

Univerzita Karlova v Praze  
Pedagogická fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2015

Dagmar Sekalová

Univerzita Karlova v Praze  
Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

## DIPLOMOVÁ PRÁCE

Podpora rozvoje dítěte se specificky narušeným vývojem řeči

Support for the development of a child with specific language impairment

Dagmar Sekalová

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Durdilová, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

2015

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Podpora rozvoje dítěte se specificky narušeným vývojem řeči vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 10. 6. 2016

.....

podpis

### **Poděkování**

Děkuji vedoucí diplomové práce Mgr. Lucii Durdilové, Ph.D. za vstřícný přístup, cenné rady i připomínky a za celkovou podporu, kterou mi po dobu vedení mé práce věnovala. Zvláštní poděkování také patří především rodině chlapce, která měla velmi vřelý a otevřený přístup.

## **ABSTRAKT**

Předkládaná diplomová práce se zaměřuje na téma specificky narušeného vývoje řeči neboli vývojové dysfázie. Diplomová práce se skládá z teoretické a empirické části. Teoretická část práce je tvořena třemi hlavními kapitolami. První kapitola se zabývá pojmy komunikace, narušený vývoj řeči a ontogenezi řeči. Druhá kapitola představuje terminologické vymezení specificky narušeného vývoje řeči neboli vývojové dysfázie, její etiologii, symptomatologii, diagnostiku a terapii. Třetí kapitola přibližuje problematiku předškolního věku. Empirická část práce je zpracována ve čtvrté kapitole. Obsahuje kazuistiku chlapce se specificky narušeným vývojem řeči, zaměřuje se na popis rodinné situace, dále popisuje chlapcovu osobní anamnézu, jeho psychomotorický a řečový vývoj. Dále se práce zaměřuje na poskytovanou podporu k jeho rozvoji a hodnotí progresi po roce intenzivní péče. Součástí diplomové práce jsou také pracovní listy, zaměřené na rozvoj dítěte s tímto druhem narušené komunikační schopnosti. Pracovní listy se skládají z pěti oblastí, které by měly být rozvíjeny. Mezi tyto oblasti patří: zrakové vnímání, sluchové vnímání, rozumové, grafomotorické a komunikační schopnosti.

V České republice je nedostatečné množství komplexních informací, materiálů, které by mohly rodičům vytvořit ucelenou představu, jak dítě terapeuticky stimulovat. Je samozřejmé, že každé dítě je individuální a neexistuje přesný návod, podle kterého postupovat, aby se problémy spojené se specificky narušeným vývojem řeči co nejrychleji upravily. Ale je zapotřebí rodičům poskytnout určitou inspiraci, jak s dítětem pracovat. Specificky narušený vývoj řeči neboli vývojová dysfázie je u dětí poměrně často diagnostikována. Z tohoto důvodu je žádoucí vytváření komplexních materiálů.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

komunikace, specificky narušený vývoj řeči, předškolní věk, pracovní listy pro rozvoj dítěte

## **ABSTRACT**

The thesis focuses on the theme of the specific language impairment (developmental dysphasia). This thesis consists of the theoretical and the empirical part. The theoretical part is made up of three main chapters. The first chapter deals with terms: communication, specific language impairment and speech development. The second chapter presents the terminological definition of the specific language impairment (developmental dysphasia), its etiology, symptomatology, diagnosis and therapy. The third chapter discusses issues of the preschool age. The empirical part is covered in the fourth chapter. It contains a case study, which is focusing on a young boy with specific language impairment and in detail it describes family situation, the boy's personal case history and also his psychomotor and speech development. Further, the thesis focuses on support provided to his development and evaluates progress after year of intensive care. A part of this paper are worksheets focusing on the development of the child with this kind of communication disability. Worksheets consist of five sections that should help to improve skills of child with the specific language impairment. Sections are following: visual perception, auditory perception, understanding, grapho-motor and communication skills.

In the Czech Republic it is insufficient amount of complex information and materials that might create a comprehensive picture to parents of how to therapeutically stimulate the child with impairment described. Of course that every child is an individual and it doesn't exist the exact manual for quick solving of the problem of the specific language impairment. The specific language impairment (developmental dysphasia) is diagnosed relatively frequently by children. For this reason, it is desirable to create complex materials.

## **KEYWORDS**

communication, specific language impairment, preschool age, worksheets for child development

## Obsah

1. Úvod.....	8
2. Teoretická východiska.....	9
2.1. Komunikace, jazyk, řeč .....	9
2.2. Ontogeneze dětské řeči .....	10
2.3. Narušená komunikační schopnost .....	13
3. Specificky narušený vývoj řeči .....	15
3.1. Objasnění pojmu specificky narušeného vývoje řeči.....	15
3.2. Klasifikace .....	17
3.3. Etiologie.....	19
3.4. Symptomatologie .....	20
3.5. Diagnostika .....	25
3.6. Terapie .....	34
4. Dítě předškolního věku .....	40
4.1. Charakteristika dítěte předškolního věku .....	40
4.2. Péče o dítě se specificky narušeným vývojem řeči v předškolním věku.....	44
5. Případová studie dítěte se specificky narušeným vývojem řeči.....	47
6. Závěr.....	58
7. Seznam použitých informačních zdrojů.....	59
8. Seznam příloh.....	68

## 1. Úvod

Období prvních šesti let života se považuje za zásadní pro rozvoj komunikačních schopností. Dítě by mělo být schopné si osvojit řeč do šesti let věku, a tak se bez problému zapojit do školního prostředí a zvládat i jiné nároky, které škola s sebou přináší. Je proto na prvním místě, aby případná narušená komunikační schopnost byla diagnostikována co nejdříve. Dítěti by se poté mělo dostat co možná nejlepší péče jednak ze strany lékařů, ale i učitelů, logopedů a rodičů. Logopedická intervence má svou nezastupitelnou roli nejen v rozvoji komunikačních schopností, ale i jiných oblastí, se kterými mají děti se specificky narušeným vývojem řeči problém. Jedná se o problém typu narušených paměťových funkcí, zrakové a sluchového vnímání, časoprostorové orientace, hrubé a jemné motoriky a také laterality.

V rámci diplomové práce se zabývám tímto druhem narušené komunikační schopnosti a představuji případovou studii chlapce se specificky narušeným vývojem řeči, neboli vývojové dysfázie, pocházejícího z trilingválního prostředí. Toto téma jsem si zvolila proto, že se s chlapcem setkávám z pozice logopedické asistentky. Pracuji s ním v jeho domácím prostředí a to od dubna roku 2013. Chlapec je předškolního věku s diagnózou specificky narušeného vývoje řeči, přesněji sémanticko-pragmatické vývojové poruchy řeči. Touto prací se snažím přiblížit podstatu této narušené komunikační schopnosti a přiblížit poskytovanou podporu z řad logopedů, speciálních pedagogů, lékařů i mou osobní podporu.

Cílem diplomové práce je vytvořit ucelený přehled o této narušené komunikační schopnosti a rodičům poskytnout inspiraci, jak začít s dítětem předškolního věku s touto narušenou komunikační schopností pracovat. V současné době je specificky narušený vývoj řeči poměrně často diagnostikován a terapie je dosti náročná. Mnoho rodičů nemá představu, jak při terapii postupovat. Tyto děti potřebují kromě rozvoje řeči podpořit i v dalších oblastech, jako je hrubá a jemná motorika, zrakové vnímání, sluchové vnímání, paměti a pozornosti, myšlení, orientaci v čase a prostoru. Jedná se o terapii poměrně časově náročnou, která zahrnuje hledání materiálů, rad a také výrobu pomůcek či jejich zakoupení. Pracovní sešit by měl rodičům poskytnout inspiraci, rady, jak v domácím prostředí začít s dítětem vhodně pracovat. Rodinná péče je tím základním kamenem úspěchu při terapii všech poruch komunikace a zejména při vývojové dysfázii.



## 2. Teoretická východiska

### 2.1. Komunikace, jazyk, řeč

Termín komunikace pochází z latinského slova *communicatio*, které je možné přeložit jako spojování, sdělování, přenos informací, společenství, participace. Jedná se o obecnou lidskou schopnost využívat obecné jazykové prostředky k pěstování mezilidských vztahů (Klenková, Bočková, Bytešnicková, 2012). Komunikaci neboli dorozumívání Neubauer (2010, s. 9) definuje jako: „proces, v němž jsou mezi účastníky předávány informace, zahrnuje motivovaný záměr, výběr prostředků a jejich užití, dále příjem informace, její zpracování, rozumění obsahu a tvorbu odpovědi.“

Řečovou komunikaci (Neubauer, 2010) dále vysvětluje jako proces komplexní, na kterém se podílí vrozený mentální předpoklad, dále předpoklad získaný interakcí člověka s prostředím a podmínky aktuálně působící.

Dle Křivohlavého (1993) se za nejzákladnější způsob dělení komunikace považuje dělení podle způsobu předávání obsahu, takto se komunikace dělí na verbální (slovní) a nonverbální. Verbální komunikace je komunikace, která obsahuje slova nesoucí význam. Nonverbální komunikace je vysvětlena jako komunikace prostřednictvím např. mimiky, postavením, pohybem, atd. Nonverbální komunikace je tedy vše, co doprovází slovní komunikaci. Klenková, Bočková, Bytešnicková (2012) do této velké skupiny nonverbální komunikace řadí:

- gesta,
- pohyby těla,
- postoje těla,
- mimiku,
- tělesný kontakt,
- pohledy očí,
- celkový vzhled,
- vzdálenost od komunikačního partnera.

Klenková (2006) také zmiňuje, že komunikace nonverbální dotváří a dokresluje komunikaci verbální. Ale může se využívat i odděleně bez použití jazyka. Křivohlavý (1993) rovněž zmiňuje, že se vyskytuje ještě jeden specifický typ komunikace, a tím jsou činy, konkrétní aktivity.

V souvislosti s komunikací je také důležité zmínit její strukturu a funkci. Struktura komunikace je tvořena třemi základními činiteli, mezi které patří: komunikátor, komunikant

a komuniké. Komunikátorem je člověk, který informaci sděluje, je tzv. vysílač a vysílá informace směrem ke komunikantovi, tzv. příjemci neboli posluchači (Nakonečný, 1999). Komuniké je souborem zakódovaných informací, který má formu verbálního či nonverbálního sdělení (Vybíral, 2009). Dále mezi důležité složky v procesu komunikace patří komunikační kanál, kterým je přenášeno sdělení. Komunikační kanál může mít různé formy, mezi které patří hlasová, zraková, čichová a hmatová (DeVito, 2008). Komunikování má sedm hlavních funkcí, mezi které patří:

- informovat - informativní funkce,
- instruovat - instruktážní funkce,
- přesvědčit - persuasivní funkce,
- vyjednat, domluvit (se) - operativní, vyjednávací funkce,
- pobavit - funkce zábavní,
- kontaktovat se - kontaktní funkce,
- předvést se-sebe - prezentační funkce (Vybíral, 2009).

V rámci problematiky komunikace je také důležité objasnit pojmy jazyk a řeč. Jazyk lze popsat jako určitý symbolický systém, který byl vytvořen na základě dohody mezi členy určitého společenství (Janoušek, 2007). Sovák (1978) jazyk hodnotí jako souhrn jazykových prostředků a vyjadřovacích způsobů. Upozorňuje, že jazyk je jev společenský, který se stále vyvíjí a bez kterého by nebyla možná verbální komunikace. Sovák (1978) hovoří naopak o řeči jako o specifické činnosti, která umožňuje člověku užívat sdělovacích prostředků k mezilidské komunikaci. Neubauer (2010, s. 10) definuje řeč jako: „praktickou zvukovou realizací jazyka, zahrnující motorické činnosti jako dýchání, fonaci a artikulaci (tvorbu hlásek) v oblasti artikulačních orgánů neboli mluvidel.“

## **2.2. Ontogeneze dětské řeči**

Vývoj řeči probíhá v několika vývojových etapách, které na sebe navazují a mají svá časová rozmezí. Tyto časová rozmezí jsou variabilní a vždy záleží na neuropsychickém vybavení dítěte a na jeho sociálním prostředí (Balašová, 2003).

Ontogeneze dětské řeči se dělí do dvou základních období, kam patří:

- přípravná stádia vývoje řeči,
- vlastní vývoj řeči (Sovák, 1972).

Sovák (1972) do přípravného stádia zařazuje:

- *období novorozeneckého křiku*

Je dokázáno, že novorozené dítě umí spolehlivě odlišit lidskou řeč od jiných zvuků a na dané zvuky jinak zareagovat. V prvních týdnech u dítěte nemusí být křik signálem nouze, ale pouze reflexním dějem, kterým si procvičuje dechové a hlasové ústrojí (Kutálková, 2005). Kolem 6. týdne je křik dítěte citově zabarven. Měkkým hlasovým začátkem vyjadřuje libé pocity, tvrdým hlasovým začátkem nespokojenost (Balašová, 2003).

- *období žvatlání*

Přibližně od 6. týdne života dítěte nastupuje fáze broukání, jedná se o mlaskavé zvuky, zvuky ražené a třené (Peutelschmiedová, 2005). Období žvatlání nastupuje následně a dělí se na pudové a napodobující. Pudové žvatlání je činnost, která se vyskytuje u všech dětí, i dětí neslyšících. Nejedná se ještě o hlásky mateřského jazyka, ale o tzv. prahlásky, dětské zvučky. V období napodobujícího žvatlání se dítě snaží napodobovat zvuky, které slyší z nejbližšího okolí. Jedná se o hru s mluvídlou provázenou hlasem (Sovák, 1972).

- *období rozumění*

Dítě v této fázi ještě nemluví, ale začíná reagovat na řeč ze svého okolí prostřednictvím pohybu. Dítě v této fázi ještě nereaguje na obsah slov, ale na zvuk řeči modulovaný prozodickými faktory, tzv. melodií, rytmem a přízvukem (Sovák, 1972).

Do stádia vlastního vývoje řeči patří:

- *emocionálně volní*

Dítě svými počátečními mluvními projevy vyjadřuje přání, které doprovází pohybem a výraznými modulačními faktory (Sovák, 1972).

- *asociačně reprodukcí*

V tomto období slyšená slova nabývají funkce pojmenování. Dochází také k reprodukci (přenášení) slyšených slov na vjemy podobné. Například označením „kaka“ dítě pojmenovává hračku, všechny ptáky i maso (Sovák, 1972).

- *stádium logických pojmů*

Nastává okolo tří let věku dítěte. Jedná se o začátky tvoření pojmu v procesu zobecňování. Dochází k přechodu z první signální soustavy do druhé. V tomto období může dojít k vývojovým obtížím v řeči. Dítě může opakovat začátky slov, slova komolit (Sovák, 1972).

- *stádium intelektualizace řeči*

Jedná se o období od čtyř let věku dítěte do konce doby předškolní, avšak i ve školním věku pokračuje vývoj řeči po stránce logické. Dítě si více zpřesňuje obsah slov a upravuje si gramatický projev. Velice důležitou oblastí rozvoje řeči jsou různé říkanky, básně, knihy, skrze ně dítě nabývá nových pojmů (Sovák, 1978).

Lechta (2002) rozdělil vývoj řeči na čtyři fáze, které jsou také vhodné použít k orientačnímu posouzení úrovně řeči.

- *období pragmatizace*

Začíná ihned po narození a končí přibližně v jednom roce života. Okolo 8. - 10. měsíce se dítě začíná otáčet na zavolání svého jména. Komunikuje převážně prostřednictvím gest. Okolo 10. - 12. měsíce se objevuje porozumění řeči, dítě projevuje motorickou reakci na celkový zvukový obraz slov. Rozumí pokynům typu: otevři ústa, pojď sem, jak jsi veliký, kde máš oči (Lechta, 2002).

- *období sémantizace*

Toto období trvá zhruba od prvního do druhého roku. Dítě komunikuje skrze opakování jednoduchých slabik, které intonačně liší. V první polovině druhého roku dítě využívá přibližně 20-30 slov. Ke konci tohoto období začíná věk prvních otázek: „kdo je to?“, „co je to?“ Dítě začíná využívat dvouslovné spojení (Neubauer, 2010).

- *období lexemizace*

Jedná se o období mezi druhým a třetím rokem. Slovní zásoba prudce narůstá, ve dvou letech ovládá okolo 200-300 slov a ve třech letech až 700 slov. Také dochází ke gramatizaci větného projevu, dítě užívá 1. osoby, užívá množné číslo i minulý čas (Neubauer, 2010). I když si je dítě vědomo svého jména, často o sobě mluví ve třetí osobě (Lechta, 2002).

- *období gramatizace*

Mezi třetím a čtvrtým rokem je tzv. období gramatizace. Dítě již umí více než 1000 slov. Dochází k přechodu do druhé signální soustavy. Dítě tvoří souvětí, ale některé předložky a spojky používá vzácněji. Také přichází věk druhých otázek: „proč?“ Dokáže tvořit některé protiklady, zná krátké básničky (Lechta, 2002).

- *období intelektualizace*

Toto období přichází po čtvrtém roce. Mezi čtvrtým a pátým rokem se může ve foneticko-fonologické rovině vyskytovat nesprávná výslovnost těžších hlásek.

Gramatických chyb by se ale dítě nemělo dopouštět a jeho slovní zásoba by měla obsahovat okolo 1500–2000 slov. Po pátém roce by měla být výslovnost již upravena, ale může se vyskytnout prodloužená fyziologická dyslalie. Řeč by měla dosahovat 2500-3000 slov (Bočková, 2011).

### **2.3. Narušená komunikační schopnost**

Pojem narušená komunikační schopnost patří k základním pojmům v logopedii. Jedná se o pojem, který zastřešuje dřívější využívané termíny jako vada řeči a porucha řeči. Tento termín je využíván v souvislosti se zdůrazněním komplexního přístupu v logopedii, tedy zaměření se na všechny jazykové roviny, nejen na poruchy výslovnosti (Klenková, Bočková, Bytešníková 2012).

Lechta (2013, s. 17) definuje narušenou komunikační schopnost tak, že: „komunikační schopnost člověka je narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykového projevu (příp. několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru.“ Při vymezování narušené komunikační schopnosti poukazuje, že je důležité si všimnout všech jazykových rovin: foneticko-fonologické, morfologicko-syntaktické, lexikálně-sémantické a pragmatické (Lechta, 2003).

Narušená komunikační schopnost se hodnotí podle různých hledisek:

- Z hlediska formy komunikování. Komunikace, může být verbální (mluvená) či neverbální (grafická).
- Dále se hodnotí dle průběhu komunikačního procesu, komunikace může být narušena ve fázi porozumění či produkce.
- Poté se může narušená komunikační schopnost označovat za trvalou (při těžším orgánovém postižení) či přechodnou (u většiny dyslálií).
- Dalším bodem posuzování je rozsah. Narušená komunikační schopnost může být úplná či částečná.
- Také se hodnotí geneze narušené komunikační schopnosti, může být vrozená či získaná. Existuje také rozdílnost v pojmech vada řeči a porucha řeči. Pod pojmem vada se skrývá narušená komunikační schopnost, která je vrozená. Pod pojmem porucha se naopak rozumí získaná narušená komunikační schopnost.
- Posuzuje se také klinický obraz. Narušená komunikační schopnost může dominovat či být symptomem jiného postižení, onemocnění.

- Posledním kritériem je reflexe, člověk si své narušení nemusí uvědomovat, například při lehkém sigmatismu, dysfonii (Lechta, 2003).

Klenková (2006) uvádí, že se od počátku devadesátých let v logopedické praxi užívá deset kategorií narušené komunikační schopnosti, které zpracoval Lechta.

Přehled kategorií:

- vývojová nemluvnost,
- získaná orgánová nemluvnost,
- získaná psychogenní nemluvnost,
- narušení zvuku řeči,
- narušení fluence (plynulosti) řeči,
- narušení člankování řeči,
- narušení grafické stránky řeči,
- symptomatické poruchy řeči,
- poruchy hlasu,
- kombinované vady a poruchy řeči.

V odborné zahraniční literatuře se k termínu narušená komunikační schopnost využívají pojmy: communication disability – v anglické literatuře, gestörte kommunikationsfähigkeit – v německé literatuře, narušennaja komunikacionnaja sposobnost' – v ruské literatuře (Lechta, 2003). Durdilová, Klenková (2014) uvádějí, že český termín narušená komunikační schopnost nemusí odpovídat obsahu zahraničních termínů. Například pojem communicative disability (narušená komunikační schopnost) je rozuměn ve větším rozsahu než pojmy speech disorder (vada, porucha řeči) a speech disability (narušení řeči). Ovšem autor v zahraniční literatuře, který píše o určité diagnóze, používá pojem speech disorder, naopak autor české literatury u stejné diagnózy použije pojem narušená komunikační schopnost.

### **3. Specificky narušený vývoj řeči**

#### **3.1. Objasnění pojmu specificky narušeného vývoje řeči**

V roce 1822 byl Gall jedním z prvních, který poskytl zprávu o dětech majících zřejmé jazykové problémy, bez známek jiných známých poruch. Gallovy publikace byly následovány případovými zprávami nižší odbornosti po zbývajících léta 19. století. Autoři zdůrazňovali zdánlivě normální neverbální inteligenci, dobré porozumění a extrémně limitovaný mluvený projev těchto dětí (Leonard, 2014).

Termín narušený vývoj řeči je pojmem zastřešujícím a jednou z jeho kategorií je specificky narušený vývoj řeči neboli vývojová dysfázie (Klenková, Bočková, Bytešníková, 2012). V současné české terminologii se využívají pojmy specificky narušený vývoj řeči a vývojová dysfázie současně. Označení specificky narušeného vývoje řeči je komplexnějšího charakteru, který vychází z etiologického i symptomatického hlediska. Tento pojem je také přednostně uplatňován v zahraniční literatuře, která se do české literatury často překládá (Durdilová, Klenková, 2014).

V odborné české i zahraniční literatuře se objevuje řada názorů na problematiku této narušené komunikační schopnosti, které se v průběhu historie vyvíjely. Ve starších odborných publikacích byla vývojová dysfázie nazývána sluchoněmotou, alalií, afemií či dětskou vývojovou nemluvností (Klenková, 2006). V publikaci Poruchy dětské řeči, Seeman (1955) uvádí kategorii Nemluvnost při poškození řečových zón v mozku. Specificky narušený vývoj řeči označil termínem dysfázie, který se dodnes využívá s přídatkem vývojová. Sovák (1978) se termínu ujal a zasloužil se o jeho prosazení, upustil od dříve používaného termínu alálie a za vhodnější termín také stanovil dysfázie.

Termín vývojová dysfázie pochází z řeckého slova, předpona dys-označuje poruchu vývoje a přípona - fázie se překládá jako „vypravuji“ (Kutálková, 2009). Ze slova vývojová je patrné, že je to porucha řeči, která vznikla již od počátku vývoje, proto ji nelze vnímat jako získanou poruchu komunikačních dovedností (Škodová, Jedlička, 2003). Nejčastější projevy narušené komunikační schopnosti v dětském věku nejsou poruchy získané, ale naopak vývojové. Jazyk těchto dětí se nikdy nevyvíjel normálně s tím, že by došlo k nějakému náhlému poškození (Love, Webb, 2009).

V současnosti existuje velká řada definic, které pocházejí z různých období a oborů. Pravděpodobně nejvíce přijímaná definice jazykové poruchy v Severní Americe je, jak ji navrhuje Tomblin a Leonard. Specifická jazyková porucha je definována jako kombinace normální inteligence (IQ větší než 85) a jazykové poruchy (kvalita jazyka spadá více než 1.25

SD pod průměr). Ztráta 1.25 SD u jazykové poruchy (ekvivalent pro 10 % nebo méně), byla vybrána Tomblinem, jelikož se jedná o úroveň, na níž se odborníci shodli a podle které identifikují dítě s jazykovou poruchou (Webster a kol., 2004).

V české klinické logopedii se vývojová dysfázie definuje jako „specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro vývoj řeči jsou přiměřené.“ (Škodová, Jedlička, 2003, s. 106). Love, Webb (2009, s. 298) definují dysfázii jako „závažnou poruchu expresivní a/nebo receptivní stránky jazyka s normálním výkonem v jiných dovednostech, zejména neverbální inteligenci. Mikulajová (2003, s. 61) dysfázii dále definuje jako: „strukturní a systémové narušení jedné či většího počtu, případně i všech oblastí vývoje řeči vzhledem k chronologickému věku dítěte. Deficity se pak mohou objevovat v rovině morfologicko-syntaktické, lexikálně-sémantické, foneticko-fonologické a pragmatické.“ Odborníci, kteří tento termín používají, se poměrně dlouhou dobou znepokojovali tím, jak tento termín definovat. Všechny definice jsou však jednotné v tom, že podstatou narušené komunikační schopnosti nesmí být sekundární postižení, musí být vyloučena porucha sluchu, mentálních schopností, psychiatrické onemocnění... (Love, Webb, 2009).

Dle Lejsky (2003) lze vývojovou dysfázii řadit k centrálním vadám řeči a označit ji jako poruchu centrálního zpracování řečového signálu – CAPD (central auditory processing disorder). Dlouhá, Novák, Vokřál (2007) se účastnili společného projektu, který se týkal využití sluchových testů v rámci diagnostiky centrální poruchy sluchového zpracování (CAPD) u dětí se specificky narušeným vývojem řeči. Jejich cílem bylo potvrdit vztah mezi vadami řeči a centrálního zvukového zpracování. Vytvořili speciální test, obsahující tři úkoly pro děti mladšího věku. Testy uskutečnili na skupině 90 dětí ve věku 6 až 7 let. Jejich výsledky potvrzují, že děti mají integrační deficit a problémy s kvalitou krátkodobé paměti. Průměrná úspěšnost dětí se specificky narušeným vývojem řeči byla 56 % v 1. úkolu, 64 % v 2. úkolu a 63 % ve 3. úkolu. Získané výsledky poukazují na vztah mezi poruchami řeči, jazykového vnímání a poruchami centrálního sluchového zpracování. Dvořák (2003, a) charakterizuje poruchu centrálního řečového zpracování signálu jako určitý soubor problémů, které se projevují v procesu naslouchání. CAPD je tedy receptivní jazyková porucha. Charakteristické také je, že jedinci s touto poruchou mají normální sluch, ale mají problém s dekódováním a ukládáním sluchové informace. Dále mohou mít obvykle problémy s lokalizací zvuku, se sluchovou diskriminací, sluchovou pamětí, sluchovým sekvenčním zpracováním, sluchovou pozorností, soudržností, poznáváním sluchových vzorů, časovými aspekty naslouchání, se sluchovou figurou a pozadím či výkonností při ztížených akustických



signálech. Dlouhá (2003) dodává, že poruchy zpracování řečového signálu způsobující vývojové poruchy řečové exprese jsou zapříčiněny deficitem, který vznikl v raném senzoričném vývoji jedince.

Důležitým termínem, který je využíván v anglosaské literatuře, je termín Specific language disorder nebo developmental language disorder či Specific Language Impairment (SLI, specifické narušení jazykových schopností). Ve francouzské odborné literatuře se objevuje pojem trouble sévère et spécifique du développement du Langre oral, se zkratkou TSDL, která označuje těžkou a specifickou poruchu vývoje řeči (Klenková, Bočková, Bytešníková, 2012).

Prevalence dysfázie v populaci uvedl Tomblin a kol. (1997), kteří vytvořili epidemiologickou studii, která se zaměřovala na odhad výskytu specifických vad řeči (SLI) u dětí v jednojazyčné - anglicky mluvící mateřské škole. Z různorodého vzorku, ve venkovských, městských a příměstských oblastech na horním středozápadě, bylo testováno 7218 dětí. Míra selhání v screeningu byla 26,2 %. U dětí, u kterých se screening nepodařil, byly provedeny opakované kontroly a také se použily diagnostické baterie, kterými se diagnostikuje SLI. Získané výsledky poskytly odhadovanou celkovou míru výskytu SLI na úrovni 7,4 %. Odhad míry výskytu SLI u chlapců byl 8 % a u dívek 6 %. Rozdíly v míře výskytu SLI byly nalezeny mezi dětmi z různých rasových či kulturních prostředí a dalším významným vlivem na výskyt SLI má dle studie také vzdělání rodičů. Rodiče 29 % dětí, u kterých byly identifikovány SLI, uvedli, že byli již dříve informováni, že jejich dítě mělo jazykové problémy. Odhady výskytu SLI odpovídají již dřívějším odhadům, ukazují ale, že výskyt SLI u žen je častější, než se dříve odhadovalo. Dále také klinická identifikace těchto vad u dětí zůstává v mateřské škole na nízké úrovni. Podobné výsledky uveřejnil Law a kol. (2000). Výzkum se prováděl ve Spojeném království a byl zaměřený na děti ve věku do 7 let. U percepčního typu vývojové dysfázie se hodnota pohybovala v rozmezí od 2,63 % - 3,59 %. U expresivního typu dysfázie se hodnota pohybovala v rozmezí od 2,81 % - 16 % a u kombinované poruchy v rozmezí od 2,02 % - 3,01 %.

### **3.2. Klasifikace**

Klenková (2006) uvádí, že se v odborné literatuře objevuje dělení narušeného vývoje řeči dle etiologie, stupně, průběhu i hlediska věku. Hledisko etiologické poukazuje, že narušený vývoj řeči může být dominujícím příznakem a v tomto případě se jedná o specificky narušený vývoj řeči, neboli vývojovou dysfázi.

V 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí, vydanou Světovou zdravotnickou organizací, je uvedeno tradiční dělení vývojové dysfázie na expresivní (dg. F. 80.1) a receptivní formu (dg. F. 80.2). Konkrétně je zařazena vývojová dysfázie do kategorie poruch psychického vývoje, přesněji mezi specifickými poruchami vývoje řeči a jazyka (dg. F. 80). (WHO, online).

Vývojové poruchy řeči a jazyka mají určité společné rysy. Například narušení vývoje funkcí má spojitost se zráním centrální nervové soustavy. Začátek poruchy se projevuje velmi brzy. Charakteristické také je, že během vývoje dítěte se nevyskytne období fyziologického vývoje, porucha je stálá. Dalším znakem je, že se během vývoje dítěte porucha zlepšuje, avšak u určité skupiny zůstávají mírnější deficity až do dospělosti. Další symptom ukazuje, že bývá postižena motorika a prostorová orientace. Také se i velice často podobná porucha vyskytla u jiného člena rodiny (Dvořák, 2003, a).

#### F 80.1 Expresivní porucha řeči

„Je specifická vývojová porucha, při které schopnost dítěte užívat expresivně mluvenou řeč je zřetelně pod úrovní jeho mentálního věku, ale jazykové chápání je normální. Mohou být, ale nemusí být, účastny poruchy artikulace. Nepatří sem: získaná afázie s epilepsií (Landau–Kleffner); dysfázie a afázie - receptivní, vývojová; elektivní mutismus; mentální retardace; pervazivní vývojové poruchy.“ (WHO, online). Dvořák (2003, b) uvádí, že za známku vývojové dysfázie lze považovat opoždění řeči, jestliže dítě staré okolo dvou let nepoužívá jednotlivá slova a pokud dítě staré tří let nepoužívá dvouslovné věty. Za pozdější charakteristické rysy expresivní dysfázie (dysfázie motorické) považuje omezenou slovní zásobu a těžkopádnou tvorbu řeči způsobenou potíží s vybavováním slov. Dále uvádí, že děti mají problém s formulováním myšlenek, jejich řeč někdy bývá telegrafická – stručná. Další chyby jsou zaznamenány ve skladbě vět, děti vynechávají koncovky slov nebo předpony. Chyby jsou patrné i v časování sloves a skloňování podstatných jmen. Dalším znakem je často abnormální tvoření slova – zvuku.

#### F 80.2 Receptivní porucha řeči

„Je specifická vývojová porucha, kdy chápání řeči dítětem je pod úrovní jeho mentálního věku. Téměř ve všech případech je také výrazně porušena expresivní řeč a jsou časté též poruchy tvorby slova a zvuku. Nepatří sem: získaná afázie s epilepsií (Landau–Kleffner); autismus; vývojová dysfázie; elektivní mutismus; jazykové opoždění způsobené hluchotou; mentální retardace; pervazivní vývojové poruchy.“ (WHO, online). Dle Škodové, Jedličky

(2007) se porucha v receptivní oblasti řeči projevuje poruchou fonemického sluchu, poruchou sluchové a krátkodobé paměti, obtížemi v porozumění slovům. Vývoj řeči dítěte nemusí být zvláště opožděn. Slovník může být přiměřený, ale dítě nemusí rozumět obsahu slov. Mluvní projev je většinou plynulý, ale nesrozumitelný, děti slova různě deformují. Dvořák (2003, b) uvádí, že diagnostickým vodítkem je, jestliže dítě, staré okolo jednoho roku, není schopné reagovat na běžná slova, když nejsou doprovázena neverbální komunikací. A dalším znakem je, pokud dítě staré okolo jednoho a půl roku nedokáže určit několik běžných předmětů. Dále, jestliže ve dvou letech nerozumí běžným instrukcím, nechápe gramatické struktury. Vyskytne-li se u něj echolálie (opakuje slova či fráze bez porozumění), žargon (nesrozumitelná řeč často doprovázené gesty) či re-autizace (dítě opakuje otázku a pak odpoví). Dalším projevem, který značí poruchu, je opakování dotazů dítěte a neadekvátní odpověď na otázky. U dětí je také opožděn vývoj expresivní řeči. Bývají hyperaktivní, nepozorné, a také se socio-emocionálně-behaviorální poruchou. Vitásková (2005) uvádí, že vývojová dysfázie se ovšem vyskytuje převážně ve smíšené formě.

Kutálková (1996) dále uvádí klasifikaci založenou dle stupně poruchy. Kromě příznaků na řeči se u dítěte vyskytuje celkový nerovnoměrný vývoj s výraznými rozdíly v jednotlivých schopnostech. Nejtěžším stupněm dysfázie je nemluvnost, kdy dítě komunikuje jen hlasem a pohybem. Percepční typ dysfázie způsobuje závažné poruchy v rozumění a tak stagnuje i rozumový vývoj. U expresivního typu dysfázie je umožněn rozvoj vnitřní řeči. Děti se většinou vyjadřují hlasem či opakovanou slabikou, kterou obměňují melodií. Dalším stupněm poruchy je těžká dysfázie neboli částečná nemluvnost. Řeč se rozvíjí, ale se zpožděním, pomalu a je deformovaná. Následuje další stupeň označený jen jako dysfázie. Tento stupeň poruchy neznemožňuje komunikaci, ale vyskytují se problémy se slovní zásobou, gramatikou, větnou stavbou i artikulací. Posledním stupněm poruchy jsou takzvané dysfatické rysy, kdy ve slovním projevu zaznamenávají jen některé charakteristické znaky dysfázie.

### **3.3. Etiologie**

Klenková, Bočková, Bytešníková (2012) upozorňují, že i při stanovení etiologie vzniku vývojové dysfázie dochází k vývoji poznatků i názorů odborníků. V odborné literatuře se vyskytuje řada názorů na tuto etiologii. Avšak většina odborníků se domnívá, že příčinnou vzniku je porucha centrálního zpracování řečového signálu. Tato porucha se nachází v centrální sluchové oblasti řečových center. Řeč je poměrně mladou fylogenetickou funkcí a její centrum je v korové oblasti mozku, která bývá pravděpodobně nejvíce narušena.

Škodová, Jedlička (2007) tuto poruchu vnímají také jako důsledek poruchy centrálního zpracování řečového signálu. „Postižení je tím lokalizováno do centrální sluchové oblasti řečových center, a to charakterem příznaků, nikoli striktním ložiskovým nálezem v neurologickém smyslu. Důvodem je právě charakter neurologického postižení. U vývojové dysfázie existuje předpoklad, že typickou příčinou stavu je difúzní, nikoli ložiskové postižení CNS.“ (Škodová, Jedlička, 2007, s. 111). Také upozorňují, že na vznik dysfázie má dále vliv genetická predispozice a pohlaví dítěte. Převažující výskyt opožděného vývoje řeči a vývojových poruch řeči je u chlapců, a to v poměru 4:1. (Škodová, Jedlička 2007). Lechta (2003) toto tvrzení uvádí na příkladu matek žijících v nižších sociokulturních vrstvách a o větší pravděpodobnosti výskytu vývojových poruch u jejich dětí. Poukazuje na vyšší pravděpodobnost rizikové gravidity, nepodnětného komunikačního prostředí a snížení schopností dítěte vlivem genetických dispozic. Ervin (2001) uvádí výsledky studie, která poukazuje na to, že jestliže má dítě vývojovou dysfázii, je asi 25 % šance, že další člen rodiny bude postižen podobným způsobem.

Bishop (1992) formuluje šest základních hypotéz, týkajících se předpokládaných mechanismů vzniku vývojové dysfázie. Jsou to tyto hypotézy:

- „bazální jazyková kompetence je intaktní, jde o poruchu v procesech, které transformují jazykové vědomosti do řečového signálu, tj. porucha je na výstupu;
- dysfázie vyplývá z poruch sluchové percepce, které ovlivňují průběh osvojování si jazyka;
- jde o izolovanou poruchu specializovaných jazykových mechanismů, které se vyvíjejí, aby zabezpečovaly fungování jazyka;
- jde o generalizovaný deficit ve vývoji pojmů, který ovlivňuje jazykové procesy, ale neomezuje se jen na ně;
- strategie učení jsou abnormální, s nedostatečným mechanismem testování hypotéz;
- problém není v uskutečňování jednotlivých typů mentálních operací, ale vyplývá z omezené rychlosti a kapacity zpracování informací.“ (Mikulajová, Rafajdusová, 1993, s. 35 - 36).

### **3.4. Symptomatologie**

Vývojová dysfázie je porucha s rozmanitou symptomatologií v oblasti řečové i neřečové. Velmi typické je narušení verbálního výkonu, jehož úroveň je mnohem nižší, než odpovídá neverbálním schopnostem a intelektu (Klenková, 2006).

Lechta (1990) v knize Logopedické repetitorium charakterizuje příznaky vývojové dysfázie podle jednotlivých jazykových rovin, avšak uvádí, že symptomy se vzájemně prolínají. K lepšímu porozumění příznaků dysfázie jsou vždy v úvodu zmíněny informace o fyziologickém průběhu vývoji řeči.

#### *Lexikálně – sémantická rovina*

Okolo desátého měsíce u dítěte začíná rozvoj pasivní slovní zásoby, od dvanáctého měsíce vyslovuje první slova. Počáteční slova dítě chápe obecně, (např.: „haf - haf“ je vše čtyřnohé a chlupaté), jedná se o období tzv. hypergeneralizace. Po osvojení si více slov dochází k období tzv. heperdiferenciace, kdy dítě chápe slova jako jedinečná, (např.: pojem „mamá“ je pouze pro jeho maminku). Také dochází k období prvních otázek „Co je to?“ v jednom a půl roce. Poté k otázce „Proč?“ ve třech a půl roce. Dítě okolo tří let dokáže odpovědět na své jméno a příjmení, mezi třetím a čtvrtým rokem pojmenuje rozdíly („veselý – smutný, malý – velký“) a umí předříkat básničky. A ke konci čtyř let hovoří o nejrůznějších událostech (Klenková, 2000).

Pro vývojovou dysfázii se za typický symptom považuje opožděný vývoj řeči při poruchách CNS (Veldová, 1996). Vývojová dysfázie je dále typická nejen opožděným vývojem řeči, ale i jeho odchýlným vývojem. Aktivní slovní zásoba se u dítěte rozvíjí jen velmi pomalu, děti mají problém se syntézou slabik do slov a syntézou slov do správné větné struktury. Hlavní příčinnou obtíží je postižení řečové percepce, jedná se o poruchu centrálního sluchového zpracování (Dlouhá, 2001). Krejčířová (2006) uvádí, že existuje velký rozdíl mezi úrovní porozumění řeči a aktivní slovní zásobou. Za častější typ dysfázie proto považuje expresivní typ dysfázie, kdy je produkce řeči na horší úrovni.

#### *Morfologicko – syntaktická rovina*

Tuto gramatickou rovinu je možné hodnotit až okolo jednoho roku dítěte. První slova plní funkci vět. Slova dítě tvoří opakováním slabik a jsou nesklonná. Podstatná jména jsou často v 1. pádě a slovesa v infinitivu či ve třetí osobě. Takto se dítě dorozumívá do jednoho a půl roku až dvou let. Následně dítě používá dvojslovné věty, např.: „máma pá – pá“. Mezi druhým a třetím rokem dítě začíná skloňovat, po třetím roce používá i množné číslo. Mezi třetím a čtvrtým rokem už tvoří souvětí. Do čtyř let se u dítěte vyskytuje tzv. fyziologický dysgramatismus, poté by se chyby již neměly vyskytovat (Klenková, 2000).

U dětí s dysfázií se projevuje tzv. syntaktická porucha řeči, děti nejsou schopny tvořit věty a aplikovat gramatická pravidla (Krejčířová, 2006). U dětí se vyskytuje dysgramatismus

i dlouho po čtvrtém roce života. Ve slovním projevu převládají podstatná jména nad ostatními slovními druhy. V syntaxu děti poměrně dlouho zaostávají. Slova ve větě řadí podle svých aktuálních subjektivních potřeb, než nikoliv podle pravidel syntaxu. Slovo, které má pro dítě primární důležitost, je ve větě na prvním místě (Lechta, 1990).

#### *Foneticko – fonologická rovina*

Vývoj výslovnosti se řídí pravidlem nejmenší námahy. Dítě nejdříve vyslovuje hlásky, které vyžadují menší námahu a až poté hlásky artikulačně namáhavější. Nejdříve dítě fixuje hlásky závěrové (p, b, m, t, d, n, t', d', ň, k, g), poté úžinové jednoduché (f, v, j, h, ch, s, z, š, ž) a naposledy polozávěrové a úžinové se zvláštním způsobem tvoření (c, č, dz, dž, l, r). Artikulace dětí v předškolním věku je relativně dlouho nesprávná. Z logopedického hlediska je významné určit věk, kdy se jedná o fyziologický jev (fyziologickou dyslálii) a kdy o pravou dyslálii. Mnozí autoři se shodli na věku 5. - 7. let, kdy probíhá vývoj výslovnosti. Logopedický zákrok by měl nastat v období 5. - 6. let a v odůvodněných případech i dříve (Lechta, 1990).

Krejčířová (2006) uvádí, že u dětí existuje diskrepance mezi poměrně dobrou slovní zásobou a špatnou srozumitelností řeči. Mnoho dětí často používá dlouhou dobu jen určité náznaky slov (např.: „ko“ znamená kostka, kolo, kočka). Dlouhá (2003, a) uvádí, že děti mají problém s odlišením distinktivních rysů hlásek a dělají chyby v řazení slabikových sledů (přesmykují slabiky, zkracují slova). Celkově špatně diferencují zvuky řeči. Mají problém s rozeznáním klíčových slov pro pochopení celkového obsahu. Dále mají poruchu krátkodobé paměti, proto špatně fixují slovo a to významně ztěžuje celý proces terapie.

#### *Pragmatická rovina*

Lechta (1990, s. 19) zmiňuje, že: „jde o rovinu sociální aplikace, sociálního uplatnění komunikační schopnosti, do popředí vystupují sociální a psychologické aspekty komunikace.“

Již dvou až tříleté dítě je schopné pochopit roli komunikačního partnera. Po třetím roce je u dítěte velmi patrná touha komunikovat, navazovat kontakt s lidmi ze svého okolí. Ve čtyřech letech je již dítě poměrně dobře schopné komunikovat přiměřeně dané situaci (Klenková, 2000).

Deficity v pragmatické rovině zahrnují řadu obtíží. Dítě má problém se zahájením hry s vrstevníky, projevují se u něj obtíže v porozumění jiným lidem. Děti mají problém s vyjadřováním svých myšlenek a pocitů. Dále mají obtíže se zahájením a udržením konverzace. Jsou nejisté v tom, co mají říci a co naopak není vhodné říkat. Prožívají nejistotu

také v tom, kdy mluvit a kdy nemluvit. Děti mají i problém s vyprávěním příběhu, vyprávění postrádá soudržnost a jsou vynechány některé důležité komponenty příběhu (www.ASHA.com).

Schopnost užívání řeči je proto u dětí s dysfázií poměrně malá. Některé děti, i přes dobrou slovní zásobu, řeč využívají jen k označování, nepoužívají ji k běžným komunikačním účelům. Velice často si vypomáhají neverbální komunikací, která není narušena (Krejčířová, 2006).

Mikulajová (1993, s. 93) shrnuje symptomy vývojové dysfázie tak, že: „celkový klinický obraz tvoří opožděný vývoj řeči, malá slovní zásoba, artikulační a fonologické odchylky, narušený syntax a nedostatečné komunikační schopnosti.“

#### *Příznaky dysfázie v dalších oblastech:*

- Nerovnoměrný vývoj je tedy základním příznakem. Vzájemný nesoulad mezi jednotlivými složkami může dosahovat i rozdílu několika let oproti normálu.
- Dalším příznakem je narušené zrakové vnímání, které se nejvíce projeví v kresbě.
- Dalším znakem je narušení paměťových funkcí, děti mají nízkou úroveň paměti.
- Existuje také narušení časoprostorové orientace. Dítě má problém s orientací nejen v prostoru, ale i ve vlastním tělesném schématu. Chyby jsou patrné i ve vnímání času.
- Dále se vyskytuje problém v motorických funkcích, vývoj motorických schopností se opoždí, dítě má problém s koordinací...
- Lateralita bývá také narušena. Vyskytují se nevhodné typy laterality, jako je nevyhraněná dominance, zkřížená lateralita.
- Také se objevují potíže ve sluchové percepci, zejména ve fonemickém sluchu a časovém zpracování akustického signálu. U dětí se vyskytují takzvané latence (Škodová, Jedlička, 2007).
- Škodová, Jedlička (2003) dále uvádějí, že i v kresbě lze objevit určité znaky, které jsou typické pro organické poškození CNS. Kresba dysfagických dětí je velmi typická a nápadná. Typické jsou deformace tvarů, napojování čar, které jsou nepřesné a celkově čáry působí roztřeseně. Obrázky mají dále špatné proporce a velká část plochy je nevyužita.

Mezi další příznaky dysfázie dle Kutálkové (2002) patří:

- Narušená pozornost, soustředění a paměť. U dětí se nejčastěji vyskytuje narušená akustická verbální paměť, dále psychomotorický neklid, dysgnózie, dyspraxie a emocionální labilita.

- Dysrytmie.
- Problémy v rozlišování barev.
- Při vysokém narušení percepční a centrální části reflexního okruhu může dojít k narušení intelektu.

Spear-Swerling (2006) uvádí, že se u dětí dále vyskytuje podstatně zvýšené riziko problémů se čtením. Školy by si měly uvědomit, že historie SLI (specifická jazyková porucha) zvyšuje riziko problémů se čtením, i když děti již nesplňují kritéria pro jazykovou poruchu.

Další symptom je také v adaptivním chování dítěte. V souvislosti s poruchou komunikace mohou následně vzniknout sekundární poruchy chování nebo emoční problémy. Dítě je opakovaně frustrováno z důvodu, že nemůže vyjádřit své pocity, prosadit vlastní autonomii. Je časté, že u těchto dětí je prodloužená fáze negativismu batolecího věku. Děti se také špatně zapojují do dětských her. Dále mají problém se sebehodnocením a mohou se vyskytnout i deprese (Krejčířová, 2006).

Výzkum této oblasti, týkající se porozumění řeči, emocionálních problémů a problémů chování u dětí se specifickou poruchou řeči (specific language impairment, SLI), prováděli Gregl a kol. (2014). Jejich cílem bylo zjistit rozdíly v porozumění řeči mezi dětmi se specifickou poruchou řeči (SLI) a jejich vrstevníky s normálním řečovým vývojem. Dále hodnotili vztah mezi porozuměním řeči, citovými problémy a problémy v chování podle Achenbachova testu poruch chování (Achenbach's Child Behavior Checklist, CBCL) a formuláře Caregiver Teacher's Report Form (C-TRF) podle DSMIV. Průzkum zahrnoval 97 předškolních dětí se SLI a jejich 60 vrstevníků s normálním vývojem řeči. Děti se specifickou poruchou řeči byly výrazně opožděné v porozumění řeči a měly více citových problémů a problémů chování než jejich vrstevníci. U dětí se SLI porozumění řeči výrazně korelovalo s výsledky testů poruchy pozornosti/hyperaktivity a pervazivní poruchou vývoje. U srovnávacího vzorku vrstevníků porozumění řeči korelovalo s výsledky afektivních problémů a poruchou pozornosti/hyperaktivity. Je ovšem možné, že stejný neurovývojový proces spočívá do jisté míry na pozadí problémů porozumění řeči, problémů s pozorností, hyperaktivitou a pervazivní vývojovou poruchou. Tato studie ovšem potvrzuje, že při trénování pozornosti a řešení problémů chování je důležité odlišit terapii dětí se SLI a dětí s normálním vývojem řeči, které vykazují příznaky ADHD.



### 3.5. Diagnostika

Dle Přinosilové (1998, s. 33) je speciálně pedagogická diagnostika součástí speciální pedagogiky. „Jejím cílem je poznání člověka s postižením, vadou nebo handicapem. Zaměřuje se na poznávání jeho osobnosti, získávání informací o možnostech jeho vzdělavatelnosti a vychovatelnosti, neboť ty jsou hlavním předpokladem integrace člověka do společnosti.“ Klenková (2006) uvádí, že diagnostika vývojové dysfázie je proces, který by měl probíhat na základě týmové spolupráce odborníků z oborů psychologie, neurologie, foniatrie, logopedie a speciální pedagogiky.

#### *Logopedická diagnostika*

Mikulajová (1996) uvádí, že čím dříve se vada u dítěte zachytí a zjistí, že splňuje kritéria rizikového vývoje řeči, tím se mu dostává větší šance, že se v terapii dosáhne úspěchu. Terapii lze začít již ve druhém roce života dítěte. Začíná se na úrovni, na které se dítě nachází. Jestliže dítě nemá komunikační záměr, je potřeba vyvolat podmínky pro rozvoj verbální schopnosti, dítě se musí motivovat.

V časných vývojových obdobích, zhruba do tří let věku dítěte, je diagnostika vývojové dysfázie velice obtížná a to z toho důvodu, že se často může jednat jen o prostý opožděný vývoj řeči, který se během předškolního věku spontánně upraví (Krejčířová, 2006).

Kvalitní diagnostika předchází možnému pochybení ze strany logopeda, je jednou ze základních podmínek ke stanovení správného terapeutického plánu. Důležitou součástí diagnostiky je anamnéza. Anamnestické údaje se získávají z rozhovoru s rodiči a z lékařských zpráv (Mikulajová, Rafajdusová, 1993). Ke stanovení diagnózy je tedy základním předpokladem kompletní anamnéza, včetně rodinné, dobré zhodnocení perinatálních a perinatálních faktorů. A také vývoj dítěte po stránce řečové i motorické (Veldová, 1996). Mezi důležité informace, na které se logoped dotazuje, a které mohou zapříčít narušenou komunikační schopnost, patří zejména těžká novorozenecká žloutenka, porodní asfyxie, nízká porodní hmotnost. Dále se zjišťují informace týkající se psychomotorického vývoje (kdy dítě začalo sedět, chodit) a řečového vývoje (kdy dítě začalo rozumět, kdy promluvílo, kdy se začalo ptát: „Co je to? Proč?“, kdy začalo tvořit věty). Důležitou informací také je, zda dítě navštěvuje mateřskou školu, zda je stimulováno ze strany vrstevníků. K osobní anamnéze patří také informace, jaké prodělané nemoci se u dítěte vyskytly a které by mohly mít vliv na vývoj řeči. Patří mezi ně opakovaný zánět středního ucha, epilepsie, odstranění nosních a krčních mandlí. Logoped by měl také prostudovat zprávy od neurologa, otorinolaryngologa, foniatra a psychologa. Dobrá diagnostika by se také měla skládat z rodinné anamnézy

a z anamnézy sociální. Logoped by měl sledovat chování a jednání dítěte, jeho chápavost, rychlost odpovědí, paměťové funkce a emocionalitu (Merunková, 2004).

Podle Škodové a Jedličky (2007) by měla následovat diagnostika, která se zaměřuje na následující oblasti:

- řeč – percepci i expresi,
- sluchové vnímání,
- zrakové vnímání,
- motorické funkce,
- lateralitu,
- orientaci v prostoru i čase,
- paměť, aktivitu a koncentraci pozornosti.

#### *Vyšetření řeči*

*K vyšetření morfologicko-syntaktické roviny se využívají tyto testy:*

- Žlabova zkouška jazykového citu  
Tato zkouška je standardizovaná a je složena z pěti subtestů, které se zaměřují na jednotlivé morfologické struktury (určování rodu podstatných jmen, slovtvorné morfémy, shody v rodě, čísle a pádu, časování sloves, určování slovního základu). Tento test je vhodný pro děti ve věku šest až deset let (Lechta, 1995).
- Zkouška opakování vět  
Autorkou metodiky je Grimmová. Zkouška se skládá ze souboru deseti vět, které jsou seřazené podle náročnosti. Úkolem dítěte je věty opakovat. Autorka se domnívá, že opakování vět není jen mechanickou záležitostí, ale že při něm musí dítě zapojit vlastní gramatické schopnosti (Mikulajová, 1995).

*K vyšetření lexikálně-sémantické roviny se využívají testy:*

- Heidelberský test řečového vývoje (H-S-E-T)  
Tato testová baterie se využívá k zachycení úrovně řečového vývoje dítěte. Heidelberský test řečového vývoje (H-S-E-T) vytvořila dvojice autorů H. Grimmová a H. Scholer, pocházející z Německa. Test je vytvořen pro děti od čtyř do devíti let a skládá se ze třinácti subtestů. Subtesty jsou zaměřeny téměř na všechny stránky vývoje řeči, na osvojování gramatiky, sémantiky a pragmatiky. Test nezjišťuje úroveň

foneticko – fonologické roviny, tedy artikulaci a sluchovou diferenciaci, tuto oblast autoři vnímají jako řečovou schopnost, ne jazykovou (Hornáková, 1996).

Přehled subtestů:

- „porozumění gramatickým strukturám,
  - imitace gramatických struktur,
  - utváření jednotného a množného čísla,
  - tvoření odvozených morfémů – odvozování podstatných jmen od sloves a utváření zdrobňelin,
  - odvozování přídavných jmen z podstatných jmen a tvoření komparativu a superlativu,
  - oprava sémanticky nesprávných vět,
  - tvorba vět,
  - klasifikace pojmů,
  - hledání slov,
  - flexibilita pojmenování,
  - spojování verbálních a neverbálních informací,
  - kódování a dekodování záměrů,
  - reprodukce slyšeného textu“ (Hornáková, 1996, s. 55).
- Kondášova obrázkovo-slovníková zkouška (1972)  
Tato zkouška se využívá k orientačnímu posouzení stavu aktivní a pasivní slovní zásoby u předškolních dětí, popřípadě u starších dětí s narušenou komunikační schopností. Zkouška se skládá z třiceti obrázků, které mají děti pojmenovat (Lechta, 1995).

*Vyšetření foneticko-fonologické roviny:*

V této rovině se hodnotí fonematická diferenciaci a vlastní realizace hlásek při artikulaci. Fonematický sluch je schopnost rozlišovat nejmenší funkční jednotky jazyka (fonémy). Schopnost tohoto rozlišování je nezbytné pro správný řečový vývoj, vyslovování zejména znělých a neznělých hlásek a sykavek (Klenková, 1997). Sluchové vnímání dozrává mezi pátým a sedmým rokem. Sluchové vnímání řeči v předškolním věku má implicitní charakter. To znamená, že dítě vnímá, co mu je sdělováno, ale těžko diferencuje, z jakých hlásek či slabik je slovo složeno. Pětileté děti dokáže určit jen hlásky na počátku a na konci slova. Ve věku pět až sedm let jsou schopné určit délku samohlásky, a také měkké a tvrdé souhlásky.

Znělé a neznělé hlásky jim ještě dělají problém. Sluchová analýza a syntéza se ve velké míře rozvíjí až ve školním prostředí (Vágnerová, 2001).

K vyšetření fonematického sluchu se v logopedii často využívají následující testy:

- *Hodnocení fonematického sluchu u předškolních dětí*  
Test je standardizován a využívá se u předškolních dětí. Test se skládá ze šedesáti párů slov, lišících se vždy pouze jedním distinktivním rysem. Hodnotí se tyto distinktivní rysy hlásek: nosovost – nenosovost, kontinuálnost – nekontinuálnost, kompaktnost – difuznost pro samohlásky a znělost – neznělost. Součástí tohoto testu je obrazový materiál a magnetofonová nahrávka (Mikulajová, Rafajdusová, 1993).
- *Zkouška sluchové diference od Wepmana*  
Cílem této zkoušky je zhodnotit schopnosti dětí sluchově rozlišovat zvuky mluvené řeči. Dítě rozlišuje, zda je dvojice bezesmyslných slov stejná, či nikoliv (Kohoutek, 2008).
- *Zkouška sluchové analýzy a syntézy*  
Při této zkoušce se hodnotí úroveň schopnosti rozkládat slova na hlásky a naopak. Analýza znamená, že dítě poznává, z jakých hlásek je slovo složeno. Naopak podstatou syntézy je, že se z hlásek skládá slovo. Zkouška je vhodná pro děti od pěti let (Kohoutek, 2008).

#### *Vyšetření zrakového vnímání*

Ve vývoji řeči má zrak také velkou důležitost, jelikož upevňuje sluchové vjemy. Zrakem se odezírá artikulace, mimika i gestikulace. Často se v terapii používá metoda nápodoby, kde zrak hraje primární roli. U dětí předškolního věku se může vyskytnout také krátkozrakost, kterou je zapotřebí začít řešit včas, aby se předešlo různým komplikacím (Klenková, 1997).

- *Vývojový test zrakového vnímání od M. Frostigové*

Testový materiál se zaměřuje na pět subtestů:

- 1) vizuomotorická koordinace
- 2) figura-pozadí
- 3) konstantnost tvaru
- 4) poloha v prostoru
- 5) prostorové vztahy

Součet bodů v subtestech se převádí na vážené skóry. S porovnáním s normami dětí stejného věku se vytváří profil percepčních schopností dítěte (Kohoutek, 2008).

- *Edfeldtův reverzní test*

Tento test se využívá k hodnocení určité složky zrakové percepce, a také se s ním stanovuje úroveň zralosti zrakového vnímání dítěte ve věku od pěti do osmi let. Pro starší děti je vhodný jen tehdy, pokud se předpokládá porucha zrakové percepce. Podstatou zkoušky je, že dítě diferencuje obrácené a otočené tvary a polohu nahoře, dole a vpravo a vlevo. Edfeldtův reverzní test se skládá z testovacího sešitu, který obsahuje dvojice různých obrazců. Úkolem vyšetřovaného dítěte je stanovit dvojice obrazců, které se od sebe liší (Vágnerová, 2001).

- *Zkouška obkreslování*

Postatou testu obkreslování je kresba podle předlohy, která slouží k hodnocení vizuální percepce, senzomotorické koordinace a jemné motoriky. Test se skládá z dvanácti předloh, které má dítě obkreslovat. Prvních pět obrázků je poměrně lehkých, obsahují geometrické figury, které by děti měly zvládnout obkreslit do věku šesti let. Další tři předlohy jsou náročnější, děti je zvládnou obkreslit přibližně do deseti let. Poslední tři předlohy jsou nejnáročnější, mají trojdimenzionální charakter. Obkreslit je zvládnou děti starších deseti let. Test je vhodný pro děti od pěti do dvanácti let. Je určený pro posouzení celkové vývojové úrovně či pro účely diferenciální diagnostiky dětí (u dětí hyperaktivních, se syndromem ADD/ADHD, dále u dětí se specifickou poruchou učení a s nízkým IQ). (Matějček, Vágnerová).

### *Vyšetření motoriky*

- *Ozeretzského škála*

Logoped by se neměl zaměřit pouze na motoriku mluvidel, ale také na vyšetření celkové motoriky. Nejvyužívanějším testem je Ozeretzského test v úpravě Göllnitzové z roku 1993. Test se zaměřuje na koordinaci horních a dolních končetin a také pravolevou orientaci. Úkoly jsou rozděleny dle věku a pohlaví (Jedlička, Škodová, 2003).

Test obsahuje šest následujících položek:

- statická koordinace těla (např. výdrž v některé poloze bez držení)
- dynamická koordinace horních končetin (např. cílený pohyb ruky – hod míčem)

- dynamická koordinace celého těla (např. přeskoky a poskoky)
  - rychlost motoriky rukou (např. sbírání a přemísťování mincí)
  - rychlost a preciznost při současné realizaci dvou pohybů (např. dát zápalky do krabičky)
  - preciznost izolovaných pohybů (např. úder kladiva). (Jedlička, Škodová, 2003).
- *Orientační test dynamické praxe (OTDP)*  
Tento screeningový test vytvořil psycholog J. Míka. Je zaměřený na identifikaci dětí (nejčastěji předškolního věku) s motorickým opožděním. Podstatou testu je, že dítě napodobuje unilaterální i bilaterální pohyby rukou, nohou a jazyka (Kohoutek, 2015).

#### *Vyšetření laterality*

- *Test laterality od Matějčka a Žlaba z roku 1972*  
Tento test je standardizován. Výsledný typ laterality je dán kvocientem D x Q, tento kvocient vyjadřuje počet pravorukých reakcí při řadě úkolů. Testem se také orientačně vyšetřuje laterality oka a ucha (Jedlička, Škodová, 2003).

#### *Vyšetření pozornosti a paměti*

Pozornost je ukazovatelem funkčního stavu mozku, její kvalita je závislá na zralosti mnoha oblastí CNS, především kůry čelního mozkového laloku. Pro vykonávanou práci je významné potlačit nepodstatné informace a udržovat danou aktivitu. Rozvoj této schopnosti je dán především na počátku školní docházky, rozvoj pozornosti je tedy vývojově podmíněn. Dítě staré sedmi let se dokáže intenzivně soustředit 10 minut. K vyšetření pozornosti se využívají testy typu: Číselný čtverec, Číselný obdélník či Test koncentrace pozornosti. Paměťové testy se dělí podle toho, jakou oblast zjišťují. Existují proto testy neverbální paměti a verbální paměti (Vágnerová, 2001).

Stanovení logopedické diagnózy nemusí být okamžité a definitivní. V logopedii se často diagnóza zpřesňuje v průběhu terapie. Často se proto hovoří o diagnostické terapii či terapeutické diagnostice. Nutné také je, aby dítě bylo vyšetřeno jinými specialisty, kteří dysfázii potvrdí (Merunková, 2004).

#### *Foniatrická diagnostika*

Foniatr se zaměřuje na senzoriclou složku řeči, na rozumění řeči. I na stránku expresivní, vyšetření je zaměřeno na melodii, tempo řeči a vyšetření všech artikulačních okrsků, pasivní a aktivní slovní zásobu, dále na syntax a gramatické struktury. Hodnotí se obsahová i formální stránka řečového projevu. Foniatr také hodnotí fonematický sluch (záměny fonologických opozic) a fonologický systém (zvukovou skladbu hlásek). Ke stanovení diagnózy se využívá zvukový záznam mluvené řeči, z něhož se provede fonologický přepis. A tento přepis je dále vyhodnocen počítačem, který stanoví stupeň narušení a fonologický věk (Veldová, 1996). Dalo by se říci, že se foniatrské vyšetření prolíná s logopedickým vyšetřením. (Mikulajová, Rafajdusová 1993).

Dle Škodové, Jedličky (2003) se v praxi pro stanovení vývojové dysfázie využívá signifikantní skór Indexu vnitřní informace řeči a Test fonematického sluchu. „Při vyšetření kmenových evokovaných sluchových potenciálů je nález stranově symetrický, někdy s mírně prodlouženými latencemi (vlny III a V). U korových potenciálů se objevuje absence primárního korového komplexu na slovní podnět, na tónový podnět je zachován.“ (Škodová, Jedlička, s. 113, 2007).

### *ORL vyšetření*

Důležité je také ORL vyšetření, kdy je dítěti vyšetřen sluch. Lékař provede dítěti sluchovou zkoušku. Podstatou této zkoušky je určení vzdálenosti, ze které je dítě ještě schopno opakovat slova šeptaná, či hlasitá. K vyšetření se dále mohou využít i ladičky. Mezi další metody patří audiometrické a tympanometrické vyšetření. Hlavní součástí vyšetření je index vnitřní řeči, který poukazuje na rozumění řeči. Tato metoda spočívá v tom, že dítěti je do sluchátek audiometru pouštěno slovo a dítě má za úkol ukázat na obrázek, na který se ptáme. Výsledek je zaznamenáván do grafu. Děti většinou dosahují 0,8 a více. Dítě s dysfázií má výsledek nižší než 0,6. U dětí se také provádí zvukový záznam, který poté slouží pro porovnání výsledků rehabilitace. Dále se provádí vyšetření hudebních vloh (Veldová, 1996).

K vyloučení sluchové ztráty se využívají následující vyšetření:

- tónová audiometrie  
Řadí se mezi kvantitativní vyšetřovací metody. Tónovou audiometrií se zjišťuje sluchový práh vzdušného a kostního vedení pro sinusové tóny. Tímto typem vyšetření se stanovuje práh slyšení a dále velikost sluchové ztráty (Hložek, 1995).
- BERA, CERA

Podstatou tohoto vyšetření je zaznamenávání změn elektrické aktivity nervové soustavy při působení zvuku. ERA označení pochází z anglického Electrical Response Audiometry a jedná se o audiometrii, která pracuje na základě elektrické odpovědi. Jestliže se měří jiný úsek, tak má svou odlišnou zkratku, například BERA (Brainstem Electric Response Audiometry) a jedná se o audiometrii elektrické odezvy v mozgovém kmeni. CERA (Cortex Electric Response Audiometry) je audiometrie z elektrické odezvy mozkové kůry (Hahn, 2007).

- Tympanometrie

Při tomto druhu vyšetření zvuková energie rozkmitá bubínek a kůstky středouší a toto kmitání se předává na oválné okénko. K oválnému okénku nedojde všechna energie způsobující kmitání, ale část se jí odrazí od bubínku zpět. Tímto typem vyšetření se vada diagnostikuje přesněji než při tónové audiometrii (Hrubý, 1998).

#### *Psychologická diagnostika*

Důležité je následné psychologické vyšetření, kdy psycholog určuje intelekt, rozebírá kresbu, stanovuje úroveň pozornosti a soustředění (Kutálková, 2002).

Intelektové schopnosti dítěte batolecího věku jsou vyšetřovány pomocí vývojových škál. U starších dětí se k diagnostice intelektu využívají inteligenční a kresebné testy (Krejčířová, 2001). „Porucha intelektu zcela zásadně není součástí klinického obrazu vývojové dysfázie; pokud je přítomna, jde o další přidruženou poruchu a v podstatě se jedná o kombinované postižení.“ (Škodová, Jedlička, 2003, s. 115). Test Kresba postavy v úpravě Šturmy a Vágnerové je pro děti s dysfázií poměrně vhodná. Také test Obkreslování se osvědčuje. Při obou testech dysfatické děti, i s intelektem nadprůměrným, vykazují špatné výsledky (Škodová, Jedlička, 2003). Psychologické vyšetření poukazuje na celkové nerovnoměrné rozložení rozumových schopností. Existují velké rozdíly mezi složkou verbální a neverbální (Dlouhá, 2003, a).

#### *Neurologická diagnostika*

Poslední důležité vyšetření je neurologické, kdy je dítěti případně doporučena medikace (Kutálková, 2002). Neurologická vyšetření ve velkém množství případů poukazují na difuzní lézi CNS ve smyslu syndromu LMD (lehké mozkové dysfunkce): lehký hypotonický syndrom vyjádřený podle věku, opoždění v maturaci mozečkových funkcí a v menším množství



případů lehký choreatický dyskinetický syndrom či známky pyramidové iritace. Děti mají dále problém ve svalové koordinaci, v hrubé a jemné motorice, grafomotorice. Zobrazovací metody jako CT či NMR mozku nepřinášejí potřebné informace. Přínosnějším zdrojem informací je hledání změn v EEG. Je možné se domnívat, že abnormality v EEG ze sluchových a řečových center mají za následek poruchu časového zpracování akustického signálu a dále poruchy integračních sluchových a řečových spojů. Ve fázi zhoršení EEG (až do epileptiformního rázu) dochází taktéž ke ztížení rozumění řeči. Klinické epileptické záchvaty se u dětí s vývojovou dysfázií objevují jen zřídka. Závažnější EEG nálezy se objevují u dětí s diagnózou Landau-Kleffner, což je získaná afázie dětského věku (Dlouhá, 2001). „U dětí s dysfázií se difuzní centrální postižení – postižení časového zpracování akustických signálů a tedy i řeči – manifestuje v prodloužených latencích korových sluchových odpovědí, které se vztahují k vyšším kognitivním funkcím.“ (Dlouhá, 2001, s. 5). „Neurologický nález může být zcela negativní, někdy se na EEG objevuje komplex vlna – hrot, ale bez manifestních epileptických projevů. Výsledek výpočetní tomografie (CT) bývá negativní. Uvedené nálezy odpovídají difuznímu postižení CNS. Obecně lze říci, že tíže postižení řeči rozhodně nemusí být v souladu s neurologickým postižením.“ (Škodová, Jedlička, s. 113, 2007).

### *Diferenciální diagnostika*

Velice významnou součástí diagnostiky je diferenciální diagnostika. „Diferenciální diagnostika vychází z příznaků, které jsou obecnější povahy, a proto jednoznačně neurčují konkrétní postižení. V průběhu diagnostického procesu je proto nutno postupně vylučovat na základě výsledků různých vyšetření ty vady, které dotyčné příznaky nezpůsobují, a najít postižení, které je za ně odpovědné.“ (Přinosilová, 2007, s. 15).

V rámci diferenciální diagnostiky vývojové dysfázie je nutné odlišit a vyloučit mentální postižení. Kromě psychologického vyšetření je významným zdrojem informací dlouhodobé pozorování dítěte při hře a reedukačních aktivitách. Méně výrazné formy dysfázie se musí odlišit od dyslalie. Samostatné metody reedukace dyslalie nejsou u dysfázie účinné. Dále je nutné dysfázií odlišit od dysartrie, u které se krom obtížné tvorby hlásek nevyskytuje problém se slovní zásobou, gramatikou, syntaxí. Dále se musí zvážit, zda dysfázie není důsledek sluchových vad či mutismus. Musí se také odlišit od malého vrozeného nadání pro řeč, které se liší tím, že sluchové, zrakové a motorické dovednosti jsou v normě (Kutálková, 2002). Také se musí vyloučit autismus, autistické rysy. A také syndrom Landau-Kleffner, jedná se o epileptickou afázií, kdy dochází ke ztrátě komunikačních schopností v důsledku

epileptických záchvatů. Tato porucha vzniká mezi 3. – 5. rokem života a diagnostiku provádějí lékaři na neurologických pracovištích (Klenková, 2006).

### **3.6. Terapie**

Terapie je pojem, k němuž zauímají odborníci odlišná stanoviska a to podle svých profesí (lékař, pedagog). Terapie je z lékařského pohledu vnímaná jako léčba (Klimeš, 2002). Terapie (therapia) je v logopedii užívaná v širším pojetí: zaměřuje se na odstranění poruchy či odchylky, zmírnění následků postižení. Za synonyma terapie se dále považují: intervence, reedukace, rehabilitace, kompenzace, korekce, speciální péče (Dvořák, 2007). Předpokladem pro vytvoření kvalitního terapeutického plánu je komplexní diagnostika, kterou charakterizuje dlouhodobé pozorování dítěte. Stejně jako je vhodná týmová spolupráce během diagnostiky, tak je vhodná i během terapie. Na terapii se má podílet logoped, lékaři z oboru foniatry, neurologie, psychologie, pediatrie, dále pedagog a rovněž rodiče dítěte (Klenková, 2006). Lechta (1990, s. 54) terapii definuje jako „řízené učení, které probíhá pod záměrným řízením, usměrňováním a kontrolou logopeda v organizovaných podmínkách logopedického zařízení, k osvojování specifických vědomostí, zručností, návyků, chování a osobnostních vlastností především v oblasti komunikace.“ Může ho popřípadě realizovat i sama osoba s narušenou komunikační schopností (případně s rodiči, příbuznými) podle pokynů logopeda.“

Vývojová dysfázie není poruchou intelektu, ale protože se prostřednictvím řeči rozvíjí myšlení, je nezbytné co nejdříve dítěti poskytnout vhodnou terapii. Terapie vývojové dysfázie se provádí při individuálních hodinách na logopedických pracovištích, dále při foniatrických zařízeních, ve speciálně pedagogických centrech nebo v centrech alternativní komunikace. Do center alternativní komunikace docházejí děti s přetrvávající nemluvností a s velmi těžkými formami dysfázie. Logopedi zde pracují s jinými komunikačními technikami. Včasnou diagnostikou a terapií je možné důsledky dysfázie zmírnit nebo zatlačit do pozadí. Obtížnější je však terapie u dětí, kde se dysfázie kombinuje s jiným druhem postižení ([www.tamtam-praha.cz](http://www.tamtam-praha.cz)).

„V dnešní době je podstatou rozvoje komunikačních dovedností a schopností u vývojové dysfázie oproti jiným poruchám řeči zaměření na celkovou osobnost dítěte, aniž by byla zdůrazňována složka řeči.“ (Škodová, Jedlička, s. 121, 2007). Charakteristickým znakem terapie vývojové dysfázie je tedy její komplexnost, terapie se zaměřuje na rozvoj psychomotorický, rozvoj sluchové a zrakové percepce a rozvoj řeči ([www.tamtam-praha.cz](http://www.tamtam-praha.cz)).

*Rozvoj obsahové a formální stránky řeči*

Hlinková (1996) uvádí, že pro rozvoj dítěte s dysfázií vznikly pracovní listy pod názvem Kolotoč, od autorek Pravňanská, Hlinková. Tyto listy jsou určeny dětem v přípravném a v prvním ročníku základní školy logopedické. Pracovní listy se skládají ze tří okruhů. Prvním okruhem jsou přípravná cvičení, druhým okruhem jsou cvičení na rozvíjení pasivní slovní zásoby a třetím okruhem jsou naopak cvičení pro rozvoj aktivní slovní zásoby.

Nejdůležitější částí rozvoje řeči je rozvoj obsahové stránky řeči, tedy lexikální a gramatické roviny. Mezi lexikální a gramatickou rovinou existuje dialektická spojitost, v logopedii se obě roviny rozvíjí současně. Při nácvičování různých gramatických kategorií, např. ohýbání slov, se využívají slova, která je potřeba začlenit do slovní zásoby dítěte. Uvádí se dvě základní etapy stimulace slovní zásoby. První etapou je rozvoj pasivní slovní zásoby, který je potřeba u dítěte cíleně vytvářet, pokud k tomu vývojem již nedošlo. Od pasivní slovní zásoby se pak odvíjí druhá etapa, rozvíjení aktivní slovní zásoby. Doporučuje se nejprve nacvičovat tematické celky, které jsou dítěti blízké a se kterými se běžně setkává (např. části těla, rodina, oděv) a postupně přecházet ke slovům, se kterými dítě ještě zkušenost nemá. Důležité je, aby dítě slovo nejen vyslovilo, ale především pochopilo jeho význam. Nová slova se nacvičují tak, že dítě manipuluje s příslušnými předměty, obrázky. Např. se využívá obrázkový slovník od Truhlářové (Lechta, 1990).

Pasivní slovní zásoba se rozvíjí v etapách:

- „slovo + konkrétní předmět
- slovo + činnost, manipulace s předmětem
- slovo + identifikace příslušného předmětu mezi skupinou předmětů
- slovo + obrázek
- slovo + činnost, manipulace s obrázkem
- slovo + identifikace příslušného obrázku mezi skupinou obrázků
- dvojice slov + identifikace, např. malá lopata
- identifikace předmětů a obrázků podle
  - účelu: Ukaž! Dej! Prosím!
  - opisu: opisujeme jeden z více předmětů, obrázků, které má dítě před sebou a dítě hádá, který předmět nebo obrázek jsme popsali.“ (Hlinková, 1996, s. 46).

Při rozvoji aktivní slovní zásoby se postupuje v opačných krocích než u pasivní slovní zásoby, protože se vyžaduje, aby dítě dané slovo vyslovilo. Etapy jsou následující:

- konkrétní předmět + slovo
- obrázek + slovo
- situace + slovo

- činnost + slovo.

Při aktivizaci slovní zásoby je nutné si uvědomit, že je nutné vyhnout se jakémukoliv násilí, např. nucenému opakování. Vhodné je používání technik typu: doplňování vět, komentování realizovaných činností (Lechta, 1990). Kutálková (2011) uvádí, že při rozvoji aktivní slovní zásoby se nejdříve začíná s přírodními zvuky, poté jednoslabičnými slovy a poté se náročnost postupně rozšiřuje. Mezi slovní druhy, které se používají, se jako první řadí citoslovce, následují podstatná jména, poté slovesa, přídavná jména, předložky, příslovce a číslovky. Rozvoj věty je postupný. Často se také používají mluvní stereotypy, jedná se o jeden typ věty, která se obměňuje („Babička vaří polévku/čaj/kávu. Pes spí/běhá/jí.“). Následuje nácvik popisu. Dítě si cvičí vyprávění podle seriálu obrázků. Poslední fází rozvoje řeči je dialog, kdy se usiluje o převod nacvičených dovedností do reality. Nacvičuje se základní konverzace v běžných situacích.

Poté se zaměřuje pozornost na rozvoj formální stránky řeči. Terapie se dělí na čtyři etapy. První etapou jsou přípravná cvičení. Do přípravných cvičení jsou zahrnuta dechová, hlasová cvičení, cvičení fonemické diferenciaci, cvičení pravolevé orientace, dále cvičení pozornosti, hrubé a jemné motoriky, a také rytmické cvičení. Druhá etapa se týká vyvozování hlásek, dysfatické děti mají často problém s vyslovováním hlásek s, c, z, r, ř, l, d', t', ň a s víceslabičnými slovy. Třetí etapa se týká fixace správné výslovnosti a poslední etapou je automatizace. Všechny metody vyvozování, fixace i automatizace jsou shodné s metodami dyslalie (Hlinková, 1996).

Celý postup terapie shrnuje Škodová (1996), terapie by měla probíhat podle speciálně pedagogických zásad, podle aktuálního stupně vývoje řeči. Rozvoj řeči tedy probíhá od jednoduššího ke složitějšímu. Nejdříve se vytváří základní zvukový materiál (dítě napodobuje zvuky). Poté vytváří jednoslabičná slova, většinou jsou to takzvaná onomatopoea (haf, haló). Následují dvouslabičná slova, která vznikají opakováním slabik (máma, táta). K pochopení významu slov se využívá předmětů či obrázků. Dále dochází k vytvoření základní dětské slovní zásoby (dítě má osvojená podstatná jména a základní slovesa). Dítě se učí tzv. dvouslovné věty (např. máma hajá), rozvoj řeči se podporuje otázkami typu: „Co to je? Co dělá?“ Poté dochází k tvoření vět, nácvik syntaxe je významnou fází rozvoje řeči. Děti s tím mají velké problémy. Mnoho dětí mluví jen v omezeném počtu vět, vzhledem k malé slovní zásobě. Následujícím stupněm rozvoje je zařazování víceslabičných slov do vět, další rozvoj slovní zásoby, rozvíjení větných členů a odstraňování dysgramatismů. Důležitou fází rozvoje je i popis děje na obrázku, sestavování děje podle série obrázků. Předposlední fází rozvoje je

nácvik vyprávění pohádky, svých zážitků. Terapie končí nácvikem hovorové řeči a úpravou výslovností.

Pro zhodnocení pokroků terapie je dobré využívat audio nebo video záznam, protože se posun v terapii často zdá nepatrný a celé snažení neefektivní, rodiče mohou být skleslí. Po zhlédnutí starších záznamů v průběhu jednoho až pěti let lze pozorovat vývoj v tzv. skocích. Nejdříve se děti často jeví jen jako nepozorné, poté pasivně pozorující, dále snažící se komunikovat až po děti, které produkují víceslovné věty (Pečová, 2004).

### *Zásady pro rozvoj řeči*

Neexistuje jednotná metodika, která by říkala, jak postupovat při rozvoji řeči. Lechta (1990) však uvádí určité zásady, kterými je dobré se řídit:

- Zásada imitace přirozeného vývoje řeči, která obsahuje tři úrovně:
  1. Nejdříve se začíná od základního zvukového materiálu (hlasu) a spontánního napodobování zvuků;
  2. Poté se vytvářejí tzv. významové zvuky, vytváří se slovní stereotypy (jedná se o úroveň 1. signální soustavy);
  3. Následně se přechází k tzv. zvukům obsahovým (jedná se o úroveň 2. signální soustavy).
- Další zásadou je zásada nevyhnutelnosti, která má za cíl vyprovokovat dítě ke spontánním řečovým resp. předřečovým projevům.
- Významnou zásadou je preferování obsahové stránky řeči nad výslovností.
- Využívat se musí i zásada multisenzoriálního přístupu.
- Dobré je také uplatnit zásadu komentování, podstatou této zásady je snažit se vždy stejnými slovy komentovat činnosti a situace, které dítě prožívá. Metoda self talking, spočívá v tom, že dospělý komentuje situaci, ve které se dítě nachází. Při metodě parallel talking dospělý v roli dítěte komentuje jeho činnost a pocity.
- Dále se využívá zásada korekční zpětné vazby.
- Zásada rozšířené imitace spočívá v tom, že dospělý zopakuje slovní projev dítěte a zároveň ho rozšíří.
- Dobré je také využívat zásadu názornosti.
- Zásadu vývojovosti.
- Zásadu upřednostňování sociálního aspektu.
- Poslední zásadou je individualizace.

Kutálková (2002, s. 57) uvádí také obecné zásady terapie vývojové dysfázie a shrnuje je do těchto oblastí:

- Respektování stupně vývoje řeči a zájmů dítěte.
- Pochvala jako motivace a biologický princip učení.
- Napodobovací reflex a jeho využívání v běžné řeči.
- Podpora mluvního apetitu bez ohledu na výslovnost.
- Tři etapy osvojování nového výrazu.
- Metoda malých kroků.
- Využití výrazné mimiky a gestikulace.
- Stereotypy.

Kutálková (2002) uvádí dále obecné postupy, které by se během logopedické intervence měly dodržovat. Prvním z nich je nácvik pozornosti a soustředění. Dítě by mělo pociťovat důslednost a pravidelnost všude, kde je to možné. Mělo by mít denní režim, pravidelný čas nácviku. Při nácviku je důležité odstranit všechny rušivé vlivy a připravit si pomůcky předem. Na počátku intervence by měla být cvičení snadno splnitelná a poté u nich zvyšovat náročnost. Dalším obecným postupem je systematický rozvoj smyslového vnímání, paměti, motoriky a pohybové koordinace. Také je důležité provádět dechová a rytmizační cvičení. Dále rozvíjet kresbu a grafomotoriku. Neopomenout sledování celkové kondice dítěte, při zhoršeném zdravotním stavu má dítě horší výsledky v práci. Někdy by se také měla zvážit medikace, která ovlivňuje zrání CNS, zlepšuje schopnost zapamatování, snižuje psychomotorický neklid.

#### *Individuální a skupinová logopedická terapie*

Individuálně logopedická terapie plně respektuje zásadu individuálního přístupu, protože každé dítě s touto diagnózou má odlišné stupně obtíží v různých oblastech. V jednotlivých sezeních se logoped zaměřuje na procvičení rozumění řeči, nacvičuje nové prvky řeči. Procvičuje s dítětem motoriku, zejména mluvidel. Přípravuje a půjčuje pomůcky k domácí přípravě dítěte s rodičem. Dále rozvíjí zrakovou a sluchovou percepci, fonemický sluch, rytmus. Procvičuje s dítětem grafomotorické dovednosti. Při práci používá různé počítačové programy. Podílí se na vedení dokumentace. Zhodnocuje výsledky rehabilitace a navrhuje školní zařazení (Škodová, Jedlička, 2007).

Skupinová logopedická péče se využívá v denních stacionářích, lůžkových odděleních foniatrických, neurologických, psychiatrických pracovišť, speciálních mateřských školách a ve speciálních základních školách. Logoped aplikuje různé didaktické hry na rozvoj slovní

zásoby, zrakového a sluchového vnímání. Na foniatrické klinice VFN a 1. LF UK v Praze, na lůžkovém oddělení probíhá již několik let skupinová logopedická péče. Tato péče je určena především pro děti předškolního věku, u kterých se stanovuje diagnóza a zahajuje se terapie. Děti se rozdělují na dvě skupiny. Členění je podle jejich celkové úrovně. Délka pobytu je individuální. Program pro skupinovou terapii má vždy hlavní téma, které zahrnuje aktivity jako je rozvoj grafomotoriky, pohybové hry s užitím procvičovaného prvku, dále rytmická cvičení s pohybem, zpěv, tanec. Celý program trvá hodinu a 3x týdně se opakuje. Tyto programy mají řadu výhod. Děti jsou více motivovány, lépe napodobí vrstevníka než dospělého, zlepšují se jim gramatický projev (koktavé děti jsou jim vzorem), jejich jemná i hrubá motorika dosáhne lepších výsledků, sluchová percepce, cit pro rytmus i artikulace je výrazně posunuta vpřed. (Škodová, 1996). Skupinová terapie se provádí v malých skupinách, nejvíce v šesti dětech. V úvodní části terapie se vyskytují rušné činnosti, které mají za cíl dítě zahřát, odreagovat. Poté následuje relaxace, která se pojí s dechovými cvičeními. Hlavní část programu představují činnosti zaměřené na rozvoj motoriky a percepce. Závěrečná část je věnována kresbě (Škodová, Jedlička, 2007). Řeč má sociální funkci, pomáhá dítěti uplatnit se v rodině a v dětském kolektivu. Při terapii proto hraje velkou roli pobyt dítěte ve stimulujícím kolektivu (speciální mateřské školy pro děti s vadami řeči, příp. stacionáři při foniatrických zařízeních), kde se obzvláště využije princip terapie hrou a modelových situací, ve kterých je možné uplatnit získané dovednosti ([www.tamtam-praha.cz](http://www.tamtam-praha.cz)).

## 4. Dítě předškolního věku

### 4.1. Charakteristika dítěte předškolního věku

Za dítě předškolního věku se považuje dítě staré od tří do šesti, popřípadě sedmi let. Konec této fáze je ohraničen nejen fyzickým věkem, ale také nástupem do školy. Období nástupu dítěte do školy s věkem úzce souvisí, ale může oscilovat v rozmezí jednoho i více let (Vágnerová, 2007).

Rozvoj dítěte ve věku od tří do šesti let prochází třemi různými etapami:

- První etapa je tzv. etapou konfliktu. Tímto způsobem si dítě začíná uvědomovat své vlastní já.
- Druhou etapou je období klidové. Děti v této fázi získávají velké množství dovedností, schopností a zkušeností.
- V třetí etapě děti poznávají svou individualitu a je u nich znát velká touha poznávat okolní svět.

V každé etapě předškolního období děti prodělávají velký rozvoj psychomotorických, kognitivních, komunikativních, osobnostních a morálních schopností (Lacinová, Magetová, Mlčoková, Vítková, 1995).

#### *Psychomotorický rozvoj*

Vývoj dítěte je ovlivněn psychosociálními a biologickými faktory a také dědičností. Prvních několik let života jsou obzvláště důležité, protože jsou zásadní pro vývoj mozku. Mozek se rychle vyvíjí, zejména se jedná o axonální a dendritický růst, myelinizaci... Malé odchylky v těchto procesech mohou mít dlouhodobé dopady na strukturální a funkční schopnosti mozku (Grantham-McGregor, 2007).

Vývoj předškolních dětí je ve srovnání s předchozími obdobími pomalejší. Jejich tělesný vzhled se výrazně mění, už nejsou baculatí, ale naopak štíhlí (Kuric, 1986). Každým rokem vyroste dítě asi o 7 cm a zvýší se jeho hmotnosti asi o 2 kg. V šesti letech děti váží okolo 20 až 23 kg a měří přibližně 115 až 117 cm. Ke konci předškolního věku se dětem zpravidla prořezávají druhé zuby. Dítě má na konci tohoto období ustálené návyky typu: samostatného oblékání, návyky spánku, návyky správného stravování, udržování hygieny (Kohoutek, 2014).

Mezi třetím a šestým rokem života se děti nacházejí ve významném období psychomotorického rozvoje, který úzce souvisí s intelektuálním vývojem a rozvojem



osobnosti (Lacinová, Magetová, Mlčoková, Vítková, 1995). Motorické schopnosti a dovednosti lze rozdělit do několika rovin:

- hrubá motorika;
- jemná motorika;
- grafomotoriky;
- motorika mluvidel;
- motorika očních pohybů.

V předškolním věku jsou tělesné aktivity pro dítě velmi významné. Úroveň motorických schopností a dovedností ovlivňuje motorickou zdatnost, vnímání, kresbu, psaní, řeč a pomáhají dětem se zapojovat do činností s ostatními dětmi. Jemná motorika se rozvíjí při rukodělných činnostech, které vyžadují přesnost a obratnost. Dítě ve věku tří až čtyř let dokáže manipulovat s drobnými předměty (navlékat korálky). Jeho kresba je ve fázi tzv. Hlavonožce. Dokáže namalovat kruh a čáry (svislé, vodorovné). I jeho hrubá motorika je na dobré úrovni, při chůzi po schodech je již schopné střídat obě nohy. Dítě staré čtyř až pět let je schopné stříhání. Umí namalovat spirálu, vlnovku a dokáže namalovat postavu (hlava, trup, končetiny). Pro rozvoj dítěte je nutné znát jeho lateralitu. Lateralizace je pozvolný proces, který trvá do čtyř let věku dítěte. Hrubá motorika dítěte je čím dál rozvinutější, dítě již umí poskoky na jedné noze a přeskočí snožmo nízkou překážku. Dítě staré pět až šest let je schopno překreslit obrázek podle předlohy, umí namalovat horní i dolní smyčku a jeho kresba má více detailů. Vývoj v hrubé motorice také významně pokročil, dítě již například zvládne přeskočit snožmo nízkou překážku (Bednářová, Šmardová, 2007).

Předškolní výchova by se proto měla zaměřit na rozvoj pohybových dovedností, myšlení a individuální motivaci. Děti si v tomto období vyhraňují lateralitu, zlepšují si rovnováhu a orientaci v prostoru a čase. Také se zlepšuje jejich manuální činnost, tedy jemná motorika (Lacinová, Magetová, Mlčoková, Vítková, 1995).

Z úrovně předpojmového, symbolického myšlení se dítě nachází v úrovni názorného, intuitivního myšlení. V předešlém období dítě užívalo slova v souvislosti s konkrétními předměty. Ve věku čtyř let je dítě schopné uvažovat v celostních pojmech (Langmeier, Krejčířová, 2006). Dítě se nachází ve fázi fantazijního zpracování informací a intuitivního uvažování, které není regulováno logikou. U dítěte se vyskytuje tzv. magické myšlení, což lze vysvětlit jako tendence pomáhat si při interpretaci dění v realitě fantazií. Předškolní děti často nevidí velký rozdíl mezi skutečností a pouhou fantazií. U dětí se dále objevuje tzv. animismus, resp. antropomorfismus, což se vysvětluje jako přiřítání vlastností živých bytostí

i neživým objektům. U dítěte přetrvává egocentrismus, který ovlivňuje uvažování i komunikaci. To se projevuje tak, že dítě ulpívá na svém pohledu (Vágnerová, 2007).

Dětem se také zvyšuje kapacita paměti a rychlost zpracování dat. Způsob zapamatování je u dětí bezděčný. Teprve kolem pátého roku se situace mění (Vágnerová, 2005). Po čtvrtém roce je dítě schopno si vybavit vzpomínky na dávnou činnost, nejčastěji na takovou, která byla hodně emotivní. Děti se v tomto období rády učí říkanky a pořekadla. Od čtvrtého roku se děti dále zajímají i o zpěv (Kohoutek, 2014).

Pro předškolní věk je také typické období iniciativní, dítě má potřebu vykonávat různé aktivity a tak si potvrzovat své schopnosti. (Vágnerová, 2007).

### *Sociální a morální rozvoj*

„Základní rysy osobnosti člověka se začínají utvářet již v předškolním věku. Prvních šest let života je často pro další vývoj osobnosti člověka rozhodující.“ (Kohoutek, 2014).

Dítě ve věku tří let je mnohem méně sobecké, než bylo dříve. Je také méně závislé, uvědomuje si svou identitu a cítí se silněji a bezpečněji. S ostatními dětmi si již skutečně hraje, děti si nehrají jen vedle sebe (American Academy of Pediatrics, 2013). Kořátková (2014, s. 72) toto období vysvětluje jako: „fázi, která je charakterizována experimentací, hledáním vlastní identity a ukončuje ji identifikace s rodinou a svým místem v ní a schopností se od rodiny na určitou dobu separovat bez nepříjemných prožitků.“

Dítě ve věku čtyř let, prožívá aktivní společenský život s mnoha přáteli, mohou mít dokonce „nejlepšího kamaráda“ (obvykle, ale ne vždy, se jedná o kamaráda stejného pohlaví). Děti se v tomto věkovém období nacházejí v procesu identifikace, který může jít do extrému. Dívky trvají na tom, aby nosily jen šaty, měly lak na nehtech a nejrůzněji se zdobily. Chlapci naopak trvají na tom, aby mohli nosit všude své oblíbené hračky, míče, páčky nebo kamion... Toto chování posiluje jejich pocit, že jsou mužského nebo ženského pohlaví. Sociální vývoj dětí také výrazně pokročil, jsou citlivější k pocitům a k činům druhých. Děti postupně přestávají závodit a učí se spolupracovat se svými přáteli. Jejich chování je méně agresivní a jejich hry probíhají klidněji (American Academy of Pediatrics, 2013). Děti se začíná i samy spontánně zájmově specializovat, avšak z hlediska časového to nemá dlouhé trvání. U dětí se mohou také vyskytnout určité obavy a strach, které mají podobu fantazijních představ. Tyto obavy se nejčastěji objevují před usnutím, nebo ve snech. Obavy se mohou týkat odloučení, jestliže má dítě stále velkou vazbu na rodiče. Dále se může vyskytnout obava ze selhání, jestliže rodič klade důraz na bezchybné chování dítěte (Kořátková, 2014). Kořátková (2014, s. 72) uvádí, že toto období (čtvrtého a šestého roku) je typické: „určitým zklidněním,

vyrovnaností, ale i velkou iniciativností a zájmem o vrstevníky a ukončuje ji chuť intenzivně se učit, poznávat psanou formu řeči, přijímat pravidla a zajímat se o přináležení do své vrstevnické a generové skupiny.“

Vágnerová (2007) uvádí, že u dítěte předškolního věku dochází k velkým změnám v sociální oblasti, dochází k rozvoji vztahů s vrstevníky. Jedná se v podstatě o období přípravy dítěte na život ve společnosti. Proto je důležité, aby si dítě osvojilo prosociální chování. Dítě se musí ale také naučit, jak se prosadit, ale samozřejmě i spolupracovat.

Pro sociální a morální rozvoj je důležité, aby si dítě osvojilo různé schopnosti a znalosti. Mělo by chápat situaci i z pohledu druhé osoby. Mělo by se naučit morálnímu úsudku, že je důležité pomáhat bezmocným, malým... Také by si děti měly osvojit schopnost empatie, porozumět pocitům druhých. A v neposlední řadě je důležité, aby děti znaly normy a pravidla (Svobodová, 2007).

### *Jazykový vývoj*

- Dítě předškolního věku „ovládá řeč, hovoří ve vhodně formulovaných větách, samostatně vyjadřuje své myšlenky, sdělení, otázky i odpovědi, rozumí slyšenému, slovně reaguje a vede smysluplný dialog;
- dokáže se vyjadřovat a sdělovat své prožitky, pocity a nálady různými prostředky (řečovými, výtvarnými, hudebními, dramatickými apod.);
- v běžných situacích komunikuje bez zábran a ostychu s dětmi i dospělými; chápe, že být komunikativní, vstřícné, iniciativní a aktivní je výhodou;
- ovládá dovednosti předcházející čtení a psaní;
- průběžně rozšiřuje svou slovní zásobu a aktivně ji používá k dokonalejší komunikaci s okolím;
- dovede využít informativní a komunikativní prostředky, se kterými se běžně setkává (knížky, encyklopedie, počítač, audiovizuální technika, telefon atp.);
- ví, že lidé se dorozumívají i jinými jazyky a že je možno se jim učit; má vytvořeny elementární předpoklady k učení se cizímu jazyku.“ (RVP PV, 2004, s. 13).

„V prvním období (asi do tří let) se začínají rozvíjet pohybové a řečové dovednosti, dítě se učí prvním základům komunikace a soužití, objevuje okolní svět. Ve druhém období se usiluje o to, aby dítě zvládlo užívání mateřského jazyka, seznamovalo se s prostředím, ve kterém žije, zlepšovalo postupně svou vyjadřovací schopnost pomocí pohybu a ovládním svého těla, vytvořilo si o sobě vyrovnaný a kladný obraz a získalo základní návyky chování,

keré by mu umožnily elementární osobní samostatnost.“ (Lacinová, Magetová, Mlčoková, Vítková, 1995, s. 9).

### *Hra jako způsob učení*

Hra je významnou součástí života dětí, které ji potřebují pro svůj duševní rozvoj. Hra je prostředkem učení se, poskytuje dítěti nové poznatky. A rozvíjí dítě po stránce intelektuální, fyzické, sociální i etické. Hra je činnost pro dítě zábavná, která má smysl sama v sobě. Existují různé formy hry: hry funkční, hry námětové, hry s pravidly a hry konstruktivní (Lacinová, Magetová, Mlčoková, Vítková, 1995). Díky volným hrám děti navazují kontakty se skupinou vrstevníků. Učí se tak novým vědomostem, dovednostem a návykům. Hra tak významně ovlivňuje prosociální schopnosti. V rámci řízené činnosti jsou dětem nabízeny různorodé aktivity, které jsou obvykle tematicky propojené a slouží k osvojení si klíčových kompetencí (Svobodová, 2007). „Ovlivnění hry učitelkou znamená především tvorbu podmínek pro hru jako smysluplnou formu životní praxe, která vychází z potřeb dítěte a respektuje jeho zájmy.“ (Kolláriková, Pupala, 2001, s. 135). Význam hry Opravilová, Gebhartová (2011, s. 85) shrnují takto: „hra je v životě dítěte hlavní činností, což znamená, že právě jejím prostřednictvím se nejplněji a nejpevněji rozvíjí první vztahy a svazky utvářející se jednoty osobnosti dítěte. Vychází z možností dítěte, je pro něj přirozeně zvládnutelná, čímž podporuje jeho psychickou rovnováhu, přináší mu klid a vyrovnanost, stvrzuje dosaženou úroveň, ověřuje schopnost něco rozhodnout, vyřešit a vykonat, potvrzuje jeho dovednosti a zkušenosti, jeho sociální vztahy a postavení mezi dospělými i vrstevníky.“ Je důležité si všímat, jakým způsobem si dítě hraje. A to z toho důvodu, že hra poukazuje na stupeň psychického a fyzického rozvoje dítěte, na procesy zrání nervových struktur i na působení sociálního prostředí (Opravilová, Gebhartová, 2011).

## **4.2. Péče o dítě se specificky narušeným vývojem řeči v předškolním věku**

Dle zákona č. 472/2011 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání spadá předškolní vzdělávání do počátečního vzdělávání, na které jsou kladeny požadavky od MŠMT (školský zákon). Předškolní vzdělávání je zajišťováno mateřskými školami, popř. je realizováno v přípravných třídách základní školy. Tento druh vzdělávání je určen pro děti od tří do šesti (sedmi) let (RVP PV, 2004).

Mezi funkce mateřské školy patří:

- funkce pečovatelská;
- funkce vzdělávací;

- funkce socializační;
- funkce integrační;
- funkce personalizační (Šmelová, 2006).

A cílem působení mateřských škol je, aby si dítě od útlého věku osvojilo základy klíčových kompetencí a připravilo se pro své další vzdělávání. Mezi klíčové kompetence patří:

- kompetence k učení;
- kompetence k řešení problému;
- kompetence komunikativní;
- kompetence sociální a personální;
- kompetence činnostní a občanské (RVP PV, 2004).

„Důležitým úkolem předškolního vzdělávání je vytvářet dobré předpoklady pro pokračování ve vzdělávání tím, že za všech okolností budou maximálně podporovány individuální rozvojové možnosti dětí a umožněno tak každému dítěti dospět v době, kdy opouští mateřskou školu, k optimální úrovni osobního rozvoje a učení, resp. k takové úrovni, která je pro dítě individuálně dosažitelná. V zájmu zajištění propojenosti a plynulé návaznosti předškolního a základního vzdělávání a z důvodu maximálního využití a uplatnění výsledků dosažených v etapě předškolního vzdělávání je nutné, aby základní škola, zejména v počátcích své práce s dítětem, s těmito přirozenými rozdíly ve vzdělávacích možnostech i výkonech dětí dostatečně počítala, brala v úvahu psychologická a didaktická specifika vzdělávání dětí této věkové skupiny a promítala tyto zřetely náležitě do svých forem a metod vzdělávání.“ (RVP PV, 2004, s. 8). Mateřská škola připravuje dítě na zahájení povinné školní docházky, podporuje celkový rozvoj dítěte, aby mohlo bez problémů zvládnout požadavky dalšího vzdělávání. Se zvládnutím školních požadavků úzce souvisí pojmy školní zralost a připravenost. Školní zralost bývá definována jako stav dítěte, která představuje zdravotní, psychickou a sociální způsobilost začít školní docházku. Dítě, které má uspět ve školním prostředí, na to musí být zralé a připravené (Pilařová, Šimek, 2012).

Velmi podstatné pro kvalitní předškolní vzdělávání je i spoluúčast rodičů. Mateřská škola by měla být pro rodinu partnerem posilujícím rodinnou výchovu. Rodina je odpovědná za výchovu i vzdělávání svého dítěte. Rodiče by se měli zapojovat do dění v mateřské škole. Hlavním úkolem rodiny je průběžná výchova dítěte, rodiče by se s dětmi neměli učit jen pro zápis, ale měli by vést dítě k touze po poznání. Rodiče by si měli také vyhradit pravidelný čas na práci se svým dítětem. Významným předpokladem školní připravenosti a poté i školní úspěšnosti je proto podnětné rodinné prostředí (Pilařová, Šimek, 2012). Rodina se také může podílet na prevenci a profylaxi vývojové dysfázie. Prevence se využívá u rodin, kde se může

očekávat riziko vzniku narušené komunikační schopnosti. Péče se řídí podle fyziologického vývoje řeči, který podporuje. Celková péče se zaměřuje na rozvoj fonemického sluchu, motoriky mluvidel... Profylaxe jsou metody, které si již používají po stanovení diagnózy dysfázie. Důraz péče je kladen na rozvoj smyslového vnímání, motorickou obratnost, nácvik pozornosti a vytrvalosti (Kutálková, 2009).

Umíst'ování dysfatických dětí do škol běžného typu bývá poměrně obtížné, o to více když má dítě nějaké další postižení. Děti mají často přidruženou hyperaktivitu, ADHD, poruchy učení či nedostatečné znalosti (Pečová, 2004). Nejspolehlivějším ukazovatelem poruch učení ve školním věku jsou vývojové poruchy řeči v předškolním věku. Výzkum v USA prokázal, že 30 - 50 % dětí, které byly v předškolním věku v péči logopeda, nastupují do speciální školy (Milulajová, 1996). Pokud se jedná o dysfatické rysy, tak se tato porucha obvykle podaří vyřešit před nástupem do základní školy. Pokud se ovšem jedná o dysfázii, tak má dítě často odklad školní docházky. U dětí jsou patrné dysgramatismy i ve školním věku. Výslovnost také nebývá v normě, je ale důležité, aby dítě bylo schopno alespoň hlásky rozlišit sluchem, nebude tak docházet k chybám v diktátech... Logopedická péče často přetrvává i ve školním věku, ale i díky postupnému zrání centrální nervové soustavy se řeč většinou dostává do přijatelné podoby. Jestliže je dysfázie těžkého typu, tak je velice často vhodnou variantou speciální škola logopedická (Kutálková, 2009). Velkou výhodou rodin s dětmi s dysfázií je, pokud je v blízkosti bydliště speciální škola pro děti s vadami řeči. Školy mají řadu výhod. Ve třídě je méně dětí, je uplatňován individuální přístup, vyučují speciální pedagogové a v rozvrhu jsou zařazeny hodiny individuální logopedické péče. Pokud je dítě integrováno do běžné školy, tak při speciálních logopedických školách fungují speciálně pedagogická centra, která pomáhají s integrací dysfatického dítěte (Pečová, 2004).

I přes to, že specificky narušený vývoj řeči je stále předmětem bádání, o komunikativních, vzdělávacích a ekonomických problémech, kterým jednotlivci s dysfázií čelí, nemohou být žádné pochybnosti. Téměř ve všech případech je dysfázie diagnostikována již v předškolním věku. Mnoho jedinců, kteří vykazující příznaky dysfázie v dětství, má nadále poměrně slabé jazykové schopnosti i v dospělosti (Leonard, 2014). Ervin (2001) uvádí, že 70 % dětí, které byly testovány ve věku pět let, mají nadále nízké jazykové schopnosti i ve věku 18 až 20 let.

## **5. Případová studie dítěte se specificky narušeným vývojem řeči**

### **Charakteristika výzkumného projektu**

1. Cíl, metody, techniky šetření a časový harmonogram
2. Případová studie

#### **1. Cíl, metody, techniky šetření a časový harmonogram**

Hlavním cílem výzkumné části diplomové práce je zhodnotit vývoj chlapce s vývojovou dysfázií a podporu jeho rozvoje.

Dílčí cíle:

- Shromáždit informace o chlapci s vývojovou dysfázií.
- Pozorovat a analyzovat postupy rozvoje v řečové i neřečové oblasti (motorika, sluchová a zraková percepce, rozumové schopnosti).
- Zhodnotit stav komunikačních a psychomotorických dovedností z provedeného šetření v listopadu 2013 a listopadu 2014.
- Popsat možnosti výběru dalšího způsobu vzdělávání.

Praktická část této práce je zpracována kvalitativním výzkumem, technikou případové studie dítěte s vývojovou dysfázií a analýzou dokumentů ze speciálně pedagogického centra, logopedické poradny a lékařských zpráv neurologických, psychologických a foniatrických. Hlavní technikou šetření bylo dlouhodobé pozorování od dubna roku 2013 a nestrukturovaný rozhovor s pedagogem z mateřské školy a matkou a otcem dítěte.

Časový harmonogram

4/2013 – 1/2015 Zpracování a vyhodnocení výzkumného šetření

10/2014 – 6/2015 Zpracování teoretické části

#### **2. Případová studie**

Kazuistika zahrnuje rodinnou anamnézu, osobní anamnézu, závěry z logopedického a speciálně pedagogického vyšetření a dále z lékařských vyšetření. V této kazuistice se také věnují popisu stavu psychomotorického vývoje a komunikačních schopností dítěte v období listopadu 2013 a následný stav zlepšení po roce intenzivní péče.

Následující kazuistika se zabývá chlapcem, kterému byla diagnostikována vývojová dysfázie. Vývoj komunikačních schopností navíc chlapci sťažuje trilingvální rodinné prostředí a jeho neschopnost se při práci déle soustředit vlivem snížené pozornosti a hyperaktivity.

Rodiče po počátečních nesnázích shánění vhodného logopeda, se kterým by chlapec spolupracoval, nyní jednoho navštěvují. Pravidelně za ním dochází jednou za čtrnáct dní na 45 minut. Chlapec také navštěvuje jednou za čtrnáct dní kolektivní výuku španělštiny, vedenou lektorem pro děti cizinců žijící v Praze. Rodiče doma s chlapcem cvičí jazykové schopnosti ve španělštině. Matka český jazyk neovládá a otec je kvůli práci velice často mimo domov. Já k chlapci docházím od dubna 2013 v rozsahu třikrát týdně. V jeho domácím prostředí vedu logopedickou intervenci v českém jazyce. Prováděnou logopedickou intervenci pravidelně konzultuji s jeho klinickou logopedkou.

### **Rodinná anamnéza**

Vojtova matka pochází z Chile, je jí 37 let a absolvovala střední průvodcovskou školu. V České republice žije 6 let a je v domácnosti. Přemýšlí o doplnění si vzdělání v oboru speciální pedagogiky, jednou by ráda pracovala jako asistent pedagoga. Českým jazykem příliš dobře nehovoří, nepřijde s ním často do kontaktu. S manželem hovoří pouze anglicky a přátelé má ze Španělska a z Chile, s nimi mluví španělsky. Navštěvuje různé organizace, kde se lidé mluvící španělsky scházejí. Jednou za čtrnáct dní i Vojta navštěvuje různé akce pro děti, které organizace pořádá.

Vojtův otec je starý 39 let, je Čech, který se narodil v Santiagu de Cuba. Má vysokoškolské vzdělání a pracuje v zahraničí, nejčastěji v Německu či Švýcarsku, v oboru informačních technologií. Doma bývá většinou o víkendech. Vojtův otec nepochází z velké rodiny, je jedináček a v kontaktu je pouze s Vojtovou babičkou, která žije v České republice. Vojtova babička je velice vážená primářka v jedné pražské nemocnici, která bohužel nemá příliš mnoho času na vnoučata. Z tohoto důvodu Vojta a jeho sestra s českým jazykem nepřijdou v domácím prostředí často do kontaktu, nemají žádnou česky mluvící tetu ani strýce. Rodinní známí jsou navíc jen cizinci.

Vojta má jednoho sourozence, sestru narozenou 27. března 2006 v Mannheimu v Německu. Její psychomotorický a řečový vývoj je v normě. Navštěvuje běžnou základní školu, velmi dobře komunikuje ve španělštině i v češtině, angličtině také rozumí.

Vojtův řečový vývoj navíc stěžuje stav trilingválního rodinného prostředí. Matka na děti mluví španělsky, občas s dětmi mluví českým jazykem, ale má malou slovní zásobu a mluví dosti agramaticky. U dětí je znát určitý negativismus, když na ně matka mluví česky. Dcera ji nebere jako rovnocenného komunikačního partnera, i Vojta preferuje, když mluví španělsky. Sourozenci mezi sebou mluví také ve španělštině. Otec na děti mluví pouze česky, ale velmi často je kvůli práci mimo domov, nejčastěji je ve Švýcarsku či Německu. Manželé mezi sebou



komunikují v angličtině. Ve Vojtově nejbližší rodině se nevyskytuje narušená komunikační schopnost, pouze u chlapcova strýce byl diagnostikován opožděný vývoj řeči a ADHD.

### **Osobní anamnéza**

Vojta se narodil 25. dubna roku 2008 v Praze. Je z druhého těhotenství, které bylo bez komplikací. Porod byl v termínu, spontánní, bez asfyxie. Jeho porodní hmotnost (3790 g) i délka byly v normě. Kojen byl do deseti měsíců. Nikdy nebyl hospitalizován, žádné závažné onemocnění neprodělal, jen si ve třech a půl letech zlomil ruku. Jeho motorický vývoj je v normě, začal sedět v 5 měsících a chodit ve 12 měsících. Do čtyř let měl problém se spánkem, během noci byl třikrát vzhůru a byl velmi rozrušený. Do třech a půl let nosil pleny, trpěl nočním pomočováním. Příjem potravy je u něj trochu komplikovaný, je velmi vybíravý. Zájem o jídlo projevuje dle vůně a chuti. Výběr jídla je velmi omezený.

Došlo u něj k velmi pozdnímu nástupu řeči – první slova ve španělštině vyslovil až ve třech letech. V češtině kolem čtyř let. Vojta byl na naléhání babičky objednán k odbornému psychologickému vyšetření v lednu 2012. Prokázala se u něj sémanticko-pragmatická porucha řeči, těžký deficit porozumění a komunikačních schopností (s lehčím oslabením neverbální komunikace a sociointerakčních dovedností).

Následné foniatrické vyšetření, které proběhlo v roce 2012, prokázalo, že sluch je v normě. Byla provedena objektivní vyšetřovací zkouška BERA a tympanometrie. Výsledky z tónového audiogramu tehdy nebyly zaznamenány, protože Vojta nevydržel mít sluchátka na uších.

Po těchto odborných vyšetřeních Vojta navštívil logopedku na Nuselské Poliklinice na jaře roku 2012. Rodina nebyla příliš spokojena s její prací a na doporučení přátel začala matka s chlapcem navštěvovat logopedku v logopedické ambulanci na Praze 2, ke které ovšem příliš nedocházeli. Celé léto trávila rodina v Chille u příbuzných z matčiny strany.

Mateřskou školu Vojta začal navštěvovat od září roku 2012. Vojta navštěvoval speciální třídu pro děti s logopedickými a kombinovanými vadami. Třída měla menší kapacitu dětí a Vojtovi byl navíc přidělen osobní asistent. Dle mého pozorování se Vojta poměrně celkově dobře adaptuje na nové prostředí, ale do kolektivu dětí a do společné hry se zapojuje nestabilně. Je poměrně dost hlučný, během hry rád křičí. Příliš nerespektuje autoritu, pokud není vyhověno jeho požadavku, mívá afektivní záchvaty, spojené se sebepoškozováním (v nynější době intenzita a počty afektivních záchvatů klesá). Pokud má afektivní záchvat doma, vždy ho téměř okamžitě uklidní pevné objetí matky.

Ve dnech 7. 1. - 30. 1. 2013 Vojta absolvoval pobyt ve stacionáři Foniatrické kliniky VFN a 1. LF. V průběhu pobytu se Vojta zapojil do individuální logopedické péče a kolektivních

rehabilitačních programů. Logopedická péče byla zaměřena na komplexní rozvoj komunikačních, rozumových a poznávacích schopností. Ve stacionáři se adaptoval bez výraznějších komplikací. V řeči bylo patrné zlepšení, začal užívat více slov v češtině, echolalicky opakoval věty, spontánně tvořil věty spíše ve španělštině, začal rozumět základním pokynům.

Také Vojta opět podstoupil foniatrické vyšetření, OAE byly v normě, oboustranně výbavné. A percepční test pro děti byl s výsledkem 80 % srozumitelnosti při 40 dB.

Klinická logopedka potvrdila závěr z předešlého vyšetření, pobyt potvrdil sémanticko-pragmatickou poruchu řeči s trilingválním rodinným prostředím. Dále doporučila neurologické a EEG vyšetření a pedopsychiatrické vyšetření.

V březnu 2013 byl Vojta na psychologickém vyšetření. Diagnostika potvrdila hraniční obraz ADHD – poruchu pozornosti spojenou s hyperaktivitou. V sociálním kontaktu jej psychologka popsala jako vstřícného, sociabilního, ale mírně nezralého a neobratného.

Od dubna roku 2013 jsem s Vojtou začala pracovat v jeho domácím prostředí. Třikrát jsem se účastnila jeho logopedické intervence. S logopedkou jsem konzultovala plán logopedické intervence, metody, pomůcky. Rodina nebyla ale s prací logopedky spokojena. Logopedka s Vojtou vždy pracovala pouze krátký čas a během něho ji Vojta ignoroval, nechtěl spolupracovat. Rodině to přišlo jako zbytečně vynaložený čas.

Koncem dubna 2013 Vojta absolvoval další pobyt ve stacionáři Foniatrické kliniky VFN a 1. LF, v rozsahu jednoho týdne. Vojta byl zapsán jako náhradník, nějaké dítě v průběhu pobytu onemocnělo, proto Vojtův pobyt trval pouze jeden týden. Navíc rodina musela tentokrát pobyt uhradit. Já jsem měla možnost sledovat jeho logopedickou intervenci i jeho zapojení do kolektivu v mateřské škole. Plán edukace byl sestaven v návaznosti na hospitalizaci probíhající v lednu. Adaptace na prostředí i na logopedku u Vojty proběhla rychleji. Logopedka mě seznámila s edukačními postupy a měla jsem také možnost vidět její přímou logopedickou intervenci s Vojtou i jinými dětmi. Také jsem měla možnost vidět jeho sociální interakci mezi vrstevníky, kdy jsem v dopoledních hodinách chodila do jejich MŠ. V průběhu toho jednoho týdne měl Vojta 1 afektivní záchvat (odmítl se obléci a odejít na svačinu), trval přibližně 30 minut.

Od července do konce srpna Vojta nenavštěvoval logopeda, byl s matkou a sestrou ve Španělsku, jeho komunikace v českém jazyce byla téměř nulová.

Od září roku 2013 Vojta změnil mateřskou školu. Jeho třída je především pro děti s vadami řeči, ale integruje též děti s poruchou autistického spektra. Speciálně pedagogickou péči tam zajišťuje speciální pedagog - logoped. Denně zařazují do programu smyslová cvičení, rozvíjí

řeč po všech stránkách. Třída spolupracuje se speciálně pedagogickým centrem a pracují převážně individuálně nebo v malých skupinkách. Vojta docházku již zvládá bez osobního asistenta.

V listopadu roku 2013 Vojta podstoupil neurologické vyšetření na neurologické klinice 1. LF UK a VFN. Výsledky jsou bez epitoleptiformních grafoelementů, bez stranových asymetrií nebo ložiskových abnormalit.

V prosinci 2013 byl Vojtovi udělen odklad školní docházky na rozhodnutí SPC.

Na mé naléhání rodiče vyhledali další logopedku, tentokrát soukromou, bohužel efekt byl stejný. Vojta odmítal spolupracovat. Nakonec v únoru 2014 navštívili nové logopedické centrum, které jim doporučil pedagog z Vojtovy mateřské školy. Začali pravidelně navštěvovat logopedku, kterou Vojta znal z mateřské školy, kde logopedka také pracuje na částečný úvazek. Logopeda nyní navštěvují třikrát do měsíce v rozsahu 45 minut. Dále je Vojta v péči klinického psychologa, který pracuje ve stejném centru jako logoped.

Od července do konce září jsem s Vojtou nepracovala. Vojta během letních prázdnin navštívil Chille, jeho dědeček náhle zemřel. S Vojtou jsem opět začala intenzivně pracovat od září.

### **Zhodnocení vývoje chlapce v období listopadu 2013**

Ke zhodnocení vývoje chlapce jsem využila publikaci s názvem Diagnostika předškolního věku (Bednářová, Šmardová) a cenné informace jsem dále získala z rozhovorů s logopedkou a matkou.

Výsledky v jednotlivých sledovaných oblastech:

- *Hrubá a jemná motorika*

Vojtova hrubá motorika je v normě, běhá, skáče, udrží rovnováhu na jedné noze, chodí po špičkách, skáče snožmo, skáče i na jedné noze, umí házet a chytat míč, umí jezdit na koloběžce, s jízdou na kole je to horší. Cvičí bez výrazných obtíží. Má ale jistý problém s motorickou imitací z důvodu snížené udržitelnosti pozornosti.

Jeho jemná motorika je také na dobré úrovni. Zvládá manipulaci s drobnými předměty, navléká korálky, umí pracovat s nůžkami, drží je správně, stříhá podle linie. Se skládáním papíru má menší obtíže, neudrží u něj pozornost.

- *Grafomotorika a kresba*

Vojta má souhlasnou laterální laterality (levá ruka – levé oko). Grafomotorická cvičení zvládá (čtverec, kruh, trojúhelník, obdélník, vlnovky, horizontální i vertikální čáry), ale tato cvičení dělá s velkým odporem. Jeho úroveň kresby je ve fázi hlavonožce, tužku drží správně, ale musím ho na to často upozorňovat. Vojta malování nesnáší, i když

používáme různé zajímavé techniky (malování prsty, foukací fixy, malování na velký arch papíru, křídly). Aby alespoň chvíli pracoval, musí být k činnosti velmi motivovaný, nejčastěji hračkou či sladkostí.

- *Kognitivní schopnosti*

Vojta při práci poměrně dobře spolupracuje, úkoly ho zaujmou. Ale má tendence činnosti urychlovat, řídit situaci. Říká, kdy chce skončit a vyžaduje nepřetržitě odměnu. Špatně respektuje rozhodnutí autority, když není po jeho, dostává záchvaty vzteku, které mají sebepoškozující prvky (bouchá se do hlavy). V poslední době jsou však návaly vzteku na ústupu a agresivitu už neprojevuje proti sobě (spíše zlomí tužku, hodí obrázek na zem, pak toho lituje a omlouvá se). Na činnosti je schopný soustředit se okolo deseti minut. Záleží na atraktivitě činnosti a jeho naladění. Po práci musí následovat odpočinek formou samovolné hry, činnosti se musí často obměňovat, musí se používat neustále nové pomůcky a velký úspěch při práci zaznamenávám v používání iPadu.

- *Vnímání*

Zrakové vnímání je na velmi dobré úrovni. Dokáže odlišit obrázky malý x velký, stejný x jiný, složí předměty dle velikosti do řady, velmi dobře skládá puzzle, hraje pexeso, má velice rád bludiště.

Sluchové vnímání: Vojta má velice rád hudbu, má smysl pro rytmus. Při práci s ním často používám písně doprovázené piktogramy pro jeho lepší orientaci. Také používáme různé hudební nástroje (buben, xylofon, činely, flétnu) pro rytmičování. Umí několik písní, velice rychle se je učí, nejraději zpívá píseň s názvem: Holka modrooká, neseďavej u potoka. Také se dobře orientuje v družích hudebních nástrojů (rozezná zvuk varhan, harfy, xylofonu...) K nejrůznějším zvukům dokáže přiřadit zdroj, dokáže určit počet slabik ve slově, s rytmičováním slov nemá problém.

- *Sebeobsluha*

Vojta má problém se stravováním, je velice vybíravý, jí jen omezený počet jídel. Do mateřské školy si nosí své vlastní jídlo. Při jídle umí používat příbor, ale má jistý problém s krájením. Jeho matka mu doma s krájením pomáhá, po jídle si je schopen po sobě uklidit. S oblékáním to zvládá sám, ale musí být povzbuzován, dlouho mu vše trvá. Má problém s ukládáním oblečení do skříně. S umýváním a používáním toalety nemá žádný problém.

- *Sociální vývoj*

Sociální kontakt navazuje adekvátním způsobem, má rád kontakt s dospělou osobou i s dětmi. Do kolektivu dětí a hry se zapojuje nestabilně. Rád navazuje kontakty na dětském

hříšti, občas je nepochopen a odmítán, ale netrápí ho to. Je temperamentní a dosti tvrdohlavý. Občas má projevy problémového chování, když není po jeho, nebo když se ocitne v situaci, kdy nerozumí.

- *Komunikace*

Počátečný vývoj řeči i ve španělštině je značně opožděný, první slova řekl až těsně před čtvrtým rokem života. Vojta pochází z trilingválního prostředí (španělština, čeština, angličtina), což výrazně ztěžuje vývoj jeho řeči. Ve španělštině komunikuje s matkou, tvoří jednoduché věty, ale není schopen delší konverzace. Vojta také navštěvuje Cervantes Institut, kde se učí španělskému jazyku s ostatními dětmi. Na dotazy dětí a lektorů odpovídá jen krátce. Vojta v českém jazyce nyní aktivně užívá jednotlivá slova, začal opakovat i věty (gramaticky správně, jen je u něj patrná nepřesná výslovnost některých hlásek, například kmitných). Český rozumí základním pokynům.

### **Využívané možnosti podpory rozvoje chlapce s vývojovou dysfázií**

U Vojty je využívána po počátečních nesnázích pravidelná docházka k logopedovi. Absolvoval také dva pobyty na foniatrické klinice v Ječné, kde se mu intenzivně věnovali. Proběhla u něj podrobná a opakovaná diagnostika, foniatrická, neurologická a psychologická. Vojta navíc využívá služby dětského psychologa. Osobně mu pravidelně poskytují logopedickou intervenci v domácím prostředí v rozsahu někdy až čtyřikrát týdně po dobu jedné hodiny.

Má celková práce zahrnovala rozvíjení:

- Hrubé a jemné motoriky
- Grafomotoriky
- Zrakového vnímání
- Sluchového vnímání
- Paměti a pozornosti
- Myšlení
- Orientace v čase a v prostoru
- Řeči

Často jsem se účastnila logopedických intervencí, schůzek ve speciálně pedagogickém centru, dnů otevřených dveří v základních školách, zápisů do základních škol, kde jsem působila jako překladatelka. Vojtova matka má problém vyjadřovat se v českém jazyce.

Vojta také dochází do speciální mateřské školy, kde pracuje speciální pedagog-logoped. V mateřské škole pracují podle individuálních vzdělávacích plánů, zahrnujících všechny oblasti vývoje. S dětmi pracují individuálně a v malých skupinkách. Pedagog se ke komunikaci s ním

snaží přistupovat individuálně a rodiče také se školou vzájemně spolupracují. Škola dále spolupracuje se speciálně pedagogickým centrem a se školními logopedkami. Vojtovi byl také z rozhodnutí SPC doporučen odklad školní docházky.

### **Má logopedická intervence**

Zpočátku mé logopedické intervence jsem u Vojty stimulovala rozumění řeči na úrovni jednoduchých i delších pokynů. Zaměřila jsem se na obohacování pasivní slovní zásoby se zřetelem na osvojení významu nacvičovaných pojmů (Vojta vybíral obrázek z uzavřeného souboru). Prováděla jsem s Vojtou cvičení motoriky mluvidel nápodobou základních izolovaných pohybů jazyka a rtů. Artikulace byla zpřesňována globálně s důrazem na zrakovou a sluchovou kontrolu. Produkci řeči jsem cvičila na 1 – 3 slabičných slovech, na běžném dětském slovníku. Seznámila jsem ho s pojmy malý x velký, dole x nahoře, méně x více... Kategorizovala jsem s ním pojmy, nacvičovala jsem s ním pojmy nadřazené, vyhledávali jsme pojmy významově související. Dle obrázků jsem ho učila tvořit jednoduché věty, fixovala jsem u něj základní větné dvojice (podmět – přísudek). Zpočátku Vojta často věty jen echolalicky opakoval, než sám aktivně tvořil.

Nacvičovala jsem s ním barvy, nejprve s přirovnáváním (tráva – zelená, bílá – sníh) a Vojta poté přiřazoval stejné barvy k sobě. Osvědčila se mi hra Duha od Granny, kde se dítě dále učí pojmenovávat zvířata a předměty. Dále jsem Vojtovi rozvíjela početní představy do 10, vždy s názornými pomůckami.

Průběžně jsem do hodin zapojovala i cvičení zrakové a sluchové percepce. K rozvoji zrakového vnímání jsem zařadila úkoly na diferencování barev, tvarů, optickou syntézu. Vojta hledal např. chyby na dvou stejných obrázcích, hledal stejné prvky na obrázku, skládal puzzle. Dále jsem se zaměřila na rozvíjení fonemického sluchu, rytmicizaci slov na slabiky, identifikaci obecných zvuků za použití počítače.

Rovněž jsem s ním rozvíjela motoriku i grafomotoriku. Vojta nekreslil vůbec, jeho kresba byla spíše pouhá čmáranice. Nechtěl vybarvovat obrázky ani žádné kreslit. Při nácvičování kresebných dovedností jsem s ním nacvičovala správný úchop tužky (pastelky), prováděla jsem s ním uvolňovací cvičení prstů a ruky doprovázené říkankami. Pracovala jsem s různými grafomotorickými listy, například s Šimonovými pracovními listy a podobně. Při kresbě jsem využívala i větší plochy, velké balící archy a různé zajímavé techniky.

Spolupráce s Vojtou byla zpočátku problémová, soustředil se jen krátkou dobu, od práce odbíhal, nevydržel sedět u stolu. Často jsme museli pracovat na koberci. Velice často jsem musela měnit činnosti a vymýšlet různé odměny, aby pracoval. Také projevoval známky vzteku, když nebylo po jeho, křičel a měl sklony k sebepoškozování. Nebyl příliš zvyklý na autoritu,

většinou se mu vše přizpůsobovalo. Já jsem se vždy snažila věci dokončovat, neustupovala jsem jeho požadavkům. Trvalo to poměrně dlouhou dobu, ale zvykl si na režim i na mou osobnost. Zjistil, že svým křikem ničeho nedosáhne. Pro práci s ním jsem vytvořila tabulku, na které jsou vyznačeny úkoly a odměny. Tabulku, čtvrtku o rozloze A4 jsem rozdělila na deset políček. Políčka jsou označena buď číslicí 1-6, znázorňující úkoly či obrázkem bonbonu či otazníku (otazník znázorňuje hračku, s kterou si může chvíli pohrát). Po jednotlivých políčkách se posunuje autem, tak vždy ví, co bude následovat. Tento způsob práce se mi s ním velice osvědčil. Stále je pro něj důležité vědět, kde se zrovna nachází. Je to úžasná motivace, když ví, že bude následovat volná hra s překvapením. Na každou hodinu jsem musela nosit nové hračky, největší radost měl z Gormitů, což jsou postavičky z pohádky, také měl rád bublifuk, hopsakoule, joja či prskavky.

#### **Zhodnocení vývoje chlapce v období listopadu 2014**

- Jemná motorika, vizuomotorika, grafomotorika

Vojtův úchop tužky je mírně křečovitý, ale celkem správný. Velmi často provádí různá grafomotorická cvičení. Zvládá jednotažné cviky. Dále například dokáže obtahovat zuby na pile a další zuby dokreslit, ale napodobené křivky se jeví jako disproporční. Dokáže napsat všechna písmena velké tiskací abecedy a číslice do 20, písmo je ale roztřesené, různé velikosti, na tužku tlačí a neudrží se na lince. Kresba je stále na špatné úrovni, nerad tuto činnost provádí, doma necvičí.

- *Abstraktně vizuální myšlení*

Je celkově na velmi dobré úrovni. Správně přiřadí stínové obrázky, přiřadí stejná písmena, složí puzzle, seřadí obrázky dle velikosti...

- *Předmatematické dovednosti*

K číslům bez problémů přiřadí správný počet prvků do 10. Rozumí pojům nahoře, dole, první, pravá, levá, uprostřed, poslední, méně.

- *Zrakové vnímání*

Je také na dobré úrovni. Vždy dobře odliší jiný obrázek v řadě.

- *Komunikace*

V této oblasti je stále znát velký deficit z důvodu základní diagnózy, který se promítá do všech složek komunikace (pragmatická komunikace, neverbální komunikace, receptivní i expresivní řeč). K porozumění řeči potřebuje nutně názornost. Jeho expresivní řeč je omezená, stále se často vyjadřuje echolalicky. V současné době se u něj projevuje negativismus. Jeho oční kontakt je sice delší, ale stále nedostačující. Konzistentní je jen v případě, že je spojený se žádostí, či když vyjadřuje nesouhlas.

- *Sebeobsluha*

Je téměř ve všem samostatný, vše dělá rád sám.

- *Sociální chování*

Vojta se velmi dobře adaptuje na nové prostředí, změny přijímá bez problémů. Skupinu vrstevníků snáší velmi dobře, aktivně děti oslovuje. Autoritu dospělého lépe snáší, dokáže se podřídít.

### **Logopedická intervence po roce péče**

Vojta je milý chlapec, který se přes veškeré své deficity snaží navazovat stále častěji kontakt s okolím. Při práci je stále roztěkaný, pozornost udrží sice již déle, ale je stále snadno odklonitelná. Již dokáže pracovat u stolu, aniž by odbíhal na toaletu, pro pití, kapesník. Vydrží poměrně v klidu sedět celou hodinu. Rád se mnou udržuje tělesný kontakt, když ho pohladím či mám svou ruku na jeho rameni, tak se zklidní a začne pracovat. S narůstající únavou klesá jeho spolupráce. Potřebuje častější obměnu činností, pomůcek. Velice důležitou roli pro něj hraje motivace, stále potřebuje přesně vědět, co bude během logopedické intervence následovat. Kolik úkolů splnil a kolik jich ještě bude, kdy bude přestávka, jaká bude odměna. Rodiče nyní začínají přemýšlet o medikamentózní léčbě ADHD, psychiatr jim doporučil užívat Ritalin.

V poslední době došlo k velkému posunu v oblasti českého jazyka. Rozvíjí se aktivní i pasivní slovní zásoba. Vojta pojí slova do víceslovných vět. Je ale patrný velký dysgramatismus, nechápe princip skloňování, tvoření jednotného a množného čísla. Velmi se u toho rozčiluje (nejsou dvě auta, ale dvě auto). Logopedická intervence mě stojí často značné úsilí. S Vojtou se nezaměřuji na cílená artikulační cvičení. Zaměřujeme se stále na obsahovou stránku, během které ale zkusíme vyvozené hlásky zapojit. Má problém s ostrými sykavkami C, S, Z, které tvoří mezizubně a hlásky R, Ř, které ještě nemá vyvozeny. Ostatní hlásky jsou vyvozeny, ale ve spontánní řeči pozoruji občasné záměny. Těžší deficit stále přetrvává v receptivní složce. Porozumění je stále potřeba podpořit vizuální cestou, gesty. Oční kontakt se výrazně zlepšil, lépe ho udrží.

U Vojty se snižují projevy afektivního chování (bouchání do hlavy, vztek), pokud mu není vyhověno, nebo pokud se ocitne v situaci, kdy nerozumí.

Vojta má stále velmi negativní vztah ke kresbě, grafomotorickým cvičením, několikrát se stalo, že mi vzteky zlomil tužku. Ovšem nyní udělal pokrok a i tyto dovednosti je schopen rozvíjet.

Vojta je jinak spontánně komunikativní, zkouší často oslovovat cizí děti, zatím není vždy úspěšný. Při spontánní hře začal mluvit v anglickém jazyce (má naučené určité fráze, slova), protože má rád různé seriály a videohry v anglickém jazyce. Jeho starší sestra je pro něj vzorem,



i ona sleduje seriály v angličtině. Po dobu asi dvou měsíců navíc aktivně sledoval různé zábavné pořady v německém jazyce. Na mé naléhání mu to rodiče zakázali. Původně to rodiče obhajovali tím, že české pořady nejsou pro děti tak atraktivní.

Dále se snažím Vojtovi rozvinout pravolevou a prostorovou orientaci. Procvičujeme předložky, které mu činí značné obtíže. Hodně se zaměřujeme na morfologickou – syntaktickou rovinu řeči. Vojtova řeč je velmi agramatická. Cvičíme jednotné a množné číslo, skloňování, rody podstatných jmen a časování.

### **Školní zařazení**

Na základě speciálně pedagogického vyšetření bylo Vojtovi doporučeno pro školní rok 2015/2016 nástup do základní školy, do třídy s menším počtem žáků nebo do běžné základní školy za přítomnosti asistenta pedagoga.

S Vojtovou matkou jsem se několikrát účastnila Dnů otevřených dveří v základních školách, Waldorfská, soukromé speciální škole Integrál a ve škole pro sluchově postižené v Ječné. Bohužel v základní škole logopedické už nebylo volné místo. Na mé doporučení začne Vojta navštěvovat speciální školu pro sluchově postižené. Výuka na této škole probíhá auditivně orální metodou (mluvenou formou jazyka). Často na této škole zřizují i třídu pro děti s vývojovou dysfázií. Dle mého názoru by měl být Vojta vyučován metodou výuky českého jazyka jako cizího jazyka. Měla by mu být smysluplně a velmi názorně vysvětlena analýza, syntéza, slovtvorba, etymologie, gramatická paradigmata a tvorba vět. Myslím, že pro dítě s těžkou vývojovou dysfázií je to dobrá volba.

## 6. Závěr

Tato diplomová práce se zabývala podporou rozvoje dítěte se specificky narušeným vývojem řeči v předškolním věku. V teoretické části práce byla popsána určitá teoretická východiska, zejména komunikace, narušený vývoj řeči a ontogeneze řeči. Dále se práce věnovala problematice vývojové dysfázie včetně její etiologie, symptomatologie, diagnostiky a terapie. Práce rovněž částečně poskytovala informace o dítěti předškolního věku. O jeho psychomotorickém, sociálním, morálním rozvoji a jazykovém vývoji. Zmínka byla i o významu mateřských škol a možnostech dalšího vzdělávání. Praktická část diplomové práce byla zpracována kvalitativní metodou výzkumu. Pro kazuistiku byl vybrán chlapec s diagnózou vývojové dysfázie, přesněji pragmaticko-sémantické poruchy řeči, který pochází z trilingválního prostředí. Výzkum se zabýval nejen řečovým vývojem chlapce, ale i jeho rozvojem v oblasti motoriky, zrakové percepce, sluchové percepce a rozvoje myšlení. Byla provedena analýza schopností chlapce jak v průběhu šetření, tak na jeho konci. Analýza byla zaměřena na logopedickou intervenci a úroveň jeho celkové podpory. Součástí diplomové práce je rovněž pracovní materiál, který k ní bude přiložen. Obsahuje informace o dítěti předškolního věku s vývojovou dysfázií. Rodičům a případně dalším odborníkům (učitelům mateřských škol) informace poskytnou ucelený přehled o etiologii, symptomech, diagnostice i terapii této narušené komunikační schopnosti. Dále pracovní materiál rodičům a dalším odborníkům poskytne informace o rozvoji sluchového vnímání, zrakového vnímání, jazykových a rozumových schopností a motoriky, popisuje zejména cviky na rozvoj motoriky mluvidel. Ke každé zmiňované oblasti jsou přiloženy nápady herních cvičení a obrázkové pracovní listy.

Iniciativu rodiny spolupracovat se mnou jakožto logopedickým asistentem považuji jako výbornou. Diagnosticko – terapeutické pobyty ve foniatrickém stacionáři považuji také za velmi přínosné. A týmová práce logopeda, psychologa a pedagoga MŠ je rovněž chvályhodná.

## 7. Seznam použitých informačních zdrojů

### Literatura

BALAŠOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie*. Praha: Vysoká škola J. A. Komenského, 2002. ISBN 80-86723-05-4.

BEDNAŘOVÁ, J., ŠMARDOVÁ, V. *Diagnostika dítěte předškolního věku*. Brno: Computer Press, 2007. ISBN 978-80-251-1829-0.

BOČKOVÁ, B. *Podpora žáků se specificky narušeným vývojem řeči*. Brno: Masarykova univerzita, 2011. ISBN 978-80-210-5609-1.

BYTEŠNÍKOVÁ, I., HORÁKOVÁ, R., KLENKOVÁ, J. *Logopedie a surdopedie*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-136-2.

DEVITO, J. A. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2018-0.

DLOUHÁ, O. Diagnostika a terapie poruch komunikace. *Speciální pedagogika*. 2001, roč. 4, č. 4, s. 3.

DLOUHÁ, O. *Vývojové poruchy řeči*. Praha: Alexej Novák, 2003. ISBN 80-239-1832-X.

DURDILOVÁ, L.; KLENKOVÁ, J. *Hodnocení slovní zásoby dětí před zahájením školní docházky*. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-7290-770-0.

DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001. ISBN 80-902536-2-8.

DVOŘÁK, J. *Vývojová fonologická porucha*. a. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2003. ISBN 80.902536-4-4.

DVOŘÁK, J. *Vývojová verbální dyspraxie*. b. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2003. ISBN 80-902536-5-2.

HAHN, A. a kol. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. Praha: Grada Publishing, 2007. 392 s. ISBN 978-247-0529-3.

HLINKOVÁ, V. *Metodika výchovy řeči u dysfatiků*. In: LECHTA, V. a kol. *Logopaedica I*. Bratislava: Liečreh, 1996. ISBN 80-967-383-3-X.

HLOŽEK, Z. *Základy audiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1995. ISBN: 80-7067-498-9.

HORNÁKOVÁ, K. *Heidelberský test řečového vývinu a problémy jeho adaptácie do slovenského jazyka*. In: LECHTA, V. a kol. *Logopaedica I*. Bratislava: Liečreh, 1996. ISBN 80-967-383-3-X.

HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. Praha: FRPSP, 1998. ISBN 80-7216-075-3.

JANOUSEK, J. *Verbální komunikace a lidská psychika*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 80-7178-546-6.

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

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

KLENKOVÁ, J. *Možnosti stimulace neverbální a verbální schopnosti vývojově postižených dětí*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-91-5.

KLENKOVÁ, J., BOČKOVÁ, B., BYTEŠNÍKOVÁ, I. *Kapitoly pro studenty logopedie. Text k distančnímu studiu*. Brno: Paido, 2012. ISBN 978-80-7315-229-1.

KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*. Praha: SPN-pedagogické nakladatelství, 2002. ISBN 80-7235-023-4.

KOLLÁRIKOVÝ, Z., PUPALA, B. *Předškolní a primární pedagogika. Předškolná a elementárna pedagogika*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-585-7.

KOŤÁTKOVÁ, S. *Dítě a mateřská škola*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4435-3.

KREJČÍŘOVÁ, D. *Poruchy řeči*. In: SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-545-8.

KREJČÍŘOVÁ, D. *Poruchy řeči u dětí*. In: ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1049-8.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Neverbální komunikace: řeč pohledů, úsměvů a gest*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1988. ISBN 17-297-87.

KUTÁLKOVÁ, D. *Budu správně mluvit. Chodíme na logopedii*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3687-7.

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

KUTÁLKOVÁ, D. *Průvodce vývojem dětské řeči*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-598-7.

KUTÁLKOVÁ, D. *Logopedická prevence*. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-7178-115-0.

KUTÁLKOVÁ, D. *Vývoj dětské řeči krok za krokem*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-10-26-9.

KURIC, J. a kol. *Ontogenetická psychologie*. Praha: Univerzita Karlova, 1986.

LACINOVÁ, I., MAGETOVÁ, J., MLČOCHOVÁ, M., VÍTKOVÁ, M. *Šimon půjde do školy. Program všestranného rozvoje předškolního dítěte*. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-046-4.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1284-9.

LEONARD, L. B. *Children with Specific Language Impairment*. Massachusetts: Press books, 2014. ISBN 978-0-262-02706-9.

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

LECHTA, V., a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-88824-18-4.

LECHTA, V. a kol. *Logopedické repetitorium*. Bratislava: SRN, 1990. ISBN 80-08-00447-9.

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

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

LOVE, J. R., WEBB, G. W. *Mozek a řeč*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-464-9.

MERUNKOVÁ, A. Komplexní diagnostika v praxi klinického logopeda. *Speciální pedagogika*. 2004, roč. 14, č 1, s. 44-49.

MIKULAJOVÁ, M. *Diagnostika narušeného vývoje řeči*. In: LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

MIKULAJOVÁ, M. *Narušený vývin řeči*. In: KEREKRÉTIKOVÁ, A., a kol. *Základy logopedie*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2009. ISBN 978-80-223-2574-5.

MIKULAJOVÁ, M. *Narušený vývin řeči – raná diagnostika a intervence*. In: LECHTA, V. a kol. *Logopaedica I*. Bratislava: Liečreh, 1996. ISBN 80-967-383-3-X.

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

NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. Praha: Akademie věd České republiky, 1999. ISBN 80-200-0690-7.

NEUBAUER, K. *Logopedie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. ISBN 978-80-7435-053-5.

OPRAVILOVÁ, E., GEBHARTOVÁ V. *Rok v mateřské škole*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-703-9.

PEČOVÁ, M. Vývojová dysfázie. *Info-zpravodaj*. 2004, roč. 12, č. 3, s. 3-4.

PEUTELSCHMIDOVÁ, A. *Logopedické minimum*. Universita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2005. ISBN 80-244-1233-0.

PILAŘOVÁ, D., ŠIMEK, P. *Vstup do školy. Školní zralost*. Praha: Nakladatelství Dr. Josef Raabe, 2012. ISBN 978-80-87553-53-4.

PŘINOSILOVÁ, D. *Diagnostika ve speciální pedagogice*. In: PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.

PŘINOSILOVÁ, D. *Diagnostika ve speciální pedagogice: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-157-7.

*Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*. Praha, VÚP 2004.

SEEMAN, M. *Poruchy dětské řeči*. Praha: SZN, 1955.

SOVÁK, M. *Logopedie*. Praha: SPN. 1978.

SOVÁK, M. *Logopedie předškolního věku*. Praha, 1989. ISBN 14-749-89.

SOVÁK, M. *Uvedení do logopedie*. Praha: SPN 1978.

SVOBODOVÁ, E. *Prosociální činnost v předškolním vzdělávání*. Praha: Dr. Josef Raabe, 2007. ISBN 80-86307-39-5.

ŠKODOVÁ, E. Vývojová dysfázie z hlediska klinického logopeda. *Speciální pedagogika*. 1996, roč. 6, č. 4, s. 23-27.

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

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.

ŠMELOVÁ, E. *Mateřská škola a její učitelé v podmínkách společenských změn*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1373-6.

VÁGNEROVÁ, M. *Testy speciálních schopností, znalostí a dovedností*. In: KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M., SVOBODA, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-545-8.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Prah: Karolinum, 2005. ISBN 978-80-246-1734-0.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie pro obor speciální pedagogika předškolního věku*. Liberec: Technická Univerzita, 2007. ISBN 978-80-7372-213-5.

VELDOVÁ, Z. Vývojová dysfázie z hlediska foniatra. *Speciální pedagogika*. 1996, roč. 6, č. 4, s. 16-23.



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

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

VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7467-387-1.

## **Elektronické zdroje**

American Academy of Pediatrics. *Social Development in Preschoolers*. [online]. 2013 [cit. 2015-04-5]. Dostupné z <http://www.healthychildren.org/English/ages-stages/preschool/Pages/Social-Development-in-Preschoolers.aspx>

DLOUHÁ, O., *Vývojová dysfázie centrální porucha sluchu* [online]. 2003 [cit. 2015-02-12]. Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/vyvojova-dysfazie-centralni-porucha-sluchu-153331>

DLOUHÁ, O., NOVÁK, A., VOKŘÁL, J. Central auditory processing disorder (CAPD) in children with specific language impairment (SLI). Central auditory tests. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* [online]. 2007, Vol. 71, n. 6 [cit. 2015-03-25], p. 903-907. Dostupné z <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17382411>

ERVIN, M. SLI – What We Know and Why It Matters. *The ASHA Leader* [online]. 2001 [cit. 2015-04-6]. Dostupné z <http://www.asha.org/Publications/leader/2001/010626/sli.htm>

GRANTAM-MCGREGOR, S. a kol. *Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries*. [online]. 2007 [cit. 2015-01-13]. Dostupné z <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673607600324>

GREGL A, KIRIGIN M, BILÁČ S, SZČESKA LIGUTIĆ R, JAKSIĆ N, JAKOVLJEVIĆ M. *Speech comprehension and emotional/behavioral problems in children with specific language*

*impairment (SLI)*. [online]. 2014 [cit. 2015-04-13]. Dostupné z <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25507352>

KOHOUTEK, R. *Pojem Orientační test dynamické praxe*. [online]. 2015 [cit. 2015-04-12]. Dostupné z <http://slovník-cizích-slov.abz.cz/web.php/slovo/orientacni-test-dynamicke-praxe-zkratka-otdp>

KOHOUTEK, R. *Psychologie vývoje a výchovy předškolního dítěte*. [online]. 2014 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z <http://rudolfkohoutek.blog.cz/1404/psychologie-vyvoje-a-vychovy-predskolniho-ditete>

KOHOUTEK, R. *Vnímání a jeho závady a poruchy* [online]. 2008 [cit. 2015-04-20]. Dostupné z <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0812/vnimani-a-jeho-zavady-a-poruchy>

LAW a kol. Spoken Language Disorders. *Language Delay/Disorder*. [online]. 2000 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z [http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589935327&section=Incidence\\_and\\_Prevalence](http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589935327&section=Incidence_and_Prevalence)

MATĚJČEK, Z., VÁGNEROVÁ M. *Test obkreslování*. [online]. [cit. 2015-2-15] Dostupné z [http://www.psychodiagnostika-sro.cz/cz/Katalog\\_popis.asp?kod=552&ZozArg=1&Kateg=1](http://www.psychodiagnostika-sro.cz/cz/Katalog_popis.asp?kod=552&ZozArg=1&Kateg=1)

SPEAR-SWERLING, L. Specific Language Impairment *What Parents and Schools Can Do*. [online]. 2006 [cit. 2015-03-14] Dostupné z [http://www.ldonline.org/spearswerling/Specific\\_Language\\_Impairment](http://www.ldonline.org/spearswerling/Specific_Language_Impairment)

Spoken Language Disorders. *Pragmatics* [online]. [cit. 2015-04-29] Dostupné z [http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589935327&section=Signs\\_and\\_Symptoms](http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589935327&section=Signs_and_Symptoms)

TOMBLIN, J. B., RECORDS N. L., BUCKWALTER P., ZHANG X., SMITH E., O'Brien M. Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *Journal of speech, language and hearing research* [online]. 1997, Vol. 40, n. 6 [cit. 2015-04-13], p. 1245-60. Dostupné z <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9430746>

*Vývojová dysfázie – porucha, která postihuje vývoj řeči* [online]. 2013 [cit. 2015-02-10]. Dostupné z <http://www.tamtam-praha.cz/informace-pro-vas/o-rozvoji-ditete/vyvojova-dysfazie-porucha-ktera-postihuje-vyvoj-rci.html?hledat=dysf%C3%A1zie>

WEBSTER, R., I, SHEVELL, M., I. Neurobiology of Specific Language Impairment. *Medcape Today News* [online]. 2004 [cit. 2015-04-13], p. 1-16. Dostupné z <http://www.medscape.com/viewarticle/492981>

WHO. *Poruchy psychického vývoje (F80-F89)* [online]. 2014 [cit. 2015-02-14]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F80-F89.html>

*Zákon č. 472/2011 Sb., kterým se mění školský zákon.* [online]. [cit. 2015-03-14] Dostupné z <http://www.msmt.cz/dokumenty/zakon-c-472-2011-sb-kterym-se-meni-skolsky-zakon>

## 8. Seznam příloh

Příloha 1 - Ukázka pracovních listů pro rozvoj dítěte s vývojovou dysfázií

### Obrázkové pracovní listy pro rozvoj sluchového vnímání

#### Pokyny pro dítě

Obrázek str. 70. Poznáš, jaká slova se rýmují? Obrázky spoj čarou.

Obrázek str. 71. Obrázky pojmenuj a vytleskej. Řekni, jaké písmeno slyšíš na začátku slova. Slova, která začínají na M, vybarvi.

### Obrázkové pracovní listy pro rozvoj jazykových schopností

#### SÉMANTICKÉ KATEGORIE

#### Zadání pro rodiče

Cílem této aktivity je u dítěte rozšířit slovní zásobu a naučit ho nadřazené pojmy. Dítě jednotlivé obrázky vždy pojmenovává, těžká slova vytleskává. Rodič vystříhá jednotlivé obrázkové kategorie (jídlo, ovoce, zeleninu, nádobí, oblečení, části těla, zvířata, hračky, dopravní prostředky, nábytek). Rodič úkoly může různě obměňovat, například se dítěti předloží několik obrázků oblečení, jídla, zvířat. Úkolem dítěte bude obrázky roztrždit a pojmenovat. Další obměnou je, že rodič předloží dítěti obrázky ovoce a mezi ně přimíchá např. obrázek auta. Cílem hry je, aby dítě auto vyčlenilo a řeklo, proč tam nepatří (např. není to ovoce, je to dopravní prostředek).

#### Další náměty k použití

Úkol číslo 1. Rodič rozstříhá např. obrázky s jídlem, ovocem a zeleninou, str. 72, 73, 74. A zadá dítěti pokyn, aby na jednu hromádku dalo jen ovoce, na druhou zeleninu a na třetí pokrmy. Dítě jednotlivé obrázky pojmenuje.

Úkol číslo 2. Rodič použije stránku s jídlem, str. 72. Dá dítěti pokyn, aby vybralo všechny potraviny, které se obvykle jí k snídani, poté k obědu či k večeři.

Úkol číslo 3. Rodič dítě učí pojmy zdravé a nezdravé potraviny, použije str. 72, 73, 74 (s jídlem (sladkostmi) a ovocem, zeleninou). Dítě obrázky opět třídí.

## URČOVÁNÍ RODU PODSTATNÝCH JMEN

V českém jazyce se rozlišují 3 rody - ženský, mužský a střední. Při jejich určování dítěti pomohou zájmena - ten, ta, to. Ten muž x kluk, ta žena x holka, to dítě x miminko. Správné určení rodu je velice důležité. Při nesprávném určení mohou nastat chyby při skloňování, dítě bude používat slovo v chybném tvaru.

### Zadání pro rodiče

U těchto aktivit se stupňuje náročnost. V první řadě dítě určuje jen ženský a mužský rod. Poté ženský, mužský, střední rod a následně určuje i slova pomnožná. Rodič vystříhá obrázky ze str. 75, 76, 77, 78.

### Zadání pro děti

Pozorně se podívej na obrázky. K obrázku holčičky přilož všechny obrázky, na které můžeš ukázat TA. K obrázku chlapečka přikládej obrázky, na které můžeš ukázat TEN...

Rod ženský - TA

Rod mužský - TEN

Rod střední – TO

Slova pomnožná – TY

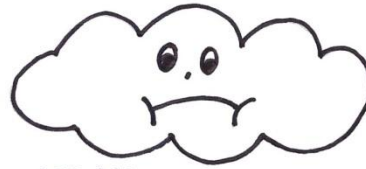
## Obrázkové pracovní listy pro rozvoj rozumových schopností

### Zadání pro děti

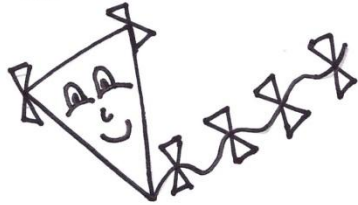
Obrázek str. 79. Kolik je na obrázku ovoce? Spoj vždy číslo a se správným počtem ovoce.



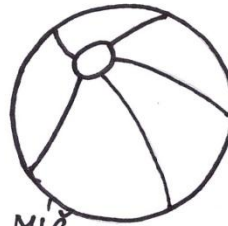
HRUŠKA



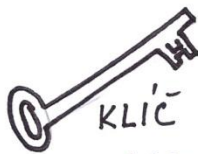
MRAK



DRAK



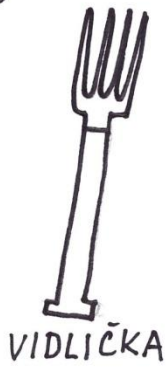
MIČ



KLÍČ



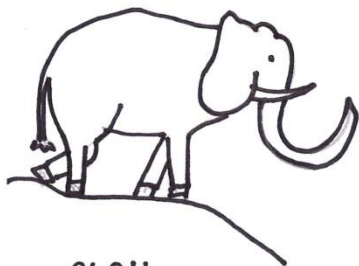
TUŽKA



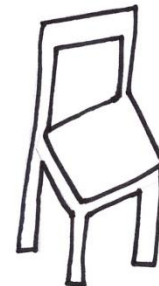
VIDLIČKA



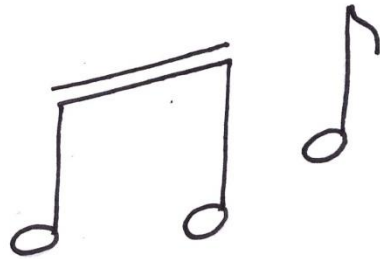
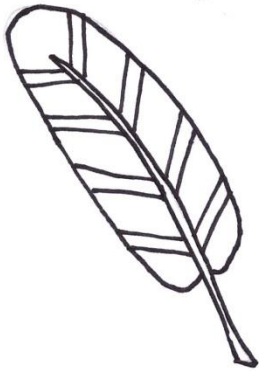
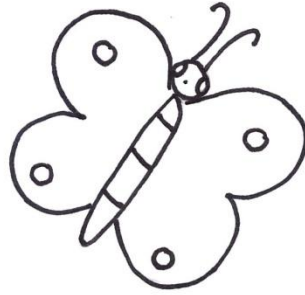
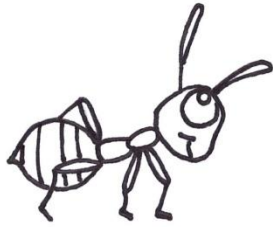
ZVON



SLON



ŽIDLIČKA



5

# JÍDLO



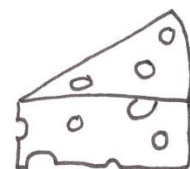
PIZZA



PÁREK V ROHLÍKU



ZMRZLINA



SYR



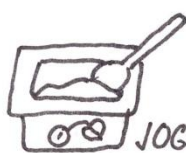
RYBA



CHLEB



POLEVKA



JOGURT



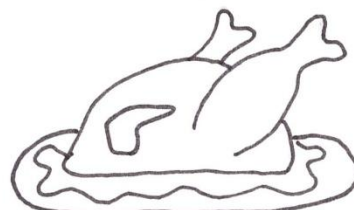
VEJCE



SALÁM



ŠPAGETY



KURE



KNEDLÍKY, MASO, OMAČKA



ROHLÍK



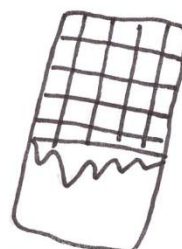
NANUK



LÍZÁTKO



BONBON



ČOKOLAĎA



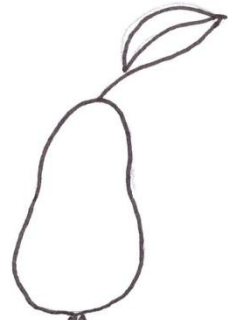
OVOCE



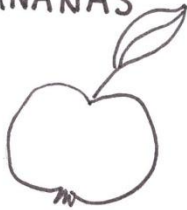
ANANÁS



TŘEŠNĚ



HRUŠKA



JABLKO



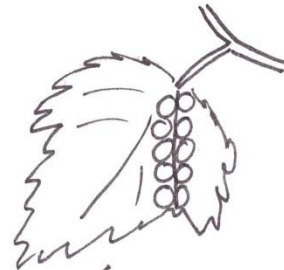
BANÁN



CITRÓN



VIÑO



RYBIŽ



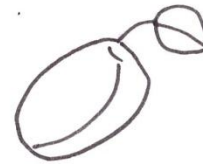
JAHODA



MALINA

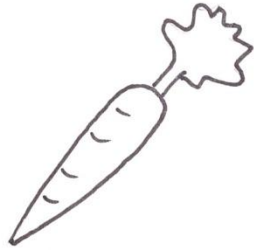


POMERANČ



ŠVESTKA

# ZELENINA



MRKEV



PAPRIKA



CIBULE



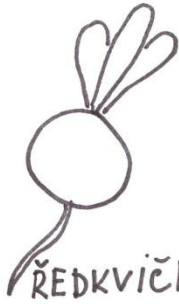
RAJČE



HOUBA



SALÁT



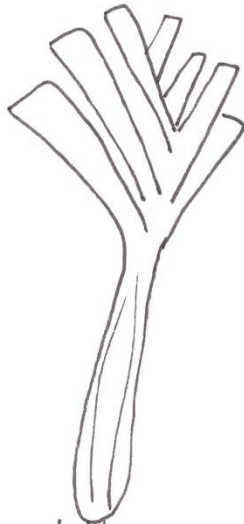
ŘEDKVIČKA



OKURKA



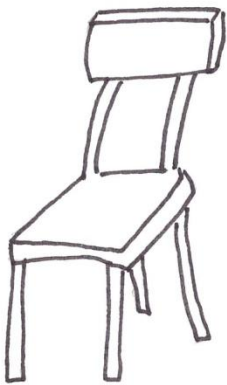
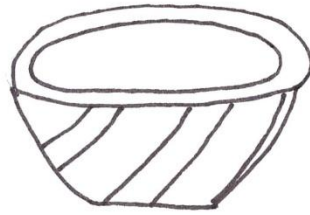
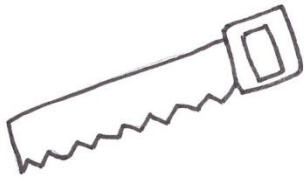
HRAŠEK

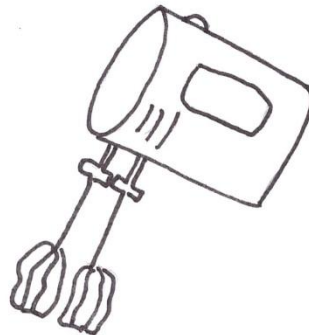
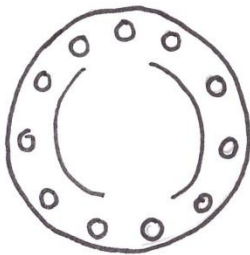
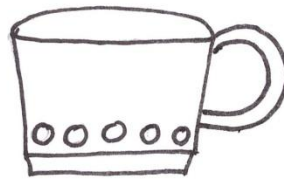
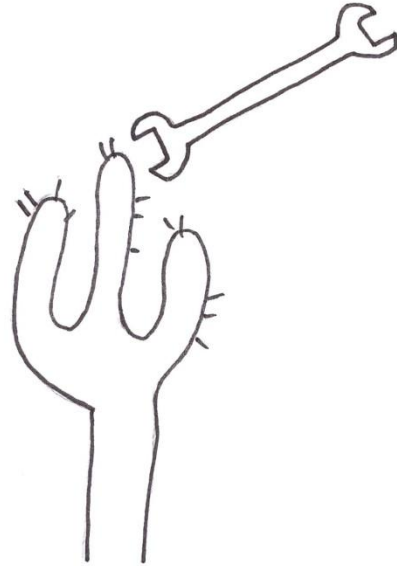
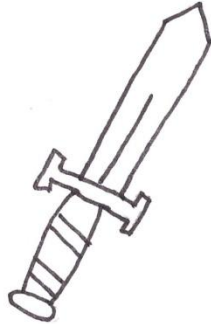
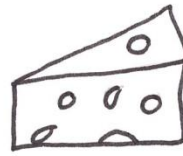
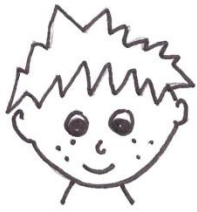


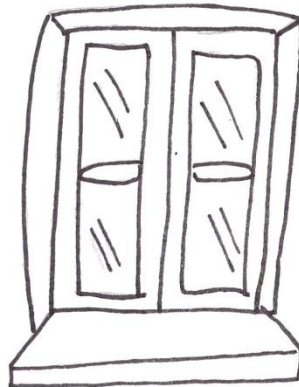
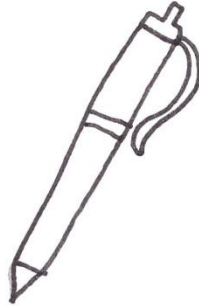
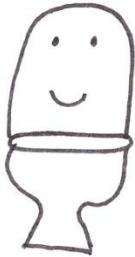
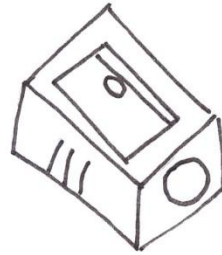
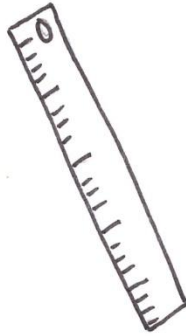
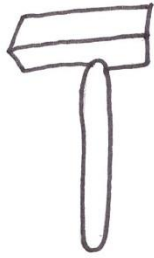
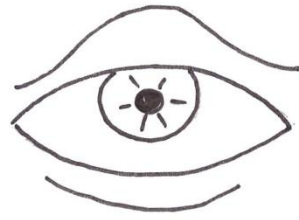
PORÉK

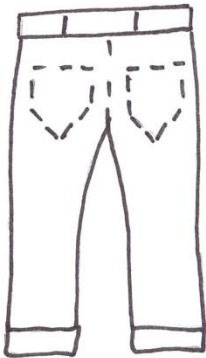
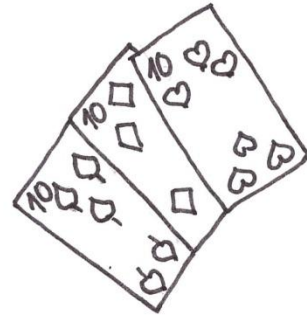
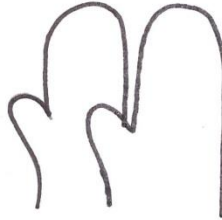
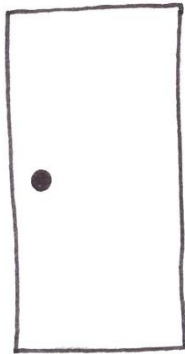
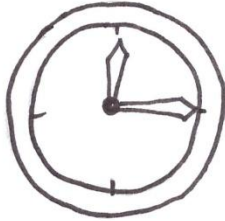
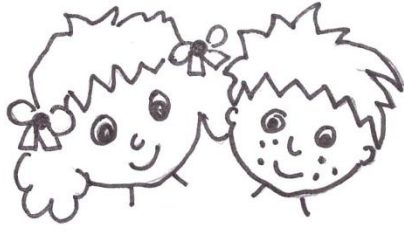


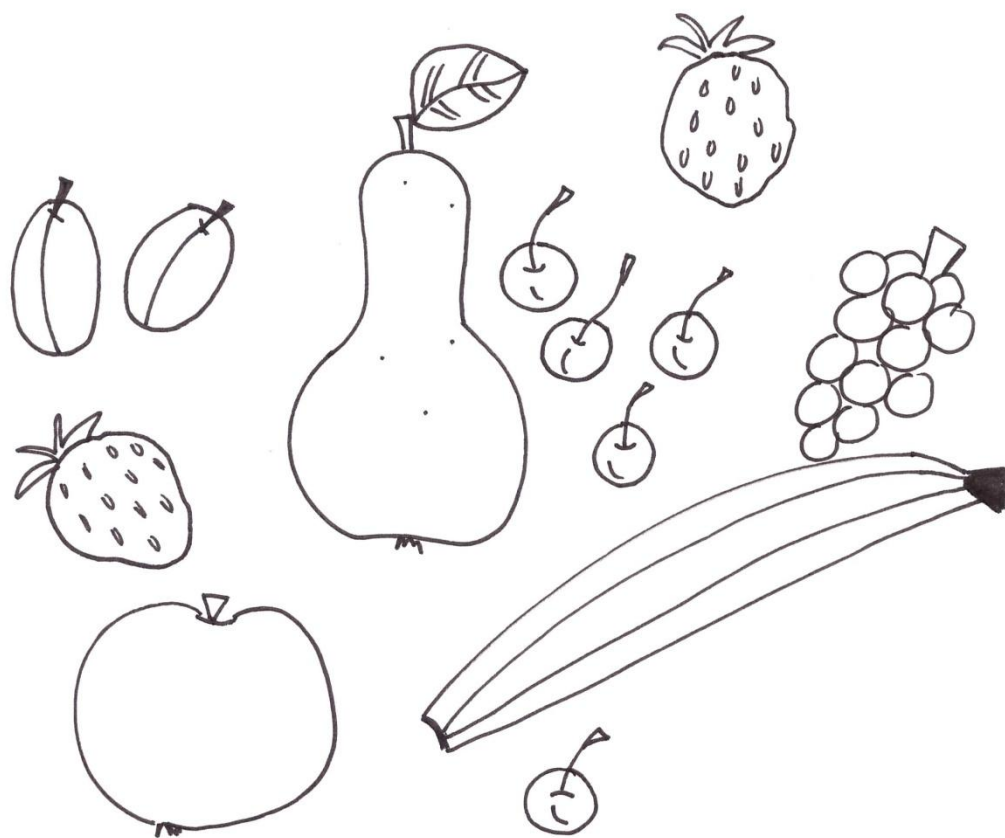
BROKOLICE











1 2 3 4 5