

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Fakulta pedagogická



Ucelená rehabilitace dětí s vývojovou dysfázií

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Lucie Durdilová

Zpracovala:

Hana Václová

**PRAHA DUBEN 2010**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně. Při zpracování daného tématu jsem vycházela z uvedené literatury.

V Praze dne: 9. Dubna 2010

Hana Václová

Děkuji Mgr. Dagmar Zdanovcové ze Speciálně pedagogického centra v Karlových Varech za pomoc při získávání dat ke zpracování kasuistik a Mgr. Lucii Durdilové za cenné poznatky a náměty k tvorbě této práce.

**NÁZEV:**

Ucelená rehabilitace dětí s vývojovou dysfázií

**ANOTACE**

Bakalářská práce Ucelená rehabilitace dětí s vývojovou dysfázií je zaměřena na formy rehabilitace pro děti s dysfázií. V teoretické části své práce se zabývám definicí a terminologií vývojové dysfázie, zmiňuji její symptomatologii a dále uvádím diferenciální diagnostiku dysfázie. Stěžejní částí práce je kapitola o ucelené rehabilitaci vývojové dysfázie, která pojednává o možných formách rehabilitace pro dysfatické děti. Podstatnou součástí této kapitoly je část věnující se rehabilitaci řeči. Praktickou část této práce tvoří dvě kasuistiky dětí s dysfázií. V závěru práce shrnuji a hodnotím poznatky, ke kterým jsem během zpracování tématu došla. Cílem práce je představit složky ucelené rehabilitace vývojové dysfázie a popsat rehabilitaci řeči u dětí s vývojovou dysfázií.

**KLÍČOVÁ SLOVA:**

Vývojová dysfázie, ucelená rehabilitace, dítě s vývojovou dysfázií.

**NAME:**

Comprehensive rehabilitation of children with developmental dysphasia

**ANNOTATION:**

The bachelor work Comprehensive rehabilitation of children with developmental dysphasia is focused on forms of rehabilitation for children with dysphasia. In theoretical part I'm engage in define and terminology of the developmental dysphasia, I mention her symptomatology and differential diagnostic. The main part of the work is the chapter about comprehensive rehabilitation of developmental dysphasia, which deal with proper forms of rehabilitatin for children with dysphasia. Important part of this chapter is section about speech-language rehabillitation. Practical part include two casuistry of children with dysphasia. At the end of the work I resume and measure the information, that I gain during the work with the facts. The goal of this work is to introduce components of the comprehensive rehabilitation of developmental dysphasia and describe speech-language rehabilitation for children with developmental dysphasia.

**KEYWORDS:**

Developmental dysphasia, comprehensive rehabilitation, children with developmental dysphasia.

# OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>7</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>9</b>
<b>1 VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE .....</b>	<b>9</b>
1. 1 TERMINOLOGIE A CHARAKTERISTIKA .....	9
1. 2 ETIOLOGIE.....	10
1. 3 SYMPTOMATOLOGIE.....	11
1. 4 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA .....	14
<b>2 UCELENÁ REHABILITACE DĚTÍ S VÝVOJOVOU DYSFÁZÍÍ.....</b>	<b>16</b>
2. 1 REHABILITACE SMYSLOVÉHO VNÍMÁNÍ.....	18
2. 2 REHABILITACE MYŠLENÍ, PAMĚTI A POZORNOSTI.....	20
2. 3 REHABILITACE MOTORIKY .....	21
2. 4 REHABILITACE GRAFOMOTORIKY A PRAVO – LEVÉ ORIENTACE .....	23
2. 5 REHABILITACE ŘEČI.....	24
2. 5. 1 <i>Individuální logopedická terapie</i> .....	24
2. 5. 2 <i>Skupinová logopedická terapie</i> .....	27
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>29</b>
<b>3 KASUISTIKY.....</b>	<b>29</b>
3. 1 CÍLE PRAKTICKÉ ČÁSTI .....	30
3. 2 POUŽITÉ METODY A TECHNIKY .....	30
3. 3 ČASOVÝ HARMONOGRAM.....	30
3. 4 KASUSISTIKA Č. 1.....	31
3. 5 KASUISTIKA Č. 2 .....	35
<b>4 ZHODNOCENÍ KASUISTIK .....</b>	<b>38</b>
4. 1 ZHODNOCENÍ KASUISTIKY CHLAPCE.....	39
4. 2 ZHODNOCENÍ KASUISTIKY DÍVKY .....	41
4. 3 POROVNÁNÍ OBOU KASUISTIK.....	44
<b>5 DISKUSE.....</b>	<b>46</b>
<b>6 ZÁVĚR.....</b>	<b>48</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>49</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>51</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>52</b>

## Úvod

V každodenním životě tvoří komunikace nedílnou součást naší existence. Komunikace je důležitou lidskou schopností, díky které se člověk dorozumívá a předává informace, které chce sdílet. S pomocí komunikačních schopností si člověk vytváří svou identitu a dochází k rozvoji celé osobnosti jedince. Proto při jakémkoli porušení komunikačních schopností může dojít i k narušení osobnosti a jejího vývoje. Z tohoto důvodu je potřeba si uvědomit nutnost věnovat naši pozornost a péči těmto jedincům.

Tématem předkládané bakalářské práce je ucelená rehabilitace pro děti s vývojovou dysfázií. Zvýšený zájem současné logopedie o tuto problematiku ve mně vzbudil zvědavost dozvědět se o dysfázii více. Díky vlastní zkušenosti ze setkání s dítětem s diagnózou dysfázie se toto téma stalo pro mne ještě zajímavější a tím pádem i prioritní.

Vývojová dysfázie se projevuje mnoha symptomy, mezi které patří i nerovnoměrný vývoj osobnosti jedince. Prvotním podnětem k návštěvě odborníka bývá výrazné opoždění ve vývoji řeči. Moderní logopedie se neorientuje pouze na nápravu v oblasti řeči, ale v záběru ucelené rehabilitace se stává podstatným atributem starost o psychosociální vývoj jedince. Zkušenosti odborníků potvrzují, že nutnost poskytování ucelené rehabilitace dětem s narušenou komunikační schopností je nepopiratelná. Například Nadace vývojové dysfázie z Amsterdamu (Developmental Dysphasia Foundation in Amsterdam<sup>1</sup>) shodně uvádí potřebu multidisciplinárního týmu v přístupu k dysfázii, ale zároveň dodává, že klíčová je role logopedické péče.

Cílem této bakalářské práce je postihnout oblast vývojové dysfázie, proniknout do okruhu aplikované logopedické péče poskytované dětem s dysfázií a pokusit se metodou kasuistiky popsat dvě vybrané děti s dysfázií, které jsem si pro praktickou část této práce vybrala.

Teoretická část práce seznamuje s poznatky odborné literatury. První kapitola teoretické části této práce zahrnuje jak definici a terminologii vývojové dysfázie, tak její symptomatologii, etiologii a stručně popisuje diferenciální diagnostiku. Druhá kapitola teoretické části objasňuje, co je ucelená rehabilitace a osvětluje pojmy s tématem rehabilitace svázané. Tato kapitola dále zmiňuje složky, které by do ucelené rehabilitace vývojové dysfázie měly patřit. Podrobněji je v této kapitole rozebírána rehabilitace řeči,

---

<sup>1</sup> Dostupné na: <http://www.dysphasia.org/turkije.pdf>

která jak už bylo řečeno, je v péči o dysfatické děti zásadní. Cílem teoretické části pak bylo analyzovat teoretické poznatky a zjistit stav současné péče o dysfatiky.

V praktické části je možno nalézt dvě kasuistiky dětí s vývojovou dysfázií. Kasuistiky obsahují jak informace o diagnóze dítěte, tak osobní a rodinnou anamnézu. V kasuistikách je dále popsána péče, která byla dětem poskytována, primárně se jedná o péči logopedickou. Cílem praktické části je zhodnotit efektivitu poskytovaných logopedických programů a dále porovnat vývoj jednotlivých dětí mezi sebou, pokusit se nalézt podobnosti a zdůraznit odlišnosti vývoje obou dětí.



# I Teoretická část

## 1 Vývojová dysfázie

### 1. 1 Terminologie a charakteristika

Vývojová dysfázie, neboli specificky narušený vývoj řeči, se vyznačuje velice bohatou symptomatikou v řečové produkci a jejích úrovních, stejně tak jako v oblastech neřečových. Jedná se o narušenou komunikační schopnost, kterou řadíme mezi vývojové poruchy. Tato porucha řeči ve vlastním slova smyslu je totiž způsobena zásahem do jejího vývoje už od počátku. Nemůžeme tedy mluvit o stavu získaném až po osvojení si řeči (Škodová, Jedlička, 2007).

Jak upozorňuje Lejska (2003), vývoj řeči vyžaduje u dítěte dostatečně vyvráslou centrální nervovou soustavu. Drobné vrozené nebo časně získané odchylky v dozrávání mozkových funkcí vedou k opoždování vývoje dítěte a též k poruchám vývoje řeči.

Definování specificky narušeného vývoje řeči je značně komplikované, ať už proto, že vznikají definice v mnoha různých oblastech a oborech (foniatrie, logopedie, psychologie, neurologie, apod.). Nebo proto, že při studiu této problematiky se setkáte s různorodou odbornou terminologií, která se vyvíjela v různých časových obdobích. Hála a Sovák (1947) uvádějí termín **sluchoněmota** – audimutitas, který představoval souhrnný název pro různé druhy dětské vývojové nemluvnosti, nikoli pro ztráty řeči. Ruská odborná literatura používala termín **alálie**, který svým významem (řec. „lalein“ – žvatlat, „a“ – zápor) vypovídal spíše o vyslovování a navíc záporové „a“ označuje spíše ztrátu, což nevyhovuje vývojové dynamice dysfázie (Sovák, 1981). Ritz-Radlinský doporučoval používat termín **afémie**, jehož význam sice obsahuje prvek sdělovací, ale termín se přesto neujal (Sovák, 1981). Později se v neurologické, foniatrické a psychologické odborné literatuře ujal termín **dysfázie** („dys“ – předpona označující narušení vývoje, „fázie“ – odkazuje na řečové funkce jako celek), (Kutálková, 2002).

Ve své práci uvádějí definici vývojové dysfázie autorky Mikulajová a Rafajdusová (1993; In: Klenková, 2006). Dle autorek se jedná o narušenou komunikační schopnost, která je zapříčiněna raným poškozením ještě se vyvíjející centrální nervové soustavy, a jež se může projevat sníženou nebo úplnou neschopností naučit se verbálně komunikovat, přestože podmínky pro to jsou dobré. Těmito podmínkami je myšlena absence závažných neurologických a psychiatrických nálezů, přiměřená inteligence,

dále se u dítěte nevyskytuje závažná porucha sluchu a jeho sociální prostředí je dostatečně stimulující. Dvořák (1998) uvádí, že porucha má systémový charakter a postihuje na různém stupni senzickou i motorickou oblast ve všech jazykových rovinách – zasahuje výslovnost, gramatickou strukturu i slovní zásobu. Mikulajová a Rafajdusová (1993; In: Klenková, 2006) dokonce upozorňují, že vývojová dysfázie přesahuje rámec fatické poruchy (poruchy nejvyšších řečových funkcí) a způsobuje nerovnoměrný vývoj celé osobnosti dítěte.

## 1. 2 Etiologie

Začneme-li pátrat po příčinách vývojové dysfázie, i na tomto poli nalezneme mnoho názorů odborné veřejnosti. Při studiu odborných pramenů, lze dojít k závěru, že určování příčin dysfázie je stále ještě předmětem zkoumání. Mikulajová (2003; In: Lechta, 2003) tvrdí, že určení příčin nebývá jednoduché také z důvodů nepřesných informací o intrauterinním a raném vývoji dítěte a nedostatku informací o možných genetických souvislostech. Mikulajová se shoduje s dalšími autory a bere v úvahu poškození mozku či **mozkovou dysfunkci**, která nejspíše zasahuje tzv. řečové zóny v levé hemisféře. Uvádí i existenci tzv. **vrozené řečové slabosti**, která poukazuje na genetické souvislosti.

Klenková (2006) dělí etiologické faktory na **genetické, vrozené a získané**, přičemž nesmíme vyloučit jejich možné kombinace.

V současnosti převládá všeobecně uznávaný názor Friel-Pattiho (1993; In: Lechta, 2003), že příčinnost narušeného vývoje řeči má **multidimenzionální charakter**, kde spolupůsobí větší počet činitelů ve složitých interakcích.

Škodová a Jedlička (2007) uvádějí fakt, že: *„většina současných odborníků se přiklání k užšímu vymezení příčiny dysfázie a tu označují za následek poruchy centrálního zpracování řečového signálu. Postižení je lokalizováno do centrální sluchové oblasti řečových center“*. Je tomu tak z důvodu neurologického charakteru postižení, nikoli striktním ložiskovým nálezem. Předpokládá se totiž, že typickou příčinou není ložiskové postižení, ale **difúzní poškození mozku**.

Příčiny vzniku vývojových poruch nejsou stále zcela jasné, uvažuje se o **pre-, peri- a postnatálním poškození mozku** (Škodová, Jedlička, 2007). Vitásková (In: Vitásková, Peutelschmiedová, 2005) uvádí jako prenatální příčinu vliv farmakoterapie či virová onemocnění; z perinatálních například asfyxií, inkompatibilitu Rh-faktoru, těžkou novorozeneckou žloutenku či nízkou porodní váhu. Avšak Merricks a kol. (2004; In:

Vitásková, Peutelschmiedová, 2005) poukazuje na výsledky současných výzkumů, které přímou souvislost mezi perinatálními komplikacemi a specificky narušeným vývojem řeči neprokázaly.

Dlouhá (2003; In: Vitásková, Peutelschmiedová, 2005) se též přiklání k názoru vlivu **deficitu na úrovni časového zpracování řečového signálu** na narušení vývoje kognitivních funkcí.

Škodová a Jedlička (2007) dále hovoří o **predilekci u chlapců** – o sexuální diferenci v hemisferální dominanci.

Byl prokázán i jistý vliv **genetických predispozic**, kdy se opožděný vývoj řeči a vývojové poruchy řeči objevují v rodinách spíše u mužských potomků (Škodová, Jedlička, 2007).

Vysvětlit příčinu centrální poruchy mohou i prokázané epileptické změny v oblastech sluchových a řečových center mozku (Dlouhá, Nevšimalová, 1997; In: Škodová, Jedlička, 2007).

Odborná literatura uvádí výsledky posledních výzkumů, které prokazují četná poškození obou hemisfér, **tzv. bilaterální poškození**. Tento stav můžeme vysvětlit tak, že při jednostranném poškození mozku má druhá zdravá a normálně vyvinutá hemisféra schopnost kompenzace. Jestliže ale dojde k oboustrannému poškození, je kompenzační činnost nemožná nebo velmi omezená a obtížná. Tento fakt vylučuje dřívější názory o úzce lokalizovaném poškození řečových center v mozku (Klenková, 2006).

Shodu odborníků můžeme tedy nalézt v názoru, že etiologie specificky narušeného vývoje řeči – vývojové dysfázie je v přítomnosti bilaterální difúzní kortikální léze na mozku, jejíž charakter je multidimenzionální.

### **1. 3 Symptomatologie**

Vývojová dysfázie se projevuje širokou škálou symptomů a především výrazně nerovnoměrným vývojem celé osobnosti. Příznaky dysfázie nacházíme jak v oblasti řečové, tak v oblastech neřečových. Nejpatrnějším symptomem je zpravidla značně opožděný vývoj řeči, což je povětšinou hlavním impulsem k návštěvě logopeda (Škodová, Jedlička, 2007).

Dvořák (2003) předkládá signifikantní znaky pro vývojovou dysfázii jako jsou např. neschopnost reagovat na běžná slova kolem prvních narozenin, nebo neschopnost porozumět jednoduchým instrukcím kolem dvou let a pozdější obtíže zahrnující neschopnost chápat gramatické struktury nebo jemnější aspekty řeči.

Podle Lejsky (2003) dítě řeč normálně slyší, ale nedostatečně a nepřesně rozumí. Na základě špatné vstupní informace nemůže tedy tím pádem dítě produkovat řeč správnou, jelikož se vlastně snaží reprodukovat vše tak, jak rozumí. Protože dítě rozumí chybně, a to zejména v oblasti fonologie a segmentace řeči, musí být logicky jeho vývoj řeči opožděný a defektní.

Uveďme si škálu příznaků dysfázie, které velmi přehledně uvádí Lejska (2003):

- a) Porucha fonetické i fonologické realizace hlásek;
- b) Vážne syntaktické spojování slov do větných celků;
- c) Porucha v pořadí řazení slabik – přehazuje, vynechává, opakuje atd.;
- d) Řeč je agramatická, často nesrozumitelná;
- e) Vážne percepce distinktivních rysů, fonemická percepce postižena;
- f) Neschopnost udržet dějovou linii, přeskoky;
- g) Nedokáže využít redundance k doplnění;
- h) Nerozeznává klíčová slova k pochopení smyslu;
- i) Porucha krátkodobé paměti;
- j) Malá aktivní slovní zásoba;
- k) Dyslexie, dyspraxie;
- l) Nepoměr mezi řečovými a neřečovými schopnostmi;
- m) Porucha kresby;
- n) Porucha percepce zrakových, hmatových a rytmických signálů;
- o) Porušena jemná motorika a lateralizace.

Stejně jako Škodová a Jedlička (2007) nejprve podrobněji rozebereme příznaky v řečové oblasti. **Příznaky na řeči** nacházíme jak v hloubkové struktuře řeči, tak ve struktuře povrchové.

V **hloubkové struktuře** se mohou obtíže projevat v oblasti sémantické, syntaktické i gramatické. Děti s dysfázií mívají obtíže s dodržováním slovosledu, vyskytují se u nich odchylky ve frekvenci výskytu jednotlivých slovních druhů, vynechávání některých slov (krátké předložky, zvrtné částice) či redukce stavby vět na dvou- nebo i jednoslovné věty (Škodová, Jedlička, 2007). Vitásková (In: Vitásková, Peutelschmiedová, 2005) považuje za jeden z nejvýraznějších symptomů tzv. dysgramatismy, které jsou většinou rozlišeny do tří stupňů podle jejich důsledků na produkci řeči.

V **povrchové struktuře** řeči je hlavní porucha fonologického systému na úrovni rozlišování distinktivních rysů hlásek. Nejčastěji je porucha patrná v rozlišování

znělosti a neznělosti, závěrovosti a nezávěrovosti, kompaktnosti a difuznosti (Novák, 1997; In: Škodová, Jedlička, 2007). Řeč je na poslech výrazně patlavá až zcela nesrozumitelná. Dítě hlásky či slabiky ve slově buď zaměňuje, nebo zcela vynechává, a to zejména u delších a náročnějších slov (Škodová, Jedlička, 2007). Klenková (1996) upozorňuje, že dítě hlásky povětšinou umí a dokáže je vyslovit ve správné podobě jako zvuky přírodní, ale jejich použití ve slově a větě vázne. Vzhledem k těmto uváděným příznakům proto mluvíme o **vývoji řeči** opožděném, ale i **aberantním** (odchylném).

Příznaků v **neřečových oblastech** je celá řada. Do této oblasti řadíme mimo jiné **nerovnoměrný vývoj** celé osobnosti jedince, kdy se může jasně projevat rozdíl mezi jednotlivými složkami a nabývat rozsahu i několik let. Dalším ukazatelem může být **diskrepance mezi verbálními a neverbálními schopnostmi**. Zjištěná úroveň verbálního projevu je často výrazně nižší, než jaká by odpovídala intelektovým schopnostem a kalendářnímu věku dítěte. Může se vyskytnout **narušení zrakového vnímání**. Tyto drobné, ale i výraznější obtíže můžeme vysledovat při kreslení. Kresba dětí s dysfázií má své typické rysy a znaky (Škodová, Jedlička, 2007). Vyskytuje se i **narušení sluchového vnímání** v tom smyslu, že je výrazně narušena schopnost sluchem diferencovat jednotlivé prvky řeči. Také je přítomna porucha vnímání, zapamatování a napodobení melodie a rytmu. **Narušeno je časové zpracování akustického signálu** a ve zpracování akustické informace, př. při otázce nebo instrukci se objevují prodlevy a zpoždění. Jedním z příznaků může být i **narušení paměťových funkcí**. Objevují se **potíže s orientací v čase a prostoru**, kdy se dítě obtížně orientuje nejen v prostoru, ale i ve vlastním tělesném schématu, s čímž souvisí pravo - levá orientace. Dítě chybně vnímá časové vztahy, vztahy mezi rodinnými příslušníky apod. Téměř vždy se vyskytuje narušení motorických funkcí. Jedná se o narušení jemné motoriky rukou, poruchy motoriky mluvidel či deficity v prostorovém uspořádání pohybů. Často se opoždí vývoj hrubé i jemné motoriky a vyskytují se koordinační obtíže. A v neposlední řadě jsou často se vyskytující **nevýhodné typy laterality**, jako je nevyhraněná dominance, laterality zkřížená nebo souhlasná levostranná preference ruky a oka (Škodová, Jedlička, 2007).

Podle systémového charakteru poruchy se vyčlenily dvě kategorie dysfázie, a to motorická a senzorická, jak jej uvádí Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN), (Dvořák, 1998). Od tohoto klasického dělení se upouští, přesto bych jej ráda zmínila:

1. **F80.1 Expresivní porucha řeči; d. motorica**; expresivní typ;
2. **F80.2 Receptivní porucha řeči; d. sensorica**; receptivní typ.

Při **expresivní poruše řeči** (motorická dysfázie) převažují obtíže v logomotorické oblasti. Aktivní slovník je znatelně nižší než úroveň rozumění slovům a větám. Typická je diskrepance mezi vývojem verbální komunikace a neverbálním intelektem v neprospěch řeči. Řeč dítě tvoří velmi těžkopádně a jeho mluvní apetit obvykle upadá (Dvořák, 1998).

U **receptivní poruchy řeči** (senzorická dysfázie) převládají narušení v receptivní oblasti řeči, tj. poruchy fonemického sluchu, sluchové paměti, poruchy krátkodobé paměti, obtíže v chápání a rozumění slovům aj. Vývoj řeči nemusí být opožděn a řeč je často plynulá, avšak zcela nesrozumitelná. Mluvní projev je značně deformovaný, dítě používá vlastní slovník (Dvořák, 1998).

#### **1. 4 Diferenciální diagnostika**

Významnou složkou diagnostických postupů je diferenciální diagnostika. Z důvodu rozmanité symptomatologie je totiž dysfázie často zaměňována za jiné poruchy řeči a její diagnostika je celkově obtížná.

Základním bodem diferenciální diagnostiky jak uvádí Vitásková a Peutelschmiedová (2005) by měla být retardace vývoje verbální komunikace v kontrastu s fyziologickým psychosomatickým vývojem s výraznějšími projevy v expresivní složce řeči.

Především je třeba odlišit dysfázii od **sluchové poruchy**. Provádí se sluchová zkouška a pro objektivní posouzení i opakovaně (Kutálková, 2002).

Dále je třeba odlišit dysfázii od **dysartrie**, která se sice vykazuje podobnými příznaky na řeči, ale ty vyplývají z jiné podstaty neurologického postižení (Škodová, Jedlička, 2007).

Nejčastěji dochází k záměně s těžkou **dyslálií**. Řeč dítěte s dyslálií je sice nesrozumitelná v důsledku artikulační poruchy, vždy ale dodržuje segmentální strukturu slov a vět (Klenková, 2006).

Od **opožděného vývoje řeči prostého** se dysfázie odlišuje opožděním a narušením vývoje dalších složek osobnosti (Škodová, Jedlička, 2007).

Důležité je odlišení dysfázie a opožděného vývoje při **mentální retardaci**. Příznaky se shodují v narušení celého vývoje osobnosti, na rozdíl od vývojové dysfázie je však u mentálního postižení opoždění rovnoměrné a ve všech složkách (Škodová, Jedlička, 2007).

Je na místě též zvážit případ **mutismu** jako primárního projevu nebo zda je primární poruchou dysfázie a mutismus vznikl druhotně následkem nevhodných výchovných postupů (Kutálková, 2002).

Diferenciální diagnostiku dysfázie a **autismu** či autistických rysů provádějí odborníci na specializovaných pracovištích. Stejně tak diferenční diagnostiku dysfázie a **syndromu Landau – Kleffnera**, kdy dochází ke ztrátě komunikačních schopností na základě epileptické aktivity (Klenková, 2006).

## 2 Ucelená rehabilitace dětí s vývojovou dysfázií

Pro následující kapitoly bude důležité definování pojmu rehabilitace, vysvětlení tohoto pojmu a jeho zařazení v kontextu. Pokládáme za podstatné i propojení s termínem terapie a jeho stručné vysvětlení, jelikož s tímto termínem se v odborném kontextu a literatuře setkáte opětovaně.

Lékařský slovník (Vokurka, Hugo a kol., 2005) popisuje pojem rehabilitace v nejširším smyslu jako: „*obnovení původního stavu, výkonnosti, soběstačnosti, pohyblivosti, pracovní schopnosti*“ (Vokurka, Hugo a kol., 2005, s. 776). Obdobně Dvořák (1998) vysvětluje pojem rehabilitace (z lat. *rehabilitatio*) jako určitou formu návratné péče a dále jako: „*souhrn činností směřující k opětovnému nabytí schopností ztracených nemocí nebo úrazem*“ (Dvořák, 1998, s. 168).

Pro ukotvení pojmu rehabilitace je vhodné využít definici terapie, která ji popisuje jako léčbu, v širším pojetí pak uvádí její zaměření na odstranění poruchy či odchylky, zmírnění následků postižení či onemocnění. Takto definovaná terapie by měla zahrnovat tyto části: reedukace, rehabilitace, kompenzace, speciální péče apod. (Dvořák, 1998).

Votava a kol. (2003) se taktéž zabývá pojmem ucelená rehabilitace, z anglického termínu *comprehensive rehabilitation*. Uvádí, že výraz *comprehensive*, který někdy počeštujeme jako *komprehenzivní*, se překládá jako úplný, ucelený, celkový.

Pro naše zaměření je důležitá zmínka o ucelené (komprehenzivní) rehabilitaci, jak ji uvádí Dvořák (1998), a tou je myšlenka rehabilitace jako začlenění člověka do každodenního života. Světová zdravotnická organizace (WHO, 1969) definuje pojem rehabilitace jako „*včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků*“ (1969; In: Votava a kol., 2003, s. 14 - 15).

Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti, disability a zdraví (MKF) schválena Světovou zdravotnickou organizací (WHO) v r. 2001 mezi tělesné funkce řadí mimo jiné i funkci hlasu a řeči, za komponentu tělesné struktury považuje i struktury vztahující se k hlasu a řeči a z pohledu aktivity a participace jedince hodnotí kromě jiného právě komunikaci (Votava a kol., 2003).

Jak podotýká Housarová (1998) dnes již víme, že péče o dítě s vývojovou dysfázií je podmíněna dlouhodobou prací odborníka, která je charakteristická požadavkem



náročnosti na jeho osobnost a odbornou připravenost. Výsledek logopedické péče je závislý na kooperaci mnoha faktorů. Z čehož vyplývá a je předpokládána komplexní péče (viz obrázek č. 1). Pod tímto pojmem je třeba rozumět nejen péči o jedince samotného, ale i o jeho rodinu (rodiče), spolupráci se zařízením, které dítě navštěvuje, a spolupráci s dalšími zainteresovanými odborníky (Housarová, 1998).

Dříve byly terapeutické postupy zaměřeny pouze na rozvoj řeči a na úpravu její formální stránky. Řečový projev tak dosáhl srozumitelné úrovně, ale na úkor ostatních dovedností nutných k dosažení školní zralosti. Problémem byla i nedokonalá diferenciální diagnostika, jejíž postup vedl k aplikování neadekvátních rehabilitačních postupů (Škodová, Jedlička, 2007).

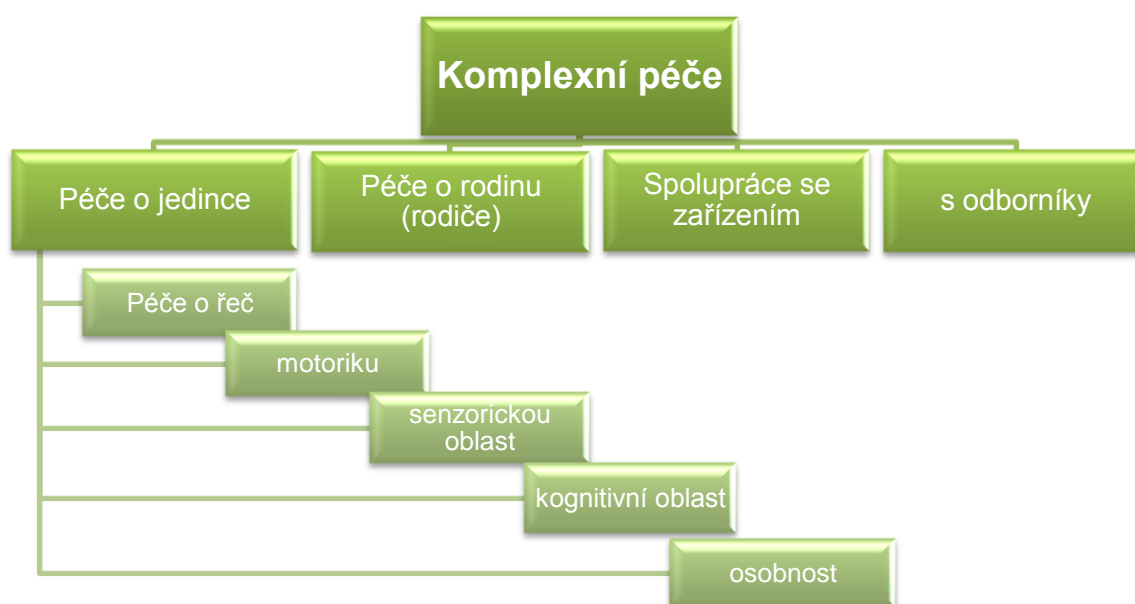
V současnosti se stalo podstatou rozvoje komunikačních dovedností a schopností u dětí s vývojovou dysfázií zaměření na celkovou osobnost dítěte, aniž by docházelo ke zdůrazňování řečové složky. Tento komplexní přístup podle Škodové a Jedličky (2007) zahrnuje rozvíjení těchto oblastí:

- zrakové vnímání
- sluchové vnímání
- myšlení
- paměť a pozornost
- motorika
- schopnost orientace
- grafomotorika
- řeč

Nezbytným předpokladem úspěšného rozvoje dysfatického dítěte je kombinovat rehabilitační a edukační i reedukační postupy takovým způsobem, aby dítě mělo možnost využít těch schopností a dovedností, které již umí a zvládá (Škodová, Jedlička, 2007).

V současné době máme k dispozici komplexní rehabilitační programy, které zajišťují, aby se dětem s dysfázií dostávalo dostatečně široké spektrum smyslových podnětů. Součástí tohoto spektra tvoří zvuky, barvy, povrchy, kresba, rytmus, poslouchání a hra. Jen díky dostatečnému množství takovýchto podnětů můžeme pomoci k rychlejšímu vyzrávání mozku jako celku (Lejska, 2003).

Obrázek 1: Schéma základního rozdělení komplexní péče



## 2. 1 Rehabilitace smyslového vnímání

Rehabilitací smyslového vnímání rozumíme práci se sluchovým a zrakovým analyzátozem. Vyvrálost **zrakové percepce** je důležitým předpokladem mimo jiné pro výuku čtení a psaní.

Škodová a Jedlička (2007) mezi symptomy vývojové dysfázie zařazují narušení zrakového vnímání. Popisují, že nejprve dozrává schopnost rozlišování detailu směrem nahoru-dolů a později schopnost rozlišování polohy vpravo-vlevo. V těchto úkolech mají nejmarkantněji potíže děti nevyzrálé a právě děti s organickým poškozením CNS. Vágnerová (1997; In: Škodová, Jedlička, 2007) upřesňuje, že tato porucha není závislá přímo na zrakovém analyzátozem, ale na centrálním zpracování vjemu. V naší klinické logopedii se ujal *Vývojový test zrakového vnímání* Marie Frostigové (1972; In: Škodová, Jedlička, 2007). Test se zaměřuje nejen na hodnocení vizuální percepce, ale zahrnuje i senzomotorickou koordinaci a manuální zručnost. V testu je hodnoceno, jak dítě vnímá tvary a barvy a dále zapojuje koordinaci zpracování jednotlivých vjemů v souvislosti s motorikou ruky. Test Marie Frostigové obsahuje těchto pět subtestů:

1. Vizuomotorická koordinace
2. Diferenciace figura – pozadí
3. Konstantnost tvaru
4. Poloha v prostoru
5. Prostorové vztahy

Zrakové vnímání rozvíjíme nejrůznějšími hrami a cvičeními zaměřenými na vnímání a porovnávání velikostí, barev a rozpoznávání tvarů. Ve cvičeních se postupuje od posuzování konkrétních předmětů k obrázkům, kde má dítě za úkol všimnout rozdílů a postupně stále menších a jemnějších detailů (Janotová, 1999). Konkrétně se využívají např. cvičení na identifikaci a rozlišování barev, určování velikostí, rozlišování podobných předmětů, cvičení na vnímání tvarů, dále poznávání rozdílů, skládání celků z částí a rozklad celku na dílčí prvky, a v neposlední řadě cvičení očních pohybů apod. (Janotová, 1996).

U dětí s vývojovou dysfázií je výrazně narušena sluchová diferenciací jednotlivých prvků řeči. Porucha je i v časovém zpracování zvukového signálu, dysfatici nedokážou rozeznat klíčová slova a nedokonale fixují řečové vzory. To vše dokresluje ještě porucha rytmu a tempa řeči a porucha krátkodobé paměti.

Řečová porucha do jisté míry ovlivňuje, ve smyslu omezení, komplexnost vnímání. Dysfaticům dělá obtíže sluchová diskriminace, zapamatování slyšeného či spojování grafémů s fonémy (Špinková, 1997).

Pro posílení **sluchové percepce** se využívají nejrůznější sluchová cvičení, zejména diskriminační sluchová cvičení. Jedná se v podstatě o stejná cvičení, která se používají u dětí s vadou sluchu. Dále existují ale i speciální cvičení, např. pro zlepšení fonemického sluchu. S dysfatickými dětmi v rámci rehabilitace nacvičujeme percepci mluveného slova pomocí jednoduchých zvukových vzorců. Při těchto cvičeních vhodně procvičujeme spojením zvuku a vyhledáním příslušného obrázku (Škodová, Jedlička, 2007).

Škodová a Jedlička (2007) uvádějí, že vývoj fonemického sluchu by měl být ukončen přibližně v pěti letech věku dítěte. Většina dětí s vývojovou dysfázií se ale pohybuje na spodní hranici testu fonemického sluchu, a proto je třeba fonemický sluch pravidelně cvičit. Je vhodné využívat při tom nácviku zpětné vazby, neboli sebekontroly vlastní řečové produkce. Dále je příhodné zařadit cvičení, která jsou součástí nejrůznějších diagnostických testů. Např. test *Zkouška sluchové diferenciací* (Wepman, Matějček, 1987; In: Škodová, Jedlička, 2007), ve kterém má dítě rozeznat dvě bezsmyslné slabiky. V Matějčkově (1987; In: Škodová, Jedlička, 2007) *Zkoušce sluchové analýzy a syntézy* je úkolem dítěte rozložit předřikávaná slova stoupající obtížnosti na slabiky, a naopak z vyslovovaných hlásek složit slovo. Shodně uvádí Špinková (1997) analýzu zvukových celků a zpětnou syntézu slova z hlásek.

Obsah a pestrost jednotlivých cvičení pro děti s vývojovou dysfázií je závislý na invenci, tvořivosti a osobnostních charakteristikách konkrétního klinického logopeda (Škodová, Jedlička, 2007).

Velmi zajímavý je koncept **bazální stimulace** využitý v rámci logopedické problematiky, který popisuje Housarová a kol. (2009). Princip bazální stimulace respektuje různé úrovně vnímání, ve kterých se jedinec nachází. Koncept se zaměřuje v péči o klienty s problémy v oblasti vnímání, hybnosti a komunikace, a tak lze jeho prvky využít i při práci s jedinci s těžkými vývojovými poruchami řeči. Autorky popisují užití bazální stimulace u dětí s vývojovou dysfázií v souběhu s další řečovou poruchou, konkrétně s vývojovou dysartrií a často s rysy mutismu či dokonce mutismem. U těchto dětí lze využít technik somatické a taktilně haptické stimulace. Hmatové vnímání se u dětí rozvíjí pomocí manipulace s nejrůznějšími předměty různých vlastností (teplé – studené, mokré – vlhké, apod.). Díky těmto metodám je dětem umožněno uvědomovat si jednotlivé části těla a dosáhnout pocitu pohody a bezpečí. Mimo to se dá dosáhnout i propojení ruky a úst. Užitím těchto všech postupů bazální stimulace lze dosahovat pocitů úspěšnosti nebo pokroků v sociální komunikaci atd.

## **2. 2 Rehabilitace myšlení, paměti a pozornosti**

U dětí s vývojovou dysfázií, jak už bylo výše popsáno, je znatelná diskrepance mezi úrovní verbálních a neverbálních schopností, kdy výrazně pokulhává složka verbální. Volbou nesprávné stimulace a upřednostňováním rehabilitace např. formální stránky řeči (tj. úprava výslovnosti) před **obsahovou stránkou řeči** (tj. rozvoj myšlení), může docházet k takové situaci, že se sekundárně zhoršují rozumové schopnosti dítěte. Jestliže ale dbáme na rehabilitaci i obsahové stránky řeči, rozvíjíme tak současně **intelekt dítěte**. Škodová a Jedlička (2007) dále upozorňují, že úroveň intelektu dítěte je podstatným faktorem ke vzdělávání. Rehabilitací obsahové složky řeči rozvíjíme tedy nejen osobnostní charakteristiky dítěte, ale i jeho předpoklady pro úspěšnou školní docházku. Na tuto problematiku upozorňuje i Sovák (1989) a uvádí zásady péče o dysfatické děti, kterými jsou rozvoj obsahové stránky řeči, navozování slovního spojení s konkrétními jevy, využití pohybových her a jejich spojení s mluvou či zpěvem.

Důležitým předpokladem úspěšné rehabilitace dysfatického dítěte je i respektování jeho individuálních charakteristik. Před stanovením rehabilitačních postupů by mělo být provedeno vyšetření celkové úrovně paměti a pozornosti. Některé děti ulpívají nebo se

vážou na určité podněty. Dysfatické děti se vyznačují různou mírou odolnosti vůči rušivým vlivům a mají různou schopnost adaptace na nové situace. Mohou se vyskytovat i výkyvy v pozornosti a různá úroveň koncentrace a vytrvalosti (Škodová, Jedlička, 2007).

Vývojová dysfázie je mimo jiné nápadná poruchou krátkodobé **paměti**. Stejně tak i poruchy koncentrace **pozornosti** jsou pro dysfázii typické. Proto v rámci rehabilitace vývojové dysfázie zapojujeme cvičení na rozvoj paměti a pozornosti do všech dalších terapeutických postupů. Konkrétní metody a postupy volí terapeut s ohledem na individualitu dítěte a v neposlední řadě v závislosti na svých zkušenostech a schopnostech. Klíčový význam v rehabilitaci paměti a pozornosti má průběžné opakování procvičovaných činností a pracovních postupů, které se dítě během rehabilitace učí a ovládá (Škodová, Jedlička, 2007). Pro cvičení vnímání a pozornosti využíváme rozmanité obrázky, časopisy, puzzle apod. Procvičujeme rozlišování velikosti, barev, vlastností, hledáme podobnosti a souvislosti, odlišujeme část od celku, důležité od nedůležitého, učíme poznávat zrcadlové tvary, vzdálenosti, procvičujeme reprodukci a nápodobu (Špinková, 1997).

Škodová a Jedlička (2007) podotýkají, že současným úkolem moderní klinické logopedie by mělo být vypracování standardních diagnostických testů zaměřených na narušenou komunikační schopnost, které by se soustředily na dosaženou úroveň v jednotlivých obdobích vývoje komunikačních schopností, jejich porovnávání a dále stanovení stupně narušené komunikační schopnosti.

### **2. 3 Rehabilitace motoriky**

Dysfatické dítě je nápadné svými koordinačními potížemi či motorickým neklidem. V testech jemné i hrubé motoriky jsou tyto děti na velmi nízké úrovni vzhledem ke svému věku a tento deficit v oblasti motoriky je proto znatelně znevýhodňuje. Už J. A. Komenský poukazoval na spojitost vývoje motoriky, čili pohybových schopností, a vývoje řeči (Škodová, Jedlička, 2007). Stejně tak Sovák (1978; In: Škodová, Jedlička, 2007) zdůrazňoval důležitost pohybové výchovy jako součásti komprehenzivního přístupu k rehabilitaci řeči.

Housarová (1998) upomíná, že při včasné diagnostice může být rozvíjení motorických dovedností využito v navázání dobrého a funkčního vztahu mezi dítětem a logopedem. Prostřednictvím této činnosti lze rozvíjet i pasivní slovní zásobu a mimo jiné se zaměřit i na úpravu hyperaktivity, která se též často u dětí s dysfázií vyskytuje.

Motorické dovednosti obecně dělíme na hrubou a jemnou motoriku, orofaciální motoriku a grafomotoriku. V rehabilitaci jemné a hrubé motoriky lze využít závěry z neuropsychologického vyšetření *NEPS* (úprava Mikulajová, Rafajdusová, 1982; In: Škodová, Jedlička, 2007).

V případě, že jde u dítěte o nevyhraněnou laterální, je vhodné primárně určit nebo potvrdit dominanci jedné z horních končetin (Housarová, 1998). **Motorika ruky** je u dysfatického dítěte nepřesná, pohyby jsou neobratné a dítě si často dopomáhá druhou rukou. V rámci rehabilitačních cvičení se proto používají různé stavebnice s různou velikostí, tvarem, povrchem i materiálem dílků. Nejnápadněji se jeví porucha **dynamické organizace pohybů**. Jako prostředek nápravy se používají nejrozličnější rytmická cvičení a pohybové hry. Některé děti mají potíže s **opticko – prostorovou organizací pohybu**, kterou ale může cvičit pomocí nápodoby přímého vzoru. V praxi každodenního života se obtíže spolupráce obou rukou u dysfatických dětí projevují velmi nápadně. Potíže typu neschopnost si zavázat tkaničky, zapnout knoflíky, jíst příborem nebo nešikovnost při oblékání jsou pro dysfatické děti velmi typické. Tyto problémy vyplývají z jejich deficitu chápání prostorových vztahů a prostorové organizace pohybu vůbec. Zde opět platí zásada opakování stanovených pracovních postupů. S dítětem je třeba opakovaně procvičovat cílené a přesné pohyby rukou a zdůraznit např. časový sled jednotlivých dílčích úkonů (Škodová, Jedlička, 2007). U prováděných pohybů si všímáme především plynulosti, rozsahu, přesnosti provedení, koordinace a dodržování posloupnosti prvků pohybu. V rámci rehabilitace jemné a hrubé motoriky se nabízí i využití domácích aktivit jako je např. mytí nádobí, práce s těstem či manipulace s různými předměty (Housarová, 1998). Housarová (1998) uvádí důležitý faktor pro rozvoj motoriky, kterým je orientace na oblast sportovní výchovy, protože některé děti s vývojovou dysfázií, přestože v ostatních složkách podávají výkony typické pro dysfatické, mohou být v některých sportech velice dovední.

U dysfatických dětí se objevuje nepřesnost pohybů jazyka, rtů, tváří apod. Jedná se o porušení koordinace pohybů mluvidel. Téměř vždy zaostává elevace (zdvihání) jazyka, která je nezbytná pro realizaci hlásek. Zaostávání oromotoriky vede k obtížím v praktickém každodenním životě. Dítě pak nedovede mimikou vyjádřit své emoční naladění, např. zamračit se, při jídle má znečištěné okolí úst, jelikož se nedovede olíznout atd. (Škodová, Jedlička, 2007). Motorický analyzátor je určující pro začátky vlastní řečové projevy. S rozvojem oromotorické hybnosti se původní neartikulované zvuky přetvářejí na zvuky koordinované. Navíc i obratnost ruky významně ovlivňuje

úroveň řeči, a proto je vhodné věnovat u dysfatického dítěte pozornost i koordinačním cvičením pohybu rukou jako je navlékání, práce s hlinou a drobnými materiály. A tyto aktivity vhodně doprovodit slovním vyjádřením určitého pohybu (Špinková, 1997). Nejen z hlediska motivace dítěte je dobré volit takový postup rehabilitace a cvičení, které je dítě postupně schopné zvládnout. Terapeut by měl zařadit alespoň jedno cvičení, ve kterém bude dítě určitě úspěšné. Kutálková (2002) tento postup nazývá „metodou malých kroků“.

Škodová a Jedlička (2007) závěrem dodávají, že chybou terapeuta by bylo vybírat pouze cvičení na úpravu výslovnosti, jelikož důležitou součástí komprehenzivní rehabilitace je i dostatečné zvládnutí průběžných motorických cvičení.

## **2. 4 Rehabilitace grafomotoriky a pravo – levé orientace**

Vágnerová (1997; In: Škodová, Jedlička, 2007) považuje kresbu za jednu z nejvýznamnějších součástí rehabilitace komunikačních dovedností. Kresbu lze využít při navazování kontaktu terapeuta s dítětem, protože kreslení je pro dítě přitažlivé a většinou snižuje nejistotu a napětí. Děti na začátku rehabilitace nekreslí vůbec nebo kreslí s jistou nevolí. Nedokážou si totiž vypracovat pracovní strategii, obtíže jim činí obkreslování, napodobování vzoru či dokonce kreslení na pokyn. (Příloha 1 obsahuje kresbu dítěte s dysfázií). Proto je třeba postupovat v rehabilitaci grafomotoriky nenásilně a pozvolna.

Rehabilitace grafomotoriky obsahuje nacvičování obtahování a obkreslování jednoduchých prvků – klubíčko, kolečko, čára, vlnovka apod. Jestliže dítě zvládne tyto jednotlivé prvky, je možné postupně přejít k vytvoření jednoduchého schématu, které se bude skládat právě z těchto jednoduchých obrazců (např. sluníčko – spojení kruhu a čáry). V dalším rozvoji se mohou spojovat jednotlivé prvky a neustále procvičovat jejich kombinace. S přihlédnutím k motivaci dítěte lze dobře využít práci ve skupince dětí nebo kreslení na větší plochu, např. tabuli (Škodová, Jedlička, 2007).

V praxi se využívá vztahu kresby a orientace. Děti s dysfázií mají obtíže s chápáním prostorových vztahů a v pravo – levé orientaci. Tyto potíže jistě nepodporí ani nevyhraněná laterální ruka nebo oka, která je pro dysfatické děti typická. V rehabilitaci schopnosti orientace se úspěšně aplikuje spojení kresby jednoduchého obrázku, které dítě vytvoří, a následného zobrazení prvků obrázku v prostoru za využití špejlí, provázků, drátků apod. (Škodová, Jedlička, 2007).

## **2. 5 Rehabilitace řeči**

Vítková (2004) upozorňuje, že v případě vývojové dysfázie je nezbytná komplexní diagnostika a dlouhodobá logopedická péče. Logopedická péče dysfatického dítěte by měla využít zásad ontogenetického vývoje řeči. Dále upomíná, že děti s vývojovou dysfázií vyžadují intenzivní komplexní péči zpravidla nejen v předškolním, ale povětšinou i ve školním věku.

Veldová (1996) zdůrazňuje nutnost komplexní rehabilitace a varuje před možným negativním dopadem jednostranně zaměřeným rehabilitačním postupem. Dále zmiňuje, že záleží mnoho i na sociálním prostředí a na schopnosti matky srozumitelně s dítětem komunikovat.

V praxi se většinou nenajdou dvě děti s diagnózou vývojové dysfázie, které by měli obtíže stejného stupně v určitém věku. Nelze ani předpokládat s jistotou, že bychom při té nejvhodnější terapii u obou dětí dosáhli potřebné úrovně komunikačních dovedností a schopností před nástupem do školy. V nynější době existují v podstatě rámcové metodické postupy pro rozvoj řeči u dětí s dysfázií. Vlastní podoba rehabilitace potom závisí na individuálním přístupu ke každému dítěti (Škodová, Jedlička, 2007).

Pro děti s vývojovou dysfázií je vhodná jak péče individuální, tak péče probíhající v malé skupině. Nejčastěji je dětem poskytována ambulantní individuální logopedická péče. Vzhledem k prostorové a časové náročnosti terapie skupinové je tato forma rehabilitace aplikována většinou na větších klinických pracovištích nebo ve specializovaných odděleních nemocnic, případně v denních stacionářích (Škodová, Jedlička, 2007).

### **2. 5. 1 Individuální logopedická terapie**

Individuální logopedická terapie respektuje několik speciálně pedagogických a metodických zásad. Mezi ně patří hlavně zásada individuálního přístupu, která vychází ze znalosti toho, že jednotlivé dysfatické děti se vzájemně odlišují ve svých schopnostech a dispozicích. Neméně podstatnou součástí rehabilitace je osobnost klinického logopeda a jeho osobnostní a odborné kvality, kterými se mimo jiné zajišťuje i fungující vztah s dítětem a jeho rodiči (Škodová, Jedlička, 2007). Pavlová – Zahálková (1976) uvádí tyto tři zásady pro práci s dysfatickými dětmi: názornost, činnost a samostatnost.

V rámci logopedické péče se logoped stará nejen o rozvoj řeči jako takové, ale zároveň se věnuje též rozvoji psychomotorických dovedností dítěte. V průběhu ambulantní péče



logoped radí rodičům dítěte jak vytvořit podnětné prostředí a jak kladně působit na dítě doma. Úkolem logopeda je vytvořit si podklady k práci s dítětem, což vlastně znamená vypracovat pro dítě individuální terapeutický plán. Tento plán zahrnuje následující oblasti (Škodová, Jedlička, 2007):

- Rozvíjení rozumění řeči
- Procvičení motoriky (motorika mluvidel, jemná i hrubá motorika)
- Návuk nových prvků řeči
- Zajištění a možnost zapůjčení pomůcek k práci doma
- Rozvoj sluchové percepce
- Rozvoj zrakové percepce
- Návuk základních grafomotorických dovedností

V současné době je možno v rámci logopedické rehabilitace využívat nejrůznějších technik a technických pomůcek, např. pořizovat audiovizuální záznamy nebo videozáznamy. Pro práci logopedů jsou dále dostupné speciální počítačové programy a záleží jen na uvážení příslušného logopeda, zda je využije, a také na vybavení konkrétního pracoviště. Logopedům je nápomocná komplexní dokumentace, na které se podílí psycholog, neurologické či foniatrické pracoviště a další. Logoped se dílčím způsobem zapojuje do celkového zhodnocení výsledků rehabilitace a tím pádem ovlivňuje i školní zařazení dítěte (Škodová, Jedlička, 2007).

Jestliže do ordinace klinického logopeda přichází dítě, které téměř nemluví nebo je jeho řečová produkce omezena na několik málo slov, začíná se pracovat s návukem rozumění řeči a podporou mluvního apetitu. Návuk percepce řeči probíhá v podstatě rutinním dodržováním stereotypů, které spočívají v tom, že logoped obvyklé činnosti doprovází stále stejným slovním doprovodem či pohybem. Tím se u dítěte vytváří pevné spojení daného zvuku – slova a činnosti, předmětu nebo osoby. Proces, kterým se dosahuje samostatného řečového projevu u dysfatického dítěte, je zpravidla velice dlouhodobý a náročný na motivaci dítěte i rodiče. Je úkolem logopeda postupně zařazovat metodické prvky edukace řeči náležitě vzhledem ke stupni vývoje řeči, na kterém se dítě aktuálně nachází (Škodová, Jedlička, 2007).

Individuální logopedická terapie by měla postupovat dle těchto následujících zásad. Rozvoj řeči probíhá postupně od základního zvukového materiálu. Z toho se odvíjí zásada postupovat od nejjednodušších elementů řeči. Každý další návuk by měl následovat až po upevnění dosavadního prvku rozvíjení řeči. Primárně by se měl

logoped věnovat rozvoji obsahové stránky řeči a až jako další stupeň rozvíjet u dítěte výslovnost (Škodová, Jedlička, 2007).

Při **rozvíjení obsahové stránky řeči** se začíná modulací hlasu a vytvářením přírodních zvuků. Tzv. onomatopoeie (např. haf, mňau) jsou většinou první jednoslabičná slova, která dítě použije a které vznikají ze základního zvukového materiálu. Postupně dítě přechází ke kombinování slabik o dvou různých samohláskách a dvou souhláskách. Vznikají tak první dvouslabičná slova, která už mají nějaký význam – př. mama, tata, papa. Tímto způsobem si dítě postupem času a logopedické péče vytvoří svou dětskou mluvu, jež se skládá z podstatných jmen konkrétních a několika základních sloves. S touto výbavou může dítě začít tvořit jednoduché jednoslovné až dvouslovné věty většinou jako odpovědi na otázku. Jestliže se dítě dostane na tuto úroveň, může logoped začít s nácvikem každodenně běžně používaných frází (Škodová, Jedlička, 2007). Velice důležitý je nácvik syntaxe, která může, v případě je-li její užívání narušeno, zcela pozměnit obsah sdělení (Novák, 1994; In: Škodová, Jedlička, 2007). V případě vývojové dysfázie je syntax téměř vždy narušena. Dalším krokem logopedické rehabilitace řeči je zapojování víceslabičných slov do vět, což zároveň znamená i rozšíření slovní zásoby dítěte o další slovní druhy. Logopedická péče by v neposlední řadě měla zahrnovat odstraňování dysgramatismů. Účinnou metodou rozvíjení obsahové stránky řeči po dosažení úspěchů v předcházejících krocích logopedické péče je popis děje podle obrázku. Dítě by mělo být schopno jednoduchého vyprávění na základě sestavení jednoduché dějové a časové linie. Dalším pokrokem v rozvoji řeči je to, že dítě zvládne vyprávět příběh, pohádku nebo svůj zážitek, tedy slovně podat obsah nějakého děje. Konečnou fází a cílem snažení logopeda je hovorová řeč. Na základě této dosažené mety může logoped přistoupit k úpravě výslovnosti (Škodová, Jedlička, 2007). Předpokladem k tomu, aby se logoped začal věnovat **úpravě formální stránky řeči** - výslovnosti, je doba, ve které má dítě již vytvořenou dostatečnou slovní zásobu, struktura jeho vět je gramaticky správná, dokáže udržet dějovou a časovou linii vyprávění a jeho fonemický sluch je na odpovídající úrovni. V této fázi se logoped věnuje úpravě výslovnosti stejnými postupy a osvědčenými metodami jaké se používají při nápravě patlavosti (dyslálie), (Škodová, Jedlička, 2007). Toto téma by však bylo nad rámec námětu této bakalářské práce.

## **2. 5. 2 Skupinová logopedická terapie**

Skupinová logopedická terapie se realizuje v: „*denních stacionářích zřizovaných resortem zdravotnictví, na lůžkových odděleních foniatrických, neurologických a psychiatrických pracovišť, v léčebnách pro děti s vícečetným postižením, v resortu školství ve speciálních mateřských a základních školách*“ (Škodová, Jedlička, 2007, s. 136).

U nás je skupinová logopedická terapie prováděna např. na Foniatrické klinice VFN a 1. LF UK v Praze již od roku 1985 (Škodová, Jedlička, 2007).

Terapeutická skupina by neměla přesáhnout kapacitu 6 dětí. Skupinová terapie má svůj vymezený cíl a řídí se určitým harmonogramem. Cílem skupinové terapie je nácvik a upevňování nejrůznějších dovedností, rozvoj jemné a hrubé motoriky, zlepšení pohybové koordinace a harmonie pohybu. Výraznou výhodou skupinové terapie je fakt, že je dítě nenásilně nuceno verbálně komunikovat, jelikož se potřebuje domlouvat s ostatními dětmi či o něco požádat apod. (Kaprál, 1990; Škodová, Lísalová, 2001; In: Škodová, Jedlička, 2007).

Program skupinové terapie zahajují aktivní činnosti na odreagování, celkové uvolnění a jakési „zahřátí“ organismu. Po této úvodní části následuje relaxace, která může být zařazována i v průběhu celého programu. Relaxační cvičení jsou významná pro svůj účinek na psychické a fyzické uvolnění. Hlavní část programu se zaměřuje na cvičení hrubé a jemné motoriky, pohybovou koordinaci a nácvik prostorové orientace. Při těchto cvičeních a pohybových aktivitách je rozvíjena zraková, sluchová a hmatová percepce. Zároveň dochází i k rozvíjení sociálních dovedností. Děti navzájem spolupracují, navazují kontakty, zvládají konkurenci atd. Na závěr programu je zařazována kresba a zobrazování v prostoru.

Skupinová terapie má pro dítě následující pozitiva (Škodová, Jedlička, 2007):

- Stimulace aktivity ostatními dětmi;
- Dítě dokáže lépe napodobit druhé dítě nežli dospělého;
- Rozšiřování slovní zásoby a zlepšení gramatických struktur;
- Podpora mluvního apetitu;
- Zlepšení pohybových schopností a motoriky;
- Zlepšení citu pro rytmus;
- Zlepšení srozumitelnosti mluvního projevu díky předcházejícím faktorům;
- Zlepšení sociální adaptace atd.

Díky zkušenostem ze skupinové terapie je dítě výrazně lépe připraveno k zahájení školní docházky (Škodová, Jedlička, 2007).

Podobně uvádí pozitivní aspekty skupinové logopedické terapie i Beesems (2007), které ponechávám v originální verzi z důvodu zachování významu<sup>2</sup>:

Obrázek 2: Vývojová dysfázie – řečové aspekty (skupinové) terapie

**Developmental Dysphasia**

**Speech – language aspects of (group) treatment**

- **Elicit more and better speech-language**
- **Bring receptive language to a higher level**
- **Re-enforce inner speech**
- **Drinking/eating/praxis/articulation**
- **Reaction on peers (solving arguments)**
- **Turn taking**
- **Teach „parole gentili“ and stopgaps**
- **Learn to say goodbye**

\* Legenda: Developmental dysphasia = vývojová dysfázie; speech-language aspects of (group) treatment = řečové aspekty (skupinové) terapie; elicit more and better speech-language = vyvozování výraznějšího a kvalitnějšího řečového projevu; bring receptive language to a higher level = zlepšení vnímání řeči; re-enforce inner speech = posílit vnitřní řeč; drinking/eating/praxis/articulation = pití/jídlo/praxe/artikulace; reaction on peers (solving arguments) = reagování na vrstevníky (řešení problémů); turn taking = převzetí aktivity; teach „parole gentili“ and stopgaps = učení se automatických reakcí a podpora sociální integrace; learn to say goodbye = naučit se říct konec.

Lechta (2005) shodně poukazuje na důležitý faktor pocitu sounáležitosti, kterým vzniká při celodenním společném pobytu dětí. Skupinová terapie se vlastně provádí prostřednictvím hry a běžných denních činností. Zdůrazňuje ale i negativní aspekt, který se může vyskytnout při skupinové terapii, a to ten, že málo dominantní typy dětí mohou zůstat v pozadí. Škodová a Jedlička (2007) však k tomuto dodávají, že pro tyto situace je zde pracovní tým, který může ovlivňovat pasivitu nebo aktivitu dítěte.

<sup>2</sup> Dostupné z: <http://www.dysphasia.org/turkije.pdf>

## II Praktická část

### 3 Kasuistiky

Mihál (2003) popisuje metodu kasuistiky jako popis jednoho nebo dvou pacientů se stejnými nebo podobnými problémy. V našem případě bychom nepoužili označení pacient, ale osoby popisované v kasuistice bychom nazvali spíše klienty.

V praktické části této práce naleznete dvě kasuistiky dětí s vývojovou dysfázií. Jak je popsáno níže, uvedené údaje jsem získala z dokumentace dětí, které mi poskytlo Speciálně pedagogické centrum v Karlových Varech. V rámci podepsání prohlášení o mlčenlivosti o důvěrných informacích a anonymity klientů zde neuvádím žádná jména ani jiné identifikační údaje, které by popisované osoby umožnilo komukoli je identifikovat.

Ráda bych zde zmínila několik málo informací o Speciálně pedagogickém centru, které jsem měla možnost navštívit. Speciálně pedagogické centrum v Karlových Varech poskytuje péči, pomoc a podporu klientům s mentálním, tělesným, kombinovaným a řečovým postižením a klientům s poruchami autistického spektra. SPC zajišťuje odborné psychologické a speciálně pedagogické služby nejen klientům, ale i jejich rodinám a ostatním pedagogickým pracovníkům, kteří jsou s klienty v kontaktu. Zrakově a sluchově postiženým klientům doporučují a zprostředkovávají další odborníky z jiných pracovišť. O komplexní péči se zde starají speciální pedagogové, psycholožka a sociální pracovnice. SPC poskytuje tyto odborné služby: depistáž, odborné psychologické nebo speciálně pedagogické vyšetření, odborné konzultace a metodická pomoc při integraci žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, individuální rozvoj dětí a žáků s hlubokým mentálním postižením, psychologické a speciálně pedagogické terapie, individuální logopedická péče, alternativní komunikace, handling, práce metodou Portage, Hypo program pro děti s poruchami chování a pozornosti, skupinové terapie, zpracování dokumentace dětí a žáků s postižením, konzultační a metodická činnost, služby sociální pracovnice a přednášková činnost<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Dostupné na: <http://spcentrum.ic.cz/index.htm>

### **3. 1 Cíle praktické části**

Cílem praktické části bylo zhodnotit efektivitu absolvovaných logopedických terapií u dvou dětí s vývojovou dysfázií a následně porovnat obě tyto děti, zhodnotit jejich pokrok a účinek logopedické terapie.

### **3. 2 Použité metody a techniky**

Ve své práci v části praktické používám metodu kasuistiky. Uvedené informace jsem získala z písemné dokumentace o dítěti. Jedná se o lékařské zprávy, zprávy z neurologické kliniky a neurologické ambulance, z foniatrické ordinace a ze zpráv speciálně pedagogického centra. Další informace jsem získala z rozhovoru s logopedkou ze Speciálně pedagogického centra v Karlových Varech, která s dětmi po delší dobu pracuje v rámci hodin logopedické rehabilitace. Též jsem čerpala z vlastního pozorování obou dětí při několika mých návštěvách hodin logopedie ve Speciálně pedagogickém centru. V přílohách naleznete kresby těchto dvou dětí, které byly během hodin logopedie pořízeny (Příloha č. 1, 2). Příloha č. 2 je kresbou dívky. Jedná se o kresbu postavy, o kterou byla dívka při jedné z prvních návštěv logopedie požádána. Obrázek - Příloha č. 1 byl vytvořen chlapcem v rámci jedné hodiny logopedie v SPC.

### **3. 3 Časový harmonogram**

Praktická část této práce se řídí tímto časovým harmonogramem: v první etapě, jsem nastudovala potřebné základní zdroje o psaní kasuistiky. Jako další krok této etapy jsem vyhledala dvě děti s diagnostikovanou vývojovou dysfázií, které jsem při logopedické terapii pozorovala. S kasuistikami těchto dvou konkrétních dětí vás v následujícím oddíle práce seznamuji.

Druhou etapou práce byla realizace vlastního pozorování, které se uskutečnilo ve výše popsaném Speciálně pedagogickém centru. Zúčastnila jsem se několika návštěv dětí v SPC, kde je jim poskytována individuální logopedická péče. Z těchto návštěv jsem si odnesla konkrétní poznatky, které v kasuistikách zmiňuji.

Ve třetí etapě práce kasuistiky dětí hodnotím a analyzuji. Další mou snahou bylo porovnání obou dětí.

### **3. 4 Kasusistika č. 1**

#### **Chlapec – narozen v roce 2001**

##### **Diagnóza:**

V roce 2004 byl chlapec vyšetřován ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze na Neurologické klinice VFN a 1. LF UK, která u něj diagnostikovala vývojovou dysfázií. V dalších letech byl chlapec dále vyšetřován na jiných pracovištích a jeho diagnóza se v průběhu několika málo let měnila a zpřesňovala. V roce 2005 Neurologická ambulance vydala zprávu s diagnózou opožděného vývoje řeči. V tom samém roce foniatr diagnostikoval u chlapce dyslalií ve všech okřscích. Chlapec v následujícím roce, v roce 2006, absolvoval další foniatrické vyšetření se závěrem takovýmto – dyslalie a dysfatické rysy v řeči. V roce 2008 se chlapec účastnil rehabilitačního pobytu pro děti s vývojovou dysfázií v Denním sanatoriu Horní Palata, kde dospěli k zjištění, že u chlapce se vyskytuje expresivní porucha řeči – vývojová dysfázie. Dále upřesnili, že jeho intelekt je rozložen disharmonicky, přesto celkově v pásmu dobrého průměru a jeho výkony odpovídají poruše řeči. Chlapec začal navštěvovat Speciálně pedagogické centrum v Karlových Varech, kde respektují diagnostickou zprávu z foniatrického vyšetření, tedy vývojovou dysfázií a na základě tohoto s chlapcem pracují. V roce 2009 byla jeho diagnóza zpřesněna a doplněna o tyto poruchy – dyslexie, dysortografie a dysgrafické obtíže na základě percepční nezralosti a přetrvávajících logopedických obtíží.

##### **Rodinná anamnéza:**

Rodinná anamnéza chlapce se jeví jako nevýznamná. Otec byl v dětství krátce v péči logopeda. Jinak vše v normě. Matka chlapce je zaměstnána jako prodavačka, je zdráva. Otec chlapce pracuje jako vedoucí prodejny, je zdrav. Chlapec má mladšího bratra, narozeného v roce 2007. Všichni jsou bez vady řeči. Nutno zmínit, že Soukromá speciálně pedagogická praxe, kde rodiče nechali chlapce vyšetřit, uvádí drobnou hereditární zátěž specifických vývojových obtíží v oblasti učení a řeči.

##### **Osobní anamnéza:**

Chlapec momentálně navštěvuje první třídu základní školy. V jeho individuálním vzdělávacím plánu je uveden jako vzdělávací program, program základní školy.

Chlapec je individuálně integrován v běžné základní škole. Od 3let je mu poskytována logopedická péče. Navštěvoval běžnou mateřskou školu. Byl mu uložen odklad školní docházky.

Matka chlapce uvedla normální prenatální vývoj. Jedná se o první dítě z první gravidity normálního průběhu. Porod byl v termínu, spontánní, záhlavím a porodní hmotnost chlapce byla 3930g, bez asfyxie, dítě nebylo kříšeno, novorozenecká žloutenka. Chlapec byl kojen 6 měsíců. Alergie – není. Dieta – žádná. V 5,5 letech prodělal akutní bronchitidu.

Jeho další psychomotorický vývoj je v normě – seděl od 6,5. měsíce, chodí od 10. měsíce, raný vývoj motoriky včasný.

Duševní vývoj – obleče se sám od 2,5 let, nají se sám od 1,5. roku, kreslí si, zájmy – auta, lego, jízda na kole. U chlapce se občas vyskytovala noční enuréza a někdy somnambulismus. Chlapec je schopen udržovat čistotu.

Raný vývoj řeči v normě – první slova ve 12. měsíci, věty od 18. měsíce, pak nastává stagnace vývoje – chlapec ukazuje, samostatně vypráví od 4,5. roku, ale tempo řeči je překotné, při spontánním projevu špatná srozumitelnost, má problémy s výslovností mnoha hlásek, porozumění je však neporušeno; od roku 2005 navštěvuje foniatrii – v počátcích byla patrná sociální nezralost, chlapec těžko prováděl úkony, pro které se sám nerozhodl, jeho pohyblivost mluvidel je od počátku dobrá, v roce 2006 foniatr zaznamenal pokrok v řeči, chlapec již mluví ve větách, převážně agramatických, dobře reaguje na tiché zvuky; v roce 2008 již foniatr upozorňuje, že řeč je dysfaticky změněná, chlapci činí obtíže artikulace, jeho věty jsou obsahově chudé, často agramatické, a jeho periferní sluch je v pořádku.

Vyskytuje se lehká dyskoordinace pohybů, chlapec umí základní pohyby, hybnost je bez omezení. Dokáže našpulit rty, vyplazit jazyk, nafouknout tváře. Grafomotorika – ruka je méně obratná, kresba mírně obsahově opožděná, souhlasná laterálita – pravá.

Chlapec neabsolvoval žádné operace, nejsou přítomny žádné úrazy. Neurologický topický nález je v normě. Jeho EEG neobsahuje přesvědčivou patologii. Fonematický sluch na hranici normy. Očkován dle kalendáře.

### ***Shrnutí:***

Řeč je u chlapce dysfaticky změněná, špatně artikuluje, tvoří jednoduché agramatické věty. Špatně koncentruje pozornost. Rozvoj expresivní složky řeči je opožděný ve všech rovinách. Chlapec je bez známek opoždění v receptivní rovině. Verbální složky – vážne bezprostřední a sekvenční paměť. Neverbální složky – pásmo mírného nadprůměru.



Lateralita – méně vyhraněná dominance pravé ruky, bez známek nápadné nezralosti jemné motoriky a grafomotoriky.

### **Aplikovaná péče**

Chlapec pobýval jistý čas na Foniatrické klinice VFN, a to v roce 2008, kde absolvoval nejrůznější programy a cvičení. Pro děti s vývojovou dysfázií jsou zde připraveny nejrůznější kolektivní rehabilitační programy zaměřující se na rozvoj komunikačních, rozumových a poznávacích schopností. Zařazují se cvičení motoriky svalů orofaciální oblasti, přičemž artikulace je zpřesňována globálně. Rozvíjí se obsahová stránka řeči, obohacuje se aktivní i pasivní slovní zásoba. Rehabilitační program dále obsahuje cvičení na vybavování osvojených výrazů a jejich užití v běžné řeči, vyprávění s korekcí případných dysgramatismů, cvičení sluchové percepce, rytmizace a diferenciací. A v neposlední řadě též cvičení zrakového vnímání – práce s tvary a prostorovou orientací. Procvičuje se jemná a hrubá motorika, grafomotorika, a to v programech řízené kresby. Během tohoto pobytu je pochopitelně přirozenou cestou rozvíjena sociální interakce.

### **Aplikovaná logopedická péče**

Chlapec dochází na individuální logopedickou péči do Speciálně pedagogického centra v Karlových Varech jednou za 14 dní. Pravidelnost návštěv je víceméně dobrá. Na logopedii do tohoto SPC začal chlapec chodit od roku 2006.

(2006) Zpočátku byla samozřejmě nutná psychická adaptace chlapce na nové prostředí, logopedku a na pravidelnou práci. Svou první návštěvu logopedky začal kresbou (viz Příloha č. 1) a cvičením na vizuální diferenciaci. K tomuto cvičení je využívána pomůcka - dřevěná tabulka s motivy zvířátek (foto – viz Příloha č. 4). Tato pomůcka vlastně formou hry umožňuje u dítěte rozvíjet zrakovou diferenciaci a zároveň rozvíjí slovní zásobu dítěte. Součástí práce s touto pomůckou je i pojmenovávání zvířátek, která jsou součástí celé dřevěné tabulky. Úkolem chlapce je skládat jednotlivá zvířátka rozličných tvarů do dřevěné tabulky, která funguje jako skládačka.

Logopedka zaznamenala, že chlapec sám zvládá tyto hlásky: M, B, P, D, N, T.

Dalším úkolem chlapce na prvním setkání byl nácvik těchto hlásek: H, F, V, CH.

Logopedka k nácviku hlásek využívá např. pexeso (foto viz Příloha č. 8, 9, 11).

Při dalších návštěvách (stále ještě v roce 2006) logopedka pokračovala v nácviku dalších hlásek. Chlapec se učil procvičovat hlásky Š a Ž a pokračoval ve fixaci již

naučených hlásek z předchozích lekcí. Logopedka přechází k nácviku hlásky S a Z. Pomocí nejrůznějších cvičení s obrázky logoped rozvíjí u chlapce slovní zásobu. Chlapec absolvoval i test paměti.

(2007/2008) Postupně se chlapec naučil vyslovovat řádně sykavky. Logopedická péče pokračuje nácvikem a vyvozováním hlásky L na začátku, na konci a uprostřed slova. K tomu logopedka využila např. logopedické pexeso (foto viz Příloha č. 11). Chlapec si navykl často opakovat slova: nevím, neznám! Jeho motivace pravděpodobně v této době slabě poklesla, ale v docházení na logopedii dále setrval. Logopedka u chlapce fixuje již naučené hlásky a přechází k úpravě a fixaci postavení mluvidel při řeči a vyslovování. Chlapec se pokouší o kresbu písmen – propojení fonému s grafémem. Logopedka podporuje u chlapce vlastní verbální projev. Zařazuje cvičení na vymýšlení slov, což rozvíjí slovní zásobu. Chlapec nacvičuje hlásku K. Jako domácí úkoly logopedka určuje učení se říkanek, českých říkadel, písniček a vyprávění pohádek. Těmito nejrůznějšími prostředky se logopedka snaží o co nejkompexnější rozvoj komunikačních dovedností chlapce.

(2009) Chlapec rozvíjí svou slovní zásobu prostřednictvím cvičení pojmenovávání obrázků. Již vyslovuje správně hlásku K. Problém mu dělá hláska B, kterou zaměňuje s hláskou D. Logopedka zařazuje nácvik spojení hlásek HR, dále KR, MR, ŠR, ČR, ŽR, SR, CR, ZR. Opět jsou součástí komplexní péče cvičení na vizuální diferenciaci, např. pomocí obrázků na průhledné fólii (foto viz Příloha č. 7, 6). Chlapec přechází k nácviku a fixaci hlásky R. Logopedka provádí zkoušku laterality a test rozvoje řeči, aby zhodnotila chlapcův pokrok ve vývoji řeči během poskytované logopedické péče. Na konci roku logopedka vhodně použila vyprávění a rozhovory s chlapcem o vánočních svátcích, což pozitivně ovlivnilo chlapcovu motivaci.

(2010) Chlapec dochází na logopedii do výše zmiňovaného SPC už pátým rokem. S logopedkou procvičuje souhláskové skupiny a dále stále nacvičuje hlásku R na začátku slova.

### **3. 5 Kasuistika č. 2**

#### **Dívka – narozena v roce 2005**

##### **Diagnóza:**

Na začátku roku 2009, v dubnu, diagnostikoval klinický logoped u dívky vývojovou dysfázii a dyslalií gravis (F 80.1). V červnu roku 2009 foniatr tuto diagnózu potvrdil, v jeho zprávě stojí – opožděný vývoj řeči v expresivní části, podezření na centrální vadu řeči, expresivní vývojovou dysfázii.

##### **Rodinná anamnéza:**

Dívka pochází z úplné rodiny. Rodinná anamnéza dívky se jeví jako zcela nevýznamná. Matka dívky je bez vady řeči, taktéž otec. Dívka má staršího bratra, narozeného v roce 2002, který nemá diagnostikovanou žádnou vadu řeči.

##### **Osobní anamnéza:**

Momentálně dívka navštěvuje běžnou mateřskou školu v místě bydliště. Logopedická péče je dívce poskytována od jejích 3,5 let.

Prenatální vývoj byl, jak uvádí matka, normální. V pátém měsíci gravidity však byla hospitalizována s krvácením. Porod proběhl v termínu.

Nemocnost v 1. roce dítěte – zjištěné astma bronchiale a celiakie. Dýchání – astmatické, dýchá nosem, nosní mandle – chirurgicky odstraněná adenoidní vegetace. Chrup – mléčný, vady skusu – nejsou. Alergie – není. Dieta – nutno respektovat celiakii. Problémy se spánkem se nevyskytují.

Psychomotorický vývoj v normě. Dívka chodila od 10 měsíců.

Vývoj řeči – motorika mluvidel v normě, první slovo („mama“) v 8. měsíci. Matka uvádí, že dívka prošla obdobím otázek „Proč?“, „Co je to?“, apod.

Od listopadu roku 2009 dívka navštěvovala logopeda zhruba po dobu šesti měsíců. S touto prozatímní péčí však matka nebyla spokojena, a proto byla tato spolupráce s logopedem přerušena. Rodiče s dívkou začali docházet na logopedickou péči do Speciálně pedagogického centra v Karlových Varech, kde jsou s prozatímní péčí spokojeni. Nutno dodat, že dívka za tuto krátkou dobu udělala velký pokrok.

Dívka do svých 3let prakticky nemluvila, verbálně nekomunikovala ani s rodiči v domácím prostředí. Dorozumívala se pouze neverbálně. Matka podotýká, že tato

komunikace byla velice náročná jak pro rodiče, tak pro dívku. Dlouhotrvající neúspěchy ve snaze dorozumět se s rodiči vedly dívku k popudlivému chování a ztrátě mluvního apetitu vůbec.

Další verbální vývoj dívky byl opožděn. Používala několik málo srozumitelných slov, které občas spojovala do krátkých vět. Receptivní složka je úměrná dívčině věku. Motorika mluvidel je v normě. Taktéž periferní sluch je v normě, tudíž nelimituje vývoj řeči.

Stupeň vývoje řeči v listopadu 2009 – dívka mluví pouze s rodiči, její řečová produkce je však nesrozumitelná, řeč je tichá. Za přítomnosti a podpory rodičů odpovídá ochotně. Pokynům rozumí přiměřeně ke svému věku. Dívka mluví mnoho, ale není jí rozumět. Slovní zásoba nelze spočítat. Dívka dokáže tvořit jednoduché věty skládáním slov vedle sebe.

### ***Shrnutí:***

Při prvotním setkání s logopedem dívka komunikovala spíše s rodiči, dorozumívala se kývnutím apod. S logopedem spolupracovala, přestože s ostychem, ale ochotně. Dívka komunikuje převážně neverbálně nebo verbálně za pomoci matky. Dívka používá několik málo slov, které dokáže kombinovat do krátkých vět. Rozumění je bez známek opoždění. Řeč je opožděna v expresivní složce.

### **Aplikovaná logopedická péče**

Dívka navštěvovala půl roku klinického logopeda, s jehož péčí však rodiče nebyli spokojeni. Z tohoto důvodu začala dívka docházet na logopedii do Speciálně pedagogického centra v Karlových Varech. Četnost návštěv je stanovena na jedenkrát za čtrnáct dní.

Při první návštěvě logopedky ve Speciálně pedagogickém centru v Karlových Varech byla dívka v jisté psychické tenzi. Můžeme se jen domnívat, zda je to psychickou vyzrálostí dítěte a přirozeným studem v neznámém prostředí nebo předchozí negativní zkušeností. Během prvního sezení se dívka osmělila a s logopedkou počala komunikovat alespoň neverbálně. Dívka spolupracovala a nabízené činnosti v klidu přijímala.

(Listopad 2009) Při prvních návštěvách zvolila logopedka práci s dřevěnou tabulkou s motivy zvířátek na procvičování vizuální diferenciacce (foto viz Příloha č. 4). Úkolem dívky je vyskládat zvířátka do prohlubní v destičce různých tvarů, kam zvířátka snadno zapadnou. Dívka zvířátka nepojmenovávala, ale dokázala je správně zařadit podle tvaru.

Zná správně hlasy zvířat. Podle tohoto cvičení logopedka mohla zhodnotit, že dívka je manuálně zručná a její hrubá motorika je v normě. Dívka další spolupráci a návštěvu neodmítla.

(2009) Pro další lekci si logopedka zvolila pobyt v herně, místnosti plné nejrůznějších hraček rozvíjejících potenciál a dovednosti dětí (foto viz Příloha č. 13). Zpočátku byla dívka plačtivá a velice stydlivá. Držela se v blízkosti matky a nekomunikovala ani neverbálně. Logopedka tedy zvolila činnosti, které prováděla společně s dívkou – např. třídění kolíčků podle barev, stavebnice, třídění geometrických tvarů, vzhazování kuliček apod. Dívka začala komunikovat verbálně až při hře, kdy bylo úkolem předvádět zvuky zvířat, a tehdy se poprvé aktivně zapojila. Logopedka dále zapojila další cvičení na vizuální diferenciaci, a to skládání obrázků z kostek, při kterém se též rozvíjí jemná motorika. Logopedka zaznamenala, že dívka používá tyto slova: haf, rybička, já chci, jo, nevím, né, mám, čičinka, koník, maminka. Dívka se projevuje jako velmi hyperaktivní a její psychosomatické tempo je zrychlené. Mezi činnostmi si oblíbila skládání velkých puzzlí.

Dívka navštěvuje mateřskou školu, kde zpočátku komunikovala pouze s dětmi a s oblíbenou paní učitelkou.

(2009) Třetí návštěvu dívka opět absolvovala v herně. Na dívce je znát, že se již na nové prostředí a na osobu logopedky adaptovala a udělala pokrok, jelikož se sama snažila o komunikaci. Aktivně používala samotná slova a pojmenovávala zvířátka při cvičení s dřevěnou tabulkou a kostkami. Znovu společně s logopedkou prochází cvičeními na vizuální diferenciaci (např. pexeso - foto viz Příloha č. 8). Dalším úkolem dívky bylo přiřadit pojmy: malý/velký nebo maminka/dívka. K tomuto úkolu slouží logopedické pexeso (foto viz Příloha č. 10). Logopedka dále zařadila čtení obrázků. Dívka pojmenovávání zvládala velmi dobře. Veškerá cvičení probíhala s vizuální kontrolou v nástěnném zrcadle. Na konec lekce byla zařazena kresba, konkrétně dokreslování chybějících částí obrázků, které dívka zvládla velice umně (foto viz Příloha č. 3). Za domácí úkol dívka dostala kresbu postavy (viz Příloha č. 2). Kresba je velice významnou součástí rehabilitace komunikačních dovedností a pro většinu dětí příjemnou formou zábavy (Škodová, Jedlička, 2007).

Logopedka zaznamenala, že dívka správně zvládá tvořit tyto hlásky: P, M, B, D, N.

(2010) Na další setkání s logopedkou si dívka měla přinést svou vlastní oblíbenou knihu, se kterou následně pracovala. Matka uvádí, že dívka je v mateřské škole, kam dochází, velmi spokojena, ale zatím komunikuje převážně neverbálně, např. kývnutím

hlavy nebo jednoduchým ano/ne. Na logopedii dívka procvičuje grafomotoriku a pojmenovávání. Logopedka dále používá „logico“ (foto viz Příloha č. 5) na procvičení rozlišování barev a tvarů. Zároveň si těmito cvičeními dívka procvičuje a rozšiřuje svou slovní zásobu. Mezi další úkoly patří vytváření slov nadřazených, skládání obrázků z částí, třídění a přiřazování, skládání koláče, logopedické kostky apod. Nedílnou součástí komplexní rehabilitace je i napodobování tělesného schématu, které logopedka v rámci logopedických setkání zařadila.

Dívka zvládá čtení slov s hláskami: B, D, M, N, P, T a začíná nacvičovat hlásku K. Při setkáních je sama velmi aktivní, na hodiny se těší a okamžitě po příchodu do pracovní místnosti chce začít pracovat. Spolupráce s logopedkou jí nečiní potíže, je usměvavá a její motivace nepolevuje. Výtečně zvládá cvičení „popiš, co je na obrázku“, které vyžaduje aktivní verbální projev. Jsou zařazována cvičení na orofaciální motoriku – foukání, hluboký výdech, směr výdechu, sfouknutí. Prostřednictvím logopedických kostek dívka trénuje hlásky D, T, K. Na obrázkovém pexesu úspěšně hledá rozdíly.

(Březen 2010) Stav verbálních schopností a dovedností dívky se velmi zlepšil. Dívka je komunikativní a snaživá. Od první návštěvy Speciálně pedagogického centra udělala velký pokrok od téměř nulové komunikace k velmi dobré a aktivní spolupráci s logopedkou. Logopedka využívá k rozvoji dovedností a slovní zásoby dívčino spontánní povídání o obrázcích, logopedické pexeso nebo kostky. Je nutné zařadit procvičování jemné motoriky, a to např. navlékáním korálků a vytvoření uzlíku na tkaničce.

#### **4 Zhodnocení kasuistik**

Nyní je nasnadě přistoupit k zhodnocení poznatků získaných během zpracovávání kasuistik. Porovnání obou dětí nebude zcela jednoduchou záležitostí. Jednak je každé z dětí jinak staré, a za druhé je z uvedených kasuistik patrné, že u dívky máme k dispozici mnohem méně informací. To je dáno nejen jejím nízkým věkem, ale i tím, že do Speciálně pedagogického centra dívka dochází podstatně kratší dobu. Přesto bych se ale o zhodnocení ráda pokusila, jelikož věřím, že poskytne velice zajímavé výsledky. Nejprve tedy zhodnotíme průběh rehabilitace řeči a dosažený pokrok u jednotlivých dětí. Poté přejdeme k porovnání dosažené úrovně chlapce i dívky s ohledem na různý věk.

## 4. 1 Zhodnocení kasuistiky chlapce

V případě devítiletého chlapce je logopedická terapie ve výše zmiňovaném Speciálně pedagogickém centru aplikována již pátým rokem. Rodiče navštívili lékaře s prvotním podezřením, že chlapcův řečový vývoj je opožděný. Je tedy patrné, že chlapec nějakým základním řečovým materiálem disponoval. Nutno konstatovat, že hereditární zátěž je v tomto případě nejspíše zanedbatelná, jak vyplynulo z několika odborných vyšetření. Co se týče raného vývoje dítěte, dle mého názoru zde není v podstatě nic, co by nějak na první pohled poukazovalo na možný budoucí chlapcův aberantní řečový vývoj. Ovšem ráda bych zde upomenula na současně uznávaný názor Friel-Pattiho (1993; In: Lechta, 2003), že etiologie narušeného vývoje řeči je multidimenzionální, a tedy způsobena součinností většího množství činitelů.

V kasuistice je popsáno, že chlapcův vývoj začal stagnovat zhruba kolem 4,5 let. Nevíme o žádném případném činiteli, který by mohl být příčinou. Ze všech uvedených údajů je, jak se domnívám, patrné, že anamnéza chlapce je téměř dostatečná. Z mého pohledu rodiče uvedli uspokojivé množství informací a zprávy od odborníků jsou též téměř vyčerpávající.

Když chlapec začal docházet na logopedickou rehabilitaci, jeho řečový projev byl těžce nesrozumitelný. Chlapec sice verbálně komunikoval, avšak bylo obtížné se s ním dorozumět. Zde počala důsledná péče logopedky Speciálně pedagogického centra. Logopedka nejprve zvolila prvek kresby, jako úvod do hodin logopedie. Kresba umožnila chlapci zmírnit jeho psychomotorické tempo a adaptovat se na nové prostředí a osobu logopedky. V důsledku toho se chlapec začal více soustředit. To pomohlo další práci logopedky, jelikož se chlapec začal více koncentrovat, a to nejen na svůj mluvní projev. Zpočátku logopedka orientovala cvičení a úkoly na vizuální diferenciaci. Chlapec pracoval s již zmiňovanou dřevěnou tabulkou nebo logopedickým pexesem. Tato cvičení zároveň pomohla zjistit stav chlapcovy slovní zásoby.

Pomocí těchto cvičení, která byla nadále zařazována do programu rehabilitace řeči, si postupně chlapec vytvořil dostatečnou slovní zásobu. Tímto se v podstatě pomalu obohacovala chlapcova obsahová stránka řeči, na jejímž podkladě mohla logopedka předstoupit k upravování stránky formální.

Chlapec si již pomalu zvykal na soustavnou práci a důslednou péči logopedky, a tak dobře spolupracoval při nácviku hlásek, které jeho repertoáru chyběly. Díky logopedickým pomůckám a nejrůznějším instrumentům se u chlapce podařilo postupně

navodit a zafixovat téměř všechny hlásky. Tato procedura trvala velice dlouho, ale byla úspěšná. Chlapcova výslovnost není ještě ve všech ohledech a za všech situací zcela dokonalá, ale z odborného pohledu logopedky je zde patrný velký pokrok. Tuto informaci nemohu z pozorování chlapce potvrdit, jelikož jsem počátkům jeho terapie nebyla přítomna, ale ze záznamů o pracovní činnosti v hodinách logopedie vyplývá, že chlapec se ve svém mluvním projevu opravdu zlepšil. V rámci rehabilitace logopedka zařadila i test laterality, test paměti a test rozvoje řeči, aby u chlapce ověřila, zda dosáhl nějakého pokroku. V testu byl chlapec uspokojivě úspěšný.

Práce s nejrůznějšími pomůckami vypomáhá k rozvoji grafomotoriky. Chlapec si osvojil správné držení psacího náčiní, které je dále upevňováno prací ve škole, kam dochází. Grafomotorika byla u chlapce rozvíjena i nácvikem psaní písmen, což zároveň sloužilo k fonematickému uvědomění a propojení grafému s fonémem. Psaní všech písmen abecedy chlapec dnes dostatečně zvládá.

Díky všem použitým speciálně pedagogickým metodám a technikám byl chlapec schopen zvládnout doma s rodiči natrénovat jednoduché české říkanky a básničky, které pak byl následně schopen prezentovat. Postupem času se zdokonalil ve spontánním verbálním projevu. Dokáže sám nebo s malou dopomocí vyprávět příběh nebo pohádku. Chlapec dále setrvává v návštěvách logopedie. Na jeho řečovém projevu jsou stále ještě znát známky deficitu v oblasti výslovnosti. Chlapcův řečový projev tedy potřebuje ještě další úpravy formální stránky řeči. Logopedka nadále pokračuje v úpravě výslovnosti, procvičuje s chlapcem jednotlivé hlásky před zrcadlem a s upevněním domácí přípravou s rodiči. Součástí cvičení před zrcadlem je samozřejmě nácvik a upevňování postavení mluvidel během vyvozování hlásek a celých slov. Orofaciální motorika je procvičována nejrůznějšími cviky mluvidel s kontrolou v zrcadle a probíhá nápodobou logopedky.

Chlapec ve svém řečovém projevu udělal za pět let, co dochází do SPC, velký pokrok. Čeká ho však ještě dlouhá cesta k bodu, kdy bude jeho projev zcela srozumitelný za všech okolností. Úspěch logopedické terapie spatřuji i v tom, že během nápravy řeči dochází zároveň ke komplexnímu rozvoji osobnosti, což pro budoucí vývoj dítěte podstatné.

Dle mého názoru se na tomto úspěchu podílí jak logopedka, tak chlapcovi rodiče. Logopedka měla vždy své materiály pro chlapce připravené, během práce respektovala aktuální úroveň chlapcových možností a také jeho pozornost a únavu. Z domácí přípravy je patrné, že rodiče se chlapci věnují a domácí úkoly zadané logopedkou



vypracovávají, ale je zde znatelné, že mají jisté limity dané nižším sociokulturním statutem rodiny.

## **4. 2 Zhodnocení kasuistiky dívky**

Dívka dochází na individuální logopedickou péči do Speciálně pedagogického centra teprve několik málo měsíců, přesněji od listopadu roku 2009. Již předtím byla dívce poskytována péče u klinického logopeda zhruba po dobu šesti měsíců, avšak dle rodičů byla nedostačující a nevedla k žádným znatelným výsledkům. Z tohoto důvodu se rozhodli vyzkoušet péči logopedky Speciálně pedagogického centra a podle mého názoru bylo toto rozhodnutí dobré. Při první návštěvě, jak je popisováno v kasuistice č. 2, byla dívka nemluvná a velmi stydlivá. Rodiče popisovali, že dívka nemluví ani doma s rodiči a bratrem ani se svými vrstevníky. Už při prvním setkání s logopedkou dívka projevovala jistý zájem s ní komunikovat a dorozumívala se s ní neverbálními prostředky. Dívka spolupracovala se zájmem a po překonání prvotního studu byla velmi snaživá. Domnívám se, že si dívka logopedku oblíbila, překonala počáteční psychickou tenzi a zjistila, že se po ní nechce nic nemožného. Bylo vidět, že čím byla dívka úspěšnější, tím dělala větší pokroky. Zjistila, že je schopna být v něčem úspěšná, za což je následně odměněna nadšením rodičů a pochvalou logopedky. A pochvala od autorit a rodičů je jistě velkou motivací pro každé dítě. Během dalších návštěv se dívka projevovala jako velice snaživá a ihned po příchodu k logopedce se dívka nadšeně hrnula do práce.

Při pročítání kasuistiky dívky nalézám jednu událost, která by mohla být potencionálním činitelem problému vývojové poruchy řeči později diagnostikované jako vývojová dysfázie. Touto událostí mám na mysli krvácení matky v pátém měsíci těhotenství, se kterým byla hospitalizovaná v nemocnici. Nelze s přesností tvrdit, že tato událost byla spouštěčem celé této poruchy, ale možná spojitost tu pravděpodobně může být, nebo můžeme uvažovat o krvácení matky během gravidity jako o možném vodítku k porozumění vzniku této vývojové poruchy řeči.

Během první návštěvy bylo ihned patrné, že rodiče se dívce doma věnují. Dívka se projevila jako manuálně zručná. Motorika ruky je dobrá a je pravděpodobně často procvičována, což potvrzuje i to, že dívka ráda a dobře kreslí. Ukázku dívčiny kresby naleznete v přílohách (viz Příloha č. 2).

V kasuistice je dále uvedeno, že při druhé návštěvě byla dívka plačtivá. Takového chování bych spíše přičetla tomu, že mohla být například více unavená, protože z mého

dalšího pozorování bylo patrné, že dívka si paní logopedku oblíbila a nevadilo jí pravidelně do SPC docházet a s logopedkou pracovat.

Z počátku každé rehabilitace je nutno udělat si komplexní obrázek o tom, jaké dovednosti dítě zvládá, jaké jsou jeho schopnosti a naopak co mu činí obtíže. Proto se logopedka na začátek rehabilitačního plánu s dívkou držela cvičení, podle kterých mohla zjistit, na jaké úrovni se nachází dívčina vizuální diferenciací, sluchová diferenciací, grafomotorika atd. Tyto úkoly jsou povětšinou pro děti zábavné a mají formu hry. I v tomto případě upoutali pozornost naší dívky, která se tak více uvolnila a začala spolupracovat a komunikovat nejprve neverbálně a poté i verbálně. Oblíbenou činností většiny dětí jsou nejrůznější skládky, pexesa a obrázky se zvířaty, a proto je logopedi rádi používají. V našem případě byly tyto činnosti účinné a posloužily svému účelu. Při hře „Jak dělají zvířátka“ se dívka poprvé sama aktivně zapojila a to především verbálně. Hra jí velice bavila a nedělalo jí žádný problém předvést jaké zvuky a slova umí. Jaká slova zvládá, logopedka zaznamenala i podle toho, že dívka slovně komunikovala s maminkou. Díky těmto spontánním projevům si vlastně logoped udělá obrázek o repertoáru hlásek a slov, které dítě ovládá a podle toho nastaví další plán rehabilitace.

Soudím, že v rámci vytváření individuálního plánu rehabilitace je též výhodné, najde-li si dítě nějaký oblíbený předmět nebo činnost, kterou ho pak může logoped odměnit za úspěchy a pokroky. Další možnou variantou využití je například použít tyto činnosti a předměty jako prostředek, jak dítě zklidnit a adaptovat se na stresovou situaci. V případě, že se třeba dítěti do práce nechce, může logoped tyto favorizované předměty využít jako lákadlo k další činnosti. Z mého pozorování dětí při terapiích v SPC jsem si povšimla skutečnosti, že hlavně na malé děti tyto triky platí.

Úspěšný krok, že dívka začala s logopedkou komunikovat, znamenal povzbuzení i pro rodiče dívky. Bylo znát, že s dívkou doma více pracují a pečlivě se věnují úkolům, které dostávali od logopedky k vypracování doma. Díky tomu se úroveň řeči u dívky stále zlepšovala. V této fázi už logopedka mohla přejít k tréninku čtení obrázků a učení se důležitým pojmům, které dětem s dysfázií dělají potíže, např. rozlišování malý/velký nebo úzký/široký. Dívka úspěšně zvládala úkoly na rozlišování a určování barev a tvarů. Obtíže jí nečinily ani úkoly na vytváření slov nadřazených, skládání obrázků z částí, velké puzzle ad. Rodiče s dívkou pravidelně vše doma procvičovali a dívka dělala až neuvěřitelné pokroky.

Téměř všechna cvičení jsou prováděna před zrcadlem, tudíž dítě má možnost kontrolovat a porovnávat zároveň své provedení daného pohybu mluvidel a provedení logopedky. Tímto si dítě i logopedka ověřují, že je nastavení a pohyb mluvidel správné. Používání logopedického zrcadla je podle mého názoru nezbytné a velmi nápomocné.

Matka uváděla, že i komunikace v mateřské škole, kam dívka dochází, je na lepší úrovni. Dívka chodí do mateřské školy ráda a baví jí pracovat v kolektivu svých vrstevníků.

Od listopadu roku 2009 lze pozorovat opravdu velké pokroky v řečovém projevu dívky a vůbec v tom, že se dívka rozmluvila. V současné době dokáže dívka s malou pomocí popsat obrázek nebo vyprávět o své oblíbené knížce. Zlepšila se i orofaciální motorika dívky, která byla průběžně během setkání procvičována, což následně napomáhá ke zlepšení výslovnosti. V každém případě je jasné, že je nutno nadále setrvat v logopedické péči o dívku a že její řečový vývoj není zdaleka ukončen. Ale konstatování, že během několika měsíců udělala dívka pokrok jako jiné dítě za několik let, není podle mého soudu vůbec skromný. Kromě zvýšení úrovně řeči můžeme u dívky pozorovat také celkový rozvoj osobnosti, což můžeme považovat za další velký úspěch poskytované odborné péče.

### 4. 3 Porovnání obou kasuistik

Nemůže být sporu o tom, že každé zde v kasuistikách popsané dítě je na tom s vývojem řeči na odlišné úrovni. Jak je výše v teoretické části uvedeno, je nutno na každé dítě brát ohled zvláště, neboť jen těžko nalezneme dvě děti s vývojovou dysfázií se stejnými problémy a příznaky. Proto zde již po několikáté uvádím nutnost vypracovávat individuální terapeutický plán pro konkrétní dítě, kterým se zabýváme. Z informací, které jsem měla možnost získat ve Speciálně pedagogickém centru, mohu potvrdit, že se tomu tak děje i v praxi. Bylo by velice jednoduché zpracovat obecný plán, který by stoprocentně platil na každé dysfatické dítě. Skutečnost však není takto jednoduchá a každý logoped jistě ví a respektuje pravidlo individuálního přístupu. Soudím, že obecné techniky a postupy by nemohly na každé dítě fungovat a logopedická péče by se míjela účinkem. Je potěšující říct, že z mého pozorování vyplývá, že v tomto konkrétním případě ke každému dítěti, které v kasuistikách uvádím a popisuji, je přistupováno v rámci rehabilitace řeči individuálně a stejným způsobem je s nimi i zacházeno.

Veškerá cvičení, úkoly a činnosti, které jsou při práci s dysfatickými dětmi používány, hodnotím jako prospěšná a účinná. U každého z obou dětí jsem zaznamenala znatelný pokrok.

Přistoupíme-li k porovnávání obou dětí, nalézáme u každého dítěte jinou vstupní úroveň do logopedické terapie. V případě chlapce vidíme, že disponoval alespoň nějakým základním řečovým materiálem. Oproti tomu dívka se jevila jako zcela nemluvná, a to i v domácím prostředí.

Dalším podstatným rozdílem, který je nutno brát v potaz, je velký časový rozdíl poskytované logopedické péče. Zatímco chlapec dochází na individuální logopedickou terapii již pátým rokem, u dívky můžeme hovořit pouze o několika měsíční terapii řeči (nepočítáme-li předchozí půl rok návštěv klinického logopeda, o kterém nemáme žádné informace).

Díky stanovení si tohoto časového údaje můžeme hodnotit rozdíl v pokroku těchto dvou dětí od začátku řečové rehabilitace do současnosti. Tento rozdíl bych spatřovala jako velmi výrazný. Vzhledem k věku chlapce předpokládáme větší slovní zásobu, vytríbenější výslovnost a též bereme v potaz i délku logopedické terapie. Nesporně je ale dívka tím o něco rychlejším dítětem, co se týče vývoje řeči při logopedické terapii. Je velice pozoruhodné, jaký progres dívka od počátku terapie udělala. Naším cílem ani

snahou samozřejmě není konstatovat, že by byl chlapec v jakémkoli ohledu horší, ale pouze to ukazuje na rozdílné dispozice a možnosti obou dětí. Což opět potvrzuje teorii, že každé dítě s dysfázií je nastaveno jinak.

Výslovnost obou dětí hodnotím jako odpovídající fyzickému věku obou dětí s přihlédnutím k obtížím vznikajícím na základě vývojové poruchy řeči – vývojové dysfázie. Formální stránka řeči není ani u jednoho z dětí výborná, ale pro běžnou komunikaci myslím dostačující. Je zřejmé, že výslovnost dětí je stále limitována skutečností, že jejich řečový vývoj byl specificky narušen.

Zkoumání úrovně slovní zásoby obou dětí by dle mého názoru bylo hodno dalšího podrobného zkoumání, a tudíž examinace většího rozsahu. Při vyslovování závěrů ohledně slovní zásoby bychom tedy byly mimo dosah poskytnutých výsledků z kasuistik. Stejně tak není možno srovnat sluchovou nebo vizuální diferenciaci u obou popisovaných dětí. Snad jen lze říci, že díky pravidelnému procvičování vizuální diferenciaci dochází k postupnému zlepšení v této oblasti. A v návaznosti na to je slovní zásoba a jazyková obratnost stále vytríbenější.

Na závěr této kapitoly bych ráda popsala jednoduché schéma zobrazující rozvíjené oblasti v terapii vývojové dysfázie a činnosti, které jsou na tyto oblasti zaměřené. Schéma ukazuje činnosti, hry a úkoly, které byly použity v rehabilitaci řeči u dětí, které jsou popsány kasuistikách této práce. Schéma jsem vytvořila seskupením všech oblastí, které byly během rehabilitace řeči u dětí s dysfázií použity a k nim jsem přiřadila konkrétní cvičení a úkoly rozvíjející danou oblast.

**Obrázek 3: Schéma rozvíjených oblastí v řečové rehabilitaci dysfázie**



## 5 Diskuse

Výsledky získané zhodnocením a porovnáním jednotlivých kasuistik pokládám za zajímavé a inspirativní. Je zřejmé, že pouhým aplikováním metody kasuistiky na dítě s dysfázií je nemožné dojít ke komplexnímu souboru dat, která by umožnila dokonale zhodnotit problematiku terapie u dítěte s dysfázií. Existuje řada dalších způsobů šetření a zkoumání, pomocí kterých bychom jistě došli k dalším zajímavým výsledkům.

Cílem praktické části bylo zhodnotit, jak efektivní je logopedická terapie u dětí s vývojovou dysfázií a zda dochází k pokroku v oblasti řečového vývoje. V kapitolách, které hodnotí obě kasuistiky (kap. č. 5. 1 a 5. 2), uvádím, že u každého popisovaného dítěte logopedické terapie rozhodně přispěly ke zlepšení stavu řeči a též celkového rozvoje dítěte. Zde bych opět zmínila, že považuji za užitečné to, že logoped v rámci rehabilitace řeči působí na celou osobnost dítěte a nezaměřuje se pouze na narušenou složku řeči. Z hlediska úspěšné budoucnosti dítěte je více než potřebné se na tento přístup zaměřit. Pokud se podíváme na to, jakou cestu urazilo každé dítě od počátku logopedické terapie, až do současnosti uvidíme, že pozitivní účinnost terapie je nesporná.

Posledním cílem praktické části bylo porovnat vývoj a pokrok obou dětí mezi sebou. K podrobnějšímu porovnání bychom jistě potřebovali více údajů, které bychom získali detailnějším a dlouhodobějším pozorováním každého dítěte. Například testováním schopností nebo provedením stejných úkolů u obou dětí s přihlédnutím k jejich různému věku bychom jistě dosáhli zajímavých a dále využitelných dat. Další variantou by bylo např. vést tabulku dovedností, které dítě zvládá a v jakém věku, a následně tyto tabulky porovnat, jednotlivá data z nich vycházející inkorporovat a následnými retesty validizovat.

Veškerá cvičení, která obě děti absolvovala, shledávám jako velmi užitečná a v obou případech účinná. Podle mého, možná subjektivního, úsudku je problémem částečně to, že aplikovaná rehabilitační péče probíhá pouze jedenkrát za čtrnáct dní. Bohužel změnit tento „zakořeněný“ zvyk není v rukách ani logopedky, ani rodičů. Čtrnáct dní je velice dlouhá doba pro menší děti, aby si nově nabyté poznatky a dovednosti stihly zapamatovat a zafixovat si je.

Vzhledem k tomu, že se tato bakalářská práce se nezabývá ve svém merituu experimentální výzkumnou částí, která by jistě byla vzhledem ke zjištěným výsledkům

zajímavá, nejsou součástí práce hypotézy, které by byly v případě využití statistických metod kvalitativně či kvantitativně metodologicky správné.

Zároveň si uvědomuji, že mohly být kasuistiky početnější. Tento fakt by dovolil interpretovat diference mezi jednotlivými klienty a patrně by vedl k ucelenějšímu přehledu v dané problematice. Pochopitelně je třeba si uvědomit, že se tento fenomén vyskytuje v populaci stále častěji, a proto bude nutné „oprášit“ dosud uskutečněné výzkumy, které se stanou odrazovým můstkem při koncipování nově realizovaných studií a implementaci výsledků v praxi. Tyto výsledky mohou být totiž následně využitelné při aplikování včasné intervence.

## 6 Závěr

Ve své práci se zabývám složkami ucelené rehabilitace, které jsou nabízeny a poskytovány dětem s vývojovou dysfázií. Nutnost komprehenzivní rehabilitace pro dysfatické děti dokládá jak teorie, tak mnozí odborníci. Mnohaletými praktickými zkušenostmi se na odborném poli došlo k názoru, že je třeba u dětí s narušeným vývojem řeči rozvíjet nejen řeč samotnou, ale zaměřit se na celou osobnost dítěte.

Při hledání zdrojů, které by se zabývaly problematikou ucelené rehabilitace dysfázie, narazíme na nemalý problém. Není snadné najít pramen, který by se tímto tématem ve svém komplexním záběru bez zužujících intencí celistvě zaobíral. Přesto však lze v mnoha různých zdrojích nalézt informace alespoň částečně se dotýkající tématu a z těchto částí dát dohromady celek, který bude mít nějakou výpovědní (validní/reliabilní) hodnotu.

Teoretická část práce se věnovala přehledu dostupné literatury týkající se vývojové dysfázie, seznámila s definicí, etiologií, symptomatologií dysfázie a diferenciální diagnostikou. V této části jsou též uvedeny složky ucelené rehabilitace dysfázie, avšak podrobněji je popisována rehabilitace řeči, která je odborníky pro tuto disciplínu považována za klíčovou v rámci komprehenzivního přístupu.

Praktická část využívá metody kasuistiky a popisuje dvě děti s vývojovou dysfázií. Obě kasuistiky jsou hodnoceny a porovnány s ohledem na různý věk dětí. Výsledkem praktické části je hodnocení, že logopedická terapie u dětí s dysfázií je jednoznačně efektivní. Úskalí spatřuji v tom, že logopedická péče je aplikovaná v dlouhém časovém rozmezí a krokem vpřed by bylo zvýšení frekvence návštěv u logopeda. Většinou je frekvence návštěv logopeda jedenkrát za čtrnáct dní, což je u většiny klientů četnost, kterou hradí zdravotní pojišťovna. Řešením by byl delší časový prostor a zároveň periodicita věnovaná rehabilitaci řeči, což by ale jistě znamenalo zvýšení již tak vynakládaných finančních prostředků.



## Seznam použité literatury

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

DVOŘÁK, J. *Vývojová fonologická porucha*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2003. ISBN 80-902536-4-4

HÁJKOVÁ, V. (ed.) a kol. *Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením*. Praha: Somatopedická společnost, 2009. ISBN 978-80-904464-0-3

HÁLA, B.; SOVÁK, M. *Hlas, řeč, sluch*. Praha: Česká grafická Unie a.s., 1947.

HOUSAROVÁ, B. *Rozvíjení motorických dovedností u dětí s vývojovou dysfázií. Česká logopedie*. Praha: Makropulos, 1998. ISBN 80-86003-31-0

JANOTOVÁ, N. *Odezírání u sluchově postižených*. Praha: Septima, 1999. ISBN 80-7216-82-6

JANOTOVÁ, N. *Rozvíjení zrakového vnímání a odezírání sluchově postižených dětí*. Praha: Septima, 1996. ISBN 80-85801-84-1

KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie I*. Brno: Paido, 1996. ISBN 80-85931-41-9

KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9

KUTÁLKOVÁ, D. *Logopedická prevence: Průvodce vývojem dětské řeči*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7178-115-0

KUTÁLKOVÁ, D. *Opožděný vývoj řeči. Dysfázie: Metodika reedukace*. Praha: Septima, 2002. ISBN 80-7216-177-6

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

LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5

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

MIHÁL, V. Proč a jak psát kasuistiku? *Pediatric pro praxi*, 2003, č. 3, s. 149-151. ISSN - 1213-0494

PAVLOVÁ-ZAHÁLKOVÁ, A. *Prevence poruch řeči*. Praha: SPN, 1976.

SOVÁK, M. *Logopedie předškolního věku*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989.

SOVÁK, M. *Logopedie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1981.

ŠKODOVÁ, E.; JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6

ŠPINKOVÁ, D. Církevní speciální škola Don Bosco: Kdo jsme a proč tu jsme. *Česká logopedie*. Praha: Makropulos, 1997. ISBN 80-7178-961-5

VELDOVÁ, Z. Vývojová dysfázie z hlediska foniatra. *Speciální pedagogika: časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*, 1996, roč. 6, č. 4, s. 16. ISSN 0862-1632.

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

VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika: Integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9

VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. 5. vyd. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-058-5

VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5

## **Ostatní zdroje**

BEESEMS, M.A.G. *Developmental dysphasia. Theory diagnosis and treatment*. [online], [cit. 8. března 2010].

Dostupné na WWW: <<http://www.dysphasia.org/turkije.pdf>>

Speciálně pedagogické centrum v Karlových Varech. [online], [cit. 22. března 2010].

Dostupné na WWW: <<http://spcentrum.ic.cz/index.htm>>

## **Seznam příloh**

**Příloha č. 1:** Kresba postavy – obrázek chlapce z kasuistiky č. 1

**Příloha č. 2:** Kresba postavy – obrázek dívky z kasuistiky č. 2

**Příloha č. 3:** Dokreslování tvarů - dívka z kasuistiky č. 2

**Příloha č 4:** Dřevěná tabulka

**Příloha č. 5:** Logico – přiřazování dle barev

**Příloha č. 6:** Logico – cvičení na vizuální diferenciaci

**Příloha č. 7:** Fólie s částmi obrázků

**Příloha č. 8:** Logopedické pexeso – obrázky + stíny

**Příloha č. 9:** Logopedické pexeso – obrázky s barevnými rozdíly

**Příloha č. 10:** Logopedické pexeso – rozdíly: malý X velký

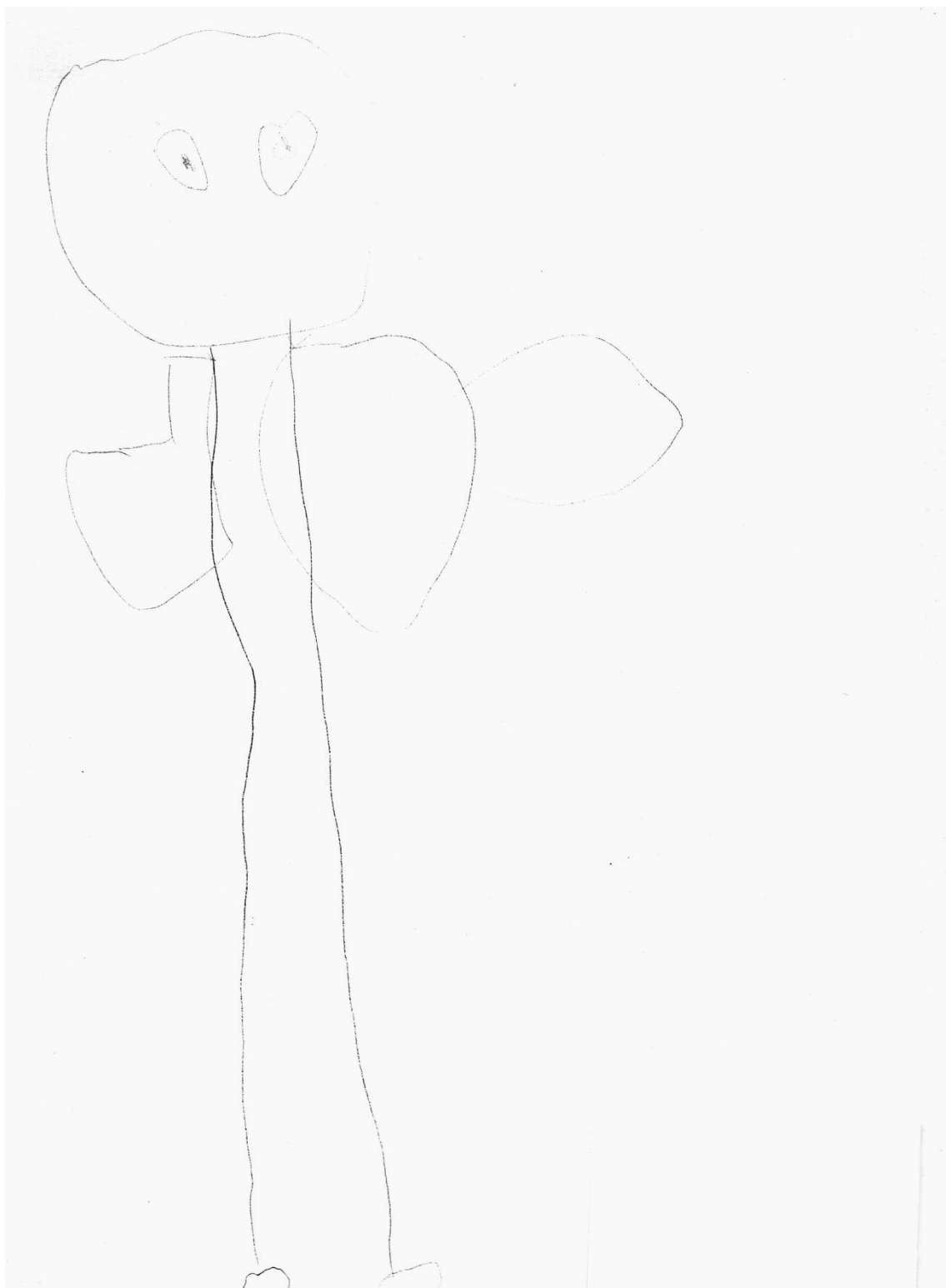
**Příloha č. 11:** Logopedické pexeso – procvičování L

**Příloha č. 12:** Logopedický řetízek

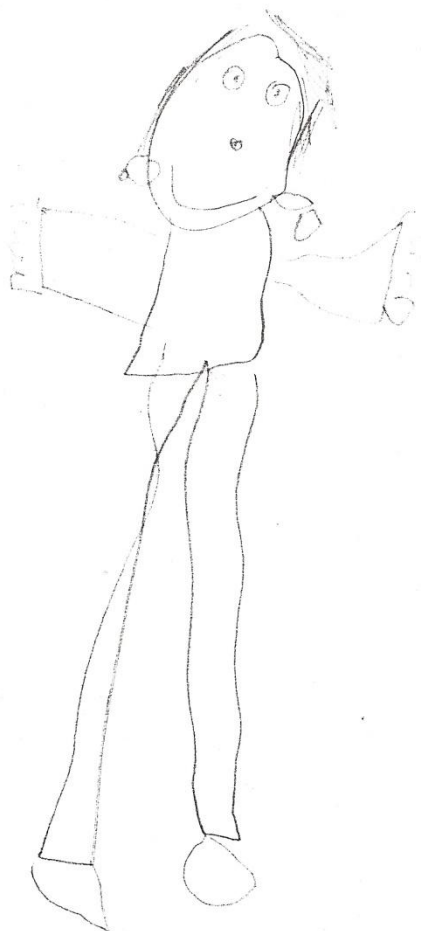
**Příloha č. 13:** Foto herny v SPC

## **Přílohy**

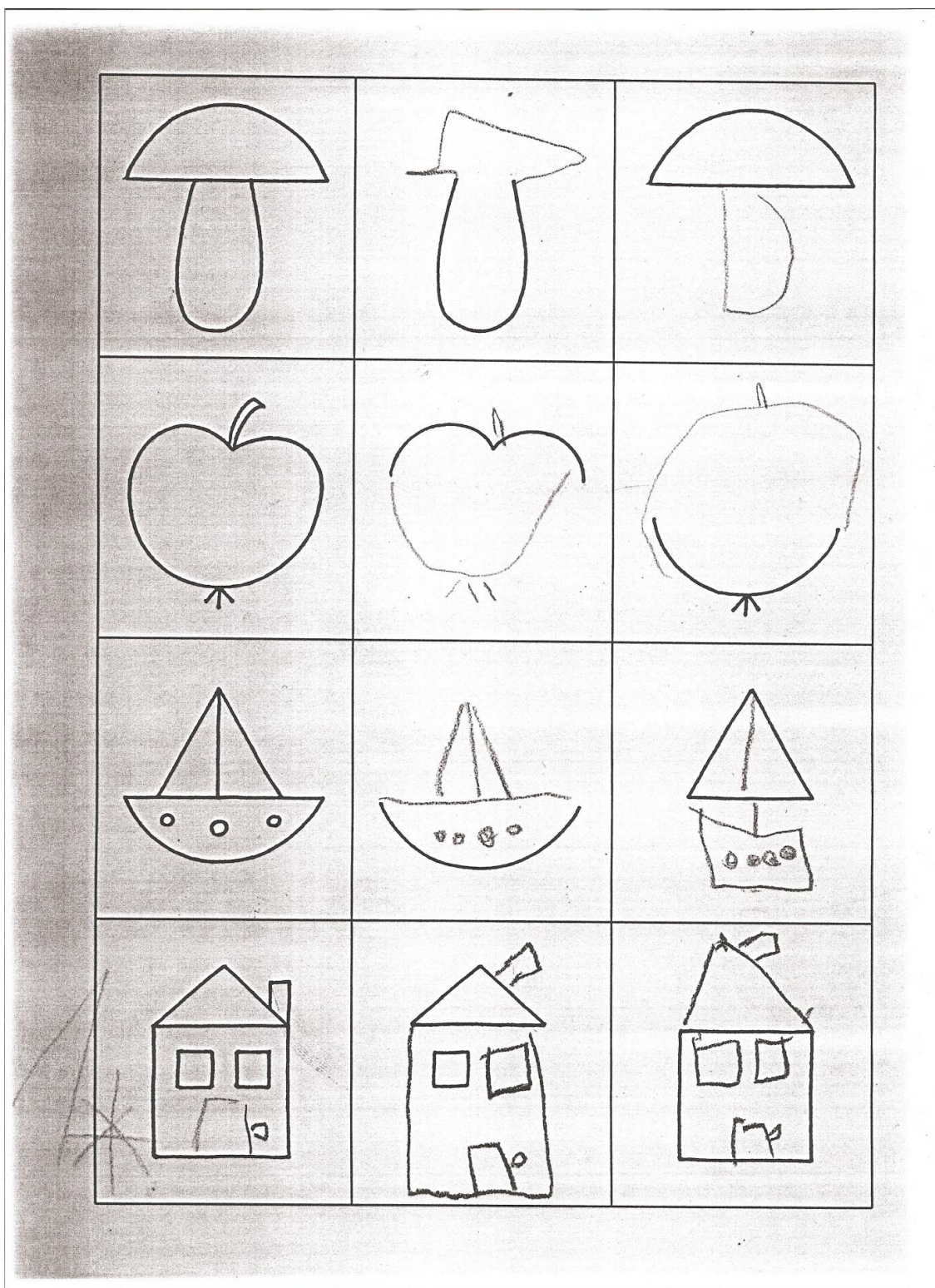
Příloha č. 1: Kresba postavy – obrázek chlapce z kasuistiky č. 1



Příloha č. 2: Kresba postavy – obrázek dívky z kasuistiky č. 2



Příloha č. 3: Dokreslování tvarů – dívka z kasuistiky č. 2



Příloha č. 4: Dřevěná tabulka

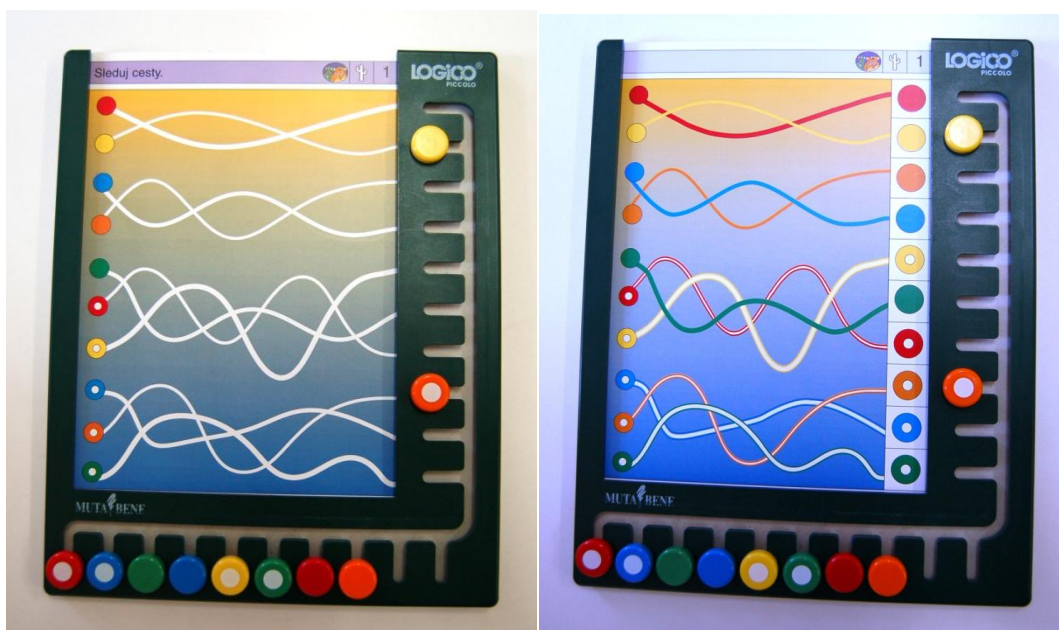


Příloha č. 5: Logico – přiřazování dle barev





Příloha č. 6: Logico – cvičení na vizuální diferenciaci (pro pokročilejší žáky)



Příloha č. 7: Fólie s částmi obrázků – „přilož ke správnému obrázku“



Příloha č. 8: Logopedické pexeso – obrázek + jeho stín



Příloha č. 9: Logopedické pexeso – obrázky s barevnými rozdíly



Příloha č. 10: Logopedické pexeso – rozdíly: malý X velký



Příloha č. 11: Logopedické pexeso – procvičování L



Příloha č. 12: Logopedický řetěz



Příloha č. 13: Foto herny v SPC

