

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM  
2018–2021**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Vladimíra Hrdlička Lupínek**

**Alternativní metody v logopedické intervenci a jejich využití**

Praha 2021

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Hana Jůzlová

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

**BACHELOR PART-TIME STUDIES**

**2018–2021**

**BACHELOR THESIS**

**Vladimíra Hrdlička Lupínek**

**Alternative Methods in Speech Therapy Intervention  
and Their Use**

Prague 2021

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

Mgr. Hana Jůzlová

### **Prohlášení**

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 17.05.2021

.....  
*Vladimíra Hrdlička Lupínek*

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Haně Jůzlové za odborné vedení, cenné rady, trpělivost a ochotu při zpracování bakalářské práce.

## **Anotace**

Předkládaná bakalářská práce se věnuje problematice alternativních metod v logopedické intervenci a jejich využití. Jejím hlavním cílem je analyzovat a popsat alternativní metody v logopedické intervenci. V teoretické části práce popisuje základní terminologické pojmy, ontogenetický a fylogenetický vývoj řeči a nejčastější druhy narušené komunikační schopnosti u dětí předškolního věku. V dalších kapitolách se práce věnuje logopedické intervenci a alternativním metodám. Cílem praktické části bakalářské práce je blíže seznámit s oblastí pedagogické diagnostiky, tedy posouzení úrovně rozvoje řeči, její výslovnosti a využití nových strategií a metod při rozvoji jemné motoriky artikulačních orgánů.

## **Klíčová slova**

Alternativní metody, dyslálie, logopedická intervence, mutismus, narušená komunikační schopnost, vývoj řeči, vývojová dysfázie.

## **Annotation**

The presented bachelor thesis deals with the issue of alternative methods in speech therapy intervention and their use. Its main goal is to analyze and describe alternative methods in speech therapy intervention. The theoretical part of the thesis describes the basic terminological concepts, ontogenetic and phylogenetic development of speech and the most common types of impaired communication skills in preschool children. In the next chapters, the work deals with speech therapy intervention and alternative methods. The aim of the practical part of the bachelor's thesis is to get acquainted with the field of pedagogical diagnostics, ie assessment of the level of speech development, its pronunciation and the use of new strategies and methods in the development of fine motor skills of articulatory organs.

## **Keywords**

Alternative methods, developmental dysphasia, dyslalia, impaired communication skills, mutism, speech development, speech therapy intervention.

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>11</b>
<b>1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY .....</b>	<b>11</b>
1.1 Ontogenetický a fylogenetický vývoj řeči.....	11
1.2 Opožděný a narušený vývoj řeči jako prediktor specifických poruch učení.....	13
1.3 Výslovnost a narušený vývoj řeči .....	16
1.4 Raná diagnostika řečového vývoje.....	17
1.5 Prevence a raná terapie.....	20
<b>2 NEJČASTĚJŠÍ DRUHY NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI VYSKYTUJÍCÍ SE V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU .....</b>	<b>22</b>
2.1 Dyslálie.....	22
2.2 Vývojová dysfázie.....	24
2.3 Mutismus .....	27
2.4 Balbuties.....	28
<b>3 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE.....</b>	<b>29</b>
3.1 Alternativní metody v logopedické intervenci a jejich využití .....	29
3.1.1 Expresivní terapie.....	30
3.1.2 Koncept bazální stimulace.....	32
3.1.3 Metoda fonemického uvědomování podle D. B. Elkonina .....	32
3.1.4 EEG biofeedback.....	34
3.1.5 Další alternativní metody .....	35
<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>36</b>
<b>4 PEDAGOGICKÁ DIAGNOSTIKA A VYUŽITÍ ALTERNATIVNÍ METODY VLASTNÍHO NÁVRHU NA ROZVOJ ARTIKULAČNÍCH ORGÁNŮ V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU.....</b>	<b>36</b>
4.1 Cíl a metodologie .....	36
4.2 Výzkumný soubor a oblast šetření .....	37
<b>5 VLASTNÍ ŠETŘENÍ.....</b>	<b>38</b>
5.1 Pedagogická diagnostika v oblasti rozvoje komunikačních dovedností u dětí předškolního věku.....	38

5.1.1 Metodický postup pedagogické diagnostiky .....	38
5.1.2 Závěr pedagogické diagnostiky .....	39
5.2 Využití alternativní metody vlastního návrhu na rozvoj jemné motoriky artikulačních orgánů v předškolním věku .....	40
5.2.1 Charakteristika metody zajíček Lupínek .....	41
5.2.2 Aplikace metody zajíček Lupínek .....	43
5.2.3 Zhodnocení – závěr terapeutické hodiny .....	45
5.3 Shrnutí .....	45
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>46</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>48</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>52</b>
<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>53</b>



## ÚVOD

Nové poznatky o ontogenezi řeči dítěte umožňují ranou identifikaci dětí ohrožených závažnou poruchou – narušeným vývojem řeči. Donedávna nebyla taková raná diagnostika možná vzhledem k absenci spolehlivých nástrojů vhodných pro raný věk. Předpokládalo se také, že pokud dítě do 3 let nemluví, jde jen o širší pásmo vývojové normy a dítě své zaostávání spontánně dobehne. Mnohé děti s opožděným a rizikovým vývojem řeči proto zůstávaly bez potřebné péče. Logopedický, lingvistický a psychologický výzkum posledních let však nabízí nové a důkazy podložené znalosti o rizikových znacích vyvíjející se dětské řeči a o nových metodách rané diagnostiky, prevence a terapie.

Komunikace je jednou ze základních potřeb člověka. Její podoby se vyvíjely společně s tím, jak se vyvíjela sama lidská společnost. Od doby, kdy lidé začali mezi sebou komunikovat slovy, uvědomovali si, že prostřednictvím slov mohou vyjadřovat nejen své potřeby a pocity, ale že s jejich pomocí mohou dosáhnout moci a bohatství. Rozvinuté komunikační schopnosti mohou člověku významně pomoci v různých aspektech jeho života – od sociálního života přes studium až po získání dobrého zaměstnání. To je jedním z důvodů, proč narušená komunikační schopnost ovlivňuje člověka v mnoha dimenzích jeho života a proč je oblasti komunikace a řeči věnována stále větší pozornost v různých vědních disciplínách.

Předkládaná bakalářská práce se věnuje problematice alternativních metod v logopedické intervenci a jejich využití. Jejím hlavním cílem je analyzovat a popsat alternativní metody v logopedické intervenci. Téma bylo zvoleno zejména z důvodu vědomí jeho nedostatečné reflexe v české odborné literatuře – zatímco v zahraničních odborných zdrojích nalezneme výsledky výzkumů, zkoumajících například efekt zvukové terapie, muzikoterapie, neurofeedbacku a dalších metod na logopedické pacienty, v českém odborném prostředí je takových výzkumů stále pomálu. Přitom některé z alternativních metod v logopedické intervenci mají dle zahraničních výzkumů potenciál významně zefektivnit proces logopedické intervence u konkrétních cílových skupin.

Text bakalářské práce je rozdělen na teoretickou a empirickou část. V části teoretické je představen úvod do problematiky, konkrétně se tato část zabývá vývojem

řeči a mluvidel, překážkami v mluvní technice a vývojem poznání o odstraňování těchto překážek. Následně se práce zaměřuje na samotné alternativní metody v logopedické intervenci, přičemž jsou představeny zejména informace o vybraných alternativních metodách, a možnosti jejich využití v praxi. Informace předkládané v teoretické části práce jsou získávány metodou analýzy odborných zdrojů (zejména tematických monografií a článků v periodikách), využívány jsou i kriticky ověřené elektronické zdroje.

Navazující praktická část pak prezentuje vlastní kvalitativní výzkum, realizovaný metodou případové studie. Cílem praktické části bakalářské práce je blíže seznámit s oblastí pedagogické diagnostiky, tedy posouzení úrovně rozvoje řeči, její výslovnosti a využití nových strategií a metod při rozvoji jemné motoriky artikulačních orgánů. Hlavním přínosem bakalářské práce spatřujeme v možnosti jejího využití jako teoretického manuálu, který identifikuje vývoj dětské řeči podle jazykových rovin, poukazuje na rizikové časové horizonty ve vývoji dětské řeči, definuje časové období vývoje hlásek, analyzuje nejčastější druhy narušené komunikační schopnosti v předškolním věku, poskytuje metodický materiál pro pedagogickou diagnostiku komunikačních dovedností v předškolním věku. Dále specifikuje pojem jemná motorika artikulačních orgánů, charakterizuje z hlediska anatomie a fyziologie artikulační orgány, poskytuje možné metody na rozvoj jemné motoriky artikulačních orgánů v předškolním věku a podrobně popisuje metodiku z vlastní praxe zajíček Lupínek.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY

První kapitola práce je úvodem do problematiky. V první podkapitole je představen ontogenetický a fylogenetický vývoj řeči, načež se text zabývá fyziologickým vývojem mluvidel a determinanty změn v dorozumívání napříč dějinami. Nakonec ve třetí podkapitole se práce věnuje fyziologickým překážkám v mluvní technice a vývoji metod na odstranění těchto překážek.

### 1.1 Ontogenetický a fylogenetický vývoj řeči

Jako ontogenetický (z řeckého *ontos* = jedinec a *genesis* = původ) označujeme individuální vývoj řeči lidského jedince od jeho narození až po dospělost. Tato řeč jedince by se však nemohla rozvinout, pokud by nedošlo k dlouhodobému vývoji lidského druhu. V průběhu vývoje druhu *Homo sapiens sapiens* docházelo k postupnému užívání a rozvoji hlasových, později primitivních řečových signálů – tento vývoj označujeme jako fylogenezi, přičemž do něj zahrnujeme i fylogenetický vývoj řeči. Z tohoto hlediska je řeč relativně mladou schopností člověka (Kejklíčková, 2016).

Kejklíčková konstatuje, že nelze přesně určit, od kterého okamžiku v historii je možné mluvit o počátku lidské řeči. Analogicky je tato otázka obtížná i u kojenců, jelikož první hlasový projev nemusí automaticky znamenat začátek mluvy. Aby mohlo dojít ke vzniku řeči, musely být splněny dva základní předpoklady – anatomický stav hlasového traktu a mluvidel umožňující řeč (prostory nad hrtanem byly stavěny stejně jako u dnešního člověka přibližně před tři sta až čtyři sta tisíci lety) a nárůst mozku s paralelním vývojem jeho řídicích funkcí (důležitá byla zejména diferenciací hemisfér, vývoj mozkové kůry a vývin nových center, nepostradatelných pro řeč), (2011).

Fylogenetický vývoj řeči coby prostředku komunikace je některými odborníky odhadován na 3,5 milionu let (Vitásková, Peutelschmiedová, 2005). Jiní badatelé soudí, že jistý inventář hlásek byl využíván před dvěma miliony let druhem *Homo habilis* (nosové verze vokálů a, e a konsonantů t, d, b a p), první skutečnou lidskou řeč začal

produkovat pravděpodobně až *Homo sapiens sapiens* před 130 tisíci lety. O mluvě blízké té dnešní můžeme hovořit v souvislosti s dobou před osmdesáti tisíci let (Kejklíčková, 2011).

V souvislosti s ontogenetickým vývojem řeči lze konstatovat, že začíná již v kojeneckém věku. Tento vývoj probíhá v určitých etapách, které můžeme rozlišit například jako období křiku, broukání, žvatlání, opakování, objevení se prvního vědomého slova a první věty, období rozumění řeči a období naléhavých otázek (Kejklíčková, 2016).

Ontogeneze řeči je přirozené osvojování mateřského jazyka dítětem ve všech jeho rovinách a formách, jako komplexního systému jazykových znaků a symbolů. tento proces v normě probíhá především v raném věku a u většiny dětí se jeho podstatné aspekty završují ve věku těsně po 3. roce života (Kapalková, 2009).

Plevová a Slowik hovoří v kontextu s vývojem řeči v kojeneckém období o tzv. přípravném (předřečovém) období, které předchází vlastnímu vývoji řeči (2010).

Vlastní vývoj řeči pak lze rozdělit do čtyř stadií – stadium emocionálně-volní, stadium asociačně-reprodukční, stadium logických pojmů a intelektualizace řeči (Klenková, 2006).

Typický obraz řeči tříletého dítěte zahrnuje jeho schopnost tvořit nejen jednoduché a rozvitě víceslovná věty, ale také schopnost aktivně a bez obtíží tvořit souvětí. Taková zralost syntaxe je typicky doprovázená rozsáhlou a flexibilní slovní zásobou. Osvojování si morfologické stránky řeči, ohýbání slov a používání gramatických morfémů, je ve třech letech v podstatě ukončené: dítě rozumí a spontánně používá téměř všechny gramatická pravidla mateřského jazyka, který ho obklopuje. Dítě tvoří komplexní, dlouhé, obsahově bohaté výpovědi s téměř bezchybnou gramatickou strukturou. Občasné chyby ve výpovědích jsou u normálně se vyvíjejícího dítěte důkazem hyper generalizace jeho gramatických znalostí. Dítě ještě někdy aplikuje naučená gramatická pravidla nesprávně (nepovědím, ukázaj) nebo vytváří typické dětské novotvary (klíčovat = odemykat), které jsou však projevem jeho jazykové tvořivosti.

Dítě je komunikačně a verbálně extrémně aktivní, jeho nabyté řečové schopnosti mu slouží jako klíčový nástroj na osvojování si poznatků o okolním světě, jsou nejdůležitější bází dalšího kognitivního a psychosociálního vývoje jeho osobnosti. Takto

ukotvený vývojový vzorec do raného věku je univerzální pro všechny jazykové kultury po celém světě.

V dalším období ontogeneze řeči, mezi 3. - 6. rokem života, si dítě s normálním vývojem řeči už bude jen precizní výslovnostní schopnosti, rozšiřovat slovní zásobu, prohlubovat a rozšiřovat porozumění významů osvojených slov, zlepšovat narativní (vypravěčské) schopnosti a budovat si základy metalingvistických znalostí (znalosti o jazyku jako systému znaků). Školní věk je pak určen pro osvojování si čtení a psaní.

## **1.2 Opožděný a narušený vývoj řeči jako prediktor specifických poruch učení**

Přibližně 5–19 % dětí z populace si osvojuje řečové schopnosti atypicky a později (Rosetti, 2001, Zubrick, 2007). Rosetti udává výskyt 5–10 %, Zubrick a kol. 19,1 %. Údaje o prevalenci se (i u dalších autorů) liší vzhledem k různým metodám použitým pro hodnocení vývoje řeči. Tehdy mluvíme o dětech s opožděným vývojem řeči. Jedním z vnějších znaků takového zaostávání je to, že dítě začne tvořit první slova až kolem druhého roku života nebo i později. U části těchto dětí se vývojové zaostávání spontánně a bez terapie upraví a jejich další řečový vývoj je obvykle výrazně akcelerovaný, děti takřkajíc dobíhají své vrstevníky. Avšak vývoj řeči čtvrtiny až poloviny z těchto dětí nebude pokračovat příznivě (McCauley, 2001). Tyto děti budou i nadále vykazovat řečové a jazykové potíže, osvojování jejich schopností bude pokračovat pomalu a nesprávně. U těchto dětí se vyvine závažná porucha řeči, tzv. specificky narušený vývoj řeči nebo vývojová dysfázie. Projevuje se širokým repertoárem deficitů a v jejím rámci rozlišujeme několik syndromologických skupin (Mikulajová, In Kerekrétiová, 2009).

Tabulka 1: Syndromy narušeného vývoje řeči nebo vývojové dysfázie podle Rapinové a Alenové (1996)

Syndrom	Hlavní klinické znaky
Verbální sluchová agnózie	Nerozumí mluvené řeči; exprese velmi omezená; výslovnost vážně narušena; dobré porozumění gestům.
Verbální dyspraxie	Porucha motorického plánování řeči, porozumění je adekvátní, narušená výslovnost hlásek, námaha při výslovnosti, komolení slov, krátké výpovědi, oromotorická dyspraxie
Syndrom deficitního fonologického programování	Souvislá, ale špatně srozumitelná řeč, deficitní fonologické rozlišování, uvědomování a vyslovování problémových fonémů ve slovech, specifické asimilace hlásek, relativně lepší porozumění
Fonologicko-syntaktický syndrom	Krátké, gramaticky nesprávné výpovědi; deficity ve skloňování, časování, používání předložek, spojek; neadekvátní porozumění; nesprávná výslovnost; neplynulá řeč
Lexikálně-syntaktický syndrom	Normální výslovnost; problém v aktualizaci slov; krátké věty; jednoduchá gramatika; potíže s formulováním plynulé řeči; deficitní porozumění zejména abstraktních pojmů
Sémanticko-pragmatický syndrom	Výslovnost správná; význam slov bizarní, neumí vyhledávat správná a významově odpovídající slova; narušen dialog a konverzace; komunikační pasivita; narušené porozumění

Zdroj: Mikulajová, 2009

V obraze řeči dítěte v každém ze syndromů se projevuje jiná dominance symptomů z jednotlivých jazykových rovin. Tak bude v rámci syndromu deficitního fonologického programování řeč dítěte postižená převážně obtížemi vyplývajícími z narušeného procesu fonologického kódování a dekódování: vyznačuje se tím, že dítě hodně mluví a tvoří dlouhé výpovědi, ale jeho řeč je velmi nesrozumitelná.

Dítě bude tvořit slova nepřesně, bude si nepravdělně zaměňovat jednotlivé hlásky, skupiny hlásek a slabiky, některé fonémy nemusí umět vyslovovat, nemusí umět dodržet jejich pořadí ve slově, a proto bude v produkci preferovat jen krátká slova. Bude

mít problémy i s porozuměním, a to především dlouhých a komplexních slov, a nemusí rozumět ani gramatickým vazbám na úrovni věty.

Pro srovnání, dítě se sémanticko-pragmatickým syndromem může mít fonologické zpracovávání intaktní, avšak může být komunikačně pasivní, protože nedokáže v dialogu přiměřeně vyjádřit své komunikační potřeby, protože selhává sémantická funkce řeči: dítě neumí z mentálního lexikonu vyhledávat významově vhodná slova a pojmy.

Navzdory různorodé vnitřní symptomatologii je společným problémem všech dětí, které mají kterýkoliv ze syndromů vývojové dysfázie to, že jejich řeč se bude vyvíjet velmi pomalu, budou mít potíže nejen v produkci řeči, ale také deficity v porozumění. Budou mít potíže v běžné komunikaci s okolím, mohou začít zaostávat v kognitivním vývoji a později nebudou včas připraveny na zvládání edukační zátěže ve škole. Potřeba nabývat nové znalosti převážně prostřednictvím řečového kódu bude dítěti bránit pokroku v osvojování předepsaného učiva. Dítě, které dobře nerozumí mluvené řeči a nedokáže se ní přiměřeně vyjadřovat, se postupně stane žákem s horším výkonem. Kromě toho, většina dětí s narušeným vývojem řeči si nebude dostatečně rychle osvojovat ani procesy čtení a psaní, protože tyto se opírají o fonologické kódování jako klíčovou schopnost, a to je deficitní ve větší či menší míře téměř u všech (Oravkinová, 2011).

Opožděný vývoj řeči dítěte proto dnes pokládáme za silný rizikový marker pro rozvoj narušeného vývoje řeči a tím i pro pozdější rozvoj dyslexie a dysortografie (Mikulajová, 2009). Jen tehdy, pokud se terapie u ohrožených dětí zahájí dostatečně brzy, tedy v raném věku, je možné terapeuticky zacílit tuto vážnou vývojovou poruchu řeči komplexně. Jen tehdy je možné vytvořit potřebný časový prostor pro práci se všemi symptomy a deficitními subsystemy zpracování řeči. Obecně přijatým základním diferenciatně-diagnostickým kritériem pro zahájení logopedické intervence je to, pokud dítě ve věku 24 měsíců netvoří prvních 50 slov a nepokouší se o první dvojslovné kombinace (Mikulajová, 2009). U těchto dětí je třeba ihned zahájit logopedickou intervenci. Údaj o počtu osvojených slov a vět v aktivní produkci dítěte lze získat jednak vyšetřením řeči dítěte, ale stejně i dotazováním matky. Matky dokáží poměrně spolehlivě informovat lékaře i logopeda o hrubých, základních vývojových znacích řeči vlastního dítěte.

Existují však i další diagnostická kritéria pro rizikový vývoj řeči, které popisujeme v části o rané diagnostice a sumarizujeme v tabulce č. 2.

### **1.3 Výslovnost a narušený vývoj řeči**

Pokud mluvíme o narušeném vývoji řeči, je užitečné si přiblížit i aspekt výslovnosti jako diferenciálně-diagnostického znaku. Poruchy výslovnosti jsou zřejmě nejčastěji nesprávně interpretovaným symptomem v klinické praxi logopedů ale i pediatrů a také v chápání samotných rodičů dětí s touto poruchou.

Porucha výslovnosti je stěžejním symptomem dyslálie, tedy relativně nezávažné vývojové poruchy řeči, kdy dítě ve po 4. roce věku nedokáže správně vyslovovat jednu nebo několik hlásek podle norem mateřského jazyka. Na škále závažnosti pak vyčleňujeme, jak zasáhl především problém diagnostickou jednotku dyslálii multiplex, při které dítě nesprávně vyslovuje několik hlásek. Na základě vnějších znaků poruchy můžeme dyslálii multiplex chybně interpretovat jako výše popsany syndrom deficitního fonologického programování nebo jako syndrom verbální dyspraxie (Oravkinová, 2011).

Oba však představují narušený vývoj řeči, tedy závažné a komplexní narušení jazykových schopností na bázi mozkové dysfunkce. Dyslálie je přitom porucha bez jakéhokoliv mozkového poškození v pozadí.

Příčinou dyslálie je často chybná dento-okluze nebo třeba jen nesprávný artikulačních návyk. Zasahuje pouze fonologickou rovinu řeči, tedy výslovnost a dítě se v terapii zpravidla velmi rychle naučí cílové hlásky správně vyslovovat a používat. Oproti tomu narušený vývoj řeči je poruchou vyrůstající z mírného a difúzního vývojového mozkového poškození různé a často neznámé etiologie (někdy s prokázanou genetickou predispozicí), přičemž porucha řeči se sice manifestuje i v poruchách výslovnosti, ale i v hlubších deficitech ostatních rovin řeči, tedy v morfologicko-syntaktické, lexikálně-sémantické a pragmatické, a zasahuje stejně expresi jakož i porozumění řeči. Dalším diferenciálně-diagnostickým znakem je, že dítě v terapii reaguje méně zřetelně a pomaleji (Mikulajová, 2009). V pozadí poruchy totiž stojí hloubkové a rozsáhlejší deficity, a to především porucha fonologického kódování, neschopnost rychlého pojmenování, deficity ve sluchově-verbální paměti, ale i další.



Tyto vyžadují dlouhou a intenzivní terapii. Děti s narušeným vývojem řeči vyžadují co nejvčasnější diagnostiku a velmi dobře profitují z rané intervence započaté ve věku do 0–3 let, kterou popisujeme v další části. Mnohé děti s narušeným vývoje řeči, kterým se dostává logopedická péče až v předškolním věku (což je při dyslálii přiměřený postup), už ztrácejí příležitost k tomu, aby se terapií odstranily jejich deficity včas a tak, aby byly připraveny na zvládnání školní zátěže (Oravkinová, 2011).

## 1.4 Raná diagnostika řečového vývoje

Výzkum z posledních let přinesl obrovské množství informací o preverbálním (cca 0–12 měsíců) i verbálním vývoji řeči (cca od 12 měsíců) a logopedi dnes již disponují spolehlivými diagnostickými nástroji, které jim umožňují identifikovat rizikové děti pro vývoj řeči takřkajíc od narození. Prvním z nich je Rossettiho kategorizace dětí s identifikovaným a potenciálním rizikem pro vývoj řečových schopností (Rossetti, 2001).

Na to, aby dítě mohlo vyprodukovat první slovo musí mít zralé motorické schopnosti, zralou neuromuskulární koordinaci především artikulačních motoriky, intaktní nebo alespoň dostatečně funkční sensorické orgány, dostatečné rozumové předpoklady pro vývoj řeči a dostatečnou socio-pragmatickou stimulaci z okolí a musí být celkově zdravé. U dětí vyjmenovaných v Rossettiho kategorizaci jsou jednotlivé oblasti ohroženy. Všechny tyto děti vyžadují pravidelný screening řečového vývoje a preventivní poradenství pro rodiče již v preverbálním období, tak brzy jak je to možné, ideálně hned po narození (Rossetti, 2001). To, zda bude konkrétní dítě potřebovat i terapeutický zásah, se velmi brzy ukáže podle přibývajících preverbálních a verbálních schopností.

Vývoj řeči začíná mnohem dříve, než dítě řekne první slovo a zahrnuje mnohem více než jen samotnou produkci slov. Prvním exaktním vývojovým milníkem, podle kterého můžeme vyslovit podezření o opožděném vývoji řeči, je absence reduplikačního žvatlání ve věku mezi 5. - 12. měsícem života dítěte. Reduplikační žvatlání je velmi pevně vývojově ukotveno k tomuto věku a pokud se během něj neobjeví, považujeme to za silný rizikový marker pro další vývoj řeči (Oller, 2000, Vihman, 2004).

Dalšími znaky normálního vývoje řečových prekurzorů jsou například schopnost dítěte zaměřovat pohled na tváře a předměty, schopnost dítěte zaměřovat sluchovou pozornost na výrazné zvuky, frekventované a zřetelné vrkání nebo vokalizování dítěte, zjevné potěšení dítěte z raných vokalizačních her s matkou, tzv. manifestace sociálního příklonu, optimální emocionální status dítěte a matky a normální schopnost matky projevit tzv. intuitivní rodičovské chování rozvíjející komunikaci batolete. Tyto znaky diagnostikujeme v nejčasnějších obdobích, ve věku od 0–6 měsíců (Owens, 2008). Neexistují sice přesné kvantitativní kritériální hranice pro jejich hodnocení, avšak klinické pozorování zkušeného logopeda je dostatečným nástrojem k identifikaci rizika a zahájení preventivní péče.

Po prvním pololetí se u dítěte objevuje nejdůležitější prekurzor pro řeč a tím je pragmaticko-komunikační znak, tzv. záměrná komunikace (Kapalková, 2009). Jde o zárodek raných neverbálních konverzačních aktů, během nichž dítě zřetelně projeví zaměření společné pozornosti s matkou nebo jinou osobou na určitý předmět a projeví záměr bazální komunikace. Projeví se ve formě raného rozkazovacího úmyslu (tzv. proto imperativ; vnitřní mentální význam komunikovat je přibližně následující: „mama, dej mi auto „) nebo ve formě raného ukazování na předmět (tzv. proto deklarativ; vnitřní mentální význam: „aha mama, auto“). Dítě tyto první komunikační akty realizuje „primitivně“ a neslovně, tedy gestem, pohledem, pohybem těla, uchopením předmětu, ukazováním předmětu a někdy i vokalizováním. Vývoj těchto raných konverzačních aktů a vývoj gest je pro logopeda spolehlivým diagnostickým znakem pro odhalení rizikových dětí v období před tvorbou prvního slova, cca od 8–12 měsíců (Kapalková, 2009).

Úroveň dalšího vývoje gest a pragmaticko-komunikační funkce jako celku je zároveň nástrojem vyhledávání takových rizikových dětí, které již sice tvoří první slova, avšak stále přetrvávají jiné důvody, proč je nutné je i nadále sledovat (např. pokud nadále tvoří málo slov, nebo mají závažnější somatické, sensorické nebo psychické onemocnění nebo jsou ze znevýhodněného sociálního prostředí apod.)

Další oblastí, která logopedovi umožňuje v preverbálním věku od 6 měsíců odhalit rizikové děti, je vývoj kognitivních prekurzorů pro řečovou schopnost. Kognitivní prekurzory jsou určité specifické znaky v raném rozumovém vývoji, které mají zvláštní a úzký vztah k vývoji řeči. Odrážejí kvalitu a obsah rané manipulace dítěte s předměty v okolí jako například vývoj koordinované zrakové pozornosti s uchopováním předmětů,

pokusy s předměty, zárodky chápání příčinnosti a záměrnosti ve vztahu k předmětům, základní chápání prostoru, chápání tzv. stálosti předmětů a jiné a kvalitativní vývoj hry, manipulační, experimentační a později raná symbolická hra (Owens, 2008).

Zdrojem informací o předpokladech pro normální vývoj řeči dětí je i kvalita jejich vokalizace a žvatlání. Přestože je preverbální fonologický vývoj řeči vysoce variabilní, existují orientační parametry, které svědčí o rizikovém vývoji. Takovými jsou např. velmi nízký fonetický repertoár, výskyt atypických zvuků a nízký výskyt pravých souhlásek ve žvatlání (Kapalková, 2010). Hodnocení této oblasti má význam například pro děti narozené s rozštěpem patra (Oravkinová, 2010).

Za samostatný rizikový marker se považuje i obava matky o řeč svého dítěte. Matky dokáží velmi citlivě vyhodnotit normalitu a abnormalitu řečového vývoje vlastního dítěte. Pokud má matka podezření nebo vyjadřuje obavu o vývoj řeči dítěte, je to vždy indikátorem k odeslání na logopedické vyšetření, a to v jakémkoliv věku.

Diagnostika raného předřečového a řečového chování dítěte má své specifické zásady (Oravkinová, 2010). Realizuje se jinak než vyšetření řeči předškolního dítěte v běžné logopedické praxi. U malých dětí je často nutné opakované pozorování, které zachycuje jak zvukovou, tak i nezvukovou dimenzi řeči, tedy celé komunikační chování. Zpravidla se provádí videozáznam zvolené aktivity dítěte a jednotlivé oblasti se pak hodnotí z něj. Dítě se obvykle sleduje v přirozeném domácím prostředí, v přirozené a běžné interakci s matkou. Matka je důležitým zdrojem doplňkových informací a spolupracuje s logopedem na diagnostice a později i terapii jako partner. Matka je však zároveň i diagnostickým cílem: dítě je v raném věku nedílnou součástí diádemu matka / dítě a komunikační chování matky je jedním z nejvýznamnějších determinantů vývoje řeči dítěte. V rané diagnostice se pak využívají nízko a vysoko strukturované postupy a analýzy snímaného vzorku řečového chování.

Pro účely této práce zvlášť zmíníme test komunikačních schopností TEKOS, který umožňuje i přesné kvantitativní stanovení úrovně vývoje řeči dítěte. Jde o test formou vysoko strukturovaného a hloubkového dotazníku pro rodiče, který hodnotí komplexní komunikační chování a řeč dítěte ve věku 8–36 měsíců (Kapalková, 2010).

Logopedická diagnostika raného vývoje řeči tak, jak jsme ji tady ve zkratce popsali, je běžnou praxí v zahraničí a stále více se aplikuje i v našich podmínkách, především na specializovaných pracovištích.

Tabulka 2: Vhodný termín pro první logopedické vyšetření

Doporučený termín pro první logopedické vyšetření	Rizikový znak
Po narození	Dítě je zařazeno v Rossettiho tabulce
Ihned, od narození	Matka vyjadřuje jakékoli obavy o řeč dítěte
Ihned, od 3. měsíce	Existuje podezření, že dítě extrémně málo tvoří zvuky
Po 6. měsíci	Existuje podezření, že dítě reduplikačně nežvatlá a zároveň existují i jiné rizikové faktory (slabé sociální prostředí, překonané záněty středního ucha, jiná onemocnění apod.)
Ve 12. měsících	Dítě nežvatlá reduplikované slabiky typu „ba-ba-ba“
V 18. měsících	Dítě netvoří první slovo
Po 18. měsíci	Dítě zjevně nerozumí řeči blízkých
Ve 24. měsících	Dítě netvoří 50 slov a dvojslovné věty typu „máma dá“
Po 24. měsíci	Dítě mluví velmi nesrozumitelně i pro blízké
Ve 3 letech	Dítě netvoří první trojslovné věty typu: „máma vaří kaši“
Ve 4 letech	Dítě stále mluví s gramatickými chybami
Nejpozději rok před školou	Dítě neumí správně tvořit fonémy L a R, jinak vyslovuje správně, rozumí řeči a tvoří gramaticky složité a správné věty
Nejpozději rok před školou	Dítě neumí vyslovovat sykavky, jinak vyslovuje správně, rozumí řeči a tvoří gramaticky složité a správné věty
Kdykoliv, i v raném věku	Dítě se mírně zadržává déle než 6 měsíců nebo se zadržává výrazně a často
Ve 3. a 5. roce	Doporučené preventivní screeningové logopedické prohlídky u všech dětí

Zdroj: Oravkinová, 2011

## 1.5 Prevence a raná terapie

Prevence a raná terapie se jako komponenty rané logopedické intervence úzce prolínají a při procesu stimulace velmi raných řečově komunikačních schopností dítěte můžeme mluvit o komplexní preventivně terapeutické činnosti. Raná preventivní terapie

v tomto smyslu ještě v nedávné minulosti nebyla možná. Neexistovaly terapeutické nástroje, kterými bychom dokázali tvarovat řeč velmi malých dětí.

Dnes však už máme k dispozici celou řadu terapeutických strategií, metod a technik, které umožňují práci s dítětem od nejranějšího věku. Klíčovým principem těchto strategií a metod je to, že pracují s matkou dítěte jako terapeutem a využívají přirozené hnací síly řečového vývoje. Filozofickým pozadím metod je moderní socio-pragmatická vývojová teorie, která říká, že dítě se řeč učí především přirozenou a masivní stimulací řeči matkou a sociálním prostředím během raného vývoje do 3 let. Metody terapie jsou takřkajíc rozmnoženy z normálních komunikačních interakcí dětí a jejich matek a jsou dále upraveny tak, že zesilují svůj přirozený stimulační účinek. Často jsou modifikovány tak, aby umožnily cílenou terapeutickou změnu symptomů (např. odstranění mimorální artikulaci u dětí s rozštěpem patra nebo udržení dostatečně dlouhé pozornosti na řečové pobídky u hyperaktivních dětí). Významným faktorem pro úspěšnost této preventivní terapie je právě to, že se pracuje v raném věku, tedy ve vývojovém úseku velmi citlivém na stimulaci řeči. Základní struktura intervenčního postupu je následující. Na základě rané diagnostiky se nejdříve identifikují faktory brzdící vývoj řeči dítěte a rané symptomy narušené komunikační schopnosti; vytvoří se intervenční plán; pak se realizuje edukace matky a jejího zácvičení používat stimulačních metod; následně matka aplikuje stimulaci v běžných každodenních činnostech a komunikačních interakcích s vlastním dítětem doma a výsledky této stimulace se pak vyhodnocují rediagnostikou (Oravkinová, 2010).

Taková intervence je pro rodiče velmi snadno osvojitelná a oblíbená, rodiče obvykle nemají žádné potíže s používáním metod, protože jsou převážně přirozené. Jejich používání vyžaduje minimum času navíc, protože se aplikují v běžných činnostech, denně a nepřetržitě. Taková intervence je v porovnání s jinými přístupy velmi účinná, protože je maximálně intenzivní. Raná intervence v takové podobě je pro mnohé děti neopakovatelnou vývojovou příležitostí pro stimulaci jejich řeči tak, aby opravdu doběhli své intaktní vrstevníky.

## 2 NEJČASTĚJŠÍ DRUHY NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI VYSKYTUJÍCÍ SE V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU

V předškolním věku se mohou u dětí objevit různé druhy narušené komunikační schopnosti. Mezi nejčastější patří dyslálie, opožděný vývoj řeči, narušený vývoj řeči – vývojová dysfázie, mutismus a vývojové narušení plynulosti řeči – koktavost.

### 2.1 Dyslálie

Podle Lechty (2000, s. 32) „*dyslálii lze definovat jako neschopnost používat jednotlivé hlásky nebo skupiny hlásek v komunikačním procesu dle příslušných jazykových norem.*“

Dyslálie postihuje foneticko-fonologickou rovinu mezi kterou patří fonetická úroveň, tedy neschopnost vyslovovat a fonologická úroveň, neschopnost používat.

Z terminologického hlediska je třeba upozornit i na potřebu diferencovat mezi chybnou výslovností (tj. dyslálií) a mezi nesprávnou výslovností (tzv. fyziologickou dyslálií), která je do určitého věku přirozeným fyziologickým jevem. Z vývojového hlediska rozlišujeme fyziologickou dyslálii, do 4. - 5. roku dítěte, prodlouženou fyziologickou dyslálii, do 7. roku a patologickou dyslálii, po 7. roce života. (Lechta, 1990).

Podle rozsahu klasifikujeme dyslálii universalis (zcela nezřetelná řeč), dyslálii multiplex (těžko srozumitelná řeč pro cizí osobu), dyslálii parciální (chybně vyjadřovaná jedna hláska, příp. skupina hlásek z jednoho artikulačního okruhu, např. S, C, Z (Lechta 1990).

Etiologie vzniku dyslálie může být různorodá. Podílet se na ní může dědičnost, nesprávný řečový vzor, narušené sluchové či zrakové vnímání, poškození dostředivá, odstředivých nervových drah, poruchy CNS, nesprávný postoj prostředí a jiné (Lechta, 1990).

Z hlediska pohlaví je výskyt dyslálie v poměru 6: 4 v neprospěch chlapců.

Nejčastějším druhem dyslálie je sigatizmus a rotacismus spadajících současně i k nejnápadnějším druhům dyslálií.

Sigmatismus je nesprávné a chybné tvoření sykavek, tj. hlásek c, s, z, dz, č, š, ž, ďz. Složitý a jemný artikulačních mechanismus sykavek a náročnost na výdechový proud vzduchu, sluchovou diferenciaci způsobují, že nedostatky ve výslovnosti jsou velmi časté a mají nejrůznější formy.

Artikulační náročnost hlásky R, která si také vyžaduje přesnou souhru artikulačních orgánů, vede k častým chybám, které se mohou vyskytnout ve třech formách. Mogilálie (mogirotacismus), kdy se vynechává hláska R, paralálie (pararotacismus), kdy se hláska R nahrazuje jinými hláskami, a to nejčastěji l, j, v, h, d, nebo patologická forma, kdy se hláska R tvoří na jiném, nesprávném artikulačním místě a akustický dojem je odlišný.

Pokud zkoumáme výskyt dyslálie z věkového hlediska, pozorujeme klesající výskyt chybné, resp. nesprávné výslovnosti s narůstajícím fyzickým věkem.

Nejprudší pokles lze pozorovat ve věku 5–9 let (Lechta, 1990).

Průběh odstraňování dyslálie musí být systematický a sestává ze čtyř základních etap: přípravné cvičení, cvičení motoriky řečových orgánů, fonemického sluchu. Vyvození hlásky pomocí nepřímé metody, napodobování rozličných zvuků, např. had ssss. Přímé metody, správné postavení mluvidel, práce před zrcadlem, z pomocné hlásky. Například hlásku C vyvodíme z hlásky T (šeptem vyslovujeme prodloužené tttttt a vznikne ccccccc). Fixace hlásky ve slabikách, kdy dítě opakuje vycházející hlásku ve spojení se samohláskou, např. SI, SE SA SO, SU, nejdříve samostatně, pak slabiky navzájem kombinujeme např. SI, SE, SO, jsou, ...). Dále ve slovech, vycházející hlásku trénujeme na začátku slova, na konci slova, uprostřed slova, např. kamna, opicím. Automatizace hlásky, tedy umět používat hlásku v běžné komunikaci.

Vzhledem k tomu, že naší prioritou je ukázat, jak může pedagogický zaměstnanec podporovat vývoj řeči dětí v předškolních zařízeních, budeme se věnovat jen přípravným cvičením zaměřeným na rozvoj motoriky artikulačních orgánů – rozvoj oromotoriky. Při dyslálii upřednostňujeme aktivní přípravné cvičení. Aktivní cvičení jsou zaměřena na specifika motoriky rtů, jazyka, čelisti a měkkého patra (podle toho, z jaké artikulační oblasti je nacvičovaná hláska a podle způsobu její artikulace), aby nastalo maximální přiblížení k artikulačnímu pohybu potřebnému na její vyslovení.

Například na správnou výslovnost hlásek T, D, N, L, R je nutné, aby dítě umělo zvednout jazyk na dásně těsně za horní zuby, nacvičuje se olizování horní a dolní alveoly s postupným zvětšováním čelistního úhlu (Lechta, 1990).

Podle Kutálkové (1996) se z důvodu jednoduššího nácviku využívá zrak (zrcadlo), hmat (daného místa se nejdříve dotkneme prstem nebo dřevěnou špachtlí), případně chuť (příslušné místo můžeme natřít medem, nebo povídky). Pohyb je pak spojen s větším množstvím informací a dítě si ho lépe zapamatuje. Pohyby se realizují bez hlasu, aby se zbytečně nevyvolávala představa o hláskách, které dítě ještě neumí nebo artikuluje nesprávně.

Jakmile dosáhne pohyblivost rtů, jazyka, čelisti a měkkého patra a koordinace určité hranice, dítě hlásku „objeví“ samo, to znamená, že ji začne dítě samo tvořit. Cviky provádíme nenásilnou a hravou formou. Záměrně neuvádíme, ve kterém věku by mělo dítě ten či onen pohyb zvládnout. Jsou děti, které je zvládnou bez jakýchkoli cvičení velmi brzy, jiné se je „krkolomně“ učí při reedukaci výslovnosti ještě těsně před začátkem školní docházky. Proto je důležité zjistit, co dítě umí a pomalu, nenásilně zvyšovat nároky na přesnější předvedení nebo větší rozsah pohybu. Kalendářní věk zde nehraje takovou roli jako postupné zlepšování výkonu (Kutálková 1996).

## 2.2 Vývojová dysfázie

Jsou děti, které začínají mluvit podstatně později. Mnoho z nich řekne své první vědomé slovo až kolem druhého roku. Někdy se sice první slovo objeví kolem jednoho roku, ale vývoj se zastaví na několika slovech a poměrně dlouho nepokračuje.

Tři roky se považují za hranici, kdy končí období prodloužené fyziologické nemluvnosti (Kutálková 1996). Pokud dítě nemluví ani po třetím roce nebo vypráví méně, než je v tomto věku obvyklé a stav se výrazně nemění, jde již o opožděný vývoj řeči.

Příčinou opožděného vývoje řeči může být i porucha sluchu, proto je v tomto období (od 1,5 - 3 let) potřebné vyšetřit sluch dítěte. Pokud dítě dobře slyší a reaguje na běžné slovní výzvy, ačkoli málo komunikuje nebo vůbec a nijak se neliší od svých vrstevníků, nemusíme propadat panice (Kutálková 2002).

Mezi projevy opožděného vývoje řeči řadíme nekomunikaci, dítě vypráví málo (cca aktivní slovní zásoba je 10–20 slov), kromě rodičů mu nikdo nerozumí, často se



u dětí vyskytuje porucha výslovnosti, což zhoršuje srozumitelnost, některé děti povídají v krátkých větách, ale gramaticky nesprávně (špatný slovosled, nesprávné koncovky, ...).

Mezi příčiny opožděného vývoje řeči řadí Kutálková (2005) nedostatečnou komunikaci v domácím prostředí (rodiče málo komunikují s dítětem, neodpovídají na otázky dítěte, ...), příliš pečlivou výchovu, kdy rodiče udělají vše za dítě a dítě nemá potřebu komunikovat, důsledek některé formy lehké mozkové dysfunkce, jde o drobnou poruchu v mozku – funkci nervové soustavy nebo pomalejší zrání nervových drah, dědičnost a jiné.

Základem úspěchu je, když dítě zjistí, že řeč přináší příjemné zážitky jako například pohlazení, pochvalu, splnění přání, což jsou pro dítě příjemné věci.

Zvláštním typem opožděného vývoje řeči je narušený vývoj řeči, tedy specifická vývojová dysfázie, která vzniká na podkladě poruchy CNS (Zelinková 2001).

Mikulajová (1995) definuje vývojovou dysfázie jako strukturální a systémové narušení jedné nebo více, případně i všech oblastí vývoje řeči (osvojení si forem mateřského jazyka) vzhledem k chronologickému věku dítěte.

Důležité je diferencovat mezi dyslálií a vývojovou dysfázií. Mikulajová, Rafajdusová (1993) považují za dysfatické takové dítě, které má primárně narušený vývoj řeči ve fonologické, morfologicko-syntaktické, lexikálně sémantické a pragmatické rovině, a to v impresivní i expresivní oblasti.

O vzniku těchto poruch na bázi mozkové patologie svědčí výskyt pozitivních známek v anamnéze, v aktivitě, v grafomotorice, jemné motorice a verbálně-akustické paměti. Intelektové schopnosti varíují a obvykle se pohybují v pásmu širšího průměru, s charakteristickým rozdílem mezi tzv. verbální a názorovou složkou ve prospěch názorové.

U dysfatických dětí jsou velmi časté poruchy oromotorické funkce. Nedostatečná je pohyblivost rtů, tváří, jazyka. Děti nedokáží napodobit mnohé i poměrně jednoduché pohyby a grimasy. Dyspraxie je zjevná při pokusu nafouknout tváře „jako balón“, či střídavě nafukovat jen jednu polovinu tváře, udělat „opičku“ (zasunout jazyk pod spodní ret). Více než kinestetická funkce je narušena dynamická organizace orálních pohybů. Obtíže dětem dělá zejména střídání antagonistických pohybů (protichůdných, opačných pohybů). Jazyk je obecně málo pohyblivý, dítě má potíže plynule pohybovat jazykem do koutků úst vpravo a vlevo, skoro vždy vážne elevace jazyka (dítě neumí zvednout

vyplazený jazyk směrem ke špičce nosu). To vše se ve velké míře podílí na chybné artikulaci (Mikulajová, Rafajdusová (1993).

Problémy s dynamickou organizací pohybů, jak uvádějí Mikulajová, Rafajdusová (1993) se nejvýrazněji projevují při střídání oromotorických pohybů, kdy po provedení jednoho je velmi obtížné přejít na druhý, vznikají perseverace a chybné imitace. Například v úkolech, kde za sebou následují několik jednoduchých izolovaných pohybů, jako sešpulit rty a pak se usmát, vycenit zuby a pak vypláznout jazyk, je přechod z jedné polohy do druhé trhaný. Postavení rtů zde setrvává v jedné poloze a dítě není schopno ho změnit, i když má před sebou imitační vzor. Obecně lze říci, že dysfunkce v oblasti řečové motoriky způsobují artikulační neobratnost, která zhoršuje celkovou srozumitelnost řečového projevu.

Kutálková (2002) doplňuje, že někdy dítě vnímá zvuk, přesně si ho „naprogramuje“, ale nezralá obratnost řečových artikulačních orgánů neumožní zvuk přesně realizovat (dyspraxie). Jindy jsou artikulační orgány obratné, ale podobné zvuky dítěti splývají, takže výsledek je opět nepřesný (dysgnózie). A do třetice, vše může být v pořádku, dítě dobře vnímá i napodobuje, ale jen na úrovni slabik nebo krátkých slov. Delší slova nedokáže vyslovit v přirozeném tempu (dyskoordinace).

Při terapii oromotoriky opožděného a narušeného vývoje řeči se tak vracíme k jejich primárním funkcím spojeným s dýcháním a přijímáním potravy (například dechová cvičení, nácvik sání, foukání, olizování atd.), které stimulujeme, rozvíjíme za účelem artikulace. Z hlediska rozvíjení řeči je jim třeba věnovat mimořádnou pozornost. V tomto případě lze aplikovat tzv. pasivní a aktivní cvičení.

Pasivní cvičení aplikujeme hlavně v útlém věku, resp. v těžších případech narušeného vývoje řeči, když je v popředí klinického obrazu zejména dyspraxie řečových orgánů. Jde především o masáž řečových orgánů, které je třeba začít realizovat, jakmile matka spatří odchylky vývoje řeči. Lze aplikovat masáž svalstva čelisti a úst, dráždění (lechtání) řečových orgánů, aktivizaci rtů a jazyka pomocí cukru. Jednoduchými krouživými pohyby se svalstvo řečových orgánů posiluje a aktivizuje. Děti často při příjemné masáži vydávají delší nebo kratší různě diferencované zvuky. Tím, že jejich „echo“ napodobujeme, můžeme je zafixovat, nebo často i vyprovokovat.

Aktivní cvičení při opožděném a narušeném vývoji řeči lze úspěšně realizovat skupinovou formou práce. Učitel, rodič, logoped atd. při hře předvádí dětem přiměřené

pohyby, činnosti a oni ho napodobují. Patří sem cvičení na foukání (do papíru, bublifuku, píšťalky), primárně jsou cvičení na rozvoj motoriky rtů, jazyka, čelisti a měkkého patra (Kutálková, 2002).

## 2.3 Mutismus

Mutismus (oněmění) je náhlá ztráta již vyvinuté řeči. Příčinou může být duševní úraz, úlek, velké vzrušení a podobně. Jedinec postižený mutismem má snahu dorozumívat se s druhými lidmi ukazováním apod., ale čím více se snaží, tím má větší útlum řeči. Tato porucha patří do odborné lékařské péče psychiatra (pedopsychiatra), foniatra (foniatickými metodami se vybaví hlas) a logopeda (z hlasu se logopedickým nácvikem vytvářejí hlásky, slabiky a slova). Odstraňování mutismu je velmi náročné, namáhavé a vyžaduje hodně trpělivosti (Antušeková 1995).

Mutismus může být podle Lechty (1990) psychotický u dospělých, nepsychotický u dětí.

U dětí rozlišujeme mutismus elektivní neboli výběrový, který je spojen s negativistickým postojem. Projevuje se útlumem řeči za určitých okolností a vůči určitým osobám. Příčinou je obava nebo nejistota v cizím prostředí. Vzniká většinou ve spojení se školou (i mateřskou). Dítě obvykle nemluví ve škole před učitelkou, ale venku a doma mluví bez zábran (Antušeková 1995). Dále rozlišujeme mutismus totální, kdy dítě nekomunikuje s nikým.

Moderní přístup v terapii je založen na kolektivních metodách. Základem je získat důvěru dítěte a následným navázáním přátelského vztahu se upraví i porucha řeči. Velmi efektivní jsou společenské hry, pohybové hry, karetní hry, rolové hry, divadélko, telefonování, rytmické cvičení, posilování mimických svalů, při kterých se vystupňuje emocionální zapojení dítěte do takové míry, že často „zapomene“ na řeč a spontánně se projeví zvoláním, slovem, větou, ... Na tyto projevy nereagujeme a neděláme z nich rozruch (Lechta 1990).

## 2.4 Balbuties

V raném dětství jsou projevy narušení plynulosti řeči běžné. Dítě může opakovat slova nebo fráze, dělat v řeči přestávky, měnit řeč během hovoru nebo vkládat do vět hlásky. Při vývojové neplynulosti řeči nepozorujeme nadměrnou námahu, nebo psychické napětí. Avšak běžná vývojová neplynulost může přerůst do poruchy, tzv. začínající koktavosti.

Mezi hlavní známky koktavosti řadíme zvýšenou námahu a napětí svalstva při mluvení. Dítě obvykle opakuje části slov – klony, ne celá slova (např. bu-bu-buben), prodlužuje některá slova tóny (např. kkkkkkočka) nebo někdy nedokáže slovo vyslovit (Hornáková a kol. 2005).

Příznaky balbuties podle Lechty (1990) jsou narušené dýchání (nepravidelné, povrchní, ...), narušená fonace (hlasivky jsou buď kvůli spasmu uzavřené nebo otevřené), narušená artikulace (tóny, klony), dysprozodie (monotónní řeč, případně zrychlená, kolísavé tempo), embolofrázie (různé vsuvky hm, aa, no, ...), parafráze (hledání synonymních výrazů), - narušené koverbální chování (grimasy, ...), logofobie.

Mezi příčiny koktavosti řadíme dispozice čili sklon rodičů k neurotickému chování, dědičnost, slabší typ nervové soustavy, LMD, zdravotní oslabení. Dále trauma, tedy okolnost, která přímo vyvolá poruchu, např. přecvičování leváků, nevhodné výchovné metody, rozvod, smrt v rodině.

Čím je dispozice silnější, tím menší trauma stačí, aby se dítě stalo koktavým. O balbuties hovoříme, pokud časové trvání od objevení se prvních příznaků je více než šest měsíců. Kritickým obdobím jsou tři roky, kdy dochází k prudkému zrání CNS. Koktavost postihuje více chlapce než dívky v poměru 4: 1. Dítě si neuvědomuje, že má problémy v komunikaci, nebo si to uvědomuje jen nejasně, a proto ho na ně netřeba upozorňovat (Lechta, 1990).

Při koktavosti dítěte nesmíme dítě opravovat a nutit ho, aby znovu a správně zopakovalo větu, neměli bychom dítě přetěžovat a zahrnovat ho množstvím zážitků, nesmíme dítě nutit do věcí, které jsou mu nepříjemné (recitace, spaní po tmě, ...). Dítě si své těžkosti neuvědomuje, proto nesmíme dopustit, aby si jich začalo všímat, neměli bychom dovolit, aby dítě šlo do neznámých situací nepřipravené. Je potřebné dítě dopředu na změnu připravit (např. když jde na vyšetření k lékaři, ...) (Kutálková 2005).

### 3 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE

Logopedická intervence je součástí terapií, jejímž cílem je kromě intervence poruch výslovnosti různých hlásek také podpora správného vývoje řeči, budování slovní zásoby, správná stavba vět, vypravěčské schopnosti, vše v souladu s věkem a logopedickou diagnózou dítěte.

Terapie zahrnuje také stimulaci motoriky a sensorického vnímání (hmatové, zrakové, sluchové, čichové) prostřednictvím arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie, ergoterapie či velmi oblíbenou multisenzorickou Snoezelen terapii, která se využívá pro multisenzorickou stimulaci. Je to speciálně vybavená místnost, v klidné, uvolněné a příjemné atmosféře, kde jsou smysly stimulovány hudbou, světelnými efekty, lehkými vibracemi, příjemnými vůněmi, možností polohování a bazální stimulace. Místnost slouží k relaxaci i na podporu aktivity. Snoezelen terapie je určena převážně dětem, pacientům s vývojovými poruchami, mentálním či tělesným postižením nebo vícenásobným postižením, také pacientům s poruchami chování, učení, hyperaktivitou, psychickými poruchami, autismem, poškozením CNS, mozku a chronickými chorobami (Filatová, Janků, 2010).

#### 3.1 Alternativní metody v logopedické intervenci a jejich využití

Rozvoj jednotlivých oblastí psychomotorického vývoje dítěte se buduje postupně. Je úzce spjat s rozvojem jemné motoriky, hrubé motoriky, percepce (zrak, sluch, čich, chuť, hmat), sociálním a rozumovým vývojem. Všechny tyto oblasti se vzájemně ovlivňují. Jakékoliv narušení v oblasti motoriky, působí negativně na oblast řeči, percepce, vnímání, či emocionalitu.

Stimulace by proto měla být komplexní, zaměřená na všechny oblasti osobnosti dítěte. Pokud se zaměříme na oblast hrubé motoriky, zároveň je nutné stimulovat i oblast jemné motoriky, grafomotoriky, řeči, percepčních schopností, vnímání a emocionalitu dítěte.

Během speciálně-pedagogických terapií se proto zaměřujeme na všechny oblasti vývoje dítěte. Cílem individuální speciálně-pedagogické intervence je rozvoj základních

dovedností a schopností dítěte. Je to pravidelná činnost, při níž speciální pedagog – logoped, pozitivně působí na dítě a podporuje jeho vývoj ve všech oblastech. Obsah speciálně-pedagogické intervence se individuálně přizpůsobuje možnostem a potřebám konkrétního dítěte.

Při práci s dítětem se využívají různé terapeutické postupy. Každá terapie je individuální a zvolené metody se liší v závislosti na potřebách konkrétního dítěte.

### 3.1.1 Expresivní terapie

Expresa, jiným slovem výraz, je zajímavým typem lidské aktivity, která úzce souvisí s komunikací. Člověk spontánně vyjadřuje své pocity, aktuální stavy s důrazem na formu projevu. Expresivní projev hodně naznačuje především o sobě samém, avšak své výpovědi nedokážeme mít vždy pod kontrolou. Obsah projevu je chápán spíše volněji, ale s ohledem na citový dopad.

V zahraničí jsou expresivní terapie zapracovány do léčebného procesu už dávno a mnoho terapeutů se o nich vyjadřuje pozitivně. Jejich podrobný výklad si vysvětlíme v následujících podkapitolách a budeme se snažit objasnit jejich příznivé účinky děti s narušenou komunikační schopností.

Historie expresivních terapií se začala psát v Egyptě a ve starověkém Řecku, ve kterém se umění zapojovalo do léčby mentálně postižených a s lidmi s duševními poruchami. Sedláková (2016, s. 20) poznamenává, „že umění jako součást rehabilitace lidí se skutečně začalo uplatňovat až v 18. a 19. století, kdy vznikla myšlenka uplatnit výtvarnou činnost jako terapii, a to na základě odborníků, kteří se zajímali o tvorbu lidí s duševními chorobami. V rámci toho došli k závěru, že duševně nemocní malují jinak, a charakter jejich tvorby se mění podle druhu a vývoje jejich onemocnění „.

Kromě umění měla velký vliv na lidi i hudba. Hudba byla prostředkem, kterou využívali Egypťané, Řekové a později i Arabové při různých obřadech, rituálech a k uzdravování, protože jí připisovali uzdravující účinek. Egypťané používali zajímavou terapeutickou metodu, a to tak, že nemocné naložili na loďky a plavením po řece Nil jim zněly uklidňující tóny jednoduchých hudebních nástrojů. Ještě lepším příkladem, kde se spojuje pozitivní účinek hudby na člověka, podává biblický příběh o Králi Davidovi, který říká, že léčil svou hrou na harfu depresi Krále Saula. Ve středověku hudba trochu upadla a do popředí se dostala koncem 17. století, kdy nastoupila renesance. V roce 1963

vydal jezuita Kirscher své významné dílo Phonurgia Nova, které mluvilo o hudbě a jejím příznivém účinku na tělo člověka a na jeho vnitřní fyziologické a biochemické procesy (Gerlichová, 2020).

Roky 1930 a 1940 byly pro vývoj expresivních terapií klíčové. Samotní terapeuti si začali uvědomovat, že sebevyjádření přes neverbální metody jako je kresba, hudba, tanec, dramatická tvorba mohou výrazně přispět ke zlepšení stavu těžce mentálně postižených. Bylo to i z důvodu, že tito pacienti nedokázali interpretovat své potřeby slovně a samotná léčba nepřinášela žádané výsledky (Gerlichová, 2020).

Následně se v průběhu dalších let začalo více mluvit o pozitivním vlivu umění, hudby či tance na člověka. Znamé jsou především publikace a časopisy zabývající se těmito terapiemi, a to jak o úvod do terapeutických technik od Hanusa a Mátejové.

Ze zahraničních autorů, kteří se zabývají expresivními terapiemi, můžeme zmínit Cathy A. Malchiody, Paola Knilla nebo Stephena Levina.

U nás se expresivním terapiím věnují například autoři Milan Valenta nebo Martina Gerlichová.

*Autorka Kováčová a Lištiaková (2015, s. 203), které vymezují tyto terapie „jako oblast pomáhajících profesí, v níž se prolíná působení umění a umělecké tvorby s tradičními psychoterapeutickými a pedagogickými přístupy. Jelikož ve střeoevropském kontextu zatím expresivní terapie nemají vybudovanou platformu samostatných profesí, jejich aplikace v praxi vychází z etických a profesních standardů konkrétních odborníků. Expresivní terapie, nebo přesněji jejich metody se používají v kontextu poradenství, různých psychoterapeutických směrů, speciální, léčebné, inkluzivní i obecné pedagogiky. V závislosti na teoreticko praktickému zaměření odborníků nabývají expresivní terapie konkrétní podobu, ať už se zaměřením na léčebné, podpůrné nebo výchovné cíle „.*

S touto definicí se ztotožňujeme a dodáváme, že jejich další integrace do léčebného procesu může přinést pozitivní účinky pro děti s narušenou komunikační schopností.

Vnitřní klasifikaci expresivních terapií můžeme tedy vyčlenit na základě prostředku, který využívá při práci s dítětem s narušenou komunikační schopností. Pokud jde o výtvarný projev, mluvíme o arteterapii, jestliže o hudební, tak je to muzikoterapie, pokud využíváme dramatické umění, tak jde o dramaterapii. Literární projev reprezentuje

biblioterapie a nakonec taneční prvky charakterizují taneční / pohybovou terapii (Gerlichová, 2020).

### **3.1.2 Koncept bazální stimulace**

Jeho základními prvky jsou vnímání, pohyb a komunikace. Cílem konceptu je strukturovaná stimulace smyslových orgánů a hybnosti klienta. Správně vedená stimulace umožňuje vznik nových spojení v korových oblastech mozku. Koncept vychází z toho, že centrální nervová soustava je schopná se do jisté míry adaptovat i při masivním poškození, ovšem za předpokladu, že budou korové oblasti mozku dostatečným způsobem aktivovány a stimulovány. Je určena pro děti a klienty se změnami v oblasti hybnosti a komunikace, děti s psychomotorickým zpožděním, děti s DMO, děti předčasně narozené, děti s tělesným postižením, děti s mentálním postižením, děti s vícenásobným postižením a děti se speciálními vzdělávacími potřebami. Doporučuje se už v prvních týdnech života dítěte.

Cílenou stimulací podporujeme psychomotorický vývoj dítěte, zvládnutí orientace v čase a prostoru, lokomoční (pohybové) schopnosti, vnímání vlastního těla, vnímání okolního světa, umožnění navázání komunikace, zlepšení funkcí organismu a rozvoj vlastní identity.

Koncept pracuje se základními prvky. Patří mezi ně somatická, vestibulární a vibrační stimulace a nadstavbové prvky. Jako je optická stimulace, auditivní, taktilní-habtická, olfaktorická a orofaciální stimulace (Friedlová, 2018).

### **3.1.3 Metoda fonematického uvědomování podle D. B. Elkonina**

Je originální a vědecky zdůvodněná metoda uvědomování si zvukové struktury jazyka. Je vhodná pro děti s narušenou komunikační schopností, opožděným vývojem řeči, poruchami učení a děti s odloženou školní docházkou. Její jedinečnost spočívá v tom, že dítě se učí nové věci jednak spontánně a přirozeně, a na straně druhé systematicky. Na rozdíl od tradiční analyticko-syntetické metody, formuje u dítěte základní mechanismus komunikace, čtení a psaní na základě seznámení zvukové struktury jazyka. Zajímavostí je, že metoda je vytvořena formou hry. Cílem hry je, aby dítě získalo novou představu o slově a aby učení bylo hravé.



Elkoninova metodika je rozdělena na dvě etapy.

### **Předgrafémová etapa**

Obsahuje učení o slabičné struktuře slova. Dětem se vysvětluje, že slabika je vyslovena na jedno otevření úst. V rámci dětského citu pro rytmus to děti snadno pochopí, proto se ve školkách procvičují básničky a říkanky. Stejně tak vytleskávání je velmi důležitá činnost pro fonemické uvědomování. Díky tomu později ve škole dokáží slabikovat a slabiky spojovat do slov. Komplikovanější proces je ale přechod od slabiky k hláске. Pro děti je hláska ve slově něco abstraktního, proto tato metodika zaměřuje velkou pozornost na jejich rozpoznávání. Jde o promyšlený metodický postup.

Tato etapa je tréninkem analýzy slov na slabiky, analýzy slov na fonémy, diferenciacie samohlásek a souhlásek a také diferenciacie tvrdých a měkkých souhlásek. Na označení samohlásek se používají červené kulaté žetony, na označení souhlásek žluté žetony ve tvaru čtverce. Na označení tvrdých souhlásek používají děti žluté žetony s jednou čarou, na označení měkkých souhlásek žluté žetony se dvěma čarami. Děti trénují schopnost fonémové analýzy a syntézy.

### **Grafémová etapa**

V této etapě se se slovem a hláskou pracuje systematictěji. Děti jsou s pojmy samohláska a souhláska seznámeny a dokáží je přiměřeně diferencovat. Aktivně manipulují s materiálními reprezentacemi fonémů – žetony. Analyzují slovo na fonémy, určí, zda je daný foném samohláska nebo souhláska a jakou značkou (žetonem) je možné daný foném označit. Foném, který již dítě dokáže označit grafémem, neoznačí žetonem, ale použije na její označení písmeno na kartičce. Každá skupina grafémů má své barevné označení, což dětem pomáhá identifikovat, do které skupiny probíraný grafém patří. Při práci má dítě k dispozici několik pomůcek: slabikář, žetony na označení fonémů, kartičky s probranými grafémy, plastová písmena, pomůcku „okénka“, která umožňuje změnu grafému ve slově posunutím pásu s více grafémy. Děti řeší např. úkoly, ve kterých doplňují chybějící samohlásky v hláskových schématech v slabikáři, přiřazují samohláskové schéma k obrázku apod.

V pokročilejších fázích se děti seznamují s grafémy tvrdých, měkkých a obojetných souhlásek a dvojhlásek.

V závěrečné části etapy děti zvládnou základní mechanismus čtení. Opět se zde vracejí k slabice, ale už na kvalitativně vyšší úrovni, neboť slabika je nejmenší jednotka mluvené řeči a zajišťuje plynulé čtení, nejen skládání slov z písmen.

Činnosti, které se v tomto tématu se slovy dělají, jsou zábavné a hravé a poskytují dítěti možnost získat pozitivní zkušenosti s prvním čtením (čtení odzadu, vyhledávání chyb ve slovech apod.) (Mikulajová a kol., 2016).

#### **3.1.4 EEG biofeedback**

EEG biofeedback je terapeutická metoda, která umožňuje pomocí speciálního přístroje regulaci vlastní mozkové aktivity (biologické zpětné vazby). Mозková aktivita se zobrazuje do parametrů počítačové hry a ta následně podává zpětnou informaci ve formě EEG záznamu. Žádoucí aktivita mozku je tak dlouho posilována, dokud si klient způsob regulace neosvojí.

Základem metody je operativní podmiňování. Mozek provádí určité operace, aby dosáhl cíle své motivace, v tomto případě se učí ovlivňovat vlastní aktivitu mozkových vln. Výsledným efektem je, že mozek se hravou formou naučí lépe, efektivněji a s menším výdejem energie využívat své schopnosti a kapacitu. Trvale přejde na nově naučený způsob regulace organismu, čímž se odstraní přetrvávající poruchy a problémy.

Vyšetření probíhá tak, že pro každého klienta vytvoří certifikovaný EEG biofeedback terapeut individuální tréninkový plán, na základě EEG diagnostiky. Délka terapie je individuální. Závisí na cíli terapie, věku klienta a závažnosti problému. Samotný trénink je hravý, nenásilný a bezbolestný. Pokud ho vede certifikovaný terapeut nepředstavuje žádná rizika. Nemá žádné nežádoucí vedlejší účinky.

EEG biofeedback se používá při terapii širokého spektra poruch a onemocnění, jako jsou lehké mozkové dysfunkce – porucha pozornosti, ADHD, specifické poruchy učení, poruchy řeči, poruchy spánku, emoční a afektivní poruchy, závislosti jako jsou drogy, alkohol, bolestivé stavy, migrény, tenzní bolesti hlavy, bolesti zad a další (Ptáček, 2017).

### 3.1.5 Další alternativní metody

Podle vyjádření Asociace klinických logopedů ČR se v posledních letech v České republice rozšířily diagnostické a terapeutické postupy používané u dětí a dospělých s narušenou komunikační schopností, které jsou založeny na vědecky neověřených nebo nedostatečně ověřených předpokladech, teoriích a praktikách a které jsou v příkrém rozporu s vědeckou, odbornou podstatou a správní praxí současné logopedie. Proto tyto alternativní postupy nebo prostředky nelze považovat za efektivní logopedické prostředky či postupy lege artis. Z odborného hlediska je tedy klientům a pacientům nelze doporučit nebo aplikovat tak, jako by to byly ověřené postupy nebo prostředky pro diagnostiku a terapii poruch komunikace či specifických poruch učení. Mezi takové postupy patří INPP, JIAS, Benaudira, bilaterální integrace, sensorická integrace, One Brain, Arrowsmith.

Za rizika spojená s případným použitím těchto postupů nebo prostředků, zejména za konsekvence vyplývající ze zanedbání nebo opožděného poskytnutí potřebné logopedické péče nesou odpovědnost osoby, které tyto intervenční postupy provádějí, propagují nebo používají. Zároveň osoby využívající neověřené diagnostické a terapeutické postupy podléhají kontrolnímu systému resortu, v němž svou činnost vykonávají, tedy Úřadu pro dohled nad zdravotní péčí a Státní školní inspekci. Osoby, které poskytují takové služby mimo resort zdravotnictví, školství a práce, sociálních věcí, stojí mimo garantovaný kontrolní systém a odbornost, resp. odborná úroveň péče poskytované těmito osobami je sporná (AKL, 2019).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 PEDAGOGICKÁ DIAGNOSTIKA A VYUŽITÍ ALTERNATIVNÍ METODY VLASTNÍHO NÁVRHU NA ROZVOJ ARTIKULAČNÍCH ORGÁNŮ V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU

### 4.1 Cíl a metodologie

Cílem praktické části bakalářské práce je blíže seznámit s oblastí pedagogické diagnostiky, tedy posouzení úrovně rozvoje řeči, její výslovnosti a využití nových strategií a metod při rozvoji jemné motoriky artikulačních orgánů.

Pro účely našeho šetření jsme si zvolili kvalitativní formu, a to konkrétně případovou studii.

Metoda případových studií (z anglického výrazu case study) je běžně využívaným nástrojem především v pedagogickém procesu, kdy je jejím cílem ilustrovat nebo zdůraznit jistý jev v rámci výuky. Ve vědeckém výzkumu se na však uvedenou metodu dívá spíše se skepticismem, a to zejména z důvodu nekonsistentního designu a absence systémového přístupu v metodologii výzkumu. Přesto je využívána nejen ve společenských vědách, jako psychologie, sociologie či antropologie, ale také v ekonomických vědách orientovaných na praxi a v rámci edukace budoucích manažerů.

V současnosti se ve vědecké komunitě názor na využívání případové studie jako vědecké metody posouvá téměř na opačnou stranu názorového spektra: případová studie se stává oblíbenou metodou využívanou studenty či mladými vědeckými pracovníky ve vědeckých projektech zaměřených na kvalitativní průzkum omezeného počtu podnikatelských subjektů (Rowley, 2002), v řadách konzervativnějších vědců je využívána jako doplňková metoda ke kvantitativním metodám výzkumu (Gagnon, 2010).

Metoda případových studií je oblíbená zejména pro schopnost poskytnout intenzivní pohled na vybraný společenský fenomén. Její využití je vhodné při nových oblastech výzkumu, resp. oblastech výzkumu, kde zatím neexistuje dostatek teoretických

východisek jako podklad pro exaktněji metody výzkumu. Dává odpověď na otázky „Jak?“ a „Proč?“ V přípravných fázích exploratorního (poznávacího), deskriptivního (popisného) a kauzálního výzkumu.

## **4.2 Výzkumný soubor a oblast šetření**

Oblast našeho šetření byla soustředěna do centra výchovy a péče LUPÍNEK v Rudné u Prahy.

Toto centrum bylo založeno v roce 2015 a provozuje mikrojesle, dětské skupiny, školní klub a mnoho dalšího.

Naším výzkumným souborem jsou děti ve věku 3–6 let navštěvující dětskou skupinu v centru výchovy a péče Lupínek.

## 5 VLASTNÍ ŠETŘENÍ

### 5.1 Pedagogická diagnostika v oblasti rozvoje komunikačních dovedností u dětí předškolního věku

Pedagogickou diagnostiku komunikačních dovedností může udělat učitelka v mateřské škole (MŠ) u dětí předškolního věku sama, pokud nemá možnost realizace logopedické depistáže v MŠ odborníkem, logopedem. Pedagogickou diagnostikou komunikačních dovedností si učitelka udělá přehled o výslovnosti chybných hlásek u dětí a po jistém časovém odstupu může zjistit (minimálně 3 měsíce, nejlépe po půl roce) zda se výslovnost problémových hlásek změnila.

Pro zjištění problémových hlásek je třeba postupovat podle artikulačních okruhů, tak jak je uvádíme v seznamu slov na vyšetření výslovnosti hlásek.

V tomto seznamu slov je výskyt jednotlivých hlásek nejdříve na začátku slova, uprostřed slova a pak na konci slova (například cibule, opice, válec)

Na pedagogickou diagnostiku učitelka potřebuje:

1. seznam slov na vyšetření výslovnosti hlásek, případně obrázkový materiál,
2. záznamový list (viz Záznamový list pro seznam slov – příloha 2), pero,
3. tichou a vyvětranou místnost, kde bude pedagogickou diagnostiku realizovat,
4. dvě židle – učitelka a dítě sedí tváří proti sobě, aby dítě dobře vidělo artikulační orgány učitelky,
5. diagnostiku realizuje v dopoledních hodinách (9.00 - 11.00 hod.), příp. po spánku (14.30 - 15.30 hod.).

#### 5.1.1 Metodický postup pedagogické diagnostiky

Vezmeme si seznam slov a řekneme dítěti:

*„Teď ti budu říkat slova, abych zjistila, jaký máš šikovní jazyček. Opakuj po mně.“* Každé slovo řekneme dítěti pouze jednou. Nenecháváme mu mnoho času, aby se mohlo na slovo „připravit“ a zopakovat ho. Snažíme se slova říkat plynule za sebou, aby dítě opakovalo spontánně, přirozeně a zjistili jsme jeho skutečnou úroveň výslovnosti.

Když dítě slovo zopakuje nesprávně, zaznamenáme si jeho nesprávnou výslovnost na začátku, uprostřed nebo na konci slova, podle toho, kde nastala chybná výslovnost, do záznamového archu pro seznam slov a až poté mu řekneme další slovo.

Pokud máme k dispozici obrázkový materiál řekneme dítěti:

*„Teď ti budu ukazovat obrázky, abych zjistila, jaký máš šikovný jazýček. Řekneš mi, co je na obrázku, který ti ukážu, nakreslené, co tam vidíš.“*

Dětem postupně ukazujeme obrázky. Když dítě pojmenuje obrázek chybnou výslovností, zaznamenáme si ji do záznamového archu. Učitelka si při pedagogické diagnostice hlásek může všimnout, zda dítě danou hlásku vynechává (např. rak – dítě vyslovuje ak), zda dítě danou hlásku nahrazuje jinou hláskou (např. rak – dítě vyslovuje lak), zda dítě vyslovuje danou hlásku chybně z nějakého jiného důvodu (např. vypadlé přední zuby, zkrácená jazyková uzdička pod jazykem).

Dětem obrázky nepojmenováváme, pokud dítě neumí obrázek pojmenovat, napovíme mu. Pedagogická diagnostika je časově nenáročná, trvá přibližně 5 minut.

### **5.1.2 Závěr pedagogické diagnostiky**

Kdy je vhodné vyhledat odbornou pomoc?

- 1) pokud zaznamenáme šestiměsíční stagnaci ve výslovnosti chybných hlásek
- 2) dítěte,
- 3) pokud dítě neartikuluje hlásky nebo je artikuluje chybně z vývojového hlediska podle artikulačních okruhů,
- 4) pokud je výslovnost dítěte tak narušena, že mu učitel nerozumí.

Cílem pedagogické diagnostiky není posouzení druhu a stupně narušené komunikační schopnosti (v tomto případě dyslálie), to je v kompetenci logopeda, ale jde o orientační informaci o průběhu vývoje řeči po zvukové stránce. Tato informace má z hlediska prevence velký význam.

Například i při komunikaci s rodičem, jehož dítě má potíže s výslovností, může učitel na základě zrealizované pedagogické diagnostiky doporučit odbornou logopedickou pomoc.

## 5.2 Využití alternativní metody vlastního návrhu na rozvoj jemné motoriky artikulačních orgánů v předškolním věku

Předškolní období trvá od 3. roku do 6. roku života dítěte.

Dítě je v tomto věku velmi pohyblivé, stále zaměstnané nějakou hrou, je v činnosti, je zvědavé, aktivní zkoumá své okolí, doběhne se podívat na zajímavé věci, ohlíží, dotýká se jich, ohmatává, zkoumá, pozoruje, poslouchá atd.

Hra je hlavní převládající činností předškolního věku. Prostřednictvím ní se dítě seznamuje s okolním světem, ve hře věci zkoumá, experimentuje s nimi a získává tak nové zkušenosti. Hra je nejvýznamnějším nástrojem jeho osobního vypsívání. Proto i pomůcky na rozvoj oromotoriky by měly být pro děti zajímavé a hlavně různorodé, protože jde o dlouhodobé opakování téhož pohybu. Při nácviku oromotoriky nevystačíme jen s popisem daného pohybu, ale dítěti třeba pohyb i názorně ukázat.

Učitelka jistě uvítá různé pomůcky, a to nejen ty tradiční, které může využívat v předškolním zařízení pro rozvoj oromotoriky. S pomůckami mohou děti manipulovat samostatně nebo si mohou hrát ve skupině.

Některé „tradiční“ pomůcky mohou učitelé využívat v interiéru i exteriéru a tím během celého dne nepřímo podporovat rozvoj motoriky artikulačních orgánů.

Pomůcky, které můžeme využít v mateřské škole jsou například:

- a) maňásky,
- b) med, ... - používá se na potření místa, kterého se má jazyk dotknout,
- c) logopedický koberec,
- d) logopedické kvarteto,
- e) logopedické pexeso,
- f) reálné fotografie se znázorněním pohybů,
- g) bublifuk – slouží k sešpulení rtů,
- h) vrtulky – slouží na cvičení ústní motoriky, správné dýchání, sešpulení rtů,
- i) zábavné slámky – pomáhají při souladu rtů, lící a čelisti, trénujeme nimi i špulení úst,
- j) flétna – slouží k vytvoření ústního uzávěru, zaokrouhlování rtů a správné dýchání,
- k) DVD – dítě na obrazovce vidí znázorněný pohyb,
- l) CD s písničkami, básničkami,



- m) logopedické zrcadlo – dítě dělá před zrcadlem různé grimasy,
- n) logopedické pohádky

Pohádky můžeme doplnit i o obrázkový materiál a dětem vyprávíme příběh pomocí obrázků. Pro děti je to mnohem atraktivnější. Učitel může logopedické pohádky zařadit do ranního kruhu při vítání dětí, nebo když děti leží na lehátkách a připravují se k odpolednímu spánku.

### **5.2.1 Charakteristika metody zajíček Lupínek**

Učitel ve výuce může využívat různé, nejen tradiční metody a techniky, aby zefektivnil práci ve vzdělávání dětí. Jednou je i metodika Zajíček Lupínek, která vychází z vlastní praxe a která slouží k rozvoji motoriky artikulačních orgánů u dětí.

Metodika je určena pro děti od 3. let až po mladší školní věk. Metodika se skládá ze ze tří částí. V první části se nacházejí velmi jednoduché cvičení jazyka, rtů a čelisti (jednoduché izolované pohyby), které vycházejí z přirozených pohybů dítěte. Ve druhé části jsou již cvičení zmíněných orgánů náročnější (složitější izolované pohyby). Stále zde však jde jen o jeden pohyb jazyka, rtů a čelistí, který však vyžaduje určitou zručnost daného artikulačních orgánu. Aby dítě umělo určitou hlásku vyslovovat, je nutná maximální obratnost a souhra celého artikulačních aparátu – jazyka, rtů a čelistí (například při hlásce r), jinak je výslovnost dané hlásky nesprávná. Touto souhrou se zabývá metodika v třetí části (sekvence), která je nejnáročnější. Jde o spojení dvou, tří a čtyř izolovaných pohybů postupně za sebou do plynulého sledu. V metodice jsou všechny pohyby fotograficky znázorněny. Zajíček Lupínek se skládá ze tří částí, jejichž náročnost se postupně zvyšuje:

První část – jednoduché izolované pohyby

- 10 cvičení na rozvoj pohyblivosti jazyka,
- cvičení na rozvoj pohyblivosti rtů,
- 4 cvičení na rozvoj pohyblivosti čelistí.

Druhá část – složitější izolované pohyby

- 8 cvičení na rozvoj pohyblivosti jazyka,
- cvičení na rozvoj pohyblivosti rtů,

- 2 cvičení na rozvoj pohyblivosti sánky.

Třetí část – sekvence

- 5 cvičení se dvěma sekvencemi,
- 2 cvičení se třemi sekvencemi,
- 2 cvičení se čtyřmi sekvencemi.

Efektivita třetí části:

- v prvním cvičení jde o spojení rtů a čelistí, které je důležité při artikulaci hlásek P, B, M,
- ve druhém cvičení jde o spojení rtů a rtů, které je důležité při artikulaci ostrých (C, S, Z, DZ), tupých (Č, Š, Ž, DZ) sykavek a jejich vzájemném přechodu,
- ve třetím cvičení jde o spojení jazyka a čelisti, které je důležité při artikulaci T, D, N, R, L,
- v čtvrtém cvičení jde o spojení jazyka a čelisti, které je důležité při artikulaci palatinálních hlásek Ť, Ď, Ň a hlásky J,
- v pátém cvičení jde o spojení jazyka s jazykem, které je důležité při artikulaci hlásky L,
- v šestém cvičení jde o spojení jazyka, rtů a čelisti, které je důležité při artikulaci tupých sykavek,
- v sedmém cvičení jde o spojení rtů, jazyka a rtů, které je důležité při předcházení vzniku specifických asimilací (přechodu ostré sykavky na tupou a naopak),
- v osmém cvičení jde o spojení rtů, čelisti, jazyka a rtů, které je důležité při artikulaci ostrých sykavek,
- v devátém cvičení jde o spojení jazyka, rtů, jazyka a rtů, které je důležité při artikulaci ostrých sykavek a hlásky R.

Sekundárně se v metodice rozvíjí grafomotorika, jejíž náročnost se poslovností úkolů zvyšuje. Tříleté děti mohou do metodiky jen čmárat a opakovat pohyb, který je vyobrazen na fotografiích. Starší děti už plní grafomotorické úkoly podle metodických pokynů.

## 5.2.2 Aplikace metody zajíček Lupínek

Metoda Zajíček Lupínek se realizuje během tří měsíců jednou týdně. Pedagogický zaměstnanec ji může realizovat v rámci rozvoje řečové výchovy.

Pracovní postup:

- 1) Navázání kontaktu při prvním sezení – volný rozhovor (jak se jmenuješ, kolik je ti let, co jste teď dělali ve třídě, ...) ve skupinové i individuální formě.
- 2) Seznámení s pracovním materiálem (pomůckami pro každé dítě) - dřevěná špachtle, měkká tužka, nálepka praváka (dětem ho nalepíme na pravou ruku, aby při některých pohybech věděli odkud mají začít cvičit).

U : „*Děti, kdo z Vás už viděl zajíčka?*“

D: Předpokládáme, že děti zajíčka viděli ať už na obrázku, nebo živého a jejich odpověď bude kladná.

U : „*Tak a dnes k vám do školky přiskákal jeden zajíček. Podívejte, tady je (ukázka zajíčka na špejli) a jmenuje se Lupínek. Chtěli byste si s ním zahrát?*“

D: Opět předpokládáme, že odpověď dětí bude kladná.

U : „*Já vám musím však něco prozradit. Tento náš zajíček Lupínek si nejraději hraje s jazýčkem, pusou a čelistmi (názorná ukázka příslušných artikulačních pohybů učitelkou). Když se unaví, vezme si tužku a něco hezkého si nakreslí. Tak co jdeme si s ním zahrát?*“

D: Očekáváme kladnou odpověď

3. jádro terapeutického sezení

1. část

- trvá 4 týdny,
- na první hodině učitel probírá a předvádí 5 pracovních listů a motivačně komentuje všechna cvičení,
- na druhé hodině se probírá 5 starých pracovních listů + 5 nových PL,
- na třetí hodině se probírá 10 starých pracovních listů + 5 nových PL,
- na čtvrté hodině se probírá 15 starých PL + 5 nových PL,
- od druhé hodiny si děti postupně podávají špejli se zajíčkem Lupínkem (nebo hračku zajíčka), přičemž již sami komentují probrané pracovní listy podle obrázků

v pracovním sešitě, co zajíček dělá a vykonávají příslušný pohyb artikulačních orgánů,

- oromotorický pohyb se opakuje třikrát,
- děti dokreslí dva pracovní listy v MŠ a tři pracovní listy jim zůstávají na domácí úkol v daném týdnu.

## 2. část

- trvá 4 týdny,
- na první hodině učitel probírá a předvádí 4 pracovní listy a motivačně komentuje všechna cvičení,
- na druhé hodině probírá 4 staré pracovní listy + 4 nové PL,
- na třetí hodině probírá 8 starých PL + 5 nových PL,
- na čtvrté hodině probírá 13 starých PL + 5 nových PL,
- od druhé hodiny si děti postupně podávají špejli se zajíčkem Lupínkem nebo hračku zajíčka, přičemž již sami komentují probrané pracovní listy podle obrázků v pracovním sešitě, což zajíček dělá a vykonávají příslušný pohyb artikulačních orgánů,
- oromotorický pohyb se opakuje třikrát,
- - zavádíme a rozvíjíme pojmy: nahoru, dolů, vpravo, vlevo (zajíček se dívá),
- - děti dokreslí dva pracovní listy v MŠ a tři pracovní listy jim zůstávají jako domácí úkol v daném týdnu.

## 3. část

- trvá 4 týdny,
- na první hodině se probírá prvních 6 pracovních listů (PL) se sekvencemi,
- na druhé hodině se probírá 6 starých PL + 1 nový PL se sekvencemi,
- na třetí hodině se probírá 7 starých PL + 1 nový PL se sekvencemi,
- na čtvrté hodině se probírá 8 starých PL + 1 nový PL se sekvencemi,
- tvorba souvětí pomocí obrázků,
- sekvence se opakují třikrát,
- děti dokreslí jeden pracovní list v MŠ a jeden jim zůstává jako domácí úkol v daném týdnu.

Všechny tyto sekvence můžeme vhodně doplnit dalšími alternativními metodami, například muzikoterapií, dramaterapií, arteterapií nebo biofeedbackem pro zpestření a atraktivitu programu.

### **5.2.3 Zhodnocení – závěr terapeutické hodiny**

Děti za práci pochválíme, připomeneme jim, co mají za domácí úkol a rozdáme sladkou odměnu, nálepku, razítko apod.

Jedna terapeutická hodina ve skupinové terapii trvá cca 25 minut; v individuální je to kratší, cca 15 minut. Metodiku může učitel realizovat se všemi dětmi ve třídě (což je efektivní i při smíšených třídách), v interiéru i exteriéru, při pobytu v přírodě, v dopoledních i odpoledních hodinách. 2krát za sebou s časovým odstupem 2 měsíců (aby si dítě odpočinulo od nácviku pohybů a mělo šanci si dané pohyby zautomatizovat).

## **5.3 Shrnutí**

Cílem praktické části bakalářské práce bylo blíže seznámit s oblastí pedagogické diagnostiky, tedy posouzení úrovně rozvoje řeči, její výslovnosti a využití nových strategií a metod při rozvoji jemné motoriky artikulačních orgánů.

Tato bakalářská práce bude využitelná především jako teoretický manuál, který identifikuje vývoj dětské řeči podle jazykových rovin, poukazuje na rizikové časové horizonty ve vývoji dětské řeči, definuje časové období vývoje hlásek, analyzuje nejčastější druhy narušené komunikační schopnosti v předškolním věku, poskytuje metodický materiál pro pedagogickou diagnostiku komunikačních dovedností v předškolním věku. Dále specifikuje pojem jemná motorika artikulačních orgánů, charakterizuje z hlediska anatomie a fyziologie artikulační orgány, poskytuje možné metody na rozvoj jemné motoriky artikulačních orgánů v předškolním věku a podrobně popisuje alternativní metodu z vlastní praxe zajiček Lupínek.

## ZÁVĚR

Člověk se nenarodí jako vzdělanec nebo umělec, ale formuje se v rodině, ve výuce, v konkrétní životní praxi. Dnešní pedagogové a vychovatelé jsou často postaveni před náročné úkoly a profesní odpovědnost. Jsou konfrontováni se situacemi a problémy, jak co nejefektivněji zorganizovat výchovně vyučovací proces, jak správně motivovat, jaké efektivní metody zvolit, na jaké postupy se zaměřit, aby děti co nejlépe zvládly samotný výchovně vyučovací proces a zároveň přiměřeně podporovaly a rozvíjely svůj individuální a osobnostní potenciál.

Profil současného i budoucího pedagoga, jeho kvalitativní růst se odvíjí od poznávání a přímého využívání různorodých vyučovacích metod, forem a prostředků. Expresivní terapie nabízí dnešnímu pedagogovi široký záběr alternativních postupů využitelných v podobě zážitku, imaginace, komunikace. S citlivým porozuměním, empatií, laskavou akceptací mu umožňuje zaměřit svou pozornost nejen na děti s narušenou komunikační schopností, kterým pomůže se zařadit se do plnohodnotného života.

Předkládaná bakalářská práce se věnovala problematice alternativních metod v logopedické intervenci a jejich využití. Jejím hlavním cílem bylo analyzovat a popsat alternativní metody v logopedické intervenci. V teoretické části práce jsme popsali základní terminologické pojmy, ontogenetický a fylogenetický vývoj řeči a nejčastější druhy narušené komunikační schopnosti u dětí předškolního věku. V dalších kapitolách jsme se věnovali logopedické intervenci a alternativním metodám.

Cílem praktické části bakalářské práce bylo blíže seznámit s oblastí pedagogické diagnostiky, tedy posouzení úrovně rozvoje řeči, její výslovnosti a využití nových strategií a metod při rozvoji jemné motoriky artikulačních orgánů.

Hlavním přínos bakalářské práce spatřujeme v možnosti jejího využití jako teoretického manuálu, který identifikoval vývoj dětské řeči podle jazykových rovin, poukázal na rizikové časové horizonty ve vývoji dětské řeči, definoval časové období vývoje hlásek, analyzoval nejčastější druhy narušené komunikační schopnosti v předškolním věku a poskytl metodický materiál pro pedagogickou diagnostiku komunikačních dovedností v předškolním věku. Dále specifikoval pojem jemná motorika artikulačních orgánů, poskytl pohled na možné metody pro rozvoj jemné motoriky

artikulačních orgánů v předškolním věku a podrobně popsal alternativní metodu z vlastní praxe zajíček Lupínek.

# SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

## Seznam použitých českých zdrojů

DITTRICHOVÁ, J., M. PAPOUŠEK, K., PAUL a kol., 2004. *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče*. Grada Publishing. ISBN 80-247-0399-8.

FILATOVÁ, R. a K. JANKŮ, 2010. *Snoezelen*. 1. vyd. Frýdek-Místek: Tiskárna Kleinwächter, ISBN 978-80-260-0115-7.

FRIEDLOVÁ, K., 2018. *Bazální stimulace® pro ošetřující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy (praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách)*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-907-0531-9.

GERLICOVÁ, M., 2020. *Muzikoterapie v praxi*. Praha. Grada. ISBN 978-80-247-4581-7.

KEJKLÍČKOVÁ, I., 2011. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2835-3.

KEJKLÍČKOVÁ, I., 2016. *Vady řeči u dětí: návody pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3941-0.

KLENKOVÁ, J., 2006. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1110-9.

KUTÁLKOVÁ, D., 1996. *Logopedická prevence*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-115-0.

KUTÁLKOVÁ, D., 2002. O dětské řeči. Není ti rozumět – Dyslalie. In: *Rodina a škola*. Roč. 49, č. 4. ISSN 0231-6463-21.

KUTÁLKOVÁ, D., 2005. *Vývoj dětské řeči krok za krokem*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1026-9.



MIKULAJOVÁ, M., M. NOVÁKOVÁ, M. SCHÖFFELOVÁ, O. TOKÁROVÁ a A. DOSTÁLOVÁ, 2016. *Trénink jazykových schopností podle D. B. Elkonina. Předgrafémová a grafémová etapa*. 2. přeprac. a doplněné vydání. Školské poradenské zařízení Centrum Rozum V.O.S., Praha – východ. ISBN 978-80-260-8261-3.

PLEVOVÁ, I. a R. SLOWÍK, 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2968-8.

PTÁČEK, R. a M. NOVOTNÝ, 2017. *Biofeedback v teorii a praxi*. Praha-Grada. ISBN 978-80-247-5694-3

VITÁSKOVÁ, K. a A. PEUTELSCHMIEDOVÁ 2005. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1088-5.

ZELINKOVÁ, O., 2001. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-544-X.

#### **Seznam použitých zahraničních zdrojů**

ANTUŠEKOVÁ, A., 1995. *Preventívna logopedická starostlivosť*. Bratislava: SPN. ISBN 80-08-00868-7.

GAGNON, Y.C., 2010. *The Case Study as Research Method: a Practical Handbook*. Québec: Presses de l'Université du Québec

HORŇÁKOVÁ, K. a kol., 2005. *Kniha o detskej reči*. Bratislava: Slniečko. ISBN 80-969074-3-3

KAPALKOVÁ, S, a kol., 2010. *Hodnotenie komunikačných schopností detí v ranom veku*. Bratislava: Slovenská asociácia logopédov 2010. ISBN 978-80-89113-83-5.

KEREKRÉTIOVÁ, A., 2009. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského ISBN 978-80-223-2574-5.

LECHTA, V. 2000. *Symptomatické poruchy reči*. Bratislava: UK. ISBN 80-223-1395-5

- LECHTA, V. a kol., 1995. *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*. Martin: Osveta. ISBN 80-88824-18-4.
- LECHTA, V., 1990. *Logopedické repetitórium*. Bratislava: SPN. ISBN 80-08-00447-9.
- LIŠTIAKOVÁ, I. a B. KOVÁČOVÁ, 2015. *Expresívne terapie vo vedách o človeku*. Univerzita Komenského v Bratislave Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie uskutočnenej 29. januára 2015 v Bratislave
- MCCAULEY, R., 2001. *Language disorders in children*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- MIKULAJOVÁ, M. a I. RAFAJDUSOVÁ, 1993. *Vývinová dysfázia: špecificky narušený vývin reči*. Bratislava: Marína Mikulajová – Iris Rafajdusová. ISBN 80-900445-0-6.
- OLLER, D. K., 2000. *The emergence of the speech capacity*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. ISBN 0-8058-2629-7.
- ORAVKINOVÁ, Z., 2010. *Raná logopedická intervencia u detí s rúžštepom pery a podnebia*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo 2010. ISBN 978-80-10-02018-8.
- OWENS, R. E., Jr. 2008. *Language development*. New York: Pearson Education, ISBN 13: 978-0-205-52556-0.
- ROSSETTI, L. M., 2001. *Communication intervention – birth to three*. 2nd.ed. Canada: Singular. ISBN 0-7693-0093-6.
- ROWLEY, J., 2002. *Using Case Studies in Research*. Management Research News, 25 (1), 16-27. DOI: 10.1108/01409170210782990.
- SEDLÁKOVÁ, A., M. MÁGŮ, a T. HOMOLOVÁ, 2016. *Arteterapie a svět výtvarných odpovědí*. 1. vyd. - Prešov: Prešovská univerzita v Prešove. ISBN 978-80-555-1620-2.

VIHMAN, M. M., 2004. *Early phonological development*. In: Bernthal JE, Bankson NW. *Articulation and phonological disorders*. Fifth edition. Boston, USA: Pearson Education. ISBN 0-205-34790-8.

ZUBRICK, S. R., C. L. TAYLOR, M. L. RICE a D. W. SLEGGERS, 2007. *Late language emergence at 24 months: an epidemiological study of prevalence, predictors and covariates*. *Journal of Speech, Language, and Hearing*.

## **SEZNAM ZKRATEK**

MŠ	mateřská škola
NKS	narušená komunikační schopnost
PL	pracovní list

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Syndromy narušeného vývoje řeči nebo vývojové dysfázie podle Rapinové a Alenové (1996) .....	14
Tabulka 2: Vhodný termín pro první logopedické vyšetření .....	20

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora:** Vladimíra Hrdlička Lupínek

**Obor:** Speciální pedagogika – vychovatelství

**Forma studia:** kombinovaná

**Název práce:** Alternativní metody v logopedické intervenci a jejich využití

**Rok:** 2021

**Počet stran textu bez příloh:** 40

**Celkový počet stran příloh:** 0

**Počet titulů českých použitých zdrojů:** 15

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů:** 9

**Počet internetových zdrojů:** 0

**Vedoucí práce:** Mgr. Hana Jůzlová