

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Pedagogická fakulta
Katedra psychologie patopsychologie

Jana Bártová

V. ročník – kombinované studium

Obor: učitelství pro první stupeň základních škol

Vývojová dysfázie

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Iveta Tichá

OLOMOUC 2011

Prohlašuji tímto, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně
a uvedla jsem veškerou literaturu a jiné zdroje, které jsem použila

V Olomouci dne 20.března 2011

.....

podpis studenta

Děkuji Mgr. et Mgr. Ivetě Tiché za odborné vedení diplomové práce, poskytování rad a jiných materiálových podkladů, také děkuji osobám, které mi poskytly důležité informace pro vypracování kasuistik. A v neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině.

Obsah

Úvod	6
I. TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Logopedie	8
1.1 Vymezení oboru logopedie	8
1.2 Historie péče o osoby s narušenou komunikační schopností	10
2 Komunikace a vývoj komunikačních schopností	13
2.1 Vymezení pojmu komunikace	14
2.2 Fáze komunikace mezi lidmi	14
2.3 Verbální a neverbální komunikace	15
2.4 Vývoj řeči z logopedického hlediska – přehled stadií v ontogenezi dětské řeči.....	18
3 Narušená komunikační schopnost	21
3.1 Příčiny vzniku a klasifikace narušené komunikační schopnosti... ..	22
3.2 Logopedická intervence	23
4 Kategorie narušené komunikační schopnosti	25
4.1 Narušený vývoj řeči	25
4.2 Opožděný vývoj řeči	27
4.3 Vývojová dysfázie.....	28
4.4 Etiologie vývojové dysfázie	30
4.5 Symptomatologie vývojové dysfázie	30
4.6 Diagnostika narušeného vývoje řeči	31
4.6.1 Metody a techniky diagnostiky narušené komunikační schopnosti.....	32
4.6.2 Principy diagnostiky narušené komunikační schopnosti	33
4.6.3 Specifika a průběh u diagnostiky narušené komunikační schopnosti.....	34
4.7 Cíle a metody terapie u dětí s narušeným vývojem řeči	36
4.7.1 Děti rizikové z hlediska vývoje řeči.....	36
4.7.2 Terapeutický postup. Cíle terapie v jednotlivých stadiích vývoje řeči	37

4.7.3	Nedirektivní komunikační techniky	42
4.7.4	Direktivní terapeutické techniky	43
4.7.5	Úloha rodičů v terapii	44
II.	PRAKTICKÁ ČÁST	46
5	Kasuistika	46
5.1	Stanovení cíle	46
5.2	Technika kasuistiky	46
5.3	Kasuistiky klientů	47
5.4	Analýza	54
5.5	Diskuze	59
	Závěr	63
	Použitá literatura a jiné zdroje	65
	Anotace	67
	Seznam příloh	68

Úvod

Jedna z nejdůležitějších schopností člověka je dovednost komunikovat. Aby člověk této dovednosti mohl využívat, potřebuje dobře vyvinutou komunikační schopnost. Odchytky ve vývoji komunikačních schopností mohou způsobit překážky ve vzdělávání a socializaci jedince.

Touto problematikou se zabývá relativně mladý neustále se vyvíjející obor, logopedie. Je jedním z oborů, který je dle našeho tradičního systému zařazen do speciální pedagogiky. Dnes již logopedii nechápeme jen jako obor zabývající se vadami a poruchami řeči, ale také jako obor řešící problémy s komunikačními schopnostmi, vývojem těchto schopností, patologickými jevy i možnostmi jejich reedukace. Zabývá se edukací osob s narušenou komunikační schopností, věnuje se diagnostice, terapii i prevenci narušených komunikačních schopností.

V mnoha zemích, v neposlední řadě i v České republice, se řeší problematika rané podpory dětí s poruchami komunikace. Dříve se doporučovalo začínat s řečovou terapií kolem čtvrtého roku života dítěte, dnes je snaha hledat komunikační možnost v co nejranějším věku. Tento věk patří k jednomu z nejdůležitějších období v rozvoji osobnosti člověka.

Tato práce je zaměřena na narušenou komunikační schopnost, její specificky narušený vývoj.-tedy na vývojovou dysfázii. Definice narušeného vývoje řeči není jednoznačně určena a specialisté různých vědních oborů pohlíží na tuto problematiku nejednotně. Liší se i jejich názory v oblasti odborné terminologie.

Jedinci s diagnózou vývojové dysfázie jsou snáze unavitelní, mohou mít nedostatky v oblasti paměti, grafomotoriky i jemné motoriky. S velkou pravděpodobností je narušena i sféra emocionální. Práce s takovými dětmi je jistě mnohem náročnější, vyžaduje od pedagoga trpělivost a v neposlední řadě i odborné znalosti z dané problematiky. V takových případech je nutný citlivý přístup učitele a je důležité, aby

našel tu správnou hranici možností a schopností dítěte, aby dítě nebylo zvýhodňováno oproti svým vrstevníkům nebo naopak, aby dítě nebylo diskriminováno nebo dokonce izolováno z kolektivu. Nezbytná je spolupráce fundovaného odborníka – logopeda, který stanoví cíle, formy a metody terapie, s pedagogem. Hlavními činiteli ovšem zůstávají rodiče. Logoped při navrhování terapeutických postupů musí brát ohled na schopnosti a možnosti rodiny.

Narušený vývoj řeči pozitivně neovlivní ani formování osobnosti dítěte, proto si včasná a odborná diagnostika narušeného vývoje komunikačních schopností zasluhuje maximální péči specialistů.

CARL ROGERS: „*Empatické naslouchání znamená dočasně žít životem druhého.*“

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Logopedie

Logopedií rozumíme nauku o fyziologii dorozumívání a nápravě poruch, vad řeči a výslovnosti. Název je tvořen z řeckého slova logos – slovo a paidea - výchova. Je jedním z odvětví speciální pedagogiky. Speciální pedagogika je významná pedagogická disciplína, která se zabývá zákonitostmi výchovy a vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami.

„Viktor Lechta chápe logopedii jako vědní obor interdisciplinárního charakteru, který se zabývá širokou a rozmanitou oblastí narušení komunikační schopnosti. Je příznačné, že všechny odborné práce generované pod Lechtovým vedením (tj. s výjimkou monografií) jsou v titulu označeny jako publikace autorského kolektivu, většinou mezinárodního. Něco takového v českých zemích postrádáme, i když samozřejmě akceptujeme nezbytnost užší specializace např. na narušení vývoje řeči, afáziologii, dysartrii a další (okruhů narušení komunikační schopnosti existuje v moderním pojetí celkem deset).“ [1]

1.1 Vymezení oboru logopedie

Logopedie je mladý vědní obor, formoval se až v první polovině dvacátého století a neustále se rozvíjí. V málokterém oboru, jako právě v logopedii, se názory a snahy specialistů o definici daného oboru tak rozcházejí. Jak uvádí Jiřina Klenková: *„V roce 1924 ve Vídni lékař-foniatr Fröschels definoval logopedii jako lékařskou vědu (medizinische*

Sprachheilkunde), ale u nás později také lékař-foniatr Sovák ji definoval jako obor speciálně pedagogický.“ (Klenková, J., 2006, s.11)

Leckdy se veřejnost domnívá, že se logopedie zabývá pouze dětskou klientelou, ale tato domněnka je mylná. Logopedie se zabývá problematikou narušené komunikační schopnosti v celé škále věkových kategorií.

Každá země řadí logopedii do systému věd různě. Nejdříve měli převažující vliv odborníci z oboru medicíny, později i specialisté z nelékařských oborů. V druhé polovině dvacátého století se prosazovali svými názory také jazykovědci. V současnosti logopedie kolísá mezi více vědními disciplínami, ale tradičně ji řadíme ke speciální pedagogice. Úzce souvisí i s obecnou pedagogikou a jinými obory speciální pedagogiky-surdopedií, somatopedií, psychopedií a oftalmopedií. Souvisí s mnoha medicínskými obory (pediatrie, foniatrie, stomatologie, plastická chirurgie a další), s obory psychologie, jazykovědnými obory a to proto, že u postižených osob se v různé míře projevuje narušení komunikačních schopností. Různorodé pojetí logopedie se odráží také ve formě vzdělávání. Například ve Francii budoucí specialisté v oboru logopedie studují na lékařských fakultách, ve Švýcarsku na univerzitách psychologie nebo lingvistiky, v Polsku je brána jako aplikovaná fonetika. Podle Jiřiny Klenkové: *„Moderní koncepce logopedie upřednostňuje přesun předmětu zkoumání logopedie od hovoření ke komunikaci. Z těchto důvodů se v logopedii postupně přecházelo od termínů porucha řeči, vada řeči, jak jsou užívány v naší klasické logopedické literatuře například Sovákem, k zastřešujícímu termínu narušená komunikační schopnost, která zahrnuje i termíny vada, porucha řeči a výstižně vyjadřuje změnu základního trendu logopedie směrem k holistickému pojetí.“* (Klenková, J., 2006, s.14).

1.2 Historie péče o osoby s narušenou komunikační schopností

Jak bylo uvedeno v předešlé kapitole, logopedii tradičně řadíme do oboru speciální pedagogiky, zákonitě tedy souvisí historie logopedie s historií speciální pedagogiky. Vývoji speciální pedagogiky se v minulém období věnovali například Ludvík, Predmerský, Popelář, Sovák, Edersberger, Vališová. Tímto tématem se v posledních letech zabývala Monatová, též Titul.

Historiografii logopedie můžeme posuzovat z různých pohledů. Můžeme ji analyzovat jednak jako dějiny vědního oboru, jako dějiny logopedické péče, také jako dějiny vzdělávání logopedů i jako dějiny logopedie jako profese. Můžeme ji zkoumat i z hlediska regionálního, partikulárního a globálního.

Již ve starověku byli řečníci obdivováni, dokázali odhalit sílu mluveného slova, jeho moc. Od starověku se lékaři, filozofové i učitelé zaobírali kulturou mluveného slova, rozvojem řeči, fyziologií hlasu, vadami řeči.

Přehled historického vývoje logopedie:

„V roce 1990 Lechta zveřejnil přehled historického vývoje logopedie, na který je možné pohlížet jako na pohled globální.

1. etapa - charakteristické je obdivné, zbožné uctívání komunikační schopnosti jako takové. Byla to různá zaklínání, přísahy nebo obřady. Sepětí jazyka, řeči, slova s kulturou a uměním reprezentují snahy o jejich zachycení, zapamatování a zvěčnění. Pro tuto potřebu si člověk vytváří písmo.

2. etapa (asi od 14. stol. př.n.l.) – objevují se již písemné záznamy o významných a bohatých osobách, u nichž se nějakým způsobem projevuje narušení komunikační schopnosti (neslyšící, nemluvící, koktaví lidé apod.). V tomto období dochází ke snahám o kultivaci řeči (v 5. až 4. stol. př. n. l. Sokrates požaduje ve školách zavedení výchovy ke správné

řeči, v 1. stol. př. n. l. požaduje Cicero vypracování „pravidel“ nejen pro rétoriku, ale i pro běžný komunikační proces).

3. etapa – počátky systematického kultivování komunikační schopnosti jako takové - v různých pracích tehdejších myslitelů (1.–15. stol. n. l.) se již objevují zmínky o narušené komunikační schopnosti. Učenci se zabývají fyziologií hlasu a sluchu, projevují se snahy nalézt metody terapie koktavosti, postupy, jak naučit neslyšící mluvit, popisy patologie a léčby nemocí nosu, rtů, krku, jazyka a úst.

4. etapa (16.-17.. stol.) – pro tuto etapu jsou specifická vědecká pojednání o narušené komunikační schopnosti, ojedinělé pokusy zavést systematickou péči o osoby s narušenou komunikační schopností (např. v roce 1583 Mercurialis z lékařské fakulty v Padově publikoval práci o dětských nemocech, v níž se objevuje i první vědecké pojednání o narušené komunikační schopnosti).

5. etapa (18.-19. stol.) – představuje počátky organizované péče o osoby s narušenou komunikační schopností. Lechta ve stati *Dějiny starostlivosti o postihnutých* (In: Vašek, Š. a kol.: *Špeciálna pedagogika – terminologický a výkladový slovník*, 1994) o této etapě říká, že počátky péče spadají do období, kdy v 18. století osvícenství jako kulturně-etická báze a průmyslová revoluce jako technicko-ekonomická báze vytvořily základ pro konkrétní, systematickou péči o postižené a narušené osoby.

6. etapa (19.-20. stol.) – dochází k utváření východisek pro položení vědeckých základů logopedie. Jsou vytvořeny monografie, učebnice a časopisy, které se zabývají problematikou osob s narušenou komunikační schopností (například v roce 1877 Kussmaul v Lipsku vydává monografii *Poruchy řeči*, v roce 1879 Gutzmann publikuje monografii o koktavosti).

7. etapa (20.-21. stol.) – konstituování logopedie jako vědního oboru. Významným obdobím se stala 20. léta 20. století, neboť již byly publikovány a publikují se dále monografie, učebnice zabývající se problematikou narušené komunikační schopnosti, vytváří se systém

vzdělávání logopedů. Ti se začínají sdružovat do odborných organizací (v roce 1924 se uskutečnil ve Vídni zakládající kongres Internacionál Associations of Logopedie and Phoniatics – IALP, Mezinárodní asociace logopedů a foniatrů), u nás byla v roce 1970 ustanovena Česká logopedická společnost jako zájmová organizace.“ (Klenková, J., 2006)

Expanzivní rozvoj přírodních věd v 18. a 19. století vzbudil zájem o nápravu a odstraňování vad v komunikační schopnosti člověka u lékařů, pedagogů i filozofů. Logopedie se vyvíjí ve dvou základních směrech: filozofickém a biologickém. Z hlediska filozofického směru se vyčleňovaly další vědní obory. Například jazykověda, rétorika, pedagogika, speciální pedagogika, psychologie. Filozofové preferovali péči o řeč po stránce fonetické, pedagogové po stránce obsahové a formální. Pro biologický směr je typický lékařský přístup vícero medicínských oborů: pediatrie, foniatrie, otorinolaryngologie, neurologie, plastické chirurgie. Medicína zkoumá fyziologii a patologii řeči a zároveň se zajímá o léčebné metody.

2 Komunikace a vývoj komunikačních schopností

Abychom pochopili problematiku narušení komunikačních schopností, je třeba získat poznatky o komunikaci, o vývoji dětské řeči, o vývoji jednotlivých jazykových rovin.

„Komunikace mezi lidmi je proces jen zdánlivě jednoduchý. Ve skutečnosti je natolik složitý, že je pro jeho pochopení účelné vytvářet různé zjednodušující modely, jež umožňují vysvětlit vždy část aspektů provádějících komunikaci a jejich úspěchy i nejrůznější poruchy.“
(Plamínek, J., 2008, s. 38)

Citace Mikulajové a Kapalkové:

„Narušený vývoj řeči je druh narušené komunikační schopnosti. Je to široce chápaná kategorie zejména pro množství příčin, které je způsobují, a bohatství symptomů, jimiž se projevuje. Chápeme ho jako systémové narušení jedné, více anebo všech oblastí vývoje řeči u dítěte s ohledem na jeho chronologický věk“. (in. Lechta a kol., 2005, s. 33)

Lechta (1995) hovoří o narušené komunikaci tehdy, když některá jazyková rovina nebo několik jazykových rovin působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru. Z toho vyplývá, že deficity se mohou projevit v rovině morfologicko – syntaktické, lexikálně – sémantické, foneticko – fonologické a pragmatické. Narušený vývoj řeči může být dominantním příznakem v klinickém obraze nebo se může vyskytovat jako součást jiných vývojových poruch a deficitů.

Narušená komunikační schopnost se nemusí týkat pouze verbálních projevů, ale velmi často se projeví i v grafické podobě řeči. Promítá se do oblastí symbolických a nesymbolických procesů, při čemž se projevuje ve zvukové i nezvukové dimenzi.

2.1 Vymezení pojmu komunikace

Každá živá bytost má potřebu dorozumívat se. Člověka a jeho formu dorozumívání spojujeme se sociální komunikací. Komunikace je výraz rozšířený v mnoha vědních oborech - v pedagogice, psychologii, lingvistice, sociologii, antropologii, kybernetice, dopravě a mnoha dalších. Komunikace nemá v literatuře přesně danou definici. Komunikací lze obecně nazvat schopnost člověka použít výrazových prostředků k vytvoření a udržování mezilidských vztahů. Je stěžejní při rozvoji osobnosti a v širokém slova smyslu ji můžeme chápat jako složitý proces výměny informací. Tento proces má čtyři základní prvky, které se navzájem ovlivňují.

- *komunikátor* (ten, kdo je zdrojem informace)
- *komunikant* (ten, kdo informaci přijímá a určitým způsobem na ni reaguje)
- *komuniké* (nová informace, obsah sdělení)
- *komunikační kanál* (podmínka k výměně informací, k porozumění obou stran je třeba použít smluveného kódu)

Cílem komunikativního chování člověka je nejen dorozumívání a předávání informací, ale i vytváření a udržování mezilidských vztahů. Žádná společnost nemůže existovat bez komunikace a ani se vyvíjet. Komunikační schopnost řadíme k nejvýznamnějším lidským schopnostem.

2.2 Fáze komunikace mezi lidmi

Komunikační výměna většinou plní jednu funkci. Ke komunikační výměně je člověk motivován (zřetelně či méně znatelně). Uskutečněním funkce dostává komunikace smysl. U komunikace rozlišujeme šest fází:

- *ideová geneze* (nápad, zrod myšlenky)
- *zakódování* (vyjádření myšlenky ve slovech, pohybech, symbolech)
- *přenos* (přesun symbolů od vysílajícího k příjemci, vedení daného obsahu)
- *příjem* (čas, v kterém příjemce obdrží symboly)
- *dekódování* (výklad přijatých symbolů příjemcem)
- *akce* (reakce příjemce na přijatou zprávu, její využití)

Přijímání, dekódování sdělení a jejich přenos k příjemci (jeho mentálním strukturám) se nazývá recepce. Tento proces se vyznačuje rychlostí, vynaloženou energií, výběrovostí. Recepce předchází a rovněž ji provází percepce (vnímání).

2.3 Verbální a neverbální komunikace

V komunikaci je velmi důležitý verbální projev, přesto se nemalou měrou na sebevyjádření podílí neverbální komunikace.

Sociální komunikaci můžeme rozlišit ve třech skupinách: verbální, neverbální a komunikaci činem. Prvotní byla pravděpodobně komunikace činem, doprovázená neverbální komunikací. Neverbální komunikace je více používaná při vyjadřování emocí, postojů a vůle, verbální především k přenosu výsledků myšlenkových operací.

Verbální komunikace zahrnuje všechny komunikační děje, které probíhají za pomoci mluvené nebo psané řeči. Inteligence člověka se projevuje zejména ve slově a v písmu, proto má verbální komunikace velkou sociální důležitost. Sociální spojení jsou závislá na schopnosti jazykové výměny a v lidském sociálním životě zaujímají ústřední postavení.

„Člověk je pro verbální komunikaci vybaven fyziologicky, například utvářením a umístěním hlasivek a svalovou ovladatelností jazyka a rtů, jednak patrně vrozenou schopností jazyk se naučit. Sám jazyk však patří do oblasti kultury a každý jedinec se jej musí naučit. Ve společnostech, které neznají písmo, se jazyk udržuje pouze předáváním z generace na generaci a pokud se toto předávání přeruší, jazyk vymře. Jazyk a řeč úzce souvisejí s intelektuálními schopnostmi a silně ovlivňují i lidské myšlení. Složitější formy spolupráce, organizace společnosti a zejména shromažďování a předávání znalostí, myšlenek a technik nejsou bez verbální komunikace patrně možné.“ [3]

Člověk se nedorozumívá pouze slovy; ke komunikaci využívá mimo jiné gestikulace, mimiky, haptiky (doteky, hmatové vnímání), proxemiky (vztah k druhému ve vzdálenosti), posturologie (poloha těla), pohledů a očního kontaktu, chronemiky (nakládání s časem), paralingvistiky (hlasitost, tempo) - tehdy mluvíme o neverbální komunikaci (nonverbální, mimoslovní, neslovní). Je starší (fylogeneticky i ontogeneticky) a srozumitelnější. Neverbální vyjadřování podléhá společenským zvykům dané společnosti. Například srkání a mlaskání při jídle je u nás považováno za nevhodné a neslušné, u jiných národů je považováno za projev spokojenosti a úcty k hostiteli. Pokyvování hlavou, které u nás vyjadřuje souhlas, má pro Bulhary a Řeky význam opačný. O Italech je známo, že využívají gestikulace mnohem razantněji a častěji než obyvatelé severních zemí. Některé neverbální komunikační systémy může doprovázet mluvená řeč (znakový jazyk neslyšících).

Pokud budeme přijímat mimoslovní sdělení, které nebude v souladu se slovním sdělením, je velká pravděpodobnost, že uvěříme neverbálnímu projevu. Neverbální komunikace má historickou prioritu, dorozumívání slovy následuje mnohem později.

Neverbální komunikací často doprovázíme komunikaci verbální. Neverbálně komunikujeme gesty, postojem, pohledy očí, mimikou, tělesným kontaktem, tónem hlasu.

Neverbální hlediska chování:

⇒ **vokální** (hlasové a řečové prostředky)

- délka řeči
- kvalita hlasu
- přerěknutí

⇒ **nevokální** (na řeči a hlasu nezávislé)

- motorické
 - mimika
 - gesta
 - oční kontakt
 - pohyb a držení těla
- fyziologické
 - chuťové
 - taktilní
 - teplotní
 - čichové
- ekologické
 - územní chování
 - kontaktní vzdálenosti
 - úprava interiéru
 - úprava zevnějšku

Nonverbální znaky mají svůj význam, lze jim snadno porozumět a některé lze chápat různě. Jsou podmíněny regionem, kulturou, sociální skupinou (sportovci), dobou.

„Při „čtení“ mimoslovní komunikace se nelze spoléhat jen na výraz obličeje. Může poskytnout cenné informace, ale mnohé může být účelově předstírané. Pokud se chceme orientovat podle řeči těla druhých lidí,

pak si můžeme být jisti pouze tehdy, když jsou alespoň tři projevy mimoslovní komunikace v souladu, vyjadřují totéž, když tři signály vyjadřují například rozpaky, pohodu, nervozitu, agresivitu nebo oddanost. Jako pozitivní signály řeči těla, které vyjadřují vnitřní klid a vyrovnanost, můžeme vnímat, když druhý člověk klidně a volně využívá prostor, který má k dispozici, má uvolněný postoj, nesouměrné posazení, vizuální kontakt a působí přirozeně.“ [4]

Později, po vývoji verbální komunikace, mohl člověk komunikovat o svých poznacích, zkušenostech, dění kolem sebe, měl možnost vyjádřit své city.

Verbální komunikace zaujala centrální postavení v dorozumívacím procesu. Neverbální komunikace se začalo využívat jen jako doplnění nebo dočasná náhrada komunikace verbální. Slova se stala nedílnou součástí lidského života. Jsou člověku nápomocna, ale mohou sloužit i jako zbraň (zarmoutí, zraní). Rozdíl mezi verbální a neverbální komunikací – verbální komunikace ve vokální podobě je doprovázena komunikací neverbální. Na druhou stranu, komunikace neverbální se může uskutečňovat samostatně.

„Verbální i neverbální komunikace osob jsou druhy komunikace sociální“. (Klenková, J., 2006)

2.4 Vývoj řeči z logopedického hlediska – přehled stadií v ontogenezi dětské řeči

Aby byla logopedická praxe úspěšná, je třeba být seznámen s vývojem řeči zdravých dětí. Vývoj řeči u jedince neprobíhá jako samostatný děj. Je ovlivňován dalšími faktory (vývoj sensorického vnímání, motoriky, myšlení). Většina odborníků dělí vývoj řeči na přípravná stadia (předřečové období) a stadia vlastního vývoje řeči.

Všeobecně je zastáván názor, že je nutné při hodnocení vývoje řeči u každého dítěte přistupovat individuálně. Také nelze opomenout, že je třeba v každém vývojovém období připustit určitou časovou proměnlivost. Žádné ze stadií nemůže být vynecháno, individuální může být délka jejich trvání. S tímto stanoviskem se většina autorů shoduje. Někdy můžeme narazit na rozdíly v terminologii, diferencovanost v chápání některých názvů.

„I ty nejmladší děti se účastní komunikačních interakcí. Již od prvního týdne života začínají děti komunikovat s ostatními pomocí pohledů, výrazů a vokalizací. Když tyto komunikační výměny budete pozorně sledovat, můžete si všimnout dialogu beze slov, který se podobá konverzaci dospělých. I když to tak na první pohled nevypadá, tento druh interakce beze slov vyžaduje velmi náročnou koordinaci. Tyto komunikační výměny jsou základem pro vývoj komunikačních schopností a mezilidských vztahů.“ [2]

Podle Sováka (1971), než dítě začne mluvit, prochází přípravnými obdobími. Ta začínají hned po narození dítěte, časové úseky nejsou přesně stanoveny, vzájemně prolínají, popřípadě probíhají současně. V ontogenezi tato předběžná stadia řeči:

1. období křiku
2. období žvatlání
3. období rozumění řeči a vývoj vlastní řeči, kam řadí tato

postupná, na sebe navazující stadia:

- a) stadium emocionálně-volní
- b) stadium asociačně-reprodukční
- c) stadium logických pojmů
- d) intelektualizace řeči

Příhoda (1963) řadí vývoj řeči do 11 stadií:

1. výrazové stadium interjekční
2. intonační drezura

3. počátky jazykové recepce
4. stadium onomatopoické
5. stadium komplexních výrazů
6. izolační typ řeči
7. rozšíření izolační věty
8. flektivní typ řeči
9. počátek srozumitelné výslovnosti s jasnou artikulací
10. zdokonalování tvaroslovné a syntaktické
11. správné vytvoření podřadného souvětí

Lechta (1995) uvádí vývojové fáze pro orientační posouzení úrovně řeči:

1. období pragmatizace – přibližně do konce prvního roku života
2. období sémantizace – první až druhý rok života
3. období lexemizace – druhý až třetí rok života
4. období dramatizace – třetí až čtvrtý rok života
5. období intelektualizace – po čtvrtém roce života

Při posuzování vývoje řeči můžeme postupovat podle časového sledu jednotlivých období nebo jej můžeme sledovat podle jednotlivých jazykových rovin (v ontogenezi řeči se různě prolínají).

3 Narušená komunikační schopnost

Objektem vědního oboru logopedie je narušená komunikační schopnost. Je jedním z elementárních termínů současné logopedie.

Vymezení předmětu logopedie ve vědním oboru je předmětem zájmu mnoha odborníků. Pokusy specialistů v různých literárních pramenech dokazují, že vymezení předmětu vědního oboru logopedie je nelehký problém. Základem při vymezení předmětu logopedie je předpoklad rozlišení pojmů řeč a jazyk. Je mnohem prospěšnější neoddělovat poruchy řeči a poruchy jazyka. Moderní pojetí logopedie se soustředí na přesun předmětu zkoumání logopedie od „hovoření“ ke „komunikaci“.

„Definovat narušenou komunikační schopnost je samo o sobě dosti nesnadné. Velmi komplikované je již vymezení normality.

Komunikační schopnost jednotlivce je narušena tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. Může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfologickou, lexikální, pragmatickou rovinu nebo o verbální i nonverbální, mluvenou i grafickou formu komunikace, její expresivní i receptivní složku.“ (Klenková, J., 2006, s. 54)

Citace Mikulajové a Kapalkové:

„Narušený vývoj řeči je druh narušené komunikační schopnosti. Je to široce chápaná kategorie zejména pro množství příčin, které je způsobují, a bohatství symptomů, jimiž se projevuje. Chápeme ho jako systémové narušení jedné, více anebo všech oblastí vývoje řeči u dítěte s ohledem na jeho chronologický věk.“ (in. Lechta a kol., 2005, s. 33)

Lechta (1995) definuje narušenou komunikační schopnost, když některá jazyková rovina nebo několik jazykových rovin působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru. Z toho vyplývá, že deficity se mohou projevit v rovině morfologicko – syntaktické, lexikálně

– sémantické, foneticko – fonologické a pragmatické. Narušený vývoj řeči může být dominantním příznakem v klinickém obraze nebo se může vyskytovat jako součást jiných vývojových poruch a deficitů.

Narušená komunikační schopnost se nemusí týkat pouze verbálních projevů, ale velmi často se projeví i v grafické podobě řeči. Promítá se do oblastí symbolických a nesymbolických procesů, přičemž se projevuje ve zvukové i nezvukové dimenzi.

3.1 Příčiny vzniku a klasifikace narušené komunikační schopnosti

Původ narušené komunikační schopnosti můžeme hledat jak z hlediska časového, tak lokalizačního.

Z časového hlediska mohou být příčiny:

- prenatální
- perinatální
- postnatální

Z lokalizačního hlediska:

- genové mutace
- vývojové odchylky
- orgánová poškození receptorů, centrální části, efektorů
- působení nevhodného prostředí

Komunikační schopnost může být narušena úplně (totálně) nebo částečně (parciálně). Osoba s narušenou komunikační schopností si svůj nedostatek uvědomuje, není to však pravidlem (např. breptavost). Narušení může být hlavním projevem nebo provází jiné dominantní postižení. Pak hovoříme o symptomatických poruchách řeči. K narušení komunikační schopnosti může dojít na základě orgánové nebo funkční příčiny. Podle Lechty dělíme narušenou komunikační schopnost do deseti základních kategorií:

1. vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie)
2. získaná orgánová nemluvnost (afázie)
3. získaná psychogenní nemluvnost (mutismus)
4. narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie)
5. narušení fluence (plynulosti) řeči (tumultus sermonis, balbuties)
6. narušení článkování řeči (dyslalie, dysarterie)
7. narušení grafické stránky řeči
8. symptomatické poruchy řeči
9. poruchy hlasu
10. kombinované vady a poruchy řeči

3.2 Logopedická intervence

Není snadné jednoznačně pojmenovat aktivity odborníka vykonávané v oblasti narušené komunikační schopnosti. V logopedické praxi se používají termíny logopedická péče, terapie, výchova řeči, rozvoj, výchova a vzdělávání, logopedická činnost, náprava řeči.

„Výraz „náprava řeči“ nelze považovat za adekvátní termín charakterizující logopedickou činnost. V zahraničí se v posledním období začal v odborných kruzích užívat termín logopedická intervence, který se jeví jako vhodný a vystihující nejlépe aktivity logopeda.“ (Klenková, J., 2006, s. 56)

Lechta vytyčil tři cíle, které logoped uskutečňuje:

1. identifikovat (tento cíl realizujeme pomocí logopedické diagnostiky)
2. eliminovat, zmírnit nebo překonat narušenou komunikační schopnost (tento cíl splňujeme pomocí logopedické terapie)

3. předejít tomuto narušení, zlepšit komunikační schopnost (tento cíl konkretizujeme prostřednictvím logopedické prevence)

Všechny tři úrovně (diagnostika, terapie, prevence) mezi sebou prolínají, proto je obtížné jednotlivé úrovně v logopedické praxi odlišit.

4 Kategorie narušené komunikační schopnosti

Problematika jednotlivých kategorií narušené komunikační schopnosti je složitá a velmi rozsáhlá. V následujících kapitolách bude uvedena především kategorie vývojová dysfázie, její etiologie, symptomatologie, možnosti diagnostiky a terapie.

4.1 *Narušený vývoj řeči*

Vývoj senzorického vnímání, motoriky, myšlení i socializace ovlivňují vývoj řeči u dítěte - to znamená, že vývoj řeči neprobíhá jako samostatný proces.

Tento proces je složitý a ovlivňují jej různé faktory, které mohou být vnitřní či vnější.

Vnitřní: vychází ze stavu organismu a schopností dítěte.

„Jsou podstatné vrozené předpoklady a nadání pro řeč, zdravý vývoj sluchového i zrakového analyzátoru, nepoškozená centrální nervová soustava a mluvní orgány, dobrý celkový fyzický a duševní vývoj, uspokojivý vývoj intelektu.“ (Klenková, J., 2006, s. 63)

Vnější: působení prostředí, ve kterém žije.

Vývoj řeči ovlivňuje prostředí, výchova, množství a přiměřenost podnětů, podněcování dítěte ke komunikaci.

Názory na etiologii se různí, ale nejčastěji jsou registrovány změny názorů na diagnostiku a terapii narušeného vývoje řeči.

Termín narušený vývoj řeči, tedy jedna z kategorií narušené komunikační schopnosti, je chápán široce, protože zastřešuje všechny skupiny poruch, se kterými se ve vývoji řeči setkáváme.

Podle Lechty se narušený vývoj řeči klasifikuje následovně:

Hledisko etiologické

Narušený vývoj řeči může být převažujícím příznakem, pak hovoříme o vývojové dysfázii (specificky narušený vývoj řeči), anebo narušený vývoj řeči se může vyskytovat jako příznak jiných vývojových poruch, potom se jedná o symptomatickou poruchu řeči.

Hledisko stupně

Zřídka se může narušený vývoj řeči projevovat úplnou nemluvností (hluboká mentální retardace) až po případy lehkých odchylek od normy. I v těch nejtěžších případech nemluvíme o úplné němotě, jedinec vydává zvuky (nejedná se o skutečnou řeč).

Hledisko průběhu vývoje řeči

Opožděný vývoj řeči může mít za příčinu dědičnost, opožděný vývoj centrální nervové soustavy, nedoslýchavost, nepodnětné prostředí, odhad dalšího vývoje je dobrý v případě včasného podchycení a správného působení na vývoj řeči dítěte.

Omezený vývoj řeči může nastat při mentální retardaci, těžších poruchách sluchu či patologii sociálního prostředí. V těchto případech vývoj řeči nedosahuje normy.

Přerušovaný vývoj řeči nastává při pouhazových stavech, vážných duševních onemocněních nebo těžkých psychických traumatech. Po takovém přerušení může vývoj řeči postupovat, a může dosáhnout normy. Podmínkou je optimální stav dítěte po vyléčení, odstranění příčiny přerušení vývoje. Pokud uvedené podmínky jsou nepříznivé, vývoj řeči bude omezený.

Odchylný vývoj řeči se projevuje u rozštěpů patra. Odchylka od normy se ukazuje jen v některé části řečového vývoje (artikulace). Vývojová křivka se pohybuje okolo normy.

Hledisko věku

Dítě do jednoho roku života prodělává přípravná stadia vývoje řeči, nemluví, neužívá slova, ale brouká, žvatlá. Toto období nazýváme fyziologická nemluvnost. Kolem prvního roku se objevují slůvka a začíná

vývoj řeči. Nepostižené dítě mluví mezi druhým a třetím rokem již ve větách. Pokud je dítě zdravé a vývoj řeči se pouze opozdí (slyší, duševní vývoj není opožděn, motorika je v pořádku), mluvíme o prodloužené fyziologické nemluvnosti.

Vývojová nemluvnost zahrnuje případy narušeného vývoje řeči. Nejedná se o úplnou němotu. Je třeba odlišovat vývojovou nemluvnost od získané nemluvnosti (diferenciální diagnostika).

4.2 Opožděný vývoj řeči

O opožděný vývoj řeči se zřejmě jedná pokud dítě v třech letech nemluví, anebo mluví podstatně méně než ostatní děti v jeho věku. Při hledání příčin se provádí diferenciální diagnostika a odborná vyšetření (foniatrie, neurologie, psychologie), kterými se vyloučí:

- sluchová vada
- vada zraku
- porucha intelektu
- vada mluvních orgánů, rozštěpy
- akustická dysknozie (neschopnost zapamatovat si slova, porozumět smyslu slov)
- autismus

Často vyskytujícími se etiologickými faktory opožděného vývoje řeči jsou nepodnětné prostředí, citová deprivace, genetické vlivy, předčasné narození dítěte (nedonošenost), nevyzrálá nervová soustava, lehká mozková dysfunkce. U jedinců s opožděným vývojem řeči je vhodné doporučit optimální postup v rámci logopedického poradenství rodičům, poskytovat dobrý mluvní vzor, rozvíjet sluchovou a zrakovou perцепci, rozvíjet rozumění řeči, slovní zásobu, rozvíjet motorické schopnosti, spontánní řeč.

V období předškolního věku může dítě s opožděným vývojem řeči vyvrát na základě odpovídající péče. Jeho opoždění se může úplně vyrovnat. Nemalý podíl na tom má vzájemná interakce rodič – logoped – mateřská škola. Dlouhodobé pozorování dítěte upřesní diagnózu. Mnohdy je diagnostikována vývojová dysfázie.

4.3 Vývojová dysfázie

„Vývojová dysfázie, neboli specificky narušený vývoj řeči, je narušená komunikační schopnost, kterou řadíme k vývojovým poruchám. Je to centrální porucha řeči.“ (Klenková, J., 2006, s.67)

Stanovit definici narušeného vývoje řeči není snadné a specialisté z různých oblastí vědy nahlíží na tuto problematiku nejednotně, liší se i v názorech na odbornou terminologii. Dříve byla vývojová dysfázie nazývána jako sluchoněmota, alálie, dětská vývojová nemluvnost, afemie.

„Je to porucha, kde hlavním a prvním příznakem je opoždění řeči. Její další příznaky, které se objevují s postupujícím věkem, charakterizuje právě její název. Předpona dys- v terminologii označuje poruchu vývoje, druhá část slova –fázie pochází z řeckého výrazu femi, který znamená vypravuji. Odchytky od normy postihují vypravování, tedy řeč jako celek.“ (Kutálková, D., 1996, s.137)

Pokud z etiologického hlediska je narušený vývoj řeči hlavním příznakem, bývá zpravidla způsobený lehkou mozkovou dysfunkcí, případně primárně patologií prostředí. V tomto případě mluvíme o vývojové dysfázii. Stupeň poruchy závisí na tom, v které části mozku se nalézá zdroj potíží a jak rozsáhlá je vývojová vada.

Nejtěžší stupeň označujeme jako nemluvnost. Mluvená řeč se nevyvíjí, většinou bývá postiženo i rozumění řeči, stagnuje rozumový vývoj.

Střední stupeň poruchy označujeme jako těžkou dysfázií (částečnou nemluvnost). Může mít za následek druhotné omezení rozumových schopností. Řeč se vyvíjí se značným zpožděním, osvojování je mnohem pracnější, pro dítě těžší. Vývoj se může zastavit v některé vývojové etapě a dále nepostupuje. Tento stupeň neznemožňuje komunikaci, ale řeč dítěte má velké nedostatky ve výslovnosti, gramatice, větné stavbě i obsahu.

Lehký stupeň – dysfatické rysy řeči (některé příznaky dysfázie). Děti s lehčím typem poruchy mají paradoxně větší subjektivní potíže, bývají vystaveny většímu tlaku, jejich porucha často bývá posuzována jako dyslalie. Na dítě se sypou výčitky pro nedostatečnou snahu, je zatěžováno pro ně nepřiměřenými úkoly a požadavky. Mohou vznikat další problémy, proto je nutné odhalit pravou podstatu potíží a použít přiměřené metody.

Vývojová dysfázie se projevuje ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené. K narušení komunikační schopnosti dochází poškozením raně se vyvíjecí centrální nervové soustavy. Toto narušení zasahuje receptivní i expresivní složky řeči v různých jazykových rovinách (výslovnost, gramatickou strukturu, slovní zásobu). Vývojová dysfázie přesahuje rámec poruch týkajících se mluvy (fatické poruchy). Pozorujeme nerovnoměrný vývoj celé osobnosti. U jedince se vyskytují nedostatky v oblasti jemné motoriky, grafomotoriky, paměti, pozornosti. U jedinců s diagnózou vývojové dysfázie se setkáváme i s narušením sféry emocionální, zájmové, motivační. Dysfatici jsou lehce unavitelní, narušený vývoj řeči negativně ovlivňuje formování jejich osobnosti, trávení volného času, budoucí profesní orientaci.

Prevence vývojové dysfázie se uplatní zejména tehdy, kdy se značnou měrou podílí na vzniku poruchy společenské a kulturní klima rodiny. Také v případě dědičnosti, obtížného porodu a nezralosti lze očekávat jisté riziko vývojových odchylek, proto je na místě včas určit diagnózu a svěřit dítě do péče odborníků.

4.4 Etiologie vývojové dysfázie

Určení etiologie není jednoduché z mnoha důvodů: rodiče si neuvědomují okolnosti raného vývoje dítěte, mají nedostatek informací o možných genetických souvislostech poruchy, vztah mezi osvojováním jazyka, mozkovými mechanismy a vlivy prostředí. Nemalý podíl mají nejednotné teorie vývoje dětské řeči, které by vysvětlovaly podíl jednotlivých činitelů v tomto procesu. Poškození mozku nebo mozková dysfunkce se z etiologického hlediska týká prenatálního, perinatálního a postnatálního vývoje dítěte (pravděpodobně zasahuje řečové zóny levé hemisféry). V souvislosti s genetickým narušením vývoje řeči mluvíme o tzv. vrozené řečové slabosti.

Etiologické faktory můžeme rozdělit na genetické, vrozené a získané (může dojít i k jejich kombinaci). „*Etiologie narušeného vývoje řeči má multidimensionální charakter, kde spolu působí větší počet činitelů ve složitých interakcích.*“ (Klenková, J., 2006, s.69)

4.5 Symptomatologie vývojové dysfázie

Vývojová dysfázie se projevuje nejen různými příznaky v oblasti řečové, ale i v oblastech neřečových – projevuje se nerovnoměrným

osobnostním vývojem. Úroveň verbálního projevu je mnohem nižší než intelekt. Podle Lejsky dítě s vývojovou dysfázií řeč slyší, ale nepřesně a nedostatečně jí rozumí. Ze špatného porozumění pak vzniká špatná tvorba vlastní řeči. Dítě se snaží reprodukovat tak jak rozumí, a protože rozumí chybně, musí být i vývoj řeči dítěte opožděný a defektní. Symptomy se projevují v oblastech:

- porucha fonetické i fonologické realizace hlásek
- vážne syntaktické spojování slov do větných celků
- porucha v pořadí řazení slabik (přehazování, vynechávání)
- řeč je agramatická, často nesrozumitelná
- vážne percepce rozlišovacích (distinktivních) rysů, fonematická percepce je postižena
- neschopnost udržet dějovou posloupnost
- nedokáže využít nadbytečnost (redundance) k doplnění
- nerozeznává klíčová slova k doplnění smyslu
- porucha krátkodobé paměti
- malá aktivní slovní zásoba
- dyslexie, dyspraxie
- nepoměr mezi řečovými a neřečovými schopnostmi
- porucha kresby
- porucha percepce zrakových, hmatových a rytmických signálů
- porušena je jemná motorika a lateralizace

4.6 Diagnostika narušeného vývoje řeči

Klíčový význam pro kvalitu péče a určení prognózy má co nejpřesnější diagnostika narušené komunikační schopnosti. Mezi hlavní cíle diagnostiky patří:

- určit, zda vůbec jde o narušení, a ne o fyzický jev (dyslalie), identifikovat druh tohoto narušení
- pokud možno, zjistit příčinu vzniku narušené komunikační schopnosti (orgánovou nebo funkční). Určit etiopatogenezi narušené komunikační schopnosti v prenatálním, perinatálním nebo postnatálním období
- určit, zda se jedná o trvalé nebo přechodné narušení (potencionální odstranění, jaké mohou být následky – prognóza)
- určit, jde-li o narušení vrozené (vada řeči), či získané (porucha řeči)
- zjistit zda narušená komunikační schopnost v celkovém klinickém obraze dominuje, nebo je symptomem jiného dominujícího poškození (symptomatická porucha řeči)
- stanovit, uvědomuje-li si jedinec své narušení nebo neuvědomuje
- určit stupeň narušení

Mezi cíle diagnostiky se zařazuje i návrh vhodných metod odborné terapie.

4.6.1 Metody a techniky diagnostiky narušené komunikační schopnosti

„Při aplikaci metod diagnostiky narušené komunikační schopnosti se má vycházet z prvořadého úkolu v konkrétní diagnostické situaci: vyšetřovanou osobu je třeba stimulovat, vyprovokovat k souvislému mluvnímu projevu, tak aby se nezkresleně projevila její skutečná komunikační schopnost ve všech dimenzích.“ (Lechta, V., 2003, s.23)

Chybná diagnostika narušené komunikační schopnosti může nést následky pro celý další vývoj daného jedince, proto nejsou vhodné vykonstruované diagnostické situace, které spíše představují

komunikační bariéru než přirozené impulzy k mluvení. V diagnostice narušené komunikační schopnosti se využívají metody:

- pozorování
- explorační metody (dotazník, řízený rozhovor)
- diagnostické zkoušení (výslovnost)
- testové metody
- kasuistické metody
- rozbor výsledků činnosti
- přístrojové a mechanické metody

4.6.2 Principy diagnostiky narušené komunikační schopnosti

Při diagnostikování působí více různých faktorů. Ty se vzájemně ovlivňují. Vícedimenzionální analýza je zárukou skutečné identifikace druhu a stupně narušení komunikační schopnosti. Měla by omezit riziko diagnostického omylu. Jedinec by měl být vyšetřen komplexně, tzn. nejen jeho mluvní projev, ale i osobnost; je třeba přezkoumat i jeho domácí prostředí. Při vyšetření je třeba se vyhnout třem základním chybám:

- první dojem – nesprávný pohled na člověka i v dalších situacích (v jiných obdobích)
- „haló“ – efekt (neadekvátní hodnocení na základě jednoho odlišného znaku)
- jednostrannost a neúplnost informací

Důležité je zjistit příčinu narušené komunikační schopnosti. Pokud tuto možnost nemáme, šance na korekci nerušené komunikační schopnosti jsou mnohem nižší. Ve složitějších případech se více prosazuje prolínání procesu diagnostiky a terapie, resp. průběžnost diagnostiky. Potřeba týmového přístupu je nezbytná. Při určování

konečné diagnózy se vychází z analýz většího počtu odborníků (logoped, foniatr, psycholog, fonetik, otorinolaryngolog, speciální pedagog).

4.6.3 Specifika a průběh u diagnostiky narušené komunikační schopnosti

Zvláštností a vlastně i paradoxem je, že komunikační schopnost se v podstatě zjišťuje komunikací. Při komplexním vyšetření není na výběr, tímto specifikem je diagnostik limitován (vyšetřovaná osoba odmítne nebo nemůže komunikovat).

Průběh diagnostického procesu:

- zformulovat problém na základě příznaků a vlastností osoby s narušenou komunikační schopností
- na základě problémů se stanoví diagnostická hypotéza
- na základě hypotézy se vymezí metody speciální diagnostiky k její verifikaci (ověření)
- na základě výsledků ověření hypotézy se určí diagnóza
- na základě diagnózy se koncipují závěry pro cílenou terapii
- na základě průběžných výsledků cílené terapie se diagnóza upřesňuje
- na základě dosaženého stavu se realizuje výstupní vyšetření

Tyto prvky diagnostického procesu můžeme shrnout do tří úrovní diagnostiky: orientační vyšetření, základní vyšetření, speciální vyšetření.

Orientační vyšetření. Úkolem orientačního vyšetření je objevit v dané populaci osoby s narušenou komunikační schopností. Jedná se většinou o děti předškolního věku, mluvíme o screeningu či depistáži a

při tomto vyšetření obvykle nevyplňujeme standardizované záznamové protokoly.

V souvislosti s orientačním vyšetřením se nedoporučuje používat metodu reprodukování ani vyšetření výslovnosti izolovaných hlásek. Výhodnější je uskutečnit orientační vyšetření krátkým řízeným rozhovorem nebo popisem situačních obrázků. Je třeba alespoň přibližně určit dosaženou úroveň ontogeneze řeči. Pro orientační posouzení je vývoj řeči rozdělen na tyto vývojové fáze:

- období pragmatizace – do prvního roku života
- období sémantizace – první až druhý rok života
- období lexemizace – druhý až třetí rok života
- období dramatizace – třetí až čtvrtý rok života
- období intelektualizace – po čtvrtém roce života

Viz. kapitola 2.4

Jednoroční intervaly umožňují rychlou orientaci.

Základní vyšetření. Výsledkem základního vyšetření je určení základní diagnózy. Základní vyšetření dělíme do osmi kroků:

- navázání kontaktu
- sestavení anamnézy
- vyšetření sluchu
- vyšetření porozumění řeči
- vyšetření řečové produkce
- vyšetření motoriky
- vyšetření laterality
- průzkum sociálního prostředí

Je třeba zdůraznit, že se jedná o modelový postup vyšetření. Jednotlivé kroky aplikujeme individuálně, aktuálně podle potřeb konkrétního jedince.

Speciální vyšetření. Jeho úkolem je bližší specifikace daného druhu narušené komunikační schopnosti.

Zápis nálezů. Musí poskytovat dostatek informací, aby si čtenář utvořil představu o zjištěném klinickém obrazu, má být stručný, výstižný, bez redundantních údajů a měl by obsahovat:

- informace k zhodnocení problematiky (srovnání výsledku a normy)
- údaje o tom, jaké techniky se v rámci diagnostického procesu použily
- interpretace zjištěných výsledků
- návrh dalších opatření

4.7 Cíle a metody terapie u dětí s narušeným vývojem řeči

Specifické cíle definovali Olswang a Bain takto:

- změnit nebo eliminovat příčinu narušeného vývoje řeči (například při lehké poruše sluchu)
- modifikovat poruchu (tento cíl je reálný například pro děti s mentální retardací, autismem)
- učit děti používat kompenzační strategie (cíle vhodné pro děti s těžkou poruchou aktualizace slov z paměti)
- zaměřit terapii ne na dítě, ale na jeho rodinu a nejbližší okolí

Nejnositelnějšími metodami terapie u dětí s narušeným vývojem řeči v raném a předškolním věku jsou stimulační metody nebo tyto metody v kombinaci s metodami korigujícími.

4.7.1 Děti rizikové z hlediska vývoje řeči

Rossetti (in Lechta, 2005) rozlišuje dvě kategorie dětí ve věku od narození do tří let: s identifikovaným rizikem a potenciálně rizikové děti. Do první kategorie řadí děti s genetickými poruchami, neurologickými

onemocněními, atypickými vývojovými poruchami, děti vystavené toxickým vlivům a chronicky nemocné děti. Do druhé kategorie mohou být zařazeny děti, které jsou rizikové z hlediska vývojového zaostávání. Patří sem děti rodičů duševně nemocných, drogově závislých rodičů a alkoholiků, děti z extrémně špatných socioekonomických podmínek, děti s nízkou porodní váhou.

Z hlediska vývoje se dá říci, že narušený vývoj řeči může mít negativní dopad na celý další život jedince. Může se projevit narušená komunikace s rodiči, obtíže s učením, problémy v oblasti duševního zdraví, proto je prioritním úkolem logopedů prevence, raná identifikace a včasný zásah.

4.7.2 Terapeutický postup. Cíle terapie v jednotlivých stádiích vývoje řeči

Cíle terapie předznamenávají, jaké jazykové schopnosti dítěte budeme rozvíjet a jaká je nejbližší vývojová hranice, které chceme dosáhnout. Jazykově-deskriptivní vývojový model podle Margaret Laheyové (in Lechta, 2005) popisuje vývoj jazykových schopností z hlediska obsahu, formy a použití. Přihlíží i k neverbálnímu komunikačnímu chování. Její model je neetiologický.

Podle modelu Laheyové známe sedm vývojových stádií:

1. vyjadřování objektů a vztahů jednoslovnými větami
2. vyjadřování vztahů mezi objekty pomocí dvojslovných projevů
3. vyjadřování vztahů mezi objekty rozvíjejícími se sémanticko-syntaktickými vazbami
4. spojování obsahových kategorií s vyjádřením vztahů (věty s rozvinutou přísudkovou částí)

5. vyjadřování vztahů mezi událostmi přiřazováním promluv (souřadná a podřadná souvětí bez použití spojovacích výrazů)
6. vyjadřování vztahů mezi událostmi použitím spojovacích výrazů a vyjádřením vedlejších vět
7. narativita

U normálně se vyvíjejících dětí se vědomé formy komunikace objevují kolem osmého měsíce života. Pokud dítě nekomunikuje verbálně, nepoužívá žádná gesta ani zvukové vzory, pak jsou cílem terapie prekurzory vývoje řeči v oblasti pragmatiky, obsahu a jazykové formy.

Prekurzory pragmatiky:

- vyměňovat si pohled s dítětem při společných činnostech
- společně s dítětem zaměřit pozornost na předmět (ukazováním, vokalizací)
- výměna rolí (mluvčí, posluchač)
- referování (ukazovat předmět druhé osobě)
- regulace (sahat po předmětu zájmu)

Prekurzory obsahu:

- hledání předmětu
- ukrývání předmětu
- činnost s předměty

Prekurzory formy:

- imitace pohybů a vokalizace
- přibližování „forem“ dospělému modelu
- nekonvenční spojování „formy“ s „obsahem“

Cíle terapie ve stadiích 1 a 2.

Okolo dvanáctého měsíce života děti přecházejí z předverbálního stadia k verbálnímu. Mluví o tom, co vidí a slyší, o předmětech a dějích

v jejich bezprostřední blízkosti („tady a teď“). Jednotlivé projevy často spolu nesouvisí.

Komunikačním záměrem je:

- komentovat probíhající děje a předměty v zorném poli
- vyzývat jiné k činnosti
- volat na někoho
- získávat pozornost
- protestovat
- vyjadřovat nesouhlas
- získat předmět
- vyžadovat odpověď od druhé osoby
- hra se zvuky

Nejazykový kontext:

- tvořit promluvy o přítomných předmětech a pozorovaných dějích
- tvořit promluvy o interakci dítěte s jeho okolím
- tvořit promluvy, které zohledňují očekávání a poznatky posluchače

Jazykový kontext:

– produkovat projevy, které následují po promluvě jiné osoby a jež:

- a) jsou přesnými imitacemi
- b) přidávají slovo
- c) mají vztah k témuž nejazykovému kontextu

Pokud je dítě na úrovni jednoslovných promluv, budeme rozvíjet dvojslovné projevy a budeme podporovat produkci nových sémantických kategorií: stavu, množství, času, pozornosti a dativu. Vhodné jsou funkční hry s předměty. Dále pak jednoduchá symbolická hra – předstírání. Můžeme začít podporovat dva kroky při hře (dáme panence lžičku do úst, poté jí dáme skleničku, aby se napila).

Cíle terapie ve stadiích 3 a 4.

Děti hovoří o osobách a předmětech, které jsou přítomny. Začínají mluvit o tom, co se stalo před chvílí a co se stane později. Nevyjadřují se jen o své činnosti, ale i o aktivitách jiných. Z hlediska jazykového kontextu se řeč dětí váže na projevy druhých (odpověď, přidání informace). Mluví o dvou událostech souvisejících v čase a prostoru. V tomto vývojovém období opravují své promluvy (oprava gramatického tvaru slova, oprava výslovnosti, sémantické opravy – výběr vhodnějšího slova).

Komunikačním záměrem je:

- odpovídat na projevy druhých
- pozdravit
- zvyšování počet promluv (sociální nebo mezilidské vztahy)
- získávání informací (co, kdo, kde)

Nejazykový kontext:

- objasnit či opravit své promluvy na požádání posluchače
- hovořit o nepřítomných objektech (děj minulý, budoucí)
- zvyšovat počet promluv

Jazykový kontext.

- zvyšovat počet promluv nenavazujících na předchozí projevy
- zvyšovat počet promluv navazujících na projev dospělého

Cílem je rozvíjet kombinace už produktivních sémantických kategorií. Podporujeme tvorbu opakování. Komunikační schopnost rozvíjíme v symbolické hře (češe panenku, podává dospělému dětský telefon, řídí auto). Vhodná je také konstrukční hra (postavit věž).

Cíle terapie ve stadiích 5,6 a 7.

Věk 3-5 let. Děti hovoří o činnostech jiných osob, mluví o vzdálenější minulosti či budoucnosti. Po třetím roce používají zdvořilostní fráze. Můžeme pozorovat začátek používání metafor. Jejich

projevy často navazují na projevy jiných osob. Objevují se první komentáře a hodnocení. V posledním stadiu přibývají formy jejichž funkcí je udržení komunikace („Půjdeme, že?“).

Komunikačním záměrem je:

- rozvíjení rozmanitosti forem
- zvyšování počtu projevů (mezilidské vztahy)
- získávání informací souvisejících s předchozí výpovědí
- informovat druhé

Nejazykový kontext:

- fonetická oprava nesrozumitelných projevů (na žádost posluchače)
- zvyšování počtu promluv, které se vážou na nepřítomné objekty nebo události
- používat různé jazykové prostředky (tady – tam)
- adaptování se na různé posluchače, zdvořilostní fráze, přiměřené získávání pozornosti

Jazykový kontext:

- používání zájmen při reprodukci části předchozího projevu
- zvyšování počtu promluv nenavazujících na předešlé
- neopakovat doslovně
- odpovědi na výroky druhých
- zvyšovat četnost projevů navazujících na vlastní promluvy dítěte
- snižovat nadbytečnou informaci
- zvyšovat počet otázek (souvisejících s předchozími výroky)

Cílem je stimulovat tvorbu projevů s vyjádřením stavu mezi dvěma slovesy (tvorba souvětí). Například: Drží-li dítě panenku, podáme mu hřebec, natáčky, sponky, ale vedeme dítě k předstírání i méně známých činností (u lékaře). Cílem je použití adekvátního spojovacího výrazu, rozvoj narativních zručností (schopnost reprodukovat příběh). Vhodné pro tento rozvoj jsou sociodramatické hry. Dítě přebírá různé role. Vedeme je k zapojování dalších dětí do hry.

4.7.3 Nedirektivní komunikační techniky

„Nyní se zaměříme na to, jak realizovat terapii, jaké konkrétní techniky použít v komunikaci s dítětem. V úvahu přicházejí nedirektivní a direktivní techniky. V této stati definujeme deset nedirektivních komunikačních technik v interpretaci Weistuchové a Lewise (1991), které používá většina autorů, vycházejících ze sociálně – interakcionistického přístupu k terapii u dětí s narušeným vývojem řeči raného a předškolního věku.“ (Lechta, V. a kolektiv, 2005, s.71).

Mapování kontextu

Používáme je k popisu předmětů, dějů a událostí, které právě probíhají. Rodiče se naučí tři typy mapování: komentování kontextu, komentování činnosti rodiče, komentování činnosti dítěte. Dítě si osvojuje nové pojmy, slovosled a kombinaci slov. Vhodné aktivity jsou pohybové hry, kreslení, malování nebo konstrukční stavebnice.

Přemosťování

Jde o používání slova známého z jedné souvislosti v jiném kontextu. (obouváme si sandály, holínky i přezůvky).

Modelování a nápověda

„Modelování je tedy strategií poskytování správné řečové formy v daném kontextu. Je to příležitost, aby dítě slyšelo ucelené, správné věty, které jsou v jeho „zóně nejbližšího vývoje“.“ (Lechta, V. a kolektiv, 2005, s.72). Vhodná je hra s loutkovým divadlem, s panenkami, společné práce – vaření, práce na zahrádce.

Otázky

Otázky se snažíme klást efektivním způsobem. Cílem této techniky je naučit rodiče i dítě, že odpovědi na otázky jsou očekávané a prodlužují dialog.

Nové uspořádání

Dítě se učí, že jeden obsah lze vyjádřit dvěma i více rozdílnými větami.

Oprava

Správné opakování promluvy dítěte.

Uznání

Dítě se učí, že mluva má určitou hodnotu a že řeči mohou zprostředkovat svá přání a potřeby.

Rozšiřování

Je to odpověď dospělého, kterou ujasňuje neúplnou promluvu dítěte.

Prodlužování

K výpovědi dítěte přidáme další výpověď. Snažíme se u dítěte o souvislou řeč. (Proto se tato technika nazývá „konverzační lešení“).

4.7.4 Direktivní terapeutické techniky

Tyto techniky jsou řízené logopedem a vycházejí z behavioristické teorie. Takový druh učení je nejméně přirozený, raději používáme imitační učení, při němž se soustředíme na nácvik konkrétní jazykové schopnosti (fonologické, gramatické).

Mezi varianty tohoto učení patří přímá imitace, kdy logoped požádá dítě, aby po něm imitovalo. Správnou odpověď posílujeme.

Je možné použít techniku modelu, při které se využívá třetí osoby. Model správně odpoví, načež dítě vyzveme, aby odpověď reprodukovalo a správnou odpověď znovu posílíme. Pak mluvíme o opožděné imitaci.

Další variantou je evokování žádoucích odpovědí (přímé otázky, příkazy).

Při terapii dětí s narušenou komunikační schopností se používají i specifické techniky terapie, které jsou vhodné s ohledem na specifický deficit dítěte. Například terapie při obtížích s aktualizací slov, terapie

deficitu krátkodobé akusticko-verbální paměti, terapie verbální dyspraxie, rozvíjení pregramotných vědomostí a schopností.

4.7.5 Úloha rodičů v terapii

Odpovědnost a kompetence při rozhodování jaké terapie a postupy použít u dítěte s narušeným vývojem řeči v nemalé míře přebírají rodiče, kteří spolurozhodují o mnoha aspektech terapie. Jako laici nebudou vytyčovat cíle terapie nebo určovat její metody, ale je důležité, aby ovládali optimální způsoby komunikace s dítětem.

V zemích s rozvinutou sociální péčí (Kanada, USA, Švédsko, Norsko) se omezuje segregovaná výchova a existují tam silné integrační trendy. Logopedická péče v tomto případě vyžaduje nové formy. U nás i v zahraničí známe různé modely terapie pro děti s narušeným vývojem řeči.

Nejběžnější modely u nás:

- ambulantní logopedická péče
- terapie ve speciálním zařízení
- hospitalizace ve foniatrickém oddělení nemocnice (v závažných případech)
- speciální mateřská škola
- logopedická mateřská škola (integrovaná třída v mateřské škole)

Nejčastější formy terapie v zahraničí:

- logoped provádí terapii přímo v rodině
- skupinová terapie realizovaná ambulantně
- terapie ve třídě (stálá přítomnost logopeda)
- terapie v integrované třídě (učitelka i logoped)
- konzultace (terapii provádí instruovaná učitelka)

- úplná inkluze dítěte s narušeným vývojem řeči (zařazení do běžné školy, vypracování kurikula logopedem společně s učitelkou pro dané dítě)
- trénink rodičů dětí skupinovou formou
- kombinace uvedených forem

Výběr terapie je prováděn individuálně s ohledem nejen na možnosti a potřeby dítěte, ale i na možnosti a potřeby rodiny.

Na závěr této kapitoly bych podotkla, že u nás vzniklo sdružení Dobré slovo.

„Posláním tohoto sdružení je kromě jiného i vytvářet jistý tlak na legislativu, aby se legislativně zakotvily moderní formy péče o rodinu s dítětem s narušenou komunikační schopností (včetně rané intervence). To je nevyhnutelnou podmínkou zabezpečení kvalitní terapie pro všechny, kteří ji potřebují.“ (Lechta, V., 2005, s.79).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 Kasuistika

5.1 Stanovení cíle

Praktickou částí diplomové práce jsou tři kasuistiky. První z nich se týká mého nejmladšího syna Filipa. Diagnóza vývojové dysfázie u Filipa byla jednou z důvodů, proč jsem si toto téma vybrala pro svou diplomovou práci. Chtěla bych poukázat na to, že při citlivém přístupu, správné diagnostice, vhodné terapii, podnětném prostředí a nemalé dávce trpělivosti pedagogů i rodičů se dítě může začlenit do kolektivu. Všechny složky, z nichž vychází faktory, jsou důležité a rozhodující. Ovlivňují nejen jeho vývoj, ale i budoucnost. Výše uvedené složky většinou nepůsobí samostatně, ale navázaně a propojeně. Bez adekvátní pomoci by dítě mělo problémy v mnoha aspektech vývojových zákonitostí. I přes svou vývojovou odchylku může dítě získat vědomosti a dovednosti potřebné k zařazení do běžného života, podle stupně poruchy komunikačních schopností s menšími či většími obtížemi a úsilím, určitě i v delším časovém intervalu.

5.2 Technika kasuistiky

U první kasuistiky jsem měla velkou výhodu co se týká množství informací. Vývoj Filipa bych mohla popisovat do nejmenších detailů, jeho

reakce na určité situace a samozřejmě jsem měla k dispozici veškerou jeho dokumentaci - lékařské zprávy, zprávy ze speciálně pedagogického centra, školní dokumentaci. Osobně jsem se účastnila veškerých vyšetření a tedy i konzultací s odborníky. Ostatní kasuistiky jsem zpracovávala podle míry získaných informací.

Kasuistiky jsem psala z hlediska vývoje jedince, nerozdělovala jsem je na anamnézy.

Postup vývoje jedince zachycuje zásadní životní situace, které mohou ovlivnit vývoj osobnosti pozitivně, ale i negativně. V případě negativních vlivů (faktorů) mohou být důsledky závažné a často i trvalé. Vypracování kasuistik by mělo ukázat vzájemné prolínání jednotlivých složek, kterými jsou rodina, specialisté z oboru medicíny i pedagogiky, individuální vývoj jedince, prostředí, školský systém.

Ve vývojové posloupnosti bychom měli odhalit, které složky jsou prioritní v tom kterém období.

5.3 Kasuistiky klientů

K získání respondentů ke zpracování kasuistik jsem spolupracovala se speciálně pedagogickým centrem Hodonín i Kyjov, informace jsem hledala také u místní dětské lékařky. Pro zajímavost bych uvedla, že za svou lékařskou praxi (cca 30 let) se setkala u svých pacientů s diagnózou vývojové dysfázie pouze třikrát.

Společným znakem klientů kasuistik je vývojová dysfázie. Možné příčiny diagnózy se v jednotlivých vývojových obdobích liší. Najít vhodnou formu a metodu terapie je mnohdy velmi náročné i pro fundovaného odborníka. U některých jsem se mohla při spolupráci rodičů (prarodičů) ptát i na prenatální období.

Filip, 10 let

Filip je můj nejmladší syn. Vzhledem k věku (35 let) jsem těhotenství prožívala jako rizikové. Paní doktorka měla obavy ze spontánního potratu do 12. týdne. Těhotenství proběhlo vcelku bez problémů, podstoupila jsem všechna standardní vyšetření, nebyla jsem po dobu těhotenství hospitalizována a Filip se narodil v termínu. Porod byl vyvolán po postupném úniku plodové vody (byla jsem v nemocnici dva dny). Při pozdější konzultaci s odborníky mohl být nedostatečný přísun výživy příčinou jeho diagnózy. Filip se narodil jako třetí syn po relativně dlouhém časovém intervalu. Martin je starší o 15 let a Kamil o 12 let.

Filipova porodní váha byla 2 900 g a délka 49 cm. Narodil se s hyperbilirubinímií-FT 12 a suspenzní chlopenní vadou. Tyto obtíže postupně vymizely. V prvním měsíci života Filip prodělal infekční onemocnění s vysokou teplotou. Odváželi jsme ho na pohotovost, teplotu se nedařilo srazit, čípek nepřijímal. Dle názoru odborníků, může být i toto jedna z příčin dysfunkce mozkové činnosti. V prvním roce jsme bojovali s meteorismem a s dětskou atopickou dermatitidou. Kolem 8. měsíce jsme byli hospitalizováni pro obtíže při vyprazdňování (defekaci). S tímto problémem jsme se potýkali snad 5 let. V propouštěcí zprávě měl uvedenu diagnózu – hypotonie. Proto jsme začali jezdit na rehabilitaci a denně jsme cvičili dle Vojty. Filip nelezl, začal chodit ve čtrnácti měsících. V roce vážil 8 400 g, byl a je velmi drobný. Po druhém roce života jsem konzultovala s dětskou lékařkou jeho nemluvnost. Komunikoval ve větší míře neverbálně. Jeho verbální projev byl omezen na dvouslabičná jednoduchá slova. Dle názoru paní doktorky nebylo třeba mít obavy. Ovšem byla jsem neodbytná a první vyšetření bylo foniatrické, kde se vyloučily mechanické překážky v jeho obtížích při komunikaci. Následovalo vyšetření neurologické, EEG, CT mozku. Nález: topicky negativní, nepatrná hypotonie, opožděný vývoj řeči. Pozn.

Možnost následku inektu v útlém věku. V této době jsem nastoupila do zaměstnání jako učitelka mateřské školy, Filip začal školku navštěvovat již ve věku dva a půl roku. Práce z mateřské školy dokládám v příloze číslo 1, kde je postava, kterou kreslil ve věku tři a půl roku. V příloze číslo 2 jsou postavy nakreslené ve věku pět a půl roku (Mikuláš, čert a anděl). V příloze číslo 3 dokládám grafomotoriku také vypracovanou ve věku pět a půl roku.

Začali jsme navštěvovat speciálně pedagogické centrum v Kyjově. Diagnóza dle Mgr. Kučerové: opožděný vývoj řeči - prodloužená fyziologická nemluvnost - motorický typ (OVŘ v expresivní složce řeči). Poté nám byla doporučena konzultace u Mgr. Krýsové- speciální pedagožky – logopedky v Hodoníně. Po pravidelných návštěvách jsme plnili dílčí úkoly. Ukázkou práce ze speciálně pedagogického centra uvádím v příloze číslo 4. Vzhledem k dysfatickým projevům ve vývoji řeči doporučila paní magistra neurologické vyšetření a zařazení do logopedické třídy mateřské školy v Boršově. Po neurologickém vyšetření začal brát nootropika (geratam 800) a nastoupil do doporučené logopedické třídy, avšak problém byl ve vzdálenosti (50 km), Filip zůstal ve školce celý týden.

Do první třídy nastoupil Filip do základní školy v místě bydliště. V příloze číslo 5 je ukáзка z Filipovy písanky z první třídy. V příloze číslo 6 je práce v Živé abecedě. Náročnost změny, požadavků a nároků nezvládal. Snažila jsem se Filipovi pomáhat. Byl přetížený, což se projevilo nejen v krátkodobé schopnosti udržení pozornosti, ale i v abnormalitách jeho chování. Přístup paní učitelky se mně jevil neadekvátní a požádala jsem v pololetí o přeložení do jiné třídy. Konzultace s novou paní učitelkou se odvíjely na zcela jiné úrovni než s předchozí paní učitelkou. Filipovo chování se však nijak zvlášť nezlepšovalo a ani jeho vztah ke škole nebyl pozitivní. Přes snahu paní učitelky i mou byl Filip navržen na konci školního roku k přeřazení do

speciální školy. Tato forma vzdělávání je mnohem méně náročná a věnuje se individuálnímu přístupu k dětem.

V dnešní době je Filip druhým rokem ve speciální škole (navštěvuje 3. ročník), do školy se těší, má rád paní učitelku a dle jejího vyjádření je Filipovo chování nesrovnatelně lepší než když přišel do této školy. Se zvládnutím učiva na dané úrovni problémy nemá. V příloze číslo 7 jsou ukázky z písanky z druhého ročníku. Přílohu číslo 8 jsem vybrala záměrně. Zde je patrný výkyv Filipova výkonu. Dokáže odvést práci bezchybnou a úhlednou, pokud má ale „svůj“ den stane se, že odmítne pracovat, vzteká se, není klasifikován.

František, 10 let

Při sestavování kasuistiky Františka jsem spolupracovala s jeho babičkou, která má Františka v pěstounské péči.

Maminka není schopna se o Františka starat, její partner je alkoholik s projevy agresivity, gambler, neschopný materiálně zabezpečit rodinu. Paní Naďa (matka maminky – babička Františka) si se svým manželem vzala vnoučata do pěstounské péče (staršího Ondru od pěti let a Františka od narození).

Paní Naďa neznala podrobnosti o průběhu těhotenství své dcery. Je přesvědčená, že v těhotenství kouřila, požívala alkohol, navštěvovala restaurační zařízení. Byla také vystavena projevům agresivity svého partnera. Před otěhotněním s Františkem měla dcera paní Naděždy spontánní potrat, o dítě přišla díky násilnostem partnera. František je dítě narozené z třetího těhotenství. Maminka děti navštěvuje zřídka, otec vůbec. U matky byla diagnostikována lehká mozková retardace.

František se narodil o tři týdny dřív. Vážil 2 430 gramů, měřil 46 centimetrů, byl umístěn na tři dny do inkubátoru (termoregulace). Po narození byl u něj zjištěn defekt síňového septa, trpěl meteorismem. Do

jednoho roku pravidelně jezdili na kardiologii. Defekt postupem vývoje vymizel.

Chodil již v deseti měsících, byl a je velmi drobný, v roce vážil 7 600 gramů.

Nemluvil téměř do čtyř let, pro všechny osoby používal oslovení „Dodi“. Po poradě s místní dětskou lékařkou podstoupil František vyšetření ve speciálně pedagogickém centru. Byla u něj diagnostikována vývojová dysfázie. Výslovnost izolovaných hlásek mu nečinila problémy mimo hlásku R. Již v této době poznával velká tiskací písmena. Jednoduché věty začal používat kolem pátého roku. Společně s babičkou dojížděli do logopedické ambulance.

V pěti letech četl, poznal číslice, uměl sčítat s přechodem přes desítku. V příloze číslo 9 jsou uvedeny početní úkony, které zvládal již v šesti letech. Nehrál si se stavebnicemi ani s auty, vyžadoval čtení, psaní, počítání, ale nerad kreslil. Měl odloženou školní docházku. Jeho grafomotorika z první třídy (příloha číslo 10) je úhledná i písmo má hezké. Ukázku z písanky dokládám v příloze číslo 11.

Paní Naďa nebyla spokojená s přístupem paní učitelky a po první schůzce s ní návštěvu školy vícekrát neabsolvovala. Tvrdí, že dobře ví, jaký František je, že nebude poslouchat samá negativa. Zastává názor, že paní učitelka je od toho, aby společně s ní hledala vhodné formy a metody Františkova vzdělávání. Rozhodně ne od toho, aby peskovala vychovatele.

V sedmi letech začali pravidelně jezdit na vyšetření štítné žlázy. Pro Františkovu drobnou postavu je třeba hlídat, aby se u něj neprojevila hypotyreóza – nanismus konstituční.

Ve druhém ročníku se sloučily dvě třídy, celkový počet dětí je 29. Náročnost učiva František zvládá, je příliš zbrklý, dělá chyby z nepozornosti. Potíže Františkovi činí pravidelné vedení čtenářského deníku. Knížky čte, ale nedokáže sám reprodukovat získané informace. Dokáže odpovídat na otázky týkající se obsahu knihy. Bez pomoci

babičky by tento úkol nezvládl. Jeho slovní zásoba je chudá. Ve verbálním projevu se stále projevují agramatismy. Má sníženou schopnost udržet koncentraci, ve třídě působí jako rušivý element.

Přetrvává u něj zájem o knížky, sešity, má rád různé dětské křížovky a doplňovačky. Vyrábí různá přáníčka (ukázka v příloze číslo 12), svoje knihy. Teď pracuje na „doktorské knize“.

Babička si pochvalovala Františkovo chování v domácím prostředí. Rád pomáhá s drobnými domácími pracemi.

Při loučení paní Naďa vyslovila přání. Nepřála by si nic jiného, než aby z Františka vyrostl slušný člověk.

Karolína, 22 let

Informaci o Karolínině diagnóze jsem získala u dětské lékařky. Neměla jsem na Karolínu žádný kontakt a vydala jsem se ji hledat do jejího místa bydliště.

Karolínu z velké části života vychovávala babička, její matka propadla alkoholu. Hlavním důvodem byla zřejmě ztráta dítěte. Matka tak těžkou ránu osudu neunesla. První dítě jí zemřelo ve věku deseti měsíců. Chlapeček měl nádor na mozku. Za rok po tragédii se narodila Karolína.

O období těhotenství své matky Karolína nic nevěděla. Karolína se narodila v termínu, vážila 2 800 gramů a měřila 48 centimetrů. Tyto údaje jsou jediné, které zná z útlého dětského věku. Po narození žila s maminkou u prarodičů, otec se s matkou rozvedl a žil v Čechách. Ve věku dvou let ji matka opustila, odjela do Prahy a vracela se jen velmi zřídka. Tvrdila, že v Praze pracuje, ale bylo na ní patrné, že neustále bojuje s alkoholismem. Ve věku pěti let si otec vzal Karolínu do Čech. Měl novou partnerku s malým dítětem. Asi po roce vrátil Karolínu babičce.

Do mateřské školy začala chodit v pěti letech (u otce), v té době mluvila v jednoduchých větách. Na vyšetření s ní byla babička v předškolním věku, dojížděly do logopedické ambulance. Školní docházku měla o rok odloženou.

Do základní školy začala chodit v místě bydliště. Vzhledem ke svému sníženým komunikačním schopnostem měla problémy se začleněním do kolektivu. Byla spíše tichá, neprůbojná. S chováním problémy neměla, nebyly na ni žádné stížnosti.

Druhou třídu začala navštěvovat ve škole speciální. Celý jeden rok ji při cestování do školy i zpět doprovázela babička. Trpěla strachem, že se ztratí. Se zvládnutím učiva měla problém. Důvodem byla její nejistota. Neustále se ptala na zadání úkolu a měla potřebu ujišťovat se, že úkol plní správně.

V této době trávila volný čas v přítomnosti prarodičů, kamarádky v místě bydliště neměla. Matka dojížděla maximálně dvakrát ročně. Zpravidla v létě a na Vánoce. K otci jezdila v létě na týden na prázdniny.

Mezi devátým a desátým rokem rodinu postihla dvojitá tragédie. Nejdříve otec tragicky zahynul při autonehodě a během půl roku zemřel dědeček. V domku zůstala Karolína s babičkou sama.

Na druhém stupni speciální základní školy se začala věnovat keramice a navštěvovala výtvarný kroužek. Zúčastňovala se různých dětských výtvarných soutěží.

Ani v době dospívání nenašla ve svém okolí vrstevnici kamarádku. Stejně stará děvčata se jí stranila a nepřijímala ji mezi sebe.

Vyučila se v oboru zahradnictví. Velmi ji bavilo a stále baví aranžování, práce s přírodním materiálem. Po ukončení učiliště nastoupila v prodejně květin, v květinářství pracovala dva roky. A to už se znala se svým současným partnerem.

Dnes je vdaná, manžel pracuje u stavební firmy jako zedník. Stává se, že není doma celý týden. Karolína se stará o rok a půl starou dcerku.

Nezdá se, že by malá měla problém s vývojem řeči. Pojmenovávala zvířata, říkala jak dělají. Pojmenovávala hračky.

Neměla jsem k dispozici žádné zprávy z vyšetření. Mohla jsem nahlédnout do Karolininých vysvědčení. Ukazovala mně také ocenění z výtvarných soutěží. Prohlížely jsme si rodinné fotografie. U Karolíny jsem byla na návštěvě dvakrát. Chtěla jsem se seznámit a promluvit si s její babičkou. Bohužel byla hospitalizována v nemocnici, její zdravotní stav byl vážný.

5.4 Analýza

Při zpracování analýz jsem vycházela z teoretických poznatků diplomové práce, opírala jsem se také o názory zúčastněných osob.

Analýza Filipa, 10 let

Vytvoření analýzy Filipa bude specifické a možná bych ji mohla nazvat sebeevaluací. Veškerá vyšetření, konzultace s odborníky i se školou absolvuji já.

Po bezproblémové graviditě se narodil Filip jako třetí dítě v pořadí se značným časovým odstupem. Do jednoho roku jsem nepozorovala znepokojivé chování či vzezření Filipa. Byl sice drobný, ale ne extrémně. Chodil až po dovršení jednoho roku, nelezl. Nepozastavovala jsem se nad mírnými odchylkami oproti normálu. Měla jsem možnost porovnání se staršími syny. Každý se vyvíjel jinak. Martin byl pohodlný, klidný, poslušný. Kamil byl nespavý, divoký, brzy velmi dobře mluvil s bohatou slovní zásobou.

Kolem druhého roku Filip nemluvil. Začala jsem podnikat první kroky. Po vyšetření na foniatrii, kde byly vyloučeny mechanické překážky nemluvnosti, jsme začali dojíždět do speciálně pedagogického centra v Kyjově. Paní Mgr. Kučerová mě poučila co a jak s Filipem procvičovat. V této době jsem věřila, že se jedná o opožděný vývoj řeči, a že se Filip srovná se svými vrstevníky. Vyplývalo to i z konzultací s odborníky. Veškeré procvičování probíhalo formou her, Filip se nechoval odmítavě.

Na doporučení Mgr. Kučerové jsem začali dojíždět ke speciální logopedce do Hodonína. Tady už měl Filip pracovní sešit. Pro značnou vzdálenost jsme jezdili do Hodonína jednou za čtyři týdny. Paní Mgr. Krýsová navrhovala umístit Filipa do předškolní třídy (po odložené školní docházce) do speciální mateřské školy. Po dlouhém zvažování pro i proti jsem se rozhodla Filipa do této školky umístit. Nevýhodou této školky byla vzdálenost, Filip zůstával na internátě. S odstupem času si myslím, že to nebylo nejlepší řešení. Filip měl sice celodenní odbornou péči, ale citově strádal. Tak malé dítě by nemělo být odloučeno od funkční rodiny. Projevovaly se u něj prvky agresivního a vulgárního chování. Možná to byla jistá forma obrany. V této době u něj Mgr. Škarecká diagnostikovala vývojovou dysfázii. Přes její naléhání o nezbytnosti celodenní odborné péče u Filipa, jsem si jej po roce nechala v domácím prostředí. Za jeden školní rok ve speciální školce udělal Filip v oblasti komunikačních dovedností velký pokrok, naučil se částečně samostatnosti.

Začal navštěvovat základní školu v místě bydliště. První třída byla „utrpením“ pro oba z nás. Filip chodil do školy s pláčem, já s obavami. Od paní učitelky jsem neslyšela nic pozitivního. Domácí příprava do školy přesahovala rámec obvyklého času, Filip byl přetížený.

Po přestoupení do speciální školy se Filip zklidnil. Abnormality v chování nejsou už tak markantní, do školy se těší, domácí příprava není náročná, má možnost radovat se z úspěchu.

Zatím nechápe problém vesnického předsudku o speciální škole, avšak očekávám potíže až začne chodit sám ven. Já jsem s přístupem pedagogů speciální školy spokojená. Filipův pokrok je znatelný ve všech oblastech. Verbální projev stále nese znaky užívání agramatismů. Reprodukovat přečtené či poslechem získané informace je pro Filipa stále obtížné. Přetrvávají také problémy s výbavností správné terminologie. Jeho slovní zásoba je velmi chudá (sporadická).

Nemohu říci, že pro Filipa dělám to nejlepší. Mohu říci, že se o to snažím...

Analýza Františka, 10 let

Paní Naďa mluvila otevřeně a odpovídala na všechny otázky. Dovolila mně nahlédnout do veškeré Františkovy dokumentace. Měla jsem k dispozici jeho zdravotní průkaz, některé lékařské zprávy, vysvědčení, také mně ukázala jeho sešity, pracovní listy, výkresy.

O své dceři mluvila s lítostí, měla jsem pocit, že se snaží omluvit její chování sociální nezralostí a lehkou mozkovou retardací.

Příčina Františkovy diagnózy může pramenit z nezodpovědného přístupu matky k těhotenství. Nedovedla odhadnout dopad svého chování na vývoj plodu v prenatálním období. Narušený vývoj řeči má velké množství příčin a nemusí jí být nezodpovědné chování matky v době gravidity. Původ příčiny narušené komunikační schopnosti z hlediska časového může pocházet z období prenatálního, perinatálního i postnatálního. Původcem může být také hledisko lokalizační (genová mutace, vývojová odchylka, orgánové poškození, působení nevhodného prostředí). Vliv prostředí by měl mít na Františka pozitivní dopad. Babička se snaží vytvářet oběma vnoučatům podnětné prostředí (starší z vnuků se věnuje od útlého věku hudbě, hraje na housle i klavír, zpívá. Nyní studuje druhým rokem na konzervatoři v Kroměříži).

Nezanedbatelný vliv na citový vývoj Františka mělo i ujasnění sociálních rolí. Místo maminky plně nahradila babička.

U Františka byl velmi zřetelně znatelný rozdíl mezi vývojem verbální a neverbální složky vyjadřování. Do čtyř let používal gestikulaci, mimiku, haptiku. Zvířata napodoboval jejich typickým pohybem či citoslovci.

Inteligence u Františka není snížena, jeho problém s hledáním správného výrazu, s pojmenováním konkrétních věcí i abstraktních dějů a pocitů by ve vzdělávání nebyl až tak velkou překážkou, potřeboval by individuální přístup pedagoga, přizpůsobení zadávaných úkolů a požadavků a v neposlední řadě kvalifikovaný přístup pedagoga (znalost daného problému, konzultace s odborníkem při stanovení terapie, spolupráce s rodiči respektive s prarodiči). V případě nesprávného postupu a přístupu pedagoga by se mohlo stát, že pro Františka není ten hlavní problém výbavnost adekvátních pojmů a výrazů či omezená slovní zásoba, ale strach z nekvalitně a nesprávně splněných úkolů.

Musím říci, že obdivuji paní Naďu, jaké stanovisko zaujala k problému neschopnosti své dcery starat se o děti a že i přes svůj věk se snaží svým vnukům zajistit klidné a plnohodnotné dětství.

Analýza Karolíny, 22 let

Rodiče Karolíny brali její početí jako náhradu ztráty dítěte. Otec počítal s tím, že bolest odezní a starosti s miminkem jeho ženu vrátí zpět do života. Bohužel se tak nestalo, naopak rodina se rozpadla a Karolína zůstávala převážně u babičky.

Její citový vývoj určitě ovlivnil odchod matky. Zmatek v chápání sociálních rolí, pojmu domova, určování priorit způsobilo stěhování. Jeden rok žila s otcem, jeho manželku oslovovala „teto“, nechápala však, že její nevlastní sestra používá oslovení „mami“ a ona ne.

Po návratu zpět žila v izolovaném světě starých lidí, nejezdila na výlety, nechodila na vystoupení, neabsolvovala školní kurzy plavání. Byla velmi bázlivá, neustále hledala oporu u babičky. Příčinou byla snížená schopnost komunikovat o svých poznatcích, zkušenostech, dění kolem sebe, vyjádření svých citů. Bála se posměchu dětí. Na druhém stupni speciální základní školy si našla zálibu ve výtvarném projevu. Pokusy navázat kontakt s vrstevníky v místě bydliště nedopadly dobře, děti ji spíše zneužívaly, řekla bych, že jejich chování zavánělo šikanou. Požadovaly, aby nosila bonbóny, půjčovala jim svoje věci, jinak je nezajímala.

Babička se jistě snažila zajistit Karolíně tu nejlepší péči, a pro nedostatek informací, snad i materiální problémy, nenavštívila s vnučkou více specialistů. Karolína prodělala pouze vyšetření jako předškolačka ve speciálně pedagogickém centru. Neví o tom, že by byla někdy na neurologickém vyšetření, CT mozku či u dětského terapeuta.

Z návštěv v logopedické ambulanci měla Karolína obavy. Pedagog jí připadal přísný, trval na splnění daného úkolu. Opakoval Karolíně úkol do té doby, dokud nezopakovala požadované nebo neodpověděla na otázku. Často žadonila, aby s babičkou návštěvu logopedické ambulance vynechaly a k její škodě bývala úspěšná.

Veřejně vystupovat před obecními, např. při různých školních besídkách, nedokázala nikdy. Nepřekonatelnou překážkou pro ni bylo převzetí diplomu ve výtvarných soutěžích a nebylo výjimkou, že ocenění přebírala paní učitelka.

Velmi mě tedy zajímalo, jak zvládá komunikaci v obchodě se zákazníky. Tvrdila, že si zákazníka vyslechne a snaží se vyhovět jeho přání. Většinou používá fráze spojené s obchodem (jakou máte představu?, může to tak být?) a zdvořilostní fráze. Pokud zákazník žádá odbornou radu, dokáže mu poradit, kde informaci vyhledá, nebo zná-li odpověď, zákazníkovi ráda poradí.

Při schůzkách byla Karolína zpočátku velmi ostýchavá a nedůvěřivá, odpovídala velmi stručně, mluvila hodně nářečím (zřejmě vliv babičky) a všimla jsem si, že často vynechává pomocné sloveso *být* nebo zvrtné se (já byla s malou u doktorky, já učila v učilišti).

Při druhém setkání byla Karolína sdílnější, snažila se shromáždit co nejvíce materiálu ze svého dětství. Charakter dokumentu mělo pouze vysvědčení.

Na závěr bych napsala vyjádření Karolíny o své matce. Ať se stane cokoliv, nikdy neopustím své dítě...

5.5 Diskuze

Už při sestavování kasuistik mně v myšlenkách vyvstávaly domněnky proč se tak stalo, jak moc daná situace ovlivnila vývoj dítěte. Příběhy klientů mě nenechaly chladnou a zanechaly ve mně stopy. Naslouchat životním příběhům bylo pro mě velmi zajímavé, sepisovat je tak, jak byly, bylo mnohem složitější, analyzovat jednotlivé příběhy už nebylo tak náročné.

U Filipa jsem měla k dispozici veškerou dokumentaci a kdo jiný než já, by mohl o jeho vývoji vědět víc? U Františka jsem mohla nahlédnout do různých lékařských zpráv i do posouzení ze speciálního vyšetření. U Karolíny jsem měla možnost zhlédnout vysvědčení ze speciální základní školy i z učiliště. Karolína si výslovně přála, abych použila jiné jméno, nepřála si, abych uváděla jméno dcerky a ani jméno manžela.

Každý z příběhů začíná již početím. Ne každá nastávající maminka si uvědomuje, jak složitý a pro nový život důležitý proces probíhá v jejím těle. Prenatální vývoj probíhá v symbióze s matkou, proto budoucí maminka nese velkou zodpovědnost. Měla by dbát rad lékařů, dodržovat životosprávu. Jednou z daní civilizačního pokroku je stále vyšší počet partnerských vztahů potýkajících se s problémem početí potomka. Tyto

osoby, kdyby vyslechly příběhy respondentů kasuistik, by určitě chování matek odsuzovaly a nechápaly by je.

Tak, jak již bylo uvedeno, logopedie je mladý vědní obor. V případě narušení komunikační schopnosti je třeba vyhledat specialistu. Ten provede základní vyšetření, které vede k určení základní diagnózy. V případě speciálního vyšetření získá specifikaci daného druhu narušení komunikační schopnosti.

Ve Filipově případě paní doktorka tvrdila, že není nic neobvyklého, když nemluví. Nenabízela mně žádné odborné vyšetření, zastávala názor, že návštěva logopedické ambulance je předčasná. O speciálně pedagogickém centru nemluvila, o specialistovi logoped-psycholog také ne. Informace a kontakty jsem si hledala sama.

V první třídě Filipa negativně ovlivnil neprofesionální přístup paní učitelky, naštěstí se jeho odmítavý přístup ke škole změnil s přestoupením do speciální základní školy. Filip rozhodně není a nebude studijní typ, jeho sníženou schopnost komunikačních dovedností provází symptomy spojené s diagnózou vývojové dysfázie. Jsou to specifické poruchy učení a s nimi související problémy sociální i emocionální. Během vývoje se ještě jeho vyjadřovací schopnosti určitě zdokonalí. Vyučí se. Zajímá se o velké stroje (kombajny, traktory, autobusy, letadla, jejich funkci; obdivuje, kolik práce zvládnou).

Jedním z největších ocenění pro mě bylo vyjádření paní doktorky na devítileté preventivní prohlídce. Řekla, že Filip měl štěstí, kde se narodil.

František už takové štěstí neměl. Nevyrůstá s rodiči, i když se babička snaží péči matky plně nahradit.

Rossetti rozlišuje dvě kategorie rizikových dětí z hlediska vývoje řeči. František by mohl být zařazen do druhé kategorie. Sem patří děti duševně nemocných rodičů, drogově závislých rodičů a alkoholiků.

Příčina jeho narušené komunikační schopnosti nebyla paní Naděždě známa. Nikdo ze specialistů se o ní nezmínil a ona se o možnou příčinu

nezajímala. Prioritní pro paní Nađu byla prognóza a možnosti nápravy, stanovení vhodné terapie. Měla obavy, aby narušený vývoj řeči neměl negativní dopad na celý Františkův další život, aby neměl obtíže s učením nebo v oblasti duševního zdraví.

Františkovi se ve škole nelíbí, není spokojený, vyskytují se problémy zejména v chování, často dostává poznámky. Prospěch má František dobrý, každoročně zvyšující se požadavky zvládá. Pokud František nezanevře na školu, nestane se obětí šikany či jiných nástrah dospívání (nevhodné „party“, drogy), není jeho snížená schopnost vyjadřování překážkou k úspěšnému studiu na střední škole. A možná, kdo ví...

Karolína si jako dítě prožila sociální i psychická traumata. Střídání matek je pro dítě nebezpečné a může zanechat trvalé a vážné následky. Karolíně rozhodně chyběl terapeut, který by jí pomáhal s odstraněním přehnaného strachu.

Hlavní chybou bylo, že matka se nedokázala smířit se ztrátou dítěte a nedokázala zmobilizovat své síly, ovlivnit svou vůli a skoncovat s alkoholem. Nebyla Karolíně oporou ani v době ztráty otce a dědečka. To, že Karolína žila v izolovaném prostředí, rozhodně nepomohlo k rozvoji komunikačních dovedností. Benevolence babičky v případě návštěv logopedické ambulance Karolíně také nepomohla. Pravidelné návštěvy by vedly alespoň k dílčím pokrokům a úspěchům. Možná by se Karolína začlenila do kolektivu vrstevníků. Ani dnes nemá kamarádku ve svém věku. Na Karolíně byly znát obavy o babiččin zdravotní stav, s ní sdílí své každodenní starosti i radosti, nedovede si život bez ní představit.

I přes poruchu ve vývoji řeči se Karolína vyučila, dva roky pracovala. Teď je z ní starostlivá a pečlivá maminka.

Na závěr diskuze bych podotkla, že určení příčiny vývojové dysfázie je obtížné a ani odborníci ji nedovedou mnohdy specifikovat. Při expanzivním vývoji oboru logopedie dovedou odborníci stanovit diagnózu a určit vhodné terapeutické formy a metody. Prioritním úkolem logopedů

je prevence, raná identifikace a včasný zásah. Odborná pomoc sama o sobě nestačí. Měli by mezi sebou spolupracovat specialista, pedagog i rodiče. Důležité je vytvořit dítěti pro jeho zdárný vývoj podnětné prostředí.

Pozitivní přístup všech složek se zúročí v budoucnosti dítěte.

Závěr

Lidstvo se skládá z jednotlivých osobností, které si spolu rozumí více či méně a někdy také vůbec ne. O komunikaci, porozumění a spolupráci vícero složek při rozvoji individualit jsem se zabývala ve své práci.

Na první slovo dítěte rodiče čekají vždycky s jistým napětím. Kdy ho řekne a jaké asi bude? Při obvyklém vývoji se rodiče dočkají kolem jednoho roku. První slovo se většinou váže k nějaké osobě (mama), činnosti (ham, bum) nebo předmětu (šikuku). Slova mohou být zkomolená, nepodobná správnému vyjádření pro danou skutečnost, předmět (mia znamená panenka). V raném věku je důležitá hlavně obsahová, sociální složka řeči. Situace v oblasti obsahově bohaté řeči u dětí je v současné době komplikovaná. Souvisí to s médii. Věk, kdy děti usedají poprvé k počítači se rychle snižuje a doba, kterou u něj děti stráví, také není přiměřená. Děti ve věku tří až čtyř let by potřebovaly středověk: realitu, která poskytuje kvalitní smyslové vnímání. Děti si potřebují věci osahat, ochutnat, sednout si v lese na pařez, házet šiškou a poslouchat, jak bouchne. Bez smyslového poznávání světa je obsah řeči chudý, nepřesný. Díky podnětům zvnějšku se postupně učíme nejen mluvit, ale i chodit, poznáváme příjemné i nepříjemné stránky života. Knížky přijdou na řadu později. Vybíráme je podle věku dítěte.

Jestliže dítě nemluví ani kolem třetího roku, nastává situace, kdy by rodiče měli vyhledat odbornou pomoc. Sami ještě netuší, jak náročná práce je čeká, že budou potřebovat velkou dávku trpělivosti a spoustu času...

O tom vím své. Ze své vlastní zkušenosti mohu říci, že ve Filipově raném věku jsem věřila, že se jedná „jen“ o opožděný vývoj řeči. Věřila jsem, že Filip srovná krok se svými vrstevníky dřív, než nastoupí do školy. Z pozice rodiče znám situaci, kdy jsem si řekla: proč Filip? Poté jsem se snažila zajistit mu odborná vyšetření a dbát terapeutických rad a

postupů. Dnes jsem smířena s Filipovými sníženými schopnostmi v oblasti vzdělávání. Projevily se u něj specifické poruchy učení, které krácejí ruku v ruce s vývojovou dysfázií.

Žáků se specifickými poruchami učení stále přibývá. U těchto dětí se bohužel mohou projevovat sociální a emocionální problémy. Zhoršení sociálních schopností může představovat formu poruchy chování. Zvláštnosti v chování jsou nejčastěji podmíněny pocity méněcennosti, snahou zakrýt obtíže, upozornit na sebe. Ovlivňují celou osobnost dítěte a promítají se i do způsobu života v rodině. Porucha se tak stává břemenem, které ve své reálné podobě zatěžuje rodiče, dítě i učitele.

Neúspěšné dítě je svým neúspěchem ve svém sebevědomí sráženo, přestává si věřit, snižuje se jeho sebeúcta, což mu okolí ještě potvrzuje. Proto bychom si měli být vědomi toho, že jakékoli selhání dítěte musíme řešit jako objektivní skutečnost, nikoli jako vlastnost dítěte. Mluvíme tedy o obtížích dítěte, a ne o obtížném dítěti. Rodič si musí uvědomit, jak mnoho dítě strádá, pokud není přijímáno bez jakékoli podmínky. Je těžké najít způsob, kterým bychom k dítěti pronikli. Je užitečné jednak zvolit takovou jazykovou úroveň, která není ani nad možností ani pod možností dítěte, jednak komunikovat partnersky – tedy respektovat dítě jako osobnost a nesnižovat zbytečně jeho sebeúctu, jednak mu naslouchat a konečně být trpělivý, neboť dítě má jiné představy o světě i o komunikaci než my. Pokud se nám podaří tento způsob nalézt, můžeme očekávat, že se nám i dítěti v budoucnosti zúročí.

Použitá literatura a jiné zdroje

- BRAGDON, A., D., GAMON, D.: *Když mozek pracuje jinak*. 1.vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-066-6
- HOLOUŠOVÁ, D., ROBOTOVÁ, M.: *Diplomové a závěrečné práce*. 2.vyd., Olomouc 2005, ISBN 80-244-1237-3
- KLENKOVÁ, J.: *Logopedie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1110-9
- KLENKOVÁ, J.: *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. 1.vyd. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-91-5
- KUBÁLKOVÁ, D.: *Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči*. 3.vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-667-5
- LECHTA, V., a kol.: *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5
- LECHTA, V., a kol.: *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5
- LYNCH, CH., KIDD, J.: *Cvičení pro rozvoj řeči: prevence a náprava poruch komunikace u mladších dětí*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-571-7
- PLAMÍNEK, J.: *Komunikace a prezentace. Umění mluvit, slyšet a rozumět*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2706-6
- SELIKOWITZ, M.: *Dyslexie a jiné poruchy učení*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2000. ISBN 80-7169-773-7
- ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I.: *Klinická logopedie*. 2.vyd. Praha: Potál, 2007. ISBN 80-7367-340-1

<http://www.vesmir.cz/clanek/od-poruch-rci-k-naruseni-komunikacni-schopnosti> [1] 03.12.2010

http://www.psu.cas.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=175%3Aarana-komunikace&catid=62&Itemid=131 [2] 03.12.2010

http://cs.wikipedia.org/wiki/Verb%C3%A1ln%C3%AD_komunikace [3]
08.12.2010

http://cs.wikipedia.org/wiki/Neverb%C3%A1ln%C3%AD_komunikace [4]
10.12.2010

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Jana Bártová
Katedra nebo ústav:	Psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	Mgr. et Mgr. Iveta Tichá
Rok obhajoby:	2011
Název práce:	Vývojová dysfázie
Název v angličtině:	Developmental dysphasia
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá narušeným vývojem komunikačních schopností – vývojovou dysfázií. Zabývá se příčinami a klasifikací narušené komunikační schopnosti. Zkoumá vývojovou dysfázii z hlediska etiologického i symptomatologického. Popisuje metody techniky, principy, specifika a průběh diagnostiky narušené komunikační schopnosti. Rovněž se zabývá cíli a metodami terapie u dětí s narušeným vývojem řeči. Práce obsahuje výzkum zpracovaný formou kazuistik. Ty jsou hodnoceny a analyzovány podle teoretické části.
Klíčová slova:	Logopedie, narušená komunikační schopnost, vývojová dysfázie, příčiny narušeného vývoje řeči, diagnóza, terapie, pedagog, rodiče
Anotace v angličtině:	This thesis deals with the impaired development of communication skills - developmental dysphasia. It deals with the causes and classification of communication disorders. Examines developmental dysphasia in terms of etiology and symptomatology. It describes methods of techniques, principles, and the process of diagnosis of communication disorder. It also deals with the aims and methods of therapy in children with language impairment. The work includes research in a form of case studies. They are evaluated and analyzed according to the theoretical part.
Klíčová slova v angličtině:	Speech therapy, speech disorders, developmental dysphasia, impaired development of speech causes, diagnosis, therapy, teacher, parents
Přílohy vázané v práci:	Ukázky prací klientů kazuistik. Seznam příloh na straně 68.
Rozsah práce:	68 s.
Jazyk práce:	český

Seznam příloh

příloha 1 – postava, tři a půl roku

příloha 2 – postavy, pět a půl roku

příloha 3 – grafomotorika, pět a půl roku

příloha 4 – speciálně pedagogické centrum Hodonín

příloha 5 – písanka z první třídy

příloha 6 – pracovní list

příloha 7 – písanky z druhého ročníku

příloha 8 – matematika druhý ročník

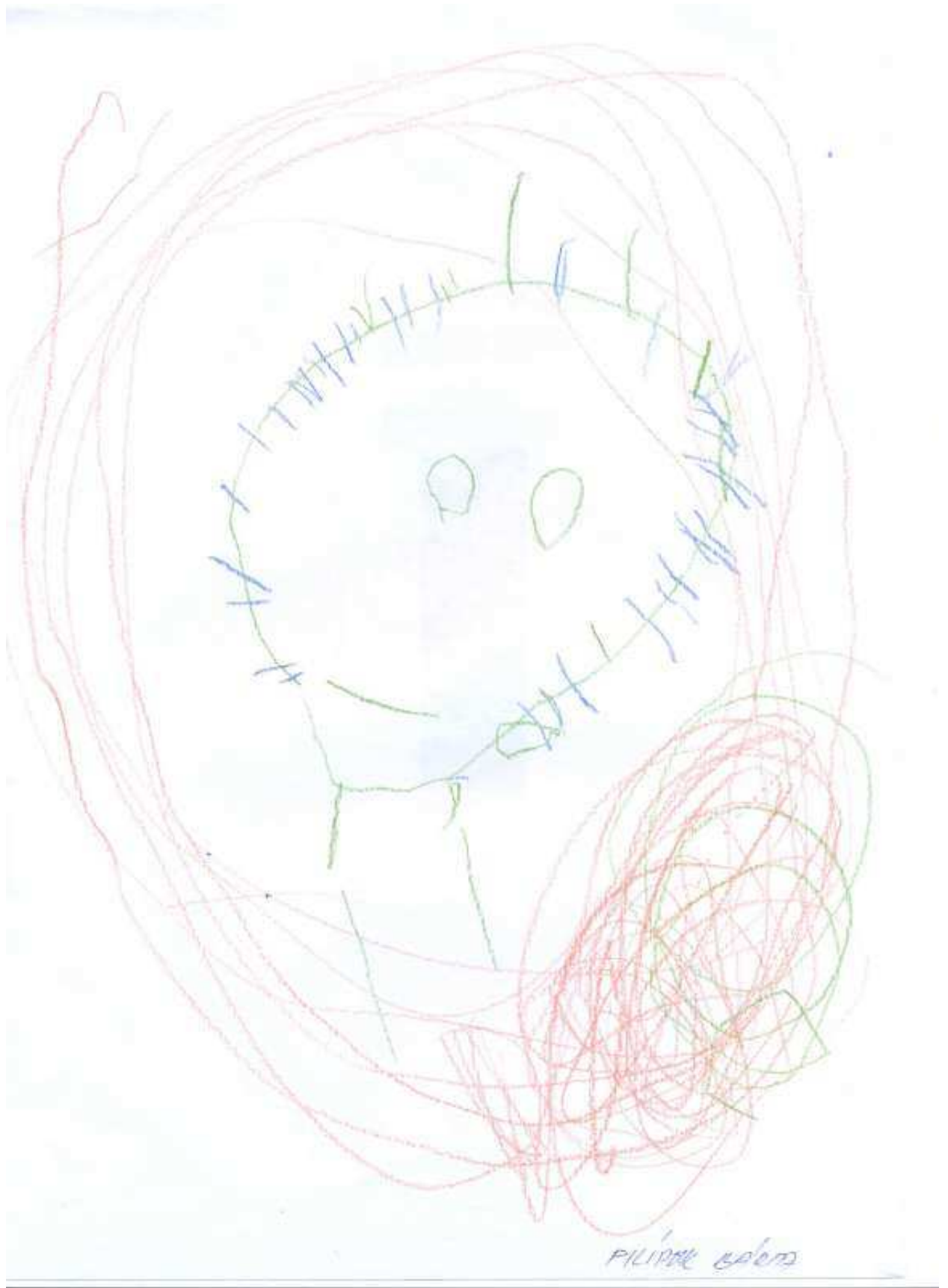
příloha 9 – matematika

příloha 10 – grafomotorika, první třída

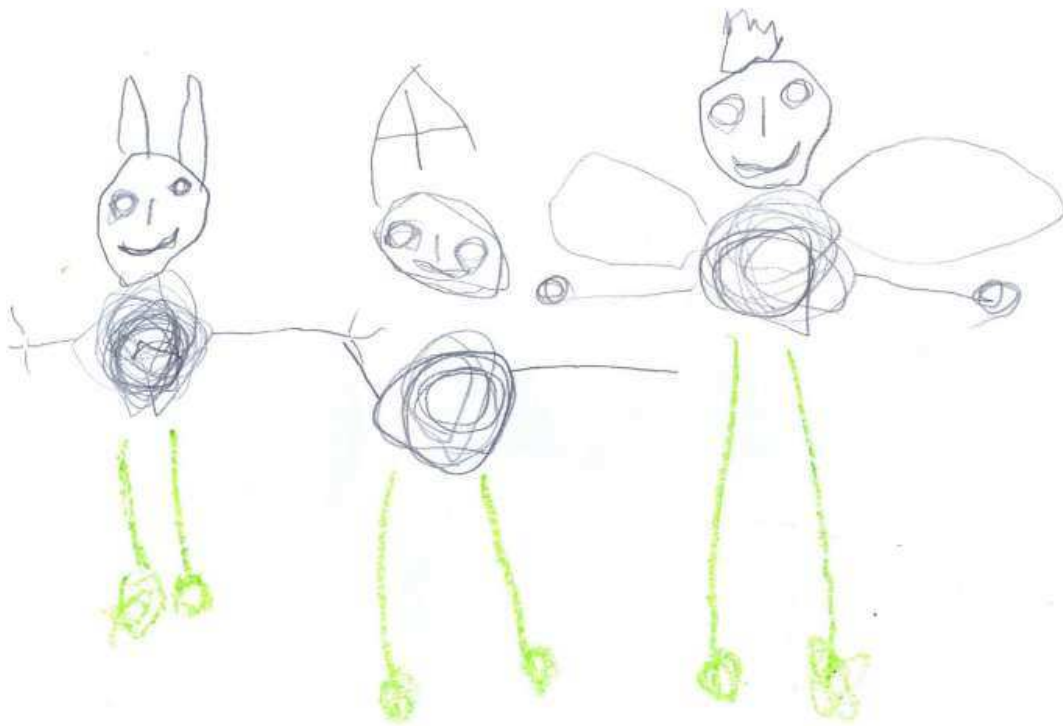
příloha 11 – písanka, první třída

příloha 12 – přáníčko

příloha 1 – postava, tři a půl roku



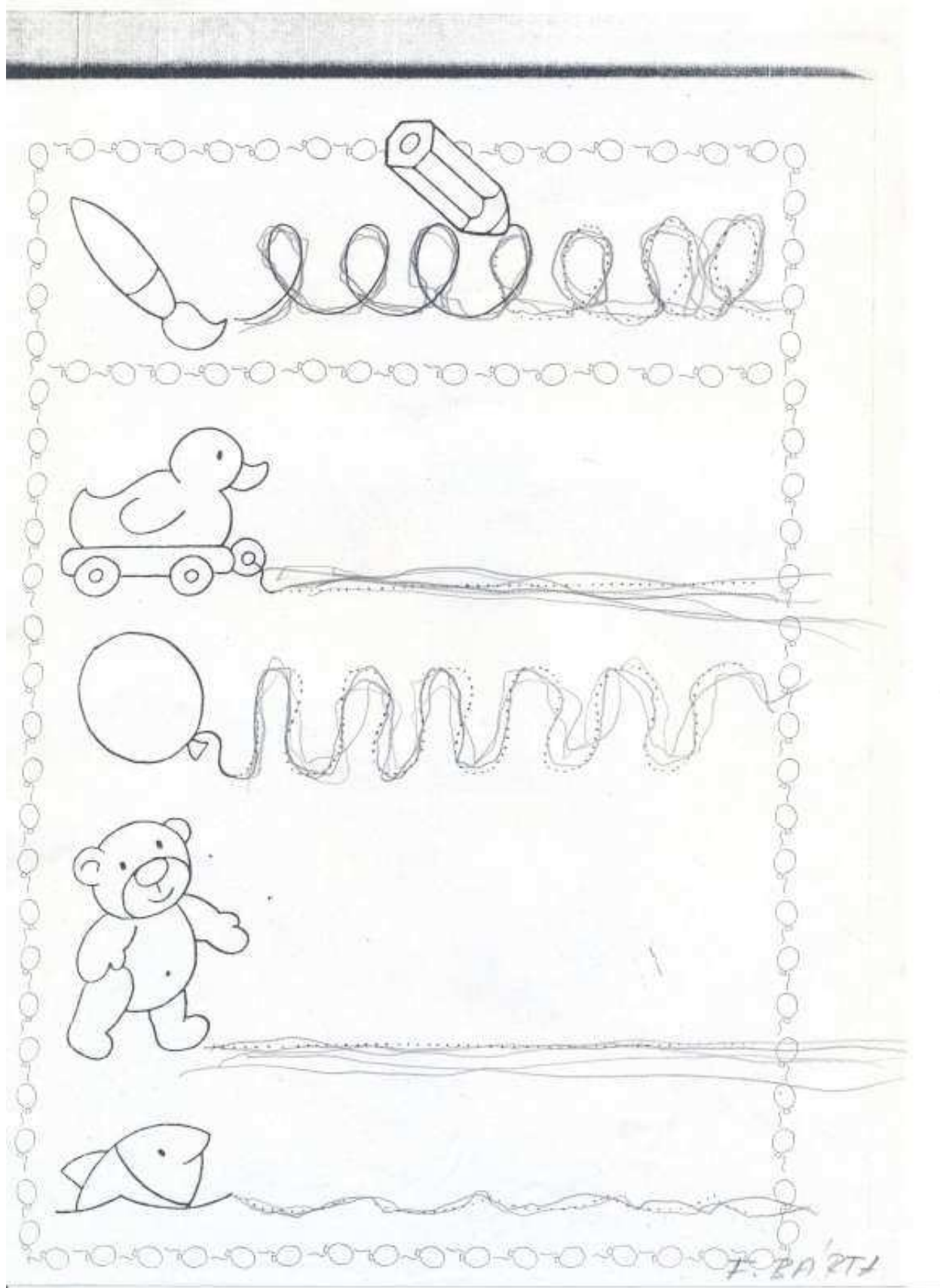
příloha 2 – postavy, pět a půl roku



FILIP

7. ZÁŘÍ

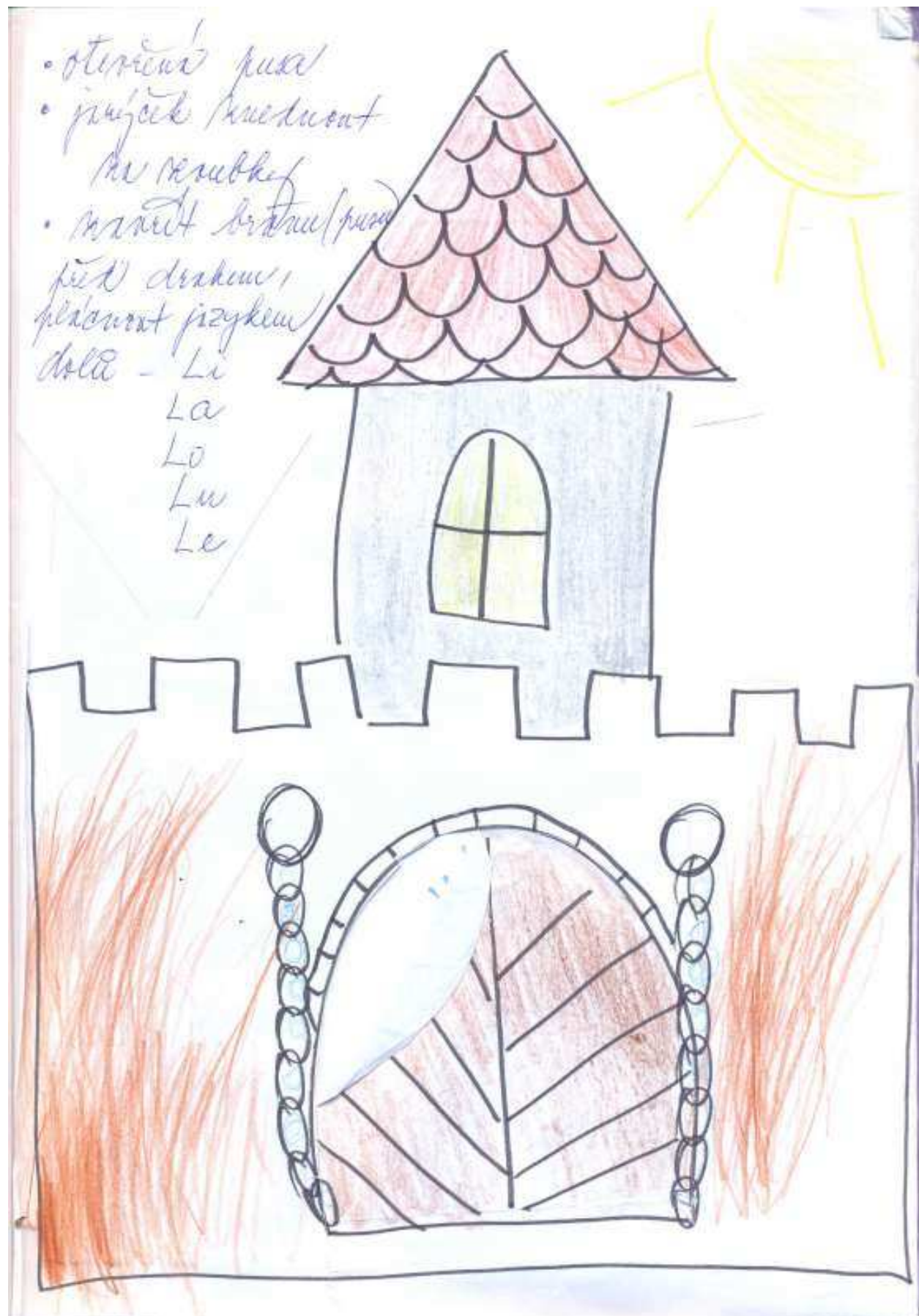
příloha 3 – grafomotorika, pět a půl roku



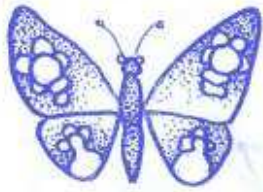
příloha 4 – speciálně pedagogické centrum Hodonín



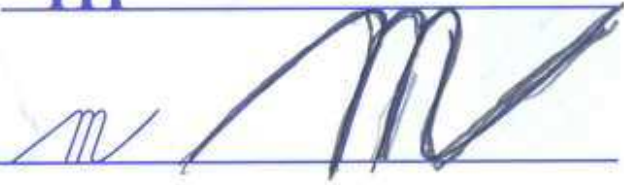
- otwieranie pusa
- języcek przedmiot
na rączkach
- mały brzoś (pura)
pół drzewa,
przedmiot językiem
dół - Li
La
Lo
Lu
Le



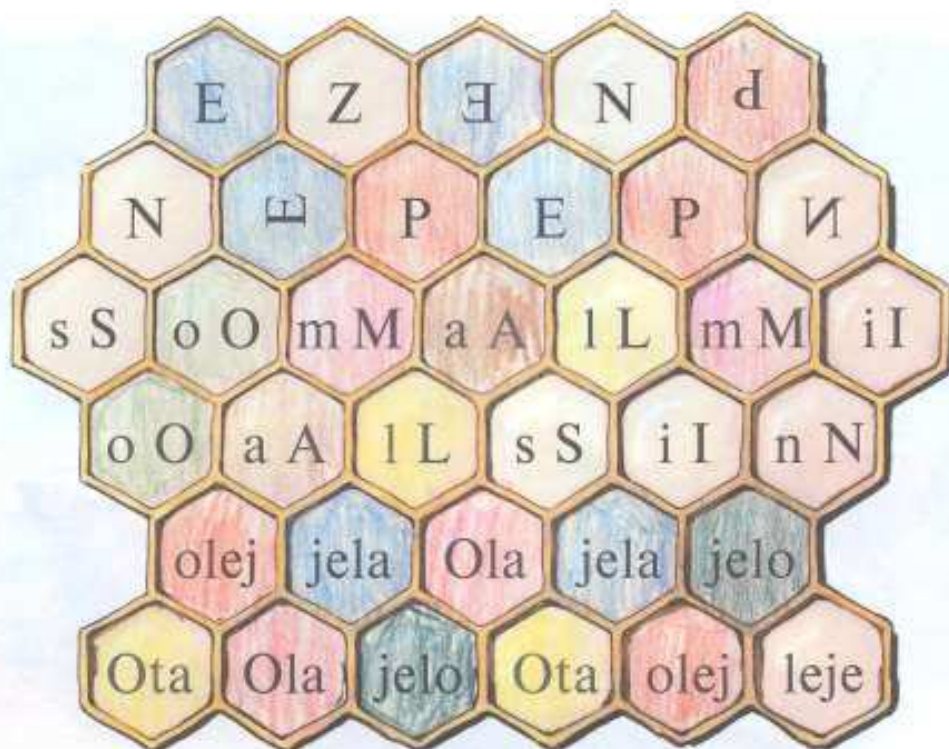
příloha 5 – písanka z první třídy



m



příloha 6 – pracovní list



Která má společného hamí a další polovina šárky?
 Poznáš, které dvojice uzavěří včelího plásku jsou stejné?
 Najdi dvojice plovárných listů, ve kterých jsou stejné písmena, a vykráší je stejnou barvou.

mech mech mech. mech

hoch hoch hoch

ucho ucho ucho

chata chata chata

kuchař kuchař

kořich kořich

ořech ořech ořech

moucha moucha moucha

Zelený tulipán.

Zelený tulipán.

Malý kopeček.

Malý kopeček.

Vařené vajíčko.

Vařené vajíčko.

Bílá kočička.

Bílá kočička.

hrabe hrabe hrabe hra

plave plave plave pla

sváši sváši sváši svá

Napiš stejná písmena velké abecedy;

ř ř ř ř ř p p b b

c c c i i i h h k k

$2 + 6 = 8$

$100 - 80 = 20$

$7 - 3 = 4$

$60 + 40 = 100$

$4 + 4 = 8$

~~+~~

2

$30 + 20 = 50$

$40 + 30 = 70$

$70 - 40 = 30$

$60 - 40 = 20$

$50 + 30 = 80$

$50 + 50 = 100$

$40 - 50 = 40$

$100 - 30 = 70$

$30 + 70 = 100$

$30 + 10 = 40$

$100 - 60 = 40$

$80 - 70 = 10$

$80 + 20 = 100$

$20 + 20 = 40$

$70 - 50 = 20$

$70 - 10 = 60$

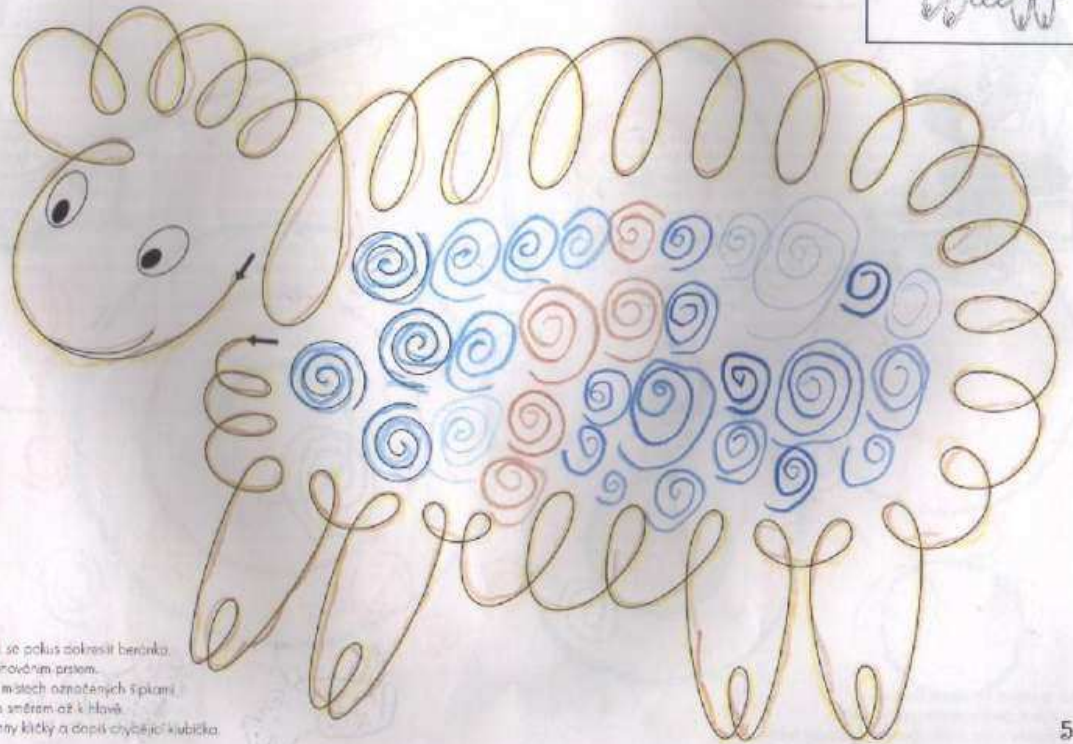
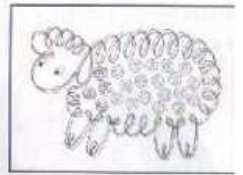
1

příloha 9 – matematika

$$\begin{array}{l} 25 + 20 = 45 \\ 33 + 55 = 88 \\ 44 + 57 = 101 \\ 40 + 3 = 43 \\ 44 + 30 = 74 \\ 40 + 54 = 94 \\ 45 + 64 = 109 \\ 57 + 5 = 62 \\ 67 + 46 = 113 \\ 46 + 75 = 121 \\ 70 + 11 + 12 = 33 \\ 5 + 11 + 13 = 29 \end{array} \begin{array}{l} 57 + 77 = 134 \\ 11 + 56 + 25 = 192 \\ 21 + 22 = 43 \\ 22 + 75 + 75 = 172 \\ 10 + 22 = 32 \\ 20 + 02 = 22 \\ 45 + 5 + 78 = 128 \\ 11 + 10 = 21 \\ 45 + 00 = 45 \\ 6 + 5 = 11 \\ 57 + 87 = 144 \\ 57 + 11 = 68 \end{array}$$

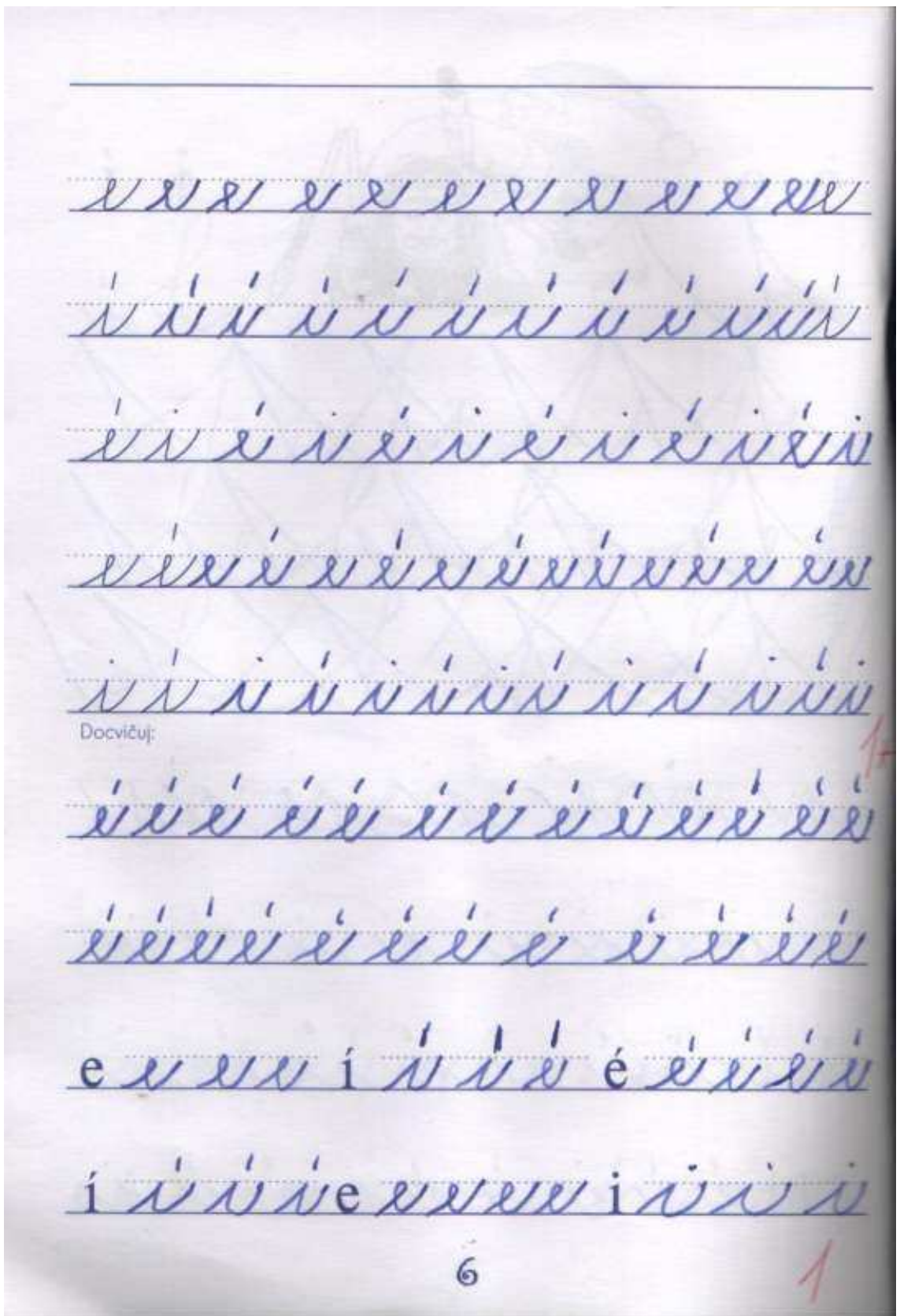
příloha 10 – grafomotorika, první třída

Jsem beránek Kudrnáček,
nakresli mě! – Má to háček.



Přaním klíček a klubíček se pokus dokreslit beránka.
Nejdříve si to zkus obkružováním prstom.
Potom začni s psaní v místech označených šipkami
a pokračuj naznačeným směrem až k hlavě.
Děleň postupně všechny klíčky a dopíš chybějící klubíčka.

příloha 11 – písanka, první třída



příloha 12 – přáníčko

