální autostimulace aj.

U osob s lehčím typem PAS se vyskytuje: literární přesnost (doslovné chápání slyšeného), neschopnost chápat ironii, sarkasmus, dvojsmysl, nadsázku. Matoucí mnohovýznamovost jazyka může u osob s PAS vést k pedantickému lpění na určitých slovech a obratech, opravování nespisovných výrazů, odmítání synonym, problémové může být také užívání homonym, potíže a nechut' k užívání slangových a módních výrazů, nářečí a dialektu i obecné nespisovné češtiny. Literární přesnost a rigidita může mít také vliv na oblíbené používání zvláštních výrazů nebo slov (neologismy) s určitou vnitřní logikou – (např.: „stříhadlo“ = nůžky) (Thorová, 2016).

5.2.2 Foneticko-fonologická jazyková rovina

U některých osob s těžším typem PAS se mohou objevit artikulační obtíže (vedoucí až k setřelé výslovnosti a tím pádem i nesrozumitelné řeči). Při narušení receptivní stránky řeči se objevuje: sluchová verbální agnozie (dítě řeč nechápe), porozumění pouze jednoduchým pokynům, latence na verbální instrukci. Při narušení expresivní stránky řeči: vývoj řeči dítěte je výrazně pod úrovní celkových mentálních schopností nebo dítě vůbec nemluví (Thorová, 2016).

5.2.3 Morfologicko-syntaktická jazyková rovina

Objevují se agramatismy v řeči, obtíže s používáním zájmen, obtíže s rody, časy, skloňováním, výskyt echolálie s komunikačním významem, sklony k používání infinitiv a holých vět, vynechávání předložek, spojek, nedostatečná slovní zásoba, mechanické skládání slov do vět, pomalé osvojování gramatických pravidel mateřského jazyka aj. (Thorová, 2016).

5.2.4 Pragmatická jazyková rovina

Narušení pragmatické roviny se pojí se všemi diagnózami spadajícími do PAS. Specifika narušené pragmatické roviny má vliv především na funkčnost komunikace v běžném životě. Projevují se jak ve verbálním, tak v neverbálním pojetí komunikace (Vitásková a Kytarová, 2018). Osoby s PAS mají především obtíže ve způsobu užívání slov

(pragmatická rovina), nikoliv ve výběru správných slov (lexikálně-sémantická rovina). Kvůli nedostatku vzájemného sdílení v průběhu komunikace se u osob s PAS vyskytuje např. snížená schopnost až neschopnost naslouchat sdělení druhého, nevhodné komunikační projevy, perseverace na oblíbených tématech nebo absence pozitivních emocí z rozhovoru (Howlin in Vitásková a Kytarová, 2018). Dopad výše zmíněných obtíží se může manifestovat v podobě inklinace k verbálním stereotypům, rituálům, překotné mluvě nebo k oblibě využívání vědecky orientovaných otázek, což negativně působí na funkčnost komunikace (Dubin in Vitásková a Kytarová, 2018).

Tato rovina je postižená nejvíce. Jakákoliv dosažená úroveň aktivního řečového projevu dítěte je problematicky využitelná v sociální konverzaci. Rozhovor je spíše výměnou frází než výměnou informací. Chybí empatie a snaha o udržení konverzace. V samostatném vyprávění nejsou schopni reprodukovat příčinně-následné vztahy, reprodukce je spíše na úrovni sumarizování útržkovitě zapamatovaných informací. Samozřejmě záleží, se kterým klientem se setkáme, je zde vysoká variabilita klinického obrazu (Buntová, Tichá, 2016a).

Objevuje se malá, žádná nebo nepřiměřená spontaneita a reciprocita konverzace (výskyt komunikačního egocentrismu), nechápání společenského významu konverzace, společenské nepřiměřenosti (nevhodné otázky, potíže s tykáním a vykáním, společenské faux pas, vulgarity), pervazivní dotazování a ulpívání na tématech, potíže s procesem konverzace (zahájení, předávání si slova, plynulost, ukončení).

V suprasegmentální rovině se vyskytuje např.: příliš vysoko nebo nízko posazený hlas, monotónní mechanické vyjadřování připomínající řeč robota, obtíže v modulaci hlasitosti (neschopnost přizpůsobit svůj hlas okolnostem), zvláštní rytmus (mluví krátce, úsečně nebo naopak dlouze), neschopnost porozumět prozodickým signálům (nechápu rozdíl, který dodá větě zbarvení hlasu nebo důraz na konkrétní slovo), neschopnost chápat sociální kontext (Thorová, 2016).

Studie (Cole, Araripe a kol., 2016) řeší tzv. adaptivní chování, jež autoři definují jako dovednosti získané v reakci na požadavky každodenního života. Profily adaptivního chování u osob s genetickými syndromy byly navrženy, ale literatura o nich nepsala přesvědčivě, především kvůli velkému množství těchto syndromů a výrazné variabilitě uvnitř profilu daného syndromu, tvrdí autoři studie. Cílem studie bylo provést analýzu různého adaptivního chování pozorovaného u osob s Williams-Beuren syndromem (WBS), Down syndromem (DS) a PAS, a to prostřednictvím revize literatury s použitím databáze PubMed

a Scopus. Výsledky ukázaly, že socializace silně ovlivňuje osoby s WBS, tato skupina však prokázala největší potíže v oblasti každodenního života. Skupina osob s DS prokázala lepší výkon v socializaci a každodenním životě na úkor komunikace. Skupina osob s PAS vykazovala lepší výkon v denním životě a komunikaci a nejhorší výkon v socializaci. Přestože se zdá, že revidované studie prokazují kontroverzní výsledky, hlavní schopnosti a nedostatky zůstaly podobné každému odpovídajícímu diagnostickému charakteru chování. Autoři dospěli k závěru, že v analyzovaných diagnostických skupinách je možné sestavit profily adaptivního chování a domnívají se, že tyto profily by mohly usnadnit vytváření intervenčních plánů pro tyto osoby.

5.3 Senzorické abnormality u osob s PAS

Senzorické abnormality jsou velmi časté, byť jsou často opomíjeny kvůli komunikačním problémům jedinců. Také proto, že se nejedná o typický rys autismu, spíše se objevuje u osob s poruchou intelektu. Podle kritérií DSM-5 jej tento typ symptomatologie tvořen zvýšenou či sníženou reaktivitou na sensorický vstup nebo neobvyklý zájem o sensorický aspekt prostředí. Mezi tři hlavní rysy sensorických abnormalit u PAS patří: hypo-reaktivita, hyper-reaktivita a vyhledávání smyslových podnětů. K těmto třem někteří autoři přidávají čtvrtý rys, a to rozšířené vnímání. Příkladem může být např.: vizuální fascinace světlem nebo točícími se předměty, nežádoucí reakce k specifickým zvukům nebo texturám, přílišné čichání nebo ohmatávání různých objektů, zjevná změna ve vnímání bolesti, tepla nebo chladu. Senzorické abnormality u dětí s PAS mohou také narušit jejich chování při běžných denních činnostech (např.: stravování se, spaní, koupání). Senzorické prožitky u osob s PAS mohou vyvolat pocity nepohodlí/úzkosti, ale také mohou být zdrojem fascinace/zájmu. Na jednu stranu, nepohodlí/úzkost může vést k vyhýbavému chování vůči rušivým stimulům nebo může vyvolat silnou reakci agrese k sobě nebo okolí, což bývá často klasifikováno jako porucha chování. Na druhou stranu mohou také stimuly vést osobu k opakujícímu se chování, ze kterého je osobu těžké vyrušit. Senzorická dysfunkce pravděpodobně souvisí se zhoršenou modulací vyskytující se v centrálním nervovém systému, který reguluje neurální zprávy týkající se smyslových podnětů. Již Sukhareva (1926), průkopník této problematiky, popsal poruchy sensorické reaktivity u dětí s autismem. Později hypo-reaktivita stejně jako hyper-reaktivita na sensorické stimuly byla zmíněna v klasických spisech Kannerova v roce 1943 a Aspergera v roce 1944. Atypické

reakce na senzorycké stimuly mohou být klíčem k porozumění jejich abnormálnímu chování, a také se jedná o relevantní aspekt, který by měl být zvažován ve všech kontextech jejich života. Když pochopíme, které stimuly jim způsobují úzkost, můžeme upravit prostředí nebo jejich denní rutinu tak, aby stimulům nebyli vystavováni (Posar, Visconti, 2017).

U osob s PAS se také může objevit deficit ve čtení s porozuměním tzv. hyperlexie. Jedinec s hyperlexií je schopen se naučit mechanicky číst srovnatelně s průměrným čtenářským tempem, ne-li nadprůměrně, má ale prokazatelné opoždění v jazykových dovednostech jako je porozumění čtenému, obtíže s doplňováním chybějících částí testu dle kontextu atd. (Vitásková in Říhová a Vitásková, 2012). Blíže např. Vitásková, 2009.

Grandin a Panek (2014) ve své publikaci *Mozek autisty* také popisují senzorycké abnormality u osob s PAS, jako potíže se zpracováním zrakových a sluchových vjemů, jiná citlivost na hmatové, čichové nebo chuťové vjemy. Mezi nejběžnější sluchové problémy patří narušení schopnosti slyšet zvuky tvrdých souhlásek, pomalé střídání pozornosti, přecitlivělost na zvuk. Konkrétně se jedinec může projevat: i přes normální práh sluchu se jedinec jeví jako neslyšící, neslyší v pozadí hluku, zakrývá si uši poblíž hlasitých zvuků, dostává záchvaty vzteku na hlučných místech, obtížně lokalizuje zdroj zvuku apod. Existuje ale řada dalších méně závažných reakcí na bázi problémů se sluchovým zpracováním. U lidí s autismem se projevuje nižší aktivace v řečových oblastech a nejspíše mají zrakové podněty smíchané se sluchovými. Když lidé s PAS poslouchají, zraková kůra se oslabí. Vědci také začali prokazovat terapeutické účinky zpěvu. Z výzkumu vedeného v roce 2012 na Columbia University Medical Centre pod dohledem Joyice Hirschové se zjistilo, že během stimulace řeči byla aktivace v inferiorní oblasti levého frontálního gyru (gyrus je úzce spjat s jazykem) v porovnání s kontrolními osobami snížena. Během stimulace zpěvu tomu však bylo naopak. U kontrolní skupiny byla aktivace v této oblasti menší než u osob s PAS. Dosud zatím ale neexistují teoreticky podložené důkazy o tom, že intervence založená na hudbě může provést tvárné změny v mozku osob s PAS (ibid.).

5.4 Jazyk a řeč u osob s Aspergerovým syndromem

Na Aspergerův syndrom (AS) se obvykle pohlíží jako na mírnější formu autismu (Howlin, 2005). Dle MKN-10 je jediným výrazným kritériem pro odlišení AS od autismu relativně normální kognitivní dovednosti a absence zpoždění ve vývoji jazyka (ibid.). AS je nejčastěji diskutovaná nozologická jednotka poruchy autistického spektra, jejíž

typickým symptomem a rozhodujícím faktorem pro diagnózu je porucha sociální interakce. Častěji se vyskytuje u chlapců než u dívek, v poměru asi 8:1 (Krejčířová, 2006). Způsob uvažování a logika osob s AS bývá méně obvyklá, než u intaktních osob. Obtíže se mohou objevovat i v oblasti motorické koordinace, jemné motoriky (grafomotorika), orientačních schopností nebo v sebeobslužných činnostech. Děti s AS mohou mít opožděný vývoj řeči, ale také nemusí (Thorová, 2016), což je v rozporu s Lowe a Webb (In Vitásková a kol., 2016), kteří naopak poukazují na fakt, že není patrné žádné závažné celkové opoždění vývoje jazyka. U dětí s AS jsou zjevné předčasné jazykové schopnosti, někdy fascinace písmeny a čísly, častá obliba hovořit jen o svých tématech atd. Řeč může působit velmi formálně, šroubovitě, pedanticky či strojeně. Často chápou řeč doslovně a nemusí rozumět slovním hříčkám a metaforám. Naopak mohou mít lepší verbální paměť (ibid.). Od raného věku je možné zachytit zejména poruchy v neverbální komunikaci (nepřiměřené používání zrakového kontaktu, nepoužívání gest v sociální interakci, nedodržování adekvátního tělesného odstupu apod.). Někteří se nedokáží orientovat v neverbálních signálech jako je třeba výraz ve tváři. Často neobvykle reagují na emoce druhých, nezajímají se o pocity druhých, nedokáží přizpůsobit své chování sociálnímu kontextu. Tyto poruchy v pragmatické rovině jsou výrazné a mohou sekundárně vést k sociální inhibici, případně k rozvoji emoční poruchy (zejména deprese). Někdy je přítomno také ulpívání na nefunkčních rituálech, ale na rozdíl od jedinců s autismem u nich nebývají tak časté jednoduché pohybové stereotypy ani hypersenzitivita v oblasti sensorických stimulů (Krejčířová, 2006).

Objevují se také percepční poruchy – zvláštní způsob vnímání, hypo/hyper reakce na sensorické podněty (nejběžněji na zvuky a doteky, někdy ale i na chuť, intenzitu světla, barvy a vůně). Tyto projevy řadíme mezi nespecifické variabilní rysy nespádající do diagnostické triády stěžejních deficitních oblastí (Thorová, 2016). Může se jednat například o specifika sluchového vnímání, která se manifestují jako přecitlivělost na náhlé, nevysvětlitelné či příliš hlasité zvuky (dopravní ruch, šumění davu, potlesk, zvuk vysavače, plačící dítě, prásknutí dveřmi apod.) (Boyd in Vitásková a kol., 2016). Dle Attwood (2012) je u osob s AS také často popisována synestezie – prožitek jiným smyslem, než kterým byl vjem přijímán (např. tzv. barevné slyšení – při zaslechnutí zvuky jedinec vidí barvy).

U osob s AS mohou být přidruženy také specifické poruchy učení – zejména dyskalkulie, dysgrafie (následkem motorické neobratnosti, která bývá někdy určována také jako typický rys vývoje osob s AS), dále mohou proces vzdělávání znesnadňovat také možné

přidružené poruchy jako impulzivita a hyperaktivita, nebo sekundární sociální fobie spojená s mutismem (Krejčířová, 2006).

5.5 Logopedická intervence

Logoped může přispět jak k diagnostice, tak k terapii osob s PAS. Logopedická diagnostika má své opodstatnění ve vyhledávání osob s potencionální diagnózou PAS, v diferenciální diagnostice (odlišení PAS např. od specificky narušeného vývoje řeči či pragmatické komunikační poruchy) a v komplexní diagnostice jako východisku pro terapii u osob s PAS. Logopedickou terapii v případě nejasné diagnózy (symptomy podobné pro PAS, ale může se jednat třeba jen o sekundární důsledky jiné NKS) je vhodné zaměřit na nácvik kooperace dítěte s logopedem, působení na rozvoj pragmatických funkcí (naučit se klást otázky, odmítnout, získat pozornost rodičů, vyjádřit nesouhlas, vyjádřit emoce), nacvičení porozumění řeči, edukaci rodičů ve smyslu porozumění stavu dítěte a vhodného vedení dítěte v oblasti komunikačních dovedností. U osob, s již diagnostikovanou PAS, zaměřujeme terapii dle potřeb na problémy jak v obsahu, formě (artikulace, gramatika, syntax), tak pragmatice komunikace (Buntová a Tichá, 2016a). Říhová a Vitásková (2012) uvádí, že logopedická intervence u osob s PAS není v první řadě zaměřena na rozvoj foneticko-fonologické roviny, ale na rovinu pragmatickou, která udává směr působení logopeda a určuje cíle logopedického působení. Vzhled k aktuálním trendům holistického přístupu ke klientům s NKS je třeba terapii zaměřit na globální rozvoj schopností, kam řadíme např.: auditivní a vizuální percepci, grafomotoriku, oromotoriku, jemnou a hrubou motoriku, kognitivní dovednosti, nácvik sociálního chování, atd. (blíže v publikaci Říhové a Vitáskové, 2012).

Obecná pravidla přístupu k osobám s PAS sestavil Bittmann, Jůn a Thorová (2018). Dle autorů bychom neměli přistupovat k lidem s PAS jako k někomu, kdo potřebuje speciální komunikaci. Až když ucítíme, že něco nefunguje, snažíme se přizpůsobit. Každý člověk s PAS je originál (může být lingvistou, nebo osobou, která mluvenému slovu moc nerozumí). Měli bychom se dle autorů také zbavit předsudků, že osoby s PAS nestojí o konverzaci a sociální kontakt. Mezi 10+1 zásad patří:

1. Nevynucujte si zrakový kontakt, ani se jím neznepokojte

Někteří lidé s PAS mají problém se zrakovým kontaktem, vyhýbají se pohledu do očí, nebo na nás soustředěně zírají, obojí může být značně nepříjemné. Lidé s PAS

na zrakový kontakt při konverzaci často nemyslí, snaží se hlavně zaměřit svou pozornost na to, co potřebují říct.

2. Neodsuzujte a neurážejte je

Lidé s PAS mají někdy problém s rozpoznáním toho, co mohou ze svých myšlenek říct nahlas a co by si měli pouze myslet sami pro sebe. Nemusí zdravít, děkovat, omlouvat se, nebo mlčet tehdy, kdy se to očekává. Nezdvořilost, ignorace, nebo mnohdy i arogance je důsledkem obtíží ve vyhodnocování sociálních situací.

3. Udržujte přiměřenou vzdálenost

Někteří lidé s PAS neumí zachovat během konverzace vhodnou vzdálenost, buď stojí příliš daleko, nebo naopak blízko. Pokud se dostanou do naší intimní zóny, buď jej na to věcně upozorníme, nebo se k němu otočíme bokem.

4. Nespoléhejte se na informace z neverbální komunikace

Lepší je svůj názor jednoznačně vyslovit, než využívat prvky neverbální komunikace (gesta, mimika, tón hlasu), osoba s PAS by nás nemusela pochopit. Stejně tak neverbální komunikace osob s PAS může být špatně čitelná (přehnaná gestikulace, strnulost apod.).

5. Snažte se vyjadřovat jednoznačně

Měli bychom být konkrétní, minimalizovat informace s nejasným nebo mnohoznačným výkladem.

6. Nenapomínejte, nejednejte nadřazeně, buďte nápomocní

7. Konverzaci jemně moderujte

Lidé s PAS mohou odbíhat mimo kontext ke svým oblíbeným tématům, vstoupit do rozhovoru se zdánlivě nesouvisejícím dotazem, mohou ulpívat na detailech nebo skákat do řeči. Je dobré je na to upozornit a pokračovat dále v původním tématu konverzace. Pokud má ale osoba s PAS nutkavou potřebu dokončit řeč ke svému tématu, je lepší ho nepřerušovat.

8. Respektujte odlišný způsob myšlení

Uvažování lidí s PAS může být v některých situacích velice detailní, vyhraněné a černobílé. Často uvažují o vztazích a komunikaci jako o technických systémech. Je vhodné jejich pojetí světa respektovat, vyhneme se tak případnému nevhodnému chování z jejich strany.

9. Reagujte na komunikační styl

Někdy mají lidé s PAS osobitý styl komunikace, ale pokud jejich pravidla konverzace pochopíme a přizpůsobíme se jim, můžeme člověku s PAS komunikaci ulehčit.

10. Získávejte zpětnou vazbu

V klíčových momentech bychom se měli přesvědčit, zda jsme člověku s PAS porozuměli.

6 Symptomatické poruchy řeči u dalších vybraných poruch a onemocnění

V této kapitole jsou charakterizovány pouze poruchy/ onemocnění, které jsou předmětem také praktické části diplomové práce.

6.1 Tikové poruchy

Tiky jsou nadbytečné, bezděčné pohyby, opakující se rytmicky nebo nepravidelně. Nejčastěji se vyskytují v obličeji ve formě mrkání, otevírání očí/úst, pohazování hlavou, mohou se však vyskytovat i v jiných svalových skupinách těla. Tiky někdy napodobují účelné pohyby, které se svým opakováním stávají nadbytečnými a nepřiměřenými. Objevují se jak motorické projevy, ale také fonační tiky, které spočívají ve vyřazení částí slov (Lesný a Špitz, 1989).

Tiky se dělí na jednoduché a komplexní. Konkrétně na jednoduché motorické (záškuby mimických svalů, ramen a horních končetin), jednoduché fonační (syčení, pohvizdování, chrochtání, mlaskání apod.), komplexní motorické (složitější opakované pohybové vzorce – poplácávání, dotýkání se, obscénní pohyby) a komplexní fonační (vykřikování nebo vyřazení slov, frází, zvuků; v případě, že jsou slova vulgární a obscénního rázu, hovoříme o koprofálii) (Orel a kol., 2016).

Motorické tiky patří k nejčastějším dyskinetickým projevům. Jejich výskyt je spojen hlavně s primárními tikovými poruchami zahrnujícími přechodné tikové poruchy, chronické tikové poruchy (motorické nebo fonační) a Tourettův syndrom (TS), což je kombinovaná fonační a mnohočetná motorická tiková porucha (ibid.).

TS je neurovývojová porucha popsána podrobně v roce 1885 francouzským neurologem Georgesem Albertem Gilles de la Tourette (Gunduz, Okun in Novotny, Valis, Klimova, 2018; Orel a kol., 2016). Klinicky se jedná o komplexní poruchu, v níž je závažnost, frekvence, fluktuace a načasování fonačních tiků a tiků motorických velmi individuální (Gunduz, Okun in Novotny, Valis, Klimova, 2018). Tiky jsou považovány za neúmyslné, ale mohou být dočasně potlačeny vůlí. Existuje však fenomén "odrazu", kdy po potlačení tiků se nahromaděné tiky objevují s větší intenzitou, než je pro pacienta obvyklé. Zhoršení tiků (jak v kvalitě, tak kvantitě) může nastat při stresu, vzrušení nebo únavě. Naopak tiky ustupují, když pacient provádí duševní nebo fyzickou aktivitu vyžadující

koncentraci. Často dochází k vnitřnímu napětí před vypuknutím tiků a po provedení tiků se pacient cítí uklidněný. Zajímavé je, že tiky mohou přetrvávat ve všech fázích spánku (Gunduz, Okun, Hartmann, Martino, Murphy in Novotny, Valis, Klimova, 2018). Tourette syndrom je často doprovázen dalšími poruchami např.: poruchou pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), obsesivně-kompulzivní poruchou (OCD), sebepoškozujícím chováním, depresemi nebo specifickými poruchami učení. Přestože je TS relativně vzácná neurologická motorická porucha, má nevratný dopad na kvalitu života pacienta. Budoucí výzkumy by se měly zaměřit na neurozobrazovací metody, nové cíle neurotransmiterů, na funkční neurochirurgii, stejně tak na účinek nefarmakologických psychoterapií u osob s TS (Novotny, Valis, Klimova, 2018).

6.2 Neurodegenerativní onemocnění

Jedná se o onemocnění zasahující primárně kognitivní funkce člověka, ze kterých poté rezultují kognitivně-komunikační poruchy, které se projevují poruchami řeči, kontaktu s okolím, problémy s jazykovým vyjadřováním, porozuměním mluvenému projevu a také potížemi při čtení a psaní. Pojem neurodegenerativní onemocnění označuje skupinu chorob, které jsou způsobeny předčasným zánikem nebo degenerací nervových buněk. Neurologické příznaky neurodegenerativního onemocnění zahrnují především poruchy správné koordinace, řízení pohybu a řečové komunikace. Mezi nejčastější neurodegenerativní onemocnění provázená rozvojem syndromu demence se řadí např. tato onemocnění: Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, Huntingtonova choroba a Pickova choroba (Neubauer, 2018a). Předmětem této práce není bližší specifikace kognitivně-komunikačních poruch u neurodegenerativních onemocnění. Pokusíme se zde jen nastínit problematiku Huntingtonovy choroby, neboť ta je předmětem praktické části této práce.

6.2.1 Huntingtonova choroba

Jedná se o vzácnou dědičnou (autozomálně dominantně) nemoc začínající zpravidla plíživě v rané dospělosti (mezi dvacátým a třicátým rokem). Existuje také tzv. juvenilní a senilní forma tohoto onemocnění. Přesná patogeneze není zatím známá, onemocnění je ale progresivní a končí smrtí. Huntingtonova choroba (HCH) je charakteristická výskytem mimovolných pohybů, a to obličejem/končetinami nebo celým tělem a přítomností demence (Orel a kol., 2016; Love, Webb, 2009). Volní a automatické pohyby mohou být

mimovolními pohyby narušovány, např. v případě znemožnění koordinace dýchání a řečové produkce. Končetiny má pacient hypotonické, a tak není schopen stabilního držení těla (můžeme pozorovat i tzv. příznak jazyka – kdy pacient není schopen udržet vyplazený jazyk déle než několik sekund nebo vůbec).

Typická je svalová rigidita, dysartrie, dysfagie, bradykineze (Jiráček in Knoppová, Kučerová, 2006). Pomalu se u pacientů vyvíjí demence subkortikálního typu, která má vliv na řeč např. svými parafázemi a agramatismy (Havrdová in Knoppová, Kučerová, 2006). U pacientů se v řeči manifestuje především zhoršující se dysartrie, dále jsou narušeny jazykové schopnosti jako pojmenování a schopnosti delších sekvencí mluvy (Neubauer, 2018a). Porozumění je až do finálních stádií relativně dobře zachováno (Havrdová in Knoppová, Kučerová, 2006). Nápadné jsou prodlužované pauzy a variabilní tempo řeči, což má vliv na prozodii řečového projevu. Četné jsou také nečekané a nepravidelné artikulační kolapsy, které jsou důvodem nepřesného cílení artikulačních pohybů (Love, Webb, 2009).

Cílem studie (Rusz a kol.2014) bylo odhadnout výskyt a charakteristické rysy poruchy řeči u HCH a prozkoumat vliv antipsychotických léků podávaných pacientům s HCH na řeč. Řečový projev, zahrnující také čtené pasáže a monolog byl zaznamenáván u 40 osob s diagnózou HCH a u 40 zdravých osob se stejným věkem a pohlavím. Byly použity objektivní akustické analýzy k vyhodnocení klíčových aspektů řeči - artikulace samohlásek, intenzita, výška a tempo řeči. Zjistilo se, že 93 % pacientů s HCH vykazuje určitý stupeň dysfunkce v řeči. Snížený počet pauz, pomalejší artikulace, nepřesná výslovnost samohlásek a nadměrné změny v intenzitě byly zjištěny jako nejvýraznější symptomy dysfunkce řeči u pacientů s HCH. Dále bylo prokázáno, že antipsychotické léky mohou vyvolávat nadměrně hlasitou řeč a také mohou mít vliv na zdůraznění problémů s tempem řeči, na druhou stranu bylo při užívání antipsychotických léků zaznamenáno zlepšení v artikulaci samohlásek. Konkrétní změny v řeči pozorované u pacientů s HCH naznačují, že v produkci řeči se může odrážet patofyziologie onemocnění, stejně jako účinky léčby.

Řeč jedinců nesoucích mutantní Huntingtonův (HTT) gen je behaviorální/motorický/kognitivní marker, který demonstruje určitý potenciál jako objektivní indikátor časného nástupu HCH a progresu onemocnění (Vodel, Shirbin, 2012). Studie zkoumala vzorky řeči, které byly získány od 30 jedinců nesoucích mutantní HTT gen (13 z nich bylo ve stavu před projevením se choroby – tedy s HTT genem, ale v tzv. „před-

manifestaci choroby“ a 17 z nich bylo v časně fázi choroby) a 15 odpovídajících kontrolních intaktních jedinců. Účastníci četli úryvek textu, souvisle hovořili formou monologu a odříkali dny v týdnu. Data byla analyzována akusticky - měřením tempa, frekvence a intenzity řeči. Výkon řeči se lišil v souladu s průběhem onemocnění. Srovnání mezi skupinami odhalilo významné rozdíly mezi kontrolní intaktní skupinou a osobami s počáteční fází HCH v měření rychlosti řeči. Účastníci nesoucí mutantní HTT gen měli pomalejší tempo řeči, produkovali více tichých pauz mezi slovy a uvnitř slov ve srovnání s intaktní kontrolní skupinou. Důležité je, že rychlost řeči vykazovala významnou korelaci k zatížení nemocí. Řeč časně fáze HCH se výrazně lišila od kontrolní intaktní skupiny. Řeč 13 osob ve fázi před manifestací choroby spočívala výkonově mezi kontrolní intaktní skupinou a skupinou v počáteční fázi choroby, což naznačuje, že změny v produkci řeči jsou vyvíjeny ještě před propuknutím a diagnostikovaním choroby (Vodel, Shirbin, 2012).

6.2.2 Další výzkumy zabývající se demencí v souvislosti s řečovou komunikací

6.2.2.1 Hlasové změny u osob s demencí

Nedávné studie identifikovaly korelace mezi demencí a určitými hlasovými vlastnostmi, jako jsou změny hlasu a změny v řeči. Autoři studie (Meilan, Martinez-Sanchez, 2018) se ve své studii snažili zjistit, zda mohou vokální vlastnosti působit jako časné markery Alzheimerovy nemoci. Navzdory tomu, že tyto příznaky jsou přítomny i při fyziologickém stárnutí a mírném kognitivním poškození, zejména v amnestickém podtypu, jsou hlasové změny a změny v řeči prvními příznaky Alzheimerovy choroby. Cílem této studie bylo ověřit, zda tyto znaky souvisí s deficitem v lexikálním přístupu, které se objevují v raném stádiu Alzheimerovy choroby. Anomické deficity u osob s mírnou kognitivní poruchou a Alzheimerovou chorobou byly hodnoceny pomocí testů na slovní paměť, pojmenování a verbální plynulost. Kromě toho se v čtecí úloze prováděla akustická analýza řeči k identifikaci akustických parametrů spojených s analyzovanými skupinami a jejich vztahu ke stupni anomických poruch pozorovaných v každé z nich. Výsledky studie ukazují přímý vztah mezi různými akustickými parametry a výsledky verbální plynulosti přítomných u osob s Alzheimerovou chorobou.

6.2.2.2 Důležitost zdravé dutiny ústní u osob s Alzheimerovou chorobou

V rámci studie (Mancini, Grappasonni a kol., 2010) byl zjištěn signifikantní výskyt nezdravé dutiny ústní a zvýšení zubní patologie u osob s Alzheimerovou chorobou, jejíž

důsledky mají vliv na kvalitu života daného pacienta. Špatná ústní hygiena, potíže s opotřebením zubních protéz a neschopnost samoobsluhy, včetně provádění ústních hygienických postupů, jsou nejpravděpodobnější příčinou zhoršení stavu v dutině ústní u pacientů s Alzheimerovou chorobou. Vhodné zubní intervence při poruchách demence u dospělých pacientů snižují bolest a orální patologii a v důsledku toho mohou přispět k udržení dostatečného ústního a nutričního zdraví u těchto pacientů, což má pozitivní dopad také na komunikaci pacienta.

6.2.2.3 Narušení prozodie u osob s Alzheimerovou chorobou

Prozodie, důležitý aspekt mluvené řeči, je definován jako důraz kladený na určité slabiky, změny tempa řeči nebo načasování a rozdíly v intonaci či výšce hlasu. Většina studií zkoumajících výraz a porozumění prozodii se soustředila primárně na emoční prozodii a méně rozsáhle na supralexikální prozodii. Odlišení je skutečně důležité, neboť druhá vyjadřuje informace o schopnosti dotazování či asertivitě, zatímco první vysílá emocionální konotaci, jako je štěstí, zlost a smutek. Tyto funkce se opírají o zřetelné neuronové sítě podporované funkčními neurovizuálními studiemi, které ukazují, že během emoční detekce se aktivuje pravá hemisféra, konkrétně v pravé dolní čelní oblasti. Výzkumy zaměřené na jazykové domény jsou rozhodující v souvislosti s Alzheimerovou chorobou. Ve skutečnosti u osob s Alzheimerovou chorobou, u kterých se objevilo jazykové zhoršení, byla prokázána rychlejší progresse v oblasti kognitivních a funkčních skóre v porovnání s osobami s Alzheimerovou chorobou s převládající poruchou paměti. Celkově tato studie ukazuje, že na emocionální prozodii se podílí nejen čelní lalok, ale např. i bazální ganglia (Misiewicz, Brickman, Tosto, 2018).

II PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část diplomové práce je zaměřena na tvorbu osvětového materiálu k tématu symptomatické poruchy řeči. Jedním z důvodů tvorby logopedického osvětového materiálu byla skutečnost, kterou uvádí ve své diplomové práci Trojanová (2010): *„Logopedická osvěta je zapomenutou krajinou. Osvětovou činností se odborné publikace, týkající se vymezení teoretických základů logopedie jako oboru, zabývají velmi sporadicky.“* *„Výsledky praktické části jasně ukazují, že systematická, cílevědomá logopedická osvěta v širším měřítku neexistuje.“* *„Doufáme, že předkládaná práce přispěje k zamýšlení nás, logopedů a studentů oboru logopedie, nad naléhavostí tvořit logopedické materiály a šířit je nejen do řad odborníků dětského vývoje a zdraví.“*

Vytvořený osvětový materiál bychom svým obsahem zařadili do terciární logopedické prevence, tedy oblasti, která se zabývá zmírněním dopadů narušené komunikační schopnosti. Konkrétně v našem případě se snažíme o rozšíření veřejného povědomí o symptomatických poruchách řeči, které se stále zdají býti spíše na okraji zájmu odborníků z logopedie.

V praktické části jsou rozpracovány cíle a metodologie pilotáže a vlastního šetření. Dále je charakterizován vzniklý osvětový audiovizuální materiál. Také se v praktické části zabýváme propagací audiovizuálního materiálu, v diskuzi nalezneme další podobně zaměřené praktické výstupy práce a v neposlední řadě zmiňujeme také limity této práce a návrhy doporučení do praxe.

7 Výzkumné šetření

7.1 Cíle výzkumného šetření

Hlavním cílem diplomové práce bylo vytvoření osvětového materiálu k symptomatickým poruchám řeči, který by měl oslovit jak širokou laickou veřejnost, tak studenty speciální pedagogiky (především logopedy), případně další zájemce o výše zmíněnou problematiku. Dalším cílem bylo zveřejnění vytvořeného materiálu prostřednictvím portálu Youtube.com.

K naplnění hlavního cíle byly stanoveny následující výzkumné otázky:

- Jak náročné je sehnat účastníky se symptomatickou poruchou řeči pro natočení rozhovorů formou videí se záměrem jejich publikace široké veřejnosti?
- Co vše je potřeba k tvorbě osvětových rozhovorů formou videa?

7.2 Metodologie práce

7.2.1 Pilotáž

V prosinci roku 2017 bylo vytvořeno první osvětové video zachycující problematiku afázií z pohledu pacienta této narušené komunikační schopnosti. Video mělo zacílit na širokou veřejnost a podnítit v ní širší zájem o tuto problematiku.

Cílem bylo zjistit, jak efektivní je tato forma propagace a osvěty. Video bylo umístěno na sociální síť Youtube.com a na facebookový profil autorky této práce. Video nebylo nijak významně propagováno. Pouze vloženo s popisem, konkrétně na Youtube.com bylo video přidáno s popiskem „*Jak se žije lidem s afázií*“ a na facebookový profil s popiskem „*Můj malý školní logopedický projektík je na světě. Co to je afázie a jak se asi cítí lidé, které tato porucha řeči postihla?*“ Zajímaly nás pouze spontánní reakce na tuto formu osvěty.

Z reakcí osob, které označily video jako „to se mi líbí“ (tedy ve facebookové řeči tzv. „like“ - celkem 42 osob) a osob, které video mimo označení jako „to se mi líbí“ také písemně okomentovali (celkem 8 osob) a z množství zhlédnutí na kanálu Youtube.com (do data 23.3.2019 celkem 514krát), vyšel najevo zájem o další osvětový materiál tohoto rázu, a proto vznikl nápad, který je předmětem vlastního šetření této diplomové práce, tedy mediální

osvěta symptomatických poruch řeči. Příkládáme přepis (s diakritickou korekturou) některých komentářů pod zveřejněným videem na facebookovém profilu:

„Super videjko! Peti, určitě natoč další, prosím! Pro mě teda velice poučné, je třeba dát lidem do podvědomí i témata, o kterých se třeba tak moc nemluví.“ (Kristýna)

„Super, Peti, souhlasím, chtělo by to více takhle poučných videí.“ (Klára)

„Peti, moc bych ráda viděla v dalších videích víc o dalších projevech afázie, a třeba by mi pomohlo vědět, jak se můžu k takovému člověku chovat, aby mi třeba rozuměl/nebo já jemu? Co by ode mě potřeboval, co by mu pomohlo? Jde vidět, že sis s tím dala velikou práci, a myslím, že to touto formou již osvětlilo mnoha stovkám lidem, co afázie je.... jen tak dal!“ (Kristýna)

„Peti, tak to je hodně dobře zpracované video. Opravdu se mi hodně líbí, chtělo by to více takových!“ (Soňa)

7.2.1.1 Struktura pilotážního videa

Video bylo tvořeno písni a samotným videoklipem. Text písně, který složila autorka této práce, má vystihovat prožitky osoby s diagnostikovanou afázií.

Text písně:

*Usínám a chtěla bych se vrátit
o nějaký ten rok zpátky.
Být zase sama sebou,
být jako dřív, tak jako mě znali.*

Žila jsem si svůj sen a pak se to stalo, najednou nevím, kdo a čím jsem, a proč se to stalo.

Náhlá příhoda, slova visí ve vzduchu, já necítím svou ruku a úsměv můj poklesl.

Ty to nechápeš, ty mě nepoznáváš a já nevím, jak se jmenuješ, ale vím, že mě miluješ.

Vím, co chci, jen slova uvízla někde v mé hlavě. Můj mozek stávkuje. Má slova jsou jako mušle bez perel a duha bez barev. Prosím o lásku, ale řeknu si o pásku.

*Ref: Cizinec v mé hlavě
slova mi stále krade.
Mé srdce a duše má
však stále místo své má.*

Izolace, osamělost, deprese, nepochopenost...Ne, řekla jsem si dost!

*Když nezměním svou situaci, tak musím změnit postoj k věci.
Každá cesta má přece svůj cíl, teď budu radovat se z plných sil.
Ty, prosím, dej mi čas a vyčkej na můj hlas.
A když hru se slovy nezvládáme, své srdce raději mluvit necháme.*

*Ref: Cizinec v mé hlavě
slova mi stále krade.
Mé srdce a duše má
však stále místo své má.*

Záběry kamerou, tedy samotný videoklip měl zachycovat a dokreslovat slova písně. Hlavní hrdinka videoklipu měla znázorňovat osobu s afázií. Nejednalo se ale o osobu s diagnostikovanou afázií, ale o dobrovolnici, jež souhlasila s natáčením a následnou propagací videa. Melodii a hudbu složil a nahrál kamarád autorky diplomové práce Jakub Juchelka.

Videoklip je možné zhlédnout přes tento odkaz:

<https://www.youtube.com/watch?v=0Zk9TvxDCPE>

7.2.2 Vlastní šetření

Vlastní šetření praktické části, spočívající v tvorbě osvětového materiálu a jeho následné propagaci, má kvalitativní charakter. Na základě pozitivní zpětné vazby z pilotážního šetření se autorka práce rozhodla o vytvoření audiovizuálního materiálu přibližujícího další okruh narušené komunikační schopnosti, a to symptomatické poruchy řeči.

Předmětem praktické části bylo konkrétně tvoření video rozhovorů s osobami, které mají nějakou SPŘ. Tyto vzniklé video rozhovory jsou cílené především na studenty speciální pedagogiky a jiné zájemce o danou problematiku. Dále byl vytvořen animovaný klip doprovázený složenou písní, který je mířený na širokou laickou veřejnost a měl by obecně shrnovat problematiku SPŘ.

7.2.2.1 Natáčení video rozhovorů

Natáčení video rozhovorů se uskutečnilo v měsících únoru a březnu roku 2019. Samotnému natáčení předcházelo náročné shánění účastníků, tedy osob se symptomatickou

poruchou řeči, kteří by byli ochotni rozhovor podstoupit, a především se natočit a souhlasit s veřejným sdílením vzniklého audiovizuálního materiálu.

Účastníci byli vybíráni prostřednictvím záměrného výběru. Byly osloveny osoby ze čtyř oblastí symptomatických poruch řeči, které jsou stěžejní pro studenty logopedie – a to SPŘ u osob s PAS, u osob se senzoričným postižením, u osob s psychiatrickou diagnózou a u osob s postižením intelektu anebo tělesným postižením. Podmínkou pro natáčení byl výskyt SPŘ, schopnost účastnit se rozhovoru a souhlas s využitím audiovizuálního materiálu pro účely diplomové práce a také s veřejným publikováním videí.

Pro získání účastníků z oblasti SPŘ u osob s psychiatrickou diagnózou byla oslovena Psychiatrická nemocnice Bohnice (PNB), kde autorka práce měla na podzim roku 2018 logopedickou praxi, a už tehdy se předběžně dohodla s Mgr. Ester Lochmanovou, klinickou logopedkou PNB, na účasti některých jejich klientů ve video rozhovorech. Povolení natáčet v PNB bylo nutné projednat s náměstkem pro lékařskou péči PNB, panem MUDr. Markem Pávem, Ph.D. MBA. Pro oblast SPŘ u osob s postižením intelektu anebo tělesným postižením byl osloven kamarád autorky práce, Honza David, který je zakladatelem organizace Vzduchoplavci, každoročně pořádající letní tábory pro děti s postižením. Zástupcem oblasti se stala sestra Honzy Davida, která má diagnostikovanou dětskou mozkovou obrnu. Ve videu dívku Honza doprovázel, aby pomohl s tlumočením její velmi nesrozumitelné řeči a sám se mohl vyjádřit k jejich společnému příběhu. Pro oblast senzoričného postižení byl prvně osloven chlapec s KI, se kterým se autorka práce setkala na praxi v SPC při Střední, základní a mateřské škole pro sluchově postižené v Olomouci. Účast byla přislíbena na osobním setkání s chlapcem a jeho maminkou. Nicméně nakonec k natáčení nedošlo, neboť se rodina obávala, že by z videa vyšlo najevo, že je chlapec s KI dobře kompenzován a nebyl by mu tak připsán příspěvek na zvláštní pomůcku od státu. Proto poté byli osloveni další dva muži se sluchovým postižením, jeden s oboustranným kochleárním implantátem a druhý s jednostranným sluchadlem. Oba souhlasili a natáčení bylo uskutečněno. Nejnáročnější bylo pro autorku sehnat osobu s PAS, která by souhlasila s veřejnou sdílením video rozhovoru. Nakonec se podařilo sehnat chlapce s Aspergerovým syndromem, který společně se svou maminkou sdělil svůj příběh a oba souhlasili s jeho uveřejněním.

Cílem bylo získat alespoň jednoho účastníka pro video rozhovor z každé oblasti, v případě senzoričného postižení (pouze sluchového) se zapojili účastníci dva a z oblasti SPŘ u osob s psychiatrickou diagnózou se zapojili 3 účastníci. Celkem vzniklo 7 video

rozhovorů. 6 z nich bylo natáčeno v prostředí, kde osoba/ pacient žil nebo byl momentálně hospitalizován a jedno video bylo natáčeno doma u autorky práce. Pro natáčení byly použity v šesti případech ze sedmi 2 fotoaparáty (jeden snímal osobu se SPŘ/rodinného zástupce zodpovídajícího položené otázky a druhý byl namířen na autorku práce, jež otázky kladla), v jednom případě byl použit pouze jeden fotoaparát snímající pacienta, a to z důvodu natáčení na pokoji pacienta, kde nebylo možné z technických důvodů umístit i druhý fotoaparát. Zvuk byl nahráván přes mikrofon ze sluchátek do mobilního telefonu, neboť tak bylo dosaženo kvalitnějšího záznamu, než kdyby se zvuk nahrával přes samotné fotoaparáty. Natočené záběry byly následně sestříhány v programu Sony Vegas 13. Čas, který byl potřebný pro vytvoření finální verze video rozhovoru, se odvíjel od délky natočeného záznamu, v průměru sestříhání jednoho videa zabralo cca od 5 až do 10 hodin čistého času.

7.2.2.2 Tvorba animovaného klipu

Vytvoření animovaného klipu bylo zvoleno z důvodu názorného vyobrazení problematiky SPŘ, které by zároveň mohlo být atraktivní pro širokou veřejnost. Veřejnost by se tak mohla seznámit s výše zmíněnou problematikou zhlédnutím animovaného klipu doprovázeného písni se slovy kopírující děj v klipu, které složila autorka této práce.

Stylem animovaného klipu je tzv. „stop motion“ video, tedy fázová animace. Jedná se o techniku animace, při níž je reálný objekt mezi jednotlivými snímky ručně upravován. Hudbu k písni složil Jakub Juchelka, kamarád autorky této práce. Nahrávání hudby a zpěvu se konalo v průběhu měsíce března.



Obrázek 2: FOTOGRAFIE ZACHYCUJE TVORBU "STOP MOTION" KLIPU

7.3 Charakteristika vytvořeného audiovizuálního materiálu

Každý video rozhovor zahajuje úvodní obrazovka s textem „*V objetí, ne obětí diagnózy,*“ a hned poté je proslov autorky práce:

„Ahoj, já jsem Petra a zabývám se tvorbou osvětových videí, které by vám měly přiblížit život osob s nějakým postižením, a to především z pohledu vzájemné komunikace. Dnes si budeme povídat s (doplnění křestního jména osoby a její diagnóza).“

Dále následuje samotný rozhovor a na závěr jsou vloženy titulky s poděkováním.

Otázky do rozhovorů si autorka práce nachystala předem s výjimkou natáčení osoby s Huntingtonovou chorobou a osoby s afázií a Alzheimerovou chorobou (kteří původně natáčení být neměli). Otázky bylo nutné v průběhu mírně upravovat, některé otázky zcela vynechat, jiné zase přidat. Ve všech případech dotyčný buď chodí, nebo v minulosti chodil na logopedii.

7.3.1 Video rozhovory s osobami se sluchovým postižením

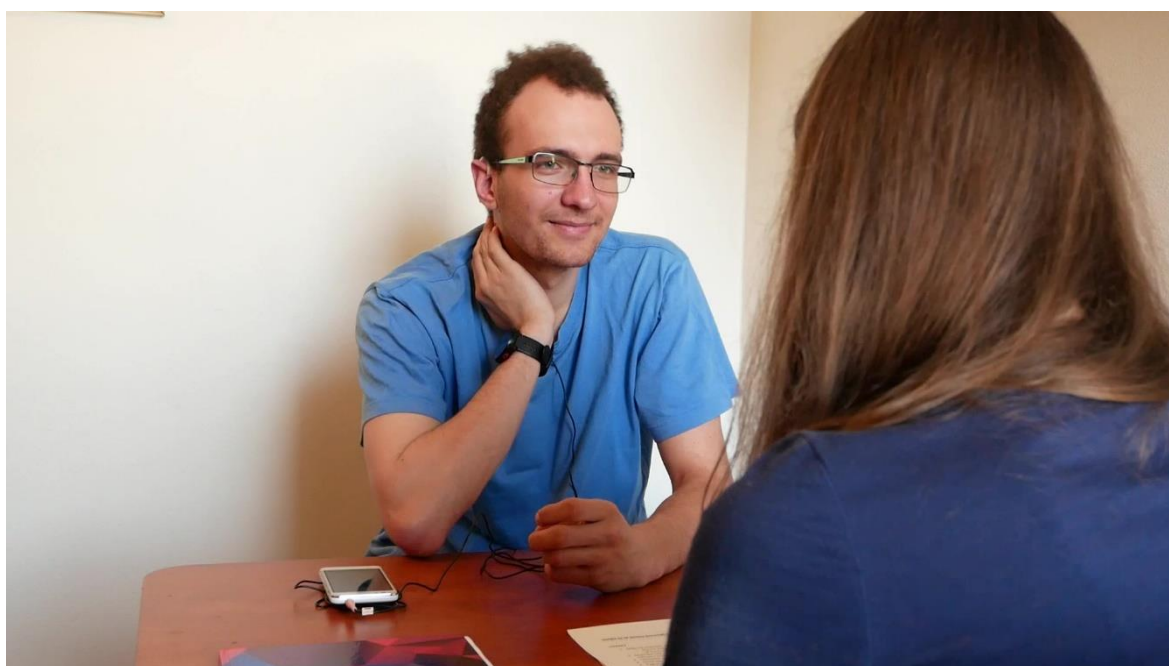
7.3.1.1 Video rozhovor s osobou s oboustranným kochleárním implantátem

Účastníkem pro tento rozhovor se stal vysokoškolský student Univerzity Palackého v Olomouci, který je uživatelem oboustranného kochleárního implantátu. Tento účastník byl osloven přes kamarádku autorky práce, která studuje aplikovanou tělesnou kulturu

v Olomouci a vyskytuje se v prostředí osob se sluchovým postižením. Natáčení proběhlo na v privátním bytě účastníka, který ochotně a přátelsky odpovídal na kladené otázky. Z rozhovoru se můžeme dozvědět, zda byl ve škole vždy integrován, jestli používá znakový jazyk, v kolika letech došlo k implantaci, zda chodil k paní logopedce, co s paní logopedkou procvičovali, jak kochleární implantát funguje, jak moc je finančně náročná péče o kochleární implantát, zda student s tímto postižením může využívat nějaké podpory na vysoké škole, zda má kamarády spíše mezi slyšícími nebo neslyšícími, jestli je pro něj náročnější komunikovat ve znakovém jazyce nebo mluvenou řečí, jak poslouchá hudbu, proč zpočátku odmítal kochleární implantát, jaká jsou kritéria pro implantaci, jaký mají pro něj kochleární implantáty přínos oproti sluchadlům, v čem má výhodu oboustranná implantace, zda naráží na nějaké bariéry ve společnosti, zda se setkal s nepříjemnými pohledy stran neslyšících kvůli jeho kochleárním implantátům, do které z komunit se řadí atd.

Rozhovor je možné zhlédnout přes tento odkaz:

<https://www.youtube.com/watch?v=NtL7Qat3ugs&t=49s>



Obrázek 3: MOMENTKA Z NATÁČENÍ S MUŽEM S OBOUSTRANNÝM KOCHLEÁRNÍM IMPLANTÁTEM

7.3.1.2 Video rozhovor s osobou s jednostranným sluchadlem

Účastníkem pro tento rozhovor se stal vysokoškolský student Univerzity Palackého v Olomouci, který je uživatelem jednostranného sluchadla. Tento účastník byl také osloven přes kamarádku autorky práce, která studuje aplikovanou tělesnou kulturu v Olomouci a vyskytuje se v prostředí osob se sluchovým postižením. Během natáčení, které proběhlo

taktéž na privatu účastníka, byla příjemná přátelská atmosféra. Z rozhovoru se můžeme dozvědět, jak se u něj vyvíjelo sluchové postižení, jakou má sluchovou ztrátu, proč nemůže mít kochleární implantát, zda se učil znakový jazyk, jak komunikuje v rodině, zda byl ve škole integrován nebo chodil do speciální školy pro sluchově postižené, zda chodil k paní logopedce, jestli má kamarády spíše mezi slyšícími nebo neslyšícími a s kým si více rozumí, jak je péče o sluchadlo náročná, jestli ho sluchové postižení nějak limituje při studiu na vysoké škole, zda má nějaké problémy s porozuměním mluvené řeči, co by podle něj mohli intaktní lidé dodržovat pro lepší porozumění mluvené řeči sluchově postiženými, zda jej sluchové postižení nějak omezuje v navazování kontaktů, do které komunity se řadí, zda mezi slyšící nebo neslyšící, zda ve společnosti naráží na bariéry nebo předsudky apod. Rozhovor je možné zhlédnout přes tento odkaz:

<https://www.youtube.com/watch?v=jEI9QFAV8Pk>



Obrázek 4: MOMENTKA Z NATÁČENÍ S MUŽEM S JEDNOSTRANNÝM SLUCHADLEM

7.3.2 Video rozhovor s osobou s dětskou mozkovou obrnou

Účastnicí pro tento rozhovor se stala dívka s dětskou mozkovou obrnou a přidruženou těžkou poruchou intelektu a zrakovým postižením. Dívku při rozhovoru doprovázel, a také její projev tlumočil (pro těžkou nesrozumitelnost řeči) její intaktní bratr (dvojvaječné dvojče). Rozhovor byl natáčen v domácnosti autorky práce. S oběma sourozenci se velice příjemně povídalo. Bratr výpovědi dívky doplňoval a objasňoval a sám také zodpověděl otázky typu: zda měl ztížený postoj v rodině kvůli sestře s těžkým

postižením, zda si někdy vyčítal, že on je zdravý a jeho sestra má těžké postižení, zda s rodinou naráží na nějaké bariéry a předsudky ve společnosti, co by společnosti pomohlo v přijetí osob s postižením, čeho si nejvíce na své sestře váží atp. Vzhledem k tomu, že je bratr sám aktivní v pomoci osobám s handicapem, jsou jeho odpovědi velice citlivé a pro-inkluzivně laděné. Od dívky se dozvíme, zda chodila na logopedii, a na co si vzpomíná, co s paní logopedkou procvičovaly, jak tráví běžný den, na co se ráda dívá v televizi, jaké interprety ráda poslouchá, co ji baví, atd.

Při stříhání videa bylo zjištěno, že jedna bratrova interpretace výpovědi dívky byla chybná (místo „vlčí máky“, bratr rozuměl a tlumočil „tulipánky“), samozřejmě bratr není dívčin tlumočník, ale pouze z vlastní dobré vůle tlumočil její výpovědi. V tomto případě chyba v tlumočení nehraje moc důležitou roli, ale je důležité si uvědomit, jakou sílu má tlumočení a k jakým může docházet záměnám.

Rozhovor je možné zhlédnout přes tento odkaz:

https://www.youtube.com/watch?v=Rihw8O_gaoM&t=12s



Obrázek 5: MOMENTKA Z NATÁČENÍ S DÍVKOU S DMO A JEJÍM BRATREM

7.3.3 Video rozhovor s osobou s Aspergerovým syndromem

Účastníkem pro tento rozhovor se stal mladý muž s Aspergerovým syndromem, kterého v rozhovoru doprovázela jeho maminka. Natáčení proběhlo v jejich domácnosti. Atmosféra při natáčení byla velice přátelská, účastníci byli otevření a sdílní. Natáčení trvalo skoro dvě hodiny. Vzniklo hodně materiálu, ze kterého se poté vybralo jen to nejzajímavější.

Z rozhovoru se dozvíme, kam chodí muž s AS do školy, zda je integrován, jestli chodil na logopedii a co si z ní pamatuje, jak sám vnímá své postižení, co si myslí, že by společnost měla vědět o PAS, s kým se nejraději kamarádí, proč se bojí chodit sám ven, proč nechce bydlet v chráněném bydlení atd. Od maminky se dozvíme o jeho vývoji řeči, jaké má obtíže v komunikaci a sociální interakci, o jeho stravovacích návycích, o tom, jak se sama vypořádává s diagnózou, nebo co by poradila rodičům, kteří se právě dozvěděli, že jejich dítě má stejnou diagnózu atd.

Rozhovor je možné zhlédnout přes tento odkaz:

<https://www.youtube.com/watch?v=2ovMUFVhpqE&t=225s>



Obrázek 6: MOMENTKA Z NATÁČENÍ S MUŽEM S ASPERGEROVÝM SYNDROMEM A JEHO MAMINKOU

7.3.4 Video rozhovory s osobami s psychiatrickou diagnózou

7.3.4.1 Video rozhovor s osobou s Tourettovým syndromem a emoční nestabilní poruchou osobnosti

Účastníkem pro tento rozhovor byl mladý muž s diagnózou Tourettova syndromu a emoční nestabilní poruchou osobnosti, který byl hospitalizovaný v Psychiatrické nemocnici Bohnice v Praze. Natáčení proběhlo v Psychiatrické nemocnici Bohnice v kanceláři logopedie. Z rozhovoru se dozvíme jeho vysvětlení Tourettova syndromu, jaké příznaky má nyní, jaké příznaky měl dříve, jaký vliv na něj mají léky, jak se staví okolí k jeho tikům, zda chodil na logopedickou terapii a co si z logopedie pamatuje, jak by si přál, aby lidé reagovali na jeho tiky atd.

Rozhovor je možné zhlédnout přes tento odkaz:

https://www.youtube.com/watch?v=Rihw8O_gaoM&t=12s



Obrázek 7: MOMENTKA Z NATÁČENÍ S MUŽEM S TOURETTOVÝM SYNDROMEM

7.3.4.2 Video rozhovor s osobou s Huntingtonovou chorobou

Účastníkem pro tento rozhovor se stal 49letý muž s Huntingtonovou chorobou, který byl hospitalizován v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Natáčení proběhlo tamtéž, konkrétně na pokoji pacienta - oddělení 13 - následná péče (resocializační oddělení pro muže do 65 let). Rozhovoru byl přítomen ještě další muž s Huntingtonovou chorobou, který obýval stejný pokoj jako natáčený pacient. Podmínky pro natáčení nebyly ideální. Nešlo nastavit dvě kamery jako v předchozích videích, ale pouze jedna, a to z důvodu malého prostoru na pokoji. Se samotným pacientem se rozhovor vedl docela obtížně vzhledem k jeho pokročilému stádiu nemoci. Měl také velice nesrozumitelnou řeč, která ztěžovala porozumění. Z rozhovoru se dozvíme o jeho bývalé profesi, důvod jeho hospitalizace, jaká je jeho náplň dne, co rád jí, kolik má let atd. Některé informace, které sdělil, ale nekorespondovaly s realitou (např. kolik mu je let a proč je v nemocnici hospitalizovaný).

Rozhovor je možné zhlédnout přes tento odkaz:

<https://www.youtube.com/watch?v=n2RgPOMJRBU>



Obrázek 8: MOMENTKA Z NATÁČENÍ S MUŽEM S HUNTINGTONOVOU CHOROBOU

7.3.4.3 Video rozhovor s osobou s afázií a Alzheimerovou chorobou s pozdním začátkem

Účastníci pro tento rozhovor se stala 78letá paní s diagnózou afázie na podkladě recidivující cévní mozkové příhody a s diagnózou počínající Alzheimerovy choroby (často se ale stává, že pro hospitalizaci v psychiatrické nemocnici je třeba „připsat“ nějakou diagnózu, k čemuž došlo s největší pravděpodobností i u této paní, diagnóza Alzheimerovy choroby je u této paní tedy diskutabilní, spíše se jedná jen o příznaky afázie – tyto informace jsou sděleny klinickou logopedkou pracující s touto ženou). Rozhovor byl natáčen v jídelně na oddělení Psychiatrické nemocnice Bohnice, kde byla dotyčná hospitalizovaná. Samotné natáčení bylo komplikováno situací, kterou se paní snažila sdělit, ale afázie jí „svazovala“ jazyk. K vzájemnému porozumění došlo bohužel až ke konci rozhovoru. Jednalo se o to, že paní nesouhlasila s vyměšováním do pleny, neboť věděla, že je v jejích silách dojít si na WC. Nicméně zdravotní sestry rozhodly jinak. Tato skutečnost paní velice rozčilovala a přiváděla ji do úzkostných stavů. Jak již bylo zmíněno, vzájemné porozumění velice komplikoval stav afázie. Jinak byla paní velice milá a ochotná spolupracovat. V rozhovoru můžeme sledovat typické symptomy afázie jako je lexikální parafázie, užívání neologismů aj. Od paní se dozvíme, jak dlouhou již je hospitalizovaná, zda chodí na logopedii a co s paní logopedkou dělají, zda ji navštěvuje rodina, jakou zastávala profesi před důchodem, paní také sděluje, že má po cévní mozkové příhodě potíže s mluvením, nemůže číst ani psát.

Rozhovor je možné zhlédnout přes tento odkaz:

<https://www.youtube.com/watch?v=b5N0ksdpfkg&t=4s>



Obrázek 9: MOMENTKA Z NATÁČENÍ S ŽENOU S AFÁZIÍ A ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ S POZDNÍM ZAČÁTKEM

7.3.5 Animovaný videoklip „Buď svůj“

Níže nalezneme přepis písně, která je součástí animovaného klipu. Píseň je rozdělena na 4 sloky, mezi které je vždy vložen opakující se agitační refrén (vybízí osoby s postižením, aby byli sví i přes potencionální obavy z nepřijetí) směřovaný především na osoby s postižením. První sloka je zaměřena pro-inkluzivně a snaží se nabádat osoby s postižením k přijetí svého postižení, a naopak společnost vybízí k bourání společenských bariér. Následující 3 sloky jsou věnovány jednotlivým okruhům postižení. První sloka pojednává o sensorickém postižení (sluchovém a zrakovém), druhá o tělesném a třetí zeširoka zabírá poruchy intelektu, psychiatrické diagnózy a PAS. Tyto tři sloky pojednávají především o způsobech komunikace osob s daným postižením. Některé fráze či obraty mohou působit nezvykle, ale je to z důvodu vhodnosti do rýmu, nebo pro poutavější a zábavnější sdělení. Píseň doplňují obrázky v klipu, které by měly podtrhovat text.

Animovaný klip je ke zhlédnutí přes tento odkaz:

<https://www.youtube.com/watch?v=VJRSnyQSThI>

Přepis textu písně:

1. Máš pocit, že při řeči vyčníváš z davu?

Starosti z mluvy ti už přerůstají hlavu?

Svou odlišností jsi mimo konformní masu?

Avšak pojd'me v ní najít krásu!

Vždyť každý okamžik je přece velmi cenný,

tak neřeš formu, styl či způsob vyjádření!

Nebudujme mezi námi bariérové překážky

místo toho raděj tvořme mezilidské mosty z lásky!

Nálepky si nechme raději na naše lednice.

V kurzu už není stigmatizace!

Ref: *Bud' svůj!*

2. Zrak, sluch, hmat, chuť, čich, tak nás to učí.

Když však nějaký z nich postrádám,

pořád ještě další mám.

Můžem spolu znakovat, do pichťáku datlovat,

nebo prostě nějak zaimprovizovat.

Tak nelekni se jinakosti, vždyť i tito lidé jsou fajn hosti.

Ref: *Bud' svůj!*

3. Úrazy, parézy, deformace, plegie,

obrny, příhody mozkové, epilepsie.

Odlišnosti v motorice, řeči nebo chování

po poruše intelektu je rozsáhlé pátrání?

Syntetický, kolísavý, tichý nebo huhňavý

i takový hlas může být přijímaný!

Ref: *Bud' svůj!*

4. Někteří z nás vidí svět trochu odlišně

představit si to nám může jít velmi obtížně.

Autisticky, bipolárně, kognitivně disordálně,

schizofrenně, léky ovlivněně.

Krátká slova, krátké věty, jednoduchá souvětí,

neironie, neabstrakce o tom mějme ponětí.

*Jednoduše, stručně, jasně, hezky svěže zvesela
o tom je ta komunikace, no tak nebud' kyselá!*

Ref: *Bud' svůj!*

Vysvětlení určitých obrátů v písni:

V první sloce je frázi „*nálepky si nechme raději na naše lednice*“ myšleno, že lidé s postižením si nezaslouží, abychom jim stále dávali nějaké označení např. slepý, hloupý, němý, nesoběstačný, závislý apod. V druhé sloce je frázi „*do picht'áku datlovat*“ myšleno psaní na Pichtově psacím stroji. Ve třetí sloce je obratem „*Odlíšnosti v motorice, řeči nebo v chování po poruše intelektu rozsáhlé pátrání*“? myšleno, že vnější odlíšnosti člověka (nesrozumitelná řeč, užívání invalidního vozíku apod.) nemusí automaticky znamenat poruchu intelektu. Ve čtvrté sloce je potřeba vysvětlit frázi „*kognitivně disordálně*“, což je anglický pojem pro poruchu intelektu.

7.4 Propagace vytvořeného audiovizuálního materiálu

Pilotážní video i videa z vlastního šetření byla umístěna na profil sociální facebookové sítě autorky práce s odkazem na autorčin kanál (do sekce „Najděme krásu v odlišnosti“) na internetovém serveru Youtube.com. Videa lze nalézt přes tento odkaz: https://www.youtube.com/watch?v=b5N0ksdpfkg&list=PLHPEIMOyc62QGFATn_FpxDhLy23ZFrkYE.

Jednotlivá videa nesou název diagnózy a křestní jméno nahrávané osoby (např.: Afázie – rozhovor s paní Helenou). Ke každému videu je přidán také krátký popis, ve kterém je zmíněna diagnóza osoby, dále jsou tam umístěny odkazy na doporučené webové stránky zaměřující se na danou problematiku a také doslov, že se jedná o videa vytvořená v rámci této diplomové práce.

Internetový server Youtube.com nabízí i určité doplňky, či efekty sloužící pro zlepšení propagace a zvýšení sledovatelnosti. Jedná se například o vložení upoutávky na další videa autora. Nebo vložení tzv. „štítků“ (např.: afázie, cévní mozková příhoda, logopedie, atd.), které mají svou úlohu při vyhledávání videí na Youtube.com. Těchto prvků bylo také ve videích autorky využito.

Původním plánem bylo vytvoření vlastních webových stránek, ale vzhledem k tomu, že na webové stránky nelze vyvěsit video o takové velikosti, jakou vytvořená videa mají, byl zvolen pouze Youtube.com. Youtube.com ale skýtá značnou výhodu v dnešní

rozšířenosti zájmu sledovat a vyhledávat přes něj videa s obsahem, na který je právě soustředěna naše pozornost.

7.5 Výsledky výzkumného šetření

Výsledky této práce se nedají nijak objektivně měřit. Dá se pouze porovnat počet zhlédnutí videí, a tak zjistit, která problematika je na internetovém serveru Youtube.com více vyhledávaná, nebo celkově lépe propagovaná (zda třeba Aspergerův syndrom nebo dětská mozková obrna).

Video rozhovory byly na internetový server Youtube.com umístěny dne 23.3.2019. Nejvíce oblíbené, respektive nejvíce zhlédnutí má prozatím video s mužem s Aspergerovým syndromem (276 zhlédnutí k 11.4.2019), poté video s paní s diagnostikovanou afázií a Alzheimerovou chorobou (69 zhlédnutí k 11.4.2019), dále postupně video s panem s Huntingtonovou chorobou (57 zhlédnutí k 11.4.2019), video s dívkou s DMO (51 zhlédnutí k 11.4.2019), video s mužem s Tourettovým syndromem (48 zhlédnutí k 11.4.2019), video s mužem se sluchovým postižením kompenzovaným kochleárním implantátem (37 zhlédnutí k 11.4.2019) a video s mužem se sluchovým postižením kompenzovaným sluchadlem (27 zhlédnutí k 11.4.2019).

Co se týče animovaného klipu, který byl na internetový server Youtube.com umístěn 4.4.2019, tak ten má k 11.4.2019 124 zhlédnutí.

8 Diskuze a limity studie

Cíle praktické části této práce byly naplněny, a to vytvořením audiovizuálního materiálu. Vytvořený materiál již oslovil jak širokou veřejnost, tak i studenty speciálně pedagogických studií. Splněn byl také vedlejší cíl, a to zveřejnění a propagace vytvořeného materiálu.

Co se týče odpovědí na výzkumné otázky, tak na první otázku „*Jak náročné je sehnat účastníky se symptomatickou poruchou řeči pro natáčení rozhovorů formou videí se záměrem jejich publikace široké veřejnosti*“? bychom odpověděli tak, že velice záleží na tom, kolik jsme ochotni věnovat tématu času a jakým způsobem účastníky vyhledáváme. Účastníci pro tuto práci byli vyhledáváni v okolí autorky práce. A to přes známé, se kterými se setkala v rámci praxe nebo přes přátele, kteří se pohybují mezi lidmi s nějakým postižením. Nebylo to snadné, a to především z důvodu veřejné propagace vytvořeného audiovizuálního materiálu. Hodně oslovených se neozvalo nebo účast odmítlo. Nejnáročnější bylo vyjednávání pacientů v psychiatrické nemocnici v Bohnicích. Naopak nejsnadnější bylo domlouvání se s účastníky se sluchovým postižením, kterým nijak nevadila audiovizuální forma sdělení, spíše naopak. Na druhou otázku „*Co vše je potřeba k vytvoření osvětových rozhovorů formou videa*“ lze odpovědět následovně. Určitě je potřeba si stanovit, pro koho budou videa určena. Dále je samozřejmě nutné sehnat účastníky do videí a na základě toho sestavit orientační otázky, na které chceme znát odpověď. Pro účely této práce byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, tzn., že některé otázky byly předem napsány, ale dle situace si je tazatel mohl upravovat a reagovat tak pružně na reakce tázaného. Také je potřeba mít funkční technické zázemí (kamery, stativy, diktafon, stříhací počítačový program, výkonnější počítač aj.). Snáze se také natáčí ve 2 lidech, jeden klade otázky, druhý obstarává kamery a nahrávání zvuku. Samozřejmě se to dá zvládnout i v jednom člověku, ale jak si autorka této práce již ověřila, není to jednoduché. V neposlední řadě je důležitá trpělivost, flexibilita, zájem o osoby a jistá zběhllost v natáčení a stříhání videí.

Pro porovnání uvádíme další kanály na Youtube.com, které mají podobný charakter jako kanál s videi, které vytvořila autorka této práce. Nejpodobněji zaměřený kanál, který byl nalezen k porovnání s vytvořenými videi nese název „*Special Books by Special Kids*“, který založil muž ze Spojených států amerických v roce 2015. Záměrem jeho videí by měla být edukace společnosti v tom, jaké to je žít s postižením. Jeho kanál se stal velmi úspěšným,

nyní jeho videa odebírá více jak 1,3 miliónů lidí z celého světa. Videá jsou rozlišena podle jednotlivých postižení (např. video rozhovory s lidmi, kteří používají alternativní či augmentativní komunikaci, s lidmi, kteří mají PAS, Downův syndrom, poruchu intelektu, vzácné genetické onemocnění atd.). Jeho videa jsou velice zábavná, poutavá a vzbuzují v člověku silné emoce. Dalším obdobným kanálem je „*HiHo Kids*“, který byl založen roku 2017 a nyní má přes 2,4 miliónů odběratelů. Na kanálu můžeme nalézt video rozhovory, ve kterých děti kladou otázky různým „zvláštním“ lidem, mezi kterými nalezneme právě i osoby s postižením (např.: paní s Alzheimerovou chorobou, Tourettovým syndromem, Downovým syndromem, mozkovou obrnou apod.). Dětské dotazy směřující na tyto osoby jsou velice autentické a bez zábran. Úsměvným způsobem se tak veřejnost může dozvědět, jak se těmito lidem žije, co mají rádi, co dokázali apod. Dalším velice zajímavým, pro někoho možná kontroverzním kanálem, je kanál s názvem „*Squirmy and Grubs*“, založený v roce 2018, nyní s 307 tisíci odběrateli. Kanál založili dva mladí lidé, muž s kvadruplegií a jeho zdravá přítelkyně. A to proto, aby dokázali, že i osoby s postižením mají právo na partnerskou lásku bez ostychu, a to i se zdravým partnerem. Na svůj kanál přidávají různá videa zachycující jejich soužití, a také sdílejí s lidmi tipy, jak překonat jisté tělesné ale i psychické bariéry např. při intimním vzájemném sblížení.

Mezi českými kanály zabývajícími se osvětou problematiky postižení bylo nalezeno např. video s názvem „*Komunikace s lidmi s postižením*“ (odkaz na video <https://www.youtube.com/watch?v=JdTpt9M8GR4&t=310s>), dále kanál „*Život dětem*“ s necelými 17 tisíci odběrateli, který zveřejňuje videa o dětech s různými druhy postižení s cílem získat pro ně finanční prostředky na pomůcky atp. Na kanálu „*Šance dětem*“ s 2,5 tisíci odběrateli můžeme také nalézt různá videa zaměřující se na problematiku osob s postižením. Také bychom mohli zmínit hudební klipy od umělců *The tap tap*, konkrétně např. klip „*Řiditel autobusu*“, který má upozornit na nutnost bezbariérovosti.

Návrhy doporučení do praxe:

K vytvořeným video rozhovorům by se mohly dodělat ještě další odborná edukační videa zaměřená spíše pro studenty logopedie (nejlépe vedená zkušeným logopedem), ve kterých by se dozvěděli, jaké řečové symptomy lze zaregistrovat ve video rozhovorech a jak případně pracovat s takovými klienty. Také by mohla vzniknout další navazující videa, která by zahrnovala zásady, pravidla a možnosti, jak s jednotlivými lidmi s daným postižením komunikovat, aby došlo k oboustrannému naplnění komunikačního záměru.

Videa by také jistě přivítala vložení českých a anglických titulků a překlad do znakového jazyka.

Návrhy doporučení pro praxi:

Otázky, které byly pokládány natáčeným osobám mohly být více zaměřeny na oblast logopedie.

Etické aspekty:

Od všech natáčených osob byly získány informované souhlasy s využitím audiovizuálního materiálu pro veřejnou publikaci. Podoba informovaného souhlasu je k nalezení v přílohách této diplomové práce. Podepsané originály má u sebe uloženy autorka této práce. Pro zajištění ochrany osobní cti osob ve videích bylo nastaveno, že vložené komentáře pod videi na Youtube.com musí být prvně schváleny správcem kanálu, tedy autorkou videí.

Limity práce:

Na straně výzkumníka (autora)

- Nehomogenní vzorek, který není možno nějak srovnávat (různý věk klientů vystupujících ve videích).
- Technické podmínky vždy neodpovídaly původním představám (přehřívání kamery, selhávání baterie, opožděné zapnutí diktafonu...).
- Selhání jedné z kamer při natáčení osoby s kochleárním implantátem (při delším natáčení - více jak 29 minut, se fotoaparát automaticky vypne, což autorka do doby prvního natáčení (které trvalo více, jak 30 minut) ještě nevěděla).

Na straně zkoumaných osob

- Momentální emoční ladění osob.
- Aktuální zdravotní stav osob.

Na straně metodiky (metody)

- Kladené otázky nemusely být vždy signifikantní.
- Sestřiháním videa mohlo neúmyslně dojít k nepatrnému zkreslení podaných informací natáčenými osobami.

- Občasné nechtěné skočení do řeči natáčené osoby.
- Soustředěním se na kladení otázek mohlo dojít ke snížení pozornosti věnované natáčené osobě.
- V animovaném klipu - náročnost vstřebávání zpívaného textu a obrázků z klipu, které sice odpovídají kontextu, ale doslovně nekorelují s textem.
- Text písně v animovaném klipu může být pro některé nezainteresované osoby náročněji pochopitelný (např. do picht'áku datlovat).
- Pro nahrávání hudby do animovaného klipu se nepodařilo sehnat nahrávací studio, což se odrazila na její kvalitě.

Na straně terénu (prostředí)

- Šumy z okolí.
- Nemožnost předem přizpůsobit místnost pro natáčení.

ZÁVĚR

V teoretické části nalezneme zpracování symptomatických poruch řeči na podkladě české a zahraniční literatury. Jsou tam zařazeny kapitoly zabývající se narušenou komunikační schopností, obecně symptomatickými poruchami řeči, symptomatickými poruchami řeči u senzorického postižení, u poruchy autistického spektra, u dětské mozkové obrny a v krátkosti u dalších vybraných poruch či onemocnění. Konkrétně je pozornost zaměřena na vývoj řeči, jazykové roviny, logopedickou intervenci a případně další přílehlající oblasti daného okruhu. Vzhledem k tomu, že problematika symptomatických poruch řeči je značně rozsáhlá, nebylo možné dosáhnout takové propracovanosti u jednotlivých okruhů symptomatických poruch řeči, jaké původně chtěla autorka práce dosáhnout. Vhodnější cestou by tedy bylo zvolení si např. pouze okruh symptomatických poruch řeči u poruch autistického spektra, čímž by se mohlo dosáhnout detailnějšího rozboru problematiky. Českých publikací zaměřujících se komplexně na problematiku symptomatických poruch řeči není mnoho, proto bylo potřeba hledat informace o poruchách řeči vyskytujících se jako symptom dominantního postižení skrze jednotlivá postižení.

Hlavním cílem praktické části bylo vytvoření osvětového materiálu k tématu symptomatické poruchy řeči. Konkrétně se autorka práce rozhodla vytvořit video rozhovory přímo s jedinci majícími nějaké postižení manifestující se do jejich řečového projevu. Povedlo se natočit celkem 7 rozhovorů, a to s jedinci se sluchovým postižením, poruchou autistického spektra, dětskou mozkovou obrnou a psychiatrickou diagnózou. Dále se podařilo vytvořit animovaný klip zachycující obecně problematiku symptomatických poruch řeči, který by měl apelovat na společnost ve smyslu přijímání osob s jistou komunikační odlišností. Těmito dvěma počiny se autorka práce snaží probudit zájem veřejnosti o problematiku narušené komunikační schopnosti a také zmírnit stigmatizující tendence společnosti. Ukázat společnosti, že i s lidmi, kteří jsou v něčem odlišní, např. používají znakový jazyk, nebo nějakou alternativní formu komunikace (např. výměnný obrázkový komunikační systém) se dá vést krásný rozhovor, který obohatí obě dvě strany. Vybídnout tak společnost zajímat se o tyto lidi, vnímat jejich potřeby a přání, a především se jich nestránit. Míru zájmu společnosti na vytvořeném audiovizuálním materiálu lze subjektivně měřit prostřednictvím ohlasů na internetovém serveru Youtube.com, a to v podobě počtu zhlédnutí videí a případně vložených komentářů stran veřejnosti. V rámci propagace inkluze

by videa mohla sloužit jako popularizační materiál jednotlivých okruhů symptomatických poruch řeči, a to jak pro veřejnost, tak pro studenty speciálněpedagogických oborů.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ATTWOOD, T. 2012. *Aspergerův syndrom: porucha sociálních vztahů a komunikace*. Vyd. 2. Praha: Portál. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-262-0193-9.
- BITTMANN, J., JŮN, H., THOROVÁ, K. 2018. *1+10 zásad komunikace s lidmi s autismem*. NAUTIS [online]. Praha [cit. 2018-11-25]. Dostupné z: https://nautis.cz/_files/userfiles/PR_osveta/110_zasad_komunikace.pdf
- BROWN, R., HOBSON, P., LEE A., STEVENSON, J. 1997. Are There "Autistic-like" Features in Congenitally Blind Children? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* [online]. 38(6), 693-703 [cit. 2019-02-08]. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=a3a8c5e7-36aa-4101-aecf-c6a603dc0efa%40sdc-v-sessmgr03>
- BUNTOVÁ, D., TICHÁ, E. 2016a. Autizmus. In Kerekrétiová, A. a kol. 2018. *Logopédia*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave. ISBN 978-80-223-4165-3.
- CANITANO, R., SCANDURRA, V. 2012. The Role of Oxytocin in Autism Spectrum Disorders. *Current Psychopharmacology* [online]. Italy: Bentham Science Publisher. [cit. 2018-11-23]. ISBN 2211-5560. Dostupné z: <https://www.ingentaconnect.com/content/ben/cpsp/2012/00000001/00000002/art00007>
- COCKERILL, H. a kol. 2013. Speech, communication and use of augmentative communication in young people with cerebral palsy. *Child Care Health Dev* [online]. 40, 149-157. [cit. 2019-02-24]. Dostupné z: [10.1111/cch.12066](https://doi.org/10.1111/cch.12066)
- COLE, C.G., ARARIPE, B.L. a kol. 2016. Adaptive Behavior in Williams-Beuren Syndrome, Down syndrome, and Autism Spectrum Disorder. *Current Psychiatry Reviews* [online]. 12, 226-239. [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: <https://www.ingentaconnect.com/content/ben/cpsr/2016/00000012/00000003/art00003#expand/collapse>
- DICKINSON, C. M., TAYLOR, J. 2011. The effect of simulated visual impairment on speech-reading ability. *Ophthalmic Physiol Opt* [online]. 31, 249–257. [cit. 2019-02-14]. Dostupné z: [https:// doi: 10.1111/j.1475-1313.2010.00810.x](https://doi.org/10.1111/j.1475-1313.2010.00810.x)
- FREEMAN, R. D., GARBIN, C. F., BOESE R. J. 1992. *Tvé dítě neslyší? Průvodce pro všechny, kteří pečují o neslyšící děti*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených. ISBN (brož.).

- GRANDIN, T., PANEK R. 2014. *Možek autisty: myšlení napříč spektrem*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3115-8.
- GRIMM, H. 1999. *Störungen der Sprachentwicklung*. Göttingen: Hogrefe. 237 s. ISBN 3-8017-0343-6.
- HANÁKOVÁ, A., STEJSKALOVÁ, K. 2015. Fenomén symptomatických poruch řeči u osob se senzoryckým postižením z pohledu logopedů. *Lifelong Learning – celoživotní vzdělávání*, roč.5, č. 2, s. 79-97. ISSN 1804-526X.
- HEINE, C., BROWNING, C.J. 2009. Communication and psychosocial consequences of sensory loss in older adults: overview and rehabilitation directions. *Disability and Rehabilitation* [online]. **24**, 763-773. [cit. 2019-02-17]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/09638280210129162>
- HOLMANOVÁ, J. 2018a. Rehabilitace vad sluchu v klinické logopedii. In Neubauer a kol., 2018. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.
- HORÁKOVÁ, R. 2018a. Péče o dítě s postižením sluchu. In Neubauer a kol., 2018. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.
- HOWLIN, P. 2005. *Autismus u dospívajících a dospělých: cesta k soběstačnosti*. Praha: Portál. ISBN 80-736-7041-0.
- KEREKRÉTIOVÁ, A. a kol. 2016. *Logopedická propedeutika*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave. ISBN 978-80-223-4164-6.
- KEREKRÉTIOVÁ, A. a kol. 2016a. *Logopédia*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave. ISBN 978-80-223-4165-3.
- KLENKOVÁ, J. 2006. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1110-2.
- KNOPPOVÁ, P., KUČEROVÁ, J. 2006. *Význam logopedické intervence u osob s psychiatrickou diagnózou*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1545-3.
- KOCHOVÁ, K., SCHAEFEROVÁ, M. 2015. *Dítě s postižením zraku: rozvíjení základních dovedností od raného po školní věk*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0782-5.

- KOPEČNÝ, P. 2012. *Logopedická intervence v domovech pro osoby se zdravotním postižením*. Brno. Rigorózní práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, katedra speciální pedagogiky.
- KRAHULCOVÁ, B. 2002. *Komunikace sluchově postižených*. Vyd. 2. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0329-2.
- KRAHULCOVÁ, B. 2014. *Komunikační systémy sluchově postižených*. Praha: Beakra. ISBN 978-80-903863-2-7.
- LANGER, J., SOURALOVÁ, E. 2013. *Výchova a vzdělávání osob se sluchovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3701-9.
- LECHTA, V. 1990. *Logopedické repetitóriium: Teoretické východiská súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. Bratislava: SPN. ISBN 9788008004473.
- LECHTA, V. 2008. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-433-5.
- LECHTA, V. 2016a. Základné poznatky o logopédii. In Kerekrétiová, A. a kol. *Logopedická propedeutika*. Univerzita Komenského v Bratislavě: UK. ISBN 978-80-223-4164-6.
- LECHTA, V. a kol. 2002. *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*. 2.vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, spol. ISBN 80-88824-18-4.
- LECHTA, V. a kol. 2011. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2., aktualiz. vyd. Přeložil Jana KŘÍŽOVÁ. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-901-9.
- LESNÝ, I., ŠPITZ, J. 1989. *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy*. Praha: SPN. Učebnice pro vysoké školy (Státní pedagogické nakladatelství). ISBN 80-04-22922-0
- LOVE, R. J., WEBB, W. G. 2009. *Možek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-464-9.
- MALLINENI, S., NUTHETI, R. a kol. 2006. Non-verbal communication in children with visual impairment. *British Journal of Visual Impairment* [online]. 24, 30-33. [cit. 2019-02-14]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0264619606060033>
- MANCINI, M., GRAPPASONNI, I. a kol. 2010. Oral health in Alzheimers Disease: A Review. *Current Alzheimer Research* [online]. 7, 368-373. [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: <https://doi.org/10.2174/156720510791162359>
- MCDANIEL, J., SLABOCHA, K., YODER, P. 2018. A meta-analysis of the association between vocalizations and expressive language in children with autism spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities* [online]. United states of America:

- Elsevier. (72), 202-213 [cit. 2018-11-23]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.11.010>
- MEI, C., REILLY, S., REDDIHOUGH, D. a kol. 2015. Language outcomes of children with cerebral palsy aged 5 years and 6 years: a population-based study. *Developmental medicine and Child neurology* [online]. **58**, 6, 605-611. [cit. 2019-02-24]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/dmcn.12957>
- MEILAN, J.J.G., MARTINEZ-SANCHEZ, F. a kol. 2018. Voice markers of lexical access in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Current Alzheimer Research* [online]. **15**, 111-119. c Dostupné z: <https://doi.org/10.2174/1567205014666170829112439>
- MISIEWICZ, S., BRICKMAN, A.M., TOSTO, G. 2018. Prosodic impairment in dementia: Review of the literature. *Current Alzheimer Research* [online]. **15**, 157-163. [cit. 2019-02-17]. Dostupné z: <https://doi.org/10.2174/1567205014666171030115624>
- MKN-10. 2018. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky v ČR*. [online]. [cit. 2018-11-02]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/pokrocile-vyhledavani>
- MKN-11 Beta Draft. 2018. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. [online]. [cit. 2019-01-02]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1494928041>.
- MŠMT ČR. 2009. *Metodické doporučení č.j. 14 712/2009-61 k zabezpečení logopedické péče ve školství*. Praha, MŠMT ČR. [online]. [cit. 2019-01-02]. Dostupné z http://www.spcjicin.cz/files/MT_Metodicke_doporuceni_logopedie.pdf.
- NEUBAUER, K. 2007. Syndrom demence a poruch komunikace. In Škodová, E., Jedlička I. a kol. *Klinická logopedie. 2., aktualiz. vyd.* Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-340-6.
- NEUBAUER, K. 2018a. Dysartrie a řečová dyspraxie. In Neubauer a kol. 2018. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1390-1.
- NEUBAUER, K. a kol. 2018. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.
- NOVOTNY, M., VALIS, M., KLIMOVA, B. 2018. Tourette Syndrome: A mini-review. *Frontiers in Neurology* [online]. **9**, 139. [cit. 2019-03-06]. Dostupné z: [10.3389/fneur.2018.00139](https://doi.org/10.3389/fneur.2018.00139).
- OREL, M. a kol. 2016. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5516-8.

- PARKES, J., HILL, N., PLATT, M.J., DONNELLY, C. 2010. Oromotor dysfunction and communication impairments in children with cerebral palsy: a register study. *Developmental medicine and Child neurology* [online]. **52**, 12, 1113-1119. [cit. 2019-02-24]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2010.03765.x>
- PENNINGTON, L. 2008. Cerebral palsy communication. *Paediatrics and Child Health* [online]. **18**, 9, 405-409. [cit. 2019-02-24]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.paed.2008.05.013>
- PENNINGTON, L., GOLDBART, J., MARSHALL, J. 2004. Speech and language therapy to improve the communication skills of children with cerebral palsy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2. [cit. 2019-02-24]. Dostupné z: 10.1002/14651858.CD003466.pub2.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. 2001. *Logopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0258-0.
- POSAR, A., VISCONTI, P. 2017. Sensory abnormalities in children with autism spectrum disorder. *Jornal de Pediatria* [online]. July–August 2018(94) [cit. 2018-11-23]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jpdep.2017.11.009>
- RÁDLOVÁ, E. 2006. *Logopedie pro výchovné pracovníky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Texty k distančnímu vzdělávání v rámci kombinovaného studia. ISBN 80-244-1218-7.
- REGEC, V., STEJSKALOVÁ, K. a kol. 2012. *Komunikace a lidé se specifickými potřebami*. 1. vyd. Olomouc: UP. ISBN 978-80-244-3203-8.
- RUSZ, J. a kol. 2014. Characteristics and occurrence of speech impairment in Huntington's disease: possible influence of antipsychotic medication. *Journal of Neural Transmission* [online]. **122**, 12, 1529-1539. [cit. 2019-03-06]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00702-014-1229-8>
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. 2006. *Dětská klinická psychologie*. 4.vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1049-5.
- ŘÍHOVÁ, A., VITÁSKOVÁ, K. 2012. *Logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra: odborná publikace pro logopedy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2908-3.
- SENO, M.P., GIACHETI, C.M., MORETTI-FERREIRA, D. 2014. Narrative Inaguage and fluency in Down syndrome: a review. *Revista Cefac* [online]. **16**, 1311-1317. [cit. 2019-02-17]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201424512>

- SIGURDARDOTTIS, S., VIK, T. 2010. Speech, expressive language, and verbal cognition of preschool children with cerebral palsy in Iceland. *Developmental medicine and Child neurology* [online]. **53**, 1, 74-80. [cit. 2019-02-24]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2010.03790.x>
- SLOWÍK, J. 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-691-9.
- SOVÁK, M. 1980. *Nárys speciální pedagogiky*. 5. vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. ISBN (váz.).
- SOVÁK, M. 1981. *Logopedie: učebnice*. Praha. Státní pedagogické nakladatelství.
- STRYKOVÁ, E. 2007a. Další způsoby péče o osoby s postižením sluchu. In Škodová, E., Jedlička, I. 2007. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-340-6.
- ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. 2007. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-340-6.
- TADIĆ, V., PRING, L., DALE, N. 2010. Are language and social communication intact in children with congenital visual impairment at school age? *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* [online]. **51**, 696-705. [cit. 2019-02-14]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02200.x>
- THOROVÁ, K. 2008. *Poruchy autistického spektra: včasná diagnóza branou k účinné pomoci*. 2. vyd. Praha: APLA. ISBN 978-80-254_6339-0.
- THOROVÁ, K. 2016. *Poruchy autistického spektra*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0768-9.
- TROJANOVÁ, K. 2010. *Zefektivnění logopedické osvěty ve vztahu k pediatrům*. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Kateřina Vitásková.
- VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 80-717-8802-3.
- VITÁSKOVÁ, K. 2016. *Výzkum vybraných parametrů produkce a percepce hlasu, řeči a jazyka ve vazbě na specifické etiologické determinanty v logopedickém náhledu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-802-4450-995.
- VITÁSKOVÁ, K., KYTNAROVÁ, L. 2018. *Pragmatická jazyková rovina u osob s poruchami autistického spektra: (hodnocení pragmatické jazykové roviny u osob s poruchami autistického spektra z pohledu logopeda)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5214-2.

- VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. 2005. *Logopedie*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1088-5.
- VÍTKOVÁ, M. 1998. *Integrativní speciální pedagogika: sborník k projektu "Škola pro všechny"* realizovaný s podporou Vzdělávací nadace Jana Husa. Brno: Paido. ISBN 80-85931-51-6.
- VODEL, A.P., SHIRBIN CH. a kol. 2012. Speech acoustic markers of early stage and prodromal Huntington's disease: A marker of disease onset? *Neuropsychologia* [online]. **50**, 14, 3273-3278. [cit. 2019-03-06]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2012.09.011>
- VYMLÁTILOVÁ, E. 2018a. Problematika sluchových vad z hlediska klinické psychologie. In Neubauer a kol. 2018. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1390-1.
- ZANETTI, D., GUIDA, M. 2006. Current outcomes and future perspectives of cochlear implants. *Current drug therapy* [online]. **1**, 231-239. [cit. 2019-02-17]. Dostupné z: <https://doi.org/10.2174/157488506776930996>

SEZNAM ZKRATEK

3D	Trojrozměrný
AAK	Alternativní a augmentativní komunikace
ADH	Antidiuretický hormon
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Porucha pozornosti s hyperaktivitou)
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Syndrom získaného selhání imunity)
AS	Aspergerův syndrom
Atd.	A tak dále
Atp.	A tak podobně
CNS	Centrální nervová soustava
DMO	Dětská mozková obrna
DS	Downův syndrom
DSM 5	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch
HCH	Huntingtonova choroba
HTT	Huntingtonův
IQ	Intelligenční kvocient
KI	Kochleární implantát
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
MŠ	Mateřská škola
MŠMT ČR	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NKS	Narušená komunikační schopnost
NVŘ	Narušený vývoj řeči
OCD	Obsessive compulsive disorder (Obsedantně kompulzivní porucha)
OXT	Oxytocin
PAS	Porucha autistického spektra
PPP	Pedagogicko-psychologická poradna
RTG	Rentgen
SPC	Speciálně pedagogické centrum

SPŘ	Symptomatická porucha řeči
TS	Tourettův syndrom
TZN	To znamená
WBS	Williams-Beuren syndrom
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: VÝSKYT NEJČASTĚJŠÍCH SYMPTOMATICKÝCH PORUCH ŘEČI PRŮŘEZEM MKN-11

Obrázek 2: FOTOGRAFIE ZACHYCUJE TVORBU "STOP MOTION" KLIPU

Obrázek 3: MOMENTKA Z NATÁČENÍ S MUŽEM S OBOUSTRANNÝM KOCHLEÁRNÍM IMPLANTÁTEM

Obrázek 4: MOMENTKA Z NATÁČENÍ S MUŽEM S JEDNOSTRANNÝM SLUCHADLEM

Obrázek 5: MOMENTKA Z NATÁČENÍ S DÍVKOU S DMO A JEJÍM BRATREM

Obrázek 6: MOMENTKA Z NATÁČENÍ S MUŽEM S ASPERGEROVÝM SYNDROMEM A JEHO MAMINKOU

Obrázek 7: MOMENTKA Z NATÁČENÍ S MUŽEM S TOURETTOVÝM SYNDROMEM

Obrázek 8: MOMENTKA Z NATÁČENÍ S MUŽEM S HUNTINGTONOVOU CHOROBOU

Obrázek 9: MOMENTKA Z NATÁČENÍ S ŽENOU S AFÁZIÍ A ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ S POZDNÍM ZAČÁTKEM

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1** Informovaný souhlas s využitím audiovizuálního materiálu
- Příloha č. 2 není vázána k diplomové práci, ale je přiložena zvlášť na CD

PŘÍLOHY

Příloha č. 1

INFORMOVANÝ SOUHLAS S VYUŽITÍM AUDIOVIZUÁLNÍHO MATERIÁLU pořízeného za účelem diplomové práce MEDIÁLNÍ OSVĚTA SYMPTOMATICKÝCH PORUCH ŘEČI

Diplomová práce je zpracovávána Petrou Sviderkovou, studentkou oboru logopedie na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

Cílem práce je vytvoření materiálu, který pomůže rozšířit povědomí o symptomatických poruchách řeči, tedy narušené komunikační schopnosti u jiného dominujícího postižení.

Audiovizuální podoba materiálu byla zvolena z důvodu lepší přenositelnosti sdělení oproti psané podobě doplněné o fotografie. Vytvořená videa budou použita pro účel diplomové práce a budou dále dostupná pro veřejnost na webových stránkách.

Vzhledem k povaze zamýšleného materiálu Vás chci ujistit, že veškeré osobní údaje účastníků zůstanou v anonymitě. V případě pochybností budete mít možnost kdykoli od účasti odstoupit.

Tímto bych Vás chtěla požádat **o poskytnutí souhlasu s účastí a následným využitím audiovizuálního materiálu ke studijním účelům a veřejnému publikování na webových stránkách.**

.....

Petra Sviderková

Souhlasím s účastí ve videích a jejich publikováním na webových stránkách.

Jméno a příjmení

.....

.....

V dne

.....

Podpis

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Petra Sviderková
Katedra nebo ústav:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Lucie Kytarová
Rok obhajoby:	2019

Název závěrečné práce:	Mediální osvěta symptomatických poruch řeči
Název závěrečné práce v angličtině:	Media enlightenment of symptomatic speech disorders
Anotace závěrečné práce:	<p>Diplomová práce se zaměřuje na téma symptomatické poruchy řeči. Teoretická část se zabývá symptomatickými poruchami řeči jako jedním z okruhů narušené komunikační schopnosti. Konkrétně jsou zpracovány poruchy řeči u sensorického postižení, poruchy autistického spektra, mozkové obrny a dalších vybraných poruch a onemocnění. Obsahem praktické části je tvorba osvětového audiovizuálního materiálu, který má oslovit studenty speciálněpedagogických studií, ale také širokou laickou veřejnost. Výsledkem praktické části jsou video rozhovory s lidmi, u nichž je diagnostikovaná symptomatická porucha řeči. Dále animovaný klip, který zábavným způsobem seznamuje společnost s aspekty symptomatických poruch řeči a apeluje na společnost na ve smyslu přijímání osob s jistou komunikační odlišností.</p>

Anotace závěrečné práce v angličtině:	<p>The thesis focuses on the topic of symptomatic speech disorder. The theoretical part deals with symptomatic speech disorders as one of the areas of impaired communication skills. Specifically, speech disorders in sensory impairment, autistic spectrum disorders, cerebral palsy and other selected disorders and diseases are processed. The content of the practical part is the creation of educational audiovisual material, which is intended for students of special education studies, but also the general public. The result of the practical part are video interviews with people who are diagnosed with symptomatic speech disorder and animated clip that introduces a fun way symptomatic aspects of the company with speech disorders and appeals to the company in terms of accepting people with some communication differences.</p>
Klíčová slova:	<p>Symptomické poruchy řeči, osvěta, tvorba videí, rozhovory</p>
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č. 1 Informovaný souhlas s využitím audiovizuálního materiálu</p>
Rozsah práce:	<p>101+1 strana přílohy</p>
Jazyk práce:	<p>Český jazyk</p>