

**UNIVERZITA
JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

Bakalářské kombinované studium 2009-2012

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Pavel Altrichter

**Ontogeneze řeči a vývoj jazykových rovin u
zdravé populace a u dětí s mentální retardací**

Praha 2012

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Fleischmannová

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Bachelor Combinet Studies 2009-2012

BACHELOR THESIS

Pavel Altrichter

**Ontogenesis of speech and language plane at
healthy population and at children with
mental retardation**

Praha 2012

The Bachelor Thesis work supervisor:

Mgr. Hana Fleischmannová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

Jihlava 6.6.2012

Pavel Altrichter

Anotace

Tématem bakalářské práce je Ontogeneze řeči a vývoj jazykových rovin u zdravé populace a u dětí s mentální retardací.

Práce shrnuje základní informace z oblasti logopedie a fonetiky, zabývá se porovnáním vývoje řeči dětí s normálním vývojem a dětí mentálně postižených.

Práce je určena především pro speciální pedagogy, kteří pracují s dětmi s mentálními poruchami a poruchami řeči.

Klíčová slova:

Jazyk, komunikace, mentální retardace, narušená komunikační schopnost, ontogeneze (vývoj) řeči, řeč.

Annotation

Theme of the bachelor thesis is Ontogenesis of speech and development of language plane at healthy population and at children with mental retardation.

Thesis summarizes the basic information form speech therapy and phonetics, interests with comparison between development of language plane at healthy and retarded children.

Thesis is intended for special education teachers, which works with children, affected by mental disorder and disorder of language plane.

Key words:

Language, communication, mental retardation, communication disorder, ontogenesis of language plane, speech.

Obsah

ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1 Ontogenetický vývoj řeči zdravých dětí.....	9
2 Předřečové období, vlastní vývoj řeči, jazykové rodiny v ontogenezi řeči 11	
2.1 Podmínky pro správný vývoj řeči.....	17
3 Mentální retardace.....	19
3.1 Definice mentální retardace, klasifikace mentální retardace a nejčastější příčiny mentální retardace, vliv mentální retardace na vývoj jazykových rovin	20
3.2 Diagnostika, prevence a příčiny mentální retardace, četnost lidí s mentální retardací v populaci.....	28
3.3 Specifika řeči u osob se sníženou úrovní rozumových schopností, potenciál vývoje jazykových schopností u mentálně retardovaných, psychologické zvláštnosti dětí s mentální retardací	31
3.4 Narušená komunikační schopnost, faktory ovlivňující vývoj řeči dítěte, prevence a popis logopedických vad mentálně retardovaných ..	34
3.5 Vliv sociálního prostředí a interakce rodičů s dítětem na vývoj dětské řeči, logopedická intervence u dětí s mentální retardací	53
Praktická část.....	61
4 Cíl šetření	62
4.1 Metody šetření	62
4.2 Charakteristika vývojových rovin u zdravých dětí a u dětí s mentální retardací a jejich porovnání.....	63
4.3 Rozbor, odlišnosti a cíle dalšího vzdělávání u těchto kategorií, rozvoj motoriky mluvidel.....	65
4.4 Nabídky logopedické péče v MŠ a MŠ speciální	66
4.5 Porovnání individuální a skupinové terapie	69
4.6 Kazuistiky	71
4.6.1 Adam.....	71
4.6.2 Maruška.....	73
4.7 Vyhodnocení kazuistik	75
ZÁVĚR.....	77
Seznam použité české literatury a pramenů	80
Seznam použité zahraniční literatury a pramenů	82
Seznam internetových zdrojů	83
Seznam citací.....	84
Seznam tabulek.....	85
Přílohy	86

ÚVOD

K vytvoření této práce vedla autora jeho osobní zkušenost s logopedickou péčí v předškolním věku (rotacismus). Byl to i zájem o tuto problematiku ve spojitosti s mentální retardací, která je limitujícím faktorem pro rozvoj řeči.

Jazykové roviny zdravých a mentálně retardovaných jedinců se vyvíjejí rozdílně. K naplnění jazykových rovin dochází v rozdílném věku – u mentální retardace značně opožděně.

Mentální retardace vyžaduje specifický přístup. Proto je nutné výrazným způsobem upravit dobu a cíle vzdělávání takovýchto jedinců. Vzdělávání zdravého dítěte s logopedickou vadou probíhá standardním způsobem, logopedie působí podpůrně. U mentálně retardovaného jedince je výuka postavena na úrovni komunikační schopnosti a stupni mentální retardace, logopedie podporuje rozvoj jazykových rovin.

Cílem vzdělávání je dosažení vědomostní úrovně a stupně rozvoje jazykových rovin, odpovídající věku dítěte a jeho mentálním schopnostem. Odlišnosti spočívají v přístupu, který je nutný dítěti věnovat a v době, po kterou se s dítětem musí pracovat. Důležitý je správný rozvoj motoriky, vč. motoriky mluvidel a to zejména u mentálně retardovaných dětí.

Systém logopedické péče je založen na mezioborové spolupráci (medicína, logopedie, psychologie, pedagogika, speciální pedagogika a působení sociálních a rehabilitačních pracovníků). Jsou do něj začleněni kliničtí logopedi a foniatři (medicína, logopedie), MŠ a MŠ speciální, ZŠ, ZŠ speciální a Praktická škola (pedagogika, speciální pedagogika, logopedie), SPC (speciální pedagogika, logopedie, rehabilitační a sociální pracovníci) a DTPM (sociální a rehabilitační pracovníci, speciální pedagogové a logopedi).

Z úrovně rozumových schopností a typu logopedické vady vychází doporučení k volbě umístění dítěte do daného zařízení. Dítě s jednoduchou logopedickou vadou bude integrováno do MŠ, pracuje s ním klinický logoped – většinou se mu dostává individuální terapie, v případě těžší logopedické vady je dítě umístěno do logopedické třídy, kde s dítětem pracuje logoped,

logopedický asistent a jsou využívány všechny druhy terapie. Pokud je dítěti diagnostikována těžká logopedická vada nebo dojde ke kombinaci více vad, je dítě umístěno do MŠ speciální, většinou v kombinaci se SPC, kde s dítětem pracují na nápravě narušené komunikační schopnosti všichni výše uvedení pracovníci.

Práce v těchto zařízeních je založena na terapii. Jedná se o individuální, skupinovou a kombinovanou terapii. Použití konkrétní terapie je závislé na individualitě klienta. Většinou se aplikuje kombinace všech druhů terapie.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Ontogenetický vývoj řeči zdravých dětí

Balášová (2002) ontogenezi řeči charakterizuje jako různé etapy na časové ose, které jsou určitým způsobem vymezeny a mají zákonitou návaznost. Z pohledu fyziologie nelze vynechat nebo přeskočit některou vývojovou etapu. V průběhu ontogeneze řeči dochází k odlišnostem týkajícím se rozdílné délky časových úseků. Nelze proto paušalizovat délku časových etap vývoje řeči. Může docházet ke zrychlení, ale i ke zpomalení ontogeneze. To souvisí s individuální, neuropsychickou dispozicí jedince a rovněž zde působí sociální prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá, jako důležitý faktor.

„Vývoj dětské řeči dělíme na dvě období:

I. Předběžná stádia vývoje řeči

II. Vlastní vývoj dětské řeči „

(Balašová, 2002, s. 9)

Schopnost komunikace a její vývoj je jedním z nejzajímavějších procesů v průběhu lidského života, a proto se stává středem zájmu různých vědních oborů (psychologie, medicína, pedagogika, logopedie aj.)

Jak uvádí Klenková (2000) ve své práci *„Vývoj řeči probíhá ve stádiích, mezi nimiž jsou jen nevýrazné hranice. U jednotlivých dětí nemůžeme očekávat určité stádium vývoje řeči přesně v tomto období, které je uváděno v literatuře. U zdravého dítěte nastupují jednotlivá stádia s určitou časovou variabilitou.“* (Klenková, 2000, s. 11).

Podle Škodové a Jedličky (2007) ontogeneze řeči začíná novorozeneckým obdobím křiku. Dochází k prvotnímu hlasovému projevu, okamžitě po narození, v tomto případě se jedná o podnět vyvolaný změnou prostředí, dítě jím vyjadřuje strach a reaguje také na změnu teploty a intenzity světla, následně jím rovněž prezentuje svůj pocit hladu. Jedná se o tzv. reflexní křik.

To, co zásadním způsobem odlišuje člověka od zvířat, je jeho schopnost mezilidské komunikace formou řeči. Řeč je nedílnou součástí vývoje druhu Homo sapiens od jeho prvopočátku. Lejska (2003)

Podle intenzity tohoto křiku a odchylek daných standardem lze následně usoudit, zda má dítě správně vyvinutou centrální nervovou soustavu, nebo je centrální nervová soustava nějakým způsobem poškozena. Lejska (2003).

Z výzkumů vyplývá, že křik je reflexivním chováním vyvolaným podrážděním dýchacího centra při přechodu ze zásobování vzduchem placentou na zásobování vzduchem plicní ventilací. Tento reflex nemá spojitost s první signální soustavou, i přesto z něj lze zjistit dílčí informace. Klenková (2006).

Dále pak Klenková (2006) in Sovák (1971) uvádí, že „než dítě začne mluvit, řadí celou řadu přípravných období, předstupňů řeči, které začínají hned po narození dítěte a nejsou časově přesně oddělena, prostupují se navzájem a probíhají i současně vedle sebe. V ontogenezi dětské řeči vydělujeme **předběžná stádia vývoje řeči**.“ (Klenková, 2006, s. 33).

Škodová a Jedlička (2007) ve své práci stanovuje pro správný vývoj řeči následující nezbytné podmínky:

- 1) **Nepoškozenou CNS**
- 2) **Standardní míru intelektu**
- 3) **Normálně funkční sluch**
- 4) **Vrozenou schopnost pro jazykové nadání**
- 5) **Funkční sociální prostředí**

Předběžnými stádii vývoje řeči se zabývají následující kapitoly této práce.

2 Předřečové období, vlastní vývoj řeči, jazykové rodiny v ontogenezi řeči

Vývoj lidského plodu trvá 9 kalendářních, popřípadě 10 lunárních měsíců po 28 dnech. Jedná se o období od oplození vajíčka spermií po okamžik, kdy dítě opustí matčino lůno. Po tuto dobu dochází v těle matky k procesům, nutným pro samostatný život plodu a vytvářejí se předpoklady pro jeho další samostatný vývoj. Rovněž dochází i k prvotním psychickým reakcím, plod určitým způsobem s matkou komunikuje, reaguje rozdílně na podněty. Toto období, dle Vágnerové (1999), dělíme na 3. fáze:

- 1) **Fáze oplození**
- 2) **Embryonální období**
- 3) **Fetální období**

Jak dále Vágnerová (1999) uvádí, má plod nejjednodušší schopnost učení a to formou zkušeností. „ *V posledním trimestru prenatalního života se plod naučí např. diferencovaně reagovat na různé zvuky: na hudbu, na hlasy známých bytostí. Ty do určité míry rozeznává, jak je zřejmé z jeho chování, i po narození. T. Verny (1993) uvádí další příklad učení, kterým se přenáší spánkový rytmus matky na nenarozené dítě. Děti matek, které měly návyk brzy vstávat, preferovaly stejný denní rytmus a reagovaly po narození obdobně*“ (Vágnerová, 1999, s. 22)

Klenková (2006) dále uvádí, že dítě je s matkou v interakci (dotyky, kojení, mluvení, laskání). Všechny tyto projevy můžeme zařadit do **preverbální komunikace**.

Tuto komunikaci můžeme podle Vágnerové (1999) rozdělit:

- 1) **Fyziologická komunikace, kdy je tato komunikace zprostředkována krví přes placentu z matky na dítě (stres, nemoci, drogy).**
- 2) **Smyslová komunikace, kdy plod reaguje na vnější smyslové podněty (hlas rodiče, tlak na břicho, změna polohy matky) a toto se projevuje kopáním dítěte do břišní stěny matky.**

3) Emoční a racionální postoj matky k plodu, kdy význam tohoto způsobu komunikace tkví v soustředění pozornosti matky na plod a o jeho existenci. Důkazem toho může být skutečnost, že plod, jenž byl počat nechtěně, a matka k tomu i tak přistupuje, bývá častěji potracen než plod chovaný s láskou.

„Vazba, která se rozvíjí mezi matkou a dítětem po narození, je pokračováním vztahu vytvořeného v prenatálním období.“ (Vágnerová, 1999, s. 24).

Klenková (2000) ve své práci uvádí, že předřečové období probíhá v prvním roce života novorozence, kdy si kojenec osvojuje základní „návyky a zručnosti, na jejichž základě se později vybuduje skutečná řeč.“ (Klenková, 2000, s. 11). Jedná se zejména o sání matčina prsu, žvýkání hraček a posléze i tuhé stravy a s tím i spojené polykání.

Jak uvádí Vágnerová (1999), v průběhu prvního měsíce probíhá adaptace novorozence na nové podmínky. To období označujeme jako novorozenecké a dítě se během něj adaptuje na nové prostředí, reaguje na základě reflexů a jemu přirozených vzorců chování. Tyto mu tak usnadňují přežití.

V období od narození zhruba do konce 3. týdne života dítěte, je hlasový projev pouze projevem nelibosti a hladu dle Škodové a Jedličky (2007), po tomto období následuje období reakcí na známé vnější podněty, kdy se dítě usměje, pootočením hlavy pak reaguje na změny v intenzitě světla. Toto období trvá zhruba do tří měsíců.

Jako základní předpoklad pro rozvoj lidské řeči je podle Vágnerové (1999) správná funkce sluchu, pokud tato funkce chybí, je nedostatečně vyvinuta, dochází k retardaci a to buď smyslové (sluchové) nebo mentální. Potřeba udržet sociální kontakt se svým okolím je výraznou motivací pro rozvoj řeči.

V období mezi 3. až 5. měsícem dítě zlepšuje své pozorovací schopnosti a to ve směru vertikálním i horizontálním. Vágnerová (1999).

Toto období je obdobím broukání kdy podle Lejsky (2003) dítě vyluzuje zvuky spontánně. Jejich škála je nepřeborná a dochází ke kategorizaci zvuků dle jednotlivých vnějších podnětů. Dítě si tak vytváří spojení mezi

motorickým pohybem a mozkovou kůrou sloužící k ovládnutí artikulačních svalů. Dítě se v tomto období poslouchá, neustále opakuje to, co jej zaujalo a jak uvádí Vágnerová (1999), jedná se o jakési předběžné učení a o počátky zvládnutí mateřského jazyka.

Dalším obdobím je období žvatlání. To probíhá mezi 6. – 8. měsícem a dítě opakuje velmi podobné slabiky. Dítě, podle Vágnerové (1999), napodobuje jazykové podněty ze svého okolí a rovněž formou odezírání napodobuje pohyby rtů a jazyka osob, se kterými se setkává a které vnímá. Jako motivace pro další rozvoj řeči slouží potřeba udržení sociálních vazeb. Dítě vnímá reakce svého okolí na jeho hlasový projev a to je utvrzuje v jeho dalším používání jako formy komunikace. Jak uvádí Vágnerová (1999), jde o jeho potřebu udržet kontakt a obsahová stránka projevu není rozhodující, jedná se spíše o signál stimulující chování dospělých k dítěti. Žvatlání se mění a dítě začleňuje do svého hlasového projevu různé slabiky, čímž se přibližuje ke svému rodnému jazyku. Koncem prvního roku života dítěte začíná používat první slova mající již konkrétní význam (tato slova často znějí nepřesně).

Kolem prvního roku věku dítěte dochází k vlastnímu vývoji řeči. Toto období můžeme charakterizovat čtyřmi po sobě následujícími obdobími.

1) Stádium emocionálně volní

Emocionálně volní stádium je charakterizováno verbálním projevem dítěte, kdy začíná užívat jednoslovná označení osob a věcí, popřípadě dějů a rovněž začíná tvořit jednoslovné věty, jednoslabičná, ale i více slabičná spojení slov (např. **ma, ta, ba, papu, bo**), kdy těmito větami pojmenovává své nejbližší, vyjadřuje hlad, popřípadě bolest, dítě konkretizuje a spojuje slova s osobami a věcmi. Klenková (2006). Po tomto období následuje období napodobování dospělých, dítě opakuje to, co dospělí říkají, a samo mluvení mu činí radost. Jedná se o časový horizont mezi jedním až dvěma roky dítěte.

2) Stádium asociačně reprodukční

Jak ve své práci uvádí Klenková (2006), první slova ve **stádiu asociačně reprodukčním** pojmenovávají to, co dítě vnímá. Přijímají tak funkci **pojmenovací**. Dítě spojuje výrazy, které již slyšelo s určitou věcí nebo dějem, a snaží se je dále aplikovat a využívat. Jelikož je v tomto období

využívána primárně první signální soustava, uvádí Klenková (2006), že řeč zůstává na úrovni **první signální soustavy**.

V období mezi 2. až 4. rokem se řeč dítěte vyvíjí velmi prudce a spontánně. Pro dítě se stává řeč zábavou, velmi rádo komunikuje s dospělými a zjišťuje, že řeč se stává prostředkem k dosažení určitých dílčích cílů.

3) Stádium logických pojmů

Další stádium vývoje řeči je **stádium logických pojmů**. To probíhá kolem 3. roku života dítěte a je pro něj, typický přechod mezi 1. a 2. signální soustavou. V jazykové rovině se to projevuje užíváním dvou a víceslovných vět, opakováním hlásek, jednotlivých slabik, pomlček v řeči. Dítě rovněž zevšeobecňuje dosud konkrétní pojmenování. Podle Lechty (2003) je toto období pro dítě velmi obtížné zejména v rovině fonetické, gramatické a syntaktické. V literatuře se uvádí, že dítě v tomto období má slovní zásobu čítající přibližně **600 – 900** slov.

4) Stádium intelektualizace řeči

Následujícím stádiem je **stádium intelektualizace řeči**, kdy dítě vyjadřuje své myšlenky a potřeby. Po stránce formální i obsahové již dostatečně přesnými pojmy. Toto období probíhá mezi 3. a 4. rokem života dítěte. Dochází k logickému směřování a vývoji řeči, dítěti roste slovní zásoba. Jeho řečový projev se stává kultivovanějším, obsahově jsou slova kvalitnější a dítě začíná užívat gramatické formy. Slovní zásoba dítěte ve věku 4. let se pohybuje okolo **1.500** slov, v 6. letech pak slovní zásoba dítěte dosahuje až **3.000** slov a můžeme hovořit o fixaci řeči. Toto období, **období intelektualizace** plynule pokračuje až do dospělosti.

Podle Klenkové (2006), dochází při ontogenezi řeči k prolínání jednotlivých jazykových rovin, a to jak **morfologicko-syntaktické, lexikálně-sémantické, foneticko-fonologické, tak i pragmatické**. Vývoj těchto jazykových rovin probíhá v časovém horizontu současně.

1) Morfologicko-syntaktická jazyková rovina

Podle Lechty (1987) **morfologicko-syntaktická jazyková rovina** přesně zobrazuje úroveň psychického vývoje dítěte. Vědecky lze tuto rovinu zkoumat kolem 1. roku života jedince, kdy začíná s tvorbou a používáním

prvních jednoslovných vět. Opakováním slabik vytváří slova (**tata, mama, baba, dede**) a tato slova mají obecnou podobnost ve většině jazyků. Lechta (1987).

Jak uvádí Klenková (2006), tyto projevy probíhají zhruba v období do jednoho a půl až dvou let. Slučováním jednoslovných vět dítě vytváří věty dvou a víceslovné. Jako první začne dítě používat podstatná jména, následují slovesa. Mezi druhým a třetím rokem dítě začíná používat přídavná jména a osobní zájmena, poté pak předložky, spojky a číslovky. V tomto období dítě začíná se skloňováním a používáním množného čísla. Co se týče slovosledu, je typické, že emocionálně silné slovo dítě klade na počátek věty. Po dosažení věku 3. – 4. let dítě začne s vytvářením souvětí a obvykle již užívá všechny slovní druhy. Ve věku 4 a více let by slovní projev dítěte, po gramatické stránce, neměl vykazovat žádnou výraznou odchylku. Pokud však i v tomto období přetrvává **dysgramatismus**, lze předpokládat, že se jedná o narušený vývoj řeči.

2) Lexikálně-sémantická jazyková rovina

Lechta (1987) i Klenková (2006) shodně uvádějí, že zhruba v 10 měsících lze u dítěte detekovat počátky pasivního rozvoje slovní zásoby. Dítě začíná „chápat“ význam slov. Pro toto období, **lexikálně-sémantickou rovinu**, je rovněž charakteristické. Podle Lechty (1987), že dítě začíná s používáním a tvorbou vlastních slov. Nejedná se však o prioritu ve verbální komunikaci, nýbrž stále přetrvává, co se týče kvality i kvantity, použití komunikace neverbální (mimika, gesta, pláč, pohyby, křik, pohledy atd.).

Klenková (2006) ve své práci uvádí:

„Ve vývoji řeči dítěte známe první a druhý věk otázek podle Sternových.

1) V období okolo 1 a půl roku je to věk otázky „Co je to?“, případně „Kdo je to?, „Kde je?“

2) V období okolo 3 a půl roku nastupuje věk otázky „Proč?“, případně „Kdy?“

“ (Klenková, 2006, s. 38).

3) Foneticko-fonologická jazyková rovina

Foneticko-fonologická rovina je podle Lechty (1987) jazykovou rovinou, jejíž projevy můžeme sledovat jako první. V podstatě lze tuto rovinu pozorovat již od narození dítěte. S postupujícím věkem můžeme rozlišovat zabarvení hlasu a jeho melodičnost, začleňování samohlásek i jednoduchých slabik. Přechod od pudového žvatlání na žvatlání napodobující je brán jako klíčový moment a podle literatury hovoříme od tohoto okamžiku o vlastním vývoji řeči v pravém slova smyslu. Jak dále uvádí Lechta (1987), když se vědci zabývali otázkou vývoje řeči, jejich prvotním zájmem bylo zjistit, které hlásky dítě vyslovuje jako první. Podle Lechty (1987), in Ohnesorg a Pačesová, nejprve dítě začne používat spoluhlásky:

„závěrové: p, b, m, t, n, t', d', ň, k, g,

úžínové jednoduché: f, v, j, h, ch, s, z, š, ž,

polozávěrové a úžínové se zvláštním způsobem tvorby: c, č, dz, l, r.“ (Lechta, 1987, s. 49).

Klenková (2000) pak uvádí, že řečová ontogeneze se řídí cestou nejmenšího odporu, tj. dítě vytváří nejprve ty hlásky, jež mu činí nejmenší potíže, samohlásky, následně pak souhlásky, dále pak hrdelní hlásky. Poslední, co děti zvládnou, jsou charakteristiky jejich mateřského jazyka (**v češtině r, ř**). Po stránce formální pak řečová ontogeneze končí zpravidla pátým rokem života dítěte, nejpozději však nástupem do ZŠ.

4) Pragmatická - jazyková rovina

Další jazykovou rovinou je **rovina pragmatická**, ta byla do české logopedie zavedena teprve v devadesátých letech dvacátého století. Klenková (2000), s odkazem na Lechtu, ve své práci uvádí, že se jedná o rovinu, ve které jsou primární psychologické a sociální aspekty komunikace. Podle Klenkové (2000), dokáže již malé (2 - 3 leté) dítě vést komunikaci v závislosti na konkrétní situaci a dokáže porozumět své komunikační roli. Porozumění a pochopení zákonitostí mateřského jazyka se pro něj stává nutností. Nicméně, dokáže s tímto jazykem pracovat, dávat mu různé formy (emotivní) a ty upravovat v závislosti na situaci, kterou prožívá. Okolo třetího roku života dítěte začíná být patrna snaha po komunikaci s dospělými formou kratších

rozhovorů. Čtyřleté dítě pak dokáže vést komunikaci přímo úměrně dané situaci. Řeč zastává regulační funkci, lze jí regulovat chování dítěte. Dítě užívá řeč k regulaci svého okolí.

2.1 Podmínky pro správný vývoj řeči

Klenková (2000) uvádí, že proces vývoje řeči je ovlivňován vnějšími i vnitřními faktory. Vnitřní faktory jsou limitovány stavem organismu a možnostmi dítěte a vnější faktory sociálním prostředím, ve kterém dítě vyrůstá. Co se týče vnitřních faktorů, primární jsou vrozené dispozice, zejména zdravý sluch a zrak. Neméně pak řečově-motorické centrum mozku, rozvinutá mluvidla a celkový psychosomatický rozvoj jedince včetně správně vyvinutého intelektu. Mezi vnější faktory ovlivňující správný vývoj řeči řadíme zejména kvalitní řečový vzor v podobě rodičů, dále celkové sociální klima rodiny a okolí, kvalitu výchovy a kvantitu a přiměřenost hlasových podnětů.

Podle práce Balašové (2002) pak pro správný vývoj řeči musí existovat:

„ 1) *dostatek verbálních a nonverbálních podnětů ze sociálního prostředí, ve kterém dítě vyrůstá*

2) *neporušená schopnost dítěte přijímat podněty ze zevního prostředí prostřednictvím smyslů /sluchového a zrakového/ a jejich předávání prostřednictvím přijímacích drah centrální nervové soustavy*

3) *anatomicky a funkčně zdravý centrální nervový systém se senzorickou a motorickou oblastí řeči a dalšími centrálními ústředními spoji, jež se vytvářejí během vývoje dítěte v jeho mozkové kůře*

4) *neporušená ústrojí a jejich spoje s CNS, jimiž se verbální komunikace realizuje /mluvidla/“ (Balašová, 2002, s. 7).*

Pro správný rozvoj řeči je dle Balašové (2002) nutná správná funkce **respiračního (dýchacího) ústrojí**, dále pak **fonačního (hlasového) ústrojí** a **artikulačního (hlásko-tvorného) ústrojí**. Všechna tato ústrojí mají v první řadě primární funkci k zajištění základních biologických potřeb nutných pro existenci jedince. Tou je dýchání a přijímání potravy. Jako sekundární funkce pak s přibývajícím časem a vývojem jedince přichází i funkce řečová. Jestliže pak dojde k porušení nebo nerovnováze ve funkci některé ze složek

komunikačního procesu, dojde i k přerušení ve vývoji lidské řeči na daném stupni vývoje řeči.

V tomto směru mohou být kritickými podle Balašové (2002) zejména **období kojenecké**, následované **obdobím batolecím a předškolním**.

Prim v tomto směru hrají vady a poruchy vzniklé v období prenatalním, natálním a postnatálním poškozením **CNS**. Sekundární poruchy řeči jsou poruchy zapříčiněné nesprávnou plynulostí řeči (kocktavost, breptavost), do třetí skupiny poruch řeči dle Balašové (2002) můžeme zařadit poruchy vzniklé poškozením funkce smyslových orgánů nezbytných pro správnou funkci řeči (zrak, sluch). Do čtvrté skupiny řadíme neurózy řeči, což jsou poruchy vzniklé v důsledku funkcionální poruchy vyšší nervové soustavy.

Rovněž můžeme mezi faktory ovlivňující vývoj řeči zařadit **inteligenci**, kdy bystřejší děti začínají s vlastní řečí dříve, jejich slovní zásoba je obsáhlejší, tyto děti rovněž lépe artikulují, dále **pohlaví**, děti ženského pohlaví jsou ve vývoji slovní zásoby před dětmi mužského pohlaví. Rovněž v artikulaci před nimi mají náskok, dále **bilingvismus** (dvojjazyčnost), děti z jazykově smíšených rodin jsou obecně kreativnější a jejich slovní zásoba je obsáhlejší. Je prokázáno, že po **vícečetném porodu (dvojčata a více)** dochází ke zpomalení rozvoje řeči v důsledku nedostatku verbální stimulace ze strany rodičů (dětí je na rodiče moc najednou a péče je tudíž tříštěna mezi všechny). Dalším faktorem je **stimulace ze strany rodičů**, lépe se rozvíjí dítě, kterému se rodiče více věnují. V neposlední řadě rozvoj řeči ovlivňují i **socio-ekonomické podmínky**, nedostatek vjemů a prostředků ovlivňují vývoj řeči, ale i celkový vývoj dítěte.

3 Mentální retardace

Dřívější označení pro tyto osoby znělo, z dnešního pohledu, ne zrovna slušně. Byli označováni za kretény, debily, idioty atd., což ve své době byly oficiální výrazy, dnes tyto výrazy používáme spíše v **argotu** (vulgární mluvě). Osoby mentálně retardované jsou posuzovány v závislosti na době a kultuře, ve které žijí zcela odlišně. Ve starověké Spartě platil zákon umožňující starším odmítnout postižené dítě a dát ho k výchově nebo svrhnout ze skály **Apothet** do propasti v pohoří **Taygétos**. Pokud dítě bylo ponecháno naživu, i přes to, že nesplňovalo dané předpoklady, bylo dáno k výchově hélótům (otrokům či nesvobodným občanům). Podobným způsobem se postupovalo i ve starém Římě. Tyto děti byly házeny do Tibery. S příchodem křesťanských hodnot se od těchto praktik postupně upouštělo. V současnosti, v kulturách, které jsou těsně spjaty s přírodou a každodenním bojem o přežití, tyto praktiky stále existují. Jedinec fyzicky nebo mentálně postižený je pro tuto kulturu zdrojem potíží a vedlejších „nákladů“. Moderní společnost se snaží o plné začlenění osob mentálně retardovaných jako právoplatných a plnohodnotných občanů.

Jak popisuje Švarcová (2003), podle úrovně péče o mentálně postižené jedince se posuzuje celková úroveň společnosti. Ve společnosti i přesto existuje řada předsudků a názorů na to, jak se chovat k mentálně postiženým jedincům. S postupem demokratizace společnosti se tyto postupy a názory mění a mentálně retardovaní se, na rozdíl od minulosti, kdy byli většinou chovanci ústavů sociální péče, začleňují do společnosti. Samozřejmě, že to nelze paušalizovat, odvíjí se to od stupně postižení. Patrně se nestane platným členem společnosti jedinec, jehož stupeň mentálního postižení se nachází v pásmu těžké až hluboké mentální retardace. Tito jedinci budou ve většině případů stále chovanci ústavů sociální péče. Osoby s postižením v pásmu lehké až středně těžké mentální retardace mohou být platnými členy společnosti. Mohou žít, více či méně, samostatný a produktivní život s určitou mírou kontroly ze strany rodiny a sociální péče. Švarcová (2003) to označuje termíny: „*integrace, normalizace, normální život a humanizace*“ (Švarcová 2003 s. 12).

Ve své práci **Psychopedie**, pro Evropský sociální fond, Prokopová uvádí, že jako mentálně retardované jedince označujeme ty osoby, jejichž „zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování“ (<http://www.specou.cz/files/psycho-prez.pdf>, 10.4.2012, 14.30 hod). Jako příčinu mentální retardace zde Prokopová uvádí organické poškození mozku v důsledku poškození buněk či abnormálního vývoje, dále uvádí, že rozsah mentální retardace je zcela individuální.

3.1 Definice mentální retardace, klasifikace mentální retardace a nejčastější příčiny mentální retardace, vliv mentální retardace na vývoj jazykových rovin

Mentální retardace (z lat. **mens**, 2. p. **mentis** – mysl a **retardare** – zdržet, zaostávat, **retardatio** – zdržení, omeškání).

Termín byl zaveden Americkou společností pro mentální deficienci ve 30. letech 20. století a do odborné terminologie byl zaveden po konferenci **WHO** (Světové zdravotnické organizace) v roce 1959, kdy v 60. letech 20. století nahradil termín oligofrenie.

Mentální retardace je dle Mezinárodní klasifikace nemocí definována následovně: „*Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez, nebo s jinými somatickými nebo duševními poruchami.*“ (Mezinárodní klasifikace nemocí: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, desátá decentní revize MKN – 10, 2008, s. 242).

Podle Švarcové (2003) jsou mentálně retardovaní jedinci jedineční a charakterističtí i přes to, že jsou posuzováni podle jednotného modelu daného v **MKN – 10 WHO**. Každý mentálně retardovaný jedinec je individualitou, jehož míra postižení se odvíjí od stupně postižení psychiky.

Pipeková (1998) in Dolejší (1978) mentální retardaci charakterizuje jako vývojovou poruch psychiky postihující osobnost jedince ve funkcích

sociálních, tělesných a duševních, jejímž hlavním rysem je trvalost poruchy kognitivních funkcí, snížení rozumových schopností – učení. Výchova a vzdělávání je omezena stupněm retardace.

Dále Pipeková (1998) charakterizuje mentální retardaci snížením intelektu, schopnosti myšlení, učení, přizpůsobivosti. Jedná se o trvalý, nezvratný, vrozený nebo získaný (částečně) stav, to je nutné diferencovat od demence (po 2. roce života).

Kozáková (2005) uvádí, že definice mentální retardace je ovlivňována řadou faktorů i kritérií a jako taková je ovlivněna názory, postoji jednotlivých autorů.

Mentální retardace je podle Švarcové (2003) postižením inteligence, jako snížení schopnosti vyhodnocení minulých zkušeností a jejich aplikace na současnost. Jedná se o výrazné snížení inteligenčního kvocientu. Pro klasifikaci mentální retardace se pak užívá 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí, kterou zpracovala **WHO** (Světová zdravotnická organizace v Ženevě) v roce 1992.

Jak uvádí Pipeková (1998), dle klasifikace **WHO** z roku 1992 je mentální retardace stupněm vyjadřujícím úroveň rozumových schopností.

Mentální retardaci tudíž dělíme:

- | | | | |
|----------------|---|----|-------------|
| 1) F 70 | lehká mentální retardace | IQ | 50 – 69 |
| 2) F 71 | středně těžká mentální retardace | IQ | 35 – 49 |
| 3) F 72 | těžká mentální retardace | IQ | 20 – 34 |
| 4) F 73 | hluboká mentální retardace | IQ | níže než 20 |
| 5) F 78 | jiná mentální retardace | | |

pro specifické potíže (senzorické, somatické) nelze přesně stanovit stupeň mentální retardace (např. autismus).

- 6) **F 79** **nespecifikovaná mentální retardace**

retardace prokázána, nicméně pro nedostatek informací a neschopnost osoby spolupracovat nelze osobu zařadit do určitého stupně mentální retardace.

Podle práce Pipekové (1998, s. 173) lze mentální retardaci klasifikovat dle chování jedince.

Jedná se o:

- 1) **Eretický typ** (nestabilní, vzrušivý, roztěkaný)
- 2) **Torpidní typ** (křečovitý, apatické chování, netečnost)
- 3) **Nevyhraněný typ** (rovnováha mezi vzruchem a útlumem, popř. převládající jeden z procesů).

Potenciál vývoje rozumových schopností je u mentálně retardovaných, charakterizován, jak uvádí Švarcová (2003), následujícím způsobem:

- 1) **F 70 lehká mentální retardace:** lze konstatovat, že osoby s tímto stupněm retardace běžně užívají řeč, jako komunikační prostředek. Účelně dokážou vést plynulou konverzaci, jejich mluvní projev se dostavuje opožděně. Řeč je obsahově chudší a často se vyskytují poruchy ve formální stránce řeči. Hlavní nedostatky se projeví především v teorii ve škole. Většina z nich má specifické problémy v oblasti čtení a psaní, k odstranění problémů slouží různé kompenzační techniky.
- 2) **F 71 středně těžká mentální retardace:** je charakterizována opožděním chápání a vývoje řeči a omezeností jejich konečných schopností. Školní úspěšnost je omezena, lze říci, že některé osoby se středním stupněm mentální retardace si dokážou, za kvalitního pedagogického vedení, osvojit základy čtení, psaní a počítání. K poruchám dochází zejména v oblasti gramatiky a artikulace, řečový projev je chudý. K získání základních vědomostí a dovedností těchto osob slouží speciální vzdělávací programy, a které rozvíjejí jejich omezený potenciál.
- 3) **F 72 těžká mentální retardace:** má výraznou podobnost se středně těžkou mentální retardací, její projevy jsou výraznější. Osoby, s tímto stupněm mentální retardace mají možnosti vzdělávání a výchovy značně omezené. Komunikace se uskutečňuje převážně na nonverbální úrovni formou neartikulovaných skřeků, v lepším případě pak jednotlivých slov. Pokud s těmito osobami pracují kvalifikovaní rehabilitační a vzdělávací pracovníci, může tato péče vyústit v posun v rozvoji jejich rozumových, komunikačních dovedností, motoriky, samostatnosti a celkové kvality života.

- 4) **F 73 hluboká mentální retardace:** osoby s tímto stupněm mentální retardace mají těžce omezeny schopnosti vnímání a rozpoznávání. Je omezena schopnost porozumět či vyhovět jakýmkoliv instrukcím. Jejich schopnost komunikace je omezena na neverbální komunikaci a možnosti výchovy a vzdělávání jsou tím minimální. Pochopení a realizace mluveného projevu se omezuje na reakci na triviální požadavky. Komunikace je ve většině případů omezena na zrakovou, popřípadě dotekovou komunikaci.
- 5) **F 78 jiná mentální retardace:** jedná se o osoby, u nichž nelze přesně specifikovat stupeň mentální retardace s ohledem na vedlejší poškození sensorické nebo somatické (hluchota, slepota, kombinovaná vada, němota), nebo o osoby s velmi těžkými poruchami chování (autismus). Řečový projev u těchto osob nemusí být omezen, nicméně komunikace je limitována a schopnost učení je omezena použitím speciálních výukových a kompenzačních metod.
- 6) **F 79 nspecifikovaná mentální retardace:** tento druh mentální retardace kategorizuje ty jedince, které nelze zařadit do žádné z předcházejících kategorií.

Švarcová (2003) ve své knize pak uvádí ještě jeden stupeň mentální retardace, který není součástí klasifikace dle **WHO**. Byl součástí dřívějších klasifikací a v poradenské praxi je ještě i dnes používán neoficiálně. Jedná se o tzv. **Mírnou mentální retardaci v pásmu IQ 69 – 85**. Stupeň rozumových schopností, jeho omezení, nemá příčinu v organickém poškození mozku. Je důsledkem působení jiných faktorů (genetické predispozice, socioekonomického prostředí, nepodnětná výchova, poškození smyslů aj.). Tyto jedince nelze považovat za mentálně retardované, jejich schopnost komunikace a výuky není omezena a při správném vedení a terapii lze dosáhnout výrazného zlepšení.

Jak uvádí Švarcová (2003), nejčastější příčiny vzniku mentální retardace jsou různorodé. Většinou se však nějakým způsobem podmiňují, spolupůsobí a prolínají. Podle výzkumů zde působí dvě hlediska: **hledisko**

dědičnosti (endogenní vlivy) a hledisko prostředí (exogenní vlivy). (Švarcová 2003, s. 55).

Podle této teorie je hledisko dědičnosti (genetická predispozice) dáno ryze genetickou informací složenou z genetického kódu matky a otce. Hledisko prostředí pak jedince ovlivňuje od početí, přes narození prakticky po celou dobu existence jedince. Faktory působící v prostředí mohou, ale nemusí být spouštěčem patogenů.

Švarcová (2003) dále uvádí, že jako nejčastější příčiny mentální retardace můžeme identifikovat následující:

- 1) **Infekce a intoxikace matky i otce** v době početí či v prenatalním stádiu vývoje (syfilis aj.), užívání narkotik či alkoholu, otravy těžkými kovy, v postnatálním stádiu pak infekce mozku či toxoplazmóza.
- 2) **Úraz či mechanické (fyzikální) poškození** (matky v těhotenství, porod kleštěmi, úraz dítěte, přidušení pupečnickem při porodu)
- 3) **Porucha látkové výměny, růstová porucha, nedostatek živin**
- 4) **Rakovinné bujení** (novotvary), degenerace
- 5) **Nemoci** (hydrocefalus, mikrocefalie)
- 6) **Chromozomální aberace** (Downův syndrom)
- 7) **Novorozenecká nezralost** (předčasný porod – nedonošené, nedovyvinuté dítě)
- 8) **Duševní poruchy**
- 9) **Vliv socio-kulturního prostředí** (nedostatečná, nepodnětná výchova spojená s nedostatkem intelektu na straně rodičů a okolí)
- 10) **Jiné vlivy (encefalopatie).**

Švarcová (2003) in Matulay uvádí „že všechny dosud známé i předpokládané příčiny mentální retardace vyvolávají necelou čtvrtinu této poruchy. Až 80 % případů mentální retardace, převážně v pásmu lehkého poškození, má neznámý, resp. neurčený původ.“ (Švarcová 2003 s. 56,57).

Podle Pipekové (1998) pak příčinou může být:

- 1) **Oligofrenie** – mentální retardace v důsledku vlivů v prenatalním, perinatálním nebo raném postnatálním stádiu.

- 2) **Demence** – poškození mozku v průběhu lidské existence (po 2. roce života jedince) jako příčina mentální retardace (nemoci, úrazy). Nemusí se jednat o nevratný proces, může být kompenzován výchovou a vývojem.
- a) **Celková** – zasažena všechna mozková centra.
 - b) **Částečná** – zasažena pouze některá mozková centra.
- 3) **Pseudooligofrenie** – retardace v důsledku vlivů působení prostředí (působí slabomyslně, ačkoliv rozumové schopnosti nejsou sníženy).

Jako příčiny vzniku mentální retardace uvádí Sovák (1978) ve své knize působení patologických změn na mozkovou kůru a to jak orgánové (dědičné nebo anatomické), tak získané (perinatálně). K omezení (poškození) funkcí mozku může vést narušení látkové výměny (metabolismu), chromozomální aberace, ale i poškození žláz s vnitřní sekrecí. Všechny tyto příčiny jsou důvodem k narušenému vývoji řeči u mentálně retardovaného jedince.

Sovák (1978) pak uvádí následující příklady příčin mentální retardace:

- 1) **Kretenismus:** jedná se o onemocnění v důsledku narušené funkce štítné žlázy v prenatálním stádiu vývoje dítěte, nedostatku jódu a projevující se mentální retardací, celkovou poruchou stavby těla a růstu kostry, dále poruchami sluchu, hrubým hlasovým projevem atd.
- 2) **Downův syndrom:** jedná se o chromozomální aberaci, resp. trisomii 21. chromozomu projevující se jak po fyzické stránce (šikmé oči, velký jazyk, malý, podsaditý vzrůst, zploštělá lebka atd.), tak po stránce psychické (mentální retardace, omezení jazykového projevu)
- 3) **Turricefalus (hydrocefalus):** charakteristickým rozpoznávacím znakem je zploštělá, malá a věžovitá stavba lebky a z toho plynoucí vysoký nitrolební tlak. Příčinou je poškození mozku s následnou mentální retardací.
- 4) **Fenylketonurie:** jedná se o onemocnění v důsledku nedostatku enzymů a z toho plynoucí narušení tvorby bílkovin. K mentální

retardaci u tohoto onemocnění, jak uvádí Sovák (1978), dochází v 1 % případů.

- 5) **Klinefelterův syndrom (muži) (1: 500 – 1000 narozených osob), (Turnerův) syndrom (ženy) (1:2 – 3000 narozených osob)**, dle (<http://www.stefajir.cz/index.php?q=klinefelteruv-syndrom>,

17.4.2012, 14.45 hod.) je příčinou tohoto onemocnění chromozomální aberace (aneuploidii), v jejímž důsledku dochází k opoždění vývoje řeči, k poruchám pozornosti, chování a učení.

- 6) **DMO (dětská mozková obrna) (2-5:1000 narozených osob)** (z toho 50 % mentálně retardovaných) je podle Vítkové (2006) postižením CNS (centrální nervové soustavy) v prenatálním, natálním nebo raném postnatálním stádiu. Vítková (2006) in Tichý a kol. (1998) uvádí, že toto postižení „*definováno jako syndrom nepokračujícího postižení nezralého mozku*“ (Vítková, 2006, s. 41). Dochází u něj k výkyvům psychické výkonnosti, vadám řeči a zpoždění ve vývoji řeči.

- 7) **Rettův syndrom (1:10 – 20.000, v ČR 6 – 10 dívek ročně)**,

http://svp-vzacnaonemocneni.cz/portal/wp-content/uploads/Methodika_SVP_vzacna_onem_ver_diskuse.pdf,

17.4.2012, 14.00 hod.

Příčinou, jak uvádí Vojtková (2011), je genetická mutace. Jedná se o pervazivní poruchu vývoje charakteristickou opožděním vývoje mozku a specifickou pouze pro ženy. Dochází při něm k těžkému poškození tělesných, pohybových a psychických funkcí. Dalším charakteristickým znakem Rettova syndromu je vývoj probíhající normálně zhruba do věku 18. měsíců, kdy dojde k výraznému zpomalení až zastavení ve vývoji. Vývojové poruchy řeči a komunikace mají různý rozsah (postižená nemluví – řeč zapoměla, pro vlastní komunikaci slouží oční kontakt nebo specifický hlasový projev formou skřeků). Samotný proces vzdělávání spočívá v realistickém pohledu na věc, důležité je

zachovat a udržet komunikační schopnost formou stimulace řečových, kognitivních a komunikačních schopností.

Vývoj jazykových rovin u mentálně retardovaných jedinců je ovlivněn stupněm retardace a stupněm intelektu. Jazykové roviny, jejich popis a vliv mentální retardace pak ve své práci zpracovává Lechta (2002).

1) Morfologicko-syntaktická rovina

Podle Lechty (2002) je úroveň inteligence nejlépe zobrazena právě v této rovině a nejcharakterističtější poruchou je dysgramatismus. Jedinci, postižení touto poruchou začínají s vytvářením vedlejších vět teprve po pátém roce života a v jejich řeči převládají podstatná jména a přídavná jména, slovesa a zájmena jsou jimi využívána omezeně. Začlenění spojek do větné skladby nechápu a rovněž slovosled je narušen. Primárně začínají větu slovem, které má pro ně největší význam. Styl stavby vět odráží míru mentální retardace. Při práci s klienty s lehkou mentální retardací pak primárně využíváme vizuální podněty (obrázky, video, knížky), kdy děti v rámci zpětné vazby s logopedem, popisují děj či stav, který se před nimi odehrává. V případě, že tento popis dítěti činí potíže, správně volenými otázkami jej navedeme k odpovědi. Největší procento mentálně retardovaných se nachází v pásmu lehké mentální retardace. Tito jedinci jsou schopni číst a psát, při práci s těmito dětmi používáme pro rozvoj dané roviny četbu a psaní. Po přečtení textu následuje jeho rekapitulace, dojde k ověření jeho pochopení a k podpoře mluvního projevu klienta. V případě, že rekapitulace vázne, pokládáme návodné otázky za účelem pochopení textu a správné větné skladby.

2) Lexikálně-sémantická rovina

Jak uvádí Lechta (2002), rozsah slovní zásoby je limitován stupněm mentální retardace a pasivní slovní zásoba převládá nad aktivní slovní zásobou. Přídavná jména děti používají minimálně nebo neadekvátně. Nevýznamová slova jsou nadužívána. Dítě nedokáže zobecňovat ani rozlišovat. Práce logopeda v tomto případě spočívá v budování slovní zásoby, musí vycházet ze specifík každého dítěte. Prim hraje názornost (obrázky, obrazové publikace, video) nebo aplikace terénní práce (pojmenovávání věcí v okolí, v přírodě). Dochází tak k lepšímu vnímání a zapamatování s následnou automatizací

pojmenování při mluvené řeči. Individuální terapie je omezena na práci klinického logopeda, jelikož logoped pracující ve školském zařízení má na starost více dětí najednou (lze řešit formou osobní asistence pod dohledem logopeda), nebo spoluprací s vyučujícím a předáváním a aplikací poznatků do pedagogického procesu.

3) Foneticko-fonologická rovina

Rozvoj této roviny, podle Lechty (2002), nemusí přesně charakterizovat stupeň mentální retardace. Výslovnost dítěte může být omezena snížením motorických schopností, poruchou sluchu nebo poruchou fonetiky. K dokončení procesu správné výslovnosti tak může dojít až v průběhu školní docházky. Při nácviu správné výslovnosti hlásek používáme i nácvik akustické percepce a fonetické diferenciaci. Podporujeme rozvoj motoriky mluvidel a dechová či fonační cvičení. Proces logopedické práce je v tomto případě dlouhodobější, s nejistým výsledkem (při terapii je hláska klientem použita, v běžné mluvě však nikoliv).

4) Pragmatická rovina

Děti s mentální retardací mají podle Lechty (2002) velmi často omezenou schopnost vyjádřit, co chtějí. Nedokážou vést komunikaci s jiným jedincem nebo nečekají na dotaz. Právě proto je velmi důležitý rozvoj této roviny, a to jak logopedickou terapií, tak pedagogickou prací s dítětem. K pochopení komunikačních schopností dítěte, jeho komunikační role i role dalších komunikačních partnerů jsou používány dramatizace, modelové situace, situační hry aj.

3.2 Diagnostika, prevence a příčiny mentální retardace, četnost lidí s mentální retardací v populaci

Prokopová (<http://www.specou.cz/files/psycho-prez.pdf>, 17.4.2012, 14.30 hod.) in Švarcová (2003) ve své stati hodnotí diagnostiku mentální retardace jako proces vyhodnocující poznatky ze všech systémů ovlivňujících vývoj jedince. Volba optimálních výchovných a vzdělávacích postupů je přímo úměrná správně stanovené diagnóze.

Švarcová (2003) uvádí, že pro diagnostický proces se užívají **IQ** testy včetně dalších metod. Cílem tohoto zkoumání je stanovení úrovně rozumových schopností a jejich struktury. Existují obrázkové testy, ale i testy sestavené z vhodně volených otázek a rovněž testy zaměřené na určitou úroveň manipulace s předměty. Struktura jednotlivých testů je odstupňována podle výchozích parametrů a způsobů vyhodnocování.

Problémem je kvalita a přesnost vyhodnocování testových metod, zejména v hraničních pásmech jednotlivých stupňů mentální retardace. Naměřené hodnoty **IQ** značně kolísají a mohou se, při opakování měření, diametrálně lišit. Působí zde mnoho vlivů, mezi něž lze zařadit momentální psychické naladění zkoumaného jedince. Časový odstup mezi jednotlivými měřeními, způsob volby testových otázek, jejich vhodnost pro zkoumaný subjekt. Z těchto důvodů by mělo docházet k pravidelnému opakování měření pro stanovení objektivního obrazu stupně mentální retardace, aby jedinec nebyl „**zaškatulkován**“ a nebyl tak zbytečně omezován jeho potenciaální rozvoj.

Švarcová (2003) in M. Dolejší (1978) prezentuje, že pouhé testování **IQ** nestanoví stupeň mentální retardace. Pro správné stanovení stupně mentální retardace je nutné použít soubor testů, klinické hodnocení chování jedince, jeho osobnosti při provádění testů, vyhodnocení osobní, rodinné anamnézy zkoumaného jedince a v neposlední míře rovněž zhodnocení stavu jeho schopnosti koncentrace, paměti, motivace, pravolevé a prostorové orientace, emocí a deprivace v průběhu jeho ontogeneze.

Podle Švarcové (2003) není diagnostika pouhou záležitostí odborníků (lékařů a psychologů). Rodiče se na tomto procesu podílí také. Rodičovským výsostným zájmem je posouzení rozvoje schopností jejich dítěte, jeho schopností a možností, jeho úspěchů i neúspěchů. Co se týče dlouhodobé diagnostiky, ta probíhá při běžných situacích v průběhu vzdělávacího procesu a součástí diagnostického procesu se může stát i sám zkoumaný a diagnostikovaný jedinec. Pokud je úroveň jeho kognitivních funkcí taková, že je schopen o svých potřebách a problémech hovořit.

Jak dále uvádí Švarcová (2003), je součástí diagnostického procesu ve speciální pedagogice i zpracovávání kazuistik. Tyto studie umožňují hlubší

pohled na vývoj zkoumaného subjektu. Zároveň zachycují a popisují jednotlivé atributy, které tento vývoj mohou ovlivnit. Rovněž se stávají tvůrcem prognózy dalšího vývoje posuzovaného subjektu.

Prevence vzniku mentální retardace dle Kozákové (2005) in Vašek (1994) lze označit za aktivity směřující k eliminaci ohrožení, narušení či postižení jedince, případně minimalizující možné následky.

Prevenici vzniku mentální retardace můžeme podle Švarcové (2003) rozdělit takto:

- 1) **Primární**, kdy je tato činnost zaměřena na zamezení vzniku smyslového, intelektového, fyzického nebo psychického poškození.
- 2) **Sekundární**, činnost k zamezení trvalého omezení či postižení funkce.

Kozáková (2005) pak ve své knize popisuje ještě jeden stupeň prevence:

- 1) **Primární**, tento stupeň je shodný s klasifikací dle Švarcové (2003)
- 2) **Sekundární**, zde Kozáková klade důraz na genetickou zátěž rodiny
- 3) **Terciální**, opět se jedná o klasifikaci shodnou se sekundárním stupněm dle Švarcové (2003)

Preventivní působení v sobě zahrnuje resort zdravotnictví (prenatální a postnatální péče, péče o výživu, imunologii, epidemiologii, prevenci chorob, prevenci úrazů, bezpečnost práce, prevenci nehod aj).

Podle Švarcové (2003) in **ILSHM** (Mezinárodní liga společností pro mentálně postižené) existuje několik zásad, jejichž dodržováním lze omezit možnost vzniku mentální retardace:

- 1) Plánované rodičovství a návštěva lékaře 3. měsíce před otěhotněním včetně kompletního zdravotního obrazu a případných doporučení
- 2) Správná životospráva budoucí matky (správná a vyvážená skladba stravy)
- 3) Zřeknutí se návykových látek (alkohol, cigarety, narkotika, léky pouze se souhlasem lékaře)
- 4) Zajistit přeočkování, popř. doočkování před počátkem těhotenství

- 5) Provést genetické vyšetření, zejména u rodiček po 35. roce života, popř. u rodiček, jejichž předchozí těhotenství skončila potratem či úmrtím dítěte
- 6) Minimalizovat RTG vyšetření v průběhu těhotenství
- 7) Minimalizovat riziko styku s infekčními chorobami
- 8) Pravidelné kontroly u lékaře a okamžitá následná péče v případě výskytu potíží

Statisticky, je četnost výskytu mentální retardace podle Švarcové (2003) **3 %** z celkové populace. Z tohoto množství na **lehkou mentální retardaci** připadá **2,6 %** z celkové populace, tj. **80 %** z počtu mentálně retardovaných, na osoby se **středně těžkou mentální retardací 0,2 %** z celkové populace, tj. **12 %** z počtu mentálně retardovaných, na osoby s **těžkou a hlubokou mentální retardací** připadá **0,1 – 1,5 %** z celkové populace, tj. **7 %** z počtu mentálně retardovaných. Zbytek, **0,5 %** z celkové populace, tj. **1 %** z počtu mentálně retardovaných, připadá na **jinou a nespecifikovanou mentální retardaci**. Podobné hodnoty se pak vyskytují i jinde v Evropě. Pokud to převedeme na reálná čísla, dá se usuzovat, že v našem státě žije cca. **300.000** osob s nějakým stupněm mentální retardace. Vzhledem k ontogenetickému vývoji není v době předškolní příliš patrný rozdíl (s výjimkou **těžce a hluboce retardovaných**) mezi jednotlivými dětmi. K největší diferenciaci dochází v době školní docházky, která klade zvýšené nároky na intelektovou složku osobnost. V období adolescence a později i dospělosti osoby s lehkou, ale někdy i střední mentální retardací splynou s běžnou populací.

3.3 Specifika řeči u osob se sníženou úrovní rozumových schopností, potenciál vývoje jazykových schopností u mentálně retardovaných, psychologické zvláštnosti dětí s mentální retardací

Kozáková (2005), ve své knize uvádí, že pro specifika řeči mentálně retardovaných je stěžejním prvkem stupeň mentální retardace. Diferenciace v řečovém projevu zdravých a mentálně retardovaných dětí se projevuje již

v počátcích dětské komunikace. Řečový projev mentálně retardovaných nastupuje se značným zpožděním. To je dále ovlivněno stupněm, formou a typem mentální retardace, kdy dochází k degradaci všech jazykových rovin. Jako nejčastější porucha řeči se u mentálně retardovaných vyskytuje **dyslalie** následovaná **huhňavostí (rhinolalie)** a **breptavostí (tumultus sermonis)**, v případě **DMO** pak **dysartrií**. (Kozáková, 2005 in Feutelschmiedová, 2001). Dalšími faktory jsou nedostatečnost v „*porozumění, hodnocení, rozhodování a programování řeči*“ (Kozáková, 2005, s. 33).

Pipeková (1998) in Procházková (1998) charakterizuje potenciál vývoje jazykových schopností jednotlivých typů mentální retardace následovně:

- 1) **Lehká mentální retardace:** do 3 let jsou rozdíly minimální, ve věku 3 – 6 let jsou patrné rozdíly ve velikosti slovní zásoby a v opožděném vývoji řeči, dále nastupují různé vady řeči, v období školní docházky se tyto problémy prohlubují, je patrna slabá schopnost úrovně myšlení a paměti. Z těchto důvodů vyvstává nutnost tyto děti vzdělávat v ZŠ praktických.
- 2) **Středně těžká mentální retardace:** v případě této mentální retardace je rozvoj řeči a myšlení opožděn více než u předchozího stupně a to přetrvává až do dospělosti, řečové projevy jsou velmi jednoduché a obsahově chudé, věty jsou jednoduché, někdy jednoslovné, u těžších případů převládá nonverbální komunikace. Vzdělávání těchto dětí probíhá v ZŠ speciálních.
- 3) **Těžká mentální retardace:** projevy této mentální retardace se dostavují již v raném předškolním věku jako důsledek těžkého poškození **CNS**. Charakteristickou je minimální komunikační schopnost, řečový projev je na velmi primitivní úrovni, je omezený pouze na minimální slovní zásobu, nebo slovní zásoba není vůbec vytvořena.
- 4) **Hluboká mentální retardace:** většinou se jedná o kombinované postižení, řečový projev je nerozvinutý, probíhající komunikace je nonverbální, bez jakéhokoliv smyslu, v lepším případě lze docílit porozumění primitivním požadavkům.

Psychika mentálně retardovaných podle Švarcové (2003) je u každého jedince individuální, mentálně retardovaní tudíž netvoří jeden celek, a proto tuto skupinu nelze jednoznačně charakterizovat. Jedná se o individuality, stejně jako v případě zdravé populace, kdy každý jedinec je jedinečný. Pro určité skupiny mentálně retardovaných však existují charakteristické znaky a tyto znaky se přímo odvíjí od stupně mentální retardace.

„Průvodní jevy mentální retardace. Mezi uvedenými skupinami existují plynulé přechody i poměrně výrazné inter-individuální rozdíly v jednotlivých schopnostech“ (Švarcová, 2003, s. 36).

Tabulka 1 - Průvodní jevy mentální retardace

	mentální retardace			
	lehká (IQ 50 - 69)	středně těžká (IQ 35 - 49)	těžká (IQ 20 - 34)	hluboká (IQ nižší než 20)
neuropsychický vývoj	omezený, opožděný	omezený, výrazně opožděný	celkově omezený	výrazně omezený
somatická postižení	ojedinělá	častá, častý výskyt epilepsie	častá, neurotické příznaky epilepsie	velmi častá, neurologické příznaky, kombinované vady tělesné a smyslové
poruchy motoriky	opoždění motorického vývoje	výrazné opoždění, mobilní	časté stereotypní automatické pohyby, výrazné porušení motoriky	většinou imobilní nebo výrazné omezení pohybu
poruchy psychiky	snížení aktivity psychických procesů, nerovnoměrný vývoj, funkční oslabení, převládají konkrétní názorné a mechanické schopnosti	celkové omezení, nízká koncentrace pozornosti, výrazně opožděný rozvoj chápání a dovedností sebeobsluhy	výrazně omezena na úroveň všech schopností	těžké poruchy všech funkcí

komunikace a řeč	schopnost komunikace většinou vytvořena, opožděný vývoj řeči, obsahová chudost, časté poruchy formální stránky řeči	úroveň rozvoje řeči je variabilní, někteří jedinci jsou schopni sociální interakce a komunikace, verbální projev chudý, agramatický, špatně artikulovaný	komunikace převážně nonverbální, neartikulované výkřiky, případně jednotlivá slova	rudimentární, nonverbální komunikace nebo nekomunikují vůbec
poruchy citu a vůle	afektivní, labilita, úzkost, zvýšená sugestibilita	nestálost nálady, impulzivita, zkratkové jednání	celkové poškození afektivní sféry, časté sebepoškozování	těžké poškození afektivní sféry, nutný trvalý dohled
možnost vzdělávání	na základě speciálního vzdělávacího programu ZŠ speciální	na základě speciálních programů Praktické školy	vytváření dovedností a návyků, rehabilitační třídy	velmi omezené (rehabilitace, individuální péče)

Stupně postižení psychiky pak Švarcová (2003) uvádí v tabulce 4.2 na straně 36.

3.4 Narušená komunikační schopnost, faktory ovlivňující vývoj řeči dítěte, prevence a popis logopedických vad mentálně retardovaných

Jak uvádí Pipeková (1998) in Lechta (1990) stanovit přesnou definici narušené komunikační schopnosti není jednoduché. Prvotní problém spočívá v katalogizaci normality, kdy platí, co jazyk to jiná výslovnost a z toho plynoucí nejednoznačnost stanovení mezinárodního pravidla pro normalitu. Pokud hodnotíme mluvní projev, musíme jej hodnotit po stránce formální i obsahové, musíme posuzovat všechny jazykové roviny.

V knize Pipekové (1998) in Lechta (1990) narušenou komunikační schopnost definuje následovně:

„Komunikační schopnost jednotlivce je narušena tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. Přitom může jít

o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfologickou, lexikální, pragmatickou rovinu jazykových projevů. Může jít o verbální i neverbální, mluvenou i grafickou formu inter-individuální komunikace, její receptivní i expresivní složku. Narušení komunikační schopnosti může být trvalé nebo přechodné, může být vrozené nebo získané, může být hlavním, dominantním symptomem postižení, poruchy, onemocnění (potom hovoříme o symptomatických poruchách řeči). Porucha může být totální nebo parciální. Ten, u koho se porucha komunikační schopnosti projevuje, si může, ale také nemusí svůj nedostatek uvědomovat. Narušená komunikační schopnost se může promítat do sféry symbolických procesů i procesů nesymbolických“ (Pipeková, 1998 in Lechta, 1990, s. 71).

Jak uvádí ve své práci Klenková (2006) je narušená komunikační schopnost základním stavebním kamenem logopedie.

Co se týče klasifikace a vzniku narušené komunikační schopnosti, Klenková (2006) to dělí následovně:

- 1) **Z hlediska času** jsou příčiny narušené komunikační schopnosti následující:
 - a) V průběhu vývoje a před narozením plodu (prenatální stádium)
 - b) V průběhu porodu (perinatální stádium)
 - c) V době po narození dítěte (postnatální stádium)
- 2) **Z hlediska lokace** pak jako nejčastější příčiny narušené komunikační schopnosti Klenková (2006), uvádí:
 - a) chromozomální aberace
 - b) poškození orgánových receptorů (narušena schopnost porozumění řeči – receptivní, impresivní)
 - c) poškození CNS (poškození řečových center mozku)
 - d) efektorové poškození (narušena řečová exprese a produkce řeči)
 - e) vliv prostředí (nevhodné, nestimulující a nepodnětné – opoždění ontogeneze řeči)
 - f) sociální interakce (při jejím narušení nebo nefunkčnosti dochází k psychotickým poruchám)

Podle rozsahu narušení komunikačních schopností lze podle Klenkové (2006) hovořit o:

- 1) totálním narušení komunikační schopnosti (úplné)
- 2) parciálním narušení komunikační schopnosti (částečné)

Vzdělavatelnost a metody vzdělávání mentálně retardovaných osob popisuje ve své knize Švarcová (2003).

„Vzdělavatelni jsou všichni lidé, které dovedeme vzdělávat“ (Švarcová, 2003, s. 19).

Tabulka 2 - Procentuální výskyt vad řeči v závislosti na hloubce mentální retardace

druh vady řeči	% zastoupení mentálně retardovaných jedinců v populaci podle hloubky mentální retardace IQ				
	IQ				
	0 - 19	20 - 36	37 - 51	52 - 67	68 - 70
Dyslalie	100,00 %	100,00 %	96,20 %	96,20 %	40,00 %
Rhinolalie	nezjištěno	nezjištěno	29,30 %	29,30 %	8,25 %
Dysgramatismus	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	65,00 %
Balbuties	nezjištěno	2,30 %	13,70 %	18,70 %	18,70 %
			rozptyl	rozptyl	
			3,70 - 26,00 %	3,70 - 26,00 %	
Tumultus sermonis (breptavost)	nezjištěno	nezjištěno	5,30 %	5,30 %	nezjištěno
			rozptyl	rozptyl	
			0,30 - 19,60 %	0,30 - 19,60 %	
Dysartrie, anartrie	nezjištěno	nezjištěno	7,30 %	7,30 %	7,30 %

1) Dyslalie (patlavost)

Dyslalii (patlavost) ve své práci popisuje Klenková (2006) jako jednu z nejčastěji se vyskytujících poruch komunikačních schopností a Kerekrétiová (2009) in Kratochvíl (1924) ji definují jako neschopnost tvorby nebo špatné výslovnosti jednotlivých hlásek nebo shluků hlásek mateřského jazyka. Jedná se narušenou artikulaci, při níž je výslovnost hlásky nebo hlásek v rozporu s obecně uznávanou normou. Pro **dyslalii**, jak uvádí Klenková (2006), je charakteristická fonetická stránka projevu řeči týkající se užívání základních řečových zvuků spojených do slabik, slov a vět tvořících základ vlastní řeči a jednotlivých jazykových rovin. Tato stránka se projevuje neschopností řeči nebo poruchami v plynulosti řeči. Narušená komunikační schopnost se

nejčastěji projevuje v dětském věku jako vývojová vada výslovnosti a vyskytuje se častěji u chlapců než u dívek 60:40 %. Její výskyt je podložen mírou inteligence, kdy u dětí, s nižší inteligencí nebo u mentálně retardovaných je její výskyt vyšší. Do dospělosti může přetrvávat špatná výslovnost hlásek (r, ř), pokud, to není včas podchyceno a logopedicky intervenováno.

Dyslalii dělíme podle Klenkové (2006) následovně:

Podle příčiny:

1) funkční

- a) **senzorická** – narušena schopnost sluchového rozlišení
- b) **motorická** – neobratná artikulace a motorika

2) orgánová

- a) **akustická** – vady sluchu
- b) **labiální** – defekty rtů
- c) **dentální** – defekty zubů
- d) **palatální** – defekty patra
- e) **lingvální** – defekty jazyka
- f) **nazální** – narušená nazalita

Podle rozsahu:

- 1) **Mnohočetné dyslalie (univerzální)** – vadná výslovnost většiny hlásek (nahrazování souhláskou T – řeč je nesrozumitelná)
- 2) **Dyslalie multiplex (gravis)** – menší počet vadně vyslovovaných hlásek, lepší srozumitelnost řeči.
- 3) **Dyslalie simplex (levis, parciální)** spočívá ve vadné výslovnosti jedné či několika hlásek.
 - a) **Monomorfní** – artikulace vadných hlásek v jedné úrovni
 - b) **Polymorfní** – artikulace vadných hlásek ve více úrovních

Podle kontextu:

- 1) **Hlásková dyslalie** – jednotlivé hlásky
- 2) **Kontextová dyslalie** – slovní nebo slabiková (chyby hlásek ve slabikách nebo slovech)

Klenková (2006) in Lechta (1990) u kontextové dyslalie uvádí následující příznaky:

- 1) **Vynechávání, vypouštění hlásek (elize)**
- 2) **Přesmykování hlásek (metateza)**
- 3) **Směšování hlásek (kontaminace)**
- 4) **Vkládání hlásek (anaptixe)**
- 5) **Přizpůsobování, připodobňování hlásek (asimilace)**

Jako základní metodu při odhalování této narušené komunikační schopnosti Klenková (2006) in Seeman (1955) in Lechta (1990) uvádí komunikaci řečí a následně pak rozhovor (řízený rozhovor), který je zaznamenán na záznamové zařízení. Při následující terapii upřednostníme obsahovou stránku před výrazovou a akustickou stránkou. V další práci postupuje logoped podle obecně daných zásad. Základem je snaha o ovlivnění řečového vývoje již od raného věku a jeho nasměrování správným směrem již v rodině.

2) **Rhinolálie (huhňavost)**

V případě **rhinolálie (huhňavosti)** se jedná, podle Balašové (2002), o narušenou komunikační schopnost, jejíž příčinou je patologická změna spočívající ve zvýšené nosní rezonanci a deformaci hlásek, které jedinec s tímto postižením vyslovuje. Nejsilněji se toto postižení projevuje u souhlásek (m, n, ň – nosovky) a minimálně pak u samohlásek (a, e, i). Hlasový projev se, podle Balašové (2002) in Seeman (1995), in Sovák (1978), projevuje bekotem až mekotem.

Balašová (2002) **huhňavost** klasifikuje následovně:

- 1) **zavřenou**
 - a) **orgánovou**
 - aa) **přechodnou**
 - ab) **trvalou (přední a zadní)**
 - b) **funkcionální**
- 2) **otevřenou**
 - a) **orgánovou**
 - aa) **vývojovou**
 - ab) **získanou**
 - b) **funkcionální**

3) sníženou

Příčina **zavřené huhňavosti** spočívá, jak uvádí Balašová (2002), v trvalé degeneraci sliznice nosu, popř. v polypech, případně v poškození nosní přepážky nebo ve snížené průchodnosti nosu. Další příčinou mohou být nosní mandle. Následkem těchto poruch je poté snížená nosovost, vedoucí ke změnám v artikulaci nosovek. Logopedická péče vychází z pomalých nádechů nosem se zavřenými ústy a ve výdechu ústy. Další fází je zafixování a zautomatizování správné funkce nosovek a jejich spojení se samohláskami (ma, ni, ně). Při tom musíme kontrolovat správnou artikulaci dotykem (nosu) a vnímáme vibrace vzniklé artikulací. Možnost, jak předcházet tomuto onemocnění, spočívá v nácviku dýchání.

Naproti tomu, příčiny **otevřené huhňavosti**, podle Balašové (2002) spočívají jednak v rozštěpu patra, ve zkrácení měkkého patra nebo jeho špatném vývinu, v poúrazových stavech, v obrně měkkého patra, v pooperačních stavech (operace mandlí) nebo v hysterických stavech pacientů. Dochází ke změně ve výslovnosti samohlásek (i, e, méně pak u, o) a souhlásek (sykavky). Výrazným rysem se stává změna hlasu a to až do bečivosti či mečivosti, zapříčiněné zvýšeným úsilím o jazykový projev.

Podle Balašové (2002) existuje jednoduchá zkouška (tzv. Gutzmannova A-I) ke zjištění tohoto postižení. Princip spočívá v tom, že pacient artikuluje samohlásky (a, i) při volné a při uzavřené průchodnosti nosu. Pokud je funkce správná, není rozdíl ve výslovnosti při otevřeném ani uzavřeném nosu. V případě, že tato funkce je narušena, dochází při kontrole dotykem k silným vibracím a ke ztemnění hlasového projevu ve výslovnosti samohlásky (i), samohlásky (a), je její výslovnost nezměněna. Další možnou metodou je pak metoda nosního sluchadla.

Balašová (2002) ve své knize uvádí tzv. syndrom Sedláčkové (1955), který je definován jako soubor určitých symptomů (zkrácené měkké patro s otevřenou huhňavostí, výrazné vizuální znaky – široký, plochý nos, malé nosní otvory, zvětšená vzdálenost očí, kratší horní ret, úzké zvukovody a malé ušní lalůčky). U takto postižených jedinců se velmi často vyskytuje mentální retardace s opožděným vývojem řeči. V rámci logopedické intervence

provádíme foukací techniky, dýchání, sání brčkem při sevření nosu, artikulační cvičení (energická výslovnost b, p, d, t) při sevřeném chřípí s postupným uvolňováním sevření. Rovněž masírujeme měkké patro při vyslovování samohlásek (a) a nebráníme se ani vyvolání mírného dávivého reflexu. Tento postup popisuje Balašová (2002) in Seeman (1955) in Sovák (1978) ve své publikaci. Při správně zvolené intenzivní a extenzivní péči je prognóza nápravy řeči dobrá.

Další variantou **huhňavosti** je podle Balašové (2002) **huhňavost smíšená**, která je kombinací otevřené a zavřené varianty.

Balašová (2002) in Lechta (1990) toto pak dělí následovně:

„ 1) *Přední smíšená orgánová huhňavost (nosní prostor je zúžen např. polypy a zároveň se vyskytuje nedomykavost patra hltanového závěru orgánového charakteru)*

2) *Přední smíšená orgánová huhňavost (zduření nosní sliznice a funkcionální nedomykavost patra hltanového závěru)*

3) *Zadní smíšená orgánová huhňavost (zvětšení adenoidní vegetace v nosohltanu a současně nedomykavost patra hltanového závěru orgánového charakteru)*

4) *Zadní smíšení funkcionální huhňavost (záněty nebo neprůchodnost v nosohltanovém prostoru a současně se vyskytuje funkcionální nedomykavost patra hltanového závěru)*“ (Balašová 2002 in Lechta 1990, s. 26).

Jako příznaky Balašová (2002) ve své práci uvádí nízkou úroveň rezonance v nose a zvuk souhlásek ve stejné tónině a frekvenci jako při postižení **otevřenou huhňavostí**. Zjištění příčin této varianty je složité a je předpokladem pro kvalitní lékařskou péči. Postupy jsou stejné jako u předchozích variant. Dalšími možnými metodami je měření manometrem a spirometrem. Použité logopedické metody volí klinický logoped a vychází z předchozích variant.

3) **Tumultus sermonis (breptavost)**

Jako narušenou komunikační schopnost, na níž existují protichůdné názory, označil **tumultus sermonis (breptavost)** Lechta (1987). Dříve byla tato narušená schopnost komunikace chápána jako neuróza, ale později, dle

Lechty (1987) in Weiss a Freund, bylo odhaleno její organické pozadí. Je pro ni charakteristické zrychlené tempo řeči. Příčinou je geneticky způsobená odchylka v mozku, doprovázená dle Lechty (1987) in Weiss deviací. Existuje, dle tohoto výkladu, přímá úměra mezi **breptavostí** a **zajímavostí** a tyto dvě narušené schopnosti lze považovat za jeden celek, u něhož dochází k plynulému přechodu mezi jednou a druhou poruchou. Příčinou této kombinace mohou být negativní vlivy prostředí. Lze ji charakterizovat jako nerovnováhu mezi vnitřní řečí a řečovým projevem. Jako důležitý faktor ovlivňující narušenou komunikační schopnost Lechta (1987) uvádí dominanci mozkových hemisfér, zejména pak překříženou dominanci. Podle Lechty (1987) in Vymlátlová, existuje přímá souvislost mezi **breptavostí** a **lehkou mozkovou dysfunkcí**. Lechta (1987) in Arnold a Liebmann uvádí, že breptavost lze rozdělit na:

- 1) **motorickou breptavost:** je pro ni charakteristická rychlost myšlenek a za ní zaostávající jazykový projev (jedinec myslí rychleji, než mluví).
- 2) **akustickou breptavost:** pro tento druh **breptavosti** je charakteristická motorická neohrabanost a nepozornost v akustickém (jazykovém) projevu (neobratnost ve vyjadřování, špatná stylistika a gramatika).

Jak dále uvádí Lechta (1987), jedná se o specifický syndrom, jehož spektrum příznaků je značně obsáhlé (od tempa řeči, přes výslovnost po specifické projevy chování) a tyto příznaky jsou značně nekonstantní. Kolísají v závislosti na konkrétní situaci. Podle Sováka (1978) se tito jedinci vyznačují nepořádností, překotností v jednání a pohybech, temperamentem, neklidem tělesných pohybů, emocionální nevyrovnaností a sníženou sebekontrolou. U těchto jedinců se projevuje narušení řeči častými nádechy. V řečovém projevu může docházet k výpadkům hlásek, čímž jedinec zkracuje dobu nutnou pro vyslovení slov nebo celého jazykového celku. Občas se tato vada výrazněji projevuje ve psaném projevu, a to hlavně užívání zkratk. Rovněž se výrazným způsobem projevuje dysmúsie. Korekci **breptavosti** lze provádět

mimikou spolupracující osoby, hlasitým čtením a soustředěním se na jazykový projev.

Při logopedické terapii, jak uvádí Sovák (1978) in Kurka (1966), se postupuje následovně:

- 1) cviky vedoucí k uvolnění jedince, soustředění na myšlenky a řeč, spolupráce s rodinou
- 2) působení na psychiku, zaměření na kontrolu zvuků a pozornosti
- 3) nácvik kontroly myšlenek a řeči a kontrola pauz v řečovém projevu
- 4) kontrola artikulace a soustředění se na správné otevírání úst
- 5) kontrola taktu při čtení, četba veršů

Lechta (1987) tvrdí, že subjektivně jedincům trpícím **breptavostí** nebo **zajímavostí (i kombinací těchto vad)** jejich postižení nevádí a logopedická péče nastupuje relativně pozdě. Tím se následně prodlužuje i logopedická péče, částečně chybí i motivace ze strany postiženého jedince. Jinak se Lechtovy (1987) postupy více méně shodují nebo vycházejí ze Sováka (1978), případně, mají stejné zdroje. Důležitá je cílevědomost při práci s takto postiženým jedincem, práce u logopeda musí být doprovázena i prací doma. Vhodná motivace je základem úspěchu.

4) Balbuties (koptavost)

O **koptavosti (balbuties)** píše Škodová a Jedlička (2007), in Lechta (1995), ve své práci jako o jedné z nejzávažnějších poruch komunikační schopnosti, jejíž dopad je na vývoj osobnosti mimořádně závažný. V průběhu vývoje terapie této narušené komunikační schopnosti vykrytalizovalo mnoho terapeutických technik. Rovněž se zjistilo, že ve vysokém počtu případů dochází k recidivě. Podle Škodové a Jedličky (2007), in Lechta (1995) a (1990), se jedná o syndrom narušené koordinace orgánů nutných k mluvnímu projevu (řeči) s charakteristickým přerušováním plynulosti mluvy (tonickým, klonickým). Příčina vzniku této narušené komunikační schopnosti není dodnes uspokojivě objasněna a existuje tudíž několik teorií:

- 1) **Teorie psychologická** – uvádí, že koptavost je reakcí na vzniklou situaci (stres), nicméně nezavrhne ani možné genetické predispozice.

- 2) **Teorie dynamická** – podle této teorie je koktavost stavem projevujícím se křečí hlasivek a mluvidel v důsledku poškození CNS a genetické predispozice.
- 3) **Teorie somatická** – objasňuje koktavost jako doprovodný jev tělesného postižení nebo metabolického onemocnění.
- 4) **Teorie dynamické úchyly center (Seemanova)** – podle této teorie má koktavost příčinu organickou – dynamické porušení ve zpětné vazbě motorických mechanismů řeči.

Za příznaky této narušené komunikační schopnosti pak Škodová a Jedlička (2007) ve své práci označují:

- 1) **Příznaky vnější** – poruchy v pohybech fonace, artikulace a dýchání projevující se v řeči
 - a) **Forma tonická** – špatné hospodaření s dechem, které narušuje komunikaci
 - b) **Forma klonická** – nekontrolovatelné opakování slabik
 - c) **Forma tono-klonická** – je výsledkem spojení příznaků obou předcházejících forem

Fröschelsův symptom – spočívá v nevědomém roztahování nosních otvorů.

- 2) **Příznaky vnitřní** – psychické stavy v důsledku komunikačních potíží (agofobie). Postižený se vyhýbá mluvení, popřípadě v mluvním projevu nahrazuje kritická slova jinými (ty, v nichž dochází ke koktání).

Jelikož se doposud nepodařilo úspěšně určit příčinu koktavosti, tak při její diagnostice dochází ke spolupráci více oborů (medicína, logopedie, psychologie). Stejný postup je vhodné zvolit i v případě samotné terapie jako kombinaci více terapeutických postupů. Jak uvádějí Škodová a Jedlička (2007) existují následující terapeutické postupy :

- 1) **Psychoterapie** – tato terapie spočívá v odstranění vnitřních příčin – pacient se vyrovná s vlastní vadou a je snaha o nápravu, případně úplné odstranění příznaků. Základem je plná spolupráce klienta a provádí ji klinický psycholog.

- 2) **Farmakoterapie (medikamentózní)** – jedná se o vedlejší (pomocnou) metodu zejména v případě logofóbie.
- 3) **Řečová terapie (řečový trénink)** – prostřednictvím mluvních cvičení a správného dýchání navodíme sebekontrolu mluvního projevu.
 - a) **Terapie represivní** – striktní (autoritativní) potlačení příznaků pomocí artikulačních, fonačních a dechových cvičení, relaxace nebo mechanických pomůcek.
 - b) **Terapie expresivní** – vychází ze stimulace a z potlačení obav pacienta z neúspěchu a z jeho poruchy, volbou správných postupů dojde k potlačení příznaků postižení a jeho postupné nápravě nebo částečné přijatelné eliminaci.
- 4) **Kombinace metod** – je provozována zejména klinickými logopedy ve zdravotnických zařízeních a je kombinací všech výše uvedených metod práce s postiženou osobou.

Pro dosažení správného výsledku je nutná aktivní spolupráce všech zainteresovaných odborníků, klienta, jeho rodinných příslušníků. Jedním ze stěžejních pilířů tohoto snažení je stanovení normy plynulosti řeči. Jak uvádějí Škodová a Jedlička (2007) in Peutelschmiedová (1998) in Peters, Guitar existují různé formy plynulosti řeči:

- 1) **Plynulost spontánní** – plynulá mluva normálního (zdravého) jedince.
- 2) **Plynulost kontrolovaná** – naučená (navozená) plynulost řeči modifikací a monitoringem.
- 3) **Akceptace kocktavosti (na určité úrovni)** – řečový projev s určitým stupněm kocktavosti nenarušujícím psychiku klienta.

Pro správnou volbu terapie je dle Škodové a Jedličky (2007) velmi podstatný i věk postiženého jedince. Čím dříve se začne se správnou terapií, tím je procento úspěšnosti v léčbě vyšší. Proto se jako nejvhodnější věk pro začátek terapie jeví již věk předškolní.

Jak uvádějí Škodová a Jedlička (2007) lze v terapii předškolních dětí uplatňovat následující terapie a programy:

1) Terapie preventivní in Irwin (1988) – jedná se o nejvýhodnější terapii v počátečním stádiu koktavosti a vychází z následujících předpokladů:

- a) Koktavost vychází z chování okolí
- b) Stres ovlivňuje, posiluje a fixuje koktavost

Pro odstranění nebo částečnou eliminaci je důležité na základě analýzy situací a projevů eliminovat negativní situace a projevy působící na dítě.

2) Program PROLAM – GM in Cullata, Goldberg (1995) – jedná se o kombinaci postupů (přímých i nepřímých), v návaznosti na určité činnosti. Vychází se z následujícího:

- a) Snížení fyziologické zátěže
- b) Redukce (kontrola) rychlosti řeči
- c) Pozitivní myšlení
- d) Zjednodušení struktury řeči
- e) Sebedůvěra
- f) Rozmyslet si, co chce jedinec sdělit
- g) Zevšeobecnění
- h) Udržování

Jako nejúčelnější pro další práci s klientem se podle Škodové a Jedličky (2007) in Laciková, Lechta (1998) jeví kombinace nepřímých a přímých postupů aplikovaných do řízené hry.

3) Program LIDCOMBE in M. Onslow, in Laciková (2002) – podstata tohoto programu spočívá v rytmickém taktování řeči a je určen pro děti v počátečních stádiích koktavosti. Zároveň poskytuje zpětnou vazbu v plynulosti řeči a jeho součástí jsou i tréninky rodičů, kteří mohou na lekce s terapeutem doma plynule navázat a terapie tak nekončí. Terapeut se dostává spíše do role dohlížitele a trenéra. V tomto programu jsou realizovány, podle Škodové a Jedličky (2007) následující etapy v daném pořadí:

- a) **Eliminace koktavosti** – principem je řečová reakce na chování dítěte a přímé ovlivnění řeči dítěte za asistence terapeuta na předem domluvených pravidelných schůzkách.

- b) Upevnění a udržení** – aplikace výsledků sezení s terapeutem do každodenní reality a komunikace mající zpětnou vazbu. Jako hlavní zásada by mělo platit, že počet pochval by měl výrazně převyšovat počet oprav řeči dítěte.

Výhodou této terapie je možnost kdykoliv se vrátit do předchozí fáze a největším přínosem je aktivní zapojení rodičů přímo do terapie a přímá zpětná vazba.

4) Program univerzální gestikulace Cooper, Cooper (1984,1995) – jedná se o program, založený na fenomenologických zásadách přizpůsobený odlišným kulturám a vycházející ze šesti gestikulačních prvků (FIGs) – (obrázky, figurky). Má čtyři fáze:

- a) Stádium strukturování** – podrobné seznámení s postupy a jejich vhodností vzhledem ke schopnosti chápat a k věku.
- b) Stádium zacílení** – požadavek na změnu v chování, plán strategie a postupů k odstranění nebo posílení stereotypů.
- c) Stádium přizpůsobení** – sebe posilováním vědomí a gestikulace se zlepšuje komunikace.
- d) Stádium regulativní** – přizpůsobení gestikulace, jako součásti komunikace reálným situacím života s cílem zvládnutí řeči.

Postupy nápravy narušených komunikačních schopností v době školního věku a adolescence dále popisují Škodová a Jedlička (2007) in Vaňhara (2001) jako nedostačující a uvádějí, že ke zlepšení této situace by přispělo převzetí a zavedení programů terapie z dalších zemí (USA, SRN, Kanada). Dále uvádějí, že logopedická práce by měla vycházet ze syntézy více oborů (medicína, psychologie, speciální pedagogika, logopedie atd.). Je nutné změnit zažitá stereotypy myšlení a přístupů (zejména ve smyslu, že koktavost je následkem traumat, neuróz a výchovy). Jak uvádějí Škodová a Jedlička (2007) in Matějček ze zahraničních poznatků plyne, že problém plynulosti řeči vychází z psychiky postiženého a z jeho vlastního postoje k řeči. V našich zemích se nejčastěji, jak uvádějí Škodová a Jedlička (2007) in Bubeníčková (1982), pracuje s následujícími cvičebními metodami:

- a) **Dechová a fonační cvičení** – nácvik mluvy a frekvence dechu, fonace, navození měkkých hlasových začátků.
- b) **Uvolňovací artikulační cvičení** – měkké vyslovování souhlásek a jejich skupin bez emočních tlaků vyvolávajících křeče mluvidel.
- c) **Cvičení plynulosti mluvy** – navozování a dodržování plynulosti řeči s technikou klouzání samohlásek.
- d) **Cvičení ve čtení** - automatizace a upevnění čtení (pokud je technika čtení zvládnuta).
- e) **Rétorická (řečnická) cvičení** – získání sebedůvěry na principu úspěchu v rétorickém cvičení (neúspěch může vést ke ztrátě sebevědomí a logofóbie).

Další metodou, dle Škodové a Jedličky (2007) in Lechta (2002), je **metoda fono-grafo-rytmická**.

5) **Řečově – tréninkový program terapie chování dle Wendlandta**

Program, dle Škodové a Jedličky (2007) in Wendlandt (1979), je programem pro starší žáky a adolescenty, jeho podstata spočívá v navození postupných kroků s důsledným vnímáním a poznáním vlastní mluvy, jeho cíle jsou:

- a) zpětná sluchová vazba
- b) zpětná zraková vazba
- c) tréninkový monitoring symptomů
- d) sledování produkce řeči
- e) rétorika s metronomem
- f) přízvukná řeč s mimikou (mávání rukou)
- g) návrh tvorby tónů
- h) frakční dělba řeči
- i) frakční dělba řeči kombinovaná s pomocnými prostředky

Tento tréninkový program doplňují **auto-terapeutický program** a **svépomocná terapie**, případně **intervenční programy pro dospělé**.

- 6) **Intervenční program MIDVAS** – podle tvůrce tohoto programu (Van Ripera) je kóktavost neuromuskulární poruchou spočívající v poruše motorických aktivit spojených s řečí. Cílem terapie je

osobní prožitek z řečových potíží koktajícím jedincem. Jak dále uvádějí Škodová a Jedlička (2007) in Van Riper v důsledku celkového vyzrání organismu dojde u většiny koktajících k nápravě koktavosti nebo tím, že na dané postižení nereagují:

„a) zápasícím způsobem

b) úhybnými řečovými praktikami a manévry

c) úsilím své řečové potíže skrývat, utajit“ (Škodová a Jedlička, 2007, s. 282).

Cílem je podle Škodové a Jedličky (2007) zajistit změnu v postoji postiženého vůči vlastnímu mluvnímu projevu a přetvoření tohoto projevu k obrazu postiženého. Program se skládá ze šesti fází. První tři fáze (motivování, identifikování a desentizování problému) slouží k modifikování toho, čím se koktavost projevuje, a všechny etapy mají společnou posloupnost a návaznost.

- a) Motivace** – motivovat postiženého k účasti na programu formou navození správných podmínek.
- b) Identifikace** – na základě provedené analýzy řeči a projevů, prostřednictvím nosného média (audio, video), se pacient seznámí s problémem.
- c) Desentizace** – cílem této fáze je zvýšení odolnosti vůči koktavosti ze strany klienta, vypracování struktury sebekontroly nad vlastním koktáním a identifikace důvodů pro koktání a jejich následná eliminace.

Poté následují tři fáze, jejichž cílem je snaha o odstranění zbývajících potíží a úplné začlenění do společnosti.

- d) Variace** – cílem je zbavení se starých a navození nových modelů řeči ihned, kdy se vyskytnou potíže.
- e) Aproximace** – nejúspěšnější model (bezděčný) se stává nejpoužívanějším, je zde snaha o nápravu koktavosti ještě před tím, než započne.
- f) Stabilizace** – princip této fáze spočívá v posilování nových řečových modelů pod zátěží, v krizových situacích, jestliže

klient odolá v těchto zátěžových situacích, jeho schopnost vypořádat se s problémem se rapidně zvyšuje.

7) Program formování plynulosti (PFS) vyvinul, podle Škodové a Jedličky (2007) in Webster (1979). Jeho cíl pak spočívá v redukování toho, jak se koktavost projevuje. Průběh programu je velmi přísný a intenzivní a návštěvnost u terapeuta je každodenní, po dobu 21 dní (10 hodin denně). Začátek je snadný, následují hladké přechody mezi fázemi a cílem je zlepšení v plynulosti mluvního projevu. Skládá se z několika fází:

a) Redukce tempa mluvního projevu – tím, že klient zmenší rychlost svého mluvního projevu, zvětší si pravděpodobnost plynulosti mluvního projevu.

b) Snadný (lehký) začátek - smyslem je soustředit se na mluvní celky ohraničené pomlčkou v řeči. Soustředíme se na:

ba) první zvuk – vynaloženo minimum úsilí po stránce artikulační i hlasitosti.

bb) nárůst hlasitosti mezi prvním zvukem po střed první samohlásky, kdy intenzita hlasu má dosáhnout normální výše, kterou pak držíme dále.

bc) tempo řeči je nižší, od prvního zvuku do středu první samohlásky) následuje návrat do normální zvukové hladiny.

c) Plynulý (hladký) přechod – smyslem je kontinuita hlasového projevu bez zvýšení svalového napětí.

8) Program VaLMod – podle knihy Škodové a Jedličky (2007) in Miličová (1999) se skládá z:

a) Interpersonální dynamiky koktavosti – zaměřuje se na mezilidské vztahy v rámci rodiny klienta.

b) Individuální dynamiky koktavosti – vyhodnocuje získané informace o psychice klienta.

c) Fyziologie koktavosti – cílem této fáze je nastolení a posílení změn v řeči klienta.

V průběhu tohoto programu se dle Škodové a Jedličky (2007) in Miličová (1999) aplikují následující techniky:

- a) **Relaxace** – má za úkol uklidnění klienta (asi 30 min.)
- b) **Autosugesce** – navození vstřícného přístupu k terapii
- c) **Aerodynamika** – kontrola dechového rytmu
- d) **Biofeedback (biologická zpětná vazba)** – spolupůsobením s autosugescí se kontroluje svalové napětí při řeči.

Tento program probíhá nepřetržitě v časovém horizontu 12 dnů. Skupinově, individuálně, v ambulanci či mimo ni a obsahuje veškerou interpersonální komunikaci běžného způsobu života. Poté následuje návrat do původního prostředí s návazným 6. týdenním dohledem logopeda.

9) Svépomocné programy pro dospělé – jsou podle Škodové a Jedličky (2007) in Fraser (1978) určeny primárně pro adolescenty a vychází z osobních zkušeností autora. Jejich cílem je navození sebekontroly a sebedůvěry koktajícího jedince a touha po nápravě řeči. Zároveň také odhaluje možné komplikace a nástrahy na cestě za zlepšením a obsahují:

- a) **Identifikaci a ztotožnění se s problémem**
- b) **Interní psychologie jedince (práce se sebou samým)**
- c) **Identifikace kritických situací pro koktání**
- d) **Podrobný popis metod a postupů terapie**

Jedná se o psychologické sebepůsobení jedince v kombinaci s použitím různých logopedických metod.

Podle posledních trendů ve vývoji by terapeut při práci s koktajícími osobami měl ovládat a aplikovat více terapeutických metod a jejich uplatnění by měl konzultovat s postiženým jedincem. Pokud má dojít k úspěšné terapii, měla by mít rehabilitační charakter, sama terapie podstatu problému neodstraní, ale jejím působením vznikají návyky a schopnosti působící na charakter a kvalitu řeči. Při uplatňování terapie má jít o kolektivní práci odborníků z více oborů (medicína, psychologie, speciální pedagogika, logopedie aj.) včetně rodičů. Čím klidnější sociální prostředí, tím lepší výsledky.

Co se týče prevence výskytu koktavosti Škodová a Jedlička (2007) in Lechta (1999) in Irwin (1988) uvádějí jako rozhodující období pro začátek terapie raný předškolní věk a důvod spatřují v tom, že postižení je v začátcích, ještě se nerozvinulo a prognóza nápravy je tudíž největší. Mělo by se tudíž postupovat podle následujících podmínek:

- a) Nastolení pocitu bezpečí.
- b) Redukce počtu otázek.
- c) Začátek rozhovoru nechat na dítěti.
- d) Kontinuita (plynulost, nepřerušovanost) rozhovoru s dítětem.
- e) Soustředěnost a pozornost věnovaná rozhovoru.
- f) Realizace přenosu.

Pokud si terapeut vybere tento program, měl dodržovat následující zásady:

- a) **Přiměřenost očekávání** – dítě nesmí mít strach z případného selhání.
- b) **Eliminace strachu** – zamezit situacím, kdy má dítě strach.
- c) **Eliminace rozrušení** – (negativního i pozitivního) nastolit klidnou atmosféru.
- d) **Netrestat koktavost** – naslouchat a nepřerušovat promluvu dítěte.
- e) **Volnost rozhodování** – pokud dítě nechce mluvit, nenutíme jej.
- f) **Dodržování životosprávy.**
- g) **Zásadní rozhovory vést v nepřítomnosti dítěte.**

Dodržování všech těchto opatření eliminuje vznik **logofobie**, posiluje sebevědomí a v kontextu se správnou volbou budoucí profese zamezuje frustraci a pocitu méněcennosti.

5) **Dysartrie** (v případě **DMO**)

Jak uvádí Sovák (1978), **dysartrie** je logopedická vada spojená s **DMO** a projevuje se především nedostatečným mluvním výkonem (tj. narušením expresivní složky řeči). Průvodními znaky jsou nedostatečné dýchání, špatná artikulace, špatná modulace hlasu, třaslavý hlas s kolísající intenzitou.

Dělení **dysartrie** podle Sováka (1978):

- a) **kortikální (korová) dysartrie** – postižený bez problému vyslovuje jednotlivá slova, ale problém nastává u složitějších slovních (delších) spojení.
- b) **pyramidová dysartrie** – neohebný, křečovitý jazyk, tvrdá mluva, zpomalený, huhňavý a přerývaný mluvní projev.
- c) **extra-pyramidová dysartrie** – zatuhlá řeč, pomalý hlasový projev, nevýrazná artikulace, nedokončování vět, mumlání, neuspořádanost řeči, kolísání důrazu na slabiky.
- d) **cerebelární (mozečková) dysartrie** – neuspořádanost řeči, špatné taktování řeči, nedostatečná setrvačnost artikulace, odsekávaná řeč, řeč má rysy řeči opilce.
- e) **smíšené typy**
- f) **bulbární dysartrie** – špatné vyslovování hlásek, huhňavost.

Sovák (1978), dále ve své práci popisuje další poruchy řeči při **DMO**, které nemají přímou souvislost s **DMO**, nýbrž jsou projevem vedlejších degenerací mluvidel, skusu, chrupu a jazyka. Jedná se o následující:

- 1) **inervační poruchy řeči** – porucha nosovosti a výslovnosti
- 2) **dysfázie**
 - a) **vývojová dysfázie** – porucha výslovnosti retnic a sykavek, narušená stavba slov.
 - b) **vývojová větná dysfázie** – nedokonalá tvorba vět.
 - c) **vývojová pojmová dysfázie** – porucha vybavování slov, omezení slovní zásoby.
 - d) **percepční dysfázie** - porucha akustické stavby slov, nesrozumitelnost řeči, rádoby vlastní řeč.
- 3) **slinotok** – je fyziologickým projevem, jehož přítomnost výrazně omezuje logopedickou péči a začlenění do společnosti.

Podle Sováka (1978), nelze v případě **dysartrie** pracovat pouze jednou logopedickou metodou. Je nutné stanovit zcela individuální postup, který si bere za základ archaické (základní) funkce (sání, žvýkání, polykání). Při omezené hybnosti jazyka nejprve procvičujeme příslušné svalstvo. Při

mimovolných pohybech se zaměříme na jejich vědomou kontrolu. Při nekoordinaci se zaměříme kontrolu a koordinaci dalších smyslů (zrak, sluch). Jako přípravu před samotným logopedickým cvičením Sovák (1978 in Leatherová (1952) uvádí relaxaci pro snížení svalového napětí, dechové cvičení, koordinaci pohybů, cvičení svalstva ústní dutiny (jazyk, rty, patro), napodobování řeči logopeda, kontrola sebe sama před zrcadlem při mluvním projevu.

Při vlastním cvičení řeči je potřeba zvolit vhodnou motivaci, nejlépe je samotné cvičení provádět ve skupinách, kdy je zajištěna sociální potřeba – komunikace mezi jedinci. Artikulaci podporujeme jednoduchými, rytmickými slovy, básničkami písničkami, rovněž spontánní smích navozuje atmosféru a uvolňuje mluvidla. Důležitým prvkem je pak spolupráce rodiny.

3.5 Vliv sociálního prostředí a interakce rodičů s dítětem na vývoj dětské řeči, logopedická intervence u dětí s mentální retardací

Na správný vývoj (ontogenezi) lidské řeči dítěte má podle Šulové (2006) velmi významný vliv sociální prostředí, do kterého se dítě narodí a ve kterém vyrůstá, a rovněž interakce mezi dítětem a jeho rodiči. Prim při interakci hraje řečová komunikace mezi dítětem a matkou, v průběhu dalšího vývoje rovněž i komunikace mezi dítětem a otcem, ale i celková komunikace v rodině. Co se týče vlivu sociálního prostředí na správný vývoj dítěte, ten je nedocenitelný.

Podle Trapkové a Chvály (2009) je veden dialog uvnitř rodiny takřka neustále. Rodinu zde přirovnávají k „děloze“, nemyšleno anatomicky, nicméně analogie je velmi výstižná, jelikož rodina má v podstatě stejnou funkci jako děloha, která v lůně matky ochraňuje a vyživuje plod. V tomto prostředí (v rodině i v děloze) probíhá vlastní vývoj a zrání jedince. Jak dále uvádí Trapková a Chvála (2009) zrání dítěte uvnitř rodiny probíhá pomocí jazykového projevu. Ten se stává prostředkem k vnímání a ovlivňování svého okolí. Veškerý sociální vývoj dítěte je pak založen na komunikaci s jeho okolím. S řečovou komunikací se střetává již prenatálním stádiu a dále

v prvním okamžiku po opuštění matčina lůna, nicméně ta je pro něj zatím jen fyzikálním jevem (vlněním, vibrací, souborem fonetických zvuků), kterému nerozumí, ačkoliv je již začíná ovlivňovat.

Jazyk (řeč, lidská mluva a interpersonální komunikace) je oním prostředkem sloužícím k rozvoji rodiny, ale i jedince uvnitř této „sociální dělohy“. Jak uvádí Trapková a Chvála (2009) rodina není samostatnou jednotkou, je součástí nějakého širšího celku (dům, ulice, obec, stát, světadíl nebo celá planeta) a s tímto širším celkem musí najít společný způsob soužití. Přístup k řešení tohoto soužití se liší. Každá rodina má jiný model chování uvnitř rodiny i v přístupu k okolnímu světu a tento model je vyjádřen vlastním řečovým projevem, který je následně předáván dalším generacím.

Pokud se budeme dále zabývat vymežováním jazyka, k tomu jak uvádí Trapková a Chvála (2009), musíme přiřadit ještě takzvaný mužský a ženský prvek řeči. V jazykovém projevu muže a ženy jsou výrazně odlišnosti jak v rovině fonetické, tak obsahové a právě střetávání se těchto dvou „světů“ je hybnou silou pro vývoj dítěte. Nyní si tyto dva odlišné světy přiblížíme.

Jako první popisuje Trapková a Chvála (2009) mužský hlasový model, pro nějž je charakteristickým tónem vymezení a požadavek vůči okolí. To je dáno „historickou“ rolí muže (lovec, bojovník, ochranitel, živitel). Frekvence mužského hlasu je rázná, hluboká, strukturovaná s důrazem na začátek slova (první slabiku). Velmi často muž užívá rozkazovací způsob nepřipouštějící žádnou debatu a rovněž ironické výrazy, které dočasně handicapují vztah otce s dítětem opačného pohlaví. Tento mužský projev je směřován vně rodiny a slouží jako prostředek mezi rodinou a vnějším světem, vytváří pomyslný spoj (most) se společností. Šulová (2006) in Rondal (1983), Kriedberg (1975), Masur, Gleason (1980, Ratner (1988) ve své práci (Pražské sociálně vědní studie) popisuje, že komunikace dítěte s otcem je pro dítě složitější, jelikož otcův slovník je obsáhlejší a strukturovanější, jejich konverzace je tudíž výrazově i významově bohatší a náročnější.

Naproti tomu ženský hlasový model je směřován dovnitř rodiny, je založen na intuici a jeho charakter je pečující, s velkým množstvím neverbálních komunikačních prostředků (instinktivní), dá se říci, že žena spíše

přijímá skutečnost, než aby přikazovala, a vlastní komunikace je doprovázena emočními projevy. Frekvence ženského hlasu obsahuje více pomlk a pauz, s měkkým fonetickým projevem, v kritických situacích přecházejícím do vysokých tónů, s citlivostí na ironické výrazy. Chlapci činí určité obtíže „přetrhout pupeční šňůru“ s matkou a postavit se na vlastní nohy.

Pokud budeme studovat skladbu otázek pokládaných rodiči dětem, ty jsou podle Šulové (2006) proporcionálně rozděleny mezi oba rodiče rovným dílem a neliší se obsahově ani formou. Vlastní komunikace mezi dítětem a otcem pak od dítěte vyžaduje větší soustředění a námahu než komunikace mezi dítětem a matkou. Komunikačně jsou na tom lépe ve vztahu rodič dítě matky. Otec s dítětem lépe komunikuje při hře v raném věku za využití mimických gest, naproti tomu matka s dítětem lépe komunikuje v pozdějším věku při rozvoji fantazie. Otcové obecně s dětmi hovoří méně než matky, ať už je to dáno dobou, kterou s nimi stráví (mateřská dovolená – otcové bývají na mateřské dovolené méně), nebo strukturou rozhovoru (testové otázky, příkazy), který s dítětem vedou, naproti tomu matky s dítětem komunikují soustavněji a jejich styl komunikace je daleko otevřenější a dítěti srozumitelnější.

Jak dále uvádí Trapková a Chvála (2009) tyto hlasové modely nemusí být nutně fixovány na konkrétní pohlaví, ale může dojít k jejich kombinaci nebo obrácení rolí. Lze proto říci, že tyto jazykové modely by měly vycházet ze společného cíle a k tomu směřovat své snažení, založené na koordinaci a spolupráci obou rodičů. V průběhu jazykové ontogeneze dítěte dochází k fluktuaci mezi jednotlivými jazykovými moduly, pochopení jejich odlišností, jedinečností a výsledkem toho je vytvoření konkrétního jazykového modelu, charakteristického pro danou rodinu. Postupem vývoje dítěte dochází k profilaci a preferenci určitého jazykového modelu, většinou toho, který je mu biologicky předurčen. Tyto jednotlivé fluktuační fáze jsou charakteristickým prvkem jednotlivých vývojových fází rodiny.

Logopedickou intervencí lze charakterizovat podle Lechty (2002) jako realizaci souborů preventivních, diagnostických a terapeutických postupů aplikovaných při práci s osobami postiženými vadami řeči.

V této části práce se již budeme zabývat pouze konkrétními zásadami a metodami logopedické práce s mentálně retardovanými jedinci, jelikož prevence a diagnostika byly popsány v předchozích kapitolách.

Logopedická intervence u dětí je činnost logopeda zaměřená na:

- 1) **identifikaci problému**
- 2) **snahu o jeho eliminaci, případně zmírnění**
- 3) **snahu o prevenci vzniku problému**

Aplikace logopedické intervence je založena na následujících fázích:

- 1) **diagnostika**
 - a) **orientační diagnóza**
 - b) **diagnostika druhu narušené komunikační schopnosti**
 - c) **stanovení správného způsobu terapie**
- 2) **terapie**

Jedná se o logopedickou aktivitu založenou na využití speciálních metod, jejichž cílem je náprava narušené komunikační schopnosti. Tato aktivita je řízená, je pod kontrolou logopeda a jsou při ní aplikovány specifické způsoby výuky v různých modelových situacích.

- a) **Theraplay** – hraní bez hraček, které navozuje atmosféru pro další terapii.
- b) **Selftalking** – vyslovení komentáře k našemu aktuálnímu jednání jednoduchou formou.
- c) **Paralleltalking** – řečové vyjádření jednání a pocitů klienta.
- d) **Korekční zpětná vazba** – rekapitulace zpovědi klienta správnou formou jazykového projevu.
- e) **Rozšířená imitace s expanzí** – vhodně rozšířená rekapitulace zpovědi klienta.
- f) **Alternativní otázky** – vhodně volenými otázkami (s nutností zvolit si mezi několika možnostmi odpovědi) stimulujeme klienta k řečovému projevu.
- g) **Doplňování vět** – stimulace klienta k dokončení odpovědi hravou formou, Lechta (2002)

Rozhodující je míra efektivity, užitečnosti a prospěšnosti při respektování pedagogických zásad (uvědomělost, aktivita, názornost, soustavnost, individuální přístup ke klientovi), speciálně pedagogických zásad (míra socializace, správná volba prostředí, komplexní přístup), logopedických zásad (relaxace, optimální vztah klient – logoped, eliminace bariéry v interpersonální komunikaci, vyzdvižení obsahové stránky) a správná motivace, zpětná vazba mezi klientem a logopedem, míra opakování a přenos.

3) Prevence

Při logopedické intervenci se, jak uvádí Lechta (2002), používají následující techniky:

- 1) **Direktivní komunikační techniky** – soustředění se (logoped i klient) na specifickou jazykovou schopnost, může docházet k omezení spontánnosti klienta.
- 2) **Nedirektivní komunikační techniky** – techniky „šité na míru“ klientovi, minimalizuje se tím riziko neúspěchu (facilitace, hra, globální jazykový přístup).
 - a) **Komentář k popisu** (události, děje, předměty v reálném čase)
 - b) **Přemostění** (vícevýznamová slova uvést do kontextu k dané situaci).
- 3) **Modelace a nápověda** – (navedení klienta na správnou volbu řeči po stránce formální, obsahové i pragmatické).
- 4) **Kladení otázek** – správně položenou otázkou směřujeme klienta ke správné odpovědi, za účelem vytěžení informace.
 - a) **Efektivní** – navození správné odpovědi (dostatek času na odpověď).
 - b) **Neefektivní**
- 5) **Změna v uspořádání věty** – v její gramatické stavbě, význam věty zůstává nezměněn.
- 6) **Oprava** – zpětná vazba při nesprávné odpovědi
- 7) **Uznání** – ocenění za projevenou snahu při respektování zájmů a schopností klienta a správné reakce na ně.

- 8) **Rozšiřování** – rozvoj a zpřesnění nekomplexního řečového projevu v souladu se schopnostmi a znalostmi klienta.
- 9) **Prodlužování** – stimulace k souvislé mluvě (i formou jednoslovných vět).
- 10) **Zaměřená stimulace** – je založena na řízené iniciativě klienta formou her, čtení atd.).

Dále je v logopedické intervenci možné užití, dle Lechty (2002), i speciálních terapeutických technik:

- 1) **Těžkosti při aktualizaci slov** – je zaměřena na informaci o slově (zpracování, efektivní uložení a její využití), s cílem správné fonetické a sémantické formy při užití slova - (dysfázie, dyslexie).
- 2) **Nedostatek krátkodobé akusticko-verbální paměti** – slouží ke zpomalení rychlosti mluvy a komplexnímu řečovému projevu včetně porozumění, opakování a formulaci řeči (mentální obrazy).
- 3) **Verbální dyspraxie** – zajištění kontroly nad správnou výslovností hlásek.
 - a) **Taktilně kinetický** – potíže s motorickou koordinací – trénink jazyka, čelistí a rtů.
 - b) **Melodicko-rytmický** – smyslem je umožnit **správné** časování a taktování slov.
 - c) **Gestikulační** - slouží k doplnění řečového projevu mimickými gesty.

Lechta (2002) rozlišuje v klinicko-terapeutické fázi tyto formy a druhy terapie:

- 1) **Individuální** – je závislá na typu narušené komunikační schopnosti a stáří klienta.
- 2) **Skupinová** – aplikuje se ve skupině stejně postižených jedinců v obdobném věku.
- 3) **Intenzivní** – rozvíjí se podle schopností, potřeb klienta a typu narušené komunikační schopnosti (opakovaně i několikrát za den).

- 4) **Intervalová** – je založena na individuálních potřebách a typu narušené komunikační schopnosti, na jejich základě je pak určován interval mezi jednotlivými sezeními.
- 5) **Kombinovaná** – kombinace jednotlivých terapií.
- 6) **Strukturovaně analytická** – na základě stanovené diagnózy stanovíme prostředky, metodiku a cíl terapie.
- 7) **Interakčně analytická** – po analýze řeči a řečového vývoje se vytvoří plán terapie, jehož základem jsou jazykové nápadnosti.

Při aplikaci terapeutických metod se řídíme typem narušené komunikační schopnosti, věkem klienta, volbou terapeutických prostředků, prostředím aj.

V případě volby správné formy logopedické intervence u mentálně retardovaných jedinců je nutné respektovat daný stupeň mentální retardace i úroveň komunikačních schopností klienta, výsledek celkové diagnostiky vývoje jedince, motorických schopností atd. Logopedická intervence se u takto postižených jedinců provádí již od raného věku a je zaměřena na rozvoj specifických metod pro rozvoj jazykového a kognitivního vývoje s využitím metod neverbální komunikace, podle Klenkové (2000), (alternativní – nahrazení řeči a augmentativní komunikace – podpora existujících komunikačních schopností).

Mentální retardace výrazným způsobem omezuje a ovlivňuje celou komunikační schopnost jedince a působí na:

- 1) **Motoriku** – omezuje funkci mluvidel, taktování, artikulaci.
- 2) **Řeč** – snižuje kvalitu slovní zásoby, větnou skladbu.
- 3) **Kognitivní funkce** – omezuje pozornost jedince a jeho schopnost pamatování.

Při logopedické práci s mentálně retardovanými jedinci se dle Klenkové (1998) řídíme následujícím:

- 1) **Snaha o přirozený rozvoj řeči**
- 2) **Stáří jedince**
- 3) **Budování řeči mentálně retardovaného jedince**

- 4) Zlepšení motorických, sluchových a fonetických schopností jedince**
- 5) Podpora taktování a ontogeneze řeči**
- 6) Názornost**
- 7) Správně zvolený jazykový vzor**
- 8) Individualizace logopedické intervence**
- 9) Stimulace k jazykovému projevu**

Praktická část

Hlavním cílem této práce je porovnání vývoje jazykových rovin těchto kategorií dětí a vlivu jednotlivých druhů terapie a nabídky péče o tyto děti.

Součástí této práce jsou dvě případové studie (zdravý hoch s vyřešenou logopedickou vadou a mentálně retardované děvče s doživotní logopedickou péčí). Na příkladu těchto dvou subjektů by chtěl autor ukázat porovnání jednotlivých vývojových rovin řeči a vlivu individuální a skupinové terapie při logopedické práci.

Jedná se o osobní pohled autora práce, jeho postřehy, názory na danou problematiku. Autor pracoval s relativně malým vzorkem. Důvodem bylo hlubší pochopení a osobnější přístup k jednotlivým subjektům. Autor při shromažďování dat pracoval s jednotlivými subjekty v různém prostředí (ordinace, MŠ, ZŠ, rodinné prostředí), a snažil se tak o vytvoření komplexního obrazu jednotlivých subjektů.

4 Cíl šetření

Cílem šetření je snaha o pochopení principu logopedické práce, zákonitostí ve vývoji jednotlivých jazykových rovin, porovnání odlišností v systému a principech vzdělávání zdravých a mentálně retardovaných dětí, vliv rozvoje motoriky mluvidel na úpravu řeči jedince. K pochopení systému logopedické péče poslouží porovnání nabídky logopedické péče v místě bydliště autora a rovněž porovnání individuální a skupinové terapie.

4.1 Metody šetření

Při zpracovávání získaných dat jako podkladů pro tuto práci autor použil následující metody:

- pozorování klientů při práci s logopedem
- porovnání jednotlivých vývojových rovin zdravých a mentálně retardovaných jedinců
- analýza odlišností a cílů vzdělávání jedinců zdravých a mentálně retardovaných
- analýza vlivu rozvoje mluvidel na zdravý vývoj řeči
- porovnání logopedické péče
- porovnání vlivu individuální a skupinové terapie na vývoj řeči a úpravu logopedické vady

Jednotlivé metody se užívaly v různých zařízeních logopedické péče. Autor práce byl osobně přítomen a formou náslechnů shromažďoval data potřebná pro vypracování této práce.

Pozorování klientů při práci s logopedem se realizovala následovně:

U chlapce, s normálním mentálním vývojem byl autor přítomen individuální terapii i terapii za přítomnosti rodičů v ordinaci klinického logopeda, dále skupinové terapii v MŠ, kterou hoch navštěvuje.

U děvčete s mentální retardací byl autor přítomen individuální terapii s logopedickou asistentkou přímo v zařízení, kde je děvče ubytováno,

skupinové terapii v tomtéž zařízení a skupinové terapii ve škole, kterou děvče navštěvuje.

Volba jednotlivých terapeutických metod byla plně v dikci jednotlivých terapeutů a autor byl zapojen do práce s klienty na základě interakce mezi logopedem, dítětem a autorem.

Porovnání jednotlivých vývojových rovin autor prováděl na základě dat získaných z práce s logopedem a z anamnestických dat poskytnutých logopedem.

Analýzu odlišností a cílů vzdělávání autor provedl na základě dat získaných ve ŠVP a IVP jednotlivých dětí.

Analýzu vlivu rozvoje mluvidel na zdravý vývoj řeči autor provedl na základě vlastní přítomnosti na násleších a z dat poskytnutých logopedem.

Porovnání logopedické péče autor zpracoval na základě osobní zkušenosti z jednotlivých náslechů a z návštěv rozdílných zařízení.

Porovnání individuální a skupinové terapie autor provedl na základě vlastní zkušenosti s jednotlivými náslechy.

4.2 Charakteristika vývojových rovin u zdravých dětí a u dětí s mentální retardací a jejich porovnání

Porovnání vývojových rovin zdravých a mentálně retardovaných dětí.

Tabulka 3 - Porovnání vývojových rovin zdravých a mentálně retardovaných dětí

	zdravé dítě	středně těžce mentálně retardované dítě
	chlapec, 6. let, dyslalie - rotacismus, kazuistika 4.6.1., Adam	děvče, 13. let, dyskoordinace, opožděný vývoj řeči, akustická dyslalie – rotacismus, Kazuistika 4.6.2. Maruška
druh jazykové roviny	slovní zásoba, slovní druhy, větná skladba, čtení, psaní, slovní druhy	slovní zásoba, slovní druhy, větná skladba, čtení, psaní, slovní druhy
morfologicko syntaktická rovina	gramatická skladba v pořádku bez odchylek, užívá složitější věty i souvětí, všechny slovní druhy, jednotné a množné číslo, umí číst a psát v rozsahu dle svého věku, cizí jazyk (AJ)	jednotné i množné číslo jednoduché věty, slovesa, předložky, přídavná jména, emočně koncipovaný začátek vět, dokáže se podepsat, přečte své jméno
lexikálně sémantická rovina	slovní zásoba odpovídající věku doplněná o znalost základů cizího jazyka, občasná recidiva rotacismu při rychlé mluvě (přemýšlení), zná 4000 slov (500 v c.j.) plynule reprodukuje básně	pasivní slovní zásoba převažuje nad aktivní z důvodu artikulačních obtíží způsobených rotacismem, zná 900-1100 slov, reprodukuje Písničky, básničky říkanky zaměřené k určitému tématu
foneticko fonologická rovina	proces fixace hlásek dokončen proběhla náprava rotacismu s minimální recidivou, fonetika zvládnuta na dobré úrovni, plynulost jazykového projevu Na velmi dobré úrovni	nedokončený proces fixace hlásek, patrný rotacismus, rozpozná slova lišící se fonetikou, vytleskává počet slov a slabik, neschopnost plynulého vyjádření
pragmatická rovina	bezproblémová komunikace s okolím, plně rozumí své komunikační roli, ovládá emotivní vyjádření dle situace, dokáže si řeči podmanit své okolí	dokáže se vyjádřit, chápe svoji komunikační roli, řečí reaguje obráceně, sděluje potřeby a přání, předá vzkaz, používá 1.osob j.č., chápe význam "já" (jájství)

4.3 Rozbor, odlišnosti a cíle dalšího vzdělávání u těchto kategorií, rozvoj motoriky mluvidel

Tabulka 4

	zdravé dítě	středně těžce mentálně retardované dítě
	chlapec, 6. let, logopedická vada dyslalie - rotacismus kazuistika 4.6.1. Adam	děvče, 13 let, dyskoordinace opožděný vývoj řeči, akustická dyslalie - rotacismus kazuistika 4.6.2. Maruška
zákony vyhlášky	z. 561/2004 Sb,	z. 561/2004 Sb., vyhl.14/2005 Sb., vyhl. 72,73/2005 Sb.
rozbor vzdělávání	SPC, MŠ, MŠ speciální, (logopedická, jazyková), ZŠ (od 1.9. 2012)	SPC, MŠ, MŠ speciální, ZŠ, ZŠ speciální, Praktická škola, přípravná třída Praktické školy, DTPM - trvá
odlišnosti vzdělávání	vzdělávání dle programu výchovné práce, doplněné o logopedickou terapii (dokončena), přestup do MŠ s jazykovou výukou a realizován zápis do ZŠ	spec. metody, pomůcky, PPP omezení počtu dětí 6-14 dětí, asistent, indiv. Interakce, sk. interakce, kombinace forem výuky, výchovná a vzdělávací funkce, sebeobsluha, řeč, IVP,
cíle vzdělávání	celkový harmonický rozvoj osobnosti jedince stanoveny v ŠVP	celkový rozvoj osobnosti v mezích rozsahu mentální retardace jedince stanoveny v ŠVP a IVP, kompetence k učení, řešení problémů, komunikativní, sociálně personální a pracovní
rozvoj motoriky mluvidel	techniky mluveného projevu (dýchání, artikulace, přízvuk, rytmus, intonace), tempo řeči, dechový rytmus -pravidelný, správná výslovnost, nácvik přednesu (básničky, říkanky), procvičování motoriky jazyka a mluvidel viz viz příloha č. 2, 3. terapie ukončena, narušená komunikační schopnost odstraněna, dítě nastoupí do ZŠ k 1.9.2012 do první třídy	techniky mluveného projevu (dýchání, artikulace, přízvuk, rytmus, intonace), tempo řeči, dechový rytmus -pravidelný, správná výslovnost, nácvik přednesu (básničky, říkanky), procvičování motoriky jazyka a mluvidel viz příloha č. 2, 3, rozdíl je v čase (délce procvičování) věnovaném tomuto dítěti při procvičování, plyne to z typu retardace, stav setrvalý, terapie pokračuje

Motorika mluvidel je rozvíjena na základě cvičení před logopedickým zrcadlem, s prováděnou hmatovou kontrolou. Tato cvičení jsou zaměřena na rty, dolní čelist, jazyk a měkké patro dítěte. Jsou vhodná pro děti se zhoršenou motorikou artikulačních orgánů. Vhodné příklady těchto cvičení jsou uvedeny v přílohách č. 2, č. 3.

Provádí se následovně:

Rty:

nádech s nafouknutím tváří, semknuté rty s výbušným výdechovým rozražením rtů.

Dolní čelist:

Cvičení zaměříme na pohyblivost dolní čelisti, dítě napodobuje lapáním po dechu rybu.

Jazyk:

Dítě pohybuje jazykem ke koutkům, ze strany na stranu, krouživými pohyby jazyka v ústech i mimo ústa, kdy olizuje rty, polyká sliny, napodobuje lízáním pití zvířat.

Měkké patro:

Vyfukování vzduchu slámkou do sklenice s vodou, kloktání vlažné vody, šeptanda (tichá pošta) říkanek, básniček.

4.4 Nabídky logopedické péče v MŠ a MŠ speciální

Přímo v krajském městě pracují ve svých ordinacích dva kliničtí logopedi. Logopedové provádějí individuální terapii, věk jejich klientů není omezen. Při práci s klienty navazují na spolupráci s ostatními vědními obory (psycholog, foniatr).

Jejich práce je zaměřena zejména na:

- 1) Opožděný vývoj řeči ve všech směrech
- 2) Zkrácenou podjazyková uzdička
- 3) Vady skusu
- 4) Dyslalii – vadnou výslovnost hlásek
- 5) Huhňavost – poruchu ve zvuku řeči
- 6) Kóktavost a breptavost – poruchy v plynulosti řeči

7) Nemluvnost – poruchu plynoucí z neuróz

Afázie, anartrie – ztráty již vyvinuté řeči v důsledku nemocí a úrazů

Dále se zde nacházejí mateřské školky, jejichž náplní je kromě běžných činností MŠ rovněž náprava logopedických vad. Péči zajišťují logopedičtí pracovníci s vysokoškolským vzděláním v oboru logopedie, s dosaženým magisterským titulem.

Jedná se zejména o mateřskou školku Zvoněnka, zaměřenou na logopedickou péči zajišťovanou specializovanými pracovníci.

Pedagogické působení je zaměřeno na všeobecný rozvoj dítěte při jeho plné spolupraci a s akceptováním jeho individuality. Logopedická péče je zde zajišťována v samostatné logopedické třídě, jejíž kapacita je počtem omezena. Specializovaní logopedi rovněž poskytují konzultace rodičům ostatních dětí z této školky, ale i z jiných zařízení. Kapacita zařízení je 37 dětí ve dvou třídách, z toho je jedna logopedická, má kapacitu 13 dětí. Ve třídě pracuje speciální pedagog a logoped. Při logopedické práci je uplatňována individuální, skupinová a kombinovaná terapie rozdělená do dvou bloků v průběhu školního roku. Práce v logopedické třídě navazuje na diagnózu a postupy stanovené klinickým logopedem. Dále spolupracuje s PPP a SPC. Pracuje se na základě IVP dítěte.

Jako další zařízení s logopedickou péčí lze uvést MŠ při ZŠ Demlova, kde je poskytována logopedická intervence formou práce logopedického asistenta. Ten ve své práci navazuje na práci klinického logopeda, aplikuje jeho metody a postupy a rovněž spolupracuje s logopedem MŠ a SPC. Kapacita tohoto zařízení je 100 dětí a jedná se o detašované pracoviště následující školky.

Největší zkušenosti a komplexní péči pak poskytuje MŠ a SPC Demlova.

Rozsah poskytovaných služeb je ve všech oborech smyslového, řečového i tělesného postižení takřka komplexní. Tato mateřská školka má kapacitu 130 dětí. Děti jsou rozděleny do devíti specializovaných tříd s různým zaměřením, jedna třída je pro zdravé děti – je složena z dětí s různým mateřským jazykem, zbývající jsou pro děti se speciálními vzdělávacími

potřebami. Počet logopedických míst ve školce je stanoven na 59 dětí rozdělených do čtyř tříd, tři třídy jsou čistě logopedické a zbývající poskytuje péči dětem s kombinovanou vadou. Personálně je práce s dětmi v těchto třídách zajištěna speciálním pedagogem a vysokoškolsky vzdělaným logopedem. Práce s dětmi je prováděna formou individuální a skupinové terapie směřující k rozvoji komunikačních dovedností a postupuje se dle IVP dítěte.

Součástí tohoto právního subjektu je i SPC poskytující své služby v rozsahu zrakového, mentálního, tělesného, sluchového a řečového postižení. Rovněž tak dětem s kombinovaným postižením a s poruchou autistického spektra. Jeho chod je součástí MŠ. Zajišťuje komplexní služby klientům SPC a jeho další činností je i poskytování různých druhů terapie.

Na činnost výše uvedených subjektů pak navazuje ZŠ speciální a Praktická škola v krajském městě. Jednou z činností poskytovaných tímto zařízením je i logopedická terapie. Kapacita školy je 160 žáků rozdělených do patnácti tříd. Logopedickou péči zajišťuje logopedický asistent, konzultuje s SPC, PPP a klinickým logopedem a foniatrem. Počet dětí potřebujících péči logopeda není specifikován. Většina dětí náleží k minoritě a od rodičů chybí souhlas pro danou péči.

Navazujícím zařízením s logopedickou péčí pro jedince s mentální retardací je DTPM v krajském městě. Jedná se o organizaci, jejímž zřizovatelem je statutární město. Kapacita zařízení je 87 osob v rámci denního pobytu a 95 osob v rámci týdenního pobytu. Nejmladšímu klientovi je 6 let, nejstarším 45 let. Většina zde žijících klientů vyžaduje logopedickou péči, která navazuje na práci klinického logopeda, PPP, SPC, MŠ speciální a ZŠ speciální a praktické školy. Tuto práci vykonává asistent logopeda, a to formou individuální, kombinované a skupinové terapie.

Z výčtu výše uvedených zařízení lze soudit, že systém logopedické péče na Vysočině je řešen komplexně a uceleně. Jednotlivé části systému na sebe plynule navazují a vzájemně se prolínají. Jako nejefektivnější metoda se jeví spolupráce všech zainteresovaných – počínaje klinickým logopedem, PPP, SPC, MŠ, ZŠ až po DTPM u osob s mentální retardací. Pokud hovoříme o formách terapie, nejvhodnější metodu nelze přesně určit, ta vychází

z individuality každého klienta. Obecně lze říci, že optimální je kombinace všech terapií.

Porovnáme-li běžnou MŠ a MŠ speciální (logopedickou), dojdeme k tomu, že hlavní rozdíl spočívá v personálním zabezpečení, ve vybavení pomůckami, v ŠVP doplněném o IVP a v použití speciálních terapeutických postupů. V MŠ speciální (logopedické) pracují kromě speciálních pedagogů vysokoškolsky vzdělaní logopedi nebo logopedičtí asistenti. Vybavení MŠ speciální (logopedická) je doplněno o speciální logopedické pomůcky používané při aplikaci terapií a logopedických metod. Rozdíl rovněž spočívá v ŠVP, který proti běžné MŠ obsahuje navíc speciální vzdělávací programy pro dané postižení a IVP vypracovaný pro každé dítě s ohledem na jeho speciální vzdělávací potřeby. Standardní speciálně pedagogické metody jsou doplněny o logopedické metody, postupy a terapie sloužící k nápravě narušené komunikační schopnosti. Po shrnutí dojdeme k názoru, že práce v MŠ speciální (logopedické) vyžaduje větší nasazení a více času na individuální práci s dítětem.

4.5 Porovnání individuální a skupinové terapie

Individuální terapie je založena na spolupráci mezi klinickým logopedem a klientem, popřípadě jeho rodinou. Je závislá na typu narušené komunikační schopnosti a také stáří klienta. Je vysoce produktivní, klinický logoped má možnost pracovat cíleně pouze s daným klientem a nemusí své síly dělit mezi více dětí. Má větší prostor pro aplikaci terapeutických metod, může s klientem navázat silnější a intenzivnější terapeutický vztah, který přispívá k rychlejší nápravě narušené komunikační schopnosti. V případě, že se této terapie účastní i rodiče, je terapeut ve spolupráci s rodiči schopen přenést své působení i do rodiny. Rodiče na dítě působí doma (základem pro takovou práci je kvalitní zadání od terapeuta a následná kontrola zadaných úkolů při návštěvě v ordinaci). Při tomto druhu spolupráce s rodiči je vhodné, aby se jí účastnili oba rodiče. Mužský prvek působí jinak než ženský, každý má jiné priority, vychází to z historické role obou pohlaví ve společnosti. Jak je uvedeno v předchozím textu, tato terapie se praktikuje převážně v ordinaci klinického

logopeda. Lze ji praktikovat i v ostatních zařízeních. Zde je podmíněna množstvím přítomných dětí, přítomností druhého logopeda či logopedického asistenta. Statisticky je úspěšnost terapie v tomto případě vyšší, díky intenzitě působení na dítě. Vše je individuální, odvíjí se od naturelu dítěte, viz. kazuistiky (4.6.1, 4.6.2). Při individuální logopedické terapii lze využít většinu známých logopedických metod. Výběr se řídí individualitou klienta.

Naproti tomu skupinová terapie bývá praktikována většinou v mateřských školách, SPC, školách i DTPM. Vychází z individuální terapie, z diagnózy stanovené klinickým logopedem. Kvalitou přístupu ke klientovi nezaostává za individuální terapií. Omezujícím faktorem je v tomto případě počet klientů, kterým se daný logoped věnuje. Některým klientům tento druh terapie vyhovuje více. Je tím uspokojena jejich potřeba předvést před svými kamarády to, co již dokázali, jakých pokroků dosáhli. Většinou se tak chovají osoby s mentální retardací, i když to nelze statisticky prokázat. Jako nejvýhodnější terapeutické metody jsou pro skupinovou terapii dramatizace (klienti ztvárňují zadanou postavu a navzájem na sebe působí), dále pak recitace veršů, četba knížek s následnou rekapitulací textu či zpěv písniček zaměřených na určité téma, použití videotechnik atd., viz. kazuistika (4.6.2). Porovnáme-li individuální a skupinovou terapii, nedojdeme k jednoznačnému závěru. Jedná se o dva odlišné druhy logopedické terapie, odlišnost spočívá nejen v počtu klientů, kterým se terapie poskytuje, ale i kvalitě a intenzitě poskytované logopedické péče. Omyl. Jedná se o individuální záležitost, určitému klientovi vyhovuje individuální terapie a skupinová jej brzdí v růstu, jinému naopak vyhovuje skupinová terapie, která jeho růst podporuje, někdy dokonce podmiňuje. Vše závisí na individualitě jedince.

Nelze přesně stanovit, která z těchto terapií je výhodnější. Terapie se stanovuje na základě diagnostického vyšetření jedince. V případě porovnávaných dětí, viz kazuistiky, chlapci lépe vyhovuje individuální terapie, děvčeti vyhovuje více skupinová terapie – může se více předvést před okolím.

4.6 Kazuistiky

Při vypracování této části práce se postupovalo v souladu s platnou legislativou. Do anamnestických dat jednotlivých klientů mi bylo umožněno nahlédnout na základě písemného souhlasu rodičů dětí, uloženého v daném zařízení, s tím že přesná diagnóza mi nebyla sdělena. Vyplynula z pohovoru s klientem a jeho ošetřujícím personálem a z poznámek ošetřujícího personálu.

4.6.1 Adam

Pochází z majoritní populace a v současnosti je tomuto hochovi 6 let, úspěšně absolvoval zápis do první třídy ZŠ, kam nastoupí v září tohoto roku. Pochází z úplné rodiny, má jednoho bratra, porod proběhl normálně. Jeho vývoj je bez komplikací a v rámci normy, ve třech letech se projeví opakující se respirační potíže léčené pediatrem. Vzhledem k nezlepšujícímu se stavu, který vyústil v astmatický záchvat s následnou hospitalizací, byl vyhledán specialista v oboru alergologie, který následně diagnostikoval alergii na psí, kočičí srst a roztoče. Po nasazení odpovídající léčby se hochův stav stabilizoval a v současnosti má zlepšující se tendenci. Jinak je po zdravotní stránce v pořádku, stupeň jeho inteligence je mírně nad průměrem odpovídajícím jeho věku a zápis do základní školy proběhl bez jakýchkoliv potíží a připomínek. Mezi třetím a čtvrtým rokem života dítěte rodiče s dítětem vyhledali logopedickou ambulanci, kde byla dítěti stanovena diagnóza dyslalie, konkrétně se jednalo o poruchu ve výslovnosti hlásek „r“, tzv. rotacismus. Dítě bylo v péči logopedické ambulance, začalo navštěvovat MŠ logopedickou. V logopedické ambulanci byla aplikována individuální terapie za účasti rodičů, kteří s terapií pokračovali v domácím prostředí, ve školce byla využita kombinace individuální, kombinované a skupinové terapie, vycházející z podkladů poskytnutých odborným pracovištěm – logopedickou ambulancí nemocnice. Dítě při skupinové terapii spolupracovalo omezeně, naopak vyhledávalo individuální terapii. U dítěte proběhlo vyšetření jemné a hrubé motoriky, stupně percepce a úrovně jeho rozumových schopností. Vše s pozitivním výsledkem. V době započetí logopedické péče se rozsah slovní zásoby dítěte nacházel v normě, v současnosti, kdy logopedické problémy již

odezvěly, se úroveň jeho slovní zásoby nachází výrazně nad průměrem, zejména díky tomu, že dítě přešlo v pololetí, na doporučení psychologa, do MŠ s rozšířenou výukou anglického jazyka.

Při individuální terapii a terapii za účasti rodičů byly využívány metody s použitím audiovizuální techniky, dítě mělo interakci se svým fonetickým projevem, sluchovou (zvukový záznam) i vizuální (videozáznam). Dalšími pomůckami bylo využívání obrázků – pro jejich pojmenování dítětem, počítačové programy – zejména při práci v rodině – dítě komentovalo dění na obrazovce, případně toto dění přímo ovlivňovalo. Velkým přínosem pro rozvoj jazykových schopností dítěte bylo používání říkanek, písniček a básniček v kombinaci s audiotechnikou.

Při logopedické intervenci byla u dítěte rozvíjena a posilována akustická paměť, rytmizace, dechová cvičení a s ohledem na jeho leváctví i daná stranová orientace. Byly používány slovní obraty, při nichž bylo písmenko „r“ nahrazováno složeninou hlásek „td“.

Následuje několik příkladů používaných slov v závislosti na stupni nápravy jeho jazykových schopností a nakonec používaná větná spojení, které logoped použil při své práci.

Slovní spojení:

Tra – tda, trám – tdám, trafika – tdařika, tramvaj – tramvaj, trefit – tdefit, trend – tdend, treska – tdeska, trest – tdest, triko – tdiko, trik – tdik, atd.

Větná spojení používaná k rozvoji již nabytých schopností:

Petr z Ostravy má kmotra. Na stromě roste citron. Strejda Roman vyrostl na dva metry. Metr má deset decimetrů atd.

Prognóza nápravy jazykových schopností tohoto hochy je v současnosti velmi slibná, jeho řečový projev již nevykazuje žádné odchylky od normálu. Velmi zřídka dojde k „přeřeknutí“ a to vždy zejména v souvislosti s rozporem v rychlosti jeho uvažování a snahou o nalezení okamžitého jazykového ekvivalentu k dané myšlence.

4.6.2 Maruška

Maruška je dívka ve věku 13 let, jejíž stupeň mentální retardace je v pásmu středně těžké mentální retardace. Děvče je ve střídavé péči rodiny (víkendy) a DTPM (v pracovní dny), kde dochází k jejímu vzdělávání, terapiím a další nezbytné péči, kterou její zdravotní stav vyžaduje. Maruščino rodinné zázemí je na dobré úrovni, rodina je úplná, rodiče jsou rozvedeni od jejího útlého věku a matka v současnosti žije ve vztahu druh – družka (10 let) s jiným mužem. Biologický otec se o dceru nezajímá a jeho současný pobyt není znám. Maruška má další tři mladší sourozence, rodina bydlí na vesnici společně s prarodiči, kde pracují na rodinné farmě. Ostatní rodinní příslušníci nevykazují žádný stupeň fyzické či mentální retardace. Mladší sourozenci navštěvují ZŠ se studijními výsledky mírně nad průměr. Maruška má velmi silné vazby na rodinu a tato její city opětuje. Děvče je v péči DTPM zejména z důvodu jejího vzdělávání a terapie, vedlejším důvodem je pak charakter práce rodiny, kdy rodiče i prarodiče jsou velmi vytížení provozem rodinné farmy a Maruška potřebuje intenzivní péči a terapii. Maruška je v ústavní péči od 5 let. V současnosti navštěvuje Praktickou školu, kde je vzdělávána na základě ŠVP a IVP vypracovaného speciálním pedagogem, logopedem a psychologem. Příčina mentální retardace Marušky spočívá v novorozenecké meningitidě s pokračujícím po-zánětlivým vnitřním hydrocefalem. Následkem onemocnění došlo k motorické dyskoordinaci spojené s poruchou oční hybnosti a poruchou sluchu. Důsledkem tohoto onemocnění je Maruščina mentální a částečně fyzická retardace s projevy afektivní lability. Po stránce logopedické zde hovoříme o opožděném vývoji řeči a akustické dyslalií. Stupeň frustrační tolerance děvčete je nízký, děvče má však formální přizpůsobivost vyžadující stálou motivaci, pochvalu a přízeň okolí.

Logopedická intervence je u Marušky celoživotní záležitostí, je založena na individuální, kombinované a skupinové terapii, kdy Maruška velmi dobře vnímá pozitivní hodnocení svého snažení. Slovní zásoba je na nízké úrovni (900 – 1100 slov). Přetrvává špatná výslovnost sykavek a hlásek „r, ř“. Logoped s Maruškou pracuje na rozvoji motoriky mluvidel, ve spojitosti s dechovými cvičeními, na rozvoji fonemického sluchu a akustické paměti,

rozvoji jemné a hrubé motoriky formou prstových a hmatových cvičení, smyslu pro rytmus, zrakové percepce a optické paměti. Maruška při individuální terapii velmi dobře reaguje na práci s obrázky (tělesné schéma, názvy oblečení, potravin, zvířat, dopravní prostředky), kostkami, je schopna pracovat s moderní technikou – počítačové programy, ty jsou využívány zejména jako forma odměny za vykonanou práci a spolupráci s logopedem a audiovizuální technika. Při kombinované a skupinové terapii jsou aplikovány různé kolektivní hry (Kimova hra, pexeso, domino) a audio vizuální technika včetně PC programů, které slouží k upevnění a podpoře individuální terapie. Dochází zde k mírnému posunu ve zlepšení výslovnosti, problémy s asimilací sykavek přetrvávají. Všechny metody a postupy logopedické intervence musí mít u Marušky nedirektivní charakter.

Specifikem Marušky je její schopnost naučit se a věrně reprodukovat básničky a písničky s tematickým zaměřením na Vánoce. Zřejmě se jedná o její nejmilejší období, spojené s rodinou, dárky a dalšími zážitky uloženými v jejím mozku, které podporují tuto schopnost. Při jiném tematickém zaměření má Maruščina úspěšnost výrazně klesající tendenci.

Pokud hovoříme o metodách a technikách logopedické intervence, patří k nim dále:

Komentář – Maruška jím popisuje předměty, stavy, děje za pomoci různých obrázků a her.

Přemostění – při této metodě Maruška využívá jí známá slova posazená do kontextu navozeného logopedem za využití slovních hříček, obrázků aj, přičemž velmi často dochází k nelogickým slovním spojení.

Modelace a nápověda – zde dochází při práci s Maruškou k rozvoji její morfologicko-syntaktické roviny, k posunu ve větné stavbě atd. Logoped používá jednoduché modelové situace (nákup potravin, cesta domů s rodiči), Maruščino zapojení je z počátku aktivní s postupným útlumem souvisejícím s její nedostatečnou slovní zásobou a špatnou větnou skladbou.

Terapie krátkodobé akusticko-verbální deficiencie paměti – spočívá při práci s Maruškou v různých slovních hrách, v rozlišování slabik a slov s rozdílnou jednou hláskou, v reakci na známé slovo ve větě. Ke zlepšení

jazykového projevu došlo v důsledku Maruščina zapojení do dramatického ztvárnění pohádek, které Maruška miluje, a díky pochvale a pozitivní motivaci.

Verbálně-dyspraxní terapie – rozvíjí Maruščiny artikulační schopnosti formou artikulačních cvičení, muzikoterapie (odraz v zrcadle s nápodobou určitého chování, vytukávání rytmu aj.)

Dechová cvičení – jsou provozována formou hry na různé žesťové nástroje, foukáním do balonku atd.

Maruška projevuje, s ohledem na svoji mentální retardaci, velkou snahu, ta musí být podpořena náležitou motivací. V současnosti není vidět žádný výraznější posun v nápravě jejích jazykových schopností, a Maruška tak dosáhla maxima svých schopností a dále se již nebude rozvíjet. Nicméně je nutné konstatovat, že v běžném sociálním styku, pod dohledem speciálního pedagoga či osoby blízké je Maruška schopna, při určitém stupni tolerance, normálně komunikovat, říci si o věc, nakoupit dárek. Úroveň psaní se u Marušky nachází v rovině zvládnutí podpisu, číst a počítat neumí.

4.7 Vyhodnocení kazuistik

Z kazuistik plyne, že se jedná o odlišná pohlaví, podobný stupeň mentální zralosti (úroveň 6 let), rozdílného faktického věku, s podobnou logopedickou diagnózou.

Hoch, 6 let, mentálně zdravý, mírně nad průměrem, náprava narušené komunikační schopnosti je prakticky dokončena s pozitivním výsledkem. Úroveň jazykových rovin odpovídá danému věku, jazyková zásoba výrazně nad průměrem – výuka cizího jazyka v MŠ, chlapec absolvoval úspěšně zápis do ZŠ. Preferoval individuální terapii. Znalost čtení, psaní v rovině odpovídající jeho věku, dokáže se podepsat. Náprava rotacismu dokončena, drobná recidiva při rychlé mluvě v souvislosti s rychlostí myšlení. Prognóza dalšího vývoje je vysoce pozitivní.

Naproti tomu děvče, 13 let, středně těžce mentálně retardováno, úroveň jazykových rovin je výrazně pod průměrem, jazyková zásoba odpovídá věku 5 – 6 let, navštěvuje Praktickou školu. Děvčeti více vyhovovala skupinová terapie – mohla se předvádět, individuální terapii akceptovala, Přetrvává špatná

výslovnost sykavek a hlásek „r, ř“, znalost čtení a psaní minimální, dokáže se podepsat. Dosaženo maxima jejich mentálních schopností. Prognóza nápravy narušené komunikační schopnosti špatná – celoživotní práce s logopedem.

Dalo by se říci, že porovnáváme neporovnatelné. Opak je však pravdou. Obě děti se nachází v podobné věkové rovině, jejich logopedická diagnóza je podobná. Aplikované logopedické metody jsou stejné, kooperující logopedická zařízení jsou obdobná. Hlavní rozdíl tedy spočívá v jejich schopnosti nápravy narušené komunikační schopnosti a v metodách a principech vzdělávání. Toto se odvíjí od jejich mentální úrovně. U chlapce je již náprava takřka dokončena, úroveň vědomostí roste, u děvčete se naopak jedná o proces, jehož úroveň dosáhla vrcholu, stagnuje a má celoživotní charakter.

ZÁVĚR

Porovnáním jazykových rovin zdravých a mentálně retardovaných dětí dospěl autor ke zjištění, že jazykové roviny mentálně retardovaných dětí se vyvíjí pomaleji a nerovnoměrněji, ve většině případů se jejich vývoj v určité fázi (při dosažení svého limitu) zastaví.

Odlišnosti ve vzdělávání zdravých dětí a mentálně retardovaných dětí spočívají ve schopnostech učení a možnostech chápání jednotlivých kategorií. Cíle jsou stanovovány s ohledem na možnosti jednotlivců a u mentálně retardovaných dětí jsou stanoveny v IVP .

Při porovnání rozvoje motoriky mluvidel dospěl autor k názoru, že rozdíl spočívá v čase a intenzitě věnované mentálně retardovanému dítěti, nutné pro navození správného hlasového projevu.

Nabídka logopedické péče je pro obě kategorie dětí shodná, pro děti s mentální retardací je rozšířená a čas nutný pro její provedení se odvíjí od vnímavosti a schopností jednotlivého dítěte.

Rozdíl v logopedické péči v MŠ a speciální MŠ spočívá v použitých metodách práce, v čase, který je nutný věnovat jednotlivým dětem i ve struktuře složení osazenstva těchto školek (MŠ – většinou zdravé děti s logopedickou vadou, speciální MŠ – mentálně retardované děti a děti s kombinovanými vadami).

Porovnáme-li individuální a skupinovou terapii, nedojdeme k jednoznačnému závěru. Jedná se o dva odlišné druhy logopedické terapie, odlišnost spočívá nejen v počtu klientů, kterým se terapie poskytuje, ale i kvalitě a intenzitě poskytované logopedické péče. Omyl. Jedná se o individuální záležitost, určitému klientovi vyhovuje individuální terapie a skupinová jej brzdí v růstu, jinému naopak vyhovuje skupinová terapie, která jeho růst podporuje, někdy dokonce podmiňuje. Vše závisí na individualitě jedince.

Nelze přesně stanovit, která z těchto terapií je výhodnější. Terapie se stanovuje na základě diagnostického vyšetření jedince. V případě

porovnávaných dětí, viz kazuistiky, chlapci lépe vyhovuje individuální terapie, děvčeti vyhovuje více skupinová terapie – může se více předvést před okolím.

Cílem této práce bylo představit čtenáři ontogenezi řeči. Její roli na vývoj jedince a na celkový vývoj společnosti, kterou spoluutváří. Čím kvalitnější je jazykový projev jedince, tím lepší je úroveň komunikace mezi jedinci a ve společnosti jako celku. Kvalitní komunikace společnost posouvá na vyšší úroveň a umožňuje jí vzestupný trend rozvoje. V případě, že komunikace vážne, nebo má sestupný trend, upadá tím i celková úroveň společnosti.

Společnost netvoří pouze zdravý jedinci, nýbrž je tvořena směsicí zdravých, ale i retardovaných jedinců, kdy populace zdravých převládá. Úroveň společnosti je hodnocena, podle schopnosti postarat se o tyto retardované jedince a současně kvalitou komunikace, vedené mezi těmito skupinami. Mentálně retardovaný jedinec má veškerá práva, pokud není zákonem stanoveno jinak. A proto je snaha o zkvalitnění komunikační schopnosti takto postižených jedinců, zlepšení jejich života, jejich začlenění do společnosti, nikoliv jejich vymezení, odsunutí někam na okraj společnosti.

V současnosti, v době ekonomické krize společnosti, dochází k poklesu aktivit spojených s logopedickou péčí a s péčí o jedince obecně. Vše se odvíjí od množství finančních prostředků, které je společnost schopna a ochotna poskytnout na konto péče o handicapované. Iniciativa se tak přesouvá ze společnosti na jedince, kdy se dostáváme do roviny nepoměru, jelikož každý jedinec (skupina jedinců – rodina) má jiné socio-ekonomické podmínky a od toho se odvíjející možnosti terapie a péče (v současné ústavní péči je logopedická terapie zanedbávána – z finančních a personálních důvodů). Z úrovně komunikačních schopností se pak odvíjí i schopnost jedince uplatnění na trhu práce. Jedinec s narušenou komunikační schopností bude v současné společnosti, založené na komerci a snaze uspět za každou cenu, handicapovaný svým mluvním projevem. Autor, v tomto případě za handicapované považuje jak osoby mentálně retardované, tak i osoby s poruchou komunikační schopnosti, jejichž IQ není nijak sníženo.

V současnosti žijeme ve společnosti, která se o své logopedické pacienty stará. Logopedická péče je zajišťována sítí logopedických poraden, specializovaných školek, SPC a škol nebo zařízení, v nichž je tato péče poskytována jako doplňkový produkt. Ale i v tomto oboru dochází k úbytku finančních prostředků. A jak autor uvedl v předchozím textu, její omezení pak bude znamenat nutně i úpadek společnosti, nejen komunikační, ale i morální. V nedávné době byl člověk s narušenou komunikační schopností vystaven bezdůvodnému posměchu ze strany svého okolí, ačkoli jeho inteligence byla mnohdy nad úroveň jeho vrstevníků.

Společnost by měla poskytnout péči v náležité kvalitě a délce terapie všem potřebným jedincům. Následně nemůže dojít ke kastování jedinců s logopedickou vadou na majetné, kteří si tuto péči mohou dovolit a nemajetné, kteří na tuto péči čekají.

Seznam použité české literatury a pramenů

- Balašová Jana, *Kapitoly z logopedie*, Praha: Vysoká škola J. A. Komenského, 1. vydání, 2002. ISBN 80-86723-05-4.
- Klenková Jiřina, *Kapitoly z logopedie 2 a 3*, Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-62-1.
- Klenková Jiřina, *Kapitoly z logopedie 1*, 2. vydání, Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-5.
- Klenková Jiřina, *Možnosti stimulace neverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*, Brno: Paido, 2000, ISBN 80-85931-91-5.
- Klenková Jiřina, *Logopedie*, 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, ISBN 80-247-1110-9.
- Kozáková Zdeňka, *Psychopedie*, 1. Vydání, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, ISBN 80-244-0991-7.
- Lechta Viktor, *Symptomatické poruchy řeči u dětí*, české vydání, Praha: Portál s.r.o., 2002, ISBN 80-7178-572-5.
- Lechta Viktor a kol., *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*, české vydání, Praha: Portál s.r.o., 2003, ISBN 80-7178-801-5.
- Lechta Viktor a kol., *Terapie narušené komunikační schopnosti*, české vydání, Praha: Portál, s.r.o., 2005, ISBN 80-7178-961-5.
- Lechta Viktor, *Základy inkluzivní pedagogiky Dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*, Praha: Portál, s.r.o. 2010, ISBN 978-80-7367-679-7.
- Lejska Mojmir, *Poruchy verbální komunikace a foniatry*, Brno: Paido, 2003, ISBN 80-7315-038-7.
- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, desátá decentní revize MKN – 10*, 2. Vydání, aktualizované, Praha: Bomton Agency, 2008, ISBN 978-80-904259-0-3. s. 242
- Pipeková Jarmila a kol., *Kapitoly ze speciální pedagogiky*, Brno: Paido, 1998, ISBN 80-85931-65-6.
- Sovák Miloš, *Logopedie*, Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1978, č.j. 21 053/77-31 z 8.8.1977.

Škodová a Jedlička, *Klinická logopedie*, 2. Vydání, Praha: Portál, s.r.o. 2007, ISBN 978-80-7367-340-6.

Šulová Lenka, *Počátky řečového vývoje a specifický vliv mateřské a otcovské mluvy*, Praha: Psychologická řada PSY-004, Pražské sociálně vědní studie MSM0021620841, 2006, ISSN 1801-5999.

Švarcová Iva, *Mentální retardace*, 1. Vydání, Praha: Portál, s.r.o., 2003, ISBN 80-7178-821-X.

Trapková Ludmila a Chvála Vladislav, *Rodinná terapie psychosomatických poruch*, Praha: Portál, s.r.o., 2004, 2009, ISBN 978-80-7367-561-5.

Vágnerová Marie, *Vývojová psychologie, dětství, dospělost, stáří*, Praha: Portál s.r.o., 1999, ISBN 80-7178-308-0.

Vítková Marie, *Integrativní školní (speciální) pedagogika*, 2. Vydání, Brno: MSD, s.r.o., 2003, ISBN 80-86633-22-5.

Vítková Marie, *Somatopedické aspekty*, 2. Vydání, Brno: Paido, 2006, ISBN 80-7315-134-0.

Vojtková Iva, *Metodika posuzování speciálních vzdělávacích potřeb u dětí a žáků se vzácnými onemocněními - Rettův syndrom*, Olomouc: Společnost pro mukopolysacharidosu, 2011, CZ.1.07/1.2.00/14.0040.

Seznam použité zahraniční literatury a pramenů

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

Lechta Viktor a kol., *Logopedické repetitorium*, 1. Vydání, publikace

Ministerstva školství, mládeže a sportu SR, 1987, ISBN 80-08-00447-9.

Seznam internetových zdrojů

- denvedy.ff.cuni.cz/system/files/download/pdf/DV2012_SULOVA.pdf,
17.04.2012, 10.30 hod, Šulová Lenka, *Specifický význam otcovské a mateřské role pro raný psychický vývoj dítěte aneb táta nebo máma?*
- <http://www.specou.cz/files/psycho-prez.pdf>, 10.4. 2012, 14.30 hod, Prokopová Daniela, *Psychopedie*, Evropský sociální fond,
- <http://www.stefajir.cz/index.php?q=klinefelteruv-syndrom>, 17.4.2012, 14.55 hod
- <http://www.dumrodin.cz/res/data/022/002445.pdf>, 17.5.2012, 11.50 hod.
- <http://www.rvp.cz/clanek/2821>, 17.5.2012, 14.05 hod.

Seznam citací

(chronologicky podle umístění v textu)

- (Balašová, 2002, s. 9).
(Klenková, 2000, s. 11).
(Klenková, 2006, s. 33).
(Vágnerová, 1999, s. 22).
(Vágnerová, 1999, s. 24).
(Klenková, 2000, s. 11).
(Klenková, 2006, s. 38).
(Lechta, 1987, s. 49).
(Balašová, 2002, s. 7).
(Švarcová 2003 s. 12)
(<http://www.specou.cz/files/psycho-prez.pdf>, 10.4. 2012, 14.30 hod).
MKN – 10, 2008, s. 242)
(Švarcová 2003, s. 55).
(Švarcová 2003, s. 56,57).
(Vítková 2006, s. 41).
(Kozáková 2005, s. 33).
(Švarcová 2003, s. 36).
(Pipeková, 1998 in Lechta, 1990, s. 71).
(Švarcová, 2003, s. 19).
(Balašová 2002 in Lechta 1990, s. 26).
(Škodová a Jedlička, 2007, s. 282).

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Průvodní jevy mentální retardace.....	33
Tabulka 2 - Procentuální výskyt vad řeči v závislosti na hloubce mentální retardace	36
Tabulka 3 - Porovnání vývojových rovin zdravých a mentálně retardovaných dětí	64
Tabulka 4	65

Přílohy

Přílohy obsahují slovníček odborných pojmů a příklady terapeutických metod.

Příloha č. 1

Slovníček odborných výrazů

„Speciální pedagogika je jednou z významných pedagogických disciplín, zabývající se zákonitostmi výchovy a vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a osobami, které z důvodu znevýhodnění vyžadují speciálně pedagogický přístup, podporu při pracovním a společenském uplatnění. Speciální pedagogika se člení na jednotlivé obory, tak jak jednotlivé kategorie postižených osob vyžadují specifické formy výchovy, vzdělávání a podpory při socializaci. Jedním z oborů, který je dle našeho tradičního systému zařazen do speciální pedagogiky, je logopedie.“

(Klenková, 2006, s. 11)

Pojem logopedie má několik významů. Může se jednat o vědní obor, profesní dráhu, nebo studijní program. Kerekrétiová a kolektiv (2009)

Jinak můžeme pojem logopedie definovat jako obor zabývající se vzděláváním a veškerou péčí o jedince s poruchami komunikačních schopností a rovněž jako obor, který působí preventivně na tyto poruchy. Klenková (2000)

Logopedie (z řeckého logos = slovo, paideia = výchova), patří u nás v rámci tzv. humanitních věd k nejprogresivnějším oborům. Kerekrétiová a kolektiv (2009).

Klenková (2006), komunikaci dělí na:

- 1) Verbální (slovní)
- 2) Neverbální (nonverbální, neslovní, mimoslovní)
- 3) Komunikace činem

Pokud budeme komunikaci posuzovat z historického hlediska, nejspíše prvním projevem komunikace byla komunikace činem a posléze pak komunikací neverbální. Pro vyjádření emocí pak slouží spíše komunikace neverbální, kdežto pro vyjádření myšlenek naopak verbální komunikace. (Klenková 2006).

Mezi projevy verbální komunikace můžeme zařadit veškeré mluvené slovo nebo psanou řeč. Můžeme dokonce tvrdit, že veškerá lidská inteligence je prezentována prvky verbální komunikace. Klenková (2006)

Neverbální komunikace je tvořena komunikačními prvky neslovní podstaty, je, z pohledu historie, výrazně starší než komunikace verbální, její vypovídací hodnota je na vysoké úrovni a podléhá společenskému kodexu platnému v dané společnosti. Projevy neverbální komunikace mají značný individuální, interkulturní, etnický a geografický charakter. Rovněž tato komunikace má široké pole působnosti a taktéž slouží jako doprovodný prvek komunikace verbální (mimika, oční kontakt, potřesení rukou atd.). Klenková (2006).

Mentální retardace je dle Mezinárodní klasifikace nemocí definována následovně: „*Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez, nebo s jinými somatickými nebo duševními poruchami.*“ (Mezinárodní klasifikace nemocí: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, desátá decentní revize MKN – 10, 2. Vydání, s. 242)

Lechta (2003) narušenou komunikační schopnost definuje jako stav, kdy dojde k poškození některé z rovin jazykového projevu, nebo k poškození více jazykových rovin současně a toto poškození narušuje komunikační záměr.

Podle Sováka (1978) je řeč definována jako specificky lidská činnost umožňující jedincům používat sdělovacích a výrazových prostředků k zajištění interpersonální komunikace.

Řeč, jako hlasový projev totiž není jedinci lidského druhu vrozená, nýbrž se vyvíjí, na základě genetických faktorů. Jedná se tudíž o velmi sofistikovaný soubor podmíněných reflexů a na sebe vzájemně působících odpovídajících sociálních činitelů.

Řeč je tudíž jedním z prostředků interpersonální lidské komunikace. Sovák (1978).

Balášová (2002) ontogenezi řeči charakterizuje jako různé etapy na časové ose, které jsou určitým způsobem vymezeny a mají zákonitou návaznost. Z pohledu fyziologie není možné, aby došlo k vynechání nebo přeskočení některé vývojové etapy. V průběhu ontogeneze řeči dochází u

rozdílných jedinců k odlišnostem týkajícím se rozdílné délky časových úseků. Nelze proto paušalizovat délku časových etap vývoje řeči. Může docházet ke zrychlení, ale i ke zpomalení ontogeneze. To závisí na individuální, neuropsychické dispozice jedince a rovněž zde působí sociální prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá, jako důležitý faktor.

„Vývoj dětské řeči dělíme na dvě období:

4 Předběžná stádia vývoje řeči

5 Vlastní vývoj dětské řeči „

(Balašová, 2002, s. 9)

Příloha č. 2

<http://www.dumrodin.cz/res/data/022/002445.pdf>, 17.5.2012, 11.50 hod.

Procvičování motoriky jazyka a mluvidel

1. rychle vysouvej a zasouvej jazyk
2. olízni nejprve spodní a pak horní ret vodorovným směrem, pokud možno špičkou jazyka
3. olizuj rty kruhově špičkou jazyka (auto závodí) jedním směrem, pak druhým (pozor na to, aby dítě uprostřed jednoho pohybu nepřecházelo v druhý, aniž olízne celý ret, horní ret sklouzne na spodní apod.)
4. jazyk ven z pusinky, uvolni ho a pohybuj jím zleva doprava a zpět (ještěrka se rozhlíží). Pohybuj pouze jazykem, ne spodní čelistí!
5. olízni horní ret ve středu rtu směrem dolů
6. zavři pusu a jazykem udělej bouli ve tváři, nejdříve v pravé, pak v levé
7. rychle zatahuj a vytahuj jazyk, přitom cvrnkáš o horní ret (čertík)
8. klepej jazykem o horní patro (koník)
9. zvedni jazyk za horní přední zuby a pak plácni jazykem dolů
10. dej jazyk mezi horní ret a zuby a pohybuj jím doprava a doleva
11. nafoukni obě tváře, pak jednu a druhou
12. vysát vzduch z tváří
13. otevřít a zavřít ústa (kapřík)
14. otevřít ústa a co možná nejdál vypláznout jazyk směrem na bradu, na nos
15. olizovat horní, dolní zuby zepředu i zezadu
16. ťukat špičkou jazyka za horní zuby, ústa zešíroka otevřená, úsměv
17. špičkou jazyka jet po horním patře zezadu dopředu, zastavit se neploše zubů zezadu, jazyk nevyplazovat
18. opřít hrot jazyka za dolní zuby, zvednout hřbet jazyka (most)
19. rozkmitávat volné rty při výdechu (koník frká)
20. stáhnout rty, pískat při výdechu
21. foukat nahoru, aby vlály vlasy
22. pít brčkem

23. držíme např. špagetu mezi rty, ne zuby
24. děláme z jazyka špičku (uhoněný pes)
25. olizujeme lízátko
26. zamračit se, usmát se, krčit nos
27. držet tužku mezi horním rtem a nosem (kočičí knír)

Příloha č. 3

<http://www.rvp.cz/clanek/2821>, 17.5.2012, 14.05 hod.

Cviky pro rozvoj motoriky mluvidel

Pohyb jazyka dopředu a dozadu, z pusy ven a zpět – čertí

Pohyb jazyka z pravého koutku do levého a zpět - čertík se rozhlíží, ještěrka mává ocáskem

Pohyb jazyka nahoru a dolů - olíznout si špičku nosu, bradu, olíznout si horní ret, dolní ret

Pohyb jazyka do kruhu - olíznout si rty kolem dokola jednou, později i víckrát, zkusit na obě strany (předpokládá dobré zvládnutí předchozího úkolu)

Pohyb rtů - našpulit rty - dáváme pusinku, foukáme, olizujeme si prst namočený např. do jogurtu, pískáme...

Pohyb rtů - roztáhnout rty doširoka, úsměv, pejsek cení zoubky

Jazyk se stočí špičkou nahoru a dozadu po patře a rychle se natáhne - zvuk připomíná klapání koňských podkov

Uvolnit rty a brnkat prstem o dolní ret (brm, brm)

Kloktání (procvičuje patrohltanový uzávěr)

Nafouknout obě tváře a prsty „propíchnout“ - balón praskl

Horními zoubky stahovat jogurt nebo krém z dolního rtu

Pohyb jazyka po horní a dolní alveole

Ťukat špičkou jazyka na horní alveolu - datel klepe, někdo ťuká...

Špička jazyka se opře o horní alveolu a klesne k dolní (už bez pohybu do stran) - lezeme na půdu a utíkáme do přízemí, zvedneme nahoru kamínek a pustíme ho rovně dolů..., brada by měla být v klidu, pohybujeme pouze jazykem.

Vibrace volných, k sobě přiložených rtů při výdechu - jako frká koník

Nafouknout obě tváře a pouštět vzduch po troškách ven přes pevný závěr - děda kouří fajfku, mašinka se rozjíždí a pomalu zvyšuje rychlost (PB), případně lze držet nos ucpaný

Držet horní zuby proti dolnímu rtu - foukat jako vítr - fi

Udělat kapřika - vysát vzduch z tváří - vmáčknout je, rty tvoří osmičku

Přitisknout špičku jazyka za dolní zuby a trochu otvírat a zavírat pusy - klíček dáme do zámku, otevřeme a zavřeme dveře

Roztáhnout jazyk do placičky a okrajem ho přitisknout ke všem dolním zubům - máma dělá placku z těsta a zoubky jsou formička, totéž nahoře

Zvednout okraje jazyka nahoru - udělej mističku, ruličku

Špičkou jazyka jet po horním patře, zezadu ho zkusit vytlačit ven (jazyk se ohne do oblouku a přimáčkne se na patro) - prst je zvědavý, ale nepatří do pusy, musíme ho vyhnat

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Pavel Altrichter

Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Ontogeneze řeči a vývoj jazykových rovin u zdravé populace a u dětí s mentální retardací

Rok: 2012

Počet stran bez příloh: 86

Celkový počet stran příloh: 7

Počet titulů české literatury a pramenů: 29

Vedoucí práce: Mgr. Hana Fleischmannová