

**UNIVERZITA
JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

Bakalářské prezenční studium

2011–2014

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Šárka Srpková

**Hodnocení jazykových rovin, úroveň kresby
a grafomotorických schopností u dětí s vývojovou dysfázií**

Praha 2014

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Fleischmannová

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

Bachelor full-time studies

2011-2014

BACHELOR THESIS

Šárka Srpková

**Rating language levels, the level of drawings and
graphomotor skills in children with developmental dysphasia**

Prague 2014

The bachelor thesis Work Supervisor: Mgr. Hana Fleischmannová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Srpková Šárka

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Mgr. Haně Fleischmannové za pomoc při zpracování této bakalářské práce, za odborné vedení, vlídný přístup a bezvýhradnou podporu. Velké díky patří také Mgr. Tereze Horáčkové a její dceři.

Anotace

Předmětem této bakalářské práce je narušení komunikační schopnosti, konkrétně vývojová dysfázie. Shrnuje a vysvětluje teoretická východiska této problematiky, na kterých je následně postavena praktická část. Ta se skládá ze dvou hlavních pasáží, jejichž společným cílem je zhodnocení jazykových rovin, úrovně kresby a grafomotorických schopností vybraného dítěte s diagnózou vývojová dysfázie.

Klíčové pojmy

Diagnostika, grafomotorika, hendikep, jazykové roviny, Jiráskův test školní zralosti, kresba, lékařská vyšetření, logopedie, mozková dysfunkce, narušená komunikační schopnost, ontogeneze, oromotorika, prevence, prognóza, slovní zásoba, terapie, vývojová dysfázie.

Annotation

The subject of this thesis is a communication disorder, specifically developmental dysphasia. It summarizes and explains in detail the theoretical background of this issue, to which the practical part is built on. The practical part consists of two main passages whose common objective is to evaluate the levels of language, drawings and levels of ability graphomotoric of the chosen child with this diagnosis.

Keywords

Brain dysfunction, developmental dysphasia, diagnosis, drawing, graphomotorics, handicap, impaired communication ability, Jiraskuv test of school readiness, language level, medical examinations, ontogeny, oral mobility, prevention, prognosis, speech therapy, therapy, vocabulary.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	
1 VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE	11
1.1 Vymezení termínu vývojová dysfázie	11
1.2 Etiologie vývojové dysfázie.....	14
1.3 Symptomatologie vývojové dysfázie.....	15
1.3.1 Řečové a jazykové dovednosti.....	16
1.3.2 Motorické dovednosti	16
1.3.3 Neurologické, audiologické a foniatrické symptomy	17
1.3.4 Příznaky v neřečových oblastech	17
2 ONTOGENEZE ŘEČI	20
2.1 Přípravné období	20
2.2 Vlastní vývoj	21
2.3 Jazykové roviny	22
3 GRAFOMOTORIKA A KRESBA	25
3.1 Vývoj grafomotoriky a kresby	25
3.2 Grafomotorika a kresba u dětí s vývojovou dysfázií	27
4 DIAGNOSTIKA A TERAPIE VÝVOJOVÉ DYSFÁZIE	28
4.1 Diagnostika	28
4.1.1 Anamnestické údaje a lékařská vyšetření	29
4.1.2 Vyšetření řeči	29
4.1.3 Psychologická diagnostika	30
4.1.4 Diferenciální diagnostika	30
4.2 Terapie	31
4.2.1 Logopedická terapie	31
4.2.2 Rozvoj grafomotoriky.....	32
4.2.3 Prognóza	32
4.2.4 Prevence.....	33

PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍL A STANOVENÍ PŘEDPOKLADŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	34
5.1 Výzkumné techniky a metody	34
5.2 Časový harmonogram	36
6 PŘÍPADOVÁ STUDIE	37
6.1 Osobní anamnéza	37
6.2 Rodinná anamnéza	38
6.3 Sociální anamnéza	39
6.4 Odborná vyšetření	40
7 HODNOCENÍ JAZYKOVÝCH ROVIN, ÚROVNĚ KRESBY A GRAFOMOTORICKÝCH SCHOPNOSTÍ	44
7.1 Vyšetření jazykových schopností	44
7.2 Vyšetření kresby a grafomotorických schopností	46
8 SHRNUTÍ A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	49
8.1 Zhodnocení jazykových rovin	49
8.2 Zhodnocení úrovně kresby a grafomotorických schopností	50
8.3 Vyhodnocení hypotéz	50
ZÁVĚR	52
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	53
SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK	57
SEZNAM ZKRATEK	58
SEZNAM PŘÍLOH	59

ÚVOD

„To, čím se člověk liší od zvířat, jest rozum a řeč. To prvé má pro svou vlastní potřebu, to druhé pro bližní, proto má o oboje stejně pečovati, aby měl jak mysl, tak z myslí pocházející hnutí údů, tedy i jazyk co nejvybroušenější.“ (J. A. Komenský, Informatorium školy mateřské)

Jak již před více než třemi sty lety pravil český patron pedagogiky, řeč má v našich životech i životech lidí vyskytujících se v našem okolí klíčový význam. Verbální komunikace a komunikační schopnosti patří k nejdůležitějším schopnostem člověka. Slouží k navazování, pěstění a udržování mezilidských vztahů a zároveň formují náš vlastní život. Ačkoliv je dorozumívání ve společenské interakci záležitostí převážně komunikace neverbální, výzkumy uvádějí až z 67%, o možnost mluveného slova a jazyka jsou jedinci s vývojovou dysfázií značně ochuzeni.

Cílem bakalářské práce je co možná nejkomplexnější zaznamenání informací v oblasti řeči, kresby a grafomotoriky jedince s vývojovou dysfázií. Teoretické informace jsou v samém závěru porovnány s poznatky získanými praxí, pozorováním a posléze také vlastním výzkumem. To vše je zasazeno do kontextu celé této zkoumané problematiky. Práce je členěna do dvou elementárních celků, a to části teoretické a části praktické. V pasáži, která se věnuje teoretické stránce věci, je prvotně objasněn samotný termín vývojové dysfázie, její možné příčiny a projevy. Už zde jsou mimo jiné zmíněny problémy vyskytující se v grafomotorice a řeči. Další kapitola pojednává o ontogenezi řeči, zabývá se vývojem, popisem jazykových rovin a posléze jejich formou při této poruše. V oddílu Grafomotorika a kresba je uveden také význam z pohledu diagnostiky a stejně jako v předchozí kapitole upřesněn vývoj a forma ve vývojové dysfázii. V oddíle čtvrtém jsou pro úplnost stručně objasněny proces a formy diagnostiky, terapie a z části i prognózy; v rámci toho je věnována pozornost i motivaci, která je nedílnou součástí úspěšné práce.

Praktická část je postavena na předpokladu, že nejvýznamnější aspekt ve vývoji a životě jedince s vývojovou dysfázií je matka, resp. rodina. Z toho důvodu je pomocí celistvé anamnézy zmapováno životní prostředí konkrétní dívky a její rodiny. Informace byly získány pomocí osobního rozhovoru s matkou i dcerou, pozorování jejich společné práce a posudků z odborných vyšetření, které jsou ve zkrácené verzi uvedeny

v praktické části. Na základě předchozích teoretických i praktických poznatků jsou zhodnoceny jazykové roviny, úroveň kresby a grafomotorických schopností tohoto dítěte.

Na závěr je nutno podotknout, že jsem sama měla vzácnou možnost této znevýhodněné dívky asistovat, a tedy alespoň letmo nahlédnout do úskalí běžného života, které vývojová dysfázie přináší. Především tato zkušenost a sama dívka byly hlavním motivačním faktorem při výběru a zpracování bakalářské práce. Praktická část této práce je s úctou věnována stejné osobě.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE

„Vývojová dysfázie je definována jako specificky narušený vývoj řeči, projevující se sníženou schopností, nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené.“ (DVOŘÁK, J., 1998, str. 44.) Přiměřenými podmínkami je zde rozuměno především sociální prostředí, emocionální vyspělost, kvalita a četnost podnětů, správná funkčnost smyslů, přiměřená neverbální inteligence a adekvátní zpětná vazba.

„Dysfázie je syndrom příznakový, v němž je vývojová nemluvnost hlavním a vedoucím symptomem a který má své specifické příčiny i specifické způsoby ošetření.“ (SOVÁK, M., 1978, str. 103.) Jedná se o centrální poruchu řeči, zasahující celou osobnost. Postižené jsou zejména řečové a jazykové dovednosti, motorické dovednosti, neurologické audiologické a foniatrické složky a mnoho dalších příznaků se objevuje i v neřečových oblastech. (Vitásková, K., Peutelschmiedová, A., 2005)

1.1 Vymezení termínu vývojová dysfázie

Označení vývojová dysfázie pochází ze slova „dys“, které označuje poruchu vývoje, a řeckého slova „femi“ – poškození fatických funkcí, tedy vyprávění. Dysfázie – dysphasia (dříve alálie), vývojová afázie, někdy též dyslogie. Zmíněný pojem alálie pozbyl platnosti kvůli důrazu na význam slova (a – zápor, lalain – žvatlat), protože se jedná o vyšší řečové funkce než je žvatlání, a to o funkce fatické. Z toho důvodu byla alálie nahrazena termínem dysfázie, který je dnes užíván ve foniatrické i psychologické literatuře. (Sovák, M., 1978)

V odborné literatuře se vyskytuje řada různých pohledů na klasifikaci vývojové dysfázie. V 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí, která byla vydána Světovou zdravotnickou organizací roku 1992 v Ženevě, jsou v kategorii F 80, tedy „Specifické poruchy řeči a jazyka“, uváděny dvě základní podoby tohoto specificky narušeného vývoje řeči:

- 1) F 80. 1. Expresivní porucha řeči; vývojová dysfázie nebo afázie, expresivní typ.
- 2) F 80. 2. Receptivní porucha řeči; vývojová dysfázie nebo afázie, receptivní typ.

„Tradiční dělení na její expresivní (řečový projev) a receptivní (vnímání řečového projevu) formu je sice zachováno v rámci klasifikace 10. revize MKN WHO, vyskytuje se však spíše v tzv. formě smíšené, kombinované.“ (VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A., 2005, str. 42)

Oproti tomu logopedický slovník rozlišuje dysfázii motorickou a senzoryckou. Motorická dysfázie činí obtíže v logomotorické sféře; ty postihují aktivní slovní zásobu, která je nižší než schopnost porozumět mluvené řeči. Dítě s vývojovou dysfázií se často opírá spíše o neverbální prostředky komunikace. Nezřídka je tedy možné narazit na diametrální rozličnost mezi verbálním a neverbálním intelektem. V horších případech si je jedinec natolik vědom deficitu, že přestane mluvenou řeč v sociální interakci používat úplně. Naproti tomu u typu senzoryckého převládají poruchy v receptivní oblasti, tedy poruchy fonemického sluchu, sluchové paměti a také obtíže v porozumění. V budoucím životě tedy řeč nemusí být opožděna, dochází však k výraznému snížení srozumitelnosti. (Dvořák, M., 1998)

Lesný (1977) člení dysfázii z pohledu neurologického, a to na tři typy:

- 1) telegrafický styl (větná dysfázie),
- 2) dyslalie (slovní dysfázie, narušená tvorba slov),
- 3) vývojová amnestická dysfázie (porucha zpětné kinestetické vazby a paměti).

Tyto tři typy se objevují u jedinců s dětskou mozkovou obrnou, zatímco u dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí se hovoří o specifické vývojové dysfázii v časté kombinaci se specifickými poruchami učení, zejména dyslexií a dysgrafií.

Poruchu řeči doprovázející vývojovou dysfázii lze charakterizovat ve dvou různých úrovních. V prvním případě se jedná se o segmentární úroveň, která je nejčastěji projevem poškození fonemického uspořádání sluchu. Postihuje zvukovou skladbu hlásek a slov, jejich správné řazení a syntaxi. Druhá úroveň se nazývá suprasegmentální. Zde se deficit projevuje na melodii a dynamičnosti řeči. (Škodová, E., Jedlička, I., 2003)

„Rozsah i charakter závisí na typu a rozsahu narušení funkce CNS, případně na lokalizaci neurologického nálezu. Kromě příznaků v řeči jde vždy najít i nerovnoměrný

vývoj osobnosti a výrazné rozdíly v dosažené úrovni jednotlivých schopností.“
(KUTÁLKOVÁ, D., 2002. str. 44)

Stupně poruchy:

1) Nemluvnost

Jedná se o stupeň nejtěžší, vyjádření probíhá jen pohybem, gesty a hlasem, mluvená řeč se vůbec nerozvíjí. Pokud je postiženo vnímání, jde o percepční typ, který způsobuje těžké postižení v oblasti porozumění řeči; postupně tak stagnuje i rozumový vývoj jedince. Je-li poškození v expresivní části, vývoj vnitřní řeči je neporušen. Dítě se v řadě případů vyjadřuje pomocí skřeků či opakujících se slabik a tuto komunikaci obvykle podporuje různými gesty. Pokud řeč zůstává na tomto vývojovém stupni, jeví se jako jedna z nejlepších cest užití náhradních mechanismů dorozumívání (alternativní a augmentativní komunikace).

2) Těžká dysfázie

V tomto případě jde o částečnou nemluvnost. Řeč se vyvíjí se zpožděním, velmi pomalu a často dochází k deformaci. Pro dítě je osvojování prvků komunikace obtížné, protože se musí učit i věcem, které by za běžných okolností umělo spontánně. Někdy se vývoj zastaví v určité etapě a dál už nepokračuje. Tato stadia jsou tři a lze je rozlišit na poškození percepční části reflexního oblouku, kdy mluvíme o echolálii (opakování slyšeného), či o perseveraci (opakování vlastních slov, ulpívání). U poškození v expresivní části se jedná o dysartrii (porucha článkování řeči).

3) Lehká dysfázie

Řeč se postupně rozvíjí, umožňuje běžné dorozumívání, avšak s mnohými nedostatky. Nedokonalosti se objevují především v gramatice, slovní zásobě, větné stavbě, artikulaci a bohatosti mluveného projevu. Jedinec je odkázán na časté procvičování až dril. Z toho důvodu je velice důležité vše opírat o zájem. Dítě se naučí spontánně vyjadřovat a psát na nižší úrovni, dle intelektu a úrovně vnitřní řeči. Podíl percepčních a expresivních rysů zde bývá obvykle kombinovaný.

4) *Dysfatické rysy*

Jde o takzvanou specifickou poruchu výslovnosti. Lze říci, že se jedná o nejlhčí problém. V řeči se nacházejí pouze některé typické symptomy dysfázie. Příznaky těchto dětí jsou často nesprávně interpretovány jako dyslalické. Obtíže mohou působit jako nepřilíš významné, přesto však mohou způsobovat značný stres a dítě může prožívat velký strach z neúspěchu.

Zdroj: Kutálková, D., 2002; Sovák, M., 1978)

1.2 Etiologie vývojové dysfázie

V publikaci od Kutálkové (2002) je vývojová dysfázie charakterizována jako: „*Mozková dysfunkce nejčastěji difúzního charakteru, výrazná nezralost CNS, prenatální, perinatální nebo postnatální narušení vývoje různé etiologie, obvykle charakterizované jako LMD.*“ (KUTÁLKOVÁ, D., 2002, str. 43) Otázka vzniku této vývojové poruchy je předmětem stálých diskuzí a dosud existuje několik možných způsobů pojetí jejího původu.

Jak již bylo zmíněno, jako hlavní problém je vnímáno fungování samotné centrální nervové soustavy, její nedostatečná vyžralost či poškození, které se skrývá ve střední části reflexního oblouku. Matky dětí s touto diagnózou často uvádějí rizikové těhotenství, porod s různými komplikacemi, nedonošenost, těžkou novorozeneckou žloutenku nebo nízkou porodní váhu. Dále je možné předpokládat, že se na vzniku podílí také komplexní nezralost organismu, negativní působení farmaceutických přípravků či virové onemocnění matky v průběhu těhotenství. Prokázána je i jistá míra vlivu genetické dispozice. V průběhu života jsou významné také důsledky dopadu organických faktorů. Toto působení je spíše obecné povahy. (Vitásková, K., Peutelschmiedová, A., 2005; Sovák, M., 1978) „*Podle výsledků současných výzkumů však přímá etiologická souvislost mezi perinatálními komplikacemi a specificky narušeným vývojem řeči nebyla prokázána. Rovněž nebyl potvrzen negativní dopad hypertenze matky v době gravidity, či vliv toxemie.*“ (VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A, 2005, str. 43)

Tabulka č. 1 – Základní komponenty modelu centrálního jazykového mechanismu.

„Oblasti, které jsou pro jazyk nejdůležitější, se nacházejí v perisylvické oblasti dominantní hemisféry.“ (LOVE, J. R., 2009, str. 226)

<i>Brocova area</i>	Motorické programování artikulace
<i>Primární motorický kortex</i>	Aktivace artikulačního svalstva
<i>Fasciculus arcuatus</i>	Přenos lingvistických informací ze zadních do předních oblastí
<i>Wernického area</i>	Porozumění mluvenému jazyku
<i>Gyrus angularis</i>	Integrace vizuálních, auditorních a taktilních informací a vykonávání symbolické integrace nutné pro čtení
<i>Gyrus supramarginalis</i>	Symbolická integrace pro psaní
<i>Corpus callosum</i>	Přenos informací mezi hemisférami
<i>Subkortikální oblasti</i>	Thalamické mechanismy pro pojmenování a paměť; insulární, kapsulární a striatální jazykové a řečové mechanismy

Zdroj: Love J. R., 2009, str. 226

1.3 Symptomatologie vývojové dysfázie

Vývojová dysfázie je porucha projevující se mnoha různými příznaky, které plynou z celkového nerovnoměrného vývoje a osobnostní nezralosti. Vedoucí symptom se nachází povětšinou ve výrazně omezeném vývoji řeči, který bývá prvním impulzem pro vyhledání odborné pomoci. Dalšími charakteristickými znaky mohou být deficity v průřezu motorických dovedností, tedy v oblasti jemné a hrubé motoriky, grafomotoriky a pochopitelně také oromotoriky. Časté jsou též nálezy zjištěné prostřednictvím neurologických, audiologických a foniatrických vyšetření. Mnoho dalších nuancí se individuálně objevuje mimo primárně řečovou oblast. Zejména lze hovořit o paměti, pozornosti, koncentraci, orientaci, narušeném intelektu, fyzickém stavu, sluchovém a zrakovém vnímání a již zmíněné jemné motorice. (Škodová, E., Jedlička I., 2003)

1.3.1 Řečové a jazykové dovednosti

Specifické narušení vývoje řeči je patrné na úrovni hluboké i povrchové složky řeči. Výrazně mohou být narušeny všechny roviny komunikačních schopností. *„Z hlavních symptomů lze jmenovat poruchu krátkodobé sluchové paměti, časového zpracování akustických signálů, poruchu binauární integrace akustických podnětů, malou aktivní slovní zásobu, nerovnoměrnou frekvenci užití druhů slov, narušení fonologického vnímání distinktivních rysů hlásek.“* (VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A., 2005, str. 43)

Řečový projev je celkově chudší, stereotypního charakteru, větná stavba je většinou jednoduchá, ale dosti zmatečná. Malá slovní zásoba, kde převažují spíše elementární pojmy a prvosignální úroveň, se zlepšuje velice pomalu a je značně odlišná od vyjadřovacích schopností vrstevníků. V mluvě dysfatického dítěte nezdědka dochází k záměně zvukově podobných slov nebo jejich vynechávání. Velkou překážkou dysfaticků je selekce tvrdých a měkkých slabik. Často také umisťují zápor až za slovo nebo přidávají různé hlásky. Nápadně dlouho nedokážou používat zvrtná zájmena a tvary slovesa „být“, nesprávně používají i pády po předložkách a zaměňují slovesné vidy (tzv. dysgramatismus). Vyjadřovací pohotovost je nižší, těžko hledají správná slova, proto se v konverzaci objevují často nepřesnosti. Naproti tomu se u dětí s vývojovou dysfázií objevuje brzký zájem o čtené a psané slovo, což lze vysvětlit jako snahu o způsob náhradní komunikace. (Sovák, M., 1978; Kutálková, D., 2002; Vitásková, K., Peutelschmiedová, A., 2005)

Problémy v artikulaci je možno rozdělit na percepční a expresivní. Percepční charakteristika značí neschopnost sluchem selektovat hlásky a verbálně je napodobit. O expresivní typ jde v případě, kdy dítě sluchem zvládne dané soubory hlásek pasivně rozlišit, ale už není schopno je napodobit. (Kutálková, D., 2002)

1.3.2 Motorické dovednosti

Souvislost motorických poruch a jazykových schopností je velmi diskutované etiologické téma. Bylo prokázáno, že se u značné části dětí společně vyskytují psycholingvistické a motorické deficity. Obtíže v motorice mohou být diagnostikovány mnohem dříve, což může předběžně poukazovat na potenciaální problémy v oblasti jazykové. U jedinců s narušeným vývojem řeči se často vyskytují defekty taktilního,

tedy hmatového vnímání, které se ukazují při snaze o identifikaci tvarů bez zrakové kontroly. Tzv. stereognozie je součástí narušení somatosenzorického systému a levostranné orientace, kterou se děti s receptivním narušením jazyka také často vyznačují. (Vitásková, K., Peutelschmiedová, A., 2005)

Oromotorika je problematická zejména v rovině lingvální hybnosti, elevaci řeči a v tzv. diadochokinezi. Nedokonalosti bývají i ve funkcích měkkého patra a hltanu (velofaryngeální insuficience). Dalším příznakem je rinolálie, špatná realizace kmitavých souhlásek a okluziv. (Vitásková, K., Peutelschmiedová, A., 2005)

1.3.3 Neurologické, audiologické a foniatrické symptomy

„Na základě neurologických, audiologických a foniatrických vyšetření byly u dětí s vývojovou dysfázií vysledovány absence korových odpovědí na komplexní verbální podněty, prodloužená latence mezi III. a V. vlnou na BERA (tónový audiogram však vykazuje fyziologický nález), epi- nález bez projevů epilepsie. Výsledek vyšetření pomocí počítačové tomografie bývá negativní, index vnitřní řeči je nižší než 0,7.“
(VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A., 2005, str. 44)

Poškození fonematického sluchu zapříčiňuje potíže se sluchovou diferenciací hlásek, které jsou si zvukově podobné, zejména v rysu znělosti či neznělosti. U dysfaticů je schopnost rozlišování značně narušená, zaměnění hlásky zasahuje do významu celého slova; to následně ovlivňuje i vnímání a realizaci slov s více slabikami. Deficity ve zrakové i sluchové percepci se v pozdějším věku mohou projevit jako specifické poruchy učení.

1.3.4 Příznaky v neřečových oblastech

Osobnost je celkově nevyzrálá, vyznačuje se nerovnoměrností vývoje a nesouladem dílčích složek. Rozdíl mezi biologickým a mentálním věkem může dosahovat až několika let.

1) *Paměť, pozornost a koncentrace*

Poruchy v této oblasti jsou různého typu a rozměrů, kvalita schopností má význam v diagnostice vývojové dysfázie. Zasažená je většinou verbální akustická paměť, dále se projevuje neklid, emocionální nevyrovnanost, poruchy, dysgnózie, dyspraxie, impulzivita, různé poruchy rozumových schopností a jiné charakteristické projevy ADHD. Problematická je také špatná krátkodobá paměť, která ve vývoji řeči zapříčiňuje nedostatečné upevnění řečových vzorců, dále rychlá unavitelnost a narušení ve sféře motivační, zájmové a emocionální. (Kutálková D., 2002)

2) *Orientace*

Špatná orientace se projevuje v čase, prostoru a v rodinných vztazích. Činnosti jsou prováděny lineárně, se selháním v motoricko-orientačních úlohách. Někteří jedinci nejsou schopni uvědomit si sami sebe a existenci vlastního těla, které k nim patří. Často se také setkáme s nesnáze, které přináší laterální, konkrétně ambidextrie, zkřížená laterální oka a ruky. (Balašová, J., 2003)

3) *Narušení intelektu*

Je způsobeno narušením v percepční a centrální části reflexního oblouku, vyskytuje se především při dysfázii těžšího stupně. Projevuje se nerovnoměrným rozložením rozumových schopností a nepoměrem mezi verbální a neverbální složkou. Při nedostatečné stimulaci řeči hrozí nebezpečí sekundárního zhoršování rozumových schopností. Ze zásady však není součástí klinického obrazu dysfázie. (Škodová, E., Jedlička, I., 2003)

4) *Fyzický stav*

U dysfaticů jsou často zjištěny EEG zvláštnosti až projevy epilepsie. (Lejska, M., 2003)

5) *Zrakové vnímání*

Ve zrakové percepci je oslabení velmi znatelné. Dítě nepřesně vnímá globální obraz, špatně rozlišuje barvy, tvary, pozadí. Na to má velký vliv narušená optická paměť. (Mikulajová, M., Rafajdusová, I., 1993)

6) *Sluchové vnímání*

Je také narušeno, a to v rovině analýzy, syntézy a fonemického sluchu, což prakticky znamená, že dítě slyší, ale nerozumí. Dalším znakem bývá dysrytmie, která se projevuje neschopností reprodukovat melodii, rytmus a narušuje dynamikou stránku řeči. To vše činí vážné obtíže, které se objevují na poli mluvní reprodukce a později v psané řeči, kde nastávají problémy v osvojování gramatických pravidel. (Mikulajová, M., Rafajdusová, I., 1993)

7) *Jemná motorika*

V kresbě jsou patrné stopy organicity a v celkovém dojmu je znatelné celkové snížení formální i obsahové stránky. V kresbě jsou na první pohled viditelné špatné proporce, přetažené nebo nedotažené čáry, roztřesenost, deformace tvarů, nepřiměřené rozvržení obrázku. Dítě nesprávně uchopuje pero a není schopno ho adekvátně koordinovat. (Mikulajová, M., Rafajdusová, I., 1993)

2 ONTOGENEZE ŘEČI

„Ontogenezi rozumíme individuální vývoj živočišného nebo rostlinného původu od zárodu k zániku.“ (VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A., 2005, str. 155) Ontogeneze řeči začíná novorozeneckým obdobím, ačkoliv některé výzkumy připisují počátky stimulace řeči již prenatálnímu věku. Pro správnou ontogenezi je nezbytnou podmínkou nepoškozená centrální nervová soustava, nepoškozený sluchový analyzátor, iniciativní prostředí, přiměřený intelekt, ale také vrozené nadání pro jazyk. Dle rozvoje řeči lze posuzovat vývoj a socializaci jedince. Vývoj řeči probíhá v několika etapách, které od sebe dělí pouze tenká hranice. Tato hranice je velmi individuální a její struktura nemusí korespondovat s odbornou literaturou. Zvláště důležité je mít na paměti, že tento proces může projít časovou variabilitou, tzv. akcelerací nebo retardací, tedy jeho náhlým zrychlením či různorodě dlouhým pozastavením. Podmínkou však zůstává, že žádné ze stadií nelze přeskočit. (Klenková, J., 1997; Škodová, E., Jedlička, I., 2003)

2.1 Přípravné období

Přípravné, tedy předřečové období vždy předchází samotnému rozvoji vlastní řeči. Tato etapa slouží k vybudování základu řeči, osvojení mluvních návyků, obratnosti a probíhá v prvním roce života dítěte. K této přípravě slouží i tzv. orální motorika (tj. žvýkání, sání, polykání), která je dle Minkowskiho patrná již v embryonálním stádiu. (Příhoda, V., 1963)

V tomto období je prvním verbálním projevem člověka novorozenecký křik (hlasový reflex), který je přirozenou reakcí organismu na změnu prostředí a teploty a souvisí se samotným dýcháním. Asi od 2. týdne života novorozence můžeme zaznamenat výraz naznačující úsměv. Tato grimasa se postupně fixuje a začíná se formovat jako projev spokojenosti. Přibližně v 6. týdnu je v křiku již znatelné citové zabarvení. Dítě tímto způsobem nejdříve projevuje nespokojenost (tvrdý hlasový začátek), poté i libé pocity (měkký hlasový začátek). Toto období se nazývá broukání. (Klenková J., 1997)

„Na broukání plynule navazuje období pudového žvatlání. Děti provádějí obdobné pohyby jako při přijímání potravy a tyto pohyby doprovází hlasem. Pudové žvatlání se vyskytuje u všech národů, pudově žvatlají děti slyšící i neslyšící. Nejedná se u nich ještě o vědomou sluchovou kontrolu.“ (KLENKOVÁ, J., 1997, str. 12)

Okolo 6.–8. měsíce nastává období napodobujícího žvatlání (pouze pokud není porušen sluch), kdy dítě již užívá vědomé zrakové i sluchové kontroly a snaží se napodobovat hlásky mateřštiny prostřednictvím pozorování mluvních orgánů. Nejprve napodobuje hlásky začínající na B, P, M, jelikož jsou vizuálně a mimicky nejsrozumitelnější. Zaměřuje se především na rytmus a melodičnost řeči. Vzhledem k častému opakování a pilování jednotlivých hlásek toto období označujeme také termínem „fyziologická echolálie“. (Vitásková, K., Peutelschmiedová, A., 2005; Klenková, J., 1997; Kutálková D., 2002)

V době před dovršením 1. roku konečně přichází stádium porozumění řeči. Dítě sice ještě nerozumí významu slov, ale sleduje děj a osoby kolem sebe. Na řeč pak většinou reaguje pohybem. Je velice důležité používat mimiku, gestiku a mluvit o tom, co má dítě právě možnost percipovat – právě to v něm vyvolává odezvu. Koncem této etapy je již dítě schopno chápat lehké, zdůrazněné pokyny, a je tedy možné zahájit pedagogicko-psychologické působení pomocí řeči. (Klenková J., 1997; Příhoda, V., 1963)

2.2 Vlastní vývoj

První skutečnou konverzaci dítě simuluje naučeným slovem, které vyjadřuje obsah celé věty; tak se začíná dít individuálně kolem 1. roku. Toto období nazýváme jako emocionálně volným, jelikož jednotlivými slovy jsou vyjádřeny pocity, potřeby, přání a prosby. Tato slova jsou silně citově zabarvená. Dítě je spojuje s určitými předměty, osobami či situacemi. Dodržování zásady správné artikulace je nyní opravdu významné. Souběžně s touto rovinou přetrvává současně žvatlání.

Následuje stádium egocentrické, kdy dítě v 1,5–2 letech procvičuje slova, která pochytilo v mluvě dospělých. Mluvu začíná chápat jako činnost jemu vlastní.

V následující době dětská mluva dosahuje velkých změn. Mezi 2. a 3. rokem lze pomocí řeči realizovat některé záměry a užívat ji pro vlastní potřebu. Tento hlavní rys značí stádium rozvoje komunikační řeči a spolu s ním přichází přirozená potřeba komunikovat.

Ve chvíli, kdy se myšlení prostřednictvím abstrakce oprošťuje od lpění na konkrétních jevech, bezpečně víme, že nadchází důležité období, a to stádium logických pojmů. Přichází úroveň 2. signální soustavy. Zde se dítě setká s mnoha obtížemi, které jsou pro

3. rok života typické. Za předpokladu, že dítě naplňuje podmínky nutné ke správnému rozvoji řeči, mluvíme o tzv. fyziologických obtížích v řeči neboli fyziologické dyslálii. Tím jsou myšleny zejména zárazy v řeči, opakování, výslovnost, iterace aj. Dalšími charakteristickými projevy, doprovázejícími tento věk, je vzdorovité chování, negativismus a časté pokládání otázky „Proč?“. Pozitivní přístup rodičů je v této věci stěžejní. V dalším roce, ve věku od 3 do 4 let, je dítě obvykle schopno se obsahem i formou mluvené řeči dostatečně přesně vyjádřit. Nyní by ontogeneze měla být postavena na pevných základech. Ty se dále rozvíjejí z hlediska gramatické formy, košatosti slovní zásoby a obsahovosti. Jedná se o tzv. proces intelektualizace řeči, který trvá v podstatě po celý zbytek života. (Klenková, J., 1997; Sovák, M. a kol, 1965; Švancara, J., 1971)

2.3 Jazykové roviny

Ontogenezi řeči lze přirozeně hodnotit z hlediska časově posloupného, můžeme na ni však také nahlížet jako na jednotlivé, vzájemně se prolínající jazykové roviny. Vývojová dysfázie má charakter systémový, na různých stupních a široké škále postihující motorickou i senzomotorickou oblast v uvedených jazykových rovinách.

1) Morfologicko-syntaktická (gramatická rovina)

Podle této roviny je možné poměrně objektivně zhodnotit celkový duševní vývoj dítěte. Rovinu gramatickou můžeme u dítěte pozorovat od 1. roku života, kdy začíná komunikovat na bázi jednoslovných vět. Jde primárně o podstatná jména, která jsou zatím neohebná, neskloňovaná, jednoduchá a v prvním pádě. Později je obohacena i o slovesa užívaná v infinitivu, třetí osobě či rozkazovacím způsobu. Jednoslovné vyjadřování přetrvává asi do 1,5 až 2 let, pak jej nahrazují věty dvojslovné, které často vycházejí z konkrétních situací, které má dítě možnost pozorovat (např. táta papá). Souběžně s tímto se v řeči také vyskytují tzv. onomatopoická citoslovce, neboli zvukomalba (bác, dup, bum, haf). Postupně se mluva stává složitější a dítě je schopno používat čím dál více přídavná jména a zájmena. Tak se děje mezi 2. a 3. rokem. Později se připojují předložky, spojky a číslovky a po 4. roce se již slovní druhy v řeči vyskytují všechny.

Ve 3 letech dítě umí správně užít jednotného i množného čísla a v témže věku se také začínají objevovat první pokusy o skloňování. V odstupňování přídavných jmen se stále vyskytují potíže, správné užití přichází až později. Při stavbě věty je emočně významné slovo kladeno většinou na její začátek. Mezi 3. a 4. rokem dítě začíná pomalu tvořit věty složené, počínaje souvětím slučovacím. (Klenková J., 1997; Lejska, M., 2003) „*Dítě se učí používat správné gramatické formy transferem – přenosem. Transfer je přesný, nebere v úvahu gramatické výjimky. Dítě slyší např. spojení červený – červenější a analogicky utvoří spojení dobrý – dobřejší. Od 4 let jde o přirozený jev, tzv. fyziologický dysgramatismus. Jestliže přetrvává dysgramatismus i nadále, může se jednat o narušení vývoje řeči.*“ (KLENKOVÁ, J., 1997, str. 14)

2) Lexikálně-sémantická (lexikální rovina)

V období 10. měsíce je možné zaregistrovat počátky rozvoje pasivní slovní zásoby, z čehož je patrné, že dítě již začíná rozumět. Kolem 1. roku začíná užívat svá první slova, komunikace je však stále převážně neverbální (pláč, pohyb, mimika). Prvopočáteční výrazy jsou chápány globálně, tzv. hypergeneralizace, což znamená, že pokud se dítě naučí slovo haf, připisuje jej všem živočichům, mající srst. Dalším zajímavým jevem je opačná tendence, tzv. hyperdiferenciace. Vyznačuje se tím, že dítě chápe slovo jako název pouze pro konkrétní věc, osobu nebo situaci. (Např. táta – toto označení je vlastní pouze jeho otci).

Lexikální rovina rozeznává dva základní typy otázek; a to v 1,5 letech „Co to je?“ / „Kde to je?“ a v období 3,5 let „Proč?“ / „Kdy?“. V této etapě života neustále a velmi intenzivně probíhá tvorba aktivní i pasivní slovní zásoby. Proto je v logopedii důležité nejen pilování výslovnosti, ale především důraz na prevenci. (Klenková, J., 1997; Lejska, M., 2003)

3) Foneticko-fonologická (zvuková rovina)

V logopedické praxi se nejčastější problémy skrývají právě v této rovině, a to v podobě zvukové stránky řeči a výslovnosti. Jako nejdůležitější okamžik v ontogenezi dětské řeči je právě již zmíněný přechod ze žvatlání pudového do napodobujícího, kdy lze poprvé mluvit o vývoji výslovnosti hlásek mateřštiny. Fonetika v tomto případě funguje na základě pravidla o fyziologické námaze. V praxi to znamená, že dítě nejdříve

používá samohlásky, poté souhlásky retné, hlásky hrdelní a jako poslední je schopno užívat fonémy, tedy charakteristické hlásky mateřského jazyka (v češtině je jako poslední fixace písmeno Ř). Vývoj řeči po formální stránce by měl být ukončen okolo 5. roku, nejzazší termín je však před nástupem do první třídy. (Klenková J., 1997; Lejska, M., 2003)

3 GRAFOMOTORIKA A KRESBA

Kresba je přirozenou součástí dětství, doprovázející jednotlivé vývojové etapy dítěte. Symbolizuje hru, zábavu, tvorbu něčeho nového, vlastní vyjádření a pohled na svět. Jedinci přináší uspokojení a radost. Kresba je mimo jiné také elementárním prvkem pro budoucí osvojení dovednosti psaní. Využívá se v posuzování školní zralosti, k čemuž slouží Jiráskův test školní zralosti. Ten zahrnuje kresbu lidské postavy, opis nesmyslné věty a obkreslení skupiny bodů. Má význam také pro pedagogickou diagnostiku, diferenciální diagnostiku a diagnostiku osobnosti. Poskytuje mnoho informací o vývoji, úrovni celkové motoriky, zrakovém vnímání, orientaci v prostoru, vztazích a emočním charakteru dítěte. Dále je využíván jako komunikační, terapeutický a rehabilitační prostředek. (Matějček, Z., 2005; Bednářová, J., Šmardová, V. 2006)

„Základní pohyby při psaní a kreslení vycházejí z hrubé motoriky, z pohybu velkých kloubů. Proto pokud se dítěti kreslení nedaří, je hrubá motorika první oblastí, na kterou je dobré se zaměřit. Je třeba mít na paměti, že z rozvoje hrubé motoriky vychází rozvoj motoriky jemné, z té pak rozvoj grafomotoriky.“ (BEDNÁŘOVÁ, J., ŠMARDOVÁ, V., 2006, str. 44)

3.1 Vývoj grafomotoriky a kresby

Psychický i fyzický rozvoj dítěte do prvního roku života je posuzován především podle stupně a rozvoje motorických schopností. V tomto období je znatelný velký posun, začínající na úrovni hrubé motoriky. Novorozené dítě pohybuje cíleně rukama a nohama, ke konci druhého měsíce zdvihá hlavu a o měsíc později je již schopno opírat se o předloktí v poloze na bříšku. V další etapě vzrůstá zájem o ruce. Manipulaci s různými předměty provádí dlaňovým úchopem a jejich poznávání pomocí úst. Úchop hraček mu však stále činí obtíže a kojeneček často neodhadne vzdálenost a umístění předmětu. Právě těmito překážkami se dítě učí správné koordinaci ruky, oka, ale také sluchu. V půl roce se dítě přetáčí na bříško, což mu umožňuje lepší rozhled a dostupnost okolního prostředí. Už o dva měsíce později při zacházení s hračkami užívá prstů a začíná si uvědomovat možnosti spolupráce obou rukou. Ve stejné etapě přichází příprava na lezení a dítě je již schopno se samo posadit. V devátém měsíci nastává významná změna. Posun v poloze ležmo a především sezení je již zafixované, mluvidla

se tak dostávají do svislé polohy a je možné s nimi lépe zacházet, což je stěžejní pro rozvoj řeči. Jedinec nabývá také zkušeností ve zhodnocení vzdálenosti a celkové orientaci v prostoru a používá tzv. klešťový úchop. Po prvním roce se dítě stává méně závislým na dospělých pomoci prvních krůčků, které umocňují také již dříve naučené dovednosti. (Bednářová, J., Šmardová, V., 2007; Doležalová J., 2010; Lechta, V., 2002) V batolecím věku je již pohyb chápán jako jedna ze základních potřeb dítěte, která zdokonaluje chůzi. Dítě začíná skákat, běhat a přelézat. Stále obratněji manipuluje s věcmi, začíná stavět s kostkami či pískem a s dopomocí zvládá základní elementy sebeobsluhy. V druhém roce vzrůstá zájem o kresbu. Zpočátku se jedná pouze o čáranice a držení tužky je obvykle příčně dlaňové. Na konci 3. roku se již objevuje špetkový úchop a primitivní náznaky kresby postavy – hlavonožce. (Doležalová, J., 2010; Švancara, J., 1971)

V předškolním věku ovlivňuje rozvoj hrubé i jemné motoriky preference dítěte, a tedy i jeho dovednosti a schopnosti. Oblíbenými činnostmi v oblasti jemné motoriky bývá manipulace se stavebními kostkami, mozaikami nebo různé manuální činnosti, které vyžadují vyšší míru koordinace. Nelze zapomenout ani na vliv hmatového vnímání, které je nenahraditelné při rozvoji motoriky, komunikace a emočního prožívání. (Bednářová, J., Šmardová, V., 2007)

Před započítáním záměrného procvičování motorických dovedností je třeba být obeznámen s lateralitou dítěte, která často tvoří pozadí narušené komunikační schopnosti. Jedná se o rozdílnost v souměrnosti párových orgánů, tedy jejich pravostrannou, či levostrannou dominanci. Jedná se především o lateralitu ruky a oka, která má velký vliv na grafomotoriku. Pro vyšetření této orientace slouží tzv. Test lateralit, který v roce 1972 sestavili Z. Matějček a Z. Žlab.:

- a) *Vyšetření horních končetin* – navlékání nitě, vsouvání klíče do zámku.
- b) *Vyšetření očí* – kukátko, krasohled.
- c) *Vyšetření uší* – poslech tikotu hodin.
- d) *Vyšetření dolních končetin* – skoky na jedné noze, výstup na židli.

Jako přirozeně dominantní označujeme orgán, který má vedoucí pozici při vykonávání konkrétní činnosti. (Lechta, V., 2003; Klenková, J., 1997)

3.2 Grafomotorika a kresba u dětí s vývojovou dysfází

Téměř u všech dysfatiků je mimo poruchy řeči a pozornosti možné nalézt celou řadu nápadných motorických nedostatků. Ty způsobuje poškození v rané CNS, které postihuje nemálo psychických funkcí, přičemž řečový rozvoj je spojen právě s rozvojem motoriky. Rozsah a hloubka deficitů se různí. Setkáváme se často s chybným držním tužky, někteří ji drží celou dlaní, mají tzv. pinzetový úchop, nebo ji drží příliš křečovitě, což znemožňuje její plné ovládní, a tedy i znesnadňuje kreslení a později psaní. Mimo grafomotoriku jsou znatelné i problémy v hrubé motorice, kde se děti potýkají s výkopy, poskoky, rovnováhou a obecně jsou déle nesamostatné. Oromotorika je oslabená v oblasti hybnosti rtů, jazyka, mimických svalů a různých grimas. To vše se přirozeně projevuje ve formě ztížené artikulace a celkově snižuje kvalitu řečového projevu. (Mikulajová, M., Rafajdusová, I., 1993; Lesný, I., 1977)

Kresba postavy představuje při diagnostice vývojové dysfázie zásadní vodítko. Vyznačuje se nízkou úrovní z hlediska formální stránky a celkového ztvárnění. V kresbě je znatelný třes, nedotažené či rozdvojené linie, vertikální vychýlení, celková jednoduchost a chudost kresebného projevu a jiné známky organicity. Lze říci, že kresba se u těchto dětí nevyvíjí, ale spíše stagnuje. Proto si těchto deficitních prvků lze povšimnout i u některých jedinců školního věku. (Mikulajová, M., Rafajdusová, I., 1993; Dvořák, J., 2003)

Třesohlavá (1983) uvádí tyto charakteristické znaky kresby dysfatika:

- Disproporčnost těla a špatné napojování jeho částí.
- Primitivnější vyobrazení dílčích částí.
- Četnost geometrických útvarů a jejich netypické využití.
- Špatná koordinace, topornost, neohebnost a stereotyp kresby.
- Neadekvátní zaměření na detaily, opomenutí těch základních.

4 DIAGNOSTIKA A TERAPIE VÝVOJOVÉ DYSFÁZIE

Diagnostika je základním předpokladem pro budoucí stanovení vhodné individuální i skupinové terapie s dítětem. Výsledná diagnóza je výsledkem mnoha metod a odborných postupů. Z toho důvodu jsou zde ve zkratce uvedeny pouze některé z nich, viz níže. Základním pilířem jsou ucelené anamnestické údaje z oblasti osobnosti, rodiny a sociálního prostředí. Dále lékařská vyšetření, prováděná různými odborníky, vyšetření řeči, psychologická diagnostika a nakonec také nenahraditelná diagnostika diferenciální. Na základě všech použitých metod se vytvoří diagnostický závěr. Posuzuje zařazení dítěte do vhodné školské instituce a jeho celkovou připravenost na školní docházku. Doporučí rodičům vhodnou péči o dítě a poskytne dostatek informací ohledně stanovené diagnózy.

Navazující terapie je ve formě ať už skupinové, či individuální, zaměřena především na logopedickou péči, rozvoj grafomotoriky a sociální rehabilitaci. V rámci této problematiky je předestřen také předpokládaný budoucí vývoj jedince, možnosti prevence a motivace. (Lechta, V., 2003)

4.1 Diagnostika

Pojem diagnostika vznikl složením řeckých slov „dia“ – roz-, „gignosko“ – poznání. Z hlediska logopedie je její stanovení chápáno jako rozeznání druhu poruchy či vady, případně jejich příčiny, a další sledování. Tento proces probíhá ve složce receptivní (pohyb, sluch, zrak), centrální a expresivní (mluva, psaní). Uvedené postupy úzce souvisí se společenskými faktory, proto je nutné přihlížet i k vlivu, který má na dítě rodina, škola apod.

V diagnostice se prolínají dva způsoby pojetí, a to horizontální, které hodnotí současný stav jedince a pojetí vertikální, kde hodnocení směřuje k dosaženému stádiu vývoje řeči. (Sovák, M., 1979)

Pro řádnou diagnostiku vývojové dysfázie je zapotřebí vyšetření z více oborů. Jedná se o vyšetření foniatrické, kde se vyšetřují všechny složky řeči a sluchu, dále neurologické, které se provádí na EEG a CT a vyšetření psychologické a speciálně pedagogické. Správné a především včasné stanovení diagnózy má zásadní vliv na navazující terapii, a tedy i na budoucí život daného jedince. (Mikulajová, M., Rafajdusová, I., 1993)

4.1.1 Anamnestické údaje a lékařská vyšetření

Anamnestické údaje se získávají na základě přímého rozhovoru s rodiči dítěte, z lékařských zpráv a z anamnestického dotazníku. Zjišťuje se výskyt řečových poruch v rodině, dvojjazyčné působení na dítě, okolnosti v průběhu těhotenství, porodu a poporodní adaptace. Dále se zkoumá raný řečový a psychomotorický vývoj, posuzuje lékařská a logopedická péče o dítě. Poté je také důležitá sociokulturní úroveň rodinného prostředí, v němž dítě vyrůstá. (Mikulajová, M., Rafajdusová, I., 1993)

Dle Nováka při vývojové dysfázii nemusí být vždy přítomen neurologický nálezn, mnohdy je však zjištěno LMD (dnes již nepoužívaný termín). EEG často vykazuje určitý nálezn, ovšem bez zřejmého projevu epilepsie, CT je povětšinou též negativní. (Novák 1989 in: Mikulajová, M., Rafajdusová I., 1993) Foniatické vyšetření vykazuje anatomicko-fyziologické předpoklady pro normální vývoj řeči dítěte. K tomuto úkonu patří základní ORL prohlídka, vyšetření hlasu, sluchu a řeči.

4.1.2 Vyšetření řeči

Specifické pro foniatické i logopedické vyšetření řeči je, že nemáme žádné náhradní neřečové metody, kterými bychom mohli klienty vyšetřit. Jediným možným řešením tedy zůstává v dítěti komunikaci vyprovokovat. Prohlídka zahrnuje vyšetření artikulace, fonematické diferenciac, uvědomění si hláskové struktury slova; zkoumá jazykový cit a gramatickou správnost řeči, opakování vět, popis tematického obrázku, monologické vyprávění na zadané téma, čtení a reprodukci textů. Uvedené oblasti odpovídají přímému vyšetření dysfatických dětí. S tímto záměrem byl test sestaven M. Mikulajovou, I. Rafajdusovou a Dr. Sümegiovou. (Mikulajová, M., Rafajdusová, I., 1993; Fábele, F., Falcíková, M., 1964)

„Vyšetření řeči se vždy kompletuje posouzením fonematického sluchu dle Škodové (1995), zkouškou jemné motoriky, slovní zásoby a vyšetřením sluchu. Další nutná vyšetření jsou psychologie a neurologie. Audiometrické testy doplňujeme vyšetřením slovní audiometrie, percepčního testu, příp. BERA a OAE. Při vyšetření EEG jsou často zaznamenávány patologické znaky blízké epilepsii. Doprovodnými příznaky je často dyslexie a následně i kockavost.“ (LEJSKA, M., 2003, str. 102)

4.1.3 Psychologická diagnostika

Dysfatické dítě se vyšetřuje standardními psychodiagnostickými testy, jako jsou např.: test obkreslování, kresba postavy, orientační test školní zralosti. Dále se provádí neuropsychologické vyšetření (NEPS). „*NEPS se zaměřuje na konkrétní, specifické schopnosti, které se spolupodílejí na fungování kognitivních i řečových procesů. Baterie se nemusí využít celá – některé její části jsou aplikovatelné i nezávisle na ostatních.*“ (LECHTA, V., 2003, str. 91)

Tato baterie zahrnuje jedenáct oblastí psychického vývoje: orientaci, laterální motorické funkce, taktilní a kinestetické gnose, sluchové a zrakové vnímání, percepci řeči, řečovou expresi, čtení a psaní, počítání a paměťové procesy. (Lechta, V., 2003; Mikulajová, M., Rafajdusová, I., 1993)

4.1.4 Diferenciální diagnostika

Její základní funkcí je odlišení vývojových poruch od poruch získaných. Pozornost se věnuje především rozpoznání vývojové dysfázie od mutismu, afázie, autismu, schizofrenie a infantilní demence, která se projevuje jako rozpad řeči již vytvořené. Zvláštní péče se věnuje např. rozeznání oligofrenie od hluchoty. (Sovák, M., 1978) Dle Kutálkové (2002) je důležité specificky narušený vývoj řeči odlišit taky od tumultu sermonis, dysartrie a vrozeného nízkého nadání pro řeč.

Klenková 2006 uvádí: Diferenciální diagnostický proces má za úkol odlišení vývojové dysfázie a:

- *Prostého opožděného vývoje řeči* – opoždí se vývoj řeči, ale opoždění není patrné v dalších oblastech osobnosti;
- *Dyslalie* – artikulační porucha, dítě vyslovuje některé hlásky, nebo většinu hlásek vadně; řeč je nesrozumitelná, ale dítě s dyslálií vždy dodržuje segmentální strukturu slov a vět, na rozdíl od vývojové dysfázie, kdy dítě není schopno dodržovat a tvořit řečové segmenty (hlásky, slabiky, slova), hlásky zaměňuje, slabiky splývají, jsou nahrazovány; existuje nepoměr mezi slyšením a rozuměním, sluch je většinou zcela normální;
- *Sluchových vad* – u sluchové vady je narušen vývoj řeči, ale ostatní složky osobnosti se nemusí opožďovat;

- *Mentální retardace* – mentální retardace se projevuje rovnoměrným postižením všech složek, na rozdíl od vývojové dysfázie, kdy postižení dalších oblastí osobnosti není rovnoměrné;
- *Mutismu* – dítě přestane komunikovat na základě psychogenním, vývoj řeči byl intaktní;
- *Autismu*, autistických rysů – provádějí odborníci na specializovaných pracovištích speciálními diagnostickými postupy;
- *Syndromu Landau-Kleffnera* – tzv. epileptické afázie, kdy dochází ke ztrátě komunikační schopnosti na základě epileptické aktivity, nejčastěji mezi 3.-5. rokem života dítěte, diferenční diagnostikou se zabývají odborná neurologická pracoviště.

Zdroj: KLENKOVÁ, J., 2006, str. 71.

4.2 Terapie

Zdárná terapie je vždy podmíněna spoluprací týmu specialistů. Zejména na počátku je velmi významná spolupráce klinického logopeda, lékaře a klinického psychologa. Následně by se do procesu měl zapojit také pedagog a odborník ze speciálně pedagogického centra. Nedílnou součástí však zůstává spolupráce rodinných příslušníků s pověřenými odborníky. V současné době je trendem terapeutické činnosti zaměřovat na celou osobnost dítěte, bez preferování řečové složky. Z tohoto důvodu by terapie měla obsahovat rozvoj zrakového vnímání, sluchového vnímání, myšlení, paměti a pozornosti, motoriky, schopnosti orientace, grafomotoriky a řeči. Níže jsou uvedeny základní ze zmíněných oblastí. (Škodová, E., Jedlička, I., 2003)

4.2.1 Logopedická terapie

Logopedická terapie je specifická aktivita, kterou pověřený odborník realizuje s cílem: 1) identifikovat, 2) vyloučit, utlumit a překonat narušenou komunikační schopnost, 3) předejít poruše. „*Logopedickou intervencí chápeme jako složitý multifaktoriálně podmíněný proces, který se realizuje – v zájmu dosažení svých základních cílů – na třech, s těmito cíli analogických a vzájemně se prolínajících úrovních – logopedická: 1) diagnostika, 2) terapie, 3) prevence.*“ (LECHTA, V., 2005, str. 18) Terapie se uskutečňuje na základě zásad rozvoje řeči.

4.2.2 Rozvoj grafomotoriky

Cílený metodický rozvoj grafomotorických schopností bychom měli stimulovat až po 4. roce věku dítěte. Do té doby je třeba poskytnout dítěti pouze dostatek prostoru pro spontánní kresbu a pozornost věnovat spíše rozvoji hrubé motoriky a zvládnání sebeobsluhy. Pokud po překročení 4 let dítě nejeví zájem o kreslení, kresba neodpovídá jeho věku, je obsahově chudá, linie tahu jsou nerovnoměrné apod., je vhodné se na tuto oblast zaměřit nejprve skrze hrubou motoriku, poté motoriku jemnou, koordinaci oka a ruky a na konec na samotnou kresbu prostřednictvím grafomotorických cvičení a cviků pro uvolnění a rozcvičení ruky. (Mikulajová, M., Rafajdusová, I., 1993) Do této oblasti je mimo jiné také třeba zahrnout psychomotoriku. *„Psychomotorické hry nabízejí vhodné podněty a kritéria pozorování pro pedagogické vedení tzv. problémových dětí (dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie, syndrom ADH, ADHD, hyperaktivita apod.) Psychomotorická cvičení se mohou stát vhodným pedagogicko-terapeutickým opatřením pro zlepšení pedagogického procesu u problémových dětí.“* (BLAHUTKOVÁ, M., 2007, str. 6) Pro budoucí život je pro dítě naprosto nezbytná výuka psaní, ta se také podílí na všestranném vývoji osobnosti. Je to dovednost, podmiňující školní úspěšnost. Proto je zejména u dysfatických dětí nutností této problematice věnovat maximální pozornost. *„Má-li se však žák naučit číst a psát, potřebuje souhru a vyváženost určitých dílčích funkcí. Důležitá je úroveň určitých psychických a motorických dovedností, především úroveň rozvoje jemné motoriky a grafomotoriky. Za méně důležité můžeme považovat rozvoj funkcí v oblasti sluchového vnímání, zrakového vnímání, orientace v prostoru a oblasti vnímání schématu vlastního těla.“* (SPÁČILOVÁ, H., ŠUBOVÁ, L., 2004, str. 8)

4.2.3 Prognóza

Reedukace vývojové dysfázie se odvíjí od mnoha okolností, jejichž základem je bezpochyby možná příčina a stupeň této vady. Dále je třeba přihlížet k intelektu dítěte, ale i jeho rodičů, kteří budou reedukační postupy dlouhodobě aplikovat na dítě. Důležitou součástí úspěšné práce je trpělivost, vytrvalost a především spolupráce s terapeutem. *„Zobecňovat prognózu dysfázie nelze a výsledky terapie závisejí nejen na uvedených okolnostech, ale i na mnoha dalších, včetně čistého svědomí všech zúčastněných, že udělali vše, co bylo v jejich silách.“* (KUTÁLKOVÁ, D., 2002, str. 97)

Obecně lze říci, že dobrých výsledků dosahují děti, které jsou emocionálně a motoricky stabilní. (Sovák, M., 1978; Kutálková D., 2002)

4.2.4 Prevence

Opožděnému vývoji řeči můžeme předejít respektováním základních fyziologických etap ve vývoji řeči. Pokud se rodič domnívá, že něco není v pořádku, je dobré se včas informovat u odborníků. Čekání na hranici 3let a na to, zda dítě začne mluvit, může napáchat mnoho škod. U logopeda je možné objektivně a komplexně zhodnotit komunikační možnosti dítěte.

Existuje několik zásad pro brzké vyrovnání potencionálního deficitu. Mezi nejdůležitější postupy patří aktivace mluvního apetitu, opakování slov a frází pro lepší zapamatovatelnost, doplňování slovní zásoby pomocí her a obrázkových knížek a mnoho dalších. Etapy vývoje není možné přeskaovat, těmito metodickými postupy je však můžeme efektivně krátit. (Kutálková, D., 2002; Sovák, M., 1978)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍL A STANOVENÍ PŘEDPOKLADŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Praktická část vychází z teoretických poznatků bakalářské práce o hodnocení jazykových rovin, kresby a grafomotoriky u dívky s diagnostikovanou vývojovou dysfázií. Záměru zhodnocení bylo dosaženo prostřednictvím několika níže popsaných postupů. Praktická část je dělena do čtyř celků. Jedná se o případovou studii, shrnutí odborných lékařských vyšetření, vyšetření řeči vybrané dívky a interpretaci výsledků výzkumného šetření. Výsledky výzkumu jsou zde zhodnoceny a na jejich základě je posouzena platnost či neplatnost stanovených hypotéz. Veškerá jména jsou v zájmu ochrany osobních údajů změněna.

Cíl:

Cílem je zhodnocení jazykových rovin, úrovně kresby a grafomotorických schopností dívky, mající diagnózu expresivní vývojová dysfázie.

Hypotézy:

Hypotéza č. 1: Osobnost jedince je vlivem vývojové dysfázie pozměněna.

Hypotéza č. 2: Při diagnóze vývojová dysfázie je v gramatické rovině patrné zpoždění.

Hypotéza č. 3: Jedinec s expresivní formou vývojové dysfázie dobře vnímá řečový projev.

Hypotéza č. 4: Kresba dysfatického dítěte se vyznačuje nízkou úrovní celkového ztvárnění.

5.1 Výzkumné techniky a metody

Pro realizaci praktické části byla zvolena metoda anamnézy, pozorování, rozhovoru, analýzy odborných vyšetření a vybrané testové metody.

1) Anamnéza

Anamnéza je základní pilíř výzkumného úseku a je členěna do tří celků. Každá z těchto částí se podrobně zabývá Anniným vývojem a vlivy, které na ni v průběhu života působí. Jedná se zejména o anamnézu osobní, která se zaobírá prenatálním obdobím, základními fakty a rozvojem konkrétních etap dětství až do současnosti. Rodinná anamnéza obsahuje informace týkající se matky, otce, sestry a bere v potaz také další možné dědičné vlivy. Poslední částí je anamnéza sociální, která celistvě mapuje prostředí, v němž se Anna v průběhu života adaptovala a které záměrně či nezáměrně působilo na její vývoj. Celá tato metoda je sestavena dle reálného časového sledu. Informace byly získány pomocí otevřeného rozhovoru s Annou a její matkou, za použití doplňujících otázek.

2) Pozorování

Pozorování probíhalo v neutrálním prostředí, každý týden v přesně stanovenou dobu, prostřednictvím osobní asistence u Anny. Přesto však lze říci, že bylo charakteru nezáměrného. V rámci pozorování byla zaznamenána především úroveň sebeobsluhy, samostatnosti a sociální obratnosti dívky.

3) Rozhovor

Rozhovor je zde převážně jako doprovodná metoda. Jeho hlavní využití spočívalo ve zjišťování anamnestických údajů a v realizaci testových cvičení, zvláště pak v hodnocení samotných jazykových rovin. Setkání probíhalo v Annině přirozeném prostředí a s dostatkem času. Kromě využití u metod testových byl rozhovor profilován nestrukturalizovaně, za přítomnosti matky i dcery.

4) Analýza odborných vyšetření

Použité tabulky v praktické části byly zpracovány na základě jednotlivých odborných vyšetření a seřazeny dle reálného časového sledu od narození do 13. roku věku dívky. Jedná se o zprávy neurologické, psychologické, logopedické, foniatrické a pedopsychiatrické. Vznikaly na několika různých klinikách.

5) Testové metody

Vybrané testové metody slouží k zjištění úrovně jednotlivých složek řeči a grafomotoriky. Test byl sestaven na základě předchozích zkušeností v logopedické intervenci, které byly nabyty na odborné praxi v logopedickém zařízení Don Bosco. Využita byla metoda vyšetření řeči, která obsahuje vyšetření stupně, zvukové produkce, slovní zásoby, větné stavby, melodie, tempa, rytmických schopností, dýchání, nosovosti, výslovnosti, popisu mluvidel a gestikulace. Dále byl proveden test na tvoření jednotného a množného čísla, vyprávění pohádky, recitace básně a na samostatnou tvorbu vět.

Grafomotorické schopnosti byly klasifikovány na základě obdoby třídílného Jiráskova testu školní zralosti, cviků pro rozvoj jemných pohybů prstů a kresby tvarů dle předlohy. V průběhu realizace všech empirických cvičení byly sledovány a posuzovány doprovodné vegetativní znaky.

5.2 Časový harmonogram

1) Přípravná fáze

Byla zvolena dívka s diagnózou expresivní vývojová dysfázie a s jejími rodiči byl domluven časový plán schůzek. Dále byly shromážděny lékařské záznamy, odborné publikace a jiné potřebné podklady. Následovalo vypracování dvojdílného testu, pomocí kterého budou následně zhodnoceny jazykové roviny a úroveň grafomotoriky a kresby.

2) Realizační fáze

Pomocí otevřeného rozhovoru s matkou byly získány informace pro osobní, rodinnou a sociální anamnézu. Shromážděné lékařské záznamy byly zpracovány do tabulek a seřazeny dle reálného časového sledu. Následovalo výzkumné šetření pro zjištění úrovně jazykových schopností, grafomotoriky a kresby vybrané dívky.

3) Závěrečná fáze

Na závěr byly všechny výsledky vyhodnoceny a následně zformulovány a shrnuty v praktické části této bakalářské práce.

6 PŘÍPADOVÁ STUDIE

6.1 Osobní anamnéza

Anna se narodila 31. 7. 1999 a v současné době je ve věku 14 let. Matka byla krátce léčena pro neplodnost, po měsíčním užívání farmak bez problémů otěhotněla. Těhotenství bylo fyziologické, probíhalo bez problémů a nepředcházelo mu žádný potrat ani interrupce. V sedmém měsíci byl prostřednictvím rentgenu zjištěn drobný problém se zkrácením děložního hrdla, kdy hrozil potencionální předčasný porod. Matce byl posléze doporučen klidový režim a až do porodu mělo těhotenství již běžný průběh. Celé období gravidity probíhalo bez závažného stresu. Po psychické stránce lze za negativně ovlivňující pokládat pouze svatbu matky, kdy se po mnoha letech setkala s biologickým otcem, kterého od rozvodu rodičů nevidala.

Porod proběhl spontánně v desátém lunárním měsíci. Anna byla porozena běžně, hlavičkou napřed, nebylo třeba užít ani porodních kleští. Její váha byla 2700 g a délka 48 cm, byla tedy lehce pod průměrem. Porodnici opustila v běžném termínu, bez nutnosti pobytu v inkubátoru; poporodní žloutenku neprodělala.

Anna byla na doporučení lékaře v preventivní neurologické péči od 4. měsíce kvůli predilekci hlavičky na levou stranu a psychomotorickému vývoji, který byl lehce opožděný. V této době také nastoupila na rehabilitace. Od 4 let docházela pravidelně na foniatrii, imunologii, logopedii a v rámci prevence také na alergologii. V průběhu dětství dle maminky neprodělala žádné infekční nemoci. Očkování proběhlo sice v pozdějším termínu, ale bez komplikací a výraznější reakce.

Od narození byla Anna činná, veselá a aktivní, matkou byla kojena do 8. měsíce. V 6. měsíci byla schopna otáčet se na bok, seděla od 11. měsíce, lezla ve 13. měsíci a chodit začala v roce a půl. V tomto období byla už znatelná zhoršená jemná motorika. Jako první slovo užívá klasicky máma, poté táta a to zaznělo asi ve 2 letech. Ve 4 letech byla schopna aktivně užívat 20 slov, která ale nedokázala spojovat. K dalšímu dorozumívání užívala gesta, ukazování, případně dokreslující zvuky. Do 6 let používala obě ruce, poté začala preferovat spíše ruku levou. Ve škole ani v rodině nebyla násilně přeučována, naopak byla vedena k aktivnímu procvičování grafomotoriky. Do dnešní doby není její laterálnita příliš vyhraněná.

V současné době 14letá Anna prochází mnohými změnami, které jsou spjaty s nástupem puberty. Dívka začíná vyžadovat méně pozornosti od rodiny, konkrétně od otce a volný čas po škole tráví raději s kamarády ve školní družině. Počátek dospívání momentálně provází také impulzivita, zvýšená emoční labilita, časté výkyvy nálad, zhoršení poruch pozornosti a zvýšená unavitelnost.

6.2 Rodinná anamnéza

Otec Milan se narodil 17. 2. 1964, vystudoval vysokou školu a nyní je zaměstnán jako vedoucí staveb. Po zdravotní stránce je v pořádku, trpí jen lehkým astmatem a alergiemi. Matka Jitka, narozena 11. 8. 1972, má stejně jako Milan vystudovanou vysokou školu a pracuje jako advokátka. Také u ní byla zjištěna lehká forma astmatu, alergie a navíc chronický únavový syndrom. U obou se objevuje dysortografie. Dalším členem rodiny je mladší sestra Markéta narozená 9. 1. 2005.

V rodině se nevyskytují nervová onemocnění, smyslová postižení, epilepsie, psychiatrické léčení, sebevražedné pokusy ani jiné odchylky od normy. Pouze babička mívala migrény. Pradědeček začal mluvit až ve 4letech.

Tato nukleární rodina žila pohromadě v prostorném, suchém a slunném rodinném domě. Prvních pět let manželství procházelo závažnými problémy. Rodiče spolu sice žili, ale jejich svazek nebyl funkční. Každý z rodičů měl vlastní ložnici a sestry obývaly společný pokoj. V této době spolu měly Anna a Markéta velmi hezký vztah. Občas řešily malé spory nebo se škádlily, ale byly schopny výborně spolupracovat, hrát si a semknout se, pokud nastal problém.

Hezký vztah měla Anna i s matkou, která se jí maximálně věnovala a poskytovala jí veškerou péči. To zahrnovalo doprovod do a ze školy, učení domácím pracím, vypracovávání domácích úkolů a procvičování činností, které Anně způsobovaly obtíže. Matka své dceři dopřávala týdně mnoho zájmových činností, jako je plavání, jízda na koních nebo tanečky. Tyto záliby samozřejmě působily jak relaxačně, tak rehabilitačně a měly na Annu a její další rozvoj dobrý vliv. Anně se doma dostává nejvyšší podpory, což ji podporuje v aktivní komunikaci. Ráda vypráví, jak se měla ve škole nebo na kroužku, snaží se vše pečlivě vysvětlit, případně se mamince svěří s trápením.

S otcem byla situace v podstatě od začátku o něco horší. Vliv na tento fakt má zřejmě jeho téměř extrémní sportovní založení, což lze datovat již z období jeho původní

rodiny. Otec nebyl schopen poruchu své dcery přijmout a smířit se s ní. Anna nemohla splňovat jeho vysoké nároky, které se týkaly především oblasti sportovní a budoucího studia na vysoké škole. Po stanovení Aniny diagnózy nastaly značné rodinné problémy, které doprovázely i průběh dalšího těhotenství Jitky. Milan se bál dalších zdravotních potíží a byl přesvědčen, že by bylo lepší další dítě už nemít. Tyto spory trvaly zhruba do 1. roku života mladší dcery Markéty.

Manželství Milana a Jitky krátce poté pozbylo funkčnosti a rozpadlo se. Z finančních důvodů dlouho nebylo možné, aby se matka s dětmi odstěhovala, a proto dlouhou dobu bydleli společně. Manželovi tato situace vyhovovala a řešit ji nechtěl, přestože si každý žil svůj život. Matka si našla přítele, kterého obě její děti přijaly a mají ho rády. Nyní mají oba rodiče stabilní partnery, se kterými sdílejí vlastní společnou domácnost. Otec bydlí nadále v rodinném domě a matka se s partnerem a dětmi přestěhovala do bytu na okraji Prahy. Ač si otec po dohodě dívky přebírá na víkendy, v jeho chování je patrná preference mladší, zdravé dcery. Tuto skutečnost Anna dlouhou dobu nesla velmi těžce, v poslední době kontakt s otcem přestala vyžadovat.

6.3 Sociální anamnéza

Od 3 let Anna navštěvovala klasickou mateřskou školu, v průběhu jednoho roku však kvůli zdravotním komplikacím přešla do logopedické mateřské školy Don Bosco. Dále pokračovala na základní církevní škole Don Bosco, kam byla její docházka schválena na základě diagnostického pobytu, který probíhal 1. 9. 2007 – 31. 12. 2007. Toto rozhodnutí nabylo účinnosti od 1. 1. 2008 a podílela se na něm řada odborníků, počínaje ředitelkou školy, foniatrem, psychologem, speciálním pedagogem a speciálním pedagogem pro vzdělávání vyšších ročníků. Adaptace probíhala bez problémů. Anna je velice společenská, přátelská, s dětmi si i přes svůj hendikep rozumí. Děti ji v kolektivu přijímají, respektují a mají ji rády.

Kvůli Anninu zdravotnímu stavu matka zažádala o opakování 1. třídy této základní školy, které bylo ředitelkou, třídní učitelkou a školním psychologem povoleno 1. 6. 2008. V průběhu školního roku bylo zjištěno, že analyticko-syntetickou metodu v tomto případě nelze efektivně užívat. Anně dělал problém nácvik čtení otevřených i uzavřených slabik. Tato metoda byla proto vystřídána metodou globální. S Annou se pracovalo primárně prostřednictvím individuální práce, která probíhala ve

vedlejší místnosti. Převážně ji to bavilo a ráda se spolužákům chlubila, co už se naučila. Na druhou stranu nelehko nesla vyčlenění z kolektivní práce a skutečnost, že nemohla dělat to, co ostatní. V současné době zvládá práci v kolektivu i běžnou výuku za pomoci osobního asistenta.

6.4 Odborná vyšetření

Odborná vyšetření byla prováděna v průběhu života Anny H. různými specialisty a jsou chronologicky řazena dle věku. Tyto odborně ověřené skutečnosti jsou důležité pro přesné objasnění Anina stavu a sledování jejího dalšího vývoje.

Tabulka č. 2 – Lékařské vyšetření ve věku 0–1 roku

<i>Vyšetření</i>	<i>Pracoviště</i>	<i>Výsledek prohlídky</i>
<i>Neurologické</i>	Dětská neurologie, ambulance, Praha	Predilekce hlavičky, zvýšený tonus kyčelních adduktorů, zvýšené napětí šíjových svalů.

Tabulka č. 3 – Lékařské vyšetření ve věku 2 let

<i>Vyšetření</i>	<i>Pracoviště</i>	<i>Výsledek prohlídky</i>
<i>Neurologické</i>	Dětské neurologie, ambulance, Praha	Rozumí jednoduchým pokynům, slyší na jméno, staví se, leze a zvládá s přidržením kroky. Nerehabilituje, těžkosti při jídle.

Tabulka č. 4. – Lékařská vyšetření ve věku 3 let

<i>Vyšetření</i>	<i>Pracoviště</i>	<i>Výsledek prohlídky</i>
<i>Neurologické</i>	Dětská neurologie, Praha	Opožděný a nerovnoměrný psychomotorický vývoj, postižená oblast řeči, EEG lehce abnormální, neurologický ložiskový nález je negativní, bez projevů epilepsie.
<i>Neurologické</i>	FN Motol, Praha	Opožděný a nerovnoměrný psychomotorický vývoj, postižena zejména oblast řeči, ložiskový neurologický nález je negativní, lehká centrální hypotonie, sluch v normě, EEG bez specifických výbojů, CT mozku negativní, organické poškození CNS není prokázáno jako příčina opoždění.
<i>Psychologické</i>	Denní ozdravovna, Horní Palata	Organická porucha koncentrace a jemné motoriky, psychomotorika lehce podprůměrná, nerovnoměrný vývoj, neustálená lateralita.
<i>Psychologické</i>	PhDr. Mgr. M. Brůžová	Porucha pozornosti a jemné motoriky, aktuální úroveň rozumových schopností podprůměrná.

Tabulka č. 5. – Lékařská vyšetření ve věku 5 let

<i>Vyšetření</i>	<i>Pracoviště</i>	<i>Výsledek prohlídky</i>
<i>Neurologické</i>	Soukromá klinika LOGO s. r. o., Brno	Řeč opožděná, lehký mentální deficit, diferenciální diagnostika vývojové dysfázie, screening metabolických nemocí negativní, doporučena nootropika.
<i>Psychologické</i>	Denní ozdravovna, Horní Palata	Porucha koncentrace a jemné motoriky trvá, psychomotorika stále podprůměrná, vývoj stále nerovnoměrný, neverbální projevy na lepší úrovni, pozvolné pozitivní změny.
<i>Psychologické</i>	FN Thomayerova, Praha	Expresivní vývojová dysfázie, nerovnoměrný kognitivní vývoj, projevy ADHD, sociální obratnost, dobrá spolupráce.
<i>Psychologické</i>	Soukromá klinika LOGO s. r. o., Brno	Téměř úplné chybění expresivní složky řeči, zhodnocení psychomotorického vývoje obtížné, užívá pouze pár jednoslabičných slov, rozumí, porucha pozornosti, jemná motorika a grafomotorika pod úrovní, nejistota.
<i>Psychologické</i>	FN Motol, Praha	Výrazné opoždění aktivní řeči, nerovnoměrný vývoj, těžká vývojová expresivní dysfázie, náhradní komunikace, nezralost grafomotoriky a koordinace vizuomotoriky, ADHD, intelektové neverbální výkony v normě.
<i>Logopedické</i>	Soukromá klinika LOGO s. r. o., Brno	Značně narušený řečový vývoj, slovní zásoba velmi chudá, nesrozumitelná jednoduchá slova, porozumění v pořádku, nesoustředěnost.
<i>Foniatrické</i>	Foniatrická klinika, Praha	Řeč odpovídá 2. roku, péče adekvátní.
<i>Foniatrické</i>	Soukromá klinika LOGO s. r. o., Brno	Opožděný vývoj řeči, rozumí, ale nemluví, porucha povrchové i hloubkové segmentární složky, vývojová dysfázie a opožděný vývoj řeči ve složce expresivní.

Tabulka č. 6. – Lékařská vyšetření ve věku 7 let

<i>Vyšetření</i>	<i>Pracoviště</i>	<i>Výsledek prohlídky</i>
<i>Psychologické</i>	FN Motol, Praha	Nerovnoměrný vývoj, výrazné řečové opoždění, orální a motorická dyspraxie, lateralita nevyhraněná, vizuomotorická koordinace nezralá, ADHD s poruchou chování, neverbální projevy v normě, nerovnoměrnosti odpovídají až hraničnímu pásmu.
<i>Logopedické</i>	COMHEALTH s. r. o.	Spontánní řeč srozumitelná, vynechávání hlásek, špatná artikulace, sykavky, pasivní zásoba přiměřená, oromotorika neobratná, pokynům rozumí dobře, volné dýchání nosem, přirozené tempo řeči, plynulost nenarušena, těžká forma expresivní vývojové dysfázie s dysartrickými rysy, ADHD.

Tabulka č. 7. – Lékařská vyšetření ve věku 8 let

<i>Vyšetření</i>	<i>Pracoviště</i>	<i>Výsledek prohlídky</i>
<i>Psychologické</i>	FN Motol, Praha	Nerovnoměrný vývoj, výrazné opoždění aktivní řeči, těžká expresivní dysfázie, verbální schopnosti odpovídají středně těžké mentální retardaci, orální a motorická dyspraxie, nevyhraněná lateralita, nezralost vizuomotoriky, ADHD s poruchou chování, neverbální výkony v normě.
<i>Logopedické</i>	COMHEALTH s. r. o.	Spontánní projev srozumitelný, vynechávání hlásek, používání náhradních hlásek, porucha artikulace, realizace sykavek a písmen k,g,ch, slovní zásoba pasivní v normě, neobratná oromotorika, zlepšení cílených pohybů jazyka, pokynům rozumí, volné dýchání nosem, v grafomotorice křečový úchop, těžká forma expresivní vývojové dysfázie s dysartrickými rysy, ADHD.

Tabulka č. 8. – Lékařské vyšetření ve věku 9 let

<i>Vyšetření</i>	<i>Pracoviště</i>	<i>Výsledek prohlídky</i>
<i>Psychologické</i>	FN Motol, Praha	Nerovnoměrný vývoj, výrazné opoždění řeči, těžká forma expresivní vývojové dysfázie, verbální schopnosti odpovídají středně těžké mentální retardaci, orální a motorická dyspraxie, nevyhraněná lateralita, nezralost vizuomotoriky, ADHD s poruchou chování, neverbální výkony v normě.

Tabulka č. 9. – Lékařské vyšetření ve věku 10 let

<i>Vyšetření</i>	<i>Pracoviště</i>	<i>Výsledek prohlídky</i>
<i>Psychologické</i>	FN Motol, Praha	Nerovnoměrný vývoj, výrazné opoždění řeči, těžká forma expresivní vývojové dysfázie, verbální schopnosti odpovídají středně těžké mentální retardaci, dysortografie, dyslexie, orální a motorická dyspraxie, překřížená lateralita, nezralost vizuomotoriky, ADHD s poruchou chování, neverbální výkony v normě – běžný podprůměr.

Tabulka č. 10. – Lékařská vyšetření ve věku 11 let

<i>Vyšetření</i>	<i>Pracoviště</i>	<i>Výsledek prohlídky</i>
<i>Psychologické</i>	FN Motol, Praha	Nerovnoměrný vývoj, výrazné opoždění řeči, těžká forma expresivní vývojové dysfázie, verbální schopnosti odpovídají středně těžké mentální retardaci, dysortografie, dyslexie, orální a motorická dyspraxie, překřížená lateralita, nezralost vizuomotoriky, ADHD s poruchou chování, neverbální výkony v normě – běžný podprůměr, v poslední době úzkostné až depresivní sklony v reakci na změny v rodině, porucha přizpůsobení.
<i>Pedopsychiatrické</i>	MUDr. J. Drtilová, Říčany	Nerovnoměrný, parciálně opožděný neuropsychický vývoj, těžká forma expresivní vývojové dysfázie, ADHD, orální a grafomotorická dyspraxie, snížená autoregulace chování, impulzivita, nižší sociální citění, zvýšená sugestibilita, zvýšená fixace na rodinu, trvale odkázána na péči dospělé osoby.

Tabulka č. 11. – Lékařská vyšetření ve věku 12 let

<i>Vyšetření</i>	<i>Pracoviště</i>	<i>Výsledek prohlídky</i>
<i>Neurologie</i>	FN Motol, Praha	Motorický neklid, lehká mentální retardace, vývojová dysfázie, závratě, bolesti hlavy.
<i>Psychologické</i>	FN Motol, Praha	Těžká forma expresivní vývojové dysfázie, dyslalické projevy, ADHD, pubertaspraecox, částečné zlepšení v řeči, snížená orientační schopnost, občasné projevy agresivity.
<i>Pedopsychiatrické</i>	MUDr. J. Drtilová, Říčany	Nerovnoměrný vývoj mentálních schopností, těžká forma expresivní vývojové dysfázie, neverbální schopnosti v podprůměru, dyslexie, dysortografie, ADHD, impulzivita, projevy negativismu, rozvoj poruch chování v korespondenci s počínající pubertou a rozpadem původní rodiny, nižší sociální inteligence, trvale odkázána na péči dospělé osoby.

Tabulka č. 12. – Lékařské vyšetření ve věku 13 let

<i>Vyšetření</i>	<i>Pracoviště</i>	<i>Výsledek prohlídky</i>
<i>Psychologické</i>	FN Motol, Praha	Expresivní vývojová dysfázie s poruchou syntaxu a slovo tvorby, lehká mentální retardace, dyslexie, dysortografie, orální a grafomotorická dyspraxie, překřížená lateralita, porucha vizuomotorické orientace, ADHD, impulzivita, zvýšená emoční labilita, časté výkyvy nálad, zhoršení poruch pozornosti a zvýšená unavitelnost, mírné zlepšení v oblasti řeči.

7 HODNOCENÍ JAZYKOVÝCH ROVIN, ÚROVNĚ KRESBY A GRAFOMOTORICKÝCH SCHOPNOSTÍ

Zhodnocení jazykových rovin, úrovně kresby a grafomotorických schopností bylo dosaženo za využití dosud zpracovaných faktů. Hlavním informačním zdrojem byla výše uvedená odborná vyšetření, anamnéza získaná rozhovorem s matkou a dcerou, publikace Mikulajové, Rafajdusové, 1993 (zde konkrétně str. 156–170); použit byl i vlastní test k vyšetření jazykových rovin, úrovně kresby a grafomotorických schopností. Podklady pro jeho sestavení byly získány na základě zkušeností z odborné praxe v logopedické mateřské škole Don Bosco, při logopedické intervenci s přidělenou dívkou. Test byl proveden dne 7. 2. 2014 v odpoledních hodinách v prostředí pro Annu známém. Samotné vyšetření proběhlo bez přítomnosti jiných osob a trvalo asi 50 minut včetně přestávek.

7.1 Vyšetření jazykových schopností

Anna byla dobře rozpoložena, ale občas se u ní objevily známky mrzutosti. Od matky byla motivovaná a na práci se těšila. Zpočátku spolupracovala velmi ochotně a komunikace byla doprovázena přiměřenou mimikou a lehce zbrklými gesty. Celková řeč byla melodicky podbarvená, tempo zrychlené s vysokou hlasitostí. Větná stavba byla prostá, tvořena krátkými větami nebo pouhým řazením podstatných slov vedle sebe. Občasně za pomoci idioglosie, doprovodných zvuků či gest. O každém následujícím slově však Anna přemýšlela a obratně používala naučené fráze. Ve srozumitelnosti a výslovnosti byly výrazné nedostatky. V některých slovech docházelo k prohazování hlásek nebo k jejich komolení. Anna občas zaměňovala slova podobného významu. Dívka během vyšetření dýchala volně nosem, ale špatně hospodařila s dechem. Nosí rovnátka na spaní (jinak bez geotického patra, frenula a submukózního rozštěpu...). Všem pokynům rozuměla dobře, přesto bylo potřeba často kontrolovat jejich správné pochopení a trvat na dotahování věcí dokonce. Občas reagovala nepravdělně nebo nepřiměřeně situaci. Anna obtížně napodobuje i jednodušší vytleskání rytmu. Jednotné a množné číslo umí používat, často ale jen v ženském rodě.

Ukázka:

Zadání:	Maminka	Odpověď:	Maminky
	Teta		Tety
	Tatínek		Tatínky
	Prodavač		Prodavačky
	Kluk		Klutři
	Kámen		Kaménik

Před dalším úkolem byla v chování Anny již znatelná únava. Anna pracovala pasivněji, reagovala až na druhý či třetí pokyn, lehala si na stůl a projevovala se hlasitě. Z toho důvodu bylo následně využito motivační pohybové hry s básničkou. Anina koncentrace se ustálila a bylo přistoupeno k další úloze. Tvorba vět znamenala pro Annu větší obtíže, většinu slov špatně skloňovala, používala v nesprávném tvaru, sledu nebo řadila volně dle předlohy; občas také přehodila hlásky.

Ukázka:

Zadání:	Máma – jít – obchod	Odpověď:	Maminka jít obchod
	Zahrada – ležet – pes		Na zahradě pes leží
	Učitel – sedět – křeslo		Učitel seděl křeslo
	Děda – radovat se – dárek		Děda se radovat dárek
	Květina – vonět		Květiny voní
	Jablko – sladké		Jablko sakné

Recitace básničky proběhla spíše neochotně, s nápovědou prvních slov. Anna řekla část sloky, některá slova zkomolila a volně navázala na sloku jiné básně. Vyprávění pohádky dopadlo o něco lépe, oblíbenou pohádku „O Jeníčkovi a Mařence“ Anna dobře zná. Při reprodukci užívala podstatná jména (ta byla někdy zkomolena nebo špatně skloněna), slovesa (v infinitivu) a předložky (ne vždy správně užitě).

Ukázka:

Básnička:	„Prší, prší, jel je jele pojedeme... Pes oves...“
Pohádka:	„Do lesa tatínek koukala babku, do střehy jít do pekla, Malíček a Otojíček do pekla.“

7.2 Vyšetření kresby a grafomotorických schopností

K analýze grafomotorických schopností bylo využito období Jiráskova testu školní zralosti, cvičení pro rozvoj jemných pohybů prstů a kresby tvarů dle předlohy. Test byl proveden v návaznosti na vyšetření jazykových kompetencí a je zde podrobně zhodnocen a prokládán ukázkami.

Kresba mužské postavy je umístěna uprostřed plochy a zobrazuje Annina nevlastního otce Martina. Figura má hlavu pokrytou dlouhými vlasy (odpovídá skutečnosti), ale není s trupem spojena pomocí krku. Nos, pusa i oči jsou správně umístěné, uši chybí. Obličej je zamračený, což lze vysvětlit aktuálním nachlazením Martina. Paže jsou napojeny ve správných místech, jsou ale příliš krátké, bez ramen a zobrazené pouze jako podlouhlé tříprsté dlaně. Nohy nejsou kresleny syntetickým způsobem, v oblasti chodidel jsou však správně zahnuté. Mužské oblečení je znázorněno nejasně. V kresbě bylo ne vždy smysluplně využito mnoha barev, vlasy jsou zelenofialové a celkové vyobrazení šatů je poněkud matoucí.

Ukázka:

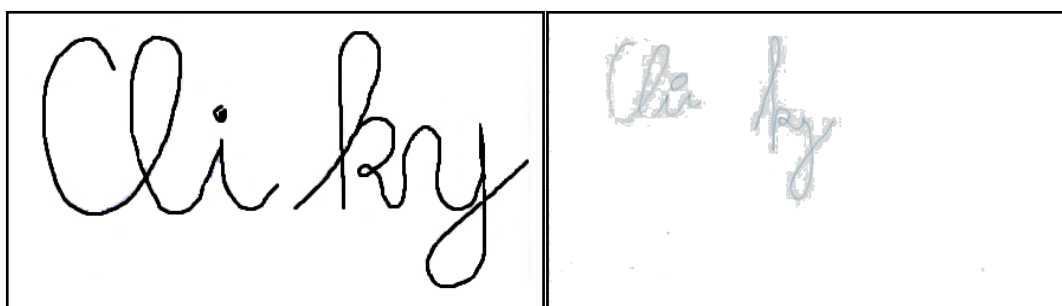
Obrázek č. 1 – Kresba mužské postavy



Opsaná věta je umístěna vlevo nahoře a velikost ani rozložení na ploše příliš neodpovídá předloze. Čitelnost je dobrá, avšak místo „i“ napsala Anna písmeno podobající se spíše „ů“. První písmeno je správně velké a výškou odpovídá klíčce písmena „l“. Nechybí tečka nad „i“, písmena jsou dobře napojena a nechybí ani mezera mezi slovy. Věta není plně vodorovná, slovo „Clí“ je výše než slovo „ky“. Linky jsou roztřesené, křečovitě a celkové písmo je nevýrazné.

Ukázka:

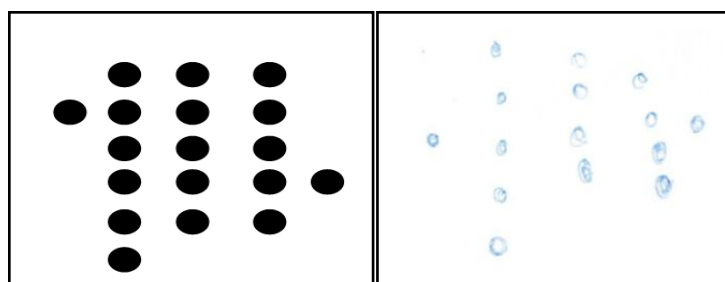
Obrázek č. 2 – Opis nesmyslné věty



Při obkreslování skupiny bodů nebyl dodržen jejich správný počet. Postranní body jsou rozmístěny nesystematicky a neodpovídají předloze. Kopie je o něco menší, ale umístěna uprostřed vymezeného prostoru. Patrné je vychýlení řad, oproti tomu sloupce jsou poměrně pravidelné. Body jsou plné a celkové vzezření je zpracované hezky.

Ukázka:

Obrázek č. 3 – Napodobení skupiny bodů

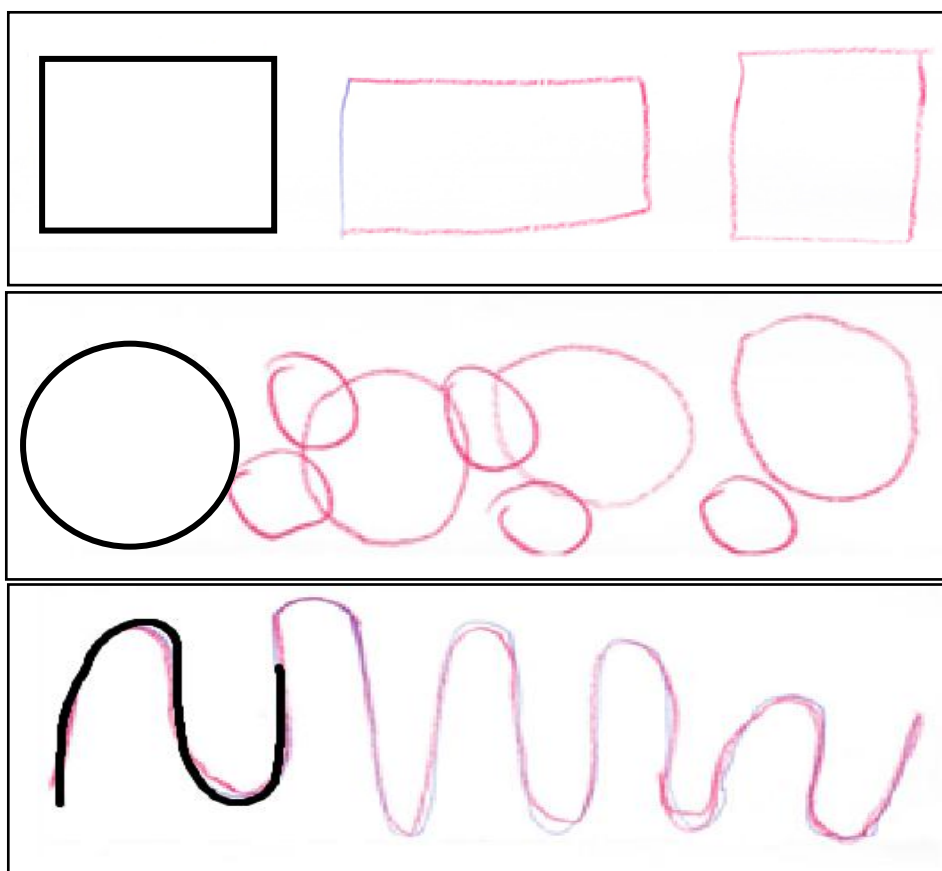


Poslední úloha byla zaměřena na geometrické útvary. Na řádkovaném listě je nakreslen vzor a za ním je místo pro napodobení vlnovky, obdélníku a kruhu. Všechny nakreslené tvary správně pokrývají prostor k tomu určený, jsou relativně pravidelné a nakreslené červenou barvou. Občas je zřejmé zakolísání v šířce, délce, či výšce

a některé tahy jsou ledabyle napojeny. Obdélníky jsou oproti vzoru protáhlejšího tvaru. Kruhy jsou umístěné v různých výškách a spontánně doplněné dalšími, menšími kroužky. Vlnovka je zpracována hezky, ale postupem kolísá výška vrcholů. Každou předlohu Anna nejprve obtáhla a dále pokračovala v zápisu obyčejnou tužkou. Pokud si všimla drobné chyby, ihned ji opravila. Nakonec všechny nakreslené tvary zvýraznila červenou trojhrannou pastelkou.

Ukázka:

Obrázek č. 4 – Kresba tvarů dle předlohy



8 SHRNU TÍ A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

8.1 Zhodnocení jazykových rovin

1) Morfologicko-syntaktická (gramatická rovina)

V gramatické rovině zaujímají substantiva znatelně výraznější úlohu, než je obvyklé, a slova se často opakují. Přestože Anna již používá také některá slovesa, tento fakt nadále činí celkový projev prkenným, což lze vyložit jako jeden z typických projevů odchylky ve vývoji řeči. V gramatické rovině je znatelné velké opoždění, větná stavba je dosti prostá a slova jsou řazena dle vlastních momentálních potřeb, nebo jsou k cílovému sdělení využita pouze klíčová slova postavená vedle sebe. Tato slova Anna neskloňuje a s jistotou tvoří jen velmi krátké věty. Tzv. expresivní dysgramatismus se v řeči projevuje nesprávným realizováním syntakticko-morfologických pravidel. Jedná se tedy o celkovou verbalizaci řeči a poruchu syntaxu.

2) Lexikálně-sémantická (lexikální rovina)

Vzhledem k těžké formě expresivní vývojové dysfázie a k lehké mentální retardaci je lexikální rovina značně narušena. To se u Anny projevuje především velmi chudou slovní zásobou, která společně s ostatními verbálními schopnostmi odpovídá středně těžkému mentálnímu postižení. Anna má často obtíže s formulováním odpovědi u verbálních zkoušek, nebo si nemůže vybavit klíčové slovo. Problémy jí dělají slova, u kterých si není jista jejich významem. Patrná je též výrazná převaha pasivní slovní zásoby oproti aktivní. Občasné je užívání slov s neurčitým významem a zaměňování slov s významem podobným. V oblasti aktivní řeči u Anny došlo v poslední době k mírné akceleraci.

3) Foneticko-fonologická (zvuková rovina)

Po překonání úplné nemluvnosti u Anny nastala dlouhá etapa pro upravování výslovnosti, která trvá dosud. Opoždění zvukové roviny je zřetelné ve špatném fungování diferenciací fonologických opozic (znělost a neznělost, tvrdost a měkkost), narušené skladbě hlásek a ve snížení zvuku samohlásek. Věty tázací a rozkazovací je Anna schopna rozeznat dle intonace a obsahu. Porozumění řeči nastává rychleji než

samotná verbalizace. Dobře reprodukuje známé fráze a v řeči se ještě občas objevují přirozené znaky. Oblast motoriky je v pozadí, expresní řeč je pro cizí lidi často nesrozumitelná, významově chudší a neměnná. Pokud se Anna snaží o správný slovosled, je ve výsledku jednoduchý, zmatečný a většinou s chybami.

8.2 Zhodnocení úrovně kresby a grafomotorických schopností

Grafomotorika sledované dívky je charakteristická křečovitým úchopem, který způsobuje problémy v technickém provedení jednotlivých prvků, častý je také třes a špatné napojování linií. Písmo je nevýrazné, spíše drobného vyobrazení, při psaní Anna příliš tlačí na podložku a občas špatně napojuje písmena.

Kresba vykazuje nízkou úroveň formální stránky a celkově chudší kresebný projev, který není odpovídající věku. Některé vyobrazené prvky postrádají smysl a často dochází také k nadužívání barev a detailů. Problematický je přenos myšlenky na papír, či reprodukce viděného námětu. Dívka v kresbě nepoužívá syntetického způsobu vyobrazení a jednotlivé části postav bývají disproporční. Při kreslení špatně rozlišuje charakteristické rozdíly mezi mužem a ženou, jako jsou např. oblečení a proporce.

8.3 Vyhodnocení hypotéz

Hypotéza č. 1 – *Osobnost jedince je vlivem vývojové dysfázie pozměněna.* V případě Anny se jedná zejména o projev ADHD s poruchou chování, specifických vývojových poruch školních dovedností, motorické a orální dyspraxie, nezralosti vizuomotorické koordinace a překřížené laterality. Další projevy, které nelze opomenout, jsou motorický neklid, snížená orientační schopnost, nízká sociální inteligence a emoční labilita s výkyvy nálad. Mimo jiné je v případě Anny vývojová dysfázie spojena také s lehkou mentální retardací. Tohoto závěru bylo dosaženo prostřednictvím zpracovaných lékařských vyšetření a pozorování. Hypotéza byla potvrzena.

Hypotéza č. 2. – *Při diagnóze vývojová dysfázie je v gramatické rovině patrné zpoždění.* U Anny je nápadný především přetrvávající dysgramatismus a celkový řečový projev s poruchou syntaxu. V řeči převládají především podstatná jména, která se často opakují a tvoří slovosled dle aktuálních potřeb dítěte. To poukazuje na neschopnost respektování syntakticko-morfologických pravidel. Tuto hypotézu potvrdilo vyšetření řeči.

Hypotéza č. 3. – *Jedinec s expresivní formou vývojové dysfázie dobře vnímá řečový projev.* I v tomto případě se potvrdilo, že porozumění verbální komunikaci je u dívky naprosto v pořádku. Anna pouze nedokáže adekvátně odpovědět a občas prožívá pocity nejistoty. Ačkoliv všem pokynům rozumí, je nezbytné její práci často kontrolovat, protože má tendence úkoly nedokončovat nebo pokyny neuposlechnout. K potvrzení hypotézy nebylo třeba žádných dalších testů. Tento závěr vyplynul z přirozené komunikace s dívkou i ze společné práce.

Hypotéza č. 4. – *Kresba dysfatického dítěte se vyznačuje nízkou úrovní celkového ztvárnění.* Annina kresba skutečně poukázala na obsahově chudší kresebný projev, výrazně neodpovídající věku dívky. Z hlediska formální stránky jsou některé prvky nelogické. Celkově se její grafomotorika vyznačuje křečovitým úchopem, třesem a špatně napojenými liniemi. Problematické je také přenesení myšlenky na papír, či reprodukce viděného námětu. Hypotéza se potvrdila při vyhodnocování grafomotorických a kresebných úkolů i v jejich průběhu.

ZÁVĚR

Bakalářská práce s názvem Hodnocení jazykových rovin, úroveň kresby a grafomotorických schopností u dětí s vývojovou dysfázií byla zpracována na základě odborných publikací a praktických poznatků. Hlavními motivačními faktory byla asistence u dívky mající zmíněnou diagnózu a následně také odborná praxe vykonaná v logopedickém zařízení.

Práce je členěna do dvou elementárních celků, kterými jsou část teoretická a část praktická. V první části jsou uvedeny základní informace o vývojové dysfázii, jako je vymezení termínu, etiologie a symptomatologie. Dále popisuje jednotlivé fáze ontogeneze a jazykové roviny. V pasáži, která se věnuje kresbě a grafomotorice, je zmíněn její vývoj a jsou vysvětleny odchylky vyskytující se při vývojové dysfázii. Ve zkratce je uvedena také diagnostika a terapie této poruchy. Praktická část je sestavena z případové studie (osobní, rodinná, sociální anamnéza a výsledky odborných lékařských vyšetření) a vlastního vyšetření dysfatické dívky. V závěrečné části této práce jsou všechny poznatky shrnuty a zhodnoceny.

Cílem této bakalářské práce bylo zaznamenání informací v oblasti řeči, kresby a grafomotoriky při poruše zvané vývojová dysfázie. Teoretické informace byly porovnány s poznatky získanými praxí, pozorováním, rozhovorem a vlastním výzkumem. To vše se podařilo zasadit do kontextu celé zkoumané problematiky, což umožnilo odpovědně vyhodnotit stanovené hypotézy a dosáhnout tak hlavního cíle.

Na tomto získaném podkladu je možno uvést několik doporučení. Protože bude Anna pravděpodobně i v dalším životě odkázaná na pomoc v každodenních činnostech, je třeba dále posilovat její obratnost v každodenních situacích a pokračovat v intenzivní logopedické péči. Péči ze strany matky nelze nic vytknout, rehabilitace a soubor rozvojových aktivit jsou naprosto adekvátní. Anna je na rodinné zázemí hodně fixovaná, a je tedy důležité jí nadále poskytovat podporu a bezvýhradnou lásku. Současně však tato pomoc nesmí dívku izolovat od běžného života ve společnosti, který ji nejlépe připraví na různé překážky, s nimiž bude během života konfrontována. S vlivem nastupující puberty je velice důležité umožnit Anně co největší kontakt s vrstevníky a podporovat tak její přirozenou samostatnost.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BALAŠOVÁ, J., *Kapitoly z logopedie*. 1. vyd. Praha: Univerzita J. A. Komenského, 2003, 84 s. ISBN 80-86723-05-4.

BEDNÁŘOVÁ, J., ŠMARDOVÁ V., *Diagnostika dítěte předškolního věku: Co by dítě mělo umět ve věku od 3 do 6 let*. 1. vyd. Brno: ComputerPress a. s., 2007, 84 s. ISBN 978-80-251-1829-0.

BEDNÁŘOVÁ, J., ŠMARDOVÁ V., *Rozvoj grafomotoriky: Jak rozvíjet kreslení a psaní*. 1. vyd. Brno: ComputerPress a. s., 2006, 84 s. ISBN 80-251-0977-1.

BLAHUTKOVÁ, M., *Psychomotorika*. 1. vyd., 1. dotisk. Brno: Masarykova univerzita, 2007, 92 s. ISBN 80-210-3067-4.

DOLEŽALOVÁ, J., *Rozvoj grafomotoriky v projektech*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 166 s. ISBN 978-807-3676-933.

DVOŘÁK, J., *Logopedický slovník: Terminologický a výkladový*. Vyd. 1. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 1998, 192 s.

DVOŘÁK, J., *Vývojová verbální dyspraxie*. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2003, 143 s. Logopaedia clinica. ISBN 80-902-5365-2.

KÁBELE F., FALCÍKOVÁ M., *Logopedie*, 1. vyd., Praha: n. p., 1964

KLENKOVÁ, J., *Kapitoly z logopedie*. 1. vyd. Brno: Paido, 1997, 93 s. ISBN 80-859-3141-9.

KLENKOVÁ, J., *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 224 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4711-102.

KUTÁLKOVÁ, D., *Opožděný vývoj řeči: Dysfázie: metodika reedukace*. 1. vyd. Praha: Septima, 2002, 102 s. ISBN 80-721-6177-6.

KUTÁLKOVÁ, D., *Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2002, 213 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-717-8667-5.

LECHTA, V., *Diagnostika narušené komunikační schopnosti: průvodce vývojem dětské řeči*. Vyd. 1. Překlad Jana Křížová. Praha: Portál, 2003, 359 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-717-8801-5.

LECHTA, V., *Terapie narušené komunikační schopnosti: průvodce vývojem dětské řeči*. Vyd. 1. Překlad Jana Křížová. Praha: Portál, 2005, 386 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-717-8961-5.

LECHTA, V., ŠKODOVÁ, *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Vyd. 1. Překlad Jana Křížová. Praha: Portál, 2002, 191 s. ISBN 80-717-8572-5.

LEJSKA, M., *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido – edice pedagogické literatury, 2003, 156 s. ISBN 80-731-5038-7.

LESNÝ I. a kol., *Všeobecná a speciální neurologie*, 2. vyd., Praha: Univerzita Karlova, 1977, číslo publikace: 1002-0914

LOVE, R. J. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 372 s. ISBN 978-80-7367-464-9.

MATĚJČEK, Z., *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte: normy vývoje a vývojové milníky z pohledu psychologa, základní duševní potřeby dítěte, dítě a lidský svět*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 182 s. Pro rodiče. ISBN 80-247-0870-1.

PŘÍHODA, Václav. *Ontogeneze lidské psychiky*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1963, 461 s.

SOVÁK M., *Elementární logopedická diagnostika, terapie a prevence*, 1. vyd., Praha, SPN, 1978, číslo publikace: 0-73-13/1

SOVÁK M. a kol., *Logopedie*, 3. vyd., Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1965

SOVÁK M., *Logopedie*, 1. vyd. Praha: p. n., 1978, č. 06-40-11/II/1

SPÁČILOVÁ, H., ŠUBOVÁ L., *Příprava žáka na psaní: rozvíjení grafomotoriky a zrakového vnímání*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, 87 s. ISBN 80-244-0761-2.

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA I., *Klinická logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 612 s., ISBN 80-717-8546-6.

ŠVANCARA J., *Kompendium vývojové psychologie*, 1. vyd, Brno: n. p., 1971, 17-364-71

TŘESOHLAVÁ, Z., et al. *Lehká mozková dysfunkce v dětském věku*. Praha: Avicenum, 1983. 228 s.

VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ A., *Logopedie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, 182 s. ISBN 80-244-1088-5.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

MIKULAJOVÁ, M. a RAFAJDUSOVÁ, I., *Vývinová dysfázia: specificky narušený vývin reci.* 1. vyd. Bratislava: S. N., 1993, 288 p. ISBN 80-900-4450-6.

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Seznam obrázků

Obrázek č. 1 – Kresba mužské postavy

Obrázek č. 2 – Opis nesmyslné věty

Obrázek č. 3 – Napodobení skupiny bodů

Obrázek č. 4 – Kresba tvarů dle předlohy

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – Základní komponenty modelu centrálního jazykového mechanismu

Tabulka č. 2 – Lékařské vyšetření ve věku 1 rok

Tabulka č. 3 – Lékařské vyšetření ve věku 2 roky

Tabulka č. 4 – Lékařská vyšetření ve věku 4 roky

Tabulka č. 5 – Lékařská vyšetření ve věku 6 let

Tabulka č. 6 – Lékařská vyšetření ve věku 7 let

Tabulka č. 7 – Lékařská vyšetření ve věku 8 let

Tabulka č. 8 – Lékařské vyšetření ve věku 9 let

Tabulka č. 9 – Lékařské vyšetření ve věku 10 let

Tabulka č. 10 – Lékařská vyšetření ve věku 11 let

Tabulka č. 11 – Lékařská vyšetření ve věku 12 let

Tabulka č. 12 – Lékařská vyšetření ve věku 13 let

SEZNAM ZKRATEK

ADHD – „Attention Deficit Hyperactivity Disorder“ neboli hyperkinetická porucha

Aj. – A jiné

Apod. – A podobně

ATIC – Asociace turistických informačních center

CNS – Centrální nervová soustava

CT – „Computed tomography“ neboli počítačová tomografie

EEG – Elektroencefalografie

LMD – Lehká mozková dysfunkce

Např. – Například

NEPS – „National Educational Panel Study“ neboli neuropsychologické vyšetření

ORL – Otorhinolaryngologie

Resp. – Respektive

Tzv. – Takzvané

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A– Vlastní vyšetření řeči.....	I
Příloha B– Vlastní vyšetření grafomotoriky	III

PŘÍLOHY

Příloha A – Vyšetření řeči

1. Vyšetření a popis řeči

▪ Stupeň rozvoje řeči

- a) Žvatlá
- b) Používá přírodní zvuky
- c) Používá jednotlivá slova
- d) Tvoří dvouslovné věty
- e) Tvoří delší věty

▪ Zvuková produkce

- a) Má/nemá potřebu komunikovat
- b) Pasivní odpověď (ochotně/neochotně)
- c) Aktivní odpověď (gestikulace, mimika, zástupná slova, melodie)
- d) Srozumitelnost, idioglosie

▪ Slovní zásoba pasivní

- a) Rozumí pokynům
- b) Nereaguje pravidelně
- c) Reaguje nepřiměřeně situaci

▪ Slovní zásoba aktivní

- a) Používaná slova lze spočítat
- b) Používaná slova už nelze spočítat
- c) Používá často neologismy
- d) Jiný projev...

▪ **Větná stavba**

- a) Netvoří věty
- b) Jednoslovné věty, ale obměňuje melodii
- c) Krátké věty skládáním slov vedle sebe
- d) Krátké věty tvoří správně
- e) Tvoří delší věty

▪ **Melodie**

- a) Výrazná
- b) Přiměřená situaci
- c) Nevýrazná

▪ **Tempo**

- a) Zrychlené
- b) Normální
- c) Zpomalené

▪ **Rytmické schopnosti**

- a) Napodobuje správně rytmus, říkanky, rozpočítávadla
- b) Nenapodobuje správně rytmus, říkanky, rozpočítávadla

▪ **Dýchání**

- a) Ústy
- b) Nosem
- c) V noci chrápe
- d) Hospodaření s dechem přiměřené věku

▪ **Nosovost**

- a) Otevřená
- b) Zavřená

▪ **Výslovnost**

- a) Odpovídá věku
- b) Výrazné nedostatky
- c) Tetismus

▪ **Popis mluvidel**

- a) Vada skusu
- b) Geotické patro
- c) Frenulum
- d) Submukózní rozštěp
- e) Jiné

▪ **Gestikulace**

- a) Používá přiměřeně
- b) Používá nepřiměřeně
- c) Nepoužívá

2. Jednotné a množné číslo

<i>Jednotné číslo (Vzor)</i>	<i>Množné číslo (Anna)</i>	<i>Hodnocení</i>
<i>a) Maminka</i>		
<i>b) Teta</i>		
<i>c) Babička</i>		
<i>d) Tatínek</i>		
<i>e) Prodavač</i>		
<i>f) Kluk</i>		

3. Stupňování přídavných jmen

<i>Pozitiv (vzor)</i>	<i>Komparativ</i>	<i>Superlativ</i>	<i>Hodnocení</i>
a) <i>Velký</i>			
b) <i>Silný</i>			
c) <i>Šikovní</i>			
d) <i>Zelený</i>			
e) <i>Špatný</i>			
f) <i>Horký</i>			

4. Vyprávění pohádky / básnička

- **Prší, prší**

- **Pohádka o Jeníčkovi a Mařence**

5. Tvorba vět

<i>Zadání</i>	<i>Odpověď</i>	<i>Hodnocení</i>
<i>a) Máma – jít – obchod</i>		
<i>b) Zahrada – ležet – pes</i>		
<i>c) Učitel – sedět – křeslo</i>		
<i>d) Děda – radovat se – dárek</i>		
<i>e) Květina – vonět</i>		
<i>f) Jablko – sladké</i>		

6. Jazykové kompetence (složky)

▪ **Syntaktická**

- a) Chápání a dodržování gramatických pravidel, větná stavba
- b) Užívání substantiv
- c) Slovosled

▪ **Sémantická**

- a) Rozsah a kvalita slovní zásoby (pasivní x aktivní) – viz výše!
- b) Rozlišování druhů slov

▪ **Fonologická**

- a) Kvalita fonémů a celkového zvukového projevu

Příloha B – Vyšetření grafomotoriky

1) Orientační test školní zralosti

▪ Kresba postavy

- a) Postava má hlavu, trup a končetiny
- b) Hlava je s trupem spojená krkem
- c) Hlavu pokrývají vlasy, nechybí nos, oči, ústa ani uši
- d) Paže končí pětiprstou rukou
- e) Nohy jsou v oblasti chodidel zahnuté
- f) Syntetický způsob zobrazení
- g) Vyjádření ženského/mužského oblečení

▪ Opis věty

- a) Dobrá čitelnost
- b) Písmena jsou velikostně stejná jako předloha
- c) První písmeno je velké
- d) Nechybí mezery ani tečka nad i
- e) Písmena jsou správně napojena
- f) Věta je ve vodorovné poloze
- g) Věta nepřesahuje určený rámeček rozlohy

▪ Skupina bodů

- a) Téměř bezchybné napodobení vzorového seskupení
- b) Body nejsou vychýleny z řady či sloupce
- c) Zvětšení není více než o polovinu
- d) Správný počet bodů

2) Ostatní cvičení

▪ **Rozvoj jemných pohybů prstů**

- a) Spojování palce s ostatními prsty
- b) Plynulé roztahování a stahování prstů

▪ **Kresba tvarů dle předlohy**

- a) Kruh
- b) Čtverec
- c) Vlnovka

▪ **Doprovodné znaky**

- a) Tlak na podložku
- b) Správné držení tužky
- c) Křečovitost
- d) Tempo
- e) Napojování čar

Poznámky:

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Srpková Šárka

Obor: Speciální pedagogika – vychovatelství

Forma studia: Prezenční

Název práce: Hodnocení jazykových rovin, úroveň kresby a grafomotorických schopností u dětí s vývojovou dysfázií

Rok: 2013/2014

Počet stran textu bez příloh: 59

Celkový počet stran příloh: 7

Počet titulů českých použitých zdrojů: 28

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 1

Počet internetových zdrojů: 0

Počet ostatních zdrojů: 0

Vedoucí práce: Mgr. Hana Fleischmanová