

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2018–2021

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Marie Süčová

**Logopedická intervence u žáků s vývojovou dysfázií prvního
ročníku na vybrané základní škole logopedické**

Praha 2021

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Miroslava Kotvová, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2018–2021

BACHELOR THESIS

Marie Süčová

**Logopedic intervention of first year students with
developmental dysphasia in selected elementary school of
speech therapy**

Prague 2021

The Bachelor Thesis Work Supervisor: PhDr. Miroslava Kotvová, Ph.D.

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

Marie Sůčová

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce, PhDr. Miroslavě Kotkové, Ph.D. za vstřícný, trpělivý přístup a cenné rady při vedení mé bakalářské práce.

Děkuji také ZŠ logopedické, ve které probíhalo výzkumné šetření, především pak třídní paní učitelce za její vstřícnost, ochotu, umožnění realizace praktické části a poskytnutí informací.

Anotace

Bakalářská práce se zaměřuje na realizaci logopedické intervence u dětí prvního ročníku ZŠ logopedické s vývojovou dysfázií. V úvodní kapitole bakalářské práce je popsána ontogeneze řeči. V následující kapitole jsou představeny nejčastěji se vyskytující typy narušené komunikační schopnosti u dětí. V poslední dvou kapitolách je podrobně popsána problematika vývojové dysfázie včetně logopedické intervence.

V praktické části bakalářské práce jsou popsány možnosti logopedické intervence u dětí s vývojovou dysfázií prvního ročníku ZŠ logopedické. Výzkum prakticky orientované části bakalářské práce má kvalitativní charakter. Bylo zpracováno několik kazuistik, ve kterých je u každého dítěte popsána individuální terapie vývojové dysfázie a používané pomůcky.

Klíčová slova

Jazyk, kazuistiky, komunikace, komunikační schopnost, logopedická intervence, mladší školní věk, řeč, vývojová dysfázie

Annotation

Bachelor's thesis is focused on realization of speech therapy intervention in first grade children of elementary school of speech therapy with developmental dysphasia. In the introductory chapter of bachelor's thesis ontogenesis of speech is described. The most common types of impaired communication abilities are introduced in next chapter. Detailed problematics of developmental dysphasia including speech therapy intervention is described in the last two chapters.

Possibilities of speech therapy intervention in children with developmental dysphasia of elementary school of speech therapy are described in the practical part of bachelor's thesis. The research in practical oriented part of bachelor's thesis has qualitative character. During the research several case studies were compiled in which individual therapy of developmental dysphasia and used aids for each children are described.

Keywords

Case studies, communication, communication skills, developmental dysphasia, language, primary – school age, speech, speech therapy intervention

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 ONTOGENEZE ŘEČI.....	10
1.1 Stádia vývoje řeči	10
1.2 Jazykové roviny v ontogenezi dětské řeči	12
1.3 Podmínky pro správný vývoj řeči	14
2 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST.....	17
2.1 Vymezení pojmu komunikace.....	17
2.2 Poruchy komunikačních schopností.....	20
3 VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE	33
3.1 Etiologie vývojové dysfázie	34
3.2 Symptomatologie vývojové dysfázie	35
3.3 Formy vývojové dysfázie	36
4 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE U VÝVOJOVÉ DYSFÁZIE.....	39
4.1 Diagnostika vývojové dysfázie	39
4.2 Terapie vývojové dysfázie.....	40
4.3 Prevence vývojové dysfázie	41
PRAKTICKÁ ČÁST	42
5 POPIS LOGOPEDICKÉ INTERVENCE V PRVNÍM ROČNÍKU NA VYBRANÉ ZÁKLADNÍ ŠKOLE LOGOPEDICKÉ	42
5.1 Cíl výzkumného šetření.....	43
5.2 Dílčí cíle	43
5.3 Použité metody a charakteristika výzkumného vzorku.....	44
5.4 Kazuistika č. 1	45
5.5 Kazuistika č. 2	48

5.6	Kazuistika č. 3	52
5.7	Kazuistika č. 4	55
5.8	Kazuistika č. 5	59
5.9	Kazuistika č. 6	63
5.10	Kazuistika č. 7	67
5.11	Dílčí závěry šetření a doporučení pro praxi	70
	ZÁVĚR	72
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	74
	SEZNAM ZKRATEK	76
	SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	77

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je logopedická intervence u dětí prvního ročníku s vývojovou dysfázií, které navštěvují ZŠ logopedickou. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretickou část tvoří čtyři hlavní kapitoly a pátá kapitola představuje část praktickou.

V první kapitole se věnujeme ontogenezi řeči. Jsou zde popsána vývojová stádia řeči, jazykové roviny v ontogenezi řeči a také neméně důležité podmínky pro správný vývoj řeči. Dále se zaměříme na termín narušená komunikační schopnost, popíšeme jazyk a řeč, fáze komunikace mezi lidmi, verbální a neverbální komunikaci. A také se budeme zabývat poruchami komunikačních schopností, kde si popíšeme nejčastější a konkrétní poruchy jako je vývojová nemluvnost, afázie, mutismus, huhňavost, palatolalie, koktavost, dyslálie a poruchy grafické podoby řeči. V následující kapitole se budeme podrobně věnovat problematikou vývojové dysfázie, zaměříme se na základní terminologii, etiologii, symptomatologii a formy vývojové dysfázie, mezi které patří motorická (expresivní), sensorická (percepční) a smíšená vývojová dysfázie. Poslední čtvrtá kapitola zahrnuje diagnostiku, terapii a prevenci vývojové dysfázie.

Cílem praktické části bude zhodnotit stav logopedické intervence u dětí prvního ročníku s vývojovou dysfázií docházejících na ZŠ logopedickou. Obecně má dojít k závěru, jestli je nynější logopedická intervence v České republice uspokojivá nebo nikoliv. Následně se pokusíme zjistit, jaké pomůcky a formy práce používají odborní pracovníci na ZŠ logopedické pro rozvoj řečových schopností u těchto jedinců. Pro zpracování praktické části bakalářské práce bude použita kvalitativní metoda, ve které bude zahrnuta metoda pozorování a analýzy pro zpracování několika kazuistik neboli případových studií a dále dojde k jejich vyhodnocení.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ONTOGENEZE ŘEČI

Vývoj řeči lze považovat za jeden z nejzajímavějších procesů v životě člověka. Probíhá v jednotlivých etapách, které na sebe vzájemně navazují. Tento proces probíhá hned po narození až do dospělosti (Kejklíčková, 2016). Dle Klenkové nelze přesně s jistotou očekávat specifické stádium vývoje řeči v období, které je v literatuře popisováno. I u zdravého dítěte se můžeme setkat s časovou proměnlivostí u jednotlivých stádií. Je však důležité podotknout, že dítě nemůže žádné ze stádií vynechat, musí si všemi stádii řečového vývoje projít (Klenková, 1997).

1.1 Stádia vývoje řeči

Před samotným začátkem vlastní řeči se vyskytují přípravná období, jež se vzájemně prolínají. Stádia vývoje řeči lze rozdělit na tzv. „přípravné“ neboli „předřečové“ období a na vlastní vývoj řeči, což znamená vlastní vývoj řeči (Klenková, 1997).

Přípravné (předřečové) období vývoje řeči

Tato etapa se odehrává v prvním roce života dítěte, kdy se dítě učí základní návyky, zručnosti, díky kterým poté vznikne skutečná řeč. Klenková uvádí, že bylo na základě studií zjištěno, že již například embryonální období je úzce spjata s vývojem řeči, a to specifickými projevy jako je například cucání palce, polykací pohyby a olizování pupeční šňůry. Tudiž i pro nás zdánlivě „neverbální“ činnosti – polykání, žvýkání a sání jsou velmi důležité (Klenková, 1997).

Křik jakožto hlasový reflex je prvotním projevem narozeného dítěte. Vyjadřuje odpověď na změnu prostředí a je spjata s náznakem dýchání (Klenková, 1997). Období křiku je u každého dítěte individuální, některé pláčou během prvních týdnů hodně, některé skoro vůbec (Kutálková, 2011). Zhruba po šestinedělí dítěte získává křik citové zabarvení, na začátku je spojen s nespokojeností novorozence a až později zhruba mezi druhým a třetím měsícem může křik vyjadřovat i spokojenost dítěte. Lze dodat, že hlasové projevy v tomto období se mohou označovat jako tzv. broukání (Klenková, 1997).

Následuje období pudového žvatlání, které můžeme charakterizovat jako hru s mluvidly (Klenková, 1997). Dochází k náhodnému nastavení mluvidel při současně tvorbě hlasu na základě „slabik“, které obsahují hlásky PBM a TD, tvořených díky pohybům jazyka a rtů (Kutálková, 2011). Pudové žvatlání je charakteristické pro děti všech národností, ať slyšících či neslyšících (Klenková, 1997).

Mezi šestým a osmým měsícem můžeme hovořit o období napodobujícího žvatlání (Klenková, 1997). Zásoba slabik se zvětšuje a jejich kombinace se začíná podobat slovům (Kutálková, 2011). Napodobivé žvatlání je typické jen pro slyšící děti, avšak ty neslyšící postupem času žvatlat přestávají, což je pro nás důležitý diagnostický moment. Dítě se také učí napodobovat hlásky, kdy pokus musí provést několikrát, toto opakování označujeme jako „fyziologickou echolálii“ (Klenková, 1997).

Obdobím desátého až dvanáctého měsíce začíná období „rozumění“ řeči. Dítě nerozumí obsahu slov, která mu říkáme, avšak na základě slyšeného slova sleduje daný předmět či osobu a reaguje na určitou výzvu. Tohle „rozumění“ se projevuje motorickou reakcí, jako příklad si můžeme uvést „Jak jsi veliký?“ nebo „Udělej paci, paci!“. V tomto období je dle autorky důležité, aby dítě mělo bohatou síť sociálních kontaktů (Klenková, 1997).

Stádia vlastního vývoje řeči

Jako první verbální projev jsou slova, které dítě začíná používat okolo prvního roku života. Tato slova vyjadřují potřebu, city, prosby či přání, proto je tohle období označováno emocionálně volním. První slova jsou jednoslabičná i víceslabičná a jsou spojena s konkrétními osobami či věcmi. Velký význam má i přízvuk a intonace, kdy například slovem „mama“ může dítě vyjadřovat radost, že je v matčině přítomnosti, nespokojenost, že ho matka opouští či přání, aby s ním zůstala. Ač dítě již začalo používat slova, období žvatlání nadále pokračuje především při usínání (Klenková, 1997).

V období okolo roku a půl až dvou dítě začíná napodobovat dospělé, opakovat slova a mluvení objevuje jako činnost. Tohle období označujeme jako egocentrické stádium řeči (Klenková, 1997). Ke konci druhého roku života se objevuje slovníkový spurt, což je jev, kdy se dětská slovní zásoba rozvíjí vyšším tempem než v období prvních slov (Smolík a kol., 2014).

Následuje obrovské kvalitativní i kvantitativní zdokonalování řeči. Okolo dvou a půl let lze pozorovat frustraci z důvodu neúspěšné komunikace (Klenková, 1997).

Stádium rozvoje komunikační řeči lze pozorovat mezi druhým a třetím rokem. Na toto období navazuje stádium logických pojmů, které se objevuje okolo třetího roku života dítěte. V tomto období se často vyskytují obtíže v řeči, jako jsou zarážky v řeči, opakování hlásek, slov či slabik. Dochází k tomu na základě náročných myšlenkových operací. Rodiče by měli být k dítěti shovívaví a pomoci mu tyto těžkosti překonat (Klenková, 1997).

Mezi třetím a čtvrtým rokem života dokáže dítě své myšlenky většinou formálně i obsahově vyjádřit. V dalším vývoji dochází k osvojování nových slov, rozšiřování slovní zásoby či zdokonalování obsahu slov. Tento proces označujeme intelektualizací řeči, pokračuje celé období, ve kterém je člověk schopný se učit (Klenková, 1997).

1.2 Jazykové roviny v ontogenezi dětské řeči

Během vývoje dětské řeči se dohromady prolínají roviny gramatická, lexikální, zvuková a pragmatická (Klenková, 1997).

Gramatická rovina (morfologicko – syntaktická)

Tuto rovinu lze zkoumat až okolo prvního roku dítěte, kdy dochází k vlastnímu vývoji řeči. První slova plní funkci vět, vzniká opakování slabik a nelze je skloňovat – mama, tata, baba. Lze pozorovat i jejich podobnost v odlišných jazycích (Klenková, 1997).

Dítě se projevuje samostatnými slovy přibližně do dvou let. Poté spojení dvou jednoslovných vět vznikají dvojslovné věty (Klenková, 1997).

Ze slovních druhů začíná dítě nejdříve užívat podstatná slova a až později slovesa. Během toho se objevují tzv. onomatopoická citoslovce, označované také jako zvukomalebná citoslovce, například bú, mé, pi – pi, bác. Na přelomu druhého a třetího roku používá dítě stále častěji přídavná jména a začíná přidávat i osobní zájmena. Až na konec používá číslovky, předložky a spojky. Po ukončení čtvrtého roku používá již všechny slovní druhy (Klenková, 1997).

V období druhého a třetího věku se dítě učí skloňovat a po třetím roce používá jednotné i množné číslo. Dítě může mít delší dobu problém se stupňováním přídavných

jmen. Také co se týče slovosledu, na první místo ve větě dává dítě slovo, které má pro něj emociálně největší význam. Mezi třetím a čtvrtým rokem dítě začíná utvářet souvětí (Klenková, 1997).

Dítě začíná užívat náležité gramatické formy díky transferu tzv. přenosu. Ten je přesný. Například když dítě slyší spojení červený – červenější, obdobně utvoří spojení dobrý – dobřejší. Do čtyř let je to přirozené a označujeme tento jev jako tzv. fyziologický dysgramatismus, pokud však přetrvává i nadále, lze mluvit i o narušení vývoje řeči (Klenková, 1997).

Lexikální rovina (lexikálně – sémantická)

Zhruba okolo desátého měsíce lze pozorovat počátky rozvoje pasivní slovní zásoby, kdy dítě začíná „rozumět“ řeči dospělých. Kolem prvního roku již začíná užívat i svá první slova, i když to však neznamená, že dítě by se od teď dorozumívalo jen řečí. Dorozumívání je pořád na úrovni mimiky, pláče, pohybů a pohledu (Klenková, 1997).

Dítě zpočátku chápe první slova všeobecně, například haf – haf je všechno chlupaté, co má čtyři nohy, tohle označujeme jako hypergeneralizace. Poté když má dítě větší slovní zásobu, všímáme si opačné tendence a to je hyperdiferenciace, kdy dítě pokládá slova za názvy jen jediné a určité věci, například táta je označení jen pro jeho otce (Klenková, 1997).

Ve vývoji řeči dítěte lze pozorovat také první a druhý věk otázek. Okolo jednoho a půl roku je to věk otázek „Co je to?“ nebo „Kdo je to?“ a v období tří a půl let jsou to otázky „Proč?“ či „Kdy?“ (Klenková, 1997).

Tohle období je pro vývoj řeči dítěte klíčové, neboť si rozvíjí aktivní i pasivní slovní zásobu. V rámci logopedie je důležité se zaměřit na depistáž, preventivní péči či na metody rozvíjení řeči, ať už se jedná o výslovnost nebo slovní zásobu (Klenková, 1997).

Dle studií můžeme také popsat průměrný počet slov dle věku dítěte. V prvním roce dítě používá průměrně 5, v roce a půl 70, okolo dvou let až 300, ve věku tří let kolem 1000, ve čtyřech letech 1500, v pěti letech 2000 a v šesti letech až 3000 slov (Klenková, 1997).

Zvuková rovina (foneticko – fonologická)

Jako důležitý okamžik v ontogenezi řeči je období přechodu z pudového žvatlání na napodobující žvatlání, ke kterému dochází mezi šestým a devátým měsícem. Autorka uvádí, že až od tohoto stádia lze mluvit o vývoji výslovnosti, neboť do té doby dítě vytváří zvuky, které nemůžeme klasifikovat jako hlásky mateřského jazyka (Klenková, 1997).

Fonetická stránka ontogeneze řeči se drží tzv. pravidla nejmenší fyziologické námahy, při kterém dítě nejdříve utváří takové hlásky, které pro něj nejsou natolik namáhavé a až později vytváří ty náročnější. Na základě tohoto pravidla dítě vytváří nejdříve samohlásky, poté retné souhlásky a až nakonec hrdelní hlásky (Klenková, 1997).

Zcela na závěr zvládne dítě fonémy, které jsou typickým znakem jejich mateřského jazyka, například v českém jazyce se naposledy fixuje ř. Vývoj řeči se ze zvukové stránky ukončuje kolem pátého roku, nejpozději však při nástupu dítěte do první třídy (Klenková, 1997).

Pragmatická rovina

Pragmatickou rovinu lze chápat jako rovinu sociální aplikace, sociálního uplatnění komunikační schopnosti, kdy přední místo zabírají psychologické a sociální aspekty komunikace. V období druhého a třetího roku života se dítě snaží ovládnout mateřský život nejen jako systém znaků, ale používá komunikační vzorce, které používá v různých situacích. Po třetím roce života se u dítěte projevuje snaha komunikovat, začíná navazovat a udržovat krátký rozhovor s dospělými ve svém okolí. Okolo čtyř let dítě již umí komunikovat přiměřeně situaci (Klenková, 2006).

1.3 Podmínky pro správný vývoj řeči

Vývoj řeči je velmi složitý proces. Ovlivňuje ho řada vnitřních a vnějších faktorů. Za vnitřní faktory lze považovat schopnosti a stav organismu. Dítě také ovlivňují vnější faktory, které na něj působí v prostředí, ve kterém vyrůstá (Klenková, 1997). Bytešníková udává, že klíčové období pro vývoj řeči je období do šestého roku života (Bytešníková, 2012).

Mezi vnitřní faktory patří správný vývoj zrakového a sluchového analyzátoru, řečově – motorické zóny, mluvních orgánů, fyzického a psychického zdraví, intelektu a také mluvních orgánů. Dítě je také ovlivněno vlivy prostředí a výchovou, která se mu dostává.

Velmi důležité pro jeho vývoj řeči je dostatečné množství řečových podnětů a správný řečový vzor (Klenková, 1997). Bytešníková zmiňuje jako vnější faktor i vrozenou míru nadání pro řeč a jazyk (Bytešníková, 2012).

Klenková popisuje vzájemné interakce vnějších a vnitřních faktorů na tzv. reflexním okruhu komunikace. Jako začátek reflexního okruhu můžeme uvést společenské prostředí, ve kterém je nutné, aby dítě dostávalo dostatek řečových podnětů a také stimulaci k řečovému projevu, neboť při nepřiměřeném množství podnětů se vývoj řeči zpomaluje, naopak nadbytek podnětů dítě spíše neurotizuje. Pro správný vývoj řeči je taktéž důležité zmínit správný řečový vzor, neboť při nesprávném řečovém vzoru jej dítě napodobuje s chybami. Podmínky pro správný vzor řeči jsou takové, že musí odpovídat artikulačním, zvukovým a gramatickým normám jazyka (Klenková, 1997).

Následují receptory dálkových analyzátorů – zrak a sluch, které získávají informace z prostředí. Nejdůležitější pro utvoření řeči je sluchový analyzátor, poněvadž bez něj není možné, aby se řeč vyvíjela správným způsobem. Význam pro vývoj řeči má určitě i zrak, protože i mimika, gestikulace a odezírání artikulace jsou podstatné pro správný vývoj. Klenková také podotýká, že při ztrátě sluchu přebírá hlavní funkci při vnímání řeči zrak (Klenková, 1997).

Na receptory dálkových analyzátorů navazují dostředivé dráhy, které od nich získávají informace a dále je vedou do korové oblasti analyzátorů. Tyto podněty získávají citové zabarvení při průchodu staršími podkorovými oblastmi. Tato citová oblast hraje značnou roli při vývoji sociálních vztahů a osobnosti. Při nedostatku citových vztahů v dětství může vzniknout asociální až antisociální chování a opožděný vývoj řeči (Klenková, 1997).

V centrálním nervovém systému dochází k záchytu informací a jejich částečnému zpracování. Důležitý činitel pro kvalitu, jak obsahové, tak i výrazové stránky mluvního projevu, je stav intelektu a rozumových schopností. Po zpracování podnětu v centrálním nervovém systému se vzruch přesouvá na odstředivé dráhy (Klenková, 1997). Aby docházelo ke správnému vývoji řeči, je důležité, aby nedošlo k narušení nervové soustavy a také je důležité její vyžívání (Bytešníková, 2012).

Celkový výkon řeči je řízen a upravován motorickými korovými a mimokorovými centry. Motorika a řeč na sebe vzájemně působí, například poruchy motoriky se mohou promítat do jemných mechanismů řeči (Klenková, 1997).

Výkonné orgány, které umožňují řeč, neboli efekторы provádí hlavní akt reflexního dějství. Jsou to řečové orgány, které lze rozdělit na hlasové, artikulační a dýchací (Klenková, 1997). Pro správné dýchání jsou důležité tyto podmínky – dostatečně hluboké dýchání nosem, správná klidová poloha jazyka při dýchání a hospodaření s dechem. Při tvorbě hlasu je podstatná hlasová hygiena neboli používání přiměřené hlasitosti, schopnost regulovat sílu hlasu, a nakonec tvrdý a měkký hlasový začátek. Co se týče artikulace je klíčové napětí orofaciálního svalového systému, tvar zubů, velikost a pohyblivost jazyka (Kutálková, 2011).

Mezi poslední články reflexního okruhu patří společenské prostředí, které má za úkol přijímat řečový projev. Ten může být brán buď pozitivně, čímž vede dítě k povzbuzení k mluvení nebo negativně, což působí záporně na další vývoj řeči (Klenková, 1997).

Konečným článkem reflexního okruhu komunikace je druhá osoba, která přijímá mluvený projev dítěte, zpracuje ho a výsledkem zpracování je reakce, tedy komunikace, která ovlivňuje dítě. Tato reakce musí být přiměřená, přirozená a pro dítě dobře pochopitelná (Klenková, 1997)

2 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST

2.1 Vymezení pojmu komunikace

Hned na začátku je potřeba definovat pojem „komunikace“. V Logopedickém slovníku od Dvořáka je komunikace definována jako „*přenos různých informačních obsahů pomocí různých komunikačních systémů zejména prostřednictvím jazyka*“ (1998, s. 85).

Člověk je společenská bytost, která dokáže s ostatními jedinci komunikovat. Existují různé formy dorozumívání a sdělování, které potřebuje každý živý tvor (Klenková, 2006).

I ten nejjednodušší jednobuněčný organismus se dokáže orientovat v prostoru, je nucen hledat potravu, utéct před nepřáteli, přijímat potravu, rozmnožovat se, chránit se a žít. Nic z toho by nebylo možné díky schopnosti přijímat informace a dále je předávat (Lejska, 2003).

Komunikace je určena k přenosu informací díky speciálním informačním kanálům, například akustického, optického a pachového. Na světě není žádná forma života, která by neměla schopnost a potřebu komunikovat. Komunikace je jev vrozený a můžeme ji považovat za instinkt, se kterým se živý tvor rodí. Schopnost a potřeba komunikovat je hned vedle potřeby zachování jedince a rodu jedna z nejdůležitějších potřeb živé hmoty (Lejska, 2003).

Komunikace má vliv na rozvoj osobnosti, hraje svoji roli v mezilidských vztazích a tvoří prostředek vzájemných vztahů. Komunikaci lze rozumět jako složitému ději výměny informací, základ tvoří čtyři stavební prvky, které na sebe navzájem působí. Mezi tyto prvky patří komunikátor, což je osoba, která sděluje něco nového, je to zdroj informací. Další je komunikant neboli příjemce dané informace, na kterou reaguje. Nová informace nebo obsah sdělení se označuje jako komuniké. A jako poslední prvek je komunikační kanál, který je zcela nezbytný pro úspěšnou výměnu informace, aby si obě strany dokázaly porozumět (Klenková, 2006).

Cíl komunikace člověka je kromě vzájemného dorozumívání a sdělování informací hlavně za účelem udržování mezilidských vztahů. Nezbytnost komunikace nelze dostatečně docenit, neboť bez ní by žádná společnost nemohla existovat a ani se

vyvíjet. Schopnost komunikace lze považovat za jednu z nejdůležitějších lidských schopností. Je to schopnost úmyslně využívat jazyk jako komplikovaný systém znaků a symbolů ve všech formách (Klenková, 2006).

Jazyk a řeč

Dvořák definuje řeč jako „*formu sdělování a dorozumívání založenou na používání slovních (mluva, písmo), ale i neslovních (gesta, mimika) výrazových prostředků komunikace*“ (1998, s. 147). Řeč se vyznačuje třemi důležitými rysy a to především „sebezapomněním“, což znamená, že si ji většinou vůbec nevšimáme, nevíme o ní, protože se soustředíme hlavně na to, co se v řeči sděluje, na to, co je „řečené“. Řeči si všimneme až tehdy, pokud narazíme na nějakou obtíž v hladkém fungování jazyka. Druhá charakteristika řeči je taková, že není vázána ke mně, ale obrací se k jiným, tudíž patří do „oblasti my“. A za třetí, řeč je univerzální, dokáže vyjádřit úplně všechno (Klenková, 2006). Řeč je typická jen pro lidské bytosti. Jedná se o složitý systém znaků a symbolů. Člověk ji využívá ke sdělování přání, myšlenek a pocitů. Je třeba zmínit, že řeč není vrozená, nýbrž se rozvíjí až při verbální kontaktu s mluvícím okolím. K řeči je potřeba nejen mluvní orgány, ale hlavně mozek a jeho hemisféry (Klenková, 2006).

Řeč můžeme rozlišit na zevní neboli mluvenou řeč a vnitřní řeč. Zevní řeč lze definovat jako schopnost člověka používat sdělovací prostředky, které jsou vytvářeny mluvidly, je uskutečňována mluvením. Vnitřní řeč je brána jako chápání, vyjadřování a uchovávání myšlenek za pomoci slov, a to jak verbálně, tak i graficky díky písmu a četbě (Klenková, 2006). Řeč má také z komunikačního hlediska dvě navzájem spojené stránky, a to jsou expresivní složka, kdy řeč produkujeme a složka receptivní, při které řečová sdělení přijímáme a dokážeme jim porozumět (Lejska, 2003).

Definice jazyka dle Dvořáka zní „*soustava zvukových a druhotných dorozumívacích prostředků znakové povahy, schopná vyjádřit veškeré vědění a představy člověka o světě a jeho vlastní prožitky*“ (1998, s. 81). Jazyk úzce souvisí s řečí, jako příklad lze uvést, aby člověk dokázal promluvit česky (řeč), musí ovládat češtinu (jazyk) (Klenková, 2006). Jazyk lze chápat jako jedinečnou vlastnost, která je typická pro přesně vymezenou skupinu lidí. Sděluje informace pomocí zvukového, písemného nebo jiného kódu. Jazyk je definován přesnými gramatickými, fonologickými, sémantickými či fonetickými zákony, které jsou specifické jen pro daný jazyk. Dle autorky je jazyk

sociální části řeči a můžeme ho charakterizovat jako gramatickou soustavu, která se nachází v mozku jedince (Bytešníková, 2012). Bytešníková jazyk definuje jako „*výsledek složité neurální činnosti, dovolující vyjadřovat a vnímat duševní stavy prostřednictvím sluchových a grafických znaků nebo gest při využití senzorických a motorických funkcí, které k tomuto účelu nebyly prvotně specializovány*“ (2012, s. 14). Jazyk lze také považovat jako základní prostředek komunikace myšlenek, je to univerzální prostředek, kdy má každá lidská společnost svůj jazyk a každý člověk se dorozumívá svým mateřským jazykem. Proto každé zdravé dítě má vrozenou schopnost se naučit jakýkoliv jazyk. To, který z jazyků se stane jeho mateřštinou záleží na původu rodičů či vychovatelů dítěte (Bytešníková, 2016).

Fáze komunikace mezi lidmi

Ke každé komunikační výměně je člověk více či méně motivován. Lze rozlišit šest fází komunikace – ideová geneze (vznik myšlenky), zakódování (vyjádření myšlenky např. ve slovech), přenos (přenos symbolů od vysílajícího k příjemci), příjem (moment, kdy symboly připutují k příjemci), dekodování (výklad přijatých symbolů) a akce (reakce na přijatou zprávu, využití informace). Přijímání, dekodování sdělení a jejich převádění se označuje jako recepce, což je často mimovolní, neuvědomovaný proces. Tu předchází a také doprovází percepce neboli vnímání (Klenková, 2006).

Verbální a neverbální komunikace

Ačkoliv je v komunikaci nejdůležitější verbální projev, lze se dorozumívat i jinými způsoby. Velkou roli hraje právě neverbální komunikace (Klenková, 2006).

V sociální komunikaci rozlišujeme tři skupiny komunikace – verbální, neverbální komunikace a komunikace činem. Z historického hlediska lze říci, že komunikace činem byla doprovázená neverbální komunikací. Neverbální komunikace se oproti té verbální užívá hlavně při vyjadřování emocí, vůle a postojů (Klenková, 2006).

Do kategorie verbální komunikace lze zařadit všechny komunikační procesy, které se uskutečňují díky mluvené či psané řeči. Komunikace verbální má dominantní roli v komunikaci jako dorozumívacím procesem. Pomocí slov se jedinec dokáže zorientovat ve světě, jak v tom vnitřním, tak v tom vnějším. Slova jsou pro člověka často pomocníkem, avšak dokáží být i zbraní. Slova dokáží, jak potěšit, tak ublížit. Verbální

komunikace je vždy doprovázena komunikací neverbální, avšak neverbální komunikace se může realizovat samostatně (Klenková, 2006).

Neverbální komunikaci lze chápat jako všechny neslovní dorozumívací prostředky. Je ontogeneticky i fylogeneticky starší. Podléhá také společenským zásadám, kdy například u nás je mlaskání a srkání při jídle bráno jako neslušné, pro jiné národy je to vyjádření úcty k hostiteli, s tím, že jsou hostitelé s jídlem spokojeni. Do neverbální komunikace můžeme zahrnout rozsáhlou oblast toho, co signalizujeme se slovy či bez. Nonverbální komunikace je typická gesty, ať už se jedná o postoj těla, pohyby hlavou, pohledy očí, zaujímání určitých pozic či tělesným kontaktem. Ve sféře nonverbální komunikace lze rozlišit vokální nebo paralingvistické fenomény, do kterých patří kvalita hlasu či způsob mluvení a nonvokální nebo extralingvistické fenomény, které představují gestika, mimika, držení těla, haptika a zrakový kontakt. Základní prostředky nonverbální komunikace lze dále třídit, dochází k samostatné analýze pohybů rukou, nohou, mimiky, tu ještě můžeme rozdělit na mimiku horního a dolního obličeje (Klenková, 2006).

Jak již bylo zmíněno výše, verbální i neverbální komunikace patří do komunikace sociální. Klenková sociální komunikaci definuje jako „*sdělování a přejímání významů v sociálním chování a sociálních vztazích lidí*“ (2006, str. 32). Každý člověk získává schopnost sociální komunikace už v prenatálním období života. Forma i obsah komunikace je do určité míry ovlivněna například vzděláním, temperamentem, zdravotním stavem, pohlavím, věkem, výchovou a mentálním zdravím (Klenková, 2006).

2.2 Poruchy komunikačních schopností

Pokud jsou dodrženy všechny vnitřní i vnější podmínky, tak vývoj řeči probíhá správně, avšak pokud nejsou, stačí i porušení jednoho faktoru, který se podílí na tvorbě či realizaci řeči, dojde k narušení celého komunikačního procesu (Klenková, 1997). Jako vnitřní faktory lze popsat především vrozené předpoklady a nadání pro řeč, správný vývoj zrakového a sluchového analyzátoru, nepoškozený CNS a mluvní orgány a v neposlední řadě duševní i fyzický vývoj a dostatečný vývoj intelektu. Z vnějších faktorů by bylo dobré zmínit vliv výchovy a prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, dostatečné množství podnětů a správná stimulace dítěte ke komunikaci (Klenková, 2006). Klenková definuje narušenou komunikační schopnost „*komunikační schopnost je narušena tehdy, když*

některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů je narušena, nedovoluje vyplnit jeho komunikační záměr.“ (1997, str.17).

Poruchy komunikační schopnosti mohou být přechodné nebo trvalé. Mohou se projevit jako vada řeči vrozená, nebo získaná vada (Klenková, 1997).

Jako důvod narušení komunikační schopnosti uvádí Klenková z časového hlediska tyto příčiny: prenatální (vznik již v období vývoje plodu), perinatální (poškození při porodu) a postnatální (vznik po narození). Podle lokalizace lze také popsat jako příčiny: aberace chromozomů, genové mutace, negativní vlivy prostředí orgánové poškození receptorů, efektorů, CNS a vývojové odchylky (Klenková, 1997). Naopak Bytešníková rozděluje narušenou komunikační schopnost z hlediska etiologického, průběhu vývoje řeči, věku a narušení a stupně narušení (Bytešníková, 2012).

Vývojová nemluvnost

Zdravý kojeneček nemluví zhruba do jednoho roku života a tento jev se označuje jako fyziologická nemluvnost. Vlastní vývoj řeči začíná až kolem prvního roku života, kdy začíná vyslovovat první slova (Klenková, 1997).

Mezi druhým a třetím rokem života již dítě mluví ve větách. Může ovšem dojít i k tzv. prodloužené fyziologické nemluvnosti. Ta se projevuje častěji u chlapců. Ačkoliv je dítě zdravé, slyší, není postiženo motorika ani řečové orgány a má dostatečné stimuly k vývoji řeči (Klenková 1997).

Dalším jevem je opožděný vývoj řeči, kdy dítě ve třech letech nemluví nebo mluví velmi málo než ostatní děti. Je důležité začít hledat příčiny opoždění a dítě musí být odborně vyšetřeno. Tato odborná vyšetření zahrnují vyšetření: neurologické, foniatrické, otorinolaryngologické, oční, psychologické a psychiatrické. Tato vyšetření musí vyloučit: vadu zraku, poruchu sluchu, autismus, poruchu intelektu, vady mluvidel/rozštěpy či akustickou dysgnozii. Mezi nejčastější příčiny opožděného vývoje patří:

- Prostředí, ve kterém dítě vyrůstá – může docházet k poruše neuropsychického rozvoje dítěte, nedostatečná pozornost matky na dítě;
- Citová deprivace – dítě trpí nedostatkem citových vazeb;
- Minimum mluvních stimulů – dítě je vychováváno s minimem stimulů k rozvoji řeči, rodiče ho nepodněcují k řeči, nemá motivaci k mluvení, nedochází k aktivitě

napodobovacích reflexů, např. děti neslyšících rodičů, dětí, které vyrůstají u starých a málomluvných prarodičů;

- Neslyší-li jedinec lidské slovo – může dojít k úplné nemluvnosti, jedná se o děti, které jsou vychovávány zvířaty, jde však o ojedinělé případy;
- Předčasně narozené děti – nezralé, slabé děti, u kterých může dojít také k opožděné či chudé řeči;
- Lehká mozková dysfunkce – často děti nesoustředěné na řeč, u nichž se může dojít k opožděnému vývoji řeči;
- Slabý typ nervové soustavy – u těchto dětí dochází k pozdějšímu vývoji podmíněných reflexů a reflexů mluvních, tudíž se vývoj řeči opoždí;
- Dědičnost;
- Nadměrné využívání masmédií – TV, video, rozhlas, tohle vše může mít negativní vliv na výchovu dětí a na jejich řečový vývoj, proto je důležité, když už dítěti televizi pustíme, aby se jednalo o vhodné a kvalitní pořady přiměřené jeho věku;
- Počítače – jedná se o velký problém dnešní společnosti, kdy děti tráví na počítači příliš mnoho času a neumí si hrát s hračkami, nechodí ven, málo komunikují s okolím (Klenková, 1997).

Příčin opožděného vývoje řeči může být mnoho, viz. výše. Je vyžadováno odborné lékařské vyšetření a logopedická péče. Pokud k opožděnému vývoji řeči dojde, je velmi důležitá spolupráce logopeda, rodičů a učitelek v mateřských školách. Pokud se nám povede odstranit všechny tyto příčiny a upravíme rodinné prostředí, poskytneme dítěti správný mluvní vzor, budeme ho podněcovat k mluvení a rozvíjet jeho aktivní i pasivní slovník, může se nám podařit navrácení vývoje řeči do normy (Klenková, 1997).

Afázie

Jedná se o poruchu nebo ztrátu již rozvinuté řeči na základě orgánového poškození mozku. Jedná se například o úrazy hlavy, poranění mozku, mozkových příhodách či krváceních do mozku. Po těchto poškozeních mozku dochází k nástupu různých příznaků na základě místa a rozsahu postižení mozku (Klenková, 1997). Mluvidla však nejsou poškozena, ani jejich inervace. Jde o získanou poruchu (Kejklíčková, 2016). Afázii můžeme rozdělit na základě nejrůznějších lékařských, lingvistických, psychologických hledisek. Avšak základní dělení afázie je na afázii senzoricou (sluchová, zraková), při které postižený slyší, vidí, ale nerozumí nám. Poté na motorickou afázii, kdy jedinec rozumí obsahu sdělení, nicméně neví, jak odpovědět. A nakonec afázie celková, kdy postižený nedokáže rozpoznat slova, nemůže mluvit a ani sdělit. Afatici potřebují lékařskou (neurologickou) a logopedickou péči (Klenková, 1997). Je velmi důležité, aby se s terapií začalo pokud možno, co nejdříve (Kolesová, 2021).

I u dětí se můžeme setkat s dětskou vývojovou afázií. Jedná se ovšem o nedokončené postižení řeči, jelikož vývoj řeči ještě nebyl dokončen. Záleží na tom, kdy došlo k postižení mozku, v jaké vývojové fázi řeči a také na celkové rozumové vyspělosti dítěte. Dětská vývojová afázie je příznačná neschopností naučit se mluvené i psané slovo, i když je intelekt zachován. Těmto dětem je poskytnuta speciální péče ve speciálních školách pro nemluvící děti či pro děti s vadami řeči (Klenková, 1997).

Neurotické poruchy řeči

Jde o funkční poruchy vyšší nervové činnosti, které jsou podmíněné změnami až dokonce poruchami sociálních vztahů. Patří sem: mutismus (oněmění), elektivní mutismus (elektivní ztráta řeči) surdomutismus (oněmění, útlum slyšení) (Klenková, 1997).

Mutismus je narušení komunikační schopnosti, při němž dochází ke ztrátě, přesněji řečeno k zablokování artikulované řeči (Kejklíčková, 2016). Za příčinu lze považovat například úlek, duševní úraz, velké vzrušení. Jedinec se snaží dorozumět gestikulací, ukazováním, ale čím víc se snaží, tím se útlum řeči zhoršuje. Při tomhle postižení je nutná péče psychiatra a psychologa (Klenková, 1997). Nejedná se o vyjádření vzoru, jak se někdy chybně tato porucha interpretuje. Nejčastěji se projevuje poprvé při

vstupu do školky, může se však objevit i při vstupu do školy, v pubertě nebo v dospělosti (Kejklíčková, 2016).

Elektivní mutismus souvisí s negativním přístupem, proto je také označován jako mluvní negativismus. Téměř v celé Evropě je pojímán spíše jako psychotická porucha než jako problém primárně logopedický (Kejklíčková, 2016). Je charakteristický útlumem řeči za jistých okolností a vůči určitým osobám. Za příčinu lze považovat obavy, nejistotu v cizím neznámém prostředí. Má úzkou souvislost se školou či nemocničním prostředím. Dítě přestává mluvit před učitelkou, avšak doma i venku před kamarády mluví normálně. Za velmi důležité se považuje získat si důvěru dítěte. Nikdy ho do mluvení nenutíme, snažíme se mu pomoci zvyknout si v novém prostředí a rozhodně ho netrestáme, když mluvit nechce. Mutistické děti jsou velmi citlivé na pokárání. V případě, že se i přes veškerou snahu nepodaří navázat kontakt, je potřeba vyhledat odbornou pomoc psychologa, logopeda a psychiatra (Klenková, 1997). Postihuje zhruba 0,1% dětské populace (Kejklíčková, 2016).

Surdomutismus je méně časté postižení. Je typický hysterickými projevy labilního jedince. Při snaze odstranit surdomutismus je nutná psychiatrická léčba (Klenková, 1997).

Poruchy zvuku řeči

Mezi poruchy zvuku řeči patří huhňavost a palatolalie (Klenková, 1997).

Huhňavost neboli rinolalie je patologicky změněná nosovost, při které jsou deformovány zvuky artikulovaných hlásek. Jde o velmi nápadnou poruchu zvuku řeči, která je také v dětském věku velice častá. Udává se, že rinolalii trpí 18% dětí předškolního a mladšího školního věku. Lze rozlišit zavřenou a otevřenou huhňavost. Můžeme se však setkat i s kombinací obou v různém poměru, v tomto případě mluvíme o smíšené huhňavosti (Bytešnicková, 2012).

Bytešnicková definuje zavřenou huhňavost jako „*patologickou sníženou nosní rezonanci*“ (2012, str. 60). Jako příčina se uvádí patologické zmenšení nosní a nosohltanové dutiny. Tohle zmenšení může být přechodné nebo trvalé. Mezi přechodné změny patří zánět nosní sliznice při chronické a akutní rýmě nebo alergické rýmě. Trvalé změny lze rozlišit na dva typy a to přední a zadní. Při přední zavřené orgánové trvalé huhňavosti dochází k překrvení sliznice z důvodu chronického zánětu, nádorech nebo

polypech v nosní dutině. Zadní zavřená orgánová trvalá huhňavost se často nachází u dětí se zbytnělou nosní mandlí. Jako jedna z příčin vzniku tohoto typu může být nádorové onemocnění nosohltanu. Mezi vrozené příčiny lze zařadit defekt nosní přepážky, úzké nosní průduchy při deformitách tváře atd. Jako příčina vzniku funkční zavřené huhňavosti jsou funkční poruchy svaloviny měkkého patra na základě zvýšené funkce patro – hltanového uzávěru. V důsledku toho, že vydechovaný artikulační proud vzduchu, který je nasměrovaný do nosu, nemůže proudit nosem a zajistit tak odpovídající nosovost, zvukové vlny procházejí do ústní dutiny a nosovky m, n, ň tak znějí jako b, d, d'. Tím dojde k deformaci znění nosovek, avšak i samohlásky ztrácí zvučnost. Jako zvukově nejméně zřetelná lze brát slova, která obsahují orály a vyžadují minimální nosovost. Řeč dětí postižených zavřenou huhňavostí se vyznačuje jako tlumená a nezvukná (Bytešníková, 2012).

Otevřenou huhňavost Bytešníková definuje jako „*patologicky zvýšenou nosovost*“ (2012, str. 60). Dochází k tomu, že rezonance mluvních zvuků je při hlasité řeči zesílená. Vzniká jakožto důsledek patologicky zvýšeného podílu rezonance nosních a nosohltanových dutin. Příčiny mohou mít různorodou povahu – orgánové nebo funkční a vrozené či získané. Funkční otevřená huhňavost se může projevovat nižší činností patrohltanové svaloviny při jinak nedotčené činnosti velofaryngeálního uzávěru (Bytešníková, 2012).

Ke smíšené huhňavosti dochází na základě kombinace otevřené a zavřené huhňavosti v různém poměru (Bytešníková, 2012).

V rámci poskytované intervence u dětí, u kterých se huhňavost vyskytuje, je důležitá týmová spolupráce. Při diagnostice je nezbytné stanovit druh narušené komunikační schopnosti a zjistit, jakým způsobem a z jakého důvodu je zvuk řeči poškozen, co stojí za rezonanční nevyvážeností a patologickými změnami nosní rezonance. Při logopedické intervenci u dítěte s huhňavostí je nutná interdisciplinární týmová spolupráce. Velkou roli hraje i kvalitní spolupráce pedagogických pracovníků školy, kterou dítě navštěvuje. Prognóza tohoto postižení záleží na typu rinolalie, které se u dítěte vyskytuje. U zavřené rinolalie závisí na příčině, která huhňavost vyvolala a na výsledku poskytnuté lékařské péče. Při funkční otevřené huhňavosti je prognóza ve většině případů dobrá a v případě smíšené huhňavosti je prognóza příznivá, když je zabezpečeno brzké lékařské ošetření a logopedická péče (Bytešníková, 2012).

Palatolalie je vada řeči, která je způsobena rozštěpem patra, ke kterému dochází v sedmém až devátém týdnu těhotenství. Příčinou nemusí být jen rozštěp patra, ale i rozštěp rtu a dásní (Kolesová, 2021). Mezi příčiny patří dědičnost, chemické látky, léky, drogy, rentgenové záření, nepostačující výživa matky či infekční onemocnění v průběhu těhotenství (Klenková, 1997). Jedná se o jednu z nejtěžších a nejnápadnějších poruch narušené komunikační schopnosti. Charakteristické symptomy palatolalie jsou považovány poruchy nosní rezonance, srozumitelnosti řeči a artikulace. Palatolalie může být také spojená s poruchami hlasu, narušeným vývojem řeči nebo narušeným koverbálním chováním (Bytešníková, 2012). U těchto dětí je nutná komplexní péče. Velmi důležité je ošetření rozštěpů plastickým chirurgem a stomatologem. Neméně důležitá je také logopedická péče a je také potřeba, aby spolupracovali rodinní příslušníci a škola (Klenková, 1997).

Poruchy plynulosti řeči

Do poruch plynulosti řeči lze zařadit koktavost a breptavost, u obou je prevalence v předškolním věku relativně vysoká (Bytešníková, 2012).

Koktavost neboli balbuties spadá mezi nejtěžší druhy narušené komunikační schopnosti. Ač se problematikou koktavosti zabývala spousta odborníků na celém světě, neexistuje jednotná definice (Klenková, 1997). Naopak je jich velmi mnoho, za což může komplikovaná a různorodá etiologie a symptomatologie tohoto druhu postižení (Bytešníková). Lechta definuje koktavost jako „*syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se nejnápadněji projevuje charakteristickým nedobrovolným (tónickým, klonickým) přerušováním plynulosti procesu mluvení.*“ (2003, s. 318). Balbuties lze zaznamenat u jedinců jakéhokoliv věku, avšak vzniká nejčastěji v předškolním období. Z etiologického hlediska lze mezi příčiny koktavosti zařadit:

- Dědičnost (především vliv genetických činitelů, vrozená řečová slabost);
- Vlivy v sociálním prostředí (stresy v domácím prostředí a škole, psychotrauma);
- Orgánové odchylky (dyskoordinace mozkových hemisfér, poškození nervosvalové koordinace dýchání, mluvení, hlasu a okruhu regulace řeči);
- Psychické procesy (mezilidské konflikty);
- Ostatní poruchy narušené komunikační schopnosti (breptavost);

- Jiné příčiny (poruchy metabolismu) (Bytešníková, 2012).

Vzniku balbuties se účastní tři vzájemně prolínající kategorie etiologických činitelů:

- Dispoziční faktory (prenatální, perinatální a postnatální vlivy, dědičnost a činitelé působící během časného vývoje);
- Patopsychosociální vlivy;
- Organové anomálie (Bytešníková, 2012).

Do klinického obrazu můžeme zařadit tři skupiny symptomů – dysfluence (repetice, prolongace), nadměrná námaha při projevu (narušené koverbální chování a překonávání křečí artikulačního aparátu) a psychická tenze, jež se ukazuje v průběhu mluvení a i po mluvení. Tyto příznaky se však projevují individuálně v různé míře, časové návaznosti a také stupni závažnosti (Bytešníková, 2012). Do patogeneze balbuties můžeme zařadit – vývojovou neplynulost (dysfluence), incipientní koktavost a chronickou koktavost s úplným klinickým obrazem a stále se zvyšující tenzí. Koktavost si žádá komplexní léčbu, je potřeba komplexní logopedické, psychologické i lékařské vyšetření. Je nutné přijít na příčinu vzniku koktavosti a věnovat se jejímu odstranění. Péče se zaměřuje nejen na řeč dítěte, ale i korekturu narušených sociálních vztahů – vztahy v rodinném prostředí, s kamarády, spolužáky. Co se týče prevence, je především důležitá rodina (Klenková, 1997).

Breptavost neboli tumultus sermonis, jedná se o poruchu plynulosti řeči, která je typická extrémně zrychleným tempem řeči. Tohle zrychlené tempo řeči vede až k tomu, že je řeč nesrozumitelná, postižení jedinec „polyká“ slabiky a části slov. V posledních letech se na základě výzkumu ukázalo, že za příčinou stojí nález na EEG, tedy že breptavost je organického původu. Byla zjištěna spojitost mezi breptavostí a lehkou mozkovou dysfunkcí a také lze za jednu z příčin považovat dědičnost. Breptavost má nejrůznější projevy, od těch nejnápadnějších, jako je například patologické tempo řeči až po chybnou výslovnost a speciální fatické projevy chování. Za zmínku však stojí i jiné – poruchy dýchání (poruchy dýchacího rytmu), poruchy hlasu (monotonní řeč, nevýrazný hlas), zvláštnosti chování a psychické projevy (roztržitost, impulsivnost), narušená artikulace, opakování a vynechávání slabik a také malá slovní zásoba, dysgramatismus a dysortografie. Co se týče logopedické péče je důležité diferenciovat breptavost a koktavost. Breptaví si svoji poruchu neuvědomují, lze je však na způsob řeči upozornit např. „nepospíchej, když mluvíš“ a tím můžeme docílit zlepšení. Tento postup však

nemůžeme volit u koktavého jedince. Může dojít i k případu, že dojde ke kombinaci breptavosti a koktavosti, když tato situace nastane, je terapie velmi obtížná. U breptavosti je důležité se zaměřit na správnou výslovnost, dýchání, tlumení rychlosti mluvy a upravování tempa a rytmu. Na terapii by se měl podílet klinický logoped, klinický psycholog, foniatr a také je možné vyhledat neurologa (Kolesová, 2021). Abychom dosáhli příznivé prognózy, je důležité zakročit včas, zapojit rodinu a pracovat na správném řečovém vzoru. Pro tyto jedince je také důležité se vyhnout nadměrné emocionální zátěži, abychom se vyhnuli recidivám, k těm také dochází i v pubertě (Klenková, 1997).

Poruchy artikulace

Nejčastější porucha řeči dětí, ale i dospělých je vadné tvoření hlásek – porucha artikulace hlásek nazývána patlavost neboli dyslalie. Při dyslalii dochází k nesprávné výslovnosti, jež je přechodným jevem. Poté vadná výslovnost, která je patologická už od jejího počátku nebo když nesprávná výslovnost přetrvává do doby, než se ustálí, to je zhruba okolo sedmého roku života. Mezi příčiny dyslalie patří: poruchy sluchu, nesprávný řečový vzor, nedostatečné citové zázemí, poruchy fonemického sluchu, poškození CNS, pohybová neobratnost, odchylka řečových orgánů (defekty chrupu, skusu, přirostlá uzdička), nesprávný postoj prostředí k mluvenému projevu dítěte. Patlavost může zasáhnout buď jednotlivé hlásky nebo skupiny hlásek ve slabikách a slovech. Na základě toho rozdělujeme dyslalii – slabikovou, hláskovou a slovní. Hlásková dyslalie má většinou jednu ze tří základních forem, mezi ně patří – mogilalie (dítě hlásku netvoří, z tohoto důvodu ji v řeči vynechává, např. místo kráva říká káva), paralalie (v tomto případě dítě hlásku neumí vyslovit a zaměňuje ji za jinou, např. místo ruka říká luka). Jako poslední forma se udává případ, kdy dítě hlásku vyslovuje, ale chybně, na jiném artikulačním místě, tento způsob tvoření nazýváme řeckým názvem hlásky a příponou -ismus (např. vadné tvoření hlásky l – lamdacismus, vadné tvoření hlásky r – rotacismus, vadné tvoření sykavek – sigmatismus atd.). Při slovní a slabikové dyslalii dítě hláskové skupiny ve slabikách a slovech redukuje a přesmykuje, ačkoliv výslovnost izolovaných hlásek může být v pořádku. Případ, kdy dítě vyslovuje nesprávně nebo špatně více hlásek, především souhlásek, se označuje jako dyslalie multiplex (mnohočetná dyslalie). Při nejtěžší formě dyslalie, kdy dochází k tomu, že dítě vyslovuje

skoro všechny souhlásky špatně a současně redukuje složené slabiky, tudíž řeč se stává velmi nesrozumitelnou, nazýváme tetismus. Protože během prvních let života centrální nervová soustava dozrává, je výslovnost předškolních dětí ještě ukotvená. Na základě správného výchovného působení v mateřských školách, podporou správného vývoje řeči, lze nesprávnou výslovnost upravit (Klenková, 1997). Během terapie je důležité dodržovat jisté zásady, mezi které patří – cvičit s dítětem vícekrát denně v kratších intervalech, přístup logopeda by měl být vždy individuální a také by mělo dítě vyslovovat novou hlásku tiše a bez velkého úsilí (Kolesová, 2021).

K poruchám artikulace lze zařadit ještě dysartrii, v tomto případě se jedná o poruchu procesu artikulace, fonace, respirace a modulace, která vzniká při poškození mozku (Klenková, 1997). Jedná se o celkové označení pro poruchu mluvy, jež je způsobena vadnou koordinací mluvního procesu na základě organického postižení (Kejklíčková, 2016). Skoro 75% dětí s mozkovými poruchami hybnosti trpí na těžkosti v řeči různého stupně – od lehčích forem artikulace až po úplnou nemožnost artikulovat. Jak již bylo zmíněno, při dysartrii dochází k poruše nejenom artikulace, ale je spojena i s poruchou dýchání, tvorby hlasu a dysprosodie (porucha modulačních faktorů řeči – melodie, tempo, rytmus). Dost často dochází k záměně dysartrie s dyslálií. Dyslalie je však vada výslovnosti. Pojem dysartrie aplikujeme u vývojových poškození (například u dětské mozkové obrny), u získaných poruch (degenerativní onemocnění centrálního nervového systému) v dětském i dospělém věku. Při úplné neschopnosti artikulovat, mluvíme o anartrii. Jako příčiny vzniku dysartrie se uvádí poškození mozku, které může vzniknout v prenatálním, perinatálním a postnatálním období. Mezi prenatální faktory lze zařadit krvácení do mozku, nedostatek vitamínu K, Rh – inkomptabilitu, nedonošenost, infekční onemocnění matky a také pokusy o přerušování těhotenství. Při složitém porodu může dojít k postižení motorické oblasti následkem krvácení, asfyxie (nedostatek kyslíku). V prvních měsících života může dysartrii zapříčinit encefalitida, meningitida a také chronická intoxikace (Klenková, 1997).

V pozdějším věku vzniká dysartrie následkem cévních mozkových onemocnění, úrazů hlavy, nádorů, degenerativních onemocnění a toxických poškození nervového systému. Dle lokalizace postižení CNS lze rozlišovat různé typy dysartrie – korová, pyramidová, extrapyramidová, cerebrální, bulbární a smíšená. Logopedická intervence je velmi složitá, neboť existuje velké množství příznaků a příčin. Je důležitá komplexní péče

– lékařská, logopedická, rehabilitační a speciálně pedagogická (Klenková, 1997). Konkrétně logopedická terapie se zaměřuje na rozvoj řečových schopností – procvičování motorických činností, rozvoj slovní zásoby, vytvoření a udržení očního kontaktu, masáž mluvidel atd. (Kolesová, 2021).

Poruchy grafické podoby řeči

Jako poruchy grafické podoby řeči lze označit specifické vývojové poruchy učení (SVPU), které zahrnují dyslexii, dysgrafii, dysortografii, dyskalkulii atd. Pod pojmem specifické vývojové poruchy učení lze nalézt různorodé poruchy, které však mají společné jedno, a to je dysfunkce centrálního nervového systému, která se projevuje nápadnými těžkostmi při získávání takových dovedností jako je porozumění mluvené řeči, mluvení, čtení, psaní, počítání atd. Dyslexií můžeme rozumět poruchu, která se projevuje neschopností naučit se číst normálními vyučovacími metodami, i když je jedinec inteligentní a vyrůstá v podporujícím rodinném zázemí. Zelinková uvádí, že postihuje primární znaky čtenářského výkonu, mezi které patří rychlost, správnost, technika čtení a samotné porozumění čteného textu (Zelinková, 2015). Od dyslexie je důležité diferenciovat nepravou dyslexii, a to je pseudodyslexie, jejíž příčiny jsou různorodé, avšak k těm nejčastějším patří nerozpoznaná sluchová vada, zraková vada, nezralost dítěte a také různé nedostatky ve výslovnosti, kdy dítě nedokáže rozlišit hlásky a písmena. Mezi běžné specifické poruchy učení kromě dyslexie patří dysgrafie – neschopnost naučit se psát běžně využívanými metodami, dysortografie – neschopnost zvládnout gramatická a pravopisná pravidla během psaní, dyskalkulie – porucha neschopnosti dokázat počítat. Existují i méně časté specifické vývojové poruchy učení, mezi ně patří dyspinxie – porucha kreslení a dysmuzie – neschopnost v oblasti hudby. Všechny specifické vývojové poruchy učení vychází ze stejných příčin vzniku, což jsou – lehká mozková dysfunkce, dědičnost, překřížená nebo nevyhraněná lateralita, neurologický nález rozličné závažnosti. Lehká mozková dysfunkce je vlastně malé poškození mozku, ke kterému dochází během prenatalního, perinatálního či postnatálního období. Při psychologickém vyšetření u SVPU lze zaznamenat poruchy ve vnímání. V testech inteligence jsou výsledky v názorných zkouškách o dosti nižší než v těch verbálních. Taktéž nízkou úroveň má kresba, zrakově pohybová koordinace, nedostatky v prostorové orientaci, jemné motorice a také představivosti. U dětí diagnostikovaných

se specifickými poruchami učení lze nalézt také specifické poruchy řeči, jde o tzv. specifický logopedický nález, pro který je typická artikulační neobratnost a specifické asimilace (dochází k tomu, že dítě dokáže vyslovit všechny hlásky izolovaně nebo v jednoduchých slovech, ale má problémy s těžšími slovy, jako jsou například nejkrásnější a lokomotiva, při specifické asimilaci jsou postiženy hlavně sykavky a měkčení – kdy slova švestky čtou šveštky nebo sestky, děda – deda, děďa). Těmto dětem je důležité věnovat individuální a odpovídající péči. Po vyšetření v pedagogicko – psychologické poradně (PPP) je lze zařadit do běžné třídy ZŠ, ve které jsou integrovány a třídní učitel spolupracuje s pedagogicko – psychologickou poradnou nebo taktéž mohou navštěvovat PPP ambulantně nebo jako další možnost se nabízí speciální třídy pro žáky se specifickými vývojovými poruchami učení a chování. Jako prevenci lze uvést náležitou duševní a zdravotní hygienu matky, čímž předcházíme možným komplikacím u dítěte ve všech oblastech – pedagogické, psychologické a sociální. Jako u jiných poruch je důležitá těsná spolupráce učitelů, rodičů, logopedů, psychologů (Klenková, 1997).

Symptomatické poruchy řeči

K poruchám komunikačních schopností lze zařadit i symptomatické poruchy řeči. Můžeme je charakterizovat jako poruchy komunikační schopnosti, jež jsou vedlejším příznakem jiného převládající motorického, sensorického, mentálního postižení a dalších poruch a onemocnění. Mezi dominantní postižení patří například zrakové, sluchové, mentální postižení, poruchy chování, psychické poruchy a epilepsie. Symptomatické poruchy můžeme popsat na tomto případě – hlavní roli hraje dědičnost, která jako primární příčina způsobí dominantní postižení (hluchota) a tu jako jeden z příznaků doprovází narušená komunikační schopnost. V případě úrazu, které vede k poruše funkce mozku, jako primární příčiny způsobí dominantní postižení (mentální postižení), které může zase doprovázet narušená komunikační schopnost. Těmto dětem je zajištěna péče ve speciálních školách, v logopedických ambulancích a stacionářích, v ústavech sociální péče. Prognóza u těchto poruch závisí na druhu, stupni, formě, projevu dominantního postižení a také na včasné logopedické intervenci. Jako nejméně příznivou prognózu mají symptomatické poruchy řeči, které doprovází těžké mentální postižení, hluchotu a těžké formy dětské mozkové obrny (Klenková, 1997).

Poruchy hlasu

Mezi poruchy narušené komunikační schopnosti lze zahrnout i poruchy hlasu. Funkční poruchy hlasu označujeme dysfonie a funkční poruchy zpěvního hlasu dysodie. Jako charakteristický znak dysfonie je drsný, chraptivý hlas, který může působit až nedětsky. Úplnou ztrátu hlasu nazýváme afonie (Klenková, 1997). Nejběžnější příčiny poruch hlasu jsou:

- Dědičné dispozice, vrozené odchylky;
- Špatné používání hlasu;
- Nesprávný hlasový vzor;
- Hormonální anomálie;
- Operace;
- Mutační poruchy;
- Neurotický defekt;
- Sluchové vady;
- Poškození hrtanu;
- Jiné poruchy – encefalitida, DMO, mentální postižení, Parkinsonova porucha (Klenková, 1997).

Léčbu poruch hlasu zabezpečuje lékař (foniatr, ORL) a logoped (Klenková, 1997).

3 VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE

Jedná se o vývojovou poruchu, která je příznačná velmi širokou symptomatikou ve vlastní řečové produkci na mnoha úrovních. Může být spojena s dalšími příznaky, které vyplývají z její etiologie (Škodová a kol., 2007). Pojem dysfázie vyjadřuje podstatu této poruchy, nejlépe: dys- tato předpona označuje narušení vývoje a -fázie, které odkazuje na řečové funkce jako celek (Kutálková, 2012). Hlavním a prvním příznakem této poruchy je opoždění řeči (Kutálková, 2005). Lejska definuje vývojovou dysfázii jako „poruchu centrálního zpracování řečového signálu“ (2003, s. 101). Kejklíčková ji zase definuje jako „poruchu řeči způsobenou difúzním postižením mozku a zahrnujícím oblasti obou řečových center (expresivního i receptivního)“ (2016, s. 54). Jedná se o centrální poruchu řeči (Klenková, 2006). Vývojová dysfázie má několik všeobecných projevů – patrný nepoměr mezi úrovní porozumění a aktivním mluvním projevem, diskrepance mezi aktivním a pasivním slovníkem, diskrepance mezi slovní zásobou a aplikací gramatických pravidel. Dále má potíže na pragmatické úrovni, ty zapříčiňují potíže ve spontánní komunikaci, může se také objevit porucha vybavování. (Dlouhá, 2017). Tato porucha se projevuje nejen na úrovni verbálního projevu, ale zasahuje i do dalších oblastí. Proto si u dětí s vývojovou dysfázií všímáme nerovnoměrného vývoje celé osobnosti (Bytešnicková, 2012). Můžeme se setkat s deficitem i v oblasti jemné motoriky, paměti, grafomotoriky, pozornosti. Jedinec, který trpí vývojovou dysfázií neboli specificky narušeným vývojem řeči je snadno unavitelný a může být narušena i emocionální, zájmová a motivační oblast. Dle autorky narušený vývoj řeči má negativní vliv na formování osobnosti dítěte v sociálním prostředí (rodina, škola, kamarádi), jeho zájmy a trávení volného času, může zasáhnout i do volby budoucího povolání. Proto je velmi důležitá včasná a odborná diagnostika (Klenková, 2006). Kejklíčková k symptomům ještě řadí – narušené zrakové a sluchové vnímání, narušenou orientaci v čase i prostoru, narušení motorických funkcí (Kejklíčková, 2016). Výskyt specificky narušeného vývoje řeči se udává mezi 5 až 7 % (Dlouhá, 2017). Lateralita je u jedinců s vývojovou dysfázií nevyhraněná nebo zkřížená (Kejklíčková, 2016). V klinické praxi je důležité odlišit vývojovou dysfázii od opožděného vývoje řeči. Ten bude mít řečový vzorec v pořádku, avšak s jistým časovým zpožděním. To znamená, že se nevyznačuje žádnými specifickými odchylkami od normálního vývoje řeči. Příčinou většinou bývá

nedostatečná psychická stimulace dítěte, nedostatek podnětů a motivace k řeči (Mikulajová a kol., 1993).

3.1 Etiologie vývojové dysfázie

Určení vzniku vývojové dysfázie není vůbec jednoduché, neboť rodiče si dostatečně neuvědomují faktory raného vývoje svého dítěte, nemají dostatek informací o možných genetických spojitostech poruchy. Jde tedy o multifaktoriální poruchu. V rámci etiologických faktorů, které souvisí s prenatální, perinatální a postnatálním vývojem dítěte mluvíme o poškození mozku nebo mozkové dysfunkci, jež s největší pravděpodobností zasahuje tzv. řečovou zónu levé hemisféry (Klenková, 2006).

Z všeobecného hlediska však můžeme etiologické faktory rozdělit na – genetické, vrozené a získané. Jsou možné i jejich kombinace, proto v této době převládá názor, že na vzniku se podílí velké množství činitelů. Jako příklad lze uvést matku z nižší sociokulturní společnosti, které má nesprávnou životosprávu (kouří, pije alkohol, užívá drogy), málo komunikuje s dítětem v časných obdobích vývoje, nedává mu správný řečový vzor, dítě nemá dostatek podnětů k vývoji řeči. K těmto činitelům se můžou přidat i genetické předpoklady (Klenková, 2006).

Jako další příčinu lze uvést vznik vývojové dysfázie na základě poruchy centrálního zpracování řečového signálu. Tohle postižení je umístěno do centrální sluchové oblasti řečových center. Typickou příčinou je taktéž difuzní postižení centrálního nervového systému. Při rozptýleném postižení dochází k zasažení v zásadě celé centrální korové oblasti a na základě závažnosti postižení se projevují různě závažné příznaky. Mezi další teorie vzniku je postižení vývoje kognitivních funkcí na podkladě prenatálního, perinatálního a postnatálního poškození mozku. Jde o poškození už v nitroděložním vývoji mozku a častěji se vyskytuje u chlapců (Klenková, 2006).

Dle nejnovějších výzkumů se u jedinců s vývojovou dysfázií projevují četné poškození mozkové kůry obou hemisfér, jedná se o tzv. bilaterální poškození. Při jednostranném poškození mozku probíhá řečový vývoj na základě kompenzačních mechanismů zdravé a fungující hemisféry (Klenková, 2006).

3.2 Symptomatologie vývojové dysfázie

Projevy vývojové dysfázie jsou velmi různorodé. Lze je popsat jak v oblasti řečové, tak i v dalších neřečových oblastech. Projevuje se také nerovnoměrným osobnostním rozvojem. Dle Klenkové jedinec s vývojovou dysfázií řeč slyší, avšak ji zcela nerozumí. Na základě špatného rozumění pak dítě nesprávně tvoří svoji vlastní řeč (Klenková, 2006).

Symptomy, jež se projevují v rovině foneticko – fonologické:

- Nesrozumitelný projev řeči;
- Zřetelné nedostatky ve výslovnosti;
- Defekt fonetické a fonologické realizace hlásek;
- Oslabení fonematické percepce, percepce distinktivních rysů (Bytešníková, 2012).

Symptomy, které se projevují v rovině lexikálně – sémantické:

- Aktivní slovní zásoba se vyvíjí pozvolna;
- Slovní zásoba je redukována, nadvláda pasivního slovníku nad aktivním;
- Jedinci mají svůj „vlastní slovník“;
- Nezpůsobilost rozpoznat důležitá slova za účelem pochopení celého obsahu;
- Mechanické aplikování slov, aniž by jedinec pochopil jeho obsah;
- Potíže s formulací a hledáním správných slov;
- Problémy s využitím vnější a vnitřní redundance k doplnění zvuku ve slově, kterému nerozumí (Bytešníková, 2012).

Symptomy projevující se v rovině morfologicko – syntaktické:

- Špatný slovosled ve větě;
- Anomálie ve frekvenci výskytu slovních druhů;
- Potíže se skloňováním a časováním;
- Četné používání sloves v infinitivu nebo v jedné osobě;
- Užívání více substantiv a následné statické vyjadřování;
- Dysgramatismus;
- Zmenšení stavby vět na jednoslovné a dvouslovné;

- Kladení subjektivně nejdůležitějšího slova na první místo ve větě (Bytešníková, 2012).

Symptomy, které se projevují v rovině pragmatické:

- Nezpůsobilost udržet dějovou linku;
- Mnohem delší pauzy při verbálním projevu;
- Větší četnost nonverbální komunikace nad verbální;
- Neschopnost převyprávět text;
- Celková nechuť mluvit;
- Nadměrné vkládání emocí a napětí do řečového projevu;
- Potíže se získáváním nových informací, komunikační závislost na rodičích;
- Snížení chuti mluvit po získání špatných zkušeností při komunikaci (Bytešníková, 2012).

Jako typický znak vývojové dysfázie je třeba zmínit nerovnoměrné rozložení rozumových schopností, nápadný nepoměr mezi verbální a nonverbální složkou. Při tomto typu narušení vývoje řeči dochází k negativnímu ovlivňování intelektu dítěte a tvorbě individuálního vědomí, všechno tohle vede k narušení vývoje vnitřní řeči dítěte. Typickým znakem vývojové dysfázie je, že přesahuje fatické poruchy, jelikož se projevy objevují i v neřečových oblastech. Jedinci s vývojovou dysfázií mají potíže s jemnou motorikou, grafomotorikou, pamětí. Mohou být také přítomny nedostatky ve zrakové percepci, narušení pravolevé a prostorové orientace a také optické paměti. Jako z dalších projevů můžeme popsat potíže s orientací v čase. Typická je také kresba u těchto dětí. Skoro v každé kresbě lze vidět deformaci tvarů, nesprávně zobrazené úhly, přímky a křivky. Čáry jsou slabé, roztřesené, nedotažené nebo naopak přetažené a jejich napojování je nepřesné. Zřetelné je i rozložení obrázku, kdy děti kreslí části těsně vedle sebe nebo přes sebe, a přitom velká část výkresu zůstává nevyužita (Bytešníková, 2012).

3.3 Formy vývojové dysfázie

Tato porucha má systémový charakter a postihuje v různé míře a stupni senzoryckou a motorickou oblast ve všech rovinách jazyka, proto můžeme rozdělit vývojovou dysfázii na 3 formy – motorická, senzorycká a smíšená. Nejčastěji se setkáváme se smíšenou vývojovou dysfázií, tedy kombinací obou (Škodová a kol., 2007).

Motorická (expresivní) vývojová dysfázie

Motorická vývojová dysfázie je charakterizována opožděným vývojem řeči a také sníženou vyjadřovací schopností, i když dítě nemá problém s porozuměním řeči. Děti sice řeči bez obtíží rozumí, ale mají problémy s vyjadřováním. Dlouhou dobu převažuje především neverbální komunikace, kdy se dítě dorozumívá pomocí posunků a v mluvené řeči převládají hlavně podstatná jména nad ostatními slovními druhy. Rozšiřování aktivní slovní zásoby je velmi omezeno, děti mají často svůj vlastní slovník. Řeč je agramatická a nesrozumitelná, neboť vážně slučování slabik do slov a syntéza slov do náležité větné struktury. Postupem času slovní zásoba narůstá, avšak dlouho jsou přítomny nedostatky na gramatické úrovni a v artikulaci. Dítě nemluví plynule. Nejvíce poruch existuje na jazykové úrovni morfologické a morfologicko – syntaktické. Proto má dítě potíže zejména se slovesnou morfologií (shoda podmětu s přísudkem, rodů, čísel, času), poruchami slovosledu. Děti také těžce zvládají gramatická pravidla. Když jedinec začne mluvit ve větách, jde především o věty jednoduché, často neúplné a s chybným slovosledem. Děti trpící motorickou vývojovou dysfázií jsou často nápadné svou nešikovností či neobratností (Dlouhá, 2017).

Senzorická (percepční, receptivní) vývojová dysfázie

Druhým typem je senzorická dysfázie, která je charakteristická tím, že dítě mluvenou řeč sice slyší, ale nedokáže jí porozumět, na základě zhoršeného sluchového vnímání. Děti mají problémy s vnímáním nebo rozlišováním zvuků řeči. Taktéž bojují s větším množstvím informací a s časovým rozlišením interstimulačního intervalu mezi tóny (dlouhými i krátkými). Porucha fonemického sluchu způsobuje potíže se sluchovým rozlišováním zvukově analogických hlásek, slabik a slov. Může se to týkat rozlišování skupin měkkých a tvrdých hlásek, ale také rozlišování mezi dvojicemi sykavek, mezi znělými a neznělými hláskami. Problémem se však také mohou stát fonémy, které změny význam slova (rada – řada). Objevují se i záměny samohlásek, které jsou také nápadné. Výjimečné nejsou ani situace, kdy dítě již zná, s přihlédnutím k jeho věku, všechny hlásky, ale nevytvoří z nich slovo. Maximum poruch se vyskytuje na foneticko – fonologické úrovni, lexikálně – sémantické, morfologické – syntaktické a pragmatické úrovni. Co se týče vývoje řeči, nemusí být vždy výrazně opožděn. Percepční potíže u jedinců se senzorickou dysfázií jsou občas natolik nápadné, že děti působí

dojmem sluchově postižených, tudíž nerozumějí svému okolí obsah konverzace a působí dezorientovaným dojmem. I projevy chování jsou u takto postižených jedinců obdobné jako u pacientů s centrální poruchou sluchu (Dlouhá, 2017).

Smíšená vývojová dysfázie

Patří mezi nejčastější typ vývojové dysfázie. Při smíšené vývojové dysfázii jsou zřetelné symptomy poruchy rozumění řeči a následně vyjadřovacích schopností. Obecně má vývojová dysfázie řadu obecných projevů, které se mohou navzájem prolínat. Lze nalézt diskrepance mezi úrovní porozumění a aktivním mluvním projevem, diskrepanci mezi aktivní a pasivní slovní zásobou, diskrepance mezi slovní zásobou a používání gramatických pravidel a také potíže na pragmatické úrovni, jež způsobují potíže ve spontánní komunikaci (Dlouhá, 2017).

4 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE U VÝVOJOVÉ DYSFÁZIE

4.1 Diagnostika vývojové dysfázie

Obecně základním vyšetřením narušené komunikační schopnosti je anamnéza, slouží vyšetřujícímu hlavně při základních diferenciálně-diagnostických úvahách. Hledá informace o tom, jestli jde u dítěte o narušený vývoj řeči, jež patří k jinému dominantnímu postižení (např. mentální retardace nebo poruchy sluchu) nebo se jedná o klíčový problém dítěte. Navíc také zjišťuje, jestli se jedná o vícenásobné postižení (např. percepční porucha sluchu lehkého stupně a vývojová dysfázie) či o postižení v určité oblasti psychického vývoje (Lechta a kol., 2003).

Co se týče diagnostiky vývojové dysfázie tento diagnostický proces specificky narušeného vývoje řeči je dlouhým, komplexním a týmovým procesem (Klenková, 2006). Nejdůležitější předpoklad pro úspěšnou diagnostiku je týmová spolupráce logopeda, neurologa, psychologa, foniatra a pediatra (Kejklíčková, 2016). Diagnostika zahrnuje kromě vyšetření řečových schopností (důraz je kladen hlavně na sémantiku a pragmatiku) také kognici, hru a sociální interakce s okolím (Klenková, 2006). Vývojovou dysfázii je potřeba odlišit od poruch jako je – těžká dyslalie, sluchová vada, prosté opoždění řečového vývoje, mentální retardace, od mutismu, autismu a Landauova – Kleffnerova syndromu (epileptická afázie). Jako jednu z diagnostických metod, kterou můžeme aplikovat je tzv. Heidelberský test vývoje řeči (Kejklíčková, 2016). Test je zaměřen na řečově – lingvistickou složku a řečově pragmatické schopnosti dítěte, je určen pro děti ve věku od 4 do 9 let (Přinosilová, 2007). Pokud máme podezření na vývojovou dysfázii, je potřeba se u dítěte zaměřit na konkrétní oblasti, u kterých předpokládáme deficity:

- Vyšetření motorických funkcí – celková motorika, koordinace pohybů končetin, jemná motorika, motorika a koordinace pohybu mluvidel a vyšetření mimické psychomotoriky;
- Zkouška laterality – vyšetřujeme klasickým testem laterality dle Žlaba;
- Vyšetření orientace v prostoru a čase;
- Zrakové vyšetření – využíváme různých testových metod, jež jsou zaměřené na stav zrakové percepce a zkoušky verbální i neverbální inteligence;

- Vyšetření sluchové percepce – využití standartních testů, které hodnotí fonematický sluch, sluchovou analýzu, syntézu a diferenciaci;
- Vyšetření vnímání a porozumění řeči;
- Vyšetření grafomotoriky (především kresby);
- Vyšetření řečové produkce;
- Vyšetření paměti – krátkodobá paměť, aktivity a koncentrace pozornosti;
- Psaní, čtení, počítání (Kejklíčková, 2016).

4.2 Terapie vývojové dysfázie

V rámci terapie je důležité se zaměřit nejen na rozvoj mluvního projevu, ale i na ostatní složky osobnosti. Ukazují se výborné výsledky terapie díky interdisciplinární péči, na které se podílí klinický logoped, ergoterapeut, fyzioterapeut a taktéž klinický psycholog (Kejklíčková, 2016). Během komunikace s dítětem s vývojovou dysfázií musíme zachovat trpělivý přístup a být empatičtí (Bendová, 2011).

Při terapii vedenou klinickým logopedem je důležité se zaměřit na rozvoj řečového vývoje, posílení paměti (především krátkodobá) a posilování pozornosti (Kejklíčková, 2016).

Zaměřujeme se také na rozvoj percepce a percepční paměti a nezapomínáme na rozvoj zrakového vnímání (např. vyhledat stejné obrázky, rozlišit jednotlivé tvary). Sluchové vnímání bychom měli nejprve rozvíjet prostřednictvím zvuků z okolí a až poté lze použít určité zvuky jsou například zvuky hudebních nástrojů atd. (Kejklíčková, 2016).

Během rozvoje mluvního projevu se musíme věnovat hlavně rozvoji obsahové stránky řeči, jako je slovní zásoba či syntaxe a rozumění řeči. Nelze opomenout také nácvik rozvíjení aktivní i pasivní složky slovní zásoby pomocí vizualizace a se zpětnou kontrolou rozumění. Taktéž by měla být součástí terapie i rozvoj řečového projevu (Kejklíčková, 2016).

Individuální logopedická péče je základem terapie dětí s vývojovou dysfázií. S reedukací neboli nápravou řeči začínáme co nejdříve, ideálně kolem čtvrtého roku života. U těchto dětí se soustředíme na rozvoj nejjednodušších řečových prvků a rozvoj motoriky, můžeme také logopedickou péči doplnit o cvičení motoriky a psychomotoriky. Na jednotlivých logopedických terapiích se snažíme o rozšíření slovní zásoby, procvičení

rozumění řeči, sluchového vnímání, fonemického sluchu a motoriky mluvidel. Je vhodné zařadit i cvičením grafomotoriky (Kejklíčková, 2016).

Velmi důležitou roli hrají také rodiče, kteří se stávají tzv. koterapeuty svých dětí (Lechta, 2005).

4.3 Prevence vývojové dysfázie

Pokud očekáváme jisté riziko vzniku na základě dědičnosti, těžkého porodu či nezralosti, zaměřujeme se na hry, jež vedou k rozvoji fonemického sluchu a motorické obratnosti mluvidel. Taktéž si můžeme v případě obav domluvit konzultaci s odborníkem (Kutálková, 2005).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 POPIS LOGOPEDICKÉ INTERVENCE V PRVNÍM ROČNÍKU NA VYBRANÉ ZÁKLADNÍ ŠKOLE LOGOPEDICKÉ

Logopedickou intervencí lze pojmut v tom nejširším slova smyslu jako specifickou aktivitu, kterou uskutečňuje logoped s cílem:

- Identifikovat NKS;
- Eliminovat, zmírnit nebo alespoň překonat NKS;
- Zabránit tomuto narušení (zlepšit řečové funkce)

Jde o složitý proces, který se realizuje v zájmu dosažení tří základních cílů - logopedická diagnostika, logopedická terapie a logopedická prevence (Škodová a kol., 2007).

Cílem výzkumného šetření v praktické části je popsat logopedickou intervenci, která je využívána při práci s žáky prvního ročníku základní školy logopedické. Tato škola je zřízená pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. Jejím posláním je pomáhat dětem v překonávání nedostatků řečových funkcí, tj. nedostatků v mluvení, čtení a psaní speciálními výchovně vzdělávacími prostředky. Do základní školy logopedické jsou přijímány děti s vadami řeči mluvené (s opožděným vývojem a specificky narušeným vývojem řeči, s nesprávnou výslovností, koktavé, huhňavé), s potížemi ve čtení a psaní, ve věkové a schopnostní kategorii žáků běžné – spádové základní školy. Speciální výchovně-vzdělávací činnosti jsou organizovány v malých skupinách (zpravidla 6-14 žáků). Snahou je, aby se rozvojem řečových funkcí žáků rozvinuly jejich předpoklady k úspěšnému začlenění mezi vrstevníky do spádových škol. Zvláštností vyučování na základní škole logopedické je jeho průběžné využívání ve prospěch logopedického programu, podpory vývoje řečových funkcí zvláště v hodinách individuální logopedické péče.

Výzkum probíhal v základní škole logopedické v Praze. Popis žáků prvního ročníku, u kterých byla diagnostikována vývojová dysfázie, byl realizován na základě čtyřměsíčního pozorování při výuce. Následně byla analyzována data a prostudovány

spisové dokumenty pro zpracování kazuistik. Žáci jsou vzděláváni podle Školního vzdělávacího programu, který je upraven pro žáky s vadami řeči. Logopedická péče v průběhu vyučování prostupuje všemi předměty. Třídní učitelka, která je speciální pedagog – logoped, samostatně volí vhodné metody a postupy. Vzhledem k nízkému počtu žáků (8 žáků) je zajištěn individuální přístup ke každému. Do logopedické terapie je zapojena ještě jedna speciální pedagožka, která vede skupinovou logopedickou péči. Velký důraz je kladen na spolupráci s rodiči a na domácí přípravu. Na základě vstupní diagnostiky během září je vypracován třídní učitelkou plán individuální logopedické péče na celý školní rok, který je v prvním i druhém pololetí vždy vyhodnocen.

5.1 Cíl výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření je popsat logopedickou intervenci u žáků prvního ročníku s vývojovou dysfázií na vybrané základní škole logopedické. Dalším cílem je popsat formy práce, které speciální pedagogové při rozvoji řečových funkcí u dětí používají a jaké pomůcky při logopedické reedukaci nejčastěji využívají.

5.2 Dílčí cíle

V návaznosti na hlavní cíl výzkumného šetření byly stanoveny tři dílčí cíle ve výzkumu:

- Popis současně poskytované logopedické intervence žákům prvního ročníku na vybrané základní škole logopedické;
- Zjištění, jaké jsou formy logopedické intervence u vybraných žáků;
- Vytvoření přehledu nejčastěji využívaných pomůcek při logopedické intervenci u těchto žáků.

Z výše uvedených dílčích cílů vyplývají tři výzkumné otázky:

- Jaký je stav současně poskytované logopedické intervence na vybrané základní škole logopedické?
- Jaké jsou formy logopedické intervence speciálních pedagogů – logopedů?
- Jaké pomůcky jsou nejčastěji využívány při rozvoji verbálně komunikačních funkcí u žáků s vývojovou dysfázií v prvním ročníku základní školy logopedické?

5.3 Použité metody a charakteristika výzkumného vzorku

Pro zpracování praktické části bakalářské práce byl zvolen kvalitativní design výzkumu. Jedná se o výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických metod nebo jiných způsobů kvantifikace.

Hendl definuje kvalitativní výzkum jako „*Proces hledání porozumění na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“ (2005, s. 50)

Použitou metodou kvalitativního výzkumu je v této práci případová studie neboli kazuistika. Jde o podrobný popis a rozbor několika případů, které jsou závěrem shrnuty a vyhodnoceny.

Dále byla použita metoda pozorování. Při pozorování bylo zjišťováno, co se v dané skupině odehrává a jak se jednotlivci chovají a projevují. Pozorovatel je při zúčastněném pozorování součástí skupiny, musí navázat kontakt se zúčastněnou a pozorovanou osobou a systematicky zaznamenávat sbíraná data, aniž by pozorovaná osoba o těchto postupech věděla.

Autorka pravidelně třikrát týdně po dobu čtyř měsíců docházela do první třídy. Sledovala výuku čtení, psaní, matematiky, prvouky a výchov. Účastnila se také 2x týdně hodin logopedické péče. Byla seznámena s režimem školy, s používanými učebnicemi, pracovními sešity, pomůckami i se způsobem hodnocení školní práce a chování žáků. Shlédla vyučování a komunikaci dětí s různými handicapy v oblasti mluvních funkcí.

Při tomto šetření bylo nutné dělat si zápisky a poznámky, které pak sloužily jako podklad při zpracovávání kazuistik a sloužily také jako materiál potřebný k doplnění informací o jednotlivých žácích.

V praktické části je zpracováno sedm kazuistik. Z důvodu ochrany osobních údajů jsou místo jmen užity pozměněné iniciály. Také není blíže specifikováno, o kterou konkrétní základní školu logopedickou se jedná, aby nedošlo k identifikaci zkoumaných jedinců a kontaktování školy.

5.4 Kazuistika č. 1

Kazuistika byla zpracována analýzou dat a pozorováním.

Osobní anamnéza:

Jméno: S. Š.

Věk: 8,1

Dívka z prvního fyziologického těhotenství, porod vyvolávaný po termínu. Psychomotorický vývoj v normě. Vývoj řeči opožděn, první jednoduchá slova se začínají objevovat až kolem dvou let. Následně dochází ke stagnaci. U dívky v dorozumívání převažuje gestikulace a mimika. Jednoduché věty začíná tvořit v pěti letech. Mluva byla od počátku nesrozumitelná. Je v péči ORL (protěti podjazykové uzdičky, odstranění nosní mandle a zavedení ventilačních trubiček). Od tří let pravidelně jednou za dva týdny dochází na terapii ke klinické logopedce. Ve třech letech nastoupila do MŠ logopedické, kde probíhala každodenní intenzivní logopedická péče. V roce 2019 byla vyšetřena v SPC, realizován odklad školní docházky. Následně bylo poradenským zařízením doporučeno zaškolení dívky v ZŠ logopedické. V současné době je S. žákyní prvního ročníku ZŠ logopedické. Matka vnímá S. jako citlivou, kamarádkou a empatickou dívku, vytrvalou při práci. Rodina dívku podporuje. S. ráda zpívá, kreslí a věnuje se sportovním aktivitám – plavání a jízdě na kole. Má velmi pěkný vztah s prarodiči, které pravidelně navštěvuje. S babičkou si zpívá a se zájmem poslouchá pohádky.

Rodinná anamnéza:

Dívka žije v kompletní rodině. Má o dva roky mladšího bratra, který také již druhým rokem navštěvuje MŠ logopedickou. Matka má vystudovanou střední školu a pracuje jako administrativní pracovnice. Otec je vyučený truhlář a má vlastní firmu. Od dětství měl problémy s řečí a vyskytly se u něj specifické poruchy učení.

Školní anamnéza:

Dívka byla zařazena do 1. ročníku ZŠ logopedické z důvodu závažné formy narušené komunikační schopnosti – smíšená vývojová dysfázie, výrazných obtíží ve sluchovém vnímání - opožděného vývoje slabikové analýzy a syntézy, sluchové diferenciaci, oslabené krátkodobé verbální paměti a opožděného vývoje grafomotoriky.

Rovina lexikálně-sémantická: Pasivní slovní zásoba převyšuje aktivní slovní zásobu. Úroveň verbální paměti je snížena. Zopakovat správně jednoduchou větu ji činí obtíž, slova vynechává, přehazuje, domýšlí si dle významu. Vážně porozumění řeči. Instrukce je třeba zjednodušovat, podpořit gestem, obrázkem.

Rovina morfologicko-syntaktická: Vyjadřuje se v jednoduchých a někdy rozvitých větách s četnými dysgramatismy. V mluvě nesprávný slovosled, použití nesprávných koncovek při ohýbání slov, vynechávání zvrtných sloves, nesprávné použití předložek. Má potíže při tvorbě jednotného a množného čísla. Výrazně oslabený jazykový cit.

Rovina foneticko-fonologická: Oslabená motorika mluvidel. Nesprávně vyslovuje hlásky ŤĎŇ, L, tupé sykavky a vibranty. Obtíže ve sluchovém rozlišování měkčení a sykavek.

Rovina pragmatická: S. je verbálně málo aktivní. Pokud je ve známém prostředí s okolím komunikuje a velmi dobře spolupracuje.

V oblasti fonemické diferenciaci dívka obtížně rozlišuje hlásky ŤĎŇxTDN a sykavky. U slabikové analýzy a syntézy je nejistá. První a poslední hlásku určuje nekonstantně. Kreslí pravou rukou, úchop tužky je nefyziologický. Přítlak na podložku je zvýšený. Kresba postavy neodpovídá věku dítěte. Postrádá detaily (chybí vlasy, dolní končetiny, horní končetiny jsou ukončeny pouze náznakem prstů).

Dívka má o učení velký zájem. Poměrně rychle se adaptovala na nové školní prostředí. Našla si ve třídě kamarády. Je družná, k ostatním spolužákům se chová hezky, nekonfliktně.

V průběhu 1. pololetí byla logopedická péče zaměřena na rozvoj řeči ve všech jazykových rovinách, především na podporu verbální exprese. Byla rozvíjena aktivní i pasivní slovní zásoba a vyjadřovací schopnosti žákyně (reakce na otázky, řízené vyprávění na určité téma). Hlásku L se daří fixovat v jednoduchých slovech, slovních

spojeních a krátkých větách (také v návaznosti na čtení). Srozumitelnost mluvního projevu dívky je mírně zlepšena, taktéž mluvní apetit. Dále byl rozvíjen fonemický sluch (diferenciace slov jiného významu, ale podobně znějící, zejména měkčení a sykavky), slabiková analýza a syntéza, fonologická manipulace a stimulace sluchové paměti.

Logopedické pomůcky: Pro cvičení motoriky mluvidel je využíváno logopedické zrcadlo a artikulační kartičky a logopedický hrošík (Obrázek 1 a 2). K fixaci hlásky L slouží obrázky k jednotlivým slovům, dále jednoduché říkanky a básničky doplněné kresbami. Slovní zásoba aktivní i pasivní je obohacována pomocí obrázkového materiálu s vhodnou tematikou – rodina, zvířata, dětské časopisy a obrázkové knížky.

Shrnutí: Pobyt v menším kolektivu a výuka pod vedením speciálního pedagoga – logopeda má na dívku velmi pozitivní vliv a lze vidět značný pokrok. Řeč se během sledovaného období v ZŠ zlepšila. Taktéž v osvojování čtení a psaní dívka postupuje sice pomaleji, ale se stále zlepšující se tendencí. Dívka potřebuje vyšší podporu ze strany pedagoga, individuální vedení, dovysvětlení, ale také motivaci a budování sebedůvěry, že zvládne i úkoly, které vnímá jako náročné.

Obrázek 1: Hroch Logopedik



Zdroj: ZŠ logopedická

Obrázek 2: Logopedické zrcadlo



Zdroj: ZŠ logopedická

5.5 Kazuistika č. 2

Kazuistika byla zpracována analýzou dat a pozorováním.

Osobní anamnéza:

Jméno: M. K.

Věk: 8,6

Chlapec z první fyziologické gravidity, porod v termínu. Motorický vývoj běžný. Vývoj řeči výrazně opožděný. První slova ve třech letech, jednoduché věty začal tvořit kolem čtvrtého roku. Vázlo porozumění řeči, obtížně udržel pozornost. Do MŠ nastoupil v září 2016. Adaptace byla pozvolná. Je po odkladu školní docházky. První třídu absolvoval v režimu individuálního vzdělávání z důvodu dlouhotrvajícího šetření celkového stavu a sluchu. Vzhledem k výrazným obtížím ve vzdělávání se zákonní zástupci se školou dohodli, že by bylo pro chlapce vhodné první ročník opakovat ve speciální škole. Od roku 2019 dochází na klinickou logopedii. Je sledován na foniatrii a neurologii. Na foniatrickém vyšetření byla potvrzena percepční oboustranná ztráta sluchu. Neurologické vyšetření potvrdilo poruchu vývoje expresivní i receptivní složky řeči – vývojovou dysfázii, dyslálii, ADHD a poruchu koordinace hrubé motoriky. Maminka popisuje chlapce jako veselého, citlivého, empatického. Občas se u chlapce projevují úzkostné stavy. M. chodí rád do divadla, do kina, zajímá se o přírodu. Individuální vzdělávání se pro chlapce nejevilo jako optimální. Chybělo mu zařazení do vrstevnické skupiny a vrstevnické učení. Zákonní zástupci měli zájem zařadit chlapce do takové školy, která by respektovala jeho znevýhodnění a potřeby a M. se tak mohl vzdělávat v kolektivu spolužáků. Chlapec byl na jaře 2020 vyšetřen v SPC logopedickém a bylo mu doporučeno vzdělávání v ZŠ s logopedickým zaměřením. Od září školního roku 2020/2021 je tedy žákem prvního ročníku ZŠ logopedické.

Rodinná anamnéza:

Chlapec žije v kompletní rodině. Má o čtyři roky mladšího bratra. Ten navštěvuje běžnou MŠ. Dochází na logopedii z důvodu dyslálie. Matka i otec jsou kadeřníci a vlastní salon. Maminka udává, že v dětství měla řečovou vadu a navštěvovala logopedii.

Školní anamnéza:

Chlapec byl zařazen do 1. ročníku ZŠ logopedické z důvodu smíšené vývojové dysfázie, lehké oboustranně percepční vadě sluchu, obtíží v koncentraci pozornosti, vyšší unavitelnosti, opožděného vývoje grafomotoriky a obtíží ve zrakové a sluchové percepci.

Rovina lexikálně - sémantická: Slovní zásoba chlapce je chudá. Porozumění řeči je oslabené, pokyny je třeba zjednodušovat a ujišťovat se, zda chlapec instrukci porozuměl. Při opakování delšího větného celku má obtíže, přehazuje pořadí slov nebo si slova domýšlí. Úroveň verbální paměti je snižena.

Rovina morfologicko - syntaktická: Chlapec se vyjadřuje ve větách, významově nepřesně s narušenou větnou skladbou. V mluvě nesprávný slovosled, použití nesprávných koncovek při ohýbání slov, nesprávné používání předložek.

Rovina foneticko - fonologická: Spontánní mluvní projev je artikulačně neobratný. Nesprávná výslovnost sykavek obou řad, chybí vibranta Ř. Víceslabičná slova komolí nebo polyká jejich koncovky.

Rovina pragmatická: M. dokáže navázat oční i verbální kontakt. V kontaktu je méně jistý. Pokud již prostředí zná, je jeho projev spontánní.

Vývoj fonemického sluchu je u chlapce oslabený. Slabikovou analýzu a syntézu zvládá. V oblast hláskové analýzy a syntézy selhává. Taktéž zraková diferenciacie je oslabená.

M. píše a kreslí pravou rukou s nesprávným úchopem psacího náčiní. Přítlak na podložku je zvýšený. Ruka není dostatečně uvolněná.

Chlapec se na nové školní prostředí adaptoval úspěšně. Je přátelský a stále pozitivně naladěný. O učení má zájem. Pracuje pomalým tempem. Instrukce v závislosti na obtížnosti úkolů mu musí být vícekrát zopakovány nejen z důvodu horšího porozumění, ale také výrazných obtíží v koncentraci pozornosti. U chlapce je přítomen výrazný psychomotorický neklid.

Logopedická péče byla v průběhu 1. pololetí zaměřena na rozvoj řeči ve všech jazykových rovinách, především na podporu verbální exprese, správného slovosledu ve

větech a jazykového citu (používání správného rodu, čísla a pádu podstatných jmen a správného použití předložek). Byla rozvíjena slovní zásoba a vyjadřovací schopnosti žáka. Podařilo se navodit hlásku S, která je nyní ve fázi fixace v jednoduchých slovech, slovních spojeních a krátkých větách. Dále je třeba rozvíjet fonemický sluch (diferenciace slov jiného významu, ale podobně znějící, zejména sykavky), hláskovou analýzu a syntézu a stimulovat sluchovou paměť pomocí básniček, opakování příběhů, manipulaci s obrázky. Taktéž se terapie zaměřuje na zvýšení sebevědomí chlapce, posilování a prodlužování doby záměrné koncentrace pozornosti a uvolnění psychomotorického neklidu.

Logopedické pomůcky: Pro rozvoj slovní zásoby je využíván vhodný obrázkový materiál, knížky, dětské časopisy, encyklopedie. K řečovému projevu je chlapec vybízen vhodnými říkankami, básničkami a písničkami s doprovodem Orffova instrumentáře (Obrázek 3). Hojně jsou využívány hudebně pohybové hry. Při vyvození a nácvičku hlásky S bylo využito logopedické zrcadlo, větrník, vatové kuličky (pro usměrnění výdechového proudu), dále špachtle, jedlý papír (pomůcky pro správnou polohu jazyka a rtů (Obrázek 4). K procvičování hlásky slouží obrázky slov, jednoduchá slovní spojení, doplněné opět vhodnými obrázky.

Shrnutí: Přestup chlapce do ZŠ logopedické i opakování prvního ročníku chlapci výrazně prospělo. Získal jistotu, zlepšuje se jeho sebevědomí, našel si v kolektivu dětí mnoho kamarádů, se kterými udržuje kontakt i mimo vyučování. Již v prvních měsících školní docházky se chlapec zklidnil, výrazně ustoupily projevy psychomotorického neklidu, zvýšil se zájem o učení a radost z něho. Také došlo vlivem intenzivní logopedické péče ke zlepšení verbálně komunikačních funkcí.

Obrázek 3: Orffův instrumentár



Zdroj: ZŠ logopedická

Obrázek 4: Hračky



Zdroj: ZŠ logopedická

5.6 Kazuistika č. 3

Kazuistika byla zpracována analýzou dat a pozorováním.

Osobní anamnéza:

Jméno: V.Č.

Věk: 9,3

Dívka z prvního těhotenství. Porod v termínu, bez komplikací. Motorický vývoj byl mírně opožděný, rehabilitována Vojtovou metodou. První slova se objevila po prvním roce věku, dále se však aktivní složka řeči vyvíjela velmi pomalu. Jednoduché věty začala tvořit kolem čtvrtého roku. V logopedické péči je od tří let. U dívky byla diagnostikována vývojová dysfázie. Nejprve nastoupila do soukromé mateřské školy s nízkým počtem dětí ve skupině. Adaptovala se úspěšně. Později po přestěhování rodiny přestoupila do běžné mateřské školy, kde měla podporu asistenta pedagoga. Na doporučení PPP byl realizován odklad školní docházky o jeden rok. Následující školní rok byl realizován druhý, dodatečný odklad školní docházky. Dívka pak docházela do přípravné třídy základní školy. Rodiče měli zájem o zařazení V. do logopedické školy, kterou jim při kontrolním vyšetření PPP doporučila. Ve volném čase dívka ráda zpívá, plave a jezdí na kole.

Rodinná anamnéza:

Dívka žije v kompletní rodině. Má roční sestru, o kterou se pomáhá mamince starat. Matka má vystudovanou vysokou školu. Nyní je na mateřské dovolené. Otec je manažer v jedné nadnárodní společnosti.

Školní anamnéza:

Dívka byla zařazena do 1. ročníku ZŠ logopedické z důvodu těžké formy narušené komunikační schopnosti - oslabení v receptivní i expresivní složce řeči (převaha obtíží v expresivní složce – především výslovnost a aktivní užívání jazyka), obtíží v koncentraci pozornosti, vyšší unavitelnosti, opožděného vývoje grafomotoriky a obtíží ve zrakové a sluchové percepci.

Rovina lexikálně – sémantická: Aktivní slovní zásoba je nižší, pasivní je na poměrně dobré úrovni. Na jednoduché otázky odpovídá adekvátně, občas nevybaví správný výraz.

Má obtíže s porozuměním složitějším otázkám a některým instrukcím. Verbální paměť je na dobré úrovni, daří se jí opakovat více slov i větu.

Rovina morfologicko – syntaktická: Mluví v jednoduchých větách, obsahově chudých. Patrné jsou dysgramatismy, infantilismy, neužívá ještě všechny slovní druhy.

Rovina foneticko – fonologická: Výslovnost je na hranici srozumitelnost. S jistotou vysloví samohlásky a několik souhlásek, ostatní v běžné řeči neužívá. Výrazně oslabena oromotorika.

Rovina pragmatická: I přes komunikační obtíže dívka nechybí mluvní apetit. Komunikuje spontánně. Dokáže navázat verbální i oční kontakt. Má svá oblíbená témata. Ráda mluví o mamince a mladší sestře. Má tendenci zabíhat ke svým tématům, od kterých se obtížně odklání. Je prosociálně zaměřená.

Sluchové vnímání je nedozrálé. Slabiková analýza i syntéza se nedaří. Iniciální a koncovou hlásku ve slovech neidentifikuje. Zrakové vnímání je částečně nedozrálé. Výrazně oslabená je grafomotorika. Kreslí pravou rukou s nesprávným úchopem tužky. Přítlak na podložku je nerovnoměrný. Kresba neodpovídá věku dítěte, je jednoduchá, vyjadřuje se spíše kruhovým čaráním.

Adaptace na školní prostředí probíhalo pozvolna. V. zpočátku často plakala a chtěla jít domů. Bylo třeba prodloužit adaptační období. Postupně se situace klidným a vstřícným přístupem třídní učitelky zlepšila. V. se již do školy těší. Přichází každý den pozitivně naladěná. Má výrazné obtíže s udržením koncentrace pozornosti. Pracuje někdy přiměřeným tempem, někdy rychle, místy až zbrkle. Občas je přítomný mírný psychomotorický neklid.

Logopedická péče byla v průběhu 1. pololetí zaměřena na rozvoj řeči ve všech jazykových rovinách, především na podporu verbální exprese. Byla rozvíjena aktivní i pasivní slovní zásoba a vyjadřovací schopnosti dívky (tvorba rozvitých vět, reakce na otázku, řízené jednoduché vyprávění na dané téma), dále schopnost užívat řeč k dosažení určitého záměru – požádat o něco, vyjádřit postoje a emoce, schopnost vést jednoduchý rozhovor, spontánně vyprávět, oznámit informace, usměřňování sociálních interakcí. Také je rozvíjena přiměřenost a vhodnost vyjádření v určité situaci, v komunikaci mezi vrstevníky a komunikaci s dospělými. Hlásky B,P,M,F,V se daří fixovat v jednoduchých

slovech, slovních spojeníh a krátkých větách (také v návaznosti na čtení). Srozumitelnost mluvního projevu mírně zlepšena. Dále byl rozvíjen fonematický sluch (diferenciace slov jiného významu, ale podobně znějící, zejména měkčení a sykavky, KxT, GxD), slabiková analýzu a syntéza. Je třeba posilovat a prodlužovat dobu záměrné koncentrace pozornosti a vhodně uvolňovat psychomotorický neklid.

Logopedické pomůcky: Při reedukaci byly využívány stimulační pomůcky – zvukové hračky, Orffovy hudební nástroje pro cvičení sluchového vnímání. Dále dívka pracovala s masážními míčky pro uvolnění svalového napětí v orofaciální oblasti a také v oblasti šíjového svalstva (Obrázek 5). Dalšími pomůckami byly různé hry na stimulaci zrakové percepce. Pro zrakovou kontrolu při vyvození a fixaci hlásek sloužilo logopedické zrcadlo a kartičky s artikulačním postavením mluvidel.

Shrnutí: I přes počáteční adaptační obtíže se dívka v logopedické škole daří. Zařazení do malého kolektivu, kde je možnost se jí individuálně věnovat, jí prospívá. Vzhledem k tomu, že V. má velmi dobrou mechanickou paměť, je vhodně využívána k rozvoji vědomostí – k rozšiřování slovní zásoby, učení se poučným říkankám, mechanickému počítání apod. Dívce prospívá též pobyt v kolektivu dětí i z hlediska jejího prosociálního zaměření. Má několik kamarádů, kteří jí pomáhají a také u ní velmi dobře funguje vrstevnické učení, což ji motivuje především u úkolů, které vnímá jako subjektivně náročnější.

Obrázek 5: Masážní míčky



Zdroj: ZŠ logopedická

5.7 Kazuistika č. 4

Kazuistika byla zpracována analýzou dat a pozorováním.

Osobní anamnéza:

Jméno: V. Š.

Věk: 7,9

Chlapec z druhého rizikového těhotenství. Porod v termínu bez komplikací. Motorický vývoj byl pomalejší, začal chodit a roce a půl, byl rehabilitován. Vývoj řeči opožděn, první slova byla v ukrajinštině, česká slova okolo tří let. V roce 2018 podstoupil operaci nosních mandlí. Také v tomto roce byl hospitalizován na oddělení dětské psychiatrie, kde byla diagnostikována smíšená vývojová dysfázie, potíže v grafomotorice, oromotorice, oslabení zrakové a sluchové percepce. Na logopedii dochází pravidelně druhý rok. Do mateřské školy nastoupil ve třech a půl letech. Adaptoval se s mírnými obtížemi. Byl vyšetřen v SPC a chlapci bylo doporučeno zaškolení do základní školy logopedické. V. se věnuje sportovním aktivitám, hraje fotbal a jezdí na kole.

Rodinná anamnéza:

Rodiče chlapce pochází z Ukrajiny. V České republice žijí deset let. Matka uklízí. Otec pracuje na stavbách jako zedník. Starší bratr chlapce žije na Ukrajině a pravidelně za rodiči a bratrem dojíždí. Doma rodiče mezi sebou komunikují ukrajinsky, s chlapcem se snaží mluvit česky. Zajímají se o chlapcovo vzdělání a mají zájem o co nejlepší spolupráci se školou.

Školní anamnéza:

Chlapec byl zařazen do 1. ročníku ZŠ logopedické z důvodu narušené komunikační schopnosti – smíšené vývojové dysfázie, percepčního oslabení ve sluchovém a zrakovém vnímání, oslabení grafomotorických dovedností a obtíží v koncentraci pozornost.

Rovina lexikálně – sémantická: Aktivní a pasivní slovní zásoba je oslabená. Vážně výbavnost potřebných pojmů. Porozumění známým a opakujícím se instrukcím je zachováno, nové a víceúrovňové instrukce chlapci činí potíže. Instrukce je potřeba

přeformulovat, zkrátit. Násobné instrukce a abstraktní pojmy je nutno vysvětlit. Je třeba průběžně ověřovat pochopení.

Rovina morfologicko – syntaktická: Chlapec komunikuje na úrovni slov s výraznými dysgramatismy. Obtíže chlapci činí skloňování podstatných jmen, problémy se objevují ve shodě číslovky s podstatným jménem

Rovina foneticko – fonologická: Sykavky obou řad, hlásky L, R, Ř má správně navozené, ale v běžné řeči je chlapec používá nestabilně. Hlásky zaměňuje, dochází k přesmykům.

Rovina pragmatická: Přes výrazné obtíže v řeči, má V. zájem o komunikaci. Dokáže navázat oční i verbální kontakt. Má snahu vyjádřit své myšlenky, potřeby, vypomáhá si četnou gestikulací a mimikou. Je však často frustrovaný z komunikačního neúspěchu.

Fonematický sluch je oslabený v oblasti měkčení a při rozlišování znělosti a neznělosti slov. Slabiková analýza a syntéza se mu daří. První hlásku ve slově určuje nestabilně, finální hlásku ve slově neurčí. Zraková percepce je ovlivněna nestabilní pozorností. Grafomotorické projevy realizuje pravou rukou s nefyziologickým úchopem psacího náčiní. Kresba postavy je opožděná.

Chlapec se na školní prostředí adaptoval bez obtíží. Ve výuce je patrné značné kolísání pozornosti a jeho výkony jsou ovlivněny krátkodobou a nestabilní pozorností. Tu je třeba často poutat a vracet chlapce k právě prováděným činnostem. V. do školy chodí rád, především proto, že si zde našel spoustu kamarádů i v jiných ročnících. Vzhledem k tomu, že rodina chlapce je sociálně izolovaná, jsou tyto vazby pro chlapce velmi prospěšné.

V průběhu 1. pololetí byla logopedická péče zaměřena na všechny jazykové roviny. Jde o chlapce s odlišným mateřským jazykem. U V. došlo ke zlepšení v porozumění, avšak stále vážne porozumění složitějším pokynům a instrukcím. Násobné instrukce je třeba chlapci vysvětlit, popř. rozfázovat a neustále ověřovat jejich pochopení. Bylo třeba se zaměřit na zmírnění artikulační neobratnosti a na správný akcent. Dále na fixaci sykavek obou řad a hlásky R. Ve sluchové percepci probíhalo cvičení na správné určení délek vokálů, na rozlišování sykavek a měkčení, což velmi vhodně korespondovalo s výukou v ČJ. Byla prohlubována slovní zásoba aktivní i pasivní a byl zpřesňován slovník, cvičena výbavnost pojmů. Pozornost byla věnována především

tematickému rozšiřování slovní zásoby, zobecňování a hledání souvislostí mezi pojmy, tvoření slov opačného významu, slov souznačných a hledání a tvoření rýmů. Dalším úkolem byla korekce dysgramatismů. Velký důraz byl kladen na tvorbu vět a na správný slovosled. Postup směřoval od jednoduchých vět ke složitějším.

Logopedické pomůcky: Pro rozvoj sluchové a zrakové percepce, ale také pro rozvoj řeči byla velmi úspěšně využívána pomůcka Logico Piccolo (Obrázek 6 a 7). Jednotlivé sady karet s rámečkem měl stále k dispozici a velmi rád s nimi pracuje i o přestávkách. K fixaci hlásky L a sykavek bylo využito logopedické zrcadlo, pro zřetelnou kontrolu správného artikulačního postavení obrázkový materiál, logopedické písničky, básničky a pohádky (Obrázek 8).

Shrnutí: V menší kolektivě dětí a pod vedením speciálního pedagoga – logopeda se chlapec rozvíjí jak po stránce sociální, tak po stránce řečové. Má možnost slyšet několik hodin správný řečový vzor, komunikuje s dětmi i s dospělými v českém jazyce. Odpoledne bývá často i ve školní družině, kde si hraje a paní vychovatelka s ním dle instrukcí třídní učitelky procvičuje logopedická cvičení. Došlo k výraznému zlepšení v porozumění. Chlapec si ve volných chvílích prohlíží dětské knížky, často se dotazuje a rád si povídá o obrázcích. Také je posun v tvorbě vět. V. začal tvořit jednoduché věty a je znát radost z řečové aktivity.

Obrázek 6: Logico Piccolo



Zdroj: ZŠ logopedická

Obrázek 7: Logico Piccolo



Zdroj: ZŠ logopedická

Obrázek 8: Logopedická literatura



Zdroj: ZŠ logopedická

5.8 Kazuistika č. 5

Kazuistika byla zpracována analýzou dat a pozorováním.

Osobní anamnéza:

Jméno: N.K.

Věk: 7,8

Těhotenství rizikové, porod v termínu bez komplikací. Motorický vývoj opožděný. První slova začala užívat v roce a půl, jednoduché věty tvořila ve dvou letech. Do MŠ nastoupila na jaře 2017, adaptace byla pozvolná. Je bez odkladu školní docházky. Maminka popisuje dívku jako bojácnou, občas vznětlivou, lítostivou, pomalou a stydlivou. Ve volném čase se věnuje gymnastice a moderním tancům. Na logopedii dochází od ledna 2018 z důvodu vývojové poruchy řeči, susp. vývojová dysfázie. Nastoupila do běžné základní školy. Ve škole zažívala dlouhodobý neúspěch. Dle maminky má obtíže v zapamatování si písmen a čísel, při čtení není schopna spojit slovo. Má problémy s krátkodobou pamětí. Domácí příprava probíhala intenzívně s nepřetržitou pomocí rodičů cca dvě hodiny denně, s častými přestávkami. Pedagogicko - psychologickou poradnou pro Prahu 3 a 9 byla dívce nastavena podpůrná opatření 2. stupně, která se jevila jako nedostatečná. Rodiče měli zájem o přestup do speciální školy s logopedickým zaměřením. Od září školního roku 2020/2021 je žákyní prvního ročníku základní školy logopedické. Dívka na doporučení SPC opakuje první třídu.

Rodinná anamnéza:

Dívka žije v kompletní rodině. Nemá žádného sourozence. Maminka pracuje jako zdravotní sestra v nemocnici. Tatínek je programátor. V dětství mu byla diagnostikována porucha plynulosti řeči – balbuties. Absolvoval účinnou terapii a již na konci prvního stupně základní školy došlo k upravení těchto obtíží. Otec udává, že pokud je pod časovým tlakem nebo dlouhodobým stresem, projevují se u něj neplynulosti v řeči. Rodiče dívku podporují a věnují se jí.

Školní anamnéza:

Dívka byla zařazena do 1. ročníku ZŠ logopedické z důvodu narušené komunikační schopnosti – susp. vývojové dysfázie, oslabení v oblasti hláskové analýzy a syntézy, fonemického sluchu, zrakové diferenciacce, opožděného vývoje grafomotoriky, oslabené verbální paměti, obtíží v koncentraci pozornosti, zvýšené unavitelnosti a výrazně pomalého pracovního tempa. Díky jmenovaným znevýhodněním dívka výrazně selhávala v osvojování si čtení a psaní v první třídě běžné školy.

Rovina lexikálně – sémantická: Objem slovní zásoby je výrazně podprůměrný. Často vázne výbavnost pojmů. Verbalizace je méně obratná. Porozumění řeči je oslabené. Opakování delšího větného spojení jí činí problémy. Úroveň sluchové paměti je snižena.

Rovina morfologicko – syntaktická: Dívka se vyjadřuje ve větách, které jsou obsahově chudé s občasnými dysgramatismy.

Rovina foneticko – fonologická: V artikulaci jsou nedostatky ve výslovnosti vibrant. Je artikulačně méně obratná. V řeči sykavkové asimilace.

Rovina pragmatická: Dívka je verbálně méně aktivní, sama rozhovor nezačíná. K mluvnímu projevu musí být vhodně motivovaná. N. při neznalosti odpovědi často znervózní a začne se u ní projevovat zvýšený psychomotorický neklid.

V oblasti fonemické diferenciacce má mírné nedostatky v rozlišování měkčení. Hlásková analýza a syntéza je nezralá. Dívce se daří pouze rozklad jednoduchých slov tvořených otevřenou nebo zavřenou slabikou. Syntéza se nedaří vůbec.

Při rozlišování reverzních figur má obtíže u tvarů horizontálně otočených.

N. kreslí a píše pravou rukou s nesprávným úchopem psacího náčiní a zvýšeným přitlakem na podložku.

Na novou školu se dívka adaptovala pozvolně. Zpočátku byla nejistá, nevěřila si. Měla obavy z případného neúspěchu, který zažívala v běžné základní škole. Bylo třeba pracovat na zvýšení sebevědomí dívky. N. je velmi milá, vstřícná a ukázněná. Zpočátku byla pasivní. Postupně se více a více zapojovala do výuky. Pracuje pomalým tempem. Pokud se jí nedaří, je znát, že ji neúspěch mrzí. Vzhledem k tomu, že je velmi hodná a milá, mezi dětmi si našla spoustu kamarádů.

Logopedická péče byla v prvním pololetí zaměřena na rozvoj řeči ve všech jazykových rovinách. U dívky došlo k výraznému zlepšení v porozumění složitějším pokynům a instrukcím. Taktéž se podařilo zmírnit artikulační neobratnost. V artikulaci se podařily navodit hlásky R a Ř, nyní jsou fixovány ve slovech a jednoduchých větách. Ostatní hlásky jsou správně navozeny a odpovídají české fonetické normě. Ve sluchové diferenciaci je cvičeno rozlišování TDNxTĎŇ a sykavek, což velmi vhodně koresponduje s výukou v ČJ. Byla prohlubována slovní zásoba a zpřesňován slovník. Pozornost byla věnována především tematickému rozšiřování slovní zásoby, zobecňování a hledání souvislostí mezi pojmy, slov opačného významu, slov souznačných a hledání a tvoření rýmů.

Logopedické pomůcky: K vyvozování hlásky R, kromě motorických cvičení jazyka, byl použit rotavibrátor. Měl pro dívku velmi silný motivační charakter. Dívka s touto pomůckou ráda pracovala, především u cvičení slov se skupinou TR-, DR- na začátku. Poměrně v krátké době, také vlivem dobrých pohybových schopností a intenzivním cvičením motoriky jazyka, se u dívky podařilo navodit vibrantu R. Dále bylo využíváno logopedická zrcadlo. Pro cvičení prudkého výdechového proudu to byly vatové kuličky. K precizaci ostatních hlásek a k rozvoji slovní zásoby se u dívky osvědčila Albi elektronická tužka, kdy dotykem tužky na obrázek nebo text se ozve zvuk hlásky nebo dané slovo či věta (Obrázek 9). V souvislosti s nácvikem správné výslovnosti je tato tužka vhodná, poněvadž poskytuje dítěti správný vzor výslovnosti.

Shrnutí: Zařazení do základní školy logopedické i opakování prvního ročníku dívce prospělo po všech stránkách. Dívka se zklidnila, zvýšilo se jí sebevědomí, došlo k výraznému zlepšení v řeči. Poměrně rychle byly navozeny vibranty a je znát zlepšení i v porozumění a ochotě komunikovat. Dívka je daleko více komunikativnější, než na začátku školního roku. Má zájem sdělovat své zážitky a dělit se o ně. Také její sociální kontakty se spolužáky jsou intenzivní a dívka působí spokojeně a jistě.

Obrázek 9: Albi tužka



Zdroj: ZŠ logopedická

5.9 Kazuistika č. 6

Kazuistika byla zpracována analýzou dat a pozorováním.

Osobní anamnéza:

Jméno: J.B.

Věk: 8,1

Chlapec z 2. fyziologického těhotenství, porod v termínu. Psychomotorický vývoj v normě. První slova v roce, jednoduché věty začal tvořit kolem druhého roku. Ve dvou a půl letech prodělal Akutní lymfoblastickou leukémií, léčen v Motole, léčba trvala dva roky. První rok léčby byl velmi intenzivní, většinu času trávil v nemocnici. V důsledku léčby trpěl nevolnostmi, byl apatický. Celkový vývoj se pozastavil. Za dva roky nevyrostl, váha byla výkyvová vlivem léků. Nechtěl komunikovat s personálem, bál se, většinu vyšetření proplakal, měl nedůvěru k lidem. Hůře chodil (výpotek na kyčli), jeho fyzická kondice byla výrazně snižena. V době léčby nejevil zájem o čtení, povídání, kreslení. V nemocnici jen ležel, maximálně sledoval televizi nebo si hrál s mobilem. Měl velmi omezený přísun podnětů. Vzhledem ke zvýšenému riziku infekcí, musel být dodržován striktní izolační režim zejména od vrstevníků a dětí předškolního věku a od běžných dětských aktivit. Léčba byla úspěšná, chlapec je vyléčen. V pěti letech nastoupil do běžné MŠ. Adaptace na nové prostředí proběhla bez problémů. Ihned po skončení léčby začal docházet na klinickou logopedii. Byl vyšetřen na foniatrii, neurologii a psychologii. Byla potvrzena smíšená vývojová dysfázie. Maminka kontaktovala SPC s tím, že má zájem o zařazení chlapce do mateřské školy logopedické, kde byl přijat, adaptace byla pozvolná. J. obtížně navazoval s dětmi kontakt. Chlapec je po odkladu školní docházky. Na doporučení poradenského zařízení byl zařazen v základní škole logopedické.

Rodinná anamnéza:

Chlapec žije pouze s maminkou a starší sestrou. Rodiče jsou rozvedeni. Maminka má vystudovanou vysokou školu v oboru mezinárodních vztahů, avšak vzhledem k tomu, že chce mít na chlapce dostatek času a věnovat se mu, pracuje jako asistentka pedagoga ve speciální škole.

Školní anamnéza:

Chlapec byl zařazen do 1. ročníku ZŠ logopedické z důvodu těžké formy narušené komunikační schopnosti – smíšené vývojové dysfázie, obtíží v koncentraci pozornosti, větší unavitelnosti, nižší odolnosti vůči psychofyzické zátěži, oslabení ve sluchovém a zrakovém vnímání.

Rovina lexikálně – sémantická: Pasivní slovní zásoba převažuje nad aktivním slovníkem. Při vyjádření myšlenky často hledá správný pojem slova. Při opakování jednoduchých větných celků selhává.

Rovina morfologicko – syntaktická: Ve spontánním mluvním projevu tvoří věty, které nejsou gramaticky správné. V mluvě nesprávný slovosled, použití nesprávných koncovek při ohýbání slov, vynechávání zvrtných sloves, nesprávné použití předložkových vazeb. V řečovém projevu četné dysgramatismy.

Rovina foneticko – fonologická: Verbální projev je místy méně srozumitelný vlivem nesprávné výslovnosti řady hlásek. V řečovém projevu jsou narušeny znělosti u hlásek B,D,V,Z,Ž, hlásky jsou ve fázi fixace. V mluvě jsou správně navozeny hlásky ŤĎŇ, tupé sykavky, ale prozatím nejsou plně zautomatizovány ve spontánním řečovém projevu. Nesprávně vyslovuje sykavky ostré řady a vibranty.

Rovina pragmatická: Chlapec je v kontaktu pasivní, oční kontakt navazuje jen na krátkou dobu. Komunikační schopnosti jsou výrazně oslabeny především v motorické produkci slov. Je úzkostněji laděný, samotářský. Vyžaduje podporu dospělého při navazování kontaktů s dětmi.

Fonematický sluch je oslabený zejména v oblasti rozlišování hlásek TDN-ŤĎŇ a sykavek. Bez obtíží zvládá slabikovou analýzu a syntézu. Hlásková analýza a syntéza se vyvíjí. Zraková percepce je oslabena, chybuje u reverzních obrazců otočených dle vertikální osy. Chlapec kreslí a píše pravou rukou se správným úchopem psacího náčiní. Přítlak na podložku je přiměřený. Kresba postavy odpovídá věku dítěte.

Chlapec se na nové školní prostředí adaptoval s mírnými obtížemi. Zpočátku byl pasivní, postupně byl uvolněnější, pozitivnější a sdílnější. Ve škole má o učení zájem, snaží se o podání co nejlepšího výkonu. Avšak bývá často unavený a je třeba mu umožnit odpočinek, zařazovat relaxační chvílky. Pozornost chlapce snadno rozptýlí okolní

podněty, takže je třeba poutat jeho pozornost a vracet ho do děje. Zpočátku měl problémy s navazováním sociálních kontaktů, postupně se situace zlepšila a J. si našel dva kamarády, se kterými si o přestávkách a v družině hraje.

Logopedická péče byla v průběhu 1. pololetí zaměřena na rozvoj řeči ve všech jazykových rovinách, především na podporu verbální exprese, zlepšení motoriky mluvidel, správného slovosledu ve větách a jazykového citu (používání správného rodu, čísla a pádu podstatných jmen, správného použití předložek, zvrtných sloves). Byla rozvíjena slovní zásoba a vyjadřovací schopnosti žáka. Zařazena cvičení na rozvoj oromotoriky (prvky myofunkční terapie, prvky z tvořivé řeči). Byla posilována zvučnost hlasu, znělost hlásek. Měkčení se podařilo zafixovat. Ostré sykavky jsou ve fázi navozování. Dále byl procvičován fonemický sluch (diferenciace slov jiného významu, ale podobně znějící, měkčení, sykavky), hlásková analýza a syntéza a stimulována sluchová paměť pomocí básniček, opakování příběhů, manipulací s obrázky.

Logopedické pomůcky: Pro dechová cvičení byla využita flétna koncovka (Obrázek 10). Protože se na koncovku nedá hrát falešně, chlapce hned zaujala. J. se naučil různě silně foukat do koncovky – od tichého až po silné foukání. Hra na koncovku měla velmi pozitivní vliv na chlapcovo soustředění, na správné dýchání. K rozšiřování slovní zásoby byly využívány obrázky, dětské knížky, logopedické publikace, hry (Obrázek 11). Mechanická paměť byla cvičena pomocí jednoduchých logopedických říkadel, ilustrovaných obrázky. Pro nácvik správných gramatických tvarů bylo použito obrázkové čtení a terapeutický materiál Vykuk. Oromotorická cvičení byla realizována s podporou oromotorických karet a logopedického zrcadla.

Shrnutí: Chlapec vzhledem k závažným zdravotním komplikacím v raném dětství, které měly také negativní dopad na řečový vývoj, vyžaduje zvýšený individuální přístup, kterého se mu ve speciální škole dostává. Jsou respektovány nároky na sníženou odolnost a zvýšenou unavitelnost. Chlapci je poskytován častější odpočinek. Pravidelně podle potřeby a jeho kondice jsou zařazovány relaxační chvílky. Pod vedením třídní učitelky jsou rozvíjeny verbálně komunikační schopnosti chlapce. Během tohoto pololetí došlo k značnému posunu v řečových funkcích chlapce a také ke zlepšení v sociálních dovednostech. Hoča kolektiv dětí velmi pěkně přijal, chlapec má ve třídě kamarády, více však inklinuje k děvčatům.

Obrázek 10: Koncovka



Zdroj: ZŠ logopedická

Obrázek 11: Logopedické hry



Zdroj: ZŠ logopedická

5.10 Kazuistika č. 7

Kazuistika byla zpracována analýzou dat a pozorováním.

Osobní anamnéza:

Jméno: F.Š.

Věk: 7,1

Chlapec z prvního fyziologického těhotenství, taktéž porod bez komplikací. Motorický vývoj v normě, vývoj řeči byl výrazně opožděný. Ve třech letech užíval asi pět slov. Do MŠ nastoupil ve třech a půl letech, adaptoval se úspěšně. Je bez OŠD, do prvního ročníku nastoupil do ZŠ logopedické na doporučení PPP. Na logopedii dochází pravidelně od tří let z důvodu vývojové dysfázie a dysartrie. Dle maminky chlapec v domácím prostředí při logopedických cvičeních obtížně spolupracuje, vzteká se, logopedii nechce trénovat. Logopedický nácvik ho vyčerpává. Velmi pomalý postup nápravy. Vyvozené hlásky v běžné řeči neužívá. Rád si kreslí, zpívá, docházel na kroužek keramiky a ve volném čase se věnuje sportovním aktivitám.

Rodinná anamnéza:

Chlapec žije s oběma rodiči a mladší sestrou. Ta navštěvuje MŠ. Dochází na logopedii z důvodu dyslálie. Matka pracuje jako asistentka v soukromé firmě a otec je vyučený kuchař. Uvádí, že v dětství měl problémy se čtením a psaním. Byla mu diagnostikována dyslexie a dysortografie.

Školní anamnéza:

Chlapec byl zařazen do 1. ročníku ZŠ logopedické z důvodu narušené komunikační schopnosti – opožděný vývoj řeči na podkladě kombinované vývojové dysfázie a dysartrie, oslabeného sluchového vnímání a obtíží v grafomotorice.

Rovina lexikálně – sémantická: Obsahová stránka řeči je velmi dobrá. Slovní zásoba aktivní i pasivní odpovídá věku. F. dokáže objasnit pojmy výstižně. Slovní porozumění je na dobré úrovni. Při opakování delšího větného celku má obtíže, přehazuje slova nebo si slova domýšlí dle významu. Úroveň verbální paměti je snížena.

Rovina morfologicko – syntaktická: Chlapec se vyjadřuje v rozvitých větách i v souvětích bez dysgramatismů.

Rovina foneticko – fonologická: Řečový projev je místy špatně srozumitelný pro mnohočetnou dyslálii. Artikulační schopnost mluvidel je oslabená. Vážne koordinace pohybů na mluvidlech. Má problémy i v orientaci v dutině ústní. Delší slova komolí. Vážne výslovnost dvojhlásek au, ou. V řeči záměny hlásek artikulačně a zvukově podobných. Vážne znělost hlásek Z, Ž. Ostatní sykavky obou řad i hlásky Ď, Ť, Ň jsou navozeny, avšak v běžné řeči je užívá nestabilně. Chybí vibranty.

Rovina pragmatická: I přes značné obtíže v řečovém projevu je chlapec komunikativní. Dokáže navázat adekvátní verbální kontakt. Umí vyjádřit své myšlenky, pocity a názory.

Fonematický sluch je oslabený především v diferenciaci TDNxŤDŇ. Slabikovou analýzu i syntézu zvládá. Identifikuje první hlásku ve slově, poslední hlásku zatím neslyší. F. kreslí a píše pravou rukou s křečovitým úchopem. Přítlak na podložku je zvýšený. Kresba postavy je jednodušší, má nesprávné proporce.

Chlapec se na školní prostředí adaptoval bez obtíží. Je dobře spolupracující, klidný, soustředí se. Má zájem o výuku. V hodinách logopedické péče při individuálním vedení i ve skupinové logopedii na rozdíl od domácího prostředí, pracuje bez obtíží. Je patrné zlepšení ve výkonové motivaci, snaží se podat dobrý výkon. Dle sdělení matky po instruování, že je nutno s chlapcem pracovat doma častěji a po kratších úsecích, se situace s nácvikem zlepšila. F. je kamarádský, v kolektivu dětí velmi oblíbený. Rád pomáhá ostatním.

Logopedická péče byla v prvním pololetí zaměřena na procvičování motoriky mluvidel, posilování jazyka a na koordinační cvičení. Dále byl procvičován fonematický sluch – hláska ve slově, sluchové rozlišování, vedení k užití cvičených hlásek a dvojhlásek. Dále probíhá úprava měkčení, daří se fixovat na úrovni slov a jsou pravidelně zařazována cvičení na znělost sykavek Z a Ž.

Logopedické pomůcky: Hojně využívanou pomůckou bylo logopedické zrcadlo pro nácvik motoriky mluvidel a koordinační cvičení. Dále byly využívány špachtle a sondy pro polohování jazyka. Velmi pozitivní a motivační vliv na chlapce měla zobcová flétna (Obrázek 12). Pomocí tohoto hudebního nástroje bylo cvičeno správné dýchání, usměrňování výdechového proudu a také motorika jazyka. Chlapec se naučil na flétnu během pololetí tři tóny H,A,G, pomocí kterých zahrál několik jednoduchých písniček.

Mimo jmenovaná cvičení si trénoval také rytmizaci a upevňoval si v písničkách navozené hlásky. Rytmizace byla cvičena i pomocí vyťukávání na xylofon (Obrázek 13).

Shrnutí: Zařazení do základní školy logopedické chlapci prospívá. Zlepšila se motivace k logopedickému nácviku. Srozumitelnost mluvního projevu je výrazně lepší. Ke zlepšení přispělo i zařazení flétny do logopedické terapie. F. si i doma cvičí hru na flétnu a ve druhém pololetí se chce naučit další tóny.

Obrázek 12: Zobcová flétna



Zdroj: ZŠ logopedická

Obrázek 13: Xylofon



Zdroj: ZŠ logopedická

5.11 Dílčí závěry šetření a doporučení pro praxi

Logopedická intervence je nezbytná aktivita pro rozvoj řečových funkcí u jedinců s vývojovou dysfázií. Proto se praktická část bakalářská práce zaměřuje na popis poskytované intervence na zvolené základní škole logopedické, na formy a přístupy speciálních pedagogů školy při práci s těmito žáky a na zmapování nejčastěji využívaných pomůcek při rozvoji řečových schopností žáků.

Jaký je stav poskytované logopedické intervence v prvním ročníku na vybrané základní škole logopedické? Logopedická péče je zajišťována formou vyučovacího předmětu „Logopedická péče“ a to dvě hodiny týdně. Cílem logopedické intervence je odstranění nebo zmírnění zejména vývojových poruch řeči, omezení nebo potlačení projevů těchto poruch a obnovení porušených funkcí. Škola používá tyto formy terapie – individuální terapie, skupinové terapie a intenzivní terapie. Reedukační postupy jsou časově a obsahově přizpůsobovány konkrétnímu dítěti podle jeho individuálních schopností a dovedností. Péči zajišťuje učitel – speciální pedagog, který zná metodiku nápravy vad řeči. Řeč je rozvíjena po stránce výslovnosti, obsahové, rozumění, gramatiky, tempa a melodie. Speciální pedagog rozšiřuje a zkvalitňuje slovní zásobu, ustálené mluvní formy, slovní spojení, podporuje tvůrčí práci se slovy. Používá základní cvičení a to dechová, hlasová, fonační, cvičení pro rozvoj fonemického sluchu, artikulační cvičení, cvičení na rozvoj pohyblivosti řečových orgánů a obličej, cvičení pro rozvoj hrubé a jemné motoriky, grafomotoriky, cvičení pro rozvoj zrakového vnímání, cvičení pro rozvoj sluchového vnímání, cvičení neverbální komunikace, cvičení pro rozvoj myšlení, cvičení pro rozvoj paměti a pozornosti, cvičení pro rozvoj orientace v prostoru, cvičení pravolevé orientace, relaxace, rytmizace, dramatizace.

Jaké jsou formy práce a přístupy speciálních pedagogů ke zvoleným žákům? Vzhledem k tomu, že v logopedické škole působí speciální pedagogové – logopedi, volí si samostatně vhodné formy a přístupy k jednotlivým žákům dle jejich speciálních potřeb. Velmi důležité je žáky vhodně motivovat a podporovat. Je třeba vzhledem k věku žáků, cvičení předkládat hravou formou a často činnosti střídat. Nutný je individuální přístup s ohledem na obtíže, potřeby a možnosti žáka. Také podstatnou součástí terapie je spolupráce s rodinou a intenzivní nácvik v domácím prostředí, který je doporučován provádět pravidelně, po krátkých intervalech, několikrát denně.

Jaké pomůcky jsou nejčastěji využívány při rozvoji řečových schopností u žáků s vývojovou dysfázií v prvním ročníku základní školy logopedické? Konkrétní pomůcky pro tyto žáky jsou voleny na základě jejich individuálních potřeb. Nejčastějšími pomůckami jsou edukativní hry a hračky. Ty jsou využívány jak v individuální, tak skupinové logopedické terapii. Mezi další oblíbené a dostupné pomůcky se řadí dětské obrázkové knihy, časopisy, encyklopedie, Logico Piccolo, pomocí kterých lze rozvíjet aktivní i pasivní slovní zásobu. Hojně využívané jsou logopedické publikace, které obsahují např. jednoduché říkanky s obrázky k fixaci hlásek. Velmi oblíbené pomůcky u dětí jsou hudební nástroje z Orffova instrumentáře – bubínky, ozvučená dřívka, zvonkohry, xylofon, triangl. Pomocí těchto nástrojů se velmi kvalitně rozvíjí rytmické cítění, pohybové schopnosti, sluchové vnímání. Lze jimi i vhodně usměrňovat tempo řeči. Dechová cvičení se provádějí pomocí foukadel, bublifuku, vatových kuliček, zobcové flétny nebo koncovky. Masážní míčky slouží k masáží orofaciálního svalstva, popř. k masáží ztuhlých krčních a šíjových svalů. Ke cvičení motoriky mluvidel, k navozování i fixaci hlásek je potřebné logopedické zrcadlo, které dítěti poskytuje nezbytnou zrakovou kontrolu. K polohování mluvidel slouží logopedické sondy a špachtle. Při vyvozování hlásky R je možné využívat rotavibrátor.

Vzhledem ke zjištěným skutečnostem na základě čtyřměsíčního pobytu ve škole, nalézají žáci, zařazení v této škole, již od prvního ročníku vysokou míru porozumění, empatie a podpory ze strany pedagogických pracovníků. Akceptování jejich osobnosti a tolerování jejich řečových obtíží výrazně pozitivně ovlivňuje jejich rozvoj. Poskytovaná odborná logopedická péče je na vysoké profesionální úrovni, což je předpoklad pro úspěšnou společenskou integraci žáků této školy. Mnozí z nich jsou po skončené terapii zařazeni do běžných základních škol, kde vykazují zhruba srovnatelné výstupy a výsledky ve vzdělávání jako jejich vrstevníci.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se věnuje logopedické intervenci u dětí prvního ročníku s vývojovou dysfázií. V jednotlivých kapitolách jsou popsány podstatné pojmy, jež se k této problematice vztahují. Je zde popsán vývoj řeči v rámci jednotlivých stádií řeči, jazykové roviny v ontogenezi dětské řeči jako je morfologicko – syntaktická, lexikálně – sémantická, foneticko – fonologická rovina a také podmínky, které jsou důležité pro správný vývoj řeči. Dále je vymezen pojem komunikace, jazyk a řeč, fáze komunikace mezi lidmi, verbální a neverbální komunikace a vymezeny nejčastěji se vyskytující poruchy řeči, jako je afázie, mutismus, huhňavost, palatolalie, koktavost, breptavost a dyslalie. Největší pozornost je věnována popisu vývojové dysfázie – vymezení pojmu, etiologii, symptomatologie, formy a logopedické intervenci jako je diagnostika, terapie a prevence.

Cílem práce je popsat situaci logopedické intervence u dětí prvního ročníku s vývojovou dysfázií na ZŠ logopedické v Praze. Zaznamenali jsme, jaké pomůcky využívají speciální pedagogové – logopedi nejčastěji při nápravě řečových obtíží u dětí prvního ročníku s vývojovou dysfázií a jakou používají formu práce, která je dílčím cílem celé bakalářské práce.

Logopedická škola je vybavena velkým množstvím logopedických pomůcek, které jsou každoročně doplňovány a rozšiřovány dle potřeb žáků a požadavků speciálních pedagogů - logopedů a dále dle aktuální nabídky na trhu. Školní speciální pedagog – logoped sleduje nejnovější trendy v používání logopedických pomůcek, publikací a materiálů. Využívané pomůcky a formy práce s žáky prvního ročníku ZŠ logopedické jsou popsány v jednotlivých kazuistikách. Vzhledem k tomu, že jednotliví žáci s vývojovou dysfázií mají odlišné projevy a potřeby, je tedy nutný individuální přístup a také individuální volba pomůcek pro terapii. Pro dechová a fonační cvičení jsou využívána foukadla, bublifuky, vatové kuličky, peříčka, větrníky, zobcové flétny, foukací harmoniky a koncovky. K vyvození, fixaci a automatizaci hlásek slouží logopedické zrcadlo, špachtle, sondy, rotavibrátor, artikulační karty, logopedický hroch, obrázky a zásoba slov, slovních spojení a vět. Slovní zásoba je rozvíjena pomocí dětských knih, časopisů, encyklopedií a logopedických publikací jako jsou logopedické pohádky, logopedické říkanky a písničky. Morfologicko – syntaktická rovina řeči je rozvíjena

obrázkovým čtením, obrázky ke tvorbě vět, popřípadě vhodnými pomůckami k procvičení předložkových vazeb, jednotného a množného čísla. Sluchové vnímání lze stimulovat zvukovými hračkami, zvukovým pexesem, nástroji z Orffova instrumentáře a obrázky slov, lišící se jednou hláskou.

Pracovníci školy – speciální pedagogové přistupují ke svým žákům s respektem, empatií a profesionalitou. Úroveň logopedické péče na této logopedické škole lze hodnotit jako nadstandartní. Žáci, kteří jsou zde vzděláváni, vykazují pokroky, jak v oblasti vzdělávací, tak v oblasti speciálně pedagogické – logopedické péče. Tyto skutečnosti lze doložit také hodnocením, názory a postoji rodičů, které jsou pravidelně zjišťovány formou evaluačních dotazníků.

Návrh pro další zpracování tématu práce by mohlo být porovnání logopedické intervence na základních logopedických školách v České republice. Pro všechny zúčastněné by bylo přínosné a obohacující poskytnutí zkušeností, rozličných forem práce, přístupů, metod, využívaných a osvědčených pomůcek při logopedické intervenci v jednotlivých školách.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BENDO VÁ, Petra. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3853-6

BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. *Komunikace děti předškolního věku*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3008-0

DLOUHÁ, Olga. *Poruchy vývoje řeči*. Praha: Galén, 2017. ISBN 978-80-7492-314-2

DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník: terminologický a výkladový*. Žďár nad Sázavou: Logopedické klinikum, 1998. ISBN 80-238-2655-7

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a Hana Žáčková. *Reedukace specifických poruch učení u dětí*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-474-8

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Vady řeči u dětí*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-3941-0

KLENKOVÁ, Jiřina. *Kapitoly z logopedie I*. Brno: Paido, 1997. ISBN 80-85931-41-9

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1110-2

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Budu správně mluvit – chodíme na logopedii*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3687-7

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Logopedická prevence*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-056-9

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Opožděný vývoj řeči – dysfázie – metodika reedukace*. Zbraslav: Septima, 2002. ISBN 80-7216-177-6

LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5

LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-901-9

LEJSKA, Mojmír. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7

POKORNÁ, Věra. *Vývojové poruchy učení v dětství a dospělosti*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-773-2

SMOLÍK, Filip a Gabriela SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ. *Vývoj jazykových schopností v předškolním věku*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4240-3

ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*, 2. vyd., Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6

ZELINKOVÁ, Olga. *Dyslexie v předškolním věku?* Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-321-5

ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0875-4

Seznam použitých internetových zdrojů

LOGOPED ONLINE. *Afázie* [online]. © 2018 [cit. 2021-01-31]. Dostupné z: <https://www.logopedonline.cz/poruchy-rci/afazie/>

LOGOPED ONLINE. *Breptavost* [online]. © 2018 [cit. 2021-01-31]. Dostupné z: <https://www.logopedonline.cz/poruchy-rci/breptavost/>

LOGOPED ONLINE. *Dysartrie* [online]. © 2018 [cit. 2021-01-31]. Dostupné z: <https://www.logopedonline.cz/poruchy-rci/dysartrie/>

LOGOPED ONLINE. *Dyslalie* [online]. © 2018 [cit. 2021-01-31]. Dostupné z: <https://www.logopedonline.cz/poruchy-rci/dyslalie/>

LOGOPED ONLINE. *Koktavost* [online]. © 2018 [cit. 2021-01-31]. Dostupné z: <https://www.logopedonline.cz/poruchy-rci/koktavost/>

SEZNAM ZKRATEK

atd. – a tak dále

kol. – kolektiv

MŠ – mateřská škola

NKS – narušená komunikační schopnost

ORL - otorhinolaryngologie

OŠD – odklad školní docházky

PPP – psychologicko – pedagogická poradna

s. - strana

ZŠ – základní škola

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Seznam obrázků

Obrázek 1: Hroch Logopedik.....	47
Obrázek 2: Logopedické zrcadlo.....	47
Obrázek 3: Orffův instrumentář.....	51
Obrázek 4: Hračky.....	51
Obrázek 5: Masážní míčky.....	54
Obrázek 6: Logico Piccolo.....	58
Obrázek 7: Logico Piccolo.....	58
Obrázek 8: Logopedická literatura.....	58
Obrázek 9: Albi tužka.....	62
Obrázek 10: Koncovka.....	66
Obrázek 11: Logopedické hry.....	66
Obrázek 12: Zobcová flétna.....	69
Obrázek 13: Xylofon.....	69

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Marie Süčová

Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: Kombinovaná

Název práce: Logopedická intervence u žáků s vývojovou dysfázií prvního ročníku na vybrané základní škole logopedické

Rok: 2021

Počet stran textu bez příloh: 73

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů českých použitých zdrojů: 20

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 5

Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Kotvová, Ph.D.