



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Vývojová dysfázie v předškolním věku

Vypracovala: Bc. Nikola Danielová
Vedoucí práce: Mgr. Veronika Plachá

České Budějovice 2018

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných pedagogickou fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne

.....

vlastnoruční podpis

OBSAH

ÚVOD.....	3
1 VÝVOJ ŘEČI Z LOGOPEDICKÉHO HLEDISKA.....	6
1.1 PŘEDŘEČOVÁ STÁDIA VÝVOJE ŘEČI.....	6
1.2 FÁZE VLASTNÍHO VÝVOJE ŘEČI.....	8
1.3 JAZYKOVÉ ROVINY V ONTOGENEZI ŘEČI	9
1.3.1 morfológicko-syntaktická rovina	9
1.3.2 lexikálně-sémantická rovina	10
1.3.3 foneticko-fonologická rovina.....	10
1.3.4 pragmatická rovina	11
1.4 VLIV RODIČŮ NA ROZVOJ ŘEČI DÍTĚTE	12
2 VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE	14
2.1 POJEM VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE Z HLEDISKA RŮZNÝCH AUTORŮ	14
2.2 ETIOLOGIE VÝVOJOVÉ DYSFÁZIE.....	15
2.3 CHARAKTERISTICKÁ SYMPTOMATOLOGIE VÝVOJOVÉ DYSFÁZIE	16
2.3.1 příznaky v řeči.....	17
2.3.2 příznaky v dalších oblastech	18
2.4 KLASIFIKACE VÝVOJOVÉ DYSFÁZIE	19
2.5 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE VÝVOJOVÉ DYSFÁZIE	21
2.5.1 diagnostika vývojové dysfázie	21
2.5.2 prevence vývojové dysfázie.....	23
2.5.3 terapie vývojové dysfázie	24
2.5.4 individuální logopedická péče	28
2.5.5 skupinová logopedická péče.....	29
2.6 PROGNOZA VÝVOJOVÉ DYSFÁZIE	30
3 VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE A PŘEDŠKOLNÍ VĚK	31
3.1 VÝVOJ PŘEDŠKOLNÍHO DÍTĚTE OBECNĚ.....	31
3.2 DEFICITY VÝVOJOVÉ DYSFÁZIE V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU	32
4 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE VÝVOJOVÉ DYSFÁZIE PŘI BĚŽNÉ A SPECIÁLNÍ MATEŘSKÉ ŠKOLE	34
4.1 CÍLE ŠETŘENÍ	34
4.2 VOLBA PŘÍSTUPU A SMĚRU METOD DAT	34
5 DÍTĚ S VÝVOJOVOU DYSFÁZÍ V LOGOPEDICKÉ TŘÍDĚ BĚŽNÉ MATEŘSKÉ ŠKOLY	36
5.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	36
5.2 ANALÝZA PERSONÁLNÍHO OBSAZENÍ	36
5.3 CHARAKTERISTIKA MÍSTA ŠETŘENÍ A ANALÝZA MATERIÁLNÍHO PROSTŘEDÍ.....	36
5.4 ZÁMĚRY VZDĚLÁVACÍHO PROGRAMU BĚŽNÉ MŠ.....	37
5.5 ORGANIZACE DNE V LOGOPEDICKÉ TŘÍDĚ BĚŽNÉ MŠ	37
5.6 SPOLUPRÁCE S RODIČI	38
5.7 VLASTNÍ ŠETŘENÍ.....	39
5.7.1 případová studie 1	39
5.7.2 vlastní pozorování a doporučení	42
5.8 SHRNUTÍ FUNGOVÁNÍ LOGOPEDICKÉ TŘÍDY PŘI BĚŽNÉ MŠ.....	44
6 DÍTĚ S VÝVOJOVOU DYSFÁZÍ V LOGOPEDICKÉ TŘÍDĚ SPECIÁLNÍ MATEŘSKÉ ŠKOLY	45
6.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU	45
6.2 ANALÝZA PERSONÁLNÍHO OBSAZENÍ	45
6.3 CHARAKTERISTIKA MÍSTA ŠETŘENÍ A ANALÝZA MATERIÁLNÍHO PROSTŘEDÍ.....	45
6.4 ZÁMĚRY VZDĚLÁVACÍHO PROGRAMU SPECIÁLNÍ MŠ.....	46

6.5	ORGANIZACE DNE V LOGOPEDICKÉ TŘÍDĚ SPECIÁLNÍ MŠ	47
6.6	SPOLUPRÁCE S RODIČI.....	48
6.7	VLASTNÍ ŠETŘENÍ.....	48
6.7.1	případová studie 2.....	48
6.7.2	vlastní pozorování a doporučení	51
6.8	SHRnutí FUNGOVÁNÍ LOGOPEDICKÉ TŘÍDY SPECIÁLNÍ MŠ	52
7	POROVNÁNÍ KVALITATIVNÍCH SOND.....	53
8	POROVNÁNÍ PŘÍPADOVÝCH STUDÍÍ	54
	ZÁVĚR	55
	RESUMÉ	57
	RESUME	58
	SEZNAM LITERATURY	59

ÚVOD

Bakalářská práce se bude zabírat tématem vývojové dysfázie, protože se dá obecně říci, že tohle téma se stává velmi populárním z hlediska své komplexnosti a celkové neprobádanosti. Atraktivita tématu stoupá také tím, že typické deficity nepřetrvávají pouze v mateřské škole, ale i na dalších stupních vzdělávání a v různé míře i v dospělosti.

K tématu mě přivedla návštěva logopedické třídy speciální mateřské školy při průběžné praxi na vysoké škole. Tematika vývojové dysfázie mi přišla velmi zajímavá, často po setkávání s dětmi jsem přemýšlela, jak dysfatické děti přemýšlejí, jaké obtíže to s sebou přináší a specifická mi také přišla práce a celkový přístup k dětem s těmito obtížemi. Dalším impulsem pro sepsání této práce byla souvislá praxe v běžné mateřské škole, která měla také logopedickou třídu. Začala jsem se zamýšlet nad tím, že fungování těchto dvou, zdánlivě stejných tříd, je vlastně velmi rozdílný. A tak jsem na základě pozorování, rozhovoru a analýzou dokumentů shrnula fungování obou těchto zařízení a učitelské přístupy k dětem s vývojovou dysfázií.

V teoretické části se setkáme s tématem vývoje řeči z logopedického hlediska, který zahrnuje předřečová stádia vývoje řeči a samozřejmě i fázi vlastního vývoje řeči. Následující kapitola se zabývá obecně jazykovými rovinami, které pak úzce souvisí se symptomatologií vývojové dysfázie. Jedná se tedy o morfologicko-syntaktickou rovinu, lexikálně-sémantickou, foneticko-fonologickou a v neposlední řadě také pragmatickou rovinu. Poslední téma první části bakalářské práce řeší to, jaký vliv mají rodiče na rozvoj řeči svého dítěte.

Druhou kapitolou dojde k nastínění tématu vývojové dysfázie, jakožto specificky narušeného vývoje řeči. Dojde k třídění tohoto pojmu z hlediska různých autorů a roli zde hraje také časové hledisko. Zmíněné jsou taky možné příčiny vývojové dysfázie. Další částí se stala charakteristická symptomatologie, která sebou nese typické znaky v řeči a také příznaky v dalších oblastech. Vývojová dysfázie je pojem, který s sebou nese dvě formy této poruchy a to buď receptivní, nebo expresivní, a to je téma, které je rozebíráno v klasifikaci vývojové dysfázie. Téma se dotýká také logopedické intervence vývojové dysfázie, která s sebou zahrnuje diagnostiku, prevenci i terapii. V terapii jsou zmíněny dvě formy logopedické péče, a to individuální a skupinová forma logopedické terapie. Jak se může vyvíjet stav dětí se specificky narušeným vývojem řeči je řečeno v kapitole s názvem prognóza vývojové dysfázie.

Třetí kapitola se dotýká tématu vývojové dysfázie a předškolního věku. Zpočátku je popsán sociální vývoj z hlediska předškolního věku a poté, na tomto podkladě, jsou uvedeny typické příznaky vývojové dysfázie pro předškolní věk.

Praktická část se dotýká zmiňované logopedické intervence vývojové dysfázie při běžné a při speciální mateřské škole. Výzkum vždy probíhal v logopedické třídě, a v kapitole najdeme základní cíle šetření a použitou metodologii. Prakticky je poté uvedena vždy jedna kazuistika dítěte v běžné nebo speciální mateřské škole. Je zde charakterizován výzkumný soubor, analýza personálního obsazení, charakteristika místa šetření, analýza materiálního prostředí a spoluúčast rodičů. Důležitou součástí charakteristiky je také organizace dne v logopedické třídě běžné nebo speciální MŠ, včetně záměrů vzdělávacího programu. Tyto informace jsou sesbírány prostřednictvím školních a třídních vzdělávacích programů, ale kvůli zachování anonymity nebudu odkazovat na jejich webové stránky. Na konci vždy dojde ke shrnutí fungování těchto tříd a popis rozdílů kvalitativních sond a kazuistik.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VÝVOJ ŘEČI Z LOGOPEDICKÉHO HLEDISKA

Jedlička (In Škodová, 2003) definuje řeč jako vlastnost člověka, která je biologicky podmíněná. Jedná se o systém, díky kterému můžeme přenášet informace pomocí jazyka. Jazyk můžeme chápat jako jev, který náleží určitému etniku a je dynamický.

Je velmi důležité znát jednotlivá stádia vývoje řeči, abychom mohli správně postupovat při terapii s dětmi s narušenou komunikační schopností. Při hodnocení vývoje řeči bychom ale neměli zapomínat na individuální přístup a je nutné připustit časovou variabilitu a to v každém časovém období (Klenková, 2006).

1.1 PŘEDŘEČOVÁ STÁDIA VÝVOJE ŘEČI

Období, než dítě začne mluvit, nazýváme přípravné, neboli předřečové stádium vývoje řeči. Hovoříme o několika stádiích, které nelze přesně časově vymezit, mohou se totiž překrývat nebo mohou probíhat zároveň. Klenková rozlišuje tři stádia vývoje řeči:

1. období křiku
2. období žvatlání
3. období rozumění řeči a vlastní vývoj řeči

Lechta (1990) hovoří o těchto stádiích jako o jistých meznících v ontogenezi řeči, které se nedají striktně rozlišit věkem, protože vývoj je u každého jednotlivého dítěte velice individuální. Z logopedického hlediska je nezbytné zmínit, že v ontogenezi řeči může docházet buď k akceleraci, nebo k retardaci, ovšem to neznamena, že by některé stádium mohlo být přeskočeno, spíše se jedná o prodloužení časového rozpětí jednotlivých fází.

Rozlišujeme předverbální projevy, které mají vliv na pozdější řeč dítěte a do kterých lze zahrnout křik nebo broukání. Dále dělíme ještě na neverbální projevy, které nesou prvky zvukové i nezvukové a jedná se například o zrakový kontakt nebo komunikaci při kojení aj. (Klenková, 2006).

Období křiku, jakožto jedním z prvních projevů člověka, bývá spojené s obdobím novorozeneckým či kojeneckým. Lechta (1990) nazývá křik jako „*primitivní nepodmíněný hlasový reflex*“, který se stal nositelem více informací, než se předpokládalo.

Hovoříme o něm od prvního řečového projevu dítěte až po melodickou podobu dětské řeči. Prvotní křik dítěte lze chápat jako reakci na změnu prostředí, kterou dítě pocítuje bezprostředně po narození. Vyjadřuje tím nelibé pocity na změnu teploty či pocit hladu.

Melodie prvního období křiku není nijak dynamická, ale postupně získává na struktuře (Škodová, 2003).

Zhruba kolem 8. - 10. týdne nastává **období broukání**, které velmi nenápadně přestupuje do období žvatlání. Škodová (2003) nazývá toto období jako „*hru s mluidly*“, při které dochází k produkci zvuku pomocí rtů a mezi oblastmi kořenu jazyka a patrem, logicky se jedná o tyto části, protože je dítě využívá při sání. Hovoří se o tom, že zvukový projev dítěte získává na melodičnosti, Škodová (2003) tvrdí, že se vyvíjí „*akusticko-fonační reflex*.“

Lechta (1990) hovoří o tom, že kolem 3. měsíce dochází k etapě, kdy se mění charakter křiku, který má funkci jakéhosi dožadování rodičů. Současně s tím dochází ke hře dítěte s řečovými orgány, toto období nazýváme jako **pudové broukání**. Dítě vytváří mluidly podobné pohyby jako při přijímání potravy, až na rozdíl, že už k tomu začne využívat svůj hlas. Ještě se ale nedá hovořit o vědomé sluchové kontrole, zpětné vazbě a nedochází ani k fixaci zvuků, protože je dítě vyslovuje spíše pudově.

Větším mezníkem, nežli pudové broukání, se stává **broukání napodobivé**, které je typické zhruba od 6. - 8. měsíce. Dítě začíná zvuky napodobovat, atak se začínají rozvíjet hlásky mateřského jazyka. V tomto období už začíná docházet k vědomé sluchové i zrakové kontrole a došlo ke zjištění, že dítě si okolo šestého měsíce začíná všimnout lidské tváře, respektive si všimá lidských úst. Dítě napodobuje určité hlásky, které slyší, ale i ty, které už samo vyprodukovalo, poté je často opakuje, tento proces označujeme za fyziologickou echolálii (Lechta, 1990).

V období, kdy broukání přestupuje do **žvatlání**, se objevuje větší rozmanitost zvuků. Sovák (In Klenková, 2006) hovoří o **pudovém žvatlání**, kdy dítě při řečové produkci využívá sání a polykačí pohyby, navzdory tomu, že potravu nepřijímá. Dítě vytváří tzv. dětské zvučky, které také jinak nazýváme jako prahlásky a prefonémy.

Žvatlání napodobivé souvisí už s počátečním porozuměním řeči, kdy se u dítěte objevuje dětský žargon. Dítě využívá delší promluvy s náhodně poskládanými slovy a využívá také svá pseudoslova.

Mezi období 8. - 9. měsíce následuje **počáteční porozumění řeči**. Dítě dekoduje obsah sdělení podle melodie, přízvuku, zabarvení v hlase komunikátora a nevědomě tyto prvky přecházejí do samotné řeči dítěte. Abychom mohli říci, že dítě rozumí jednotlivým částem řeči, přesouváme se až do období prvního roku života dítěte, je to nejspíše závislé na mluveném jazyce (Škodová, 2003).

1.2 FÁZE VLASTNÍHO VÝVOJE ŘEČI

Napodobování zvuků splývá s počátečním obdobím porozumění řeči, tedy již v 9. měsíci života dítěte. Pokud hovoříme o napodobování slov již s obsahovým významem, hovoříme o pozdějším období a to zhruba kolem 12. měsíce. Círka od dvou let dítě spojuje slova do dvou nebo víceslovných vět, hovoříme o spontánní větné produkci. Toto období už můžeme nazvat jako **fázi vlastního vývoje řeči** (Škodová, 2003).

Klenková (2006) hovoří o počátku vlastního vývoje řeči jako o **emocionálně - volní fázi**, při které dítě vyjadřuje svoje přání, pocity a používá k tomu první verbální projev, respektive slovo. Jsou tedy jednoslovné věty typu „pa.“ Pak dětská slova přerůstají v jednoslabičná i víceslabičná a začíná si je spojovat s konkrétními věcmi nebo osobami. Klenková napodobování řeči dospělých nazývá egocentrickým stádiem vývoje řeči. Lechta (1990) se vyjadřuje o tomto období tak, že dítě objevuje mluvení jako činnost.

Mezi 2. -3. rokem se řeč stává velmi dynamickou, vyjadřujeme se o ní jako o „*prudkém rozvoji komunikační řeči.*“ Lechta (1990) toto **období** nazývá jako **asociačně – reprodukční**, kdy dítě využívá určitá slova v asociaci na určitou situaci nebo jev. Bylo dokázáno, že kolem dvou a půl roku má dítě frustraci, pokud jeho pokus o komunikaci je neúspěšný.

Za velmi důležité období považujeme věk kolem tří let dítěte, kdy řeč nabývá logických pojmů. Řeč u takto starého dítěte stále zůstává spjatá s konkrétními představami, ale postupně pomocí abstrakce a zobecnění se všeobecná označení stávají pro dítě slovem s určitým obsahem (Klenková, 2006).

Mezi obdobím 3. - 4. roku se řeč stává zpravidla obsahově i formálně dostatečně přesná. Tuto fázi nazýváme jako **intelektualizaci řeči**, týká se totiž osvojování nových slov, zpřesňování obsahu jednotlivých slov, zpřesňování gramatických forem a celkově hovoříme o kvantitativním rozšiřování slovní zásoby (Klenková, 2006).

U šestiletého dítěte, které vyrůstá v podnětném prostředí, lze říci, že jeho komunikační schopnost už je na takové úrovni, že bez obtíží zvládá komunikaci ve svém mateřském jazyce a je připraven na osvojování grafické formu jazyka (Lechta, 1990).

1.3 JAZYKOVÉ ROVINY V ONTOGENEZI ŘEČI

Na vývoj řeči se kromě pohledu chronologického můžeme dívat také z hlediska jazykových rovin. Jednotlivé jazykové roviny prostupují navzájem a jejich vývoj probíhá současně v konkrétních časových úsecích (Klenková, 2006). Lingvisté rozlišují čtyři jazykové roviny řeči, jedná se o morfologicko-syntaktickou rovinu, lexikálně – sémantickou stránku, foneticko - fonologickou rovinu a rovinu pragmatickou.

1.3.1 MORFOLOGICKO-SYNTAKTICKÁ ROVINA

Jedná se o gramatickou stránku řeči, která se rozvíjí až kolem prvního roku života člověka, kdy hovoříme o tzv. vlastním vývoji řeči. Dítě vyjadřuje první řečový projev, první slova, která už začínají plnit funkci vět.

Slova vznikají tak, že dítě opakuje slabiky, např. mama, tata apod., jsou to slova neohebná, neskloňují se a nečasují se. Podstatná jména se v dětské řeči v tomto období vyskytují v 1. pádě a slovesa v infinitivu. Izolovaná slova přetrvávají zhruba do dvou let a následují dvouslovné věty.

Co se týče **morfologie**, nejdříve dítě používá podstatná jména, slovesa a onomatopoická citoslovce. Zhruba okolo druhého či třetího roku dítě začíná využívat ve své řeči více přídavných jmen, postupem času i zájmen. Jako poslední složku řeči dítě začíná využívat číslic, předložek a spojek. V tom stejném věku dítě začíná skloňovat, využívá jednotné i množné číslo, obtíže mývají děti obvykle se stupňováním přídavných jmen.

Zvláštní se může zdát i slovosled, protože děti na první místo staví slovo, které má pro něho určitý emocionální význam. Kolem čtvrtého roku už můžeme hovořit o tvorbě souvětí, která jsou nejdříve slučovací, později podřadná.

Co se týká **syntaxe**, dítě gramatickou formu, kterou slychává v určité situaci, později potom samo využije i ve své vlastní řečové produkci. Do dvou let dítě využívá obvykle dvouslovné věty, zhruba od 3 let už hovoříme o řečové produkci o víceslovných větách (Lechta, 1990).

Do čtvrtého roku života mluvíme o **fyziologickém dysgramatismu**, jakožto přirozeném jevu. Pokud se vyskytne později, může se jednat o narušený vývoj řeči. Ale v běžném vývoji by po čtvrtém roce už neměly v řečovém projevu přetrvávat gramatické obtíže (Klenková, 2006). Z výzkumu bylo zjištěno, že pokud dítě, starší tří let, využívá ve své mluvě převážně podstatná jména oproti slovesům, pravděpodobně se bude jednat o

omezený vývoj řeči. Říká se, že poměr sloves a přídavných jmen je spjat s emocionální stabilitou dítěte (Lechta, 1990).

1.3.2 LEXIKÁLNĚ-SÉMANTICKÁ ROVINA

V této rovině rozlišujeme **aktivní a pasivní slovní zásobu**. Počátky rozvoje pasivní slovní zásoby můžeme pozorovat u dětí okolo 10. měsíce, dochází k počátku porozumění. První řečovou produkcí, resp. první slova dítě začíná používat zhruba kolem 12. měsíce. Neznamená to však, že dítě jinak nekomunikuje. Dorozumívá se prostřednictvím neverbální komunikace, konkrétně se jedná o pláč, pohledy, mimiku aj.

V této fázi hovoříme o **hypergeneralizaci**, kdy dítě chápe např. haf haf jako jakékoliv zvíře, co má čtyři nohy a je chlupaté. Postupně ale, když si dítě rozšiřuje svou slovní zásobu, zaznamenáváme u dětí opak, resp. **hyperdiferenciaci**, kdy dítě např. označení táta chápe jen svého otce, nikoliv jako generalizované slovo. Typické věty kolem roku a půl jsou typu „Co je to?“, „Kdo je to?“, „Kde je?“.

Později, kolem tří a půl let se typickou otázkou stává „Proč?“. Jsou různé odhady slovní zásoby u dětí určitého věku, ale obecně se dá říci, že dvouleté dítě zná zhruba 200 slov, tříleté dítě používá 1000 slov, čtyřleté využívá 1500 slov, před nástupem do školní docházky se uvádí počet zhruba 2500-3000 slov (Klenková, 2006).

1.3.3 FONETICKO-FONOLOGICKÁ ROVINA

Tato jazyková rovina se stala často zkoumanou, odborníci se zaměřovali na dětský křik a broukání. Důležitým obdobím pro foneticko-fonologickou rovinu se stává **přechod z pudového žvatlání na žvatlání napodobující**, které se vyskytuje zhruba kolem 6. -9. měsíce. Až od tohoto stádia je možné hovořit o vývoji výslovnosti v pravém slova smyslu. Zvuky, které do té doby dítě produkovalo, nelze označit jako skutečné hlásky mateřského jazyka, protože dítě je vytvářelo pouze pudově (Lechta, 1990).

Je známo, že dítě vytváří nejdříve hlásky, které mu dávají nejmenší námahu. Dítě tedy tvoří zpočátku samohlásky, poté retné souhlásky a nakonec hrdelní hlásky. Ne všichni autoři se s tímto tvrzením ztotožňují, tvrdí, že dítě mnohdy používá složitější hlásky a ty jednodušší vyslovit neumí.

Z logopedického hlediska je důležité znát, jaký je **vývoj fixace jednotlivých hlásek**, dle toho lze totiž korigovat výslovnost. Co se týče pořadí fixace hlásek, nejdříve dítě fixuje samohlásky, poté hlásky závěrové, úžinové, jednoduché, polozávěrové. Vývoj výslovnosti

je závislý na různých okolnostech, jedná se například o obratnost mluvních orgánů, vyzrálост fonemického sluchu, společenské prostředí jedince, úroveň intelektu či mluvní vzor. (Klenková, 2006).

Pokud se budeme zabírat zmiňovanými faktory na výslovnost, je zřejmé, že **obratnost mluvních orgánů** a s tím spojené předpoklady pro artikulovanou řeč, dítě splňuje již ve dvou nebo třech letech. Musíme se ale zamyslet nad tím, že artikulace hlásek je jedním z nejtěžších procesů jemné motoriky člověka.

Dalším důležitým aspektem výslovnosti je již zmiňovaná **vyrálost fonemického sluchu**, který je dovršen okolo 8. měsíce. Hovoříme o tom, že dítě v tomto věku slyší zvuky okolí foneticky velmi přesně a citlivě, avšak s rostoucím věkem dochází spíše k převaze významu slov. Obecně se dá říci, že dítě diferencuje nejdříve velmi odlišné zvuky mateřského jazyka, poté podobnější zvuky, a až nakonec se naučí sluchem diferenciovat zvuky svého mateřského jazyka (Lechta, 1990).

Dříve se hovořilo o tom, že dítě by mělo mít ukončený vývoj výslovnosti do 5 let jeho věku, dnes se hovoří spíše o tom, že končí ve starším předškolním věku nebo v mladším školním věku.

1.3.4 PRAGMATICKÁ ROVINA

Pragmatickou rovinou rozumíme, jak osoba dokáže aplikovat komunikační schopnosti v rovině sociální, důležité jsou psychologické a sociální aspekty komunikace. Odborníci se shodují na tom, že již dvouleté či tříleté dítě chápe význam komunikačního partnera a dovede dle situace reagovat. Dítě si v tomto věku osvojuje jisté komunikační vzorce, které pak využívá v opakujících se situacích.

Do této roviny zahrnujeme slovní i mimoslovní, resp. **paralingvistické i afektivní složky řeči**. Hovoříme o tom, že dítě intuitivně chápe situaci, i když ještě nezná význam slov nebo vět. Lechta (1990) uvádí, že sem spadá i část neverbální komunikace, respektive udržení očního kontaktu, mimika i gestikulace a její vhodné užívání.

Řadíme sem mimo jiné i slovní humor nebo vtip obecně. Snahu komunikovat, navázat i udržet kontakt s dospělým, vidíme u dětí již kolem třetího věku. Dítě reaguje přiměřeně situaci zhruba ve čtvrtém roce, kdy dochází k intelektualizaci řeči a řeči dítě reguluje dění kolem sebe (Klenková, 2006).

1.4 VLIV RODIČŮ NA ROZVOJ ŘEČI DÍTĚTE

Rodinné prostředí hraje velký význam v oblasti rozvoje psychiky dítěte. Rodinu můžeme chápat jako **univerzálního socializačního činitele**, jejíž systém je tvořen základními složkami, resp. složkou hodnotově normativní, mezilidsky-vztahovou, rezultativní (materiálními i duchovními produkty), osobnostní. Právě s řečí souvisí složka mezilidsky-vztahová, která se opírá o sociální interakci všech členů rodiny.

Rodina dává dítěti možnost sledovat v prvních měsících života interakci, která se v rodině odehrává. Poskytuje tak vzor pro procvičování a korigování vlastního chování dítěte a to v různých oblastech, jako je hra nebo jiné společenské činnosti. Vliv rodiny je zřetelný bezpochyby i v sociální komunikaci, jak v oblasti verbální, tak ve složce nonverbální. Rodina vytváří předpoklady pro to, aby dítě dovedlo porozumět, a samozřejmě to ovlivňuje i kvalitu jeho pozdějšího dorozumívání (Šulová, 2004).

Klíčovou komunikaci s dítětem provádí **matka**, jež vede dítě od předřečových projevů, přes symbolické až po projevy znakové. Vědecky je prokázáno, že absence jednoho z rodičů vede k nevratné změně v pozdějším řečovém vývoji. Dítě se v rodině orientuje v neverbálních projevech právě podle toho, jak rodina reaguje na určité situace. Rodinné zázemí poskytuje dítěti identifikační vzory, mluvní vzory, modely chování v genderových rolích a vytváří se tak základ pro vztah dítěte ke společnosti i k sobě samému (Šulová, 2004).

Co se týče prvních kontaktů matky s dítětem, jedná se především o fyzické projevy – doteky, úsměv, a v neposlední řadě také zvukové signály. Dá se říci, že matka připravuje dítě schopnosti mluvit už při sání. Lechta (2002) tvrdí, že sání je sice primární úlohou příjmu potravy, ale vytváří také prvotní trénink oromotoriky, důležitý pro řečový vývoj. Dokazuje to fakt, že při výslovnosti prvních hlásek má dítě podobné postavení mluvidel jako při kojení.

Úzká vazba mezi matkou a dítětem vzniká už v období těhotenství, vytváří se první emocionální vazba a následná vazba na otce a sourozence.

Ve vztahu otce a dítěte hraje roli i biologická rozdílnost mezi mužem a ženou. Šulová uvádí značné rozdíly mezi mluvou otce a matky na dítě. Muži vnášejí do vztahu k dítěti jiný rozměr, přinášejí nové pojmy a souvislosti a náročnější způsoby komunikace. Otec se stává pro dítě náročnějším komunikačním partnerem nežli matka, protože ve svém řečovém projevu používá bohatší slovník. Otcové si s dětmi více hrají, matky na dítě více mluví a smějí se na ně (Matoušek, 1997).

V interakci matka-dítě a otec-dítě jsou specifikovány určité znaky, jež nazýváme **child directed speech**. Matka užívá přehnanou intonaci a mluví vyšším hlasem než otec. Oba rodiče využívají a zvýrazňují podstatná jména a slovesa, opakují stejná slova a větné části, omezená je také slovní rozmanitost a často se využívají zdrobněliny. Rodiče ale používají krátké, srozumitelné věty obvykle se správnou gramatikou a plynulostí řeči. Hovoříme o takzvané „*na dítě zaměřené řeči*,“ kdy se rodiče přizpůsobí jazykové úrovni dítěte, jinak nazývaná schopnost rodičů intuitivně odhadnout úroveň dítěte. Je to fakt, který je obecně platný interkulturně, kdy rodiče zcela nevědomě a intuitivně využívají těchto prostředků (Šulová, 2004).

Celkově tedy lze poukázat na to, že nejen matka, ale i otec sehrávají klíčovou úlohu pro přiměřený řečový vývoj dítěte. Onu důležitou roli rodiče sehrávají především do čtyř let věku dítěte. Pokud dítě prožilo toto období bez rodičů, ukazuje se zde nevratný vliv pro aktuální rozvoj řeči dítěte, ale i negativní pozdější řečový vývoj. Dítě se tímto vlivem projevuje menší slovní zásobou, může mít obtíže v porozumění čteného textu a také bývají problémy v oblasti rozlišování jemných nuancí jazykových. Dítě není schopno utvořit rýmy bez obtíží, problém sehrává i vyhledávání synonym, homonym a dalších (Šulová, 2004)

2 VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE

Tato vývojová porucha je velmi komplexní symptomatikou ve vlastní řečové produkci, která může být doprovázena dalšími typickými znaky. Můžeme jí chápat, jako poruchu řeči, která se vyskytuje už od počátku jejího vývoje, nejedná se tedy o stav získaný až po osvojení řeči.

2.1 POJEM VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE Z HLEDISKA RŮZNÝCH AUTORŮ

Vývojová dysfázie je pojem, který je velmi náročně definovat, jelikož odborníci z různých oblastí věd nahlíží na problematiku specifického narušení vývoje nejednotně. A tak se odborná terminologie od sebe liší. Některá literatura uvádí vývojovou dysfázii jako sluchoněmotu, alalii, dětskou vývojovou nemluvnost, afemii, ale nejčastěji se setkáváme s pojmem **specificky narušený vývoj řeči**. Lze poukázat i na název vývojové dysfázie, kdy dys- v odborné literatuře odkazuje na vývojovou poruchu, následná část slova – fázie odkazuje na řecký název femi, tedy vypravuji. Obecně se dá tedy vyvodit, že se jedná o odchylku, která postihuje především vypravování, respektive řeč jako celek (Kutálková, 1996).

Sovákovo starší pojetí definuje vývojovou dysfázii jako alalii neboli sluchoněmotu, pro kterou je typické, že dítě začíná mluvit až po čtvrtém roce života. Vyjadřuje se o dysfázii tak, že se nejedná pouze o prosté opoždění vývoje řeči (Sovák, 1984).

Lechta (1990) se vyjadřuje zastaralým názvem hluchoněmota, kterou chápou jako vývojovou nemluvnost, neschopnost naučit se mluvit, i když sluch, intelekt a řečové orgány se u jedince vyvíjí jako u zdravého dítěte.

Ve své významné knize o vývojové dysfázii definuje Mikulajová a Rafajdusová (1993, str. 31) považují vývojovou dysfázii za: *„Specificky narušený vývoj řeči v důsledku raného poškození mozku, které postihujete tzv. řečové zóny mozku. Zároveň nemají neurologický či psychiatrický nález, vadu sluchu a nevyrůstají v podmínkách, které by mohly vysvětlit charakter jejich obtíží.“*

Klenková (2000) ve své dřívější terminologii uvádí, že vývojová nemluvnost je částečná nebo úplná neschopnost užívat řeč jako prostředek komunikace v určitém vymezeném čase.

Škodová, Jedlička a kol. (2003, str. 106) uvádí moderní pojetí, kdy vývojová dysfázie označuje: *„Specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou*

přiměřené. “ Tato definice se dnes užívá velmi často, protože poukazuje na to, že porucha je centrálního původu a může se rozvinout i v přiměřeném sociálním prostředí.

Dvořák (2001, str. 51) ještě více specifikuje přiměřené podmínky pro rozvoj řeči a charakterizuje vývojovou dysfázii jako: „*Specificky narušený vývoj řeči, projevující se sníženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené – sociální prostředí, emocionální vazby, kvalita i četnost podnětů, smysly. Přiměřená inteligence, zpětná vazba, negativní klasické neurologické vyšetření.*“

Ve své pozdější literatuře Klenková (2006) hovoří komplexněji už tak, že je to narušená komunikační schopnost, která se dá zařadit k vývojovým poruchám, protože se jedná o centrální poruchu řeči.

2.2 ETIOLOGIE VÝVOJOVÉ DYSFÁZIE

Určit přesnou příčinu vývojové dysfázie je velmi nesnadné. Vývojovou dysfázii řadíme do vývojových řečových poruch na základě špatné percepce řeči. Uvažuje se nad tím, že příčinou by mohlo být postižení vývoje kognitivních funkcí během pre-, peri- nebo postnatálního poškození mozku. Z všeobecného hlediska se může jednat o vliv farmakoterapie, virového onemocnění, asfyxie, inkompatibilita Rh faktoru, těžké novorozenecké žloutenky, nízké porodní hmotnosti a další (Vitásková, Peutelschmiedová, 2005).

Škodová, Jedlička a kol. (2007) označují příčinu vývojové dysfázie jako „*následek poruchy centrálního zpracování řečového signálu.*“ Dá se říci, že etiologie nespočívá v ložiskovém postižení CNS, ale v **difúzním postižení**, to znamená, že zasahuje celou centrální korovou oblast a podle vážnosti postižení se projevuje různou hloubkou příznaků. Difúzní postižení má největší vliv právě na řeč, jakožto nejvyšší funkci, kterou náš mozek disponuje (Škodová, 2007). Klenková (2006) zase hovoří nejen o poškození mozku, ale také o mozkové dysfunkci, jakožto příčina vývojové dysfázie. S dědičností jako příčinou vývojové dysfázie pak souvisí tzv. řečová slabost.

Dle dalších autorů se jedná o „*organické narušení řeči centrálního charakteru, při níž dochází k opoždění ve vyzrávání nervových buněk v určitých korových oblastech*“ (Klenková, 2006, str. 70). Opoždění může být jak vrozené, tak získané v počátku předřečového období nebo časně postnatálním období. Odborná literatura poukazuje i na

bilaterální poškození, kdy je postižena mozková kůra pravé i levé hemisféry. (Klenková, 2006).

Kromě výše uvedených vrozených příčin, literatura uvádí i **determinaci získanou**. Může se jednat o patologii prostředí, kdy na dítě působí negativní vlivy jako je například zanedbávání, citová frustrace, nedostatečná řečová stimulace, ale v neposlední řadě to může být i nesprávnost nebo dokonce nadbytek podnětů (Lechta, 1990).

Typickým příkladem mohou být matky z nižšího sociokulturního prostředí, s nesprávnou životosprávou, konzumací alkoholu, jsou vystaveny rizikové graviditě, a které dávají dětem minimum podnětů v raném vývoji dítěte, předkládají jim nesprávný mluvní vzor, předpoklady poznávacích procesů jsou tak nižší a v budoucnu bude potřeba odborná logopedická pomoc (Klenková, 2006).

Kutálková (1996) do získaných příčin vývojové dysfázie řadí také nedostatek citových vazeb, resp. citovou deprivaci, kdy se u dítěte neprojeví přirozená zvědavost a potřeba získávat nové informace a nevěle napodobovat. Příčinou se může jevit také nedostatek mluvního kontaktu, kdy je komunikace pouze na úrovni rozkazů či povelů.

Obecně ale můžeme říci, že vývojová dysfázie má vždy svou podstatu v difúzním narušení CNS, navíc mohou poruchu částečně ovlivňovat i vnější faktory, atak hovoříme o multidimenzionálním přístupu etiologie specificky narušeného vývoje řeči.

2.3 CHARAKTERISTICKÁ SYMPTOMATOLOGIE VÝVOJOVÉ DYSFÁZIE

Mikulajová a Rafajdusová (1993) hovoří o tom, že vývojová dysfázie je narušení komunikační schopnosti, ke kterému dochází poškozením raně se vyvíjející CNS a jež se může projevovat neschopností nebo sníženou schopností verbálně komunikovat, i když podmínky pro vytvoření této schopnosti jsou dobré.

Klenková (2006) hovoří o systémovém charakteru, který zasahuje **receptivní i expresivní složky řeči ve všech jazykových rovinách**. Postihuje především výslovnost, gramatiku, slovní zásobu a zaznamenáváme nerovnoměrný vývoj celé osobnosti. Především se jedná o problémy v oblasti jemné motoriky, grafomotoriky, paměti i pozornosti. Jedinci s vývojovou dysfázií mají narušenou emocionální sféru, zájmovou i motivační sféru a jsou také lehce unavitelní. Je to velmi komplexní porucha, která ovlivňuje jedince v jeho sociálním kontextu. To znamená, že ovlivní sféru rodinnou, školní, oblast jeho zájmů, trávení volného času i dokonce v budoucnu profesní orientaci. Proto je velmi důležitá včasná diagnostika a komplexní odborná péče.

2.3.1 PŘÍZNAKY V ŘEČI

Řečové nesnáze se objevují jak v povrchové struktuře řeči, tak i v hloubkové struktuře. V praxi se může jevit jako patlavost, nesrozumitelná řeč, či dokonce úplná nemluvnost. Hovoříme o tom, že hlavním příznakem vývojové dysfázie je opožděný vývoj řeči, a typickou charakteristikou se stává odchylný (aberantní) vývoj řeči, respektive dysgramatismy, narušené fonologické vnímání aj. (Škodová, 2003). Nyní se budeme konkrétně zabývat jednotlivými jazykovými rovinami a obtížemi dysfaticků v jednotlivých těchto rovinách.

Jeden z nejpřesnějších indikátorů narušeného vývoje řeči je **oblast morfologicko-syntaktické** roviny řeči. Obtíže shledáváme v gramatice, kdy se nejdříve objeví lehké odchylky, které mohou běžnému posluchači uniknout. Typickým problémem se stává dysgramatismus, který je u vývojové dysfázie velmi nápadný, někteří autoři dokonce ztotožňují specificky narušený vývoj řeči s dysgramatismem.

Gramatická stránka jazyka je u vývojové dysfázie narušená, stejně jako gramatická struktura projevu dysfatického dítěte.

Co se týče morfologie, u projevu dysfaticků převládají podstatná jména nad ostatními slovními druhy. Ze syntaktického hlediska můžeme uvést dlouhotrvající obtíže, jedná se například o špatný slovosled. Na počátek vět řadí děti slova, která mají pro ně emotivní podtext, subjektivní potřebu, než že by uplatňovaly zákonitosti syntaxe. Paradoxně čím větší slovní zásobou dysfatické dítě disponuje, tím větší množství dysgramatismů se v jeho řeči objevují.

Někteří autoři chápou dysgramatismus jako obtíž percepce řeči a problém omezených schopností dekodování. Příčina špatného dekodování spočívá v omezené krátkodobé paměti, která dítěti nedá dostatečný čas na analýzu celé věty.

Rozdíly nalézáme v receptivní a expresivní složce řeči, rozlišujeme tedy receptivní formu dysgramatismu a expresivní formu dysgramatismu. V receptivní formě dítě neovládá gramatická pravidla daného jazyka z důvodu narušení funkcí, které se účastní na přijímání řeči. Na expresivní formě se účastní problémy verbální produkce, kdy dítě nesprávně dekóduje syntakticko-morfologická pravidla. Obvykle se ale tyto typy objevují smíšeně a jedna z těchto forem může převažovat (Lechta, 1990).

Co se týče příznaků v **lexikálně-sémantické** rovině řeči, typickým příznakem shledáváme nápadně chudý slovník, někteří autoři ho nazývají jako oligolálii. Příznačným znakem se stává extrémní převaha pasivní slovní zásoby nad aktivní slovní zásobou. Je to obtíž, která přetrvává až do pozdějšího věku a může mít velký dopad na školní docházku. Bylo

zjištěno, že děti prvního stupně základní školy vkládaly do slov všeobecný, často nediferenciovaný význam. Také často zaměňovaly slova příbuzného významu, obvykle na základě významové, hláskové nebo slabičné podobnosti. Postupně se tyto obtíže zmenšují, ale z výzkumu vyplynulo, že tyto problémy měly děti ještě ve 4. třídě (Lechta, 1990).

Narušený vývoj řeči se v oblasti **foneticko-fonologické** projevuje celkem dlouho i v případech lehčího typu. Jde pouze o menší odchylku od obvyklého vývoje řeči, běžně se totiž výslovnost upraví až ve školním věku. Kiml (in Lechta, 1990) v této oblasti využívá termínu „*alalie et dyslalie*“, čímž vyjadřuje chronologii těchto symptomů. Pokud odstraníme nemluvnost, poměrně dlouho u dětí přetrvává chybná výslovnost. Typickým znakem je narušení rozlišování fonologických opozic, jako je například znělost-neznělost, tvrdost – měkkost a další. Dochází také k narušení následnosti hlásek, redukci zvuků samohlásek a další. Hovoříme o tom, že složka porozumění řeči se vyvíjí rychleji než motorika a tak je vyjadřovací oblast řeči nesrozumitelná (Lechta, 1990).

Jak je již zřejmé, obtíže se projevují ve všech jazykových rovinách, mohou přetrvávat až do školního věku, kdy se obtíže transformují do specifických vývojových poruch školních dovedností, nejčastěji se jedná o narušenou grafickou formu řeči, respektive dyslexii nebo dysgrafii (Vitásková, Peutelschmiedová, 2005).

2.3.2 PŘÍZNAKY V DALŠÍCH OBLASTECH

Typický příznak bývá v **nerovnoměrném vývoji dítěte**, objevuje se výrazný nesoulad mezi jednotlivými složkami a to i rozdílem několika let.

Diskrepanci nalézáme také mezi **verbálními a neverbálními schopnostmi** dítěte. Verbální schopnosti jsou výrazně nižší než biologický věk dítěte a neodpovídají ani mentálním schopnostem dítěte. Řečový projev je výrazně opožděný a mohou se později zhoršovat i intelektové schopnosti dítěte.

Shledáváme také **narušení zrakového vnímání** od menších po výrazné potíže, které se následně projeví zejména v grafomotorice. U úplné nemluvnosti je kresba často jedinou pomocí při určení diagnózy dítěte.

Dochází také k **obtížím ve sluchovém vnímání**, jedná se o problémy spojené se sluchovou diferenciací. Dítě nedovede rozlišit jednotlivé prvky řeči, respektive se jedná o poruchu rozlišování hlásek, které jsou zvukově podobné, obtíže s tvorbou sledů hlásek a slabik aj. Obtíže shledává Škodová následující: „*V oblasti vnímání, zapamatování a napodobení*

melodie a rytmu, v oblasti časového zpracování akustického signálu“ (Škodová, 2003, str. 108). Ve zpracování sluchové informace zaznamenáváme výrazné prodlevy.

Narušená je i **oblast paměťových funkcí**, jedná se o nízkou úroveň paměti, což může svědčit o deterioraci intelektových schopností na podkladě organického poškození CNS. Deficity se objevují v **orientaci v čase a prostoru**, dítě se také špatně orientuje v pravolevém určení, chybně vnímá časové vymezení, případně i vztahové vazby mezi rodinnými příslušníky.

Pravidlem se stávají **poruchy motorických funkcí**, kdy největší obtíže vidíme v jemné motorice, obtíže v motorice mluvidel, chybné je i prostorové uspořádání pohybů. Celkově hovoříme o opoždění vývoje hrubé i jemné motoriky a obtíže v koordinaci pohybů. S tím jsou spojené nevhodné typy laterality, konkrétně nevyhraněná či zkřížená lateralita (Škodová, 2003).

2.4 KLASIFIKACE VÝVOJOVÉ DYSFÁZIE

Dle poslední revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) řadíme vývojovou dysfázii do kategorie F80, tedy do specifických poruch řeči a jazyka, konkrétně rozeznává poruchu řeči:

- expresivní
- receptivní

U **expresivní** poruchy řeči je jazykové chápání na běžné úrovni, mohou i nemusejí se vyskytnout poruchy artikulace. MKN-10 ji charakterizuje tak, že *„schopnost dítěte užívat expresivně mluvenou řeč je zřetelně pod úrovní jeho mentálního věku.“* U **receptivní** formy poruchy řeči shledáváme jazykové chápání pod úrovní mentálního věku. Je tedy vždy porušena řeč expresivní a MKN-10 označuje za časté *„poruchy tvorby slova a zvuku.“* Škodová (2003) hovoří o tom, že: *„porucha má systémový charakter a zasahuje v různém stupni a širokém spektru senzoricke i motorické oblasti ve všech jazykových rovinách.“* Od klasického dělení na dysfázii motorickou a senzoricke se upouští, protože se často setkáváme se smíšeným nebo také totálním typem, kdy se obě formy sdružují. MKN-10 poruchy dnes označuje za expresivní typ poruchy řeči a receptivní typ poruchy řeči. Škodová ve své literatuře rozlišuje dysfázii:

- motorickou
- senzoricke

Dysfázie **motorická** je charakteristická problémy především v oblasti logomotorické. Konkrétně lze zmínit to, že vývoj řeči u této formy je vždy opožděn, aktivní slovní zásoba je na nižší úrovni než pasivní slovní zásoba. Nesoulad nalézáme mezi vývojem verbální komunikace a neverbálním porozuměním, kdy verbální komunikace je v ústraní. Dítě se tedy více odkazuje na neverbální formy komunikace. Řeč se tvoří těžkopádně a potřeba řečového projevu se jeví jako velmi malá, typickými projevy jsou dysgramatismy (Škodová, 2003). Narušená je tedy především expresivní složka řeči, z fyziologického hlediska mluvíme o postižení Brockova motorického centra. Laicky bychom tuto formu mohli vysvětlit tak, že dítě slyší, rozumí, ale není schopno reagovat, srozumitelně mluvit, uvědomuje si své nedostatky a tak u dítěte následuje malý slovní apetit.

Pokud hovoříme o narušení receptivní oblasti řeči, tuto formu definujeme jako dysfázii **senzorickou**. Převažují obtíže v receptivní oblasti řeči, dítě má deficity ve fonemickém sluchu, se sluchovou pamětí, krátkodobou pamětí, obtíže nalézáme také v porozumění slovům, chápání jejich významu aj. Oproti první zmiňované formě se liší tím, že vývoj řeči nemusí být vždy opožděn výrazně, aktivní slovní zásoba nemusí být na nižší úrovni, ale problémy nalézáme v oblasti pasivní slovní zásoby, kdy dítě často nechápe obsah slov. Řeč u této formy bývá často plynulá, ale nesrozumitelná, dítě používá vlastní žargon a projev se tedy stává výrazně deformovaný. Potřeba řečové produkce bývá přiměřená (Škodová, 2003). Z fyziologického hlediska se jedná o postižení Wernickeho centra, kdy dítě nedovede dekódovat obsah slov. Laicky bychom mohli tuto formu vyjádřit tím, že dítě slyší, ale nerozumí, je bez zájmu a často echolálicky opakuje řečené, ale samo nerozumí tomu, co říká. Nedostatky se objevují ve sluchové percepci, nápadná je deformace slov, hovoříme o tzv. verbální dyspraxii (slovní patlavost).

Rozlišení vývojové dysfázie na postižení v oblasti Brockova a Wernickeova centra se dnes považuje za starší pojetí, protože nelze pohlížet na mozková centra izolovaně, jak již bylo zmíněno, dnes se pohlíží na vývojovou dysfázii jako na difúzní postižení, respektive zasahuje celou centrální korovou oblast.

Spojením obou dvou forem vzniká smíšený typ, respektive **totální forma**. V praxi se nedá kategorizovat, že by děti v určitém věku měly obtíže stejného stupně, u každého dítěte je to velmi individuální. Důležitou roli hraje především terapie, která bude popsána níže. Za zmínku ale určitě stojí individuální logopedická péče či skupinová forma logopedické terapie (Škodová, 2003).

Dle Lechty (1990) rozlišujeme z hlediska stupně dva typy vývojové dysfázie:

- úplná
- částečná

Úplná nemluvnost (tzv. Mutitas idiotica) znamená, že dítě nezačalo mluvit vůbec. **Částečný** typ vyjadřuje, že řeč se vyvíjí opožděně, pomaleji, případně ustrne na některém nižším stádiu vývoje. Závažnost poruchy závisí na tom, jaký je rozsah nevyzrálosti a poškození mozkových funkcí. Z etiologického hlediska můžeme vývojovou dysfázi chápat jako vedlejší příznak nebo jako hlavní příznak. Nezralost určité funkce může někdy vyvolat jen některé symptomy vývojové dysfázie, hovoříme tedy o dysfatických rysech řeči.

2.5 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE VÝVOJOVÉ DYSFÁZIE

Logopedickou intervencí můžeme připodobnit slovnímu spojení náprava řeči. Lechta (2011) označuje intervenci za aktivitu, která spadá pod kompetence logopeda ve všech svých oblastech (Klenková, 2006). Intervenci lze také chápat jako aktivitu, která má za cíl identifikovat, eliminovat a předejít narušené komunikační schopnosti. Do logopedické intervence zahrnujeme diagnostiku, prevenci a terapii, konkrétně zde se bude jednat o tyto formy intervence u vývojové dysfázie (Lechta, 2011).

2.5.1 DIAGNOSTIKA VÝVOJOVÉ DYSFÁZIE

Lechta (2011) definuje tři úrovně logopedické diagnostiky:

- orientační vyšetření
- základní vyšetření
- speciální vyšetření

Orientační vyšetření má odpovídat na otázku, zdali osoba má narušenou komunikační schopnost a realizuje se prostřednictvím screeningu, depistáže aj. **Základní vyšetření** řeší otázku druhu narušené komunikační schopnosti a podstatnou částí se stává určení diagnózy. **Speciální vyšetření** už je zaměřené na typ postižení, formu, stupeň, řeší etiologii, prognózu atd. Jde tedy o komplexní identifikaci narušené komunikační schopnosti.

U vývojové dysfázie je diagnostika jednou z velmi důležitých součástí intervence. Měla by to být záležitost **komplexní**, dlouhodobá a na které se účastní sféra lékařská, psychologická i speciálně pedagogická.

Mělo by se tedy jednat o **týmovou spolupráci**, jejíž včasná diagnostika je přímo závislá na terapeutických postupech. Významnou roli hraje **diferenciální diagnostika**, jelikož pestrá symptomatologie často svádí k záměně vývojové dysfázie za jinou poruchu (Škodová, 2007). Specificky narušený vývoj řeči se tak může zaměňovat například za prostý opožděný vývoj řeči, dyslalii, v neposlední řadě může poukazovat také na sluchové vady, může vypadat také jako mentální retardace, mutismus, autismus aj. Nyní podrobněji popíšeme diagnostiku z pohledu jednotlivých zúčastněných oborů.

Foniatrickou diagnostiku provádí lékař – foniatr, který by měl vyšetřit všechny složky řeči, mělo by dojít ke komplexnímu vyšetření sluchu. Foniatr koordinuje všechny diagnostické postupy, které jsou využité (Škodová, 2003).

Neurologickou diagnostiku provádí lékař – neurolog, kdy neurologický nálezn by měl být zcela negativní, ale nedá se říci, že by závažnost postižení musela být vždy v souladu s neurologickým postižením (Škodová, 2003). Využívá se i neuropsychologického vyšetření NEPS, které se zaměřuje na schopnosti související s fungováním poznávacích i řečových procesů (Lechta, 2003).

Co se týče **logopedické a speciálně - pedagogické diagnostiky**, dá se o nich říci, že dotvářejí celkový obraz schopností dítěte. Měla by zjišťovat, v jaké míře je vývoj opožděný a měl by ji provádět klinický logoped. Zaměřuje se na orientaci v prostoru a čase, sluchové vnímání, laterality, zrakové vnímání, řeč, grafomotoriku, čtení, psaní, počítání a v neposlední řadě také řeší paměť, aktivitu a koncentraci pozornosti (Škodová, 2003).

Psychologická diagnostika ukazuje na difúzní postižení CNS u vývojové dysfázie. To se projevuje různým rozsahem výkonů zaměřujících se na paměť, koncentraci pozornosti aj. Typickým příznakem bývá nerovnoměrný vývoj, a porucha intelektu se u vývojové dysfázie nevyskytuje. Na počátku je využívána kresba lidské postavy a zkouška obkreslování. V obkreslování mají skoro všechny dysfatické děti velké obtíže a s tím spojené velmi špatné výsledky (Škodová, 2003). Psychologická diagnostika využívá také inteligenčních testů, jako je například Pražský dětský Wechsler, Ravenovy matice, dále orientační test dynamické praxe, Kwintův test aktivní psychomimiky, také využívá testů vizuálních, sluchových, kresebných technik a jiných (Vitásková, Peutelschmiedová, 2005).

Nesmíme opomíjet fakt, že specificky narušený vývoj řeči je nutné diagnostikovat komplexně, zaznamenat všechny jeho projevy. Důležitost přikládáme tedy diferenciální diagnostice, která rozliší vývojovou dysfázii a další možné poruchy, se kterou ji lze zaměnit. Lze ji odlišit od vývojové dysartrie, poruchy sluchu, prostého opožděného vývoje řeči, opožděného vývoje řeči s mentální retardací a těžké dyslalie (Škodová, 2003).

Vitásková a Peutelschmiedová (2005) ještě přidávají pervazivní vývojové poruchy, získanou afázii s epilepsií, afázii, selektivní nebo elektivní mutismus a mentální retardaci jako možné záměny vývojové dysfázie.

2.5.2 PREVENCE VÝVOJOVÉ DYSFÁZIE

Prevenici obecně chápeme jako předcházení vzniku poruchy či nemoci. V logopedii, stejně jako v jiných oborech, rozeznáváme prevenci:

- primární
- sekundární
- terciární

Primární prevence u vývojové dysfázie spočívá v pre-, peri-, a postnatálních opatřeních, která předcházejí vzniku poruchy už od jejího kořene. V případě vývojové dysfázie mohou například eliminovat poškození novorozенého dítěte (popř. batolete). Například genetické faktory vzniku vývojové dysfázie nejsou lidsky vůbec ovlivnitelné a další faktory, jako jsou například úrazy nebo infekce, nejsou snadno předvídatelné. Peutelschmiedová (2005) podstatu primární prevence nalézá v rozumně aplikované osvětě, která bude co nejšetrnější.

Sekundární prevence spočívá v předcházení obtíží u ohrožených jedinců. V případě vývojové dysfázie bychom mohli mluvit například o dětech dysfaticů, dyslektiků, rodičů s ADHD nebo rodičů s jinými rizikovými faktory, o dětech nedonošených, dětech ze znevýhodněného prostředí, o dětech s nějakou dědičnou zátěží, se sluchovým postižením aj. Peutelschmiedová (2005) příkladem uvádí stimulaci sacího reflexu u dětí nedonošených v inkubátoru. Umělá výživa tlumí sací reflex a stimulací sacího reflexu ovlivňujeme oromotoriku a budoucí vývoj komunikačních schopností.

Terciární prevence spočívá v práci s jedinci, kteří už daný problém vykazují. Může se například jednat o prevenci specifických poruch učení u dysfatika. Peutelschmiedová (2005) uvádí, že prostřednictvím terciární prevence se snažíme předcházet tomu, aby nedocházelo ke zhoršení daného stavu.

Předcházení specificky narušeného vývoje řeči považujeme za velmi obtížné a to z důvodu komunikační pasivity dětí s vývojovou dysfázií, sami totiž rozhovor nenaváží a spíše zůstávají v roli naslouchajícího. Často se stává, že nedovedou získat potřebné informace z důvodu omezeného slovního vyjadřování a s celkově nižší aktivní slovní zásobou. Může se stát, že nonverbální komunikace zůstane jedinou formou domluvy s okolím. Dítě si často získává komunikační zábrany, které se zvětšují a snižuje se mluvní apetit (Škodová, 2003). Peutelschmiedová (2005) tvrdí, že primární prevenci logoped může ovlivnit pouze minimálně. Primární logopedická prevence není možná u afázie a do jisté míry i u narušeného vývoje řeči. Sekundární logopedická prevence se u lehčích forem narušené komunikační schopnosti daří eliminovat na minimum viditelných symptomů v řeči. Neznamena to, že by dítě již nebylo rizikové, dítě by mělo být dále sledováno z důvodu možného vzniku specifických poruch učení.

Pokud je riziko vývoje poruchy zřetelné, důležitost hraje zaměření se na hry prospívající fonematickému sluchu a obratnosti mluvidel z hlediska motoriky. Jde například o zpřesňování pojmů přírodních zvuků a to za pomoci nápodoby. Klademe důraz také na smyslové vnímání, kdy se zaměříme především na sluch a zrak, na oromotoriku, grafomotoriku. Nesmíme také opomenout nácvik pozornosti, systematickosti a v nemenší míře i vytrvalosti (Kutálková, 1996).

2.5.3 TERAPIE VÝVOJOVÉ DYSFÁZIE

Terapie vývojové dysfázie by měla být **týmovou spoluprací**, podobně jako diagnostika specificky narušeného vývoje řeči. V počátku obtíží je nutné vyhledat klinického logopeda, klinického psychologa a lékaře, konkrétně důležitou roli hraje foniatr, neurolog a pediatr. Spolu s nimi nemenší důležitost nalézáme u pedagogického týmu, konkrétně jsou to učitelé mateřské školy, základní školy či školy speciální a pracovníci speciálně pedagogických center. Ačkoli jsme nyní vyjmenovali řadu odborníků, faktem zůstává, že klíčovou a nezastupitelnou roli v péči o dítě s vývojovou dysfázií hraje jeho rodina.

Dříve se dbalo především na úpravu formální stránky řeči, respektive výslovnosti, dnes už se neprovádí terapie takto jednostranně. Ačkoliv se dosáhlo řečové produkce, která již byla srozumitelná, pouze obsahově chudá, do ústraní šly všechny ostatní dovednosti nutné k dosažení školní zralosti. Náprava výslovnosti, která byla zaměřená pouze na řeč, zapříčinila to, že následně docházelo k dalším řečovým poruchám, například ke koktavosti.

Dříve skýtala problém i diferenciální diagnostika, která ještě nebyla na takové úrovni, aby docházelo ke správné volbě terapeutického postupu. Dnes se klade důraz **na komplexní rozvoj celé osobnosti dítěte**, nejen na řečovou složku. Terapie zahrnuje rozvoj zrakového a sluchového vnímání, zaměření na myšlení, paměť, pozornost, motoriku, dbání na schopnost orientace, grafomotoriky a v neposlední řadě řeči. Tyto schopnosti nelze cvičit izolovaně, vždy se rozvíjí zároveň více složek. Škodová (2003) uvádí, že všechny postupy je nutné kombinovat tak, aby dítě „*co nejvíce využilo toho, co již umí.*“

Za velmi důležité, již z počátku terapie, považujeme **rozvíjení zrakového vnímání**. Z fyziologického hlediska nejdříve dozrává schopnost zrakového rozlišení nahoře a dole, až později vlevo a vpravo. Zralost této schopnosti je podkladem pro čtení a psaní. Problémem není špatný stav analyzátoru, nýbrž obtíže v centrálním zpracování příslušného vjemu. Využívá se vývojového testu zrakového vnímání M. Frostigové, který je zaměřen na barvy, tvary, ale také se zabývá koordinací vjemů s motorikou ruky (Škodová, 2003).

Neméně důležitou částí je **rozvíjení sluchového vnímání**, protože děti se specificky narušeným vývojem řeči mají narušenou schopnost sluchové diferenciace. Nedovedou rozlišovat jednotlivé hlásky, hlásky podobně znějící, obtíže mají obecně ve sluchovém vnímání a s tím souvisí porucha tvorby sledů hlásek a slabik.

Za velmi důležitý poznatek pokládáme fakt, že porucha skýtá obtíže v oblasti časového zpracování zvukového signálu. Je to totiž jedna z důležitých funkcí, při které člověk rozeznává fonémy. Škodová (2003) hovoří o tom, že děti s vývojovou dysfázií „*nedovedou rozeznat klíčová slova pro pochopení celkového obsahu řeči.*“ Deficity nalzáme v krátkodobé paměti a tím se špatně fixuje řečový vzor, znamená to, že dítě není schopno opakovat kombinace slabik. S tím je spojená neschopnost další edukace a rehabilitace řeči. Velké problémy s fonematickým sluchem se mohou prohloubit do dalších obtíží školních, konkrétně se jedná o **specifické poruchy učení**, jako je dyslexie či dysgrafie. Dysfatické děti mají deficity v rytmu a tempu řeči a protože mají obtíže i s krátkodobou pamětí, krátké říkanky k terapii moc nepřispívají. Využíváme tak různých typů sluchových cvičení, které se používají pro děti se sluchovým postižením, ale i speciálních cvičení. Primární sluchová percepce řeči se nacvičuje pomocí primitivních vzorců, kdy změna hlásky znamená záměnu významu slova a často musíme zvuk přiřazovat k určitému obrázku (Škodová, 2003).

U specificky narušeného vývoje řeči se setkáváme s nerovnoměrným rozložením jednotlivých schopností, jedná se tedy o nesoulad mezi verbální a neverbální složkou, kdy neverbální převažuje a verbální je opožděn oproti ostatním schopnostem. Pokud

stimulujeme vývoj řeči nesprávně nebo málo, může se jednat důraz pouze na výslovnost a nezaměřujeme se na obsahovou stránku, mohou se následně zhoršovat i intelektové schopnosti. S přiměřeným rozvojem obsahové stránky, výslovnosti a dalších částí, se zlepšují rozumové schopnosti dítěte, rozvíjíme tedy myšlení (Škodová, 2003).

Rozvíjení paměti a pozornosti bychom měli zařazovat průběžně do postupů, které rozvíjejí ostatní složky. Cvičení přizpůsobujeme potřebám dítěte a přistupujeme k dítěti individuálně. Klíčovým rozvojem u dysfatických dětí se dosahuje **opakováním všech cvičení již dříve procvičovaných**, pomocí nichž se dítě učí činnost ovládat (Škodová, 2003).

Kromě obtíží řečových se u dysfatických setkáváme s nápadnými motorickými projevy, respektive s motorickým neklidem a špatnou koordinací pohybu. Měli bychom si všimnout celkového motorického projevu, zda se pohyb zdá pasivní či aktivní, jak spolu koordinují pohyby rukou a nohou a také nesmíme opomenout mimické pohyby. **Hrubou a jemnou motoriku** lze rozvíjet pomocí neuropsychologického vyšetření NEPS, kde se cvičení zaměřují na motoriku rukou, dynamickou organizaci pohybů, opticko-prostorovou organizaci pohybů a na komplexní praxi rukou.

Pro nácvik motoriky horní končetiny využíváme například stavebnice s různou velikostí, různým tvarem s různými povrchy a materiály. Pro nácvik organizace pohybů se dá využít nejrůznějších rytmických a pohybových her. Pro zlepšení deficitů v prostorové organizaci pohybů se nejčastěji využívá nápodoby přímého vzoru.

Co se týká komplexní praxe rukou, praktikujeme opakování pohybů dle přesných pracovních postupů, kde se vyskytuje časový sled jednotlivých činností, které vedou k nějakému výsledku (Škodová, 2003). Kromě terapie hrubé a jemné motoriky bychom se měli zaměřit nemenší mírou i na oblast oromotoriky.

Motorika mluvidel bývá velmi často narušená, zejména jsou to obtíže s pohyby jazyka, rtů, tváří aj. Důležitou není ale pohybu jedné z těchto částí, nýbrž komplexní koordinace všech částí mluvidel. Na oromotorické obtíže je přímo vázaná výslovnost hlásky, kterou tím pádem dítě nedovede realizovat. Často se také setkáváme s tím, že dítě dysfatické nedovede svou mimikou vyjádřit pocity a s tím jsou spojené i obtíže při jídle. Co se týče využití nějaké konkrétní terapie, dbáme na to, abychom vybírali cvičení, z nichž víme, že alespoň jedno dítě zvládne. U menších dětí lze oromotoriku nacvičit právě při jídle, kdy můžeme využít různých konzistencí jídla, olizování lžičky, pití brčkem, foukání do polévky aj. Přirozenou formou tak cvičíme motoriku mluvidel a tak velmi nenásilně fixujeme správný pohybový stereotyp. Měli bychom postupovat od nejzákladnějšího, tedy

nejdříve nácvik hrubé motoriky a až poté nácvik oromotoriky, jinak těžko očekávat úspěch v přesném pohybu mluvidel. Dá se využít například test aktivní mimické psychomotoriky dle Kwinta nebo test 3F, který už zahrnuje motoriku všech částí mluvidel (Škodová, 2003). Špatná schopnost **orientace v čase, prostoru** v osobních údajích, v rodinných vazbách již byla zmíněna. Pro dítě je dostačující, že se orientuje v místě, kde se zrovna nalézá. Velmi narušená bývá část pochopení prostorových vztahů a pravolevá orientace. V terapii této oblasti se využívá kresba jednoduchého obrázku, která čítá 2-4 prvky. Může se jednat o kruh, čáry různých délek a podobně. Pomoci hraje také následné zobrazení v prostoru prostřednictvím nějakých pomůcek jako špejlí, provázků, papíru atd. Děti špatně určují jednotlivé prvky na příslušné místo a to jak v kresbě, tak v prostoru. Techniky jsou ovšem závislé na kreativitě terapeuta.

Jak již bylo zmíněno, deficity se objevují v časovém chápání vztahů, v terapii se využívá individuální logopedické péče a často se spolupracuje i s mateřskou školou nebo s denními stacionáři či specializovanými pracovišti, kde mají nejlepší podmínky pro rozvíjení prostorové a časové orientace (Škodová, 2003).

Za jednu z nejdůležitějších součástí terapie komunikačních dovedností, považujeme **kresbu**. Kresba bývá obvykle příjemnou činností, ze které děti nemívají strach a lze jí využít jako počáteční metodu pro navazování kontaktu s dítětem. Může také sloužit jako uvolňovací cvičení pro jemnou motoriku a jsou to metody, které nejsou časově náročné a poskytují širokou škálu informací o vývojové úrovni a emočním naladění dítěte. Zpočátku děti nekreslí vůbec, jsou to spíše čmáranice, ale postupně se uvolní, je tak třeba postupovat nenásilně. Je důležité postupovat od nejprimitivnějšího, respektive nejdříve se zaměřujeme na obkreslování kola, čar, vlnovek, nejlépe samozřejmě s nějakou motivací, aby se komunikace nestala pouhým předáváním povelů. Abychom dosáhli kýženého výsledku, je nutné přesný pracovní postup dětem ukazovat. Po nácviku základního prvku, jednotlivé části kombinujeme a tvoříme tak jednoduché obrázky. Při kresebném nácviku se osvědčila práce ve skupince 3-4 dětí, přínosem může být také velká plocha, kdy dítě lépe zvládá ruku uvolnit (Škodová, 2003).

Metodika nápravy řeči je stanovená spíše rámcově a terapie je zaměřena na **komplexní rozvoj s individuálním přístupem** a přizpůsobováním konkrétnímu dítěti. Lechta (2011) uvádí čtyři cíle terapie narušeného vývoje řeči:

Mezi první cíl popisuje změnu či eliminaci příčiny narušeného vývoje řeči, modifikování poruchy, dále je to naučení využívání kompenzačních strategií a zaměření terapie na dítě i na jeho rodinu a nejbližší okolí. Jako nejvhodnější Lechta (2011) uvádí využití stimulující

metody společně s korigujícími metodami. Metoda, která by přímo odstraňovala příznaky vývojové dysfázie prozatím neexistuje. Rozlišujeme ale dvě formy terapie, které k řečové nápravě napomáhají a to je terapie individuální a skupinová a nadále také rozlišujeme intenzivní a intervalovou formu terapie (Klenková, 2006).

2.5.4 INDIVIDUÁLNÍ LOGOPEDICKÁ PÉČE

Mezi nejčastější formu logopedické péče patří individuální terapie. Škodová (2003) uvádí nejčastější formu terapie **ambulantní individuální péči**. Jde o nejrozšířenější formu péče o dítě s narušenou komunikační schopností. Ambulantní péče se dle Klenkové (2000) uplatňuje při lehčích formách narušené komunikační schopnosti, ovšem nestačí na těžší formy. V tomto případě je pak nutné zařazení dítěte do **speciálních mateřských škol** či do **základní školy s vadami řeči**. Lze také dítě zařadit do **logopedické třídy běžné mateřské školy** nebo dítě integrovat do **běžné třídy běžné mateřské školy** s dopomocí asistenta pedagoga. Individuální logopedická péče lze také může probíhat v mateřské škole za pomoci externího pracovníka, respektive logopedického asistenta nebo klinického logopeda.

Délka terapie závisí na četnosti setkání, na typu zařízení, druhu NKS a dle věku člověka. Uplatňuje především metody speciálně-pedagogické, využívá například zásadu individuálního přístupu z důvodu toho, že každé dysfatické dítě má různé schopnosti a možnosti. Velkou výhodou individuální logopedické péče je klid a na něj vázaná maximální soustředěnost, se kterou mají dysfatické děti obtíže. Provádí se především v pracovně logopeda, tedy již zmiňovaná ambulantní individuální logopedická péče, a osobnost onoho logopeda je důležitou součástí rehabilitace. Nutností je odborná způsobilost společně s důvěrou dítěte a rodičů. Za nejdůležitější práci klinického logopeda se u malých dětí považují nejzákladnější elementy řeči a klade důraz také na psychomotorické dovednosti. Nespolupracuje pouze s dítětem, ale jak již bylo zmíněno, i s rodičem. Vede je k tomu, aby vytvořili pro dítě stimulující prostředí a ke správnému řečovému vzoru, který má velký význam pro rehabilitaci dítěte (Škodová, 2003).

Škodová (2003) uvádí jednotlivé body terapeutického plánu. **Klinický logoped** procvičuje porozumění řeči, motoriku hrubou, jemnou, oromotoriku, nacvičuje nové prvky řeči, půjčuje rodině pomůcky, rozvíjí sluch, zrak, začíná nacvičovat grafomotoriku. K tomu využívá všechny dostupné technické pomůcky, především audiovizuální, používá také speciální počítačové programy, pořizuje videozáznamy, audiozáznamy. Radí se také s

dalšími specialisty, jako jsou lékaři, psychologové a před tím, než dítě nastoupí do školy, celkově dítě zhodnotí a doporučí vhodné školní zařízení. Informuje rodiče o všech dostupných formách vzdělávání dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami.

2.5.5 SKUPINOVÁ LOGOPEDICKÁ PÉČE

Skupinovou logopedickou terapii tvoří skupina tří až šesti lidí s narušenou komunikační schopností. U dětí s vývojovou dysfázií se tato metoda uplatňuje především v **denních stacionářích**, na **lůžkových odděleních** foniatrie, neurologie nebo psychiatrie. Také se může využít v **léčebnách pro děti s vícečetným postižením, ve speciálních mateřských školách a speciálních základních školách**. V mateřských školách, běžných i speciálních provádí skupinovou terapii obvykle učitel sám, zpravidla mívá speciálně pedagogické vzdělání, často v oblasti logopedie.

Obecně provádí skupinovou logopedickou péči, stejně jako individuální logopedickou terapii, klinický logoped, koordinuje speciální skupinové rehabilitační programy a také vybírá didaktické hry pro rozvoj řečové produkce, zraku, sluchu, hry na rozvíjení motoriky včetně grafomotoriky a dohlíží na správné užívání. Využívá také speciálně-pedagogických metod a zásad jako při individuální logopedické péči.

Cílem je rozvoj hrubé a jemné motoriky, včetně upevnění pohybových dovedností a zdokonalení pohybové koordinace. Ve skupinové terapii je výhodou, že dítě je nenásilně nuceno se vyjadřovat i verbálně, protože se při hrách, úkolech musí nějakým způsobem domluvit s ostatními.

Důležitou součástí skupinové terapie je i kresba a rozvoj v oblasti prostoru a času. V úvodu převažuje rušná část, kladoucí důraz na motoriku, zahřátí a uvolnění. Následuje relaxace a dechové cvičení a pak hlavní část. Ta se skládá z pohybové aktivity zaměřené na rozvoj hrubé a jemné motoriky, na koordinaci pohybů a orientaci v prostoru a čase. Nedílnou součástí se stávají i cvičení zaměřené na rozvoj zrakové, sluchové a hmatové percepce. Sekundárně rozvíjíme také sociální dovednosti, jako je umění navázání kontaktu, zvládnutí konfliktu apod. Konečná část se zabývá kresbou a zobrazením v prostoru. Výhody skupinové terapie skýtají stimulaci aktivity dítěte ostatními dětmi, rozšiřuje se slovní zásoba a gramatika zlepšuje se mluvní apetit, grafický projev a celkově jemná i hrubá motorika. Dítě není k ničemu nuceno a v prostředí dětí se více uvolní než u dospělých, Zlepší se tak oblast zrakové, sluchové a hmatové percepce a v neposlední řadě také napomáhá k sociální adaptaci dítěte (Škodová, 2003).

Dále rozlišujeme **formy intervalovou a intenzivní**, kdy intenzivní je několikrát denně a intervalová je opakovaně po několika týdnech nebo měsíců. Samozřejmě v praxi dochází ke kombinacím těchto technik, kdy například individuální terapie se může variovat s intervalovou terapií, nebo z hlediska psychologického je vhodné střídání individuální a skupinové terapie (Lechta, 2011).

2.6 PROGNÓZA VÝVOJOVÉ DYSFÁZIE

Vývojová dysfázie je jednou z nejtěžších forem narušení komunikačních schopností a jak již bylo zmíněno, **obraz poruchy je velmi pestrý**. Není tedy na místě očekávat rychlá a dramatická zlepšení, zvláště v těžkých případech. Vlivem pečlivé péče a v důsledku spolupráce všech složek zapojených v terapii však může časem dojít k výrazné úpravě až úplnému vymizení obtíží. Důležitou součástí je tedy stimulující rodinné prostředí, nesmíme opomenout, že i v příznivých podmínkách je prognóza závislá na pestrém klinickém obraze této poruchy (Lechta, 1990).

Aby terapie byla úspěšná, podmínkou se stává její dlouhodobost, která může trvat i několik let. Pokud je terapie efektivní, ubývá nápadných projevů, dítě se zlepšuje v koncentraci pozornosti, postupně zvládá zpracovat slovní podněty a s tím související i řečový projev. Neznamená to, že by ale dítě bylo úplně bez obtíží. Nastávají často totiž obtíže na „*kvalitativně vyšších úrovních centrální koordinace a integrace*“ (Škodová, 2003, str. 137). Znamená to obtíže zejména v osvojování si základních školních dovedností. Porucha se projevuje jako **dyslexie, dysgrafie, dyspinxie, dysmúzie nebo dyskalkulie**. Obtíže mohou vznikat také při výuce cizích jazyků. Jak již bylo zmíněno, porucha souvisí i se vztahy mezi levou a pravou hemisférou a tak je zřejmé, že syndrom specificky narušeného vývoje řeči překračuje nad rámec řečové patologie. Léčebná rehabilitace ovlivní nejen řeč, ale také rodinné a sociální faktory. Nutnost dobrého rodinného zázemí je zde na místě a dítě má tak možnost adekvátního školního zařazení. Volba typu školy je mimořádně důležitá pro následný rozvoj dítěte (Škodová, 2003).

3 VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE A PŘEDŠKOLNÍ VĚK

V této kapitole nastíním vývoj dítěte v předškolním věku, zkusím se zamyslet nad vývojovými úkoly, se kterými by mohlo mít dítě s vývojovou dysfázií v tomto období potíže.

3.1 VÝVOJ PŘEDŠKOLNÍHO DÍTĚTE OBECNĚ

Předškolní období bývá obvykle definováno věkem 3-6 let, ale jedná se spíše o aspekty sociální, tedy nástup dítěte do školy. Thorová (2015) hovoří o tom, že v předškolním období dochází ke „*zpomalení a harmonizaci vývoje*.“ Vysvětluje to tím, že osobnost dítěte se v předškolním věku stává zřetelnější, dítě si uvědomuje existenci sebe samotného a svého okolí a dovede fungovat do určité míry samostatně. Dítě už by mělo umět mluvit, vykonávat jemnější činnosti jemné motoriky, běhat, obléct si základní oblečení, najíst se a zvládá i základní hygienické úkony. Dítě tohoto věku už začíná mít **zájem o vrstevníky**, hru a společné aktivity s dětmi. Předškolní dítě rozvíjí své získané dovednosti a činí je komplexnějšími, a urychluje tak **proces osamostatňování**.

Erikson (In Thorová, 2015) označil předškolní věk za **věk iniciativy** s typickou potřebou aktivity, činnosti, spolupráce a obvykle se už zaměřuje na určitý cíl. Mělo by dojít ke zlepšení vytrvalosti a systematickosti. Obvykle jsou tyto děti velmi živé, zvědavé, komunikativní a zajímají se o komunikaci s dospělými a snaží se od nich získat co nejvíce informací.

Thorová (2015) označuje toto období za „*zlatý věk dětské hry*.“ Představitivost je velmi pružná a dítě často mění význam určitého předmětu za jiný, který aktuálně potřebuje. Hovoříme o takzvané symbolické hry, kdy se zlepšuje schopnost zobecňování. Po čtvrtém roce se hra stává sociálně dramatická s typickou velkou fantazií, nápodobou, procvičování různých rolí a scénářů.

Co se týče motorických dovedností předškolního dítěte, pohyby se stávají rychlejší, koordinovanější a plynulejší. **Zlepšená motorická koordinace** umožňuje vykonávat základ některých sportovních aktivit, na druhou stranu ještě nedochází zcela k udržení rovnováhy a schopnosti předvídat vlastní pohyby. Dítě se učí manipulování s předměty a nástroji, aby se pohyb stal funkčním. (Thorová, 2015).

Pokud budeme hovořit o řeči předškolních dětí, v tomto období dochází k výraznému **zdokonalení řeči**. Typickou charakteristikou se stává nekonečné vyptávání, dítě rádo

komunikuje, mluví spontánně a vytrvale. Narůstá slovní zásoba a celkově je vyjadřování komplexnější. Řeč by měla být dobře srozumitelná, bez větších nápadných dysgramatismů (Thorová, 2015).

3.2 DEFICITY VÝVOJOVÉ DYSFÁZIE V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU

Dle popsané charakteristiky vývoje v předškolním věku se teď budeme soustředit na obtíže v těchto oblastech u vývojové dysfázie.

Jak již bylo zmiňováno, předškolní dítě bývá iniciativní a má zájem o vrstevníky a společnou hru, u dítěte s vývojovou dysfázií spíše pozorujeme samostatnou hru. Důvodem, včetně **malé iniciativy**, může souviset také s řečí.

Řeč u dětí s dysfázií bývá obvykle chudá, **špatnou se stává schopnost porozumění**, deficity nalézáme ve výslovnosti, prakticky se dá říci, že ve všech jazykových rovinách. U dětí bez dysfázie dochází k nekonečnému vyptávání, spontánnímu mluvení, které u dětí dysfatických nepozorujeme.

Zmiňovaná aktivita, činorodost, spolupráce, živost, dravost se u dětí s vývojovou dysfázií příliš neukazuje, pozorujeme spíše **pasivitu** a pomalejší psychomotorické tempo. Potřeba spolupráce se u dětí s dysfázií ukazuje, na druhou stranu se vždy problémem stává řeč a možné neporozumění.

Motorika by se měla stát v tomto věku celkově koordinovanější, u dětí s vývojovou dysfázií se s tím nesetkáme. Spíše naopak, dysfatické děti mají **obtíže jak s hrubou i jemnou motorikou**, v nemenší míře i s grafomotorikou. Některé děti s vývojovou dysfázií se mohou jevit jako nekoordinované a neobratné.

U předškolních dětí s dysfázií se také často setkáme se **špatnou koncentrací pozornosti**, tyto děti mohou působit, že neposlouchají nebo se nezajímají, ale dovedou se obvykle soustředit pouze velmi omezenou dobu a často na činnost, která je zajímavá. Souvisí s tím také **snadná unavitelnost**, která je velmi zřetelná při delších činnostech.

K problémům s dysfázií v předškolním věku patří **narušení zrakového a sluchového vnímání** až v takové míře, že to velmi znesnadňuje práci s dítětem v mateřské škole. Typickou charakteristikou se také stává špatná orientace v čase a prostoru, což s sebou nese problémy v mateřské škole i v domácím prostředí.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE VÝVOJOVÉ DYSFÁZIE PŘI BĚŽNÉ A SPECIÁLNÍ MATEŘSKÉ ŠKOLE

K výzkumu byly vybrány dvě mateřské školy z Jihočeského kraje, které mají logopedickou třídu. První logopedická třída patří pod běžnou mateřskou školu, zatímco druhá logopedická třída patří pod speciální mateřskou školu. Cílem práce je zjištění přístupů v pedagogickém procesu k dětem s vývojovou dysfázií.

4.1 CÍLE ŠETŘENÍ

Hlavním cílem je analyzovat fungování logopedických tříd při běžné a při speciální mateřské škole a zjistit praktické rozdílnosti typů těchto zařízení. Praktickými příklady bude prostřednictvím kazuistik poukázáno na typické projevy vývojové dysfázie a popis práce s dětmi s těmito obtížemi.

Mezi dílčí cíle této práce jsou vytyčeny následující:

- analýza personálního a materiálního prostředí
- analýza organizace dne a denních aktivit
- analýza řečových, zrakových, sluchových a motorických schopností dětí

4.2 VOLBA PŘÍSTUPU A SMĚRU METOD DAT

Šetření bylo prováděno prostřednictvím kvalitativní sondy v prostředí logopedických tříd při běžné a při speciální mateřské škole. Zjištění budou doplněny vždy jednou kazuistikou dítěte s vývojovou dysfázií v dané logopedické třídě.

Ke sběru dat byly použity následující metody:

- pozorování dětí při běžném denním režimu v mateřské škole, tedy při skupinové logopedické terapii a následně i při individuální logopedické terapii
- přímá práce s dětmi při řízené činnosti, volné hry, při pohybových aktivitách
- analýza dokumentů z logopedických, psychologických a lékařských vyšetření
- analýza dokumentů týkající se třídních vzdělávacích programů

Výzkum se skládá z charakteristiky jednotlivých tříd společně s případovou studií (pro každou mateřskou školu jedna), v níž bude zaznamenáno chování a projevy dítěte s dysfázií a také některé metody práce s ním.

5 DÍTĚ S VÝVOJOVOU DYSFÁZÍÍ V LOGOPEDICKÉ TŘÍDĚ BĚŽNÉ MATEŘSKÉ ŠKOLY

5.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Výzkumu se zúčastnily všechny děti logopedické třídy ve školním roce 2017/2018. V tomto roce se do třídy zařadilo 12 dětí s různým věkem, jedná se tedy o třídu smíšenou od 4 do 7 let. Markantní většinu tvoří děti s odkladem, pouze jeden chlapec je předškolního věku. Převažují zde chlapi, kterých je 9, a děvčata jsou pouze 3. Co se týče komunikačních obtíží, převažují diagnózy opožděného vývoje řeči, vývojové dysfázie a dyslálie. Společně s řečovými problémy některé děti doprovázejí poruchy typu ADHD, LMR.

5.2 ANALÝZA PERSONÁLNÍHO OBSAZENÍ

Velkou oporu dětem přinášejí dvě hlavní paní učitelky, které jsou zároveň speciální pedagožky. Nemalou měrou se v této třídě podílí i asistentka pedagoga. Dvakrát týdně do třídy dochází logopedická asistentka, která provádí individuální logopedickou péči (u každého dítěte zhruba půl hodiny) a jednou měsíčně se děti setkávají s klinickou logopedkou v ordinaci a to společně i s rodiči. Další spolupráce je navázána společně s dalšími dvěma logopedkami.

5.3 CHARAKTERISTIKA MÍSTA ŠETŘENÍ A ANALÝZA MATERIÁLNÍHO PROSTŘEDÍ

Výzkumné šetření probíhalo v **logopedické třídě při běžné mateřské škole**, kde spolu s touthle speciální třídou existuje dalších pět běžných tříd. Celkově se tedy ve školce vzdělává 151 dětí.

Školka leží na odlehlejší části maloměsta a za přednost se dá pokládat velká zahrada, která umožňuje volný pohyb dětí a jejich pestré pohybové využití. Celkově se o vzdělávání stará 12 učitelek, z toho dvě speciální pedagožky, 2 asistentky pedagoga a zmiňovaní logopedové. Mateřská škola úzce spolupracuje s nedalekým SPC.

Ona zmiňovaná třída se nachází v druhém patře budovy, kde již u vchodu narazíme na šatnu, která se také využívá na individuální logopedickou práci. Třída je vybavená moderním nábytkem, moderními hračkami s velkým prostorem herny, která skýtá několik koutků jako je například kadeřnictví, autocentrum, hrad, kuchyňka a další. Velkou pomocí je také papírová i magnetická tabule, kde se cvičí například grafomotorika. Každý z dětí má přidělenou značku s obrázkem, která značí jeho místo v šatně, umyvárně i na židliče.

Ve třídě se nachází spousta encyklopedií, naučných knih, pohádek, dále nespočetné množství konstruktivních her, po typické dívčí i chlapecké hry atd. K dispozici je ve třídě také stacionární kolo nebo běžící pás.

5.4 ZÁMĚRY VZDĚLÁVACÍHO PROGRAMU BĚŽNÉ MŠ

Cílem vzdělávacího programu této mateřské školy je vytvoření bezpečného prostředí, ve kterém děti budou mít dostatečné podněty pro prohlubování svých vědomostí a získávání nových dovedností. Mateřská škola vede děti k samostatnosti a zdravému sebevědomí. Vzdělávací obsah se týká všech témat běžného života, okolního světa a také řeší aktuální situace, které vycházejí od dětí. Je upřednostněno prožitkové vzdělávání a praktické činnosti ve vzdělávacím programu. Mateřská škola nabízí kurz Metody dobrého startu, a využívá i program HYPO, který pomáhá dětem se zlepšením poruch pozornosti, zrakového a sluchového vnímání. Mimořádně nadaným dětem jsou nabízeny aktivity doplňkové, vedené učitelkami.

Mezi cíle vzdělávacího programu patří dopřívání dětem během celého dne pohybovou aktivitu, zaměřování na pohybovou zdatnost a vedení dětí ke zdravému životnímu stylu. Dále sem patří například vedení dětí k naslouchání a zároveň je podporovat k samostatné komunikaci. Podporování přátelství, tolerance a pohody patří také k důležitým záměrům. Mateřská škola dbá na tradice společnosti, objevuje se určitá snaha přiblížit jejich město a také přírodu a její proměnu během roka.

5.5 ORGANIZACE DNE V LOGOPEDICKÉ TŘÍDĚ BĚŽNÉ MŠ

Provoz ve třídě začíná zpravidla od 6:45 a končí obvykle v 15:30, vždy je určena třída, ve které se děti ráno schází a ve které se na konci dne rozcházejí. Mezitím jsou samozřejmě děti ve své určené třídě. V průběhu ranního scházení mají děti **volnou hru**, při které učitelka hraje roli partnera při hře, zabezpečuje dodržování pravidel, pomoc při vyhledávání pomůcek, při tvoření. Děti si volí sami činnost, hru či konkrétní hračku. Při ranní hře může docházet k přípravě na řízenou činnost, dopilovávají se dovednosti, opakují se činnosti z předešlých dní, a pokud se dostane, tak dojde i na logopedické chvílky. Tyto aktivity zpravidla trvají do 8:30- 8:45 a ukončují se domluveným signálem a to úklidem hraček, který zkontrolují hospodáři (2 zvolení jedinci v jednom týdnu) a následuje setkání v komunitním kruhu.

Po volné hře následuje **ranní cvičení**, kde se děti společně rozehřejí přirozenými cviky, jako je chůze, běh, přes protahovací cvičení, kde se občas využívají i prvky jógy, až po pohybovou hru, která se stává pravidelnou součástí tělovýchovných chvil.

Po ranním cvičení obvykle následuje **hygienu**, kde se dbá na opatrnou chůzi, ohleduplnost k druhým a samostatnost při pondělním věšení ručníků. Děti používají WC dle své vlastní potřeby, učitelce mají povinnost oznámit, že odcházejí na toaletu.

Následuje **svačina**, kterou zabezpečují hospodáři, jež prostírají stoly. Děti si pro tácky chodí sami a hospodáři s dopomocí učitelky rozdávají svačinu a učitelky nalívají pití. Velká snaha je zde o samostatnost, děti si poté odnáší nádoby do vozíku a hospodáři utírají stoly. Pokud někdo dojí dříve, odchází na koberec a může si prohlížet časopisy, nechá ostatní dojít.

Zhruba do 10:00 probíhají **společné řízené činnosti**, při které se využívá situační metoda, tvořivé činnosti, lze ji také nazvat skupinovou logopedickou péčí.

Venkovní pobyt následuje po řízené činnosti, kdy je využívána především zahrada, ale občas probíhají také procházky do města, okolí či například návštěvy do solné jeskyně.

Po pobytu venku se obědvá společně, hospodáři mají stejný úkol jako při svačině. Každé dítě má možnost zvolit si velikost porce, dbá se na prosociální vlastnosti, aby děti uměly poprosit a poděkovat. Do jídla se děti nenutí, spíše se motivují a podporují k ochutnání.

Po **obědě** se ihned čistí zuby a následuje **odpočívání** na lehátku společně s poslechem pohádky a následné relaxační hudby. Školáci od druhého pololetí se místo spánku věnují činnostem souvisejícím se školní zralostí a připraveností na vstup do ZŠ.

Poté je **společná svačina**, a začnou probíhat odpolední činnosti, kde si děti, stejně jako ráno, vybírají činnost sami. V případě hezkého počasí se tato chvíle může trávit venku.

V průběhu celého dne je k dispozici pití, děti se mohou kdykoliv dojit napít a dbá se tedy tak na pravidelný pitný režim.

Skupinová logopedická péče probíhá společně při řízené činnosti, zatímco individuální logopedická péče probíhá dvakrát týdně s logopedickou asistentkou dopoledne v šatně a ostatní dny s paní učitelkou – speciální pedagožkou.

5.6 SPOLUPRÁCE S RODIČI

Rodiče se s učitelkami setkávají každý den a vždy jim to dává prostor řešit aktuální situace. Kromě toho dochází k pravidelným slavnostem, besídkám, posezením s rodiči a dalších akcí. Jednou ročně dochází ke schůzce zástupců rodičů a obvykle se odehrává na podzim.

Co se týče konkrétních akcí s rodiči, jedná se například o posezení u stromečku, karnevalová show, divadelní představení dětí, aj.

Rodiče jsou také informováni prostřednictvím nástěnky, kde mohou nahlédnout, co se ten den ve školce dělo. K dispozici mají také básně, písničky vztahující k danému tématu ve školce, a mohou nahlédnout na vzdělávací program.

5.7 VLASTNÍ ŠETŘENÍ

5.7.1 PŘÍPADOVÁ STUDIE 1

První zkoumanou osobou byl chlapec, který v dubnu dovrší šesti let a pro mé výzkumné šetření a z důvodu důvěrnosti informací ho budeme nazývat jménem Jan. Honzík nastoupil do běžné třídy mateřské školy, kde mu byla doporučena návštěva SPC. Logopedické vyšetření proběhlo v mateřské škole za přítomnosti matky. Jana vyšetřovala speciální pedagožka, která ho doporučila do speciální mateřské školy – logopedické. Výsledkem bylo tedy přeřazení Jana do logopedické třídy běžné školky. Od té doby byl Honzík v péči logopedů, neurologů, psychologů a foniatrů. Nyní budou popsána vyšetření podle toho, jak po sobě časově následovala.

Logopedické vyšetření

Logopedka uvedla, že Jan se projevoval dobrým navazováním kontaktů, snažil se spolupracovat, dle pokynů ukazoval některé obrázky. Při pojmenovávání obrázků ale už docházelo k problémům, bylo to pro něj velmi obtížné a často využíval pouze zvuky k popsání obrázku. V některých situacích dochází pouze k echolálii a co se zdá velmi zřetelné je neschopnost porozumění zadání úkolu a spolupráce pouze s oporou obrázků. Obtíže zřejmé i v delší koncentraci pozornosti, práce schopnost je u Honzíka velmi nízká, často odbíhá od práce, kouká kolem sebe a nevydrží plnit úkoly do konce zadání.

Co se týče barev, pokud má Honzík stejné barvy přiřazovat, vede si bez větších problémů, pokud ale má dojít k pojmenování barev, přiřadí jen některé a už vůbec nedokáže barvy podle pokynu ukázat. Pojmy malý -velký, nahoře – dole vcelku zvládá, hůře už se orientuje v oblasti pojmů málo-hodně, méně – více. Představu číselnou Honzík pravděpodobně vytvořenou nemá.

Ohledně motoriky mluvidel se dá hovořit u Jana o normě, ale je třeba docvičovat gymnastiku mluvidel. Co se týká slovní zásoby, ta se zdá chudá a vážně expresivní i senzorická složka řeči. Nemá vyvozené hlásky d'ňň, csz, čšž, ch, l, bě, pě, vě, mě, ř. Hlásku v vyvozenou má, do slabik ji zapojí, ale do slov už ne. Hlásku h sice Honzík nezapojí, ale daří se mu zvuk vytvořit. Pokud má Jan opakovat krátká jednoduchá slova, tak se mu to celkem daří, maximálně ale 2-3 slova. Co se týče opakování věk, tak jednoduché někdy zvládne a někdy zopakuje pouze poslední slovo věty. Honzík obvykle věty netvoří spontánně, pokud ano, je jeho projev nesrozumitelný.

U Jana převažuje pravorukost, obtíže mívá s držením tužky, s čímž souvisí i kresba, která je na úrovni čmáranice.

Logopedka doporučila vysokou míru podpůrných opatření a stanovila několik doporučení. Honzík by měl docházet na logopedii pravidelně, důležitou součástí je domácí příprava podle pokynů logopeda a samozřejmě i mateřská škola by měla navazovat na práci logopeda. Neodmyslitelnou součástí doporučení bylo také procvičování gymnastiky mluvidel a především rozvíjení aktivní i pasivní slovní zásoby.

Důležité je, aby Honzík začal všechny činnosti popisovat, spojovat mluvené slovo s pohybem a to především pohybovou hrou, jednoduchými dětskými říkadly, hrou na tělo, využitím různých popěvek atd. Je nutno dbát na zapojování vyvozených hlásek do zvuků, slabik, slov, vět a běžně je upevňovat v běžné řeči.

Důležité je procvičování jednoduchých vět a rozvíjet tak obsahovou stránku řeči prostřednictvím básniček, písniček, opakováním slov a vět. Od jednoduchých vět se dostat k jednoduchému samostatnému vyprávění a nesmíme zapomenout také na popis obrázků. K tomuto lze využívat také obrázky, obrázkové dětské knihy, leporela, dětské knihy, dětské časopisy aj.

Cvičení barev je také důležité, stejně jako procvičování pojmů málo-hodně, více – méně, první, poslední, před a za. Dále například skládání půlených obrázků, přiřazování stejných obrázků, třídění obrázků podle různých kritérií.

Důležité je rozvíjet a upevňovat znalosti a dovednosti odpovídající věku, respektive matematické představy, prostorovou a časovou orientaci, pravolevou orientaci a obecnou informovanost.

Nutné se zdá rozvíjení sluchového vnímání, konkrétně se tedy jedná o sluchovou paměť, sluchové rozlišování a fonemický sluch.

Doma i v mateřské škole by mělo být dbáno na rozvíjení a upevňování pracovních návyků, cvičení koncentrace pozornosti, vést Jana k samostatnosti. Důležitou úlohou učitelky je

vytváření klidné pracovní atmosféry a využívat pochvalu hojně a upevňovat a posilovat sebevědomí Honzika. Hlídat také správné držení tužky a rozvíjení grafomotoriky. Závěrem logopedky byla **diagnóza vývojové dysfázie**.

Foniatrické vyšetření

Poté byl Honzík poslán na foniatrické vyšetření ke kontrolnímu vyšetření. To už Honzík navštěvoval logopedickou třídu, kde toho času bylo 16 dětí. Ze zprávy foniatrické bylo dle matky uvedeno, že už se Jan projevuje více, ale tvoří věty s četnými dysgramatismy. Dochází ale k zájmu z jeho strany, ptá se na různé věci, rád si maluje a kresba se dle matky u něj už zlepšila. Foniatrie nenašla žádný ORL nález.

Co se týká motoriky mluvidel, bylo uvedeno, že jazyk plazí po střední čáře, co se týče hybnosti, tak má Jan koordinační potíže u rychlých pohybů, rty olízne, našpulí a tváře nafoukne. Řeč se zdá dle foniatra obtížná a echolalická. Pokud se zaměříme na složku expresivní, můžeme říci, že slovní zásoba je deficitní, dle obrázku zachytí jednotlivá slova, umí zazpívat píseň, ale děj už nevypráví.

Závěrečná diagnóza prokázala **smíšenou vývojovou dysfázií**, kdy je sluch v normě a byla doporučena zavedená logopedická péče. Týdenní rehabilitační pobyt na foniatrické klinice matka prozatím odmítla.

Psychologické vyšetření

Co se týče zprávy z klinicko-psychologického vyšetření, z anamnézy vyplynulo, že první slova se u Honzika objevila okolo 18. měsíců, ale následovala stagnace. Od počátku byl vývoj řeči těžce opožděný a slovní zásoba začala narůstat až před 4. rokem. Stejně tak bylo od začátku zřejmé, že se bude jednat o poruchu porozumění, kdy se ale v kontextu situace chlapec orientuje. Chlapec byl také neurologicky sledován, na EEG se ukázaly známky nezralosti. Matka hovoří o tom, že v poslední době dochází k rozvoji slovní zásoby, Jan sám iniciuje komunikaci.

Co se týká logopedických oblastí, jsou popsány stejně jako u logopedky chudou slovní zásobou, špatnou stránkou expresivní i receptivní a špatným porozuměním.

Psycholožka uvedla ještě informace o aktuální vývojové úrovni, která dle testu odpovídá mentálnímu věku, ovšem výkon je rozložený disharmonicky. Chlapec selhává částečně u verbálních položek především receptivních. Co se týká neverbálních úkolů, ty plní velmi nestabilně, a to někdy i na vyšších vývojových úrovních.

V inteligenčním testu odpovídá aktuální výkon spodní hranici pásma průměru, slabší je i ve škále usuzování a výkon v performační škále v normě.

Závěrem tedy byla **receptivní vývojová dysfázie**, porucha aktivity a pozornosti, vývojová porucha motoriky a disharmonický vývoj mentálních schopností s významným opožděním ve verbálních složkách.

Pozdější psychologické vyšetření

O rok později byl opět na klinicko-psychologickém vyšetření, kde psychologka uvádí nadále pokračující obtíže ve všech rovinách řeči a uvádí řečový vývoj jako opožděný. Pokrok se zdál zjevný v obsahové rovině řeči, co se týče syntaxe, tak chlapec tvoří agramatické věty a náprava artikulace je neukončená. V oblasti porozumění přetrvávají značné nesnáze.

Ve výkonové situaci je Honzík klidný, pokud mu nabídneme nějaké podněty, má o ně zájem a chce spolupracovat. Prováděn byl opět intelektový výkon, který už celkově odpovídá pásmu průměru. V rámci testových škál chlapec dosahuje nevýznamně lepších výsledků v performační škále. Usuzování je obvykle bez významnějších známek nezralosti v oblasti zrakové percepce a pozornosti, pokrok je zřetelný i v oblasti grafomotoriky.

Závěrem byla stejně jako posledně **receptivní vývojová dysfázie** se sekundárním opožděním v expresi a disharmonický vývoj mentálních schopností s významným opožděním ve verbálních složkách. Doporučeno bylo pokračovat v docházení do logopedické třídy MŠ.

5.7.2 VLASTNÍ POZOROVÁNÍ A DOPORUČENÍ

První kontakt s dětmi v této třídě probíhal bez větších obtíží, kdy zpočátku především děvčata s velkou ochotou ukazovala celou třídu a veškeré materiální vybavení a přes jejich drobné dyslálie a opožděný vývoj řeči jsme se dorozuměly pouze s drobnějšími problémy. S chlapci to vždy bývá trochu složitější, také vzhledem k jejich vážnějším logopedickým obtížím, strachu z nového a prvopočáteční nedůvěře k cizí osobě. Po pár dnech fungování v této třídě si na mě děti zvykly a mohla jsem se začít zaměřovat a pozorovat Honzíka.

V prvním kontaktu s Janem byl znát menší ostych, ale postupem času se tyto zábrany eliminovaly. Po delším zkoumání bylo zřejmé, že Jan je velmi citlivý na všelijaké změny a nepříjemné situace. Zdál se mi jako velmi anxiózní dítě, protože Jana rozhodila každá, byť maličko nepříjemná situace.

Co se týče projevů motoriky, ta byla zřejmá na nižší úrovni, protože Jan na schodech nestřídá nohy, pouze přisunuje jednu nohu k druhé, musí se ještě přidržovat zábradlí. Co se týče jemné motoriky, Jan neměl větší obtíže se stříháním, lepením, ovšem držení tužky je špetkovité s palcem přesahujícím přes ukazováček. Držení tužky bylo také neuvolněné a křečovitě.

Co se týče zaměřenosti chlapcovy pozornosti, řekla bych, že se dovedl bez obtíží soustředit na jednu konkrétní činnost i delší dobu, neměl s tím větší obtíže. Velmi dobře reaguje na pochvalu, měl z ní až nepřiměřeně velkou radost.

Pokud bych měla shrnout jeden den s Honzíkem ve třídě, tak v prvopočátku dne, kdy probíhají ranní volné hry, tak chlapec si obvykle hraje sám, nemá rád přítomnost dalších dětí a vyhraje si s jednou hračkou bez problémů celou dobu určenou pro volnou hru.

Poté následovalo obvykle ranní sezení v komunitním kruhu, kde se často zmiňovalo o dřívějších dnech, aktivitách apod. Chlapec se do těchto komunikací příliš nezapojoval, spíše se stranil.

Při ranním cvičení se Honzík snaží postupovat dle pokynů, ale je zřejmé, že pravolevá orientace mu dělá ještě obtíže. Následující chvíle, kdy děti obvykle svačí, Honzík často nesní nic, má problém zkonzumovat i suchý chléb. Stejně tak funguje při obědě, nic moc nesní, i když je zrovna jídlo, které doma jí a má ho rád.

Při řízené činnosti Honzík spolupracuje, ale občas dochází k nepochopení pokynů. K příkladu mohu dát například situaci, kdy tématem bylo zdravé a nezdravé jídlo. S Honzíkem jsem pracovala a na pokyn vystříhni nezdravou potravinu, reagoval tím, že vystříhal zmrzlinu, což bylo v pořádku. Na pokyn vystříhni zdravou potravinu, doptávání, co by mohlo být zdravé, Honzík ulpíval stále na zmrzlině. Takže všechna vystříhaná okénka byla pouze zmrzlina, nemůžu posoudit, jestli absolutně nepochopil zadání a stříhal něco, co ho aktuálně zaujmulo, nebo jestli pochopil alespoň část nezdravou.

Při vycházce venku chlapec si obvykle hrává sám a nikoho k tomu nepotřebuje a často ani nechce, pokud ano, kamarádi pouze s jedním chlapcem ze třídy.

Celkově je u Honzíka nutná komplexní péče ze stran pediatra, logopeda, foniatra a psychologa. Dle mého úsudku by chlapci velmi prospěl pobyt na foniatrické klinice, jak bylo matce navrženo.

5.8 SHRNUÍ FUNGOVÁNÍ LOGOPEDICKÉ TŘÍDY PŘI BĚŽNÉ MŠ

Logopedická třída v běžné mateřské škole funguje obvykle podle pravidel běžné třídy s důrazem na logopedickou péči, ale pořád stále v běžném režimu, který je obvyklý pro běžnou třídu. To znamená zpočátku dne volná hra dětí, ranní cvičení, svačina, řízená činnost, vycházka, oběd, spaní, volná hra, popřípadě starších dětí školní příprava. Logopedická péče probíhá obvykle v ranní volné hře prostřednictvím logopedického asistenta nebo odpoledne ve volných hrách pomocí speciálního pedagoga. Tohle řešení je určitě vhodné vzhledem k tomu, že se nikterak nezasahuje do řízené činnosti učitelky a nic nenaruší tu připravenou činnost učitelky. Samozřejmě nastavení logopedické péče závisí na časových možnostech logopedů a logopedických asistentů a někdy to nejde řešit jinak, než že se svým způsobem trochu narušuje řízená činnost. V tomto případě bych ale řekla, že tohle řešení je ideální. Ve třídě se nevyskytují pouze děti s vývojovou dysfázíí, ale i děti s opožděným vývojem řeči, dyslálií aj. Budoucnost těchto logopedických tříd je ale nejistá, z důvodu čím dál více zavedenější integrace těchto dětí do běžných tříd MŠ. Je možné, že v průběhu dalších let se tato třída může zrušit nebo už se nebude nejednat pouze o třídu dětí s logopedickými vadami, ale i s poruchami etopedickými a jinými.

6 DÍTĚ S VÝVOJOVOU DYSFÁZIÍ V LOGOPEDICKÉ TŘÍDĚ SPECIÁLNÍ MATEŘSKÉ ŠKOLY

6.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU

Logopedická třída spadá pod speciální mateřskou školu, která je součástí speciální základní a střední školy. Výzkumným vzorkem se stala logopedická třída ve školním roce 2016/2017, jakožto jediná logopedická třída při téhle speciální mateřské škole, v dalším školním roce následujícího roku už se v této speciální mateřské škole objevují dvě speciální logopedické třídy.

Co se týče školního roku, ve kterém jsem šetření prováděla, bylo zde celkově 11 dětí, 2 děvčata a 9 chlapců ve věku 5-7 let. Jedná se tedy o děti předškolního věku, z čehož některé děti odkladové. Děti mají diagnostikovanou vývojovou dysfázii nebo opožděný vývoj řeči. U jedné holčičky hypotonie v oblasti zad, dyslalie, MR. U jednoho chlapce přidružení s ADHD. U jiného chlapce opožděný vývoj, vývojová porucha řeči a jazyka. Co se týče NKS, jsou zde velké rozdíly mezi dětmi. Zajímavé je, že asi půlka dětí pochází z dvojčat.

6.2 ANALÝZA PERSONÁLNÍHO OBSAZENÍ

Oporu skýtají dětem dvě učitelky s pedagogickým vzděláním, které formou logopedické prevence provádějí skupinovou logopedickou péči. V neposlední řadě jim pomáhá školní logoped, který zajišťuje individuální logopedickou péči. Individuální logopedická péče probíhá každý den od 8:00 do 9:30 (každé dítě zhruba půl hodiny). Pokud dítě potřebuje péči navíc v určitou hodinu, jsou o tom rodiče vždy informováni. Celkově v mateřské škole v tomto roce pracuje 5 učitelek, asistent pedagoga a logopedka.

6.3 CHARAKTERISTIKA MÍSTA ŠETŘENÍ A ANALÝZA MATERIÁLNÍHO PROSTŘEDÍ

Mateřská škola je součástí základní a střední školy, společně s dětským domovem, internátem, školní družinou a školní jídelnou. Neopomenutelnou součástí tohoto celku je speciálně pedagogické centrum, jakožto školské poradenské zařízení. SPC vytváří oporu pro děti s narušenou komunikační schopností a s dalšími typy postižení. Mateřská škola se nachází v krajském městě, přímo v centru města.

Mateřská škola byla roku 2016 navýšena na 28 dětí, přičemž jsou zde dvě třídy logopedické a jedna surdopedická. Nedílnou součástí se stala rozlehlá zahrada, která představuje pro děti možnost pohybového vyžití. V teplých měsících mají děti možnost využít i mělkého bazénu či trampolíny. Na zahradě je také část určená k obdělávání země, kde je možnost vypěstovat ovoce či zeleninu.

Mateřská škola využívá prostorů ZŠ a SŠ, respektive se jedná o tělocvičnu, místnost pro dramatickou výchovu, rehabilitační místnost a jídelnu. Škole se podařilo vytvořit bezbariérový prostor, co se týče vstupu a přesunů po budově.

Požadavkům dětí odpovídá dětský nábytek, hygienické zázemí i vybavení pro odpočinek. Školka je vybavena hračkami, pomůckami, náčiním a materiály, které jsou vhodné pro děti s řečovými vadami, konkrétně jsou takové, které rozvíjí dítě a samostatnou volnou hru. Děti se podílejí na výzdobě interiérů tříd a školy, to jsou prostory, jež jsou přístupné rodičům i veřejnosti.

6.4 ZÁMĚRY VZDĚLÁVACÍHO PROGRAMU SPECIÁLNÍ MŠ

Školka preferuje pohybové aktivity jako základ pro rozvoj zdravého životního stylu, dochází k respektování individuální potřeby odpočinku a spánku. Mateřská škola usiluje o to, aby se děti ve školce cítily dobře a hlavně bezpečně. Základní podmínku vidí v komunikaci mezi učitelem a dítětem. Dochází k vedení dětí ke spolupráci i k samostatnému zvládnutí činností. Dávají dítěti možnost volby, kdy se dítě může rozhodnout samo o své činnosti. Mateřská škola se snaží vyřadit činnosti, které by podporovaly soutěživost dětí nebo srovnávání výsledků činností.

Při vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami se školka přizpůsobuje jejich individualitě, možnostem a potřebám. Jde především o vytvoření takových podmínek, aby docházelo k co největšímu rozvoji dítěte. Nadané děti jsou podporovány tak, aby se mohli uplatnit a jejich nadání dále rozvíjet.

Mezi hlavní cíle mateřské školy patří přijímání dětí s určitým druhem postižení jako jedinečné osobnosti s nutností vytvoření bezpečného a podnětného prostředí. Dílčí cíle už směřují k jednotlivým tématům měsíce a mateřská škola dbá na jejich naplňování.

6.5 ORGANIZACE DNE V LOGOPEDICKÉ TŘÍDĚ SPECIÁLNÍ MŠ

Chod logopedické třídy speciální mateřské školy je vytvářen tak, aby vycházel z potřeb a zájmů dětí. Denní řád se tedy stává pružnější a reaguje na individuální možnosti dětí, zájem a potřeby dětí. Dá se říci, že poměr spontánních a řízených činností je v mateřské škole vyvážený. Dle třídního vzdělávacího programu jsou do programu dne zařazeny zdravotní cviky a aktivity. Pokud do školky nastoupí nové dítě, je nastolen adaptační plán, kdy je možné, aby rodič ze začátku mohl pobývat s dítětem ve třídě. Organizace je tedy závislá na potřebách dítěte a je možné jej měnit a upravovat.

Obecně lze říci, že děti se sházejí zhruba od 6:45 do 8:15, kdy děti mají možnost **volné hry**, volnost pohybu apod. Ranní hry ukončuje zvoneček, jakožto signál uklizení hraček, a následné pokračování aktivit. Hned poté začíná **komunitní kruh**, který probíhá zpravidla do půl deváté. Jedná se především o pozdrav a zavedené rituály, které zahrnují opakování jmen dětí, řečení kdo z dětí chybí, opakování ročního období, měsíce a aktuálního dne. V neposlední řadě také určení, jaké je ten den počasí. K dispozici děti mají nástěnku, obrázkový kalendář, cedulky se jmény, obrázky s počasím aj. **Rituály** se opakují každý den a přinášejí dětem jakousi jistotu a neopomenutelné opakování všech důležitých časových údajů.

Zhruba v půl deváté nastává **řízená činnost** na dané téma určené třídním vzdělávacím programem, dochází ke skupinové logopedické péči a logopedka si v tento čas bere děti do vedlejší místnosti na individuální logopedickou péči a pak se děti zpět dostávají do chodu řízené činnosti. Cirka v 9:30 končí řízená činnost a následuje **hygiena** a poté **svačina**. Děti se obsluhují sami, co se týče pití, mají na výběr ze dvou druhů, pokrmy rozdávají učitelky. Po svačině následuje **pobyt venku**, který je uskutečňován především na školní zahradě, na kterou se ovšem děti musí dostat přes hlavní silnici, ovšem vzhledem k tomu, že školka se nachází přímo v centru, zahrada se tam stává velkým pozitivem. Po **pobytu venku** se uskutečňuje opět hygiena, **oběd**, odpočinek či **spánek**. Školka funguje zpravidla do 16:15, kdy se děti schází v jedné třídě s jednou učitelkou.

V mateřské škole probíhá surdopedická a logopedická péče prostřednictvím skupinových cvičení, přípravných logopedických cvičení a individuální terapie. Při terapii jsou využívány různé strategie s ohledem na míru a příčiny nedostatečnosti ve vývoji komunikace dětí. Obecně lze říci, že se klade důraz na správný mluvní vzor, názornost a porozumění. Využívány jsou facilitační komunikační prostředky jako například piktogramy či znakový jazyk a totální komunikace.

6.6 SPOLUPRÁCE S RODIČI

Záměrem této mateřské školy je navázání úzké spolupráce s rodiči. Již při přijímání dítěte do školky mají rodiče možnost nahlédnout do tříd a seznámit se s prostorem a se vzdělávacím programem. Pravidelný denní kontakt rodiče s učitelem dává prostor pro řešení aktuálních situací. Rodiče mohou sdělovat svá přání, připomínky i náměty na činnosti. Rodiče jsou informováni prostřednictvím nástěnky a internetové stránky. Několikrát do roka jsou také organizované slavnosti a besídky.

6.7 VLASTNÍ ŠETŘENÍ

6.7.1 PŘÍPADOVÁ STUDIE 2

Druhou zkoumanou osobou bude chlapec, kterému z důvodu zachování anonymity, budeme říkat Adam. Adamovi je ve zkoumané době aktuálně 6 let. Adam dochází do logopedické třídy při speciální mateřské škole. Původně ale docházel do běžné mateřské školy a na doporučení učitelek byl poslán do speciálně pedagogického centra a na vyšetření foniatrické a psychologické. Hlavním důvodem bylo opakované neuposlechnutí pokynů a nespolečnosti. Nyní budou popsána vyšetření podle toho, jak po sobě časově následovala.

Speciálně – pedagogické vyšetření

Na tomto základě byl Adam již po 4. roce vyšetřen v SPC, jejíž zpráva ukázala na **opožděný vývoj řeči**, suspektní poruchy autistického centra. Psycholog měl tedy podezření na dítě se zdravotním postižením. Usuzoval tak z důvodu toho, že chlapec si mluvil svou řečí a to pouze sám pro sebe. Celý den drmolí a při řečové produkci vyslovuje pouze samohlásky a dvojhlásky a aktivně v tu dobu využíval 4 slova. Co se týče pozorování při hře, chlapec rád sleduje auta, jak se točí kolečka apod. Pokud se jedná o hry konstruktivní, je schopen položit kostky na sebe a umí i vkládat tvary. Z vyšetření bylo zřejmé, že chlapec nedisponuje očním kontaktem, je klidný, ale na druhou stranu působí váhavě. Problém nalézáme v porozumění, pokyny příliš nechápe, aby porozuměl, musí mít před sebou nějaký konkrétní materiál. Pokud má vykonat nějaký názorový úkol, dělá vše velmi pomalu, psychomotorické tempo je zpomalené, ale pokud se mu úkol podaří, je

velmi spokojený a radostný. Z rozhovoru s rodiči vyplynulo, že motorický vývoj dítěte byl urychlený, zatímco řeč se opožďovala.

Psychologické vyšetření

Chlapec se účastnil také psychologického vyšetření, jehož výsledkem byl **výrazně nerovnoměrný vývoj rozumových předpokladů**, v globálu lze říci, že chlapec se pohybuje intelektově v horním pásmu lehkého mentálního defektu v neprospěch verbální složky. Kvalita výkonu je dotována nízkou sociální zralostí a doznívají zbytky negativistického chování. Značné obtíže převažují v oblasti koncentrace pozornosti, u chlapce se objevuje snadná unavitelnost a oslabení nalézá psycholog i v oblasti jemné motoriky. Závěrem se stala **vývojová dysfázie receptivní**.

Foniatrické vyšetření

V neposlední řadě byl chlapec vyšetřen na ORL, foniatrii a to z důvodu vyšetření uší a sluchu. Z vyšetření vyplynulo, že sluch dosahuje normy, pouze se objevují lehké dysfunkce v oblasti Eustachovy trubice s jemným podtlakem ve středouší, který se bude pravidelně kontrolovat. Řeč se ukázala, co se týče složky senzorké tak, že chlapec nerozuměl instrukcím a nevyhověl výzvě. Z expresivní složky se ukázalo, že slovní produkce je chudá, omezená jen na minimum a neobjevovala se ani onomatopoeia. Chlapec samostatně nevyprávěl a některé úrovně jazyka nelze hodnotit z důvodu nespolupráce dítěte. Hlas působil jako dětský, jasný, zvučný a závěrem lékaře byla vývojová dysfázie s převahou receptivní složky. Foniatr doporučil zahájit intenzivní logopedickou péči, celkovou stimulaci osobnosti v oblasti jemné a hrubé motoriky a zrakové a sluchové percepce.

Neurologické vyšetření

Chlapec byl následně vyslán na dětskou neurologii, kde neurolog popsal aktuální stav slovní zásoby za zlepšenou, ovšem stále vážlo porozumění. Co se týče motoriky, tak postoj byl správný, stejně jako chůze, která odpovídala věku. Závěrem se stala vývojová dysfázie s deficitem v oblasti receptivní i expresivní. Lékař doporučil MŠ logopedickou.

Chlapec na doporučení přestoupil z běžné mateřské školy do logopedické třídy speciální mateřské školy. Po nějakém bylo u chlapce nutné zopakovat a udělat kontrolní vyšetření, a tak Adam opět navštívil dětskou neurologii. Z mateřské školy vyplývalo, že se chlapec špatně soustředí, lékař zhodnotil chlapce tím, že u něj vážne percepce řeči **se závěrem**

smíšené vývojové dysfázie. O tři měsíce později na stejném vyšetření lékař už uvedl lepší spolupráci chlapce, ale zaznamenal stagnaci řeči.

Týdenní foniatrický pobyt

Chlapec absolvoval také týdenní pobyt při foniatrické nemocnici Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Adam se zdál při vyšetření klidný, úzkostný a k vyšetřovně musel být doprovázen matkou. Při prvním vyšetření matka za dveřmi vyšetřovny a chlapec se stále na její přítomnost dotazoval. Byl ostýchavý, musí být velmi motivován a pobízen a je zřejmá rychlá unavitelnost a kolísavá pozornost. Chlapci bylo provedeno vyšetření sluchu, fonemického sluchu, řeči, psychologické vyšetření a celkové logopedické vyšetření.

Co se týče celkového logopedického souhrnu, lze říci, že chlapec se během týdenního pobytu s matkou zapojil do individuální logopedické péče i do kolektivních programů. Péče se zaměřovala na komplexní rozvoj komunikačních, rozumových a poznávacích schopností chlapce.

Stimulace probíhala především na úrovni porozumění řeči, respektive se rozvíjela pasivní slovní zásoba, pojem malý a velký, základní barvy, základní pokyny a jednoduché věty. Verbální pokyny bylo nutné často zjednodušovat, přizpůsobovat a kontrolovat, zdali chlapec opravdu porozuměl instrukci. Složitější instrukce bylo nutné podporovat například názornou ukázkou. Docházelo ke stimulaci řečové produkce na úrovni nápodoby samohlásek, citoslovní, celkově slov a slovních spojení, krátkých vět atd. Což se ale ne vždy dařilo dobře vzhledem k nespolupráci chlapce.

Postupně se zařazovala cvičení na zrakovou a sluchovou perцепci. Jednalo se například o sluchovou diferenciaci a identifikaci obecných zvuků, diferenciaci barev a tvarů a skládání obrázků.

V rámci dalších kolektivních programů docházelo k rozvíjení hrubé i jemné motoriky, včetně grafomotoriky, při těchto úkolech chlapec spolupracoval. Spolupráce s Adamem funguje často spíše v kratších časových intervalech, se střídáním činností a zapojováním neverbálních aktivit. Verbální úkoly zpočátku nechtěl plnit, ale postupně se práce zlepšovala. Pokud se Adam vedl důsledně, dovedl svou práci až do konce. Závěrem foniatrického pobytu byla **vývojová dysfázie s převahou v receptivní složce**, jedná se tedy o těžší formu.

Kontrolní psychologické vyšetření

Adam šel na kontrolní psychologické vyšetření po roce prvního zkoumání. Chlapec byl zpočátku nejistý, inhibovaný, ale pozvolna se osměloval a začal si brát nabízené hračky. Poté už aktivně navazoval kontakt a začala se objevovat symbolická hra, jakožto jednoduchá hra, kdy je ochoten prohlížet si obrázky a hodnotit, co na nich vidí. Ve srovnání s minulým vyšetřením se u chlapce zvýšil mluvní apetit, často používá jednoslovné komentáře, mluví spíše šeptem, nejistě, ale s překvapivě správnou výslovností. Často slova opakuje, ale dá se obecně říci, že chlapec využívá zhruba 100 slov. Deficity psycholog objevuje ve skládání slov do vět, z důvodu menšího využívání sloves ve svém žargonu. Chlapec komentuje často dvouslovně nějakou situaci či věc, která ho zajímá. V rámci logopedické péče chlapec trénuje 3 slovné věty a to podle obrázků, měl by se naučit používat slovesa a orientovat se na činnosti prostřednictvím komplexnějších obrázků.

U chlapce se zlepšila stránka porozumění, dovede popsat jednotlivé části těla, ukáže řadu obrázků, pozná barvy a začíná je i jmenovat. Zdá se, že chlapec někdy více mluví a kontext a smysl řečeného dovede pochopit až opakováním a dalším užíváním.

Rodiče kvitují přestup do logopedické třídy speciální mateřské školy, má rád paní učitelku, má větší zájem o okolí, je více spokojený, už se nezdá tolik úzkostný, je schopný jet s rodiči na výlet, návštěvy a rád navazuje kontakty aj. Nicméně rodiče vnímají problém pomalejšího psychomotorického tempa a možných následných obtíží ve školním procesu.

Oproti minulému vyšetření dochází k výraznému zlepšení v oblasti řeči i porozumění. Pro vývojovou dysfázii nejsou diagnostikována všechna kritéria a tak psychologka uvádí závěr psychologického vyšetření jako **disharmonický psychický vývoj s nejvýraznějšími deficity v oblasti řeči.**

6.7.2 VLASTNÍ POZOROVÁNÍ A DOPORUČENÍ

Adama jsem si všímala již od počátku, protože bylo znatelné špatné porozumění řeči, tedy receptivní složky jazyka. Kromě těchto obtíží bylo velmi zřejmé, že si chlapec hraje pouze sám, bylo vidět, že by měl zájem ze stran vrstevníků, ale obtíže se naskýtal v oblasti neporozumění i mezi dětmi. Děti ho často odstrkovaly a tak si chlapec postupně zvykal na samostatnou hru. Jednou se chlapce ujala dívka a bylo na Adamovi vidět, jak má velkou radost z toho, že už se může mezi děti také zapojovat.

Problémy se objevovaly během celého dne ve školce, právě z důvodu špatného porozumění. Ať už se jedná o nepochopení jednoduchého pokynu typu „přines modrou hračku,“ až po nepochopení při pohybové hře, kdy chlapec měl oběhnout jedno kolo, ale běhal pořád dále, absolutně neporozuměl zadání. Deficity jsou znatelné i v oblasti vyjadřovací, která plyne z neporozumění pokynům.

Velké obtíže měl chlapec v oblasti zrakové i sluchové percepce, které s sebou nese vývojová dysfázie. Tyto jednoduché úlohy byly často využívány při práci s dětmi s vývojovou dysfázií, stejně tak jako skupinová logopedická péče, jež zahrnovala práci s oromotorikou, dýcháním, logopedickým cvičením aj. Skupinová logopedická péče je ve speciální třídě možná z důvodu malého počtu dětí ve třídě a hraje velmi opodstatněnou část v rozvoji dítěte.

Z mého vlastního pocitu na mě chlapec působil dojmem, jako by měl i autistické rysy, z důvodu častého osamocení od vrstevníků, svých specifických zájmů, vlastní žargon aj.

6.8 SHRUTÍ FUNGOVÁNÍ LOGOPEDICKÉ TŘÍDY SPECIÁLNÍ MŠ

Logopedická třída speciální mateřské školy má svůj specifický flexibilní denní řád, který lze upravovat dle potřeb a zájmů dětí. Velký důraz se klade na skupinovou logopedickou péči, která probíhá v rámci řízené činnosti a je zde možná z důvodu nízkého počtu dětí. Individuální logopedická péče obvykle zasahuje do řízené činnosti, z které jsou děti vytrženy a pak následné zpětné zapojení už jde velmi špatně i bez ohledu na narušenou komunikační schopnost.

V denním řádu chybí jakákoliv řízená pohybová činnost s přirozenými, zdravotními či akrobatickými cviky, i když školní vzdělávací program hovoří jinak. I přes důležitou skupinovou i individuální logopedickou péči, pohybová aktivita hraje důležitou roli v rozvoji nejen motorickém, ale samozřejmě i řečovém, poznávacím aj.

7 POROVNÁNÍ KVALITATIVNÍCH SOND

Rozdíly jsou znatelné především v **denním řádu**. Logopedická třída běžné mateřské školy funguje dle principů běžné mateřské školy. To znamená, že ráno se začíná volnou hrou, pak striktně následuje pohybová chvilka, svačina, řízená činnost, pobyt venku, oběd, spánek a volná odpolední hra. Denní režim je fixní, nestává se, že by byl flexibilní a měnil se podle zájmů a potřeb dětí. Důležitost je připisována individuální logopedické péči, pohybovým chvilčkám a spolupráci dětí při řízené činnosti.

Logopedická třída při speciální mateřské škole funguje na flexibilním podkladě s tím, že se klade důraz na potřeby a zájem dětí. Dá se tedy říci, že ve speciální škole se klade velký důraz na skupinovou i individuální logopedickou péči, kterou zajišťují učitelky společně s logopedkou. Využívají k tomu logopedická cvičení, individuální terapii s facilitačními prostředky komunikace. Deficity nalézám v absenci pohybové chvilky, která je na jednu stranu vázaná menším prostorem třídy, na druhou stranu nízký počet dětí by to ve třídě umožňoval.

Společný důraz kladou obě dvě zařízení v rozvoji fonemického sluchu, seriality, zrakového a sluchového vnímání. V neposlední řadě také rozvíjí pravolevou orientaci, orientaci v prostoru a čase a snaha o pozitivní zpětnou vazbu dítěti s vývojovou dysfázií. Důležité je nastolit příjemnou atmosféru ve třídě a uplatňovat prvky prosociální pedagogiky.

V logopedické třídě běžné mateřské školy se objevovalo více druhů narušených komunikačních schopností, aťak tomu byla přizpůsobena i řízená činnost a skupinová logopedická péče. Denní režim probíhal dle fungování běžné mateřské školy s individuální logopedickou péčí. V logopedické třídě speciální mateřské školy převažovala diagnóza vývojové dysfázie, aťak logopedická péče mohla být zaměřena přímo na tento druh narušené komunikační schopnosti, což může být určitě výhodou. Neopomenutelnou součástí by ale v každé logopedické třídě mělo být zařazení pohybových chvilček.

8 POROVNÁNÍ PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ

V první případové studii popisují chlapce dysfatika, který sice dobře spolupracoval s pediatry, foniatry, neurology, psychology a speciálními pedagogy, avšak často docházelo k neporozumění pokynům a instrukcím. Používal pouze pár slov a měl obtíže i při komunikaci s matkou. Deficity se u chlapce nalézaly i v oblasti koncentrace pozornosti, u úkolu dovedl vydržet pouze malou chvíli. Byla mu diagnostikována vývojová dysfázie s největšími problémy v oblasti receptivní a také disharmonie v mentální oblasti. Doporučeno mu bylo pokračování v logopedické třídě běžné mateřské školy a je znatelné, že práce v této třídě chlapci velice prospívá a začíná se lepšit v určitých oblastech, i když deficity v oblasti porozumění jsou stále znatelné a pravděpodobně budou přetrvávat do pozdějších let.

Ve druhé případové studii zmiňují chlapce, který dochází do logopedické třídy speciální mateřské školy. Chlapec si zpočátku mluvil sám pro sebe svou typickou řečí, typickým žargonem, že mu nebyl schopný nikdo rozumět. Působil jako klidný, ale zároveň váhavý a objevovaly se u něho i negativistické projevy chování. Z komplexního vyšetření vyplynula chlapcova porucha vývojové dysfázie s největšími problémy v receptivní oblasti. Po určitém čase docházelo ke zlepšení, ovšem stále vážne oblast porozumění. Rodiče kvitují práci chlapce v logopedické třídě, i pedagogický personál u chlapce vidí určitý posun. Otázkou jistě zůstane prognóza na základní škole, kdy se rodiče bojí pomalejšího psychomotorického tempa a obtížemi spojené s vývojovou dysfázií.

Mezi chlapci pozorujeme určitou paralelu, která je navázaná na stejný druh narušené komunikační schopnosti. Oba dva chlapci mají vývojovou dysfázií s největšími deficity v oblasti receptivní, aťak největší obtíže oběma chlapcům dělá porozumění. U obou chlapců se vyskytla určitá pasivita, zpomalenější psychomotorické tempo a především problémy v oblasti zrakové a sluchové diferenciaci.

ZÁVĚR

Bakalářská práce by měla přispět ke zlepšení všeobecného povědomí o vývojové dysfázii. Teoretická část podrobně informuje o vývoji řeči z logopedického hlediska, řeší tedy předřečovou fázi vývoje řeči a fázi vlastního vývoje řeči. Zmíněny jsou také jazykové roviny z hlediska ontogeneze řeči, které úzce souvisí se symptomatologií vývojové dysfázie. Další část se zabývá vlastní charakteristikou vývojové dysfázie, řeší problematiku možných příčin, příznaků v řeči a dalších oblastech, probírá také typické projevy v předškolním věku a celkovou klasifikaci. Důležitou součástí teoretické práce se stává logopedická intervence vývojové dysfázie, respektive diagnostika, prevence a terapie specificky narušeného vývoje řeči. Nezbytné bylo zmínit pár slov o prognóze vývojové dysfázie a s tím spojené další poruchy a obtíže.

Praktická část se dotýká oblasti logopedické intervence vývojové dysfázie v praxi. Respektive se jedná o intervenci v logopedické třídě při běžné a při speciální mateřské škole. Jsou zde prostřednictvím třídních vzdělávacích programů uvedeny základní informace o škole, zabývá se také záležitostmi personálního obsazení, materiálního vybavení a zabývá se také běžným denním režimem, který se stává důležitou částí v určování rozdílů mezi jednotlivými typy zařízení. U každého typu zařízení je zařazena jedna kazuistika dítěte se specificky narušeným vývojem řeči.

Obecně se dá říci, že fungování logopedických tříd není v každém typu zařízení stejné. Pokud logopedická třída patří pod běžnou mateřskou školu, denní režim obvykle funguje podle obvyklého scénáře běžných mateřských škol. Neodmyslitelnou podporu skýtají logopedi, kteří v této konkrétní třídě, dochází do tříd mimo řízenou činnost, a tak nenarušují běžný chod třídy, což považují za velkou výhodu.

Velkou oporu, v této konkrétní třídě, určitě přináší učitelka, která má speciálně pedagogické vzdělání, a tak nadhled a poznatky ze speciální pedagogiky a s prací s dětmi s komunikačními obtížemi, jsou znatelné. Logopedická třída při speciální mateřské škole funguje na lehce odlišném principu. Děti mají po volných hrách, dá se říci, takový logopedický blok (přivítání, rituály i řízená činnost), kde dochází ke skupinové logopedické terapii. Dbá se na řečovou produkci dětí, na porozumění instrukcím, zrakovou a sluchovou diferenciaci a správné dýchání. V této konkrétní třídě mi velmi chyběla pohybová chvílka, která zcela jistě hraje důležitou roli v celkovém vývoji dítěte i co se týče řeči. Problém vidím také v tom, že logopedka docházela do školky v době řízené činnosti,

a tak některé děti byly z řízené činnosti vytrženy z kontextu a pak bylo velmi obtížné je zase do činnosti vtáhnout.

Nejde obecně definovat, jestli je jeden typ pedagogického procesu lepší nebo horší. Každé z těchto zařízení hraje důležitou roli v rozvoji dítěte s narušenou komunikační schopností. Co se týče logopedické třídy běžné mateřské školy, tak určitě přístup speciální pedagožky ve třídě je znatelný a pozitivní, využívání pohybových chvil hraje důležitou roli a individuální logopedická péče mimo hlavní část dne nenarušuje denní chod.

Logopedická třída speciální mateřské školy je přímo zaměřená na práci s dětmi s narušenou komunikační schopností a skupinová terapie probíhá přímo v řízené činnosti a individuální zde probíhá také, jen ne zrovna ve vhodném čase. Důraz na rozvíjení dalších funkcí, nezbytných pro celkový vývoj dítěte je zde velmi intenzivní a jistě důležitý. Oba typy mají své místo v systému škol, ale vzhledem k dnešnímu trendu inkluze je jejich prognóza celkem neurčitá.

Cílem bakalářské práce bylo poukázat na typické projevy vývojové dysfázie a umět je poté aplikovat v běžné praxi. S dětmi s vývojovou dysfázií se totiž setkáváme čím dál tím častěji a nese to s sebou obrovské obtíže v komunikaci mezi učitelem a dítětem. Práce by měla přispět k obecné informovanosti o této poruše.

RESUMÉ

Bakalářská práce se zabývá vývojovou dysfázií v předškolním věku. Práce je dělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část se skládá z vývoje řeči z logopedického hlediska, dále také z oblasti jazykových rovin a vliv rodičů na vývoj řeči dítěte. Teoretická část zohledňuje problematiku vývojové dysfázie. Konkrétně se jedná o pojem z hlediska různých autorů, etiologie vývojové dysfázie, symptomatologie a klasifikace a charakteristiky poruchy v předškolním věku. Práce poukazuje na logopedickou intervenci vývojové dysfázie, respektive diagnostiku, prevenci a terapii. Praktická část rozlišuje dítě s vývojovou dysfázií v logopedické třídě v běžné a ve speciální mateřské škole. Najdeme zde fungování těchto zařízení a kazuistiky týkající se dětí s vývojovou dysfázií v těchto třídách.

Klíčová slova:

Vývojová dysfázie, předškolní věk, logopedická intervence, jazykové roviny

RESUME

Bachelor thesis describes the developmental dysphasia in preschool age. This thesis is divided into the theoretical and practical part. The theoretical part consists of the development of speech from the logopedical point of view, as well as from the area of the linguistic levels and influence of the parents on the development of the child's speech. The theoretical part takes account of issue of developmental dysphasia. Specifically, this is a concept from the point of view of various authors, the etiology of developmental dysphasia, symptomatology and classification and characteristics of a disorder in preschool age. The thesis highlights logopaedic intervention of developmental dysphasia, respectively diagnostics, prevention and therapy. The practical part distinguishes the child with developmental dysphasia in the logopedic class in the common and in the special kindergarten. Here we can find the functioning of these devices and the case studies of children with developmental dysphasia in these classes.

Keywords:

Developmental dysphasia, preschool age, logopedic intervention, linguistic levels

SEZNAM LITERATURY

- DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník*. 2. upravené a rozšířené vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. ISBN 88-802536-2-8.
- DVOŘÁK, Josef. *Slovní patlavost*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 1999. ISBN 80-902536-0-1.
- KLENKOVÁ, Jiřina a Helena KOLBÁBKOVÁ. *Diagnostika předškoláka: správný vývoj řeči dítěte*. Brno: MC nakladatelství, 2005. ISBN 80-239-0082-X.
- KLENKOVÁ, Jiřina. *Kapitoly z logopedie*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-88-5.
- KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti; logopedická prevence; logopedická intervence v ČR; příklady z praxe*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
- KUCHARSKÁ, Anna. *Riziko dyslexie*. Praha: Univerzita Karlova, 2014. ISBN 978-80-7290-784-7.
- KUTÁLKOVÁ, Dana. *Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči*. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-7178-115-0.
- LECHTA, Viktor a Eva ŠKODOVÁ. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002, 191 s. ISBN 80-717-8572-5.
- LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.
- LECHTA, Viktor. *Logopedické repetitorium: teoretická východiska súčasnej logopedie, moderné prístupy*. Bratislava: SPN, 1990. ISBN 80-08-00447-9.
- LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 2003. Studijní texty [Sociologické nakladatelství]. ISBN 80-86429-19-9.
- MIKULAJOVÁ, Marína a Iris RAFAJDUSOVÁ. *Vývinová dysfázia: špecificky narušený vývin reči*. Bratislava: M. Mikulajová, I. Rafajdusová, 1993. ISBN 8090044506.
- SOVÁK, Miloš, Věra BEZRUČKOVÁ, Milena BUBENÍČKOVÁ, et al. *Logopedie - metodika a didaktika*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984.
- ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

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

ŠULOVÁ, Lenka. *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0877-4.

THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.

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