

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Vývoj plynulosti řeči u dětí školního věku

Bakalářská práce

Autor:	Eliška Fundová
Studijní program:	Speciální pedagogika
Studijní obor:	Speciálně pedagogická péče o osoby s poruchami komunikace
Vedoucí práce:	doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ

Pedagogická fakulta

Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Eliška Fundová**
Osobní číslo: **P121363**
Studijní program: **B7506 Speciální pedagogika**
Studijní obor: **Speciálně pedagogická péče o osoby s poruchami komunikace**
Název tématu: **Vývoj plynulosti řeči u dětí školního věku**
Zadávací katedra: **Katedra speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Bakalářská práce se věnuje komparativnímu zpracování současných poznatků v oblasti poruch plynulosti řeči u dětí školního věku. Teoretická část je zaměřena na problematiku koktavosti a breptavosti. Vymezuje základní pojmy, příčiny a příznaky. Dále je zaměřena na diagnostiku, terapii, prognózu a prevenci koktavosti a breptavosti. Praktická část zahrnuje kasuistické studie, které jsou prováděny u dětí s poruchami plynulosti řeči navštěvujících první stupeň Základní školy logopedické. Zaměřuje se především na pozorování a poté zhodnocení dosaženého posunu řečového projevu u dětí s koktavostí či breptavostí. Zahrnuje také využívané terapeutické postupy použité při logopedické péči, pomůcky využívané při terapii a porovnání dětí mezi sebou.

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy:
Seznam odborné literatury:

Vedoucí bakalářské práce: **doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.**
Katedra speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **25. února 2014**
Termín odevzdání bakalářské práce: **26. března 2015**

L.S.

doc. PhDr. Pavel Vacek, Ph.D.
děkan

doc. PhDr. Tibor Vojtko, Ph.D.
vedoucí katedry

dne

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího bakalářské práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 26. 3. 2015

.....

Fundová Eliška

Poděkování

Děkuji doc. PaedDr. Karlu Neubauerovi, Ph.D. vedoucímu bakalářské práce za odborné rady a pomoc, kterou mi poskytl při zpracování bakalářské práce.

Anotace

FUNDOVÁ, Eliška. *Vývoj plynulosti řeči u dětí školního věku*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2015. 78 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se věnuje komparativnímu zpracování současných poznatků v oblasti poruch plynulosti řeči u dětí školního věku. Teoretická část se zaměřuje na oblast školního věku, kde je převážná část věnována vývojovému stavu dítěte a vývoji řeči a jazyka u dětí na počátku školního docházky. Druhá část teorie se zabývá poruchami plynulosti řeči. Vymezuje nejčastější příčiny a symptomy u koktavosti a breptavosti. Dále zpracovává diagnostické, terapeutické postupy a prognostické faktory u obou poruch.

Praktická část bakalářské práce se věnuje kvalitativnímu šetření s využitím případových studií koktavých dětí, navštěvující první stupeň základní školy. Případové studie jsou zaměřené především na oblast komunikace, přesněji na posun řečového projevu u konkrétních dětí a následné porovnání dětí mezi sebou. Praktická část také zahrnuje zhodnocení terapeutických postupů využívané při logopedické péči.

Klíčová slova: dítě školního věku, poruchy plynulosti řeči, koktavost.

Annotation

FUNDOVÁ, Eliška. *The development of fluency in school age children*. Hradec Králové: Pedagogical Faculty, University of Hradec Králové, 2015. 78 pp. Bachelor Degree Thesis.

The bachelor thesis is devoted to a comparative treatment of current knowledge in the field of speech fluency disorders in schoolchildren. The theoretical part focuses on schoolchildren, major part deals with developing stage of a child, progress of speech and language development in children at the beginning of school attendance. The second part deals with the theory of speech fluency. It defines the most common causes and symptoms of stammering and cluttering. Further processing of diagnostic, therapeutic procedures and prognostic factors in both disorders.

The practical part of the thesis is devoted to qualitative research using case studies stammering children attending primary school. Case studies are mainly focused on the area of communication, specifically the advance of speech for a specific child and consequently comparing children with each other. The practical part also includes evaluation of therapeutic procedures used in speech therapy.

Keywords: schoolchild, speech fluency disorders, stammering

Obsah

ÚVOD	10
1 DÍTĚ ŠKOLNÍHO VĚKU	12
1.1 Terminologické vymezení pojmů	12
1.2 Vývoj řeči a jazyka u dětí mladšího školního věku	13
1.3 Vývojový stav dítěte v době vstupu do školy	15
1.3.1 Tělesná (biologická) zralost	15
1.3.2 Kognitivní zralost.....	16
1.3.3 Emoční, motivační a sociální zralost.....	17
1.3.4 Školní připravenost	17
1.4 Nároky na děti v počátku školní docházky	19
2 KOKTAVOST	20
2.1 Uvedení do problematiky	20
2.2 Výskyt koktavosti	20
2.3 Etiologie koktavosti	21
2.4 Symptomatologie koktavosti.....	22
2.5 Klasifikace koktavosti.....	25
2.5.1 Incipientní koktavost	25
2.5.2 Fixovaná koktavost	25
2.5.3 Chronická koktavost.....	26
2.6 Diagnostika koktavosti.....	27
2.7 Terapeutické metody a postupy u koktavosti.....	29
2.8 Prognostické faktory koktavosti.....	33
2.9 Prevence koktavosti	34
3 BREPTAVOST	36
3.1 Uvedení do problematiky	36
3.2 Etiologie breptavosti	36

3.3	Symptomatologie breptavosti.....	37
3.4	Diagnostika breptavosti.....	39
3.5	Terapeutické metody a postupy u breptavosti.....	40
3.6	Prognostické faktory breptavosti.....	41
4	VÝVOJ PLYNULOSTI ŘEČI U DĚTÍ ŠKOLNÍHO VĚKU	43
4.1	Cíl práce a metody výzkumu.....	43
4.2	Charakteristika zkoumaného vzorku	43
4.3	Charakteristika místa a průběhu výzkumného šetření.....	44
4.4	Charakteristika kazuistiky jako výzkumného postupu.....	45
4.4.1	Jednotlivé případové studie.....	47
4.4.1.1	Případová studie Marek.....	47
4.4.1.2	Případová studie Kristýnka	54
4.4.1.3	Případová studie Tomáš	61
4.5	Závěrečná komparace výsledků výzkumného šetření	69
	ZÁVĚR.....	70
	POUŽITÉ ZDROJE	72
	SEZNAM GRAFŮ	76
	SEZNAM OBRÁZKŮ	77
	SEZNAM TABULEK	78

ÚVOD

Poruchy plynulosti mluvy a zejména koktavost patří mezi nejtěžší typy narušené komunikační schopnosti. Nedobrovolné a nekontrolovatelné dysfluence řečového projevu mají vliv nejen na oblast komunikace, ale i na psychiku a celkovou osobnost člověka. Je zřejmé, že v terapii koktavosti existuje velké množství terapeutických přístupů, které mohou ovlivnit řečový projev, eliminovat příznaky a navodit pozměněný vzor mluveného projevu a chování. Nicméně náprava řečového projevu u koktavých jedinců nezávisí pouze na terapeutických postupech, ale i na přístupu klienta a jeho motivaci rozhodnout se pro nápravu vlastní řeči.

Bakalářská práce se věnuje vývoji plynulosti řeči u dětí školního věku. Celá práce je rozdělena do čtyř hlavních kapitol. První tři kapitoly jsou věnované teoretické části a poslední kapitola části praktické.

V teoretické části se zaměřuji na oblast školního věku a na celkovou problematiku poruch plynulosti řeči. Hlavním cílem teoretické části je především vystihnout:

- Oblast školního věku zejména po stránce připravenosti dítěte na školu včetně vývoje řeči a jazyka u dětí mladšího školního věku.
- Oblast poruch plynulosti řeči, kde je pozornost věnována nejčastějším příčinám a symptomům koktavosti a breptavosti, dále popisu diagnostických a terapeutických postupů, přičemž na konci nechybí shrnutí prevence a prognostických faktorů u těchto poruch.

Praktická část se zabývá výzkumným šetřením, které je zaměřené na koktavé děti školního věku. Výzkum je realizován formou zpracování kazuistických studií, prostřednictvím kterých je hodnocen posun řečového projevu u dětí s koktavostí a efektivita použitých terapeutických metod a postupů. Součástí praktické části je i krátké seznámení s výzkumnou skupinou a samotnou tvorbou výzkumného šetření.

Výzkumné šetření se mělo realizovat u dětí, které navštěvují základní školu logopedickou. Nicméně z důvodu velmi malého počtu dětí s koktavostí v logopedických školách mého regionu musely být pro výzkumné šetření zvolené děti, které dochází do běžné základní školy. Tato změna by neměla mít zásadní vliv na cíl bakalářské práce,

jelikož u dětí školního věku by terapie koktavosti měla probíhat obdobným způsobem jako v základní škole logopedické, tak i v ambulanci klinické logopedie.

Téma poruchy plynulosti mluvy, jak už jsem uvedla výše, je velmi specifickým problémem. Můj důvod pro výběr tohoto tématu ke zpracování bakalářské práce je především takový, že mě tato oblast logopedie oslovila již v počátku studia a bohužel jsem se s touto problematikou zatím setkala jen v odborné literatuře, nikoliv v běžném životě, či v rámci praxe během studia. Samotnou mě zajímá, jak se s těmito dětmi v praxi pracuje, jaké terapeutické metody se k nápravě řeči využívají, či jaký postoj k tomuto handicapu mají rodiče koktavých dětí. Doufám, že prostřednictvím zpracování bakalářské práce na téma *vývoj plynulosti řeči u dětí školního věku*, si obohatím své dosavadní poznatky a hlouběji nahlédnu do této problematiky.

1 DÍTĚ ŠKOLNÍHO VĚKU

Nástup do školy je jedním z nejdůležitějších sociálních mezníků v životě dítěte. Dítě s nástupem do školy získává novou roli, stává se školákem. Je to velmi společensky významný akt. Dítě projde zápisem a prvním dnem ve škole, který potvrzuje počátek nové životní fáze. Většina dětí se na vstup do školy těší, vstupuje do školy obvykle s velkou touhou po učení a získávání nových poznatků (Vágnerová, 2012).

1.1 Terminologické vymezení pojmů

Aby v této práci mohla být popsána problematika školního věku, je nezbytné vymezit a definovat základní pojmy, které s tímto tématem souvisí.

- **Jazyk a řeč**

Jednou z velmi důležitých lidských schopností, která je nedílnou součástí našeho života, je řeč. Lechta (2008, s. 13) ji definuje jako „*schopnost vědomě používat jazyk jako složitý komunikační systém znaků a symbolů ve všech jeho formách.*“ Řeč je pouze lidskou vlastností, nejedná se však o schopnost vrozenou. Člověk se rodí s určitými dispozicemi, které se při styku s mluvním okolím rozvíjejí. Prostřednictvím řeči jedinec může vyjádřit své pocity, přání a myšlenky (Klenková, 2006).

S řečí úzce souvisí i jazyk. Dle Neubauera (2010, s. 9) se jedná o „*základní systém lidské komunikace, který je prakticky realizován mluvenou řečí nebo písmem, nebo i manuálním způsobem.*“ Jazyk má svůj slovník, gramatická i syntaktická pravidla.

- **Školní věk**

Školní věk lze chápat jako období oficiálního vstupu do společnosti. Dítě ve škole musí potvrdit své kompetence, pracovat a plnit povinnosti, tak jak od něho společnost očekává (Vágnerová, 2012).

Dle Vágnerové (2012) lze školní věk rozdělit na tři dílčí fáze.

Mladší školní věk

Raný školní věk se vyznačuje obdobím přibližně od 6 do 9 let. Pro toto období je především charakteristická změna sociálního postavení, která stimuluje další vývoj dítěte, ale také různé dílčí schopnosti a dovednosti. Dítě v tomto období musí zvládnout

novou sociální roli a základy vzdělanosti. Základy vzdělanosti spočívají především v naučení se číst, psát a počítat (Vágnerová, 2012).

Střední školní věk

Toto období trvá od 9 do 11 – 12 let, to je do doby, kdy dítě přechází z prvního na druhý stupeň základní školy nebo na nižší stupeň střední školy (Vágnerová, 2012). Je to období, kdy se u dítěte začínají objevovat prvotní známky pohlavního dospívání i s průvodními psychickými projevy. V tomto období změny osobnosti dítěte nejsou tolik převratné jako v útlém a předškolním věku (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Dítě si ve škole vytváří určitou pozici, která do jisté míry může předurčovat jeho budoucí sociální postavení. Pozici si též vytváří mezi svými vrstevníky, která ovlivňuje jeho další osobnostní vývoj. Jedná se o klidné období, ve kterém se nevyskytuje žádný významný mezník, biologický ani sociální (Vágnerová, 2012).

Starší školní věk

Období staršího školního věku je vymezeno nástupem na druhý stupeň základní školy a trvá do ukončení povinné školní docházky, to je přibližně do 15 let. Z biologického hlediska se jedná o období puberty (Vágnerová, 2012).

- **Školní zralost**

Petrová (2010, s. 96) definuje školní zralost jako „*určitý stupeň vývoje tělesných i duševních schopností a dovedností dítěte, který je nutným předpokladem úspěšného zvládnutí školních požadavků.*“

- **Školní připravenost**

Dle Průchy (2013, s. 301) se jedná o „*komplexní charakteristiku, která zahrnuje jak úroveň biologického a psychického vývoje dítěte, tak dispozice na základně učení a vlivem konkrétního sociálního prostředí.*“

1.2 Vývoj řeči a jazyka u dětí mladšího školního věku

Nejdůležitějším obdobím pro utváření lidské řeči je období do šestého roku života.

V období mladšího školního věku dochází k následnému upevňování a stabilizování řeči.

Dítě vstupuje do školy s praktickou znalostí mateřského jazyka, avšak na počátku školní docházky jsou mezi dětmi viditelné rozdíly. Rozdíly můžeme pozorovat ve slovní zásobě, skladbě řeči či v oblasti artikulace (Petrová, 2010). Počet slov, která dítě v této době užívá ať už aktivně, či pasivně, je na začátku školní docházky značný a stále stoupá. Údaje o množství slov, které děti v jednotlivých letech znají a používají se různí. Dle Bytešníkové, Horákové, Klenkové (2007) u šestiletého dítěte průměrná slovní zásoba činí okolo 2500 – 3000 slov.

Děti v období mezi 5. – 7. rokem jsou schopny rozlišovat zvukovou podobu mluvené řeči, tj. slova, slabiky, jejich počátek a konec, ale i jednotlivé fonémy. Fonematická diferenciací má velký vliv pro výuku čtení a psaní. Nezralé děti mohou mít v této oblasti i výraznější problémy, například potíže s rozlišováním podobně znějících hlásek. Nejčastěji se jedná o sykavky a souhlásky jako je P, K nebo T. S potížemi rozlišování hlásek částečně souvisí i nesprávná výslovnost daných hlásek, nicméně řeč u dětí na počátku školní docházky by měla být z hlediska zvukové stránky v normě (Vágnerová, 2012).

U dětí mladšího školního věku dochází i k postupnému dokončování vývoje fonologické diferenciací. Šesti - sedmileté děti dokážou diferencovat jak krátké a dlouhé samohlásky, tak postupně i měkké a tvrdé slabiky (Vágnerová, 2012). Měly by samostatně zvládat správně reprodukovat poměrně dlouhou větu a zopakovat krátký příběh s minimální dopomocí prostřednictvím pomocných obrázků. Postupně u všech dochází k intelektualizaci řeči (Bytešníková, Horáková, Klenková, 2007).

Celkový vliv školy na vývoj řeči je značný. S dovedností číst u dítěte dochází k stálému rozšiřování slovní zásoby, dovedou mluvit věcně správně v delších a složitějších větách. Větná stavba se zkvalitňuje včetně správně užitých gramatických pravidel (Petrová, 2010).

Dle Rámcového vzdělávacího programu (Smolíková, online, 2004) by dítě na začátku školní docházky mělo zvládat tyto komunikační dovednosti:

- „Ovládá řeč, hovoří ve vhodně formulovaných větách, samostatně vyjadřuje své myšlenky, sdělení, otázky i odpovědi, rozumí slyšenému, slovně reaguje a vede smysluplný dialog.

- *Dokáže se vyjadřovat a sdělovat své prožitky, pocity a nálady různými prostředky (řečovými, výtvarnými, hudebními, dramatickými apod.)*
- *Domlouvá se gesty i slovy, rozlišuje některé symboly, rozumí jejich významu i funkci.*
- *V běžných situacích komunikuje bez zábran a ostychu s dětmi i s dospělými; chápe, že být komunikativní, vstřícný, iniciativní a aktivní je výhodou.*
- *Ovládá dovednosti předcházející čtení a psaní.*
- *Průběžně rozšiřuje svou slovní zásobu a aktivně ji používá k dokonalejší komunikaci s okolím.*
- *Dovede využít informativní a komunikativní prostředky, se kterými se běžně setkává (knížky, encyklopedie, počítač, audiovizuální technika, telefon atp.).*
- *Ví, že lidé se dorozumívají i jinými jazyky a že je možno se jim učit; má vytvořeny elementární předpoklady k učení se cizímu jazyku.“*

1.3 Vývojový stav dítěte v době vstupu do školy

Před vstupem do školy se neřeší pouze otázka, jak účinně stimulovat a připravovat všechny děti na školní činnosti, ale důležitá je i oblast zralosti dítěte na školu (Langmeier, Krejčířová, 2006). Školní zralost a připravenost je jedním z nejdůležitějších předpokladů pro úspěšnost dítěte ve škole. Vyjadřují optimální somato – psycho – sociální vývoj dítěte, který je předpokladem školní úspěšnosti (Švingalová, 2002).

Následně se práce zabývá výčtem podstatných znaků školsky zralého a připraveného dítěte.

1.3.1 Tělesná (biologická) zralost

Tělesnou zralost posuzuje především pediatr v rámci předškolní zdravotnické prohlídky. K posouzení se vyjadřují také rodiče a učitelé mateřské školy (Petrová, 2010).

K tělesným předpokladům, které jsou důležité pro vstup do školy, patří dosažení takové úrovně tělesného vývoje, která u dítěte nezanechá při každodenní návštěvě školy zdravotní problémy (Wedlichová, Heřmanová, 2006). Nejčastěji se posuzuje výška a hmotnost dítěte. Tyto dvě veličiny jsou ale současně nejméně průkazným ukazatelem vyspělosti dítěte a se skutečnou zralostí pro školu souvisí nevýznamně. Nicméně vývoj pohybových a dalších schopností je do značné míry závislý na tělesném růstu. Tělesný

růst je v tomto období většinou rovnoměrně plynulý. Dále bývá posuzován věk a celkový zdravotní stav dítěte (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Významným mezníkem v období, kdy dítě vstupuje do školy, jsou nápadně se měnící tělesné proporce. Dochází k celkovému protažení postavy, prodlužují se končetiny, zužuje se trup a relativně se zmenšuje velikost hlavy. Tuková vrstva ustupuje a sílí svalstvo. Tyto změny v tělesné stavbě vedou k dosažení tzv. Filipínské míry – tj. „*ruka natažená přes vzpřímenou hlavu dosáhne na ušní lalůček na druhé straně*“. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 112)

S měnící se tělesnou stavbou velmi úzce souvisí změny v ovládnutí těla. Kolem šesti let dochází ke zlepšení motoriky dítěte a jeho celkové tělesné výkonnosti. Tyto přeměny umožňují i nové možnosti a formy pohybu. Dosavadní nekontrolovatelné pohyby se mění na pohyby cílevědomé a kontrolovatelné (Kuric, 2000). Ke změně dochází i v oblasti mimiky, která se stává usměrněnější a kontrolovanější (Langmeier, Krejčířová, 2006). Z hlediska motorického vývoje u dětí v šesti letech dochází ke zvětšování síly svalů, zlepšují se dovednosti hrubé i jemné motoriky. Děti jsou obratnější, zručnější, mají lepší koordinaci oka a ruky (Allen, 2008).

1.3.2 Kognitivní zralost

Předpokladem školního úspěchu je určitý stupeň intelektuálního vývoje. Tato oblast připravenosti dítěte na vstup do školy je do značné míry ovlivněna vrozenými dispozicemi a celkovým průběhem vývoje dítěte, které zahrnuje jak rodinné prostředí, tak výchovu (Petrová, 2010).

U dětí kolem šestého roku dochází k významným změnám v poznávacích činnostech. Dítě se na svět dívá o poznání realističtěji, je méně závislé na svých přáních a okamžitých potřebách. Začíná logicky uvažovat, i když zatím jen na konkrétních předmětech a při konkrétních činnostech. Je schopno analyticko – syntetické činnosti, diferencovat zvukovou a vizuální podobu slova a analyzovat části určitých množin prvků, což je velmi důležité pro úspěšný postup při čtení, psaní a počítání (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Dle Petrové (2010) se k posouzení rozumové zralosti využívají následné jevy:

- přechod od obecnějších jevů k detailnějším;

- celková schopnost analýzy a syntézy v poznání;
- schopnost konkrétních myšlenkových operací;
- schopnost trvalé a záměrné paměti;
- odlišení reality od fantazie;
- vůlí ovládaná pozornost;
- přiměřený vývoj řeči;
- rozlišení hry a povinnosti.

1.3.3 Emoční, motivační a sociální zralost

Při vstupu do školy hraje emoční složka velmi významnou roli. V souvislosti se zráním nervové soustavy se emoce stávají vyrovnanější, což se u dítěte projevuje citovou stabilitou, která je pro vstup do školy velmi důležitá. Emočně zralé dítě by mělo již umět kontrolovat své emoce a impulzy a odložit splnění svých přání na pozdější dobu. Důležitý je kladný postoj k sobě samému a přiměřená sebedůvěra (Plevová, 2006).

S citovou a motivační zralostí úzce souvisí i zralost sociální. Dítě by mělo být méně závislé na rodině, mělo by se naučit od ní na čas odloučit a být činné i bez její opory. Dále je důležitá schopnost podřízení se autoritě a přijmout novou roli – roli školáka. Role školáka spočívá nejen v respektování pravidel, která jsou ve třídě stanovena, ale také si musí najít své místo ve skupině dětí, v níž má nejen pracovat a plnit úkoly, ale v určený čas se i bavit a navazovat kamarádské vztahy.

Dalším důležitým aspektem školní zralosti jsou sociální kompetence dítěte, neboli jeho schopnost empatie a zapojení se do prosociálních aktivit. Příprava pro školu by tedy neměla být zaměřena pouze na nácvik dovedností nebo rozumových návyků, ale měla by se zaměřovat i na nácvik dovedností sociálních (Langmeier, Krejčířová, 2006).

1.3.4 Školní připravenost

Pro vstup do školy dítě musí mít nejen již zmíněné rozumové, tělesné a emoční předpoklady, ale na úspěšné začlenění do školní činnosti musí být i připraveno. Jedná se především o postoj ke škole a o hodnotu, jakou rodina přičítá školnímu vzdělávání. Dítě by mělo mít kladný postoj ke škole, k učební látce, ale i pozitivní vztah k učiteli a spolužákům (Langmeier, Krejčířová, 2006). Nedostatečná připravenost na školu, ale

i odlišnost v hodnotách a normách rodiny a školy zvyšuje riziko neúspěšnosti (Vágnerová, 2012).

Dle McWayna (2004, in Vágnerová, 2012) je pro dítě především důležité, jakou hodnotu má pro jeho rodiče školní úspěch, protože podle toho také ke školní práci bude přistupovat. Pokud by mu nebyl jasný smysl školního vzdělávání, stane se pro něj škola zbytečnou povinností.

Dítě by na školu mělo být připravené i po stránce sociální. „*Sociální připravenost zahrnuje úroveň běžných znalostí o vztazích a chování k různým lidem a schopnosti s nimi komunikovat.*“ (Vágnerová, 2012, s. 259) I tato oblast záleží na rodině, ze které si dítě přináší určité znalosti a základní sociální dovednosti. Nedostatečnost těchto znalostí, zkušeností a dovedností působí jako sociokulturní handicap, který je ve vztahu ke škole rizikovým faktorem.

U problémových dětí, u kterých není zřejmé, zda jsou dostatečně zralé a připravené zaujmout roli školáka se provádí **vyšetření školní zralosti**. Vyšetření by mělo být komplexní a měl by se na něm podílet tým odborníků. Vykonává se zpravidla v pedagogicko – psychologické poradně a zahrnuje vyšetření psychologické a speciálně pedagogické (Švingalová, 2002).

Pro diagnostiku školní zralosti se nejvíce využívají metody psychologické, a to zejména psychologické testy. Jeden ze známých testů, který je rozšířen hlavně mezi učitelkou veřejností, je Jiráskův **Orientační test školní zralosti**. Tento test je modifikací testu A. Kerna a celkově se skládá se ze tří úloh, které jsou časově nenáročné. Význam toho testu je především orientační, depistážní.

Prvním úkolem je kresba lidské postavy, která vychází ze vztahu mezi výtvarným projevem a celkovou intelektuální schopností dítěte. Ve druhém úkolu má dítě napodobit psané písmo. Jedná se o věty, které jsou složeny ze tří krátkých slov či bezesmyslných slabik. Poslední úkol spočívá v napodobení uspořádané skupiny teček. Oba úkoly jsou zaměřené na percepční zralost, vizuálně motorickou koordinaci při napodobování předlohy a splnění instrukce v úkolu, který pro děti není nijak zajímavý. Úkoly se hodnotí pomocí školní stupnice (Trpišovská, Vacinová, 2006).

1.4 Nároky na děti v počátku školní docházky

Jedním z rozhodujících činitelů úspěchu či neúspěchu dítěte mohou být požadavky školy. Je velmi důležité tyto nároky v co nejvyšší možné míře sladit s reálnými možnostmi většiny školních začátečníků, aby požadavky školy a předpoklady dítěte byly kompaktní. Ve škole se nejedná jen o to, jakých cílů má být dosaženo, ale i o to, jaké metody jsou k tomu využívány a jaký přístup učitel vůči dítěti zaujme. Přístup učitele by měl být pro dítě především motivační (Wedlichová, Heřmanová, 2008).

Velké nároky klade škola na koncentraci pozornosti. Dítě nevystačí pouze se spontánní pozorností a úmyslná pozornost je v tomto věku velice unavující. Stává se, že některé děti se po vstupu do školy nedokážou přizpůsobit stávajícím podmínkám. Špatně se začleňují do kolektivu, jejich pozornost je labilní či jsou neklidní, vykřikují a zapomínají pomůcky a úkoly. Tyto projevy mohou trvat různě dlouhou dobu, záleží na individualitě každého jedince. U někoho odezní po několika týdnech, u jiných se tyto projevy mohou stupňovat, trvat poměrně dlouhou dobu, a tím ovlivnit nejen první rok ve škole, ale celou školní docházku (Petrová, 2010).

Významný podíl na tom, jak se dítě přizpůsobí školním podmínkám, má třídní učitelka popřípadě učitel a celkové pedagogické klima ve třídě a ve škole (Trpišovská, Vacinová, 2006).

2 KOKTAVOST

Koktavost neboli balbuties patří mezi poruchy plynulosti řeči. Je pokládána za jeden z nejsložitějších druhů narušené komunikační schopnosti.

2.1 Uvedení do problematiky

Koktavost bychom měli chápat jako samostatný syndrom narušené komunikační schopnosti. Dysfluence mluvného projevu se může vyskytovat i u jiných syndromů a v jiných diagnózách, například u dětské mozkové obrny či u afázie. V tomto případě se nejedná o koktavost jako syndrom, ale pouze o symptomatickou poruchu řeči. „Pravá“ koktavost je samostatná nozologická jednotka, je to syndrom s vlastními symptomy (Lechta, 2010).

Celkově se jedná o multifaktoriální, dynamický a variabilní syndrom narušené komunikační schopnosti. Pojem multifaktoriální lze charakterizovat tak, že syndrom koktavosti zahrnuje více faktorů neboli skupinu symptomů. Jedná se o dysfluenci řeči, nadměrnou námahu a psychickou tenzi. Dynamičnost syndromu znamená, že symptomy koktavosti se vzájemně prolínají a variabilita syndromu se týká změny projevů, které jsou závislé na konkrétní komunikační situaci a celkovém fyzickém a psychickém rozpoložení jedince (Mlčáková, Vitásková, 2013).

V moderní terminologii je koktavost definována jako *„syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se nejvýrazněji projevuje charakteristickými nedobrovolnými specifickými pauzami narušujícími plynulost procesu a tím působícími rušivě na komunikační záměr.“* (Lechta, 2010, s. 28)

2.2 Výskyt koktavosti

Koktavost se vyskytuje na celém světě, můžeme ji zpozorovat u všech věkových kategorií, u všech národů a v celé historii lidstva. S koktavostí jsme se mohli setkat i u známých osobností jako jsou např. Mojžíš, Demosthenes, Newton, Darwin či W. Churchill (Kehoe, 2000 in Lechta, 2010).

Četnost osob, u kterých se někdy v životě projevily symptomy koktavosti, se nejčastěji pohybuje od 3 do 5%. Ale jelikož 60 – 80% osob úspěšně překonalo období koktavosti, je aktuální výskyt asi 1% v celé populaci.

S koktavostí se častěji setkáváme u mužského pohlaví. Bosshardt (Lechta 2010) dle výzkumu uvádí, že již od začátku se koktavost častěji vyskytuje u chlapců než u dívek a to v poměru 2:1 a tento poměr se paralelně s věkem zvětšuje.

Dle Sandrieserové a Schneidera se koktavost objeví přibližně u poloviny případů již před čtvrtým rokem života dítěte, do pátého roku se začne zakoktavovat přibližně 75 % dětí a do šestého roku života 90 % dětí. Z toho je patrné, že většina případů koktavosti začíná již v předškolním věku, případně v období nástupu do školy. Po dvanáctém roce života lze očekávat počátek koktavosti jen zřídka (Lechta, 2010).

V minulosti jsme se také mohli setkat s tvrzením, že u bilingvních jedinců je větší pravděpodobnost vzniku koktavosti, než u jedinců monolingvistických. Francouzští autoři Pichona a Borel – Maisonna ve své publikaci o koktání z roku 1937 uvádí, že až 14% balbutiků používá při komunikaci více než jeden jazyk. Tento názor podpořili i další vědci (Lebrun a Paradis), kteří dle výzkumu ve třicátých letech uvedli, že se koktavost vyskytuje u bilingvních jedinců v 2,8% a u monolingvistických jedinců v 1,8%. V dnešní době ale moderní výzkumy prokázaly, že neexistuje žádná přímá souvislost mezi bilingvismem a koktavostí (Hoffmann, 1991).

2.3 Etiologie koktavosti

Příčina koktavosti doposud není objasněna. V dřívější době byla koktavost nazývána jako „trýznivá neuróza“, tzn., že příčina je psychogenního původu, nikoliv organického. Tato teorie je již zamítnuta, jelikož se prokázalo organické narušení (Lechta, 2010).

Na vzniku koktavosti se podílí mnoho faktorů, nejedná se tedy pouze o jednu příčinu. Z etiologických faktorů při vzniku koktavosti nejčastěji působí dědičnost, orgánové odchylky, vliv sociálního prostředí, psychické procesy, jiné druhy narušené komunikační schopnosti, jako například breptavost či opožděný vývoj řeči a další příčiny, mezi které můžeme uvést poruchy metabolismu či vegetativní labilitu (Bytešníková, 2012).

Vznik koktavosti v důsledku dědičnosti je přibližně 15%. Patrné ale je, že se dědí pouze některé vlohy a pro vznik koktavosti musí k dědičným faktorům přibýt i další činitelé (Lechta, 2010). U dědičnosti je zřejmé i to, že existuje více konkrétních genů, které se podílí na vzniku koktavosti (Lechta, Králiková, 2011). Mezi příčiny, které vznikají na organickém podkladě, můžeme uvést lehkou mozkovou dysfunkci či dyskoordinaci

mozkových hemisfér, „*opožděný vývoj levé hemisféry v důsledku nadměrné sekrece testosteronu v děloze během intrauterinního vývoje a následná pravoemisférová dominance tzn. zvýšená aktivita oblastí pravé hemisféry pro řeč.*“ (Mlčáková, Vitásková, 2013, s. 18). Dále neurologické faktory, kde se jedná především o poškození mozku během těhotenství případně při porodu. Koktavost na organickém podkladě může vzniknout i u nedonošených dětí v souvislosti s nevyzrálostí a poškozením centrální nervové soustavy (Peutelschmiedová, 2001).

Sociální prostředí může být dalším faktorem vzniku koktavosti. V prostředí se můžeme setkat s nejrůznějšími psychotraumaty, které na jedince působí jak ve školním a domácím prostředí tak mezi vrstevníky či v zaměstnání. Negativní vliv prostředí může mít i jistý vliv na již rozvíjející se koktavost jako fixující faktor. Na vzniku koktavosti se můžou podílet i psychické procesy. Jde spíše o činitele, které fungují jako fixující faktor koktavosti, než jako prvotní příčina vzniku. Mezi tyto procesy můžeme zařadit strach, zaleknutí či traumatizující zážitek, které u dítěte vyvolají dysfluenci řeči. Wyattova koncepce uvádí, že určitou roli při vzniku koktavosti může hrát i narušený vztah matka – dítě během vývoje řeči dítěte (Lechta, 2010).

2.4 Symptomatologie koktavosti

Syndromy koktavosti jsou velmi pestré. Může se jednat o příznaky, které jsou navenek viditelné nebo o příznaky, které jsou naopak skryté a odhalí se až po opravdu komplexní diagnostice. Pro každého člověka, který má tuto poruchu řeči, jsou však závažnou překážkou ve verbální komunikaci (Škodová, Jedlička, 2003).

Koktavost představuje komplexní syndrom a symptomy můžeme pozorovat ve všech čtyřech jazykových rovinách. V rovině foneticko – fonologické (obtíže v artikulaci), lexikálně – sémantické (interferenční vliv parafrází při zpracování mluvního projevu), morfologicko – syntaktické (úsilí o co nejkratší věty) a v rovině pragmatické (narušené koverbální chování, vyhýbání se verbální komunikaci). (Klenková, 2006)

Nejvíce viditelný symptom koktavosti je neplynulost řečového projevu. Dysfluence může mít nejrůznější podobu. Rozlišuje se tonická, klonická a tonoklonická forma.

U tonické formy je charakteristický zvýšený fonační tlak při uzavřené hlasové šterbině. Patrné je i zvýšení napětí některých artikulačních svalů. Jsou zde přítomny poruchy týkající se dýchání při mluvení. Jedná se především o rychlý výdech, prostřednictvím

kterého se zkracuje fonační doba. Častější nadechování pak ovlivňuje přirozenou plynulost řeči.

Klonická forma spočívá ve volném opakování slabik. Nejčastěji se jedná o první slabiku ve slově, v těžších formách může docházet i k opakování slabiky uprostřed slova. Opakování slabiky může probíhat vícekrát za sebou. Čistá klonická forma se objevuje jen zřídka.

Tonoklonická forma se vyskytuje nejčastěji. Jedná se o spojení symptomů klonické a tonické formy. Opakování slabik je předcházeno zvýšeným perforačním napětím (Škodová, Jedlička, 2003).

Tab. 1: Sedm základních typů dysfluencí (Shipley a McAfee, 1998 in Lechta, 2010)

Repetice	
částí slov/slabik	Ba-ba-ba-basketbal
celých slov	Kolik je je je ti let?
slovních zvrátů	Já jsem já jsem já jsem byl doma.
Prolongace	
hlásek/slabik	Ppppppojd'me domů
tiché prolongace	Namáhavý pokus říct slovo, ale není slyšet zvuk
Interjekce	
hlásek/slabik	Já hm ... hm mám problém.
celých slov	Já mám, ano, takový problém.
slovních zvrátů	Já mám, to je prostě, problém.
Tiché pauzy	
	Já jsem byl (nápadná pauza) v obchodě.
Přerušovaná slova	
	Bylo to nádher-(pauza)-né
Nekompletní slovní zvraty	
	Nevím, jestli si mohu... pojd'me domů.
Opravy	
	Myslím, že půjdeme domů, na procházku.

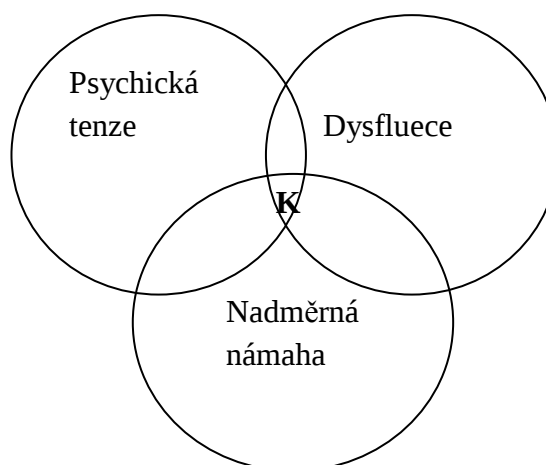
K této tabulce je důležité zmínit, že interjekce, opravy a nekompletní slovní zvraty se vyskytují i u nekoktavých lidí. Ostatní typy jsou specifické pro koktavost (Kehoe, 2000, in Lechta, 2010).

Dysfluence při verbálním projevu jsou většinou doprovázeny nadměrnou námahou při artikulaci a psychickou tenzí, která souvisí s realizací řeči. U lidí s koktavostí je nadměrná námaha zpravidla postřehnutelná i navenek. Na rozdíl od lidí bez poruchy řeči balbutik musí vynaložit nadměrnou námahu i při běžné řeči. Může se projevovat grimasy, různě nápadnou gestikulací popřípadě vegetativními příznaky, jako je zčervenání či zpocení. Nadměrná námaha může mít vliv i na koverbální chování, které ruší při komunikaci a může být nepříjemné pro druhé lidi. Jako příklad můžeme uvést velká gesta, přešlapování z místa na místo či ztrátu očního kontaktu (Lechta, 2010). U některých jedinců můžeme pozorovat nadměrnou námahu i na kvalitě hlasu. Jedinec například zvyšuje hlas či je hlas tlačенý, přerývaný neboli tvořený s viditelnou námahou (Lechta, Králiková, 2011).

Tyto projevy souvisí i se skrytou psychickou tenzí. Pod pojmem psychická tenze rozumíme nepříjemný pocit vnitřního neklidu, který je u každého jedince odlišně prožívaný. Na psychickou tenzi může navazovat strach, který se může postupně spojovat s prožitými zkušenostmi a v případě nepříznivé prognózy může vyústit až do logofóbie neboli chorobného strachu z vlastního mluvního projevu.

Kompletní klinický obraz syndromu koktavosti charakterizují tři skupiny symptomů, které jsem zmínila výše a to dysfluence mluveného projevu, nadměrná námaha a psychická tenze. Tyto symptomy se většinou projevují individuálně v různé míře, v různém stupni závažnosti a v různé časové návaznosti (Bytešníková, 2012).

Obr. 1: Klinický obraz koktavosti



2.5 Klasifikace koktavosti

Koktavost lze členit z několika hledisek. Například klasifikace koktavosti podle doby vzniku, podle verbálních symptomů či podle stupně (Mlčáková, Vitásková, 2013). V této práci se budu zabývat členěním z hlediska etiopatogeneze.

2.5.1 Incipientní koktavost

Hood (1999, in Lechta, 2010) se zmiňuje o incipientní koktavosti jako o počátečním stádiu vývoje koktavosti, které se projevuje lehkým a nenamáhavým opakováním jednoslabičných slov, slabik a hlásek až po prolongaci hlásek.

Vyskytuje se převážně u dětí předškolního věku či v období počátku školní docházky. Začíná převážně klonickou formou, tzv. repeticemi. U jedinců s touto formou koktavosti lze pozorovat již jisté prvky námahy při mluvení. Jedinec vnímá pouze své obtíže v okamžiku dysfluence. Uvědomuje si problém s konkrétním projevem, ale ještě u něj není rozvinuto vědomí komunikačního handicapu.

2.5.2 Fixovaná koktavost

Tato forma koktavosti se objevuje ve věku 6 – 13 let. Většinou přetrvává z předškolního věku. Fixovaná koktavost se od incipientní liší v jedné zásadní věci a to, že dítě si začíná uvědomovat komunikační handicap a rozvíjí se u něj strach z koktání. Fixace koktavosti může mít za následek i změny ve verbálním i koverbálním chování, v sociálních kontaktech, v citech či postojích. U dítěte začíná docházet k frustraci především díky tomu, že slyší vlastní zakoktavání, může se u něj rozvinout zvýšená dráždivost, očekávání neúspěchu či strach a obavy před lidmi mluvit a vystupovat. V tomto věku může docházet i k recidivám.

Aby vznikla koktavost, jako komplexní syndrom narušené komunikační schopnosti, musí se k poruše připojit další komponenty neboli fixující faktory. Tyto faktory jsou velmi důležité, poněvadž na nich závisí další prognóza a je zapotřebí jim věnovat cílenou pozornost. Jde především o sociální stresory, kde hraje důležitou roli rodina, sociální vztahy, nesplněná očekávání dítěte či málo času, který rodiče věnují dítěti. Dále komunikační stresory, u kterých se jedná především buď o způsob komunikace jako takové nebo o nevhodné reakce okolí na koktavost dítěte. Za neadekvátní způsob komunikace se považuje přerušování v hovoru, pokud se u dítěte objeví dysfluence,

vystavování časovému tlaku či poučování ze strany rodičů či svých vrstevníků. V procesu komunikace recipient může na jedince s koktavostí reagovat různorodě. Reakce můžou být verbální, jako je snaha o pomoc s vyslovováním slova či poučování a rady jak správně mluvit nebo neverbální, kde se jedná především o přerušování očního kontaktu či dávání najevo netrpělivost a neklid při komunikaci. U balbutika to může vyvolat rozpaky, paniku a může docházet k negativnímu hodnocení vlastní osobnosti. Tyto reakce se můžou zafixovat v celistvých vzorcích chování, myšlenkách či pocitech (Lechta, 2010)

Nedílnou součástí tvoří i kognitivní stresory. Coping neboli schopnost vyrovnat se s problémem je velmi důležitý. Způsob, jak se jedinec vyrovná s neplýnulostí v mluvě, může mít vliv na celkovou osobnost. Coping může mít pozitivní i negativní vliv. Jednak může vést k plynulosti mluvy nebo naopak může fungovat jako významný faktor fixace koktavosti.

Důležité je však zdůraznit, že proto, aby se koktavost zafixovala, musí jít o souhrn dispozic, příčiny, incipientní koktavosti a fixujících faktorů (Lechta, 2010).

2.5.3 Chronická koktavost

Chronická koktavost se nejčastěji vymazuje obdobím mezi starší adolescencí a dospělostí. Jedinci jsou obvykle starší čtrnácti let a koktavost u nich zpravidla přetrvává poměrně dlouhou dobu, což se často projevuje i na jejich celkové osobnosti.

V oblasti fluence řeči se můžeme setkat s jedinci, kteří maskují neplýnulost řeči. Respirace či fonace můžou být delší a doprovázeny větší námahou jako u fixované koktavosti.

U jedinců trpících chronickou koktavostí můžeme pozorovat stereotypní vzorec chování, který je u každého jedince individuální. Jedinci mluví s velkou námahou či se mluvě vyhýbají. V tomto stádiu se obvykle nevyskytují žádné remise, většinou se střídá období silnějšího a slabšího zakoktavání, které závisí na celkové i aktuální mentální a fyzické disponovanosti (Lechta, 2010)

2.6 Diagnostika koktavosti

Jelikož se jedná o velice složitý a komplexní syndrom, i jeho diagnostika musí být komplexní. Na diagnostice koktavosti se podílí řada odborníků, nejčastěji logoped, foniatr, psycholog, neurolog a psychiatr. Důležitou roli hrají i rodiče, pedagogové a v případě starších balbutiků i partneři a manželé (Lechta, 2010).

Komplexní diagnostika musí být zaměřena nejen na kvalitativní a kvantitativní stránku v oblasti specifík dysfluencí mluveného projevu, ale také na zjišťování psychické tenze a nadměrné námahy při projevu. Důležité je hledat příčiny a jejich specifika vzhledem k etiologii daného případu (Lechta, 2010). Příčiny koktavosti daného jedince se zjišťují především z anamnestických údajů, které se srovnávají s výsledky lékařských či psychologických nálezů (Klenková, 2006). Při zjišťování anamnestických údajů by balbutik neměl být přítomen, poněvadž by na něj mohla mít nějaká zjištění traumatizující účinek. V rámci osobní anamnézy se zjišťují informace o prostředí, ve kterém jedinec žije, výchova rodičů, náhlé úmrtí v rodině, rozvod rodičů, školské prostředí apod. Důležité jsou i zvláštnosti prenatálního a perinatálního období a současný stav jedince (Lechta, 2010).

Při vyšetřování koktavosti je nezbytně nutné vždy zohlednit věk klienta a podle toho zvolit metodu diagnostiky a terapie. Na vyšetření vstupní navazuje vyšetření v průběhu terapie, výstupní vyšetření a nakonec postterapeutické vyšetření. Celé vyšetřování by mělo být rozděleno do několika sezení a to podle individuálních potřeb jedince (Škodová, Jedlička, 2003).

U diagnostiky koktavosti, jako u diagnostiky narušené komunikační schopnosti obecně, je pro potřeby komplexní analýzy verbálního projevu důležité získat materiály k hodnocení. **Hodnotící materiály** lze získat prostřednictvím:

- Spontánního mluvního projevu

Záznam ze spontánního mluvního projevu se nejčastěji získá rozhovorem. Jde o volný, neřízený rozhovor. Tento záznam je základním materiálem k hodnocení. Cílem rozhovoru je zjistit nejen příznaky koktavosti, ale i další informace např. o vztahu balbutika k rodině, ke školnímu či pracovnímu prostředí apod. Během rozhovoru nesmí balbutik pociťovat časový nátlak či netrpělivost vyšetřující osoby, protože by mohlo dojít k zhoršení příznaků neplynulého projevu a tím zkreslit výsledky vyšetření. Pokud

je složité navázat například s hodně malým balbutikem kontakt, můžou se materiály k hodnocení spontánní komunikace získat formou videozáznamu či audiozáznamu (Lechta, 2003).

- Čtení standardního textu

Hodnocení čtení standardizovaného textu se provádí u dětí školního věku a dospělých jedinců. Čtení obvykle obsahuje 100 slov. Projev neplynulosti řeči se může zaznamenávat přímo do textu a to pod slovo, které nebylo přečteno plynule. Čtení textu se využívá i při kontrolním vyšetření. Je důležité vybrat takový text, aby zaujal jak žáka, tak i dospělého. U dětí předškolního věku, které ještě neumí číst, se využívá popis situačního obrázku (Lechta, 2003).

V rámci **diferenciální diagnostiky** je třeba odlišit, jestli se jedná o dysfluenci řeči na podkladě organického poškození centrálního nervového systému, diferencovat koktavost od breptavosti a fyziologickou dysfluneci od incipientní koktavosti (Klenková, 2006).

Pro určení stupně koktavosti lze sestavit tzv. **balbutiogram**. Prostřednictvím balbutiogramu můžeme srovnávat úroveň plynulosti řeči v různých komunikačních situacích. Balbutiogram poskytuje poměrně přesná a rychlá orientační kritéria. Komplexnost balbutiogramu se projevuje jak v propojení kvalitativního a kvantitativního hodnocení tak i ve výsledcích hodnocení nejen projevů dysfluence, ale i nadměrné námahy, psychické tenze a dalších symptomů (Lechta, 2010).

Balbutiogram se skládá ze tří rovin. V první rovině se hodnotí symptomy koktavosti: dýchání, fonace, artikulace a prozodické faktory řeči. V druhé rovině se zaznamenává klinický obraz koktavosti: příznaky dysfluence (v procentech), nadměrné námahy a prvků psychické tenze. Třetí část obsahuje balbutiograf. Úlohy v balbutiografu jsou přibližně seřazeny podle náročnosti a to obvykle od nejlehčích po relativně nejtěžší. Úlohy obsahují šepot, simultánní řeč, zpěv, automatismy, reprodukci řeči, dokončování vět, čtení / popis obrázku a nakonec spontánní řeč. Vše se zaznamenává v procentech. (Lechta, 2010)

2.7 Terapeutické metody a postupy u koktavosti

„Maximálním cílem terapie koktavosti je její odstranění ve všech třech množinách syndromu koktavosti (dysfluence, psychická tenze, nadměrná námaha).“ (Mlčáková, Vitásková, 2013, s. 66) Ne vždy se v terapii podaří to, aby řeč balbutika byla spontánní, přirozená bez dysfluencí a bez příznaků nadměrné námahy a psychické tenze (Lechta, 2010).

Terapeutické metody koktavosti můžeme dělit na jednodimenzionální, kde se využívá jen jeden postup, jedna metoda a vícedimenzionální, která spočívá v kombinaci více metod. Pokud by měla být terapie účelná, je zapotřebí ve většině případů kombinovat různé druhy terapie. Terapeutické přístupy se dále mohou dělit na přímé, nepřímé a kombinované. Metody přímé se aplikují s cílem korigovat koktavost přímou terapií v oblasti produkce řeči. Tato metoda se využívá převážně u starších balbutiků. Metody nepřímé jsou zaměřeny na celkový psychomotorický vývoj a na komunikační schopnosti jedince, nikoliv přímo na korigování koktavosti. Využívá se především u balbutiků dětského věku. Kombinovaná metoda prolíná metodu přímou a nepřímou. (Lechta, 2005)

Formy terapie koktavosti (Borbonus, Maihack, 2000, in lechta, 2010)

- Individuální – založena na individuálním sezení s balbutikem v časovém rozložení od 30 do 60 minut.
- Skupinová – probíhá většinou za přítomnosti 3 – 6 klientů.
- Intenzivní – může probíhat i několikrát denně. Většinou se tato forma terapie využívá při hospitalaci na klinice nebo v rámci intenzivních terapeutických programů.
- Intervalová – probíhá s odstupem několika týdnů či měsíců, kdy se aplikuje intenzivní terapie.

Terapeutický postup u koktavosti je zjevně odlišný v tom, zda se pracuje s dítětem předškolního věku, s balbutikem školního věku, s adolescentem či s dospělým balbutikem. Terapie se tedy většinou liší v závislosti na tom, o jakou koktavost se jedná (Lechta, 2005).

V České republice jsou k reedukaci řeči u osob s koktavostí preferovány metody a postupy, které jsou založeny na obecně známých a vcelku stabilních formách

jednotlivých cvičení. Tyto cvičení přispívají k navození správného a plynulého mluvního projevu. Bubeníčková (Škodová, Jedlička, 2003) se zmiňuje především o **dechových a fonačních cvičení**, kde se jedná o správnou koordinaci dechu s mluvou a prodlužování výdechového proudu dále o **asociačních cvičení**, které napomáhají rozšiřovat slovní zásobu, zlepšovat mluvní stylizaci či upevňovat mluvní stereotypy. Následně uvádí **řečnická a artikulační cvičení**, **cvičení plynulosti mluvy** a **cvičení čtením**. Nicméně základem mnoha postupů a technik při odstraňování dysfluencí v mluvním projevu je **navození měkkého hlasového začátku**.

Dle Peutelschmiedové (2005) je navození měkkého hlasového začátku jedním ze základních prvků mnoha terapeutických metod logopedické intervence u koktavosti. Ve své publikaci uvádí **nástin techniky měkkého hlasového začátku**:

Pacient by se měl nejprve naučit rozlišit tvrdý a měkký hlasový začátek. Po té logoped dlaní obemkne hrdlo a předvede prudší vyslovení hlásky A. Následně by ho měl balbutik napodobit a logoped taktilně vnímá prudké vyražení hlasu. Toto je aktivita, které by se měl balbutik do budoucna vyhnout. V další etapě se doporučuje začít s vyvozením měkce vyslovovaných samohlásek. Vhodná je samohláska U. Logoped předvede měkké nasazení u samohlásky, které je usnadněné předsazením tzv. hiátu. Zlehka a tiše se snaží o výslovnost hlásky H s napojenou samohláskou U. Důležité je usilovat o měkký hlasový začátek, nesleduje se a nevyžaduje se prodlužování fonace. Délka fonace se v průběhu dalších cvičení bude přirozeně prodlužovat. Další krok spočívá v postupném shlukování samohlásek do skupin (například UOA). Důležité je hlásky vyslovovat plynule za sebou, ne odděleně. Poté „sklouznutím“ připojit ostatní vokály např. UOAEI a následně zdvojovat skupiny samohlásek. Pokud je zvládnán měkký hlasový začátek u samohlásek, můžeme k nim připojit skupinu souhlásek. Například samohlásky spojujeme se souhláskovým shlukem BR. Vždy je důležité vycházet z jediného měkkého hlasového nasazení na začátku hláskového seskupení.

Lechta (2004) v korekci plynulosti mluvy poukazuje i na **Fonograforitmickou metodu**. Metoda vychází z klinického obrazu koktavosti, v němž dochází k průniku symptomů dysflunce, nadměrné námahy a psychické tenze. Jedinec by měl vlivem fonograforitmiky postupně získávat kontrolu nad svým mluvním projevem, aniž by subjektivně pociťoval časový tlak. Dále dochází k synchronizaci pravo – a

levohemisférových procesů a k snížení neurofyzilogických nároků na monitorování motoriky řeči a jazykového projevu.

Aplikace fonograforie má vliv na všechny jazykové roviny. Na rovinu foneticko – fonologickou (proces fonologického uvědomování – analýza, syntéza), morfologicko – syntaktickou (plánování stále složitějších vět), lexikálně- sémantickou (vyhledávání pojmů) i na rovinu pragmaticko – komunikační (návěst dialogů). Fonograforie se realizuje v sedmi základních etapách. Důležitým kritériem je, že pokud jedinec chce přejít do další etapy, musí mít zautomatizované osvojované dovednosti v právě probíhající etapě a jeho řečový projev musí být plynulý v úlohách, které se v dané etapě procvičují.

Jednotlivé etapy fonograforie (Lechta, 2004):

1. Etapa: fonologická analýza slov na slabiky

Tato etapa se realizuje rytmickým vytleskáváním, tlukotem paliček či vybuchováním slov, současně rozkládaných na slabiky. Vždy se realizuje v dostatečně pomalém tempu.

2. Etapa: přiřazení grafiky- úroveň slabik

Zde se jedná o grafické znázorňování obloučků jako ekvivalentů slabik a současného mluvení. V této etapě jedinec bezprostředně získává kontrolu nad svým mluvním projevem. Vhodné je začínat u dvojslabičných slov a následně pokračovat ve víceslabičných slovech, ve větách a nakonec v dialogu.

3. Etapa: úroveň slov

Třetí etapa spočívá v grafickém znázorňování úseček jako ekvivalentů slov a současného mluvení. Začíná se u jednoduchých slov a pokračuje se ve větách a dialogu. Jde především o nahrazování obloučků úsečkami, které napomáhají k plynulé vazbě jednotlivých slabik v zapisovaných a současně vyslovovaných slovech.

4. Etapa: pragmatizace

Aplikace fonograforie v dialogu a v konverzaci. Zde se jedná o grafické znázorňování přímek jako ekvivalentů vět a současného mluvení. Cílem je plynulá vazba mezi slovy ve větě. I v dialogu se eliminuje vznik časového tlaku na balbutika,

poněvadž si komunikační partneři vzájemně podávají psací náčiní, čímž dochází k malé pauze před každým projevem.

5. *Etapa: imaginace* – Přechod k plynulé řeči bez jakékoliv pomůcky.
6. *Etapa: fixace* - Realizace plynulé mluvy v ambulanci za přítomnosti více účastků.
7. *Etapa: transfer* - Nácvik plynulého mluvního projevu v neznámém prostředí mimo ambulanci.

V zahraničí se v současné době preferují dva významné proudy v terapii koktavosti. Jedná se o **terapii zaměřenou na tvarování plynulosti mluvy** (FST – fluency shaping therapy) a **terapii modifikace koktavosti** (SMT – Stuttering modification therapy).

Terapie tvarování plynulosti mluvy je dle Guitara (Lechta, 2004) zacílená na navození fluentní mluvy a na následné upevnění plynulosti v terapeutickém prostředí. Plynulá řeč se poté přenáší do každodenního komunikačního prostředí.

Jedná se o behaviorální terapii, která využívá mnoha metod a postupů. Můžeme zmínit např. zpomalování tempa mluvy, rytmická cvičení, rytmizovanou řeč, měkký hlasový začátek či technická zařízení umožňující zpožděnou sluchovou zpětnou vazbu (např. Lee – efekt). Jelikož se jedná o behaviorální přístup, je menší pozornost věnovaná pocitům balbutika, jeho postojům či vyhýbavému chování, které může být vázané na určité situace, slova či osoby (Mlčáková, Vitásková, 2013).

Jedna z nejvýznamnějších a nejčastěji aplikovanou terapií v oblasti tvarování plynulosti mluvy je **Websterova terapie**, která se skládá ze tří základních složek (Lechta, 2005):

- *Zpomalení tempa řeči* – Cílem je navození velmi pomalého tempa mluvy, které balbutik vnímá jako pomalé nikoliv jako nenormální. Postup začíná nácvikem extrémně zpomalené řeči a postupem času se rychlost mluvy zvyšuje.
- *Lehký hlasový začátek* – Tento postup se praktikuje při jakémkoliv přerušení řeči na začátku věty či projevu. Důležité je maximální soustředění na měkký hlasový začátek zpočátku i s minimální intenzitou, která se postupem času blíží k normální síle hlasu.
- *Hladké přechody* – Hladké přechody mezi jednotlivými slovy bez zvýšeného svalového napětí.

„Účelem terapie modifikace koktavosti je pomoci balbutikovi upravit okamžik zakoktání směrem k fluenci.“ (Lechta, 2004, s. 122). Postup je orientován více psychoterapeuticky a je cíleně zaměřen i na pocity a postoje balbutiků. Vychází z předpokladu, že si balbutik své projevy dysfluence uvědomuje a proto je i cíl terapie zaměřen na to, aby balbutik získal pocit možné kontroly nad plynulostí mluvy v různých těžkých situacích. Terapie modifikace koktavosti se aplikuje především u dětí školního věku a u dospělých osoby, u kterých je přítomna fixovaná nebo chronická koktavost. U dětí předškolního věku se zařazuje výjimečně (Lechta, 2004).

Další významnou metodou v korekci plynulosti mluvy je **psychoterapie**. Psychoterapeutické postupy se nejčastěji využívají u takových jedinců, kde je předpoklad psychogenní příčiny koktavosti (Škodová, Jedlička, 2003). Dle Peutelschmiedové (2000) by mělo psychoterapeutické působení u balbutika posilovat jak řečovou tak, i psychickou stránku. Jedinec by se měl snažit nevyhýbat se verbální komunikaci a ověřovat si nově získávanou techniku mluvy. Principem je tedy co nejvíce snížit, či úplně odstranit vnitřní příznaky do takové míry, aby pacientovi nevadily na řeči a jejich vnější podoba byla co nejpříjemnější. U nás je psychoterapie především založena na behaviorálních psychoterapeutických metodách. Vždy je zapotřebí spolupráce pacienta a jeho určitá intelektová úroveň. Využívá se především u dospělých jedinců s koktavostí (Škodová, Jedlička, 2003).

U některých případů je nezbytné zařadit i **medikamentózní terapii**. Jedná se pouze o pomocnou metodu, která spočívá v symptomatické léčbě ovlivňující pouze některé příznaky. Léky se využívají především na zmírnění strachu z verbálního projevu a na snížení napětí svalů. Tato forma terapie nikdy nemůže úplně nahradit reedukaci a rehabilitaci řeči. Význam má pouze v rámci komplexní léčby. U nás se však nejčastěji využívá **kombinace metod**. Jedná se o komplexní péči, která je založena na týmové spolupráci několika odborníků a aplikuje se v závislosti na individuálních potřebách každého jedince (Škodová, Jedlička, 2003).

2.8 Prognostické faktory koktavosti

O prognóze koktavosti se odborníci vyjadřují s velkou opatrností. Biesalski a Frank (Lechta, 2010) uvádí, že i přes nejmodernější formy terapie bude 1/3 jedinců bez příznaků, 1/3 se v určité míře zlepšit a 1/3 jedinců koktavost zůstane beze změny (Lechta, 2010).

V dnešní době se i přes úspěšnou terapii setkáváme s nebezpečnými recidivami vady řeči. U koktavosti se můžou vyskytovat remise. Remise v tomto smyslu znamená vymezení příznaků koktavosti, ale pouze na určitou dobu. Nejde tedy o úplné odstranění koktavosti. Avšak s aktivní spoluprací jedince s koktavostí lze do jisté míry vadu zkorigovat či úplně odstranit (Peutelschmiedová, 2005).

Dle Lechty (2005) prognózu koktavosti mohou většinou v negativním smyslu ovlivňovat vnější a vnitřní faktory, mezi které můžeme uvést:

- Dědičnost – pokud se v rodině již objevila koktavost, tak hereditární faktory většinou indikují dlouhodobou terapii.
- Začátek terapie – důležité je začít z terapií co nejdříve, aby se u jedince nerozvinula fixovaná či chronická koktavost. To pak zhoršuje celkovou prognózu koktavosti.
- Způsob terapie – důležité je zvolit vhodné terapeutické metody s ohledem na individuální specifické potřeby jedince.
- Rozvinutá psychická tenze a s ní vědomí handicapu
- Věk – pokud je u jedince koktavost přítomna dlouhodobě, postupně se snižují šance na úplný terapeutický úspěch.
- Pohlaví – více se koktavost objevuje u mužů než u žen.
- Těžké prolongace a narušené koverbální chování jsou obvykle příznakem chronicity.

2.9 Prevence koktavosti

Obecně v logopedii se uplatňuje primární, sekundární a terciární prevence. Primární prevencí se rozumí informovanost o problematice mezi celou populací. Sekundární prevence se zaměřuje již na rizikovou skupinu, která je narušenou komunikační schopností ohrožena. Prostřednictvím terciární prevence rozvíjíme aktivity, které napomůžou konkrétnímu člověku předejit zhoršení již narušené komunikační schopnosti (Mlčáková, Vitásková, 2013).

U koktavosti je důležité zaměřit se na terapii již v raném věku. Pokud se u počínající koktavosti nedostaví včasná terapie, může dojít k fixované koktavosti. Včasná terapie je tedy i primární prevencí, sekundární prevence je pak zabránit vzniku fixující či dokonce

chronické koktavosti. U prevence je důležité znát dobře mechanismus vzniku poruchy. Tím se předejde dalšímu riziku (Škodová, Jedlička, 2003).

Irwin (Škodová, Jedlička, 2003, s. 285) uvádí šest podmínek, které jsou důležité pro odstranění tlaku v řeči:

- „vytvořit pocit ochrany – dítě musí mít ve svém prostředí pocit bezpečí;
- klást dítěti méně otázek;
- nenutit dítě k hovoru;
- nepřerušovat je při hovoru;
- věnovat mu přiměřenou pozornost;
- zabezpečit transfer (přenos).“

U pokročilejších stádií, jako je fixovaná a chronická koktavost, je důležité zaměřit se především na vyloučení vzniku logofóbie a pocitu méněcennosti (Škodová, Jedlička, 2003).

3 BREPTAVOST

Breptavost obdobně jako koktavost je narušená komunikační schopnost, která je řazena do kategorie poruch plynulosti řeči.

3.1 Uvedení do problematiky

Dle Weissové se jedná o „*narušení komunikační schopnosti charakteristické tím, že si ho daná osoba neuvědomuje, má malý rozsah pozornosti, narušena je percepce, artikulace a formování výpovědi. Rovněž se jedná o narušení myšlenkových procesů programující řeč na bázi dědičných predispozic. Breptavost je projevem centrálních poruch řeči a působí na všechny komunikační cesty, tj. čtení, psaní, rytmus, hudebnost a chování.*“ (Tarkowski, 2003, s. 282)

Breptavost není izolovaný příznak narušení řeči, připomíná spíše syndrom. Dle Tarkowského (2003) se jedná o různorodou poruchu, která může představovat kombinaci narušení psychických (poruchy koncentrace pozornosti), lingvistických (neplynulost řeči, dysgramatismy) a fyziologických (dýchací dysritmie).

Jedinci s breptavostí jsou celkově více dynamičtí, je u nich zřejmé nejen zrychlené tempo řeči, ale i akcelerace v ostatních svých projevech (Peutelschmiedová, 2001). První příznaky breptavosti se můžou u jedinců projevovat již v raném dětství a porucha řeči může přetrvávat i v dalším období vývoje (Klenková, Bočková, Bytešníková, 2012). Četnost výskytu této narušené komunikační schopnosti je ale pravděpodobně vyšší v předškolním věku (Bytešníková, 2012).

3.2 Etiologie breptavosti

Breptavost byla dříve řazena do neuróz řeči, ale toto tvrzení bylo ve třicátých letech vyvráceno a převládal názor, že breptavost má organický podklad (Škodová, Jedlička, 2003).

Příčiny breptavosti nejsou doposud úplně objasněny, ale je možné zmínit etiologické faktory, které se na vzniku breptavosti podílejí. Jedná se především o dědičnost, příčinu na organickém podkladě, ale také na charakter neurotický nebo polyfaktoriální (Klenková, 2006).

Uvádí se, že celkový klinický obraz breptavosti je v částečné míře podobný symptomům lehké mozkové dysfunkce (motorická nestabilita, nedostatečná koncentrace pozornosti, drobné poruchy percepce či špatná koordinace jemné motoriky). Vymlátílová dle svého výzkumu, kde porovnávala psychologický nález u breptavých dětí, zjistila, že výsledky všech použitých zkoušek svědčily pro organický původ breptavosti a byly ve větší míře totožné s nálezy dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí. Až u 50 % jedinců z breptavostí je pozitivní EEG nález, častěji se u nich projevuje motorický neklid a občas známky dyslexie či dysgrafie (Škodová, Jedlička, 2003).

3.3 Symptomatologie breptavosti

Breptavost je považována za specifický syndrom, který v sobě zahrnuje široké spektrum symptomů různého stupně. Symptomy se projevují nekonstantně, poněvadž se jejich intenzita může měnit v závislosti na konkrétní komunikační situaci a momentálních schopnostech jedince korigovat tempo řeči (Bytešníková, 2012).

Hlavními projevy breptavosti je především zrychlené tempo řeči s pauzami, které narušují plynulost mluvního projevu a přispívají k časté nesrozumitelnosti řeči (Mlčáková, Vitásková, 2013). Zrychlení tempa dle Seemana (Škodová, Jedlička, 2003) může být **interverbální**, neboli mezi slovy a **intraverbální**, uprostřed jednoho slova. U interverbální akcelerace počet narůstá přímo úměrně s délkou slov a vět. Právě proto se někteří jedinci delším slovům či větám záměrně vyhýbají, čímž je ovlivněná i symbolická stránka projevu. Při delším sdělení se posluchačům může zdát projev až zcela nesrozumitelný. Při intraverbální akceleraci jedinec „polyká“ či vynechává slabiky, což se nejčastěji vyskytuje při ustálených rčeních, například při pozdravech (Peutelschmiedová, 2001).

Na rozdíl od koktavosti si jedinec rychlé tempo většinou neuvědomuje. Tato porucha může být spojena i s mírným motorickým neklidem. Hlavní změny jsou tedy viditelné jak v řečovém projevu, tak v celkovém chování jedince (Škodová, jedlička, 2003). V mluvním projevu se mohou vyskytovat tyto příznaky:

- **Akcelerace (zrychlení)**

Vzhled k rychlému tempu řeči se obtížně za sebou realizují artikulační pohyby a klesá přesnost výslovnosti. Jak už jsem uvedla výše, zrychlení je tím větší, čím více slabik

obsahuje dané slovo či věta. Breptavost je tedy nejvíce nápadná ve dlouhých slovech a větách, méně pak v krátkých slovech a větách (Škodová, Jedlička, 2003).

- **Opakování a vynechávání slabik**

Seeman (1955, in Škodová, Jedlička, 2003) zdůrazňuje, že úspěchanost v mluvené řeči způsobuje vynechávání slabik nebo někdy i jejich opakování, aby se vyplnila zvuková mezera v mluveném projevu.

- **Porušená artikulace**

Při rychlém tempu řeči jedinec s breptavostí nestíhá přesně vyslovovat jednotlivé hlásky a v důsledku toho je narušená, či nepřesná artikulace hlásek a redukce délky samohlásek. Tento příznak je velmi variabilní a u každého jedince individuální. Ta samá hláska může být vyslovována správně i chybně a to v závislosti na celkové komunikační situaci a hláskových skupinách ve slově. Právě díky tomu se breptavost odlišuje od dyslalie či dysartrie, u kterých jsou příznaky porušení výslovnosti stabilní (Škodová, Jedlička, 2003)

- **Porušená oblast respirace a fonace**

Při verbálním projevu se vyskytují časté nádechy a to i na místech, kde by neměly být přítomny. V důsledku toho vzniká fonační i respirační dysrytmie a objevuje se zrychlené dýchání ústy. Jedinci trpící breptavostí mají v některých případech zastřený a málo rezonující hlas i přes to, že nemají poškozené hlasové orgány (Mlčáková, Vitásková, 2013).

- **Symptomy v oblasti prozodických faktorů řeči**

Z prozodických faktorů je typická narušená melodie řeči, která se projevuje zejména monotónností, dále kolísavý rytmus a nesprávné kladení přízvuků. I prozodické faktory řeči závisí na individualitě každého jedince, protože se můžeme setkat i s jedinci, kteří mají správnou melodii řeči (Škodová, Jedlička, 2003).

Jak již bylo zmíněno, typické příznaky breptavosti se vyskytují i v neverbálním projevu. V oblasti chování se může zdát, že osoby s breptavostí jsou více unáhlené, povrchní, impulzivní či roztržití. Celkové chování je nápadné především ve vztahu k určité sociální či kulturní normě. U osob s breptavostí se může vyskytovat porucha koordinace

motoriky ve formě dyspraxie, extrovertní chování či poruchy spánku. Dále poruchy pravolevé orientace a senzomotorické koordinace. Breptavý jedinec může mít problém ve sluchové percepci a může být přítomna specifická porucha muzických schopností neboli dysmúzie (Mlčáková, Vitásková, 2013).

3.4 Diagnostika breptavosti

Při diagnostice breptavosti je důležité si uvědomit a vycházet z toho, že osoby s breptavostí mají intelekt v normě. Přestože jsou některé příznaky breptavosti totožné s řečí mentálně postižených, odlišují se především v sémantické stránce.

Diagnostika breptavosti musí být komplexní a podílí se na ní řada odborníků, jako foniatr, neurolog, psycholog, logoped a dle potřeby i další odborníci. Důležitá součást diagnostiky je elektroencefalografické vyšetření, pomocí něhož se může zjistit orgánový podklad breptavosti a elektromyografické vyšetření, které může pomoci odlišit, zda se jedná o breptavost nebo o koktavost (Klenková, 2005).

Dle Tarkowského (2003) se při diagnostice breptavosti využívá rozhovor s pacientem a testová vyšetření. Při rozhovoru se vyšetřující snaží zjistit Iatotropní příznaky (projevy, které navádí pacienta, aby se obrátil na terapeuta, s prosbou o pomoc), průběh vývoje řeči, druh intenzity a základ sémantické, syntaktické a fonetické neplynulosti. V rozhovoru se dále manifestují určité symptomy:

- *Deformace obsahu*: nedodržení daného tématu, ztracení se v tématu, vynechávání podstatných věcí a přidávání méně podstatných informací apod.
- *Deformace formy*: nezvykle dlouhé věty, nesprávné segmentace textu, dysgramatismy či přerěknutí.
- *Deformace substance*: špatný přízvuk, chybné vytváření pomlček, zrychlené tempo řeči, opakování částí výpovědi, monotónnost apod. (Klenková, 2006)

Testová vyšetření jsou poté zaměřena na „*vyhodnocení úrovně mentálního vývoje, zhodnocení jazykové schopnosti, vymezení korelace mezi mentálním a řečovým vývojem, jakož i stanovení případné disproporce mezi inteligencí a lingvistickou schopností.*“ (Tarkowski, 2003, s. 295)

3.5 Terapeutické metody a postupy u breptavosti

Za velký problém v oblasti terapie breptavosti můžeme považovat především to, že si jedinec většinou svého handicapu není vědom. U většiny terapeutických postupů je tedy důležité, aby logoped vytvořil či obnovil akustickou a motorickou zpětnou vazbu. Důvod zpětné vazby spočívá především v jedné věci, aby se jedinec sám slyšel a začal si svůj stav uvědomovat. Díky tomu bude moci sám svůj řečový projev korigovat (Klenková, 2006).

Dle Tarkowského (2005) se tradiční terapie breptavosti soustřeďuje na strukturu vnější výpovědi. Mezi hlavní cíle terapie především patří:

- **Stabilizace správného tempa řeči**

Správné tempo řeči je možné stabilizovat prostřednictvím magnetofonových záznamů, kdy porovnáváme výpověď jedince s breptavostí a správnou výpověď. Magnetofonový záznam se vytvoří tím, že osoba s breptavostí přečte několik krátkých textů, které odpovídají věku pacienta. Po skončení nahrávání se zachycený záznam pacientovy přehraje a porovná se se správnou výpovědí. Pacient tímto postupem má možnost postřehnout rozdíl v tempu čtení. U osob, u kterých breptavost ještě není plně zafixovaná, několikanásobné použití této techniky přináší vcelku dobré výsledky.

Další metodou ke stabilizování správného tempa řeči může být slabikování, prostřednictvím kterého pacient vyslovuje jednotlivé hlásky v různém časovém rozpětí. Tento postup se aplikuje především pro to, aby pacient vnímal rozdíl při mluvení v normálním a zrychleném tempu. Slabikování se může realizovat společně s vyťukáváním slabik (Tarkowski, 2005).

Poslední metodou je společné čtení textu terapeuta s pacientem. Terapeut čte společně s klientem text, při kterém udává přiměřené tempo i pro klienta. Poté postupně ztišuje hlas a snižuje jeho výšku, přičemž pacient stále pokračuje v hlasitém čtení (Mlčáková, Vitásková, 2013).

- **Odstraňování obtíží při čtení**

Těžkostem při čtení lze předcházet různými technikami. Můžeme zmínit například čtení textu cloněním. Osoba s breptavostí má tendenci povrchně sledovat text, při němž je zřetelný rychlý pohyb očí a časté návraty k začátku věty. Aby se tyto obtíže

minimalizovaly, lze aplikovat clonu, která se skládá z papírového stínítka, v němž se nachází otvor s rozměry malého nebo velkého písmena. Účelem je to, že pacient nevynechává písmenka a jeho výpověď je pomalejší. Další metodou, která napomáhá odstranit obtíže při čtení, je zpětné čtení či současný psaní a čtení (Tarkowski, 2005).

- **Rozvíjení hudebních schopností**

U narušené komunikační schopnosti, jako je breptavost, se doporučují různá hudebně – vzdělávací cvičení. Tyto cvičení mohou spočívat například v rozpoznávání a opakování stále složitějších hudebních struktur či ve zpívání písní (Tarkowski, 2005).

- **Rozvíjení vyjadřovací zručnosti**

Weiss (Tarkowski, 2005) navrhuje různé způsoby rozvíjení verbalizace. Jedná se například o hlasité a zřetelné čtení textů, které napomáhá rozšiřovat slovní zásobu a současně umožňuje korigovat chyby přízvuku a interpunkce. Dále recitace, dotváření a tvorba textů, popis obrázku, referování o událostech, shrnutí článků, knih či realizace dialogu.

- **Zlepšování koncentrace pozornosti**

Existuje mnoho cvičení, která zvyšují koncentraci pozornosti. V logopedické terapii se využívají například tato cvičení: odečítání téhož čísla od pravidelně se snižující řady, střídavé odečítání nejdříve jednoho a poté druhého čísla, či učit se nazpaměť slova, která nedávají smysl a poté je opakovat.

Novátorská terapie breptavosti je zaměřena spíše na seznámení se s metodami marketingu, rétoriky, účinného myšlení či na interpersonální komunikaci, než na tradiční logopedické postupy. Vyžaduje změny koncepce v diagnostikování breptavosti, chápání osobnosti klienta, terapeutických metodách a ve vytváření obrazu logopeda. Terapeutické metody se poté zaměřují především na motivaci klienta, aby se rozhodl pro terapii, na rozvoj interpersonální komunikace a na stabilizaci pozitivních výsledků terapie (Tarkowski, 2005).

3.6 Prognostické faktory breptavosti

O příznivé prognóze můžeme mluvit tehdy, pokud je porucha včas zachycena a správně diagnostikována. Důležitá je i následná volba terapeutického postupu, spolupráce okolí

a správný mluvní vzor pro jedince trpící breptavostí. I u breptavosti může docházet k následným recidivám, proto je nezbytný nejen dostatečně dlouhý terapeutický proces, ale i pravidelné kontroly u logopeda. Kritickým obdobím pro zhoršení mluvního projevu je období puberty a situace, kdy jedinec čelí nadměrně emocionální zátěži.

Méně pozitivní je prognóza u jedinců, u kterých se vyskytuje breptavost v kombinaci s koktavostí, ale také u dospělých a dospívajících osob, kde prognóza závisí na jejich motivaci pro zlepšení plynulosti mluvy, na věku i zájmu dané osoby (Neubauer, 2010).

4 VÝVOJ PLYNULOSTI ŘEČI U DĚTÍ ŠKOLNÍHO VĚKU

4.1 Cíl práce a metody výzkumu

Praktická část se zabývá vývojem plynulosti mluvy u dětí školního věku. Cílem praktické části je zhodnocení posunu řečového projevu u konkrétních dětí s koktavostí a s tím související srovnání případových studií, které mohou přiblížit efektivitu využívaných terapeutických metod a postupů.

Pro zpracování praktické části byly využity případové studie, které mají kvalitativní charakter.

Hendl (2008, str. 48) definuje **kvalitativní výzkum** jako „proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“

Kvalitativní výzkum se ve většině případů provádí pomocí delšího a intenzivního kontaktu s jedincem nebo skupinou jedinců. Jedná se především o hluboké zkoumání, nikoliv o povrchní, impresivní postřehy. K získání a zpracování dat v rámci tohoto výzkumu se používají reaktivně málo standardizované metody. Řadíme mezi ně pozorování, rozhovor, data získané z fotografií, audio a videozáznamu, deníků, úředních dokumentů apod. Všechny data se následně analyzují a interpretují. Kvalitativní výzkum celkově konstruuje obraz, který získává obrys v průběhu sběru a poznávání jeho částí (Hendl, 2008).

V této práci byly pro kvalitativní šetření použity metody pozorování, analýza dokumentace a rozhovor.

4.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Dle Sedláčka (2007) se u případové studie jedná vždy o záměrnou volbu jedince nebo skupiny. Záměrně zvolený jedinec by měl mít vlastnosti, které chce badatel sledovat a zkoumat. Při výběru je důležité nejen to, aby byl jedinec vyhovující výzkumným záměrům, ale důležitou roli hraje i ochota spolupracovat s badatelem.

Pro tento výzkum byly vybrány tři děti s poruchou plynulosti mluvy. Jedná se o děti mladšího školního věku, které dochází na logopedickou péči do ambulance klinické logopedie. Výběr dětí byl záměrný. Děti musely splňovat dvě základní kritéria. Jednak mít poruchu plynulosti mluvy a pak docházet na první stupeň základní školy. Pro zachování anonymity jsou vybrané děti uvedeny pod jiným jménem.

Tab. 2: Přehled dětí pro výzkumnou část bakalářské práce

Dítě	Věk	Třída	Diagnóza
Marek	9 let a 10 měsíců	3. třída základní školy	Suspektní balbuties klonického typu
Kristýnka	6,5 let	1. třída základní školy	vývojová dysfluence, susp. F98.5, forma klonická
Tomáš	8 let a 3 měsíce	2. třída základní školy	suspektní balbuties, forma tonoklonická

4.3 Charakteristika místa a průběhu výzkumného šetření

Samotný výzkum byl prováděn v ambulanci klinické logopedie v Pardubicích. Odbornou péči zde zajišťuje klinická logopedka, která se věnuje diagnostice a terapii narušené komunikační schopnosti jak u dětí, tak u dospělých osob. Logopedická péče většinou probíhá intenzivní a individuální formou, avšak v některých případech se využívá i forma skupinové terapie.

Celkově logopedická ambulance působí příjemným dojmem, je velmi prostorná a dobře vybavená. Přístup logopedky k dětem lze hodnotit velmi kladně, děti při terapeutickém sezení nepocítují žádný strach či nechuť docházet na logopedickou péči.

Před zahájením výzkumného šetření bylo zapotřebí se domluvit s klinickou logopedkou dané logopedické ambulance, aby mi umožnila pravidelně docházet na terapeutická sezení u dětí s koktavostí. Po domluvě mi paní logopedka poskytla informace o jednotlivých dětech, u kterých je diagnostikovaná koktavost a chodí na první stupeň základní školy. Jednání bylo velmi příjemné a bezproblémové.

Jelikož se jedná o děti, které navštěvují klinickou logopedii, bylo nezbytné mít svolení od rodičů k tomu, aby jejich děti mohly být použity k výzkumnému šetření do bakalářské práce. Výběr dětí tedy nezávisel jen na tom, o jaké děti se jedná a s jakou diagnózou na logopedii dochází, ale i na ochotě a spolupráci rodičů.

Svolení jsem dostala od rodičů tří dětí, které jsou uvedeny výše. Poté jsem pravidelně docházela na terapeutická sezení v závislosti na tom, kdy děti byly objednány. Vliv mé přítomnosti na děti při terapeutickém sezení lze hodnotit pozitivně. Za mé přítomnosti nedocházelo u dětí k nervozitě či nespolupráci, která by ovlivňovala řečový projev a celkový výkon dítěte.

K průběhu výzkumného šetření je nezbytné doplnit, že k diagnostickému zhodnocení byl u všech dětí využit balbutiogram, se kterým se setkáváme v průběhu všech tří kazuistik. Balbutiogram lze využít pro určení stupně koktavosti. Prostřednictvím tohoto diagnostického materiálu se může srovnávat úroveň plynulosti mluvy v různých komunikačních situacích. Celkově se balbutiogram skládá ze tří rovin, které jsou popsány v teoretické části bakalářské práce.

4.4 Charakteristika kazuistiky jako výzkumného postupu

Dvořák v logopedickém slovníku (2001, str. 83) definuje případovou studii jako *„podrobný popis vzácného, typického či jinak zajímavého případu, odchylky, vady či nemoci. Jejich vznik, průběh, terapie a výsledky.“*

Dle Sedláčka (2007) spočívá podstata případové studie především v komplexním porozumění případu v jeho přirozeném prostředí. Základem toho výzkumu musí být skutečná data, která se vztahují k danému případu. Tyto data, která se získají prostřednictvím různých metod, se následně interpretují dohromady, jelikož u kazuistiky je důležitý celkový výsledek, nikoliv jednotlivé části.

Data pro sepsání a následné zpracování zde uvedených případových studií byly získány prostřednictvím:

- **Pozorování**

Přímé pozorování dítěte bylo prováděno v logopedické ambulanci. Pozornost byla zaměřena především na průběh terapie. Byla sledována práce paní logopedky s dítětem včetně toho, jaké pomůcky a postupy při terapii využívá.

- **Analýzy odborné dokumentace**

Prostřednictvím analýzy dokumentace, byly zjištěny údaje týkající se rodinné a osobní anamnézy. Dále v dokumentaci bylo zaznamenáno vstupní vyšetření dítěte a všechny dosavadní průběhy terapie, včetně průběžných kontrolních vyšetření.

- **Rozhovoru**

Metoda rozhovoru byla využita především pro doplnění informací. Rodiče byli dotazováni pro doplnění údajů a informací k anamnéze a k celkovému postoji dítěte ke škole a ke spolužákům. Rozhovorem s klinickou logopedkou byly získány informace doplňující průběh terapie.

4.4.1 Jednotlivé případové studie

4.4.1.1 Případová studie Marek

Rok narození: 2005

Pohlaví: chlapec

Diagnóza: Suspektní balbuties klonického typu

Rodinná anamnéza

Marek žije v úplné rodině s matkou, otcem a mladší sestrou. Sestře Barboře je 5 let, navštěvuje mateřskou školu v Pardubicích. Celá rodina bydlí v panelovém bytě v Pardubicích. V rodině se nevyskytuje žádné závažné onemocnění. U matky a otce nebyly diagnostikovány žádné závažnější poruchy řeči. Matka je vzorná, s Markem na logopedii dochází pravidelně, hodně se zapojuje i Markova babička.

Osobní anamnéza

Porod proběhl v 38. týdnu císařským řezem. Marek vážil 3 550g a měřil 52cm. První kroky začal Marek dělat okolo 12. měsíce a první slova v roce a půl. Psychomotorický vývoj byl přiměřený. Marek neměl žádné závažné onemocnění, je zdravý. Dominantní ruka je levá. Ambulanci klinické logopedie začal Marek navštěvovat v roce 2009 na doporučení pediatra.

Etiologie není přesně známa. První symptomy se objevily asi půl roku po té, co Marek nastoupil do mateřské školy.

Sociální anamnéza

Marek navštěvuje 3. třídu základní školy v Pardubicích. Ve škole navštěvuje více zájmových kroužků, jako je například divadlo či pěvecký sbor. Kontakt se spolužáky navazuje bez problému, ve třídním kolektivu je oblíbený. Markova třídní paní učitelka spolupracuje s rodinou. Snaží se mu pomáhat, je informovaná o koktavosti. Při vypětí s Markem pracuje na fluentní mluvě. Ve škole prospívá velmi dobře, baví ho, připravuje se na každou hodinu a nic nezanedbává. Marek nemá žádný blok vůči dysfluenci, i když si je svého handicapu vědom.

Záznam ze vstupního logopedického vyšetření – prosinec 2009

Při vyšetření byly Markovi 4 roky a 6 měsíců.

Řeč splňuje požadavky na testovaný věk. Všeobecné znalosti a informovanosti odpovídají věku, slovní zásoba je velmi bohatá. Marek je schopen tvořit souvětí. Předložkové vazby správně chápe i správně užívá. Dysgramatismy nejsou přítomny. Fonematický sluch je opožděný.

Ve spontánním mluvním projevu se objevuje klonické přerušování plynulosti řeči. Tempo řeči je nekonstantní, v mluvním projevu jsou pozorovány tvrdé hlasové začátky. Mluvidla jsou volně pohyblivá, motorika jazyka je v pořádku. Na Relaxometru stav úzkosti není naměřen.

Balbutiogram

Dýchání – při řeči je pozorován hlasitý výdech.

Fonace – pozorovány tvrdé hlasové začátky, kolísání výšky tónu hlasu.

Artiklace – sledována dyslalie, vadné hlásky K, G, L, R, Ř a sykavky obou řad.

Prozodie – narušené tempo řeči, je nekonstantní.

Klinický obraz: Vyskytují se repetice částí slov, repetice slabik.

Tab. 3: Dysfluence v jednotlivých oblastech vyšetřovacího testu

Šepot 0%	Opakování 40%
Simultánní řeč 20%	Dokončování vět 40%
Zpěv 0%	Popis obrázků 10%
Automatismy 10%	Spontánní řeč 20%

Průběh logopedické terapie

V rámci logopedické terapie byl postup zaměřen na podporu fluence mluvy a na eliminaci výskytu odchylek v artikulaci. V průběhu terapie bylo zapojováno spousta pomůcek a využívaly se různé metody a techniky při odstraňování dysfluence mluvy.

Pomůcky využívané při terapii:

- počítačový program Mentio;
- soubor Brepta;
- zpěvníky;
- Pracovní listy Lechta I. a II. díl;
- Pracovní listy Čecháčková;
- počítačový program – fonační cvičení;
- soubor Logico;
- kniha „Povím ti, mami“;
- soubor Brain box.

Pomůcky využívané k nácviku správného artikulačního postavení mluvidel:

- kroužková sonda;
- špátle;
- rotovibrátor.

Metody a techniky při odstraňování dysfluence mluvy:

- nácvik měkkého hlasového začátku;
- dechová a fonační cvičení;
- rytmizační cvičení;
- zpomalování tempa řeči;
- asociační cvičení;
- fonograforitmika.

První logopedická terapie u Marka proběhla 29. 1. 2010.

Terapie na počátku byla zaměřována především na dechová a hlasová cvičení. Proběhl nácvik měkkého hlasového začátku a cvičení fonace. Navození měkkého hlasového začátku probíhalo každou terapii. Dále do terapie bylo zapojeno asociační a rytmizační cvičení, řazení a reprodukce děje či reprodukce textu z paměti, které Marek zvládal bez dopomoci a plynule. Proběhl nácvik ve fonograforitmice – určování počtu slabik, vytleskávání a vytřukávání jednotlivých slov. Hned v úvodních terapiích byl využíván počítačový program Mentio - hlas, se kterým Marek pracoval velmi dobře. Snažil se o nácvik správného břišního dýchání a mluvní pohotovosti.

V květnu v roce 2010 zapojila paní logopedka do terapie program Brepta – opakování a zpěv. Začali se věnovat špatně vyslovovaným hláskám a to nejdříve hláskám K, G a poté sykavkám ostré řady. Problém byl s vyvozováním hlásky C, které Markovi nešlo, proto k vyvození začali využívat kroužkovou sondu.

Po roce navštěvující logopedickou ambulanci se stále věnovali převážně fonačnímu a dechovému cvičení, začali zapojovat cvičení na sluchovou paměť, veršované povídky a snažili se s Markem navázat rozhovor na různé téma.

Tab. 4: Kontrolní vyšetření plynulosti mluvy 2. 12. 2010

Šepot 0%	Opakování 20%
Simultánní řeč 40%	Dokončování vět - neměřeno
Zpěv 0%	Popis obrázků 20%
Automatismy - neměřeno	Spontánní řeč 40%

Do terapie začali zapojovat i Lechtovy pracovní listy, které měly v terapii velký úspěch. Tvořili věty, zabývali se nácvikem sluchové diferenciaci sykavek a fonograforýtmikou – přiřazení grafiky – obloučků.

Před prázdninami se zaměřovali na samostatný mluvní projev Marka, kdy měl vyprávět, co bude dělat o prázdninách. Marek to nezvládl bez dopomoci. Měl problémy především v rytizaci a tempu mluvy, které bylo nekonstantní.

Tab. 5: Kontrolní vyšetření plynulosti mluvy 28. 7. 2011

Šepot 40%	Opakování 20%
Simultánní řeč 20%	Dokončování vět – 40%
Zpěv 0%	Popis obrázků 0%
Automatismy – 0%	Spontánní řeč 60%

Terapie byla opět zaměřena na mluvní pohotovost, tvoření vět, doplňování slov do vět a popisování obrázků. Před zrcadlem nacvičovali správný postoj, dýchání do břicha, prodlužování výdechového proudu a cvičení rezonance. Marek ukazoval chůzi po čáře.

Probíhala vokalizace samohlásek, vytukávání rytmu a fonograforytmika se zápisem, kterou Marek zvládal velmi dobře.

Matka při rozhovor, který s ní byl prováděn, uvedla, že pozoruje výrazné zlepšení s občasnými výkyvy hlavně v době, kdy byl Marek nervózní. Dovedl se sám spontánně opravit, pokud se zadrhl v řeči.

V květnu v roce 2012 bylo doporučeno pracovat s pracovními listy Čecháčkové, věnovat se tvoření vět podle obrázků a řazení slov do logických dvojic. U Marka je pozorovaný fluentní projev ve všech subtestech.

V červnu nastal výskyt interací - dle matky doma zadrhává nejčastěji u hlásky K. Interace byly sledovány u hlásky K. Zaměřovali se na cvičení a rozvoj slovní zásoby s hláskou K.

Tab. 6: Kontrolní vyšetření plynulosti mluvy 21. 8. 2012

Šepot 0%	Opakování 20%
Simultánní řeč 0%	Dokončování vět – 10%
Zpěv - neměřeno	Popis obrázků - neměřeno
Automatismy – 0%	Spontánní řeč 10%

Na konci roku 2012 se stav výrazně zhoršil, projev byl dysfluentní. Marek se zadrhával při každém čtvrtém slově. Ve škole také zadrhával, ale dle paní učitelky se po kratší pauze rozmluvil. Ze strany paní logopedky byla doporučena komplexní spánková terapie, kdy Marek zůstane týden doma a po týdnu se udělá kontrola fluence. Do terapie zapojila práci se souborem Logico a práci s knihou „Povím ti, mami“. Po týdenní kontrole fluence byl stav:

Tab. 7: Kontrolní vyšetření plynulosti mluvy 17. 12. 2012

Šepot 20%	Opakování 20%
Simultánní řeč 0%	Dokončování vět – 50%
Zpěv 0%	Popis obrázků (čtení) 60%
Automatismy – neměřeny	Spontánní řeč 70%

Byly upozorovány narušené dýchací spasmy a kolísání výšky při fonaci. Bylo doporučeno, aby už před vánočními prázdninami Marek zůstal doma a nechodil do školy.

V březnu roku 2013 bylo patrné zlepšení plynulosti. Po celou terapii byl téměř bez dysfluence. Věnovali se převážně čtení a reprodukci čteného textu, fonačnímu a dechovému cvičení. Marek mluvil gramaticky a věcně správně, projev byl plynulý a velmi dobrý. V terapii začala být využívána pomůcka Brain box.

Tab. 8: Kontrolní vyšetření plynulosti mluvy 21. 8. 2013

Šepot 0%	Opakování 40%
Simultánní řeč 40%	Dokončování vět – 0%
Zpěv – 0%	Popis obrázků (čtení) – 0%
Automatismy – 0%	Spontánní řeč 20%

Matka uvedla, že sleduje velké výkyvy ve výkonnosti. Dysluence se objevovaly, když se Marek chtěl podělit o své zážitky nebo dojmy, například ze školy.

Na počátku roku 2014 se stále v terapii věnovali rytmickým a fonačním cvičením, prodlužování výdechového proudu. Snažili se zpomalovat tempo a zapojovat cvičení na sluchovou paměť. Marek má stále výkyvy ve výkonnosti, doma je projev vcelku plynulý, ale matka uvádí, že výkyvy jsou především při emočním rozrušení, při spěchu či při nervozitě.

Tab. 9: Kontrolní vyšetření plynulosti mluvy 16. 4. 2014

Šepot 20%	Opakování 20%
Simultánní řeč 0%	Dokončování vět – 40%
Zpěv – 0%	Popis obrázků (čtení) – 20%
Automatismy – neměřeny	Spontánní řeč 40%

V listopadu roku 2014 proběhlo kontrolní měření fluence. Repetice částí slov se vyskytovala 2x ve čtení a 1 repetice ve spontánní řeči. V ostatních subtestech bez dysfluencí. Terapie byla zaměřena na uvolňovací a dechová cvičení. Matka sděluje, že i

doma je projev plynulý. Dále se věnovali čtení textu a následné reprodukci přečteného textu z paměti. Pracovali se souborem „Povídáčky“, tvořili věty. Marek popisoval děj, tvořil a dokončoval věty. Byla doporučena kontrola u logopeda dle potřeby.

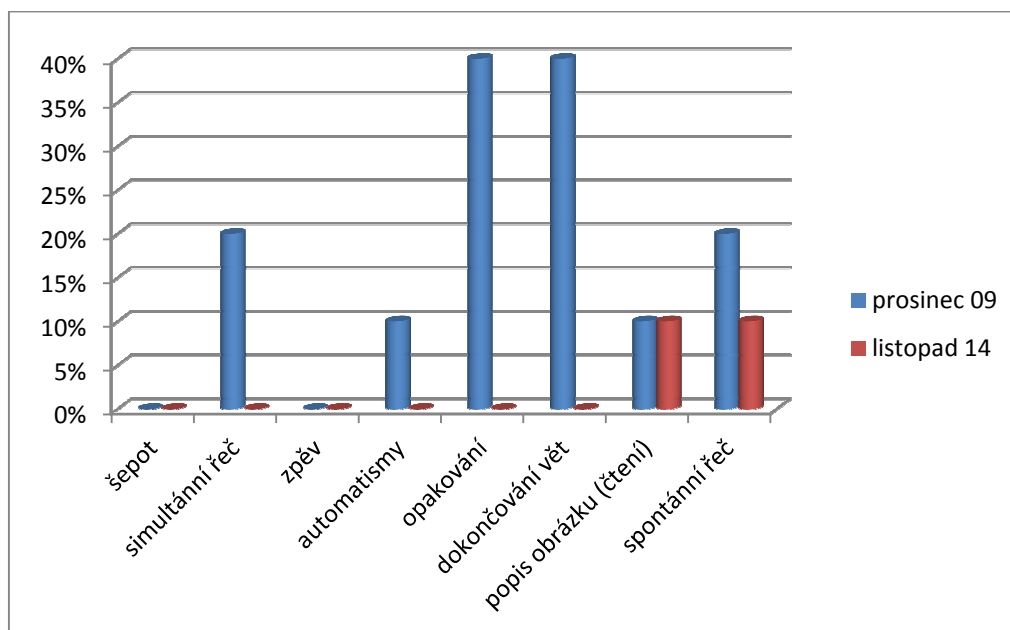
Zacílená analýza výsledků u Marka

Výsledek terapie u Marka lze hodnotit velmi kladně. Za pět let, co navštěvuje logopedickou ambulanci, došlo k výraznému zlepšení fonace, respirace, artikulace a fluence mluvy. Byly odstraněny tvrdé hlasové začátky, tón hlasu i tempo řeči je konstantní. Zlepšeno bylo také dýchání, Marek se nadechuje na správných místech. Dysfluence mluvního projevu se dle balbutiogramu vyskytují v minimálních procentech ve spontánní řeči a při popisu obrázku. Ve všech dalších subtestech můžeme u Marka pozorovat plynulou mluvu.

V artikulaci jsou dobře vyvozené hlásky K, G, sykavky obou řad a hláska L. Hláska R ještě není dostatečně zafixovaná do běžné mluvy.

Graf 1: Balbutiogram na počátku terapie a při posledním kontrolním vyšetření

Prostřednictvím grafu je znázorněno zlepšení fluence mluvy ve všech úlohách balbutiogramu na počátku terapie a při posledním kontrolním vyšetření plynulosti mluvy.



4.4.1.2 Případová studie Kristýnka

Rok narození: 2008

Pohlaví: dívka

Diagnóza: vývojová dysfluence, susp. F98.5, forma klonická

Rodinná anamnéza

Kristýnka žije v úplné rodině, s otcem, matkou a sestrou. Celá rodina bydlí v rodinném domu ve Slatiňanech. Matce je 33 let a je na mateřské dovolené. Otci je 35 let. Otec v dětství koktal, docházel na logopedii. U matky žádné závažné poruchy řeči diagnostikované nebyly. Kristýnka má mladší sestru Lucii, které jsou necelé dva roky. V rodině se nevyskytuje žádné závažné onemocnění. Otec je levák. Celá rodina o Kristýnku jeví zájem, pravidelně dochází na logopedii.

Osobní anamnéza

Porod proběhl v termínu a bez komplikací. Kristýnka vážila 3050g a měřila 50cm. První kroky začala dělat před prvním rokem života. Psychomotorický vývoj proběhl v pořádku, ze zdravotního hlediska není u Kristýnky přítomné žádné závažné onemocnění, je zdravá. Dominantní ruka je pravá. Na logopedii začala docházet v roce 2011 na doporučení pediatra.

První symptomy se začaly projevovat před třetím rokem, kdy Kristýnka začala zadržávat v řeči. Příčina by mohla být genetická – heredita po otci.

Sociální anamnéza

Kristýnka v září roku 2014 nastoupila do první třídy. Navštěvuje základní školu ve Slatiňanech. Dle matky si ve třídě hned našla kamarády, velmi dobře navazuje kontakt, je komunikativní a přátelská. O školu má zájem, úkoly plní pečlivě a svědomitě. Stav řeči se při nástupu do školy nezhoršil.

Záznam ze vstupního logopedického vyšetření – listopad 2011

Při vyšetření byly Kristýnce 3 roky a 3 měsíce.

Ze začátku vyšetření se Kristýnka velmi stydí, ale postupem času se rozmluví. Řeč splňuje požadavky na testovaný věk. Slovní zásoba je vzhledem k věku velmi bohatá. Fonemický sluch je nevyzrálý a oční kontakt udržuje bez problému.

Ve spontánním mluvním projevu je přítomné klonické přerušování plynulosti řeči. Tempo řeči je narušené, je sledován hlasitý nádech. Mluvidla jsou volně pohyblivá, motorika jazyka nenarušena. Kontaminantní rysy chování nejsou sledovány. Dle matky Kristýnka opakuje první slova hlavně ve chvíli, když chce něco říci s emočním nábojem.

Balbutiogram

Dýchání – při řeči je pozorován hlasitý výdech

Artikulace – sledována dyslalie, vadné hlásky L, R, Ř a sykavky obou řad.

Prozódie – narušené tempo řeči - zrychlené tempo mluvy

Klinický obraz: Vyskytují se repetice částí slov, repetice slabik.

Tab. 10: Dysfluence v jednotlivých oblastech vyšetřovacího testu

Šepot – 0%	Opakování 20%
Simultánní řeč 0%	Dokončování vět 20%
Zpěv 0%	Popis obrázků 0%
Automatismy 0%	Spontánní řeč 30% - jedná se především o samohlásky

Průběh logopedické terapie

V rámci logopedické terapie byl postup zaměřen především na eliminaci výskytu dysfluence a odchylek v artikulaci. V průběhu terapie bylo zapojováno spousta pomůcek a využívaly se různé metody a techniky při odstraňování dysfluence mluvy.

Pomůcky využívané při terapii:

- počítačový program Mentio;
- soubor Brepta;
- soubor Brain Box;
- Obrázkové knihy a říkadla;
- logopedická pexesa a hádanky;
- Velká kniha písniček a říkadel;
- zpěvníky;
- kniha „Povím ti, mami“;
- kniha „Hravá logopedie“;
- diktafon.

Pomůcky využívané k nácviku správného artikulačního postavení mluvidel:

- špátle;
- rotovibrátor.

Metody a techniky při odstraňování dysfluence mluvy:

- dechová a fonační cvičení;
- rytmizační cvičení;
- zpomalování tempa mluvy.

První logopedická terapie u Kristýnky proběhla 21. 2. 2012.

Na úplném počátku Kristýnka nemohla vůbec promluvit, opakovala pouze slabiku „DA“. Měla veliké výkyvy ve výkonnosti. Do výkonnosti se promítala velká nervozita.

Terapie byla zaměřena především na rytmizační cvičení – určování počtu slabik. Zde byla velmi špatná spolupráce, Kristýnka po paní logopedce nechtěla opakovat se slovy „to už znám“. Dále se terapie zaměřila na dechová cvičení – nácvik dlouhého výdechového proudu, s využitím počítačového programu Mentio. Tento program Kristýnku zaujal, zejména ve sluchové zpětné vazbě a spolupráce se postupem času zlepšovala. Dále se při terapeutickém sezení věnovaly nácviku opakování, pojmenování, tvoření vět, dle knihy „Jedeme, jedeme“, řazení děje, reprodukci děje a spojování slov s pohybem.

Po půl roce začaly pracovat s cvičeními na sluchovou paměť a začaly využívat počítačový program Mentio - hlas. Věnovaly se zpomalování tempa mluvy, nácviku měkkého hlasového začátku a zapojovaly zpívání písniček, podle vlastního zpěvníku. Kristýnka měla velké výkyvy ve výkonnosti, pokud ji dané cvičení nezaujalo, nechtěla spolupracovat.

Po sedmi měsících Kristýnka zvládala reprodukci textu z paměti s dopomocí a fluentně. Vyprávění děje podle obrázkové osnovy zvládala velmi dobře, byly sledovány dvě dysfluence u první věty. Kristýnka začala i lépe spolupracovat a komunikovat, už se tolik neprosazovala a nezabíhala v řeči. Začaly se tedy věnovat i artikulaci a s ní chybně vyslovovaným hláskám. Nastavovaly mluvidla na sykavky obou řad, proběhl nácvik sluchové diferenciaci sykavek a rozvíjely slovní zásobu s hláskami S, Z, C a Š, Ž, Č.

Kristýnka na počátku roku 2013 byla téměř bez dysfluencí. Terapie byla tedy spíše zaměřována na chybně vyslovované hlásky. Procvičovaly sykavky obou řad, pracovaly se souborem Brepta a popisovaly dějové obrázky se zaměřením na sykavky.

Tab. 11: Kontrolní vyšetření plynulosti mluvy 2. 4. 2013

Šepot 0%	Opakování 0%
Simultánní řeč 0%	Dokončování vět – 10%
Zpěv 0%	Popis obrázků 0%
Automatismy – 0%	Spontánní řeč 10%

Terapie pokračovala rytmickým a fonačním cvičením, prodlužováním výdechového proudu a fonace. Dále se zaměřovaly na sluchovou paměť, tvoření vět, reprodukci textu z paměti a skládání částí slov do celku, jako na úplném počátku terapie.

Paní logopedka se začala zaměřovat i na vyvozování hlásky L. Správné natavení mluvidel na hlásku L, vyvozování hlásky, spojování hlásky do slabik a slov, rozvoj slovní zásoby s hláskou L ve všech pozicích.

Tab. 12: Kontrolní vyšetření plynulosti mluvy 4. 6. 2013

Šepot 0%	Opakování 0%
Simultánní řeč 0%	Dokončování vět – 0%
Zpěv 0%	Popis obrázků 0%
Automatismy – 0%	Spontánní řeč 0%

Věnovaly se fixaci hlásky L ve větách a v textu, popisu dějového obrázku a pracovaly s knihou „Hravá logopedie“. Poté nastavovaly mluvidla na hlásku R, kterou vyvozovaly substituční metodou. Hlásku R spojovaly do slabik a slov a poté rozvíjely slovní zásobu, se zaměřením na hlásku R. Řeč u Kristýnky byla zcela plynulá a byla doporučena kontrola za čtvrt roku.

Do konce roku 2013 se věnovaly převážně hláskám L a R. Tvořily a dokončovaly věty, zapojovaly hlásky do vět a do textu. Procvičovaly hlásku R ve všech pozicích. V říjnu využily k sluchové zpětné vazbě nahrávku na diktafon.

Na počátku roku 2014 zapojovaly do terapie cvičení na sluchovou paměť, pozornost a mluvní pohotovost. Pracovaly se souborem Brain Box – Abeceda. Dále se věnovaly fixaci hlásky L, R a Ř ve všech pozicích. Matka uvedla, že Kristýnka byla doma zcela bez dysfluencí.

V srpnu roku 2014 bylo provedeno kontrolní vyšetření, kde se opět projevila dysfluence řeči, především u dokončování vět a ve spontánním projevu. Matka sdělila, že Kristýnka přes prázdniny opět začala koktat, a to tehdy, když se vrátili z rodinné dovolené. Žádný špatný zážitek či traumatickou situaci, která se při dovolené stala, neuvedla.

Tab. 13: Kontrolní vyšetření plynulosti mluvy 28. 8. 2014

Šepot 0%	Opakování 20%
Simultánní řeč 0%	Dokončování vět – 40%
Zpěv 0%	Popis obrázků 0%
Automatismy – 0%	Spontánní řeč 40%

Při vyšetření bylo sledováno povrchní dýchání a vadná artikulace, zejména hlásek R a Ř. Tempo mluvy bylo mírně zrychlené s narušeným rytmem. Ve spontánní mluvě byly sledovány repetice částí slov (slabik) a prolongace.

V říjnu terapie probíhala bez větších problémů. Kristýnka byla hodně aktivní, ale spolupracovala dobře. V terapii se zaměřovaly především na dechové a fonační cvičení, trénování dlouhého výdechového proudu za použití bublifuku. Dále popisovaly dějový obrázek a podle obrázku tvořit a dokončovat věty. Zaměřovaly se i na hlásku R, kterou vyvozovaly substituční metodou. Do terapie zapojily počítačový program Mentio - hlas, k nácviku prodlužování výdechového proudu. Terapie proběhla bez dysfluence, ale od matky bylo řečeno, že doma opakuje před slovem hlásku A. Hlavně ve chvíli, kdy chtěla upoutat pozornost. Dysfluence se také někdy objevila na začátku slov.

V prosinci roku 2014 byla Kristýnka ve všech úlohách balbutiogramu zcela bez dysfluencí a návštěva logopeda byla doporučena dle vlastní potřeby.

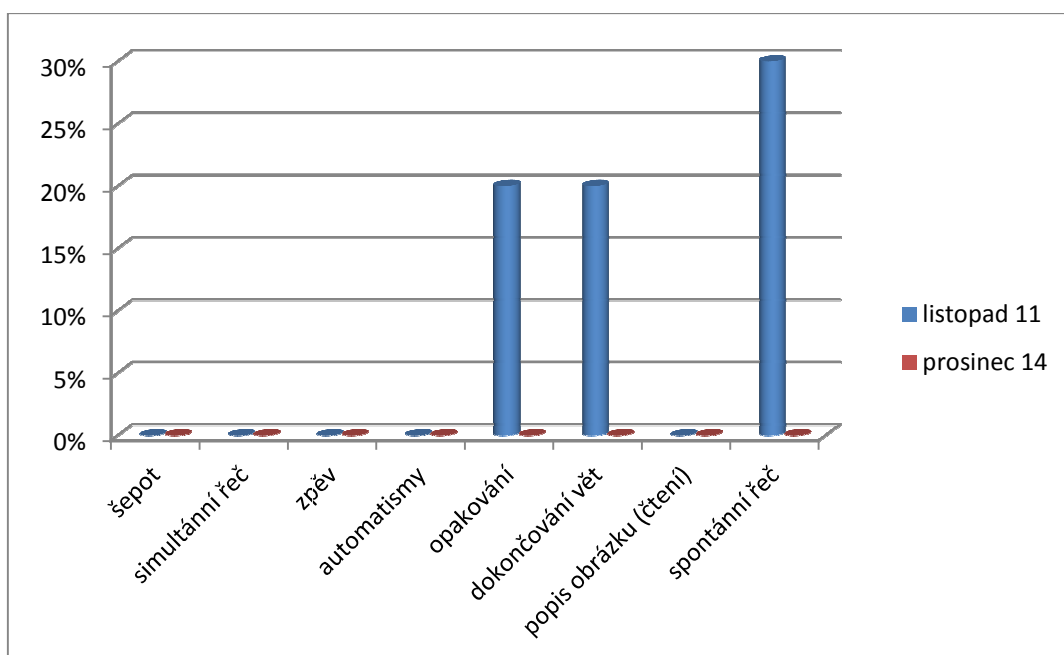
Zacílená analýza výsledků u Kristýnky

Výsledek terapie u Kristýnky lze hodnotit pozitivně. Před letními prázdninami roku 2014 byla Kristýnka zcela bez dysfluencí v mluvním projevu, v srpnu se však objevily recidivy. Avšak v prosinci její projev byl opět zcela plynulý. Došlo ke zlepšení i v oblastech respirace a artikulace. Dýchání je klidové, Kristýnka se nadechuje na správných místech. Tempo řeči je konstantní. V artikulaci jsou dobře vyvozené sykavky obou řad a hláska L. Vibranty jsou vyvozené, ale ještě nejsou dostatečně zafixované v běžné mluvě.

Prognóza u Kristýnky je spíše kladná, i když je možný výskyt recidiv. Kristýnka má velkou oporu v rodině, žije ve stabilním rodinném prostředí a matka i otec se jí snaží věnovat v co největší míře. I adaptace na školu proběhla v pořádku a přispívá k prognosticky kladnému výhledu.

Graf 2: Balbutiogram na počátku terapie a při posledním kontrolním vyšetření

Prostřednictvím grafu je znázorněno zlepšení fluence mluvy ve všech úlohách balbutiogramu na počátku terapie a při posledním kontrolním vyšetření plynulosti mluvy.



4.4.1.3 Případová studie Tomáš

Rok narození: 2006

Pohlaví: chlapec

Diagnóza: suspektní balbuties, forma tonoklonická

Rodinná anamnéza

Tomáš žije v úplné rodině s otcem, matkou a sestrou. Celá rodina bydlí v panelovém domě v Pardubicích. Matce je 35 let a pracuje jako účetní. Otcí je 39 let. U matky ani u otce nejsou přítomny závažnější poruchy řeči, otec v dětství docházel na logopedii, měl diagnostikovanou dyslalií, špatně vyslovoval sykavky. Tomáš má mladší sestru Karolínu, které jsou 4 roky, a navštěvuje mateřskou školu v Pardubicích. U Karolíny lze sledovat intaktní řečový vývoj. V rodině se nevyskytuje žádné závažné onemocnění. Na logopedii s Tomášem dochází střídavě matka nebo otec. U obou je vidět nespokojenost s mluvním projevem Tomáše, ale spolupráce s nimi je trvale na dobré úrovni.

Osobní anamnéza

Porod proběhl v termínu a bez komplikací. Tomáš vážil 3850g a měřil 51cm. První kroky začal dělat ve 13. měsíci. Psychomotorický vývoj proběhl v normě, u Tomáše není přítomné žádné závažné onemocnění, je zdravý. Dominantní ruka je pravá. Tomáš je v péči pracoviště klinické logopedie od května 2011 až do současnosti. První symptomy se dle otce začaly objevovat od začátku řečového vývoje.

Sociální anamnéza

Tomáš v září roku 2010 začal docházet do mateřské školy v Pardubicích. S příchodem do školky se stav řeči výrazně zhoršil. Od roku 2013 navštěvuje základní školu v Pardubicích, nyní je ve druhé třídě. Tomáš si stále více chce hrát a provozovat činnosti, které ho baví, než aby se připravoval do školy. Někdy ho rodiče musí nutit k tomu, aby si udělal domácí úkoly. Ve škole má občas problémy s koncentrací pozornosti. Kontakt se spolužáky navazuje bez problému, našel si kamarády.

Záznam ze vstupního logopedického vyšetření – květen 2011

Při vyšetření byly Tomášovi 4 roky a 7 měsíců.

Tomáš se během vyšetření hodně stydí. Často odpovídá „já nevím“. Hledá výraz, a když ho najde, nadměrná námaha mu nedovolí říci slovo plynule. Celkově řeč splňuje požadavky na testovaný věk. Slovní zásoba je v normě. Fonematický sluch je nevyzrálý.

Ve spontánním mluvním projevu je přítomné tonoklonické přerušování plynulosti řeči. Výskyt tonoklonů ve spontánní řeči prakticky při každé odpovědi. Tempo řeči je narušené, příliš pomalý rytmus. V mluvním projevu jsou sledovány tvrdé hlasové začátky a nepravidelné dýchání. Mluvidla jsou volně pohyblivá, motorika jazyka nenarušena. Kontaminantní rysy chování nejsou sledovány. Vyhýbání se slovními situacím nesledováno.

Balbutiogram

Dýchání – nepravidelné

Fonace – pozorovány tvrdé hlasové začátky

Artikulace – vícečetné odchylky ve vývoji sykavek obou řad a vibrant

Prozódie – narušené tempo řeči - pomalé tempo mluvy

Klinický obraz: V oblasti dysfluence se vyskytují repetice částí slov a prolongace. V oblasti psychické tenze sledována absence zrakového kontaktu.

Tab. 14: Dysfluence v jednotlivých oblastech vyšetřovacího testu

Šepot – 0%	Opakování 0%
Simultánní řeč 40%	Dokončování vět 40%
Zpěv 0%	Popis obrázků 80%
Automatismy 0%	Spontánní řeč 80%

Průběh logopedické terapie

V rámci logopedické terapie byl postup zaměřen na podporu fluence mluvy a na eliminaci výskytu odchylek v artikulaci. V průběhu terapie bylo zapojováno spousta pomůcek a využívaly se různé metody a techniky při odstraňování dysfluence mluvy.

Pomůcky využívané při terapii:

- počítačový program Mentio- hlas;
- dětské piáno, zpěvníky, CD s písničkami;
- soubor Brain Box – Abeceda;
- soubor Atlas;
- logopedická pexesa a hádanky;
- říkadla, básničky, veršované rozcvičky;
- kniha „Povím ti, mami“;
- Pracovní listy Lechta I. a II. díl;
- diktafon;
- bublifuk.

Pomůcky využívané k nácviku správného artikulačního postavení mluvidel:

- špátle

Metody a techniky při odstraňování dysfluence mluvy:

- nácvik měkkého hlasového začátku;
- dechová a fonační cvičení;
- rytmizační cvičení;
- fonograforitmika.

První logopedická terapie u Tomáše proběhla 14. 6. 2011, ale již při vstupním vyšetření byla doporučena dechová a fonační cvičení. U Tomáše proběhl nácvik správného břišního dýchání a nácvik časování hlasu, které se dařilo velmi dobře.

Terapie poté pokračovala nácvikem měkkého hlasového začátku, rytmickými cvičeními, kdy Tomáš určoval počet slabik a vytleskával rytmus dle písničky. Zaměřovali se i na nácvik dlouhého výdechu, kde využívali pomůcku bublifuk. Pracovali se souborem Atlas, tvořili věty a věnovali se opakování slov a vět.

V září roku 2011 Tomáš zvládl spojovat rytmus se slovy a s pohybem. Popisoval obrázek – rozlišoval figury a pozadí a věnovali se dějové posloupnosti s užitím motivujících materiálů s obrázkovými příběhy. Tomášův projev byl bez interací.

Tab. 15: Kontrolní vyšetření plynulosti mluvy 16. 1. 2012

Šepot 0%	Opakování 0%
Simultánní řeč 0%	Dokončování vět – 10%
Zpěv 0%	Popis obrázků 0%
Automatismy – 0%	Spontánní řeč 20%

Dle rodičů se Tomášův mluvní projev doma výrazně zlepšil. Terapie byla stále zaměřena především na fonační a dechová cvičení a na spojení slov s pohybem. Věnovali se cvičením na sluchovou paměť, popisu obrázku a na rozvoj slovní zásoby.

Jelikož plynulost mluvního projevu se lepšila, vcelku stabilní stav řečové fluence umožnil terapii zaměřovat i na artikulaci a sní chybně vyslovovaným hláskám. Proběhlo nastavení mluvidel na hlásky Š a Ž, které Tomáš napodobil správně. Hlásky Š a Ž spojovali do slabik a do slov, rozvíjeli slovní zásobu s těmito hláskami.

V únoru roku 2012 matka uvedla, že u chlapce byly velké výkyvy ve výkonnosti. Bylo období, kdy byl Tomáš zcela bez dysfluencí a období, kdy se zadrhl při každém čtvrtém slově. Stále probíhala fonační a dechová cvičení, cvičení na sluchovou paměť, tvoření vět a popis obrázku. Věnovali se fixaci hlásek Š a Ž ve slovech, které opakoval správně. Nastavovali mluvidla na hlásku Č a rozvíjeli slovní zásobu se sykavkami tupé řady.

V březnu byl Tomášův projev zcela bez dysfluencí, ale doma občas zadržával. V terapii se zaměřovali na sykavky obou řad a začali pracovat s pracovními listy od Lechty. Proběhl zácvik ve fonograforymice – určování počtu slabik, spojování řeči s pohybem, zápis počtu slabik a časování hlasu.

V květnu matka sdělila, že Tomáš celých 14 dní mluvil plynule. Z počátku se stále věnovali fixaci sykavek ostré i tupé řady, střídali sykavky obou řad v textu. Poté nastavovali mluvidla na hlásku R, vyvozovali hlásku substituční metodou, spojovali ji do slabik a slov po souhláskách. V terapii využili i nahrávku na diktafon pro Tomášovu sluchovou zpětnou vazbu. Stále se věnovali rytmizačním cvičením, pracovali se startérem, který je nutný především u artikulačního cvičení – slova začínající na dr.

V červnu pracovali s Lechtovými pracovními listy. Docházelo k fixaci hlásky R substituční metodou, která se dařila po souhláskách. Procvičovali hlásku R v různých básničkách, spojovali hlásku R do slabik a slov po souhláskách T, D, P, B, V.

Tab. 16: Kontrolní vyšetření plynulosti mluvy 18. 7. 2012

Šepot 0%	Opakování 0%
Simultánní řeč 0%	Dokončování vět – 10%
Zpěv – neměřeno (nechtěl zpívat)	Popis obrázků 0%
Automatismy – 0%	Spontánní řeč 10%

Ve spontánním mluvním projevu stále přetrvávají prolongace. Proběhl zácvik ve fonograforhythmice a fixaci ostrých a tupých sykavek. Střídání sykavek zvládal Tomáš dobře, ale příležitostná korekce ve spontánní řeči byla nutná. Společně tvořili a dokončovali věty, zabývali se cvičením na sluchovou paměť. Hlásku R vyvozovali na začátku, uprostřed a na konci slova. Tato cvičení se dařila, Tomáš opakoval správně. Pracovali se souborem Mentio – hlas, snažili se o správné časování hlasu se zaměřením i na hlasovou sílu.

Do konce roku 2012 se stále věnovali hláskám C, S, Z, Č, Š, Ž a hlásce R. Rozvíjeli slovní zásobu s těmito hláskami. Tomáš se pokoušel o řazení děje a o následnou reprodukci. Pracovali s knihou „Povím ti, mamí“. Stále do terapie zapojovali dechová, fonační a rytmiizační cvičení, tvořili věty, hádanky, doplňovali slova do vět a cvičili mluvní pohotovost.

Na začátku roku 2013 postupně nastavovali mluvidla na hlásku Ř. Vyvozovali hlásku Ř substituční metodou a zapojovali ji do slov po souhláskách. Rozvíjeli slovní zásobu se zmíněnou hláskou. Tomáš spolupracoval dobře.

V březnu 2013 proběhlo kontrolní vyšetření artikulace. Tomáš v oblasti artikulace splňuje požadavky ortoepické normy. V oblasti plynulosti se Tomáš zadrhl pouze při pozdravu, jinak byl projev zcela plynulý. Kontrola byla doporučena za tři měsíce. V červnu se převážně věnovali prodlužování výdechového proudu, uvolňovacím cvikům, cvikům na správné dýchání. Povídali si o pohádce, kterou následně Tomáš zreprodukoval samostatně a bezchybně. Cvičili mluvní pohotovost, tvořili a

dokončovali věty. Otec uvedl, že doma jsou výkyvy ve výkonnosti, zadrhne se 5 – 10x za odpoledne.

Na začátku září Tomáš nastoupil do první třídy základní školy. Při návštěvě logopedické ambulance bylo provedeno kontrolní vyšetření plynulosti mluvy. Tomáš měl hodně špatný výkon, objevovalo se velké zadrhávání. Vyskytovaly se repetice částí slov / slabik a prolongace. Matka byla hodně nespokojená s mluvou svého syna a uvedla, že jsou velké výkyvy ve výkonnosti nejen doma, ale i ve škole. Lze říci, že velké zhoršení plynulosti mluvy bylo jak při nástupu do mateřské školy, tak i při nástupu do základní školy.

Tab. 17: Kontrolní vyšetření plynulosti mluvy 24. 9. 2013

Šepot 40%	Opakování 80%
Simultánní řeč 50%	Dokončování vět – 80%
Zpěv 0%	Popis obrázků - neměřeno
Automatismy – 20%	Spontánní řeč 90%

Zaměřovali se opět na dechová a fonační cvičení a na prodlužování výdechového proudu jako na úplném počátku. Zapojili uvolňovací cviky a simulaci rozhovoru. Cvičili mluvní pohotovost, tvořili věty, popisovali dějový obrázek.

V únoru roku 2014 byly u Tomáše přítomny pouze 3 dysfluence. Stále se věnovali stejným cvičením a terapeutickým postupům. Vývoj mluvní fluence se výrazně zlepšoval.

Tab. 18: Kontrolní vyšetření plynulosti mluvy 1. 9. 2014

Šepot 0%	Opakování 20%
Simultánní řeč 0%	Dokončování vět – 20%
Zpěv – neměřeno (nechtěl zpívat)	Popis obrázků 10%
Automatismy – 0%	Spontánní řeč 0%

Tomáš se zadrhl pouze při pozdravu, když odcházel z ambulance. Jinak byl jeho spontánní projev vcelku plynulý. Pracovali se startérem, trénovali správný postoj a chůzi po čáře. Spjovali slova s pohybem, pracovali s Lechtovými pracovními listy – II. díl.

V listopadu roku 2014 i na začátku roku 2015 se převážně věnovali dechovým cvičením, snažili se o zpívání koled. Když Tomáš zpívat nechtěl, tak pouze recitoval. Cvičili mluvní pohotovost, popisovali dějový obrázek a pracovali se souborem Svět. V lednu roku 2015 měl Tomáš při terapeutickém sezení pouze 3 dysfluence v mluvním projevu. Kontrola u logopeda byla doporučena za 3 měsíce.

Zacílená analýza výsledků u Tomáše

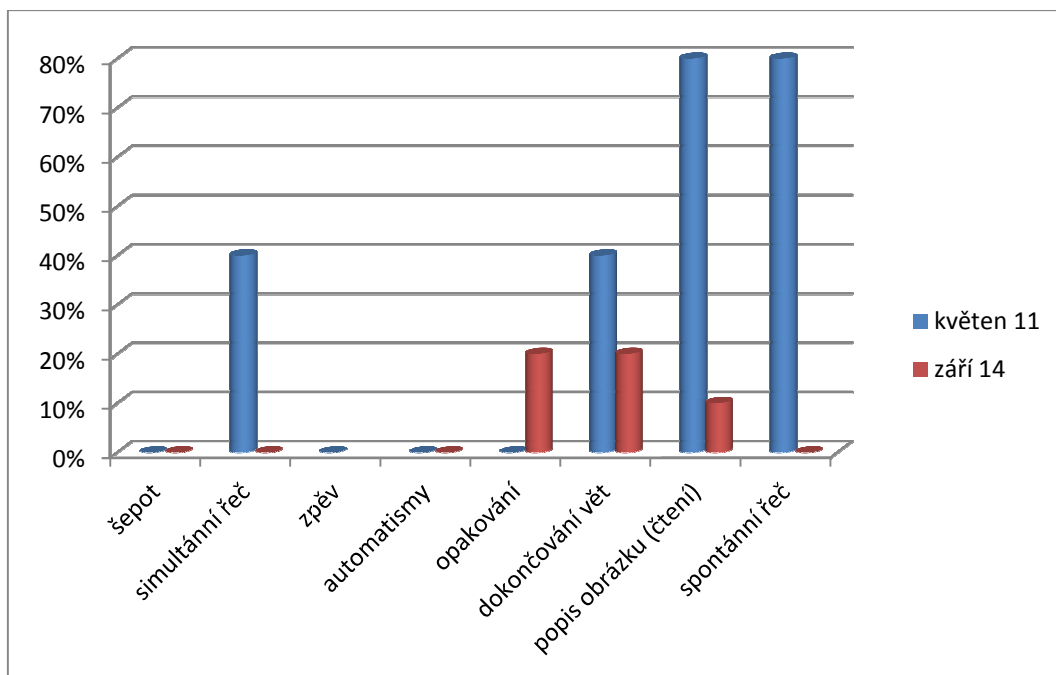
U Tomáše jsou po celou dobu, co navštěvuje logopedickou ambulanci, velké výkyvy v plynulosti mluvy. K velkému zhoršení docházelo hlavně při nástupu do mateřské školy a při nástupu do první třídy základní školy. Poté se stav zlepšoval a objevovaly se i období zcela bez dysfluencí. Při posledním vyšetření se dysfluence v mluvním projevu dle balbutiogramu vyskytly nepatrně v úlohách opakování, dokončování vět a popisu obrázku. Ve všech dalších subtestech můžeme u Tomáše pozorovat plynulou mluvu.

K výraznému zlepšení došlo v oblasti fonace i artikulace. Jsou odstraněny tvrdé hlasové začátky. Zlepšeno je i dýchání, které je pravidelné. V artikulaci jsou vyvozeny a intaktně vyslovovány sykavky obou řad a vibranty.

Přestože se stále ve spontánní mluvě vyskytují dysfluence, lze u Tomáše uvažovat spíše o kladné prognóze, která je potvrzována dobrou spoluprací rodiny i chlapce v průběhu terapeutických sezení. Důležité je i stabilní rodinné prostředí. Otázkou ale je adaptace chlapce na školu, která prozatím není zcela úspěšná.

Graf 3: Balbutiogram na počátku terapie a při posledním kontrolním vyšetření

Prostřednictvím grafu je znázorněno zlepšení fluence mluvy ve všech úlohách balbutiogramu na počátku terapie a při posledním kontrolním vyšetření plynulosti mluvy.



4.5 Závěrečná komparace výsledků výzkumného šetření

Na základě zjištěných výsledků, které jsou viditelné u Marka, Kristýnky i Tomáše z grafu, je zřejmé, že u všech došlo k výraznému zlepšení v oblasti plynulosti mluvy. U Kristýnky je projev zcela plynulý, u Marka a Tomáše se oproti začátku vyskytuje dysfluence v poměrně malém procentu. K výraznému zlepšení u všech dětí došlo i v oblasti artikulace a fonace.

Z grafů a celkového zhodnocení výsledků terapie lze také říci, že ve všech narušených oblastech nedošlo k žádnému výraznému zhoršení. Lze pouze podotknout, že v průběhu terapie byly občasné výkyvy v plynulosti mluvy, které byly zapříčiněny emočními či stresovými situacemi. U Kristýnky, která měla projev již zcela plynulý, došlo o letních prázdninách ke krátkodobé recidivě.

Z výsledků je také patrné, že terapeutické metody a postupy, které se realizovaly, byly efektivní a pomocí nich se docílilo k celkově plynulé mluvě u všech tří dětí. Ve srovnání z hlediska využívaných metod lze podotknout, že mezi nejvíce využívané lze řadit dechová, fonační cvičení a rytmicizující cvičení. U Marka a Tomáše lze za velmi účelné metody a techniky považovat i nácvik měkkého hlasového začátku a fonograforytmiku.

Nicméně vzhledem k tomu, že v bakalářské práci je použit jen malý výzkumný vzorek, nelze plně říci, že využívané terapeutické postupy a metody, které byly použity, jsou efektivní pro všechny děti s koktavostí, které navštěvují první stupeň základní školy. Zde se pouze ukázalo, že tyto metody a postupy mohou pomoci balbutikům k fluentní mluvě.

Za dobu mého pozorování dětí při logopedické péči už nedošlo tak k výraznému zlepšení či zhoršení v mluvním projevu. Tento fakt dokazuje to, že všechny děti už za sebou měly poměrně dlouhodobou terapii, která jim napomohla k celkově dobrému stavu v oblasti plynulosti mluvy.

Nicméně prostřednictvím pozorování bylo viditelné, že k dosažení plynulosti mluvy nejsou zapotřebí pouze terapeutické metody, ale důležitý je i přístup rodiny, kamarádů a u mladších dětí i přístup učitele ve škole. Pokud rodiče jsou dobrým příkladem pro dítě, věnují mu dostatečný čas a dítě nepodléhá velkému množství stresových situací, je mnohem větší předpoklad k zlepšení mluveného projevu.

ZÁVĚR

Kompletní bakalářská práce pojednávala o problematice poruch plynulosti řeči. Koktavost je řazena mezi nejzávažnější poruchy řečového projevu, který má vliv nejen na oblast komunikace, ale i na psychiku a chování jedince. Tato práce byla zaměřena především na oblast komunikace a hlavním cílem bylo zhodnocení řečového projevu u konkrétních dětí s koktavostí a s tím související srovnání případových studií, které přiblížily efektivitu využívaných terapeutických metod a postupů.

Pro výzkumné šetření byly zvolené děti mladšího školního věku, které docházejí na logopedickou péči do ambulance klinické logopedie. Výzkum byl založený na zpracování kazuistických studií, které jsou kvalitativního charakteru. K zaznamenávání průběžných výsledků nejen řečového projevu se využíval u všech tří dětí diagnostický materiál balbutiogram. Na základně zpracovaných výsledků lze objektivně říci, že u všech tří dětí došlo k výraznému zlepšení v mluvním projevu. Zlepšení bylo nejen v oblasti plynulosti mluvy, ale i v oblasti artikulace či fonace.

Koktavost patří mezi nejtěžší narušení mluvené řeči. Je zdrojem existence velkého množství terapeutických přístupů, které mohou napravit či ovlivnit dysfluentní mluvní projev. Praktická část mi poskytla jen minimální přehled postupů, které lze v terapii koktavosti aplikovat. Avšak, podle výsledků se jedná o metody vcelku účelné a mohou být dobrou inspirací jak pro mě, tak i pro další, kteří se zabývají nebo budou zabývat touto problematikou.

Praktická část byla doplněna o část teoretickou. Teoretická část byla celkem rozdělena do tří hlavních kapitol. V první kapitole byla shrnuta problematika školního věku a to zejména vývojový stav dítěte, který je důležitý pro nástup do školy a vývoj řeči a jazyka u dětí mladšího školního věku. Druhá a třetí kapitola byla věnována poruchám plynulosti řeči. U koktavosti i breptavosti byly zmíněny nejčastější příčiny a symptomy, dále diagnostické a terapeutické metody a postupy včetně prognostických faktorů. U koktavosti poté byly popsány druhy koktavosti a prevence, prostřednictvím níž lze předcházet jejímu vzniku.

Během zpracovávání této problematiky, ať už pozorováním dětí v ambulanci klinické logopedie nebo studováním odborných publikací bylo zřejmé, že u této narušené komunikační schopnosti je včasný a dlouhodobý terapeutický proces nutností. Pokud se

s terapií nezačne hned v počátku, může docházet k postupné fixaci a následné chronicitě, která se už mnohem obtížněji napravuje.

U dětí mladšího školního věku, kterými se bakalářská práce zabývala, záleží především na postoji rodičů, kteří mají na děti v této době největší vliv. Má – li se zlepšit mluvní projev dítěte, je důležité, aby se mu především přizpůsobilo rodinné prostředí a všichni jeho členové. Rodiče jsou pro děti hlavním vzorem, ze kterého vstřebávají nejvíce. Ti by měli ihned, při zjištění prvotních příznaků koktavosti u svého dítěte, vyhledat odbornou logopedickou pomoc. S odstraňováním dysfluentního projevu by se mělo začít co nejdříve.

POUŽITÉ ZDROJE

1. ALLEN, K a Lynn R MAROTZ. *Přehled vývoje dítěte od prenatálního období do 8 let*. Vyd. 3. Přeložil Petra Vlčková. Praha: Portál, 2008, 187 s. ISBN 978-80-7367-421-2.
2. BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. *Komunikace dětí předškolního věku*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 236 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4730-080.
3. BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona, Radka HORÁKOVÁ a Jiřina KLENKOVÁ. *Logopedie & surdopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido - edice pedagogické literatury, 2007, 118 s. ISBN 9788073151362.
4. DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník*. 2. upr. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001, 223 s. ISBN 80-902536-2-8.
5. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008, 407 s. ISBN 9788073674854
6. HOFFMANN, Charlotte. *An introduction to bilingualism*. 1. vyd. New York: Longman, 1991, xiv, 353 p. ISBN 05-822-9143-7.
7. KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 224 s. ISBN 80-247-1110-9.
8. KLENKOVÁ, Jiřina, Barbora BOČKOVÁ a Ilona BYTEŠNÍKOVÁ. *Kapitoly pro studenty logopedie: text k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2012, 103 s. ISBN 978-80-7315-229-1.
9. KURIC, Jozef. *Ontogenetická psychologie*. 1. vyd. Brno: CERM, 2000, 179 s. ISBN 80-214-1844-3.

10. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
11. LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Vyd. 1. Překlad Jana Křížová. Portál, 2003, 359 s. ISBN 80-717-8801-5.
12. LECHTA, Viktor. *Koktavost: integrativní přístup*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2010, 333 s. ISBN 978-807-3676-438.
13. LECHTA, Viktor. *Koktavost: komplexní přístup*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004, 231 s. ISBN 80-7178-867-8.
14. LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008, 191 s. ISBN 978-80-7367-433-5.
15. LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-717-8961-5.
16. LECHTA, Viktor a Barbara KRÁLIKOVÁ. *Když naše dítě nemluví plynule: koktavost a jiné neplynulosti řeči*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 124 s. ISBN 978-80-7367-849-4.
17. MLČÁKOVÁ, Renata a Kateřina VITÁSKOVÁ. *Narušení plynulosti řeči - vstup do problematiky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 95 s. Texty k distančnímu vzdělávání v rámci kombinovaného studia. ISBN 978-80-244-3719-4.
18. NEUBAUER, Karel. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. 3. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010, 107 s. ISBN 9788074350535.

19. PETROVÁ A. Vstup dítěte do školy. In ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Přehled vývojové psychologie*. 3., upr. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, 189 s. ISBN 978-80-244-2433-0.
20. PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Aktuální problémy balbutiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2000, 90 s. ISBN 80-244-0050-2.
21. PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Logopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001, 70 s. ISBN 80-244-0258-0.
22. PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Techniky práce s balbutiky*. 1. vyd. Překlad Jana Křížová. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, 111 s. Skripta (Univerzita Palackého). ISBN 80-244-1234-9.
23. PLEVOVÁ, Irena. *Kapitoly z vývojové psychologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 57 s. ISBN 80-244-1412-0.
24. PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. 7., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2013, 395 s. ISBN 9788026204039.
25. SEDLÁČEK, M. Případová studie. In ŠVARŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 9788073673130.
26. SMOLÍKOVÁ, Kateřina. *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání* [online]. Praha: Výzkumný ústav pedagogický v Praze, 2004[cit. 2015-03-12]. ISBN 8087000005.
27. ŠKODOVÁ, Eva. *Klinická logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 612 s., viii barev. obr. příl. ISBN 80-717-8546-6.
28. ŠVINGALOVÁ, Dana. *Kapitoly z psychologie*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita, 2002, 51 s.

29. TARKOWSKI, Z. Diagnostika breptavosti. In LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Vyd. 1. Překlad Jana Křížová. Portál, 2003, 359 s. ISBN 80-717-8801-5.
30. TARKOWSKI, Z. Terapie breptavosti. In LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-717-8961-5.
31. TRPIŠOVSKÁ, Dobromila a Marie VACÍNOVÁ. *Ontogenetická psychologie*. 1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, 2006, 108 s. ISBN 80-7044-792-3.
32. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012, 531 s. ISBN 978-802-4621-531.
33. VITÁSKOVÁ, Kateřina a Alžběta PEUTELSCHMIEDOVÁ. *Logopedie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1088-5.
34. WEDLICHOVÁ, Iva a Vladislava HEŘMANOVÁ. *Kapitoly z vývojové psychologie*. 1. vyd. V Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, 2008. ISBN 978-807-4140-440.

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Balbutiogram na počátku terapie a při posledním kontrolním vyšetření

Graf 2: Balbutiogram na počátku terapie a při posledním kontrolním vyšetření

Graf 3: Balbutiogram na počátku terapie a při posledním kontrolním vyšetření

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1: Klinický obraz koktavosti

SEZNAM TABULEK

Tab. 1: Sedm základních typů dysfluencí

Tab. 2: Přehled dětí pro výzkumnou část bakalářské práce

Tab. 3: Dysfluence v jednotlivých oblastech vyšetřovacího testu

Tab. 4: Kontrolní vyšetření plynulosti mluvy 2. 12. 2010

Tab. 5: Kontrolní vyšetření plynulosti mluvy 28. 7. 2011

Tab. 6: Kontrolní vyšetření plynulosti mluvy 21. 8. 2012

Tab. 7: Kontrolní vyšetření plynulosti mluvy 17. 12. 2012

Tab. 8: Kontrolní vyšetření plynulosti mluvy 21. 8. 2013

Tab. 9: Kontrolní vyšetření plynulosti mluvy 16. 4. 2014

Tab. 10: Dysfluence v jednotlivých oblastech vyšetřovacího testu

Tab. 11: Kontrolní vyšetření plynulosti mluvy 2. 4. 2013

Tab. 12: Kontrolní vyšetření plynulosti mluvy 4. 6. 2013

Tab. 13: Kontrolní vyšetření plynulosti mluvy 28. 8. 2014

Tab. 14: Dysfluence v jednotlivých oblastech vyšetřovacího testu

Tab. 15: Kontrolní vyšetření plynulosti mluvy 16. 1. 2012

Tab. 16: Kontrolní vyšetření plynulosti mluvy 18. 7. 2012

Tab. 17: Kontrolní vyšetření plynulosti mluvy 24. 9. 2013

Tab. 18: Kontrolní vyšetření plynulosti mluvy 1. 9. 2014