

Univerzita Karlova Pedagogická fakulta

RIGORÓZNÍ PRÁCE

2020

Mgr. Veronika Kotinská

Univerzita Karlova v Praze  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky

RIGORÓZNÍ PRÁCE

Arteterapie ve speciální pedagogice se zaměřením na logopedickou péči  
Art Therapy in Special Education with Orientation on the Treatment of  
Speech Therapy

Mgr. Veronika Kotinská

Vedoucí práce: Mgr. Barbara Valešová Malecová, Ph.D.  
Studijní program: Speciální pedagogika  
Studijní obor: Speciální pedagogika

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci na téma Arteterapie ve speciální pedagogice se zaměřením na logopedickou péči vypracovala samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha,

.....

podpis

Děkuji paní Mgr. Barbaře Valešové Malecové, Ph.D. za odborné metodické vedení rigorózní práce a všechny cenné rady a připomínky.

1	Úvod .....	6
2	Teoretická východiska .....	8
2.1	Arteterapie .....	8
2.2	Arteterapie jako součást speciální pedagogiky .....	10
2.3	Logopedická intervence .....	13
3	Speciální indikace arteterapie .....	18
3.1	Arteterapie u mentálně postižených .....	18
3.2	Arteterapie u tělesně postižených .....	21
3.3	Arteterapie u zrakově postižených .....	24
3.4	Arteterapie u osob s poruchami chování .....	27
3.5	Arteterapie u sluchově postižených .....	29
4	Uplatnění arteterapie v logopedické intervenci .....	34
4.1	Vývoj kresby .....	34
4.2	Vývojová stádia kresby postavy a řeči .....	35
4.3	Diagnostická hodnota kresby .....	37
4.4	Uplatnění arteterapie v rámci terapie u dětí i dospělých .....	43
4.4.1	Neurovývojové poruchy řeči a jazyka .....	43
4.4.2	Získané neurogení poruchy řeči .....	51
5	Výzkum .....	58
5.1	Cíle výzkumného šetření a metody .....	58
5.2	Charakteristika výzkumných vzorků .....	67
5.3	Případová studie .....	71
5.4	Výsledky výzkumu, diskuse .....	103
6	Závěr .....	124
7	Seznam použitých informačních zdrojů .....	126
8	Seznam tabulek, grafů, obrázků, příloh, zkratk .....	137
9	Přílohy .....	142

# 1 Úvod

Rigorózní práce se zabývá uplatněním arteterapie v oblasti speciální pedagogiky. Postupně se zaměřuje na jednotlivé obory speciální pedagogiky a více rozvádí aplikovatelnost arteterapie v rámci logopedické intervence.

Několikrát už bylo popsáno že arteterapie má ve speciální pedagogice své nezastupitelné místo jakožto nejvyužívanější expresivní terapie. Tento poznatek mě vedl k myšlence, sjednotit danou oblast pod zastřešující termín *speciální indikace arteterapie*, kde dále charakterizují daná specifika aplikace arteterapie i charakteristické rysy kresebného projevu, které vyplívají z jednotlivých typů postižení. V oblasti logopedické intervence si ještě všímám kresby jako hodnotného diagnostického nástroje. Velkým přínosem v praxi klinického logopeda mi pak byl dvouletý akreditovaný arteterapeutický kurz, který jsem absolvovala pod záštitou České arteterapeutické asociace. Proto bylo výzkumné šetření orientováno na tuto problematiku.

Rigorózní práce obsahuje dvě části: teoretickou a praktickou. Teoretická část je pak členěna na čtyři kapitoly: úvod, teoretická východiska, speciální indikaci arteterapie, uplatnění arteterapie v logopedické intervenci. Druhá kapitola se zabývá definováním arteterapie, arteterapie jako součásti speciální pedagogiky a logopedické intervence. Třetí kapitola se zaměřuje na speciální indikaci arteterapie v rámci oboru: psychopedie, somatopedie, tyflopédie, etopedie a surdopedie. Oborem logopedie se zabývá čtvrtá kapitola, kde je popsán vývoj kresby a kresby postavy v návaznosti na vývoji řeči. Věnuje se také diagnostické hodnotě kresby v rámci oboru logopedie. Dále se zaměřuje na uplatnění arteterapie v rámci terapie u dětí i dospělých, u neurovývojových poruch řeči a jazyka a získaných neurogenních poruch řeči.

Praktická část se věnuje výzkumu a je součástí páté kapitoly, která obsahuje čtyři části: cíle výzkumného šetření a metody, charakteristika výzkumných vzorků, případová studie a výsledky výzkumu, diskuse. Zaměření výzkumného šetření v rámci hlavního cíle orientují na analyzování rozvoje obsahové a formální stránky kresby a řeči u klienta s vývojovou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému (smíšenou vývojovou dysfázií) a u klienta se získanou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému (nonfluentní afázií Brocova typu). Zaměření výzkumného šetření

v rámci dílčích cílů orientuji na srovnání rozvoje obsahové stránky kresby a řeči a dále na srovnání rozvoje formální stránky kresby a řeči u klienta s vývojovou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému (smíšenou vývojovou dysfázií) a u klienta se získanou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému (nonfluentní afázií Brocova typu).

## 2 Teoretická východiska

### 2.1 Arteterapie

Slovo arteterapie se může skládat z výrazů: „*arte*“, „*ars*“ a „*therapeia*“. První ze slov pochází ze španělštiny a italštiny. Odkazuje na umění, ale může být také dáváno do souvislosti s čarováním a kouzly, z čehož vyplývá, že arteterapie nebyla vždy pokládána za vědecký obor. Pokud se zaměříme na označení „*ars*“, které pochází z latiny, tak ho vždy najdeme ve spojitosti s uměním. Poslední řecký výraz, který chápe terapii jako léčbu, ukazuje, že jako celem může být arteterapie vnímána dvojím způsobem: jako terapie uměním, nebo umělecká terapie. (Baštecká, 2009, Čermák, 2005)

Existuje tedy i velké množství definic. Za nejužitečnější, ale považuji tuto:

- *„Arteterapie je teoreticky usměrněné působení na člověka jako celek v jeho fyzických, psychických danostech, v jeho uvědomělých i neuvědomělých snaženích, sociálních a ekologických vazbách, plánované ovlivňování postojů a chování pomocí umění a z umění odvozenými technikami, s cílem léčby nebo zmírnění nemoci a integrování nebo obohacení osobnosti“* (Petzold in Šicková-Fabricsi, 2008, str. 31)

Arteterapie se řadí mezi expresivní formy terapie. Slovo exprese se pak vztahuje k prožitkům, zážitkům, výrazovým prostředkům, které dovolují nahlédnout do uspořádanosti vnitřního světa člověka. Dále je svázáno s individuálností, dává prostor k seberealizaci a jedinečnosti. (Müller, 2014)

Mezi *arteterapeutické cíle* patří poskytnutí prostoru k vyjádření vlastních pocitů, stavů a nálad. Dále se skrze arteterapeutické techniky zlepšuje sebeuvědomění, cílí se na zvýšení sebevědomí, pracuje se vztahy v kontextu prostředí, ve které se klient nachází. Arteterapie se také zaměřuje na celkový rozvoj osobnosti. Učí sebereflexi, relaxaci, empatii a uvědomění si jedinečnosti každého člověka. Snaží se také o rozvoj komunikace. (Praško a kol., 2011; Liebmann, 2005):

Arteterapie je prováděna pomocí dvou forem individuální a skupinové, z nichž každá má své klady a zápory.



- *Individuální forma arteterapie* je volena v případech, kdy je potřeba soustředit se jen na daného klienta, nebo když jsou jeho problémy spíše vnitřního charakteru než interpersonálního. Volí se také v počátcích spolupráce, kde by zařazení do skupiny spíše působilo negativním vlivem. (Šicková-Fabrice, 2008) Je to forma, při níž vznikl vztah terapeut – klient. Proto by se měla dodržovat pravidla, která budou naplňována v rámci tohoto vztahu. Jedná se o respektování klienta v jeho výběru hloubky průniku do daných témat. Terapeut by měl být vůči klientovi empatický, neměl by na něj zrcadlit své vlastní problémy, měl by volit vhodný způsob komunikace. (Müller, 2014)
- *Skupinová forma arteterapie* je využívána, pokud je pro klienta individuální forma až příliš intenzivní. Práce se skupinou dále přináší nesporné klady. Členové skupiny si vzájemně poskytují zpětné vazby v rámci, kterých může být upevňována a posílena žádoucí role. Sobě navzájem si mohou být oporou, protože většinou mají obdobné potřeby. Výhodou může být i z ekonomického hlediska, kdy se jeden terapeut věnuje více klientům. (Liebmann, 2006)

Arteterapie pracuje s nejrůznějšími metodami a technikami. Jedná se například o:

- *Volný výtvarný projev*, kam můžeme zařadit techniku čmárání, vpíjení barev, malbu za pomoci prstů a volné modelování z hlíny atd.
- *Tematický výtvarný projev*, kdy už se pracuje se zadaným tématem.
- *Výtvarný projev s hudbou*. Začleňujeme sem muzikomalbu v rámci, které se setkáváme například s Pelcovou a prstovou muzikomalbou. Dále sem patří také výtvarný projev s hudbou využívající asociace.
- *Výtvarné aktivity v rámci skupiny*, kde vhodným tématem je například společná tvorba komiksu, domu, města atd. Oblíbenou metodou je pak pointilismus.
- *Výtvarný projev řízený terapeutem*, kde například klient tvoří společně s terapeutem.
- Dále můžeme pracovat s koláží, „muchláží“, „smejvákem“, s hlínou, kde Šicková doporučuje typ šamotové hlíny, textilií, dřevem atd.

Mezi významné arteterapeutické postupy a metody patří:

- *Metoda imaginace* má velký diagnostický potenciál. Soustředí se například na tvary, barvy, vztahy i objekty. Může být řízená nebo spontánní. V rámci imaginace může člověk pracovat se svým vnitřním světem, vracet se k problematickým bodům, různě nahlížet na dané skutečnosti, znovu je prožít a zpracovat. Vyjádřit to, co je obtížné uchopit slovy.
- *Metoda animace*, se využívá v rámci rozhovoru s klientem, kdy je předpoklad, že klient bude mít nějaké zábrany v navázání dialogu. Například kvůli velké citlivosti obsahu. Tato metoda se tedy může stát velmi dobrým překlenujícím prostředkem. Principem je, že se klient ztotožní s nějakým zvířetem, bytostí nebo věcí, o které vypráví ve třetí osobě.
- *Metoda koncentrace*, pracuje s mandalou, jako symbolem kruhu, středu, harmonie. Využívá se při navození relaxace, pocitu bezpečí i při nácvičku lepší koncentrace pozornosti. Velmi dobře je tedy využitelná u hyperaktivních dětí.
- *Metoda restrukturalizace* spočívá v tom, že se hledají nové pohledy a cesty skrze dosavadní skutečnosti. Prožité události se rozdělí na malé kousky, které se pak znovu seskupují v nový obraz.
- *Metoda transformace* přenáší receptivní prvky: literární, pohybové a hudební do roviny produktivní. Pocity se transformují do výtvarné podoby.
- *Metoda rekonstrukce* se snaží o dotvoření různých částí, aby vznikl jeden celek. Dokreslují se fotografie, koláže, části obrázků.

(Müller, 2014; Šicková-Fabrici, 2008, Zicha in Valenta, Krejčířová, 1997)

## 2.2 Arteterapie jako součást speciální pedagogiky

Aby se arteterapie mohla stát součástí speciální pedagogiky musely se nejdříve vyvíjet a následně prolnout tři různé oblasti. Výtvarný projev, psychoterapie a výchova. (Slavík J, 1999) Vývoj shrnuje tabulka. (Tab. 1).

První popisovaná je linie arteterapie a výtvarného projevu. Do 19. století výtvarný proud čerpal z renesančních zobrazovacích technik. Tedy přísně dbal na pravidla perspektivy. Poté se ve druhé polovině 19. století zrodil impresionismus, který osvobodil výtvarné gesto. Nyní mohli umělci „s větší volností vyjadřovat svůj vnitřní svět, smět být více a originálněji sami sebou, zřetelněji přiznávat ve své tvorbě dynamiku svých osobních dojmů, stavů a nálad“ (Slavík J, 1999, in Zicha 2012, str.129) Výtvarníci nyní mohli více experimentovat, objevovat nové cesty pro sebevyjádření. Ve 20. století dále sílil trend uvolňování zobrazovacích norem vedoucí ke stále větší volnosti v individuálnosti. Přibližně ve stejném období se tedy nachází počátek impresionismu a prvních pojednání o výtvarném vyjádření schizofreniků. V době, kdy zesilovala tendence svobody výtvarného projevu se pak rodí nezávislý obor arteterapie. (Slavík J, 1999) Z tohoto uvolnění a nových uměleckých směrů mohl nato nově vzniklý obor arteterapie čerpat a inspirovat se (Tab. 2). (Kukal in Zicha 2012)

Následuje oblast psychoterapie. Arteterapie se jako samostatný obor začala rozvíjet až v první polovině 20. století, a to ve spojitosti s psychopatologií schizofrenie. (Kukal in Zicha 2012) Ale již před touto dobou lidé intuitivně využívali psychoterapeutických účinků výtvarného umění, které v tomto směru můžeme datovat od pravěku. (Slavík 1999, in Zicha 2012) Důležitým obdobím se v této oblasti stává 16. století, éra renesance, kdy se objevila idea humanity a lidskosti. Například J. A Komenský se zasazoval o zlepšení přístupu k lidem s postižením a psychicky nemocným. Podle tohoto myslitele má zážitek z umění, souvislost se smyslovým poznáním a emocionálním prožíváním. (Uždil 1974, in Zicha 2012) Další důležitou etapou se stalo 17. a 18. století, kdy vznikaly první špitály, do kterých byli umisťováni duševně nemocní. Tak začalo prolínání tří odlišných oblastí: biomedicínské, sociální a duchovní. (Slavík 1999, in Zicha 2012) V 19. století začaly vycházet první publikace, které se zaměřovaly na tvorbu u schizofreniků. Průkopníci v tomto směru byli lékaři A. Tardieu a P. M. Simon (Zicha 2012). Ve 20. století tento trend pokračoval a postupně vznikaly další odborné publikace.

Důležitým mezníkem je vznik psychoanalytické arteterapie inspirované psychoanalýzou Freuda, kterou začali využívat N. C. Lewis a M. Naumbergová. Tímto momentem psychoanalýza v arteterapii překročila uzavřené hranice psychiatrie a klinické oblasti a začala se uplatňovat i ve výchově. Mohla být aplikována na prožitky běžného dne, což byl obrovský posun. Výtvarné dílo se stává komunikačním prostředníkem. Je důležité

uvést, že původní psychoanalýza byla svázaná přísnými pravidly, která určovala, jak bude vypadat komunikace mezi klientem a terapeutem. Poté pod vlivem humanistických psychoterapeutických směrů se uvolňují pravidla komunikace nad výtvarným projevem. Výtvarný projev se dostává do popředí i bez jeho následné psychoanalytické interpretace, protože „*sám o sobě slouží jako účinný podnět k rozvíjení tvořivosti, příležitost k sebevyjádření a nástroj enkulterace*“ (Hanel 1995-1996 in Zicha 2012, str. 131) Klientům se nyní otevírá prostor ke svobodnému sebevyjádření, mizí hranice mezi arteterapií v klinickém pojetí a výchovou. Viktor Lowenfeld je jedním z předních představitelů teorií tvořivosti, který se zajímal o souvislosti mezi výchovou a arteterapií. Podle něj se nikdy nemůže oddělit výtvarná výchova od terapeutického aspektu. Dále se o arteterapii ve výchově zajímají F. Cohen a také S. Pine. Nyní je na arteterapeutickou složku výchovy u dětí také nahlíženo jako na prevenci k možným budoucím problémům v době pubescence a adolescence. Slavík pak ještě nastoluje termín artefiletika, který určuje nový speciální vztah. Arteterapie je využívána prvotně k léčbě a artefiletika jakožto reflexivní, zážitková a tvořivá disciplína je určena ke vzdělávání, výchově i pozitivní prevenci. (Slavík J, 1999)

<b>Prolínání výtvarného projevu, psychoterapie a výchovy</b>			
Etapy	Arteterapie a výtvarné umění	Arteterapie a psychopatologie	Arteterapie a výchova
1.	Renesance (16. století) Nutnost dodržování pravidel úběžníkové perspektivy, tento trend přetrvává do 19. století		
2.	Impresionismus (druhá polovina 19. století), osvobození výtvarného gesta	V 70. létech 19. století vznikají první díla o výtvarném vyjádření schizofreniků. Lékaři A. Tardieu a P. M. Simon (1872)	

3.	20. století pokračování trendu uvolňování zobrazovacích norem, otevření prostoru, využívání výtvarných aktivit pro psychoterapeutické účely	Ve 20. století vycházejí další publikace o expresivních projevech psychotiků. Dílo H. Prinzhorna z roku 1922. Analýza duševních nemocí se provádí prostřednictvím tvorby nemocných. Vzniká nové odvětví psychopatologie.	Ve 30. a 40. letech 20. století M. Naumburgová a N.C. Lewis začali používat psychoanalytickou arteterapii a tím překročili uzavřené hranice psychiatrie a klinické oblasti. Psychoanalýza se začala uplatňovat ve výchově, mohla být aplikována na prožitky běžného dne.
----	---	--	--

Tab. 1: *Vztah výtvarného umění, psychoterapie a výchovy* (Slavík J, 1999; Zicha 2012)

<b>Obohacení arteterapeutických metod působením nových uměleckých směrů</b>	
<b>Vybrané umělecké směry</b>	<b>Nový prvek</b>
Dadaismus	Prvek živelné hry
Dadaismus + surrealismus	Projektivní techniky uvolňující podvědomé zábrany
Gestaltismus	Větší osvobození výtvarného gesta, zobrazení dočasných stavů duše
Akční tvorba	Události běžného dne jako součást umění. Umělecká tvorba jako proces, kterého se může účastnit každý člověk, nebere ohled na výtvarné dovednosti jedince
Konceptuální tvorba	Výtvarné dílo je nahrazeno záznamem tvůrčího mentálního plánu

Tab. 2: *Nové prvky v arteterapii*

(Slavík J, 1999)

### 2.3 Logopedická intervence

*„Logopedická péče je specifická aktivita, kterou uskutečňuje logoped s cílem odstranit, překonat nebo alespoň zredukovat narušení komunikační schopnosti, vychovávat, vzdělávat a rozvíjet osoby s narušenou komunikační schopností, respektive specifické aktivity, které uskutečňuje logoped s cílem předejít narušení komunikační schopnosti.“*  
(Lechta, 2002, str.192)

Logopedická intervence orientovaná na *diagnostiku a terapii* staví do popředí etiologicky zaměřený přístup. Zabývá se dominantní příčinou poruchy. Z tohoto hlediska může být zasažena percepce, individuální jazykový systém, motorické řečové mechanismy, kognitivně-komunikační poruchy (dále KKP) a primární funkce orofaciálního traktu. (Neubauer, 2018) Vše je přehledně uvedeno v tabulce (Tab. 3), kde jsou uvedeny jak vývojové poruchy řečové komunikace (dále PŘK) u dětí, tak i PŘK u dospělých a stárnoucích osob. (Neubauer, 2018, str. 67, 68, 69)

<i>Vývojové PŘK u dětí</i>	<i>PŘK u dospělých a stárnoucích osob</i>
<b><i>Poruchy na bázi percepční bariéry</i></b>	
<i>PŘK vyvolané vlivy poruchy sluchu</i>	<i>PŘK vyvolané vlivy poruchy sluchu</i>
<i>PŘK vyvolané vlivy poruchy zraku</i>	<i>PŘK vyvolané vlivy poruchy zraku</i>
<b><i>Poruchy primární funkce orofaciálního traktu</i></b>	
<i>Dysfagie</i>	<i>Získaná dysfagie</i>
<i>Respirační insuficience</i>	<i>Respirační insuficience</i>
<b><i>Motorické řečové poruchy</i></b>	
<i>Dyslalie</i>	<i>Dyslalie – přetrvávající</i>
<i>Vývojová řečová dyspraxie</i>	<i>Získaná řečová dyspraxie</i>
<i>Palatolalie</i>	<i>Palatolalie – přetrvávající</i>
<i>Vývojová dysartrie</i>	<i>Získaná dysartrie</i>
<i>Rinofonie (rinolalie)</i>	<i>Rinofonie (rinolalie)</i>
<i>Dysfonie/chraptivost</i>	<i>Dysfonie/chraptivost</i>
<i>Balbuties/koktavost</i>	<i>Koktavost – přetrvávající i akcelerovaná</i>
<i>Tumultus sermonis/breptavost</i>	<i>Breptavost – přetrvávající i akcelerovaná</i>
<b><i>Poruchy individuálního jazykového systému</i></b>	
<i>Opožděný vývoj řečových schopností</i>	<i>Afázie</i>
<i>Vývojová dysfázie</i>	<i>Progredující afázie</i>
<i>Specifické poruchy učení (čtení a psaní)</i>	<i>Specifické poruchy učení – přetrvávající</i>
<b><i>Kognitivně-komunikační poruchy</i></b>	
<i>KKP při pervazivním vývojovém onemocnění</i>	<i>KKP u syndromu demence</i>

<i>KKP po úrazu CNS či nemoc</i>	<i>KKP po traumatu CNS či nemoci</i>
<i>KKP při mentálním handicapu</i>	<i>KKP při mentálním handicapu</i>
	<i>KKP u psychogenních poruch</i>

Tab. 3: *Vývojové PŘK u dětí a PŘK u dospělých a stárnoucích osob*

Dále také můžeme rozlišovat obsahovou a formální složku řeči.

- *Obsahová složka řeči* je tvořena slovní zásobou a gramatickou složkou jazyka. Slovní zásobou pak Smolík prezentuje jako komplexní jazykovou schopnost, kam zařazuje nejen všechna slova, která se v ní nachází, ale i průběh jejich osvojení. Mluvíme tedy o pasivním a aktivním slovníku. O perceptivní složce řeči neboli porozumění řeči, ale také o expresivní složce řeči neboli vyjadřování. Pokud daný jedinec rozumí, můžeme například očekávat správnou motorickou reakci na danou instrukci. Jejím vývojem se pak zabývá *lexikálně-sémantická jazyková rovina*. (Smolík, 2014; Bednářová, Šmardová, 2015)  
Obsahová složka řeči je dále tvořena i *morfologicko-syntaktickou jazykovou rovinou*, do které řadíme schopnost aplikace gramatických pravidel v rámci mluveného i psaného projevu. Jedná se o správné užití slovosledu, předložkových vazeb, rodu, čísla, pádu, skloňování, časování atd. Jedná se tedy o morfologii, flexi a syntax. (Bytešníková, 2007; Bednářová, Šmardová, 2015)
- Do *formální složky řeči*, na kterou se orientuje *foneticko-fonologická jazyková* řadíme správnou výslovnost hlásek, ale i jejich sluchové rozlišení. (Škodová, Jedlička, 2007; Bednářová, Šmardová, 2015) „*Formální stránku jazykového projevu dále tvoří přiměřená hlasitost a tempo.*“ (Nádvorníková, 2012, s. 117)  
S jednotkami řeči jsou totiž spojované suprasegmentální neboli prozodické faktory řeči, jsou to tedy prvky, které řeč modulují. (Lejska, 2003)

Logopedická intervence orientovaná na *prevenci* se dělí do tří rovin:

- Primární prevence se snaží předcházet ohrožujícím situacím vyvolávajících NKS v rámci celé populace. Můžeme ji dále ještě členit na nescifickou a specifickou primární prevenci. (Lechta, 2003)

- Pokud se zaměřuje na konkrétní rizikové skupiny, které mohou být ohroženy NKS, jedná se o sekundární prevenci. Za rizikovou populaci se například považují děti, které jsou nedonošené nebo které mají nízkou porodní hmotnost nebo takové, které vyrůstají v extrémně špatných socioekonomických podmínkách. Dále děti v jejichž rodině jsou dědičné predispozice k rozštěpovým a sluchovým vadám nebo se objevují specifické problémy v komunikaci. (Lechta, 2005; Vitásková, 2005; Hartl, 2000)
- Terciální prevence je pak uplatňována u osob, u kterých se již NKS projevila. Cílem je její další neprohlubování a nezhoršování. Snaží se tedy zabránit dalšímu nepříznivému rozvoji s vyplývajícími negativními důsledky. (Lechta, 2003)

Logopedické intervence je v české republice poskytována v rámci tří rezortů: ministerstva zdravotnictví (dále MZ), ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (dále MŠMT), a ministerstva práce a sociálních věcí (dále MPSV). (Knotová, 2014)

- V resortu *ministerstva zdravotnictví* pracují logopedi, což jsou absolventi logopedického studia a vykonali státní závěrečnou zkoušku z logopedie a surdopedie. Mohou být zařazeni do resortního postgraduálního studia, do specializační atestační přípravy a pracují pod vedením klinického logopeda. Dále v resortu MZ pracují kliničtí logopedi, kteří absolvovali specializační vzdělávání zakončené atestační zkouškou. (Škodová, Jedlička, 2007)
- V resortu *ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy* pracují logopedičtí preventisté. Jsou to středoškolsky vzdělaní pedagogové, kteří se soustředí na rozvoj komunikačních dovedností u dětí předškolního věku. Logopedický asistent, což je absolvent bakalářského studijního programu a zaměřuje se na NKS. Pracuje pod vedením klinického logopeda nebo speciálního pedagoga, školského logopeda. Dále v MŠMT pracuje speciální pedagog, který vykonal státní závěrečnou zkoušku z logopedie a orientuje se na poruchy řeči a učení. (Škodová, Jedlička, 2007)



- V resortu *ministerstva práce a sociálních věcí* pracují kliničtí logopedi, logopedi a speciální pedagogové. Všichni musí mít specializaci logopedie a surdopedie. (Škodová, Jedlička, 2007)

### 3 Speciální indikace arteterapie

Arteterapie, patří mezi nejvíce rozšířené expresivní terapie ve speciální pedagogice. (Müller, 2014) Může být tedy využívána dle původního členění Miloše Slováka v šesti různých oborech: psychopedii, somatopedii, tyflopediti, etopedii, surdopedii a logopedii. (Průcha, 2000) Již dříve jsem navrhla a aplikovala termín *speciální indikace arteterapie* pro sjednocení této oblasti. Označení *speciální* odkazuje na Průchu<sup>1</sup>, který toto pojmenování užíval v souvislosti s osobami, které mají speciální vzdělávací potřeby, z důvodu zdravotního postižení. Pod pojmem *indikace* se pak dle Šickové-Fabrici<sup>2</sup> prezentuje možnost „*aplikace arteterapie u vybraných problémových skupin populace*“. (Šicková – Fabrici, 2008, str. 68; Kotinská, 2015) Z toho vyplývá, že pokud budeme arteterapii využívat v oblasti speciální pedagogiky, tak by daný terapeut měl mít znalosti nejen o jednotlivých typech postižení, ale i o charakteristice výtvarného vyjádření těchto osob. (Müller, 2014)

Nyní jsou uvedena specifika arteterapeutického působení v jednotlivých oborech speciální pedagogiky a také popis hlavních rysů kresebného projevu osob s postižením.

#### 3.1 Arteterapie u mentálně postižených

Arteterapie je u osob s mentálním postižením (dále MP) z hlediska využití na předním místě. (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2018) Za arteterapií pak následuje dramaterapie, muzikoterapie, zooterapie. (Kozáková in Bendová, 2011) Setkáváme se zde s termínem terapeuticko-formativní přístupy, což jsou metody, které přibližně odpovídají výchovně-vzdělávacímu procesu osob s PM. Ke svému působení využívají umělecké prostředky, čerpající z oblasti psychologie, přičemž teoretická základna leží v oblasti psychoterapie. Prostřednictvím pracovních, herních a uměleckých aktivit působí na jedince s MP formativně, tedy zasahují do oblasti chování. Dále také terapeuticky, kdy

---

<sup>1</sup> PhDr. Jan Průcha, DrSc., dr. h. c. je vysokoškolským pedagogem, který založil Českou asociaci pedagogického výzkumu. Dále je členem mezinárodních vědeckých organizací a redakčních rad odborných časopisů. (dostupné z [www.wikipedia.cz](http://www.wikipedia.cz))

<sup>2</sup> Prof. PaedDr. Jaroslava Šicková-Fabrici, PhD., akad. soch. Je vysokoškolským pedagogem na katedře léčebné pedagogiky Pedagogické fakulty Univerzity Komenského v Bratislavě. Jako arteterapeut se zaměřuje na lidi s různým postižením. (dostupné z [www.cbdb.cz](http://www.cbdb.cz))

se zaměřují na psychiku jedince. Mělo by tedy docházet k pozitivnímu ovlivňování ve výše zmíněných oblastech na individuální a společensky přijatelnou úroveň. (Valenta, Muller, 2003 in Bendová, 2011) V důsledku malého prostoru pro realizaci v zařízeních psychopedického typu a názoru, že klasická psychoterapie by neměla nikdy být přirozenou součástí pedagogických procesů, se využívají jen prvky terapeuticko-formativních přístupů, kam patří arteterapie, dramaterapie, biblioterapie, muzikoterapie, animoterapie, psychomotorické terapie, pracovní terapie a herní terapie. (Valenta, Muller, 2003 in Bendová, 2011).

Při aplikaci těchto prvků je nutné brát ohledy na stupeň mentální retardace (dále jen MR).

Terapeuticko-formativní přístupy jsou nesmírně důležité v kontextu integrace a inkluze žáků s MP do běžných typů škol. Jako nejvhodnější forma aplikace prvků arteterapie je pokládána skupinová forma. Intaktním žákům i žákům s MP nabízí nové možnosti dorozumívání (Bendová in Bendová, 2011) „*vytváří jim prostor k sebevyjádření, snižuje psychické napětí, navozuje atmosféru důvěry, kooperace a vede k odstranění případných předsudků.*“ (Bendová 2011, s. 103)

Arteterapie dále rozvíjí motorické dovednosti, stimuluje tvůrčí myšlení, vede k pozitivním změnám v chování a celkovému rozvoji osobnosti. Má tedy také pozitivní vliv na lepší uplatnění člověka s MP na trhu práce. Pokud jsou práce lidí s MP prezentovány, tak to velmi pozitivně působí na širší veřejnost, protože si mohou uvědomit kvality a nahlédnou do vnitřního světa těchto lidí. (Dočekalová, 2008) Mnohdy je to také jediný způsob komunikace. (Hradílková, 2014)

Ke zhodnocení konkrétní úrovně klienta s MP a jeho možného dalšího posunu se dá využít ontogenetický model, jehož základ tvoří kognitivní teorie pěti vývojových etap myšlení dle Jeana Piageta. (Dočekalová, 2008) Postupně jsou to: stadium senzomotorické asimilace, které trvá do dvou let a rozvíjí se orientace v prostoru a čase. Dále nastupuje symbolické myšlení, kde jsou skutečné předměty nahrazovány symboly a to verbálními, neverbálními a figurativními. Trvá do čtyř let věku. Do sedmi let pak probíhá etapa názorného myšlení, kdy nastupuje práce s představami. Tato etapa je charakteristická schopností logického uvažování. Do jedenácti let by mělo být dovršeno období konkrétních operací, kdy je již dítě schopno pracovat se vztahy, chápe příčinné souvislosti, čas, čísla. Poslední etapa formálních operací probíhá v době dospívání přibližně do sedmnáctého roku života. Formuje se osobnost jedince a nastupuje schopnost

abstraktního myšlení. (Panajotis, 2012) Na tyto etapy pak obdobně navazují vývojová stadia dětského výtvarného projevu podle Victora Löwenfelda. (Dočekalová, 2008) Pro větší přehlednost uvádím v tabulce na konci této podkapitoly. (Tab. 4)

Jedinci s MR mohou nejvýše dosáhnout stádia kresebného realismu, jelikož jejich myšlení zůstává na úrovni konkrétních myšlenkových operací. (Šnýdrová, 2008; Dočekalová, 2008)

Pro terapeutickou práci s MP je důležité vybudovat si pozitivní vztahy s klienty, protože jejich činnost je motivována emočně, nikoli kognitivně. Důležité je dbát na správné tempo a styl komunikace mezi klientem a terapeutem. Pozitivní vliv na průběh sezení má také vedení terapeutického sezení na jiném působišti. (Dočekalová, 2008) Další pozitivum přináší zaměření na rozšiřování podnětů a vycházení z konkrétních prožitků, neboť práce klientů s MP má spíše stereotypní charakter. Vyplývá to z jejich větší izolovanosti. (Landischová, Matoušek 2011)

Zde následuje výčet některých cílů arteterapeutické práce s lidmi s MP. Rozvoj komunikace, nalezení nových vzájemných vztahů ve skupině, najít pochopení pro druhé klienty, rozvoj fantazie, imaginace, zručnosti, jemné motoriky, abreakce, sebeuvědomění, podpora sebedůvěry, zažití úspěchu. (Dočekalová, 2008) „*Redukce psychické tenze, uvolnění kreativity pro plnění dalších úkolů, odblokování komunikačních kanálů, relaxace, odreagování se a uvolnění, interakce osobnostních složek, celková socializace osobnosti, úprava aspirace, nácvik sebereflexe, sebeovládání a vůle.*” (Valenta, Michalík, Lečbých a kol. 2018 s. 170-171,)

Vhodnou arteterapeutickou technikou je práce s tuší v kombinaci s vodovými barvami na mokřím podkladu (při tomto způsobu práce může u klientů docházet k volným asociacím) nebo voskovými pastelkami na suchém podkladu. Dalšími vhodnými nástroji jsou pak akrylové a temperové barvy. Pokud si klienti vybírají samovolně, volí nejčastěji pastelky nebo fixy. Pro abreakci nejlépe slouží keramická hlína. Technika koláže je vhodná spíše pro klienty s lehčím typem postižení a je nutné počítat s časovou náročností. (Dočekalová, 2008) Při práci s lidmi s MP je dále možné využít narativní pedagogiku, kdy pomocí internalizace příběhu můžeme strukturovat prožitky a posilovat vlastní identitu. Přetvoření příběhu na rovinu arteterapeutickou dovoluje prožít příběh jinak a uvědomit si nové významy. Díky příběhu s použitím metafor můžeme citlivě zpracovávat nejrůznější témata. Klienti s lehkou a střední MR mohou příběhy dobře vnímat, ale ne

vždy jsou schopni v jeho konstrukci pokračovat dál. Dle zkušeností Landischové a Matouška se lidé s MP v průběhu let postupně zdokonalují ve schopnosti ztvárňovat příběhy, a to ne v rámci jednotlivců, ale celé skupiny. (Landischová, Matoušek 2010)

Nyní následuje výčet typických znaků kreseb lidí s MP. Jedná se například o velké množství detailů, které jsou v protikladu s celkovou primitivností kresby. Některé detaily jsou ale zobrazovány neadekvátně, například v očích místo čoček jsou křížky. Dále kresby jsou rigidní a stereotypní. V kresbě postavy pak dochází k výrazným nedodržením proporcí. (Šturma, Vágnerová, 2010)

Vývojové etapy myšlení dle Jeana Piageta		Věk (v letech)	Věk (v letech)	Vývojové etapy dětského výtvarného projevu dle Victora Löwenfelda	
1.	Senzomotorické asimilace	do 2 let	2-3	Čáranice	1.
				a) neuspořádané	
				b) kontrolované	
				c) pojmenované	
2.	Symbolického myšlení	2-4	3-6	Preschematické období	2.
3.	Názorného myšlení	4-7	6-9	Schematické období	3.
4.	Konkrétních operací	7-11	9-12	Gang age	4.
5.	Formálních operací	do 17 let	12-14	Pseudonaturalistické období	5.
			14-17	Umělecká tvorba adolescentů	6.

Tab. 4: *Vývojové etapy myšlení a výtvarného projevu* (Lowenfeld 1987, Panajotis, 2012)

### 3.2 Arteterapie u tělesně postižených

Arteterapii u tělesně postižených (dále TP) můžeme chápat jako součást ucelené (komprehensivní) rehabilitace<sup>3</sup>. Přesněji jako specifickou terapii v léčebných prostředcích rehabilitace. (Jankovský, 2006) Arteterapie může být v tomto smyslu složkou jak medicínskou, v oblasti psychoterapie, tak pedagogickou. (Jankovský, Jankovská 2001)

<sup>3</sup> Do systému ucelené rehabilitace patří čtyři složky rehabilitace: léčebná, sociální, pedagogická a pracovní. (Jankovský, 2006)

Velmi vhodné je u TP osob spojení arteterapie s ergoterapií. Většinou se pracuje s rozličnými materiály. S keramickou hlinou, se dřevem, kovem, plasty nebo se používá textil. Dále jsou využívány nejrůznější výtvarné techniky. (Jankovský, Jankovská 2001) Při práci s TP lidmi musíme brát zřetel na přizpůsobení místa, pokud je klient například na vozíku, musíme přizpůsobit výšku stojanů. (Liebmann, 2005) Z toho vyplývá, že je nutné znát rozsah TP a možnosti daného klienta, abychom nenavrhly takovou techniku, která by byla neproveditelná z hlediska postižení a mohla by vyvolat negativní emoce. (Müller, 2014)

U osob s omezením hybnosti lze arteterapií podpořit schopnost učení. Využitím narativních technik, si lze skrze příběh osvojit nové znalosti. Například se posiluje zraková percepce, kdy se využívají nejrůznější barvy, materiály, tvary. Pro rozvoj sluchové percepce lze využít rozlišování hlasitosti, výšek tónu a rytmu za pomoci barev, které znamenají určité oblasti intenzity a frekvence. Dále je využíváno pohybů končetin, které znázorňují i různou rytmiku. Tím se dostáváme k rozvoji motoriky, která se těmito činnostmi posiluje. Můžeme sem také zařadit práci s hlinou, kde se cílí hlavně na zlepšení hybnosti ruky a prstů. Dále se dá arteterapií zlepšovat komunikace, a to jak neverbální, která je základem všech expresivních terapií, tak verbální, kdy se debatuje nad vytvořenými díly. ([www.kurzy-spp.upol.cz](http://www.kurzy-spp.upol.cz))

Mezi cíle u osob s TP patří například zlepšování sociálních dovedností, a to jak ve vztahu terapeut klient v individuálně vedené terapii, tak ve skupinové formě vedené terapie. ([www.kurzy-spp.upol.cz](http://www.kurzy-spp.upol.cz)) Uplatnění výtvarného umění také umožňuje změnu chování, myšlení a emocí. (Valenta, 2014) Velmi důležitým přínosem je pak hledání smyslu života. (Šicková-Fabrici, 2002).

Dále nemůžeme opominout, že arteterapie má vedle užitku rehabilitačního ještě psychologický a diagnostický. Umožňuje lidem s TP například prožívat vlastní úspěch. (Jankovský, Jankovská, 2001)

Například v Dětském centru ARPIDA je arteterapie aplikovaná od jejího založení v roce 1993. Jankovská v tomto centru realizovala výzkum ke své diplomové práci<sup>4</sup> po dobu čtyř let u čtyř dětí. U dvou dětí, dívky a chlapce, byla diagnostikována kvadruparetická forma DMO, jedna dívka pak trpěla, dyskinetickou formou DMO a další chlapec měl diagnózu

---

<sup>4</sup> Diplomová práce s názvem: Výtvarný projev handicapovaných dětí v Dětském centru ARPIDA, sepsána na PF JU v Českých Budějovicích v roce 1999 (Jankovský, Jankovská 2001)

diparetické formy DMO. Dále byla u dvou dětí ze souboru přidružena lehká a hraniční mentální retardace. Ostatní dvě děti měly intelekt v pásmu průměru. Autorka diplomové práce pak uvádí, že práce s těmito dětmi byla velmi náročná a vyžadovala značnou přípravu. (Jankovský, Jankovská 2001)

Nyní je vhodné uvést pojem artefiletika<sup>5</sup>, protože ve výzkumu Jankovské byla využívána artefiletická metoda exprese-reflexe. (Jankovský, Jankovská 2001) Kdy se expresí rozumí samostatný výtvarný projev a reflexí pak pohled na vytvořené. (Slavík, 2001) Výtvarná díla TP dětí ve výzkumu byla tedy hodnocena učitelem výtvarné výchovy z hlediska uměleckého, sociálně psychologického i obecně rehabilitačního. (Jankovský, Jankovská 2001)

Práce Jankovské dokázala, že arteterapie a artefiletika je důležitou a nenahraditelnou součástí ucelené rehabilitace lidí s TP. Účinek se manifestoval do třech hlavních oblastí. V ergoterapeutické šlo o rozvoj jemné motoriky, grafomotoriky a vizuomotoriky. V psychologické pak šlo o zažití relaxace, úspěchu, zosobnění. A v neposlední řadě v oblasti socializace docházelo k nenásilné integraci těchto dětí s postižením. (Jankovský, Jankovská 2001)

Ateliér ARPIDA jednou nebo dvakrát ročně připravuje výstavu dětských výtvarných děl. Tento počín pak umožňuje dětem s TP zažít pocit úspěchu. Arteterapie se stává pro TP prostorem seberealizace a je výborným prostředkem pro kompenzaci znevýhodnění. (Jankovský, Jankovská 2001)

Další organizací, která se snaží reprezentovat díla TP osob je Nakladatelství ÚMUN, které vzniklo roku 1993 v Liberci. Sdružuje TP umělce, která svá díla malují ústy a nohama. Nakladatelství ÚMUN, poskytuje handicapovaným malířům měsíční stipendia, pro nákup potřebných věcí a ve spolupráci s nimi pořádá každoročně několik výstav. (www.vozka.org)

Pokud se budeme snažit vystihnout charakteristické rysy kreseb u dětí s DMO zjistíme, že to je velmi těžký úkol. Vyskytují se zde totiž kresby jak velmi nápadné, tak výtvary

---

<sup>5</sup> Autorem pojmu artefiletika je Jan Slavík. Tato disciplína v užším smyslu patří mezi výtvarnou výchovu a v širším smyslu pak mezi expresivní výchovu a úzce souvisí s arteterapií. (Müller 2014) „*Artefiletika je reflektivní tvořivé a zážitkové pojetí vzdělávání, které vychází z umění a expresivních kulturních projevů (výtvarných, dramatických, hudebních apod.) a směřuje k poznávání i sebepoznávání prostřednictvím reflektivního dialogu o zážitcích z expresivní tvorby nebo vnímání umění*“ (Slavíková, Slavík, Eliášová in Bendová 2011, str. 111)

zcela bez jakýchkoliv zvláštností. Můžeme však říci, že děti s DMO velmi často dosahují dobrých výsledků v obsahové části v Testu kresby postavy. Pokud se již nějaké netypické znaky objeví, jedná se především o špatnou koordinaci tahů. Kam patří například nepřesné spojování jednotlivých částí kresby, třes a přetahování. Dále čmárání, větší tlak na tužku úseků a nerovnoměrné zobrazení pravé a levé strany těla. Může se i vyskytnout i větší sklon, více než 10° od svislé osy, při kresbě postavy. (Šturma, Vágnerová, 2010) Obecným znakem pro kresby lidí s TP ze všech věkových skupin je výskyt opomíjení postižené části těla. (Kneiflová, 2007)

### **3.3 Arteterapie u zrakově postižených**

Průkopníkem ve světě, v této oblasti, byl Viktor Lowenfeld. V českých zemích je pak důležité zmínit Evžena Perouta. U lidí se zrakovým postižením (dále ZP) je ztráta zraku nejvíce kompenzována sluchem a hmatem, který se dle Perouta dá soustavným cvičením zdokonalit. (Perout, 1999) Nevidomé osoby bojují se ztrátou sebevědomí, s jiným náhledem na sebe sama. Do popředí se také dostává téma nezávislosti, kterou ztratili. Tyto zmíněné překážky se dle Lowenfelda dají souhrnně označit jako subjektivní handicap a ztráta zraku jako objektivní handicap. Pomocí arteterapie by mělo dojít ke zmírnění důsledků obou dvou. Za další cíl arteterapie u ZP lze považovat rovněž vybudování jednolitého obrazu pomocí dílčího hmatového vnímání. (Lowenfeld, 1982)

Důležitou technikou se tak stává hmatové modelování (viz. níže jako ATM), které pomáhá lidem se ZP lépe zpracovat dojmy a představy z každodenního života, i představu o sobě samém. Je to výborný způsob pro sebevyjádření. Integrace dílčích vjemů do celku je však velmi náročná. Lidé se ZP totiž vnímají předměty, které jsou větší, než jejich dlaň až postupným posunováním rukou. Další úskalí spočívá v tom, že člověk se ZP nevnímá perspektivu, a tudíž vzdálené předměty pro něj nejsou menší. Z toho vyplývá, že hmatem vnímané předměty nemění svoji velikost. (Lowenfeld, 1982, Šicková-Fabrici, 2002) Dle Požára vzniká až verbalismus představ, kdy z nemožnosti vnímat celek si lidé se ZP utváří jen nejasné, částečné a schematické představy o pojmech. (Požár in Šicková-Fabrici, 2002)



Dle Jesenského lidem se ZP „arteterapie pomáhá vytvořit si jakýsi zmenšený svět předmětů, lidí, ale i jevů, pomocí kterého nejen jejich představy, ale i emoce a myšlení dostávají reálnější kontury.“ (Požár in Šicková-Fabrice, 2002, str. 94) Pro utváření vizuálních představ je také důležitý věk kdy ke ZP došlo. Doba do sedmi let věku je zásadní. Pokud došlo ke ztrátě zraku do této doby, vizuální představivost mizí. (Jesenský, 2007)

Na principu zapojování dílčích vjemů do celku byla v roce 2018 vytvořena speciální třída pro předškolní ZP děti v Thajsku, ve městě Pattaya. Děti mají možnost poznávat zvířata, která jsou zavěšena na jedné stěně třídy (příloha 1). Dále různé tvary, které jsou připevněné na kolících a zasunují se do dalších stěn třídy. Na zemi jsou pak desky, které děti seznamují s Braillovým písmem (příloha 2). ([www.archello.com](http://www.archello.com))

U kreseb dětí s těžkým ZP, které mají zrakovou ostrost nižší než 10% normální zrakové kapacity, je kresba vývojově opožděna. Obvyklé je chudší propracovanost detailů, například ve znázornění oblečení. Často dochází k nepřesnému napojením jednotlivých částí těla, špatné koordinaci i nedodržení proporcí postavy. Celková úroveň kresby závisí na diagnóze a odráží se v ní skutečnost, jestli dítě v prvních letech lépe vidělo. (Šturma, Vágnerová, 2010)

Dále existuje sdružení Slepíši, které vzniklo v Tasově roku 1995 a propaguje velmi jedinečnou arteterapeutickou metodu: Axmanovu techniku modelování (dále ATM). Metoda vznikala díky výzkumu, který probíhal v tomto sdružení. (Kalvach, 2012, Raková, 2017) Autorem konceptu je Štěpán Axman<sup>6</sup>, který se začal zajímat o ZP po navštívení první hmatové výstavy v ČR. (Raková, 2017) Tato výstava byla uspořádaná spolkem Hapestetika ve spolupráci s Terezou Hradílkovou roku 1989. (Hradílková, Sýkorová, 1998)

V roce 2000 založil Štěpán Axman se svojí manželkou Terezou Axmanovou Mezinárodní centrum Axmanovy techniky modelování, které sídlí také v Tasově. Tato technika nevyžaduje výtvarné nadání, ale pouze obecnou motorickou zručnost. Vychází z hmatových principů. (Kalvach, 2012, Raková, 2017) Při samotném modelování se

---

<sup>6</sup> Štěpán Axman, nejdříve vyučený cizelér, poté zakladatel soukromé slévárny, kde sléval a cizeloval sochy z bronzu. Poté založil galerii Bronz, kde se pořádaly sochařské výstavy. Sám jako sochař přispíval svými díly, ale hlavně mohl určovat, co a jak se bude vystavovat. Je také zakladatelem sdružení Slepíši, které pořádá hmatové výstavy. (Raková, 2017)

nevyužívají žádné nástroje, modeluje se pouze za pomoci prstů. Začíná se od nejjednodušších reliéfů, kdy se do hlíny zahlubují nejrůznější linie. Postupně se přechází k modelování objektů v trojrozměrném prostoru. (Lowenfeld, 1982, Šicková-Fabrice, 2002, Raková, 2017)

Výuka ATM je dělena do čtyř částí nácviku: stavba, obličej, hlava, figura. Nejdříve se vytvářejí hliněné válečky, díky kterým se dá lépe odhadnout hloubkový rozměr. Válečky se následně lepí vedle sebe a oporou je jim litrová krabice. Tím se objekt stává dutým a hlína se nemusí následně odebírat. Konečný výtvar je vypálen v keramické peci. (Lowenfeld, 1982, Šicková-Fabrice, 2002, Raková, 2017)

Techniku ATM jsem osobně vyzkoušela v rámci víceletého arteterapeutického výcviku, kterého jsem se účastnila. Vše pod vedením profesorky Jaroslavy Šickové-Fabrice. Měla jsem tu možnost zkusit etapu modelování obličeje (příloha 3).

S technikou ATM se můžeme setkat ve speciálních školách nebo ve sdružení Okamžik, které pořádá výtvarné kroužky pro ZP. (Raková, 2017) V Jihlavě, která se nachází nedaleko Tasova, je pak instalována stálá výstava hmatového sochařství. (Kalvach, 2012)

Existuje také arteterapeutický program pro děti se ZP ve věkovém rozmezí šesti až dvanácti let, který vytvořila J. Puškárová. Ve své diplomové práci se pokusila zodpovědět několik otázek: Jak působí na děti se ZP jejich handicap ve vztahu k emocionalitě, kognitivním schopnostem a k přístupu ke světu. Z jejího výzkumu vzešly cenné poznatky. Bylo potvrzeno, že děti se ZP mají obtíže s percepcí a kognicí v závislosti na prožitých zkušenostech. Dále ve schopnosti pohybu a ve vzájemném působení s prostředím. Toto všechno dle Puškárové může negativně ovlivňovat pohled na sebe sama. (Šicková-Fabrice, 2002)

Nyní následuje ještě jedna technika, která může být využita při práci se ZP. Jedná se o metodu malby pro nevidové, jejímž tvůrcem je akademický malíř Dino Čečo. Využívá se zde plátno a černá magmatická barva, která vystoupí do nízkého reliéfu teprve až po použití nástroje. Tato technika je k vidění v Galerii Nadace Artevide. (Raková, 2017)

### 3.4 Arteterapie u osob s poruchami chování

Arteterapie má v etopedii své nezastupitelné místo kvůli svému širokému uplatnění. Nyní nastíním pouze to nejpodstatnější, protože rozsah by vysoce překračoval rámec této práce.

*„Etopedie se zabývá osobami (děti, mladiství, dospělí) s poruchami chování, emocí, sociálních vztahů, hodnotových orientací. A to ve výchově a vzdělávání, prevenci, poradenství, terapiích, sociální rehabilitaci i resocializaci“* (Hutyrová, 2006, str. 8)

Následuje výčet jen některých možností aplikace arteterapie u osob s poruchami chování (dále PCH).

Dětem, kterým byla nařízena ústavní výchova pomáhá arteterapie s adaptací na nové prostředí, dále s edukací a reedukací. Přispívá ke změnám jejich životních hodnot a potřeb. Stává se nástrojem pro zlepšení komunikace, sociální integrace a výchovy. U těchto dětí se objevuje frustrace, komplex méněcennosti, pocit bezmoci a zvýšené napětí. Typická je neschopnost popisovat své pocity. Danou situaci tyto děti řeší agresivitou obrácenou proti sobě nebo ostatním. Arteterapie je tedy oblastí, kde zažívají uvolnění a kde se mohou svobodně vyjádřit. Své problémy pak mají možnost vidět z jiné perspektivy, stávají se zhmotněné. (Škorka, 2011) *„Výtvarný projev totiž odráží přímý přístup k nevědomí a není tak omezující jako verbální.“* (Škorka, 2011, str. 50)

Arteterapie se začala například aplikovat již v roce 1973 ve Výchovném ústavu pro mladistvé v Kostomlatech, kde jsou umístěny dívky s nařízenou ústavní nebo ochrannou výchovou (Zicha, 2012) Další arteterapeutická skupina tvořená chlapci vznikla ve výchovném ústavu pro mladistvé v Českých Budějovicích. (Khýr, 2006)

Z analýzy tvorby klientů vyplývají charakteristické znaky kreseb. Patří mezi ně například neuspořádanost prvků na ploše, která může být přirovnáním k nevyrovnanosti jednotlivých složek osobnosti. Musíme však brát v úvahu také vliv dospívání. Typická je také neschopnost samostatného rozhodování s důsledky, při zaplňování prázdné plochy. (Khýr, 2006, Zicha, 2012)

Dále je důležité se zmínit o psychické deprivaci, která může být příčinou agresivních poruch osobnosti. Psychická deprivace má totiž negativní vliv na vývoj jazykové a emoční oblasti dítěte od nejtělejšího věku. Ve výtvarném vyjádření se setkáváme s

regresí, redukcí a rigiditou. Děti často užívají antropomorfní vyjádření<sup>7</sup>, zpravidla neztvárňují postavy a orientují se na urbanistické zobrazení, kde jsou významným prvkem mříže. (Perout, 2009) U jednotlivých objektů, které jedinec ztvární převládá izolovanost a bezkontaktnost s ostatními subjekty. Celé pojetí kompozice zobrazení je chaotické a nedaří se ho sjednotit. Tematickou inspirací pro výtvořiny se stávají počítačové hry a komiksy, které v sobě ukrývají násilí. Když už dojde ke kresbě postavy, tak je velice schematická nebo v podobě piktogramu. Dokonce se může objevit i v podobě hlavonožce. V kresbě postavy se také setkáváme s výrazným začerněním, přeškrťáváním obličejů nebo celých postav, což značí sebeodmítání. (Perout, 2009, Šturma, Vágnerová 2010) Celková barevnost výtvořin<sup>8</sup> je malá. Psychicky deprivovaní se pak učí využívat i jiné barevné schéma. U dětí je velmi vhodné zařazovat žlutou, která s sebou nese pozitivní hodnotu. Pracuje se například s tématy sebezpřijetí, navazování kontaktů, ukotvení. (Perout, 2009)

Zde jsou nyní popsány možnosti využití arteterapie u dospělých osob. Například v terapeutických komunitách pro drogově závislé. Klienti zde prochází třemi fázemi osobnostního vývoje: fází vytváření vztahu a důvěry, asimilační fází a seberefektivní fází. Terapeutické komunity dávají klientům strukturu a řád, což se pak pozitivně promítá do sféry chování. Celková změna se pak odráží při arteterapeutické práci. K emočním změnám však u klientů dochází velmi pomalu nebo minimálně. (Doležalová, 2009) Korbáčová pak uvádí, že vhodným a podpůrným nástrojem je rodinná koláž. Klienti díky ní mohou uchopit a pochopit svoje osobní témata a následně je korigovat. S touto technikou se většinou pracuje před prvním setkáním se svojí rodinou během terapie. (Korbáčová, 2009)

Se souborem dospělých, kteří byli odsouzeni za kriminalitu spojenou s užíváním drog a výtržnictví se také pracuje ve Vazební věznici v Ostravě. Vzniklo zde několik arteterapeutických skupin<sup>9</sup>. Dané skupiny pájli keramické kachle. Hlavním cílem těchto skupin pak bylo dotyčně naučit pokračovat a dokončit započatou práci a spolupracovat s ostatními ve skupině. (Karas, 2005)

---

<sup>7</sup> Antropomorfní vyjádření je obecným rysem kresby u psychické deprivace. Často jsou tak ztvárněny domy, zvířata a slunce. (Perout, 2009)

<sup>8</sup> Typická barevná škála je založená na užití modré, zelené, hnědé a černé. Smícháním pak dochází k vytvoření neurčité „špinavé“ barvy. (Perout, 2009)

<sup>9</sup> Arteterapeutické skupiny byly tvořeny maximálně pěti členy, a to z hlediska bezpečnosti a prostorových možností vězení. (Karas, 2005)

### 3.5 Arteterapie u sluchově postižených

U lidí se sluchovým postižením (dále SP), v závislosti na typu a stupni sluchové vady, na rodinném zázemí a výchovném prostředí, může docházet k problémům s komunikací a rozuměním. Vhodné je proto zařadit takové arteterapeutické techniky, které budou zaměřeny na rozvoj komunikačních dovedností. Pracuje se například na možnostech navázání kontaktu i schopnosti začít rozhovor. Využit se při tom může například technika: Hledání kontaktu, kde se ztvárňují pocity dotyčných. (Müller, 2014)

Arteterapie u dětí se SP může také podporovat jejich psychomotorický vývoj. (Kučera, 2014) Je důležité vědět, že rozvoj tělesné stránky probíhá u dětí se SP obdobně jako u dětí bez postižení. Hlavní rozdíl se objevuje až u rozvoje psychomotoriky, kdy děti se SP nemohou reagovat na sluchové podněty. Vše znovu závisí na stupni a typu postižení. (Půstová, 1997) Vhodnými prostředky nápravy jsou nejrůznější psychomotorické hry. Kde je velmi dobře využitelná arteterapie. Jen je nutné dodržovat určitá pravidla: *„cvičitel by měl mluvit pomalu, zřetelně artikulovat, slovník volit adekvátně vzhledem ke schopnostem cvičenců a stavbu vět nekomplikovat (nepoužívat dlouhá souvětí), výklad by měl probíhat v adekvátní vzdálenosti, aby byl slyšen“*. (Kučera, 2014 str. 69) Někdy je nutné komunikovat za pomoci znakového jazyka. (Kučera, 2014)

Arteterapie může dále pomáhat lidem se SP v orientaci v tělesném schématu a prostoru nebo při navazování sociálních kontaktů. (Kučera, 2014)

Při testu kresby postavy dle Šturmy, Vágnerové, děti se SP velmi často dosahují vysokého celkového skóru. Při hodnocení O-skóru (viz 3 kapitola) mají dokonce vyšší výsledky než děti bez postižení. Výsledky F-skóru (viz 3 kapitola) se pak statisticky neliší od dětí bez handicapu. Tento stav reflektuje zpravidla nenarušenou nonverbální inteligenci a odráží dominantní vizuální poznávání světa. (Šturma, Vágnerová, 2010)

Pro kresbu SP dětí je charakteristické užití velkého množství podstatných i méně podstatných detailů, vývojové nezpoždění a dobré zpracování formální stránky. U starších dětí se pak objevuje určitá nevyzrálost, chybí zobrazení profilu a objevuje se také velké množství zdobných detailů. (Šturma, Vágnerová, 2010)

Následuje popis testu, který prvotně vznikl pro děti se SP a postupně byl využíván i v dalších oborech. Zaměřuje se tedy dále na děti se SPU a na jedince s kognitivními deficity a emocionálními problémy.

Významnou osobností v této oblasti je doktorka Rawley Silver<sup>10</sup>, která je známá svým vědeckým zánícením na poli arteterapie. Za své vědecké výzkumy získala od Americké Arteterapeutické Asociace několik ocenění, a to v letech 1976, 1980 a 1992. (Borowsky-Junge, 2010) Byla prvním člověkem, který rozvíjel systematické využívání umělecké tvorby pro širokou škálu dětí a dospělých s kognitivními deficity. (Junge & Wadeson 2006 in Borowsky-Junge, 2010) Vytvořila Silver Drawing Test (dále SDT test), který se stal velmi významným v arteterapeutickém hodnocení a je také jedním z mála testů, který byl podroben rozsáhlému výzkumu v oblasti validity a reliability. (Rawley, 2010; Borowsky-Junge, 2010)

Rawley Silver poprvé prezentovala článek pojednávající o SDT v roce 1970, na první konferenci Americké Arteterapeutické Asociace (AATA). (Rawley, 2010)

SDT byl prvotně používán k překonání jazykových bariér a špatných jazykových dovedností a také jako vstup k emocím, postojům a inteligenci. (Rubin, 1999) V roce 2007 byla přepracována a rozšířena první verze testu a nyní se používá k zhodnocení kognitivních schopností a emocí. (Vybíral, Roubal 2010)

Při nehodě, po které Rawley Silver částečně ohluchla, začal vzrůstat její zájem o SP děti a jejich tvorbu. Po zjištění, že tyto děti mají velmi malá očekávání a emocionální obtíže je začala umělecky vzdělávat. (Borowsky-Junge, 2010) Zjistila, že často prostřednictvím kresby vyjadřují svoji představivost o věcech, které si přejí v reálném životě mít. Toto počáteční zjištění ji vedlo k dlouholetému hledání, jak kresba stimuluje představivost a jak může sloužit v jistém smyslu jako jiný jazyk. (Rawley, 2013) Rawley poté napsala, že tvorba SP dětí v ní probudila terapeuta. (Rawley in Junge & Wadeson, 2006, s. 204 in Borowsky-Junge, 2010)

---

<sup>10</sup> Rawley Silver získala magisterský a doktorský titul na Columbijské Univerzitě v oborech Výtvarné umění a Učitelství výtvarného umění. Účastnila se také arteterapeutického výcviku na New Yorkské Univerzitě, který byl veden Margaret Naumburg. (Borowsky-Junge, 2010)

Je známo, že výtvarné umění nabízí cestu ke komunikaci skrze pocity, které se jen těžko vyjadřují slovy. Následný výzkum ukázal, že kreslení poskytuje velmi dobrou cestu pro zhodnocení vývojových dovedností a emocionálního vyjádření. (Rawley, 2013)

Stručná charakteristika testu. Test je složen ze tří částí. První se zaměřuje na určování posloupnosti, práci s horizontální a vertikální linií. Druhá část hodnotí schopnost znázornit objekty, které jsou umístěny před vyšetřovaného. Ve třetí části, která by se dala nazvat, stimulující, se tvoří příběh za pomoci obrázků. (Rawley, 2013)

Tento test byl vyvinut také kvůli hypotéze, že kresba u SP dětí může být použita jako nástroj, který obejde jazykové nedostatky a stane se paralelou ke slovům.

Aplikovat se dá u dětí od pěti let, adolescentů a dospělých. Časová náročnost je okolo deseti až dvaceti minut. Zadání testu může probíhat individuálně i skupinově a není vyžadováno žádné zvláštní školení. Hrubá data jsou často odesílána arteterapeutům či autorce. Materiál, který je potřeba pro provedení testu je brožura SDT, tužka s gumou a čtyři válcové objekty. (Rawley, 2002)

Examinátor, by měl na začátku testu testované seznámit s obecnými pravidly. Pro děti je doporučeno toto zadání. Věřím, že si užijeme spousty zábavy. Rád/a bych abyste namalovali věci, které tu vidíte i které tu nejsou a také věci, které si dokážete představit. Nevadí, jestli máte nebo nemáte talent. Důležité je, abyste se pokusili vyjádřit svůj vlastní nápad. (Rawley, 2002)

Jednotlivé subtesty, jejich zadání a skórování shrnuje následující tabulky. (Tab. 5, Tab. 6, Tab. 7)

#### *Jednotlivé subtesty*

<b>První subtest</b>	<b>Zadání</b>	<b>Skórování</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Určování posloupnosti</li></ul>	Představte si, že jste vypil/a pár doušků sody, a pak jste upil další a další, dokud nebude vaše sklenice prázdná. Můžete namalovat linii ve sklenici, která bude ukazovat, jak bude soda vypadat, dokud nebude úplně vypitá?	0-5 bodů
<ul style="list-style-type: none"><li>• Určování horizontální linie</li></ul>	Představte si, že máte nakloněnou lahev, ve které je polovina vody. Mohli byste nakreslit linii v láhvi, která by ukazovala, jak voda vypadá?	0-5 bodů

• Určování vertikální linie	Předpokládejme, že jste postavili dům na označeném místě X. Můžete nakreslit, jak by vypadal?	0-5 bodů
-----------------------------	---	----------

Tab. 5: *Posloupnost, horizontální a vertikální linie*

(Rawley, 2002)

Druhý subtest	Zadání	Skórování	
Znázornění pozorovaného	Zkoušel/a jste někdy namalovat něco přesně tak, jak to vypadá? Zde je několik objektů, které je třeba nakreslit. Podívejte se na ně pečlivě a nakreslete, co vidíte do prostoru níže.	Horizontálních pravolevých vztahů	0-5 bodů
		Vertikálních vztahů nahoře/dole	0-5 bodů
		Hloubky s pozicemi před, vzad	0-5 bodů

Tab. 6: *Kreslení pozorovaného*

(Rawley, 2002)

Třetí subtest	Zadání	Skórování
Fantazijní kresba	Vyber si dva obrázky a představ si příběh, který se stal mezi obrázky, které sis zvolil. Až budeš hotov nakresli to, co sis představoval. Ukaž, co se stalo ve tvé představě. Můžeš udělat změnu a namalovat jiné věci. Až budeš hotov s malováním napiš krátký příběh. Vyprávěj, co se stalo a co se může stát později.	0-5 bodů

Tab. 7: *Fantazijní vyjádření*

(Rawley, 2002)

Prvotní výzkum, ve kterém byl uplatněn SDT test měl stanoven zajímavé hypotézy. Posuzovalo se, jestli děti, které mají SP, se budou opožďovat v kognitivních schopnostech za dětmi s normálním sluchem. Předpokládalo se dále, že děti s jazykovými deficity a SP, budou dosahovat rovnocenných výsledků v prostorových dovednostech, ale zaostávat budou v sekvenčních a slovních dovednostech. (Rawley, 2002)

Na základě testování byly zjištěny tyto výsledky. Nebyly nalezeny žádné významné rozdíly mezi dětmi se sluchovým postižením a dětmi normálně slyšícími. Nebo mezi dívkami a chlapci, v horizontální orientaci nebo schopnosti posloupnosti. Děti, které byly hluché však dostávaly výrazně vyšší skóre ve vertikální orientaci než děti slyšící. Dále se nenašly žádné významné rozdíly mezi dětmi, které normálně slyšely a sluchově



postiženými dětmi, nebo mezi pohlavími ve vztazích pravo–levo, nahore–pod, před–vzad. Dívky vykazovaly vyšší skóre ve schopnosti výběru obrazové předlohy ke třetímu subtestu než chlapci. Žádné další genderové rozdíly nebyly nalezeny. Slyšící děti oproti dětem s postižením, jako celá skupina, vykazovaly vyšší skóre ve schopnosti vybrat si, kombinovat i reprezentovat danou představu. (Rawley, 2002)

Významně nižší skóre dětí se sluchovým postižením při kreslení z vlastní fantazie, naznačuje, možný důvod zůstávání za slyšícími dětmi v jazykové rovině. Tato skupina má totiž méně zkušeností s výběrem, kombinováním a reprezentací jazykových definic. Autorka v závěru předkládá prognózu, že pokud se zlepší kresebná představivost u těchto dětí, mělo by se to pozitivně promítat do jazykové roviny. (Rawley, 2002) Výtvarné vyjádření totiž stimuluje představivost a slouží v jistém smyslu jako jiný jazyk. (Rawley, 2002)

Následně byla tato studie ještě rozšířena o vzorek 28 dětí se specifickými poruchami učení (dále SPU). Děti se SP získaly vyšší skóre ve vertikální orientaci než děti s SPU, ale žádné další významné rozdíly se nenašly jak v oblasti posloupnosti, tak v horizontální orientaci. (Rawley, 2002)

Děti bez sluchového a se sluchovým postižením dále vykazovaly vyšší skóre v pravo–levé orientaci než děti se SPU. Ve vztahu nad–pod děti bez žádného postižení vykazovaly vyšší skóre než děti se SPU. Žádné významné rozdíly nebyly nalezeny ve vztahu před–vzad. Děti bez postižení také lépe skórovaly ve schopnosti výběru, kombinace a reprezentace, než děti sluchově postižené a také děti se SPU. Při porovnávání dívek a chlapců pak dívky vykazovaly vyšší skóre ve výběru a kombinování, zatímco nikdy chlapci významně neskórovali nad dívkami. (Rawley, 2002)

SDT tedy může být efektivní při hodnocení a porovnávání slabých a silných stránek kognice mezi dívkami a chlapci se sluchovým postižením a SPU s dívkami a chlapci zcela zdravými. (Rawley, 2002)

## 4 Uplatnění arteterapie v logopedické intervenci

Jednou z nejvýznamnějších složek rehabilitace komunikačních dovedností je kresba. Pro většinu dětí je to příjemná aktivita a oblast, ze které nemívají strach. Díky ní snáze navazují kontakt, například při počátcích terapie. Je to činnost, která poskytuje motorickou relaxaci, čímž se snižuje i nejistota během terapie. Další výhodou je časová nenáročnost a možnost zisku nejrůznějších informací. (Vágnerová in Škodová, Jedlička, 2007)

Kresbu také můžeme chápat jako univerzální jazyk, (Royerová in Cognet, 2013) nebo specifický druh řeči, který je využíván jako náhradní prostředek při narušené verbální řeči. (Müller, 2014) Stadium vývoje kresby je také dobrým prostředkem pro porovnání řečového rozvoje. (Bednářová, Šmardová, 2006)

V následující kapitole je popsán obecný vývoj kresby a fáze vývoje lidské postavy. Konec kapitoly je pak zakončen tabulkou (Tab. 8), kde je porovnáván vývoj řeči a kresby.

### 4.1 Vývoj kresby

Kresba je důležitým komunikačním prostředkem, protože při ní dochází k interakci s druhým. Podporuje vzájemné vztahy, ale také se sama díky tomuto vzájemnému působení vyvíjí. (Cognet, 2013)

*„Stejně jako řeč, i dětská kresba potřebuje pozorovatele, povzbuzení a interpretaci, aby se mohla zrodit a úspěšně vzkvétat“* (Cognet, 2013, str. 11) Tak jako rodiče hledají v opakování slabik a žvatlání záměr, a tak vlastně učí své dítě mluvit. Stejně tak hledají v nezáměrně vedených čarách dítěte nějaké obsahy, kterým přiřazují názvy, a tím ho vlastně podporují v tvorbě. Tuto první etapu, která trvá do druhého roku věku dítěte, nazval Luquet nahodilým realismem. (Luquet in Cognet, 2013, Davido, 2008) Zmíněné období zahrnuje ještě tři důležité úseky, kde u prvních dvou nedochází údajně k intelektuálnímu vlivu: u období skvrn a čmáranic. Intelektuální podklad nastupuje až v období čáranic. (Davido, 2008) Do dvou let se pak ještě můžeme setkat s prefigurativními liniemi, a to jednoduchým tahem, tečkováním a spirálou. (Haagová in Cognet, 2013)

Druhým obdobím, které trvá od druhého do třetího roku života, je nezdařený realismus. Je charakteristický tím, že se dítě snaží znázornit realistickou představu, ale zatím se mu to nedaří. Neumí správně užít syntézu, takže detaily kresby jsou nesprávně orientované a jsou i nesmyslně umístěné. Dále nejsou správně zobrazeny proporce. (Cognet, 2013) Dají se zde vysledovat první pokusy o zobrazení lidské postavy. Patří sem stádium pulců a hlavonožců. Dochází také k tomu, že části postavy jsou nelogicky spojeny nebo jsou rozkouskované. (Davido, 2008)

V etapě intelektuálního realismu, někdy též naivního realismu, má již malý kreslíř dostatečné schopnosti, aby ztvárnil nejrůznější objekty. Přesto se však ještě nejedná o realismus dospělých. Dítě totiž do svých kreseb promítá i to co není vidět. Tento moment se dá přirovnat k Platónovu podobenství o jeskyni, kdy nám vlastně dítě ukazuje své povědomí o vnějších skutečnostech. (Cognet, 2013; Razáková, 1974) Objevuje se zde prvek transparence, kdy jsou například znázorněny objekty uvnitř domu, orgány uvnitř těla, nebo části rostlin pod zemí. (Malchiodi, 1998) Davido uvádí, že tato etapa trvá od třetího do šestého roku života. (Davido, 2008) Pokud se tento jev objevuje ještě po desátém roce života, můžeme usuzovat na patologii. (Malchiodi, 1998)

Poslední fází je vizuální realismus. Začínají se zde uplatňovat pravidla perspektivního zobrazení, nedochází ke klopení úhlů pohledu, nejsou zde prvky transparence. Dotyčný již zachycuje to, co doopravdy vidí a nepřidává tam i to, co o objektu ví. (Cognet, 2013)

## **4.2 Vývojová stádia kresby postavy a řeči**

Nyní následuje šest fází vývoje lidské postavy, ve kterých se odráží rozvoj řeči a myšlení. Před výčtem těchto etap je dobré zmínit, že první výtvarné pojetí člověka nevzniká na zrakových, ale na pocitových, hmatových a pohybových vjemech. (Uždil, 1974) Vývojová stádia kresby postavy a řeči pak shrnuje tabulka na konci této podkapitoly. (Tab. 8)

První období ztvárnění lidské postavy datujeme od dvou do tří let věku dítěte. Přitom do této doby, do věku dvou let, již z řečového hlediska proběhla etapa emocionálně-volní, kdy dítě začíná používat první slova k vyjádření svých potřeb a objevuje se i jednoslovná věta. Ještě před započatím vlastního řečového vývoje, se uskutečnila i předřečová stádia

vývoje řeči, tedy období křiku a žvatlání. (Klenková, 2006; Cagnet, 2013) Ve výtvarném zpracování je pak názorně vidět, jak dítě chápe samo sebe. Malý kreslíř totiž o sobě nejdříve mluví ve třetí osobě. Znamená to, že od sebe ještě neodlišuje dva prostory: venku a vevnitř. Pouze se vnímá. (Cagnet, 2013) Pokud budeme vycházet z etap vývoje kresby dle Victora Löwenfelda bude sem řadit stádium neuspořádaných čáranic, ve kterém se ještě neobjevuje zobrazení lidské postavy. Prvně se začíná objevovat až ve stádiu kontrolovaných čáranic v podobě nefigurativních obrazců, tedy kruhů, klíčků a čar. (Löwenfeld, 1987) Je to tedy moment, kdy o sobě dítě začíná myslet jako o „já“ a odlišit vně a uvnitř. (Cagnet, 2013) Ve stádiu pojmenované čáranice pak dítě přiřazuje k čáranici konkrétní osobu. (Löwenfeld, 1987) Z řečového hlediska se jedná o stádium asociačně – reprodukční, kdy daná slova již označují konkrétní jevy. Dítě se také snaží výrazy, které byly užity při určitých situacích přenášet na situace podobné. (Klenková, 2006)

Pro začátek následující etapy je charakteristický další posun ve vnímání své osoby. Dítě začíná rozlišovat nové dvě roviny: duševní a tělesnou. (Cagnet, 2013) Jedná se o preschematické období trvající od tří do šesti let. Nyní se postupně z čar a kruhů začne vynořovat hlavonožec. (Löwenfeld, 1987) Vágnerová upřesňuje, že trvání zpodobňování hlavonožce by mělo trvat od tří do čtyř let. (Vágnerová, 2012) Z řečového hlediska v rozmezí mezi třetím a čtvrtým rokem nastává období logických pojmů. Nyní se výrazy, které byly užívány pouze s konkrétními úkazy, stávají již obecnými. Od čtyř let pak dochází k intelektualizaci řeči. Kdy mají myšlenky již správné obsahové i formální vyjádření. Zpřesňuje se také morfologicko-syntaktická rovina řeči a stále narůstá slovní zásoba. (Klenková, 2006) Ve výtvarném zpracování se figura stává čím dál tím více dokonalou. Ve věku od čtyř do pěti let by se pak měl objevit trup. (Bednářová, 2015) Postava je v rámci tohoto období zpravidla obrácená na pozorovatele a není výjimkou, že někdy postrádá nějakou část svého těla. (Löwenfeld, 1987) Objevuje se zde také transparentnost a nerespektování reality při kresbě detailů. Dalším typickým znakem je zobrazení toho, co je pro dítě důležité. (Vágnerová, 2012)

Na tuto etapu pak navazuje období schematické, kde je dosaženo formálního pojetí. Trvá od šesti do devíti let a vyznačuje se již správným napojováním končetin. (Löwenfeld, 1987)

V období Gang age, které trvá od devíti do dvanácti let se již uplatňuje kresebný realismu. Postava se nyní vyznačuje dokonalejšími proporcemi a může se objevit i z profilu. Figura jako celek ale stále působí ztuhlým dojmem. (Löwenfeld, 1987)

Od dvanácti do čtrnácti let nastupuje pseudonaturalistická etapa. Proporce jsou již skoro realistické. Dochází ke ztvárňování pohybu a emocí postav pomocí nejrůznějších výrazů. (Löwenfeld, 1987)

V posledním období adolescentů, které datujeme od čtrnácti do sedmnácti let, jsou již proporce postav reálné. Setkáváme se se zobrazením humoru i sarkasmu. Pohyb figur přestává být strnulý a je více kompaktní. (Löwenfeld, 1987) Pro porovnání vývoje řeči a kresby je zde uvedena tabulka (Tab. 8).

Stádia vývoje řeči		Věk (v letech)	Věk (v letech)	Vývojové etapy dětského výtvarného projevu	
1.	Emocionálně-volní	do 2 let			1.
2.	Asociačně-reprodukční	2-3	2-3	Čáranice	2.
				a) neuspořádané	
				b) kontrolované	
				c) pojmenované	
3.	Logických pojmů	3-4	3-6	Preschematické období	3.
4.	Intelektualizace řeči	od 4 let	6-9	Schematické období	4.
			9-12	Gang age	5.
			12-14	Pseudonaturalistické období	6.
			14-17	Umělecká tvorba adolescentů	7.

Tab. 8: *Vývojové etapy řeči a výtvarného projevu* (Löwenfeld 1987; Slowík 2016)

### 4.3 Diagnostická hodnota kresby

Výzkum dětské kresby má již dlouhou historii. Ve vývojové psychologii byla využívána jako nepřímá metoda pro výzkum struktury vnímání. V klinické psychologii je využívána

pro svojí významnou diagnostickou hodnotu. Existuje několik pohledů, jak posuzovat dětskou kresbu. Jako projev senzorio-motorických schopností, jako vyjádření formálního stupně vývoje nebo stupně inteligence, nebo jako výrazový prostředek interpretující tělesné schéma. Dále to může být prostředek, kterým se projikují vlastní postoje a motivy. A v neposlední řadě se dají v kresbě poznat znaky organického poškození mozku. (Meumann, Kerschensteier, Goodenoughová, Schiler, Machoverová, Bachová in Švancara, Švancarová 1964)

Švancara poukazuje, že například testy kresby postavy by se neměly využívat jen k posouzení inteligence, ale i jako nástroj ke zpřesňování klinického obrazu organického onemocnění. (Švancara, Švancarová 1964)

Tento postoj dále rozvíjím v praktické části této rigorózní práce, kde se zaměřuji na diagnózu vývojové dysfázie<sup>11</sup> a afázie<sup>12</sup>.

Švancara se následně pokusil ve své výzkumné studii zaměřit na typické znaky v kresbě dětí s organickým poškozením mozku, které mají diagnózu DMO a epilepsii. Tyto rysy pak porovnával s kontrolní skupinou dětí bez postižení. Z výsledků výzkumu pak stanovil znaky organicity. Za znaky organicity v kresbě se tedy dá považovat sklon postav menší než 85° a větší než 95°, dále v oblasti linií jejich zdvojení, přerušování, neschopnost návaznosti a roztřesenost. (Švancara, Švancarová 1964)

Velmi specifické kresby pak vznikají z tohoto pohledu u dětí, které mají diagnostikovanou vývojovou dysfázii. (Mikulajová, Rafajdusová, 1993) Proto by kresba postavy měla být součástí diagnostiky i samotné terapie. Orientačně ukazuje na vývoj rozumových schopností, dá se podle ní vysledovat narušení zrakové percepce, jemné motoriky a senzomotorické orientace a jejich jednotlivé propojení do celku. Poukazuje na rozvoj vizuální paměti a představivosti. (Škodová, Jedlička, 2007)

### ***Využití kresby v logopedické diagnostice***

Logopedická diagnostika by měla vycházet ze zásady komplexnosti. Při jejím provádění bychom se měli soustředit na vyšetření všech jazykových rovin řeči, motoriky, lateralit,

---

<sup>11</sup> Vývojová dysfázie vzniká na podkladě difúzního organického poškození mozku v pre, peri a raně postnatálním období, tj. do 1 roku dítěte. (Bendová, 2011)

<sup>12</sup> Afázie vzniká na podkladě organického poškození mozku, vlivem CMP, nádorů, úrazů a degenerativních změn. (Hosák, Hrdlička, 2015)

zrakové a sluchové percepcce. (Lechta, 1990; Škodová, 2007 in Škodová, Jedlička, 2007) Za součást logopedické diagnostiky také můžeme považovat zkoumání samovolných produktů klientů, tedy například kresby. (Přinosilová, 2007) Z výše zmíněného vyplývá, že pro obor logopedie i arteterapie, je kresba hodnotným diagnostickým prostředkem. (Přinosilová, 2007; Müller, 2014)

Pomocí kresby dokážeme zhodnotit tři roviny komplexnosti. První dvě roviny můžeme propojit s neprojektivními kresebnými technikami, kam patří například test kresby lidské postavy a obkreslování vzorů. (Müller, 2014) Uplatňuje se zde více hledisko psychometrické. (Šturma, Vágnerová, 2010) V poslední rovině se pak setkáváme s projektivními kresebnými technikami, které jsou však obtížněji dostupné psychometrickému zpracování. (Müller, 2014; Šturma, Vágnerová, 2010) Dá se mezi ně zařadit test kresby postavy, test stromu, kresba rodiny nebo začarované rodiny. (Müller, 2014)

Nyní následuje výčet testů, které mohou být využity v rámci logopedické diagnostiky a zároveň v sobě uplatňují prvek kresby, byť u některých z nich se jedná pouze o orientační vyšetření.

### ***Orientační test školní zralosti***

Pro zhodnocení motorického vývoje je možné použít Orientační test školní zralosti dle Jiráska. Tento test byl modifikován z „Grundleistungstest“ od Artura Kerna. Používá se ke zjištění stupně percepčně motorického vývoje. Dále je také velmi citlivý k posouzení školní zralosti dítěte, kterou charakterizují tři oblasti: rozumová, citová a sociální. Zadává se dětem ve věku od pěti do sedmi let, a to buď individuálně nebo skupinově. Je časově nenáročný pro zadávání i testování. Původní test se skládal ze šesti úloh, po úpravě obsahuje položky tři. První z nich je kresba mužské postavy, druhou je napodobování psacího písma a třetí je pak obkreslování deseti teček přesně podle vzoru. Celkově se tedy do testu promítne vyspělost vizuomotoriky a jemné motoriky. (Jirásek, 1992, Boďová, 2004 In Rádlová, 2004)

### ***Tvarový test (Bender-Gestalt Test)***

Zrakovou percepci pak posuzuje Tvarový test (Bender-Gestalt Test), který vytvořila Benderová v roce 1938. Pro českou populaci byl upraven Vágnerovou. Je určen dětem od

pěti do jedenácti let a používá se individuálně. Cílem testu je přesně obkreslit devět Wertheimerových figur a celkově hodnotí percepčně-motorické funkce. (Svoboda, 2013, [www.psychodiagnostika-sro.cz](http://www.psychodiagnostika-sro.cz))

### ***Test obkreslování***

Dalším testem, který se používá při zhodnocení úrovně senzomotorických dovedností je Test obkreslování. Autory jsou Matějček a Vágnerová. Při sestavování tohoto testu oba vycházeli z předpokladu, že na výsledek ostatních kresebných testů má vliv mnoho proměnných. Z tohoto důvodu se snažili vytvořit materiál, který by byl úžeji orientovaný. Zaměřili se proto na základní funkce, které jedinec potřebuje v procesu kreslení, na jemnou motoriku a zrakovou percepci, i jejich společnou koordinaci. Působení projektivní složky zamezili tím, že si dítě může danou předlohu prohlížet libovolnou dobu a výsledek svého počínání porovnávat se vzorem. Test obsahuje dvanáct kresebných předloh, se stoupající náročností, tvořených geometrickými prvky. Zadání může být prováděno individuálně nebo skupinově. (Matějček, Vágnerová, 1992) Při vyhodnocování, je možné se soustředit i na dílčí výsledky testu. Pokud se vyskytne chyba v překreslení, kterou si dítě uvědomuje, ale stále se jí dopouští, nejspíše se jedná o poruchu motoriky. Pokud dítě chybu neidentifikuje, jde pravděpodobně o poruchu v oblasti zrakové percepce nebo senzomotorické koordinace. (Svoboda, 2015)

### ***Test úrovně grafomotorického vývoje (LTG)***

Tímto testem vyšetřujeme aktuální úroveň grafomotoriky a také mapujeme její další rozvoj. S jeho pomocí se určuje školní zralost. Dítě má postupně ztvárnit devět kreseb podle předlohy: kruh, čtverec, trojúhelník, obdélník, vlnovku, spirálu, kličky propojené horem, kytku a domeček. Vyhodnocení nakreslených obrázků se provádí podle kvality dle předlohy a za každý obrázek lze maximálně získat dva body. Zadává se dětem od čtyř do sedmi a půl let. (Lauster, 1974)

### ***Test laterality***

Při hodnocení dominance horní a dolní končetiny a oka, můžeme využít Test laterality, který sestavil Miloš Sovák roku 1962. První část, kde se zkoumá dominance ruky je



tvořena čtyřmi úkoly. Prvním je sepnutí rukou, dále navléknutí korálků na nit a postavení věže z kostek. Posledním úkolem je kreslení domečku, a to pravou a levou rukou. Tato část vypadá tak, že před dítě rozložíme bílý kus papíru, který je čarou rozdělený na dvě poloviny. Vyzveme dítě, aby na první polovinu nakreslilo domeček a pozorujeme, kterou ruku si vybralo. Může se jednat i o přeúčeného leváka, který bere tužku naučeným způsobem do pravé ruky. Proto dále pokračujeme v testování, kdy první nakreslený domeček přehneme a schováme. Nyní požádáme dítě, aby na zbylou prázdnou polovinu znovu nakreslilo domeček, ale druhou rukou. Obě kresby pak porovnáme. Pokud bude převládat dominance pravé končetiny, domeček nakreslený pravou rukou bude po obsahové i formální stránce lepší. Pokud se bude jednat o přeúčeného leváka, tak kresba pravou rukou může být po formální stránce dobrá. Objeví se pevné a výrazné tahy, ale po obsahové stránce bude chudší. U kresby vedené levou rukou pak mohou být zase linie a tahy nerovné, slabé, ale podstatné jsou detaily, kterých by mělo být víc. (Sovák, 1979; Klenková, 1997)

### ***Test kresby postavy***

Jak již bylo zmíněno výše kresba postavy by měla být součástí logopedické diagnostiky. V některých případech je to dokonce jediné vodítko k určení správné diagnózy. Například u těžkého stupně vývojové dysfázie. (Škodová, Jedlička, 2007)

Nyní zde bude představen Test kresby postavy podle Šturmy a Vágnerové, který dobře ilustruje to, co se dá v kresbě zkoumat z hlediska psychometrického. Zaměřuje se tedy na oblast dílčích schopností zrakové percepce, jemné motoriky, senzomotorické koordinace, imaginace, paměti a vzájemné propojení těchto částí. U dětí, které mají řečové nebo sluchové postižení, tam kde se nedají použít verbální zkoušky, se test může použít současně s dalšími neverbálními testy k orientačnímu zhodnocení rozumových schopností. Vývojovou úroveň inteligenčních schopností tedy hodnotí pouze orientačně. Nehodnotí se projektivní oblast kresby. Test je určen pro děti od tří a půl let do jedenácti let. Zadání individuální se upřednostňuje u předškolních dětí a při skupinovém se doporučuje skupina o maximálním počtu osmi až dvanácti aktérů. Kreslí se na papír o velikosti A4.

Test má celkem 35 položek, které jsou rozděleny do dvou oblastí. Na obsahovou část kresby, kde se hodnotí detaily, se zaměřuje 15 položek. Formální část zahrnuje 20 položek a hodnotí celkové zpracování.

Pokud dítě danou položku zobrazí správně ohodnotíme ji jedním bodem. Pokud je její splnění nedostatečné udělíme nulu. Na konci testování získáme 3skóry: celkový skór (získá se sečtením O-skóru a F-skóru), O-skór (obsahový, získáme sečtením jednotlivých bodů) a F-skór (formální, získáme sečtením jednotlivých bodů)

Při hodnocení *obsahových položek* zkoumáme, jak je nakreslen trup. Ten musí být ztvárněn dvojdímenzionálně a nesmí splývat hlava s trupem. Krk by měl být také dvojdímenzionální. Po jednom bodu pak udělujeme za každé jasné vyjádření úst, nosu, obočí nebo řas, oční panenky, vlasů. Další bod dáváme, pokud jsou vlasy namalované tak, aby nebyl vidět obrys hlavy. Pokud budeme hodnotit paže, tak stačí libovolný způsob vyjádření, ale musí být přítomny obě. Prsty stačí také jakkoliv ztvárnit, pokud jsou i ve správném počtu ohodnotíme dalším bodem. Při posuzování chodidel nebo bot, kladně hodnotíme i jednodímenzionální provedení. Poslední tři body se udělují za oděv. Za jakékoli provedení, pokud má postava alespoň dva kusy oblečení, které je neprůhledné a za kompletně znárodněné oblečení, přes které není opět vidět dáváme poslední bod.

*Formální část* se zaměřuje na proporce hlavy, kde je nutné porovnat, jestli je hlava menší než polovina těla a zároveň větší než desetina trupu. Pokud je postava namalovaná z profilu, tak by tak měla být vyobrazena celá, pouze hlava nestačí. Dále zkoumá proporce očí, paží, trupu, nohou a chodidel. Kde se uděluje po jednom bodu za správně zobrazené rozměry šířky – délky. Posuzuje také způsob připojení paží. Kladně hodnotíme, pokud je nalézáme na trupu, krku nebo na linii spojující hlavu a trup. Dále připojení paží k trupu přes rozpoznatelná ramena. Samostatně se ramena skórují kladně pouze pokud jsou zobrazena přesně. Hodnotí se ale také úhel, který paže svírají s trupem. Ten by měl být vždy menší než 90 stupňů. Pokud je znázorněn loket ohodnotíme také plusovým bodem. Dvojdímenzionální vyjádření se zvlášť posuzuje u kresby nosu, paží, prstů a nohou. Při určování symetrie paží a nohou si pak všímáme, jestli jsou obě stejně dlouhé a široké. U nohou se pak díváme, jak jsou připojeny ke trupu a jestli jsou chodidla dobře členěné.

V rámci testu kresby postavy se také kvalitativně hodnotí senzomotorická koordinace, kdy za úspěšnou realizaci tahů, čar, linek s jejich správným spojením se přiděluje jeden bod. Neúspěch se pak hodnotí nula body. (Šturma, Vágnerová, 2010)

## 4.4 Uplatnění arteterapie v rámci terapie u dětí i dospělých

Uplatnění arteterapie v rámci terapie u dětí i dospělých bude popsána u vybraných diagnóz uvedených v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10).

### 4.4.1 Neurovývojové poruchy řeči a jazyka

Na úvod je důležité zmínit, že vývojové poruchy řeči a jazyka se řadí mezi neurovývojové poruchy (NVP). (Pospíšilová, 2018) V MKN-10 se v páté kapitole nazvané Poruchy duševní a poruchy chování setkáváme s oblastí vývojových poruch, které jsou spojené s jazykovým, řečovým, kognitivním a sociálním vývojem dítěte. (Neubauer, 2018) Devátý oddíl této kapitoly pojednává o poruchách psychického vývoje. Klasifikaci dle MKN-10 shrnuje tabulka (Tab. 9). (Ošlejšková, 2010 in Neubauer 2018, str. 186)

<b><i>Specifické vývojové poruchy (MKN-10)</i></b>
<i>a) Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka, poruchy komunikace</i>
<i>a.a) Specifická vývojová porucha artikulace řeči, dyslalie</i>
<i>a.b) Expresivní porucha řeči, expresivní typ vývojové dysfázie</i>
<i>a.c) Receptivní porucha řeči, receptivní vývojová dysfázie, smíšená receptivně-expresivní porucha řeči</i>

Tab. 9: *Specifické vývojové poruchy (MKN-10)*

Je zajímavé tuto stále ještě platnou klasifikaci porovnat s nově navrhovanou podle světové zdravotnické organizace (WHO) pro 11. revizi MKN. V originále International Classification of Diseases (ICD), kde se do popředí dostává vývojové hledisko (Tab. 10). (Pospíšilová, 2018; Neubauer 2018, Pospíšilová in Neubauer, 2018, str. 192)

<b><i>Vývojové poruchy řeči nebo jazyka (návrh pro 11. revizi ICD)</i></b>
<i>1. Vývojová porucha zvukových prvků řeči</i>
<i>2. Vývojová porucha plynulosti řeči</i>

3. <i>Vývojová jazyková porucha</i>	<i>a. Vývojová jazyková porucha s postižením receptivního a expresivního jazyka</i> <i>b. Vývojová porucha s postižením převážně expresivního jazyka</i> <i>c. Vývojová jazyková porucha s postižením převážně pragmatického jazyka</i> <i>d. Vývojová jazyková porucha s jiným specifikovaným jazykovým postižením</i>
-------------------------------------	--

Tab. 10: *Vývojové poruchy řeči nebo jazyka (návrh pro 11. revizi ICD)*

V Americe byla Americkou psychiatrickou společností (APA) v roce 2013 vydána po dvanáctileté přípravě nová verze diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-V). Tento manuál již obsahuje kapitolu, která je nazvaná Neurovývojové poruchy.

Pro srovnání je zde uvedeno rozdělení neurovývojových poruch dle DSM-V (Tab. 11). (Pospíšilová, 2018; Neubauer 2018)

<b>Rozdělení neurovývojových poruch (DSM-V)</b>			
1.	Mentální postižení		
2.	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">Komunikační poruchy</td> <td> a. Jazyková porucha expresivní a smíšená receptivně-expresivní  b. Porucha zvuku řeči  c. Porucha plynulosti se začátkem v dětství  d. Sociální (pragmatická) komunikační porucha </td> </tr> </table>	Komunikační poruchy	a. Jazyková porucha expresivní a smíšená receptivně-expresivní b. Porucha zvuku řeči c. Porucha plynulosti se začátkem v dětství d. Sociální (pragmatická) komunikační porucha
Komunikační poruchy	a. Jazyková porucha expresivní a smíšená receptivně-expresivní b. Porucha zvuku řeči c. Porucha plynulosti se začátkem v dětství d. Sociální (pragmatická) komunikační porucha		
3.	Poruchy autistického spektra		
4.	ADHD		
5.	Specifická porucha učení		
6.	Poruchy motoriky		
7.	Další specifikovaná neurovývojová porucha		
8.	Nespecifikovaná neurovývojová porucha		

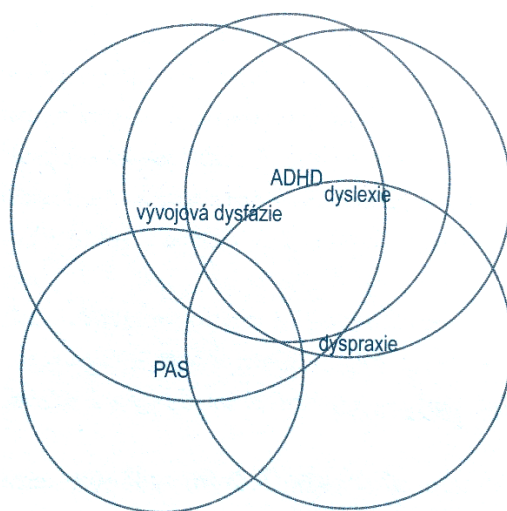
Tab. 11: *Rozdělení neurovývojových poruch (DSM-V)*

Vývojové poruchy řeči, jazyka a komunikace můžeme tedy členit dle APA a WHO na:

- Vývojová porucha zvukových prvků řeči, kam řadíme dyslálii a verbální dyspraxii
- Vývojová porucha plynulosti
- Vývojová porucha jazyka, kam patří dysfázie
- Vývojová pragmatická komunikační porucha

### Společné znaky NVP

Díky novým poznatkům z oblasti neurověd, lepším neurozobrazovacím metodám a novým genetickým studiím se mění pohled na etiologii NVP. V popředí již nestojí dominance perinatálních a prenatalních rizik, ale význačným činitelem se stává heredita společně s environmentálními vlivy. Ukazuje se, že etiologie všech NVP je nejspíše stejná. Typickým znakem je dále současný výskyt více poruch, které se různě překrývají. Tento jev prezentuje přiložený obr. 1. (Rutter, Bishop, Pine, Scott, Stevenson, Taylor in Pospíšilová in Neubauer 2018). Pouze výjimečně se objeví čistá porucha. NVP se také ve větší míře vyskytují u mužského pohlaví, tento fakt nesplňují pouze aritmetické potíže. NVP mají také sklon pokračovat bez recidiv a remisí až do dospělosti. Platí, že s přibývajícím věkem mají klinické charakteristiky měnící se charakter a zlepšující se tendenci. (Pospíšilová in Neubauer 2018)



Obr. 1: Překrývání NVP

## Vývojová porucha jazyka

*Terminologie* je stále nejednotná, a tak se můžeme setkat s názvy: *expresivní jazyková porucha; receptivní jazyková porucha; expresivní porucha řeči; receptivní porucha řeči*'' vývojová PŘK na bázi poruchy vývoje individuálního jazykového systému a mnohými dalšími. (Pospíšilová in Neubauer 2018, str. 198) Jelikož se ale jedná o „*rozsáhlou poruchu systému jazykového vývoje*'' (Pospíšilová in Neubauer 2018, str. 283), tak může být terminologická nejednotnost matoucí. Může například vzniknout dojem, že se jedná pouze o „*akustické aspekty komunikace*'' . (Pospíšilová in Neubauer 2018, str. 283) V současné době však panuje snaha zlepšit danou situaci, a tak byla navržena čtyři diagnostická kritéria. Nejčastějšími uváděnými názvy pak jsou: „*Jazyková porucha (Languaga disorder), Vývojová jazyková porucha (Developmental language disorder), Specifické jazykové postižení (Specific language impairment), Vývojová dysfázie (Developmental dysphasia)*'' . (Pospíšilová in Neubauer 2018, str. 283, 284)

VD je komplexní poruchou, která souvisí s osvojováním řečových, jazykových a komunikačních dovedností. Patří mezi NVP. (Pospíšilová in Neubauer 2018)

Odhadovaný celkový výskyt dle stále uznávaného údaje z roku 1997 je 7,4%. Podle nové studie publikované v roce 2014 je odhadován u předškolních dětí na 7 až 20%. (Pospíšilová in Neubauer 2018)

Na VD můžeme nahlížet také v souvislosti s *pamětí*. Jazykový vývoj operuje s různými druhy paměti.

Krátkodobou neboli pracovní, která je důležitá pro syntax. V této rovině se také setkáváme s artikulační neboli fonologickou smyčkou nebo verbální pracovní pamětí, která souvisí s výstavbou slovní zásoby. Právě na porozumění čtenému se ve velké míře podílí pracovní paměť.

Dlouhodobou, která se dělí na deklarativní a nedeklarativní. Je potřebná pro výbavnost slov a posléze je její funkce využita v morfologii.

Deklarativní upotřebí lexikon, neboť uchovává vzpomínky (epizodická paměť) a fakta (sémantická paměť).

Nedeklarativní se dále dělí na procedurální (umožňuje nám zapamatovat si dovednosti a pravidla), priming a klasické podmiňování. Procedurální tedy využívá gramatika s pravidly. Na tyto skutečnosti bychom neměli zapomínat při vedení terapie.

Úroveň receptivní neboli pasivní slovní zásoby zůstává do začátku období plné dospělosti nižší. Tyto poznatky plynou z longitudinální studie, která mapovala jedince s VD ve věkovém rozpětí 2,5 až 21 let. Nápadná je také nerovnost mezi lexikální a pragmatickou rovinou. (Pospíšilová in Neubauer 2018)

Dále byl u VD prokázán symptom CAPD – porucha centrálního zpracování řečového signálu (central auditory processing disorder). (Pospíšilová in Neubauer 2018, Lejska 2003)

Nahlížení na VD ve spojení s *intellektem* se začíná měnit. Přístupuje se k myšlence, že jsou v těsnějším vztahu, než se prve myslelo. Běžné inteligenční testy se totiž zabývají i o verbální komponentu inteligence, jejíž součástí je verbální usuzování. Jedná se například o vyhledávání synonym, antonym, příčinných souvislostí atd. Děti s VD dosahují v této složce nízkých výkonů. Dále se předpokládá, že u VD jsou vždy narušeny exekutivní funkce. Setkáváme se také s doporučením Mikulajové, která se vyhrazuje proti diagnostice VD s hlavním kritériem naměřené hodnoty IQ 85 a výše. Jsou tak opomíjené děti, které mají IQ s rozmezím nižším, mezi 70-85. (Pospíšilová in Neubauer 2018; Smolík 2014)

Při objasňování *příčin* a mechanismů vedoucích ke vzniku VD se do popředí dostává genetika. Následující výčet ukazuje některé geny, které se podílejí na vzniku určitých řečových a jazykových poruch: FOXP2, CNTNAP2, CMIP, ATP2C2, KIAA0319 (NIDCD). (Pospíšilová in Neubauer 2018)

*Symptomy* VD jsou velmi rozmanité. Týkají se oblasti řeči, jazyka a komunikace. Závisí na druhu a stupni VD. Dále na druhu, typu a stupni přidružených poruch a také na různé míře vzájemného překrývání. Viz výše (Obr. 1). Nevyskytují se remise a recidivy. Klinický obraz se věkem mění a zlepšuje. Symptomy přetrvávají do dospělosti. Obtíže se vyskytují ve sluchové percepci, rozumění, zapamatování, vyjadřování, komunikaci, artikulaci, pozornosti, v oblasti exekutivních funkcí, motorice i zrakové percepci. (Pospíšilová in Neubauer 2018)

Při *diagnostice* VD se vychází z klinického obrazu. Zatím nemáme žádný biologický test, který by vedl k určení diagnózy. Vycházíme například z principů, týmového přístupu, multidisciplinárního hodnocení a také ze znalostí psychomotorického vývoje (PMV).

Při *terapii* VD se snažíme působit na komorbidity, uplatňovat vývojový přístup, dodržovat věková specifika, spolupracovat s rodiči a zapojit je do terapie. (Pospíšilová in Neubauer 2018) Terapie má být zaměřena na komplexní rozvoj. Měli bychom se tedy soustředit na oblast řeči, hrubé a jemné motoriky, grafomotoriky, prostorového, zrakového a sluchového vnímání. (Dlouhá, Černý, 2012) Využití arteterapie je tedy velmi přínosné, neboť podporuje celkový rozvoj a komplexní růst. (Dokter, Hills De Zárate, 2016)

Jak již bylo zmíněno výše, kresba se může stát velmi hodnotnou, a dokonce i jedinou indicií při stanovení diagnózy vývojové dysfázie (dále VD), pokud se jedná o těžkou poruchu. (Škodová, Jedlička, 2003)

Na tomto principu byl v rámci diplomové práce vytvořen logopedicko – arteterapeutický program LOGOART. Byl zacílen na všechny druhy NKS. Převládající diagnózou se však stala VD. Dílčím cílem diplomové práce, bylo zjistit, jestli je tento program přínosný v praxi z pohledu rodičů, učitelů a dětí. Na základě dotazníkového šetření se jednotlivé skupiny dotazovaných shodly, že by uvítaly, aby byl zaveden do běžné praxe. (Kotinská, 2015)

Touto oblastí se také zabývá B. Richterová, která u klientů s VD na Foniatrické klinice VFN a 1. LF UK aplikovala speciální arteterapeutickou metodu „Doteky hlíny“. Tato technika byla opět zacílena na komplexní rozvoj osobnosti klientů.

O další možnosti využitelnosti arteterapie v rámci diagnózy VD se zajímala také K. Kozáková. Ve své bakalářské práci zjistila, že je možné tuto expresivní terapii aplikovat jako relaxační techniku. (Kozáková, 2006)

V kresbě dysfatických dětí se pak můžeme setkat se znaky organicity. (Mikulajová, Rafajdusová, 1993) Dochází k časté deformaci tvarů. Nejsou respektovány pravidla pro zobrazování úhlů, přímek a linek. Linie na sebe nenavazují nebo naopak dochází k přetahování. Jsou zde i viditelné známky tremoru. Nesprávně zachycené jsou také proporce objektů. Děti si nevědí rady, jak smysluplně zaplnit celou plochu papíru. (Škodová, Jedlička, 2003)

### **Vývojová porucha plynulosti řeči**

*Koktavost* můžeme považovat za syndrom komplexního narušení souhry orgánů, které se účastní při mluvení. Je na vůli nezávislé, často není známá příčina a vyskytuje se v tonické



a klonické formě. U dotyčného se také můžeme setkat s narušeným koverbálním chováním. (Wirth in Lechta, 2004) Je to také diagnóza, u které se vyskytuje velký počet aplikovaných terapií, neboť je předmětem zájmu již od dob starověkého Egypta. (Lechta a kol, 2011)

Arteterapie tedy může být dobře využitelná a je většinou aplikována jako podpůrná metoda, která dotyčného například zbavuje úzkosti. Používá se také pro navození uvolnění před i po skončení logopedické terapie. Osoby s narušením plynulosti řeči mají dále možnost vyjádřit svoje pocity a obavy. (Kršňáková, 2004)

Byl také proveden výzkum, který měl za cíl zjistit, jestli arteterapie snižuje projevy úzkosti u dětí, které koktají. Výzkum vycházel z předpokladu, že arteterapie podporuje duševní, emoční a fyzické zdraví lidí. Do studie bylo zahrnuto třicet dětí s diagnózou balbuties. Následně bylo těchto třicet dětí náhodně rozděleno do dvou skupin: experimentální a kontrolní. Arteterapie byla v experimentální skupině prováděna dvakrát týdně, třicet minut, po dobu jednoho a půl měsíce. Pro hodnocení úzkosti byla použita Spenceova dětská stupnice úzkosti. Výsledky výzkumu ukázaly, že arteterapie významně snížila úzkost koktajících dětí oproti dětem zařazených do kontrolní skupiny. (Shahia, Shirabadi, Jani, Pouresmali, 2015)

Do kategorie narušené fluence řeči také řadíme breptavost. Tu ovšem v zahraniční literatuře nacházíme pod pojmem fluency disorders, kam se řadí jak koktavost, tak breptavost. Nebo také pod termínem, atypical fluency disorders, který označuje pouze tumultus sermonis. (Cséfalvay, Lechta, 2013) Arteterapie může být tedy využitelná i u této diagnózy, protože aplikuje kresbu jako prvek relaxace. Což je v souladu s doporučením Gerlichové, která pro nápravu tumultus sermonis navrhuje i relaxační cvičení. (Gerlichová, 2014)

### **Vývojová porucha zvukových prvků řeči**

Mezi vývojové poruchy zvukových prvků řeči patří například *dyslálie*, což je tradiční pojmenování. Dále se můžeme setkat i s termínem specifická porucha artikulace řeči. Řadí se mezi vývojové PŘK. (Neubauer, 2018)

Nyní zde bude představen zajímavý výzkum, který probíhal v české republice. Irena Červená a Marek Preiss se pokusili zjistit souvislosti mezi dyslálií a vývojem kresby.

Zaměřovali se přitom na úroveň kresby dětí, které docházely do běžné logopedické ambulance. Snažili se určit, jestli existuje nějaký vztah mezi dyslálií levis a gravis a narušením kresebného rozvoje. Pro vyšetření kresby použily Test kresby postavy dle Šturmy a Vágnerové. Z jejich studie vzešla zajímavá zjištění, a to, že celková úroveň kresby dětí s dyslálií simplex a multiplex se od sebe nijak signifikantně neliší. (Červená, Preiss, 1997) Dále se ve studii ukázalo „že obsahový skór v kresbě a obsahová složka řeči jsou na dobré úrovni, v případě mnohočetné dyslálie oproti jednoduché zaostává formální stránka řeči, ale ne kresby.“ (Červená, Preiss, 1997, str. 36) Z tohoto zjištění tedy plyne, že můžeme vyloučit organické narušení psychického výkonu. (Červená, Preiss, 1997)

Arteterapie může být dále uplatňována například u dyslálie, která je z etiologického hlediska funkčně podmíněná, a to u obou jejích typů. (Kotinská, 2015) Motorického, kde dochází k motorické a artikulační neobratnosti mluvidel a senzorického, kde je oslabena schopnost sluchové diferenciaci. (Klenková, 2006) Arteterapie totiž dokáže rozvíjet jemnou motoriku i sluchovou perцепci. (Le Navenec, Bridges, 2005; [www.kurzy-spp.upol.cz](http://www.kurzy-spp.upol.cz))

### **Vývojová PŘK na bázi motorické řečové poruchy**

*Dysartrie* je poruchou motorické realizace řeči na základě organického postižení CNS. S touto diagnózou se můžeme nejčastěji setkat v rámci vývojového poškození, kam řadíme například syndrom dětské mozkové obrny (dále DMO). Mezi motorické řečové funkce se pak řadí respirace, fonace, artikulace a motorika aktivních částí mluvidel. (Neubauer, 2018)

Využití arteterapie u jedinců se syndromem DMO bylo popsáno již výše (viz. arteterapie u tělesně postižených). Nyní tedy budou představeny dvě studie, které se zabývají touto problematikou.

V roce 2001 byl proveden výzkum, který vedla Pachalská. Cílem bylo zjistit, jestli má propojení logopedické péče s arteterapií pozitivní vliv na další průběh této diagnózy. Do studie bylo zařazeno čtrnáct dětí a mladistvých se syndromem DMO. Změny v klinickém obraze byly ověřovány za pomoci standardních testů na vyšetření dysartrie a neuropsychologickými testy. Výzkum prokázal, že u klientů došlo k významnému

zlepšení prozodických faktorů, plynulosti a srozumitelnosti řeči. (Slayton, D'Archer, Kaplan, 2010)

Druhou studii vedl Švancara. Snažil se zmapovat typické znaky kresby postavy u dětí s organickým poškozením mozku s diagnostikovanou DMO a epilepsií. Při posuzování kreseb hodnotil celkovou dobu potřebnou ke ztvárnění postavy, maximální délku a šířku, sklon, umístění postavy na papíře, črtání a šrafování, dvojitě, přerušované, nenavazující linie, známky třesu, silný tlak, opravy a vyčernění celé postavy nebo její části. Zaměřoval se tedy na formální stránku. Kresby se dále také hodnotily dle původního testu Goodenoughové, kde je však vyšší riziko subjektivního hodnocení, vzhledem k převažující obsahové analýze kreseb. Výsledky jeho výzkumu přinesly tato zjištění. Děti, které jsou motoricky handicapované nebo trpí záchvatovitým onemocněním dosahují v úrovni testu Goodenoughové nižších výsledků. Doba, kterou potřebují probandi pro vytvoření postavy je nejnižší u dětí s mozkovou obrnou a nejvyšší u kontrolní skupiny dětí bez postižení. Tato skutečnost je dána větším počtem detailů v kresbě. V délce a šířce se skupiny nijak neliší. Čím vyšší je však úroveň motorického defektu, tím vyšší je sklon postavy. Nejvyšší je u dětí se syndromem DMO. U dětí bez postižení a trpících epilepsií převládá centrální zobrazování postav, u dětí se syndromem DMO se vyskytují významné odchylky. Črtání se objevilo ve výzkumném vzorku pouze jedenkrát, a to u dítěte se syndromem DMO. Dvojitě linie se objevily ve všech třech skupinách. Dvakrát až třikrát častější bylo u handicapovaných dětí. U dětí bez organického poškození se téměř nevyskytoval třes ani linie, které by na sebe nenavazovaly. U dětí se syndromem DMO se naopak v pětině kreseb manifestoval silný tlak jako kompenzační strategie motorické koordinace. Jednotlivé skupiny se pak mezi sebou významně nelišily v množství zobrazení šrafovaných, vyčerněných, škrtnutých či opravovaných kreseb. (Švancara, 1964)

#### **4.4.2 Získané neurogenní poruchy řeči**

Při získaných neurogenních poruchách komunikace (ZNPK) jsou zasaženy veškeré modality řeči. Jedná se o získané postižení komunikačních schopností. Dále jsou i v různé míře postihnuty všechny roviny jazykového systému. (Cséfalvay a Traubner 1996, in Neubauer, 2007) ZNPK můžeme také označovat jako poruchy vícedimenzionální, protože zasahující do složky kognitivní, neurogenní a lingvistické. (Neubauer, 2014)

Rozčlenění ZNPK vychází z etiologického přístupu. K. Neubauer (2007) rozdělil ZNPK do čtyř skupin podle dominantní příčiny poruchy.

Do první skupiny řadíme poruchu motorických řečových mechanismů, kam spadá řečová dyspraxie a dysartrie. Druhá skupina je zastoupena poruchou individuálního jazykového systému a řadíme sem afázii. Předposlední skupina je představována jako porucha kognitivně-komunikačních funkcí. Zařazujeme sem poruchy verbální paměti, demence a další poruchy, které vznikly na základě traumatu CNS. V poslední skupině se jedná o poruchy primárních funkcí orofaciálního traktu, kam patří dysfagie a orální dyspraxie.

Neubauer dále definuje motorickou řečovou poruchu. Při neporušeném lexikonu, morfologii, syntaxi a pragmatice, jakožto jazykových schopností člověka, dochází k obtížím ve vyjádření se mluvenou řečí. Jedinec má těžkosti dorozumět se s okolím. *„Projev je nápadně odlišný od kodifikované normy výslovnosti v daném sociálním prostředí, je stigmatizovaný a vede ke ztížení až znemožnění dorozumění s okolím. Nejsou primárně zasaženy další formy sdělení informací – písemná, popř. manuální forma vyjádření s užitím jazykového kódu. Ovšem přidružené poruchy motoriky končetin mohou praktické využití těchto forem komunikace částečně či úplně blokovat“* (Neubauer 2007, str. 16)

Dále vymezuje jazykovou poruchu. Při neporušené fonaci, respiraci, artikulaci a rezonanci, jakožto motorických modalitách *„dochází k obtížím v užití jazykového vyjádření u postiženého člověka. Projev je nápadně odlišný od kodifikované normy jazykového vyjadřování v daném sociálním prostředí, je stigmatizovaný a vede ke ztížení až znemožnění dorozumění se s okolím. Jsou zasaženy i další formy sdělení informací – písemná, popř. manuální forma vyjádření s užitím jazykového kódu. Percepční jazyková porucha v sobě zahrnuje obtíže v dekódování orální řeči, písma, případně manuální formy sdělení.“* (Neubauer 2007, str. 16)

U velké části populace dospělých a stárnoucích osob, se setkáváme se ZNPK. Tato skutečnost se dá vysvětlit tím, že neurogeně podmíněná postižení mají vždy velkou pravděpodobnost, že je bude doprovázet komunikační porucha. Například v Evropě se odhaduje výskyt CMP na 100 tisíc obyvatel v rozmezí 140-800 případů. Na základě náhlé CMP se odhaduje, že u 1/3 osob vzniká afázie, přičemž u 30-40 % klientů přetrvává. (Neubauer, 2018)

Na bázi CMP, ale i degenerativních neurologických onemocnění, úrazů hlavy a lézí mozkové tkáně na 100 tisíc obyvatel se vyskytuje:

- 280 jedinců, kteří mají získanou dysartrii
- 150 jedinců, kteří trpí afázií
- 89 jedinců, kteří mají získanou dysfonii

(Neubauer, 2018)

Na vzniku ZNPK se podílejí čtyři základní *příčiny*. Jedná se o cévní onemocnění mozku (dále COM), které souvisí především s náhlými CMP. ZNPK také vznikají po úrazech mozku, jedná se tedy o traumatické postižení CNS. Dalšími jsou pak nádory a infekce mozku a poté degenerativní onemocnění CNS a demence. (Neubauer, 2018)

U ZNPK se můžeme setkat s přístupem, který v sobě pojímá poznatky z neurolingvistiky, neurofyziologie a dalších vědních oborů. Do popředí se dostává význam neurokognitivních sítí mozku. Součástí je i koncepce jazykových neurogenických sítí. „*Panuje snaha o definování konekcionalistického modelu fungování jazykové neurokognitivní sítě v CSN.*” (Neubauer 2018, str. 238) Platí ale, že se stále ještě můžeme setkat s klasickým lokalizačním přístupem funkcí mozku. (Neubauer, 2018)

Při *diagnostice* neurogenických poruch řečové komunikace stanovujeme stupeň poruchy vzhledem ke vztahu, jak dotyčný dokáže realizovat sociální kontakt s okolím. Celkově zhodnocujeme poruchu komunikačního procesu. U osob s poruchami CNS je součástí komplexní diagnostiky. Dále je uskutečňovaná neurologem, klinickým psychologem a sociálním pracovníkem. Komplexní diagnostika je také základem pro stanovení odpovídajícího terapeutického přístupu, vytvoření individuálního terapeutického programu. Neubauer uvádí pět cílů klinické logopedické diagnostiky.

1. *Screening poruch řečové komunikace*
2. *Diferenciální diagnostika*
3. *Individuální plán terapie*
4. *Zhodnocení výsledku terapie po určitém časovém období*
5. *Prognostická úvaha k potenciálu dalšího obnovování porušených funkcí*

(Neubauer 2018, str, 243)

*Terapie* u osob se ZNKP je dlouhodobým procesem, který může trvat až několik let. Důležitá je spoluúčast postižené osoby a jejího okolí. Podstatný je především včasný

začátek terapeutického působení. Zajištění prostředí, kde dotyčný bude mít časté podněty, které budou přiměřeny jeho aktuálnímu stavu vědomí a únavnosti. Platí zejména u osob s COM a traumatickými postiženími mozku. Využívají se obnovovací postupy, kde je snaha o opětovné sjednocení vyšších psychických funkcí v oblasti řečové komunikace. Je důležité při terapii využívat vhodné terapeutické pomůcky, postupy a obsah. Je nutné se vyvarovat využití materiálů, které jsou určeny pro děti mladšího věku. Intenzivní forma terapie, by měla být prováděna především v prvních měsících po vzniku poruchy. „*Cílem je maximalizace komunikačních schopností a zachování dobré kvality sociálního života osoby s neurogení poruchou řečové komunikace.*“ (Neubauer 2018, str. 249)

### **Získaná PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému**

*Etiologie* vzniku afázií je různorodá. Mezi nejčastější příčiny se řadí CMP<sup>13</sup>, dále pak úrazy, nádory, zánětlivé a neurodegenerativní choroby mozku a intoxikace mozku. U nádorů je pak důležitá lokalizace ne histologická povaha. (Klenková, 2006; Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007)

Nyní by bylo tedy vhodné uvést arteterapeutické cíle u osob, které prodělaly CMP. Jedná se o poskytnutí možnosti sebevyjádření na bázi neverbálně – vizuální. (Wald in Jones, 2005) Tento postoj pak zastává i Müller, který arteterapii vnímá jako specifický náhradní řečový prostředek. (Müller, 2014) V rámci arteterapeutických sezení pak mají klienti možnost zpracovávat nové informace a poznatky o jednotlivých problémech, které se jich dotýkají. Arteterapie dále poskytuje klientovi dostatečný prostor k tomu, aby přijal změny, které plynou z postižení. V neposlední řadě se cílí na podporu a zlepšení schopností a dovedností těchto osob. (Wald in Jones, 2005)

### ***Program BDB***

Pro usnadnění komunikace osob s výrazným narušením expresivní složky řeči pak slouží speciální programy, mezi které můžeme zařadit i BDB (Back to Drawing Board – Zpět ke kreslicí tabuli). Sestavili ho Morgan a Helm-Estabrooksová<sup>14</sup>. (Tan, 2006; Cséfalvay,

---

<sup>13</sup> CMP (stroke, ictus) neboli akutní mozková příhoda. Existují dvě základní skupiny příčin CMP – ischemie (85%) a krvácení (15%). (Seidl, Vaněčková, 2014)

<sup>14</sup> Nancy Helm-Estabrooksová skoro celý život pracovala jako logopedka v Boston Veterans Administration Hospital a úzce spolupracuje s mnoha neurology a neurofyziology. (Love, Webb, 2009)

2007) Jsou do něj zařazováni například osoby s Brocovou afázií, pro kterou je charakteristická nonfluentní řeč, dobré porozumění, ale špatné opakování. Nebo s globálním typem afázie, kde je nonfluentní řeč, špatné porozumění (pro zařazení do programu BDB, maximálně středně těžká porucha porozumění) i opakování. (Cséfalvay, 2007, Lesser, Milroy, 2014) Morgan a Helm-Estabrooksová ho poprvé aplikovali právě na pána s globálním typem afázie po CMP. (Lesser, Milroy, 2014)

Program BDB využívá nedominantní mozkovou hemisféru, skrze její schopnost pracovat s obrazotvorností, kresbou i detaily dávanými do souvislostí, jako prostředku k facilitaci komunikace. (Tan, 2006; Cséfalvay, 2007)

Do programu však nemohou být vzaty všechny osoby s výše uvedenými typy afázie. Klienti musí splňovat určitá kritéria výběru: musí mít zásadní problém s expresivní složkou řeči. Pokud komunikují, tak jen nejasnými útržky. Komunikační partner se stále musí doptávat. Zároveň však nesmějí mít větší těžkosti s porozuměním. Dále by měli být schopni kresebně ztvárnit člověka, tak aby bylo poznat, že se jedná o lidskou postavu. Měli by také správně seřadit dějovou posloupnost, tvořenou dvěma i třemi obrázky a rovněž označit humorný prvek v předloženém kresleném vtipu. (Helm-Estabrooksová a Albert in Cséfalvay, 2007)

Terapeutický postup je členěn do pěti kroků. V prvním se klient učí napodobovat, černobílé kresby, co nejjednodušším způsobem. Ve druhé etapě se pak, samostatně rozhoduje, který obrázek ze sady dvou až deseti kreseb bude reprodukovat. Logoped, který neví, jaký motiv si klient vybral, má následně identifikovat správnou předlohu. Třetí fáze je charakteristická učením se kresebně zachytit podstatný detail z dějové série obrázků. Ve čtvrtém kroku si pak klient musí zapamatovat jednotlivé obrázky ze série a následně je ztvárnit, a to bez možnosti porovnávání. Závěrečná fáze se zaměřuje na nácvik využití dosavadních znalostí a zkušeností z programu v běžné konverzaci. (Helm-Estabrooksová a Albert in Cséfalvay, 2007)

Dlouhodobým cílem a výstupem programu BDB je, aby se klienti mohli úspěšně zapojit do rozhovoru, když narazí na konverzační situaci. (Cséfalvay, 2007; Helm-Estabrooks, Albert, Nicholas, 2014) Pro tento účel, by tedy měli s sebou nosit papírovou podložku a pero. (Helm-Estabrooks, Albert, Nicholas, 2014)

Tímto programem se dále zabývám v praktické části této práce.

### ***Program Malujeme společně***

Další podobný terapeutický program, který může být využíván se jmenuje: *Malujeme společně*. Britské autorky Sacchett, C., Byng, S., Marshall, J., a Pound, C vytvořily tento program, aby zhodnotily využití kreslení u klientů s těžkým stupněm afázie. Do programu bylo celkem přijato sedm klientů s těžkou afázií (Tab. 12). (Cséfalvay, 2007; Helm-Estabrooks, Albert, Nicholas, 2014) Screeningový test byl navržen speciálně pro tuto studii a hodnotil vizuální soulady, kopírování a kreslení. Jedinec musel screeningovým testem projít alespoň na 80 %, aby mohl být zařazen do studie. Terapie byla vedena s každým jednotlivcem po dobu dvanácti týdnů a pak byla ještě pořádána skupinová terapie, a to dvě hodiny každý víkend. Cílem bylo rozvíjet strategie, které by vedly ke zlepšení komunikačních schopností nakreslených kreseb: generativní kreslení, rozpoznatelnost, komunikační funkce, umět vyjádřit požadovaný záměr. (Helm-Estabrooks, Albert, Nicholas, 2014) Bylo zjištěno, že účastníci programu začali efektivněji využívat kresbu při komunikaci. (Cséfalvay, 2007)

#### *Klienti účastníci se programu Malujeme společně*

Subjekt	Věk	Pohlaví	Uplynulá doba v měsících	Místo a typ léze	Dominantní ruka před vznikem léze	Ruka užívaná při malování	Apraxie končetin
GS	62	Muž	18	L CMP	Pravá	Levá	Ne
GJ	64	Muž	23	L CMP	Pravá	Levá	Ne
EH	66	Muž	29	L CMP	Pravá	Pravá	Ne
ED	61	Žena	24	L CMP	Pravá	Levá	Ano
DB	61	Muž	48	L CMP	Levá	Levá	Ne
RS	53	Muž	72	L CMP	Pravá	Levá	Ne
FM	47	Muž	24	L SAK <sup>15</sup>	Pravá	Levá	Ano

Tab. 12: *Popisné údaje subjektů, kteří byli zahrnuti do konečné analýzy*

(Helm-Estabrooks, Albert, Nicholas, 2014)

<sup>15</sup> Za SAK (subarachnoidální krvácení) může v 70% případů ruptura tepenného aneuryzmatu. V ostatních, méně častých případech jde např. o krvácení z cévní malformace atd. Aneuryzmata mozkových tepen se vyskytují u 2-5% populace. Incidence SAK je pak 10 : 100 000 obyvatel. Z toho plyne, že většina aneuryzmat během života nekrvácí. (Penka, Penka, Gumulec, 2014)



Charakteristické rysy kresby osob s afázií se pak odvíjí od místa léze. Lyon a Helm-Estabrooksová popisují dva typy provedení kresby.

U klientů s levostranně lokalizovanou lézí bude kresba dobře rozvržená, bude mít lépe zachovanou konfiguraci i formu, bude však bez detailů a bude zjednodušená. V kresbě lidské postavy pak chybí části těla, avšak celek je rozlišitelný jako postava člověka. (Cséfalvay, 2007)

U osob s pravostranně lokalizovanou lézí pak kresba obsahuje mnoho detailů. Jako celek je však zkreslená nebo úplně chybí její vnější uspořádanost. (Cséfalvay, 2007)

### **Získaná PŘK na bázi motorické řečové poruchy**

Jak již bylo zmíněno výše syndrom získané *dysartrie* je poruchou motorické realizace řeči na základě organického postižení CNS. V oblasti získaných dysartrií se jedná o stavy náhle vznikající na podkladě zánětlivých chorob mozku, nádorů, metastáz, úrazů hlavy, cévních chorob a degenerativních onemocnění CNS. (Neubauer, 2018; Klenková, 2006) Projevují se tedy u dospělých a stárnoucích osob, ale také u dětí, které jsou staršího než raného věku. (Neubauer, 2018)

Využití arteterapie u osob s dysartrií bylo popsáno již výše (viz. arteterapie u tělesně postižených).

## 5 Výzkum

Výzkumné šetření navazuje na poznatky uvedené v teoretické části rigorózní práce. V případových studiích dle Sedláčka mohou být využívány různé metody sběru dat. Kvalitativní i kvantitativní techniky. Záleží na výzkumné otázce a hlavních rysech daného přístupu. (Sedláček, 2014, in Mareš 2015)

*Hlavním předmětem zkoumání* v předložené případové studii jsou dvě osoby:

- klient s diagnózou: smíšená vývojová dysfázie
- klient s diagnózou: nonfluentní afázie Brocova typu

*Téma výzkumu:* Kresba jako hodnotný diagnostický prostředek při ověřování rozvoje formální a obsahové stránky řeči u:

- vývojové PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – smíšené vývojové dysfázie
- získané PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – nonfluentní afázie Brocova typu

### 5.1 Cíle výzkumného šetření a metody

Cíl výzkumného šetření přímo navazuje na téma výzkumu. Prvním krokem v rámci výzkumného projektu bylo tedy stanovení hlavního cíle a následně dílčích cílů, které z něj vyplývají.

*Hlavním cílem* výzkumného šetření rigorózní práce bylo zjistit, jak se vyvíjí obsahová a formální stránka kresby a řeči u klienta s:

- vývojovou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – smíšenou vývojovou dysfázií
- získanou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – nonfluentní afázie Brocova typu

V rámci výzkumného šetření byly vymezeny *dva dílčí cíle*, které vycházejí z hlavního cíle:

1. Srovnání rozvoje obsahové stránky kresby a řeči u klienta s:
  - vývojovou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – smíšenou vývojovou dysfázií (dále při popisu grafu VPŘK)
  - získanou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – nonfluentní afázie Brocova typu (dále při popisu grafu ZPŘK)
  
2. Srovnání rozvoje formální stránky kresby a řeči u klienta s:
  - vývojovou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – smíšenou vývojovou dysfázií (dále při popisu grafu VPŘK)
  - získanou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – nonfluentní afázie Brocova typu (dále při popisu grafu ZPŘK)

Na základě dílčích cílů byly stanoveny *dva výzkumné předpoklady*:

1. Jestliže se bude rozvíjet nebo se nebude zhoršovat obsahová stránka kresby, pak se bude rozvíjet nebo se nebude zhoršovat i obsahová stránka řeči u klienta s:
  - vývojovou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – smíšenou vývojovou dysfázií (dále při popisu grafu VPŘK)
  - získanou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – nonfluentní afázie Brocova typu (dále při popisu grafu ZPŘK)
  
2. Jestliže se bude rozvíjet nebo se nebude zhoršovat formální stránka kresby, pak se bude rozvíjet nebo se nebude zhoršovat i formální stránka řeči u klienta s:
  - vývojovou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – smíšenou vývojovou dysfázií (dále při popisu grafu VPŘK)
  - získanou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – nonfluentní afázie Brocova typu (dále při popisu grafu ZPŘK)

***Plán výzkumného šetření***

Plán výzkumného šetření byl rozdělen do následujících devíti kroků:

*V rámci hlavního cíle:*

1. krok: vyhodnocení *obsahové a formální stránky kresby* u klienta s VPŘK, (smíšenou vývojovou dysfázií)
2. krok: vyhodnocení *obsahové a formální stránky kresby* u klienta se ZPŘK (nonfluentní afázií Brocova typu)
3. krok: vyhodnocení *obsahové stránky řeči* u klienta s VPŘK, (smíšenou vývojovou dysfázií)
4. krok: vyhodnocení *formální stránky řeči* u klienta s VPŘK, (smíšenou vývojovou dysfázií)
5. krok: vyhodnocení *obsahové stránky řeči* u klienta se ZPŘK (nonfluentní afázií Brocova typu)
6. krok: vyhodnocení *formální stránky řeči* u klienta se ZPŘK (nonfluentní afázií Brocova typu)

*V rámci dílčích cílů:*

7. krok: srovnání rozvoje *obsahové stránky kresby a řeči* u klienta s:
  - vývojovou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – smíšenou vývojovou dysfázií (dále při popisu grafu VPŘK)
  - získanou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – nonfluentní afázie Brocova typu (dále při popisu grafu ZPŘK)
8. krok: Srovnání *formální stránky kresby a řeči* u klienta s:
  - vývojovou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – smíšenou vývojovou dysfázií (dále při popisu grafu VPŘK)
  - získanou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – nonfluentní afázie Brocova typu (dále při popisu grafu ZPŘK)

*V rámci výzkumných předpokladů*

9. krok: potvrzení či vyvrácení *výzkumných předpokladů*

***Metody výzkumného šetření***

*Metodologický přístup* předkládané případové studie vychází z postpozitivistického paradigmatu, odkazuje tedy na kvalitativně orientovaný výzkum. Vzhledem k profilu zaměřené případové studie bylo nutností všechny důležité složky zkoumaných případů náležitě popsat, studovat a analyzovat.

*Koncepční přístup* předkládané případové studie je holistický, snaží se dospět k jejímu hlubšímu porozumění. Pracuje s různými typy dat.

### *Typ případové studie*

- Vzhledem k účelu se jedná o případovou studii využívanou pro výzkum.
- Dále obsahuje více než jeden případ, jedná se tedy o multiple-case. V dané studii byly zkoumány dva případy.
- Z hlediska funkce, kterou má daná případová studie plnit se jedná o exploratorní (průzkumnou) případovou studii neboli exploratory case study. Vyhledává předpokládané příčinné vztahy a návaznosti mezi jednotlivými daty.
- Z hlediska časového období, kdy byly dané případy sledovány se jedná o longitudinální studii.
  - První případ: klient s vývojovou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému délka trvání:
    - únor 2018 – listopad 2018
  - Druhý případ: klient se získanou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému
    - červen 2019 – říjen 2019
- Z hlediska směru sledování případu v čase, se jedná o prospektivní longitudinální studii. Kdy shromažďovaná data jsou sbírána, pořizována a řazena v chronologickém pořadí.

Z *etického* hlediska byly získané údaje zajištěny tak, aby nemohlo dojít k jejich zneužití. Nesetkáme se zde proto s uvedenými jmény, adresami apod. Údaje jsem anonymizovala.

### *Výběr zkoumaných případů*

Výběr zkoumaných případů, byl přesně zaměřen. Cílem bylo analyzovat dva případy: se získanou i vývojovou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému. Zkoumán byl tedy malý vzorek případů, avšak s úmyslem maximalizovat užitečnost získaných údajů.

### *Sběr dat*

Zdroji dat se staly neveřejné archivované záznamy, jednalo se o:

- zprávy z odborných vyšetření
- výpisy ze zdravotní dokumentace:
  - vstupní vyšetření
  - komplexní logopedická vyšetření
  - kontrolní logopedická vyšetření
  - zápisy z logopedických terapií
  - testy a orientační posouzení

### *Analýza získaných dat*

U kvalitativního výzkumu panuje odlišná situace v oblasti analýzy dat, než je tomu u kvantitativního výzkumu. Zatímco v druhém případě jsou známy přesné postupy, jak vést výzkum a data analyzovat, u kvalitativního výzkumu tomu tak není. (Hendl 2005 in Mareš 2015) V případě kvalitativního výzkumu je nutné „aby si výzkumník našel svůj vlastní styl pečlivého a přesného empirického uvažování“ (Yin 2014 in Mareš 2015, str. 129)

Pro splnění hlavního cíle, kdy se předmětem výzkumného šetření stal vývoj obsahové a formální stránky kresby a řeči:

- u klienta s vývojovou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – smíšenou vývojovou dysfázií a
- u klienta se získanou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – nonfluentní afázie Brocova typu

Byla u obou případů při hodnocení *obsahové a formální stránky kresby* využita metoda rozboru kresby postavy, dle modifikovaného testu Šturmy a Vágnerové, který byl popsán

v teoretické části rigorózní práce. Pro lepší přehlednost v rámci vyhodnocování kreseb postavy je však ještě nutné uvést přesná hodnotící kritéria:

#### *Část obsahová*

- 1. trup – jakékoliv dvojdimenzionální znázornění. Jestliže splývá hlava s trupem, musí být nakreslena čára oddělující hlavu.*
- 2. krk – každé jasné znázornění dvojdimenzionálního krku jako rozlišení hlavy a trupu.*
- 3. ústa – každý jasný způsob vyjádření.*
- 4. nos – každý jasný způsob vyjádření.*
- 5. details očí I. – obočí nebo řasy, každý jasný způsob znázornění. Obočí je většinou oblouček nad okem. Řasy jsou téměř vždy znázorňovány jako řada čárek vycházejících z obrysu oka.*
- 6. details očí II. – panenka – není uznána tečka, jestliže je jediným znázorněním oka. Musí být znázorněna v obou očích, jestliže jsou obě nakresleny.*
- 7. vlasy I. – každý způsob znázornění vlasů. Stačí čmáranice na temeni hlavy.*
- 8. vlasy II. – musí být více než jen na obvodu hlavy, lepší než čmáranice, nesmí jimi být vidět obrys hlavy. Skórujeme mírněji.*
- 9. paže – jakýkoliv způsob vyjádření. Pouze prsty nestačí. Musí být nakresleny obě paže. U úplného profilu, kde druhá paže není viditelná, ale kde ji lze předpokládat, možno skórovat kladně.*
- 10. prsty – každé jasné vyznačení prstů, způsob vyjádření může být jakýkoliv. Musí být nakresleny u obou rukou, jsou-li obě vidět.*
- 11. prsty ve správném počtu – 5 prstů na každé ruce nebo jenom na jedné, je-li jen jedna vyznačena. V případě, že jsou nakresleny obě ruce, ale jedna je částečně zakryta, může být bod uznán na základě ruky, která je viditelná.*
- 12. chodidla nebo boty – na obou nohou (jsou-li obě nohy vidět). Hodnotíme kladně i jednodimenzionální hákovité znázornění nebo pouhé prsty u nohou.*

13. oděv I. - každé jasné znázornění oděvu. Běžně řada knoflíků nebo klobouk umístěný spíše nad hlavou než na hlavě. Pupek hodnotíme nulou. Vyčmárání trupu skórujeme kladně.

14. oděv II. – alespoň dvě součásti oděvu, které jsou neprůhledné (klobouk musí být na hlavě, a ne nad hlavou. Pouhé knoflíky skórujeme mínus).

15. oděv III. – úplné oblečení zřetelně znázorněné, celou kresbou nesmí prosvítat tělo. Musí být znázorněny rukávy, nohavice i boty. Oděv nemusí být zdobný, přeplněný detaily. Hodnotíme spíše striktně.

### Část formální

16. proporce hlavy – hlava je menší než polovina trupu a větší než desetina trupu.

17. profil – hlava, trup a nohy musí být znázorněny v profilu bez podstatné chyby. (Hlava správně v profilu nestačí).

18. nos je dvojdímenzionální – rovná čára, kružnice nebo čtverec znamenají nezdar.

19. proporce oka – vodorovný rozměr oka musí být větší než svislý. Nutné zachovat proporce u obou očí. S výjimkou profilu, kde druhé oko není nakresleno, tam stačí vystižení proporcí u nakresleného oka.

20. připojení paží – obě paže jsou připojeny k trupu nebo ke krku nebo ke spojnici hlavy a trupu. Je-li vynechán trup, skórujeme nulou. Paže připojeny k nohám – hodnotíme nulou.

21. připojení paží k trupu ve správném místě – v bodě, který lze označit jako ramena. Jestliže je správně připojena jen jedna paže, skórujeme 0. Připojení uprostřed trupu je hodnoceno 0 body.

22. paže nejsou upaženy (paže nesmí být upaženy, každá paže musí svírat s trupem úhel menší než 90 stupňů.)

23. ramena – jsou spolehlivě vyznačena, skórování je spíše přísné. Elipsovité tvar ramen je 0. Čtvercovité, obdélníkové tvar trupu je 0, totéž platí pro trup kulovitý a elipsovité.



24. paže dvojdimenzionální – obě paže jsou nakresleny dvojměrně, délka je větší než šířka.

25. proporce paží – obě paže jsou přibližně stejně dlouhé jako trup (měříme od místa připojení paží k trupu). (Jestliže jsou paže znázorněny jednodimenzionálně, stačí zhodnocení jejich délky).

26. symetrie paží – obě paže jsou přibližně stejně dlouhé i široké. Hodnotíme jen u dvojdimenzionálního provedení, jinak skórujeme automaticky 0. Hodnotíme spíše striktně.

27. kloub lokte – ostrý, znatelný hyb uprostřed paže, možno přijmout i jasné zakřivení. Jedna paže takto znázorněná stačí.

28. prsty ve dvou dimenzích – délka musí být větší než šířka. Jestliže je viditelná jen jedna ruka, skórujeme podle ní. Kritérium musí splňovat všechny viditelné prsty.

29. trup – délka je větší než šířka, měření provádíme v místech největší výšky a šířky. Hodnotíme nulou, jestliže jsou obě míry stejné, většinou je diference zřejmá na první pohled. Trojúhelníkový tvar hodnotíme nulou.

30. připojení nohou k trupu – platí, jestliže jsou připojeny obě nohy. 31. nohy jsou dvojdimenzionální – obě nohy jsou nakresleny dvojměrně, délka je větší než šířka. (Chodidla mohou být znázorněna jakkoliv).

32. proporce nohou – délka obou nohou nesmí být menší než délka trupu a větší než dvě délky trupu. Šířka dolních končetin musí být menší než šířka trupu. (Jestliže jsou nohy znázorněny jednodimenzionálně, stačí zhodnocení jejich délky).

33. symetrie nohou – obě nohy jsou přibližně stejně dlouhé a široké. Hodnotíme jen u dvojdimenzionálního provedení dolních končetin, jinak automaticky 0 bodů. Hodnotíme spíše striktně.

34. proporce chodidla – chodidlo je dvojdimenzionální, délka je větší než šířka. Chodidlo nesmí být příliš dlouhé vzhledem k celkové délce nohy, max. polovina délky nohy. Kritérium musí platit u obou chodidel, pokud je obě vidět. Kyjovitá chodidla hodnotíme 0 body.

35. *chodidlo je rozčleněno – zřetelné oddělení podpatku boty nebo paty. Musí platit u obou chodidel, jestliže jsou obě chodidla vidět (Šturma, Vágnerová, 2010)*

U klienta s vývojovou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – smíšenou vývojovou dysfázií:

pro hodnocení *obsahové stránky řeči*

- lexikálně-sémantické jazykové roviny:
  - perceptivní složky řeči
    - byla využita dětská verze Token testu, který zjišťuje úroveň porozumění slyšené řeči
  - expresivní složky řeči
    - byl využit záznam řeči popisu obrázku, podle zvukové nahrávky, který byl realizován po dobu 10 sec., kdy se poté vyhodnocoval:
      - výskyt srozumitelných výrazů i neologismů
      - výskyt srozumitelných výrazů
- morfologicko-syntaktické jazykové roviny:
  - byl využit záznam řeči popisu obrázku, podle zvukové nahrávky, který byl realizován po dobu 10 sec., kde se jednalo o:
    - záznam použitých slovních druhů

pro hodnocení *formální stránky řeči*

- z hlediska zhodnocení správné artikulace hlásek:
  - byly vytvořeny tabulky (tab. 13, 17, 20), které hodnotí správnou artikulaci hlásek podle jednotlivých artikulačních okrsků

U klienta se získanou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – nonfluentní afázie Brocova typu:

pro hodnocení *obsahové stránky řeči*

- lexikálně-sémantické jazykové roviny:
  - perceptivní složky řeči
    - byla využity subtesty z české verze The Mississippi Aphasia Screening Test – MAST testu:
      - Rozumění alternativním otázkám
      - Rozumění slovu – identifikace objektů
      - Rozumění verbální instrukci
      - Rozumění čtené instrukci
  - expresivní složky řeči
    - byl využit záznam řeči popisu fotografie, podle zvukové nahrávky, který byl realizován po dobu 10 sec., kdy se poté vyhodnocoval:
      - výskyt srozumitelných výrazů i neologismů
      - výskyt srozumitelných výrazů
- morfologicko-syntaktické jazykové roviny:
  - byl využit záznam řeči popisu obrázku, podle zvukové nahrávky, který byl realizován po dobu 10 sec., kde se jednalo o:
    - záznam použitých slovních druhů

pro hodnocení *formální stránky řeči*

- z hlediska zhodnocení správné artikulace hlásek:
  - byla využita data z komplexního vyšetření 6/2019, kontrolního vyšetření 10/2019.

## **5.2 Charakteristika výzkumných vzorků**

*Místo šetření*

Výzkumné šetření bylo v obou případech realizováno v rámci pravidelných logopedických terapií v ambulanci klinické logopedie v Praze a Jílovém u Prahy.

### ***Charakteristika prvního výzkumného vzorku***

V rámci *prvního případu* klienta (dívka 4 roky, 9 měsíců) se *smíšenou vývojovou dysfázií* byla provedena následující vyšetření, terapie a sběry dat:

- *Vstupní vyšetření* (únor, 2018), se zaměřením na získání anamnestických dat týkajících se rodinné anamnézy, osobní anamnézy, motorického vývoje, vývoje řeči, orofaciálního systému a prodělaných nemocech.
- *Komplexní logopedické vyšetření* (únor, 2018), bylo provedeno v rámci vstupního vyšetření a dále se zaměřovalo na:
  - Percepci i expresi řeči. Vyšetřeny byly jednotlivé jazykové roviny: lexikálně sémantická, morfologicko-syntaktická, foneticko-fonologická a pragmatická jazyková rovina. Dále také suprasegmentální složky řeči.
  - Orientační vyšetření sluchu, sluchové percepcie a paměti.
  - Orientační vyšetření zraku, zrakové percepcie a paměti a
  - Vyšetření motoriky, které se zaměřovalo na hrubou a jemnou motoriku, grafomotoriku a oromotoriku.
  - Vyšetření laterality.
- *Kontrolní logopedické vyšetření*, bylo provedeno v rámci šetření celkem dvakrát:
  - *První kontrolní logopedické vyšetření* (červenec, 2018) se zaměřovalo na zhodnocení: navázání kontaktu a spolupráce; lexikálně-sémantické jazykové roviny, morfologicko-syntaktické jazykové roviny, foneticko-fonologické jazykové roviny, suprasegmentální složky řeči, pragmatické jazykové roviny, grafomotoriky.
  - *Druhé kontrolní logopedické vyšetření* (listopad, 2018) se zaměřovalo na zhodnocení stejných oblastí jako první kontrolní logopedické vyšetření, s tím, že k posouzení ještě byly přidány předmatematické představy.
- *Logopedické terapie*, pro lepší přehlednost byl průběh logopedických terapií rozdělen do dvou bloků:

- únor 2018 – červenec 2018
  - červenec 2018 – listopad 2018
- V rámci logopedických terapií byly provedeny následující *testy a orientační posouzení*:
    - 2/2018 Kresba postavy (příloha 4)
    - 2/2018 Token test dětská verze
    - 2/2018 Popis řeči podle zvukového záznamu
    - 2/2018 Vyšetření aktivní mimické psychomotoriky – podle Kwinta
    - 3/2018 Kresba postavy (příloha 5)
    - 4/2018 Test úrovně grafomotorického vývoje (LTG) (příloha 6)
    - 5/2018 Vyšetření fonemického sluchu
    - 5/2018 Kresba postavy (příloha 7)
    - 5/2018 Zkouška laterality
    - 7/2018 Kresba postavy (příloha 8)
    - 7/2018 Zkouška sluchového rozlišování – WM
    - 10/2018 Test úrovně grafomotorického vývoje (LTG) (příloha 9)
    - 11/2018 Kresba postavy (příloha 10)
    - 11/2018 Token test dětská verze
    - 11/2018 Popis řeči podle zvukového záznamu
    - 11/2018 Orientační posouzení osově souměrnosti (příloha 11)
  - *Zprávy z odborných vyšetření jednotlivých pracovišť* jsou v kazuistice prezentovány formou opisu a jedná se o následující vyšetření:
    - 9/2016 Klinická psychologie
    - 1/2017 Centrum zrakových vad
    - 5/2017 Neurologie
    - 3/2018 Neurologie
    - 6/2018 ORL, foniatrie
    - 6/2018 Neurologie
    - 8/2018 Dětská a dorostová psychiatrie

### ***Charakteristika druhého výzkumného vzorku***

V rámci *druhého případu* klienta (pán 55 let) s *nonfluentní afázií Brocova typu* byla provedena následující vyšetření, terapie a sběry dat:

- *Vstupní vyšetření* (červen, 2019), se zaměřením na získání anamnestických dat z opisu dokumentace týkajících se rodinné anamnézy, osobní anamnézy a pracovní anamnézy. Dále se také zaměřovalo na získání informací o průběhu onemocnění a průběhu ústavní rehabilitační léčby z donesených lékařských zpráv.
- *Komplexní logopedické vyšetření* (červen, 2019), bylo uskutečněno v rámci vstupního vyšetření a byl proveden:
  - (MAST) - česká verze The Mississippi Aphasia Screening Test
- V rámci *kontrolního logopedického vyšetření* (říjen, 2019) byl proveden:
  - (MAST) - česká verze The Mississippi Aphasia Screening Test
- *Logopedických terapií*, bylo uskutečněno celkem pět v rámci, kterých také probíhal *program BDB* (Back to Drawing Board – Zpět ke kreslicí tabuli):
  - První terapie a program BDB 6/2019
  - Druhá terapie a program BDB 7/ 2019
  - Třetí terapie a program BDB 8/2019
  - Čtvrtá terapie a program BDB 9/2019
  - Pátá terapie a program BDB 10/2019
- *Zprávy z odborných vyšetření* jednotlivých pracovišť jsou v kazuistice prezentovány formou opisu a jedná se o následující vyšetření:
  - 3/2019 Závěrečná zpráva z fyzioterapie
  - 3/2019 Závěrečná zpráva z psychologického vyšetření
  - 3/2019 Závěrečná zpráva z logopedie

## 5.3 Případová studie

---

### *První případ:*

#### **klient s vývojovou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému**

---

Diagnóza: Smíšená vývojová dysfázie (vývojovou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému)

Pohlaví: dívka

Vstupní vyšetření: 21.2. 2018

Věk při vstupním vyšetření: 4 roky 9 měsíců

Mateřský jazyk: český

Doporučen: pediatrem

#### *Anamnestická data:*

##### *Rodinná anamnéza:*

Matka narozena v roce 1987, střední odborné, pracuje jako brigádnice KFC, zdráva.

Otec narozen v roce 1975, střední odborné, pracuje jako instalatér, zdrav.

Bratr narozen v roce 2014, zdrav.

Výskyt řečových vad v rodině: matka později mluvila, ale závažnější poruchy vývoje řeči se v rodině neobjevily.

Dívka vyrůstá v neúplné rodině s matkou, babičkou a jedním sourozencem.

Od 3 let dívka navštěvuje celodenně speciální mateřskou školu, adaptovala se dobře.

Socioekonomická situace rodiny se jeví jako přiměřená.

##### *Osobní anamnéza:*

Z první gravidity, fyziologický průběh, porod v termínu v 39 týdnu, spontánní, záhlavím, vacuumextraktor, kříšena. První dvě noci byla v inkubátoru, propuštěna z porodnice byla čtvrtý den. Porodní hmotnost: 3500 g. Délka 50 cm, Apgar 5-7-9. Icterus neměla. Kojena 14 měsíců, příjem potravy bez problému. Plenována do dvou let.

*Motorický vývoj:*

Bez opoždění, sed od sedmi měsíců, dívka začala chodit v jednom roce

*Vývoj řeči:*

Opožděný, první slova po prvním roce, pak nastává stagnace ve vývoji řeči. Věty dívka zatím netvoří. Užívá spíše volné řazení slov, nesrozumitelné, objevují se i shluky nesrozumitelných zvuků a neologismy. Mírná akcelerace po 4,5 letech (dívka začala užívat i delší 3 slabičná slova, věty stále netvoří. Pud k mluvení se zlepšuje, zájem o komunikaci. Básničky, písničky neumí (nedoplň slovo). Mimiku užívá.

*Orofaciální systém:*

Jazyk plazí ve střední čáře, bez dyskinez, jazyk méně pohyblivý, oromotorika méně rozvinuta, frenulum linguae v normě, 1. dentice, skus nůžkovitý, nosovost nezměněna, hlas jasný.

*Prodělané nemoci:*

Úrazy 0, operace 0, stavy bezvědomí 0, alergie 0, běžné infekce HCD, otitis media prodělala, medikace: dříve Nootropil. Sluch fyziologický. Zrak, dívka nosí brýle, celodenně. Zraková ostrost do dálky je pod normou, do blízka v normě, binokularita v normě. Zjištěné některé projevy centrální poruchy zrakové percepce.

***Zprávy z odborných vyšetření***

*9/2016 Klinická psychologie (opis):*

Opožděný vývoj řeči – obraz potíží odpovídá smíšené vývojové dysfázii (exprese i rozumění na vývojové úrovni 18-21 měs.) Kognitivní kapacita neverbální v normě, adekvátní zralost emočně/sociální.



*1/2017 Centrum zrakových vad (opis):*

Zraková ostrost do dálky na obrázkovém preferenčním testu CAT je pod normou, ale visus vyrovnaný. Do blízka na jednotlivých obrázcích je visus také vyrovnaný a v normě. Binokularita se jeví dobrá. Zjištěny některé projevy centrální poruchy zrakové percepce, které se pak mohou promítat do zrakové ostrosti na řádkovém optotypu.

*5/2017 Neurologie (opis):*

Vývojová smíšená dysfázie výrazná receptivní i expresivní složka – poměrně výrazná, nález generalizované specifické aktivity, a to i při HV, nejen ve spánku.

### ***Komplexní logopedické vyšetření (únor 2018, věk 4 roky a 9 měsíců)***

Dívka přichází do ambulance klinické logopedie v doprovodu matky na doporučení pediatra. Pro vstupní vyšetření byly použity dějové obrázky, obrázkové knížky, jednoduché hračky a předměty k posouzení porozumění řeči. Dále byly využity obrázky na diferenciaci obecných zvuků.

*Navázání kontaktu a spolupráce:*

Dívka navazuje kontakt po určité době, je ostýchavá. Koncentrace pozornosti je krátkodobá, objevuje se neustálý psychomotorický neklid. Několikrát po dobu vyšetření odbíhá z místa. Oční kontakt navazuje, ale pouze krátkodobě, třeští pohledem. Pracovní tempo je pomalejší. Dobře reaguje na pozitivní motivaci například zatleskání. Je nutné častěji střídat jednotlivé činnosti a dívku motivovat.

*Vyšetření řeči:*

- *Percepce řeči:*

Dívka v běžné konverzaci a instrukci na úrovni souvětí nerozumí. Rozumění jednoduchým pokynům bez zrakové podpory s obtížemi. Podle pádových otázek a předložek se neorientuje. Na jednoduché otázky odpovídá s latencemi. Identifikuje obrázek s latencemi. Zvládá základní pojmy.

- *Expresa řeči:*

#### *Lexikálně sémantická jazyková rovina:*

Dívka se snaží komunikovat, aktivní slovní zásoba je opožděna. Básničku ani písničku nedokáže samostatně reprodukovat, ani s dopomocí (nedoplní). Samostatně napočítá do tří s dopomocí do pěti. Identifikuje obrázek s latencemi. Na jednoduché otázky reaguje s latencemi. Zvládne rozeznat základní pojmy v základních vztazích mírné obtíže. Tvoří vlastní neologismy. Převyprávění jednoduchého děje nezvládá. Odpovědi na otázky jsou jednoslovné, někdy odpovídá jen shlukem zvuků, velmi občasně utvoří dvouslovnou větu. Předměty do základních sémantických skupin nevytřídí. Pasivní slovní zásoba je orientačně v některých oblastech oslabena.

#### *Morfologicko-syntaktická jazyková rovina*

Objevují se dysgramatismy – nesprávné užití časů, časování, skloňování, předložkových vazeb, koncovek rodů. Dále volně řadí slova, vynechává větné členy nebo předložky. Obtíže se dále vyskytují v užívání jednotného a množného čísla. Zaznamenány obtíže ve výbavnosti pojmů.

#### *Foneticko-fonologická jazyková rovina*

Řečový projev dívky je spontánní, snaží o komunikaci. Odchytky ve výslovnosti jsou nápadné. Vývoj výslovnosti je opožděn. Řeč je málo srozumitelná. Zaznamenány jsou výrazná artikulační neobratnost, přesmyky, eliminace hlásek a slabik. Finální nebo iniciální konsonanty bývají ve slovech často vynechávány.

Vývoj foneticko-fonologická jazykové roviny je shrnut v tabulce (Tab. 13).

Artikulační okrsek	Vstupní vyšetření 21. 2. 2018		Artikulační okrsek	Vstupní vyšetření 21. 2. 2018	
I.	P, B, M	Intaktní	III.	Ť, Ď, Ň	Nestabilní
	V, F	Intaktní		J	Intaktní
II.	T, D, N	hlásky tvořeny na nesprávném místě	IV.	K, G	Intaktní
	L	paralálie hláskou V nebo neurčitým zvukem		CH	paralálie neurčitým zvukem
	R	paralálie hláskou B, nebo neurčitým zvukem	V,	H	Intaktní
	Ř	paralálie neurčitým zvukem			
	C, S, Z	paralálie neurčitým zvukem			
	Č, Š, Ž	paralálie neurčitým zvukem			

Tab. 13: *Foneticko-fonologická jazyková rovina, vstupní vyšetření 2/2018*

#### *Suprasegmentální složka řeči*

Hlas je dětský, volně tvořený (čistě tvořený). Mluví v přiměřeném a pravidelném tempu. Melodie řeči je přiměřená. Přízvuk ani důraz řeči nejsou porušeny. Nejsou patrné potíže s respirací. Řeč je plynulá.

#### *Pragmatická jazyková rovina*

Často sama iniciuje rozhovor, velký zájem o sociální kontakt. Dívka má však obtíže v dosahování komunikačního cíle. Zvládá říci svoje jméno s dopomocí vyjmenuje členy rodiny (máma, babi), kamarády ani s dopomocí nevyjmenuje.

#### *Orientační vyšetření sluchu, sluchové percepce a paměti*

Na zvukové podněty reaguje adekvátně. S latencí vykoná požadovaný úkol. Zvládne lokalizovat zdroj zvuku. Poznává předměty podle zvuku. Při orientačním vyšetření sluchu řečí i šepotem na vzdálenost 6 metrů nebyla zjištěna patologie (6 V 6, 6 Vs 6). Při opakování předříkaných slov slova komolí, věty nezopakuje.

#### *Orientační vyšetření zraku, zrakové percepce a paměti*

V odlišení, vyřídění i pojmenování základních barev se objevují chyby. Diferencuje figuru a pozadí s mírnými obtížemi. Nesestaví obrázek ze 4 dílů, ze tří dílů s latencemi. Obtíže se zapamatováním 3 předmětů a určování, který chybí.

#### *Vyšetření motoriky:*

- *Hrubá motorika*

Dívka je neobratná, při skoku sounož, nejistota, překročí nízkou překážku s dopomocí, při chůzi po schodech se snaží střídat nohy, přejít po čáře již činí obtíže. Sebeobslužné činnosti zvládá bez problémů, nyní se dívka učí samostatnému čištění zubů.

- *Jemná motorika, grafomotorika*

Manipulaci s drobnými předměty je dívka mírně neobratná. Dívka kreslí obrysy postav. Umí napodobit kruh a spirálu. Nezvládá správný úchop tužky. Má zájem o kreslení.

- *Oromotorika*

Frenulum linguae intaktní, mluvidla bez nápadností, hybnost jazyka všemi směry dobrá, mírné koordinační obtíže, koníka naznačí, rty olízne, našpulí. Zvládne nafouknutí tváří.

#### *Lateralita:*



F-část	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
Zisk bodů	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Celkový skór	3																			

Tab.14: 2/2018 Kresba postavy VPRK

#### *2/2018 Token test dětská verze*

V prvních dvou částech dívka skórovala, od třetí části dívka nezískala žádný bod. Celkový zisk z testu 3 body. Dívka má obtíže v rozlišení barvy, tvaru i velikosti. Po celou dobu testování zaznamenávám oscilaci pozornosti. Podle orientační normy u dětí v předškolním věku je daný výsledek testu: riziko poruch porozumění.

#### *2/2018 Popis řeči podle zvukového záznamu*

Byl využit záznam řeči popisu obrázku, podle zvukové nahrávky. Pro účely hlavního cíle se poté vyhodnocoval výskyt srozumitelných výrazů i neologismů a také byly zaznamenány použité slovní druhy u tří obrázků:

1. Mama
2. Bubu
3. Kuden no

Celkově byly zaznamenány 4 výrazy.

3 srozumitelné – 1x podstatné jméno: mama, 1x onomatopoeie: bubu, 1x částice odpovědná: no.

1x neologismus: kuden

#### *2/2018 Vyšetření aktivní mimické psychomotoriky – podle Kwinta (ve věku 4-5 let)*

Výsledek: test zvládá vzhledem k věku na 66 %. Dívka během vyšetření: spolupracuje, je mírně nesoustředěná.

#### *3/2018 Kresba postavy*

Dívka používá levou horní končetinu, stále s nesprávným úchopem. Postavu opět pojmenovává jako maminku. Snaží se nyní používat více barev a postavu vybarvit. Tuto činnost ale nedokončí. V kvalitativním hodnocení senzomotorické koordinace pak dívka nezískává žádný bod. Tahy jsou tentokrát nepřesné a nedaří se je správně napojovat. (Příloha 5), (Tab. 15)

O-část	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15										
Zisk bodů	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0										
F-část	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35					
Zisk bodů	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
Celkový skór	3																								

Tab.15: 3/2018 Kresba postavy VPŘK

#### 4/2018 Test úrovně grafomotorického vývoje (LTG)

Dívka získává 3 body, což odpovídá prognóze, od 5 let a 7 měsíců bude dítě pravděpodobně průměrně zralé. Dívka spadá do skupiny (4,7 - 4,12 let, měsíců). Používá levou horní končetinu stále s nesprávným úchopem. (viz. příloha 6)

#### 5/2018 Vyšetření fonemického sluchu

Celkový výsledek z testu je pod úrovní normy. Kdy za normu je považováno 98 bodů – dívka získává 95 bodů, což odpovídá 79,2% úspěšnosti. V jednotlivých oblastech znělost x neznělost 63,3 % - (výsledek je pod úrovní normy), kontinuálnost x nekontinuálnost 80,0 % - (výsledek je pod úrovní normy), nosovost x nenosovost 83,3 % - (výsledek je pod úrovní normy), kompaktnost x difúznost 90,0 % - kde jako v jediném subtestu se dostává na úroveň normy. Největší obtíže vzhledem k počtu chybných odpovědí a % výsledku dělají dívce znělost x neznělost.

#### 5/2018 Kresba postavy

Dívka kreslí levou horní končetinou se stále nesprávným úchopem. Nyní kreslí samu sebe. Postava je opět namalovaná více než jednou barvou. V kvalitativním hodnocení

senzomotorické koordinace pak dívka získává opět 1 bod za úspěšnou realizaci linií. (Příloha 7), (Tab. 16)

O-část	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15										
Zisk bodů	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0										
F-část	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35					
Zisk bodů	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
Celkový skór	6																								

Tab.16: 5/2018 Kresba postavy VPŘK

### 5/2018 Zkouška laterality

Při zkoušce dívka dobře spolupracovala.  $DxQ = S P + S A/2 / N \times 100$ , vychází 28,57, což odpovídá: Méně vyhraněná levorukost L- DxQ 49–25; L1 – anamnestické leváctví souhlasí se zjištěným fenotypem (L-, L). Typ laterality: Lateralita zkřížená - L-xP zkřížená dominance levé ruky (méně vyhraněná) a pravého oka.

### Zprávy z odborných vyšetření:

#### 3/2018 Neurologie (opis):

Výrazně nerovnoměrný psychomotorický vývoj: výrazná dysfázie smíšeného typu, suspektně známky pervazivního vývojového onemocnění, známky hyperaktivity, v neurologickém vyšetření axiální hypotonie, neobratnost v hrubé i jemné motorice, faciální dysmorfie, suspektně na CVI ve vyšetření v centru zrakových vad.

#### 6/2018 ORL, foniatrie (opis):

Normální sluch oboustranně, smíšená vývojová dysfázie těžšího stupně (expresivní i receptivní).

#### 6/2018 Neurologie (opis):

Věku přiměřený nález bez jasné ložiskové či epileptiformní abnormality



## ***Kontrolní logopedické vyšetření (červenec 2018, věk 5 let a 2 měsíce)***

### *Navázání kontaktu a spolupráce:*

Dívka již vydrží po celou dobu terapie sedět na místě, neodbíhá, oční kontakt navazuje. Koncentrace pozornosti je stále krátkodobá, stále se objevuje psychomotorický neklid, nutné střídat činnosti.

### *Vyšetření řeči:*

#### *Lexikálně sémantická jazyková rovina*

Začíná rozumět také dvoustupňovým pokynům. Na jednoduché otázky reaguje adekvátně.

Rozeznává základní pojmy a vztahy. Přetrvává zhoršená orientace podle předložek. Postupně se zlepšuje pasivní a aktivní slovní zásoba. Nadále je nejistá výbavnost slov. Pokračuje tvoření vlastních neologismů. Převyprávění jednoduchého děje, mírné zlepšení, ale objevují se dysgramatismy a anakolut. Vnímání dějové posloupnosti i verbální paměť jsou stále oslabené. Se slovním vedením vytřídí předměty do základních sémantických skupin.

#### *Morfologicko-syntaktická jazyková rovina*

Tvoří dvouslovné věty. Odliší plurál a singulár s názorem. Aktivně se zapojuje do rozhovoru. Ve větách se stále objevují dysgramatismy. Zůstávají časté hláskové eliminace či záměny a slabikové záměny. Nadále vážne používání přídavných jmen, zvratných zájmen.

#### *Foneticko-fonologická jazyková rovina*

Artikulace vokálů a diftongů je intaktní. Zlepšila se rytmizace. Poznává již známou písničku podle melodie. S jistotou vytleská dvouslabičné slovo, u tříslabičného slova občas chybí. Srozumitelnost řeči se pro širší okolí zlepšuje.

*Kontrola dle jednotlivých artikulačních okrsků:*

Artikulační okrsek	Kontrolní vyšetření červen 2018		Artikulační okrsek	Kontrolní vyšetření červen 2018	
I.	P, B, M	Intaktní	III.	Ť, Ď, Ň	Nestabilní
	V, F	Intaktní		J	Intaktní
II.	T, D, N	nekonstantní	IV.	K, G	Intaktní
	L	nekonstantní		CH	izolovaně zvládá, občasně užije správně
	R	paralálie hláskou B, nebo neurčitým zvukem	V,	H	Intaktní
	Ř	paralálie neurčitým zvukem			
	C, S, Z	paralálie neurčitým zvukem			
	Č, Š, Ž	izolovaně občasně zvládá, ale neužívá			

Tab. 17: *Foneticko-fonologická jazyková rovina, vstupní vyšetření 6/2018*

*Suprasegmentální složka řeči*

Je bez nápadností.

*Pragmatická jazyková rovina*

Dívka sama iniciuje rozhovor, lepší dosahování komunikačního cíle. Přetrvává psychomotorický neklid a krátkodobá koncentrace pozornosti.

*Grafomotorika*

V oblasti kresby jsou patrné rysy organicity, kresba je ale po formální i obsahové stránce

vyzrálejší. Přetrvává nesprávný úchop. Dívka má o kresbu velký zájem.

### ***Průběh logopedické terapie (červenec 2018 – listopad 2018)***

V terapii jsme se dále zaměřovali na další rozvoj pasivní a aktivní slovní zásoby s užitím slovních druhů, k podstatným jménům a slovesům jsme postupně přidávali přídavná jména a zájmena. Na aktivní užití a tvorbu nadřazených pojmů dle daných sémantických kategorií, procvičování fonemického sluchu, další rozšiřování větné stavby s užitím předložkových vazeb a jednoduchých spojovacích výrazů, zvládnutí popisu dle jednoduchých dějových obrázků, řazení obrázků s nácvikem časové posloupnosti. Aktivní slovní zásoba byla využívána k popisu a tvorbě jednoduchých narativ. Využívali jsme různé slovní hry zaměřené na rychlejší vybavnost pojmů. Bylo podporováno užití správných gramatických tvarů slov ve slovních spojeních a větách. Verbální i sluchová paměť a pozornost byly nadále podporovány také krátkými říkankami, které jsme rytmizovali. V oblasti zrakové percepce byly využívány různé pracovní listy zaměřené na vyhledávání daných prvků v obrázku, odlišení výrazněji jiného obrázku v řadě, odlišení podle velikosti, odlišení jiného obrázku v řadě. Dále tvaru, který se liší horizontální polohou (vertikální polohu zatím neodlišujeme) a obrázku, který se liší detailem. V oblasti sluchové percepce rozlišujeme zvukově podobná slova se zaměřením na konkrétní hlásky v nácviku. Zlepšujeme sluchovou pozornost na reakci na dané slovo v řadě slov. Zařazujeme činnosti na lokalizaci zvuku, rozlišování zvuků, rozlišování stejných a nestejných slov. Při práci s obrázky a manipulaci s předměty rozvíjíme pochopení souvislostí mezi předměty a činnostmi. Zaměřujeme se i na vztah příčina-následek. Hodnotíme pravdivé a nepravdivé výroky. Pokračujeme v rozvíjení předmatematických představ pomocí pracovních listů. V porovnávání počtu předmětů používáme pojmy „více“, „méně“, „stejně“. Vybavujeme pojmy „před“, „za“, „nad“, „pod“, „vedle“, „v“. Probíhá rozvoj grafomotoriky, vyvozování správného úchopu, zařazování uvolňovacích cviků ruky. Rozvoj jemné motoriky byl podporován hrou s drobnými předměty.

### ***Další zprávy z odborných vyšetření***

*8/2018 Dětská a dorostová psychiatrie (opis):*

Smíšená vývojová dysfázie s narušením receptivní i expresivní složky řeči.  
Hyperkinetický syndrom in observatione.

***Další testy a orientační posouzení:***

*7/2018 Kresba postavy*

Dívka kreslí levou horní končetinou dále s nesprávným úchopem. Kresbu označí za maminku. Postava je opět namalovaná více než dvěma barvami. V kvalitativním hodnocení senzomotorické koordinace znovu získává opět 1 bod za úspěšnou realizaci linií se správným napojením. (Příloha 8), (Tab. 18)

O-část	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15										
Zisk bodů	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0										
F-část	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35					
Zisk bodů	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
Celkový skór	6																								

Tab. 18: 7/2018 Kresba postavy VPŘK

*7/2018 Zkouška sluchového rozlišování – WM.*

Dívka chybuje celkem 18x – velká chybovost, nácvik slov chápe. Celkově 72% chybovost. Dívce dělají obtíže všechny oblasti testu.

*10/2018 Test úrovně grafomotorického vývoje (LTG)*

Dívka získává 10 bodů, což odpovídá prognóze, od 5 let a 7 měsíců bude dítě pravděpodobně průměrně zralé. Dívka spadá do skupiny (5,0 - 5,6 let, měsíců). Levou horní končetinou, špatný úchop. Dochází ke zlepšení této oblasti. (viz. příloha 9)

*11/2018 Kresba postavy*

Kresba je provedena levou horní končetinou se špatným úchopem. Kresbu pojmenovává tatínek. V kvalitativním hodnocení senzomotorické koordinace znovu nezískává žádný bod, linie jsou nesprávně vedeny a napojení je nedokonalé. (viz. příloha 10), (Tab. 19)

O-část	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15										
Zisk bodů	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0										
F-část	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35					
Zisk bodů	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
Celkový skóre	7																								

Tab. 19: 11/2018 Kresba postavy VPŘK

#### *11/2018 Token test dětská verze*

V prvních dvou částech dívka skórovala, od třetí části dívka znovu nezískala žádný bod. Celkový zisk z testu 6,5 body. Dívka chybuje v odlišení barvy v prvních dvou částích pouze 1x a v odlišení tvaru 3x. V ostatních částech testu má dívka obtíže v rozlišení barvy, tvaru i velikosti. Po celou dobu testování zaznamenávám oscilaci pozornosti, mírnější u prvních dvou částí. Podle orientační normy u dětí v předškolním věku je daný výsledek testu: riziko poruch porozumění.

#### *11/2018 Popis řeči podle zvukového záznamu*

Byl využit záznam řeči popisu obrázku, podle zvukové nahrávky. Pro účely hlavního cíle se poté vyhodnocoval výskyt srozumitelných výrazů i neologismů a také byly zaznamenány použité slovní druhy u tří obrázků:

1. Maminka bubuště nestájej kuka
2. Já jsem nemocná, ne ja ja nejsem vstala
3. Ja slikám a obecu a já není já

Celkově byly zaznamenáno 20 výrazů.

16 srozumitelných – 6x zájmeno: já. 4x sloveso: jsem, nejsem, vstala, není. 2x podstatné jméno: maminka, kuka. 2x spojka: a. 1x přídavné jméno: nemocná. 1x částice odpovědná: ne.

4 neologismy: bubuště, nestájej, slikám, obecu

0x onomatopoeie

### *11/2018 Orientační posouzení osově souměrnosti*

Dívka se snaží dokreslit chybějící polovinu obrázku. Pracuje zcela samostatně. Chyby se objevují v přesnosti napodobovaných tvarů a v jejich počtu. Někdy dívka domaluje tvary, které v předloze nejsou (motýl). Levá horní končetina, úchop nesprávný. (viz. příloha 11)

### ***Kontrolní logopedické vyšetření (listopad 2018, 5 let a 6 měsíců)***

#### *Navázání kontaktu a spolupráce*

Dívka po celou dobu terapie sedí na místě, neodbíhá, oční kontakt navazuje. Koncentrace pozornosti se zlepšuje, vydrží delší časový úsek.

#### *Vyšetření řeči:*

##### *Lexikálně sémantická jazyková rovina*

Rozumí dvoustupňovým pokynům. Rozeznává základní pojmy a vztahy. Nadále přetrvává horší orientace podle předložek. Výbavnost pojmů a užití aktivního slovníku se zlepšuje. Zatím nezvládá reprodukci říkanky. Při vyprávění příběhu udrží pouze s dopomocí jednoduchou dějovou linii. S dopomocí vytřídí předměty do základních sémantických skupin. Chybuje v užití nadřazených výrazů.

##### *Morfologicko-syntaktická jazyková rovina*

Tvoří věty dvouslovné, ale také holé. Aktivně se zapojuje do rozhovoru. Ve větách se stále objevují dysgramatismy. Zůstávají hláskové eliminace či záměny a slabikové záměny. Nadále vážně používání zvrtných zájmen, chybuje také v užívání předložkových vazeb.

### *Foneticko-fonologická jazyková rovina*

Došlo ke zlepšení v oblasti sluchové percepce, sluchového rozlišování. Sluchová paměť – dokáže si zapamatovat 2 prvky. Při soustředění a po opakovaném zácvičku zvládne určit počet slabik ve slově. Při velkém soustředění dokáže správně určit stejné/jiné slovo.

### *Kontrola dle jednotlivých artikulačních okrsků:*

Artikulační okrsek	Kontrolní vyšetření listopad 2018		Artikulační okrsek	Kontrolní vyšetření listopad 2018	
I.	P, B, M	Intaktní	III.	Ť, Ď, Ň	Intaktní
	V, F	Intaktní		J	Intaktní
II.	T, D, N	intaktní	IV.	K, G	Intaktní
	L	nekonstantní		CH	Intaktní
	R	paralálie hláskou L	V,	H	Intaktní
	Ř	paralálie neurčitým zvukem			
	C, S, Z	izolovaně občasně zvládá, ale neužívá			
	Č, Š, Ž	izolovaně občasně zvládá, ale neužívá			

Tab. 20: *Foneticko-fonologická jazyková rovina, vstupní vyšetření 11/2018*

### *Pragmatická jazyková rovina*

V sociální komunikaci je stále nejistá. Dovede však iniciovat rozhovor. Dokáže adekvátně odpovídat na jednoduché otázky.

### *Grafomotorika*

V oblasti kresby jsou patrné rysy organicity. Kresba je po formální i obsahové stránce vyzrálější. Přetrvává nesprávný úchop tužky. Dívka má velkou zájem o tuto oblast.

### *Předmatematické představy*

Dochází ke zlepšení, nyní samostatně ovládá početní řadu do 5 a s dopomocí do 8. Odlišení základních barev se zlepšilo. Odliší dva překrývající se obrázky. Zlepšila se v odlišení tvarů v horizontální linii a tvarů lišící se detailem. S dopomocí složí tvar z několika částí na předlohu.

### *Průběh další péče*

Tímto posledním kontrolním logopedickým vyšetření byla terapie po domluvě se zákonným zástupcem ukončena. Následně byl předán kontakt na klinického logopeda v místě nového bydliště.

---

### ***Druhý případ:***

***Klient se získanou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému***

---

Diagnóza: Nonfluentní afázie Brocova typu

Pohlaví: muž

Vstupní logopedické vyšetření: 13. 6. 2019

Věk při vstupním vyšetření: 55

Mateřský jazyk: český

Doporučen: praktickým lékařem

### ***Anamnestická data:***

#### *Rodinná anamnéza*

Matka zemřela na CMP, jeden bratr léčen na hypertenzi, jedno dítě zdravé.



### *Osobní anamnéza (opis z dokumentace)*

Arteriální hypertenze, primární záchyt na terapii, hypercholesterolemie, stav po autohavárii s úrazem hlavy v roce 2000 bez rezidua.

### *Pracovní anamnéza*

Klient pracoval jako autoopravář, nyní v pracovní neschopnosti

### ***Průběh onemocnění (opis)***

*26. 1. 2019*

Pacient hospitalizován na neurologické klinice pro ischemickou cévní mozkovou příhodu, smíšenou fatickou poruchu, těžkou v expresi, lehká v percepci. Pacient má pravostrannou hemiparesu, lehkou na KH, frustní na DK, pravostranná hemihypestie. Výpadek v zorném poli.

*27. 1. 2019*

Neurologický nález velmi těžký, somnolence, globální fatická porucha, pravostranná hemiplegie a hemihypestezie.

*Od 28. 1. 2019*

Ústup somnolence, postupný ústup klinického stavu pacienta.

*Od 30. 1. 2019*

Pacient lépe rozumí, zmírněn výpadek v zorném poli, zlepšena hybnost PDK. Pro poruchu polykání přechodně nutnost výživy nasogastrickou sondou.

*10. 2. 2019*

Zahájena rehabilitace, vertikalizace do sedu a stoje.

*Od 12. 2. 2019*

Pacient přeložen na lůžka včasné rehabilitace, vertikalizován, zvládá samostatnou chůzi se 4 bodovou holí.

Přetrvává plegie PHK a lehká subluxace ramena PHK, otok a zvýšená spasticita flexoru zápěstí, globální fatická porucha.

Po domluvě pacient přeložen na ústavní rehabilitační léčbu.

### ***Průběh ústavní rehabilitační léčby (opis)***

3/2019 Pacient přijat s těžkou expresivní fatickou poruchou, rozumí poměrně dobře, výzvě vyhoví, orientaci nelze posoudit, spolupracuje dobře, chodí bez opěrných pomůcek. PHK – lehká subluxace ramena, pasivní rozsah pohybu omezen, plegie, hypestezie celé HK. PHK – rozsah pohybu bez omezení, hypestezie celé DK. Čítí – hypestezie pravostranných končetin. Stoj a chůze – stoj o širší bázi, chůze hemiparetická. Mobilita – na lůžku se posadí bez dopomoci, chůze na krátkou vzdálenost bez pomůcek, pacient převážen na mechanickém vozíku. Soběstačnost – dopomoc s oblékáním a v koupelně, sám se nají nakrájeného jídla.

### ***Zprávy z odborných vyšetření***

#### *3/2019 Závěrečná zpráva z fyzioterapie (opis)*

Postura celkově vadné držení těla. Pravý ramenní kloub v lehké elevaci a protrakci. Celkově přetrvávající vnitřněrotační postavení celé PHK. Hyperkyfóza hrudní páteře, středně těžký výpadek hlubokých stabilizátorů trupu – více vpravo. Režimová opatření – nutnost nošení závěsu PHK.

#### *3/2019 Závěrečná zpráva z psychologického vyšetření (opis)*

Klient navazoval neverbálně psychosociální kontakt, byl vstřícný, pracoval s dobrou testovou snahou, Řeč se nedařila pro výraznou řečovou poruchu. Celkové premorbidní intelektové schopnosti byly hrubým odhadem průměrné. Při testování klienta limitovaly zrakové obtíže (pravostranné výpadky zorného pole) a používání nedominantní levé ruky. Oslabení bylo patrné v paměťových funkcích zrakových, vážla pracovní paměť. Exekutivní funkce byly oslabené výrazněji – uchopení vnímaného bylo méně optimální, psychomotorika byla zpomalená (psychické tempo), byla patrná nepružnost při přepínání mezi podněty. Pozornost zaměřil, udržel. Sebeřízení v normě. Emocionalita nebyla narušená, klient se snažil se svým stavem smířit.

*Průběh:* denně probíhal trénink kognitivních funkcí. Trénovala se pozornost, pracovní paměť, rychlost reakce a psychomotorické tempo. Během pobytu se zlepšovala kvalita spolupráce, kontaktu, větší systematickosti při hledání řešení.

*Retestování:* 5. 2019 – bylo patrné zlepšení v tempu, výdrži a zrakově prostorových schopnostech.

### *3/2019 Závěrečná zpráva z logopedie (opis)*

Nonfluentní afázie Brocova typu s těžkou verbální apraxií, porozumění narušeno na úrovni složitých logicko-gramatických struktur, bez zjevné dysartrické poruchy. Logopedická terapie probíhala denně po dobu 30 min. Přetrvává nonfluentní afázie Brocova typu s verbální apraxií.

### ***Diagnózy (opis)***

1/2019

pravostranná centrální hemiparesa – těžká na horní, jen lehká na dolní končetině, těžká expresivní afázie, verbální apraxie, centr. Paresa n. VII vpravo, jako st. p. ischemické cévní mozkové příhodě v povodí a. cerebri media vlevo

Arteriální hypertenze, primozáchyt při iktu, na terapii, hypercholesterolemie

Stav po autohavárii s úrazem hlavy v r. 2000 bez rezidua.

### ***Průběh jednotlivých logopedických terapií a programu BDB (červen – říjen 2019)***

#### ***Komplexní logopedické vyšetření (červen, 2019)***

Při vstupním logopedickém vyšetření byl proveden MAST – česká verze The Mississippi Aphasia Screening

*Celkový jazykový index 43/100*

*Index produkce činí 9/50 a index rozumění činí 34/50*

1. *Automatická řeč 3/10*

- Číselná řada, dny v týdnu s pomocí, je nutná nápověda.
- Při dokončení přísloví – Jablko nepadá daleko, klient doplní *od mu, muu*.
- Přísloví: Tak dlouho se chodí se džbánem pro vodu až...klient nedoplní.
- Přísloví: Jak se do lesa volá, tak...klient nedoplní.

2. *Pojmenování 4/10*

- Z pěti položek 4 pojmenuje s nápovědou a 1x nepojmenuje vůbec.
- Spíše lehce narušeno, dominující projevy verbální apraxie.

3. *Opakování 2/10*

- Klient správně zopakuje pouze jedno slovo – dort, ostatní slova, ani věty nezopakuje.

4. *Fluence při popisu fotografie 0/10*

- Klient za 10 sec. Řekl: *háhemte, otej*, klient produkoval 2 výrazy.
- Informační hodnota sdělení je nulová.

Pro účely hlavního cíle se poté vyhodnocoval výskyt srozumitelných výrazů i neologismů a také byly zaznamenány použité slovní druhy.

- Byl použit 2x neologismus: háhemte, otej
- Nebyl použit žádný srozumitelný výraz

5. *Psaní na diktát 0/10*

- Přítomna těžká agrafie

6. *Rozumění alternativním otázkám 16/20*

7. *Rozumění slovu – identifikace objektů 10/10*

8. *Rozumění mluvené instrukci 4/10*

9. *Rozumění čtené instrukci 4/10*

- Funkční porozumění dobře zachováno, porucha na úrovni složitých logicko-gramatických struktur, porozumění delším instrukcím narušeno pro deficity ve verbální paměti

Po provedení testu MAST byl klientovi ukázán a nabídnut terapeutický program BDB. Klient souhlasil.

### ***Průběh první terapie (červen, 2019)***

S klientem jsme se zaměřili na nácvik automatických řad, a to číselných řad a dnů v týdnu. Bylo nutné použití fonemické nápovědy. Dále jsme cvičili pojmenování základních předmětů. Znovu jsem musela použít fonemickou nápovědu. U klienta byly patrné projevy verbální apraxie. Při nácviku opakování byla narušená artikulace jako projev verbální apraxie. Dále byla patrná snaha o zopakování slyšených slov.

### ***Průběh první terapie BDB***

Při překreslování jednoduchých černobílých obrázků zjednodušenou technikou kresby, jsem zvolila motiv ženy, která rozevívá deštník se zlomenou tyčí (Obr. 2). Klient překresloval obrázek nedominantní LHK (Obr. 3). V provedení kresby klienta je vidět deštník i naznačená zlomená tyč od deštníku a kapky, tedy dominantní prvky v daném motivu. Dále je rozpoznatelná postava. Klienta tato technika zaujala a chtěl v ní dále pokračovat. Domů klient dostal další obrázky na překreslování.



Obr. 2 Předloha: Žena rozevívá deštník, který má zlomenou jednu tyč



Obr. 3 Výsledek klienta: Žena rozevívá deštník, který má zlomenou jednu tyč

O-část	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15										
Zisk bodů	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0										
F-část	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35					
Zisk bodů	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0					
Celkový Skór	14																								

Tab. 21: 6/2019 Kresba postavy ZPŘK

Klient kreslí levou horní končetinou. Při kvalitativním hodnocení senzomotorické koordinace se vyskytují jak linie, které jsou velmi dobře zpracované, tak čáry již takovou kvalitou nemají. Z tohoto důvodu musím lehce upravit dané hodnocení a přidělit alespoň půl bodu.

### ***Průběh druhé terapie (červenec, 2019)***

Terapii jsme s klientem zahájili opakováním automatických řad. Pracujeme s kartami (dle Automatická řeč A), kdy klient s latencemi správně seřadí, doplní dny v týdnu i číslice. Vyjmenování dnů v týdnu i číslic se vůbec klientovi samostatně nedaří. Při využití

fonemické nápovědy se některé dny podaří vybavit, číslice nikoli. Při doplňování frekventovanějších přísloví klient dokáže správně doplnit pouze fragmenty slov. Pojmenování dle obrázků z minulé terapie stále vážne, registruji neologismy.

### *Průběh druhé terapie BDB*

Začíná zácvik kresby obrázků. Klient má před sebou sadu pěti černobílých obrázků, otočených tak, abych na ně neviděla. Jeden z nich se pak snaží následně reprodukovat (Obr. 4). Mým úkolem je daný obrázek identifikovat (Obr. 5). I když je na první pohled těžké z kresby poznat co je hlavním motivem v rámci uzavřeného souboru to jde velmi snadno. Hlavní charakteristické rysy jsou v kresbě patrné (postava, džbán, voda, hrnek i kaluž vody). Klienta velmi potěšilo a namotivovalo, že dané kresba byla poznána.



Obr. 4 Samostatná reprodukce klienta z pětidílné sady obrázků: *Žena nalévající vodu*



Obr. 5 Reprodukovaná kresba: *Žena nalévající vodu*

O-část	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Zisk bodů	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0

F-část	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	
Zisk bodů	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Celkový Skór	7																				

Tab. 22: 7/2019 Kresba postavy ZPŘK

Klient kreslí levou horní končetinou. Při kvalitativním hodnocení senzomotorické koordinace se vyskytují jak linie, které jsou velmi dobře zpracované, tak čáry již takovou kvalitu nemají. Celkově je ale úroveň horší i kvůli tomu, že se objevuje transparentnost. Z tohoto důvodu hodnotím nulou.

### ***Průběh třetí terapie (srpen, 2019)***

S klientem dále pokračujeme v nácvičku automatických řad, kde stále přetrvávají obtíže. Zlepšila se pouze výbavnost slova *čtvrtek*, kde již není nutné použití fonemické nápovědy. Při doplňování přísloví, které jsme cvičili minulou terapii, se zlepšila rychlost výbavnosti slova při použití fonemické nápovědy. Pojmenování vázne. S klientem pracujeme se stále stejnou sadou obrázků základních předmětů. Dále jsme se s klientem zaměřili na opakování slov a věty kde nastávaly obtíže.

### ***Průběh třetí terapie BDB***

S klientem jsme se zaměřili na zachycení podstatných detailů na dějovém obrázku. Pro tuto terapii jsem vybrala-dvoj sériový set (Obr. 6). Klient ještě daná témata nemusel kreslit z paměti (Obr. 7). Klient pracoval samostatně a nemusela jsem naznačovat, jak se mají dané detaily zpracovat.





Obr. 6 Téma: Ženy, které do sebe narazí



Obr. 7: Téma zpracované klientem: Ženy, které do sebe narazí

O-část	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15					
Zisk bodů	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0					
F-část	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
Zisk bodů	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0
Celkový Skór	13																			

Tab. 23: 8/2019 Kresba postavy ZPŘK

Klient kreslí levou horní končetinou. Při kvalitativním hodnocení senzomotorické koordinace se vyskytují jak linie, které jsou velmi dobře zpracované, tak čáry již takovou kvalitu nemají. Celkově je ale úroveň znovu lehce lepší a nevyskytuje se transparentnost. Z tohoto důvodu hodnotím půl bodem.

### ***Průběh čtvrté terapie (září, 2019)***

S klientem dále nacvičujeme automatické řady, kdy dochází zlepšení ve výbavnosti dnů v týdnu. Čtvrtek a pátek již klient vybavuje samostatně ostatní dny s fonemickou náповědou. Klient také již samostatně napočítá do pěti a poté s fonemickou náповědou do deseti. Nově zařazujeme seřazení a roztřídění měsíců v roce a ročních období (dle Automatická řeč A). Klient zvládá také samostatně doplnit přísloví, se kterými pracujeme každou terapii. Při opakování vět stále nastávají obtíže. Mírně se zlepšilo pojmenování běžných předmětů dle obrázkových karet (*pes, banán*).

### ***Průběh čtvrté terapie BDB***

Klientovi jsem předložila troj-sériový set (Obr. 8), který musel seřadit a následně znázornit hlavní téma jednoduchou kresbou z paměti (Obr. 9). Seřazení dějové linie paní, která jde zalévat kytky a vodu přelije a následně utírá, zvládá klient bez problémů. Kresba je zlepšena jak po formální, tak po obsahové stránce.



Obr. 8: Téma: *Žena zalévá rostliny na stole. Poté je přelije a voda se rozlije okolo. Žena poté vodu utírá*



Obr. 9: Téma zpracované klientem: *Žena zalévá rostliny na stole. Poté je přelije a voda se rozlije okolo. Žena poté vodu utírá*

O-část	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15										
Zisk bodů	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0										
F-část	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35					
Zisk bodů	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0					
Celkový Skór	13																								

Tab. 24: 9/2019 *Kresba postavy ZPŘK*

Klient kreslí levou horní končetinou. Při kvalitativním hodnocení senzomotorické koordinace se vyskytují jak linie, které jsou velmi dobře zpracované, tak čáry již takovou kvalitu nemají. Celkově je ale úroveň znovu lehce horší. Z tohoto důvodu neudělíme žádný bod.

### **Kontrolní logopedické vyšetření (říjen, 2019)**

Při kontrolním logopedickém vyšetření byl proveden opětovně MAST – česká verze The Mississippi Aphasia Screening

Celkový jazykový index 52/100 (Nastalo zlepšení o 9 %)

Index produkce činí 16/50 a index rozumění činí 36/50

1. *Automatická řeč 5/10* (Nastalo zlepšení o 20 %)

- Číselnou řadu již klient vyjmenuje bez obtíží, dny v týdnu s lehkou pomocí, je nutná nápověda.
- Při dokončení přísloví – Jablko nepadá daleko, klient doplní *od zstomu*.
- Prísloví: Tak dlouho se chodí se džbánem pro vodu až...klient nedoplní.
- Prísloví: Jak se do lesa volá, tak...klient doplní *se ozvá*.

2. *Pojmenování 7/10* (Nastalo zlepšení o 30 %)

- Z pěti položek 3 pojmenuje bez nápovědy a 1 s nápovědou a 1x nepojmenuje vůbec.

3. *Opakování 4/10* (nastalo zlepšení o 20 %)

- Klient správně zopakuje dvě slova – dort, vizitka další slovo, ani věty nezopakuje.

4. *Fluence při popisu fotografie 0/10*

- Klient za 10 sec. Řekl: *cicus, nevim, tak* klient produkoval 3 výrazy.
- Informační hodnota sdělení je nulová.

Pro účely hlavního cíle se poté vyhodnocoval výskyt srozumitelných výrazů i neologismů a také byly zaznamenány použité slovní druhy.

- Byl použit 2x srozumitelný výraz: 1x sloveso: *nevim*. 1x příslovce: *tak*.
- Byl použit 1x neologismus: *cicus*.

5. *Psaní na diktát 0/10*

- Přítomna těžká agrafie

6. *Rozumění alternativním otázkám 18/20* (nastalo zlepšení o 10 %)

7. *Rozumění slovu – identifikace objektů 10/10*

8. *Rozumění mluvené instrukci 4/10* (stále stejné)

9. *Rozumění čtené instrukci 4/10* (stále stejné)

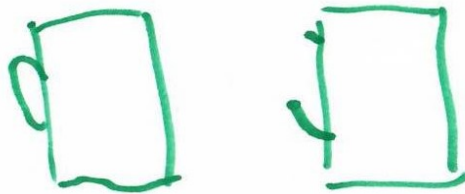
- Funkční porozumění dobře zachováno, porucha na úrovni složitých logicko-gramatických struktur, porozumění delším instrukcím narušeno pro deficity ve verbální paměti.

***Průběh páté terapie (říjen, 2019)***

Na začátku terapii jsme začali s automatickými řadami. Klient dnes samostatně napočítá do 10 bez fonemické nápovědy. Vyjmenování dnů v týdnu se stále zlepšuje. Při doplnění přísloví: *Tak dlouho se chodí se džbánem pro vodu, až se ucho utrhne*, jsme využili techniku BDB (Obr. 10). Dále pokračujeme v pojmenování měsíců v roce a ročních období. Při nácvičce psaní písmen na diktát klient napsal poprvé písmeno L (Obr. 11). Pojmenování předmětů dle obrázkových karet se neustále zlepšuje.

***Průběh páté terapie BDB***

S klientem nacvičujeme využití kresby v rámci konverzace. Snaha přenesení získané dovednosti do běžných konverzačních situací. Klienta se ptám: *Co jste měl dnes k obědu?* (Obr. 12). *Jaká je Vaše profese?* (Obr. 13). Nyní je klient schopný samostatně a srozumitelně odpovědět kresbou na položenou otázku.



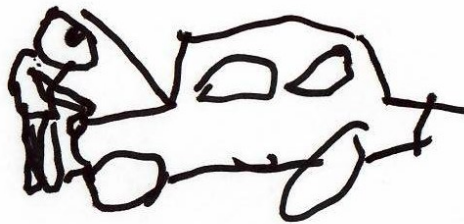
Obr. 10: Téma: *Tak dlouho se chodí se džbánem pro vodu, až se ucho utrhne*



Obr. 11: Psaní na diktát: *Písmeno L*



Obr. 12 Konverzační téma: *Co jste měl dnes k obědu?*



Obr. 13 Konverzační téma: *Jaká je Vaše profese?*

O-část	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15										
Zisk bodů	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0										
F-část	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35					
Zisk bodů	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0					
Celkový Skór	15																								

Tab. 25: 10/2019 *Kresba postavy ZPŘK*

Klient kreslí levou horní končetinou. Při kvalitativním hodnocení senzomotorické koordinace se vyskytují jak linie, které jsou velmi dobře zpracované, tak čáry již takovou kvalitu nemají. Celkově je ale úroveň znovu lehce lepší. Z tohoto důvodu udělíme půl bodu.

#### *Průběh další péče*

Terapie byla po domluvě s rodinou přerušena. Pacient odjel do lázní nahlásí se po návratu.

## **5.4 Výsledky výzkumu, diskuse**

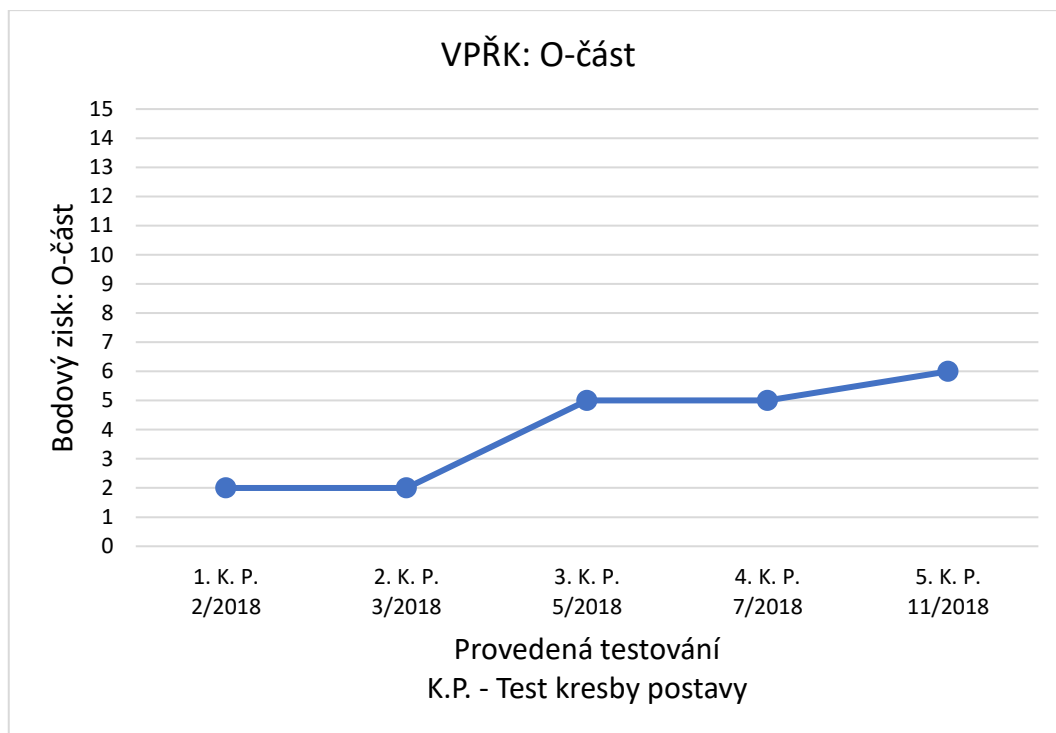
*Hlavním cílem* výzkumného šetření rigorózní práce bylo zjistit, jak se vyvíjí obsahová a formální stránka kresby a řeči u klienta s:

- vývojovou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – smíšenou vývojovou dysfázií (dále VPŘK)
- získanou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – nonfluentní afázie Brocova typu (dále ZPŘK)

#### ***První krok***

*Prvním krokem* bylo vyhodnocení *obsahové a formální stránky kresby* u klienta s VPŘK, (smíšenou vývojovou dysfázií). Byla využita metoda rozboru kresby postavy dle modifikovaného testu Šturmy a Vágnerové. Celkem bylo hodnoceno pět kreseb postavy v časovém horizontu únor–listopad 2018.

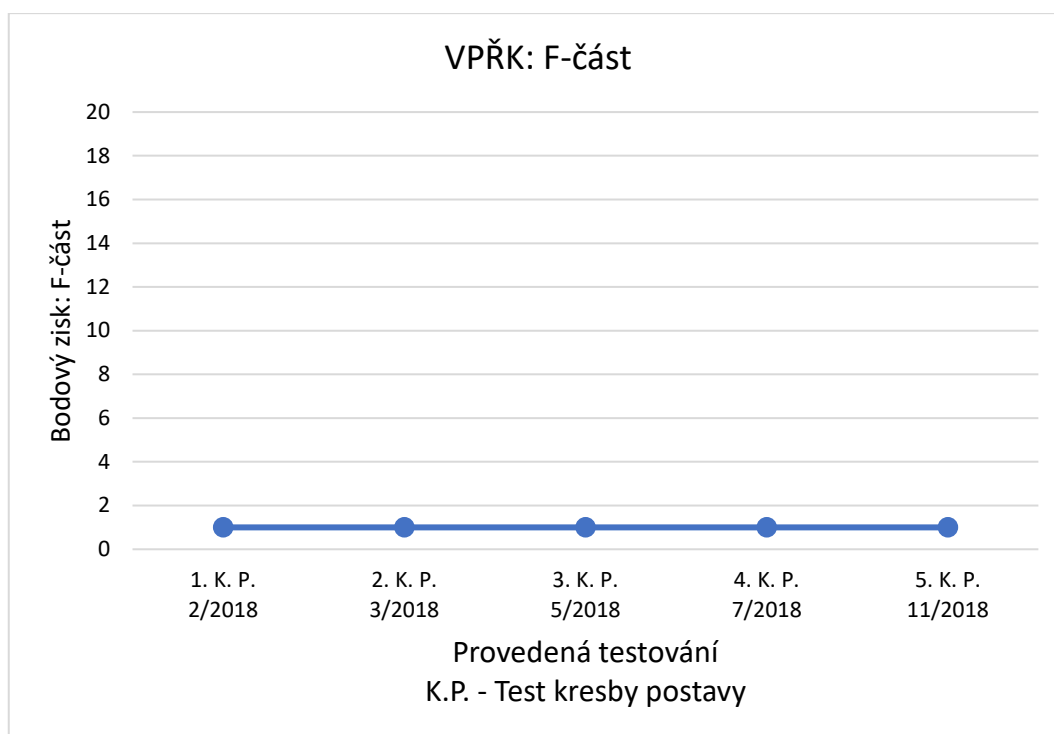
**Graf č. 1** popisuje bodový zisk, který se týká pouze *obsahové stránky kresby* u klienta s VPŘK (smíšenou vývojovou dysfázií). Vznikl na podkladě zaznamenaných výsledků Testu kresby postavy, které jsou shrnuty v tab. 14, 15, 16, 18, 19. Celkem byl proveden pětkrát, kdy při prvním testování klient získal 2 body, při druhém 2 body, při třetím 5 bodů, při čtvrtém 5 bodů a při pátém 6 bodů. Mezi prvním a posledním testováním došlo ke zlepšení o 26,4 %.



Graf. 1: *Vyhodnocení obsahové stránky kresby u klienta s VPŘK*

**Graf č. 2** popisuje bodový zisk, který se týká pouze *formální stránky kresby* u klienta s VPŘK (smíšenou vývojovou dysfázií). Vznikl na podkladě zaznamenaných výsledků Testu kresby postavy, které jsou shrnuty v tab. 14, 15, 16, 18, 19. Celkem byl proveden pětkrát, kdy při prvním testování klient získal 0 bodů, při druhém 0 bodů, při třetím 0 bodů, při čtvrtém 0 bodů a při pátém 0 bodů. Mezi prvním a posledním testováním došlo ke zlepšení o 0 %.



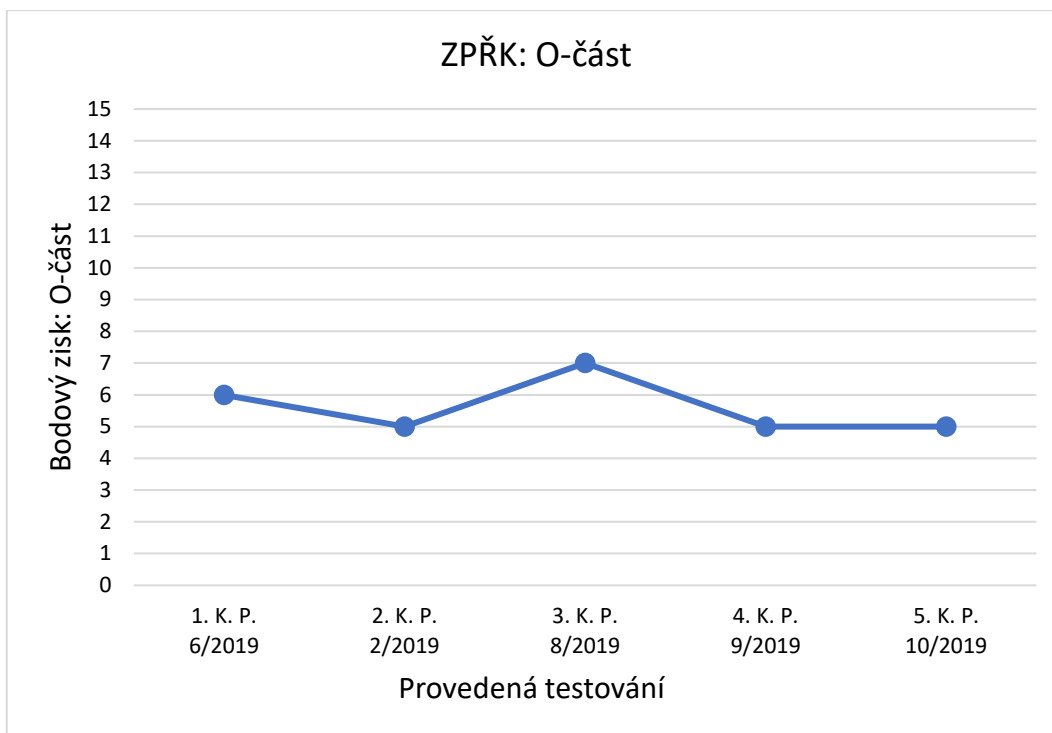


Graf. 2: Vyhodnocení formální stránky kresby u klienta s VPŘK

### ***Druhý krok***

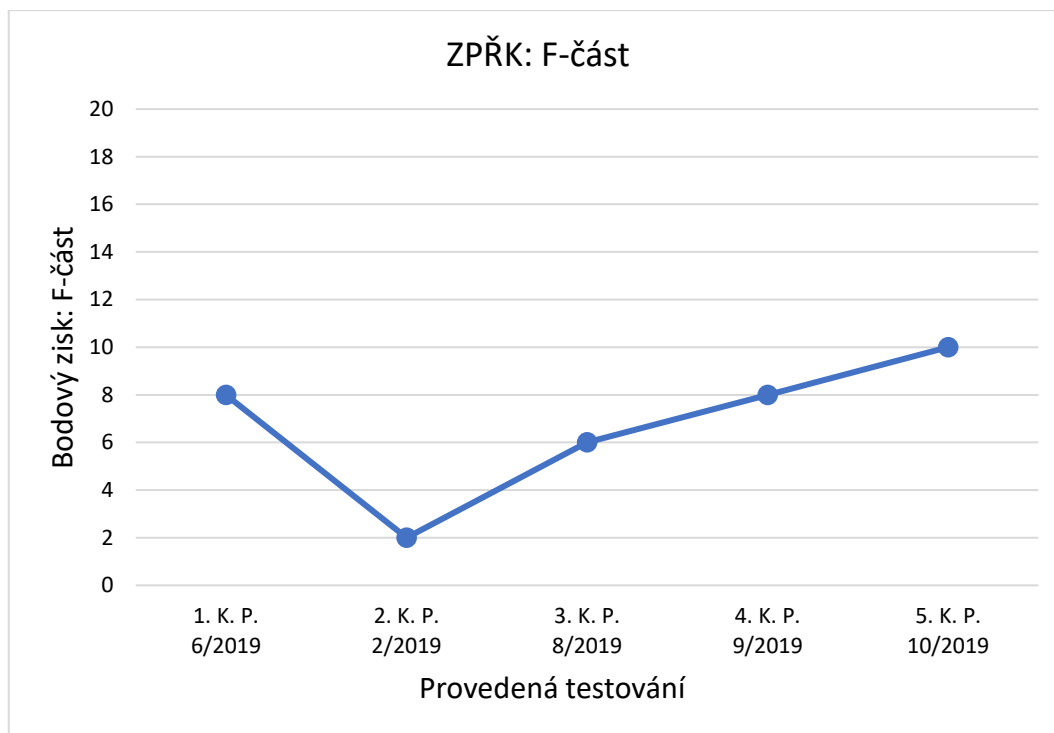
Druhým krokem bylo vyhodnocení *obsahové a formální stránky kresby* u klienta se ZPŘK (nonfluentní afázií Brocova typu). Byla využita metoda rozboru kresby postavy, dle modifikovaného testu Šturmy a Vágnerové. Během výzkumného šetření se hodnotilo celkem pět kreseb postavy v časovém horizontu červen – říjen 2019.

**Graf č. 3** popisuje bodový zisk, který se týká pouze *obsahové stránky kresby* u klienta se ZPŘK (nonfluentní afázií Brocova typu). Vznikl na podkladě zaznamenaných výsledků Testu kresby postavy, které jsou shrnuty v tab. 21, 22, 23, 24, 25. Celkem byl proveden pětkrát, kdy při prvním testování klient získal 6 bodů, při druhém 5 bodů, při třetím 7 bodů, při čtvrtém 5 bodů a při pátém 5 bodů. Mezi prvním a posledním testováním došlo ke zhoršení o 7 %.



Graf. 3: *Vyhodnocení obsahové stránky kresby u klienta s ZPŘK*

**Graf č. 4** popisuje bodový zisk, který se týká pouze *formální stránky kresby* u klienta se ZPŘK (nonfluentní afázií Brocova typu). Vznikl na podkladě zaznamenaných výsledků Testu kresby postavy, které jsou shrnuty v tab. 21, 22, 23, 24, 25. Celkem byl proveden pětkrát, kdy při prvním testování klient získal 8 bodů, při druhém 2 body, při třetím 6 bodů, při čtvrtém 8 bodů a při pátém 10 bodů. Mezi prvním a posledním testováním došlo ke zlepšení o 10 %.

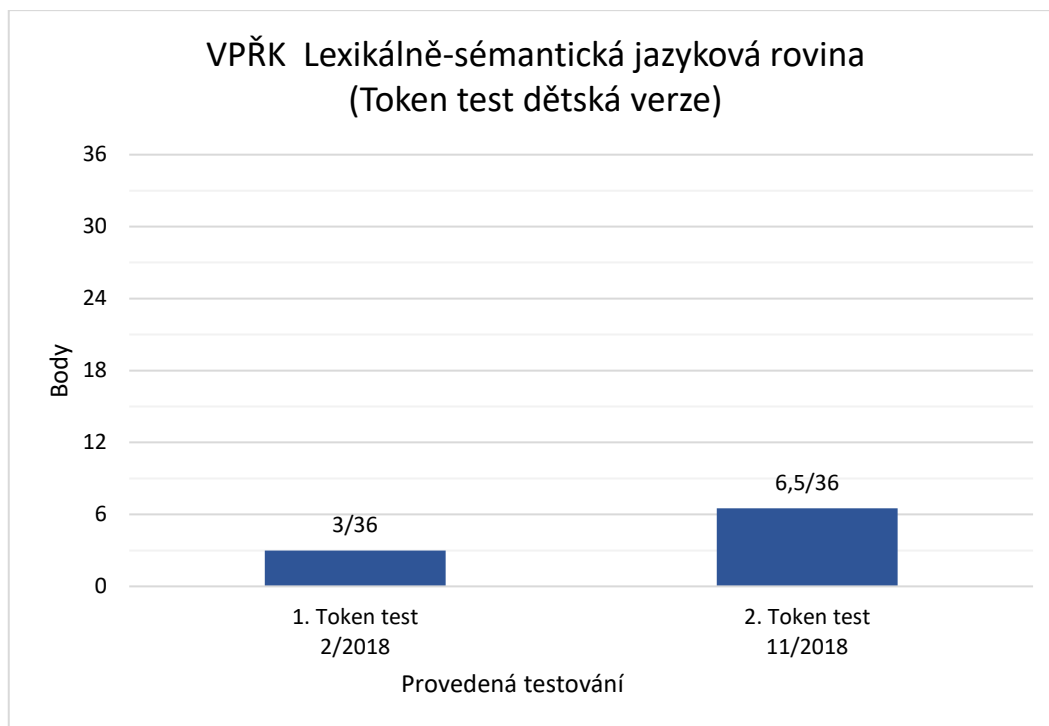


Graf. 4: *Vyhodnocení formální stránky kresby u klienta s ZPŘK*

### ***Třetí krok***

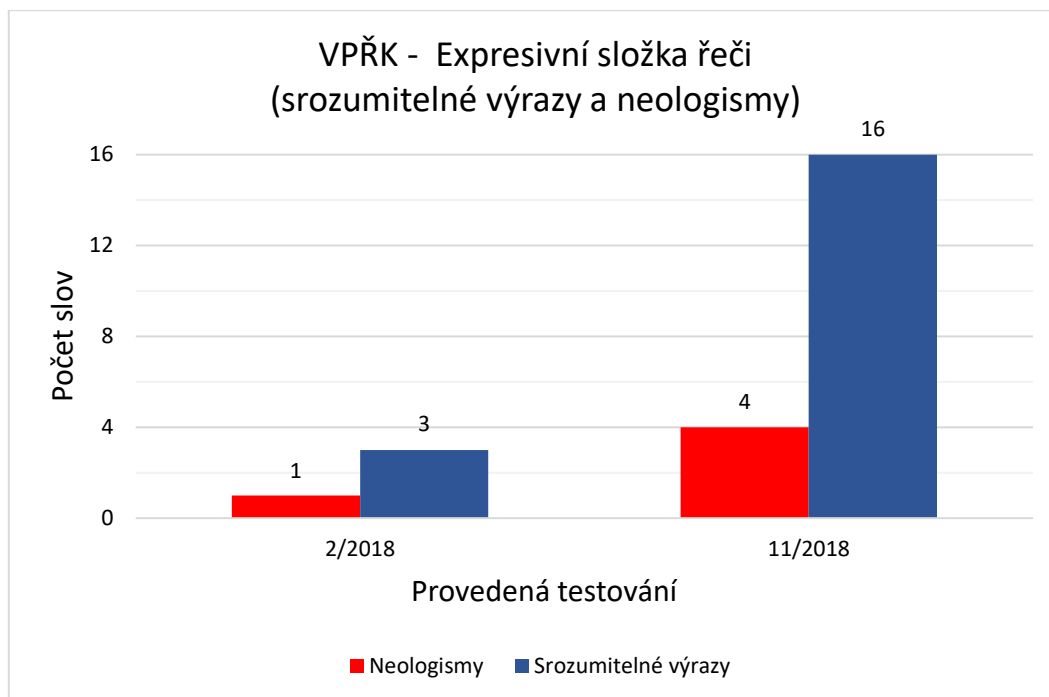
Třetím krokem bylo vyhodnocení *obsahové stránky řeči* u klienta s VPŘK, (smíšenou vývojovou dysfázií):

**Graf č. 5** popisuje lexikálně-sémantickou jazykovou rovinu, perceptivní složku. Tro testování byla využita dětská verze Token testu. Celkem byly hodnoceny dva testy, které byly realizovány 2/2018 a 11/2018. Kdy při prvním testování klient získal 3 body z 36 a při druhém testování získal 6,5 bodů z 36. Mezi prvním a posledním testováním došlo ke zlepšení o 10 %.



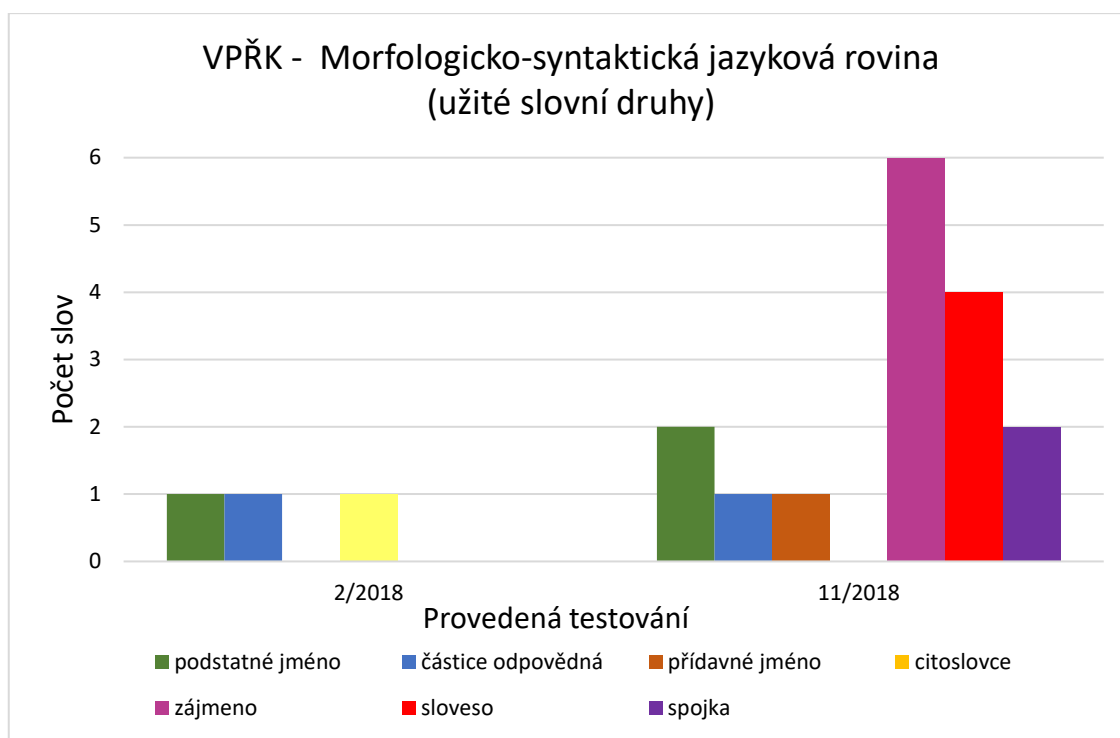
Graf. 5: *Vyhodnocení obsahové stránky řeči u klienta s VPŘK, Token test*

**Graf č. 6** popisuje lexikálně-sémantickou jazykovou rovinu, expresivní složku řeči. Pro testování byl využit popis řeči podle zvukového záznamu, kdy byl popisován obrázek. Zvukový záznam byl prováděn po dobu 10 sec. Celkem byly hodnoceny dvě nahrávky, které byly realizovány 2/2018 a 11/2018. Byl vyhodnocován: výskyt srozumitelných výrazů i neologismů. Kdy při prvním testování byly zaznamenány celkem 4 výrazy a při posledním testování bylo zaznamenáno 20 výrazů. Mezi prvním a posledním testováním došlo ke zlepšení o 75 %.



Graf. 6: *Vyhodnocení obsahové stránky řeči u klienta s VPŘK, srozumitelné výrazy a neologismy*

**Graf č. 7** popisuje morfologicko-syntaktickou jazykovou rovinu. Pro testování byl využit popis řeči podle zvukového záznamu, kdy byl popisován obrázek. Zvukový záznam byl prováděn po dobu 10 sec. Celkem byly hodnoceny dvě nahrávky, které byly realizovány 2/2018 a 11/2018. Byl vyhodnocován výskyt použitých slovních druhů. Kdy při prvním testování byly zaznamenány celkem 3 slovní druhy a při posledním testování bylo zaznamenáno 7 slovních druhů. Mezi prvním a posledním testováním došlo ke zlepšení o 50 %.

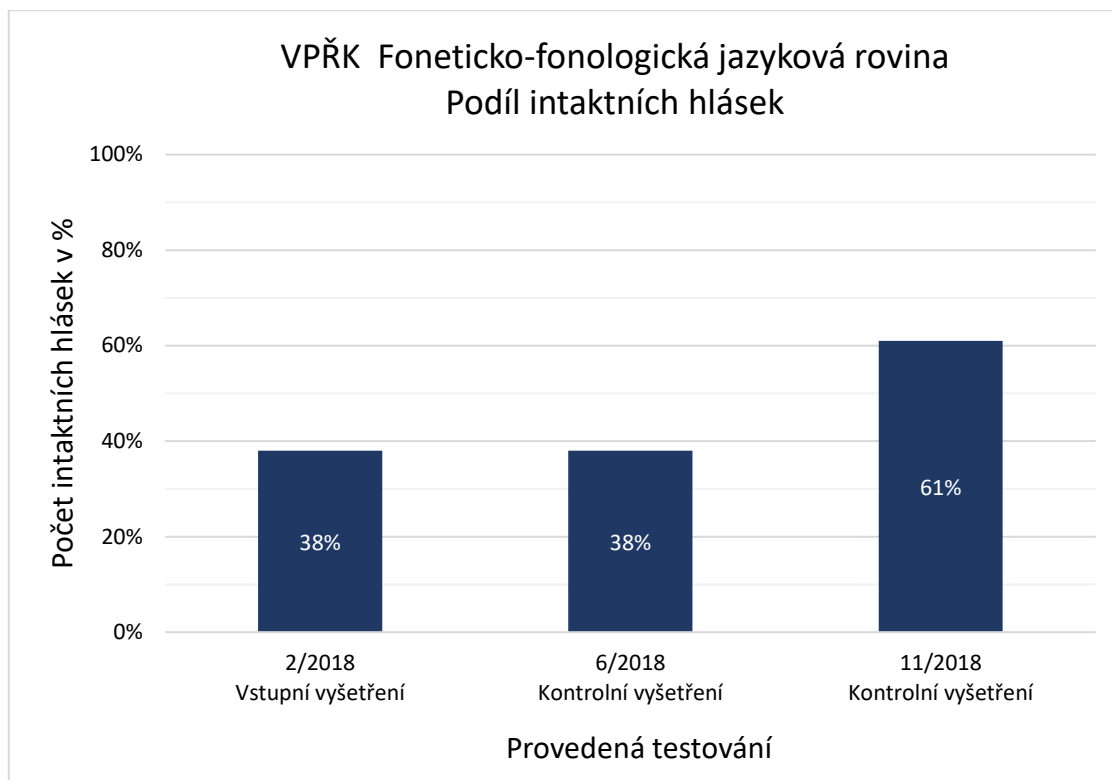


Graf. 7: *Vyhodnocení obsahové stránky řeči u klienta s VPŘK, užité slovní druhy*

#### **Čtvrtý krok**

Čtvrtým krokem bylo vyhodnocení *formální stránky řeči* u klienta s VPŘK, (smíšenou vývojovou dysfází).

**Graf č. 8** popisuje foneticko-fonologickou jazykovou rovinu. Pro toto hodnocení byly využity tabulky 13, 17, 20: ze vstupního vyšetření 2/2018, kontrolního vyšetření 6/2018, kontrolního vyšetření 11/2018, kde byla hodnocena správná artikulace hlásek podle jednotlivých artikulačních okrsků. Celkem byly provedeny 3 hodnocení. Kdy při prvním hodnocení činil podíl intaktních hlásek v řeči 38 %, při druhém hodnocení činil podíl intaktních hlásek také 38 % a při posledním hodnocení činil podíl intaktních hlásek 61 %. Mezi prvním a posledním testováním došlo ke zlepšení o 23 %.

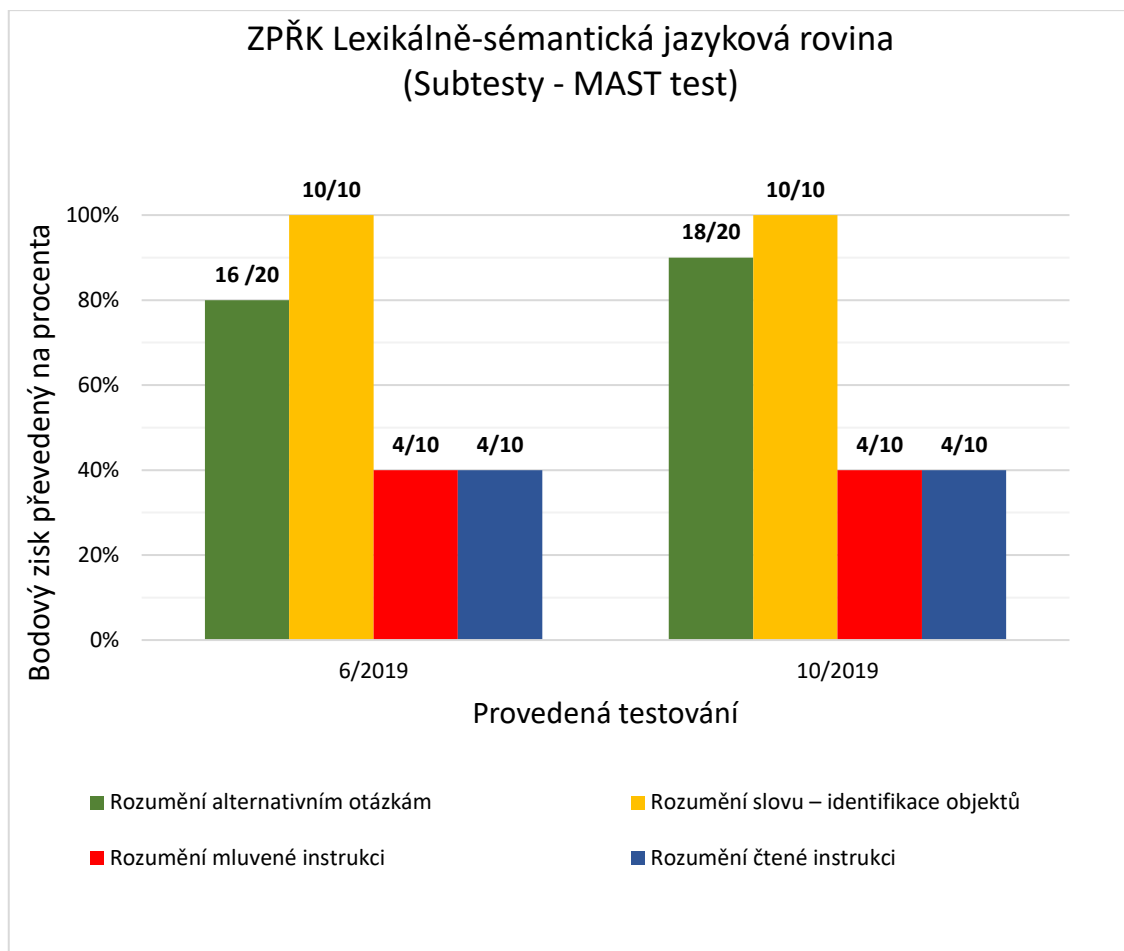


Graf. 8: *Vyhodnocení formální stránky řeči u klienta s VPŘK, podíl intaktních hlásek*

### ***Pátý krok***

Pátým krokem bylo vyhodnocení *obsahové stránky řeči* u klienta se ZPŘK (nonfluentní afázií Brocova typu):

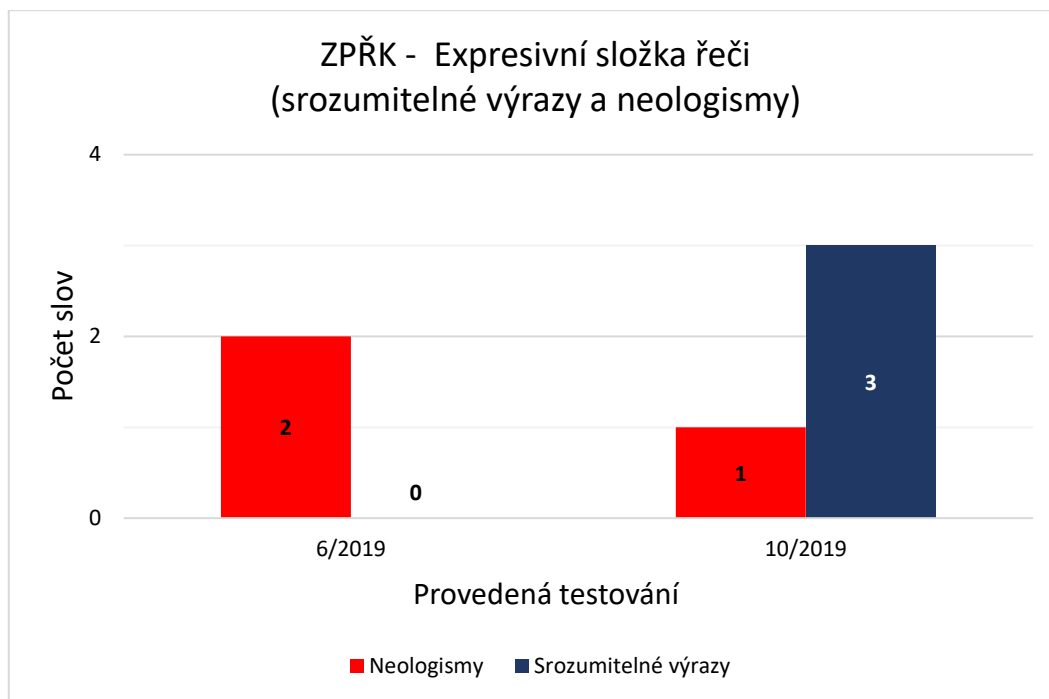
**Graf č. 9** popisuje lexikálně-sémantickou jazykovou rovinu, perceptivní složku. Tro testování byly využity subtesty z české verze The Mississippi Aphasia Screening Test – MAST testu: Rozumění alternativním otázkám, Rozumění slovu – identifikace objektů, Rozumění verbální instrukci, Rozumění čtené instrukci. Celkem byly hodnoceny dva testy, které byly realizovány 6/2019 a 10/2019. Kdy při prvním testování klient získal ze subtestu rozumění alternativním otázkám 16/20, ze subtestu rozumění slovu – identifikace objektů 10/10, ze subtestu rozumění verbální instrukci 4/10 a ze subtestu rozumění čtené instrukci 4/10. Při druhém testování klient získal ze subtestu rozumění alternativním otázkám 18/20, ze subtestu rozumění slovu – identifikace objektů 10/10, ze subtestu rozumění verbální instrukci 4/10 a ze subtestu rozumění čtené instrukci 4/10. Mezi prvním a posledním testováním došlo ke zlepšení o 10 %.



Graf. 9: Vyhodnocení obsahové stránky řeči u klienta se ZPŘK, MAST test

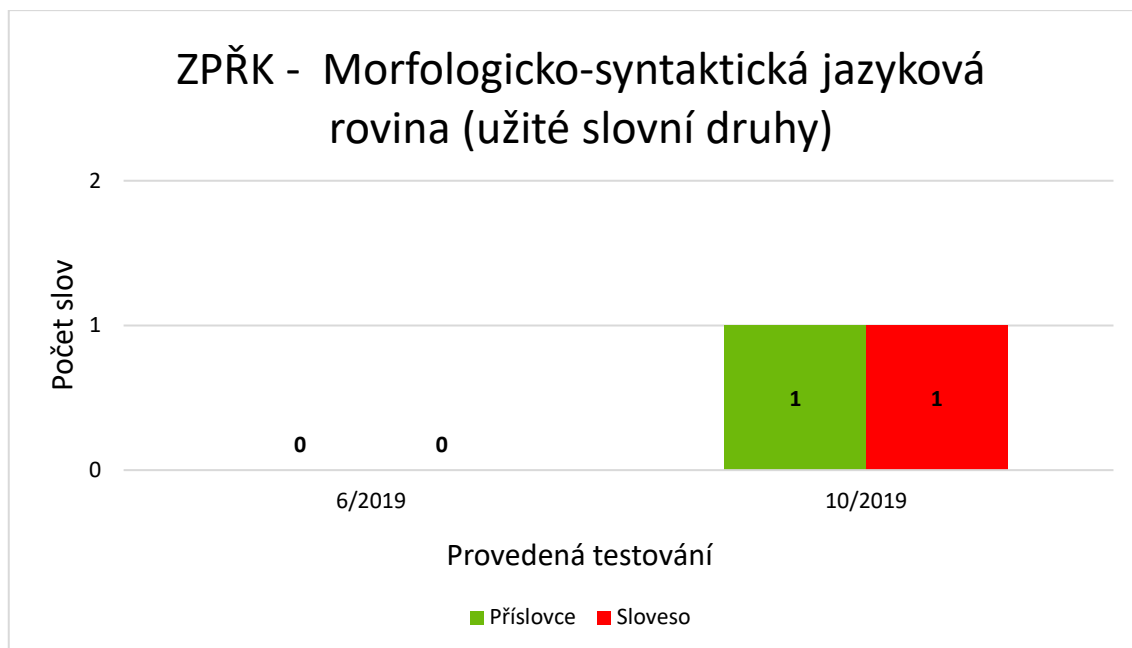
**Graf č. 10** popisuje lexikálně-sémantickou jazykovou rovinu, expresivní složku řeči. Pro testování byl využit popis řeči podle zvukového záznamu, kdy byla popisována fotografie. Zvukový záznam byl prováděn po dobu 10 sec. Celkem byly hodnoceny dvě nahrávky, které byly realizovány 6/2019 a 10/2019. Byl vyhodnocován: výskyt srozumitelných výrazů i neologismů. Kdy při prvním testování byly zaznamenány celkem 2 výrazy a při posledním testování bylo zaznamenáno 4 výrazy. Mezi prvním a posledním testováním došlo ke zlepšení o 50 %.





Graf. 10: *Vyhodnocení obsahové stránky řeči u klienta s ZPŘK, srozumitelné výrazy a neologismy*

**Graf č. 11** popisuje morfologicko-syntaktickou jazykovou rovinu. Pro testování byl využit popis řeči podle zvukového záznamu, kdy byla popisována fotografie. Zvukový záznam byl prováděn po dobu 10 sec. Celkem byly hodnoceny dvě nahrávky, které byly realizovány 6/2019 a 10/2019. Byl vyhodnocován výskyt použitých slovních druhů. Kdy při prvním testování nebyl zaznamenán žádný slovní druh a při posledním testování byly zaznamenány 2 slovní druhy. Mezi prvním a posledním testováním došlo ke zlepšení o 0 %.



Graf. 11: *Vyhodnocení obsahové stránky řeči u klienta s ZPŘK, užité slovní druhy*

### ***Šestý krok***

Šestým krokem bylo vyhodnocení *formální stránky řeči* u klienta u klienta se ZPŘK (nonfluentní afázií Brocova typu): Pro toto hodnocení byla využita data z komplexního vyšetření 6/2019, kontrolního vyšetření 10/2019. U klienta přetrvávala narušená artikulace jako projev verbální apraxie. Artikulované hlásky byly užívány nestabilně. Mezi prvním a posledním testováním nedošlo k žádnému zlepšení, tedy 0 %.

### ***Dílčí cíle:***

### ***Sedmý krok***

Sedmým krokem bylo srovnání rozvoje *obsahové stránky kresby a řeči* u klienta s:

- vývojovou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – smíšenou vývojovou dysfázií (dále při popisu grafu VPŘK)
- získanou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – nonfluentní afázie Brocova typu (dále při popisu grafu ZPŘK)

**Graf č. 12** v rámci **prvního dílčího cíle** srovnává rozvoj *obsahové stránky kresby a řeči* u klienta s vývojovou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – smíšenou vývojovou dysfázií (dále při popisu grafu VPŘK). Kdy u obsahové stránky řeči došlo ke zlepšení o 45 % v rámci testování realizovaném v rozmezí 2/2018 až 11/2018 a u obsahové stránky kresby došlo ke zlepšení o 26 % v rámci testování realizovaném v rozmezí 2/2018 až 11/2018. Během testování nedocházelo v žádné z oblastí k procentuálnímu zhoršování. Byl zaznamenán kontinuální kladný procentuální nárůst v obou oblastech.



Graf. 12: Srovnání obsahové stránky řeči a kresby u klienta s VPŘK

**Graf č. 13** v rámci **prvního dílčího cíle** srovnává rozvoj *obsahové stránky kresby a řeči* u klienta se získanou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – nonfluentní afázie Brocova typu (dále při popisu grafu ZPŘK). Kdy u obsahové stránky řeči došlo ke zlepšení o 30 % v rámci testování realizovaném v rozmezí 6/2019 až 10/2019 a u obsahové stránky kresby došlo ke zhoršení o 7 % v rámci testování realizovaném v rozmezí 6/2019 až 10/2019. Během testování docházelo v oblasti obsahové stránky kresby ke procentuálnímu zhoršování i zlepšování. V této oblasti nebyl

zaznamenám kontinuální kladný procentuální nárůst. V oblasti obsahové stránky řeči byl naopak zaznamenám kontinuální kladný procentuální nárůst.



Graf. 13: Srovnání obsahové stránky řeči a kresby u klienta se ZPŘK

### **Osmý krok**

Osmým krokem bylo srovnání rozvoje *formální stránky kresby a řeči* u klienta s:

- vývojovou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – smíšenou vývojovou dysfázií (dále při popisu grafu VPŘK)
- získanou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – nonfluentní afázie Brocova typu (dále při popisu grafu ZPŘK)

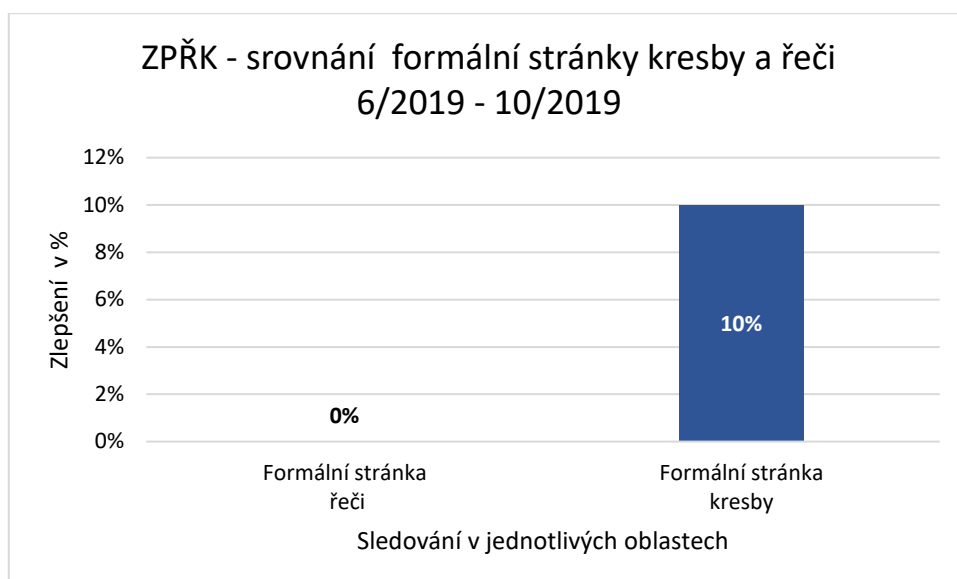
**Graf č. 14** v rámci **druhého dílčího cíle** srovnává rozvoj *formální stránky kresby a řeči* u klienta s vývojovou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – smíšenou vývojovou dysfázií (dále při popisu grafu VPŘK). Kdy u formální stránky řeči došlo ke zlepšení o 23 % v rámci testování realizovaném v rozmezí 2/2018 až 11/2018 a u formální stránky kresby zatím ke zlepšení nedocházelo v rámci testování realizovaném v rozmezí 2/2018 až 11/2018. Během testování nedocházelo v žádné z oblastí

k procentuálnímu zhoršování. Byl zaznamenán kontinuální kladný procentuální nárůst jen v oblasti formální stránky řeči.



Graf. 14: Srovnání formální stránky řeči a kresby u klienta se VPŘK

**Graf č. 15** v rámci **druhého dílčího cíle** srovnává rozvoj *formální stránky kresby a řeči* u klienta se získanou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – nonfluentní afázie Brocova typu (dále při popisu grafu ZPŘK). Kdy u formální stránky řeči byla využita data z komplexního vyšetření 6/2019, kontrolního vyšetření 10/2019. U klienta přetrvávala narušená artikulace jako projev verbální apraxie. Artikulované hlásky byly užívány nestabilně. Mezi prvním a posledním testováním nedošlo k žádnému zlepšení, tedy 0 %. U formální stránky kresby došlo ke zlepšení o 10 % v rámci testování realizovaném v rozmezí 6/2019 až 10/2019. Během testování docházelo v oblasti formální stránky kresby ke procentuálnímu zhoršování i zlepšování. V této oblasti byl zaznamenán kontinuální kladný procentuální nárůst k 10/2019. V oblasti formální stránky řeči pak nedocházelo k žádnému zlepšení.



Graf. 15: Srovnání formální stránky řeči a kresby u klienta se ZPŘK

### ***Výzkumné předpoklady:***

#### ***Devátý krok***

Devátým krokem bylo potvrdit či vyvrátit výzkumné předpoklady.

#### ***První výzkumný předpoklad***

Na základě dílčích cílů byl stanoven první výzkumný předpoklad:

Jestliže se bude rozvíjet nebo se nebude zhoršovat obsahová stránka kresby, pak se bude rozvíjet nebo se nebude zhoršovat i obsahová stránka řeči u klienta s:

- vývojovou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – smíšenou vývojovou dysfázií
- získanou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – nonfluentní afázie Brocova typu

U klienta s vývojovou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému (smíšenou vývojovou dysfázií) došlo k potvrzení výzkumného předpokladu. Kdy u obsahové stránky řeči došlo ke zlepšení o 45 % a u obsahové stránky kresby došlo ke

zlepšení o 26 %. Během testování nedocházelo v žádné z oblastí k procentuálnímu zhoršování. Byl zaznamenán kontinuální kladný procentuální nárůst v obou oblastech.

U klienta se získanou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému (nonfluentní afázií Brocova typu) nedošlo k potvrzení výzkumného předpokladu. Kdy u obsahové stránky řeči došlo ke zlepšení o 30 % a u obsahové stránky kresby došlo ke zhoršení o 7 %. Během testování docházelo v oblasti obsahové stránky kresby ke procentuálnímu zhoršování i zlepšování. V oblasti obsahové stránky řeči byl zaznamenán kontinuální kladný procentuální nárůst.

#### *Druhý výzkumný předpoklad*

Na základě dílčích cílů byl stanoven druhý výzkumný předpoklad:

Jestliže se bude rozvíjet nebo se nebude zhoršovat formální stránka kresby, pak se bude rozvíjet nebo se nebude zhoršovat i formální stránka řeči u klienta s:

- vývojovou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – smíšenou vývojovou dysfázií
- získanou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – nonfluentní afázie Brocova typu

U klienta s vývojovou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému (smíšenou vývojovou dysfázií) došlo k potvrzení výzkumného předpokladu. Kdy u formální stránky řeči došlo ke zlepšení o 23 % a u formální stránky kresby nedocházelo k procentuálním nárůstu, ale ani ke zhoršení. Během testování nedocházelo v žádné z oblastí k procentuálnímu zhoršování. Byl zaznamenán kontinuální kladný procentuální nárůst v oblasti formální stránky řeči.

U klienta se získanou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému (nonfluentní afázií Brocova typu) nedošlo k potvrzení výzkumného předpokladu. Kdy u formální stránky řeči nedocházelo během testování k žádnému zlepšení, ale ani ke zhoršení. Během testování docházelo v oblasti formální stránky kresby k procentuálnímu zhoršení i zlepšení. Celkově mezi prvním a posledním testováním došlo pak k 10 % zlepšení.

## ***Shrnutí výsledků výzkumu***

*Hlavním cílem* výzkumného šetření rigorózní práce bylo zjistit, jak se vyvíjí obsahová a formální stránka kresby a řeči u klienta s:

- vývojovou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – smíšenou vývojovou dysfázií (dále VPŘK)
- získanou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – nonfluentní afázie Brocova typu (dále ZPŘK)

Výsledky jsou zpracovány v grafech 1 až 11.

Z výzkumného šetření je patrné že došlo u klienta s:

### **VPŘK**

- u obsahové stránky kresby ke zlepšení o 26,4 %
- u formální stránky kresby ke zlepšení o 10 %

### **ZPŘK**

- u obsahové stránky kresby ke zhoršení o 7 %
- u formální stránky kresby ke zlepšení o 10 %

### **VPŘK**

- u obsahové stránky řeči (Token test) ke zlepšení o 10 %
- u obsahové stránky řeči (srozumitelné výrazy a neologismy) ke zlepšení o 75 %
- u obsahové stránky řeči (užité slovní druhy) ke zlepšení o 50 %
- u formální stránky kresby (podíl intaktních hlásek) ke zlepšení o 23 %

### **ZPŘK**

- u obsahové stránky řeči (Mast test) ke zlepšení o 10 %
- u obsahové stránky řeči (srozumitelné výrazy a neologismy) ke zlepšení o 50 %
- u obsahové stránky řeči (užité slovní druhy) ke zlepšení o 0 %
- u formální stránky kresby (podíl intaktních hlásek) ke zlepšení o 0 %



V rámci výzkumného šetření byly vymezeny *dva dílčí cíle*:

1. Srovnání rozvoje obsahové stránky kresby a řeči u klienta s:

- vývojovou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – smíšenou vývojovou dysfázií (dále při popisu grafu VPŘK)
- získanou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – nonfluentní afázie Brocova typu (dále při popisu grafu ZPŘK)

2. Srovnání rozvoje formální stránky kresby a řeči u klienta s:

- vývojovou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – smíšenou vývojovou dysfázií (dále při popisu grafu VPŘK)
- získanou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – nonfluentní afázie Brocova typu (dále při popisu grafu ZPŘK)

Výsledky jsou zpracovány v grafech 12 až 15.

Z výzkumného šetření je patrné že došlo u klienta s:

VPŘK

- u obsahové stránky řeči ke zlepšení o 45 %
- u obsahové stránky kresby ke zlepšení o 26 %

ZPŘK

- u obsahové stránky řeči ke zlepšení o 30 %
- u obsahové stránky kresby ke zhoršení o 7 %

VPŘK

- u formální stránky řeči ke zlepšení o 23 %
- u formální stránky kresby ke zlepšení o 0 %

ZPŘK

- u formální stránky řeči ke zlepšení o 0 %
- u formální stránky kresby ke zlepšení o 10 %

Na základě dílčích cílů byly stanoveny *dva výzkumné předpoklady*:

Jestliže se bude rozvíjet nebo se nebude zhoršovat obsahová stránka kresby, pak se bude rozvíjet nebo se nebude zhoršovat i obsahová stránka řeči u klienta s:

- vývojovou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – smíšenou vývojovou dysfázií

Tento výzkumný předpoklad byl potvrzen viz graf 12.

- získanou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – nonfluentní afázie Brocova typu

Tento výzkumný předpoklad nebyl potvrzen viz graf 13.

Jestliže se bude rozvíjet nebo se nebude zhoršovat formální stránka kresby, pak se bude rozvíjet nebo se nebude zhoršovat i formální stránka řeči u klienta s:

- vývojovou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – smíšenou vývojovou dysfázií

Tento výzkumný předpoklad byl potvrzen viz graf 14.

- získanou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému – nonfluentní afázie Brocova typu

Tento výzkumný předpoklad nebyl potvrzen viz graf 15.

### ***Doporučení pro praxi***

Bylo zformulováno na základě poznatků vyplývajících z teoretické a praktické části.

- Arteterapie je vhodnou a efektivní formou terapie u osob s různou etiologií postižení bez věkového omezení.
- Kresba je hodnotný diagnostický prostředek, který může být využitý i v rámci terapie a prevence poruch řečové komunikace.

- U NVP, u VPŘK (smíšené vývojové dysfázie), s přibývajícím věkem mají klinické charakteristiky zlepšující se tendenci, bez recidiv a remisí.
- U ZNPK, u ZPŘK (nonfluentní afázie Brocova typu), s přibývajícím věkem mají klinické charakteristiky kolísavou tendenci, objevují se recidivy a remise.

## 6 Závěr

Arteterapie je nedílnou součástí speciální pedagogiky jakožto nejvyužívanější expresivní terapie. Může být využita u osob s různou etiologií postižení bez věkového omezení. Může být tedy aplikována i u osob s poruchou řečové komunikace. Navrhla jsem proto zastřešující termín *speciální indikace arteterapie*, který přibližuje specifika arteterapeutického působení v jednotlivých oborech speciální pedagogiky.

Kresba se pak stává hodnotným diagnostickým prostředkem. Setkáváme se s ní v rámci různých typů testů, kdy pak může být interpretována jako projev senzorio-motorických schopností nebo vyjadřuje formální stupeň vývoje nebo stupeň inteligence. Kresba může být dále posuzována jako výrazový prostředek interpretující tělesné schéma. V kresbě se také můžeme setkat s charakteristickými rysy kresebného projevu, které vyplývají z jednotlivých typů postižení. Velkým přínosem v praxi klinického logopeda mi pak byl dvouletý akreditovaný arteterapeutický kurz, který jsem absolvovala pod záštitou České arteterapeutické asociace.

Práce byla zaměřena na využití arteterapie v jednotlivých oborech speciální pedagogiky. Představila charakteristické rysy kresebného projevu u jednotlivých typů postižení. Dále si všímala kresby jako hodnotného diagnostického prostředku. Cílem práce bylo zjistit, jak se vyvíjí obsahová a formální stránka kresby a řeči u klienta s vývojovou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému (smíšenou vývojovou dysfázií) a u klienta se získanou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému (nonfluentní afázií Brocova typu). Dílčími cíli bylo srovnání rozvoje obsahové stránky kresby a řeči a také srovnání rozvoje formální stránky kresby a řeči u klienta s vývojovou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému (smíšenou vývojovou dysfázií) a u klienta se získanou PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému (nonfluentní afázií Brocova typu).

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Obsahuje celkem pět kapitol. V praktické části práce byl realizován vlastní výzkum. Za základě získaných výsledků lze konstatovat, že hlavní cíl práce i dílčí cíle práce byly splněny. Potvrzeny byly také dva výzkumné předpoklady. U vývojové PŘK s přibývajícím věkem mají klinické charakteristiky zlepšující se tendenci, bez recidiv a remisí, jak u obsahové stránky řeči a

kresby, tak u formální stránky řeči a kresby. Dva výzkumné předpoklady byly dále vyvráceny, kdy u získané PŘK s přibývajícím věkem mají klinické charakteristiky kolísavou tendenci a objevují se recidivy a remise.

## 7 Seznam použitých informačních zdrojů

AXMANOVA, T. *Načini iskanja človekove ustvarjalnost – modeliranje gline za slepe: Umetnost in hendikep*. Ljubjana: Zbornik prispevkov ob 95. obletnici zdss, 1995. ISBN 978-961-91372-8-4.

BAŠTECKÁ, B. *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-470-0.

BEDNAŘOVÁ, J., ŠMARDOVÁ, V. *Rozvoj grafomotoriky: jak rozvíjet kreslení a psaní*. Brno: Computer Press, 2006. ISBN 80-251-0977-1.

BEDNAŘOVÁ, J., ŠMARDOVÁ, V. *Diagnostika dítěte předškolního věku*. Brno: Edika, 2015. ISBN 978-80-266-0658-1.

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

BENDL, S. a kol. *Vychovatelství: Učebnice teoretických základů oboru*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4248-9.

BOROWSKY, J. *The Modern History of Art Therapy in the United States*. Springfield: Charles C Thomas, 2010. ISBN 9780398079406.

BYTEŠNÍKOVÁ, I. *Rozvoj komunikačních kompetencí u dětí předškolního věku*. Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4454-8.

CSÉFALVAY, Z., LECHTA, V. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3.

CSÉFALVAY, Z. *Terapie afázie: teorie a případové studie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-807-3673-161.

COGNET, G. *Dětská kresba jako diagnostický nástroj*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0499-2.

ČERMÁK, B. Arte – arteterapie – vzdělávání a kvalifikace – praxe a uplatnění – odměňování. *Arteterapie*. 2005, č. 8, s. 37–40.

ČERVENÁ, I., PREISS, M. Dyslálie a kresba u dětí v logopedické ambulanci. *Speciální pedagogika*. 1997, roč. 7, č. 5, s. 33-38.

DAVIDO, R. *Kresba jako nástroj poznání dítěte: dětská kresba z pohledu psychologie*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-415-1.

DOKTER, D., HILLS, M. *Intercultural Arts Therapies Research: Issues and methodologies*. New York: Routledge, 2016. ISBN 9781317536932.

DOLEČKOVÁ, Z. Využití arteterapie při práci s mentálně postiženými dospělými v prostředí chráněných dílen. *Arteterapie*. 2008 č. 16, s. 45–54.

DOLEŽALOVÁ, P. Specifika arteterapie v terapeutické komunitě pro drogově závislé. *Arteterapie*. 2009, č. 18, s. 3–9.

DOSEDLOVÁ, J. *Terapie tancem: Role tance v dějinách lidstva a v současné psychoterapii*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3711-9.

FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie: Závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence*. Praha: Grada, 2014. ISBN: 978-80-247-5046-0.

GÉRINGOVÁ, J. *Arteterapie a prevence psychosociálních problémů v pomáhajících profesích*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2004. ISBN 80-7044-629-3.

GERLICOVÁ, M. *Muzikoterapie v praxi: Příběhy muzikoterapeutických cest*. Praha: Grada, 2014. ISBN 9788024791715.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

HELM-ESTABROOKS, N., ALBERT, M. L., NICHOLAS, M. *Manual of Aphasia and Aphasia Therapy*. Austin: PRO-ED, 2014. ISBN 9781416405498.

HRADÍLKOVÁ, I. Výtvarná činnost v denních zařízeních pro dospělé lidi s mentální retardací. *Arteterapie*. 2014, č. 35, s. 34–42.

HRADILKOVA, T., SÝKOROVÁ, V. *Dotýkejte se prosím*. Praha: Sdružení Hapestetika, 1998. ISBN 80-238-4783-X.

HUTYROVÁ, M. *Etopedie pro výchovné pracovníky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1190-3.

CHMELAŘ, V. Utváření volných kresebných pohybů dítěte v raném věku. *Psychologie*. 1947, roč. 10, č. 1, s. 33-43.

JANKOVSKÝ, J. Arterapie jako součást ucelené rehabilitace dětí s tělesným postižením. *Speciální pedagogika*. 2001, roč. 11, č. 4, s. 243-247.

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.

JEDLIČKA, R. a kol. *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: Prevence životních selhání a krizová intervence*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5980-7.

JEDLIČKA, R. a kol. *Teorie výchovy – tradice současnost, perspektivy*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2412-9.

JESENSKÝ, J. a kol. *Prolegomena*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2007. ISBN 978-80-86723-49-5.

JONES, P. *The Arts Therapies*. New York: Routledge, 2005. ISBN 978-1583918128.

KALVACH, P. a kol. *Mozkové ischemie a hemoragie: 3., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2765-3.

KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-247-4026-3.

KARAS, R. Jak jsme ve věznici pálili kachle. *Arteterapie*. 2005, č. 8, s. 18–20.

KEREKRÉTIOVÁ, A. *Velofaryngální dysfunkce a palatolalie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 9788024722641.



- KHÝR, M. Charakteristiky výtvarného projevu mladistvých s poruchami chování. *Arteterapie*. 2006, č. 12, s. 20-22.
- KNEIFLOVÁ, A. *Arteterapie z pohledu zážitkové pedagogiky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2007.
- KNOTOVÁ, D. a kol. *Školní poradenství*. Praha: Grada, 2014. ISBN 9788024745022.
- KULKA, J. *Psychologie umění*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2329-7.
- KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie I*. Brno: Paido, 1997. ISBN 80-85931-41-9.
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe* Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1110-2.
- KORBÁČOVÁ, M. Rodinná koláž jako podpůrný nástroj v práci s rodinou v terapeutické komunitě drogově závislých. *Arteterapie*. 2009, č. 18, s.18–25.
- KOTINSKÁ, V. Logopedicko-arteterapeutický program LOGOART a dvě případové studie: vliv psychiky na řeč a řeči na psychiku. *Arteterapie*. 2015, č. 38-39, s. 13–23.
- KOZÁKOVÁ, K. *Logopedická intervence poskytovaná dětem s diagnózou vývojová dysfázie*. Brno: Masarykova univerzita, 2006.
- KRŠŇÁKOVÁ, P. *Cesta z hlubin koktavosti: náměty pro terapii balbuties korespondující s novými trendy desenzibilizace*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 8024409119.
- KUČERA, P. Specifika pohybu a her u jedinců se sluchovým postižením. *Arteterapie*. 2014, č. 35, s. 68–77.
- LANDISCHOVÁ, E., MATOUŠEK, O. Využití příběhů při práci s lidmi s mentálním postižením. *Arteterapie*. 2011, č. 25, s. 16–21.
- LAUSTER, P., LUSTER, U. *Ist mein Kind schulreif? Eltern testen und fördern die Schulreife ihres Kindes*. Hamburk: Rowohlt, 1974. ISBN 3 499 16856 1.

LE NAVENEC, C., L., BRIDGES, L. *Creating Connections Between Nursing Care and the Creative Arts Therapies: Expanding the Concept of Holistic Care*. Illinois: Charles C Thomas Publisher, 2005. ISBN 9780398075569.

LESSER, R., MILROY, L. *Linguistics and Aphasia: : Psycholinguistic and Pragmatic Aspects of Intervention*. New York: Routledge, 2014. ISBN 9781317901280.

LECHTA, V. *Logopedické repetitóriium: teoretické východiská súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. Bratislava: Slov. pedagog. nakl., 1990. ISBN 80-080-0447-9.

LECHTA, V. *Symptomické poruchy reči*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5.

LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

LECHTA, V. *Koktavost: komplexní přístup*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-867-8.

LECHTA, V. a kol. *Terapie narušenej komunikačnej schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-901-9.

LECHTA, V. a kol. *Terapie narušenej komunikačnej schopnosti*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9.

LIEBMANN, M. *Skupinová arteterapie*. Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-7376-729-9.

LIEBMANN, M. *Art Therapy for Groups: A Handbook of Themes and Exercises*. New York: Routledge, 2006. ISBN 9781134951192.

LEJSKA, M. *Poruchy verbálnej komunikácie a foniatricie*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7.

LOVE, R., WEBB, G.W. *Mozek a reč: neurologie nejen pro logopedy*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-464-9.

LOWENFELD, V. *Creative and Mental Growth*. New York: Macmillian Publishing Company, 1987. ISBN 978-0023721106.

MALCHIODI, C. A. *Understanding children's drawings*. New York: Guilford Press, 1998. ISBN 9781572303515.

MALCHIODI, C. A. *Medical Art Therapy With Children*. Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Publishers; 1999. ISBN 978-1853026775.

MALCHIODI C. A. *Handbook of Art Therapy*. New York: Guilford Publications, 2011. ISBN 9781609189754.

MAREŠ, J. Tvorba případových studií pro výzkumné účely. *Pedagogika*. 2015, roč. 65, č. 2, s. 113–142.

MATĚJČEK, J., VÁGNEROVÁ. *Test obkreslování*. Brno: Psychodiagnostika, 1992.

MIKULAJOVÁ, M., RAFADUJSOVÁ, I. *Vývinová dysfázia: špecificky narušený vývin reči*. Bratislava: vlastním nákladem, 1993. ISBN 80-900445-0-6.

MICHALOVÁ, Z. *Specifické poruchy učení a chování*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Ústav profesionálního rozvoje pracovníků ve školství, 2003.

MORGAN, A. L. R., HELM-ESTABROOKS, N. Back to the drawing board: A treatment program for nonverbal aphasic patients. *Clinical Aphasiology*, 1987, č. 17, s. 64–72.

MOON, B. L. *Introduction to Art Therapy: Faith in the Product*. Illinois: Charles C Thomas Publisher, 2008. ISBN 9780398085919.

MÜLLER, A. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4172-7.

NÁDVORNÍKOVÁ, H. *Kognitivní činnosti v předškolním vzdělávání*. Praha: Raabe, 2012. ISBN 978-80-86307-87-9.

NEUBAUER, K. a kol. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4.

NEUBAUER, K. a kol. *Kompéndium klinické logopedie – Diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.

NOVÁKOVÁ *Vzdělávání žáka s palatolalií v základní škole*. Brno: Masarykova univerzita, 2014.

PAGNEROVÁ, M., KVINTOVÁ, J. *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5452-9.

PANAJOTIS, C. *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4033-1.

PENKA, M., PENKA, I., GUMULEC, J. a kol. *Krvácení*. Praha: Grada, 2014. ISBN 9788024706894.

PEROUT, E. Hmatové modelování a reliéfní kresba nevidomých. *Výtvarná výchova*. 1999, roč. 39, č. 4.

PEROUT, E. *Arteterapie se zrakově postiženými*. Praha: Okamžik, 2005. ISBN 80-903247-9-7.

PEROUT, E. Psychická deprivace a její podoba ve výtvarné tvorbě. *Arteterapie*. 2009, č. 20–21, s. 22–25.

PETROVÁ, A. *K současným problémům psychologie: Kresba začarované rodiny u českých a rakouských dětí*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1994. ISBN 80-7067272-2.

PRAŠKO, J. a kol. *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011. ISBN 978-80-244-2570-2.

PRŮCHA, J. *Přehled pedagogiky*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-944-5.

PRŮCHA, J. *Pedagogický výzkum: Uvedení do teorie a praxe*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-132-3.

PŘINOSILOVÁ, D. *Diagnostika ve speciální pedagogice: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-807-3151-423.

PUŠKÁROVÁ, J. *Arteterapia v procese léčebno-pedagogickej intervencie u zrakovo-postihnutého dieťaťa mladšieho školního věku*. Bratislava: Pedagogická fakulta, 1998.

PŮSTOVÁ, Z. *Psychomotorický vývoj sluchově postižených dětí v předškolním věku*. Praha: Septima, 1997. ISBN 80-721-6022-2.

RÁDLOVÁ, E. a kol. *Speciálně pedagogická diagnostika*. Ostrava: Montanex, 2004. ISBN 80-7225-114-7.

RAKOVÁ, D. Výtvarná tvorba nevidomých a její prezentace veřejnosti. *Kultura, umění a výchova*. 2017, roč. 5, č. 2. ISSN 2336-1824.

RAZÁKOVÁ, Dagmar. *Kreslíme, malujeme, modelujeme*. 3. vyd. Praha: SPN, 1974.

RAWLEY, S. *Art as Language. Access to Thoughts and Feelings Through Stimulus Drawings*. New York: Routledge, 2002. ISBN 978-1583910511.

RAWLEY, S. *The Silver Drawing Test of Cognition and Emotion, Draw a Story, Screening for Depression, and Stimulus Drawing Techniques*. New York: Routledge, 2010. ISBN 9781135916664.

RAWLEY, S. *Art as Language. Access to Emotions and Cognitive Skills*. New York: Routledge, 2013. ISBN 9780415763356.

RAWLEY, S. *Three art assessment*. New York: Routledge, 2002. ISBN 9781583913529.

RUBIN, A. J. *Art Therapy: An Introduction*. Lillington: Psychology Press, 1999. ISBN 9780876308974.

SACCHET, C., BYNG, S., MARSHALL, J., & POUND, C. Drawing together: Evaluation of a therapy programme for severe aphasia. *International Journal of Language and Communication Disorders*. 1999, roč. 34, č. 3, s. 265-289.

SHAHIA, J., ALIAKBAR, S., SETAREH, J. Effectiveness of art Therapy Based on Painting Therapy to Reduce Anxiety of Children with Stuttering. *Journal of Ilam University*. 2015, roč. 23, č. 2, s. 53–60.

SEIDL, Z., VANĚČKOVÁ, M. *Diagnostická radiologie, neuroradiologie*. Praha: Grada 2014. ISBN 978-80-247-4546-6.

SLAVÍK, J. Arteterapie v souvislostech speciální pedagogiky. *Speciální pedagogika*. 1999, roč. 9, č. 1, s. 7-19.

SLAVÍK, J. *Umění zážitku, zážitek umění: teorie a praxe artefietiky*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. 2001. ISBN 80-7290-066-8.

SLAYTON, S., D'ARCHER, J., KAPLAN, F. Outcome Studies on the Efficacy of Art Therapy: A Review of Findings. *Journal of the American Art Therapy Association*. 2010, roč. 27, č. 3, s. 108-118.

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0095-8.

SKALKOVÁ, J. a kol. *Úvod do metodologie a metod pedagogického výzkumu*. Praha: SPN, 1983.

SMITH, B. R., SLUCKIN, A. *Tackling Selective Mutism: A Guide for Professionals and Parents*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2014. ISBN 978-1849053938.

SMOLÍK, F., MÁLKOVÁ, G. *Vývoj jazykových schopností v předškolním věku: osvojování slovní zásoby a gramatiky, rozvoj fonologických schopností a fonologického povědomí, poruchy jazykového vývoje, diagnostika jazykových schopností*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4240-3.

SOVÁK, M. *Výchova leváků v rodině*. Praha: SPN, 1979.

SVOBODA, M., HUMPOLÍČEK, P., ŠNOREK, V. *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-8026203-636.

SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0899-0.

ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-616-0.

ŠICKOVÁ-FABRICI J. *Základy arteterapie*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-408-3.

ŠNÝDROVÁ, I. *Psychodiagnostika*. Praha: Grada, 2008. ISBN 8024721651.

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 978-80-7178-546-0.

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7178-546-0.

ŠKORKA, J. Význam a využití individuální arteterapie u dítěte s poruchou chování s nařízenou ústavní výchovou. *Arteterapie*. 2011, č. 26, s. 49–64.

ŠTURMA, J., VÁGNEROVÁ, M. *Kresba postavy*. Brno: Psychodiagnostika, 2010.

ŠVANCARA, J., SVANCAROVÁ, L. Znaky organicity v dětské kresbě. *Sborník FF Brno*. 1964, B 11, s. 47-54.

TAN J. C. *Practical Manual of Physical Medicine and Rehabilitation*. Michigan: Mosby, 2006. ISBN 9780323032858.

THEINER, P. Poruchy chování u dětí a dospívajících. *Psychiatrie pro praxi*. 2007, č. 2, s. 85-87.

UŽDIL, J. *Čáry, klikiháky, paňáci a auta*. Praha: SPN, 1974. ISBN 31-0-93.

VALENTA, M. *Mentální postižení*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3829-1.

VALENTA, M. a kol. *Přehled speciální pedagogiky*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.

VALENTA, M., KREJČÍŘOVÁ, O. *Psychopedie-kapitoly z didaktiky mentálně retardovaných*. Olomouc: Netopejř, 1997. ISBN 80-902057-9-8.

VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M. a kol. *Mentální postižení*. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0378-2.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

VÍTKOVÁ, M. *Možnosti reedukace zraku při kombinovaném postižení*. Brno: Paido, 1999. ISBN 80-85931-75-3.

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

VYBÍRAL, Z. *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-291-2.

VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2667-0.

ZICHA, Z. Příspěvek k historii arteterapie ve speciální pedagogice – kostomlatská ohlédnutí. *Arteterapie*. 2012, č. 30, s. 127–141.

## **Elektronické zdroje**

Creative Crews as Architects. *Classroom Makeover For The Blind*. [online]. 2019 [cit. 2019-11-10]. Dostupné z <https://archello.com/project/classroom-makeover-for-the-blind>

GOMEZ, C. *Creative crews clads classroom with interactive braille walls in a thai school*. [online]. 2019 [cit. 2019-11-10]. Dostupné z <https://www.designboom.com/architecture/creative-crews-school-for-blind-pattaya-thailand-06-03-2019/>

NESVADBOVÁ, J. *Architekti navrhli výjimečnou školní třídu. Učí svět poznávat jinak než zrakem*. [online]. 2019 [cit. 2019-11-10]. Dostupné z <https://www.novinky.cz/bydleni/tipy-a-trendy/clanek/architekti-navrhli-vyjimecnou-skolni-tridu-uci-svet-poznavat-jinak-nez-zrakem-40299196?dop-ab-variant=8&seq-no=6&source=hp>

KLUSOVÁ, H. *Jana Fialová představuje Nakladatelství UMÚN: „Ne ruka, to duše maluje...“*. [online]. 2014 [cit. 2018-06-20]. Dostupné z <https://www.vozka.org/aktuality/kultura/jana-fialova-predstavuje-nakladatelstvi-umun-ne-ruka-to-duse-maluje--341cz>



## **8 Seznam tabulek, grafů, obrázků, příloh, zkratk**

### **Seznam tabulek**

Tab. 1: *Vztah výtvarného umění, psychoterapie a výchovy*

Tab. 2: *Nové prvky v arteterapii*

Tab. 3: *Vývojové PŘK u dětí a PŘK u dospělých a stárnoucích osob*

Tab. 4: *Vývojové etapy myšlení a výtvarného projevu*

Tab. 5: *Posloupnost, horizontální a vertikální linie*

Tab. 6: *Kreslení pozorovaného*

Tab. 7: *Fantazijní vyjádření*

Tab. 8: *Vývojové etapy řeči a výtvarného projevu*

Tab. 9: *Specifické vývojové poruchy (MKN-10)*

Tab. 10: *Vývojové poruchy řeči nebo jazyka (návrh pro 11. revizi ICD)*

Tab. 11: *Rozdělení neurovývojových poruch (DSM-V)*

Tab. 12: *Popisné údaje subjektů, kteří byli zahrnuti do konečné analýzy*

Tab. 13: *Foneticko-fonologická jazyková rovina, vstupní vyšetření 2/2018*

Tab.14: *2/2018 Kresba postavy VPŘK*

Tab.15: *3/2018 Kresba postavy VPŘK*

Tab.16: *5/2018 Kresba postavy VPŘK*

Tab. 17: *Foneticko-fonologická jazyková rovina, vstupní vyšetření 6/2018*

Tab. 18: *7/2018 Kresba postavy VPŘK*

Tab. 19: *11/2018 Kresba postavy VPŘK*

Tab. 20: *Foneticko-fonologická jazyková rovina, vstupní vyšetření 11/2018*

Tab. 21: *6/2019 Kresba postavy ZPŘK*

Tab. 22: 7/2019 Kresba postavy ZPŘK

Tab. 23: 8/2019 Kresba postavy ZPŘK

Tab. 24: 9/2019 Kresba postavy ZPŘK

Tab. 25: 10/2019 Kresba postavy ZPŘK

### **Seznam grafů**

Graf. 1: *Vyhodnocení obsahové stránky kresby u klienta s VPŘK*

Graf. 2: *Vyhodnocení formální stránky kresby u klienta s VPŘK*

Graf. 3: *Vyhodnocení obsahové stránky kresby u klienta s ZPŘK*

Graf. 4: *Vyhodnocení formální stránky kresby u klienta s ZPŘK*

Graf. 5: *Vyhodnocení obsahové stránky řeči u klienta s VPŘK, Token test*

Graf. 6: *Vyhodnocení obsahové stránky řeči u klienta s VPŘK, srozumitelné výrazy a neologismy*

Graf. 7: *Vyhodnocení obsahové stránky řeči u klienta s VPŘK, užití slovní druhy*

Graf. 8: *Vyhodnocení formální stránky řeči u klienta s VPŘK, podíl intaktních hlásek*

Graf. 9: *Vyhodnocení obsahové stránky řeči u klienta se ZPŘK, MAST test*

Graf. 10: *Vyhodnocení obsahové stránky řeči u klienta s ZPŘK, srozumitelné výrazy a neologismy*

Graf. 11: *Vyhodnocení obsahové stránky řeči u klienta s ZPŘK, užití slovní druhy*

Graf. 12: *Srovnání obsahové stránky řeči a kresby u klienta s VPŘK*

Graf. 13: *Srovnání obsahové stránky řeči a kresby u klienta se ZPŘK*

Graf. 14: *Srovnání formální stránky řeči a kresby u klienta se VPŘK*

Graf. 15: *Srovnání formální stránky řeči a kresby u klienta se ZPŘK*

## **Seznam obrázků**

Obr. 1: *Překrývání NVP*

Obr. 2 Předloha: *Žena rozevívá deštník, který má zlomenou jednu tyč*

Obr. 3 Výsledek klienta: *Žena rozevívá deštník, který má zlomenou jednu tyč*

Obr. 4 Samostatná reprodukce klienta z pětidílné sady obrázků: *Žena nalévající vodu*

Obr. 5 Reprodukovaná kresba: *Žena nalévající vodu*

Obr. 6 Téma: *Ženy, které do sebe narazí*

Obr. 7: Téma zpracované klientem: *Ženy, které do sebe narazí*

Obr. 8: Téma: *Žena zalévá rostliny na stole. Poté je přelije a voda se rozlije okolo. Žena poté vodu utírá.*

Obr. 9: Téma zpracované klientem: *Žena zalévá rostliny na stole. Poté je přelije a voda se rozlije okolo. Žena poté vodu utírá.*

Obr. 10: Téma: *Tak dlouho se chodí se džbánem pro vodu, až se ucho utrhne*

Obr. 11: Psaní na diktát: *Písmeno L*

Obr. 12 Konverzační téma: *Co jste měl dnes k obědu?*

Obr. 13 Konverzační téma: *Jaká je Vaše profese?*

## **Seznam příloh**

Příloha 1: *Třída pro SP děti*

Příloha 2: *Třída pro SP děti*

Příloha 3: *Technika ATM*

Příloha 4: *2/2018 Kresba postavy*

Příloha 5: *3/2018 Kresba postavy*

Příloha 6: *4/2018 Test úrovně grafomotorického vývoje (LTG)*

Příloha 7: *5/2018 Kresba postavy*

Příloha 8: *7/2018 Kresba postavy*

Příloha 9: 10/2018 *Test úrovně grafomotorického vývoje (LTG)*

Příloha 10: 11/2018 *Kresba postavy*

Příloha 11: 11/2018 *Orientační posouzení osově souměrnosti*

### **Seznam zkratk**

AATA – Americká Arteterapeutické Asociace

APA – Americká psychiatrická společnost

ATM – Axmanova technika modelování

CAPD – porucha centrálního zpracování řečového signálu

CMP – cévní mozková příhoda

CNS – centrální nervová soustava

COM – cévní onemocnění mozku

DMO – syndrom dětské mozkové obrny

DSM – diagnostický a statistický manuál duševních poruch

ICD – International Classification of Diseases

KKP – kognitivně-komunikační poruchy

LTG – test úrovně grafomotorického vývoje

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

MP – mentální postižení

MR – mentální retardace

NVP – neurovývojová porucha

PMV – psychomotorický vývoj

PŘK – porucha řečové komunikace

SAK – subarachnoidální krvácení

SDT – Silver Drawing Test

SP – sluchové postižení

TP – tělesné postižení

VD – vývojová dysfázie

VPŘK – vývojová PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému, klient se smíšenou vývojovou dysfázií

WHO – Světová zdravotnická organizace

ZNPK – získané neurogenní poruchy komunikace

ZP – zrakové postižení

ZPŘK – získaná PŘK na bázi poruchy individuálního jazykového systému, klient s nonfluentní afázií Borcova typu

## 9 Přílohy

### *Příloha 1*



Příloha 1: *Třída pro ZP děti*

([www.archello.com](http://www.archello.com))

### *Příloha 2*



Příloha 2: *Třída pro ZP děti*

([www.archello.com](http://www.archello.com))

***Příloha 3***



Příloha 3: *Technika ATM*

(Vlastní tvorba autora)

**Příloha 4**

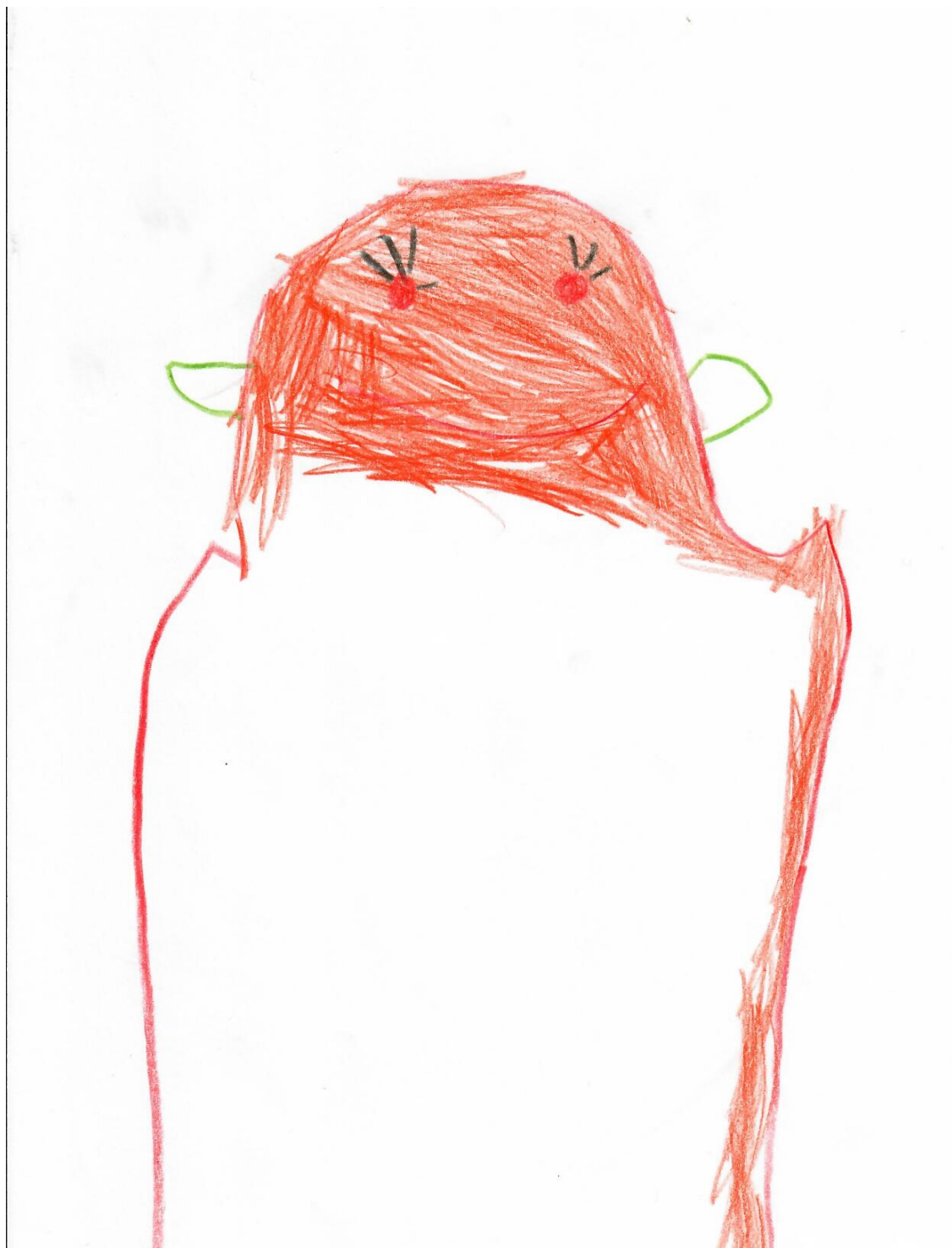
2/2018 Kresba postavy





**Příloha 5**

3/2018 Kresba postavy







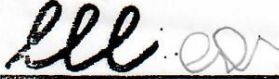
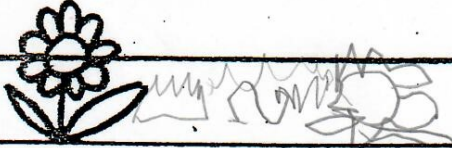



**Příloha 6**

4/2018 Test úrovně grafomotorického vývoje (LTG)

6.4.2018

4 roky 10 měsíců

	2 body	
	0 bodů	
	0 bodů	
	0 bodů	
	0 bodů	
	1 bod	
	0 bodů	
	0 bodů	
	0 bodů	

o Od 5 let a 7 měsíců bude dítě pravděpodobně průměrně zralé

3 body

- o Vzhledem k věku a datům → průměrný výsledek
- o Další doporučení viz jiná část záznamu
- o Inz + předání

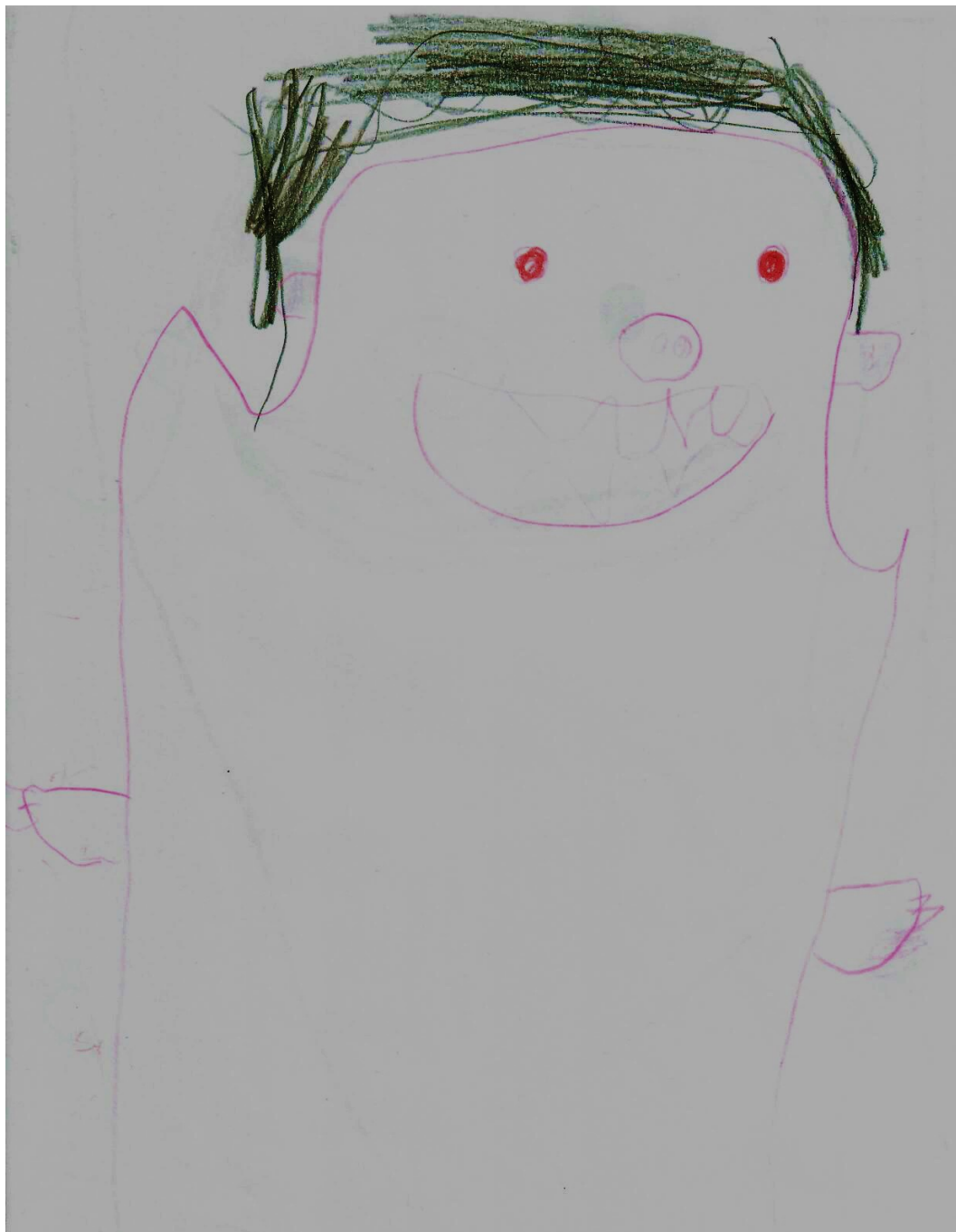
**Příloha 7**

5/2018 Kresba postavy



**Příloha 8**



















*7/2018 Kresba postavy*



Příloha 9

10/2018 Test úrovně grafomotorického vývoje (LTG)

Test kreslení a sloh.

23.10.2018	5 let a 5 měsíců
	2 Body 
	2 Body 
	0 Body 
	2 Body 
	2 Body 
	0 Bodu 
	1 Bod 
	1 Bod 
	0 Bod 
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dělna spada' do věkové skupiny 5,0 - 5,6</li> <li>• Prognóza od 5 let a 7 měsíců bude dítě pravděpodobně průměrně zrale</li> </ul>	
Celkový počet bodů: 10	

**Příloha 10**

11/2018 Kresba postavy



20. 11. 2018

# OSO VÁ SOUMĚRNOST

Dokresli chybějící polovinu obrázku.

