

MASARYKOVA UNIVERZITA
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra speciální a inkluzivní pedagogiky

**Možnosti logopedické intervence u dětí se symptomy vývojové
verbální dyspraxie**
Diplomová práce

Brno 2019

Vedoucí práce:

PhDr. Mgr. Petr Kopečný, Ph.D.

Autor práce:

Bc. Věra Tomanová

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, s využitím pouze citovaných literárních pramenů, dalších informací a zdrojů v souladu s Disciplinárním řádem pro studenty Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity a se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.“

V Brně dne

.....

Podpis

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla velmi poděkovat PhDr. Mgr. Petrovi Kopečnému Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Kateřině Blatné, která se podílela na tomto výzkumu nejen svými znalostmi, ale i časem, nápady a vřelým přístupem. Velký dík patří i rodičům dětí podílejících se na výzkumu, za jejich čas a radostnou spolupráci.

Ráda bych poděkovala také svým blízkým, kteří mne po celou dobu podporovali a byli mi velkým povzbuzením. Především chci poděkovat Bohu, který mne k této krásné práci dovedl, a provedl mne její tvorbou až do konce.

Obsah

Úvod	5
1 Teoretická východiska a základní pojmy	6
1.1 Motorika a praxie	6
1.2 Senzorická integrace	9
1.3 Narušená komunikační schopnost	16
2 Vývojová verbální dyspraxie	25
2.1 Vývojová dyspraxie.....	25
2.2 Pojetí vývojové verbální dyspraxie	29
2.3 Projevy vývojové verbální dyspraxie	32
3 Logopedická intervence	39
3.1 Logopedická intervence u dítěte v předškolním a školním věku, terapeutické využití hry.....	39
3.2 Diagnostika dětí s VVD	43
3.3 Terapie dětí s VVD	50
4 Analýza logopedické intervence u dětí se symptomy vývojové verbální dyspraxie	57
4.1 Výzkumný problém, cíle a metodologie práce.....	57
4.2 Charakteristika výzkumného vzorku.....	60
4.3 Vlastní šetření.....	64
4.4 Závěry šetření a doporučení pro praxi.....	81
Závěr	86
Resumé.....	87
Summary	87
Seznam zdrojů a literatury	88
Seznam tabulek	93
Seznam obrázků	93
Seznam příloh.....	94
Přílohy	95

Úvod

Vývojová verbální dyspraxie je zřídka se vyskytující narušení komunikační schopnosti, není proto divu, že v českých zemích je logopedická terapie této poruchy teprve v začátcích. Její symptomy se často pojí s jinými poruchami či postiženími, proto jejich odhalení není pro logopeda jednoduchou záležitostí. Běžně využívané postupy pro tvorbu nových artikulačních vzorců však pro terapii klientů s těmito symptomy nestačí, bez specifického přístupu vývoj řeči spíše stagnuje. Na několika místech naší republiky se kliničtí logopedové této specifické problematice věnují, přestože odborné znalosti i inspiraci pro svou terapii čerpají téměř pouze ze zahraničních zdrojů. Jedním z těchto zdrojů je práce Nancy Kaufman obsahující terapeutický materiál, který umožňuje logopedům vývojově a s narůstající obtížností učit klienta novým artikulačním pohybům. S úpravou pro český jazyk lze tento materiál pro terapii využít, stále však chybí způsob, jak vyvozená slova propojit s pohybem a uplatnit je tak v praktickém životě.

Teoretická část diplomové práce se skládá ze tří kapitol, které popisují základní pojmy, teoretická východiska pro přiblížení poruchy a vývojovou dyspraxii jako narušení motorického plánu. Dále se věnuje samotné vývojové verbální dyspraxii, jejím charakteristickým projevům, ale také popisuje sporná, mezi odborníky často diskutovaná témata. V závěru se věnuje také logopedické intervenci, zejména v předškolním a školním věku, ve kterém je charakteristické využití hry.

Praktickou část práce tvoří čtvrtá kapitola, která prezentuje poznatky kvalitativního výzkumného šetření. Hlavní součástí jsou tři případové studie dětí se symptomy verbální dyspraxie. Šetření probíhalo na pracovišti klinické logopedie při Zařízení pro kombinovaná postižení.

Cílem této práce je analýza využitých terapeutických postupů v logopedické intervenci u pozorovaných dětí. Ta bude vycházet především z přímého pozorování a práce s klientem s vytvořeným materiálem pro finální fázi logopedické terapie pro klienty se symptomy verbální dyspraxie – fixaci a automatizaci vyvozených slov. Vytvoření vhodného materiálu pro tuto oblast je jedním z parciálních cílů diplomové práce. Dále byla pro výzkum využita analýza osobní dokumentace a strukturované rozhovory s klinickým logopedem a rodiči.

1 Teoretická východiska a základní pojmy

1.1 Motorika a praxie

Ve speciální pedagogice se často setkáváme s narušenou motorikou, praxí (praxí), a to nejen v oblasti specifických poruch učení či somatopedie, ale také v oboru logopedie. Z definice podle Kroupové a kol.: „*Motorika* je souhrn všech pohybů lidského těla, celková pohybová schopnost organismu“ (2014, str. 168) je zřejmé, jak narušení motoriky ovlivní celou osobnost člověka, každou oblast jejího vývoje. Dvořák (2001) definuje *motoriku* jako hybnost, soubor pohybových činností živého organismu řízených nervovým systémem a uskutečňovaných kosterním svalstvem a *praxí* jako činnost, aktivitu jednotlivých orgánů. *Praxi* můžeme jinak definovat jako schopnost provádět účelné pohyby jednotlivých orgánů izolovaných nebo sekvenčních (Vitásková, 2004). Oba termíny se v praxi překrývají a zaměňují, čemuž napovídá i patologická terminologie, kdy poruchu motoriky obecně nazýváme *apraxie* či *dyspraxie*. V každém případě oba termíny označují nedílnou součást našeho života, to, co nám umožňuje fungovat v tomto světě a vyjádřit naše myšlenkové procesy vnějšími projevy.

Klasifikace

Zpravidla rozlišujeme *hrubou motoriku*, která je zajišťována velkými svalovými skupinami a *jemnou motoriku*, kterou provádějí drobné svaly. Do jemné motoriky řadíme *grafomotoriku*, *oromotoriku* (někdy je také uváděna *logomotorika*, tj. motorika mluvních orgánů, potom se oromotorika týká pouze pohybů dutiny ústní (Dvořák, 2001)), *mimiku* a *vizuomotoriku*. Oromotorika je někdy uváděna jako samostatná oblast vedle hrubé a jemné motoriky (Kroupová a kol., 2014).

Dvořák (2001) ve své obecné klasifikaci kromě *praxie orální* (tj. oromotorika) uvádí *praxii dynamickou* a *konstrukční*, přičemž první termín označuje dovednost přejít z jednoho pohybu na druhý, kdežto termín konstrukční znamená dovednost realizovat celé komplexní aktivity. Dále zmiňuje *praxii kinestetickou*, která oproti vizuomotorice nepotřebuje zpětnou zrakovou vazbu, a *praxii vizuálně-prostorovou*, která označuje schopnost pohybu v prostoru. *Pohyby* můžeme rozlišovat dle podnětu na pohyby *spontánní*, ty člověk realizuje z vlastního popudu; *reflexní*, které jsou vázány na určitý podnět; a *expresivní*, což jsou projevy psychického stavu, mají tedy vyjádřit emoci (Kroupová a kol., 2014).

Pokud bychom chtěli nahlížet na praxii z neurologického hlediska, uvedli bychom tři velké skupiny – praxii *motorickou*, která se vztahuje k motorickému chování, *ideomotorickou* týkající se motorického plánování, a *ideativní*, kterou je označována znalost a následování motorického cíle (Vitásková, 2004). Toto dělení vychází ze skladby motorické aktivity obsahující tři komponenty - *ideaci*, *motorické plánování* a *provedení pohybu* (Zelinková, 2017).

Ideace je označením pro stanovení cíle motorické činnosti. Je to schopnost formulace myšlenky a utvoření konceptu, který nám umožní efektivní interakci s okolím. Aby tento první krok aktivity mohl být vykonán, musí být vytvořeny soubory smyslových informací o věcech v okolním prostředí a o naší poloze v něm. Tyto soubory musí být následně propojeny, uspořádány a uloženy v mozkových centrech (Dvořák, 2003). **Motorické plánování** je schopnost utvoření plánu sekvence motorických akcí, jejich strukturování a dosažení tak účelné odpovědi. Pro úspěšnou realizaci motorického plánu je potřeba komplexní sensorické integrace v mozkovém kmeni a hemisférách. Aby mozek mohl naplánovat pozice těla a odeslat impulsy do efektorů svalových skupin, potřebuje ucelenou sensorickou informaci a určit sled, ve kterém budou svaly pohyb vykonávat. Samotné **provedení aktivity** je uskutečnění motorického plánu v čase a prostoru. Zapotřebí je *zpětná vazba*, která zajišťuje, že konání aktivity je v souladu s vytvořeným plánem. Na základě zpětné vazby obecně fungují regulační systémy, kdy informace o proběhlé akci mohou ovlivnit další činnost řídicího systému. Někdy se uvádí jako čtvrtý samostatný komponent motorické aktivity (Zelinková, 2017). Zpětnovazební proces probíhá simultánně (mozek má aferentní informace již během prováděné aktivity) nebo sukcesivně (aferentní informace je postupná). Aktivita se může na základě negativní zpětné vazby opakovat, ale musí dojít ke změně pohybu, někdy i motorického plánu (Dvořák, 2003).

Poruchy motoriky a praxie

K narušení praxie může dojít v každé její části, tj. ideaci, motorickém plánování i provedení samotného pohybu. Pokud je přítomna porucha motorické paměti, takže si dítě nedokáže zapamatovat určité informace, které smyslově vnímá díky svým pohybovým zkušenostem v prostředí, mluvíme o *motorické apraxii*. V případě narušení motorického plánování, které vyžaduje dobrou pozornost a sensorickou integraci, označujeme poruchu *ideomotorickou (idiokinetickou) apraxií*. Podstatou je poškození parientofrontálních obvodů s poruchou převodu sensorických informací do motorické

oblasti (Vitásková, 2004) dominantní hemisféry mozku. Důsledkem toho je narušená orientace či poloha končetin, symbolické pohyby, gesta a pantomimické pohyby. Vyskytuje se také s poruchami řeči a je přítomen deficit v osvojování nových, nesymbolických pohybů (Koukolík, 2000). Poškozeny jsou tzv. tranzitivní pohyby, které mají vztah k užívání specifického předmětu. *Kalosální* forma této apraxie vzniká v důsledku ložiskových poškození mozku. *Ideativní apraxii* označujeme poruchu finálního provedení aktivity. Často je zdůrazňována porucha převodu mezi gnozií a praxií, nedostatečná prostorová orientace a narušení programování pohybu (Koukolík, 2000). Projevuje se zmateností při vykonávání pohybu a zaměňováním kroků v postupu jeho vykonání.

Toto rozdělení apraxie uvedl neurolog Hugo Liepmann, který považoval motorické chování za interakci mezi kinetickou pamětí a pohybovými vzorci, které jsou překódovány do inervací svalových skupin. Česká neurologie se jednotně drží tohoto dělení. Další dělení uvedl Norman Geschwind, který chápe apraxii jako diskonekci korových oblastí motorických od oblastí řečových a senzoričkových. Rozlišuje *parientální apraxii* (jednostranné poškození kůry, projevuje se jako oboustranné postižení), *sympatickou apraxii* (projevuje se na nepostižené polovině těla, ale jiným způsobem) a *apraxii kalosální* (projevuje se pouze na jedné straně těla, obvykle levé). Dále se této problematice věnoval například americký neurolog Kenneth Heilman (Koukolík, 2000).

V Mezinárodní klasifikaci nemocí 10. revize (MKN-10) jsou vývojové poruchy motoriky zařazeny pod kódem F82 *Specifická vývojová porucha motorických funkcí*. V charakteristice této poruchy vylučuje mentální postižení jako příčinný faktor vzniku poruchy, stejně tak vrozené či získané neurologické postižení. Motorika může být narušena z mnoha příčin vrozených i získaných, které pro přehlednost uvádět nebudeme, ale budeme se zabývat pouze *vývojovými poruchami motoriky*. MKN-10 do této oblasti řadí:

- syndrom nemotorného dítěte;
- vývojovou koordinační poruchu;
- vývojovou dyspraxii.

Všechny tyto poruchy jsou v klasifikaci samostatně vymezeny, ale v praxi se často zaměňují, především pro svůj podobný klinický obraz. Hlavním rysem je *porucha motorické koordinace*, jak je popsána pod charakteristikou specifické vývojové poruchy motorických funkcí. Při neurologickém vyšetření není shledána žádná

patologie, při podrobnějším šetření se ale často potvrdí projevy neurologické nezralosti a jiné charakteristické rysy, které zahrnují lehké postižení hrubé i jemné motoriky (Dvořák, 2003). Kirby (2000) navíc uvádí, že porucha motorické koordinace může mít za následek nevyhraněnou lateralitu, poruchu zrakového či sluchového vnímání, zhoršenou kinestezii a propriocepci. Mezi další projevy zahrnuje obtíže s přijímáním změn, problémy s posloupností, problémy s emocemi a sociálními dovednostmi. Ty se mohou projevovat již v předškolním věku, kdy dítě může mít problém s přijímáním sociálních rolí v mateřské škole, neschopností navazovat sociální kontakty nebo na ně adekvátně reagovat. U některých dětí může následovat frustrace, kterou ventilují zlostným chováním. Následkem svého narušeného motorického vývoje, v němž nedostačují svým vrstevníkům, se může u dětí s poruchou motoriky projevit citlivější emoční prožívání. Tím, že jsou déle a intenzivněji vázáni na pomoc dospělých osob (fyzickou, ale i psychickou), celkově takto působí nevyzrálé. Problémy jsou ovšem daleko více znatelné ve školním vyučování, kdy mohou způsobit závažné potíže. Některé příklady problémů, které se ve vyučování manifestují, uvádí Kohoutek (2007): občasné třesy a záškuby, značná neobratnost a nesamostatnost v sebeobsluze, neuspořádanost pohybů při chůzi, časté upadnutí a úrazy, nápadné grimasy, diskoordinace pohybů aj. Nedostatky v grafomotorice mají za následek neúhledný kresebný projev, přestože na jeho realizaci bylo vynaloženo nadměrné úsilí.

1.2 Senzorická integrace

Mnoho skrytých problémů, se kterými se potýkají děti během svého vývoje a v průběhu školní docházky, jako je např. snížená pozornost nebo problémy v chování, je zapříčiněno narušením sensorické integrace (Ayres & Robbins, 2005). Toto narušení není na první pohled zřetelné, ale potýkají se s ním děti po celém světě. I když je toto narušení mnohdy signifikantní pro vývoj dítěte, často je přehlížené odborníky, kteří se zaměřují na jiné aspekty zdraví a vývoje. Přirozeně potom nejčastěji problémy s poruchou sensorické integrace zaznamenávají rodiče, ale bez odborných znalostí nemohou poskytnout dítěti náležitou podporu a ani nemohou dostatečně pochopit, co se v dítěti odehrává.

Senzorická integrace (SI) je nevědomý neurologický proces, který organizuje smyslové vnímání přicházející z vnitřního prostředí těla i jeho okolí a umožňuje nám efektivně v tomto prostředí reagovat. Uspořádává informace přicházející skrz smysly

a vybírá, na které zaměřit pozornost a které ignorovat, tvoří skrytý základ pro akademické učení a sociální chování (Ayres & Robbins, 2005). SI spojuje vjemy přicházející skrz základních pět smyslů - *zrak, sluch, taktilní systém (hmat), čich, chuť*, a další tři – *vestibulární (rovnovážný) systém, propioceptivní systém (systém pohybového a polohového vnímání) a vjemy přicházející z vnitřních orgánů*. Každý člověk přitom během svého jedinečného vývoje posiluje integraci některých smyslů více, než těch ostatních např. malíř svou tvorbou nejvíce posiluje koordinaci oko-ruka, tudíž integruje vjemy, které jsou percipované zrakem a taktilním systémem. Nezbytnou roli hraje dobrá funkce nervového systému. Dítě je po narození vybaveno základní kapacitou pro dobrou senzoryckou integraci, která se ale musí postupně vyvíjet, aby kapacitu naplnila. To se děje při nejrůznějších interakcích s okolním světem během zdárného vývoje v podnětném prostředí, kdy se dítě musí učit adaptovat své tělo i mozek na různé psychické a fyzické změny. Postupně během vývoje tak dochází k ucelené integraci člověka s jeho okolím, která je základem pro přiměřené uspokojování životních potřeb (Taylor, a kol. 2018).

Na základě těchto poznatků o významu SI a faktu, že narušení SI je často podstatou neurologických poruch a dysfunkcí (jakou je např. vývojová dyspraxie), vznikl jako součást Bobath konceptu diagnostický a terapeutický *koncept Senzorická integrace*. Jeho zakladatelkou je americká ergoterapeutka A. Joan Ayres, která své poznatky i praktické návody, jak podpořit senzoryckou integraci u dětí, popsala ve výše citované knize. V našem prostředí vznikla asociace, která pořádá kurzy tohoto přístupu za účelem jeho šíření, prosazování v odborné praxi, zejména pro logopedy, ergoterapeuty, fyzioterapeuty a psychology.

Vývoj senzorycké integrace

Vývoj senzorycké integrace se odehrává v prvních sedmi letech dítěte, kdy se učí používat své smysly a vnímat své tělo, svět kolem sebe a pohybovat se v něm. Funkce senzorycké integrace se vyvíjejí v přirozeném pořadí již od prenatálního období, u každého dítěte však jinou rychlostí.

Po narození kojeneček vnímá smyslové vjemy, ale nedokáže je dostatečně uspořádat. Posléze se učí, co vjemy znamenají a jak je pojmenovat, později se díky nim učí zvládat své emoce. Odpovědí na první vjemy je první forma *komunikace* – křik, kterým novorozenec reaguje na různé změny a zpravidla je jednotvárný. *Sluch* jako smyslový vjem je po narození vyvinutý dobře, dítě je schopné slyšet rozdílné zvuky, vnímá

rozdílnost lidského hlasu a zvuku na pozadí. Zde ale nastupuje rozvíjení specifických sluchových funkcí jako je sluchová diferenciacce, diskriminace, analýza a syntéza, vnímání rytmu, naslouchání aj. Na rozdíl od sluchu, *zrak* se teprve v prvních měsících života zdokonaluje. Novorozenec je schopen zrakově rozeznávat pohyb, který je schopen sledovat i mírným pohybem hlavy, rozlišuje základní barvy a lidské obličej (Langmeier & Krejčířová, 2006). Zraková ostrost je však až 30x menší oproti dospělému člověku, a normy dospělého dosáhne až po ukončeném prvním roce života. Ostatní ze smyslů, tedy *hmat*, *čich* a *chuť*, se velmi dobře vyvinuli již během intrauterinního vývoje. Langmaier a Krejčířová uvádějí, že čich a chuť jsou v novorozeneckém období vyvinuty lépe, než po zbytek života (2006).

V prvním měsíci života jsou *hmatové vjemy* velmi důležité pro celkový vývoj, zejména doteky kojence a matky mají vliv na vývoj mozku. Novorozenec vnímá také *rovnováhu a pohyb*, reaguje na ně novorozeneckými reflexy, které mají ochrannou funkci. Mozek dítěte vnímá pohyby, které s ním vykonává matka v náručí, vjemy jsou organizovány v mozku. Ve *vývoji motoriky* člověka se uplatňují Gesselovy zákonitosti vývojového směru (kefalokaudální – vývoj od hlavy k patě, proximodistální – vývoj od středu těla k periférii a ulnoradiální – vývoj úchopu od malíčku k palci). Díky pravidlu kefalokaudálního vývoje se v následujících měsících dítě rychle učí ovládat nejprve pohyby očí a hlavy (Ayres & Robbins, 2005), vzpřímená poloha hlavy je základem pro další motorický rozvoj a pohyb v prostoru. Pro tuto dovednost dítě potřebuje integrovat informace o pohybu a rovnováze z vnitřního ucha, vjemy očních a krčních svalů. *Hlasové projevy* kojence se kolem šestého týdne mění, lze rozpoznat rozdílný charakter křiku, ke kterému dítě používá především tvrdý hlasový začátek. Dále se objevují různé hrdelní zvuky, které nazýváme broukáním a k jejich realizaci je již zapotřebí užívání měkkého hlasového začátku. Postupně dítě získává kontrolu nad melodií svých hlasových pokusů a přechází do stádia pudového žvatlání (Bytešnicková, 2012).

V šestém měsíci je již dítě schopno lokomoce horních končetin ve velkém rozsahu, ale i jemná motorika je mnohem zdatnější, což naznačuje vývoj úchopu. Pokud dítě spojuje své paže, je to znakem dobré koordinace mozkových hemisfér, pomocí úchopu se také postupně dostává do sedu. Známkou dobré sensorické integrace je úchop dvou předmětů oběma rukama a jejich kontakt ve vzduchu, zároveň je dítě schopno předmětem více manipulovat, protože zápěstí je již volnější k otáčení. Tento pohyb je prvním volně plánovaným pohybem, všechny dříve prováděné pohyby horních

končetin byly automatické (Ayres & Robbins, 2005). Dobré propojení *sluchových a zrakových* vjemů se vjemy *orálního svalstva a hlasového ústrojí* má za následek nástup období napodobivého žvatlání, kdy se dítě snaží za pomoci vizuální i hlasové kontroly imitovat zvuky okolí. V tomto období je možné diagnostikovat sluchovou vadu, protože u neslyšících či těžce sluchově postižených jedinců napodobivé žvatlání utichá, mluvíme tedy o kritickém momentu vývoje řeči (Bytešníková, 2012).

V devátém měsíci již používá k lokomoci kolena, což mu umožní získat mnohem více podnětů a vjemů z okolí. Učí se vnímat vzdálenost a velikost předmětů, s nimiž již manipuluje zcela plánovaně, předměty už samo vyhledává.

Poslední tři měsíce v prvním roce jsou pro dítě stěžejní díky mnoha novým dovednostem. Jeho nervový systém je již stimulován množstvím různorodých podnětů, což je možné zejména díky jeho rozsahu pohybu a schopnosti vzpřímeného stoje. Díky nim může integrovat řadu pohybových, polohových, sluchových, zrakových, svalových a vjemů. Integrace těchto vjemů má za následek rozumění řeči a realizaci prvních slov dítěte.

Během druhého roku se dítě učí mnoha komplexním činnostem jako je chůze a řeč. *Chůze* se během batolecího období zdokonaluje, postupně zvládá chůzi do i ze schodů, překonává těžší terén bez pádů (Langmeier & Krejčířová, 2006). Dítě se také zlepšuje ve šplhu, který vyžaduje vysokou úroveň senzorycké integrace a vede k lepšímu vnímání prostoru. Můžeme také zaznamenat lepší *orientaci na vlastním těle* a vnímání doteku – dítě je schopno přesně označit místo, kde pocítilo dotek. Pokud senzorycká integrace hmatových a zrakových vjemů o těle není dostatečně vyvinutá, mohou se později vyskytnout problémy s vnímáním těla a jeho částí při nejrůznějších úkonech (Ayres & Robbins, 2005). V oblasti *jemné motoriky* se zlepšuje pouštění předmětů a celková manipulace s předměty začíná být přesnější a pružnější. S tím souvisí stále zlepšující se schopnost zrakového rozlišování. V batolecím období nastává emocionálně-volní období *ve vývoji řeči*, kdy dítě používá jednoduchá slova ve funkci celých vět k vyjádření svých pocitů a přání (Bytešníková, 2012), zastoupena jsou především onomatopoická citoslovce. Následně nastupuje egocentrické stádium řeči, kdy lze zaznamenat první věk otázek a dítě začíná tvořit věty o dvou slovech.

Od třetího do sedmého roku nastává kritická doba pro senzoryckou integraci. Během těchto pěti let je mozek nejvíce schopen přijímat senzorycké vjemy, uspořádat je a vytvořit potřebné propojení, proto je potřeba vyšší aktivity dítěte, kterou zdravé dítě spontánně provádí. Tyto činnosti jsou důležité pro následující intelektuální, sociální

a osobnostní vývoj člověka (Ayres & Robbins, 2005). Největších pokroků během těchto pěti let dítě dosahuje v *řečovém vývoji*, kdy se postupně dostává do stádia asociačně-reprodukčního. Rozvíjí se komunikační řeč, dítě komunikuje s určitým cílem a odhaluje komunikační funkci řeči. V navazujícím stádiu logických pojmů se dítě dostává na druhou signální úroveň, kdy začíná používat abstraktní a všeobecná slova, následně lze také rozpoznat druhý věk otázek. Se čtvrtým rokem života se dítě dostává do stádia intelektualizace řeči, které trvá po celý život a člověk si rozšiřuje slovní zásobu, zpřesňuje obsah slov a ukotvuje gramatické formy (Klenková, 2006).

Nervový systém

Senzorická integrace zajišťuje organizování smyslových vstupů tak, že mozek může tvořit odpovídající odezvy těla, postřehy, emoce a myšlenky. Abychom přesně porozuměli tomu, co se v takovou chvíli v mozku odehrává, musíme se seznámit blíže s fungováním celého nervového systému. Nervovým systémem nazýváme soustavu dvou mozkových hemisfér, mozečku, mozkového kmene, prodloužené míchy a soustavou nervů, které pokračují do celého těla, základní stavební jednotkou je neuron. Jejich prostřednictvím se šíří informace ve formě chemických či elektrických impulzů, které facilitují či inhibují změny v jiných neuronech, svalech nebo žlázách (tyto souhrnně nazýváme *efektory*), což se nakonec projeví jako pohyb, vjem, myšlenka či jiný projev tělesné, psychické nebo mimovolní funkce (Cherry, 2017). Neuron se skládá z jádra a dendritů, výběžků, které přijímají impulzy a dále se větví (tzv. princip divergence). Axony jsou výběžky, které daný signál odesílají, a v neuronu je vždy pouze jeden. Na jejich konci se pomocí synaptických spojů (označují se také jako presynaptická zakončení axonu nebo synaptický knoflík) napojují na dendrity nebo efektory, takto se v mozku vytváří celá funkční a morfologická uskupení (Love & Webb, 2009). Receptory, tedy orgány těla přijímající informace o těle a jeho okolí, mění přijímanou energii na elektrický signál, který posílají pomocí nervových vláken do prodloužené míchy a mozku. Proudění elektrické energie, které do mozku proudí, nazýváme *smyslový vstup*.

Přes 80 % nervového systému se podílí na zpracování nebo organizaci smyslového vstupu, který využívá k produkci znalostí a postřehů a mění je v pokyny ke změně polohy, k pohybu, plánování a koordinaci pohybu, učení, tvoření vzpomínek, myšlenek atd. (Ayres & Robbins, 2005). Jádra v *mozkovém kmene* zpracovávají pohybové a polohové vjemy přicházející z vnitřního ucha, ale také vjemy týkající se kloubů

a svalů. *Mozeček* (cerebellum) rozvádí a rozšiřuje funkce mozkového kmene, zatímco *mozkové hemisféry* provádí nejsložitější zpracování smyslových vjemů. Ovládají plánování pohybu těla a zároveň je zde umístěn *limbický systém*, který má na starosti zpracování emocí. *Mozková kůra* má mnoho oblastí, které mají na starosti různé funkce – zrakovou a sluchovou percepci, rozumění zvuků i řeči nebo zpracování vjemů vnitřních orgánů. Přestože mnoho z těchto oblastí může zpracovat vjemy pouze jednoho smyslu, přijímat může informace o smyslech všech (Ayres & Robbins, 2005). Pokud tedy oblast mozkové kůry v týlním laloku zpracuje zrakové vjemy, zároveň přijímá sluchové, hmatové či čichové vjemy o stejném objektu. Tyto informace se mohou vzájemně *inhibovat* (zabrání tím nadměrné reakci) nebo *facilitovat*, čímž vytvářejí princip modulace tzv. sebe-organizaci nervového systému. Mozková kůra pak pokračuje v integraci těchto vjemů, aby zformovala jejich jednotný celek. K tomu slouží *oblasti asociace*, kam putují zpracované smyslové vjemy, asociují se se vzpomínkami podobných vjemů a formují se, oblast asociace vytváří vyhodnocení a potenciálně odesílá odpověď. Musíme si však uvědomit, že vzniklé poruchy učení či narušení sensorické integrace nemusí být důsledkem špatné funkce mozkové kůry. Přestože oblasti asociace zajišťují nejvyšší stupeň sensorické integrace, Ayres a Robbins (2005) uvádějí, že poruchy funkce mozkové kůry jsou zpravidla zapříčiněny problémy ve zpracování na nižších stupních nervového systému.

Oslabená sensorická integrace

Pokud je sensorická integrace oslabená, mozek nepracuje zcela účinně a přirozeně, nedokáže dostatečně zpracovat sensorický vstup. Bez dobré SI se stává učení obtížnějším, jedinec se cítí nejistý a nedokáže vhodně reagovat na neobvyklé situace a stres. Nemusí však být jediným důvodem poruch učení a chování, ale mnoho dětí se specifickými problémy učení známky oslabené SI vykazuje. Toto oslabení můžeme také nazvat jako *sensorickou integrační poruchu* (Ayres & Robbins, 2005) nebo *sensorickou poruchou zpracování* (Kranowitz, 2005). Jedná se o dysfunkci, která nemá organický podklad. Může být zapříčiněna prodělaným onemocněním nebo úrazem, zpravidla však děti s poruchou SI skutečné poškození mozku nemají. Poruchu SI nelze ani ztotožňovat s mentální retardací. Zatímco při mentální retardaci je počet neuronů v CNS redukován, sensorická integrační porucha svědčí o jejich chybném uspořádání a nedostatečném propojení. Předpona dys- u označení dysfunkce SI napovídá, že se jedná o poruchu, nikoli o vymizení funkce sensorické integrace. Také se toto narušení

uspořádání netýká celého nervového systému, ale pouze jeho části. To znamená, že celý vývoj osobnosti dítěte je nerovnoměrný, protože v některých oblastech se vyvíjí stejně jako jeho intaktní vrstevníci, přičemž v jiných oblastech je vývoj opožděný či narušený. Dítě s poruchou SI má obvykle větší problémy s motorickým plánováním, naopak uvažování a intelekt jsou v jejich případě mnohdy nadprůměrné.

Etiologie senzorické integrační poruchy není zcela známá. Ayres a Robbins uvádějí: „Mnoho odborníků se domnívá, že vzrůstající množství toxinů, virů a chemikálií v našem prostředí mohou přispívat ke vzniku dysfunkce. U některých dětí se můžeme setkat s kombinací dědičných faktorů a faktorů životního prostředí“ (2005). Tuto tezi vysvětlují tím, že některé *genetické faktory* zvyšují citlivost nervové soustavy tak, že během prenatálního období škodlivé *vlivy životního prostředí* poté snáze poškodí synaptické spoje mezi neurony. Genetické zatížení zpravidla sledujeme již v dřívější rodinné anamnéze (Kranowitz, 2005). Dále může mít vliv *hypoxie* při narození, *nizká porodní váha* nebo *předčasný porod*. *Podnětová deprivace* dítěte během raného vývoje podle Ayres a Robbins (2005) většinou nemá za následek senzorickou integrační poruchu, pokud již není přítomna nějaká forma neurologického postižení. Naopak Kranowitz (2005) tvrdí, že nedostatek podnětů např. u dětí vyrůstajících v institucionální výchově je jeden z příčinných faktorů dysfunkce SI.

Vestibulární systém tvoří jakýsi základ pro participaci všech ostatních smyslů na smyslové integraci. Je to proto, že má velmi mnoho propojení téměř se všemi ostatními částmi mozku, vestibulární jádra v prodloužené míše přijímají i senzorický vstup ostatních smyslů. Také přijímá informace z dalších částí centrálního nervového systému a následně odesílají vytvořené impulzy do efektorů celého těla. Proces modulace je redukování nebo růst vestibulární aktivity, aby se udržela rovnováha s ostatními funkcemi nervového systému. Porucha modulace může mít dopad různé závažnosti, funkce CNS jsou neorganizované a impulzy nejsou správně zpracovány. Poškození vestibulárního systému můžeme rozdělit na dvě základní skupiny – mozek reaguje na vestibulární vstup nedostatečně, nebo reaguje přehnaně.

Vestibulární systém, jehož reakce jsou nedostatečné, označují Ayres a Robbins (2005) jako *vestibulárně-bilaterální poruchu*. Její projevy jsou spíše nenápadné a projevují se zejména jako poruchy učení (dyslexie, poruchy koncentrace pozornosti), přestože děti s touto poruchou mají převážně průměrné až nadprůměrné IQ (Kranowitz, 2005). *Oční svaly* nejsou schopné sledovat pohybující se předmět, narušený vestibulární systém nezajišťuje stabilitu zorného pole. Kvůli nedostatečnému propioceptivnímu

vstupu jsou ochuzené i impulsy pro svalstvo celého těla, problémy se tedy vyskytují i v *rovnováze a pohybu* dítěte. To nemusí dostatečně vnímat sensorické podněty, proto se je snaží kompenzovat podněty stále silnějšími. Často se u těchto dětí objeví špatná *integrace mozkových hemisfér*, což se projevuje obtížemi v používání obou paží, ztrátou orientace či neporozumění instrukci. Problémy se nejvíce projevují při časovém tlaku nebo nových, neznámých úkolech. Ayres a Robbins (2005) zmiňují dopad na komunikační schopnost. Uvádějí, že až 70 % dětí s NKS má nedostatečně reakční vestibulární systém, v největší míře je dysfunkční u dětí s poruchou syntaxe. Uvážíme-li, že *řeč* je funkce vyšší nervové činnosti, pro její vývoj a použití je zapotřebí konstantní interakce mezi vyššími a nižšími mozkovými centry a bezchybná sensorická integrace mezi nimi.

Pokud je vestibulární systém přehnaně reaktivní, můžeme rozlišit dva typy narušení – *gravitační/posturální nejistotu a nesnášenlivost pohybu* (Kranowitz, 2005). Dítě s gravitační nejistotou si často není jisté svými pohybovými možnostmi, přestože jeho koordinace a rovnováha je lepší, než u vestibulárně-bilaterální poruchy. Neobvyklá poloha či pohyb způsobují strach a úzkost, nejbezpečněji se cítí s oběma nohama pevně na zemi, ale rozhodující je poloha hlavy. Je to následek nedostatečného zpracování vjemů gravitace a nízké integrace vestibulárních a proprioceptivních vjemů, protože dítě nemá dostatek pohybových zkušeností. Toto omezení nezpůsobuje problémy v učení, ale může se pojit s dalšími neurologickými potížemi. Při nesnášenlivosti pohybu je dítě náchylné k nevolnosti při intenzivních pohybových zážitcích. Zřejmě je to způsobeno nesprávnou funkcí polokruhovitých kanálků, které jsou pohybem stimulovány více, naopak receptory gravitace dostatečně stimulovány nejsou. Přestože tato porucha není natolik prozkoumána, odborníci se domnívají, že tato porucha nemá dopad na učení, ale může narušit psychický vývoj a sebevědomí (Ayres & Robbins, 2005).

1.3 Narušená komunikační schopnost

Narušená komunikační schopnost (NKS) *ang. Communicative disorder* (ASHA, 1993), *něm. Gestörte Kommunikationsfähigkeit* (Grohnfeldt, 2002) je základní kategorií poměrně mladého vědního oboru logopedie. **Logopedie** se začala utvářet jako samostatný vědní obor ve dvacátých letech dvacátého století, za počátek logopedie v českém a slovenském prostředí se považuje vydání první logopedické učebnice Rudolfem Kratochvílem v roce 1924. Dodnes ale není mezi vědami stále ukotvená,

o čemž svědčí i rozporuplné názory lékařů a odborníků, kteří se sami logopedii věnovali (Škodová & Jedlička, 2007). Například foniatr Fröschels definoval logopedii jako čistě lékařskou vědu, nedlouho potom doktor Sovák, který byl též foniatrem, ji definoval jako obor speciální pedagogiky (Klenková, 2006). V českém prostředí je tedy nasměrována mezi speciálně pedagogické vědy, kam se ji snažil zařadit Miloš Sovák již v polovině dvacátého století (Sovák, 1981). Je zapotřebí zmínit, že logopedie se u nás vyvíjela odlišně než v jiných částech světa i Evropy, proto i její umístění mezi vědami se v českém prostředí a v zahraničí liší. Mezi další faktory, které zařazení logopedie ovlivňují, patří např. vědecká orientace, specifické regionální podmínky, personální konstelace dané země a interdisciplinární podmínky (Škodová & Jedlička, 2007). Dá se proto předpokládat, že se budou lišit i přístupy v terapii NKS v jednotlivých zemích světa. V současné době zde máme dva hlavní vývojové trendy, které určují směřování logopedie. První tzv. *practicistický trend* představuje logopedii jako návod na eliminaci poruch řeči a nabízí nám soubor instrukcí na odstranění jednotlivých typů NKS. Přitom ale neuvažuje o její efektivní aplikaci v širším měřítku (Lechta, 2002). Tento přístup můžeme spatřovat např. v Itálii nebo částečně v Německu. Druhý tzv. *emancipační trend* pohlíží na logopedii jako na emancipující vědní disciplínu, která má svá práva a povinnosti. Tímto způsobem si může uchovat rovnocenné postavení mezi ostatními vědními obory, aniž by ztratila možnost interdisciplinárních vztahů a odřízla by se tak od nezbytné spolupráce s hraničními obory (Klenková, 2006). Příkladem tohoto přístupu v praxi je např. Velká Británie, USA, částečně Německo, Belgie či Nizozemí.

Grohnfeldt (2002) a Lechta (2003) upozorňují na *změnu paradigmatu* z orientace na výslovnost k orientaci na všechny jazykové roviny, tj. přeměna na paradigma holistické (celostní). Proto se také v oboru logopedie zavedlo označení *narušená komunikační schopnost*, které na rozdíl od předchozích označení *porucha řeči*, *vada řeči atd.* lépe a zcela vystihuje zaměření oboru. Tento název nevyklučuje původní termíny, nýbrž je zastřešuje spolu s jinými možnými narušeními komunikace jako celku, např. respektuje možné narušení pragmatické jazykové roviny, které bylo předtím dlouho opomíjeno. Pokud je narušena pragmatická jazyková rovina, podmínky k realizaci řeči mohou být zachovány, komunikace však i přesto nebude efektivní.

Dnes se logopedie věnuje výchově, vzdělávání a komplexní péči o osoby s NKS, ale také prevenci vzniku tohoto narušení, soustředí se tedy na patologickou stránku komunikačního procesu (Klenková, 1997). Abychom dostatečně porozuměli jejímu

významu v individuálním i společenském měřítku, vymezíme si některé termíny, které jsou nezbytné pro přiblížení problematiky narušené komunikační schopnosti.

Komunikační schopnost můžeme chápat jako schopnost uplatnit jazyk ve kterékoli jeho podobě ke sdělení libovolné informace. Není to pouze uplatňování gramatických pravidel či osvojení slovní zásoby, verbální komunikace zahrnuje pouze 7 % procesu přenosu informace. Pro plně funkční komunikační schopnost je zapotřebí zahrnutí všech jazykových rovin – foneticko-fonologické, lexikálně-sémantické, morfologicko-syntaktické a pragmatické, které jsou vzájemně komplementární. *Komunikace* je základní charakteristikou života, protože je nezbytná v jakékoli oblasti prožívání každého živého organismu. Dvořák (2007, str. 102) komunikaci definuje jako „přenos různých informačních obsahů pomocí různých komunikačních systémů zejména prostřednictvím jazyka; výměna informací, sdělování a dorozumívání.“ Klenková (2006) zdůrazňuje její roli v mezilidských vztazích – uvádí, že je to lidská schopnost užívání jazykových prostředků k tvorbě, udržování mezilidských vztahů, silně ovlivňuje rozvoj osobnosti.

Lejska (2003) rozděluje komunikaci na *smyslovou a mimosmyslovou*, smyslovou dále dělí na *neakustickou* (optickou, čichovou, hmatovou a chuťovou) a *akustickou*, kterou dále rozlišuje dle charakteru zvuku – zvukové pozadí, obecné zvuky (I. signální soustava) a pojmovou (II. signální soustava). Zvukové pozadí jsou zvuky, které v běžné komunikaci nebereme na zřetel, jsou podkresem další komunikace. Pojmová neboli verbální komunikace je specificky lidskou vlastností a její základní jednotkou je slovo. Jako příklad mimosmyslové komunikace lze uvést např. řízení krevního tlaku a glykemie.

Je pochopitelné, že komunikace se v různých částech světa vyvíjela odlišně a verbální složka komunikace se mnohdy zcela liší. V různých kulturách se jinak upřednostňují jednotlivé složky komunikace a jednotlivé jazykové roviny mají v komunikaci různý význam. Lze potom chápat, že i proces reedukace narušené komunikační schopnosti se liší dle charakteristik daného národa, vývoje jazyka a stylu komunikace.

Narušenou komunikační schopnost klasifikujeme ve chvíli, kdy jedna či více jazykových rovin působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru jednotlivce (Lechta, 2003). Může být narušen proces vysílání signálu (expresivní složka řeči) a to tak, že příjemci je ztíženo či znemožněno porozumění předávané informace. K narušení

může dojít taktéž při přijímání a zpracování informace (receptivní složka řeči). Komunikace může být narušena trvale či přechodně, což zaznamenáváme většinou u lehčích narušení výslovnosti. Lze rozlišit také narušení získané či vrozené, dominující nebo tzv. symptomatickou poruchou řeči, tedy symptom jiného, závažnějšího postižení či onemocnění. Dále NKS rozlišujeme podle uvědomění si svého postižení/vady jedincem, protože v některých případech si člověk nemusí být narušení vědom (např. tumultus sermonis). NKS může být úplné nebo parciální, což se mimo jiné rozlišuje v odborné terminologii (viz kap. 2.1).

NKS s narušením motoriky

Mezi motoricky podmíněné poruchy řeči typicky zařazujeme dvě velké skupiny řečových poruch, a to dysartrii a vývojovou verbální dyspraxii (Dvořák, 2003). V praxi se můžeme setkat s kombinací těchto poruch, diagnózu poté určujeme podle převládajícího postižení, pokud lze převládající postižení určit. Dále můžeme jako motorickou poruchu označit některé typy afázií, tedy získanou poruchu řeči, která vzniká organickým narušením centrální nervové soustavy. Vývojová centrální porucha řeči klasifikovaná jako specificky narušený vývoj řeči nebo vývojová dysfázie se také v některých ohledech označuje za poruchu motorickou (v praxi rozlišujeme navíc senzoryckou a smíšenou) a v tomto případě ji řadíme do expresních poruch řeči (dle MKN-10 F80.1) (Bendová, 2012). Převážně se toto dělení vzhledem ke komplexnímu charakteru poruchy nepoužívá (Pospíšilová in Neubauer, 2018), proto je možné VD zařadit také mezi fonologické poruchy.

Projevy všech těchto poruch pozorujeme zejména v expresivní stránce řeči, jejíž narušení je důsledkem chybného zpracování řečového signálu. Aby nedošlo k určení chybné diagnózy a záměně symptomů těchto narušení, je třeba provést důkladnou diferenciatní diagnostiku.

Dysartrie je na rozdíl od ostatních motorických poruch způsobena narušením inervace, tj. hereditární specifické spojení nervové soustavy s orgány nervovými vlákny (Dvořák, 2007), artikulačních hybných orgánů (Sovák, 1981) a dle klasického symptomatického dělení NKS se zařazuje spolu s dyslalií do poruch artikulace. Problém v tomto případě tedy není v přenosu informací z mozkového centra k artikulačním orgánům, ani v jejich jazykovém kódování. Díky různorodosti obtíží ve svalové kontrole řečových mechanismů zahrnuje mnoho typů řečových poruch (Škodová

& Jedlička, 2007). Postižena je mnohdy nejen artikulace, ale také fonace, respirace a rezonance, mohou být zasaženy tedy všechny modalitty motorické realizace řeči. Její nejzávažnější formou je anartrie, která představuje praktickou neschopnost verbální artikulace.

Dysartrie se nejčastěji vyskytuje u dětí s mozkovou obrnou (MO) – v tomto případě ji můžeme nazvat vývojovou dysartrií. Dle Škodové a Jedličky (2007) je výskyt dysartrie u dětí s MO v rozmezí 60 – 70 %. V dětském věku jsou dalšími příčinami vzniku úrazy hlavy a mozkové nádory. Může ale také vzniknout v pozdějších obdobích života jako následek neurologických nebo cévních onemocnění (cévní mozková příhoda), nádorů, úrazů hlavy, pooperační stavy mozkového kmene, degenerativními onemocněními CNS (Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza) nebo jeho toxickými poškozeními (Klenková, 2006).

Symptomy dysartrie závisí na lokalizaci léze, podle níž se také dysartrie dělí na jednotlivé typy. Etiologie není pro symptomatologii stěžejní, proto se mohou vyskytovat podobné dysartrické příznaky při různých neurologických postiženích či onemocněních (Lechta, 2003).

Vývojovou dysfázií nazýváme centrální vývojovou poruchu řeči, neboli specificky narušený vývoj řeči, v literatuře se také můžeme setkat s označením specifická jazyková porucha. Různí autoři toto specifické narušení vývoje řeči charakterizují odlišnými symptomy i etiologií, např. Sovák (1981) jako signifikantní symptom označoval vývojovou nemluvnost, která je způsobena orgánovými (nevyzrálou CNS, lehká mozková dysfunkce) i funkcionálními (nepodněné sociální prostředí) vlivy. Její příznaky jsou pak zřejmé především v řeči, ale také v celkové osobnosti dítěte. Pro srovnání Kejklíčková (2016) uvádí, že dysfázie je typ narušení omezený na jazyk a vyskytuje se u dětí, které jsou v ostatních oblastech průměrné či nadprůměrné. Důkazy, které vypovídají o souvisejících nedostatcích např. v kognici či motorice, označuje za kontroverzní. Mikulajová (in Lechta, 2003) na druhou stranu nesouhlasí s možností vzniku poruchy na základě funkcionálních vlivů tak, jak uvádí Sovák (kromě extrémních případů - „dětí džungle“), a jako etiologický faktor pokládá předně lehkou mozkovou dysfunkci. Přesto respektuje všeobecně rozšířenou Sovákovu klasifikaci, která vychází z etiologického hlediska. Sama potom definuje vývojovou dysfázií jako narušení komunikační schopnosti, ke kterému dochází poškozením raně vyvíjející se centrální nervové soustavy a může se projevat neschopností nebo sníženou

schopností verbálně komunikovat, přestože podmínky pro rozvoj jsou dobré (Mikulajová & Rafajdusová, 1993). Také zastává názor, že je u této poruchy zasažena celá osobnost dítěte, mj. zasahuje motoriku, grafomotoriku a kognitivní funkce. Obdobně charakterizuje vývojovou dysfázii i Škodová a Jedlička (2003).

Určení jednoznačné etiologie není v žádném případě jednoduchou záležitostí, stejně jako u verbální vývojové dyspraxie (dále VVD). Je možné setkat se s konstatováním, že vývojová dysfázie má multidimenzionální charakter. Mikulajová (2003) uvádí, že poškození mozku či mozková dysfunkce nejčastěji zasahuje řečové zóny levé hemisféry. Stejně poškození uvádí Dvořák (2003) pro získanou verbální dyspraxii u dospělých, ale na rozdíl od získané dyspraxie je příčinou dysfázie poškození mozku difuzní. Novější studie také uvádějí četná bilaterální poškození v kortikální a subkortikální oblasti (Neubauer, 2018).

Afázie je další poruchou komunikační schopnosti, se kterou se můžeme v rámci diferenciální diagnostiky u osob s vývojovou verbální dyspraxií setkat. Přestože se liší etiologií, symptomy v expresivní rovině řeči mohou být u některých typů afázie zaměnitelné za projevy VVD. Dvořák (2007, str. 16) ve svém Logopedickém výkladovém slovníku charakterizuje afázii takto: „Získaná chorobná ztráta řeči, izolovaná ztráta schopnosti tvořit věty organického původu.“ Spolu s motorickou apraxií patří do poruch vyšších kortikálních činností (ty jsou prováděny fylogeneticky nejmladší částí mozku, tj. kůrou mozkových hemisfér), které jsou specifické pro člověka a řídí vnitřní funkce organismu, psychické funkce i řeč (Klenková, 2006).

Hlavním faktorem v diferenciální diagnostice je, že afázie vzniká na základě poškození mozku v období po plném rozvinutí řeči, je to tedy získaná porucha řeči. Jako u ostatních poruch, které vznikají na základě postižení CNS, závisí na lokalizaci a rozsahu léze, v tomto případě hraje roli i etiologie. Mezi hlavní etiologické faktory řadíme cévní mozkové příhody, úrazy, nádory, zánětlivá a degenerativní onemocnění a také intoxikace (Klenková, 2006). Klasifikace typů afázie vychází z lokalizace léze, nejznámější je Bostonská klasifikace, která je v české logopedické praxi hojně využívána. Zdůrazňuje lingvistický aspekt (dále se používá Lurijova či Hrbkova klasifikace, které se zaměřují na deficity ve všech oblastech osobnosti), v němž hodnotí čtyři řečové modalitě – pojmenování, fluence, porozumění a opakování. Jednotlivé typy potom můžeme rozdělit na motorické, senzorycké a globální, přičemž Brocova afázie, která se řadí mezi poruchy motorické, je někdy označována za afemii (neschopnost

a nedovednost mluvit - tedy verbální apraxie či anartrie) (Šišmová, 2014). Tento pojem již zmiňoval Sovák (1981) pro označení vývojové dysfázie - chtěl tím poukázat na to, že jde nejen o poruchu artikulace, ale také o narušení všech fatických funkcí, které zajišťují tvorbu a porozumění řeči. Tato skutečnost zřetelně ukazuje na to, jak jsou projevy těchto poruch podobné. Pokud uvažíme modalitu, které jsou v Bostonské klasifikaci hodnoceny, u tohoto typu afázie je porozumění poměrně zachovalé a v těžce realizované řečové produkci se mohou vyskytovat parafázie. Komunikační záměr je však jasný (Neubauer, 2018). Proto bez jasné etiologie tento typ afázie může být zaměňován či označován za VVD.

NKS s narušením fonologie

V rámci diferenciální diagnostiky VVD je potřeba vedle NKS s poruchou motoriky zmínit ty, u kterých je znatelně narušena fonologie. V této kategorii si krátce představíme *těžkou fonologickou poruchu* a *dyslalii*.

Těžká fonologická porucha je vývojová jazyková porucha, vztahuje se tedy k jazyku na rozdíl od dyslalie a VVD, kde je narušena motorická realizace řeči (Dvořák, 2003). Často se považuje za opožděný vývoj řeči či odchylný vývoj řeči (v případě, že přetrvává a je potřeba logopedické terapie). Příčinných faktorů fonologické poruchy může být mnoho, např. porucha sluchové percepce a fonemického uvědomění, opožděná jazyková zralost, specifické potíže v organizaci hláskového systému.

Dítě s fonologickou poruchou má problém se srozumitelnou řečí po čtvrtém roce života (do té doby jsou charakteristické odchylky fyziologické), ale jeho vývoj v ostatních oblastech je přiměřený. Jsou zasaženy skupiny hlásek, porucha je tedy na úrovni slov a izolované hlásky se mohou dařit artikulovat správně. Dvořák (2003) tyto odchylky nazývá *fonologické procesy* a řadí mezi ně frontalizaci, finalizaci, glidování, souhláskovou redukci, aj., které dítě užívá v mluvě podle svých vlastních pravidel a nepoužívá konvenční organizaci hláskových vzorů. *Těžkou fonologickou poruchu* uvažujeme v případě, kdy počet správně artikulovaných konsonantů je menší než 50 % a následkem je výrazně narušená srozumitelnost. Na rozdíl od VVD odchylky jazyka jsou konsistentní, a to s ohledem na délku mluveného projevu, automatickou a spontánní řeč nebo opakování (Dvořák, 2003).

Dyslalie (*patlavost*) je nejčastěji vyskytující se NKS, často se také vyskytuje současně s jinou poruchou řeči, proto je důležité zmínit ji v rámci diferenciální diagnostiky. Dle Neubauera (2018) se často pojí s problematickým psychomotorickým vývojem, vývojem fonemického sluchu, jazykových schopností či motoriky artikulačních orgánů, které však nejsou přímou příčinou vzniku dyslalie. Je to porucha artikulace, kdy je narušena výslovnost jedné hlásky nebo skupiny hlásek rodného jazyka, ostatní hlásky jsou vyslovovány správně podle příslušných jazykových norem (Klenková, 2006). Společně s dysartrií ji tedy řadíme mezi *poruchy článkování řeči*, ale každá z nich má rozdílnou etiologii. Nádvorníková (in Lechta a kol., 2003) uvádí, že je to porucha projevující se na *fonetické a fonologické úrovni*, přičemž je narušena realizace hlásky substitucí, distorzí, eliminací, nebo chybnou výslovností, ale i používání elementárních řečových zvuků ve spojování do slov, slabik a vět.

Mezi etiologické faktory řadíme dědičné vlivy (nespecifické), narušení sluchové percepce (zejména sluchového vnímání a fonemické diferenciaci), organické nálezy v orální oblasti (otevřený nebo klešťovitý skus, předkus horní čelisti, zkrácená podjazyková uzdička aj.), negativní vlivy prostředí (nesprávný mluvní vzor, nedostatek stimulace) a jiné senzorycké, neurologické či somatické postižení, které může negativně ovlivnit vývoj řeči (Bytešníková, 2012). Při její klasifikaci můžeme přihlídnout k mnoha faktorům. Z hlediska již zmíněné etiologie můžeme zvážit rozlišení dyslalie funkční a organicky podmíněné, přičemž u dyslalie funkční rozeznáváme motorický a senzorycký typ. Motorický vzniká při celkové neobratnosti mluvidel, u senzoryckého typu mluvíme o narušené sluchové percepci, projevy těchto skutečností pozorujeme i u verbální vývojové dyspraxie. Při diferenciaci těchto dvou poruch je stěžejní, že projevy dyslalie jsou konstantní, tj. projevují se při realizaci stejných hlásek a ve stejných hláskových spojeních.

Shrnutí

Motorická aktivita se skládá ze tří hlavních komponent - ideace, motorické plánování a provedení pohybu. Pokud je narušena některá z komponent, dochází k narušení motorické koordinace, tj. apraxii. Příčinou chybného motorického plánování bývá porucha sensorické integrace, což je neurologický proces integrace vjemů zraku, sluchu, čichu, chuti, a taktilního, vestibulárního a propioceptivního systému, které se vzájemně inhibují či facilitují. V případě sensorické integrační poruchy jde o chybné uspořádání nebo nedostatečné propojení neuronů s různou etiologií.

Narušená komunikační schopnost je předmětem oboru logopedie. Jedná se o ni v případě, kdy je narušena jedna nebo více jazykových rovin. V rámci diferenciální diagnostiky VVD musíme zvážit NKS s narušením motoriky (dysartrie, motorická afázie a dysfázie) a s poruchou fonologie (těžká fonologická porucha, dyslalie).

2 Vývojová verbální dyspraxie

2.1 Vývojová dyspraxie

Jak jsme již uvedli v předchozí kapitole, poruchu označenou jako *vývojová dyspraxie* označuje Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize jako specifickou vývojovou poruchu motorických funkcí, u které se vyskytují *potíže s plánem a řízením motoriky a poruchy percepce*. Jako narušení motoriky je zařazena pod kódem F82, jako specifická porucha učení je klasifikována jako *apraxie* pod kódem R48.2. Přestože MKN-10 rozlišuje vývojovou dyspraxii od vývojové koordinační poruchy, jejich diferenciací je nejasná a v zahraničí se nejčastěji oba pojmy označují jako *Developmental Coordination Disorder (DVD)* (Kolář, 2011). Zpravidla ji diagnostikuje pediatr nebo psycholog, který vyloučí přítomnost mentálního postižení a ve spolupráci s neurologem také neurologické onemocnění (Kirby, 2000). Motorická dyspraxie zdaleka nepostihuje jen vykonání motorické aktivity, ale může se projevat v dalších oblastech psychomotorického vývoje – v senzorním vnímání, psychickém nebo sociálním vývoji, intelektu či ve vývoji řeči (Brookes, 2007; Dvořák, 2003). Různá míra poškození v těchto oblastech může mít za následek nejrůznější projevy dyspraxie, protože se u každého manifestuje jiným způsobem a proto je každé dítě s vývojovou dyspraxií jedinečné. Udává se, že v populaci je 5-10 % dyspraktických dětí v různých kombinacích s poruchami učení (Kolář, 2011), 2 % z nich má závažnou formu této poruchy a častěji se vyskytuje u chlapců (2-5:1). Mnoho dalších může vykazovat pouze některé příznaky dyspraxie. Všechny tyto děti v praxi působí jako nešikovné, motoricky nápadné a pokud nedojde ke konkretizaci jejich problému a jeho reedukaci, mohou mít závažné problémy v edukačním procesu, stejně tak i v zařazení a prosazení v kolektivu.

Symptomatologie

Při nástupu do školy se projevy vývojové dyspraxie zvyrazňují a mohou být příčinou i nově objevených poruch chování, které se předtím u dítěte nevyskytovaly. Nezralost v mnoha školních dovednostech, problémy v běžných denních činnostech a související poruchy pozornosti vedou k výslednému dojmu nedbalosti a nekázně, což není učitelem ani mnohými spolužáky ve školním prostředí přijímáno pozitivně. Příčinou je ovšem narušení plánu pohybu a jeho provádění. Často jsou tyto motorické

potíže spojeny s nedostatky v sensorické a kinestetické percepci. Zelinková (2017) uvádí tři hlavní oblasti motoriky, které jsou narušené:

- posturální kontrola;
- motorické učení (tj. osvojování nových dovedností, plánování pohybu a jeho automatizace);
- senzomotorická koordinace (zpětná vazba).

Tyto projevy nejsou u každého dítěte stejné, každé má různě závažné deficity v různých oblastech např. koordinace oko-ruka, rovnováha, postižena může být jemná motorika s hrubou motorikou, nebo bez ní (Kolář, 2011). Projevy se mohou objevit kdykoli v průběhu psychomotorického vývoje podle závažnosti poruchy. Jako jeden z prvních ukazatelů může být problém s kojeneckým *sáním a kmením* v období prvního roku života z důvodu narušeného polykání. I v pozdějších letech je příjem potravy problematickou oblastí, protože dítě má narušenou *koordinaci ruky a úst*, nekoordinované může být žvýkání a dítě (i jeho okolí) je neustále od pokrmu špinavé. Dalším, velmi výrazným, projevem může být atypický *vývoj řeči*, kdy se dítě spontánně neprojevuje, mizí hra s mluvidly, pudové i napodobivé žvatláni. V některých případech je však vývoj řeči oproti ostatním oblastem v normě. Po osvojení chůze dítě špatně koordinuje *pohyby horních a dolních končetin*, chůze je vratká a nejistá, dítě naráží do předmětů, stejně tak je pro něj problematická chůze ze schodů či po špičkách. Zároveň má problém *setrvat v jedné poloze* kvůli snížené svalové tenzi, což se později ve škole jeví jako záměrná neposlušnost. V edukačním procesu se může manifestovat i narušení nejrůznějších stereotypů v oblasti sebeobsluhy např. v oblékání a hygieně. Ve škole je významná nechuť ke psaní, kreslení a dalším výtvarným aktivitám, *úchop je zpravidla křečovitý* (Zelinková, 2017). Mezi svými vrstevníky působí nevyzrálé, nezvládá úkony, které se ostatní děti učí bez problémů např. jízdě na kole, kopání do míče, šplhání aj. Díky těmto faktům a neméně kvůli opožděnému vývoji řeči se dítě straní kolektivu, nezapojuje se do skupinových aktivit, a nedostatek *socializace* pak negativně ovlivňuje jeho *psychický vývoj*. Psychosociální problémy jsou častým sekundárním znakem dyspraxie (Kolář, 2011).

Brookes (2007) uvádí několik dalších symptomů, které mohou být ukazatelem motorické poruchy: podrážděnost a poruchy spánku, neschopnost zůstat v klidu, poruchy ve vnímání rytmu, obtížná chůze v kopcovitém terénu, obtíže v provádění pokynů, častá únava, padání a narušené držení těla, důvěřivost a snížený pud sebezáchovy.

Etiologie vývojové dyspraxie je v mnoha případech neznámá, ale předpokládá se, že na vzniku poruchy většinou participuje více příčinných faktorů (Kirby, 2000). Vedle perinatálních příčin, mezi které řadíme asfyxii při porodu, nízkou porodní hmotnost nebo předčasný porod (Zelinková, 2017), se u dítěte s dyspraxií mohou vyskytnout rodinné predispozice. Někdy se objevuje přímá souvislost mezi poruchou dítěte a jednoho z rodičů. Dále se za jeden z významnějších faktorů označují vlivy, kterým je dítě vystavováno během těhotenství, jako je např. stravování matky, kouření, léky, drogy či vlivy životního prostředí. Kirby (2000) uvádí určitou spojitost s nedostatečností metabolických procesů, protože ve spojitosti s výskytem dyspraxie zmiňuje metabolickou poruchu galaktosémii, a jako další, zatím pouze diskutovanou, příčinu popisuje narušení ve zpracování jednoduchých mastných kyselin. Zelinková (2017), která cituje přednášku A. Kirby z roku 2006, popisuje některé postnatální vlivy, kterým může být dítě během raného věku vystaveno, především v důsledku nesprávného přístupu ve výchově: dlouhodobé nošení dětí ve vacích a zamezování tak jejich přirozeného pohybu, předčasné posazování dítěte nebo nadměrné trávení času u televize či počítače.

Klasifikace vývojových poruch motoriky již byla uvedena v předchozí kapitole. Koukolík (2000), Kolář (2011) a další autoři se shodují v dělení dle narušení motorického procesu na *apraxii ideativní, motorickou a ideomotorickou*. Je vhodné zde dále zmínit dělení dle Boonové (Zelinková, 2017), která do apraxie zahrnuje také *senzorickou integrativní dysfunkci*, která je následkem poruchy senzorické integrace. Ta se pak projevuje ztížením či znemožněním provádění pohybu. Dále uvádí souhrnně *dyspraxii ideační a ideomotorickou*, které se projevují potížemi v plánování pohybu, nakonec zařazuje i *dyspraxii verbální*. O ní více v následujících podkapitolách.

Diagnostika

Dyspraxie je často zmiňována jako jedna ze specifických poruch učení, ale ještě na konci minulého století ji nebyla věnována taková pozornost jako např. dyslexii nebo dysgrafii, dnes je však psychology běžně diagnostikována. Kolář (2011) uvádí, že v posledních letech dětí s dyspraxií přibývá, což může být zapříčiněno mimo jiné lepším povědomím o problematice mezi odborníky. Dříve, než se diagnóza dyspraxie rozšířila v psychologických kruzích, nejčastěji byla tato porucha diagnostikována jako dyslexie (Kirby, 2000), protože se manifestovala obdobnými nedostatky ve školních dovednostech. Kirby (2000) zdůrazňuje při stanovování diagnózy nezbytnou

mezioborovou spoluprací pedagoga, psychologa, neurologa, pediatra, speciálního pedagoga a rodiče, aby se takovýmto záměnam předešlo. Všichni tito odborníci (zejména však rodiče a pediatr) hodnotí vývoj dítěte podle vývojových milníků, které jsou obecně platné pro celou populaci. Zásadní sledovanou oblastí je pohybový vývoj, který nám může poukázat na přítomnost poruchy již v raném věku, dále zpravidla sledujeme vývoj socializace dítěte a jeho způsob hry, rozvoj komunikace a pokrok v sebeobsluze (Zelinková, 2017). Pokud pediatr zpozoruje výrazné opoždění v jedné nebo více z těchto oblastí, nebo objeví abnormality ve vývoji, odkazuje dítě na další odborníky. Zelinková (2017) rozlišuje primární deficity, které tvoří diagnózu vývojové dyspraxie, a deficity sekundární, které vznikají na podkladě poruchy, ale mohou se objevovat i v důsledku jiné poruchy či postižení. Mezi primární deficity zařazuje:

- špatné plánování a provádění pohybů;
- diskrepance mezi verbální a neverbální inteligencí, přičemž verbální je na lepší úrovni;
- nezralost ve vnímání tělového schématu;
- další potíže, které se mohou a nemusí objevovat (potíže v senzoryckém vnímání, nedostatečná časová a prostorová orientace a potíže s vnímáním rytmu).

Nyní však již existují speciální testy, které jsou pro diagnostiku vývojové dyspraxie často využívané, jako je např. Movement Assessment Battery for Children (MABC), jehož druhá revize byla pro účel posouzení motorické výkonnosti u dětí (3 - 16 let) standardizována výzkumem u většího vzorku dětí (Kolář, 2011; Brown & Lalor, 2009).

Diferenciální diagnostika a komorbidity

Vývojová dyspraxie se v praxi příliš často nevyskytuje jako izolovaná porucha. Mnohdy se dyspraxie vyskytuje u poruch, u kterých se i bez kombinace s VD vyskytují určité motorické potíže, takže diferenciální diagnostika je na tomto poli obtížná. Hlavní roli poté hraje rozsah a míra narušení motoriky a další problémy pojící se s vývojovou dyspraxií (např. narušení postury a rovnováhy). Komorbidity spíše vznikají u dětí, které mají generalizovaný senzomotorický deficit (Kolář, 2011).

Dewey a kol. (2002) uvádějí, že až polovina dětí s VD vykazuje problémy spojené s *poruchou ADHD*. Děti s izolovaným ADHD též vykazují dyspraktické potíže, které se však týkají pouze jemných motorických schopností, děti s dokázanou kombinací s VD mají problémy na úrovni hrubé motoriky. Dewey a kol. (2002) a Kirby (1999)

zmiňují možnost zařazení těchto dětí pod diagnózu *DAMP (deficit in attention, motor control and perception)*, což je porucha motoriky, pozornosti a percepce. Charakterizují ji jako kombinaci ADHD a vývojové koordinační poruchy, nejčastěji zapříčiněna kouřením matky v těhotenství. Ta se ovšem používá převážně ve skandinávských zemích, méně pak ve Velké Británii, v českém prostředí se nepoužívá vůbec (Kirby, 1999). Dewey a kol. (2002) na dvou rodinných studiích dále dokazují, že existuje přímé spojení mezi dědičně získanou dyspraxií a *problémy ve čtení - dyslexii*, může se pojít i s ostatními specifickými poruchami učení (Kirby, 1999). Zelinková (2017) dokazuje na výzkumech Z. Třesohlavé a Z. Matějčka spojitost mezi dyspraxií a *lehkou mozkovou dysfunkcí (LMD)*, kdy Z. Třesohlavá zjistila u 23 % dětí s LMD zhoršenou koordinaci pohybů, problémy s vestibulárním systémem a svalovým tonem. Další možnou kombinací jsou *psychické poruchy, autismus* a více než 50 % dětí s vývojovou dyspraxií má potíže s *osvojením řeči* (Kolář, 2011).

2.2 Pojetí vývojové verbální dyspraxie

V této podkapitole si uvedeme několik charakteristických bodů, které jsou často spornými otázkami mezi odborníky a ve výzkumu VVD. Díky nim se VVD často označuje za kontroverzní diagnózu (Strode, Chamberlain, 2006). Zařadili jsme sem *terminologii, diagnózu a definici*, které jsou ovlivněny specifickými faktory poruchy, a *etiologii* samotné poruchy, která je příčinou těchto nesrovnalostí. Někdy je tato porucha považována za *soubor symptomů*, které nezastřešuje jednotná diagnóza, nebo naopak za *důsledek* několika poruch. Velmi často se také vyskytuje v kombinaci s jinými poruchami, kterým symptomy VVD mohou být přisuzovány. Další komplikací je výskyt dětí s VVD, který je poměrně vzácný (1-2 děti z 1000), čímž je realizace odborných výzkumů poměrně ztížena. Nedostatky vědeckovýzkumných poznatků mohou mít za následek záměny za jiná narušení komunikační schopnosti v diagnostickém procesu (Dvořák, 2003).

Terminologie

Ohledně terminologie, charakteristik i samotné definice vývojové verbální dyspraxie se stále vedou diskuze a mnoho odborníků ve své literatuře a výzkumech uvádí vlastní termíny pro označení této poruchy. V zahraniční literatuře se objevují názvy jako Dětská apraxie řeči (*Childhood apraxia of speech – CAS*), vývojová verbální

apraxie (*developmental verbal apraxia – DVA*), vývojová verbální dyspraxie (*developmental verbal dyspraxia – DVD*), apraxie řeči (*apraxia of speech*), ale také vývojová afázie (*developmental aphasia*), vrozená artikulační afázie (*congenital articulatory aphasia*) nebo dyspraktická dysartrie (*dyspraxic dysarthria*) a mnoho dalších (Lindsay, 2012). Důvodů pro tyto nesrovnalosti je více, Dvořák (2003) uvádí možnou příčinu v tom, že někteří autoři termíny pro vývojovou dyspraxii odvozují od poruch v dospělém věku. Dále se také diskutují příčiny vzniku dyspraxie, specifické charakteristiky, jejichž rozdílnost komplikuje diagnostikování jednotlivých dětí. Odborníci se často neshodnou, zda je porucha motoricky či jazykově podmíněná. V zahraničí, zejména v USA, dominuje označení CAS (dětská apraxie řeči) díky prohlášení komise společnosti ASHA roku 2007 (Fish, 2016), ve Velké Británii se nejčastěji používá označení DVD (vývojová verbální dyspraxie) (Williams, 2014) a v českém prostředí je používán výhradně termín Vývojová verbální dyspraxie - VVD. Dvořák (2003) obhajuje toto označení tak, že VVD je narušení na úrovni tvorby slov, je to tedy porucha *verbální*, nikoli artikulační. Označení *vývojová* a *dyspraxie* poukazují na narušení řeči během jejího vývoje, kdy motorické vzorce řeči ještě nebyly u dítěte fixovány a nejde tak o poruchu získanou. Zároveň tak respektuje označování poruch podle MKN-10. Označení *dyspraxie* označuje méně závažnou poruchu, není tak pejorativním označením jako *apraxie* tj. úplná nemožnost produkce řeči a je také v souladu s terminologií MKN-10.

Definice a diagnóza

Aby došlo k jakémusi sjednocení této problematiky, a dosáhlo se tak efektivnější intervence u dětí s VVD, americká společnost ASHA (*american speech language hearing association*) vytvořila komisi, která byla pověřena přezkoumáním všech dosavadních vědeckých výzkumů a poznatků o problematice CAS. Komise v roce 2007 vydala čestné prohlášení, ve kterém popsala současné trendy v profesionální sféře zabývající se problematikou CAS a sestavila doporučení pro oblasti diagnostiky, intervence a výzkumu (Fish, 2016). Na jejich základě zformovala následující definici: „CAS je dětská neurologická porucha řeči, při níž je narušena přesnost a konzistence základních řečových pohybů za nepřítomnosti neuromuskulárních deficitů (*abnormální reflexy, tonus*). Může vzniknout v důsledku neurologického postižení, ve spojitosti s komplexními neurobehaviorálními poruchami známého či neznámého původu, nebo

jako idiopatické neurogenní postižení řeči. Postižení plánování nebo programování časově-prostorových parametrů pohybových sekvencí jsou příčinou chyb v produkci mluvené řeči a prozódii.“ (přel. z ASHA, 2007). Do té doby každý odborník definoval tuto poruchu svým způsobem, přičemž zdůrazňoval její různé aspekty, což přinášelo do oblastí výzkumu zmatek. Např. Storde a Chamberlain (2006), kteří využívají stejné označení CAS, jej označují za trvalé a závažné postižení vývoje srozumitelné řeči, ale v dalších bodech se přibližuje definici společnosti ASHA. Naopak již z terminologie, kterou používá Dvořák (2003), vyplývá, že poruchu považuje za méně závažné postižení, které správnou logopedickou péčí lze odstranit nebo její důsledky minimalizovat v největší možné míře.

Z důvodů mnoha nesrovnalostí, potřeby časového odstupu a míry rozdílnosti symptomů poruchy u jednotlivých dětí, se odborníci často vyhýbají jednoznačnému označení diagnózy jako VVD/DVD/CAS. Diagnózu představí popisem jednotlivých problematických oblastí, které jsou *typickými rysy pro vývojovou verbální dyspraxii* (Williams, 2014). Williams uvádí, že tento postup je běžně používán v britské logopedické praxi. V České republice je stejný postup dobře realizovatelný, protože MKN-10 nabízí alternativní označení, které lze použít i v tom případě, kdy není diagnóza VVD jasná - např. suspektní VVD při opožděném vývoji řeči (Dvořák, 2003).

Nicméně, Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize v aktualizovaném vydání z roku 2018 *neuvádí* samostatnou kategorii pro VVD, což vede k zařazování této poruchy pod jiné diagnózy. Přestože by klinický logoped dokázal diagnostikovat dítě s VVD, nemůže jej zařadit pod odpovídající kód poruchy, ale musí využít jiných kategorií pro zařazení poruchy. MKN-10 poskytuje tyto kategorie: F80.1 expresivní porucha řeči, F80.8 jiné vývojové poruchy řeči nebo jazyka, nebo F80.9 vývojová porucha řeči a jazyka NS (WHO, 2018).

Etiologie VVD

Etiologie je další ze sporných témat ohledně probírané problematiky. Vývojová verbální dyspraxie může být zapříčiněna celou řadou etiologických faktorů, ale je třeba zmínit, že ve velkém množství případů se nepodaří konkrétní příčinu určit. Vycházíme z toho, že je poruchou *vrozenou* nebo *získanou* do dvou let věku a je *neurologicky založená* (ASHA, 2007). Pravděpodobně tedy došlo ke drobnému, difúznímu poškození mozku během intrauterinního vývoje, porodu, nebo v raném věku. Někteří autoři porovnávají etiologii VVD s příčinnými faktory afázie v dospělém věku, u dětí však

nelze určit lokalizaci narušení a často ani jeho příčinu. Dvořák (2003) tvrdí, že vysoké procento dětí s diagnostikou VVD nemá žádné výsledky magnetické rezonance vykazující abnormality v nervovém systému. Naopak klade vysoký důraz na *genetické predispozice*, které jsou podle něj jedním z nejčastějších faktorů vzniku VVD. U dospělých jedinců s verbální dyspraxií se poškození pravděpodobně nachází v levém frontálním laloku mozku (Dvořák, 2003).

Mezi možné příčiny vzniku u dětí řadíme *mozkové poškození* nebo *dysfunkce*, tuto poruchu musíme ovšem odlišit od lehké mozkové dysfunkce (LMD). Mohou se pojít s neurologickými etiologiemi jako je intrauterinní nebo raná dětská mozková mrtvice, infekce, trauma, nádor (ASHA, 2007), nebo jinými příhodami během porodu či bezprostředně po něm - předčasný porod, asfyxie, přidušení pupeční šňůrou, problémy s novorozeneckými reflexy atd. (Dvořák, 2003). Dalšími možnou příčinou vzniku může být mimořádný *metabolický stav*, např. galaktosémie. Ve výzkumu koexistence galaktosémie a verbální dyspraxie 63 % participantů s galaktosémií mělo i obtíže v řeči projevující se jako verbální dyspraxie (Webb, a kol., 2003).

Podle Dvořáka (2003) je v pátrání po příčinách VVD důležitá *rodinná anamnéza*. Enard a kol. (2002) uvádí výzkum oxfordských neurologů o *dědičnosti* jazykové poruchy provázené artikulačními obtížemi. Odhalili narušený gen, který je za tuto poruchu zodpovědný, a může zapříčinit drobné změny v utváření bazálních ganglií v průběhu vývoje. Tento gen se podílí na narušení funkce řeči a jazyka a Dvořák (2003) se domnívá, že může participovat na vzniku verbální dyspraxie, která však často bývá kombinací několika poruch nebo nemá jednotný klinický obraz. Proto předpokládá i jiné faktory, které se podílí na vzniku VVD.

2.3 Projevy vývojové verbální dyspraxie

Před charakteristikami v motorice, řečovém vývoji, chování a prožívání samotného dítěte, je nutné zmínit, že jeden z možných ukazatelů na vznik vývojové verbální dyspraxie je *pozitivní rodinná anamnéza*. Pravděpodobnost rizika vzniku je vyšší u dětí, mezi jejichž příbuznými jsou jedinci s opožděným nebo specificky narušeným vývojem řeči, nebo pokud má více rodinných příslušníků specifické problémy v učení (Lindsay, 2016).

Raný vývoj

Přestože vývojovou verbální dyspraxii s jistotou můžeme diagnostikovat až během započatého vývoje řeči, jisté varovné signály, které se mohou vyskytovat u jedinců s verbální dyspraxií, můžeme pozorovat již po narození a v raném věku. To ovšem neznamená, že všechny děti s těmito symptomy budou v budoucnu verbálně dyspraktické, stejně tak nemůžeme předpokládat, že všechny děti s verbální dyspraxií budou v raném věku vykazovat tyto symptomy. Podobné projevy pozorujeme u mnoha jiných poruch, a ty nemusí být zdaleka závažného charakteru.

Nápadným problémem, který matka zpozoruje nejdříve, může být *omezená vokalizace* v prvním roce života (nebo obecně v přípravném období vývoje řeči). Dítě se málo hlasově projevuje, jeho broukání a žvatlání se opoždí, je tiché a jednotvárné, nehraje si s hlasem a mluvidly jako ostatní batolata. Okolí jej považuje za podivuhodně klidné miminko (Lindsay, 2012). Fonémy, které dítě používá, nejsou příliš rozmanité. Dalším ukazatelem je *opozděný vývoj řeči*. První slova přicházejí nejdříve ve 14 měsících, většinou ale později (Lindsay, 2012). Strode a Chamberlain (2006) uvádějí, že obvykle se první slova objevují ve 2 až 2,5 letech, Dvořák (2003) tvrdí, že se první slovo může objevit v obvyklém věku, poté ale nastává dlouhodobý útlum růstu slovní zásoby. Ta nejjednodušší slova (zpravidla jednoslabičná), která dítě používá jako první, jsou přesto ještě více zjednodušená. To znamená, že mnohdy význam slova nese pouze jedna hláska, kterou už však dítě používá v určitém kontextu.

Jejich nízká zásoba fonémů může být následkem *omezené schopnosti imitace orálních pohybů*. Děti s VVD kvůli dyspraxii v orální oblasti nejsou schopné napodobovat řečové či jiné orální pohyby, což může vyvolat mírnou frustraci z nezdaru a odmítnout tento typ učení. To následně demotivuje jejich rodiče ve snaze je k orální aktivitě podněcovat. Dítě pak není vystavováno jindy přirozeným příležitostem zkoumat tvorbu zvuku a hru s hlasem (Strode & Chamberlain, 2006). Tyto problémy jsou přičítány nedostatečnému motorickému plánování, nikoli artikulační neobratnosti (Fish, 2016).

V raném vývoji můžeme také sledovat charakteristické *obtíže s krmením*, tedy při přechodu z kojení na pevnou stravu. Tu dokáže bez potíží přijímat až v mnohem pozdějším věku, než jeho vrstevníci. Obtíže se mohou manifestovat jako vypadávání stravy z úst při žvýkání s otevřenými ústy, nedostatečná elevace a lateralizace jazyka, nadměrná salivace, později i neschopnost odpovídajícího rotačního žvýkání, ukusování nepřiměřených soust, kterými se dítě začne dusit aj. (Strode & Chamberlain, 2006).

Tyto obtíže se však nevyskytují příliš dlouho, po určitém čase odezní, a dítě už nadále nemá problém s automatickými pohyby jako je žvýkání a polykání.

Řečové charakteristiky

Jednou z hlavních a diagnosticky určujících řečových charakteristik je *nekonzistentnost* neboli *nestálost* chyb v artikulaci (Dvořák, 2003). Dítě s verbální vývojovou dyspraxií může vyslovovat jednotlivé hlásky korektně, ale v hláskových spojeních už nedovede hlásku vyslovit. Nebo v některých případech foném nahrazuje jiným, v jiném případě ho vysloví správně, v dalším ho nevysloví vůbec, nebo ho vysloví s artikulačně chybným postavením mluvidel (Fish, 2016). Obtíže s výslovností jednotlivých fonémů se vyskytují na základě:

- *Složitosti artikulačních změn* ve slově. To znamená, že slovo se strukturou $C_1V_1C_2V_2$ (např. „ruka“) u kterého se mění každá hláska ve slově, bude artikulačně obtížnější (bude obsahovat více chyb), než slovo s obdobnou strukturou CV_1CV_2 , ve kterém dochází pouze ke změně vokálu (např. „teta“) a to bude pro dítě hůře realizovatelné, než slovo $CVCV$, které je pouze reduplikací jednoduchých slabik (např. „tata“).
- *Pozice hlásky* ve slově. Hláska může být dobře realizovaná pouze v některých pozicích slova. Dítě může hlásku vyslovovat korektně v iniciální pozici (na začátku slova), mediální (uprostřed) či finální (na konci slova).
- *Kontextu*. Realizace hlásky může být zdařilá ve specifických slovech (např. „máma“) nebo v hláskových spojeních (např. pouze ve slabikách s některými vokály – „ma“), ale v jiných slovech či spojeních je nahrazována či vynechávána (místo slova „moje“ dítě říká „-o-e“ či „-oje“).

Chyby v mluvním projevu se ale mohou vyskytovat naprosto nezávisle na výše uvedených faktorech. Dítě může danou hlásku vyslovovat po nějaký čas dobře a poté ji začít nahrazovat, nebo vypouštět např. v případě, kdy realizovaná věta obsahuje více než dvě slova (Dvořák, 2003).

Jev označovaný jako *orální tápání* se objevuje většinou na začátku promluvy dítěte, kdy dítě opakuje první hlásku či slabiku slova, nebo bezhlasně pohybuje mluvidly, které připravuje do odpovídající pozice pro realizaci hlásky. Některé děti s VVD také využívají prolongace či opakování slabik a slov pro přípravu nadcházejících slov (Dvořák, 2003).

Poměrně často se může stát, že dítě s VVD *zapomene již naučená slova*. Přestože si v průběhu jedné periody osvojilo určitý počet slov, některá z nich po čase přestane používat, dokonce není schopno ani jejich imitace (Fish, 2016).

U dětí s VVD je typické narušení *prozódie*, tedy *modulačních faktorů řeči*, většinou se však nevyskytuje narušení více prozodických faktorů najednou. Někdy je řeč příliš monotónní, jindy je slovní a větný přízvuk nesprávně realizován (Dvořák, 2003). Tempo řeči je zpravidla pomalejší, což je způsobeno i charakteristickými *mezerami uvnitř slov* (Iuzzini-Seigel & Murray, 2017). Toto oddělování slabik uvnitř slova je nápadné oproti plynulé výslovnosti jejich vrstevníků (Fish, 2016). Méně často se objevují problémy vztahující se k hlasitosti, výšce či síle hlasu.

Dvořák (2003) uvádí jako samostatnou kategorii *specifické poruchy realizace řeči*. Řadí mezi ně vadnou *výslovnost samohlásek*, zejména středových vokál „a, e, o“, které bývají všechny realizovány jako „a“. Někdy mohou být zcela vynechávány (Fish, 2016). Dále zmiňuje *znělostní chyby*, které vznikají záměnou znělých a neznělých konsonantů, které jsou realizované na stejném artikulačním místě. Konsonanty bývají často zcela *eliminovány* (vypouštěny) a to i v případě těch hlásek, které si dítě v mluvené řeči již osvojilo. Děti s VVD často vynechávají koncové hlásky nebo celé slabiky, redukuje souhláskové shluky tím, že vypouštějí jeden či více konsonant. Dále dochází k *asimilaci znělosti*, neboli ovlivnění znělosti předcházející (regresivní asimilace) nebo následující (progresivní asimilace) hlásce ve slově. *Transpozice* nebo také *inverze* označuje jev, při kterém dochází k přesmykování hlásek nebo slabik ve slově. Za fyziologický se tento jev považuje do sedmi let věku. Dále se v mluvě dětí s VVD může vyskytnout vkládání nadbytečných hlásek do slova, což nazýváme *redundance*. Tento jev je fyziologický maximálně do čtyř let věku, často je vkládán konsonant mezi dva vokály, případně před vokál na začátku slova z důvodu snadnější výslovnosti (Dvořák, 1999).

Přítomnost těchto charakteristik a jejich kombinace v řeči dítěte, má za následek *horší srozumitelnost až nesrozumitelnost řeči*. Řeč se zpravidla stává srozumitelnější, čím je dítě starší (Strode & Chamberlain, 2006), srozumitelnost ale také závisí na *délce výpovědního úseku* – mnohem snazší bude porozumět dítěti artikulovaná jednotlivá slova, než produkce celé věty (Iuzzini-Seigel & Murray, 2017). Čím více hlásek a slabik výpověď obsahuje, tím více chyb jako jsou eliminace, transpozice, asimilace nebo redundance se ve výpovědi vyskytne. To souvisí i s *mírou únavy*, která také silně

ovlivňuje srozumitelnost dítěte, a která se přímo úměrně zvyšuje vzhledem k délce výpovědi. Lépe srozumitelná bude i *automatická řeč*, než *spontánní řečová produkce*. Pokud dítě s VVD dané slovo či frázi využívá často a pravidelně, zapíše se do motorické paměti dítěte a stane se automatickou. Naproti tomu artikulace méně známých slov vyžaduje volní produkci řečových pohybů, což je pro dítě s VVD mnohem více problematické (Fish, 2016).

Jazykové charakteristiky

Jak již jsme uvedli výše, jednou z hlavních charakteristik je *opožděný vývoj řeči*. Některé děti řeknou svá první slova v očekávané době, některé až ve dvou letech chronologického vývoje. Dvouslovné věty pak začínají tvořit kolem čtvrtého roku. Dítě se během následujících let (sice pomaleji) učí nová slova, ale počet v jeho aktivní slovní zásobě roste velmi pomalu. U mnoha dětí *vymizí již naučená slova* a nahrazují je slova nově naučená (Strode & Chamberlain, 2006). Tak se mění repertoár slovní zásoby, její rozsah však zůstává víceméně stejný.

Velmi malá aktivní slovní zásoba má za následek *nerovnoměrnost mezi receptivními a expresivními jazykovými dovednostmi*, což se projevuje v testování pomocí inteligenčních testů (Dvořák, 2003). Děti s VVD mají zpravidla mnohem lépe rozvinutou receptivní stránku řeči (Fish, 2016), pokud nemají opožděný vývoj z jiného důvodu i v této rovině. V expresivní stránce mají poměrně dlouhodobý charakter *syntaktické chyby*. Zmatek ve slovním pořadí v projevu dítěte přetrvává, naproti tomu *chyby v morfologii* se při časné intervenci může dařit eliminovat.

Všechny tyto jazykové obtíže ústí v problematické užívání jazyka v sociálních interakcích, narušena je *pragmatika řeči*. Dítě má problémy používat jazyk v běžných záležitostech jako je zdravení, vyjádření žádosti, odmítnutí nebo protestu či ve sdělení jakékoli informace. Čím je dítě starší, tím více jsou zjevnější problémy např. v zahájení konverzace. Toto se děje navzdory tomu, že má *dobrou komunikační záměr*. Také se děti s VVD mnohdy straní komunikace se svými vrstevníky, přičemž preferují spíše interakce s dospělými osobami (Fish, 2016).

Související poruchy motoriky, senzoričky a poruchy učení

Symptomy vývojové verbální dyspraxie se často projeví současně s jiným narušením či postižením. Mnoho dětí s verbální vývojovou dyspraxií má celkovou motorickou dyspraxii, která se projevuje *nedostatečnou hrubou i jemnou motorickou*

koordinací. Problém je zpravidla v motorickém plánování a v pohybových sekvencích, nebo v opoždění motorického vývoje (Dvořák, 2003, Iuzzini-Seigel & Murray, 2017). Dítě se v tomto případě jeví jako neobratné, nekoordinované, nebo má problémy s uchopováním menších předmětů a psacích potřeb (Strode & Chamberlain, 2006). Proto je zapotřebí v terapii spolupracovat s fyzioterapeuty a ergoterapeuty, s nimiž by měla být stanovena jednotná doporučení. Dvořák (2003) uvádí možnost výskytu charakteristických souhybů mimického svalstva, hlavy a končetin při procesu realizace řeči.

Dále se mohou vyskytnout *potíže v sensorickém vnímání* a sensorické integraci. Lindsay (2012) klade důraz především na sluchové zpracování, jehož nedostatky mohou být příčinou obtíží v oblasti paměti, chápavosti nebo gramatické (Strode & Chamberlain, 2006). V této oblasti je třeba uvést také narušení senzitivity ať už celého těla nebo častěji orální oblasti. To může mít dopad na jejich řečovou produkci, zejména to ale bude mít vliv na následnou logopedickou terapii (Dvořák, 2003).

Motorické a sensorické potíže se manifestují v *procesu učení*, zejména jako neúhledné psaní a kresba, či problémy ve čtení. U dětí s VVD je větší pravděpodobnost výskytu dyslexie, narušeného fonologického povědomí a gramatiky (Fish, 2016). Dále se mohou vyskytovat nedostatky v písemném projevu a matematice, někdy jejich kognitivní schopnosti neodpovídají chronologickému věku (Strode & Chamberlain, 2006).

Prognóza

U každého dítěte s VVD se projevují různé charakteristiky v různém množství. Čím více charakteristik se u něj nachází, tím více je pro něj obtížnější osvojení odpovídající úrovně řeči a jazyka. Problémy se zpravidla odstraňují velmi pomalu, je zapotřebí dlouhodobé a intenzivní terapie. Její úspěch závisí na závažnosti postižení a míře výskytu přidružených poruch (poruchy pozornosti, sensoriky, sluchové percepce, motorické koordinace nebo specifické poruchy učení), na celkovém zdravotním stavu dítěte, na výskytu dalších možných diagnóz a syndromů (Downův syndrom, epilepsie, apod.), a neméně také na včasnosti zahájení terapie, její intenzitě a spolupráci rodičů s odborníky (Strode & Chamberlain, 2006).

Shrnutí

Vývojovou dyspraxii označujeme potíže s plánem a řízením motoriky a poruchy percepce, v různé míře může být narušeno i sensorické vnímání, psychický nebo sociální vývoj, intelekt či vývoj řeči. Mezi primární deficity řadíme špatné plánování a provádění pohybů, diskrepanci mezi verbální a neverbální inteligencí a nezralost vnímání tělového schématu. Více než 50 % dyspraktických dětí má problémy s vývojem řeči.

Existují různé názory odborníků v pojetí vývojové verbální dyspraxie. Mezi nejdiskutovanější témata patří terminologie, která je v zahraničí velmi různorodá. Sporným bodem bývá také etiologie, definice i samotná diagnóza poruchy.

Projevy VVD lze pozorovat již v raném vývoji, typický je opožděný vývoj řeči. Dále pozorujeme řadu neřečových, řečových a jazykových charakteristik, které jsou velmi individuální a jejich spektrum široké. Obvyklé je také narušení motoriky, lze pozorovat i poruchy sensorického vnímání a poruchy učení. Pokroky v terapii bývají pomalejší než u jiných řečových poruch. Prognóza je u každého dítěte velmi specifická, závisí zejména na závažnosti poruchy a přidružených poruch či problémů, včasné intervenci a spolupráci terapeuta s rodiči.

3 Logopedická intervence

3.1 Logopedická intervence u dítěte v předškolním a školním věku, terapeutické využití hry

Protože se logoped ve své praxi zpravidla věnuje širokému spektru osob s NKS, musí volit specifické diagnostické i terapeutické strategie a zvážit svůj komplexní přístup ke klientovi vzhledem k jeho věku, komunikační schopnosti a osobnostním specifickým. V této podkapitole si stručně charakterizujeme dítě s NKS v předškolním a mladším školním věku, přiblížíme si logopedickou terapii u dětského klienta a využití hry v její realizaci.

Dítě s NKS v předškolním a mladším školním věku

Předškolním věkem nazýváme období ve vývoji dítěte před nástupem do povinné školní docházky. Toto období zpravidla ohraničuje třetí až šestý, ev. sedmý rok života dítěte, v případě těžkého či kombinovaného postižení až rok osmý (Přinosilová, 2007). Následně se dítě dostává do tzv. *mladšího školního věku*, který trvá po dobu jeho docházky na prvním stupni základní školy. Úspěšný vstup do první třídy je v životě dítěte důležitým mezníkem, který je podmíněn tzv. *školní připraveností* či *zralostí* (Bendová, 2011). Ta je dána především věkem, zralostí CNS a dalšími individuálními vlastnostmi. V tomto momentu by dítě již mělo mít osvojené také dostatečné komunikační schopnosti, jejichž vývoj je ovlivněn motorickými schopnostmi, senzomotorickým vnímáním, intelektem a sociálním prostředím (Bednářová & Šmardová, 2015). Kvalita řečové funkce ovlivňuje následně celý průběh a úspěšnost ve vzdělávacím procesu. NKS má také hluboký dopad na psychiku dítěte, zejména pokud si svůj deficit uvědomuje a pociťuje odlišnost ve třídním kolektivu. Proto je příhodné, aby byl vývoj řeči před nástupem do školní docházky zdárně ukončen, popřípadě aby byla potenciální řečová vada odstraněna.

V rámci *roviny foneticko-fonologické* jde především o schopnost fonematické diferenciaci, která se utváří přibližně do šesti let věku dítěte a je úzce spojena se správnou výslovností. Od pátého do sedmého roku dítěte je narušená výslovnost označována za prodlouženou fyziologickou dyslálii (která je často příčinou odkladu školní docházky), po sedmém roce je již nesprávná výslovnost patologická (Klenková,

2006). Ve školním věku hraje důležitou roli schopnost analýzy a syntézy, jejíž nedostatečná úroveň může negativně ovlivnit školní dovednosti jako je psaní nebo čtení. Celková úroveň těchto dovedností úzce souvisí se stavem sluchu a schopností sluchové percepce. Nedostatky v *lexikálně-sémantické rovině* se manifestují především v expresi jako nedostatečná slovní zásoba, nejistota ve formulaci odpovědí a jejich latence, chudé vyjadřování, ale i v receptivní stránce jazyka tj. chápání mluvené a psané instrukce, orientace v textu apod. Narušení této roviny se objevuje zejména u dětí s vývojovou dysfázií či mentálním postižením (Bendová, 2011). Po nástupu školní docházky by dítě mělo být schopno sestavovat věty a souvětí, užívat slovní druhy, stanovit časový sled vyprávění a vyjadřovat se správně dle gramatických pravidel. Tyto schopnosti jsou znaky *morfologicko-syntaktické roviny*. Vývoj *pragmatické roviny* není při nástupu do školy ukončen, v této rovině se zdokonalujeme celý život (Klenková, 2006) a rozumíme jí uplatnění třech předchozích rovin v praxi. Již v předškolním věku by však dítě mělo být schopné vést smysluplný rozhovor, vyjádřit své pocity a požadavky, uplatnit složku neverbální komunikace (používat ji i rozumět). Pokud je tato rovina výrazně narušena, můžeme se potýkat s nízkým mluvním apetitem dítěte, pasivitou v komunikaci, nejistotou, potížemi v navazování a udržování kontaktů či dokonce frustrací z komunikačních situací (Bytešníková, 2012). Tyto obtíže se mohou promítnout nejen do vzdělávacího procesu, ale také do vztahů s pedagogy a vrstevníky, které nutně se školní docházkou souvisejí.

Pokud je po ukončeném vývoji řeči narušena jedna nebo více jazykových rovin tak, že neumožňuje dítěti naplnit cele jeho komunikační záměr, mluvíme o narušené komunikační schopnosti a je nezbytné vyhledat odbornou logopedickou pomoc (Lechta, 2003).

Charakteristiky logopedické intervence u dětí

Logopedickou intervencí lze definovat jako aktivitu, která je specifická pro logopeda ve všech jejích oblastech (Lechta, 2003). Dětem předškolního a mladšího školního věku ji může poskytovat klinický logoped v soukromé ambulanci či ve státním zdravotnickém zařízení, nebo školský logoped v rámci speciálně pedagogického centra, školního poradenského pracoviště a v MŠ, ZŠ logopedických. V širším pojetí do intervence zahrnujeme tři kroky: diagnostiku, terapii a prevenci. Užší pojetí intervence můžeme chápat spíše jako terapii, tedy eliminaci či zmírnění projevů narušení komunikační schopnosti (Klenková, 2006).

Logopedická intervence zpravidla začíná žádostí rodiče, který sám vadu řeči vyzpozoruje, nebo vyhledá logopeda na doporučení pediatra. V jiném případě logopedickou depistáž provádí pracovníci SPC pro děti s NKS a to pozorováním především v mateřských školách. Následuje diagnostika, která vede ke stanovení diagnózy. Logopedická terapie bezprostředně navazuje na diagnostiku, někdy se tyto položky mohou prolínat (Klenková, 2006). Intervence ideálně probíhá za *přítomnosti zákonného zástupce*, který by měl být průběžně instruován, jak s dítětem pracovat v domácím prostředí (Bendová, 2011). Důležitá je také *spolupráce* logopeda a rodiče se školou, popř. dalšími odbornými pracovníky, kteří se dítěti věnují.

Bendová (2011) uvádí několik principů, které je vhodné uplatňovat během logopedické intervence u dítěte s NKS, ale také v domácím prostředí a edukačním procesu. Zmíníme např. *princip komplexnosti*, který klade důraz na respektování specifík a individualit dítěte ve všech oblastech jeho osobnosti; *princip imitace normálního vývoje řeči*, který upozorňuje na nutnost projít všech vývojových řečových stádií; *princip sociálního aspektu*, který na první místo klade uplatnění komunikace v reálných situacích; *přístup hrou*, která je pro dítě přirozeným nástrojem k učení; *přístup multisenzorického přístupu*, který ukazuje výhody vnímání podnětu více smysly. Mezi další principy patří:

- princip individuálního přístupu;
- princip včasného zákroku;
- princip týmové péče;
- princip preferování obsahové stránky řeči;
- princip užívání mechanických pomůcek.

U dětí s vývojovými poruchami řeči je nezbytné dodržovat tyto zásady, je tedy zřejmé, že mají své uplatnění i v terapii u dětí s vývojovou verbální dyspraxií.

Aby bylo dítě s VVD v terapii úspěšné, je nezbytné, aby bylo aktivně zapojené a ochotné zkoušet nové věci. To není vždy samozřejmostí, zvláště u dětí s vývojovým opožděním, proto je někdy nutné terapii zaměřit nejprve na *vytvoření základních komunikačních dovedností* (Strode & Chamberlain, 2006). Je příhodné během rozhovoru s rodičem zjistit osobnostní charakteristiky a zájmy dítěte, jeho oblíbené předměty, činnosti a hračky, a vytvořit tak *příjemné pracovní prostředí*. Základním komunikačním prostředkem, který je u některých dětí často jediným prostředkem ke vzájemné komunikaci, je totiž *hra*.

Využití hry v logopedické terapii

Hra je pro děti přirozeným nástrojem k učení a získávání nových dovedností. Skrze kolektivní hru se rozvíjejí vztahy a důvěra, díky čemuž se může prohloubit či utvořit vzájemný vztah s logopedem či jiným terapeutem, kterého dítě nezná. Skrze hru může dospělý získat pozornost dítěte a předávat mu důležité znalosti a dovednosti, které si dítě osvojuje imitací či pozorováním (Strode & Chamberlain, 2006). Kirby (2000) uvádí několik vlastností, které by hra využívaná v terapii dítěte s vývojovou dyspraxií měla mít:

- být atraktivní pro dítě (hra by měla být zábavná);
- napomáhat ke zlepšení pohybové úrovně;
- budovat sociální dovednosti.

Dále dělí hru na samostatnou, paralelní, s partnerem a ve skupině. Je pochopitelné, že v terapii budeme uplatňovat především *hru paralelní a s partnerem*. Hru dále můžeme rozdělit dle zaměření na *tvůřivou, průzkumnou, pohybovou a využívající představitost*. Všechny typy her jsou uplatnitelné a měly by být uplatněny v přístupu k dítěti s VVD, napomáhají rozvoji komunikačních dovedností, ale i rozvoji motoriky, myšlení a představitosti. I v průběhu hry platí, že by dítě mělo zažívat úspěch, neboť i ke hře potřebuje dítě s dyspraxií zvýšenou motivaci (Kirby, 2000).

Během hry je také vhodné využívat několik strategií, které jsou přímo zaměřeny na rozvoj komunikačních dovedností (MacDonald & Carrol, 1992). Mezi ně patří *udržení rovnováhy mezi aktivitou a pasivitou* každého účastníka hry. Hra, její průběh a téma by měly vycházet z interakce obou (či více) participantů, nikoli pouze z iniciace jednoho. Pokud je dítěti dána příležitost prosadit se ve hře podílením se na jejím průběhu, cítí se být rovnocenným partnerem. Strategie *rovnosti* je uplatňována v případě, kdy úroveň hry či verbalizace je na stejná (nebo mírně vyšší) jako úroveň dítěte. Dítě je opět motivováno k vyšší aktivitě, cítí se více respektováno, a zároveň je mu předkládán model komunikace, který se zdá být reálně dosažitelný. Pro prohlubování vzájemného vztahu a získání důvěry je zásadní *schopnost reakce*. Terapeut by měl být schopen rozpoznat a adekvátně reagovat na jakékoli pokusy o komunikaci dítěte. Vzájemný respekt a důvěra by měly být budovány i v rámci strategie *emocionálního připoutání*. Tato strategie je důležitá pro oboustrannou radost ze hry a ze vztahu, který touto cestou vzniká. Pokud bude dítě utvrzováno o pozitivním vztahu terapeuta, s nímž si hraje, a jeho důvěře v úspěch společné práce, může být o mnoho více motivováno do dalšího učení a interakce (MacDonald & Carrol, 1992).

3.2 Diagnostika dětí s VVD

Jak už jsme uvedli v předchozí kapitole, stanovení diagnózy VVD je stále kontroverzní oblastí. V zahraničí se o jakési sjednocení zasloužila společnost ASHA, v českém prostředí jednotný pohled na diagnózu VVD prozatím nemáme. To ale neznamená, že problematika uniká pozornosti odborníků. Diagnostiku verbální vývojové dyspraxie provádí klinický logoped, který ji může zařadit pod některou z diagnóz F 80.9, F 83, F 82, které jsme si již blíže specifikovali v předchozí kapitole. ASHA komise (Fish, 2016) ve svém prohlášení uvedla, že diagnózu CAS by měl udílet pouze zkušený logoped se specifickou zkušeností poruch zvuku a řeči u dětí včetně motorických poruch řeči, přesto suspektní apraxii řeči může dle Fish (2016) určit i pediatr, dětský neurolog, nebo psycholog. Přesnou diferenciální diagnostiku však může provést pouze specializovaný logoped, od něhož by se mělo žádat následné potvrzení diagnózy (Strode & Chamberlain, 2006).

Otázka věku, ve kterém lze stanovit diagnózu verbální dyspraxie, je velmi diskutabilní. Dvořák (2003) na několika výzkumech poukazuje na to, že věk, ve kterém lze diagnózu určit, záleží nejen na řečových a jazykových dovednostech každého dítěte, ale také na dovednostech terapeuta, který diagnostiku provádí. V některých případech lze rozpoznat dyspraxii již ve velmi nízkém věku (po roce a půl), ale s jistotou lze diagnózu určit až ve chvíli, kdy se dítě verbálně projevuje nebo alespoň provádí pokusy o verbalizaci (Dvořák, 2003, Strode & Chamberlain, 2006).

Oblasti diagnostiky

Zahraniční autoři (Fish, 2016, Strode & Chamberlain, 2006, Luzzini- Seigel & Murray, 2017) se povětšinou shodují v oblastech, které je nezbytné zahrnout do komplexní diagnostiky dítěte s rizikem CAS/VVD. Určující je provedení diferenciální diagnostiky. Samozřejmě klinický logoped může v průběhu diagnostiky přihlídnout k důležitým informacím o genetických a neurologických poznacích, pokud mu jsou k dispozici. Verbální dyspraxie se nepojí s žádnými fyzikálními znaky či zjevnými poškozeními, odborník se musí spoléhat pouze na řečové a jazykové charakteristiky, které by měl identifikovat sluchem (Luzzini-Seigel & Murray, 2017). Posouzení této složky však předchází ještě sestavení rodinné a osobní anamnézy, zhodnocení sluchu, motorické testy a rozpoznání různých neurologických známek

(Dvořák, 2003). Nyní si přiblížíme nejdůležitější oblasti, kterým by se měl logoped při provádění diagnostiky zabývat.

V *rodinné anamnéze* zvažujeme přítomnost narušení komunikační schopnosti u rodinných příslušníků, přičemž u verbálně dyspraktických dětí zpravidla můžeme předpokládat pozitivní nález u nejbližších příbuzných. Ten může být příčinou nevhodného mluvního vzoru pro dítě. Dále se zaměřujeme na úroveň sociálního prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, všímáme si vztahů mezi rodinnými příslušníky.

V sestavování *osobní anamnézy* se pokoušíme o zmapování vlastního vývoje dítěte, přičemž centrem zájmu je průběh těhotenství a porodu (věk matky, medikace a nemoci během těhotenství, zda byl porod fyziologický, vyvolávaný, předčasný apod., poporodní asfyxie, žloutenka), psychomotorický vývoj (opožděný, překotný vývoj, obtíže v jednotlivých motorických oblastech), příjem potravy (problémy spojené s přechodem na tuhou stravu, hypotonie či špatné časování orálních pohybů), historie užívání medikace, předchozí logopedická péče (terapeutické metody a cíle stanovené i dosažené), vývoj řeči (nástup žvatlání a jeho omezení, hraní s mluvidly, nárůst slovní zásoby, neverbální komunikace) aj. (Dvořák, 2003, Fish, 2016, Strode & Chamberlain, 2006).

Jako *neurologické příznaky* můžeme vnímat narušení svalového tonu v orální oblasti, často však celého těla, asymetrii postury, nezvyklé pohyby končetin a problémy v chůzi, přítomnost některých patologických reflexů (Fish, 2016). Tyto příznaky jsou často jevy provázející dysartrii, která bývá v některých případech komorbiditou vývojové verbální dyspraxie. Z hlediska diferenciální diagnostiky je proto nutné těmto příznakům věnovat zvýšenou pozornost. Taktilní a senzorká citlivost bývá u dětí s VVD častěji snížena než zvýšena, což se v orální oblasti může projevit zvýšenou salivací, nedostatečným vnímáním potravy v ústech. Ovlivňuje také vývoj somatosenzorického povědomí, které je nezbytné pro správnou produkci řeči (Fish, 2016).

Hodnocení sluchu je nezbytné pro vyloučení možné přítomnosti sluchové vady. Toto hodnocení by mělo být v případě opoždění vývoje řeči provedeno co nejdříve, typicky jsou využívány audiometrické metody. Pokud není postižení sluchu přítomné, přesto může být narušené sluchové vnímání – narušení diferenciací fonémů (které bývá určující pro fonologickou poruchu), sluchové analýzy a syntézy nebo sluchové paměti (Dvořák, 2003).

V rámci *testování orálních pohybů* se musíme v první řadě zaměřit na stav orálního mechanismu, který můžeme provést aspexí nebo palpací. Posuzujeme, zda není narušena struktura dolní a horní čelisti, alveol a zubů, jazyka, rtů, měkkého a tvrdého patra, uvuly a hltanu (Fish, 2016). Ověříme také jejich funkci, tj. zdatnost automatických pohybů jako je polykání nebo sání, a dalších oromotorických pohybů např. foukání, kousání atd. Dále se zaměřujeme na imitaci neverbálních orálních pohybů (špulení rtů, retrakce, protruze, elevace a lateralizace jazyka, nafukování a vtahování tváří atd.). Nápadným indikátorem VVD je tápání ve snaze o imitaci orálních pohybů. Pro posouzení motoriky mluvidel můžeme použít vybraná cvičení Testu 3F pro dysartrický profil (Dvořák, 2003).

Testování řeči a jazyka by mělo proběhnout ve všech oblastech, se zaměřením na specifika vývojové verbální dyspraxie, které jsou uvedeny v podkapitole 2.3. Na prvním místě je sestavení individuálního *fonetického inventáře*, tedy přehledu artikulačních dovedností dítěte. Měl by zde být uveden seznam hlásek, které dítě vyslovuje správně a analýza chybné výslovnosti hlásek, které se nedaří realizovat. Jsou zde uvedené případné substituce, distorze, eliminace či přidání hlásky. Fonetický inventář hodnotí schopnost artikulace, nikoli funkční použití hlásky (Strode & Chamberlain, 2006). Nyní si uvedeme doporučené diagnostické postupy vybraných odborníků, pro sestavování fonetického inventáře, a další případné pohledy na diagnostiku řečových a jazykových charakteristik.

Dvořák (2003) uvádí *orientační a cílené logopedické vyšetření*, které vede k sestavení inventáře. Cílené vyšetření může probíhat rozhovorem, tak, aby dítě v odpovědi postupně použilo všechny zkoumané fonémy, nebo přímým *opakováním slov a vět*. Opakování můžeme využít také pro testování výslovnosti jednotlivých fonémů, Dvořák doporučuje opakování podobných či kontrastních dvojic hlásek nebo slabik. Stejný postup doporučují i Iuzzini-Seigel & Murray (2017), které poukazují na důležitost testování jednoslabičných i mnohoslabičných slov pro odhalení *narušené schopnosti diadochokineze* (schopnost rychle střídat protichůdné pohyby). Dvořák (2003) dále hodnotí úroveň komunikace a to jak verbální, tak neverbální. Za signifikantní pro VVD považuje tyto faktory: výrazný pohled očí k předmětu, nakládání s předměty, ukazování, diskrepance mezi receptivním a expresivním jazykovou stránkou, omezený repertoár hlásek, nekonzistentní chyby, tápání ve výpovědi, chybná prozódie, vliv délky projevu na chybovost. Některé děti mohou používat ke komunikaci

hněv, nebo se mohou jakékoli komunikace stranit. Dále se věnuje verbální produkci řeči, kterou hodnotí v oblastech jednotlivých jazykových rovin. Pro posouzení této oblasti doporučuje *Heidelberský test řečového vývoje*. V českém prostředí se prozatím nevyskytuje žádný standardizovaný test pro diagnostiku vývojové verbální dyspraxie (Dvořák, 2003; Neubauer, 2018).

Neubauer (2018) jmenuje několik zahraničních testů, které se využívají v anglicky mluvících zemích pro diagnostiku apraxie. Tyto testy se zaměřují především na motorickou dyspraxii, ale některá cvičení pro testování VVD lze využít, nebo již dokonce obsahují subtesty pro vyšetření verbální dyspraxie.

- *Apraxia Battery for Adults*
- *Comprehensive Apraxia Test*
- *Test of Oral Limb Apraxia*

Tyto testy jsou však převážně využitelné pouze u dospělých osob se získanou apraxií.

Fish (2016) uvádí několik oblastí, na které by měla být diagnostika při suspektní verbální dyspraxii zaměřená. Zdůrazňuje důležitost provádění testů, které se orientují na spontánní mluvu i imitaci, protože děti s VVD mohou mít výraznější problémy s imitací výpovědi, na rozdíl od dětí s jinými typy narušené komunikační schopnosti. Doporučuje opakovat testové položky vícekrát z důvodu ověření nekonzistentní chybovosti a zaměřit se na suprasegmentální charakteristiky řeči, především rytmus, hlasitost, rezonanci a tempo řeči, které jsou často u dětí s VVD narušeny. Dále uvádí výčet všech sledovaných faktorů v analýze jazyka a řeči a jejich sociálním uplatnění, přikládá vlastní hodnotící arch pro jejich zaznamenání. V závěru uvádí čtyři již publikované zahraniční testy pro hodnocení apraxie řeči:

- *The Apraxia Profile*, který vytvořil Lori Hickman v roce 1997. Je určen dětem od 3 do 13 let a testuje automatické a volní orální pohyby, diadochokinezi, imitaci slov a vět se stoupající komplexností, spontánní řeč.
- *Dynamic Evaluation of Motor Speech Skill (DEMSS)* od terapeutek Rebeccy McMauley a Edythe Strand, který uveřejnily v roce 2015. Má sloužit jako doplňující test k diferenciací diagnostice těžkých poruch řeči dětí od 3 let. Orientuje se na přesnost artikulace, konzistenci a prozódii slov s narůstající komplexností.
- *Kaufmann Speech Praxis Test for Children (KSPT)* od Nancy Kaufman z roku 1995. Je vytvořený pro diagnostiku a intervenci dětí s VVD od 2 do 6 let.

Používá imitaci orálních pohybů, produkci fonémů a slov, posuzuje srozumitelnost řeči.

- *Verbal Motor Production Addeddment for Children (VMPAC)* z roku 1999, jehož autorkami jsou Paula Square a Deborah Hayden. Byl vytvořen pro posouzení integrity motorického řečového systému u dětí s poruchou řeči od 3 do 12 let. Hodnotí verbální i neverbální orální pohyby, jejich sekventování a přesnost, kontrolu artikulačních orgánů během procesu mluvení.

Strode & Chamberlain (2006) zdůrazňují potřebu komplexní diagnostiky. Také doporučují sestavení fonetického inventáře, ale varují před testy zaměřené pouze na artikulaci. Mohou vést ke zkreslenému obrazu o schopnosti dítěte produkovat srozumitelnou řeč. Proto kladou důraz na provádění fonologických testů, které napomáhají analyzovat chyby, rozlišovat a odkrývat chybné řečové vzory. Dále jsou podstatné testy na výkonové zatížení pro rozlišení hranice, kdy se řeč stává nesrozumitelnou. Přehlednou tabulku pro zaznamenání fonetického inventáře autorky zařadily do *Přehledu o pozorování a provedených testech*, který je uveden v publikaci spolu s *Formulářem pro rozhovor s rodiči*. Ten obsahuje položky pro všechny výše zmíněné diagnostické oblasti. Autorky uvádějí několik standardizovaných testů zaměřených na artikulaci a fonologii např.:

- *Goldman-Fristoe Test of Articulation-2 (GFTA-2)*
- *Kahn-Lewis Phonological Analysis-2 (KLPA)*
- *Bankson-Bernthal Test of Phonology*
- *Photo Sticulation Test (PAT-3)*
- *The Apraxia Profile*
- *Kaufman Speech Praxis Test for Children*
- *Arizona Articulation Proficiency Scale (Arizona-3)*

A několik testů jazykových dovedností:

- *Expressive One-Word Picture Vocabulary Test*
- *Receptive One-Word Picture Vocabulary Test*
- *Language Processing Test 3: Elementary (LPT-3)*
- *a další.*

Diferenciální diagnostika

Jak jsme již popsali výše, stěžejním bodem při utváření diagnózy vývojové verbální dyspraxie je provedení diferenciální diagnostiky, což je bez standardizovaného diagnostického testu nutností. Protože mnohdy není zřejmé, zda vzniklá porucha má motorický či jazykový základ, nebo je následkem narušení motorického plánování a programování řeči, měli bychom diferencovat poruchu od dysartrie (NKS na podkladě narušení motorického postižení) a fonologické poruchy (jazyková porucha) (Murray a kol., 2015). Pro přehled můžeme diferencovat tyto tři poruchy v několika oblastech (Fish, 2016, Dvořák, 203): napětí oromotorických svalů, orální pohyby (např. žvýkání) a jejich mimovolní kontrola, konzistentnost řeči a variabilita realizace slabik a slov, charakteristika chyb, jejich frekvence, rozdíl mezi automatickou a spontánní řečí, rozdíl mezi receptivní a expresivní jazykovou složkou, prozodické faktory, výška a síla hlasu, kvalita hlasu, rodinné faktory. Storde a Chamberlain (2006) přidávají navíc rozdílnost raného vývoje řeči, efektivity logopedické terapie a míru frustrace. Pro přehlednost je charakteristika jednotlivých oblastí u každé z poruch uvedena v následující tabulce.

VVD	<ul style="list-style-type: none">• Není přítomno žádné napětí nebo oslabení svalového napětí• Nejsou přítomny obtíže s mimovolní kontrolou orálních pohybů• Realizace slabik a slov je variabilní, nekonzistentní• Jsou přítomny substituce, delece, přidávání hlásek, zjednodušování slabik a slov, deformace vokálů• Frekvence chyb vzrůstá s délkou výpovědi• Automatická řeč je lepší než spontánní, opakování horší• Receptivní jazykové dovednosti na lepší úrovni než expresivní• Tempo, rytmus a přízvuk často narušeny, orální „tápání“• Možná nedostatečná kontrola nad intenzitou hlasu• Kvalita hlasu je v normě• Zpravidla pozitivní nález u nejbližších příbuzných• Narušený raný vývoj řeči – omezené žvatlání, ztrácení slov• Pomalý nebo žádný progres u terapie zaměřené na artikulaci či fonologii.
Dysartrie	<ul style="list-style-type: none">• Svalové napětí je narušeno• Jsou přítomny výrazné obtíže s mimovolní kontrolou orálních

	<p>pohybů</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chybná realizace slabik a slov je konzistentní • Chyby se zpravidla manifestují jako distorze a poruchy hlasu • Realizace věty může být méně přesná, než realizace slova • Není rozdíl mezi opakování, automatickou a spontánní řečí • Pokud není dysartrie závažného typu, zpravidla není rozdíl mezi receptivní a expresivní jazykovou složkou • Tempo, rytmus a přízvuk narušeny • Problém s udržení adekvátní intenzity hlasu • Kvalita hlasu narušena vzhledem k typu, možná hypernazalita • Zpravidla negativní nález v rodině • Narušený vývoj řeči, naučená slova neztrácí.
Fonologická porucha	<ul style="list-style-type: none"> • Není přítomno žádné napětí nebo oslabení svalového napětí • Nejsou přítomny obtíže s mimovolní kontrolou orálních pohybů • Chybná realizace slabik a slov je zpravidla konzistentní • Jsou přítomny substituce konsonant, delecce fonémů či slabik, chyby ve výslovnosti vokálů se zpravidla nevyskytují • Frekvence chyb je konstantní bez ohledu na délku výpovědi • Opakování může být na lepší úrovni, než spontánní řeč • Mohou se vyskytovat rozdíly mezi receptivními a expresivními jazykovými dovednostmi • Tempo, rytmus a přízvuk zpravidla nejsou narušeny • Žádné potíže s intenzitou hlasu • Odpovídající kvalita hlasu • Zpravidla pozitivní nález u nejbližších příbuzných • Raný vývoj řeči zpravidla není výrazně narušen • Rychlý progres u terapie zaměřené na artikulaci a fonologii.

Tab. 1 Diferenciální diagnostika (dle Dvořák, 2003; Fish, 2016; Strode & Chamberlain, 2006)

3.3 Terapie dětí s VVD

Terapie verbální vývojové dyspraxie se významně liší od terapie narušeného článkování řeči, jako je dyslalie či dysartrie. Cílem je vlastní korekce chybně naplánovaných artikulačních pohybů (Neubauer, 2018), nové osvojení motorických sekvencí slabik a slov. Neubauer (2018) za hlavní postupy považuje *artikulační, rytmizační cvičení a cvičení fonematické diskriminace hlásek*. Dvořák (2003) uvádí jako nezbytná *motorická cvičení*, dále je do terapie často nutné zařadit i *normalizaci senzitivity* a další *specifické postupy* (např. využití prvků AAK apod.). V úvodu této podkapitoly si stručně uvedeme některé zásady, které odborníci doporučují pro dosažení úspěšné terapie a následně si nastíníme oblasti a průběh terapie verbální vývojové dyspraxie.

Terapeutické zásady

Červenková a Blatná (2018) na své přednášce v rámci logopedického sympozia v Praze v červnu 2018 uvedly několik zásad, které je zapotřebí uplatňovat v průběhu terapie VVD a jsou ve shodě s názory mnoha zahraničních odborníků (Strode & Chamberlain, 2006; Fish, 2016; Kaufman, 2016, Czarnik, 2010). Na prvním místě je neustálé, důkladné a dlouhodobé *opakování* fixovaných zvuků. Zahájení terapie doporučují *v co nejranějším věku*, a dbát na *častou frekvenci terapeutických schůzek* s logopedem. Zahraniční autoři uvádějí alespoň 3 - 5x týdně, Dvořák (2003) v našich podmínkách považuje za reálné alespoň 1x týdně s logopedem a nadále (2 - 4x týdně) s jiným kvalifikovaným pracovníkem pod logopedickou supervizí. Zároveň zdůrazňuje nutnost terapie individuální. Děti s VVD potřebují individuální a velmi intenzivní přístup, proto by podle něj ze skupinových terapií téměř vůbec neprofitovaly.

Základem úspěšné terapie je *vhodně zvolená motivace*. Cvičná slova by se měla odvíjet vždy od předmětu zájmu dítěte, což také zaručuje pozdější častější využití osvojených slov v přirozeném prostředí. Volíme taková slova, která je možné *ihned použít*. *Terapie by vždy měla být úspěšná*, dítě by nemělo během terapie zažít pouze neúspěch, ale naopak – pocit zdaru by jej měl motivovat k dalším pokrokům. Proto zařazujeme i aktivity, které jsou mírně pod úrovní dítěte (Strode & Chamberlain, 2006) a zároveň se vyvarujeme aktivitám, které by zjevně vedly k neúspěchu (zařazování nových hlásek do víceslabičných slov apod.). Po úspěchu následuje *odměna*,

kteřá by měla být vázána na konkrétní zdařilou činnost. Může následovat bezprostředně po úspěchu, nebo na konci terapie s komentářem, co se konkrétně dítěti povedlo.

Důležitým bodem je zásada *koartikulace*. Vzhledem k tomu, že se hlásky ve slabikách či slovech vzájemně ovlivňují (např. asimilace progresivní/regresivní), je vhodnější osvojovat artikulační pohyby již ve větších celcích (Dvořák, 2003). To znamená, že preferujeme artikulaci komplexnějších artikulačních pohybů před artikulací izolovaných hlásek. Fish (2016) využívá *návazných řetězců* pro vytvoření nového slova, ale nejmenší realizovaná jednotka by měla být slabika ve tvaru CV nebo VC. Pokud jde o úplnou nemluvnost, je nezbytné motivovat dítě k realizaci izolovaných vokálů. Při komunikaci s dítětem dbáme na *pomalé tempo řeči*, na začátek terapie ihned zařazujeme *prozodická cvičení*, a během celého cvičení využíváme *multisenzorického přístupu*. Hojně využíváme vokalizaci v *kombinaci s pohybem*, zapojujeme pohyby celého těla, aktivizujeme vestibulární a kinestetické vnímání. Fixace a automatizace nově osvojených slov by měla ideálně probíhat *formou hry*.

Strode & Chamberlain (2006) mimo těchto zásad uvádějí ještě několik všeobecných terapeutických technik, techniky pro podporu srozumitelnosti řeči a podporu domácího cvičení. Mezi všeobecné zařadili *používání prvků AAK* (Dvořák (2003) doporučuje např. využití českého znakového jazyka nebo prvky systému MAKATON), vytvoření *terapeutického týmu*, kde by nebyli instruováni v práci s dítětem pouze rodiče, ale také pedagogové, širší rodina a vrstevníci, kteří by se aktivně na terapii podíleli. *Prostředí*, ve kterém se dítě pohybuje, by přizpůsobili tak, aby bylo silně motivující pro řečový rozvoj a procvičovali nově osvojené dovednosti v terapeutických a následně všech denních aktivitách. Pokud je to možné, všem komunikačním cílům by měl být přiřazen *odpovídající význam*, aby dítě samo vnímalo význam terapie.

Pro podporu srozumitelnosti řeči využívají *gest a doteků*, které by pokud možno podpořily produkci cílených zvuků. *Orofaciální masáže* lze také využít pro vytvoření povědomí o lokaci tvorby jednotlivých hlásek, je ale zapotřebí, aby masáž prováděla osoba k tomu kompetentní a vyškolená. Dle Kaufman (2016) jsou často nutná i orofaciální posilovací cvičení nebo orofaciální myofunkční terapie. Dítě by samozřejmě nemělo být stresováno *omezeným časem* pro svou řečovou produkci.

Pro zvýšení efektivity domácího cvičení by logoped měl pomoci rodičům s vytvořením *struktury každodenního cvičení*, podpořit rodiče ve *spontaneitě*

a flexibilitě během prováděného cvičení a navrhnout *seznam aktivit*, které lze do domácího cvičení zařadit. Dítě by mělo mít možnost i v domácím prostředí samo určitým způsobem *rozhodovat* (např. ve výběru aktivity, v jejím provedení) a být za úspěch náležitě *oceněno* (systém odměňování by měl být obdobný jako při terapeutickém sezení). Domácí cvičení a spolupráce s rodinou včetně sourozenců je velmi důležité pro intenzivní stimulaci dítěte i následnou zpětnou vazbu (Dvořák, 2003).

Motorické učení a multisenzorické klíče

Během terapie je nutné rozvíjet několik cílových oblastí. Těžištěm terapie je jistě osvojení nových funkčních mluvních celků, ale vzhledem k charakteru poruchy je zapotřebí komplexního přístupu s intenzivním zaměřením na *celkovou motoriku* dítěte. Dle Fish (2016) nelze dítě s VVD učit mluvit bez uplatňování zásad motorického učení, Dvořák (2003) za tyto zásady považuje dlouhodobé opakování a dril. K tomuto účelu mohou sloužit multisenzorické klíče, což jsou určité *podněty* či *facilitátory* pro podporu slovní produkce. Mohou pomoci dítěti s uvědoměním správné artikulační pozice, ale více by měly podpořit správné pohybové sekvence, tj. spojování jednotlivých fonémů do slov nebo kontrolu celé vlastní produkce (Strode & Chamberlain, 2006, Czarnik, 2010). Tento podnět může mít *auditivní*, *vizuální*, *taktilní*, *proprioceptivní* či *prostorový* charakter, nebo může být jejich kombinací. Využití těchto klíčů podporuje senzomotorickou integraci, pokud je při učení využíváno více smyslů současně, mozek umí přesněji časovat výslednou aktivitu (Elliot a kol., 2010).

Nejprve by se měly použít všechny klíče, které máme k dispozici, abychom zjistili, které z nich korespondují se styly učení dítěte a nejvíce tak podporují jeho řečovou produkci, nebo v jakém pořadí mají být dítěti prezentovány, aby jejich použití bylo nejvíce efektivní (Strode & Chamberlain, 2006). Pokud je dítě opakovaně úspěšné v produkci cílového fonému/slova, postupně ubíráme jednotlivé klíče (Dvořák, 2003). Nejdříve multisenzorické klíče zjednodušíme na monosenzorické, následně odebíráme významnější a uplatňujeme pouze méně významné (Fish, 2016). Poslední uplatněnou by měla být pouze vizuální podpora, např. psané písmeno či slovo.

Mezi *auditivní klíče* řadíme slyšený model cílené promluvy (slabiky, slova, fráze atd.), který předchází pokusu dítěte o verbalizaci. Jeho imitace může být bezprostřední, nebo zpožděná, model by měl být několikrát zopakován. Naše produkce klíčového slova

může být melodicky ozvláštněna či slovo zakomponujeme do známé písničky (Kaufman, 2016). Zároveň bychom měli verbálně podpořit dítě tak, že jej přesně instruujeme o průběhu cvičení a jeho úkolu během něj (Strode & Chamberlain, 2006). Dítě by také mělo vědět, jak nastavit a použít artikulační orgány pro konkrétní produkci konsonant či vokálů. Fish (2016) mezi auditivní klíče řadí i přední a zadní řetězení slov.

Vizuálním klíčem může být psané slovo nebo jakýkoli jiný grafický záznam cílového zvuku, obrázek nebo video, gesto (inspirací mohou být pomocné artikulační znaky, cued speech nebo hand-mund systém. Fish (2016) uvádí seznam vlastních gest pro jednotlivé fonémy) v kombinaci s pohybem hlavy či odezíráním, nebo samotné odezírání. Lze využít různé pantomimické prvky nebo ukazování, znaky. Pro iniciační fázi terapie lze vytvořit pojmový deník s frekventovanými výrazy ze života dítěte (Dvořák, 2003). V textu může podpůrně sloužit zvýraznění či podtržení klíčového slova. Pro kontrolu vlastních mluvidel může samozřejmě sloužit i zrcadlo. Řada odborníků (Kaufman, 2016, Czarnik, 2010, Fish, 2016) využívá vlastní podpůrné karty pro vizualizaci cíleného fonému či slova, které jsou ústřední oporou celé terapie VVD.

Produkci lze podpořit i *taktilně* a to dotykem pro upřesnění pozice artikulačních orgánů pro specifický zvuk. Pomůžeme dítěti, aby svůj dotek používalo pro kontrolu a nastavení mluvidel, nebo aby udrželo správný čelistní úhel po dobu vokalizace. Dotekem např. na paži dítěte lze také znázornit délku realizace fonému.

Velmi důležitá a užitečná je *proprioceptivní* neboli *pohybová podpora*. Pohyb může zrcadlit rysy cílových fonémů, např. pohyb ruky po paži znázorňuje délku realizace zvuku (Strode & Chamberlain, 2006). Stejně tak lze využít určitá gesta pro začátek nebo závěr slova, dotek rukou pro změnu artikulačního postavení mluvidel, rytmizační pohyb pro znázornění sekvence slabik ve slově. Pro znázornění změny, rytmu, sekvence či délky cílového slova lze využít pohyb celého těla (např. když krok představuje slabiku), nebo určité hýbání s obrázkovými kartičkami jednotlivých fonémů, karty mohou znázorňovat požadovaný pohyb s realizací konkrétního slova (Czarnik, 2010).

Jako *podněty z bezprostředního okolí* můžeme použít názorné předměty při nácviku slov, jejich hledání či manipulace s nimi.

Fish (2016) uvádí navíc *metakognitivní klíče*, mezi které řadí např. rytmizační cvičení, metafory, využití názorných předmětů pro určení počtu slabik, ultrazvukový biofeedback aj. Kaufman (2016) doporučuje doplňování slovní řady, nebo vynechávání klíčových slov ve známých textech s možností jejich doplnění dítětem.

Všechny tyto multisenzorické klíče se mohou během terapie kombinovat různým způsobem. Lze předpokládat, že u dětí s VVD bude užití více facilitátorů mít větší efekt na cílovou produkci (Strode & Chamberlain, 2006).

Struktura cvičení

Samotné *vyvozování cíleného slova* se provádí v několika stupních dle obtížnosti, Dvořák (2003) tuto metodu nazývá „Postup přes slabiky“. Jde o využití nejjednodušších fonémů nesoucích komunikační význam pro postupnou formulaci komplexnějších tvarů slov a slovních spojení. Tuto hierarchii využívá Kaufman (2016) ve svém terapeutickém programu K-SLP, který je v zahraničí hojně využíván pro terapii VVD. Již nejjednodušší zvuky artikulované dítětem mohou být nositelem významu (Červenková, Blatná, 2018). Strategii využívají i další odborníci (Strode & Chamberlain, 2006, Fish, 2016, Czarnik, 2010) s mírnými změnami v pořadí či přístupu k jednotlivým krokům. Uvedeme si ilustrativní možnou hierarchii pro terapeutické osvojování slov.

- V: stabilizace již vyvozených vokálů
- C, CV: produkce již vyvozených konsonant a jednoduchých slabik
- C: produkce nových vokálů a konsonant
- VV: produkce diftongů
- CVCV: prohlubování zvukových sekvencí reduplikací jednoduchých slabik
- VCV: dvouslabičná slova s jedním konsonantem
- CVC: jednoduché uzavřené slabiky
- CV1CV2: víceslabičná slova se změnou vokálu
- C1V1C2V1: víceslabičná slova se změnou konsonanty
- C1V1C2V2: víceslabičná slova s kombinací slabik
- CVCVCV: víceslabičná slova s různou obtížností
- Vytváření souhláskových shluků a slovních spojení
- Další frekventovaná slova, fráze a věty

Pořadí vyvozovaných hlásek se nemusí nutně řídit klasickým fonetickým vývojem hlásek, raději by se měly využít ty hlásky, které si již dítě osvojilo. Kaufman (2016) řadí nácvik jednoduchých slabik s vybranými konsonanty až po osvojení reduplikace slabik se základními konsonanty. Někteří autoři preferují vynechat *vyvozování izolovaných konsonant* a již na začátku terapie zahájit nácvik jednoduchých slabik. Problematickou

aktivitou během cvičení je orálně-motorické plánování změny pozice artikulačních orgánů, což nastává při změně již nejjednodušších slabik ve slově, nikoli však u nácviku izolovaných konsonant. Dvořák (2003) tvrdí, že tento nácvik nijak nepřispívá k rozvoji srozumitelné řeči, stejný názor zastává např. Czarnik (2010). Ta dále uvádí, že je velmi důležitá *selekce slov*, jejichž výslovnost bude nacvičována. Tvrdí, že nacvičování slabik beze smyslu snižuje jazykovou zátěž a vede dítě k soustředění pouze na produkci zvuku. Proto musí být cílová slova již od začátku nositelem smysluplné informace. Užívání srozumitelných zvuků pro okolí může být pro dítě *silným motivačním faktorem* k další práci.

Prozódie

Dosažení přesné prozódie vyžaduje nejjemnější změny v řečové motorice. Problémy s odpovídajícím *přízvukem a intonací* jsou tedy běžným jevem téměř u každého jedince s VVD, proto je vhodné zařadit cvičení zaměřená na prozódii již od *začátku logopedické terapie*. Úpravu zpravidla vyžaduje i *rytmus, výška a tón hlasu*, není však nutné s touto úpravou čekat až do produkce celých větných spojení (Fish, 2016). Zvládání a využívání prozodických faktorů v řeči výrazně napomáhá její srozumitelnosti (Strode & Chamberlain, 2006). V průběhu terapie lze využít mnoho prozodických cvičení různého charakteru. Dvořák (2003) doporučuje časté využití hudby pro nácvik změny rytmu, hlasitosti či výšky tónu. U starších dětí lze vysvětlit význam správně umístěného větného přízvuku nebo intonace u různých typů vět v komunikaci. Mladším dětem význam přízvuku více spojujeme s emocemi, např. při vyprávění příběhu nebo hraní hry. Veškeré emocionální projevy v projevu mohou být přehnané např. v ustálených slovních spojeních herních aktivit, což se v přístupu k dětem s VVD jeví jako osvědčené (Fish, 2016). Dětem také v samotné produkci může napomoci hledání přízvuku ve slyšeném projevu, přičemž cvičení může probíhat i u jednoduchých dvouslabičných slov. Při nácviku intonace lze zařadit cvičení na diferenciaci vzrůstající a klesající větné intonace s vizuální oporou např. gestem ruky nebo strukturním znázorněním větné skladby. Diferenciaci můžeme využít i při cvičení rozdílných tónů hlasu př. s následnou imitací (Fish, 2016).

Zpětná vazba

Děti, které jsou schopné samy zhodnotit svůj výkon, dosahují rychleji pozitivních výsledků, než ty, které to nedokážou. V druhém případě je zapotřebí zpětná vazba

poskytnuta terapeutem či rodičem (Dvořák, 2003). Zpětná vazba je *popsání chybné produkce a možné slovní ocenění*, pomáhá v *motivaci* a v *rozvoji předpokladů k lepšímu výkonu*, což znamená, že je postupem času stále méně potřeba (Czarnick, 2011). Z počátku by měla být poskytována při každém zahájení terapie, dokonce tvoří její stěžejní část (Fish, 2016). Dvořák (2003) klade důraz na sociální stránku zpětné vazby, kdy je vysoce zapotřebí pozitivní reflexe, která motivuje a také podporuje rozvoj vztahů mezi dítětem a ostatními účastníky terapie. Negativní zpětná vazba by měla být poskytována jen v minimální míře, a musí být podána vhodným způsobem. Fish (2016) zmiňuje důležitost častého a bezprostředního hodnocení na počátku terapie, poté doporučuje prodlevu mezi výkonem a zpětnou vazbou prodlužovat do té míry, kdy je poskytnuta souhrnně na konci cvičení. Czarnik (2011) apeluje na specifickou zpětnou vazbu. Ta má vést k pomoci rozvinout vnitřního modelu a vlastních znalostí o vytváření vhodných zvuků/slov. Nespecifická zpětná vazba nijak nepomáhá k dalšímu rozvoji dítěte.

Shrnutí:

Charakter logopedické intervence je utvářen dle věku dítěte, důležitým prvkem je zde spolupráce se zákonným zástupcem a zpravidla se uplatňují specifické terapeutické principy. Nelze opomenout, že nejefektivnějším metodou učení je v dětském věku hra, kterou je vhodné v logopedické intervenci uplatnit.

V rámci diagnostiky VVD je zapotřebí zvážit rodinou a osobní anamnézu, neurologické aspekty, stav sluchu a rozsah orálních pohybů. Samostatnou oblast pak tvoří řeč a jazyk, pro jejichž diagnostiku je v zahraničí využívána řada standardizovaných testů. Stěžejní oblastí je diferenciální diagnostika, zejména odlišení VVD od dysartrie a těžké fonologické poruchy.

V intervenci je potřebné uplatnění několika terapeutických zásad a technik, nezbytné je využití multisenzorických klíčů, které umožní propojení informace ze všech smyslů, taktilního, proprioceptivního či metakognitivního vnímání. Samotné vyvození slova probíhá dle struktury s narůstající obtížností. Důležitou roli v intervenci hrají také prozodická cvičení a zpětná vazba.

4 Analýza logopedické intervence u dětí se symptomy vývojové verbální dyspraxie

4.1 Výzkumný problém, cíle a metodologie práce

Hlavním cílem diplomové práce bylo *analyzovat využívané terapeutické postupy v logopedické intervenci u dětí se symptomy verbální dyspraxie*. Její **parciální cíle** jsou:

- vytvoření cvičení pro fixaci a automatizaci, které budou využívány v logopedické intervenci u dětí se symptomy VVD;
- ověření použitelnosti vytvořených cvičení pro práci dítěte s klinickým logopedem a rodičem;
- analýza komunikačních projevů v jazykových rovinách.

Na základě výzkumného cíle byly formulovány tyto **výzkumné otázky**:

- Jak probíhá logopedická intervence u dětí se symptomy verbální dyspraxie?
- Jaký materiál je v intervenci u dětí se symptomy VVD používán?
- Jaký je postoj rodičů k využívání materiálu v domácí intervenci?
- Jaký je postoj logopeda k využití vytvořeného materiálu v praxi?

Metodologie výzkumného šetření

Teoretická část této práce vznikla na základě analýzy českých a zahraničních odborných studií, které se věnují dané problematice, a komparací terapeutických přístupů uvedených v literatuře. Shrnula základní teoretické poznatky potřebné pro přiblížení diagnózy verbální vývojové dyspraxie, následně rozvíjí jednotlivé charakteristiky její logopedické terapie z různých hledisek zejména zahraničních odborníků.

Empirická část byla pod supervizí klinické logopedky vypracována pomocí případových studií, které se zaměřují na konkrétní zvolené postupy v logopedické terapii symptomů verbální dyspraxie. Ke zkoumání problematiky byla zvolena forma kvalitativního výzkumu, která je definována metodami sběru dat, aplikací metody indukce, charakterem získaných dat a analýzou dat (Švaříček, Šedřová, 2014). Ke sběru potřebných dat k provedení výzkumu byla využita metoda aktivního pozorování při práci s vytvořeným materiálem, analýza dokumentů, strukturovaný rozhovor s rodiči a logopedkou a analýza výzkumné činnosti. Výzkumný vzorek tvořily tři děti

v předškolním a mladším školním věku s kombinovaným postižením, v jejichž řečovém projevu dominovaly symptomy vývojové verbální dyspraxie. Výzkum proběhl s informovaným souhlasem zákonných zástupců, všechna získaná data jsou naprosto anonymní.

Charakteristika terapeutického materiálu

Na pracovišti klinické logopedie, kde byl výzkum prováděn, je poskytována logopedická intervence klientům s kombinovaným postižením, které se pojí s NKS. Logopedi zde poskytují péči i klientům se symptomy verbální dyspraxie, které jsou dominujícím narušením v celkovém klinickém obraze. Pro tyto klienty je velmi obtížné tvořit nové artikulační vzorce, potíže se pak projevovaly již na úrovni hlásek, slabik, jednoduchých a komplikovanějších slov nebo vět. Vzhledem k přirozenému vývoji a vzdělávání se klient neustále rozvíjí, proto je však neúspěšná forma komunikace čím dál tím méně dostatečná, chaotická a pro klienta frustrující.

Bylo zapotřebí zajistit nový terapeutický materiál, který by vyhovoval specifickým terapií u klientů se symptomy VVD. Pracoviště vycházelo ze zahraniční literatury, především autorek Margaret Fish, Robin M. Strode a Catherine E. Chamberlain, nebo Leslie A. Lindsay. Stěžejní pak byla práce americké logopedky Nancy Kaufman (viz obrázek č. 1 a 2), dle které byl vytvořen terapeutický materiál s českými ekvivalenty, u nichž narůstala artikulační obtížnost dle hlediska vývoje. Terapie vycházela z tohoto materiálu a terapeutických zásad, které jsou zmíněny v podkapitole 3.3.



Obr. 1: Terapeutický materiál N. Kaufman



Obr. 2: Ukázka vyvozování slov dle N. Kaufman

Tento materiál se v praxi osvědčil, klienti se začali rychle učit novým artikulačním pohybům s narůstající obtížností. Problém nastal při využití nových slov v rámci běžné komunikace. V rámci terapie se pomocí karet dařilo slova realizovat, bylo však potřeba slova přenést do jiného prostředí, což se nedařilo vzhledem k obtížnému kombinování řeči s pohybem či manipulací.

V rámci této studie tedy vznikl nový terapeutický materiál, který byl vytvořen pro finální část terapie VVD – fixaci a automatizaci vyvozených slabik nebo slov. Vznikl na podkladě analýzy osobní dokumentace, úvodního rozhovoru s logopedkou a výsledků jejího vyšetření v červnu 2018 během logopedických terapií u vybraných dětí. V úvodu šetření logopedka stanovila dlouhodobý terapeutický plán u vybraných dětí a určila, která slova je vhodná do materiálu zařadit. K tomuto účelu poskytla materiál s českými slovy využívaný v předchozích částech terapie (viz obrázek č. 3).



Obr. 3: Obrázkové karty pro osvojení slabik

Materiál byl vytvořen na základě vybraných slov se strukturou CV (např. *tu, já*, slova byla do her tříděna dle artikulačních okrsků), CVC (např. *bum*), CVCV (např. *táta, Jája*), CV₁CV₂ (např. *babi, mami*), C₁VC₂V (např. *Kája, chata*), C₁V₁C₂V₂ (např. *doma, chodí*), CVCVCV (např. *jahoda, holiny*) a s respektováním zásad terapie VVD, např. propojení s pohybem, cvičení ve formě hry, uplatnění multisenzorického přístupu. Vzhledem k výrazné potřebě rozvoje sensorické integrace bylo do každé hry zapojeno rytmizační, pohybové, taktilní či proprioceptivní cvičení. Cílem práce s materiálem bylo propojit osvojené slovo s pohybem či jinou činností v rámci přirozené činnosti, tj. hry v přirozeném prostředí, kde by nebyl zapotřebí speciální terapeutický materiál. Ukázky terapeutických her, které byly využity ve výzkumu, jsou uvedeny v příloze č. 2.

4.2 Charakteristika výzkumného vzorku

V červnu 2018 proběhly první náslechy v průběhu logopedické terapie u dětí se symptomy verbální dyspraxie na pracovišti klinické logopedie. Následně byl proveden rozhovor s klinickou logopedkou se zaměřením na pokračování terapie u každého z vybraných dětí. Na tomto základě byl během letních měsíců vytvořen terapeutický materiál zaměřený na finální fázi terapie – fixaci a automatizaci vyvozených slov. Materiál měl podobu terapeutických her, které umožňují přenést nacvičovaná slova vhodným způsobem do domácího prostředí a rodiče jejich pomocí mohou nenásilně podpořit využívání těchto slov v běžných situacích. Každá hra byla vytvořena vzhledem k individuálním potřebám dítěte.

Od září do prosince 2018 probíhalo vlastní výzkumné šetření, které bylo zaměřeno na ověření vytvořeného terapeutického materiálu u vybraných dětí. Konaly se celkem tři setkání klinické logopedky s dětmi a jejich rodiči, při kterých rodiče byli instruováni o hrách a jejich využití v domácím prostředí. Rodiče průběžně hodnotili úspěšnost práce s materiálem na základě poskytnutých tabulek a v rozhovorech. Na dalším setkání logopedka zhodnotila úspěšnost terapie během uběhlého období. Pokud děti byly ve hrách úspěšné, při druhém setkání byly nabídnuty nové hry, které rodiče s dětmi využívaly v dalším období. Během třetího setkání došlo k závěrečnému zhodnocení logopedkou i rodiči a dohodnutí na dalším pokračování terapie.

Dívka K.

Dívka byla narozena v lednu 2009, v době šetření byla tedy ve věku 9 let. Byla jí diagnostikována specifická vývojová porucha motorických funkcí, centrální hypotonický syndrom a středně těžké mentální postižení. Nyní se vzdělává ve třetím ročníku ZŠ zřízené dle § 16 odst. 9 školského zákona.

Dívka je z druhého těhotenství komplikovaného krvácením s následnou 14denní hospitalizací. Byla zjištěna rozštěpová vada, která později nebyla prokázána (možný neodhalený submukózní rozštěp). Psychomotorický vývoj se opožďoval, byla indikována Vojtova metoda do 6 měsíců. Nyní samostatně chodí, ale koordinace pohybů je narušena, stabilita je snížena. Úchop je prstový ulnoradiální, kresba vykazuje známky organicity, dominantní je levá končetina. Vývoj orálních funkcí byl opožděný, nyní je příjem potravy v normě, ale mluvidla jsou neobratná a v orofaciální oblasti je hypersenzitivní. Vývoj řeči je opožděný. Nyní je v péči klinického logopeda, fyzioterapeuta a dalších odborníků.

Žije v úplné rodině s matkou, otcem a starším bratrem, u nikoho není přítomna logopedická diagnóza. Sociální podmínky jsou dobré.

Dívka *se zajímá* o zvířata, doma má morče, miluje malá miminka a ráda si hraje na rodinu. Ráda o někoho pečuje, nebo si hraje se spolužačkou na rodinu a na školu. *Oblíbená hra* je také na paní logopedku, při níž učí mluvit plyšáky podle logopedického sešitu. V rámci logopedické terapie dívku *motivuje* nálepka nebo razítko ve formě odměny na konci hodiny. Dívka ráda odnáší odměnu i pro všechny své spolužáky. Na logopedii se dokáže soustředit celých 30 minut po dobu terapie při střídavých činnostech, když jsou úkoly prokládány krátkým odpočinkem. Po přijetí do péče byla dívka při neúspěchu vzdorovitá, nechtěla úkol dokončit. Nyní je schopná běžně požádat o pauzu, změnu aktivity, vhodným způsobem vyjádřit nespokojenost či potřebu odpočinku. V případě, že není dívce rozumět, opakuje sdělení tak dlouho, dokud jí člověk neporozumí. Při opakovaném neporozumění je smutná a plačtivá – uvádí, že je jí líto, když jí ve třídě není rozumět.

Chlapec N.

Chlapec N. byl narozen v prosinci 2012, v době šetření byl ve věku 5 let. Diagnóza dle neurologické zprávy je vrozená encefalopatie – projevy autismu a vývojové

dysfázie, dále expresivní porucha řeči. Nyní navštěvuje MŠ pro děti s poruchou autistického spektra.

Chlapec je z druhého těhotenství bez komplikací, porod byl klešťový s nalomenou klíční kostí. Psychomotorický vývoj se nevymykal normě do 18. měsíce, poté následoval regres v řečovém vývoji a osvojení dovedností (možný následek očkovací troj-vakcíny). Nebyla indikována rehabilitace a nyní všechny pohyby vykonává samostatně, méně obratně. Dominantní je pravá horní končetina, vývoj orálních funkcí byl v normě, příjem potravy je také v normě. Nyní je motorika mluvidel spíše neobratná, na obličeji a v dutině ústní převládá hypersenzitivita. Vývoj řeči je opožděný, po očkování přerušovaný. Nyní je v péči SPC, klinického logopeda, ORL, neurologa, psychologa a dalších odborníků.

Žije v úplné rodině s matkou, otcem a starší sestrou, u bratrance je přítomen opožděný vývoj řeči. Sociální podmínky jsou dobré.

Chlapec se intenzivně zajímá o písmenka a čísla, zná písmena celé abecedy a čísla od 1 do 20. Rád si prohlíží obrázkové knížky. Má rád rockovou hudbu, kterou poslouchají rodiče, zajímá se i o další písničky. Také miluje jídlo všeho druhu, zejména ovoce nebo bonbony.

V rámci logopedické terapie je mnohdy jídlo jedinou motivací pro dokončení úkolu. Proto má motivace podobu drobných pochutin. Míra pozornosti silně závisí na chlapcově vnitřní motivaci. Aktivita musí být pro chlapce zajímavá či s odměnou, pokud tomu tak není, nevěnuje úkolu pozornost. Chlapec je celkově pozitivně laděný a milý, ale při nezdaru se nenechá přemluvit k pokračování v úkolu a velmi se zlobí. Je těžké ho motivovat k úkolu, ve kterém zažil neúspěch, nerad zkouší nové věci a přechází k něčemu jinému. Nemá rád změny a nerad se učí novým věcem (strach ze selhání). Když si činnost osvojí, tak ji dělá rád a ochotně, těší ho úspěšně dokončený úkol.

Dívka E.

Dívka byla narozena v prosinci roku 2011, v době šetření byla tedy ve věku 6 let. Diagnostikováno je lehké mentální postižení, neurčité abnormality chůze a pohyblivost, suspektní vývojová dyspraxie, expresivní porucha řeči. Nyní navštěvuje logopedickou třídu běžné MŠ.

Dívka je ze třetího těhotenství bez komplikací, následné komplikace s dechem – zástava. Následovaly afektivní respirační záchvaty spojované s únavou a rozrušením,

které vymizely do 3 let. Psychomotorický vývoj se opožďoval, byla indikována kondiční rehabilitace. Nyní je pohyb samostatný, ale motorika je dyspraktická a hypotonní, dívka k pohybové činnosti není motivována. Grafomotorika je nevyzrálá a kresba vykazuje známky organicity. Lateralita je nevyhraněná, ale upřednostňuje pravou ruku. Vývoj příjmu potravy probíhal v normě, orofaciální oblast je hyposenzitivní. Vývoj řeči je opožděný, aktuálně na úrovni trojslovných výpovědí. Nyní je v péči klinického logopeda, fyzioterapeuta a dalších odborníků.

Žije v neúplné rodině s matkou a sestrou, u nikoho z rodiny není přítomna logopedická diagnóza. Sociální podmínky jsou dobré.

Dívka si ráda hraje na rodinu a stará se o miminka, na logopedii vždy přichází s kočárkem a panenkou. Má v oblibě domácí zvířátka. Také se ráda zdobí, nemá ráda pohyb, upřednostňuje statické činnosti vsedě. Jako motivační faktor v rámci logopedické terapie je použita nálepka, kterou dívka obdrží při ukončení terapie. Dívka je velmi stydlivá, při opakovaném neporozumění se stáhne a odmítá výpověď zopakovat nebo pozměnit. Na jakýkoli nezdar reaguje odmítnutím činnosti. Vzhledem k diagnóze vývojové dyspraxie odmítá provádět i jednoduché motorické úkony, nutná je systematická, intenzivní a pravidelná práce s výraznou motivací. U dívky je znatelný celkově snížený svalový tonus. Dívčina pozornost je velmi dobrá, spolupracuje po celý čas terapie bez potřeby odpočinku.

4.3 Vlastní šetření

Případová studie č. 1 – Dívka K.

Vstupní šetření – analýza komunikačních schopností dle jazykových rovin

Morfologicko-syntaktická rovina:

Dívka tvoří jednoduché trojslovné výpovědi, řeč je telegrafická a těžce dysgramatická (např. „*To je pe*“ – to je pes, „*táta auto*“ – táta má auto, „*já byla teta*“ - já jsem byla u tety, „*my jedeme výle*“ - my jedeme na výlet atd.“), výpověď je artikulačně nepřesná a pokaždé jinak realizovaná. Její tvorba je ovlivněna těžkou verbální dyspraxií. Využívá podstatná jména a slovesa, vynechává příslovce, spojky a předložky. Přídavná jména nepoužívá kromě základních, které nestupňuje. Ve výpovědi chybně užívá jednotné a množné číslo, v percepční složce množství vnímá bez obtíží.

Foneticko-fonologická rovina:

Všechny hlásky až na vibranty vyvozuje izolovaně i ve slabikách o struktuře CV (po intenzivním ročním nácviku zaměřeném na tvorbu hlásek). Obtíže nastaly při kombinaci dvou slabik do slova. Slova s reduplikací stejných slabik (CVCV) se daří bez chyby, také při změně samohlásky (struktura CV₁CV₂) jsou bez chyby, problematická jsou slova se změnou souhlásky - C₁VC₂V (*káva, vana* apod.) a souhlásky a samohlásky - C₁V₁C₂V₂ (*sedí, malý, haló*). V důsledku je řeč těžko srozumitelná.

Slovo vytleská na slabiky, ale počet neurčí. Na hlásky slovo nerozloží, ale pomalu se začíná dívce dařit identifikace první hlásky ve slově. V rámci oromotorických dovedností svede izolované pohyby (lateralizace a elevace hrotu jazyka, elevace kořene jazyka, zaostření a protruze rtů, zvládá retrakci dolního rtu). Při řeči však často zapomíná tyto pohyby zařadit, proto je výslovnost setřelá a nesrozumitelná.

Lexikálně-sémantická rovina:

Aktivní slovní zásoba je podstatně menší, než pasivní, která odpovídá intelektu dívky. Antonyma používá základní (*malý x velký, světlo x tma, otevřeno x zavřeno*), další zná pasivně, ale aktivně nepoužívá (*tenký x tlustý... širší*). I přes sníženou srozumitelnost spontánně vypráví o svém životě. Porozumění odpovídá mentální úrovni dívky, má obtíže realizovat delší příkazy obsahující složitější gramatické vazby. Poznává

i pojmenuje základní a doplňkové barvy. Orientace na těle se daří, ale zaměňuje levou a pravou stranu těla, při orientaci v prostoru pozná základní přeložky (*na, do, v, pod, vedle, mezi*). Na číselné řadě se orientuje do 10.

Pragmatická rovina:

Dívka je komunikativní, vyvíjí snahu o komunikaci a navazuje krátký rozhovor. Občas odchází v půlce sdělení, nečeká na odpověď na položenou otázku. Spontánně vyhledá a udrží zrakový kontakt, při kontaktu je pozitivní a celkově pozitivně laděná. Více negativně reaguje na obtížné komunikační situace. Koverbální chování neodpovídá situaci, její mimika je omezená a hojně používá gesta.

Zhodnocení a stanovení terapeutického plánu

V terapii dívky K. je potřeba zaměřit se na slova o struktuře C_1VC_2V se změnou souhlásky a $C_1V_1C_2V_2$, poté přejít k realizaci trojslabičných slov CVCVCV. Pro osvojení těchto slov budou vytvořeny terapeutické hry. Dále bychom pokračovali v práci na osvojení slov se souhláskou na konci a slova se shluky. Cílem logopedické terapie je osvojení slov v rámci terapeutického prostředí a dále je přenést do přirozeného prostředí dívky K., aby slova používala v rámci běžné komunikace doma, ve škole např. při hře. Očekáváme, že s rozvojem artikulační oblasti dojde také k rozvoji obsahové stránky a nárůstu počtu slov ve větě.

Práce s terapeutickým materiálem

S rodiči, dívkou a logopedkou proběhla tři setkání během tří měsíců. Dle úvodního logopedického vyšetření byla terapie zaměřena se na fixaci a automatizaci slov se strukturou C_1VC_2V a $C_1V_1C_2V_2$, poté začal nácvik realizace trojslabičných slov CVCVCV. Vytvořené hry byly zaměřené na pohyb, taktilní a proprioceptivní vnímání, rytmizaci. Terapie byla dále věnována také sluchové analýze, sluchové diferenciaci T, D, K, G, a rozvíjení obsahové stránky řeči tvorbou troj až čtyřslovných výpovědí obsahující dvouslabičná slova se zaměřením na rozlišování fonologických procesů: frontalizace velár, finalizace alveolár (střídání K a G, T a D ve slovech).

První setkání

Na základě logopedického vyšetření byly na úvod cvičení s terapeutickým materiálem zařazeny vytvořené hry se slovy o struktuře C_1VC_2V a $C_1V_1C_2V_2$ s plánovaným zařazením her s trojslabičnými slovy (CVCVCV). Ve hrách byla

věnována pozornost také pohybu, taktilnímu a proprioceptivnímu vnímání, pohybu s rytmiizací. Poté, co se dívka se hrou seznámila, logopedka zhodnotila úspěšnost realizace slov během hry, které je znázorněno v následující tabulce.

Hodnocení logopedem – první setkání, první zadání			
<i>Hra se strukturou <u>C₁VC₂V</u>, hra se strukturou <u>C₁V₁C₂V₂</u></i>			
Izolovaná řeč	ano	<u>s pomocí</u>	ne
Pozn.: <i>Nutno upozornit na nastavení mluvidel, dívka potřebuje stále mít mluvní vzor.</i>			
Propojení s rytmiizací	ano	<u>s pomocí</u>	ne
Propojení s pohybem	ano	<u>s pomocí</u>	ne
Používá zvuky při taktilní a proprioceptivní stimulaci	ano	<u>s pomocí</u>	ne

Tab. 2 Dívka K. - hodnocení logopedem č. 1

Následovala instruktáž rodiče pro domácí práci s materiálem, vysvětleny konkrétní body nácviku, rodiči byl předán arch pro průběžné pozorování. Další část terapie byla věnována rozvoji obsahové stránky řeči a tvorbě troj až čtyřslovných výpovědí, které se daří realizovat bez pohybu v terapeutickém prostředí, s podporou. Logopedka se také věnovala osvojování trojslabičných slov (např. *jahoda, koleno*), které probíhalo následujícím způsobem: Rozdělila slovo na nejjednodušší fragmenty s postupně narůstající obtížností (např. slovo *koleno* rozdělí na *o - e - o*, dále je rozšiřovala: *ko - e no, ko - le - no*).

Druhé setkání

V úvodní části terapie proběhl krátký rozhovor s rodičem na podkladě vyplněné tabulky (viz tabulka č. 4). Maminka sdělila, že hra dívku velmi bavila a ráda se hrát věnovala ve volném čase. Následně dívka zopakovala hru s logopedkou, která realizovaná slova opět zhodnotila (viz tabulka č. 3).

Hodnocení logopedem – druhé setkání, první ověření			
<i>Hra se strukturou <u>C₁VC₂V</u>, hra se strukturou <u>C₁V₁C₂V₂</u></i>			
Izolovaná řeč	<u>ano</u>	s pomocí	ne
Propojení s rytmiizací	<u>ano</u>	s pomocí	ne

Propojení s pohybem	ano	s pomocí	ne
Používá zvuky při taktilní a proprioceptivní stimulaci	ano	s pomocí	ne

Tab. 3 Dívka K. - hodnocení logopedem č. 2

Hodnocení rodičem – první část			
<i>Hra se strukturou C_1VC_2V, hra se strukturou $C_1V_1C_2V_2$</i>			
Bez pohybu	Ano	S pomocí	Ne
Při pohybu rukou	Ano	S pomocí	Ne
Při pohybu tělem	Ano	S pomocí	Ne
Při dotyku, mazlení, mačkání, oblékání...	Ano	S pomocí	Ne

Tab. 4 Dívka K. - hodnocení rodičem č. 1

Vzhledem k výraznému zlepšení realizace slov u vybraných her, byla zařazena hra s novými slovy o struktuře $C_1V_1C_2V_2$ a hra s trojslabičnými slovy CVCVCV. Logopedka vedla dívku v nacvičování her a následně zhodnotila jejich úspěšnost (tabulka č. 5).

Hodnocení logopedem – druhé setkání, druhé zadání			
<i>Hra se strukturou $C_1V_1C_2V_2$, hra se strukturou CVCVCV</i>			
Izolovaná řeč	Ano	s pomocí	ne
Propojení s rytmizací	Ano	s pomocí	ne
Propojení s pohybem	Ano	s pomocí	ne
Používá zvuky při taktilní a proprioceptivní stimulaci	Ano	s pomocí	ne

Tab. 5 Dívka K. - hodnocení logopedem č. 3

Další část logopedické intervence byla zaměřena na využití slov $C_1V_1C_2V_2$, které obsahují hlásky K, T, G, D, H, Ch, ve slovních výpovědích a při písemném sdělení. Pozornost byla věnována také sluchové diferenciaci hlásek ve slově. Protože realizace slov o struktuře CVCVCV byla na dobré úrovni, byly také zařazeny do her na fixaci a automatizaci.

Třetí setkání

Na začátku setkání bylo zhodnoceno ve spolupráci s rodičem uplynulé období a domácí práce s terapeutickým materiálem (tabulka č. 7). Maminka uvedla, že dívka zvládá trojslabičná slova ve hře přesně, pouze při kombinaci s pohybem jsou slova setřelá. V rámci setkání hru zhodnotila také logopedka, jak je uvedeno v tabulce č. 6.

Hodnocení logopedem – třetí setkání, druhé ověření			
<i>Hra se strukturou <u>C₁V₁C₂V₂</u>, hra se strukturou <u>CVCVCV</u></i>			
Izolovaná řeč	<u>Ano</u>	s pomocí	ne
Propojení s rytmizací	<u>Ano</u>	s pomocí	ne
Propojení s pohybem	Ano	<u>s pomocí</u>	ne
Poznámky: <i>Při pohybu se nedaří poslední slabika: jahoda = „jahoha“</i>			
Používá zvuky při taktilní a proprioceptivní stimulaci	<u>Ano</u>	s pomocí	ne

Tab. 6 Dívka K. - hodnocení logopedem č. 4

Hodnocení rodičem – druhá část			
<i>Hra se strukturou <u>C₁V₁C₂V₂</u>, hra se strukturou <u>CVCVCV</u></i>			
Bez pohybu	<u>Ano</u>	S pomocí	Ne
Při pohybu rukou	<u>Ano</u>	S pomocí	Ne
Při pohybu tělem	Ano	<u>S pomocí</u>	Ne
Pozn: <i>Při pohybu tělem jsou slova nezřetelná, drmolí.</i>			
Při dotyku, mazlení, mačkání, oblékání...	<u>Ano</u>	S pomocí	Ne

Tab. 7 Dívka K. - hodnocení rodičem č. 2

Na konci terapie proběhlo závěrečné zhodnocení celkové úspěšnosti a spolupráce formou strukturovaného rozhovoru s logopedkou a rodičem (viz příloha č. 3 a č. 4). Logopedka hodnotila práci s terapeutickým materiálem jako efektivní metodu, která odpovídá individuálním potřebám dívky K. Po provedení výzkumu nastal rozvoj komunikačních i motorických dovedností, sekundárně byla ovlivněna i obsahová stránka řeči. Maminka dívky při hodnocení terapie uvedla: „*Hry dceru velmi bavily, hrát je doma bylo ještě lepší, protože tam byla víc soustředěná. Nejtěžší pro ni bylo skloubit řeč s chůzí. Výhodou bylo, že jsme si hry mohly zahrát i na logopedii, takže jsme pak věděly, jak na to.*“

Na základě proběhlého výzkumu logopedka stanovuje terapeutický plán pro další období, ve kterém bude logopedická intervence směřována na automatizaci trojslabičných slov, zejména ve spojení s pohybem. Pro tento účel lze využít další terapeutické hry.

Výstupní šetření – analýza komunikačních schopností dle jazykových rovin

Morfologicko-syntaktická rovina:

Dívka ve spontánní řeči aktivně využívá čtyřslovné výpovědi s dysgramatismy, tvoří jednoduchá slučovací souvětí (např. *My jedeme na chatu a babi taky na chatu*). Nově začíná využívat zvrtná zájmena a skloňovat sloveso *být*. Přídavná jména používá základní bez stupňování, začíná rozlišovat jednotné a množné číslo ve výpovědi, je schopná autoopravy.

Foneticko-fonologická rovina:

V řeči dívky stále přetrvává absence vibrant, další hlásky tvoří bez problémů. Dokáže zkombinovat hlásky ve všech slabikách, bez chyby tvoří dvouslabičná slova o struktuře CV_1CV_2 , C_1VC_2V , $C_1V_1C_2V_2$ a také $CVCVCV$. Všechna tato slova dokáže po nácviku propojit s pohybem a rytmiací. Slovo vytleská na slabiky, ale počet určí často s chybou, identifikuje iniciální hlásku a začíná určovat poslední hlásku ve slově. Fonemický sluch je v normě. Oromotorické pohyby provádí s přesnější koordinací.

Lexikálně-sémantická rovina:

Dívka spontánně vypráví, její aktivní slovní zásoba i porozumění odpovídá mentální úrovni dívky. Dále se lexikálně-sémantická rovina rozvíjí přirozeně vzhledem k dívčině věku.

Pragmatická rovina:

Dívka naváže a udrží krátký rozhovor, je celkově pozitivně laděná a ke konverzaci má kladný postoj. V případě neporozumění mizí negativní reakce, přibývá situací, kdy se snaží modifikovat svou výpověď pro zlepšení porozumění. Je zřejmé, že má větší kontrolu nad svým komunikačním projevem, nepropadá vzteku při nezdaru.

Případová studie č. 2 – chlapec N.

Vstupní šetření - analýza komunikačních schopností dle jazykových rovin

Morfologicko-syntaktická:

Chlapec využívá maximálně jednoslovné výpovědi – převažují první nebo poslední slabiky slova (vana: *va-* nebo *-na*) nebo reduplikace (*baba, mama*). Aktivně využívá např. *ty, ne, jo, auto, já* apod. Převažují podstatná jména, slovesa a citoslovce (onomatopoa), další slovní druhy nepoužívá.

Lexikálně-sémantická:

Pasivní slovní zásoba chlapce je bohatá (silně nad úroveň aktivní slovní zásoby) – zná základní i doplňkové barvy, přiřadí odstíny, pasivně vyhledá základní protiklady.

Foneticko-fonologická:

Zná grafickou podobu všech hlásek, problémy nastávají při verbálním spojování hlásek do slov. Izolovaně svede všechny hlásky kromě R, Ř, L (jejich grafémy zná). Z orálně-motorického hlediska dokáže napodobit zaostření a protruzi rtů, retrakci dolního rtu, odmítá provést elevaci a lateralizaci jazyka na pokyn, u těchto pohybů není vědomá kontrola. Nemá rád oromotorická cvičení. Strukturu slova CV a CVCV (*mama, baba*) fixuje s pohybem, automatizuje v běžných situacích, nedaří se realizovat CVC (*hop, bum*), CV₁CV₂ (*teta, mami*). Fonematický sluch je na dobré úrovni, ale odmítá rozdělit slovo na slabiky, neurčí první hlásku ve slově (pravděpodobně kvůli neporozumění úkolu). Porozumí jednoduchým pokynům, komplexním pokynům už ne, vyskytují se obtíže porozumění pokynům obsahující dvě části („Dej mi auto a ukaž mi jeho kola“), nebo pokynu obsahující barvu/velikost („vezmi velké a žluté auto a ukaž mi okno“). Ve spontánním projevu se zdá, že porozumí i bez kontextu, problémy jsou spíše zapříčiněny nízkou úrovní volných vlastností a nízkou motivací k provedení úkolu.

Pragmatická:

Oční kontakt chlapec vyhledá a naváže, ale déle neudrží. Dospělou osobu kontaktuje se snahou navázat komunikaci, komunikuje rád o svých zájmech a zážitcích, při neporozumění se zlobí. Na obtížnou komunikační situaci reaguje rozzlobením a odmítne v ní pokračovat. Sporadicky využívá gestikulaci, mimické dovednosti příliš nepoužívá.

Zhodnocení a stanovení terapeutického plánu:

V logopedické terapii chlapce N. je potřeba osvojit si jednoslabičná a dvouslabičná slova a následně zjistit, zda je pro chlapce jednodušší realizace slova o struktuře CVC nebo CV₁CV₂ a začít s osvojováním a využitím v praxi. Nově osvojené artikulační vzorce by měly být spojeny s pohybem, rytmizací, a využívány při hře, při komunikaci s rodiči a v dalších sociálních situacích. Z tohoto důvodu budou vytvořeny hry se slovy o výše uvedených strukturách. Vzhledem k dlouhodobému využívání jednoslabičných výpovědí je zapotřebí všeobecně rozvíjet komunikační dovednosti, proto je vhodné se věnovat nácviku komunikačních dovedností také s využitím systému VOKS. Terapie bude zaměřena na práci s piktogramy a komunikačním deníkem.

Práce s terapeutickým materiálem

S chlapcem a rodičem proběhla tři setkání v průběhu tří měsíců. V tomto období byla terapie zaměřena na automatizaci jednoslabičných slov, dále na realizaci slov se strukturou CVC a CV₁CV₂. Tato slova byla také zařazena do terapeutických her. Nově osvojená slova by měla být v rámci hry propojena s pohybem, rytmizací, proprioceptivním a taktilním vnímáním.

První setkání

Na základě logopedického vyšetření byla jako první zařazena hra s jednoslabičnými slovy (struktura CV), která chlapec bezpečně zvládal již během předchozích terapií. Tato hra měla spíše motivační charakter, neboť dle předpokladu v ní byl chlapec velmi úspěšný. Dále byla zařazena hra se slovy o struktuře CVC, která představovala větší výzvu, chlapec zvládal slova pouze izolovaně a to s pomocí (viz tabulka č. 8). Následovala instruktáž rodiče pro domácí práci s materiálem, byla předána struktura hry i s tabulkou pro domácí pozorování.

Hodnocení logopedem – první setkání, první zadání			
<i>Hra se strukturou CV, hra se strukturou CVC</i>			
Izolovaná řeč	ano	<u>s pomocí</u>	ne
<i>Pozn.: U slov se strukturou CVC někdy zopakuje správně, pokud je koncová hláska dostatečně zdůrazněna.</i>			
Propojení s rytmizací	ano	s pomocí	<u>ne</u>

Propojení s pohybem	ano	s pomocí	<u>ne</u>
Používá zvuky při taktilní a proprioceptivní stimulaci	ano	s pomocí	<u>ne</u>

Tab. 8 Chlapec N. - hodnocení logopedem č. 1

Další část terapie byla věnována nácviku komunikačních dovedností pomocí komunikačního deníku, který byl vytvořen v průběhu léta maminkou. Chlapec byl veden pomocí metodiky VOKS pro sestavení věty „JÁ + CHCI + NĚCO“ s následným obdržením odměny. Chlapec v tomto komunikačním cvičení měl za úkol i komentovat sestavené věty pomocí již nacvičených slabik.

Druhé setkání

Protože terapie VOKS byla při posledním setkání velmi úspěšná, byla zařazena na začátek terapie, abychom byla navýšena motivace chlapce. Následně obdržel využití odměny i při nacvičování terapeutických her. Logopedka ověřila využití procvičovaných slov v zadaných hrách, ověření je znázorněno v tabulce č. 9. Dále proběhl krátký rozhovor s rodičem o práci s materiálem a domácími cvičeními, jehož podkladem byla tabulka č. 10.

Hodnocení logopedem – druhé setkání, první ověření			
<i>Hra se strukturou CV, hra se strukturou CVC</i>			
Izolovaná řeč	ano	<u>s pomocí</u>	ne
Pozn.: <i>Po zdůraznění koncové hlásky realizuje.</i>			
Propojení s rytmiací	ano	s pomocí	<u>ne</u>
Propojení s pohybem	ano	s pomocí	<u>ne</u>
Používá zvuky při taktilní a proprioceptivní stimulaci	ano	s pomocí	<u>ne</u>

Tab. 9 Chlapec N. - hodnocení logopedem č. 2

Hodnocení rodičem – první část			
<i>Hra se strukturou CV, hra se strukturou CVC</i>			
Bez pohybu	ano	s pomocí	ne
Při pohybu rukou	ano	s pomocí	ne
Při pohybu tělem	<u>ano</u>	s pomocí	ne

Při dotyku, mazlení, mačkání, oblékání...	ano	s pomocí	ne
Pozn.: <i>Ve spontánní hře slova říká, ale při „náviku“ to moc nejde. V domácím prostředí začal používat „sem“ a „tam“.</i>			

Tab. 10 Chlapec N. - hodnocení rodičem č. 1

Vzhledem k neúspěšnému náviku slov CVC byla zařazena nová hra se slovy CV₁CV₂, ale struktura CVC nebyla z terapie vyřazena. Maminka uvádí, že chlapec začíná spontánně užívat oslovení „mámo, táto“ v domácím prostředí. Toto pozorování podpořilo změnu struktury nacvičovaných slov. Úspěšnost realizace nové hry je znázorněna v tabulce č. 11.

Hodnocení logopedem – druhé setkání, druhé zadání			
<i>Hra se strukturou CVC, hra se strukturou CV₁CV₂</i>			
Izolovaná řeč	<u>ano</u>	s pomocí	ne
Propojení s rytmiací	ano	s pomocí	<u>ne</u>
Propojení s pohybem	ano	s pomocí	<u>ne</u>
Používá zvuky při taktilní a proprioceptivní stimulaci	ano	s pomocí	<u>ne</u>

Tab. 11 Chlapec N. - hodnocení logopedem č. 3

Třetí setkání

V úvodu byla terapie opět věnována komunikaci pomocí metodiky VOKS. Bylo nacvičováno samostatné sestavování věty o třech slovech s již osvojenou strukturou, manipulace s větným páskem a manipulace s komunikační knihou v prostoru. Logopedka opakuje procvičované hry s chlapcem a hodnotí produkci slov (viz tabulka č. 12).

Hodnocení logopedem – třetí setkání, druhé ověření			
<i>Hra se strukturou CVC, hra se strukturou CV₁CV₂</i>			
Izolovaná řeč	<u>ano</u>	s pomocí	ne
Propojení s rytmiací	ano	s pomocí	<u>ne</u>
Propojení s pohybem	ano	s pomocí	<u>ne</u>
Používá zvuky při taktilní a proprioceptivní stimulaci	ano	s pomocí	<u>ne</u>

Tab. 12 Chlapec N. - hodnocení logopedem č. 4

Následuje rozhovor s rodičem o proběhlém období nácvičku slov se strukturou CVC a CV₁CV₂ (viz tabulka č. 13). Chlapec nechce hry tohoto typu v domácím prostředí hrát, je si v nich nejistý. Procvičovaná slova se strukturou CV₁CV₂ začíná stále více užívat v běžných situacích (*mami, babi, tati, teto*), ve spojení s rytmizací je dělat odmítá. Hru se slovy o struktuře CVC zvládá dělat při hře s pomocí, jinak je neužívá.

Hodnocení rodičem – druhá část			
<i>Hra se strukturou CVC, hra se strukturou CV₁CV₂</i>			
Bez pohybu	<u>ano</u>	s pomocí	ne
Při pohybu rukou	<u>ano</u>	s pomocí	ne
Při pohybu tělem	<u>ano</u>	s pomocí	ne
Při dotyku, mazlení, mačkání, oblékání...	ano	s pomocí	ne

Tab. 13 Chlapec N. - hodnocení rodičem č. 2

Na základě provedeného pozorování a závěrečného rozhovoru s rodičem a logopedkou se využití terapeutického materiálu v rámci logopedické terapie chlapce N. jeví jako nepříliš efektivní metoda. Maminka v závěrečném rozhovoru uvedla: „Myslím, že tyto hry nebyly vhodné pro syna, nerad si hraje tímto způsobem. Nejraději plní různé úkoly, takže jsou pro něj vhodné spíše různé doplňovačky. Nejlepší se asi učí v běžném životě a ne hrou.“ Z pozorování logopedky vyplynulo několik opatření, které by byly vhodné pro úpravu terapeutického materiálu dle potřeb chlapce N. Je to vytvoření herního plánu/plochy, formulace strukturovaného zadání hry a zařazení vhodných průběžných odměn. Opatření by měla vést především ke snížení abstrakce ve hře, která chlapci nevyhovuje. Logopedka doporučuje využít materiál spíše jako podpůrný prostředek či návod pro individuální práci s chlapcem.

Závěrečné zhodnocení jazykových rovin

Morfologicko-syntaktická:

V řeči chlapce se začínají objevovat jednoduché jednoslovné, nově i dvouslovné výpovědi s podstatnými jmény, slovesy, citoslovci a nově používá číslovky. S podporou komunikačního systému VOKS tvoří trojslovné výpovědi, které verbalizuje.

Foneticko-fonologická:

V mluvě přetrvává absence hlásek R, Ř, L. V rámci orálně-motorických cvičení nenastala žádná změna, cvičení odmítá dělat a nad cílenými orálními pohyby chybí volní kontrola. Tvoří slova se strukturou CV a CVCV (*mama, baba*), CV₁CV₂ (*mami, babi*), CVC je často s absencí poslední hlásky.

Lexikálně-sémantická:

Pasivní slovní zásoba chlapce je bohatá, aktivní se rozvíjí vzhledem k věku a zájmům chlapce (v rámci komunikačního deníku).

Pragmatická:

Při komunikaci přetrvává pozitivní ladění. Chlapec má se začátkem terapie snahu o vyprávění vlastního zážitku (písničky, známé knihy, čísla a abeceda). Ubývá negativních reakcí při situacích, kdy okolí nerozumí jeho výpovědi, ale snaží se o sdělení jiným způsobem. Oční kontakt chlapec vyhledá a naváže, ale déle neudrží.

Případová studie č. 3 – dívka E.

Vstupní šetření - analýza komunikačních schopností dle jazykových rovin

Morfologicko-syntaktická:

Dívka je schopná tvořit souřadná i podřadná souvětí (např. „*Yetti bydlí na horách a nemá boty.*“, „*Nebudu bít zvířata, to dělají jen mimina a zlí lidi.*“), avšak na terapii nebo v neznámém prostředí hovoří pouze prostřednictvím jednoduchých vět. Souvětí tvoří v domácím prostředí, kde má pocit pohody a dobré sebevědomí. Ve výpovědi se často objevují chyby ve skloňování a časování, problematická je tvorba jednotného a množného čísla. V řeči jsou v různé míře zastoupeny všechny slovní druhy.

Foneticko-fonologická:

Dívka dokončuje fixaci a automatizaci hlásek K, G, Ď, Ť, Ň, Č, Š, Ž u nichž je problematická protruze rtů (dříve vůbec nerealizovala). Dříve zaměňovala K, G, za T, D a nerealizuje vibranty. Dívka zvládne elevaci a lateralizaci hrotu i elevaci kořene jazyka, přetrvává problematická protruze rtů z důvodu napětí v oblasti tvářových svalů, retrakci rtů zvládá. Slova se strukturou C₁V₁C₂V₂ zvládá říkat izolovaně při logopedickém cvičení, zatím se je nedaří propojit s pohybem a rytmiizací. Ve spontánní řeči tvoří tato slova s chybami. Struktura CVCVCV se nedaří realizovat, slova tvoří chybně a pokaždé jiným způsobem (jahoda = *ahola, hahoa*). Na logopedické terapii je začíná realizovat. Fonemický sluch je na dobré úrovni, rozezná slova se záměnou hlásky, rozloží slovo na slabiky, ale nespočítá jejich počet. Určení první hlásky ve slově se začíná dařit.

Lexikálně-sémantická:

Pasivní slovní zásoba převažuje nad aktivní, slovní zásoba odpovídá mentální úrovni dívky. Pojmenuje a pozná základní i doplňkové barvy, orientace na těle je úspěšná, někdy zaměňuje levou a pravou stranu těla. Při orientaci v prostoru pozná základní přeložky (na, do, v, pod, vedle, mezi). Na číselné řadě se orientuje do 10. Antonyma používá základní (malý x velký, světlo x tma, otevřeno x zavřeno), další pozná pasivně, ale aktivně je nepoužije (tenký x tlustý... širší). Porozumění je na úrovni mentální úrovni dívky, rozumí základním pokynům a příkazům, komplexním pokynům neporozumí. Výkon je ovlivněn výraznou motorickou neobratností. Na pokyny pro motorické úkony často reaguje odpověďmi „*Já to nechápu; Já to neumím; Mami, jak to mám udělat?*“.

Pragmatická:

Dívka naváže a udrží oční kontakt, naváže krátký rozhovor s dospělou osobou. Při komunikaci je pozitivně laděná, milá, ale působí stydlivě a při nezdaru odmítá sdělení zopakovat či pokračovat v rozhovoru. Často se schovává k mamince a chce jít domů, při neúspěchu se stáhne. Koverbální chování je narušeno, mimiku ani gesta nevyužívá.

Zhodnocení a stanovení terapeutického plánu

V rámci terapie dívky E. je potřeba zaměřit se na slova o struktuře $C_1V_1C_2V_2$ se změnou souhlásky, nacvičit jejich realizaci při pohybu, ve spojení s rytmiací, ve hře a ve spontánní řeči. Dále se nově zaměřit na CVCVCV izolovaně, s pohybem a při rytmiaci. Pro tento účel budou vytvořeny hry se slovy o struktuře $C_1V_1C_2V_2$ a CVCVCV. V rámci terapie bude dále věnována pozornost rozvoji sluchové analýzy a syntézy, nácviku orálně motorických dovedností, vyvození nových artikulačních vzorců, rozvoji jemně motorických dovedností a orofaciální stimulaci. Terapie bude zaměřena také na rozvoj propriocepce, taktilního vnímání a obsahové stránky řeči, a to i v rámci vytvořených her.

Práce s terapeutickým materiálem

S dívkou a rodičem proběhla tři setkání v průběhu tří měsíců. V tomto období byla terapie věnována nácviku slov o struktuře $C_1V_1C_2V_2$ a jejich propojení s pohybem a rytmiací, ale také slovům o struktuře CVCVCV. Tato slova bylo nutno cvičit i izolovaně. Bylo vytvořeno několik her se slovy těchto struktur, které jsme pro automatizaci slov využili. Obsahová stránka řeči bude spolu s propriopecí, rytmiací a taktilním vnímáním rozvíjena v rámci vybraných terapeutických her.

První setkání

Na základě logopedického vyšetření byla zpočátku zařazena fixace a automatizace slov se strukturou $C_1V_1C_2V_2$ a CVCVCV, jejichž nácviku se logopedka během terapií věnovala již v předešlém období. V následující tabulce je znázorněno, jak si dívka vedla při hraní hry v první den jejího nácviku.

Hodnocení logopedem – první setkání, první zadání			
<i>Hra se strukturou C₁V₁C₂V₂, hra se strukturou CVCVCV</i>			
Izolovaná řeč	<u>ano</u>	s pomocí	ne
Propojení s rytmizací	ano	<u>s pomocí</u>	ne
Pozn.: <i>Dokáže provést sama, ale arytmičky.</i>			
Propojení s pohybem	<u>ano</u>	s pomocí	ne
Používá zvuky při taktilní a proprioceptivní stimulaci	<u>ano</u>	s pomocí	ne

Tab. 14 Dívka E. - hodnocení logopedem č. 1

Po nácvičku her následovala instruktáž rodiče pro domácí práci se cvičením. Bylo vysvětleno, jakým způsobem nacvičovat rytmizaci a jak využít pomůcky v domácím prostředí, nebo venku (vytřukávání slov do hlíny/do písku, sbírání různých rostlin v parku atd.), byla předána tabulka pro hodnocení rodičem.

Další část terapie probíhala následujícím způsobem. Logopedka slova rozdělila grafickou formou na jednotlivé slabiky na papíře, ke každé slabice přidala její význam dle již dříve využitých kartiček pro nacvičování slabik. Byla také použita kartička s obrázkem a grafickým znázorněním počtu slabik ve slově (např. *koleno* rozdělila takto: *ko* - kočka, *le* – les, *no* – nos). Předložila znázornění dívce E., která četla postupně slabiky tak, až je spojila do slova. Později po předložení obrázku na kartičce již realizovala slovo bez rozdělení na slabiky. Dále probíhala fixace hlásek G a K ve větách a v rámci orofaciální stimulace rozvolnění hypertonních tváří.

Druhé setkání

Na začátku setkání proběhlo ověření procvičovaných her logopedkou, jehož výsledek je znázorněn v tabulce č. 15. Proběhl také krátký rozhovor s rodičem o práci s materiálem a domácími cvičeními, jehož podkladem byla tabulka č. 16.

Hodnocení logopedem – druhé setkání, první ověření			
<i>Hra se strukturou C₁V₁C₂V₂, hra se strukturou CVCVCV</i>			
Izolovaná řeč	<u>ano</u>	s pomocí	ne
Propojení s rytmizací	<u>ano</u>	s pomocí	ne
Propojení s pohybem	<u>ano</u>	s pomocí	ne
Pozn.: <i>Provádí tiše, nejistě, ale rytmicky.</i>			

Používá zvuky při taktilní a proprioceptivní stimulaci	<u>ano</u>	s pomocí	ne
--------------------------------------------------------	------------	----------	----

Tab. 15 Dívka E. - hodnocení logopedem č. 2

Hodnocení rodičem – první část			
<i>Hra se strukturou <u>C₁V₁C₂V₂</u>, hra se strukturou <u>CVCVCV</u></i>			
Bez pohybu	<u>ano</u>	s pomocí	ne
Při pohybu rukou	<u>ano</u>	s pomocí	ne
Při pohybu tělem	<u>ano</u>	s pomocí	ne
Při dotyku, mazlení, mačkání, oblékání...	ano	s pomocí	<u>ne</u>
Pozn.: <i>Ve hře se to daří, ve spontánní mluvě však slova deformuje.</i>			

Tab. 16 Dívka E. - hodnocení rodičem č. 1

Protože slova se strukturou CVCVCV dívka ve spontánní řeči stále nerealizovala správně a při pohybu slova produkovala tiše a nejistě, je zapotřebí je zohlednit i v následujícím období. Vzhledem k problémové rytmizaci byla zařazena další rytmizační cvičení – krokování slov, obloučkování apod. Zařazena byla také další hra se slovy CVCVCV, pro následující období byly tedy vybrány dvě hry s odlišnou skupinou slov, ale stejnou strukturou. V další části terapie byla tato hra s dívkou nacvičena a logopedka její realizaci zhodnotila (viz tabulka č. 17). Rodič byl instruován o nácviku hry v domácím prostředí.

Hodnocení logopedem – druhé setkání, druhé zadání			
<i>Hra se strukturou <u>CVCVCV</u> č.1, hra se strukturou <u>CVCVCV</u> č. 2</i>			
Izolovaná řeč	<u>ano</u>	s pomocí	ne
Propojení s rytmizací	ano	<u>s pomocí</u>	ne
Propojení s pohybem	ano	<u>s pomocí</u>	ne
Používá zvuky při taktilní a proprioceptivní stimulaci	<u>ano</u>	s pomocí	ne

Tab. 17 Dívka E. - hodnocení logopedem č. 3

V poslední části terapie se logopedka věnovala automatizaci slov obsahujících hlásky K, G, T, D (*kiti, kity, káta, tágo...*) a vyvozování dvouslabičných slov se souhláskou na konci. K tomuto účelu opět využila obrázkové karty se znázorněním struktury slova.

Třetí setkání

V úvodu třetího setkání proběhl rozhovor s rodičem, k jehož podkladu sloužila hodnotící tabulka za druhé období (tabulka č. 19). Také proběhla kontrola nacvičených slov ve hře logopedkou (tabulka č. 18) a závěrečné logopedické zhodnocení.

Hodnocení logopedem – třetí setkání, druhé ověření			
<i>Hra se strukturou CVCVCV č.1, hra se strukturou CVCVCV č. 2</i>			
Izolovaná řeč	<u>ano</u>	s pomocí	ne
Propojení s rytmiací	<u>ano</u>	s pomocí	ne
Propojení s pohybem	<u>ano</u>	s pomocí	ne
Používá zvuky při taktilní a propioceptivní stimulaci	<u>ano</u>	s pomocí	ne

Tab. 18 Dívka E. - hodnocení logopedem č. 4

Hodnocení rodičem – druhé období			
<i>Hra se strukturou CVCVCV č.1, hra se strukturou CVCVCV č. 2</i>			
Bez pohybu	<u>ano</u>	s pomocí	ne
Při pohybu rukou	<u>ano</u>	s pomocí	ne
Při pohybu tělem	<u>ano</u>	s pomocí	ne
Při dotyku, mazlení, mačkání, oblékání...	ano	<u>s pomocí</u>	ne

Tab. 19 Dívka E. - hodnocení rodičem č. 2

Proběhlo zhodnocení celkové úspěšnosti a spolupráce formou strukturovaného rozhovoru s logopedkou a rodičem (viz příloha č. 3 a č. 4). Logopedka zhodnotila využití terapeutického materiálu jako efektivní a terapii jako úspěšnou. Celkově se rozvinula artikulace, motorika, ale i obsahová stránka řeči a pragmatická rovina. Maminka dívky při hodnocení terapie uvedla: „Cvičení s hrami bylo pro dceru velmi zábavné, těšila se na to. Vůbec nebylo náročné, hned od začátku se nám oběma líbilo. Čas, který jsme tomu věnovali, byl asi stejný, jako s jinými logopedickými cvičeními, takže nás to nezatěžovalo, cvičili jsme 2-5krát týdně. Celkově vidím, že se posouvá dále, používá nacvičená slova, používá je i s pohybem.“

Na základě proběhlého výzkumu logopedka stanovila další terapeutický plán, ve kterém bude logopedická terapie nadále zaměřena na osvojování trojslabičných slov s pohybem, slov se strukturou CVCVC a slov se souhláskovým shlukem uprostřed slova. Vzhledem k úspěšnosti terapie lze pro tento účel využít obdobné terapeutické hry.

Závěrečné zhodnocení jazykových rovin

Morfologicko-syntaktická:

Dívka aktivně využívá souřadná i podřadná souvětí. Ve výpovědi se objevují dysgramatismy, chyby ve skloňování a časování a ve tvorbě jednotného a množného čísla. Dívka je však schopná autokorekce. V řeči jsou v různé míře zastoupeny všechny slovní druhy.

Foneticko-fonologická:

Dívka stále nerealizuje vibranty, došlo ke správné fixaci hlásek K, G, Ď, Ť, Ň, Č, Š, Ž, které aktivně využívá v řeči. Došlo k rozvolnění tvářových svalů, je schopná protruze rtů, ale v řeči někdy nepoužívá. Slova se strukturou C₁V₁C₂V₂ a CVCVCV využívá ve spojení s pohybem i rytmizací, využívá je i ve spontánní řeči. Fonemický sluch je na dobré úrovni, rozezná slova se záměnou hlásky, rozloží slovo na slabiky, jejich počet určí někdy s chybou. Určí první hlásku ve slově.

Lexikálně-sémantická:

K nárůstu slovní zásoby došlo vzhledem k věku dívky a v rámci rozvoje v MŠ přirozeně. Porozumění je na úrovni mentální úrovni dívky, k dalším výrazným změnám v této oblasti během proběhlého výzkumu nedošlo.

Pragmatická:

Dívka naváže a udrží oční kontakt, naváže a udrží rozhovor s dospělou osobou. Při zahájení terapie sama spontánně vypráví, při tvorbě výpovědi aktivně využívá souvětí. Při nezdaru neutíká z komunikační situace, ale snaží se o modifikaci výpovědi. Došlo také k nárůstu mimických vyjádření.

4.4 Závěry šetření a doporučení pro praxi

Hlavním cílem diplomové práce bylo *analyzovat využívané terapeutické postupy v logopedické terapii u dětí se symptomy verbální dyspraxie*.

Výzkumné šetření bylo provedeno na pracovišti klinické logopedie. Toto zařízení má v péči několik dětí, u nichž v řeči dominují symptomy vývojové verbální dyspraxie. V rámci kvalitativního šetření byly vypracovány tři případové studie u těchto dětí, které vznikly na podkladě rozhovoru s logopedkou, rodiči, analýzou dokumentace, přímým pozorováním a práce s klientem. V první fázi výzkumu proběhlo pozorování při logopedické terapii, kdy proběhlo bližší seznámení se symptomy VVD a terapií, která se opírá zejména o postupy vybraných zahraničních autorů. Tyto postupy jsou

uvedeny ve třetí kapitole této práce. Následně proběhlo výzkumné šetření, které ověřovalo efektivitu práce s vytvořeným terapeutickým materiálem. Ten byl orientován na závěrečnou fázi terapie – fixaci a automatizaci vyvozených slov a vycházel z materiálů využívaných v předchozích částech terapie. V rámci výzkumného šetření byla ověřována práce s tímto materiálem.

Prvním parciálním cílem bylo *vytvoření cvičení pro fixaci a automatizaci, které budou využívány v logopedické intervenci u dětí se symptomy VVD.*

Na základě úvodní hospitace byl vytvořen soubor 20 terapeutických her, které se věnovaly fixaci a automatizaci jedno-trojslabičných slov s různou strukturou. Dle zásad pro terapii vývojové verbální dyspraxie a pro podporu senzorycké integrace pomocí multisenzoryckých klíčů každá hra obsahovala také rytmické, taktilní či proprioceptivní cvičení a cvičení pro pohyb.

Dalším parciálním cílem bylo *ověření použitelnosti vytvořených cvičení pro práci dítěte s klinickým logopedem a rodičem.*

V průběhu výzkumného šetření byl terapeutický materiál k dispozici logopedce i rodičům pro domácí cvičení. Logopedka při společném setkání provedla cvičení s dítětem a instruovala rodiče v práci s materiálem. Logopedka i rodič práci s materiálem průběžně hodnotili do předložených tabulek (příloha č. 3 a č. 4). V závěru šetření proběhl rozhovor s rodičem a logopedkou, ve kterém došlo k celkovému zhodnocení práce s materiálem.

Posledním výzkumným cílem byla *analýza komunikačních projevů v jazykových rovinách.*

Výzkumnému šetření předcházelo zhodnocení jazykových rovin dítěte logopedkou, které bylo znovu realizováno i po ukončení výzkumu. Toto zhodnocení poukazuje na efektivitu práce s terapeutickým materiálem u každého z dětí a je uvedeno v případových studiích.

Na základě výzkumného cíle byly formulovány tyto výzkumné otázky:

Jak probíhá logopedická intervence u dětí se symptomy verbální dyspraxie?

Terapie vychází ze správné diagnózy motorické vady řeči. Pokud v řeči dominují symptomy vývojové verbální dyspraxie, je úkolem logopeda určit, kterou oblast

je zapotřebí rozvíjet nejvíce. Na pracovišti, kde probíhalo výzkumné šetření, logopedi vycházejí z terapeutických postupů anglosaských autorek, inspirují se především prací Nancy Kaufman. V rámci terapie dle N. Kaufman se využívá materiál, který umožňuje postupně učit klienty novým artikulačním pohybům s narůstající obtížností dle vývojového hlediska. Je nutné tyto postupy spojit s motorickými cvičeními, popřípadě dalšími specifickými postupy. Vzhledem ke specifiku vady je potřeba dodržovat terapeutické zásady a techniky.

Jaký materiál je v intervenci u dětí se symptomy VVD používán?

Logopedi na pracovišti používají vlastní terapeutický materiál, který je českou verzí materiálu N. Kaufman. Sestává se z obrázkových karet se slovy, které mají různou strukturu. Obtížnost slov se systematicky zvyšuje. Protože práce s tímto materiálem byla úspěšná v terapeutickém prostředí, bylo potřeba přenést tato slova do běžného prostředí. Proto v rámci této studie vznikl terapeutický materiál pro fixaci a automatizaci těchto slov v běžné činnosti. Materiál má podobu terapeutických her, které propojují vybraná slova s motorickými činnostmi – pohybem, rytmizací, propiocepcí a taktilním vnímáním. Hry se dají realizovat jak v terapeutickém, tak v domácím i jiném prostředí.

Jaký je postoj rodičů k využívání materiálu v domácí intervenci?

Na základě rozhovorů vyplynulo, že dva ze tří rodičů hodnotily práci s materiálem pozitivně s dobrým výsledným efektem. Hra vyhovovala dětem i rodičům, společná práce s materiálem je bavila. Rodiče tuto práci hodnotili jako nenáročnou, využitelnou v různém prostředí. V případě případové studie č. 2 vzhledem k individuálním potřebám dítěte hry nebyly hodnoceny jako vhodný materiál.

Jaký je postoj logopeda k využití vytvořeného materiálu v praxi?

Logopedka, která vedla terapie u vybraných dětí, hodnotila materiál převážně pozitivně. U dvou ze tří dětí byl dle ní materiál efektivní, pro děti nenáročný a snadno pochopitelný. V posledním případě by zvolila jinou formu terapie.

Logopedka dále doporučuje práci s materiálem u ostatních dětí se symptomy vývojové verbální dyspraxie. Po provedení výzkumného šetření navrhuje několik doporučení pro doplnění materiálu pro efektivnější uplatnění v logopedické praxi

(viz níže). Logopedka také oceňuje příjemnou práci s rodiči dětí, terapii pomocí her považuje za osvěžující a přínosnou jako pro děti, tak i pro jejich rodiče.

Návrhy pro praxi

S ohledem na výsledky šetření je možné formulovat následující doporučení pro práci se sledovanými dětmi.

Dívka K.

V rámci *morfologicko-syntaktické roviny* by bylo vhodné pracovat na upevnění gramatických kategorií v rámci čtyřslovných vět a jednoduchých souvětí. Z hlediska *foneticko-fonologické roviny* se budeme věnovat osvojování slov se shluky v různé pozici a souhláskou na konci, dále rozvíjet sluchovou perцепci, zejména analýzu a syntézu. Ve větší míře budou zařazována prozodická cvičení u již osvojených slov. Nově vyvozená slova je vhodné spojovat s pohybem a rytmizačními cvičeními. V rámci *lexikálně-sémantické roviny* je třeba podpořit celkový rozvoj slovní zásoby v přirozených komunikačních situacích, osvojení přídavných jmen a sloves. V *pragmatické rovině* se budeme věnovat využití všeho v rámci přirozených komunikačních situací např. ve hře, v komunikaci s vrstevníky, učiteli, rodinou apod.

Chlapec N.

V *morfologicko-syntaktické rovině* je vhodné se věnovat tvorbě jedno až trojslovných výpovědí s podporou systému VOKS (např. JÁ + CHCI + ..., TO + JE + ..., JÁ + MÁM + ...). V rámci *morfologicko-syntaktické roviny* je třeba pokračovat v osvojování slov se strukturou CVC, C₁VC₂V a C₁V₁C₂V₂. *Lexikálně-sémantická rovina* bude rozvíjena v rámci komunikačních situací a dle zájmů chlapce, doplňováním komunikačního deníku dalšími výrazy. V rámci *pragmatické roviny* bude vše výše uvedené využíváno v přirozených situacích chlapce, věnovat se nácviku komunikace v přirozeném prostředí, podporovat využití gest a komunikačního deníku. Také je žádoucí věnovat pozornost podpoře očního kontaktu.

Dívka E.

V rámci *morfologicko-syntaktické roviny* je třeba upevňovat gramatické kategorie v rámci souvětí souřadných a podřadných. Ve *foneticko-fonologické rovině* by měla být pozornost věnována vyvození vibrant a nácviku protruze rtů, osvojování slov se shluky

v různé pozici a souhláskou na konci. Je vhodné zapojit prozodická cvičení, nově vyvozená slova spojit s pohybem a rytmizačními cvičeními. V rámci *lexikálně-sémantické roviny* je třeba zaměřit se na celkový rozvoj slovní zásoby v přirozených komunikačních situacích. V *pragmatické rovině* by bylo vhodné využívat všeho výše uvedeného v rámci přirozených komunikačních situací např. při hře, ve vyučování, v komunikaci s vrstevníky a rodiči.

Terapeutický materiál bude využíván na logopedickém pracovišti v rámci terapie u dětí se symptomy vývojové verbální dyspraxie. Pro širší použití je třeba rozšířit materiál o *slova se složitějšími strukturami* (např. slova se souhláskovými shluky) dále doplnit o *prozodická cvičení, cvičení pro nácvik dialogu a pohybová cvičení*, která by měla narůstající obtížnost. Ke každé hře by bylo vhodné vytvořit *hrací plochu*, nebo *situační obrázek*, dle charakteru hry také vytvořit *postavičky či karty*, které by bylo možné zapůjčit rodičům pro domácí cvičení. K vybraným hrám vytvořit vhodné *pracovní listy*. Pro specifické nároky některých klientů by bylo vhodné vytvořit *zjednodušené zadání hry*. Každému klientu také vytvořit *deník s problematickými slovy*, kde by jejich struktura byla graficky znázorněna.

Závěr

Diplomová práce se zabývala problematikou logopedické intervence u dětí se symptomy vývojové verbální dyspraxie.

Teoretická část byla zaměřena na teoretická východiska a pojmy, které se úzce pojí se sledovanou problematikou. V první kapitole práce byly více přiblíženy pojmy praxie, motorika, senzorní integrace a možnosti jejího narušení, část byla také věnována narušené komunikační schopnosti, zejména motorickým a fonologickým poruchám. Druhá kapitola více nastínila vývojovou verbální dyspraxii a její specifika, diskutované oblasti této problematiky, charakteristiky narušení. Třetí kapitola blíže pojednává o logopedické intervenci a jejích specifických v dětském věku, zejména o využití hry v jejím průběhu. Dále byl nastíněn diagnostický proces i intervence u dětí se symptomy vývojové verbální dyspraxie dle doporučených postupů zahraničních odborníků.

Výzkumné šetření, které je popsáno v poslední kapitole diplomové práce, proběhlo na vybraném pracovišti klinické logopedie v období červen – prosinec 2018. Hlavním cílem výzkumu bylo analyzovat možnosti logopedické intervence u dětí se symptomy vývojové dyspraxie. V rámci tohoto šetření vznikl terapeutický materiál pro závěrečnou fázi intervence – fixaci a automatizaci vyvozených slov v běžné řeči, který měl podobu terapeutických her obsahující slova různé struktury a multisenzorní cvičení. Během tří měsíců byla pozorována práce klinické logopedky s tímto materiálem a třemi vybranými dětmi ve spolupráci s jejich rodiči. Na základě tohoto pozorování, přímé práce, analýzy osobní dokumentace a strukturovaných rozhovorů s rodiči i logopedkou vznikly tři případové studie, které popisují komunikační dovednosti dětí v rámci jazykových rovin v iniciální a finální fázi šetření. Dále je uvedeno průběžné hodnocení logopedky i rodičů práce s materiálem v logopedické intervenci. Ve dvou studiích byla práce s materiálem logopedkou i rodiči vyhodnocena jako úspěšná, ve třetí studii byl materiál zhodnocen jako nevhodný vzhledem k individuálním potřebám dítěte. Na závěr byla na základě rozhovoru s logopedkou stanovena terapeutická doporučení pro logopedickou intervenci každého dítěte. Pro úspěšné uplatnění vytvořeného materiálu v logopedické praxi byla vytvořena doporučení pro jeho úpravu a doplnění.

Resumé

Diplomová práce se zabývá možnostmi logopedické intervence u dětí se symptomy vývojové verbální dyspraxie. Cílem této práce bylo analyzovat možnosti logopedické intervence u této poruchy.

V teoretické části jsou objasněny pojmy praxie, motorika, senzorycká integrace a narušená komunikační schopnost, dále je čtenář seznámen s problematikou vývojové dyspraxie a vývojové verbální dyspraxie, jejích charakteristik, diagnostikou a intervencí. Teoretická část také uvádí základní poznatky o logopedické intervenci v dětském věku.

Praktická část obsahuje tři případové studie dětí se symptomy vývojové verbální dyspraxie. V rámci studií je ověřena práce s terapeutickým materiálem, který byl vytvořen pro finální část logopedické intervence. Materiál má podobu terapeutických her, které lze využít v terapeutickém i v domácím prostředí.

Summary

The diploma thesis deals with possibilities of speech therapy in children with symptoms of developmental verbal dyspraxia. The main aim of the thesis was to analyze possibilities of speech therapy of this disorder.

The terms such as motor, praxia, sensory integration and speech disability are described in the theoretical part, the reader gets know about the problema of developmental dyspraxia and developmental verbal dyspraxia, including its characteristics, diagnostics and intervention. There are also the basic information about speech therapy in childhood in the theoretical part.

Practical part contains three cases studies of children with the symptoms of developmental verbal dyspraxia. The work with therapeutic material, which was made for the final part of speech therapy, is verified in the cases studies. Material consists of therapeutic games, which can be used in therapeutic environment, as well at home.

Seznam zdrojů a literatury

1. AYRES, A. Jean. a Jeff ROBBINS. *Sensory integration and the child: understanding hidden sensory challenges*. 25th anniversary ed., rev. and updated / by Pediatric Therapy Network ; photographs by Shay McAtee. Los Angeles, CA: WPS, c2005. ISBN 9780874244373.
2. AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION. (2007). *Childhood apraxia of speech* [Position Statement]. [online]. [cit. 2018-11-02]. doi:10.1044/policy.PS2007-00277 Dostupné z www.asha.org/policy.
3. AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION. (1993). *Definitions of communication disorders and variations* [Relevant Paper]. [online]. [cit. 2018-10-01]. Dostupné z www.asha.org/policy
4. BEDNÁŘOVÁ, Jiřina a Vlasta ŠMARDOVÁ. *Diagnostika dítěte předškolního věku: co by mělo umět ve věku od 3 do 6 let*. 2. vydání. Ilustrace Richard Šmarda. Brno: Edika, 2015. Dětská naučná edice (Edika). ISBN 978-80-266-0658-1.
5. BENDO VÁ, Petra. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3853-6.
6. BROOKES, Geoff. *Dyspraxia*. 2nd ed. New York: Continuum, 2007. ISBN 0826492355.
7. BROWN, Ted a Aislinn LALOR. The Movement Assessment Battery for Children—Second Edition (MABC-2): A Review and Critique. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics* [online]. 2009, **29**(1), 86-103 [cit. 2018-11-11]. DOI: 10.1080/01942630802574908. ISSN 0194-2638. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01942630802574908>
8. CHERRY, Kendra. *Neurons and Their Role in the Nervous System: How neurons transmit information throughout the body* [online]. 6 November 2017 [cit. 2018-10-09]. Dostupné z: <https://www.verywellmind.com/what-is-a-neuron-2794890>
9. CZARNIK, Karen. *Treatment Program for Childhood Apraxia of Speech: Treatment Materials & Home Program for Childhood Apraxia of Speech and Other Speech Sound Disorders*. USA: PRO-ED, 2010.
10. ČERVENKOVÁ, Barbora a Kateřina BLATNÁ. *Logopedická terapie u dětí s vývojovou dyspraxií* IN III. Klinicko logopedické sympozium Praha. 2018-06-22.
11. DEWEY, Deborah, Bonnie J KAPLAN, Susan G CRAWFORD a Brenda N WILSON. *Developmental coordination disorder: Associated problems in attention, learning, and*

- psychosocial adjustment. *Human Movement Science* [online]. 2002, **21**(5-6), 905-918 [cit. 2018-11-19]. DOI: 10.1016/S0167-9457(02)00163-X. ISSN 01679457. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S016794570200163X>
12. DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. 3., upr. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. Logopaedia clinica. ISBN 978-80-902536-6-
 13. DVOŘÁK, Josef. *Slovní patlavost: verbální dyspraxie*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 1999. Logopaedia clinica. ISBN 80-902536-0-1.
 14. DVOŘÁK, Josef. *Vývojová fonologická porucha*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2003. Logopaedia clinica. ISBN 80-902536-4-4
 15. DVOŘÁK, Josef. *Vývojová verbální dyspraxie*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2003. Logopaedia clinica. ISBN 80-902536-5-2.
 16. ELLIOTT, M. T., A. M. WING a A. E. WELCHMAN. Multisensory cues improve sensorimotor synchronisation. *European Journal of Neuroscience* [online]. 2010, **31**(10), 1828-1835 [cit. 2019-01-01]. DOI: 10.1111/j.1460-9568.2010.07205.x. ISSN 0953816X. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1460-9568.2010.07205.x>
 17. ENARD, Wolfgang, et al.. Molecular evolution of FOXP2, a gene involved in speech and language. *Nature* [online]. 2002, 14 August 2002, (418), 869–872 [cit. 2018-11-05]. ISSN 1476-4687. Dostupné z: <https://doi.org/10.1038/nature01025>
 18. FISH, Margaret A. *Here's how to treat childhood apraxia of speech*. Second edition. San Diego, CA: Plural Publishing, 2016. Here's how series. ISBN 9781597566179.
 19. GROHNFELDT, Manfred. *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie: Diagnostik, Prävention und Evaluation*. 3. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 2002. ISBN 3-17-017868-7.
 20. IUZZINI-SEIGEL, Jenya a Elizabeth MURRAY. Speech Assessment in Children With Childhood Apraxia of Speech. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups* [online]. 2017, **2**(2) [cit. 2018-12-13]. DOI: 10.1044/persp2.SIG2.47. ISSN 2381-4764. Dostupné z: <http://perspectives.pubs.asha.org/article.aspx?doi=10.1044/persp2.SIG2.47>
 21. KAUFMAN, Nancy R. *The Kaufman K-SLP Speech To Language Protocol Workout Book: Treatment Materials & Home Program for Childhood Apraxia of Speech and Other Speech Sound Disorders*. 2. USA: Northern Speech Services, 2016. ISBN 978-0-9823449-7-2.
 22. KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Vady řeči u dětí: návody pro praxi*. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3941-0.

23. KIRBY, Amanda. *Nešikovné dítě: dyspraxie a další poruchy motoriky : diagnostika, pomoc, podpora, cesta k nezávislosti*. Praha: Portál, 2000. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-424-9.
24. KLENKOVÁ, Jiřina. *Kapitoly z logopedie I*. Brno: Paido, 1996. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-41-9.
25. KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 80-247-1110-9.
26. KOHOUTEK, Rudolf. *Patopsychologie a psychopatologie pro pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4434-0.
27. KOLÁŘ, Pavel. Vývojová porucha koordinace – vývojová dyspraxie. *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2011, **2011**(5), 533-538. Dostupné z: <http://www.csnn.eu>
28. KOUKOLÍK, František. *Lidský mozek: funkční systémy: normy a poruchy*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-379-X
29. KRANOWITZ, Carol Stock. *The out-of-sync child: recognizing and coping with sensory processing disorder*. Rev. and updated ed. New York: A Skylight Press Book/A Perigee Book, 2005. ISBN 978-0399531651.
30. KROUPOVÁ, Kateřina. *Slovník speciálně-pedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5264-8.
31. LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.
32. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyche (Grada). ISBN 978-80-247-1284-0.
33. LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5.
34. LEJSKA, Mojmir. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7.
35. LINDSAY, Leslie A. *Speaking of apraxia: a parents' guide to childhood apraxia of speech*. Bethesda, Md.: Woodbine House, c2012. ISBN 9781606130612.
36. LOVE, Russell J. a Wanda G. WEBB. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-464-9.
37. MACDONALD, James D. a Jennifer Y. CARROLL. Communicating With Young Children. *American Journal of Speech-Language Pathology* [online]. 1992, **1**(4) [cit.

- 2019-01-05]. DOI: 10.1044/1058-0360.0104.39. ISSN 1058-0360. Dostupné z: <http://ajslp.pubs.asha.org/article.aspx?doi=10.1044/1058-0360.0104.39>
38. MIKULAJOVÁ, Marina a Iris RAFAJDUSOVÁ. *Vývinová dysfázia: specificky narusený vývin reci*. Bratislava: S.N., 1993. ISBN 80-900445-0-6.
39. MURRAY, Elizabeth, Patricia MCCABE, Robert HEARD a Kirrie J. BALLARD. Differential Diagnosis of Children with Suspected Childhood Apraxia of Speech. *Journal of Speech Language and Hearing Research* [online]. 2015, **58**(1) [cit. 2018-12-16]. DOI: 10.1044/2014_JSLHR-S-12-0358. ISSN 1092-4388. Dostupné z: http://jslhr.pubs.asha.org/article.aspx?doi=10.1044/2014_JSLHR-S-12-0358
40. NEUBAUER, Karel. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.
41. PATHWAYS. org. *Developmental Coordination Disorder and Sensory Processing Issues in Children* [online]. December 10, 2015 [cit. 2018-10-16]. Dostupné z: <https://pathways.org/news/articles/developmental-coordination-disorder-and-sensory-processing-issues-in-children/>
42. PŘINOSILOVÁ, Dagmar. *Diagnostika ve speciální pedagogice: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-157-7
43. SCHUNK, Kenneth Lee. *Disorders of the Vestibular System*. 1988, **18**(3), 641-665. DOI: 10.1016/S0195-5616(88)50060-8. ISSN 0195-5616. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0195561688500608>
44. SOVÁK, Miloš. *Logopedie : učebnice [Sovák, 1981]*. Vyd. 2. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1981. 460 s.
45. STRODE, Robin M. a Catherine E. CHAMBERLAIN. *The source for childhood apraxia of speech*. East Moline, Ill.: LinguiSystems, c2006. ISBN 9780760606582.
46. ŠIŠMOVÁ, Helena. *Poruchy komunikace – Klasifikace afázie* [online]. 2014 [cit. 2018-09-23]. Dostupné z: <http://www.afazie.cz/klasifikace-afazie/>
47. ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.
48. ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.
49. TAYLOR, Susan, Belinda MCLEAN, Torbjorn FALKMER, Leanne M CAREY, Sonya GIRDLER, Catherine ELLIOTT a Eve BLAIR. *Assessing body sensations in children: Intra-rater reliability of assessment and effects of age* [online]. [cit. 2018-10-

- 15]. DOI: 10.1177/0308022618786933. ISBN 0308-0226. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/>
50. VITÁSKOVÁ, Kateřina. Terminologie v oblasti praxe a jejích poruch v interdisciplinárním kontextu současné speciální pedagogiky. *Speciální pedagogika*. 2004, (14;3), 208-214 s. ISSN 1211-2720.
51. WEBB, Amy Leigh, et al. Verbal Dyspraxia and Galactosemia. *Pediatric Research* [online]. 2003, 01 March 2003, **2003**(53), 396–402 [cit. 2018-11-05]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1203/01.PDR.0000049666.19532.1B>
52. WILLIAMS, Pam. *Developmental Verbal Dyspraxia* [online]. červen 2014, , 1 [cit. 2018-11-03]. Dostupné z: <https://dyspraxiafoundation.org.uk/>
53. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *MEZINÁRODNÍ STATISTICKÁ KLASIFIKACE NEMOCÍ A PŘIDRUŽENÝCH ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ: Desátá revize* [online]. 1. 1. 2018, str. 248 [cit. 2018-11-05].
54. ZELINKOVÁ, Olga. *Dyspraxie: vývojová porucha pohybové koordinace*. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1266-9.
55. ZIEGLER, Wolfram, Ingrid AICHERT a Anja STAIGER. Apraxia of Speech: Concepts and Controversies. *Journal of Speech Language and Hearing Research* [online]. 2012, **55**(5) [cit. 2018-12-16]. DOI: 10.1044/1092-4388(2012/12-0128). ISSN 1092-4388. Dostupné z: [http://jslhr.pubs.asha.org/article.aspx?doi=10.1044/1092-4388\(2012/12-0128\)](http://jslhr.pubs.asha.org/article.aspx?doi=10.1044/1092-4388(2012/12-0128))

Seznam tabulek

Tab. 1 Diferenciální diagnostika (dle Dvořák, 2003; Fish, 2016; Strode & Chamberlain, 2006)	49
Tab. 2 Dívka K. - hodnocení logopedem č. 1	66
Tab. 3 Dívka K. - hodnocení logopedem č. 2	67
Tab. 4 Dívka K. - hodnocení rodičem č. 1	67
Tab. 5 Dívka K. - hodnocení logopedem č. 3	67
Tab. 6 Dívka K. - hodnocení logopedem č. 4	68
Tab. 7 Dívka K. - hodnocení rodičem č. 2	68
Tab. 8 Chlapec N. - hodnocení logopedem č. 1	72
Tab. 9 Chlapec N. - hodnocení logopedem č. 2	72
Tab. 10 Chlapec N. - hodnocení rodičem č. 1	73
Tab. 11 Chlapec N. - hodnocení logopedem č. 3	73
Tab. 12 Chlapec N. - hodnocení logopedem č. 4	73
Tab. 13 Chlapec N. - hodnocení rodičem č. 2	74
Tab. 14 Dívka E. - hodnocení logopedem č. 1	78
Tab. 15 Dívka E. - hodnocení logopedem č. 2	79
Tab. 16 Dívka E. - hodnocení rodičem č. 1	79
Tab. 17 Dívka E. - hodnocení logopedem č. 3	79
Tab. 18 Dívka E. - hodnocení logopedem č. 4	80
Tab. 19 Dívka E. - hodnocení rodičem č. 2	80

Seznam obrázků

Obr. 1: Terapeutický materiál N. Kaufman	58
Obr. 2: Ukázka vyvozování slov dle N. Kaufman	59
Obr. 3: Obrázkové karty pro osvojení slabik	59

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Příklady využitých rekvizit pro realizaci terapeutických her

Příloha č. 2 – Vybrané terapeutické hry

Příloha č. 3 – Hodnotící tabulka pro logopeda

Příloha č. 4 - Hodnotící tabulka pro rodiče

Příloha č. 5 – Otázky k úvodnímu rozhovoru s logopedem

Příloha č. 6 – Otázky k závěrečnému rozhovoru s logopedem

Příloha č. 7 – Otázky k závěrečnému rozhovoru s rodiči

PŘÍLOHY

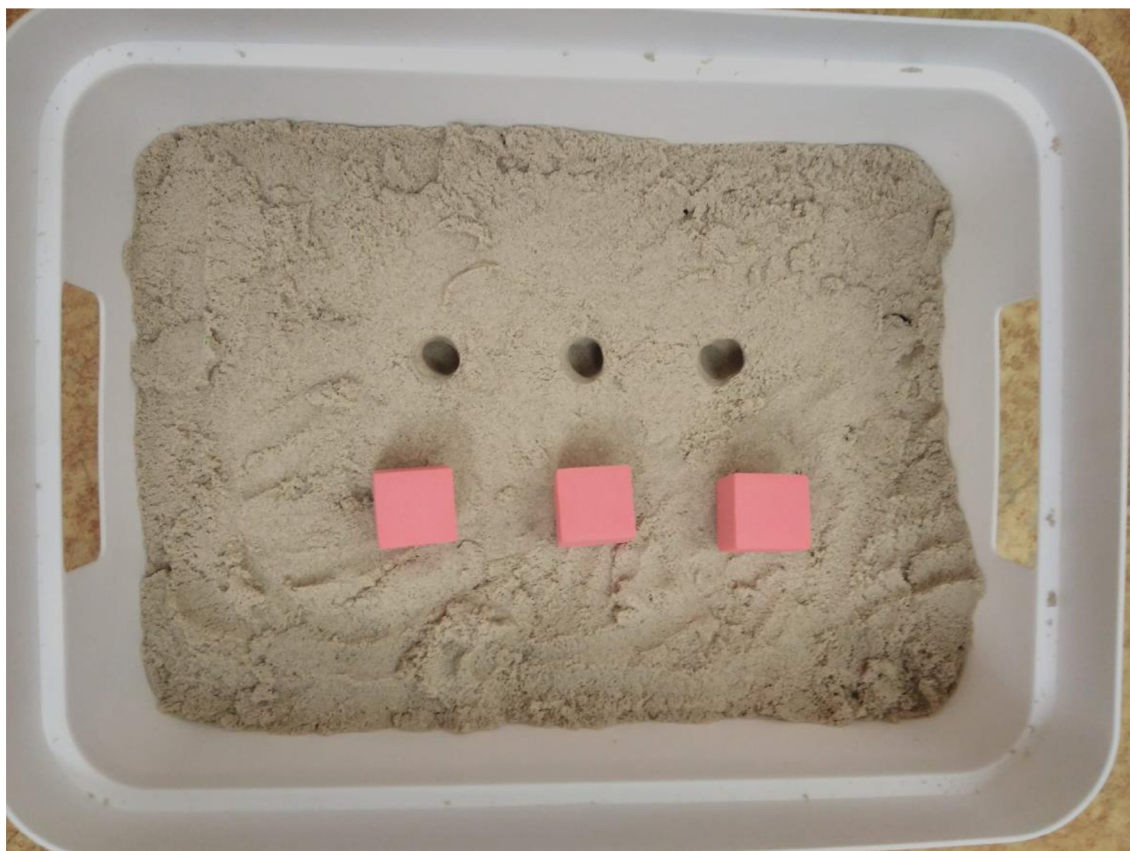
Příloha č. 1 – Příklady využitých rekvizit pro realizaci terapeutických her



Plastelína (hra č. 7)



Prstové loutky (hra č. 3)



Návrh využití tekutého písku (hra č. 6)



Návrh znázornění slov pro hru (hra č. 6)

Příloha č. 2 – Vybrané terapeutické hry

1) Hra se strukturou CV – *Jarní koupání*

- a. Slova: ca, ci, cu, sa, se si, su, za, zi, zu, (ča)... cákat, citron, cucat, salám, sedět, sýr, sušenka, záchod, zima, zuby)
- b. Uvedení do hry: Chlapec se nemohl dočkat léta a šel se koupat už v chladném dubnu. I když byla velká zima! Cákal se ve vodě, až mu drkotaly zuby. Jen co došel domů, maminka ho uviděla a uvařila mu horký čaj s citronem, který musel pomalu cucat, aby se nespálil. Dostal ještě chleba se sýrem a se salámem a k čaji také sušenku. Mohl jenom sedět zachumlaný v křesle a projít se mohl akorát tak na záchod.
- c. Taktilní a proprioceptivní systém: Zabalíme dítě do peřin (nebo do deky – nejlépe do několika) a motivujeme ho, aby se dostalo z peřin ven.
- d. Rytmičné cvičení pro ruce: Podáváme si křížovými pohyby talířek a hrníček se slovy, co zrovna je na talířku (sa, sý, su, ci, ča). Talířek můžeme podávat, nebo posouvat po desce stolu, nebo si přímo konkrétní věci můžeme podávat v kuchyni, nebo je např. vystřihnout z papíru.
- e. Pohyb: Hra ve vaně: Cákáme (jemně) na sebe kapky vody – cá, cá. Někdy můžeme cáknout studenou vodu - zi a následně předvést drkotání zuby – zu.

2) Hra se strukturou CVC - *Hra s míčkem*

- a. Slova: bim, bam, bum, bác, hop, mam, fuj, pích.
- b. Uvedení do hry pro děti: Děti si hází s míčem a ten pokaždé nepadne tam, kam by chtěli. Jednou se odrazí od zdi – bum!, podruhé ode dveří – bam!, jindy dokonce od okna – bim!, skáče přes silnici – hop, hop, hop, nebo spadne ze schodů – bác! Dokonce se dětem stalo, že jim míč spadl do bahna – fuj! Musí dávat ale velký pozor, aby jim míč nespádl na něco ostrého a špičatého. To by jim potom praskl pííích a žádná hra by nebyla!
- c. Taktilní a proprioceptivní systém: masírujeme dítě míčkem nebo několika míčky z různého materiálu, válíme je po těle, nebo se dítě položí na míčky a masíruje si záda, břicho...
- d. Rytmičné cvičení pro ruce – míč si házíme tak, že se odrazí od země a přitom říkáme hop, hop, hop. Házíme si oběma rukama nebo jednou rukou, a když míč chytíme, hlásíme - mám!
- e. Pohyb – skáče po místnosti jako balon a když do sebe vrazíme, říkáme – bim, bam, bum! Hru zakončíme „prasknutím obou míčků“, kdy se s hlasitým pííích „vyfoukneme“ jako míček a spadneme na podlahu.

3) Hra se strukturou CV₁CV₂ - *Kavárna*

- a. Slova: teta, babi, koka, Zůza, mami, Pepa, tati, dědo...
- b. Uvedení hry pro děti: Celá rodina šla do kavárny. Zuzanka si objednala kolu (koku) a protože je moc dobrá, chce jí dát ochutnat ostatním. Každého se zeptá mami koku? Babi koku? Každý kolu pije a všem moc chutná, tak si jí podávají navzájem a všichni pijí. Kolik té koly asi vypili! Na závěr může dostat nápoj se slámkou, což poslouží jako dobrá odměna.
- c. Cvičení pro ruce: předávání skleničky z ruky do ruky s rodičem do kříže („babi, koku! Mami, koku!“) nebo pokládání na stůl do kříže. Můžeme si skleničku podávat i různým legračním způsobem jako za záda, pod nohou...
- d. Pohyb: zahrajeme si na číšníka. Číšník chodí rovně jako po čáře a jednou rukou drží táč vysoko, skoro u hlavy. Dones další kolu pro všechny!

4) Hra se strukturou C₁V₁C₂V₂ – *Neposedný Alex*

- a. Slova: pije, leží, musí, chodí, sedí, líže, čeká, čůrá, zívá, běhá
- b. Uvedení hry pro děti: Na zahradě u jednoho velkého domu bydlí hlídací pes Alex. Tenhle pes ale nikdy nechtěl být hlídací., vlastně by si mnohem raději hrál s dětmi. Alex rád dělá různé skopičiny. Pojdme si hrát s ním!
Ráno, když se probudí, *leží* v trávě a mohutně *zívá*. Pak *běhá* po zahradě sem a tam, aby se pořádně probral. *Čeká*, až mu pán přinese snídaní, *sedí* před dveřmi a *pije* vodu. Přes den *chodí* po zahradě, protože to hlídací pes přece dělat *musí*. Ale když se nikdo nedívá, *válí* se na zádech a *líže* si tlapky.
- c. Rytmičné cvičení pro ruce:
Alex chodí, *chodí, chodí,*
Tlapky už ho *bolí, bolí,*
K večeru už *zívá, zívá,*
Krásné sny pak *mívá, mívá.*
Vyťukáváme/tleskáme rytmus básničky, místo básničky můžeme říkat pouze procvičovaná slova. Místo vyťukávání můžeme chodit do rytmu, předvádět rytmické pohyby, měnit výrazy podle nálady...
- d. Pohyb: Hrajeme si s plyšovou hračkou – pejskem a zkusíme všelijaké kousky, které přes den provádí, a přitom říkáme slova: *chodí, běhá, sedí, čůrá*. Komentujeme pohyby, které může dělat a napodobujeme je – *válíme sudy, běháme, důstojně chodíme* jako hlídací pes. Stejně pohyby můžeme zkusit např. v mělkém bazénku, protože psi moc rádi skotačí ve vodě. Uvidíme, kde to půjde snadněji!

5) Hra se strukturou C₁V₁C₂V₂ – *Honička*

- a. Slova: ruka, čelo, nosy, zuby, nohy, boty
- b. Uvedení hry pro děti: Hrajeme s dítětem na honěnou. Ale není to ledajaká honička, honíme se navzájem! A navíc chceme toho druhého chytit jen za některé části těla: ruku, čelo, nos, nohy, boty, pusy. Když jeden z nás zakřičí *nosy!* Musíme co nejrychleji chytit nos toho druhého. Role si můžeme během hry měnit.
- c. Taktilní a proprioceptivní systém: Pevně se chytáme různých částí těla a tím posilujeme orientaci na vlastním těle. Také se snažíme, aby úchop části těla nebyl silný, aby druhého nebolel.
- d. Rytmizační cvičení pro ruce: Postupuje od hlavy dolů a rytmicky vyťukáváme na části těla: *če-lo, ru-ka, no-hy, bo-ty...*
- e. Pohyb: Honíme se a říkáme názvy částí těla, kterých se musíme dotknout.

6) Hra se strukturou CVCVCV – *Na zahradě*

- a. Slova: Jahoda, malina, semeno, cibule, poleno, žížala, motyka, nádoba
- b. Uvedení do hry pro děti: Anička/Pepík pomáhá rodičům na zahradě. Nejdřív sbírá do košíku *jahody a maliny*. Když jich už bylo moc, běžela je vysypat do veliké *nádoby*. Zatímco tatínek sekal *polena*, maminka *motykou* okopává záhon *cibulí*. Ze záhonu na ni vykroukla *žížala!*

- c. Taktilní a proprioceptivní systém: zahrabeme si ruku do hlíny a vnímáme její teplotu, zda je suchá či vlhká... Vybereme z ní kameny, nebo naopak kolem záhonku kameny naskládáme. Můžeme skládat *polena* (kostky, klacky) na hromádku, nebo z nich vytvořit zajímavou stavbu (domek pro zvířátka, pyramidu...).
- d. Rytmičné cvičení pro ruce: klacíkem nebo lžičkou rytmicky hrabeme do hlíny, jako bychom sázeli semínka a u toho říkáme název rostlinky, kterou zrovna sázíme.
- e. Pohyb: Chodíme po zahradě (po trávě venku) a sbíráme cokoli, co nám přijde do ruky (šišky, kaštiny...) a předstíráme, že to jsou plody zahrady. Když je vkládáme do košíku, říkáme *jahoda, malina, cibule*... Můžeme vykřiknout „žížala!“ a „žížalu“ vyhodit z košíku ven. Až máme plné ruce/košík, můžeme se slovem *nádoza* vysypat sbírku na předem určené místo.

7) Hra se strukturou CVCVCV – *Pochroumaný film*

- a. Slova: kulatý, široký, veselý, vysoký, kyselý, pomalý, veliký
- b. Uvedení do hry pro děti: Děti se dívaly na pohádku o Shrekovi (či na jakoukoli jinou). Ale film byl jakýsi pochroumaný! Shrek byl najednou příliš *vysoký*, tu zase příliš *široký*, nebo prostě celkově *veliký* – mnohem větší, než obvykle! V jedné chvíli byl podivně *kulatý* a valil se jako koulička. Najednou se film zpomalil a Shrek chodil i mluvil velmi *pomalou*. Obraz se dokonce i někdy podivně zkřivil, takže Shrek měl podivně *veselý* výraz, i když byl smutný, nebo se tvářil tak *kysele*, jako kdyby snědl několik citrónů.
- c. Taktilní a proprioceptivní systém: Vytvarujeme si postavičku z doma vyrobeného těsta a různě ji tvarujeme – do výšky, do šířky... Vytvarujeme jí dvě nohy a běháme s ní po ploše.
- d. Rytmizační cvičení: s vytvořenou postavičkou skáče po stole v různém tempu a přitom slova slabikujeme – *po-ma-lý, ve-se-lý*... Stejně cvičení můžeme provádět i my v chůzi po místnosti.
- e. Pohyb: Zkoušíme si chodit jako Shrek, tak, jak se postupně proměňoval a přitom říkáme odpovídající slova. Pohyby a změny mimiky můžeme zkoušet před zrcadlem.

Příloha č. 3 – Hodnotící tabulka pro logopeda

Izolovaná řeč	Ano	s pomocí	ne
Poznámky:			
Propojení s rytmicí	Ano	s pomocí	ne
Poznámky:			
Propojení s pohybem	Ano	s pomocí	ne
Poznámky:			
Používá zvuky při taktilní a proprioceptivní stimulaci	Ano	s pomocí	ne
Poznámky:			

Příloha č. 4 - Hodnotící tabulka pro rodiče

Rodiče: Využívá zvuky, které se naučilo ve hře?

Zakroužkujte případně konkrétní aktivitu, nebo ji napište pod tabulku.

Bez pohybu (sezení, ve stoje...)	Ano	S pomocí	Ne
Při pohybu rukou (hraní, tvoření...)	Ano	S pomocí	Ne
Při pohybu tělem (chůze, běh, aktivity na hřišti – skákání, houpačka...)	Ano	S pomocí	Ne
Při dotyku, mazlení, mačkání, oblékání...	Ano	S pomocí	Ne

Poznámky:

Příloha č. 5 – Otázky k úvodnímu rozhovoru s logopedem

Otázky týkající se terapie VVD:

- 1) Kolik dětí se symptomy VVD máte v péči?
- 2) U kterých poruch a postižení se symptomy VVD nejčastěji vyskytují?
- 3) Jak v terapii VVD postupujete, z čeho čerpáte informace/materiály?

Otázky týkající se klientů z případových studií 1, 2, 3

- 1) Jaké nejvýraznější symptomy verbální dyspraxie u dítěte pozorujete?
- 2) Na jaké úrovni vyvozených slov se dítě nachází/čemu se aktuálně věnujete?
- 3) Co Vám v terapii schází/co by bylo potřeba pro pokračování terapie doplnit?

Příloha č. 6 – Otázky k závěrečnému rozhovoru s logopedem

- 1) Jak byste hodnotila celkovou úspěšnost terapie?
- 2) Jak byste hodnotila efektivitu terapeutického materiálu?
 - a. Vyhovoval materiál individuálním požadavkům dítěte?
 - b. Myslíte, že by byl materiál využitelný i pro děti, u kterých je VVD izolovanou vadou, nebo je v kombinaci s jiným postižením?
- 3) Splnila práce s materiálem Vaše očekávání?
- 4) Jak se osvědčila spolupráce s rodičem při terapii VVD a konkrétním materiálem?
- 5) Je něco, co Vám nevyhovovalo/chtěla byste změnit/doplnit?

Příloha č. 7 – Otázky k závěrečnému rozhovoru s rodiči

- 1) Jak byste hodnotili náročnost cvičení s materiálem – hry na fixaci a automatizaci řeči? *Např. v porovnání s předchozí logopedickou terapií? Kolik cvičení zabralo času? Bylo možné cvičení dobře provádět doma? Hráli jste hry i v jiném prostředí, např. na hřišti?*

- 2) Jak byste hodnotili účinnost materiálu? *Používá Vaše dítě nacvičená slova v běžné mluvě? Propojuje řeč s pohybem? Pozorujete v řeči Vašeho dítěte pokrok?*

- 3) Co byste označili za výhody a nevýhody materiálu? *Přáli byste si materiál upravit/něco doplnit/upřesnit?*

- 4) Máte nějaké další připomínky/sdělení, které byste mi chtěli předat?