

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Využití pohybových aktivit při terapii narušené
komunikační schopnosti**

Using Moving Activities for Therapy of Communicative
Disability



Autor:

Radka Vlachová

Vedoucí práce:

Mgr. Lucie Durdilová

Studijní obor:

Speciální pedagogika

-Praha 2013-

Čestné prohlášení:

Tato bakalářská práce byla vypracována na katedře Speciální pedagogiky Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy v období od 1. května 2012 do 6. května 2013. Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s vyznačením všech použitých pramenů a spoluautorství. Souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce podle zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách, ve znění pozdějších předpisů. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon ve znění pozdějších předpisů.

V Praze dne:

Podpis:

Poděkování:

Ráda bych tímto poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Lucii Durdilové za cenné rady, které mi poskytla v průběhu zpracování mé práce. Dále bych také ráda poděkovala své rodině za podporu, kterou mi poskytovala během celého procesu.

Největší dík patří mé mamince, která mi předala mnoho svých zkušeností z oboru a byla mi oporou po celou dobu.

Anotace:

Práce se zabývá možnostmi pohybové terapie v logopedické péči. Cílem práce je bližší seznámení s akcentovou metodou, která se využívá celosvětově, ale v České republice není příliš známá. Důležitou součástí jsou fyzioterapeutické metody, které svými prvky zasahují do logopedické péče. Část práce je věnována mým osobním zkušenostem s logopedickou terapií a její součástí je obrázková příloha.

Klíčová slova: akcentová metoda, vývojové neuromotorické poruchy, fyziologické metody využívané v logopedické péči, rozvoj řeči skrz pohybovou terapii.

Annotation:

This work deals with possible movement therapy used during the therapy of communicative disorders. The main goal is to introduce The Accent Method of Voice Therapy and its further exploitation. An important part of my work is physiotherapeutic methods used in speech therapy. Part of my bachelor thesis is also focusing on my own experience in the field of the speech therapy. This work also includes attachment with pictures.

Key words: the accent method of voice therapy, motor speech disorders, physiotherapy methods used in speech therapy, the acquisition of speech through speech-movement therapy.

OBSAH:

ÚVOD.....	8
1. POHYB, ŘEČ A JAK TO SPOLU SOUVISÍ	9
1.1. Neuromotorika a řeč	9
1.2. Vývojové motorické poruchy	11
1.3. Vliv mluveného projevu řečníka na pohyb posluchače	13
2. METODY POHYBOVÉ TERAPIE V LOGOPEDII	16
2.1. Terapie	16
2.2. Využití pohybu při terapii narušené komunikační schopnosti.....	17
2.2.1. Annelise Brüllová a její metoda rozvoje řeči skrz řečově pohybovou terapii.....	18
2.2.2. Metoda Padovan – neurofunkční reorganizace.....	21
3. AKCENTOVÁ METODA A JEJÍ VYUŽITÍ	23
3.1. Historie	23
3.2. Základy akcentové metody.....	24
3.3. Využití akcentové metody	26
3.4. Průběh akcentové terapie.....	28
3.5. Stabilizování nově nabytých řečových návyků a souvislý řečový projev.....	34
3.6. Terapeutický program	37
3.7. Studie vztahující se k účinnosti akcentové metody	37

4. VYUŽITÍ POHYBOVÝCH AKTIVIT V LOGOPEDII V ČESKÉ REPUBLICE	46
4.1. Moje osobní zkušenost s využitím pohybu při terapii narušené komunikační schopnosti	46
4.2. Rehabilitační a fyziologické metody, které se využívají u klientů s narušenou komunikační schopností.....	50
4.2.1. Vojtova metoda reflexní lokomoce	50
4.2.2. Synergetická reflexní terapie.....	52
4.2.3. Pető metoda konduktivní edukace.....	53
4.2.4. Metodika myofunkční terapie podle A. Kittelové	55
4.2.5. Orofaciální svalová funkční terapie.....	57
4.3. Motorika a řeč podle Milady Tiché.....	58
ZÁVĚR.....	60
ZDROJE	61
PŘÍLOHY	

Úvod

Řeč a pohyb jsou dvě věci, které se vzájemně propojují. V dnešní době, kdy se každým rokem zvyšuje počet dětí s narušenou komunikační schopností, je velmi podstatné se na tento problém zaměřit. Ve své bakalářské práci se budu zabývat metodami pohybové terapie, které jsou využívány při logopedické péči a to nejen u nás, ale také ve světě. Ráda bych přiblížila akcentovou metodu, se kterou jsem se seznámila díky praxi v logopedické ambulanci v Praze. Při bližším seznámení s akcentovou metodou v literatuře jsem si uvědomila, že jsem částí této terapie sama prošla. V další části své bakalářské práce bych se zaměřila na rehabilitační a fyzioterapeutické metody, které se u pacientů s narušenou komunikačními schopnostmi využívají a s řečovou terapií úzce souvisí.

1. Pohyb, řeč a jak to spolu souvisí

Řeč je motorickým výkonem. Pokud má dítě problémy v nižších úrovních motorických dovedností, především v hrubé a jemné motorice, přenesse se tento nedostatek i do úrovní vyšších, tedy až na řeč. Vzhledem k tomu, že řeč a jazyk jsou podstatnou součástí socializačního procesu, je nutné předejít těmto nedostatkům. Další důležitou složkou řeči je laterální vztah k mozku. Podstatná je spolupráce obou mozkových hemisfér. Proto je při logopedické terapii velmi podstatné rozvíjet a soustředit se na různé oblasti vývoje osobnosti jedince, nejen na produkci řeči.

Klenková definuje řeč jako: „specifiky lidskou schopnost. Jedná se o vědomé užívání jazyka jako složitého systému znaků a symbolů ve všech jeho formách. Slouží člověku ke sdělování pocitů, přání, myšlenek. Tato schopnost nám není vrozená, na svět si však přinášíme určité dispozice, které se rozvíjejí až při verbálním styku s mluvícím okolím. Řeč je to co vytváří společenství, spojuje já a ty.“ (Klenková, 2006, str. 27)

Část této kapitoly bych ráda věnovala neuromotorickému řízení řeči a některým vývojovým motorickým poruchám.

1.1. Neuromotorika a řeč

„Nemůžeme přesně určit počet svalů, jež jsou pro řeč nezbytné a jež jsou v průběhu řeči aktivní. Vezmeme-li však

v úvahu, že při řečovém aktu jsou obvykle správně zkoordinovány svaly hrudníku a břicha, krku a tváře, hrtanu, hltanu a ústní dutiny, je zřejmé, že je zapotřebí centrálního řízení více než stovky svalů.“ (Lenneberg In Love, 2009, str. 131).

Již z tohoto tvrzení je jasné, že je řeč velmi složitý proces, při kterém se zapojuje velké množství svalů těla. *„Řeč je jednou z nejsložitějších činností, jichž je lidská bytost schopna. Člověk dokáže vyslovit v průměru čtrnáct rozlišitelných řečových zvuků za sekundu, je-li požádán, aby co nejrychleji říkal nesmyslné slabiky. Neobvykle vysoká rychlost tvorby řeči bývá dosažena i při běžné konverzaci nebo hlasitém čtení. Počet jednotlivých neurálních aktů stojících v pozadí této komplexní koordinace artikulačního svalstva je samozřejmě obrovský a stupeň integrace motorického systému pro běžnou mluvu je skutečně ohromující.“ (Love, 2009, str. 131)*

Mezi mechanismy, které se významně podílejí na tvorbě řeči, patří mozková kůra, subkortikální jádra mozku, mozkový kmen, mozeček a mícha. Systémy, které se primárně podílejí na tvorbě řeči, jsou pyramidový, extrapyramidový a cerebelární. Ráda bych blíže popsala pyramidový systém, který je sám o sobě hlavní volní dráhou pohybů. Je tvořen kortikospinálním, krotikobulbárním a kortikopontinním traktem. Kortikobulbární trakt řídí hlavové nervy, z nichž mnohé inervují svaly, které se přímo podílejí na produkci řeči. Z pohledu logopedie jsou nejvýznamnějšími vlákny pyramidového traktu. (Love, 2009)

Love (2009) ve své knize *Mozek a řeč* uvádí, že většina svalů, které se podílejí na produkci řeči, pracuje v bilaterálním režimu. Ten má za důsledek symetrické bilaterální inervace kortikobulbárními vlákny. Při činnostech jako vrašnění čela, úsměv, žvýkání, polykání a řeč, spolupracují párové svaly patra, tváře, hlasivek a bránice synchronizovaně. Bilaterální inervace svalů, které se účastní na produkci řeči, má závažné důsledky pro míru jejich participace v různých případech dysartrie.

Další důležitou částí při řízení řeči je mozeček. Ten významně ovlivňuje další motorické systémy při tvorbě řeči. Pokud dojde k poškození mozečkových drah, projeví se to ztrátou koordinace volných pohybů a držení těla udržovaného vůlí. (Love, 2009) „*Některé mozečkové léze doprovází ataktická dysartrie. Typické projevy ataktické dysartrie v řeči jsou důsledkem synergických pohybů svalů podílejících se na tvorbě řeči. Jde o poruchy síly, rychlosti, časování a směru při pohybech těchto svalů. Artikulace je obecně nedokonalá, se zkomolenými samohláskami a nepřesně vyslovovanými souhláskami. Vyskytují se nepravidelnosti v řízení řeči, je narušena prozódie, objevuje se nesprávný přízvuk a odchylky od normální výšky a intenzity hlasu. Poruchy prozódie bývají v řeči poměrně nápadné.*“ (Love, 2009, str. 163)

1.2. Vývojové motorické poruchy

„*Rané poškození řečových mechanismů ve vyvíjejícím se mozku vede k poruchám, které lze označit jako vývojové motorické poruchy. Jedná se o vývojovou dysartrii, vývojovou anartrii a vývojovou řečovou apraxii.*“ (Love, 2009, str. 307)

Dysartrie patří mezi poruchy artikulace. Kejklíčková (2011) uvádí, že je narušení řeči způsobeno špatnou koordinací řečového procesu podle typu organického poškození. Jedná se tedy o narušené mluvení a vyslovování. Podle Klenkové (2006) se může dysartrie vyvinout v kterémkoli období života člověka. Může se jednat o vrozené vady nebo o následky perinatálního poškození nervového systému. *„Postižení i přesto, že je organické, se v oblasti mluvidel projevuje především funkčními důsledky: opoždění vývoje řeči, případně nemožnost vývoje řeči; postižení motorické realizace hlásek, slabik i slov; postižení zvukové realizace – řeč je setřelá a nezřetelná; postižení článkování řeči – objevuje se jednodušší realizace – splývání, vynechávání, nahrazování a vmezeřování hlásek; možnost přítomnosti spontánních neuvědomělých pohybů mluvidel; nedostatečný velofaryngeální uzávěr – nosovost, porucha tvorby souhlásek; hlas slabý, dyšný; opakování slabik i slov; slovní zásoba, gramatika a syntaxe však nemusí být porušeny; komunikačně velmi nepříznivé.“* (Lejska, 2003, str. 99)

Dysartrie se dělí podle lokalizace léze na kortikální, pyramidovou, extrapyramidovou, bulbární, mozečkovou, kombinovanou a myasthenia gravis. (Kejklíčková, 2011).

„Vývojová anartrie představuje úplnou neschopnost tvořit artikulovanou řeč v důsledku závažné parézy, poruchy koordinace a sníženého napětí řečového svalstva. Diagnóza vývojové anartrie většinou znamená, že srozumitelná artikulovaná řeč se v důsledku závažného postižení orální motoriky prakticky nebude vyvíjet.“ (Love, 2009, str. 307)

Často také dochází k propojení s neschopností produkce hlasu, tedy afonií. (Lechta, 2005).

„Vývojová řečová apraxie znamená narušenou schopnost vykonávat patřičné volní artikulační pohyby při současné absenci parézy, poruchy koordinace nebo oslabení napětí řečového svalstva.“ (Love, 2009, str. 307).

Jedinec má poškozenou schopnost koordinace řečových pohybů a správné artikulace. (Portal [online] 2013).

1.3. Vliv mluveného projevu řečníka na pohyb posluchače

V této kapitole vycházím ze studie *The Acquisition of Speech Through Speech-Movement Therapy: An Exploratory Study*. Studii se podrobně zabývala Annelise Brüllová a důkladněji bude popsána v kapitole o metodách pohybové terapie v logopedii.

Systém smyslové fyziologie je popsán Steinerem, rakouským filozofem a průkopníkem Waldorfského vzdělávání. Zahnuje 12 smyslů. Jedním z nich je „mysl slova.“ Steiner popisuje význam slova jako schopnost, která umožňuje dítěti vnímat přímo smysl řeči, fonémů a slabik.

V šedesátých a sedmdesátých letech W. Condon (1985) popsal svůj experiment v oblasti lingvistické kineze, kde představil kinetické aspekty ve studiu lingvistiky. Ukázal, že řečový projev řečníka skrz interakční synchronizaci přímo ovlivňuje tělesné pohyby posluchače. „Pokud A mluví a B poslouchá, existuje zde exaktní a přímá reakce pohybů

od posluchače v synchronizaci s řečníkem v 40 – 50 milisekundách.“ (Condon and Ogston In Brüll, 2003)

Tyto poznatky potvrdily dřívější Steinerovo tvrzení toho, jak funguje smysl slov. Condon (1976) využil silnou metaforu k popsání tohoto procesu. Naznačil, že tělo posluchače přesně reaguje na mluvené slovo. Jeho výzkum na mikrokinetické reakce v řeči měl patrný vliv na pole psycholingvistiky. Díky tomu se začalo přikládat větší důležitosti pohybům v řeči i při řečové terapii. (Condon In Brüll, 2003)

Lutzker (1996) objevil ve Steinerově smyslové fyziologii a Condonových experimentech hlubší smysl. Při objasňování těchto výzkumů došel k tomu, že motorické dysfázii nejlépe porozumíme jako nedostatečnému vnímání pohybů v oblasti řeči. Condon (1985) se domníval, že nesynchronizované pohyby při interakci jsou příčinou narušení řeči. (Lutzker and Condon In Brüll, 2003)

Například při terapii vývojové dysfázie hraje velkou roli ovládání eurytmie. Eurytmie byla popsána Steinerem jako zručnost při pohybu, která může být využita jak hudebně, tak výchovně či terapeuticky. Je poměrně složité popsat účinek eurytmie, pokud se nezapojíte do celého eurytmického procesu. Následující vysvětlení je pouze základním popisem.

Každá souhláska a samohláska je vyjadřována specifickými gesty paží. Tato gesta nemohou být uskutečněna mechanickým způsobem, ale potřebují následovat „postupné uvědomování si“ nebo zkušenost skryté kvality posunků. Steiner poukazuje na to, že tato gesta nejsou promyšlená, ale přesně

korespondují se vzdušnými pohyby pronesenými při konkrétním vysloveném zvuku.

Oord (1980) to vyjádřil následujícím způsobem: „Pohyb, který je neviditelný, ale slyšitelný při vyslovení slova, je viditelný při pohybu celého těla. Slyšitelné zvuky transformované do viditelných pohybů patrných při řeči: to je eurytmie.“ (Oord In Brüll, 2003)

Když zkombinujeme Condonovy nálezy v interakční synchronizaci s oblastí lingvistiky, se skutečností, že se specifická gesta v eurytmii vztahují k osobitým zvukům, dostaneme se k otázce, zda může využití pohybů navodit a zlepšit řečové dovednosti. Řečeno jinak, může hlasové ústrojí vycítit určitý pohyb kopírováním eurytmických gest dítěte? Nebo pokud dítě a já vytvoříme eurytmizační gesta pro písmeno T, bude hlasové ústrojí dítěte eventuálně produkovat písmeno T? (Brüll, 2003).

Z výše uvedených poznatků je více než jasné, že má pohyb výrazný podíl na tvorbě řeči a je její nedílnou součástí. Nelze, aby jedno bez druhého existovalo.

2. Metody pohybové terapie v logopedii

2.1. Terapie

„Terapie je pojem, k němuž zaujímají různá stanoviska odborníci dle svého oboru, vymezení závisí od jejich orientace (medicína, psychologie, speciální pedagogika aj.). Terapii je možné charakterizovat z medicínského hlediska jako způsob léčení, léčbu (Klimeš In Klenková, 2007). Terapie (therapia) je léčba, v širším pojetí: zaměření na odstranění poruchy či odchylky, zmírnění následků postižení, onemocnění: reedukace, rehabilitace, kompenzace, „náprava“, speciální péče apod. (Dvořák In Klenková, 2007). Termín terapie zahrnuje nejen léčbu, ošetřování, ale také vzdělávání, cvičení, péči a pomoc. Interdisciplinární charakter terapie je zakotven v samotném původním významu tohoto pojmu.“ (Klenková a kol., 2007, str. 6).

Pro všechny terapie platí, že by měly probíhat v určitém prostředí a čase, měly by mít určitou formu (ať už se jedná o skupinovou nebo individuální či jiné). Dále pak odpovídají konkrétní orientaci terapeuta. Důležitou roli hraje samozřejmě věk, potíže a symptomy klienta. Terapie mohou mít léčivou, rehabilitační nebo preventivní formu. (Klenková a kol., Terapie v logopedii, 2007)

Logopedická terapie využívá různé postupy při korekci narušené komunikační schopnosti. Rozvíjí oblast oromotoriky, hrubé a jemné motoriky, důležité je také zrakové a sluchové vnímání a v neposlední řadě ujasnění lateralit. „Čím těžší, složitější je narušení komunikační schopnosti, tím více zpravidla vyžaduje interdisciplinární, resp. transdisciplinární přístup. Günter (1996, In Lechta, 2005) uvádí, že logopedie i jako samostatná vědní disciplína musí zůstat interdisciplinární, multidisciplinární, kooperativně a integračně orientovanou vědou. Přitom je ovšem podle Lechty nevyhnutelné udržovat rovnováhu vlivů jednotlivých souvztažných věd tak, aby žádná z nich v této interdisciplinární (transdisciplinární) konstelaci nepřevažovala, nedominovala.“ (Klenková a kol., 2007, str. 9).

2.2. Využití pohybu při terapii narušené komunikační schopnosti

Jednou z metod, která se zabývá terapií narušené komunikační schopnosti a využívá k tomu různé pohyby těla, je akcentová metoda. Akcentová terapie byla vyvinuta kolem roku 1936 profesorem Svendem Smithem a později zdokonalena jeho dlouholetou studentkou Kirsten Thyme-Frøkjær. Technika je bohatá na různé tělesné pohyby, pracuje s dýcháním do bránice a využívá pohyby paží. Akcentové metodě se budu podrobně věnovat v kapitole číslo 3.

2.2.1. Annelise Brüllová a její metoda rozvoje řeči skrz řečově pohybovou terapii

Řečově pohybovou terapií se také zabývala Annelise Brüllová ve své studii: *The Acquisition of Speech Through Speech-Movement Therapy: An Exploratory Study*. V této studii se zaměřuje na specifickou pohybovou terapii u dvou chlapců ve věku 9 a 14 let z Velké Británie. Oba trpěli specifickými poruchami učení, motorickou dysfázií a dyspraxií.

Abychom mohli správně porozumět této metodě řečově pohybové terapie, je nutné si osvojit dva hlavní předpoklady, které tuto terapii podporují. Prvním je vnímání řeči jako hlavního smyslového procesu a druhým je umění eurytmizace, které má velký vliv na řečovou produkci.

Terapie Brüllové je strukturována do půlhodinových sezení 2krát až 4krát do týdne. Terapie by měla probíhat v prostorné místnosti, kde bude dostatek prostoru k pohybování. Barevné ladění pokoje a nábytek jsou navrženy tak, aby z nich vyzařovala příjemná a uvítací atmosféra. Na začátku hodiny uvítala doktorka Brüllová chlapce pozdravem ačkoliv sama neočekávala, že by jí odpověděli. Při práci využila jednoduché rytmické říkanky, které doprovázela volnými, expresivními, ale ne eurytmickými pohyby. Uvedu dva příklady, které se v průběhu hodiny měnily podle schopností chlapců. Oba dva příklady jsem ponechala v originálním anglickém znění z důvodu zachování správného rytmu daného rýmu. Dle mého názoru není v tomto případě vhodné využít doslovného překladu.

The sun says	I glow
The wind says	I blow
The brook says	I flow
The plant says	I grow
And man says	I know

V tomto případě nevyužila eurytmická gesta pro hlásky G, B atd., ale využila slovesa. Na stejném principu pracuje Brüllová s následující říkankou:

Words are like birds
For words can sing
Words are like bells
For words can ring

Poté následovalo to, co mělo být hlavním úkolem terapie: pohyby a cvičení zaměřující se na hrubou motoriku. Pohybové kontroly bylo dosaženo pomocí chůze, vytleskávání rytmu a rozlišování dlouhých a krátkých rytmizací a pauz mezi nimi. To znamená, že dítě chodí a zároveň tleská do rytmu. Trvalo téměř rok, než jeden z chlapců zvládl správným způsobem pauzování a poklepávání nohou do rytmu mezi jednotlivými říkadly. K dosažení těchto výsledků Brüllová využívala chůzi po schodech, skákání a později hry s využitím prstů k vylepšení jemné motoriky (pohyb prstů ovlivnil pohyby jazyka). Od jednoduchého rytmického poklepávání se dostala ke složitějším rytmům (nejčastěji krátký – krátký – dlouhý).

V této fázi začala pracovat s eurytmickými gesty a ta byla vždy doprovázena jejími zvuky řazenými ke specifickému písmenu. Začínala s písmeny, která se při vývoji dětské řeči rozvíjejí nejdříve B – M – D. Jakmile si chlapci osvojili gesta spojená s písmeny, začala je Brüllová procvičovat na každém sezení. S danými popěvkami bylo spojeno určité gesto a chlapci je předváděli v jednodušších variacích. Tím se vybrousilo vnímání různých zvuků. Poté Brüllová požádala chlapce o předvedení gesta pro písmeno B, pokaždé když zaslechli daný zvuk. Intenzivní nácvik větších či menších eurytmických gest s využitím rukou, nohou a prstů nakonec pomohl dítěti vyslovit danou souhlásku. Pokud si dítě nemohlo vzpomenout na určitou hlásku, stačilo Brüllové pouze ukázat specifický znak a chlapec danou hlásku vyslovil.

Po zvládnutí pohybových dovedností se Brüllová zaměřila na konkrétní řečová cvičení. Záleželo na tom, které samohlásky bylo dítě schopné vyslovit samovolně. Poté začali mluvit samostatně s doprovodem rytmického poklepávání a trénovali písmeno B v kombinaci s dalšími hláskami „Bah-Be.“ Snažila se zvýšit působnost hlásek, které by dítě mohlo sebejistě užívat. Postupně pak přidávala další hlásky B – M – D a N, zaměřila se také na rozlišování znělosti B/P a D/T.

Cílem celého terapeutického procesu je dosažení co nejvyššího rozvinutí správných pohybových vzorců. Eurytmická gesta, která jsou nejprve zpracovávána velkým a výrazným stylem, jsou poté postupně vytříbena.

Obvykle je velmi složité stabilizovat hláskové zvuky. Nejprve využíváme vizuální pomoc při tvorbě dané formace, poté potřebujeme jemné pohybové vzorce ke korekci samohlásek. Tento postup známe i ze studia cizích jazyků. Když se malé děti začnou učit cizí jazyk, dosáhnou toho, že nemají nežádoucí přízvuk. Pokud se ale začneme cizímu jazyku učit v dospělosti, je těžké docílit správné výslovnosti. Proto Brüllová tvrdí, že tato terapie může být úspěšná, pouze pokud začneme pracovat s dětmi mladších věkových kategorií, nejlépe před desátým rokem života. Tento předpoklad si Brüllová potvrdila v průběhu několikaleté práce s devítiletým a čtrnáctiletým chlapcem, kdy devítiletý chlapec dosáhl během terapie při stejné diagnóze mnohem větších pokroků než čtrnáctiletý chlapec. (Brüll, 2006)

2.2.2. Metoda Padovan – neurofunkční reorganizace

Metodu Padovan neurofunkční reorganizace vypracovala brazilská logopedka Beatriz Padovan. Padovan je jedním z terapeutických postupů, které umožňují znovunabytí stádií neurologického vývoje. (Método Padovan [online] 2013)

Metoda je založena na neurofunkční reorganizaci a její vývoj započal v 50. letech ve Filadelfii neurolog Templ Fay. Padovan také vychází z poznatků německého filozofa a pedagoga Rudolfa Steinera. (Fonoaudiologia Padovan [online] 2013)

Bytešníková (2007) uvádí že: „*Metoda spočívá v postupném opakování a novém zpracování pohybových vzorců fyziologického lidského vývoje od narození až po vzpřímené držení těla a to včetně dýchání, sání, polykání, žvýkání, plazení, lezení apod.*“ (Bytešníková In Klenková a kol., 2007, str. 28)

Metoda je vhodná pro ovlivnění centrálních poruch motoriky zejména v orální oblasti, dále u pacientů s diagnózou dětské mozkové obrny a u jedinců s narušenou komunikační schopností. (Bytešníková In Klenková, 2007) Zároveň je využívána při ztrátě některých nervových funkcí. Padovan je také aplikována jako léčebná, preventivní metoda nebo jako postup používaný k péči o nervový systém. (Mètodo Padovan [online] 2013)

Daná cvičení, která metoda Padovan obsahuje, je vhodné realizovat cca. 2krát týdně, vždy v hodinových blocích. V průběhu cvičení se klientům navozují určitá stádia vývoje a to působí na hrubou motoriku a zároveň také na jemnou motoriku včetně orofaciální motoriky. (Bytešníková In Klenková, 2007)

Vzdělávací kurzy zabývající se touto metodou probíhají ve Francii, Rakousku, Německu a Švýcarsku. Celková délka kurzu je 4 dny, do výuky zařazuje neurofunkční reorganizaci, tělesná cvičení 1, 2, orální problematiku 1, 2 a Refresh – kurs. (Bytešníková In Klenková, 2007)

3. Akcentová metoda a její využití

Přestože je akcentová metoda využívána celosvětově, je poměrně složité nalézt zdroje, ze kterých by se daly získat informace o AM. V kapitole o akcentové metodě čerpám z publikace *The Accent Method of Voice Therapy*, kterou napsal doktor M. Nasser Kotby. K této publikaci jsem se dostala pouze díky své návštěvě Purdue University v Indianě ve Spojených Státech Amerických. Kotby vychází z poznatků od zakladatele této metody Svenda Smithe a od jeho dlouholeté studentky a spolupracovnice Kristen Thyme. Publikace, kterou napsala Kristen Thyme ve spolupráci s Børge Førkjær – Jensen *The Accent Method: A Rational Voice Therapy in Theory & Practice*, bohužel není k dispozici. Proto nemohu porovnat názory jiných autorů na toto téma.

3.1. Historie

Akcentová metoda je komplexní systém hlasové terapie. Byla vyvinuta kolem roku 1936 dánským logopedem, fonetikem a jazykovědcem Svendem Smithem. Smith tuto metodu původně vyvinul ke zlepšení plynulosti řeči, především balbuties. Akcentová metoda má neprávem reputaci exotické metody řečové terapie, protože je bohatá na rytmy a tělesné pohyby, které jsou nedílnou součástí celé techniky. Ve skutečnosti je ale holistickým přístupem v hlasové terapii.

Když Smith začal hledat alternativní řešení pro své pacienty s narušením řeči a hlasu, vládla oboru řečové terapie obecná tendence uplatňující cvičení, která byla zaměřena

na statické složky posturálních funkcí. Využívala převážně gymnastiku mluvidel. Smith si od začátku představoval verbální komunikaci jako dynamický fenomén. Byl také přesvědčen, že řečová intonace a důraz jsou základem expresivní komunikace. Rovněž považoval dýchání za primární podnět celého procesu hlasové a řečové produkce. Tyto tři aspekty, dynamika, pravidelná intonace a kontrola výdechů reprezentují základy akcentové metody hlasové terapie.

Smith se snažil najít rytmický prostředek k vytvoření, vyjádření a kontrole dynamičnosti hlasové a řečové produkce. Když začal tuto techniku vytvářet, nebyl dynamický postup v hlasové terapii úplně nový. Pravděpodobně se nechal inspirovat metodou, kterou ve Vídni vytvářel Emil Froeschles. Hlavním aspektem této metody je spojení několika souběžných fonačních a artikulačních pohybů. Tyto principy pravděpodobně poskytly Svendu Smithovi inspiraci při vývoji akcentové metody. (Kotby, 1995)

3.2. Základy akcentové metody

Akcentová metoda je založena na spojení tří dynamických oblastí. První tvoří nádechy do bránice (procvičování břišních svalů), druhou výrazné rytmické impulzy a třetí artikulace spojená s pohyby těla a rukou. Navzdory popisnosti a dobře definovaným základním pravidlům akcentové metody přidává mnoho lékařů další detaily, které zosobňují jejich verzi této terapie. Můžeme nalézt několik menších variací zásad Smithovy akcentové metody.

Hlasová hygiena není přímou součástí akcentové metody, ale předchází akcentovým cvičením. Klientům je doporučeno několik postupů, které zajistí, že si nepoškodí hlasivky a zároveň je vedou k nápravě špatných hlasových návyků. Podle Smithe je spojení hlasové hygieny s akcentovou metodou jednoduché a přizpůsobené potřebám klienta.

Dva aspekty vztahující se k hlasové hygieně, relaxace a hlasový klid, potřebujeme k ujasnění směru, kterým bude řešen nácvik akcentové metody.

Hlavními prostředky využitými k dosažení relaxace jsou dechová cvičení zkoordinovaná s dynamickými pohyby těla, která jsou základem akcentové metody. Zároveň jsou první fází terapeutického programu. Během akcentových cvičení napomáhají aktivní pohyby artikulačního ústrojí k relaxaci čelisti, úst, jazyka a rozšíření hltanu. Při zahájení fonace, produkující dyšný hlas, zmírní počáteční fáze akcentových cvičení stažení hlasivek. Stažení hlasivek může být částečně způsobeno zvýšením svalového tonu v oblasti hrtanu.

Podstatnou součástí akcentové techniky je hlasový klid. Ten není doporučován v celkovém rozsahu. V některých případech je ovšem nevyhnutelný, zejména na určité časové období. Jedná se především o akutní hlasové problémy, jako například akutní tělesné trauma u hrtanu při tvorbě uzlíků na hlasivkách nebo po operačním zákroku na hlasivkách.

Hlasová hygiena ve spojení s akcentovou metodou může být rozdělena do dvou kategorií:

- co nedělat (kouření cigaret, pití alkoholu, křik)

- co dodržovat (zvýšený příjem tekutin, vyhýbat se odkašlávání)

Akcentová metoda se nezabývá specifickými izolovanými aspekty hlasu jako je poloha a hlasitost. Cvičení akcentové metody se snaží dosáhnout stability a lepší koordinace produkovaného hlasu hlasivkovou štěrbinou a rezonančně artikulačními aktivitami. To zlepšuje konečný stav řečové produkce a projekce, zvučnosti a prosodie skrz její nepřímou práci na souhře. (Kotby, 1995)

3.3. Využití akcentové metody

Akcentová metoda je popisována jako proces vedoucí k odstranění dvou funkčních deficitů:

- stavu nadměrné námahy
- stavu nadměrného napětí v oblasti hlasivkové štěrbiny.

V případech paralýzy hlasivek se ztrátou svalového tonu a přetrvávání fonační štěrbiny je vylepšení plynutí vzduchu dovnitř odezvou na akcentová cvičení a může vytvořit aerodynamický odtahový efekt, který napomůže k uzavření drobné hlasivkové štěrbiny i přes její ochrnutí.

V případě hyperfunkční dysfonie s nadměrnou odtahovanou svalovou silou je pohyb hlasivek na sliznici narušen kvůli napětí hlasivkové štěrbiny. Akcentová cvičení pomáhají zvětšit a zrychlit fonačně expirační pozvolné proudění vzduchu. Poskytují optimálně směřovanou sílu, která

pomáhá přiblížit hlasivky k sobě, aniž by bylo zapotřebí zvláštní aktivity svěračů.

Akcentová metoda může být využita při léčbě vybraných hlasových a řečových prozodických poruch. Mezi ně patří organické poruchy hlasu jako paralytická dysfonie. Zde může být akcentová metoda využita při dechových a výdechových cvičeních, což pomáhá snížit hlasové problémy a může zlepšit potíže s dýcháním díky relaxaci napjatých odtahovacích svalů hlasivek. Tuto metodu můžeme také použít při terapii u pacientů s dysplazií. Hlasová terapie pomáhá zlepšit dysfonický hlas pacienta. Mezi funkční poruchy, u kterých využíváme akcentovou metodu, patří všechny podtypy běžných funkčních hlasových poruch.

Akcentová metoda je vhodným typem terapie pro zvládnání případů dětské hyperfunkční dysfonie a ventrikulární dysfonie bez hypertrofie ventrikulárních skupin. Zároveň je vhodnou terapií pro navrácení hlasu v případech habituální afonie s využitím série specifických hlasových cvičení. Klientovi můžeme pomoci zkráceným programem akcentové metody. Akcentová cvičení stabilizují nově nabytý hlas. Psychogenní poruchy hlasu jsou také léčeny pomocí akcentové terapie. V některých případech je nutná spolupráce s psychiatrem. Tuto metodu můžeme také využít jako doplňkovou terapii při dalších způsobech léčení jako je foniatrická operace nebo medikamentózní léčba. Tato doplňková terapie je přínosná k dosažení eliminace predispozicí chybných hlasových návyků a k seznámení pacienta s nově upraveným hlasovým ústrojím, díky kterému dojde k maximálnímu potenciálnímu zlepšení hlasu. Hlasová terapie může začít za týden po operaci.

Akcentová metoda nachází využití v logopedické péči především u dysartrie, balbuties a opožděného vývoje řeči.

Při narušení řeči a hlasu u dysartrie může být dysprozodie hlavním faktorem při redukci celkové řečové srozumitelnosti. Rytmičká zdůraznění akcentové metody pomáhají zlepšit prozodii a hlas. Zdokonalení kontroly dechu napomáhá snížit namáhavý charakter dysartrické řeči.

U balbuties je zlepšení propojeno s rytmickým dýcháním, fonací a artikulačními aktivitami spolu s dynamickými pohyby končetin, které odpovídají akcentovým cvičením. Akcentová cvičení vedou ke zlepšení plynulosti řeči u balbuties.

Některé lingvistické a paralingvistické oblasti mohou být ovlivněny opožděným či odchýleným vývojem řeči. S využitím rytmických důrazů akcentové metody dochází ke zlepšení narušených modulačních faktorů řeči, které jsou jedním z doprovodných symptomů opožděného vývoje řeči. Tato cvičení zlepšují společný tělesný pohyb, který ovlivňuje část syndromu opožděného vývoje řeči. Využití rytmických důrazů akcentové metody je vhodné i pro děti s narušením sluchu a to především pro vytváření zdánlivě normální prozodie v řeči. (Kotby, 1995)

3.4. Průběh akcentové terapie

Na počátku rehabilitace je pacient požádán, aby ulehl na záda na pohovku. Ta by neměla být příliš měkká. Pacientovi vložíme pod kolena polštář, který napomůže relaxaci břišních

svalů. Vodorovná poloha umožňuje uvolnění hrudníku a ramen. V této pozici se uvolněná břišní stěna pohybuje nahoru a dolů s rytmickými nádechy a výdechy do oblasti bránice. Musíme se ujistit, že hrudní část a ramena jsou v klidu a veškerá síla se projevuje v oblasti břicha. Uvědomování si nádechů do bránice zlepšíme umístěním knihy na břicho. Kniha se zvedá a klesá spolu s pohyby břicha a slouží jako indikátor dechového objemu. Jakmile pacient leží v poloze na zádech, požádáme ho, aby volně a potichu dýchal otevřenými ústy i nosem zároveň. Klient by měl vdechovat a vydechovat s co nejmenším napětím. Neměly by se ozývat žádné slyšitelné zvuky. Jakmile pacient shledá tento úkol jednoduchým, můžeme přejít k další fázi terapie.

Nyní je pacient požádán, aby si dal místo knihy na břicho ruce a soustředil se na volné pohyby při nadechování. Ruka se chová pouze jako průvodce a nenapomáhá tlačení dovnitř břicha s výdechy.

Jakmile pacient zvládne brániční dýchání a cítí pohyby břišního svalstva při nádechu a výdechu, je požádán, aby se posadil na židli. Pacient s jednou rukou na břicho znovu dýchá volně skrz nos a ústa a cítí pohyb vnitřní stěny nahoru a dolů. Rychlost a délka nádechů a výdechů je variabilní. Na prvním terapeutickém sezení terapeut využívá posunky a rytmické poklepávání rukou na stůl tak, aby pomohl klientovi sledovat dýchací pohyby v ležící i sedící poloze. Jestliže pacient selže při plynulém provádění těchto pohybů, je požádán, aby položil svoji ruku na břicho terapeuta, aby mohl cítit správné pohyby břicha při dýchání. Tento postup je velmi nápomocný pro představu pacienta a jeho uvědomění si toho, co by se vlastně mělo dít.

Po zvládnutí správného dýchání do bránice pacientem v sedící pozici můžeme přejít k poloze dýchání vestoje. V této poloze začneme přidávat kývavé pohyby těla při nádechu a výdechu. Klient stojí s mírně rozkročenýma nohama, jedna noha je umístěna mírně vpředu a stabilizuje kývavé pohyby. Při nádechu se pacient mírně předkloní dopředu a při výdechu přejde do záklonu.

Hlasový pedagog dopomáhá pacientovi k osvojení dovednosti dýchání do bránice. Pokud klient nezvládá dechová cvičení, je nutné o pomoc požádat fyzioterapeutického odborníka.

Pomalé a hluboké nádechy do bránice, které pacient cvičí v této fázi terapeutického programu, umožňují klientovi zažít pauzy mezi dýchacími cykly. Pomalé tempo dechu s přestávkami připravuje pacienta k jejich využití v průběhu rytmického hlasového cvičení v souvislosti s fází programu akcentové metody. Mělo by být jasné, že jedním z cílů akcentové metody je zlepšení frázování s optimálním tempem řeči.

Jakmile pacient zvládne dýchání do bránice, přidáme k výdechům zvuky. Prvním zvukem je neznělá dentální souhláska /f/. Pacient by měl cítit mírný odpor na rtech při plynutí vzduchu z úst a při výdechu vytvořit táhlý zvuk. Podobným způsobem jsou cvičeny zvuky s hláskami /s/ a /f/. Pokud si klient osvojí i tuto fázi cvičení, můžeme přejít k produkci zvuků /s/ a /f/, ale tentokrát klademe důraz na konečnou fázi výdechu. Konečná fáze výdechu by měla mít podobu krátkého měkkého úseku, bez přestávek, následována dlouhým hlasitým segmentem, který se postupně vytratí.

Zdůraznění „artikulace“ druhého úseku připravuje klienta na první rytmické fonační cvičení s využitím daných hlásek, konkrétně v pomalém rytmu (largo).

Vyvozený tón představuje roztřesení hlasivek a je přidán k neznělým hláskám s využitím znělých dentálních hlásek /v/, /z/. Tento krok můžeme využít při středně pokročilé přípravné fázi akcentových cvičení ve spojení se hrou samohlásek. V počáteční fázi akcentové metody by mělo dojít k takové interakci mezi terapeutem a pacientem, která vyústí v jakýsi „ping pong.“

Nejprve mají cvičení podobu intenzivní hry samohlásek. Přízvuk (důraz) sleduje specifické rytmické vzorce, které mu odpovídají a umožňují jeho tvorbu. Rytmická cvičení jsou rozestavěna hierarchicky tak, aby pomohla pacientovi dosáhnout finálních cílů této fáze.

Pomalý rytmus (tempo 1) – první rytmus je pomalý. Proto se mohou samohlásky projevit při krátkém spojení v nepřízvučné části následované dlouhým závěrečným zvýrazněným segmentem. Tento rytmus je $\frac{3}{4}$, známý jako largo.

Podpora dechu – dýchaní je cyklus nepřerušovaného bráničního dýchacího procesu, který zahrnuje jemné nádechy následované důraznějšími výdechy. Nejprve tvoříme krátké slabší úseky následované dlouhými a důraznými segmenty. Mezi cykly neděláme pauzy.

Fonační cvičení – fonační cvičení spojená s hrou samohlásek jsou poslední fází dechových cvičení popsaných výše. Nepřízvučné / přízvučné hlásky, neznělé / znělé souhlásky

se mění při hře s hláskami podle hláskového repertoáru rodného jazyka klienta. Například /a á/, /i í/, /u ú/. Dlouhé a výrazné /á/ ukončujeme slabým měkkým nevýrazným tónem.

Záměrem stádia fonačního cvičení je dosažení produkce dlouhé a relaxované fonace v rytmu largo. K usnadnění tohoto cíle v počáteční fázi prvního rytmu využijeme měkký hlasový začátek. Přidáme krátký měkký tón, který je následován lehkým sledem vzduchu bez tónu. Tento postup zapříčiňuje tvorbu krátkého a měkkého tónu přímo ve středu vydechovaného vzduchu. Pacientovi je doporučeno, aby v průběhu používání pomalého rytmu k produkci znělých a neznělých hlásek využil krátký přípravný zvuk /h/. Pozorujeme konečné zlepšení proudění vzduchu ven. Tato cvičení pomáhají snížit tvorbu tvrdého hlasového začátku a nepřiměřené hlasitosti.

K podpoření dynamických pohybů těla a spojení hlasové aktivity (později produkce řeči) vede terapeut pacienta k pohybům těla a končetin v průběhu dýchání. Typ tělesného pohybu je vhodný pro pomalý rytmus (largo). Využíváme kývavé pohyby dopředu / dozadu podobné těm, které jsme používali při relaxačních dechových cvičeních.

Pacient stojí na ploše s jednou nohou vepředu, naklání se dopředu a dozadu v průběhu vydechování, zatímco se břišní stěna pohybuje dovnitř. Záklon začíná velmi pomalu a jemně, poté nabývá na důležitosti se zvýrazněním samohlásek v pomalém rytmu. Paže mohou volně viset podél těla s výjimkou ramenních kloubů. Pohyb i zvuk by měl probíhat plynule. Jakmile klient zvládne tuto část cviků, přejdeme k další fázi výrazné rytmické hry se samohláskami.

Andante a allegro rytmus (tempo 2 a 3) – v tomto stádiu je představen nový rytmus ve 4/4 tempu, obsahuje buď 3 důrazy (andante) nebo 5 důrazů (allegro). Než pacientovi představíme andante/allegro tempo, předáme mu další instrukce ke správnému dýchání. Respirační fáze je u nových temp rychlá a hluboká. Respirace je prováděna bezprostředně před hlasovým projevem. Po ukončení hlasového projevu se klient uvolní a uklidní. Během této pauzy je pacientovo tělo v klidu a paže visí volně podél jeho těla. Klient se těsně před hlasovým zdůrazněním hluboce nadechuje do bránice a připravuje se na nadcházející hlasový důraz. Tento postup je velmi podobný tomu, který využíváme ve spojení s řečí.

Fonační cvičení – cílem tohoto typu cvičení je přenos nově získaného a relaxovaného hlasu z pomalého rytmu k produkci série krátkých řetězců samohláskové fonace a zvládnutí produkce hlasu. Rytmus procvičované přes vydechovaný objem vzduchu vytvářejí řetěz samohlásek, například:

/i í/ pro largo rytmus

/i ííí/, /a ááá/ pro andante rytmus a

/i ííííí/, /a ááááá/ pro allegro rytmus.

Pokud je pro klienta složité vytvoření těchto řetězců, vrátíme se k počáteční fázi fonačních cvičení s měkkým hlasovým začátkem.

Spojení pohybu paží a těla – pohyby těla se mění s rytmem. U andante rytmu má pohyb podobu svižné lokomoce kolem vertikální osy těla (45° na pravou stranu a 45° na levou stranu). Horní končetiny visí volně podél těla a následují pohyb celého těla. Pohyby paží se nicméně často transformují

do rytmických pohybů předloktí. Při využití rytmu allegro se pohyb stává krátkým rytmickým poskakováním, kdy následujeme rychlé allegro tempo. V tomto případě se zpravidla objevuje více vertikální pohyb předloktí a další expresivní pohyby. Ty můžeme vidět při otáčení rukou v zápěstí v allegro rytmu podobném bubnování na bubny rukama. S pravidelným tréninkem a změnami rytmu od jednoho k druhému dochází k uvolnění pacientova těla i hlasu. Jakmile je klient schopen provádět tato cvičení, aktivizují se pohyby paží, díky kterým dojde ke znatelnému zlepšení mluveného projevu. (Kotby, 1995)

3.5. Stabilizování nově nabytých řečových návyků a souvislý řečový projev

Při upevnění nově nabytých návyků v řeči bychom měli věnovat pozornost především některým fonačním aspektům, celkovému postavení těla a hlasivkového ústrojí nad hrtanem.

U postavení těla bychom si měli dát pozor na špatnou posturální aktivitu, především takovou, která nesouvisí s přirozenými pohyby těla. Nemělo by docházet k napětí v oblasti krční páteře a hlavy. Proto musíme při terapii nalézt co nejpohodlnější pozici pro klienta. Ramena by měla být posazena níže v příjemné poloze. Terapeut podporuje pacienta v kopírování jeho pohybů v oblasti úst a čelisti v průběhu hry s hláskami. Aktivní oromotorické pohyby pomáhají k dosažení lepší produkce řeči.

Jakmile klient zvládne produkci nesmyslných slabik tak, aby si uchoval kvalitní a zdravý hlas při veškeré tvorbě slabik, můžeme přejít k produkci řeči s přirozeným přízvukem pacientova rodného jazyka. Vyjmenování různých sérií je vhodným materiálem ke cvičení artikulované fonace na počátku této fáze. Příkladem jsou dny v týdnu nebo počty. Pacient sleduje vedení svého terapeuta a opakuje artikulační segmenty zadaných sérií. Teprve když si klient osvojí výše zmiňovaná cvičení, můžeme přejít ke čtení. Při čtení budeme uplatňovat nově nabyté dovednosti z předchozího nácviku, přirozené frázování a prozódii rodného jazyka.

Přechod nových jazykových dovedností potřebných ke správným jazykovým návykům spojíme s řečí využitím monologu a dialogu. To je cílem závěrečné fáze akcentové metody.

Přizpůsobení tempa akcentové metody – Smith a Thyme klasifikovali prozodii zvýraznění ve spojení s řečí do třech jazykových jednotek/rytmů. Podle jejich návrhu by mohly tyto kategorie jedna druhou následovat při základních rytmech akcentové metody.

Tempo I., Largo – jazykové jednotky následující tempo I. mohou mít konceptuální význam „izolace.“ Například: „Good morning“, „Keep going“. V tomto spojení nalezneme jednu neznělou hlásku následovanou jednou znělou. Pohyb celé paže až k rameni v largo rytmu, který jsme již nacvičili dříve, může zintenzivnit pocit prozodie v této kategorii.

Tempo II., Andante – jazykové jednotky, které následují tempo II. mají konceptuální „výběrový“ význam. Například: „She is enjoyig, charm, beauty, and money.“ Zde je využita jedna neznělá hláska následovaná 3 znělými. Předloktí procvičované v andante rytmu, může být využito k podpoře důrazu.

Tempo III., Allegro – jazykové jednotky následují tempo III. Mají konceptuální význam „skupinek.“ Například: „I came, you surely remember this.“ V této větě se nachází několik důrazných samohlásek dohromady v rychlých sekvencích. Rychlé pohyby rukou v zápěstí mohou podpořit pocit při tomto typu důrazu při čtení.

Tato cvičení se aplikují při čtení, poté monologu a nakonec při běžné konverzaci (dialogu).

Terapeuti si navzdory běžným doporučením mohou dopřát jistý stupeň volnosti v průběhu terapie. Měli by se však ujistit, že pacient dosáhne následujících dovedností: správného dýchání, lepšího frázování s přiměřenými mezerami, optimálního poměru v řeči, vyhnutí se mluvě se zbytkovým dechem a dosažení optimální podpory bráničního dýchání. (Kotby, 1995)

3.6. Terapeutický program

Terapeutický program akcentové metody je běžně rozdělen do několika individuálních sezení, která probíhají 2krát až 3krát týdně. Jedno sezení trvá přibližně 20 minut. V závažných případech je potřeba vytvořit program, kdy se klient a terapeut scházejí až 2krát denně. V těchto případech je nutné, aby pacient strávil nějaký čas přímo na klinice a podstoupil intenzivní program akcentové terapie. (Kotby, 1995)

3.7. Studie vztahující se k účinnosti Akcentové metody

V kapitole vycházím z poznatků S. Bassiouny, která vypracovala studii *Efficacy of the Accent Method of Voice Therapy*. Snažila jsem se dohledat i další zdroje na toto téma, ale bohužel nejsou k dispozici.

Korekce hlasových poruch může být sledována čtyřmi způsoby. Jedním z nich je kognitivně behaviorální měření. Přizpůsobení při hlasové terapii zahrnuje dva základní prvky a to hlasovou hygienu a korekci špatných návyků, které se týkají hlasové techniky. Akcentová metoda je jednou z celistvých přístupů při kognitivně behaviorální terapii hlasu. Po desetiletí byla aplikována jako terapie hlasových poruch v různých částech světa.

Akcentová metoda se zaměřuje na zlepšení dýchání, fonaci, artikulaci a gestikulaci. Tyto prvky souvisejí s verbální komunikací. O účinnosti akcentové metody bylo vypracováno několik studií. Jednou z nich je i studie Kotbyho, která byla uvedena v roce 1991. Klinické testy ovšem prokázaly, že je potřeba účinnost akcentové metody stále testovat.

Studie zabývající se efektivností akcentové metody je prováděna kvůli zhodnocení její účinnosti s použitím řízeného experimentálního modelu. Účinnost akcentových cvičení je testována pomocí určení samostatné efektivnosti hlasové hygieny oproti efektivnosti hlasové hygieny spojené s akcentovými cvičeními při korekci špatné hlasové techniky (zvyku). Díky odlišení těchto dvou základních prvků při opětovném nastavení v kognitivně behaviorální terapii bude možné později demonstrovat jejich účinnost. Tato studie může být využita jako jeden z postupů při ověřování účinnosti výzkumu v kognitivně behaviorální terapii u narušené komunikační schopnosti.

Studie se zúčastnilo 42 pacientů, u kterých byly zjištěny různé patologie v oblasti hlasu a hlasivek. Účastníci této studie byli náhodně rozděleni do dvou skupin. Skupina 1 (S1) zahrnovala 21 pacientů (8 mužů a 13 žen) ve věku od 20 do 54 (průměrný věk 37 let). Skupina obdržela doporučení, která se týkala hlasové hygieny a cvičení obsažená v akcentové terapii. Skupina 2 (S2) zahrnovala opět 21 pacientů (10 mužů a 11 žen) ve věku od 20 do 60 let (průměrný věk 40 let). Tato skupina obdržela pouze doporučení ohledně hlasové hygieny předcházející aktivní akcentové terapii.

Ve skupině 1 byla akcentová terapie prováděna při individuálních sezeních. Terapie probíhala dvakrát týdně, jedno sezení trvalo cca. 20 minut. Terapie se vyhodnotila po 10 a poté po 20 sezeních. Tato sezení zahrnovala jak hlasovou hygienu, tak cvičení zaměřená na korekci špatné hlasové techniky. Ve skupině 2 obdrželi stejné rady ohledně hlasové hygieny. Tyto rady byly účastníkům podávány každý týden podobným systémem, který byl využit ve skupině 1. To znamená, že zhodnocení proběhlo v průběhu terapie (po 5 sezeních) a v závěru terapie (po 10 sezeních). Hodnoty stanovené na začátku terapie byly pouze předběžné. Plné využití hlasového měření bylo aplikováno u dvou následujících příležitostí produkujících hodnoty pro předběžné a konečné výsledky v tomto pořadí. Diagnostický proces se sledoval pomocí protokolu pro vývoj hlasového měření a jeho aplikaci na oddělení foniatry v Ain Shams University Hospital. Protokol, který byl využit v průběhu obou měření, jak subjektivního tak objektivního, zdůrazňuje následující položky: základní diagnostické procedury, klinické diagnostické pomůcky a další nápomocná měření.

Základní diagnostické procedury zahrnovaly interview s pacienty a dále hledání vrozených predispozic. Pacienti byli požádáni o ohodnocení závažnosti jejich narušení hlasu ve škále od 5 do 0 (4 = velmi dobré, 0 = velmi špatné). K dokumentaci vizuálního hodnocení hlasového orgánu byl využit laryngo-video-stroboskop. Ve zvukové laboratoři byla pořízena nahrávka s použitím digitálního systému sony audiotape deck system s připojením k Sony stereu. Mezi další využitá měření patří aerodynamické měření s použitím Nagashima systému a akustická analýza s použitím Kay CSL systému.

Všichni pacienti byli přijati s dysfonií s výjimkou čtyř případů, které si stěžovali pouze na fonastetické symptomy. Stupeň a typ dysfonie se lišil, ale většina pacientů měla napjatý a dyšný hlas. U pacientů ve skupině 2, kteří obdrželi pouze rady ohledně hlasové hygieny, se neprokázaly žádné významné změny u stroboskopického měření od prvních testů, přes průběžné testování až ke konečným výsledkům. U pacientů ve skupině 1, kteří obdrželi rady ohledně hlasové hygieny a k tomu akcentová cvičení, se prokázaly velmi podstatné změny ve všech videostroboskopických měřeních od prvních testů, přes průběžné testování až ke konečným výsledkům. Výsledky naznačovaly zlepšení nebo normalizaci v postižené oblasti. Významné zlepšení bylo zaznamenáno již zhruba v polovině testování. Týkalo se především systému a vzorců rozevírání hlasivkového otvoru.

Rozdílů při zlepšení aerodynamického měření, v období mezi začátkem testování a konečnými hodnotami u obou skupin, byly velmi významné a to zejména pro skupinu 1 v následujících parametrech: rozpětí vyvážení zvukového tlaku, tlak pod hlasivkami, výkonnost hlasivek a odolnost hlasivek. Pokud sledujeme skupinu 1 a zhodnocení výše zmíněných tří parametrů, vidíme podstatné zlepšení ve výsledných hodnotách ve srovnání s počátečními hodnotami, přestože zde nebylo nějaké výrazné zlepšení mezi počátečními hodnotami a hodnotami pořízenými v polovině testování. Výsledné hodnoty ve srovnání s počátečními hodnotami ukázaly významný úbytek v oblasti fonačního kvocientu a veliký pokrok u rozpětí vyvážení zvukového tlaku, tlaku pod hlasivkami a výkonnosti hlasivek. U skupiny 2 se v závěrečných hodnotách testování prokázalo významné zvýšení odolnosti hlasivek. Etiologické podskupiny ukázaly proměnlivé výsledky. Hyperfunkční

podskupina prokázala podstatné / vysoce podstatné zlepšení u rozpětí frekvence, tlaku pod hlasivkami a výkonnosti hlasivek. Slabý hlas ukázal významné zlepšení u maximální doby trvání fonace, rozmezí frekvence tlaku pod hlasivkami a výkonnosti hlasivek. Na uzlinách se prokázalo důležité zlepšení u maximální doby trvání fonace, středního poměru průtoku, rozpětí a vyvážení zvukového tlaku, tlaku pod hlasivkami a výkonnosti hlasivek.

Rozdíl ve zlepšení mezi skupinou 1 a skupinou 2 při chvění byl velmi podstatný u harmonicko-hlučného poměru. Akustická analýza ve skupině 1 ukázala významné navýšení u harmonicko – hlučného poměru mezi počátečními hodnotami a výslednými hodnotami testů. Etiologické podskupiny ukázaly významné zlepšení u hodnot chvění mezi počátečními hodnotami testů a konečnými hodnotami testů u hlasové slabosti, uzlin a nehybnosti hlasivkové štěrbiny. Etiologické podskupiny prokázaly různorodé tendence zlepšení mezi počátečními hodnotami testů a konečnými hodnotami testů.

Neproklázaly se žádné větší změny v rozmezí inverzního filtrování v obou skupinách mezi počátečními a konečnými hodnotami testů. Byly zde také bezvýznamné rozdíly zlepšení mezi oběma skupinami. Etiologická podskupina ale ukázala nepravidelné tendence při zlepšování.

Účinnost akcentové metody byla testována v této studii pomocí řízeného systému, který eliminuje irelevantní nezávislé proměnné. Terapie skupiny 1 a rady ohledně hlasové hygieny u skupiny 2 byli porovnatelné ve všech parametrech kromě těch, u kterých obdržela skupina 1 pouze akcentová cvičení. V tomto případě byla daná akcentová cvičení uspořádána tak, aby mohla

vybudovat vztah k procesu – a – účinku mezi testovanou technikou zavedenou lékaři a změnami v klientově hlasovém chování. Odmítnutí akcentových cvičení nezpůsobilo žádné etické rozpaky především proto, že pacienti ve skupině 2 byli následně připraveni k tomu, že obdrží též akcentová cvičení. Tento model klinické zkoušky zaměřovaný na předvádění účinnosti akcentové metody je považován za vhodný pro kognitivně behaviorální terapii.

Obecný trend finálních výsledků ukázal významné změny a zlepšení u parametrů hlasivkových funkcí ve prospěch akcentových cvičení zavedených ve skupině 1. Nicméně jsou zde některé specifické vzorce, které jsou diskutovatelné podle jednotlivých testovaných položek. Navíc rozdíl ve zlepšení mezi skupinou 1 a skupinou 2 ve sdílených materiálech pacientů ukázal změny v hodnotách v určitých parametrech. Patologickofyziologický mechanismus se mění a může být i protikladného směru u různých etiologických podskupin, jmenovitě hyperfunkční dysfonie, hlasová únava, uzlíky na hlasivkách a paralýza hlasivek. U paralýzy hlasivkové štěrbiny se ukazuje tendence k promarnění, především u hyperfunkční dysfonie je hlasivková štěrbina pevná. Pokrok ukázal, že podle výsledků veškerých materiálů byly některé hodnoty nevýznamné, přestože se určité množství z těchto položek stalo významnými, i když byly vypočítané oddělně pro dané podskupiny.

Rozdíl ve zlepšení mezi skupinou 1 a skupinou 2 u pacientova vlastního subjektivního zhodnocení hlasu se ukázal větší ve prospěch skupiny 1, ve srovnání rozdílů zlepšení dosažených u druhých skoro – objektivních hodnot. Tento nesoulad může být částečně zapříčiněn tím, že odpovědi pacientů na otázky kladené lékařem ohledně zlepšení v oblasti hlasu mohou spadat pod nevyhnutelný autosugestivně podbarvený vliv lékaře.

Bezvýznamnost rozdílu ve zlepšení u kolektivního hodnocení pacientů při hodnocení sluchové percepce u daných položek může být způsobena kvůli malému počtu pacientů uvádějících tyto hlasové charakteristiky.

Byla prokázána zlepšení týkající se velikosti uzlíků na hlasivkách a paralytické štěrby u obou skupin. Rozdíl ukázal pokrok podstatný pro skupinu 1, indikující účinnost akcentových cvičení při sledování těchto dvou morfologických deficitů v hlasové patologii. Tento příznivý efekt akcentových cvičení u skupiny 1 se potvrdil pomocí důležitých změn sledovaných právě ve skupině 1 u stroboskopických nálezů. To může odrážet více patrné změny týkající se chování hlasivek.

Důležitý rozdíl ve zlepšení pro skupinu 1 u aerodynamické analýzy byl selektivní. Pokrok u etiologických podskupin byl zjištělý už v polovině testování a většina zlepšených položek se nadále zdokonalovala v závěrečných etapách testování. Několik nových položek ukázalo zlepšení pouze u výsledných hodnot testování. Pokrok u dynamického rozpětí byl výraznější než pokrok u frekvenčního rozpětí, což může indikovat analýzu, a tím zesílit reakci na terapii u dynamického rozpětí, která je větší než u frekvenčního rozpětí

a to u typů hlasových patologií, které jsou zkoumané právě v této studii. Zdokonalení fonačního kvocientu, maximální fonační doby a poměru středního průtoku u imobilní skupiny hlasivek se může odrazit na zlepšení hlasivkového zavírání. Pokročení u poměru středního průtoku ve skupině uzlin se může také promítnout na zdokonalení mezery mezi hlasivkami.

Byla zde neshoda ve zlepšení u všech třech parametrů akustické analýzy mezi skupinami (S1 a S2). Etiologické podskupiny ukázaly dodatečnou neslučitelnost, tendenci zlepšovat se mezi vypočítanými parametry akustické analýzy. Tyto nálezy mohou indikovat to, že akustická analýza použitá v tomto případě není velmi citlivá či vysoce specifická. Na druhou stranu rozdíl parametrů akustické analýzy, jako vibrace (chvění) a mihotání může harmonizovat s různými aspekty mechanismů analýzy u hlasových funkcí etiologických skupin sledovaných v této studii.

Ve skupině 1 nebyl nalezen žádný významný pokrok v materiálech společných pro pacienty. To může být vysvětleno tím, že povaha patofyziologie různých kategorií může směřovat různými směry, to znamená, kategorie mohou ukazovat přilnutí hlasivek a další mohou ukázat nepřilnutí hlasivek. Nicméně podstatná zlepšení u určitých položek specifických pro každou etiologickou podskupinu byla zaznamenána.

Srovnání mezi počátečními nálezy, hodnotami určenými v polovině testování a konečnými výsledky ukázalo, že pokrok následoval více či méně lineární křivku. To může indikovat to, že prospěšný účinek akcentových cvičení a pacientův nárůst pokračoval plynule skrz terapeutická setkání, která se skládala z 20 sezení. (Bassiouny, 1998)

Obecné závěry vyvozené z této studie podpořily představu, že kognitivně behaviorální terapie je klinicky efektivní pro zvládnutí některých narušení hlasu. Celkové tendence ve výsledku tohoto klinického experimentu s poskytnutím měření naznačují pozitivní účinnost akcentové metody při léčbě hlasových patologií prověřovaných v této studii.

4. Využití pohybových aktivit v logopedii v České republice

Pohybová terapie v rámci logopedické péče u nás ještě příliš jméno nemá. Alespoň v pravém slova smyslu. Samozřejmě je využívání různých rytmizací a dramatizací písniček, kde se určitý pohyb objevuje. To pomáhá dítěti lepší uvědomění si vlastního těla.

4.1. Moje osobní zkušenost s využitím pohybu při terapii narušené komunikační schopnosti

V rámci své 3,5 měsíční logopedické praxe v řečovém a komunikačním centru jsem měla možnost sledovat různé aktivity, které napomáhají rozvoji dětské motoriky. Logopedická ambulance, ve které jsem pracovala, se nezaměřuje pouze na logopedickou péči, ale také pořádá kurzy na rozvoj grafomotoriky, prázdninové příměstské logopedické tábory, kurz muzikoterapie pro předškolní děti a kurz *Pohyb je řeč, řeč je pohyb*, který je určen předškolním dětem.

V rámci grafomotorického kurzu jsem působila jako asistentka. Pracovali jsme se čtyřmi dětmi, 2 chlapci a 2 dívkami předškolního věku. Skupinová terapie začínala rozcvičením vleže na podložkách. K uvolnění dětí jsme využívali jednoduché cviky z jógy. Aby si děti lépe uvědomily své tělo, použili jsme cviky zaměřené na pravolevou orientaci. Děti opakovaly cviky, které jsme ukazovali. Například dotkni se levého ramena pravou rukou nebo zvedni levou ruku. My jsme cviky pro děti ukazovali zrcadlově, aby to pro ně bylo jednodušší. Dále jsme využívali říkanky a jejich rytmizace, například:

Ťukání:

„Táta dupe: Dupy, dup!

Máma cupe: Cupy, cup!

Babka šlape: Šlapy, šlap!

Děda klape: Klapy, klap!

Vnouček ťape: Ťap, ťap, ťap!

Dupy, dup, cupy, cup,

šlapy šlap, klapy klap, ťap, ťap, ťap!“

(Synek, 1995, str. 15)

U této říkanky, pohybujeme jednotlivými prsty. Nejprve palcem, poté ukazováčkem, prostředníčkem, prsteníčkem a malíčkem. Poklepáváme do rytmu písničky.

Dále jsme využívali malování rukou ve vzduchu, krouživé pohyby paží a protahování jednotlivých prstů. Celý kurz byl veden zábavnou formou her.

Další kurz, kterého jsem se zúčastnila na této praxi, byl obdobou příměstského tábora. Byl zaměřen na celkový rozvoj a upevnění dovedností, kterých dosáhly děti v průběhu terapie.

Ve skupině byly děti ve věku 5 až 9 let s různými diagnózami (dyslalie, balbuties, specifické poruchy učení a nedostatečná slovní zásoba u bilingválních dětí). Každé dítě procházelo denně individuální terapií.

Kurz byl tematicky zaměřen na „Let balónem.“ Každý den jsme „letěli balónem“ na jiné místo (Česká republika, dinosauři, země pohádek, poklad na opuštěném ostrově). Z pohybových aktivit jsme využívali jógu a dramatizaci pohádky. Dále jsme používali sluchovou diferenciaci zvuků pomocí hry na klavír a pracovní listy orientované na zrakové vnímání, laterality a motoriku.

V rámci praxe jsem se účastnila náslechu individuální terapie. Mohla jsem nahlédnout do procesu fixace hlásky R. V tomto případě paní logopedka využívala jednoduchou rytmizaci (poklepávání rukou) při opakování slov, která hlásku R obsahovala.

Mojí zatím nejpřínosnější zkušeností v oblasti logopedie je praxe v cizojazyčné školce. Už přes 2 roky zde vedu jedenkrát týdně logopedický kroužek. Pracuji s bilingválními dětmi ve věku od 3 do 5 let. Nejedná se o terapii v pravém slova smyslu. Mým úkolem je rozšiřovat dětem slovní zásobu v českém jazyce. Vzhledem k tomu, že výuka v této školce probíhá v anglickém jazyce, je jejich slovní zásoba češtiny omezená a výslovnost českých slov často nesprávná. Hodiny jsou vedeny formou hry a zahrnují tyto činnosti:

- Oromotorická cvičení s využitím obrázkových karet. Viz. příloha č. 1

- Hry pro rozvoj zrakového vnímání a paměti (Kimovy hry, pexeso, pracovní listy). Viz. příloha č. 2 – 4
- Rytmizaci říkanek, vytleskávání rytmů a říkanky s pohybem.
- Dramatizaci – ztvárněním určitých situací pohybem, mimikou či zvuky. Například: hra na statek plný zvířátek. Každé dítě si vybere jedno zvíře, které předvádí se specifickými zvuky a pohyby, tak aby ostatní uhádly, o jaké zvíře se jedná. (Šterba, 1993).
- Hry na pravolevou orientaci s využitím pohybu.
- Rozvoj slovní zásoby pomocí logopedických listů a Šimonových pracovních listů. Viz. příloha č. 5 - 6
- Grafomotorická cvičení. Viz. příloha č. 7

Při práci využívám cvičení z knihy Logopedie v praxi (Štěpán & Petráš, 1995). Podle Štěpána Petriáše je vhodné provádět dechová cvičení v kombinaci s pohybovými aktivitami celého těla, například při chůzi nebo využít kroužení paží, protahování a podobně. Příkladem je říkanka na procvičování měkkého hlasového začátku:

„Á – é – í – ó – ú

Píši úlohu. (ukazují, jak píší úlohu)

Há – hé – hí – hó – hú

Dá to námahu. (ukazují, jak je to namáhavé)“

(Štěpán & Petráš, 1995, str. 29)

Uvedené činnosti nejsou vždy součástí každé hodiny. Vzhledem k věku dětí je důležité činnosti během hodiny v krátkých intervalech střídat, aby děti udržely pozornost a nebyly unavené.

4.2. Rehabilitační a fyziologické metody, které se využívají u klientů s narušenou komunikační schopností

V této kapitole bych ráda představila několik fyzioterapeutických metod, které se také využívají při terapii narušené komunikační schopnosti. Většinou se zaměřují na stabilizování celkové koordinace jedince. Mezi tyto metody patří Vojtova metoda reflexní lokomoce, synergetická reflexní terapie, Petö inductivní edukace, metodika myofunkční terapie dle A. Kittelové, orofaciální svalová funkční terapie a jiné.

4.2.1. Vojtova metoda reflexní lokomoce

Klenková (2006) uvádí, že při rozvoji hybnosti v dětském věku patří Vojtova metoda reflexní lokomoce mezi jeden z nejrozšířenějších postupů. Zakladatelem metody je Václav Vojta. Metodu reflexní lokomoce začal vyvíjet v 50. letech 20. století a vycházel z konceptu Bobath.

Bytešníková (2007) definuje Vojtovu metodu jako jednu z funkčních a holistických přístupů v diagnostice a terapii, která se zaměřuje na vybrané periferní poruchy motoriky jak v dětském tak dospělém věku. Nejdůležitějším přínosem této metody je přesná diferenciací svalových funkcí při terapii

reflexní lokomoce. To odpovídá svalovému rozlišování motorického vývoje člověka a směřuje proti motorické patologii. Cílem je znovuoobnovení vrozených fyziologických pohybových vzorců, které byly blokovány postižením mozku v raném dětství, nebo došlo k jejich ztrátě v důsledku traumatu. Oblasti, kterými se Vojtova metoda zabývá, jsou především poruchy motorického vývoje u dětí, jako dětská mozková obrna, ortopedické vady, idiopatická skolióza. U dospělých pacientů se Vojtova metoda využívá především po cévní mozkové příhodě. (Bytešníková In Klenková, 2007)

„Metoda pracuje s reflexními vzory a vychází z faktu, že globální vzor reflexního plazení a reflexního otáčení obsahuje svalové souhry, dílčí vzory motorické ontogeneze, které vedou ke zdravému motorickému vývoji. A právě tyto dílčí vzory vstupují do motorického vývoje v různých fázích prvního roku života.“ (Bytešníková In Klenková a kol., 2007, str. 14).

System Vojtovy metody stojí na třech pilířích, kterými jsou vývojová kineziologie, diagnostika a terapeutický systém. Mezi nejdůležitější vývojové stupně v rámci logopedické intervence patří holokinetické stadium. Pro něj je charakteristický výskyt primitivních reflexů. Dalším stadiem je začátek cílené motoriky a příprava první lidské lokomoce, kdy dítě leží na zádech a dochází ke koordinaci oko – ruka – ústa. Čtvrtým stadiem je lidská vertikalizace. V této fázi je dítě schopno převzít váhu těla zatížením spodních končetin. Tento vertikalizační projev je instinktivní. Podstatnou součástí této fáze je vyhasnutí sacího a úchopového reflexu, dále dochází k vokalizaci. Pátou fází je bipedální lokomoce a od prvního roku života začíná docházet k vlastnímu vývoji řeči. Dítě využívá jednoslovné věty. (Bytešníková In Klenková, 2007).

Celá metoda stojí na dvou koordinačních pohybech vpřed. Prvním je reflexní plazení (poloha na břiše) a druhým je reflexní otáčení (v poloze na zádech a na boku).

„Z logopedického aspektu je důležité, že mechanismus reflexní lokomoce (reflexní plazení a reflexní otáčení) obsahuje kromě určité aktivity trupu a svalstva končetin také například aktivitu svalů pro motoriku orofaciální hybnosti (pohyb mandibuly a jazyka ve směru otáčení hlavy, polykání), motoriku očí a rozvinutí mediastina a plic (dochází k zesílení kostálního dýchání).“ (Bytešníková In Klenková a kol., 2007, str. 16).

Oproti tomu Klenková (2006) uvádí, že metoda Václava Vojty patří pouze do oblasti fyzioterapie. To znamená, že nedochází k přesunu do logopedické péče jako u jiných postupů. Podobně se k Vojtově terapii vyjadřuje také Lechta (2002). Podle něj použití Vojtovy metody překračuje pole logopedické terapie. Bytešníková přesto Vojtovu metodu reflexní lokomoce zařadila mezi metody využívané u klientů s narušenou komunikační schopností. Uvádí, že vlivem reflexní lokomoce dochází k posunutí těžiště, k základním rovnovážným reakcím, začínají se objevovat fyziologické opěrné reakce a fyzické funkce končetin, dochází k ovlivnění jemné motoriky, zlepšení artikulace a ovlivnění vegetativních funkcí. (Bytešníková In Klenková, 2007)

4.2.2. Synergetická reflexní terapie

Zakladatelem synergetické reflexní terapie je ortoped a traumatolog Pfaffenrot. Kromě jiného se zabýval také akupunkturou, chiropraktikou a akupresurou. (Klenková, 2006).

„Synergetická reflexní terapie je koncept určený pro specifikum sekundárních pohybových poruch u jedinců s primární poruchou centrální nervové soustavy. Jedná se o komplex terapeutických metod, ve kterém jsou slučovány vybrané a modifikované prvky z několika běžné užívaných reflexních terapií obohacené o nové reflexní prvky Pfaffenrota. Kombinace jednotlivých reflexních terapií aplikovaných současně během jednoho ošetření přináší vzájemné ovlivnění účinku jednotlivých technik – synergetický efekt. Dochází tím ke komplexnímu působení na pohybový aparát a celou řadu somatických systémů.“ (Bytešníková In Klenková, 2007, str. 17).

Tento typ terapie může také ovlivnit výsledky logopedické intervence. Patří sem zejména odstranění blokad na páteři, optimalizace prokrvení mozku, aktivování center řeči a snížení či zvýšení svalového tonu po celém těle. Využitím této metody dochází k celkovému zklidnění, zvýšení koncentrace a zlepšení jemné a hrubé motoriky, včetně ovlivnění oromotoriky, to se ale projevuje u každého klienta individuálně. (Bytešníková In Klenková, 2007).

4.2.3. Pető metoda konduktivní edukace

Terapii Petőho vypracoval maďarský lékař Andreas Pető. Metodika vychází z logopedie. Postup Petőho otevřel novou cestu k rehabilitaci motorických poruch u dětí a dospělých, jejichž postižení zasahuje centrální nervový systém. Pető zastává názor, že tito lidé potřebují být léčeni pomocí opravdového vzdělávání. Proto vyvinul systém konduktivní výchovy. (Pető Institute Hungary [online] 2013).

Metoda byla prvotně vytvořena pro děti s dětskou mozkovou obrnou. Dnes je konduktivní výchova jedním ze sjednocených systémů rehabilitace, který je určený pro jedince s neurologickým postižením, jako je DMO, Parkinsonova nemoc, roztroušená skleróza, cévní mozková příhoda nebo pórúrazové stavy mozku. (Bytešníková In Klenková, 2007).

Podle Petöho lze dosáhnout kontroly nad pohybem celkovým pedagogickým přístupem. To může pozitivně ovlivnit jak motorické schopnosti, tak celkový vývoj jedince s centrálními poruchami hybnosti. Součástí této výchovy je rozvoj pohybových schopností, řeči a duševních činností současně. (Bytešníková In Klenková, 2007).

„Primární myšlenkou celého konceptu je tedy Petöho přesvědčení, dle něhož jsou poruchy vývoje včetně motoriky do značné míry ovlivňovány poruchami učení. Z toho důvodu se program zaměřuje zejména na regulaci a usnadnění celého procesu učení. K podpoře se využívá vhodně strukturovaných, pestrých a atraktivních učebních programů, přehledného uspořádání okolního prostředí a správného členění časového režimu.“ (Bytešníková In Klenková, 2007, str. 20).

Součástí denního programu je hudba, hra, mluvená řeč, tanec, různé tvořivé činnosti a technické prostředky. (Bytešníková In Klenková, 2007). Děti se mohou připojit ke skupině podle jejich individuálního rytmu. Přestože se ve skupině učí stejným úkonům, výsledky a struktura se liší. Metoda hledá individuální řešení, která mohou zlepšit vývoj daného dítěte. Práce ve skupinách zkracuje čas k získání potřebných zkušeností a ukazuje, jak může být určitý problém odstraněn různými způsoby. Zároveň umožňuje dosáhnout dětem schopnosti seberealizace a docílit zvýšení motivace. Heterogenní skupina zajišťuje, že jsou vždy přítomny děti, které reprezentují „tažnou sílu“ pro děti s nižší úrovní vývoje. (Pető Institute Hungary [online] 2013).

4.2.4. Metodika myofunkční terapie podle A. Kittelové

Zakladatelkou metodiky je německá logopedka Anita Kittel. Kittel vychází z poznatků profesora Daniela Garlinera. (Kittel, 1999). „*Klasická myofunkční terapie podle prof. Garlinera je považována v Evropě za základní terapeutický koncept pro nápravu myofunkčních poruch orofaciálního systému.*“ (Klenková, 2006, str. 126).

Myofunkční porucha zahrnuje chybné polykání. Při špatném polykání dochází k tomu, že tlačíme jazyk proti zubům nebo ho zastrčíme do mezery, která se nachází mezi zubními oblouky. (Kittel, 1999).

Metoda je určena pro děti předškolního a školního věku, ale většina cviků je využitelná už u dětí ve věku čtyři a pět let. Používá se u jedinců s poruchou polykání, ale lze ji využít i při logopedické intervenci u klientů, kteří mají problémy s oromotorikou a artikulační neobratností či u nápravy dyslalie. Cílem je odstranění orofaciální dysfunkce a problémů s polykáním. (Bytešníková In Klenková, 2007).

Cvičení, která se využívají, jsou cvičení pro jazyk, pro rty, procvičování sání, nacvičování správného polykání a samozřejmě práce s celým tělem. Při práci s tělem se zaměřujeme na vnímání vlastního těla, zlepšení celkové koordinace těla, nácvik správného držení těla a cvičení správného dýchání nosem se cviky k posílení bránice. (Bytešníková In Klenková, 2007).

Terapie by měla probíhat jedenkrát týdně s tím, že intenzivní část terapie probíhá 20 týdnů. Po intenzivní fázi terapie se přechází k části kontrolní. To znamená, že klient chodí na terapii s několika týdenní až tříměsíční přestávkou. Po absolvování těchto dvou fází přejdeme k fázi automatizace, která může trvat až jeden rok. (Bytešníková In Klenková, 2007)

4.2.5. Orofaciální svalová funkční terapie

Funkční svalová terapie v orofaciální oblasti byla vyvinuta na základě spolupráce jazykovědce a ortopedky Volkmar a Renate Clausnitzerových. (Klenková, 2006).

Terapie se dá využít jak v lékařských oborech, tak při rehabilitaci a logopedii. Uplatnění nachází u těžce postižených dětí s DMO a Downovým syndromem. (Klenková, 2006).
„Orofaciální svalová funkční terapie se zaměřuje na potlačení chybných funkčních procesů v orofaciální oblasti správným funkčním vzorem. Může najít své využití především v oblasti otorinolaryngologie, čelistní chirurgie, dětské stomatologie, ortodontie a logopedie. Využívání orofaciální svalové funkční terapie může představovat velkou pomoc i v rámci logopedické praxe. Použitím tohoto postupu mohou být překonány kinesteticko-taktilní omezení, vyskytující se u dětí s narušenou artikulací. Tím je lépe zohledněna i fonologická rovina řeči, je trénována schopnost postřehnout symbolický charakter dané hlásky a spojení hlásek, uchovat ho v mozku a ve správném okamžiku jej opět použít.“ (Bytešníková In Klenková, 2007, str. 24)

Clausnitzerovy považují za podstatný tvar ústní dutiny a její funkce. Při diagnostice myofunkčního nálezu se využívají cvičení na postavení rtů, zjištění velikosti a motoriky jazyka, průběh polykání a možné neobvyklosti v mimice. Při této terapii postupujeme od jednodušších cvičení ke složitějším. (Bytešníková In Klenková, 2007)

4.3. Motorika a řeč podle Milady

Tiché

Podle Tiché potřebuje člověk ke srozumitelnému mluvenému projevu různé činitele. Mezi ně patří samozřejmě správná motorika mluvidel, především rtů a jazyka. Ta mnohdy souvisí s celkovou motorikou (hrubá i jemná motorika). (Rodina [online] 2012) Podle určitých pohybů je možné celkem brzy zjistit, co dítě potřebuje k lepšímu rozvoji motorických dovedností a tím i k podpoře rozvoje osobnosti. Tichá využívá tzv. oddechových chviliek při terapii narušené komunikační schopnosti. Součástí těchto oddechových chviliek jsou prstová cvičení, která podporují rozvoj jemné motoriky. Dále pak rytmické říkanky, písničky a popěvky, které jsou doprovázeny zvukem či pohybem. Využívají se zde i taneční prvky. Pro posílení hrubé motoriky využila pochody po vyznačené čáře, tanečky, pohyby rukou nebo přehazování míčku. Tato cvičení mají velký vliv na rytmus řeči a artikulaci. Tichá také upozorňuje na to, že by hudební doprovod neměl být příliš hlučný. (Rodina [online] 2012)

„Málokterý dospělý si dokáže uvědomit, kolik složitých a co do počtu hojných pohybů mluvidel je třeba při řeči. A jak důležitá je souhra orgánů respiračních, fonačních a artikulačních za řízení centrálního nervového systému. Proto si těžko dovede představit, kolik práce a námahy musí takový malý človíček vynaložit, než se mu podaří vyloudit správně znějící hlásku. Zvláště pokud některý z činitelů (např. motorika) není úplně v pořádku. Proto pějme píseň dokola, recitujme a poslouchejme hudbu pro dobrou náladu i krásně znějící mluvu.“ (Rodina [online] 2012).

Podle Tiché (Rodina [online] 2012) jsou pohybové aktivity pro rozvoj motoriky v průběhu terapie nezanedbatelné.

Přestože jsou mluvená řeč, psaní a čtení formy dorozumívacího procesu, které se liší, patří k sobě a navzájem se ovlivňují. (Rodina [online] 2012)

Ke kapitole Využití pohybových aktivit při korekci narušené komunikační schopnosti v České republice bych už jen dodala, že nám klasická pohybová terapie v logopedii chybí. A vzhledem k tomu, jak velkou roli hraje motorika při terapii, bych doporučovala její zavedení. Můžeme se inspirovat v zahraničních metodách pohybové terapie, které jsem popisovala výše.

Závěr

Pohybová terapie se v rámci logopedické péče využívá celosvětově, ačkoliv u nás zatím příliš rozšířená není. Nejvíce se pohybová cvičení s využitím pohybů trupu, paží používají při terapii narušené komunikační schopnosti u motorických poruch řeči. Jedná se především o apraxii, vývojovou dysartrii, verbální vývojovou dyspraxii, afázii či balbuties. Další oblastí jsou poruchy hlasového ústrojí, na jejichž terapii jsem se podrobně zaměřila v kapitole 3. Z mé práce vyplývá, že by bylo na místě zavedení pohybové terapie v logopedii jako celku také u nás, protože je pro klienty, kteří pohybovou terapii (ať už jakoukoliv) absolvovali přínosná. Výhledově bych se jí ráda zabývala ve své diplomové práci.

Zdroje




1. Motorika a řeč. In: *Rodina* [online]. 22. 01. 2001 [cit. 2012-06-02]. Dostupné z:
<http://www.rodina.cz/clanek1516.htm>
2. What it is. In: *Método Padovan* [online]. [cit. 2013-05-02]. Dostupné z:
http://www.metodopadovan.com.br/what_it_is.html
3. Method Padovan. In: *Método Padovan* [online]. [cit. 2013-05-02]. Dostupné z:
http://www.metodopadovan.com.br/method_padovan.html
4. The Principle and Aim of Conductive Education. In: *Pető Institute Hungary* [online]. 2008 [cit. 2013-05-02]. Dostupné z:
http://www.peto.hu/en/index.php?option=com_content&view=article&id=58:the-principle-and-aim-of-conductive-education&catid=36:general&Itemid=58
5. Kapitola 11 - jazyk (řeč) a jeho poruchy. In: *Portal* [online]. 2012 [cit. 2013-05-02]. Dostupné z:
<http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=2736>
6. Padovan Speech Therapy. In: *Fonoaudiologia Padovan* [online]. [cit. 2013-05-02]. Dostupné z:
http://www.padovan.pro.br/f_met_en.htm
7. BASSIOUNY, Samia. Efficacy of the Accent Method of Voice Therapy. *Folia Phoniatica et Logopaedica*[online]. 1998, vol. 50, issue 3, s. 146-164 [cit. 2013-03-06]. DOI: 10.1159/000021458. Dostupné z:
<http://www.karger.com/doi/10.1159/000021458>
8. BEDNÁŘOVÁ, Jiřina. *Jedním tahem uvolňovací grafomotorické cviky*. Praha: DYS-centrum, 2009.
9. BOROVÁ, Blanka. *Šimonovy pracovní listy*. 4. vyd. Ilustrace Jana Svobodová. Praha: Portál, 2010, [64] s. ISBN 978-80-7367-732-9.

10. BRÜLL, Annelise. The Acquisition of Speech Through Speech-Movement Therapy: An Exploratory Study. *The British Journal of Developmental Disabilities* [online]. 2003, č. 96 [cit. 2012-06-02]. Dostupné z: <http://contents.bjdd.net/Iss96/96,59-65.pdf>
11. CHARVÁTOVÁ-KOPICOVÁ, Věra. *Šimonovy pracovní listy*. Vyd. 4. Ilustrace Šárka Boháčová. Praha: Portál, 2011, [48] s. ISBN 978-802-6200-482.
12. KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 128 s. Sestra. ISBN 978-802-4728-353.
13. KITTEL, Anita a Jitka DOSEDLOVÁ. *Myofunkční terapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999, 111 s., obr. ISBN 80-716-9619-6.
14. KLENKOVÁ, Jiřina. *Terapie v logopedii*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007, 116 s. ISBN 978-802-1044-630.
15. KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 224 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4711-102.
16. KLENKOVÁ, Jiřina. *Kapitoly z logopedie*. Brno: Paido, 1997, 93 s. ISBN 80-859-3141-9.
17. KOTBY, M. *The accent method of voice therapy*. San Diego, Calif.: Singular Pub. Group, c1995, xi, 109 p. ISBN 15-659-3090-8.
18. LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Vyd. 1. Překlad Jana Křížová. Praha: Portál, 2005, 386 s. ISBN 80-717-8961-5.
19. LECHTA, Viktor a Eva ŠKODOVÁ. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Vyd. 1. Překlad Jana Křížová. Praha: Portál, 2002, 191 s. ISBN 80-717-8572-5.
20. LEJSKA, Mojmír. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido - edice pedagogické literatury, 2003, 156 s. ISBN 80-731-5038-7.

21. LOVE, Russell J a Wanda G WEBB. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 372 s. ISBN 978-807-3674-649.
22. SYNEK, František. *Říkáme si s dětmi: k praktickým otázkám výchovy jazyka a řeči u malých dětí: [logopedické hříčky]*. 2. vyd. Praha: ArchArt, 1995, 31 s. ISBN 80-901-5000-4.
23. ŠTĚPÁN, Josef a Petr PETRÁŠ. *Logopedie v praxi: metodická příručka*. Vyd. 1. Praha: Septima, 1995, 128 s. ISBN 80-858-0161-2.
24. ŠTĚRBA, Karel. *Netradiční formy logopedické péče na zvláštní škole*. 1. vyd. Praha: Septima, 1993, 48 s. ISBN 80-858-0109-4.

Přílohy

Příloha č. 1

<p>Využití karet ve hře.</p> <p>Vytahování karet Každý z hráčů drží několik karet v ruce. Hráč, který je na řadě, vytáhne od spoluhráče jednu kartu a provede cvičení.</p> <p>Hra s barvami Karty rozložíme po stole barevnou stranou nahoru. Hráč hodí kostkou a podle barvy, která mu padla, otočí libovolnou kartu dané barvy a provede cvičení.</p> <p>Napodobování Několik karet rozložíme obrázkem nahoru po stole. Jeden z hráčů napodobí libovolný cvik z rozložených karet. Kdo z ostatních hráčů ukáže jako první na právě provedený cvik, je na řadě.</p> <p>Schovávaná Několik karet schováváme v místnosti. Hráči mají za úkol do určité doby karty najít. Potom se sesednou u stolu a každý hráč provede cvičení z karet, které našel.</p>	
	

(Procvičme si jazýček - karty na procvičení motoriky mluvidel [online] 2012)

U DOMU

M

Máme malý dům. Dům má komín. Z komína jde dým. Adam doma topí. Máma a Ema jdou domů. Ema má med. Dá med Adamovi. „Jé,“ volá Ema, „v medu je moucha!“

Adam je doma. Mává mámě a volá: „Mami, Emo, máte med?“ „Máme,“ volá Ema. „A mouchu tam máme taky.“

Adam i Ema doma mámě pomáhají. Ema někdy mete podlahu a Adam myje okna. Emil maluje dům. Maluje a povídá: „Máme malý dům, máme i komín a dým. Máme i les. Tam je mech.“

Vedle Emila je Milada. Milada má mimino. Mimino je malé. Milada povídá: „Moje milá Míno! Já jsem tvoje máma.“

Kde je Tom? Tom je umytý a jí meloun. Povídá dětem: „Emile, Milado, dám vám meloun!“ Ale Emil nemá umyté ruce. „To mi nevádí,“ povídá Emil. Babi povídá: „Emile, doma máme mýdlo i vodu. Dům je hotový. Uklid' malování a umyj se.“ Emil utíká domů: „Tome, nech mi meloun. Hned budu umytý!“

Milada povídá Míně: „Moje Míno, dám ti meloun.“ Tom je hodný. Dá meloun Miladě, Míně i Emilovi. Babi meloun nebude, má doma maliny. Babi motá klubko a hlídá děti - Toma, Emila a Miladu.

„Jé, babi, to je pěkný motýl!“ volá Milada.

U domu je les. V lese je hodně mechu. Je tu hodně motýlů.

NÁVRH PRÁCE S OBRÁZKEM

Motivujeme děti obrázkem a krátkým vyprávěním podle uvedeného textu.

1. Jazyková výchova (viz Seznam her a cvičení)

Slovní zásoba a vyjadřování:

- *Co vidíš na obrázku (2b)*: Každé dítě vymyslí jednu větu podle obrázku.
- *Zdrobněliny*: např. dům - domek, domeček.

Sluchové vnímání:

- *Nechytej!* (5b) Děti vyberou slovo podle obrázku.
- *Dvojice slov (5c)*: Návrhy: med - led, Milada - Milena, les - pes, meloun - melon, dům - dým, mech - nech, domek - donek, sluníčko - slunýčko.

2. Rozvíjení poznání

- *Domýšlení situací*: Co bude dělat maminka s Emou, až přijdou domů? Co udělá babička, až namotá klubíčko? Co bude dělat kluk, až domaluje dům?
- *Pojmy k procvičování*: matka, otec, bratr, sestra, babička, dědeček.

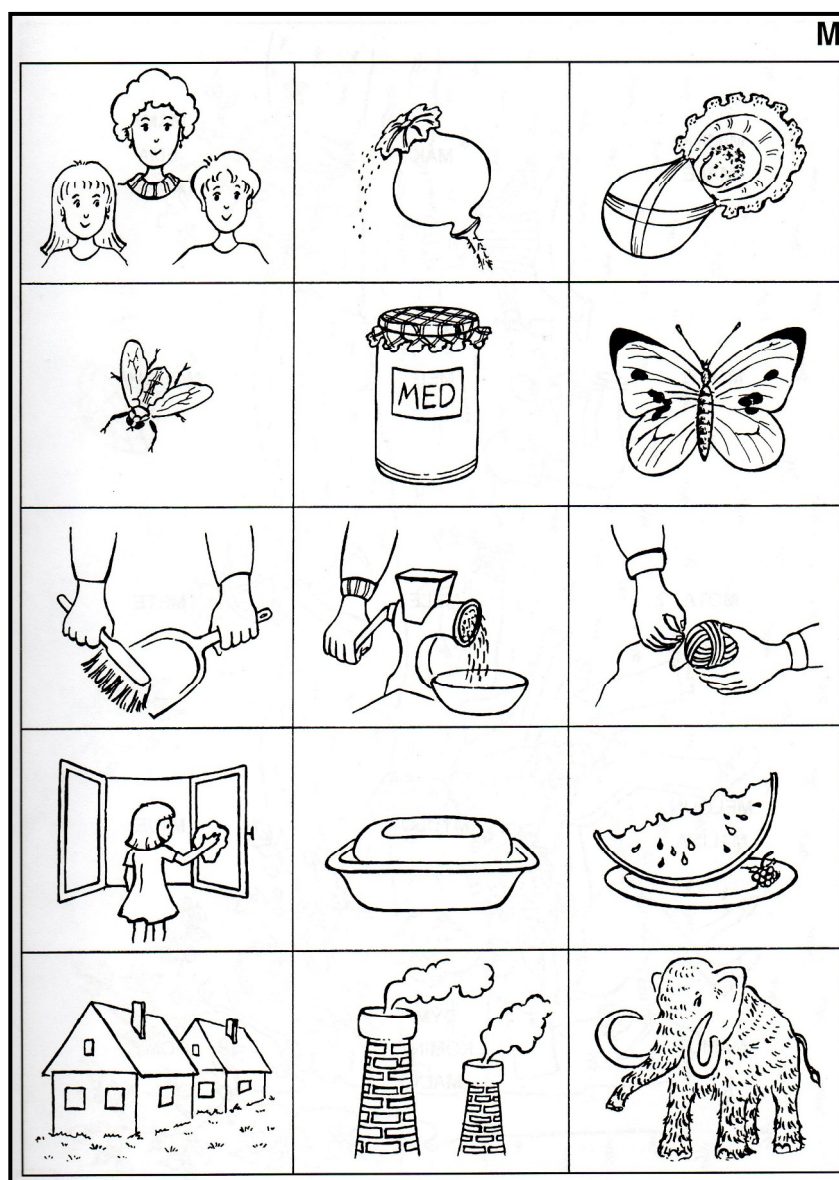
3. Tělovýchovná chvílka

- Chůze po kruhu, střídáme malé a větší kroky (jako malá Ema, jako máma). Běh po kruhu, paže napodobují pohyb motýlů, na znamení děti usednou do dřepu (motýlek odpočívá), pak zase běh. Ve stojí spatném ve vzpažení úklony stranou (větřík fouká do stromů). Ve stojí mírně rozkročeném vzpažit, pohyby zápěstí napodobují namotávání klubíčka, do předklonu. Sed skříčmo zkřížený, pohupováním pokrčených paží napodobujeme pochování panenky. Leh na zádech - odpočinek na trávě, uvolnění.

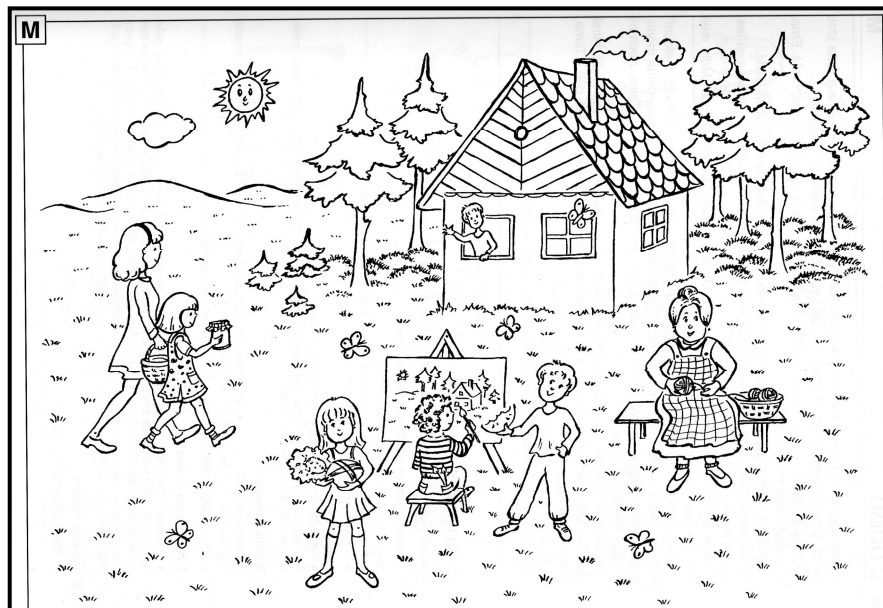
4. Hudební výchova

- *Písnička* Travička zelená.

(Charvátová – Kopicová V.; Boháčová Š., Šimonovy pracovní listy 6 – Logopedická cvičení I., 2011, str. 5)



(Charvátová – Kopicová V.; Boháčová Š., Šimonovy pracovní listy 6 – Logopedická cvičení I., 2011, str. 6)



(Charvátová – Kopicová V.; Boháčová Š., Šimonovy pracovní listy 6 –
Logopedická cvičení I., 2011, str. 7)

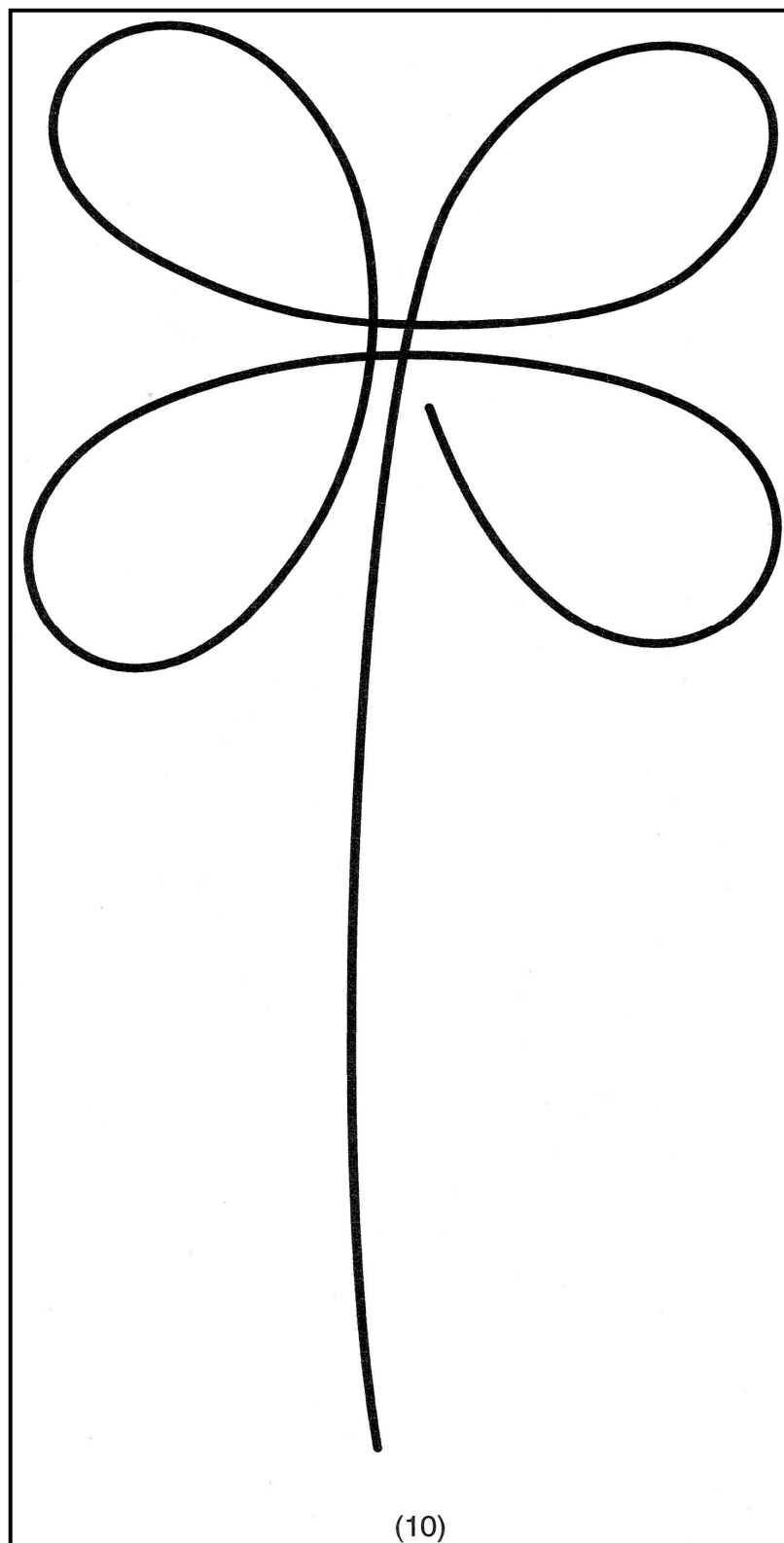
Ráno	1
Už je tady ráno	
<p>Už je tady ráno. Malá Eva se těší do školy, a tak vstala docela sama. Všechno už má připravené a zbývá jen se učesat. Eva má krásné dlouhé vlasy. Vlasy se jí líbí, ale nebaví ji každé ráno se česat. Maminka někdy Evě pomáhá, jenže dnes nemůže. Musí budít Adama. Adam rád spí a povaluje se v postýlce. Je to příjemnější než se oblékat. Je to tím, že je ještě malý? Možná, že je to tím, že se mu v postýlce tolik líbí. Co myslíte, jak to vlastně je?</p>	
Cíl:	
Poznávat časové vztahy a vazby.	
<ul style="list-style-type: none">- Co udělala Eva předtím, než se šla učesat, co asi udělá potom?- Co udělá Adam, až vstane z postele?- Kdo vstal dříve z postele?- Kdy chodí děti spát a kdy vstávají?	
Poznávat prostorové vztahy.	
<ul style="list-style-type: none">- Co leží vedle postýlky?- Co je na stěně za postýlkou?- Co se suší nad vanou hned vedle květovaných kalhotek?- Kde by měla být uklizená bota, kterou nese pejsek?	
Seznámit se s pojmy, které se vztahují k námětu:	
<ul style="list-style-type: none">- noc a den – ráno, dopoledne- ranní hygiena- koupelna a její vybavení	
Malé obrázky	
<ul style="list-style-type: none">- malé obrázky jsou části velkého obrázku	
Práce s malými obrázky:	
1. varianta:	
Malé obrázky vystříhnout a nalepit přesně na své místo ve velkém obrázku.	
2. varianta:	
Velký obrázek vybarvit.	
Malé obrázky vybarvit stejně podle velkého obrázku.	
Malé obrázky vystříhnout a nalepit přesně na své místo ve velkém obrázku.	

(Borová B; Svobodová J., Šimonovy pracovní listy 4 – rozvoj myšlení a řeči, 2010, str. 1)



(Borová B; Svobodová J., Šimonovy pracovní listy 4 – rozvoj myšlení a řeči, 2010, str. 2)

Příloha č. 7



(Bednářová J.; Šmarda R., Jedním tahem uvolňovací grafomotorické cviky, 2009, str. 10)