

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky a logopedie

# **Poruchy řečové komunikace u dětí se syndromem DMO**

*Bakalářská práce*

Autor: Lucie Vráblová

Studijní program: B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciálně pedagogická péče o osoby s poruchami komunikace

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



## Zadání bakalářské práce

**Autor:** Lucie Vráblová

**Studium:** P131313

**Studijní program:** B7506 Speciální pedagogika

**Studijní obor:** Speciálně pedagogická péče o osoby s poruchami komunikace

**Název bakalářské práce:** **Poruchy řečové komunikace u dětí se syndromem DMO**

**Název bakalářské práce AJ:** Speech communication disorders of child diagnosed with cerebral palsy

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Bakalářská práce pojednává o poruchách řečové komunikace u dětí s DMO. Teoretická část obsahuje současné poznatky o dětské mozkové obrně, vývoji tohoto onemocnění, příčinách, formách, diagnostice, možnostech terapie, také je popsána problematika poruch komunikačních schopností u dětí s DMO. V praktické části je realizována podrobná kazuistická studie chlapce s dětskou mozkovou obrnou zacílená na problematiku komunikace, dále na rozvoj jeho komunikačních schopností.

DVOŘÁK, Josef. Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]. 3. dopl. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007, 248 s. Logopaedia clinica. ISBN 978-809-0253-667.

KAŇOVSKÝ, Petr, Martin BAREŠ a Jaroslav DUFEK. Spasticita: mechanismy, diagnostika a léčba. 1. vyd. Praha: MAXDORF, 2004, 423 s. ISBN 80-734-5042-9.

KRAUS, Josef. Dětská mozková obrna. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, c2005, 344 s. ISBN 80-247-1018-8.

LECHTA, Viktor. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. Vyd. 1. Překlad Jana Křížová. Praha: Portál, 2003, 359 s. ISBN 80-717-8801-5.

ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. Klinická logopedie: [terminologický a výkladový]. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, 615 s., viii s. barev. obr. příl. Logopaedia clinica. ISBN 978-807-3673-406.

**Garantující pracoviště:** Katedra speciální pedagogiky,  
Pedagogická fakulta

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

**Oponent:** PhDr. Miroslava Javorská, Ph.D.

**Datum zadání závěrečné práce:** 27.1.2015

## **Prohlášení**

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

V Hradci Králové, dne 28. 3. 2016

.....

## **Poděkování**

Děkuji doc. PaedDr. Karlu Neubauerovi, Ph.D. za cenné rady a informace, které mi ochotně sdělil v průběhu zpracování této práce.

## **Anotace**

VRÁBLOVÁ, Lucie. *Poruchy řečové komunikace u dětí se syndromem DMO*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2016. 59 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce je zaměřena na poruchy komunikace u dětí s DMO. V teoretické části je vymezena dětská mozková obrna, její etiologie, formy, přidružená postižení a možnosti léčby a edukace dětí s DMO.

V praktické části je realizována případová studie chlapce s dětskou mozkovou obrnou. Je doplněna poznatky z pozorování logopedické terapie pod vedením školní a klinické logopedky a chování ve školním prostředí.

Cílem této práce je srovnání využívaných metod při logopedické terapii s informacemi uvedenými v odborné literatuře a jejich zhodnocení u jednoho konkrétního případu.

**Klíčová slova:** dětská mozková obrna, poruchy komunikace, vývojová dysartrie, logopedická terapie

## **Annotation**

VRÁBLOVÁ, Lucie. *Speech communication disorders of child diagnosed with cerebral palsy*. Hradec Králové: Pedagogical Faculty, University of Hradec Králové, 2016. 59 pp. Bachelor Thesis.

The Bachelor Thesis is focused on communication disorders of children with cerebral palsy. The theoretical part deals with cerebral palsy, its etiology, forms, associated disabilities, treatment options and education of children with cerebral palsy.

The practical part examines a case study of a boy suffering from cerebral palsy. It is supported by findings gathered from observing a speech therapy sessions led by a school and clinical speech therapist as well as behavior in a school environment.

The aim of this thesis is a comparison of methods used in speech therapy with the information provided in academic literature and their subsequent evaluation in a particular case.

**Key words:** cerebral palsy, communication disorders, dysarthria, speech therapy

# Obsah

Úvod.....	9
I. Teoretická část .....	11
1. Dětská mozková obrna.....	11
1.1 Formy DMO.....	12
1.1.1 Formy spastické .....	12
1.1.2 Formy nespastické .....	16
1.2 Postižení přidružená k DMO.....	18
1.3 Léčba DMO.....	19
1.4 Edukace dětí s DMO .....	22
2. Poruchy řečové komunikace u osob s DMO .....	24
2.1 Jazyk, řeč, mluva, mezilidská komunikace, řečová komunikace.....	24
2.2 Vývoj řeči u dětí s DMO .....	26
2.3 Vliv DMO na jazykové roviny.....	27
2.4 Poruchy řeči spojené s DMO .....	28
3. Dysartrie.....	30
3.1 Vývojová dysartrie .....	30
3.1.1 Typy vývojové dysartrie .....	31
3.1.2 Diagnostika vývojové dysartrie .....	32
3.1.3 Terapie vývojové dysartrie .....	33
3.2 Získaná dysartrie .....	36
3.2.1 Typy získané dysartrie .....	36
3.2.2 Terapie získané dysartrie .....	38
II. Praktická část .....	40
4. Teoretické vymezení praktické části.....	40
4.1 Cíl práce .....	40
4.2 Použité výzkumné metody .....	40

5. Případová studie.....	43
6. Záznam z pozorování.....	49
6.1 Pozorování ve třídě .....	49
6.2 Průběh logopedické terapie ve škole.....	50
6.3 Průběh terapie u klinického logopeda.....	52
7. Zhodnocení terapeutického postupu .....	54
Závěr .....	56
Seznam použitých zdrojů.....	57
Seznam obrázků.....	59



## Úvod

Lidský život je od začátku do konce ovlivňován nespočtem okolností, událostí, příležitostí či zkušeností. Vývoj zdravého jedince může být na první pohled jednodušší, zdravý člověk může snáze dosahovat svých cílů a žít dle svých představ a přání. Oproti tomu se životní cesta člověka s postižením či závažným onemocněním může jevit jako komplikovaná a plná překážek. Všichni jsme však součástí lidského společenství, v němž se z principu očekává jistá sounáležitost. Má-li být tato sounáležitost smysluplná a efektivní, je nutno si vzájemně porozumět a to v celé šíři významu tohoto slova. Je nutné pochopit alespoň obecné okolnosti našich životů, včetně základních souvislostí ovlivňujících míru znevýhodnění lidí s postižením či lidí nemocných, a zároveň hledat možnosti porozumění ve vzájemných vztazích.

Sociální interakce patří zpravidla k základním znakům kvalitního prožívání života. Aby mohl člověk v lidské společnosti smysluplně fungovat a dle své vůle se do ní začlenit, je třeba, aby se ve vzájemném vztahu s dalšími lidmi domluvil, aby byl schopen formulovat a sdělovat své myšlenky, názory, postoje či potřeby a aby rozuměl sdělením a postojům druhých. Prostředkem tohoto sdělování a porozumění je komunikace, přičemž verbální komunikace vyjadřovaná řečí je pak jedním z klíčových nástrojů. Schopnost komunikovat patří k základním aspektům ovlivňujícím naplňování lidských potřeb ve všech jejich úrovních a to u všech lidí bez ohledu na jejich jinakost v jakémkoliv ohledu; v kontextu mé práce také u lidí se zdravotním postižením či závažným onemocněním, konkrétně pak s diagnózou dětské mozkové obrny.

S ambicí podpořit lidi s tímto syndromem v prožívání kvalitního a plnohodnotného života považuji za důležité orientovat se v problematice tohoto postižení, jeho projevech a vyplývajících omezeních a také v možnostech terapie směřujících k jejich zmírnění. S ohledem na poruchy řečové komunikace, které mohou být součástí obrazu dětské mozkové obrny, je pak nutné se zaměřit také na specifika odborné logopedické péče.

V rámci svého studia, absolvování praxí i v osobním životě jsem měla opakovaně možnost setkat se s dětmi s diagnózou dětské mozkové obrny, jejich rodiči, učiteli i odbornými pracovníky. Měla jsem příležitost sledovat, do jaké míry působí poruchy řečové komunikace na jejich život, jak se s těmito omezeními a překážkami vyrovnávají a co jejich snahy o zkvalitnění komunikačních dovedností ovlivňuje v pozitivním

i negativním slova smyslu. S ohledem na tuto svou zkušenost jsem si pro svou bakalářskou práci zvolila téma „Poruchy řečové komunikace u dětí se syndromem DMO“.

Problematika dětské mozkové obrny a souvisejících poruch a postižení je velmi obsáhlá, neboť její projevy jsou rozličné – od primárního postižení hybnosti, až po zásadní problém v oblasti komunikace. Strukturu teoretické části své bakalářské práce jsem proto pojala jako obecné shrnutí základních informací o dětské mozkové obrně, specifikách poruch komunikace, které z tohoto syndromu vyplývají a blíže jsem se zaměřila na vývojovou dysartrii, která je pro něj typická a v souvislosti s ním nejčastěji zmiňována.

Obsahem praktické části je případová studie chlapce s dětskou mozkovou obrnou. Pro co nejdetailnější přiblížení jeho stavu je popsána jeho diagnóza, osobní, rodinná a školní anamnéza a jeho chování doma i ve škole. Další část je zaměřena především na jeho poruchy komunikace, a to z pohledu školního i klinického logopeda, představeny jsou cíle logopedické terapie a metody, které jsou při ní použity. Tato fakta doplňuji vlastními výstupy z pozorování, které jsem absolvovala při několika hodinách školní logopedie, sezeních u klinické logopedky a při školním vyučování. Zároveň uvádím své postřehy z osobních setkání s ním, jeho rodinou v jemu přirozeném prostředí.

# I. Teoretická část

## 1. Dětská mozková obrna

Pro dostatečné pochopení problematiky poruch řečové komunikace u dětí s dětskou mozkovou obrnou (dále DMO) je nutné tento syndrom definovat a dále stručně shrnout jeho základní projevy, formy, přidružená postižení a možnosti léčby.

Dětskou mozkovou obrnu řadíme mezi nejčastější neurovývojová onemocnění. Je neprogresivním, ne však neměnným postižením vyvíjejícího se mozku (Kraus 2005).

Vzniká na podkladě prenatálního, perinatálního či časně postnatálního poškození vyvíjejícího se mozku. DMO postihuje 2 až 5 dětí z 1000. Více než polovina dětí se závažnějším postižením je ze skupiny nedonošených dětí, a to především novorozenců s váhou pod 1500 gramů (Komárek, Zumrová 2000).

Z hlediska etiologie je DMO velmi různorodou skupinou. Klenková (2000) uvádí tyto příčiny:

- prenatální – infekce matky v prvním trimestru těhotenství, krvácení matky v začátku těhotenství, anoxie, oběhové poruchy, Rh – inkompatibilita, rentgenové, radiové či nukleární záření, nedonošenost či přenošenost plodu atd.,
- perinatální – abnormální porod, překotný porod, protahovaný porod (může dojít k hypoxii až asfyxii), množství analgetik a anestetik atd.,
- postnatální – infekce CNS (encefalitida, meningitida), rané infekce plicní a střevní, úrazy hlavy.

Za rizikové faktory vzniku DMO můžeme také považovat rodinnou zátěž, degenerativní onemocnění, těhotenství ve vyšším věku, opakované potraty apod. Poškození nezralého mozku vyvolává dle Klenkové (2000, s. 26) „*teprve souhrnné působení několika škodlivých činitelů při současném oslabení celého organismu. DMO vzniká kombinací více příčin a projevuje se více následky.*“

Rozhodujícím obdobím, kdy dochází k poškození mozku, je doba nitroděložního vývoje, porod a dva až tři měsíce (popřípadě rok) po něm. Poškození mozku

v tomto období se projevuje poruchami hybnosti, řeči i psychiky, které se liší od poruch, které vznikají následkem poškození mozku vyvinutého (Klenková 2000).

Příznaky DMO jsou velmi různorodé, pacient má problémy s jemnou i hrubou motorikou, mohou se u něj objevovat mimovolní pohyby (např. kroutivé pohyby rukou, neovladatelné pohyby úst), přítomen může být motorický neklid, nedostatečná soustředěnost, nedokonalé vnímání, impulzivní reakce, psychické výkyvy a vady řeči. Nejvíce příznačným projevem jsou však poruchy svalového tonusu nebo svalové koordinace (Fischer, Škoda 2008).

Hlavním projevem DMO je porucha hybnosti. Klenková (2000) uvádí tyto typy:

- spasticita – trvalé zvýšené napětí svalstva centrálního původu, dochází k ní poškozením v motorické oblasti a v mozgovém kmeni;
- hypotonie – snížené svalové napětí, dochází k ní poškozením mozečku, mimokorových oblastí a míchy;
- dyskineze – projevuje se mimovolními pohyby, vzniká poškozením různých oblastí mimokorové šedé hmoty, poruchami bazálních ganglií.

## **1.1 Formy DMO**

Kraus (2011, str. 222) uvádí dělení „*podle anatomické topografie postižení (mono-, hemi-, di-, kvadruparetická forma) nebo podle patofyziologického typu hybné poruchy (spastické a nespastické formy: s dyskinezemi, dystoniemi, hypotonií, ataxií)*“.

### **1.1.1 Formy spastické**

Spastické formy DMO vznikají poškozením centrálních motorických neuronů. Motorická část mozkové kůry je složena ze šesti vrstev pyramidových neuronů. Ty mají tvar buňky s bohatě se větvícím apikálním dendritem. Neurity pyramidových neuronů v povrchových vrstvách kůry spojují různě vzdálené oblasti kůry, nevychází však mimo oblast kůry. Neurity neuronů páté vrstvy vstupují do bílé hmoty hemisfér koncového mozku a vrůstají do vzdálených struktur (bazálních ganglií, mozkového kmene, thalamu, atd.). Toto uspořádání se označuje jako pyramidová dráha.

Mezi základní charakteristické znaky spastických forem DMO se řadí porucha aktivní volní hybnosti, svalová hypertonie a stereotypní pohyby. Spastické formy tvoří asi 60 % forem DMO (Fischer, Škoda 2008).

### **Forma diparetická**

Diparetická forma je nejčastější ze všech forem DMO. Příčinou je poškození mozku v oblasti temenního laloku a to v důsledku předčasných porodů a nezralosti plodu. Čím větší je poškozená oblast, tím větší je rozšíření diparézy (Fischer, Škoda 2008).

Diparetická forma DMO se projevuje postižením obou dolních končetin, typická je spastická hypertonie. Postižení může být symetrické i asymetrické (diparéza s pravou či levou orientací) (Fischer, Škoda 2008).

Vývoj dětí s tímto postižením není v prvních měsících, kromě snížené pohyblivosti, nijak nápadný – pohyb hlavy i rukou často odpovídá věku. Diparéza způsobuje, že vývoj pohybu dolních končetin zůstává na úrovni zdravého dítěte ve čtyřech měsících. Když se dítě začíná převalovat (okolo šestého měsíce), na rozdíl od zdravého dítěte tento pohyb neprobíhá šroubovitě, ale tak, že tělo následuje hlavu. V šesti měsících jde tedy již zřetelně poznat diparetický vývoj. Prognóza v tomto případě závisí na včasném zahájení terapie, začne-li mezi 4. a 6. měsícem, je léčba pohybových poruch většinou úspěšná (Vítková 2006).

Dítě většinou chodí, začíná však s chůzí až mezi třetím a pátým rokem. Dolní končetiny se díky spasmu adduktorů mohou vtáčet dovnitř a při chůzi se kolena mohou křížit přes sebe. Pokud dítě chodí, je jeho chůze nemotorná a obtížná, možná za pomoci berlí nebo druhé osoby. V nejhorších případech dítě nechodí vůbec (Fischer, Škoda 2008).

Přidružení epilepsie není příliš běžné, často se však objevuje strabismus a problémy se zrakovou percepcí obecně. Intelektové schopnosti jsou většinou zachovány, normální či hraniční intelekt mají 2/3 těchto dětí (Kraus 2005).

### **Forma hemiparetická**

Hemiparetická forma DMO vzniká v 75 % z prenatálních příčin, téměř čtvrtina dětí se rodí předčasně. Malformace mozku jsou přítomny u více než 8 % takto narozených dětí. Postnatální příčiny jsou u 10 % dětí, u 1/4 – 1/3 je etiologie neobjasněna.

Tato forma postihuje více chlapce a mírně převažuje pravostranné postižení (Kraus 2005).

U této formy DMO je zvýšené svalové napětí na pravé či levé polovině těla, často výrazněji na horní končetině (Fischer, Škoda 2008).

Od 5. měsíce se dítě snaží přetočit se z polohy na zádech na břicho, a to přes postiženou stranu. Při otáčení chybí vzpřímení na předloktích, takže postižená ruka zůstává pod bříškem. Při přetáčení na břicho se dítě víc opírá o zdravou polovinu těla a zůstává na straně s postižením v podepření na předloktí se staženými lokty – tato poloha odpovídá věku 3 měsíců zdravého dítěte. Od této chvíle zaostává postižená strana za zdravou, je ve svém vývoji blokována a bez terapie nelze dosáhnout dalších vývojových stupňů. Při jednostranném vývojovém postižení je důležité navodit správný pohybový vzor pro pozdější vzpřimování ještě před tím, než se dítě začne vzpřimovat, tedy mezi 4. a 5. měsícem. Při včasném zavedení terapie je možné dosáhnout symetrického senzomotorického vývoje. Mezi další projevy hemiparetické formy ve vývoji můžeme zařadit uchopování předmětů pouze rukou na zdravé straně (nesprávně vykládáno jako časné praváctví či leváctví), asymetrické plazení, apod. (Vítková 2006).

Při pozitivním i negativním vzrušení se u dítěte zvyšuje svalový tonus, což má za následek znesnadnění či úplné znemožnění rychlých pohybů a narušení jemné motoriky. Je velmi důležité dítě nestresovat (Fischer, Škoda 2008).

Opatřilová (2003) uvádí výskyt postižení dominance ruky. Dítě upřednostňuje ruku, která je více funkční před tou, která je dominantnější. Vzniká tak tzv. vynucené praváctví či vynucené leváctví.

Nejvýznamnější komplikací hemiparetické formy DMO je epilepsie, ta se vyskytuje u 27 – 44 % pacientů. Mentální retardaci je možné nalézt u 18 – 50 % pacientů, souvisí s výskytem epilepsie (při mentální retardaci je epilepsie častější) (Kraus 2005).

Renotiérová (2004) zmiňuje také **formu oboustranně hemiparetickou**. Tato forma má za následek postižení všech čtyř končetin, čímž je hybnost velmi omezena. Děti s touto formou většinou nechodí, obtížně pohybují horními končetinami a jsou odkázány na pomoc jiných osob.

## **Forma kvadruparetická**

Kvadruparetická forma je nejzávažnější formou DMO. Vzniká jako následek poškození rozsáhlých částí senzomotorické oblasti kortexu. Příčiny kvadruparézy jsou prenatální faktory (malformace mozku), nízká porodní hmotnost, infekce CNS (Fischer, Škoda 2008).

U kvadruparetické formy je postiženo celé tělo – hlava, trup i všechny čtyři končetiny. Hlava je v tzv. opistotonickém postavení, trup je ohnutý dozadu v důsledku zvýšeného svalového napětí. Paže bývají převážně ohnuté a jednostranně natočené, ruce jsou zařaty v pěst. Nohy jsou natažené nebo ohnuté, objevuje se vnitřní rotace nohou a jejich chybné postavení. Mezi hlavní znaky tedy patří postižení jemné i hrubé motoriky a přítomnost ortopedických vad (Vítková 2004).

Těžké formy kvadruparézy jsou patrné už v novorozeneckém věku, a to kvůli absenci primárních reflexů (otevření úst, sací a polykací reflex atd.). Dokud chybějící sací reflex znemožňuje přijímání potravy, děti musí být krmeny sondou. Dále je již v prvních týdnech života nápadné natažení dolních končetin, ohnutí rukou, konstantní opistotonické držení hlavy (prohnutí dozadu) a narušení spontánní pohyblivosti v důsledku těžké hypertonie (Vítková 2006).

I u středně těžké kvadruparetické formy je vývoj odchýlný, a to od tří měsíců – dítě v poloze na bříšku nezvedne hlavu, ruce jsou nataženy dozadu a nohy a kyčle jsou ohnuté. Protože se v tomto období očekává vzepření na předloktí s pevným držením hlavičky, je již kvadruparéza patrná (Vítková 2006).

Dítě se dále pokouší vzpřimovat a pohybovat. Protože nemá k dispozici jiné vzory než ty odchýlné z předchozího období, jeho snaha se proměňuje ve fixování chybného vzoru, což má za následek skoliotické držení páteře, asymetrii hlavy a obličeje a luxaci kyčle. Mezi další příznaky můžeme řadit špatnou motoriku rukou (špatný úchop), opistotonické držení hlavy, vysoké napětí obličejových svalů (tonické otevření úst), nadměrný slinotok, poruchy příjmu potravy (v důsledku pomalého polykání, snížené schopnosti žvýkání a špatné motoriky jazyka) (Vítková 2006).

Dále je velmi ztížen vývoj řeči, dochází k dysartrii až anartrii, narušené je i vnímání. Následkem může být strach z pohybu a prostoru. Kvadruparetickou formu doprovází i další postižení, především mentální retardace, smyslové vady a epilepsie (Fischer, Škoda 2008).

Prognóza je velmi nepříznivá, nejvíce postižené děti ve vývoji neopustí neonatální stupeň (Kraus 2005).

### **1.1.2 Formy nespastické**

Pro nespastické formy DMO je typická absence svalového napětí. Poškození v mozku, která způsobují tyto formy, se projevují mimo pyramidovou dráhu. Pro cílenou volní motoriku je důležité korové motorické centrum. Motorická kůra má somatotopickou reprezentaci jednotlivých skupin kosterního svalstva – jednotlivým svalům tedy odpovídá určitá oblast kůry. Bez motorické kůry by nebyl možný úmyslný pohyb, bez nižších oblastí mozku (bazální ganglia, retikulární formace) by nebylo možné jeho přesné řízení. Při konání pomalých, ustálených motorických programů se uplatňuje spolupráce kůry s bazálními ganglii, po jiné dráze, která zahrnuje mozeček, se připravují programy pro pohyby úmyslné a rychlé (Fischer, Škoda 2008).

#### **Forma hypotonická**

Hypotonická forma bývá ve starší literatuře označována jako ataktická nebo cerebelární. Není to forma příliš běžná (tvoří 6 % forem DMO) a postihuje především vnímání rovnováhy a tzv. hlubokou citlivost. U dětí s touto formou je patrná špatná pohybová koordinace a nestabilní chůze s chodidly daleko od sebe (Fischer, Škoda 2008).

Kraus (2005) uvádí v souvislosti s příčinami hlavně prenatální faktory (u 1/4 prokázány, u 2/5 pravděpodobné) a působení genetických faktorů.

Při hypotonické formě DMO je motorika dítěte velmi omezená. Dítě se pohybuje velmi málo, popřípadě jen bezvládně leží či sedí, a to z důvodu velmi sníženého svalového tonusu. U menších dětí s touto formou se vyskytuje zvýšená pohyblivost v kloubech (dolních i horních končetin, páteře). Dalším příznakem může být tzv. intenční tremor, tedy třes provázející pohyb (např. při snaze uchopit předmět).

Už po narození je evidentní svalová hypotonie, chybí reflexy nutné pro příjem potravy (novorozenci musí být krmeni sondou). Ve 3. měsíci dítěte chybí aktivní pohyb a cílený oční pohled (častý je výskyt horizontálního nystagmu). Ve stejném období se začíná projevovat psychomotorická retardace. Postupně se vyskytují další projevy, jako např. třes, oslabená hybnost jazyka, problémy se sliněním, kousáním a polykáním,



těžké poruchy řeči. Dítě začíná chodit až mezi 3. a 7. rokem, chůze je však velmi pomalá a trhavá (Fischer, Škoda 2008).

### **Forma dyskinetická**

Ve starší literatuře se můžeme setkat s jinými názvy této formy – extrapyramidální, atetóza, dyskineticko-dytonická, atetoidní forma. Příčinou dyskinetické formy je poškození mozku v oblasti bazálních ganglií, tedy extrapyramidové dráhy. Ta se podílí na řízení pohybů člověka. Poškození bazálních ganglií vyvolává pohybový chaos, který se projevuje nepotlačitelnými pohyby (Fischer, Škoda 2008).

Dyskinetická forma tvoří cca 10 % případů DMO. Z příčin převažují perinatální faktory (2/3), následují prenatalní faktory (1/5) a jen malá část jsou faktory postnatální nebo nezjistitelné. Příčiny mohou být tedy např. předčasný porod, hyperbilirubinemie, hypoxie, asfyxie. Dva základní rizikové faktory, tedy hyperbilirubinemie a hypoxie, se většinou kombinují (Kraus 2005).

Pro dyskinetickou formu DMO jsou charakteristické mimovolní pomalé kroutivé pohyby, které postihují obvykle ruce, nohy, případně celé horní a dolní končetiny. V některých případech mohou být postiženy také svaly tváře a jazyka, což se projevuje grimasami, žmoulavými pohyby úst, mlaskáním apod. Množství těchto pohybů bývá ovlivněno stresem (Fischer, Škoda 2008).

Kraus (2005) rozlišuje dvě podskupiny dyskinetické formy DMO – hyperkinetickou a dytonickou. Rozdíl mezi nimi je v tom, že zatímco u hyperkinetické podskupiny jsou nejvíce nápadné neúčelné mimovolní pohyby, pro podskupinu dytonickou jsou typické náhlé změny svalového tonusu; dytonické případy jsou častější. Je možné se vzácně setkat i se smíšenou dytonicko-hypertonickou formou.

Vývoj dyskinetické formy je velmi pozvolný a nenápadný. Novorozenci bývají většinou hypotoničtí, zvýšené svalové napětí je patrné až kolem druhého měsíce. Mezi první příznaky patří nadměrné otevření úst a neschopnost vydržet v jedné poloze. Symptomy se plně rozvíjejí až mezi 1. a 3. rokem, kdy se objevují mimovolní pohyby končetin. Jejich rozsah je různý – je možné pozorovat malé záškuby i rozsáhlé pohyby celé poloviny těla (Fischer, Škoda 2008).

Kraus (2005) jako časté komplikace uvádí zrakové problémy (třetina dětí má strabismus) a problémy s jemnou motorikou (obzvláště psaním). Fischer (2008)

doplňuje přidružení poruch sluchu a poruch polykání. Mentální retardace a epilepsie se u této formy DMO vyskytují zřídka.

## 1.2 Postižení přidružená k DMO

**Mentální retardace** je stav, pro nějž je příznačné celkové snížení intelektových schopností, které je vrozené, resp. vzniká v průběhu vývoje dítěte a je často doprovázeno poruchami adaptace. Vývoj je opožděný, s čímž souvisí omezené možnosti vzdělávání a sociální přizpůsobivosti a obecně tedy obtížnější zapojení jedince do společnosti (Jankovský 2006).

Dle 10. revize MKN se mentální retardace dělí na lehkou (IQ 50 – 69), středně těžkou (IQ 35 – 49), těžkou (IQ 20 – 34), hlubokou (IQ dosahuje maximálně 20), jinou mentální retardaci (nelze ji přesně určit kvůli přidruženým smyslovým a tělesným postižením, poruchám chování či autismu) a nespecifikovanou mentální retardaci (jedince není možno pro nedostatek znaků přesně zařadit) (Vítková 2004).

Mentální retardace je častou přidruženou poruchou u dětí s DMO. Kotagal (1996) uvádí, že přibližně třetina z nich je v pásmu středně těžké až těžké mentální retardace, třetina v pásmu lehké mentální retardace a poslední třetina má intelekt odpovídající průměru běžné populace. Nejtěžší mentální retardace provází kvadruparetickou a atonickou formu DMO, nejméně dětí s postižením intelektu má atetoidní a hemiparetickou formu DMO.

**Epilepsie** provází DMO poměrně často. Jako o nemoci o ní hovoříme v případě, kdy dochází k opakovaným epileptickým záchvatům. Při nich se objevuje několik klinických příznaků – poruchy vědomí, příznaky motorické (křeče, ztráta svalového napětí), somatosenzorické (zvonění v uších, světelné záblesky), vegetativní (zvracení, pocení, bolest hlavy) a psychické (Jankovský 2006).

Kotagal (1996, s. 150) uvádí, že *„epileptické záchvaty různého typu postihují kolem 50 % pacientů s DMO.“*

U dětí s DMO se mnohdy setkáme se **smyslovými poruchami**. Mnoho dětí trpí zrakovými obtížemi, a to např. tupozrakostí, refrakčními vadami, šilhavostí, rychlými mimovolními pohyby očí či slabozrakostí. Někdy je možné tyto poruchy korigovat

pomůckami nebo operací. Zejména u dyskinetické formy se pak vyskytují poruchy sluchu (Jankovský 2006).

Děti s těžšími formami DMO (především kvadruparetickou formou) provází také **poruchy somatického růstu** – tyto děti tělesně neprospívají, ojedinělá není ani atrofie končetin na postižené části těla (Jankovský 2006).

Jankovský (2006) dále popisuje přítomnost **ortopedických obtíží**. Mezi nejběžnější patří zkrácení Achillových a kolenních šlach, což brání v chůzi, deformace kyčelních kloubů a skolióza.

Poměrně časté jsou **poruchy příjmu stravy a polykání**. Obtíže mohou spočívat ve zvýšení kousacího reflexu a vystrkování jazyka z úst, v poruše koordinace žvýkání a polykání, v gastroezofageálním refluxu. Projevy zahrnují nadměrné slinění, kašel, aspirace, abnormální dýchání, nekoordinované či chabé sání, slabou schopnost oboustranného uzávěru, nedostatečné pohyby jazyka a čelistí a odmítání tuhé stravy (Menkes, Sarnat, Maria 2011).

### **1.3 Léčba DMO**

Je třeba zdůraznit, že v současnosti neexistuje kurativní léčba DMO, je možné pouze ovlivnit její příznaky, abnormalita však bude u dítěte přetrvávat. Lze kompenzovat oční vady, zmírnit projevy epilepsie apod. Je nutné sestavit takový léčebný program, aby byl co nejvíce zmírněn nepříznivý stav a dítěti bylo umožněno vyvíjet se co nejlepším způsobem (Kraus 2005).

Léčba dětí s DMO vyžaduje vždy komplexní přístup – týmovou práci. Je nutná spolupráce rodiny, odborných lékařů, fyzioterapeutů, psychologa a speciálních pedagogů. Důležitou roli hraje především včasnost zahájení léčby, s tou je třeba začít již při prvních projevech abnormality v kojeneckém věku (Vítková 2006).

#### **Vojtova metoda reflexní lokomoce**

Vojtova metoda reflexní lokomoce je jednou z nejrozšířenějších metod při rozvoji hybnosti u dětí. Základem této metody jsou dva pohybové prvky – reflexní plazení a reflexní otáčení. Cílem terapie je vývoj napřimování až po dosažení bipedální chůze dítěte. Podle Václava Vojty jistý podnět vyvolává řadu reakcí, které jsou základem pro vývoj vzpřimování. Tento typ terapie je ryze fyzioterapeutický,

nedochází u něj k přesahu do logopedické oblasti (jako u některých jiných metod), je však pro dítě s postižením velmi důležitý, protože předpokladem pro rozvoj komunikačních schopností je rozvoj hybnosti u dítěte (Klenková 2000).

### **Metodika manželů Bobathových**

Manželé Karel a Berta Bobathovi vytvořili souhrnný koncept pro léčebnou péči o děti s postižením mozku, především pro děti s DMO (Vítková 2006).

Jejich metoda obsahuje prvky fyzioterapie, ergoterapie a logopedie a vychází z předpokladu, že pohybové obtíže dětí s DMO jsou způsobeny vlivem abnormálních tonových reflexů a hlubokých šíjových reflexů, které dítě kvůli poruše CNS nemůže překonat. Když se tyto reflexy podaří utlumit (inhibovat), může se rozvinout normální motorika a je možné vytvořit základní vzory důležité pro běžný pohyb. Při této metodě je důležitá spolupráce rodičů, navíc (oproti Vojtově metodě) i větší zapojení samotného dítěte (Klenková 2000).

### **Petöho terapie**

Petöho terapie je zaměřena na podporu pohybu u dětí s DMO. Jde o metodiku odvozenou z logopedie. Provádí se individuálně nebo ve skupině dětí při vykonávání každodenních činností se slovním a rytmickým doprovodem a využitím různých pomůcek (stoličky, židle, kroužky, hůlky). Do tohoto procesu jsou zapojeni také rodiče, navíc je nutná spolupráce dítěte – je vyžadováno, aby dítě pracovalo pouze se slovním vedením. To je důvod, proč je terapie obtížně využitelná u malých dětí (Klenková 2006).

Vzhledem k zaměření obsahu terapie na činnosti související s režimem dne, je evidentní, že cílem je především samostatnost a soběstačnost dítěte (Jankovský 2006).

### **Kabatova metodika**

Kabatova metodika pracuje s diagonálami – v úhlopříčných rovinách je prováděn pohyb proti maximálnímu odporu (Jankovský 2006).

Tato metoda však vyžaduje spolupráci dítěte, proto se u malých dětí s DMO nevyužívá, je možné využít ji u dětí předškolního věku (Klenková 2006).

## **Orofaciální regulační terapie**

Orofaciální regulační terapie (metoda Castillo-Morales) je specializovaná reflexní metodika zaměřená na orofaciální oblast, totiž na činnost obličejových svalů, polykání a řečový projev. Hlavními prostředky této metody jsou tah, tlak a vibrace v obličejové a orofaciální oblasti. Tato metodika využívá dráždění tzv. motorických bodů v oblasti obličeje, které působí na aktivaci příslušných svalů, s nimiž je dále pracováno (Neubauer 2011).

## **Ortopedická léčba**

U pacientů s DMO je primární léčba pohybová a neurologická, ortopedická léčba přichází na řadu ve chvíli, kdy se už pacient nezlepšuje cvičením a jeho svalová nerovnováha při spasticitě mu nedovoluje posunout se v terapii dále (do vyššího pohybového stadia), nebo je-li třeba zabránit dezaxacím, sublucacím a luxacím kloubů. Nejvyšším cílem ortopedické léčby je umožnění stání, chůze a samoobsluhy dítěte. Nejvíce operačních výkonů se tedy provádí na dolních končetinách.

Je nutné zdůraznit zásadu komplexnosti s využitím všech dosažitelných prostředků, rehabilitačních i ortopedických pomůcek, tedy i ortopedického operačního léčení jako pomocné taktiky pro účelně pokračující rehabilitaci (Schejbalová 2005).

## **Relaxace a hra**

*„Relaxaci rozumíme využití takových technik a postupů, které navozují stav tělesného a psychického uvolnění.“ (Opatřilová 2005, s. 121)*

Využíváme ji v celém edukačním procesu, zvláště po cílených intervencích, kde očekáváme spolupráci a pozornost klienta. Je možné při ní využívat prostor relaxačních koutů a místností, měkkých podložek a matrací, relaxačních vaků, vodních postelí, přikrývek, polštářků apod. Pro dotvoření klidné atmosféry je nutné příjemné světlo, případně relaxační hudba.

Hrou získáváme informace různého druhu. Při aktivní hře se účelně využívá mozek, je také zapojeno smyslové vnímání. Hry mohou být pasivní, aktivní, můžeme při nich procvičovat části těla (hra s končetinami), stimulovat smysly (zrak, sluch, hmat), jemnou motoriku apod. (Opatřilová 2005).

## **Fyzikální terapie**

*„Fyzikální terapie je v případě dětí s DMO chápána jako doplněk základní léčebné metody, kterou je léčebná tělesná výchova. Z prostředků fyzikální terapie je nejčastěji využívána magnetoterapie a fototerapie biolaserem.“ (Brauner 2005, s. 221)*

Jankovský (2006) uvádí další typy fyzikální terapie, a to různé druhy masáží, elektroléčbu, léčbu ultrazvukem, léčbu světlem, teplem, vodoléčbu a balneoterapii.

## **1.4 Edukace dětí s DMO**

*„Děti s DMO vyžadují ucelenou, komprehensivní rehabilitaci, jejímž cílem je dosažení optimálního začlenění do života, dosažení co nejvyššího stupně socializace postiženého.“ (Klenková 2000, s. 66)*

Jesenský, kterého cituje Jankovský (2006), člení ucelenou rehabilitaci podle zaměření, jednotlivých institucí a prostředků, které jsou při ní používány, na čtyři hlavní složky: rehabilitaci léčebnou, pracovní, sociální a pedagogickou.

### **Raná péče, předškolní vzdělávání**

Školní edukace dětí s DMO musí být rozšířena o ranou podporu (raná péče, raná pedagogická podpora, včasná intervence). Je nutné ji zahájit co nejdříve – při prvních projevech postižení nebo prokázání rizikových faktorů, které by mohly postižení způsobit. Diagnostika i raná péče je u nás poskytována ve specializovaných poradnách (např. SPC) (Klenková 2000).

Od jednoho roku (někdy již od osmi měsíců) jsou děti s DMO zařazovány do rehabilitačních stacionářů, kde je jim poskytována lékařská, psychologická a fyzioterapeutická péče, od tří let se jí účastní také logoped a učitelky mateřských škol. Děti po třetím roce zde mohou nadále zůstat a navštěvovat mateřskou školu až do zahájení školní docházky. Další možností předškolního vzdělávání je integrace do mateřské školy v místě bydliště či zařazení dítěte do speciální třídy nebo speciální mateřské školy pro tělesně postižené děti. Při zařazování dítěte s DMO do mateřské školy je nutné brát ohled na specifika, která z jeho postižení vyplývají – je tedy nutné posoudit úroveň motoriky, intelektu, komunikačních schopností, pozornosti, vnímání a oblast emocionálně-volní. Tuto diagnostiku a poradenskou činnost

(navíc také např. podklady pro integraci) poskytují speciálně pedagogická centra (Klenková 2000).

Jankovský (2006) zdůrazňuje důležitost zařazení dítěte s DMO do mateřské školy, případně denního stacionáře, a to z důvodu pozitivního dopadu na toto dítě v mnoha oblastech – rozvoj jeho osobnosti, podpora socializace apod. V rámci zařazování do některého z typů předškolního vzdělávání je však nutné pamatovat na specifika jeho postižení, a to především na možnosti dítěte v oblasti motoriky, komunikace, pozornosti, paměti a úrovně intelektu a schopností z těchto oblastí plynoucích.

S nástupem dětí do školy souvisí školní zralosti. Jedná se o diagnostický proces, ve kterém je posuzována zralost v oblasti somatické, rozumové, sociální, pracovní a emocionální, samozřejmě s ohledem na postižení dítěte. Vyšetření školní zralosti u dětí s DMO by mělo zahrnovat nejen vyjádření psychologa a speciálního pedagoga, ale také dětského neurologa, pediatra, popřípadě i rehabilitačního lékaře a ortopeda (podle typu a rozsahu postižení). Pro úspěšnou školní edukaci je velmi důležité komplexní a odborné posouzení reálných možností dítěte (Jankovský 2006).

### **Povinná školní docházka**

Při zařazování dítěte do základní školy je nutné brát v úvahu více faktorů – především typ jeho postižení, klinické příznaky, kombinace s dalšími postiženími, přítomnost mentálního postižení a další. Dítě může být integrováno do běžné základní školy, vzdělávat se ve speciální třídě při běžné škole (skupinová integrace) nebo, v případě, že žák potřebuje specifickou intenzivní péči odborníků a vybavení rehabilitačními, kompenzačními a učebními pomůckami, které není možné zajistit na běžné základní škole, dítě navštěvuje školy samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením (Jankovský 2006).

Žáci s mentální retardací se vzdělávají ve školách praktických nebo speciálních (Švarcová 2011).

## 2. Poruchy řečové komunikace u osob s DMO

Děti se syndromem DMO tvoří velmi nápadnou skupinu mezi dětmi s postižením, a to nejen kvůli somatickým odchylkám a poruchám motoriky, ale také pro těžce narušenou komunikační schopnost. Jejich řeč je zhoršena v důsledku postižení motoriky a také dalších projevů DMO (Lechta 2002).

### 2.1 Jazyk, řeč, mluva, mezilidská komunikace, řečová komunikace

Pro uvedení do problematiky poruch řečové komunikace je důležité definovat základní pojmy, které s nimi souvisí, a to jazyk, řeč a mluvu, komunikaci a v neposlední řadě i řečovou komunikaci.

#### Jazyk

Neubauer (2010, s. 9) definuje jazyk jako *„základní systém lidské komunikace, který je prakticky realizován mluvenou řečí nebo písmem, nebo i manuálním způsobem (např. znakový kód neslyšících osob).“*

Podle Klenkové (2006, s. 27) je jazyk *„soustava zvukových a druhotných dorozumívacích prostředků znakové povahy, schopná vyjádřit veškeré vědění a představy člověka o světě a jeho vlastní vnitřní prožitky.“*

Jazyk je společenským jevem. Rozlišujeme jazyk jako schopnost ovládat a užívat symbolický vyjadřovací systém, jazykovou kompetenci (k mateřskému nebo cizímu jazyku) od řeči jako reálného užívání, tedy aktualizace této schopnosti (Klenková 2006).

Jazyk má svůj slovník, gramatická a syntaktická pravidla. Je výrazem vnitřní činnosti člověka, může být však předán (nejčastěji mluvou) okolí (Neubauer 2010).

#### Řeč, mluva

*„Řeč je praktickou zvukovou realizací jazyka, zahrnuje motorické činnosti jako dýchání, fonaci (tvorbu hlasu) a artikulaci (tvorbu hlásek) v oblasti artikulačních orgánů neboli mluvidel.“* (Neubauer 2010, s. 10)

Řeč je typicky lidskou schopností. Jde o vědomé užívání jazyka ve všech jeho formách, slouží člověku k předávání pocitů, přání, myšlenek. Tato schopnost nám není vrozená. Rozlišujeme zevní řeč (realizována mluvními orgány) a vnitřní řeč (záležitost mozku



a jeho hemisfér, rozumí se tím chápání a vyjadřování myšlenek pomocí slov). Řeč souvisí s kognitivními procesy a myšlením (Klenková 2006).

Pro zdůraznění faktu, že vyjádření jazykového obsahu myšlenkové činnosti je prováděno pomocí motoriky mluvidel, užíváme termín **mluva** (Neubauer 2010).

### **Mezilidská komunikace**

Mezilidská komunikace má za cíl vzájemné sdělování a dorozumění. Specificky lidská verbální komunikace je realizována mluvenou orální řečí nebo psaným projevem. Pro doplnění obsahu slovního sdělení jsou důležité prostředky neverbální komunikace (např. mimika, gesta) a v projevu psaném využíváme symboly (např. číslice) (Neubauer 2010).

Komunikace ovlivňuje rozvoj osobnosti a je důležitá v mezilidských vztazích. V nejobecnějším smyslu slova je možné ji chápat jako interakci, tj. vzájemné a oboustranné ovlivňování mezi dvěma a více systémy (Klenková 2006).

Komunikaci v obecné rovině chápeme jako proces výměny informací. Ten tvoří čtyři vzájemně se ovlivňující prvky:

- komunikátor – osoba sdělující, zdroj informace;
- komunikant – příjemce informace;
- komuniké – obsah sdělení;
- komunikační kanál – cesta sloužící k předávání informací.

### **Řečová komunikace**

*„Řečová komunikace je proces, v němž jsou mezi účastníky předávány informace, zahrnuje motivovaný záměr, výběr prostředků a jejich užití – dále příjem informace, její zpracování, rozumění obsahu a tvorbu odpovědi.“* (Neubauer 2010, s. 9)

Řečová komunikace je komplexní proces, na kterém se účastní tři typy předpokladů: vrozené mentální předpoklady pro užívání jazyka, předpoklady získané učením (aktivní komunikace člověka s prostředím) a faktory působící v komunikační situaci (Neubauer 2010).

## 2.2 Vývoj řeči u dětí s DMO

Dětská mozková obrna ovlivňuje vývoj dítěte od jeho samotného počátku. Děti s DMO mají již v kojeneckém věku potíže s dýcháním a sáním, jejich pláč je málo pronikavý, patrná může být zvýšená nosovost. Klidné broukání, pudové žvatlání a hra s končetinami a mluvidly se objevují vzácně. Dále je možné pozorovat zaostávání některých orálních reflexů, jiné naopak přetrvávají déle, než je obvyklé. Objevují se problémy s příjmem a zpracováním potravy, tedy se žvýkáním, polykáním, koordinací pohybů čelisti, rtů a jazyka. Objevují se nesprávné pohybové vzory v orofaciální oblasti, které si dítě dlouhodobým užíváním fixuje a automatizuje. V případě, že je dítě v prvních měsících života živeno nasogastrickou sondou, nedostává dostatek podnětů k procvičování různých funkcí úst. Je tedy možné, že bude mít omezenou či narušenou funkci mluvidel (Kraus 2005).

Na vývoj řeči mají vliv vnější a vnitřní faktory. Mezi vnitřní faktory řadíme např. závažnost postižení CNS, úroveň intelektu, stav smyslových orgánů a funkčnost orofaciální motoriky (Kraus 2005).

Jako vnější faktory, které ovlivňují vývoj řeči, Klenková (2000) uvádí prostředí a výchovu, dostatečné množství a přiměřenost řečových projevů a správný řečový vzor.

Na vývoj řeči má vliv i kombinace s dalšími postiženími, např. se smyslovým postižením, epilepsií nebo mentálním postižením (Kraus 2005).

Vývoj řeči u dětí s DMO bývá obvykle omezený, v lepším případě opožděný. Lze říci, že děti s touto diagnózou začínají mluvit později než děti zdravé. Celkový vývoj řeči je narušen v důsledku omezeného pohybu, omezeného senzomotorického učení a smyslového postižení. Je možné setkat se u těchto dětí s verbalismem, kdy děti některé výrazy běžně užívají, neznají však jejich význam. Narušený vývoj řeči se projevuje celkově menší aktivní i pasivní slovní zásobou. Významný rozdíl je mezi schopnostmi vyjadřovat se a porozumět – ta není většinou narušena (Kraus 2005).

Celkově lze tedy říci, že vývoj řeči u dětí s DMO je velmi vážně narušen a má nepříznivé důsledky na celý psychický rozvoj.

### **2.3 Vliv DMO na jazykové roviny**

Projevy poruch řečové komunikace jsou zjevné ve všech jazykových rovinách, tedy v rovině lexikálně-sémantické, morfologicko-syntaktické, foneticko-fonologické i pragmatické.

Lechta (2002) uvádí specifika v jednotlivých rovinách:

#### **Rovina lexikálně-sémantická**

Příčinou omezeného rozvíjení lexikálně-sémantické roviny je především omezená možnost motoriky vzhledem k aktivnímu získávání poznatků o prostředí. Negativní vliv může mít i narušená formální stránka řeči, která může bránit rozvíjení stránky obsahové.

V těžších případech DMO se objevuje verbalismus. Tvorba pojmů je ochuzena, protože děti nemohou přiměřeně zapojovat všechny smysly. Často jsou tedy jejich pojmy nepřesné, nebo děti neznají jejich význam. Mezi další potíže můžeme zařadit problémy s vybavováním slov a omezenou slovní zásobu.

#### **Rovina morfologicko-syntaktická**

Gramatická stránka řeči je nejvíce postižena v případech, kdy je k DMO přidružena mentální retardace.

Mezi projevy patří chybná tvorba vět, vyjadřování se v holých větách (někdy i jednoslovných), idioglosie (osobitá řeč dítěte, která je pro ostatní, kromě nejbližších osob, nesrozumitelná).

#### **Rovina foneticko-fonologická**

Omezený či opožděný vývoj výslovnosti je u dětí s DMO velmi obvyklý, a to vzhledem k narušení motoriky (spasticita, mimovolní pohyby). Častá je artikulace s využitím patologických pohybů, narušená schopnost automatizace řeči (vytváření mluvních celků) a snížena schopnost fonematische diferenciace.

#### **Rovina pragmatická**

Ačkoli u dětí s DMO obvykle existuje komunikační záměr, omezená motorika a oromotorika tvoří vážnou komunikační bariéru. To se může projevit i na vztahu

mezi matkou a dítětem, a to z důvodu absence reakcí dítěte na chování matky, zvláště v jeho raném věku.

## 2.4 Poruchy řeči spojené s DMO

DMO vzniká v nejranějších fázích vývoje dítěte, projevuje se poruchami hybnosti, smyslovými poruchami a poruchami zasahujícími do vývoje vyšší nervové činnosti, řeč je tedy poškozena na různých úrovních a v různém rozsahu. Komplikovanost projevů poruchy řečové komunikace u dětí s DMO je dána také hloubkou a umístěním léze (Klenková 2006).

Lechta (2002) uvádí, že spektrum poruch řeči u dětí s DMO je velmi různorodé, neexistuje všeobecný klinický obraz. Navíc je řeč velmi proměnlivá, a to v důsledku např. momentálního stupně spasticity, dyskineze, různých poloh těla a množství podnětů z prostředí. Na vzniku poruch řeči u dětí s DMO se podílí mnoho příčin, a to především poruchy motoriky, mentální retardace, poruchy sluchu, epilepsie.

Děti s DMO a mentální retardací mají narušenou i obsahovou stránku řeči. Naproti tomu děti s dobrým intelektem většinou dobře rozumí, potíže jim nedělá stránka obsahová, ale formální, tedy výslovnost (Škodová 2003).

Klenková (2006) uvádí, že vzhledem k postižení svalstva řečových orgánů, jsou postiženy i jednotlivé složky mluvního projevu, tedy dýchání, fonace, artikulace, plynulost a koordinace mluvního projevu.

**Poruchy dýchání** (respirace) se vyskytují u spastických i nespastických forem DMO. Při formách spastických je dýchání křečovitě a mělké, výdechový proud je nedostatečný, nevytváří se znělá řeč – výdech nestačí k vytvoření delších mluvních celků. U formy dyskinetické je narušena koordinace dýchacích svalů, dýchání je narušeno mimovolnými pohyby – dítě je schopno jen krátkých prudkých výdechů.

**Poruchy tvorby hlasu** (fonace) můžeme nalézt u většiny těžších forem DMO. Hlas je tichý, nevýrazný (dysfonický až afonický), při větším úsilí může být tlačенý a nadměrně hlasitý. Časté stahy hrtanového a hltanového svalstva způsobují změnu zvuku hlasu, může znít huhňavě.

**Poruchy modulačních faktorů** se projevují různě narušeným tempem, silou a výškou, dále přízvukem výrazně snižujícím srozumitelnost řeči.

**Poruchy artikulace** (člámkování) se objevují v důsledku poškození hybných funkcí svalstva mluvidel.

Kvůli přítomnosti poruch v těchto oblastech se u dětí s DMO můžeme setkat s těmito poruchami řečové komunikace:

**Dysartrie** je nejtypičtější porucha řeči u dětí s DMO. Blíže se jí věnuji ve 3. kapitole.

**Opožděný vývoj řeči** se u dětí s DMO může a nemusí vyskytovat, záleží na celkovém motorickém vývoji dítěte. Je patrná omezená možnost napodoby, a to zejména v motorické oblasti. Schopnost napodobit viděné pohyby mluvidel a slyšené hlásky je dána konkrétními možnostmi dítěte. I v případech, kdy dítě správně zvuky rozliší, je pro něj velmi obtížné zvuk napodobit, neboť nemá dostatečně osvojené příslušné pohyby mluvidel. Obsahová stránka řeči bývá u dětí lépe zachována (Škodová 2003).

Někteří autoři uvádí, že **koktavost** se u dětí se spastickou formou dětské mozkové obrny objevuje častěji než u zdravých dětí. Je však těžké odlišit spasmy způsobené DMO od spasmů, které jsou typické pro koktavost (Lechta 2002).

**Rinofonie (huhňavost)**, případně huhňavý charakter řeči, se objevuje především u pyramidové a bulbární formy DMO. Je způsobena velofaryngeální insuficiencí v důsledku nedostatečné inervace vela (Škodová 2003).

**Dysfagie (porucha polykání)** je u dětí s DMO častá, a to kvůli narušenému polykacímu reflexu. S tím úzce souvisí zvýšený slinotok. Hypersalivace může mít několik příčin, např. nesprávný ústní uzávěr, jazyk vysunutý vpřed, neschopnost udržet hlavu ve správném postavení apod. (Klenková 2006).

**Narušené koverbální chování** je dáno celkovým stavem motoriky. V komunikaci většinou působí rušivě, můžeme zmínit např. chudou mimiku, zvýšený slinotok, dyskinézy apod. Při atetózách se výrazy v obličeji (smích, pláč, hněv, údiv) střídají bez vnějšího podnětu. Při hypokinetické formě jsou mimické svaly naopak bez výrazného pohybu (Škodová 2003).

### 3. Dysartrie

Dysartrie je „*porucha motorické realizace řeči na základě organického poškození centrální nervové soustavy.*“ (Neubauer 2003, s. 303)

Dysartrie zahrnuje několik typů a syndromů poruch řeči, které jsou způsobeny problémy ve svalové kontrole řečových mechanismů a řazeny do oblastí motorických řečových poruch. Při dysartrii jsou poškozeny všechny modalities motorické realizace řeči – respirace, fonace, rezonance a artikulace.

Nejzávažnější poruchu motorických řečových modalit nazýváme **anartrií**. Jde o praktickou ztrátu schopnosti verbální komunikace s okolím, neschopnost artikulované mluvy. Může být spojena s neschopností tvořit hlas – **afonií**.

Dysartrie může být spojena s poruchou polykání – **dysfagií** (Neubauer 2003).

#### 3.1 Vývojová dysartrie

„*Pojem vývojová dysartrie zahrnuje poruchy vzniklé od počátku vývoje organismu na základě organického poškození CNS dítěte. Proto je nejčastěji spojována se skupinou dětí narozených s projevy dětské mozkové obrny.*“ (Neubauer 2003, s. 306)

Vývojová dysartrie je dynamickým vývojovým procesem. Během něj vznikají trvalé i přechodné poruchy řečových schopností, a to v závislosti na zrání CNS dítěte, na jeho fyzickém stavu a stavu motorických řečových funkcí, tj. dýchání, tvorbě hlasu, artikulace a motoriky mluvidel (především jazyka, měkkého patra a retního uzávěru) (Neubauer 2003).

Vývojová dysartrie je nejčastěji zmiňována v souvislosti s DMO. Mezi další příčiny můžeme zařadit poškození mozku po úrazu, nádorové onemocnění mozku v raném věku dítěte, vrozené vady, degenerativní onemocnění CNS a infekční onemocnění mozku (Neubauer 2003).

### **3.1.1 Typy vývojové dysartrie**

Neubauer (2003) uvádí následující typy vývojové dysartrie:

#### **Spastický typ (pyramidová dysartrie)**

Vzniká při poruše centrálního motorického neuronu, je přítomen u spastické formy DMO. Řeč je narušena v oblasti cílené kontroly dýchání a velofaryngeálního uzávěru. Mezi příznaky patří narušený rytmus mluvy a činnosti rtů a jazyka, dále tvrdé křečovitě tvoření řeči se zvýšenou nazalitou. Mluvidla jsou spastická, těžkopádná a hypertonická se zpomalenou a nedokončenou kontrakcí např. patrohltanového uzávěru.

#### **Atetoidní, hyperkinetický či hypokinetický typ (extrapyramidová dysartrie)**

Vzniká poruchou jader podkorových oblastí, je přítomen u dyskinetické formy DMO. Artikulace může být nezřetelná pro žmoulavé (atetoidní) pohyby jazyka, některé hlásky jsou silně vyraženy, jiné jsou naopak slabé a nezřetelné. Při hyperkinetických pohybech je řeč až nesrozumitelná kvůli mimovolním pohybům mluvidel (ty narušují artikulaci, hrudní dýchání, tvorbu a stabilitu hlasu).

#### **Ataktický typ (cerebelární dysartrie)**

Provází poškození mozečku a jeho drah. Je následkem nádorového poškození mozečku, může se vyskytovat i u DMO. Mluva je tvořena explozivně až sakadovaně, jednotlivé slabiky a slova jsou zdůrazňována. Dalšími příznaky jsou neobratnost jazyka, časté zarážky v projevu a ulpívání v jednotlivých artikulačních postaveních.

#### **Bulbární dysartrie**

Příčinou je poškození motorických jader prodloužené míchy a hlavových nervů, které inervují řečové orgány. Vzniká častěji po úrazech a operačních zákrocích v těchto oblastech než vývojově. Porucha typu chabé obrny může být jednostranná či oboustranná. Při oboustranné poruše je často porušeno polykání a žvýkání. Řeč je narušena z důvodu poruchy realizace artikulačních pohybů.

#### **Smíšená dysartrie**

Spojuje projevy výše uvedených typů vývojových dysartrií. Vzniká při rozsáhlejších lézích či degenerativních onemocněních CNS.

### 3.1.2 Diagnostika vývojové dysartrie

Při diagnostice dítěte s poruchou CNS je nutná spolupráce mnoha odborníků – a to lékařů, fyzioterapeutů, psychologů a logopedů. Stanovení neurologické diagnózy a provedení psychologické diagnostiky psychických a kognitivních schopností dítěte poskytují základní informace pro diagnostiku tělesných a komunikačních poruch. Ta by měla poskytnout podklad pro stanovení individuálního rehabilitačního plánu (Neubauer 2003).

Cílem logopedické diagnostiky je určení druhu, příčin vzniku, průběhu a stupně narušení řečové komunikace, stanovení diagnózy a volba metod logopedické péče. Dále je možné stanovit prognózu vývoje komunikační schopnosti dítěte. Při diagnostice dysartrie u dětí s DMO je nutné respektovat jejich tělesný stav, neboť komunikační schopnosti s ním úzce souvisí (Klenková 2000).

Neubauer (2003) popisuje oblasti, na které se zaměřuje komplexní logopedické vyšetření; jsou to:

- poruchy zraku a sluchu, které by mohly ovlivnit řečovou komunikaci;
- dýchání, tvorbu hlasu a zvládání slinotoku;
- příjem stravy a polykání;
- rozumění řeči a schopnost fonematického rozlišování;
- expresivní řečové schopnosti – artikulaci, rezonanci a individuální jazykové schopnosti (gramatiku a slovní zásobu);
- hybnost mluvidel a orofaciální oblasti;
- grafomotoriku a motorickou praxi, souhyby těla a mluvidel;
- rozvoj školních dovedností podle věku dítěte.

Klenková (2000) shrnuje zásady, které je nutno dodržovat při logopedické diagnostice dysartrie, jsou to:

- vyšetření musí být všestranné, úplné;
- je nezbytné zjištění všech údajů o zdravotním stavu a vývoji dítěte (studium případu);



- je nutné zjištění všech anamnestických údajů, které souvisí s vývojem i aktuálním stavem řeči;
- vyšetření musí probíhat individuálně, na speciálně upraveném klidném místě vybaveném vhodnými pomůckami;
- je nutné dodržet zásadu vývojovosti;
- není možné provádět jen jednorázové vyšetření, logopedická diagnostika je dlouhodobá záležitost;
- je třeba volit formy, které dítě povzbudí (ne stresují);
- je důležité využívat speciálních pomůcek k vyšetření sluchového vnímání a řečového vývoje.

Neubauer (2003) uvádí využití těchto materiálů (při klinickém vyšetření dětí s vývojovou dysartrií):

- vodítka a škály pro zhodnocení vývoje řeči a komunikace dítěte;
- specializované škály pro zhodnocení schopností dětí s dysartrií;
- pomůcky pro zhodnocení výkonu ve výše uvedených oblastech.

### **3.1.3 Terapie vývojové dysartrie**

*„Terapie dysartrie nepředstavuje žádnou izolovanou činnost, ale probíhá v souvislosti s podporou dalších oblastí dětského vývoje, jako je podpora motoriky, vnímání (včetně kognitivních procesů), stejně jako vytvoření sociálního chování.“*  
(Klenková 2000, s. 59)

*„Výsledkem podpory dysartrického dítěte má být jeho komunikativní kompetence. Dítě má být schopné rovnoprávně se účastnit komunikačního procesu.“*  
(Vítková 2006, s. 120)

### **Principy logopedické péče u dětí s vývojovou dysartrií**

Při realizaci logopedické péče u dětí s vývojovou dysartrií je nutné brát v potaz tyto oblasti:

- stimulace od nejranějšího období – stimulace vitálních funkcí orofaciálního traktu je základem pro rozvoj schopnosti řečové komunikace,

- snahu o propojení práce s tělesnou rehabilitací,
- snahu o navození uvolněné stabilní polohy a relaxace při terapii řečových schopností, vitálních funkcí, příjmu stravy a dýchání,
- snahu minimalizovat souhyby těla a mluvidel, nevyvolávat pohyb mluvidel za cenu vyvolávání zvýšené spasticity těla nebo zvýšení četnosti mimovolních pohybů (Neubauer 2011).

### **Koordinace fyzioterapie a logopedické terapie**

Je dobré propojit somatickou rehabilitaci (fyzioterapii) a logopedického působení. Logoped by měl být seznámen se stavem rehabilitační léčby dítěte a měl by její výsledky využít v logopedické terapii (Neubauer 2003).

Využívány jsou tyto rehabilitační metodiky:

- Bobathova metodika;
- metodika reflexní lokomoce;
- Kabatova metodika;
- metoda Castillo-Morales;
- myofunkční terapie (Neubauer 2011).

### **Terapie řečových schopností**

Stimulace spontánních motorických řečových schopností zahrnuje:

- vytvoření a udržení očního kontaktu – ten je důležitý pro rozvoj napodobování a rozumění pokynům a komunikaci;
- rozvoj napodobování motorických činností – důležité pro zlepšení artikulačních pohybů;
- užití masáží mluvidel pro vytvoření motorického vjemu spojeného se zvukovým a obsahovým doprovodem (např. užití kruhových masáží mluvidel ve spojení s citoslovci);
- přechod od pasivních masáží k aktivnímu napodobování artikulačních pohybů se zrakovou, sluchovou a hmatovou zpětnou vazbou;
- rozvíjení fonemického sluchu (rozlišování zvukově podobných slov) a slovní zásoby s užitím obrázkového materiálu a hraček;
- spojování zvukových a slovních projevů s jazykovým obsahem;

- motivovat dítě všemi dostupnými způsoby (např. užití počítačových programů) (Neubauer 2003).

Stimulace motoriky mluvidel a artikulačních schopností dítěte by měla navazovat na stimulaci spontánních řečových schopností. Je důležité dítě vést ke zlepšení srozumitelnosti mluvy a rozvoji víceslovného projevu. Tyto postupy zahrnují:

- akceptaci a rozvoj spontánních kompenzačních mechanismů – především u těžších forem dysartrie je nutné akceptovat náhradní mechanismy tvorby hlásek (např. tvorba hlásky L s užitím pohybu čelisti pokud není vyhovující hybnost jazyka), je však třeba, aby byly tyto hlásky odlišovány od ostatních hlásek;
- užití průpravných dechových, fonačních a motorických cvičení mluvidel – tato cvičení mají především podpůrnou funkci, je možno užít je v rámci cvičení, mluvní reprodukce a čtení;
- vybavování artikulace jednotlivých hlásek – nutné mít realistické cíle a sloužit by mělo především ke zlepšení srozumitelnosti mluvy;
- rytmizační postupy – podporují dynamiku hybnosti mluvidel a zlepšují přesnost mluvních pohybů; je možno využít propojení rytmické hybnosti ruky a mluvidel, bzučáku či metronomu, rytmizovaného čtení (Neubauer 2003).

*„Proces vytváření individuálních jazykových schopností v impresivní i expresivní rovině u dítěte s vývojovou dysartrií by měl být zaměřen na podporu celkového sociálního a mentálního rozvoje dítěte.“ (Neubauer 2011, s. 296)*

Zásady tohoto přístupu:

- projevy komunikační poruchy by neměly bránit rozvoji impresivních jazykových schopností dítěte, rozvoj jeho zrakového a sluchového vnímání a kognitivních procesů, dítě by mělo absolvovat výukový školský program na úrovni svých duševních schopností a mít přiměřený sociální kontakt s okolím a vrstevníky;

- vytvoření stimulujícího komunikačního prostředí v rodině či institucionálním zařízení – je nutné zapojení dítěti blízkých osob (aktivní komunikační situace, dialog s dítětem, komentování dějů a činností kolem dítěte probíhajících, korekce mluvy dítěte);
- maximalizace komunikačního potenciálu dítěte, a to, je-li třeba, s využitím alternativní a augmentativní komunikace (psaní na počítači, obrazový materiál, komunikátory apod.) (Neubauer 2011).

## **3.2 Získaná dysartrie**

Získaná dysartrie je náhle vzniklá porucha motorické realizace řeči na bázi traumatu či onemocnění centrálního nervového systému. Příčinou může být cévní mozková příhoda, úraz hlavy, onkologické či infekční onemocnění mozku. Takto vzniklé dysartrie se mohou po náhlém vzniku a závažných projevech upravovat spontánně, obvykle je však nutná specializovaná logopedická péče. V některých případech mohou perzistentně přetrvávat (Neubauer 2003).

### **3.2.1 Typy získané dysartrie**

Získanou dysartrii je možné členit na více rozličných typů. Užívané rozdělení typů dysartrie vychází z propojení výsledků neurologické diagnostiky s obrazem poruch řečové komunikace.

Neubauer (2011) uvádí členění na tyto typy:

#### **Dysartrie flacidní či periferní (chabá)**

Tento typ je přítomen při postižení periferního motorického neuronu. Bývá součástí neurologického syndromu zvaného bulbární paralýza. Vzniká poškozením jader či mozkových nervů, které inervují řečové mechanismy. Neurologicky jsou přítomny znaky periferní parézy s atrofií postižených svalů a drobné svalové záškuby. Projevy tohoto typu dysartrie jsou výraznější u oboustranného postižení hlavových nervů, příznaky jsou především hlasově monotónní a nezřetelný projev. Poruchy motoriky jsou ovlivněny lézemi hlavových nervů, které zabezpečují činnost faciálních svalů a provádění žvýkacích a čelistních pohybů, pohybů měkkého patra a jazyka.

Mezi další časté příznaky můžeme zařadit narušené dýchání, hypernazalitu, chraptivost a poruchy polykání.

### **Dysartrie spastická či centrální**

Tato dysartrie vzniká při poruše centrálního motorického neuronu a je součástí pseudobulbární paralýzy. Poškození je v oblasti mezi prodlouženou míchou a bílou hmotou hemisfér mozku. Neurologicky jsou při něm přítomny znaky centrální parézy se zvýšením reflexů. Mezi příčiny můžeme zařadit cévní mozkovou příhodu, cévní mozková onemocnění a mnohočetná mozková aneuryzmata.

Řečový projev je pomalý a pracný, patrné je protahování slov a nesrozumitelnost delšího projevu. Dále je oslabeno dýchání.

### **Dysartrie ataktická či cerebelární (mozečková)**

Tento typ vzniká při poškození mozečku a nervových drah spojených s jeho činností. Jeho součástí jsou špatně cílené pohyby, špatná koordinace činnosti svalových skupin a celková hypotonie. Mezi příčiny patří např. roztroušená skleróza, záněty a nádory mozečku a degenerativní procesy v této oblasti.

Řečový projev je nepravidelný, slabiky a slova jsou při něm vyrážena (sakadovaná mluva). Dále se objevuje kolísání v dýchání, intenzitě hlasu a rezonanci, obtíže v rytmu mluvy a nepřesná výslovnost souhlásek.

### **Dysartrie hypokinetická (extrapyramidová)**

Vzniká v rámci hypokineticko-hypertonického syndromu, který doprovází poruchy činnosti bazálních ganglií. Svalová činnost je narušena rigiditou a akinézou svalových skupin. Bývá přítomen klidový třes a ztráta pohybových automatismů. Příčinou může být např. Parkinsonova nemoc či CMP.

Řečový projev je monotónní, někdy se objevuje počáteční pauza z důvodu ztuhlosti svalů, poté je překotný a nepřesný, objevují se palilalie (opakování slabik a slov). Dech je nedostačující a přerušovaný, hlas je velmi slabý (může se objevit i afonie).

### **Dysartrie hyperkinetická (extrapyramidová)**

Tento typ dysartrie vzniká v důsledku choreatického či atetoidního syndromu. Zahrnuje abnormální mimovolní pohyby a snížený svalový tonus, což ruší motoriku i řečový projev. Mezi příčiny můžeme zařadit např. podávání neuroleptik u citlivých osob a degenerativní onemocnění CNS.

Řeč je hlasitá, vykřikovaná, patrná je dyskoordinace s dýcháním. Tempo řeči je kolísavé, projev může být až nesrozumitelný pro neschopnost ovládat svalstvo mluvidel. Řeč je přerušována náhlými pohyby či neovladatelnými pohybovými automatismy.

### **Dysartrie smíšená**

Projevuje se periferními i centrálními parézami, které vznikají kombinací více lézí CNS nebo při degenerativních onemocněních.

### **Diagnostika získané dysartrie**

Logopedická diagnostika navazuje na výsledky neurologického vyšetření. Jejím úkolem je definovat aktuální poruchy řečové komunikace, jejich závažnost a dopad na schopnost komunikace postižené osoby.

Při diagnostice se užívá vyšetření pomocí diagnostických vodítek – škál a vyšetřovacích formulářů pro dysartrii. V současnosti je využíván materiál Test 3F – dysartrický profil, který diagnostikuje všech šest druhů dysartrie. Test obsahuje položky pro vyšetření těchto modalit: respirace, fonace, faciální svalové činnosti, diadochokineze, reflexní činnosti spjaté s polykáním, žvýkáním a kašláním, artikulace, srozumitelnosti četby a mluvy, tempa a prozodie řeči (Neubauer 2003).

### **3.2.2 Terapie získané dysartrie**

Úspěšnost péče závisí na včasném počátku terapeutického procesu. U poúrazových stavů či stavů po CMP by měl být pacient již v období postakutní péče v komunikačně kladném prostředí s dostatkem stimulů. V této fázi je velmi důležitý klinický logoped, ten může pomoci s výběrem vhodné metody komunikace a vysvětlit projevy poruchy okolí pacienta. V případě stabilizace somatického stavu pacienta s dysartrií

je třeba začít dlouhodobý proces rehabilitace řeči. Cílem terapie je maximalizace komunikačních schopností a zachování dobré kvality sociálního života.

Pro efektivní terapii je třeba využít obnovovací postupy a specializované pomůcky. Dále je nezbytné, aby byl vytvořen individuální terapeutický program se zacílením na projevy komunikačních obtíží konkrétního člověka s dysartrií.

Mezi využívané prostředky při terapii dospělých osob s dysartrií patří: ovlivnění mluvy přiměřeným svalovým tonusem a svalovou relaxací, obnovování hybnosti a svalové síly v orofaciální oblasti, modifikace dechových cvičení, modifikace fonačních a rezonančních cvičení, modifikace artikulačních cvičení, stimulace variací v prozódii řeči a jejím využití (především u větné intonace), rytmizační postupy, využití neverbální komunikace a komunikačních pomůcek u osob s přetrvávající nesrozumitelnou mluvou či anartrií a využití skupinových forem terapie (Neubauer 2011).

## II. Praktická část

### 4. Teoretické vymezení praktické části

Praktickou část mé bakalářské práce tvoří osobní případová studie zaměřená na detailní přiblížení stavu chlapce s dětskou mozkovou obrnou, zejména v oblasti řečové komunikace. Při shromažďování dat jsem vycházela z lékařských zpráv, zpráv ze speciálně pedagogických center, psychologických a logopedických vyšetření a školního vzdělávacího plánu. Dále jsem spolupracovala s oběma rodiči, třídní učitelkou a asistentkou pedagoga a cenné informace mi poskytly zejména obě logopedky (školní i klinická). Případová studie je doplněna mými výstupy z pozorování, a to ve školním prostředí a při logopedické terapii. Zároveň uvádím své postřehy z osobních setkání s ním a jeho rodinou v jemu přirozeném prostředí.

#### 4.1 Cíl práce

Cílem praktické části bakalářské práce je nastínit některé možnosti terapie vývojové dysartrie a blíže je představit v rámci studia jednoho konkrétního případu. Na popis využitého terapeutického přístupu navazuje jeho zhodnocení a srovnání využitých metod s postupy doporučenými v odborné literatuře.

#### 4.2 Použité výzkumné metody

##### Případová studie

*„Případová studie/kazuistika (z lat. casus, „případ“) je považována za metodu heuristickou (nalézající), ilustrační i verifikační (dokumentační, ověřovací). Je také chápána jako popis jednotlivých případů a může se týkat jedince, skupiny lidí nebo instituce.“* (Křováčková, Skutil 2011, s. 108)

Podle Hendla (2008) je případová studie detailním studiem jednoho případu nebo několika málo případů.

V pedagogických vědách patří případová studie k základním výzkumným metodám, protože detailní studium jednoho nebo několika případů je jedním ze způsobů, jak něčemu porozumět. Základem případového šetření je sběr skutečných dat, která se vztahují k objektu výzkumu, tedy k případu (Sedláček 2007).



Yin, kterého cituje Sedláček (2007), uvádí některé další charakteristiky případové studie:

- předmětem výzkumu případové studie je integrovaný systém s jasnými hranicemi (prostorovými i časovými);
- zkoumání probíhá vždy v reálném kontextu a za co nejpřirozenějších podmínek;
- pro získávání relevantních údajů jsou využívány veškeré dostupné zdroje.

Mezi výhody případové studie můžeme zahrnout komplexní pohled na věc, možnost data interpretovat různými způsoby (pro různé účely) a možnost výsledky využít pro další působení na osobu či skupinu. Jako nevýhodu můžeme zmínit fakt, že výsledky nejsou obecně platné, jsou těžko přezkoumatelné a mohou být z důvodu osobní zaujatosti zkreslené (Křováčková, Skutil 2011).

Rozlišujeme několik typů případových studií. Hendl (2008) uvádí typy podle sledovaného případu:

- osobní případová studie;
- studie komunity;
- studium sociálních skupin;
- studium organizací a institucí;
- zkoumání programů, událostí, rolí a vztahů.

### **Pozorování**

Podstatou pozorování je sledování a následná analýza jevů, které lze vnímat pomocí smyslů. Pozorování je výzkumnou metodou tehdy, pokud je záměrné, cílevědomé, plánované, systematické a řízené. Právě plán, záměrnost a systematickosti řadíme mezi standardní podmínky zajišťující objektivitu. Při pozorování výzkumný pracovník (na rozdíl např. od experimentu) nezasahuje do objektivní reality.

Pozorování má řadu výhod a nevýhod. Mezi výhody lze zahrnout např. fakt, že jde o nejpřirozenější a málo nákladnou diagnostickou metodu, jde o přímé sledování reálných jevů a je možné získat takto data, která nelze získat jinou technikou. Mezi nevýhody můžeme zařadit např. skutečnost, že je možné ovlivnit sledovaná

data právě přítomností pozorovatele, časovou náročnost a nižší objektivitu vyplývající z osobnosti pozorovatele (Křováčková 2011).

Pozorování je možné klasifikovat dle různých kritérií. Křováčková (2011) uvádí tato:

- přímé a nepřímé – podle toho, zda výzkumník sám pozorování provádí nebo pracuje s výsledky pozorování, které získaly jiné osoby;
- zúčastněné a nezúčastněné – podle toho, zda je výzkumník součástí pozorované skupiny nebo sleduje pozorované jevy jen zvenčí;
- skryté a zjevné – podle toho, zda si jsou pozorované osoby vědomy toho, že jsou předmětem výzkumu;
- krátkodobé a dlouhodobé – podle délky časového úseku, během kterého pozorování probíhá;
- strukturované a nestrukturované – podle toho, zda jsou pozorované jevy zařazovány do předem stanovených kategorií;
- standardizované a nestandardizované.

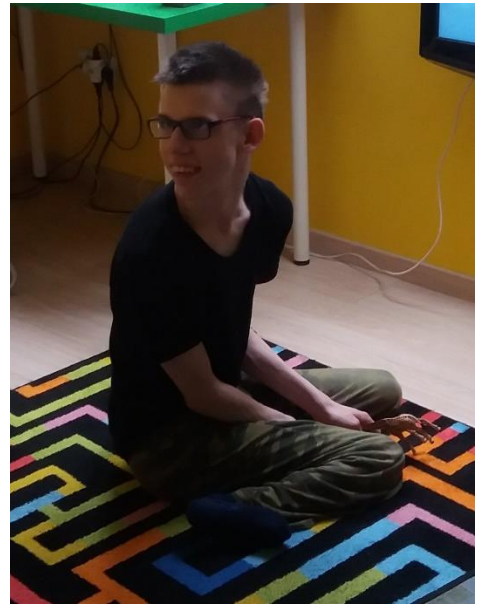
## 5. Případová studie

**Jméno:** Matěj

**Věk:** 17 let

### Diagnóza

Dětská mozková obrna – kvadruparetická forma (prevalence na dolních končetinách), horní hranice středně těžké mentální retardace, kongenitální oční vada (na levé oko nevidí – jen světlocit, na pravé oko vidí – s brýlemi), epilepsie (užívá medikaci, 5 let bez záchvatů)



Obrázek 1: Matěj

### Osobní anamnéza

Matěj je z druhého těhotenství matky. Těhotenství bylo komplikované (opakované krvácení), narodil se ve 26. týdnu, z důvodu porodních komplikací byl kříšen. Ve druhém týdnu jeho života nastaly další zdravotní potíže, v důsledku kterých podstoupil několik operací. Jeho zdravotní stav vyžadoval po dobu prvních tří měsíců života pobyt v inkubátoru. Matěj nebyl kojen. Dle slov matky i údajů v lékařských zprávách byl záhy patrný opožděný psychomotorický vývoj.

Od raného dětství je Matěj v péči neurologa, ortopeda, očního lékaře, později i logoped. Rehabilitace probíhala taktéž od dětství, nejprve v nemocnici, poté v dětském rehabilitačním stacionáři, doma s ním cvičila matka, a to Vojtovu i Bobathovu metodu. Momentálně Matěj má zajištěnu rehabilitační péči ve škole – 1x týdně individuální léčebná tělesná výchova, 1x týdně fyzioterapie. Dále dochází do stacionáře na magnetoterapii. Nosí ortopedické ortézy a ve škole jej denně staví to vertikalizačního stojanu (na 30 až 45 minut).

Matěj v minulosti absolvoval dva rehabilitační pobyty v lázních. Rehabilitační program trval vždy jeden měsíc a zahrnoval léčebnou tělesnou výchovu v bazénu i v tělocvičně, ergoterapii, koupele, motomed, masáže, termoterapii (teplé jodobromové obklady) i logopedii. Dle údajů v závěrečné zprávě i podle sdělení rodičů vedla tato intenzivní rehabilitace ke zlepšení fyzické kondice, uvolnění spastických svalů, protažení zkrácených svalů a k dosažení vzpřímenějšího sedu.

## **Rodinná anamnéza**

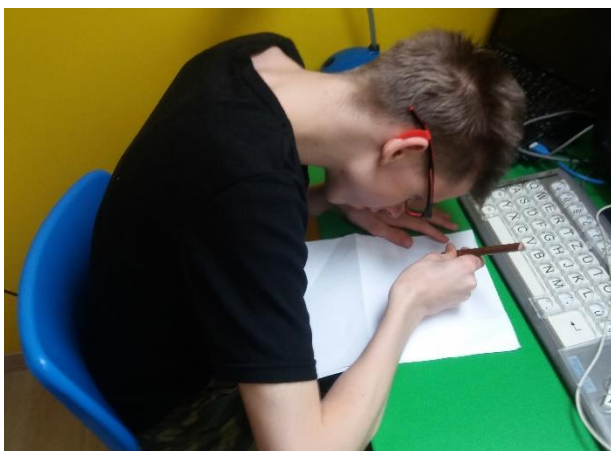
Matěj je druhým dítětem matky, má dva sourozence – staršího bratra a mladší sestru. Rodiče jsou rozvedení. Otec je zdravý, matce byla diagnostikovaná roztroušená skleróza (projevy až v době třetího těhotenství). Navzdory odděleným domácnostem matky a otce rodina velmi dobře funguje – otec i druhý partner matky s Matějem výborně vychází. Aktuální finanční situace rodiny je velmi dobrá, o Matěje je dobře postaráno (pomůcky, rehabilitace během prázdnin, asistence při přípravě do školy atd.).

## **Školní anamnéza**

Matěj docházel od 3 let do speciální mateřské školy v rámci dětského rehabilitačního stacionáře. K plnění povinné školní docházky nastoupil o rok později, v necelých 8 letech. Od té doby navštěvuje základní školu speciální, momentálně 8. třídu, jeden ročník opakoval.

Pro aktuální školní rok SPC doporučilo podporu asistenta pedagoga po celou dobu vyučování, a to pro dopomoc při písemném projevu (pořizování zápisů ve zvětšeném černotisku, vlepování zápisů do sešitu, dopomoc vedením rukou), pomoc při čtení textu, přípravu kompenzačních a didaktických pomůcek, ověřování porozumění, individuální dovysvětlení látky, doprovod při delších přesunech, případně pro asistenci při sebeobslužných činnostech atd.

Vzdělávání probíhá podle individuálního vzdělávacího plánu. Matěj se zvládne podepsat, vzhledem k oční vadě, špatnému úchopu a špatné motorice ruky je však písmo velké a „roztřesené“. Umí napsat i jednotlivá písmena, skládá je do slov. Ve škole si však zápisy nepořizuje sám. Matěj čte jen dostatečně kontrastní velký text, přečte jednotlivá písmena, do slov je však neskládá. Při počítání používá kalkulačtor, zná číslice, ovládá základní početní operace (sčítání, odčítání, násobení, dělení).



**Obrázek 2: Matěj píše**

## Osobní vlastnosti a soběstačnost

Matěj je veselý chlapec drobné postavy, v poslední době poněkud náladový. Když má vykonávat systematickou činnost (např. příprava do školy), spolupracuje, pozornost však udrží jen chvíli. Je-li v dobrém rozpoložení, rád komunikuje s lidmi, nebaví ho to příliš dlouho. Nečiní mu potíže poznávat cizí lidi, vzhledem k tomu, že žije ve velké a početné rodině není na nikoho nezdravě fixován. Rád jezdí na návštěvy, především ke svému otci a babičkám. Má rád své spolužáky, kamarády mimo školu nemá. Ve škole je však společenský, doma však je většinu času sám. Rád tráví čas v pokoji, sleduje filmy, poslouchá audioknihy, hraje na bubínky. Baví ho, když si s ním někdo kreslí, v současnosti jsou jeho oblíbeným motivem indiáni, velmi často o nich mluví.

Matěj má rád řád, v čase se výborně orientuje, ví, jaký je den. Má představu o tom, co ho čeká, co bude dělat apod.

Ve škole a venku se pohybuje na mechanickém vozíku, k čemuž nepotřebuje s výjimkou dlouhých tras či náročného terénu dopomoc, sám je schopen přesunu na vozík a z něj. Doma se pohybuje po kolenou, zvládá i schodiště, k pohybu po domě nepotřebuje dopomoc. Jen na velmi krátkou vzdálenost a za plné podpory je schopen chůze. Často se u něj objevuje motorický neklid, houpe tělem dopředu a dozadu. Samostatně se nají, sám si vybírá oblečení a převléká se, samostatně zvládá toaletu. Podporu potřebuje při chystání jídla a při některých úkonech osobní hygieny (celková koupel, holení, nachystání kartáčku na zuby apod.).



Obrázek 3: Matěj obědvá

Rodiče se s Matějem neučí, za tímto účelem k nim dochází asistentka, která mu pomáhá s domácími úkoly a při opakování školního učiva.

## **Logopedická anamnéza**

Diagnóza: vývojová dysartrie

Matějova řeč je křečovitá, mluvidla jsou velmi těžkopádná a spastická, momentálně se navíc objevují mimovolní pohyby jazyka. Dýchání je plytké, řeč tedy není příliš zvučná. Při mluvení je patrná nadměrný slinotok. Prakticky neustále má otevřená ústa – patrné je špatné postavení zubů, je pro něj tedy obtížné udržet ústa zavřená, dosáhnout oboustranného uzávěru apod. Artikulace je nepřesná, tempo jeho řeči je zvýšené (po upozornění zpomalí). Matěj má bohatou slovní zásobu, mluví v krátkých větách, nejsou patrné dysgramatismy. Porozumění řeči druhých je velmi dobré.

Navzdory zhoršené srozumitelnosti Matějova verbálního projevu, snížené zvučnosti jeho řeči a dalším omezením v řečové komunikaci se Matěj s lidmi domluví. Jsou-li lidé, se kterými mluví, ochotni trpělivě naslouchat a snaží se o porozumění, Matěj své sdělení opakuje, dokud informaci úspěšně nepředá.

Matěj nemá žádnou sluchovou vadu, slyší velmi dobře. Má vadu zraku (na levé oko nevidí – jen světlocit, na pravé oko vidí málo – korekce brýlemi). Tato zraková vada má dopad např. na čtení, oční kontakt a na využívání logopedického zrcadla při logopedické terapii.

S příjmem stravy Matěj nemá potíže, jí běžnou stravu, kouše.

## **Logopedická terapie**

### **Logopedie ve škole**

Logopedická terapie dlouhodobě probíhá ve škole u školní logopedky. Ta se Matějovi věnuje jednou až dvakrát týdně, sezení trvá půl hodiny (někdy i déle). Dle jejích slov je tato intenzita terapie nedostačující, zejména s ohledem na fakt, že rodiče s Matějem logopedická cvičení neprovádí.

Primárním cílem logopedické terapie ve škole je podpořit Matějovu schopnost dorozumět se s druhými. Logopedka se nezaměřuje na zkvalitnění artikulačních schopností, výslovnost hlásek s ním nezlepšuje (většinu hlásek nevyslovuje správně). Při terapii dbá na to, aby byl Matěj motivován, při mluvení se pokoušel nevystřikovat jazyk a kvalitně dýchal, měl dostatečně silný výdechový proud a aby ho bylo dobře slyšet. Dostatečně podněcuje Matěje v rozvoji jeho aktivní i pasivní

slovní zásoby a rozvoji kognitivních schopností. Podpora řečových schopností Matěje ve všech těchto aspektech by měla vést k posílení srozumitelnosti řeči a zkvalitnění komunikačních dovedností.

### **Klinický logoped**

V průběhu zpracování této případové studie vyvstala otázka, jak je možné, že Matěj není dlouhodobě v péči klinického logopeda. Dle slov maminky i údajů ve zprávách byl naposledy vyšetřen klinickým logopedem v září 2006, a to v dětském rehabilitačním stacionáři. Na základě společných setkání se školní logopedkou a maminkou, byl Matěj objednan na vyšetření ke klinickému logopedovi v lednu 2016. Zúčastnila jsem se vstupního vyšetření i následujících dvou terapeutických sezení.

Vyšetření proběhlo standardně – logopedka se maminky ptala na osobní a rodinnou anamnézu, stav zraku a sluchu, Matějův vývoj, jeho školní dovednosti, na stravu (jak jí, zda kouše apod.), mobilitu, jeho zájmy atd.

Po tomto úvodním zjišťování informací logopedka navrhla zavedení alternativní formy komunikace – využití VOKSu. Proti tomu se maminka ohradila, je přesvědčena, že je Matěj schopen komunikovat verbálně a nemá zájem na tom, aby mluvit přestal. Logopedka argumentovala tím, že pro komunikaci s lidmi, kteří s ním nejsou v pravidelném kontaktu, by pro něj bylo použití VOKSu přínosné, maminka však tvrdí, že se do takových situací Matěj nedostává. Osobně si myslím, že se logopedka unáhnila, neboť tento návrh vyslovila před tím, než s Matějem mluvila a osobně se o stavu a srozumitelnosti jeho řeči přesvědčila. Zároveň z vlastní zkušenosti vím, že komunikace s Matějem je již při minimální snaze druhé snaze o porozumění úspěšná, neboť on sám je v komunikaci aktivní a vytrvalý.

V rámci následného rozhovoru s Matějem se logopedka ptala na školu, kamarády, koníčky. Poté zjišťovala úroveň Matějovy paměti (průběh aktuálního týdne) – on na vše pravdivě odpovídal, pamatoval si to.

Logopedka většinu jeho sdělené rozuměla. Slova, která byla srozumitelná hůře, Matěj opakoval tak dlouho, než mu bylo porozuměno. Krom dysartrické mluvy je překážkou především zvýšené tempo řeči.

Po krátkém rozhovoru následovalo vyšetření grafomotorických schopností – logopedka chtěla, aby se Matěj podepsal. Matěj podpis zvládá, ale vzhledem k oční vadě,

špatnému úchopu a špatné motorice ruky je schopen podepsat se jen velkým „roztřeseným“ písmem. Poté si logopedka ověřovala jeho schopnosti diktátem písmen, ta napsat umí. Byla ověřena také schopnost čtení jednoduchých slov, Matěj přečte jednotlivá písmena, do slov je však nespojí.

Logopedka potvrzuje diagnózu vývojové dysartrie. Matějův projev je srozumitelný (někdy sice obtížně, ale vzhledem k tomu, že se Matěj v tomto případě snaží mluvu zpomalit a opakuje sdělení do doby, než je mu porozuměno, je komunikace nakonec efektivní), jeho porozumění řeči je velmi dobré, poruchu sluchu určitě nemá. Proto dochází k závěru, že není nutné zavedení žádné z forem alternativní komunikace. Vzhledem k věku Matěje logopedka maminku informuje o tom, že se jeho výslovnost už pravděpodobně nezlepší – na začátek intenzivní logopedické terapie je pozdě. Při pravidelné a důsledné terapii je možné podpořit srozumitelnost jeho projevu (za pomoci dechových, fonačních a oromotorických cvičení, masáží mluvidel se snahou o uvolnění spasticity), především ale čtení a psaní, zlepšení fonemického sluchu.

Logopedka navrhl zahájit terapii v intervalech tří týdnů s denním procvičováním v domácím prostředí.



## 6. Záznam z pozorování

Vlastní pozorování probíhalo po dobu několika měsíců ve třídě speciální školy, kam Matěj denně dochází, při sezeních u školního logopeda v téže speciální škole a v ambulanci klinického logopeda v prostorách dětského rehabilitačního stacionáře. Během těchto návštěv jsem sledovala způsob komunikace Matěje, jeho chování v kolektivu, spolupráci při logopedické terapii a metody a způsoby samotné logopedické terapie v obou zařízeních.

### 6.1 Pozorování ve třídě

Matěj navštěvuje 8. třídu v základní škole speciální, ročník opakuje. Ve třídě je sedm dětí, jedna učitelka a jedna asistentka pedagoga. Třída je velká, pro výuku je využívána velká interaktivní tabule. Dále je tam několik lavic uzpůsobených specifickým potřebám žáků, v zadní části je velký stůl, kde žáci svačí a tráví části hodiny, kdy pracují ve skupině.

Matěj je vzděláván podle individuálního vzdělávacího plánu, kvůli zrakové vadě a problémům s motorikou potřebuje více podpory od učitelky i asistentky. Podklady pro učení jsou mu předkládány v tištěné podobě (je pro něj nemožné psát si vlastní poznámky), na papíru je několik míst pro doplnění. V českém jazyce jde o texty, do kterých má Matěj dopisovat jednotlivá písmena (např. I/Y), v matematice mu učitelka píše do sešitu příklady (nutné jsou dostatečně velké číslice), v dalších předmětech dostává zápis právě probíraného učiva. K psaní používá tužku s násadkou, k počítání kalkulačku. Co se týče probíraného učiva, v matematice počítá jednodušší příklady než zbytek třídy (např. ostatní žáci probírají zlomky, on počítá násobení a dělení dvouciferných čísel), v dalších předmětech dělá totéž, co ostatní.



Obrázek 4: Matěj ve vertikalizačním stojanu

Matěj je ve škole společenský a kamarádský. Učitelku i asistentku má rád, povídá si s nimi. Je aktivní, někdy se hlásí, na otázky ochotně odpovídá. Z hlediska komunikace problém nemá, učitelky jsou na jeho mluvu zvyklé, bez obtíží si vzájemně porozumí. Je-li potřeba, Matěj usilovně své sdělení opakuje. Se spolužáky nemá bariéru v komunikaci, vztahy ve třídě jsou přátelské (žáci si mezi sebou aktivně pomáhají). Přestávky tráví žáci společně, povídají si a smějí se. Matěj svačí sám, bez dopomoci asistentky.

Ve škole má Matěj fyzioterapii, léčebnou tělesnou výchovu a jednou denně je na dobu 30 až 45 minut vertikalizován (postaven do vertikalizačního stojanu).

## **6.2 Průběh logopedické terapie ve škole**

Logopedka dovede Matěje ze třídy/družiny a krátce si s ním povídá – snaží se ho rozmluvit (co dnes probírali ve škole, kde byl o víkendu, co měl na oběd, co bude dnes dělat, jestli jede někam na návštěvu apod.). Vzhledem k tomu, že jde o témata, o kterých chce Matěj mluvit, spolupracuje. Takto začínala všechna setkání, kterých jsem se účastnila.

Po tomto krátkém úvodu následují dechová a fonační cvičení. Při dechových cvičeních jde o to, aby se Matěj dobře nadechl, držel ramena dole a dýchal pomalu a klidně. Takto izolovaně mu to docela jde, ve spojení s fonací mu to činí problém. Když tedy přichází na řadu fonační cvičení, je patrné, že se na prodlužované samohlásky dostatečně nenadechne, ačkoli to „naznačí“. Logopedka tedy přechází k nácviku dlouhé fonace samohlásek, snaží se o měkký hlasový začátek a přirozené prodloužení samohlásky. V pauzách mezi jednotlivými samohláskami Matěje nabádá, aby vymyslel slovo, které na danou samohlásku začíná (podpora rozvoje kognitivních schopností).

Po dechových a fonačních cvičeních logopedka přechází k oromotorickým cvičením; např. nafukování tváří (to se Matějovi příliš nedaří), usměrňování jazyka (také mu nejde, vyplazuje jej neustále, ale usměrnit jej je velmi obtížné; ani pomocí špátle), nácvik obouretného uzávěru (vydrží jen krátce – špatné postavení zubů). Práce s logopedickým zrcadlem je neefektivní, Matěj se nedívá, popřípadě jakoby se „díval skrz“, a to hned ze dvou důvodů – velmi špatně vidí, není k tomu motivován (nechápe význam toho, proč to má dělat).

Další program je uzpůsoben zbývajícímú času i rozpoložení Matěje. Nedávno začali pro logopedická cvičení používat iPad. Matěj s ním umí, má ho doma. Logopedka volí iPad z několika důvodů – je podle ní úměrný Matějově věku, baví ho a motivuje, z hlediska jemné motoriky je pro něj ovládnání snadné a zároveň iPad a kvalitní aplikace automaticky podporují rozvoj zrakové diferenciaci, sluchového rozlišování atd.

Mezi aplikace, které logopedka používá, patří například aplikace „Logopedie“. Jde o program, v němž jsou dva typy cvičení – „poznej daný obrázek“ a „zopakuj slovo na obrázku znázorněné“. Je možné použít je pro rozvoj fonemického rozlišování a dále k terapii jednotlivých hlásek. S Matějem logopedka momentálně okrajově procvičuje hlásky CH a K. Další využívanou aplikací je „Brašnička“ s mnoha cvičeními (logické řady, procvičování číselných představ, hledání stínů, obtahování linek, přiřazování obrázků ke zvukům atd.).

Po domluvě s logopedkou pořídili rodiče Matějovi také domů. Předpokladem pro efektivní zúročení této pomůcky by bylo její pravidelné používání, k čemuž Matěj doma nemá potřebné vedení.

Vzhledem ke kolísání pozornosti Matěje je nutné aktivity střídat, poté jej baví a soustředí se na ně. V závěru logopedické terapie si může Matěj zvolit aktivitu dle vlastního přání, během svých návštěv volil hru na iPadu (např. pexeso, domino). I tyto hry jsou pro něj snáze zvládnutelné na iPadu, než např. otáčení papírových kartiček u běžného pexesa.

### **Pomůcky**

Logopedka při práci s Matějem používá obrázkové materiály (sama však tvrdí, že mnoho z těch, které má k dispozici, už nejsou úměrné jeho věku, proto se většinou snaží vyhýbat, a pokud už některé používá, drží se jeho zájmů), knihy, motanice (pro děti s horší jemnou motorikou má k dispozici hru na stejném principu, akorát se obrázky nespojují pomocí provázku, ale strkají se prsty do příslušných otvorů), pomůcky pro dechová cvičení (lehký balónek), iPad a další.

### 6.3 Průběh terapie u klinického logopeda

Logopedka má na Matěje přesně vymezených 30 minut, Matěj k ní dochází ve 3 – 4 týdenních intervalech. V úvodu se s ním přivítá a snaží se ho trochu rozmluvit, ptá se, jak se dnes měl, co dělali ve škole, co ho ještě čeká. Poté přechází k jednotlivým cvičením, hodně se zaměřuje na to, aby přítomná maminka věděla, jak s ním doma pracovat a hlavně, aby pochopila, že je třeba s ním intenzivně (dle doporučení logopedky několikrát denně) pracovat doma.

První oblast, které se logopedka věnuje, je zlepšení motoriky jazyka, a to pomocí izometrických cvičení. Matěje posadí před zrcadlo a nabádá jej, aby zvedal jazyk, dal ho do strany (proti tváři), dával ho dolů, vyplázl ho. Něco mu jde, o něčem říká, že nejde. Poté bere logopedka špátli a vyvíjí proti jazyku Matěje tlak. Matěj spolupracuje poměrně ochotně, po chvíli jej to však přestává bavit. Logopedka tedy opět apeluje na to, aby s ním bylo právě tímto způsobem doma cvičeno – dává mamince domů několik špátlí.

V rámci krátkého odreagování logopedka přechází k procvičování (a zároveň zjišťování schopností Matěje v těchto oblastech) orientace na lidském těle, orientaci během dne (otázky typu „kdy chodíme do školy?“, „kdy snídáme?“, „kdy si hraješ?“ apod.). U těchto otázek se Matěj rozpovídá, odpovědi zná a zároveň je rozvíjí konkrétními informacemi (s čím si hrál včera odpoledne, co měl dnes ráno k snídání apod.).

V další části chce logopedka Matěje i maminku připravit na orofaciální masáže, kterými by ráda docílila snížení spasticity orofaciální oblasti Matěje, využívá desenzibilizace. Jde o jemnou masáž tahem prstů v 7 různých oblastech: od čela ke spánkům, od obočí k vlasům, od středu čela přes nos, bradu až na krk, od ušních lalůček směrem k nosu, od koutků do středu horního rtu, od koutů do středu spodního rtu a poté kruh kolem úst, kruhové pohyby pod bradou a „brnkání“ o rty. Celý tento postup logopedka předvede mamince a doporučuje jej opakovat cca 5x denně. Matějovi je tato masáž příjemná, sedí v klidu.

Logopedka chce s Matějem zlepšovat i čtení, tedy hlavně zřakovou diferenciaci. Proto vytahuje papír s dostatečně velkými písmeny. Vzhledem k velikosti písma i dostatečnému kontrastu je Matěj vidí a dokáže přečíst. Mezi těmito hláskami má Matěj hledat písmeno O. To mu docela jde. Dle slov logopedky je jejím cílem podpořit

rozvoj zrakové diferenciacie a zároveň nastítnit mamince, jakým způsobem je možné procvičovat i doma.

### **Prognóza**

Prognóza v oblasti zlepšení srozumitelnosti Matějovy mluvy není příliš dobrá. Je třeba nezanedbat logopedickou terapii proto, aby byla alespoň zachována současná úroveň řeči a nadále Matěje motivovat, aby měl vůli se verbálně domluvit. Maminka ani nezvažuje možnost využívání systémů alternativní a augmentativní komunikace, chce, aby se Matěj domlouval verbálně, zvláště proto, že je primárně obklopen lidmi, kteří mu rozumí, a on s nimi komunikovat chce. Je však třeba, aby s ním rodiče dle doporučení logopedek denně pracovali.

## 7. Zhodnocení terapeutického postupu

Při mém pozorování logopedické terapie ve škole i po krátkém rozhovoru s klinickou logopedkou mohu říci, že všechny metody vycházejí z informací, které jsem si nastudovala v odborné literatuře a popsala v teoretické části své práce.

Školní logopedka se věnuje několika složkám terapie vývojové dysartrie – dechovým, fonačním i oromotorickým cvičením, rozvoji slovní zásoby i podpoře rozvoje kognitivních schopností. Jejím hlavním cílem je zlepšování srozumitelnosti mluvy. Nevyužívá prvků rytmizace a forem alternativní a augmentativní komunikace. Velmi se mi líbí její přístup – snaha o motivaci Matěje, využívání materiálů, které jsou úměrné jeho věku (neukazuje mu obrázky určené pro malé děti) apod. V kombinaci s příjemnou atmosférou a přátelským vystupováním chodí Matěj na logopedii rád, těší se tam.

Klinická logopedka se věnuje masážím orofaciální oblasti a snaží se o rozhýbání mluvidel a rozhýbání jazyka, dále rozvoji fonemického sluchu a zrakové percepce. Na začátku terapie navrhla využívání alternativní komunikace (VOKS), to však nakonec přehodnotila. Její přístup je také dobrý, snaží se především o to, aby byla zachována a zlepšována srozumitelnost projevu Matěje a aby mamince poradila, jak s Matějem doma pracovat.

Terapie v ambulanci klinického logopeda přišla pozdě, oblast logopedie rodiče zanedbali. Zároveň si myslím, že pokud se začnou zabývat doporučeními, která jim logopedky dávají, mohla by se mírně zlepšit srozumitelnost Matějovy mluvy a i jeho další schopnosti (zraková diferenciací a čtení, jemná motorika, grafomotorika apod.), což by mu pomohlo ve škole i v běžném životě.

Motivací ke zlepšení komunikačních schopností by pro Matěje mohla být i změna v trávení volného času, a to mimo domov a školu. Vzhledem k vytížení rodičů i věku Matěje bych viděla možnost např. ve využití služeb osobní asistence k tomu, aby se Matěj dostal do nového prostředí (výlet, návštěva kina, sportovní utkání apod.), mezi jiné vrstevníky (ne spolužáky) apod. V současnosti Matěj mluvu využívá jen v dorozumívání se s rodinou a ve škole, při jiných příležitostech (obchod, restaurace atd.) za něj mluví někdo jiný, nevyžaduje se od něj v tomto ohledu samostatnost. Díky tomu není na srozumitelnost jeho řeči kladen takový důraz, neboť jemu blízcí lidé mu rozumí. Domnívám se, že častějším zapojením Matěje

do kontaktu s jinými lidmi by začali rodiče vnímat nutnost zapojit do běžného denního režimu logopedická cvičení a intenzivně pracovat na zlepšení srozumitelnosti jeho projevu a snížení tempa jeho řeči. Spolu s vhodnou motivací Matěje by podle mě mohlo dojít ke zlepšení. Dle mého názoru by i samotná změna ve způsobu trávení volného času a kontakt s novými lidmi, třeba i zdravými vrstevníky, mohla přinést potřebnou motivaci.

## Závěr

Při zpracovávání této práce jsem měla možnost lépe nahlédnout do problematiky dětské mozkové obrny, a z ní vyplývajících poruch řečové komunikace. Při studiu odborné literatury jsem zjistila mnoho informací, které jsem poté při zpracovávání části praktické ověřila. Vzhledem ke skutečnosti, že jsem s Matějem strávila spoustu času, uvědomila jsem si, jak důležitá je včasná intervence a důsledná a pravidelná péče o děti, které trpí některou z poruch řečové komunikace.

Má práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. V části teoretické jsem definovala dětskou mozkovou obrnu, její formy a projevy, možnosti léčby a edukace dětí s tímto syndromem. Dále jsem se věnovala řečové komunikaci, pojmům, které s ní souvisí a informacím, které se konkrétně vztahují k dětem s DMO – popsán byl vývoj řeči, vliv DMO na jednotlivé jazykové roviny a konkrétní poruchy řečové komunikace. V závěru teoretické části jsem se zaměřila na dysartrii, více na vývojovou dysartrii, která je v souvislosti s DMO nejčastěji zmiňovanou poruchou a zároveň je i obsahem případové studie v praktické části této práce. V praktické části tedy vymezuji cíl, využité výzkumné metody a předkládám případovou studii, která je doplněna mými postřehy z pozorování z domácího prostředí, ze školy a logopedické terapie ve škole i v ambulanci klinického logopeda.

V úplném závěru jsem zhodnotila dosavadní logopedickou terapii a zmínila nutnost v ní setrvat a nepodcenit práci s Matějem doma. Pokusila jsem se také navrhnout, jak a čím by bylo možné komunikační schopnost Matěje zlepšit a čím dostatečně motivovat jej i jeho rodiče.

Navzdory diagnóze je Matěj poměrně samostatným člověkem se schopností komunikovat se svým okolím. Jsem si však téměř jistá, že kdyby rodiče vnímali nutnost podporovat jeho komunikační schopnosti v dřívějším období, nemusela být cílem terapie srozumitelnost verbálního projevu, ale bylo by možné výslovnost „jen“ zlepšovat.



## Seznam použitých zdrojů

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.

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

JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 80-247-1110-9.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-91-5.

KOMÁREK, Vladimír a Alena ZUMROVÁ. *Dětská neurologie: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Galén, c2000. Scripta. ISBN 80-7262-081-9.

KOTAGAL, Suresh. *Základy dětské neurologie*. Praha: Triton, 1996. ISBN 80-85875-06-3.

KRAUS, Josef. Dětská mozková obrna. *Neurologie pro praxi*. 2011, **12**(4), 222 - 224.

KRAUS, Josef. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, c2005. ISBN 80-247-1018-8.

KŘOVÁČKOVÁ, Blanka a Martin SKUTIL. Případová studie, kazuistika. In: SKUTIL, Martin. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. str. 108-115 ISBN 978-80-7367-778-7.

KŘOVÁČKOVÁ, Blanka. Pozorování. In: SKUTIL, Martin. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. str. 101-104 ISBN 978-80-7367-778-7.

LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5.

MENKES, John H, Harvey B SARNAT a Bernard L MARIA. *Dětská neurologie*. Vyd. 7. [i.e. 1.]. V Praze: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-341-7.

NEUBAUER, Karel. Dysartrie. In: ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. str. 303-327 ISBN 80-7178-546-6.

NEUBAUER, Karel. Terapie dysartrie. In: LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2., aktualiz. vyd. Překlad Jana Křížová. Praha: Portál, 2011. str. 283-332 ISBN 978-80-7367-901-9.

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

OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3819-5.

OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2003. ISBN 80-210-3242-1.

RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. 2. vyd., dopl. a aktualiz. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0873-2.

SEDLÁČEK, Martin. Případová studie. In: ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. str. 96-112 ISBN 978-80-7367-313-0.

SCHEJBALOVÁ, Alena. Ortopedická terapie dětské mozkové obrny. In: KRAUS, Josef. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: GradaPublishing, c2005. str. 159-170 ISBN 80-247-1018-8.

ŠKODOVÁ, Eva. Symptomatické poruchy řeči. In: ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. str. 385-416 ISBN 80-7178-546-6.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-889-0.

VÍTKOVÁ, Marie (ed.). *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a speciální*. 2. rozšíř. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2004. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-7315-071-9.

VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.

## **Seznam obrázků**

Obrázek 1: Matěj .....	43
Obrázek 2: Matěj píše .....	44
Obrázek 3: Matěj obědvá.....	45
Obrázek 4: Matěj ve vertikalizačním stojanu .....	49