



I. KLINICKO - LOGOPEDICKÉ SYMPOZIUM PRAHA

30.6. - 2.7.2016

"Diagnostika a léčba vývojových poruch řeči z holistického pohledu"

Purkyňův ústav, Albertov 4, Praha 2

pořádá Mgr. et Mgr. Barbora Richtrová
pod záštitou Foniatrické kliniky 1. LF UK a VFN Praha
a děkana 1. LF UK profesora MUDr. Alekse Šeda, CSc.

<http://logopedickesympozium.webnode.cz>

SBORNÍK



SBORNÍK

1.KLINICKO-LOGOPEDICKÉ SYMPOZIUM PRAHA

Diagnostika a léčba vývojových poruch řeči z holistického pohledu

ORGANIZAČNÍ VÝBOR

Mgr. Tereza Hladilová
Mgr. Jitka Mercelová
Mgr. Jaroslava Mrkvičková
Mgr. et Mgr. Barbora Richtrová

ODBORNÍ GARANTI

doc. MUDr. Olga Dlouhá, CSc.,
PhDr. Lenka Malátová,
Mgr. Jitka Mercelová

AKCE JE GARANTOVANÁ

Asociací klinických logopedů ČR – 12 kreditů
Asociací klinických psychologů – 12 kreditů
Českou asociací ergoterapeutů – 12 kreditů

POŘADATEL

Mgr. et Mgr. Barbora Richtrová

VZDĚLÁVACÍ AKCI ZAŠTÍTILI

Prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc
Foniatrická klinika 1.LF UK a VFN Praha

MÍSTO KONÁNÍ

Purkyňův ústav, Albertov 4, Praha 2

Vydáno vlastním nákladem
Mgr. et Mgr. Barbora Richtrová
Hvozdnice 34, 25205

Tisk: EKON ALFA, spol. s.r.o.
Vinohradská 1720/102, Praha 3, 130 00

© authors, 2016

ISBN 978-80-270-0011-1

PROGRAM

1. KLINICKO-LOGOPEDICKÉ SYMPOZIUM Praha 30.6.2016 - 2.7.2016

"Diagnostika a léčba vývojových poruch řeči z holistického pohledu."

ČTVRTEK 30. 6. 2016

12.30 – 14.00 PREZENCE

14.00 – 14.30 - OFICIÁLNÍ ZAHÁJENÍ – velký sál

14.30– 15.20 – PŘEDNÁŠKA Č. 1 – velký sál (PaedDr. Lenka Pospíšilová)

15.20 – 16.10 – PŘEDNÁŠKA Č. 2 – velký sál (prof. MUDr. Ivo Paclt, CSc.)

16.10 – 16.30 – DISKUZE – velký sál

16.30 – 17.00 COFFEE BREAK

17.00 – 18.30 –WORKSHOPY Č. 1 – 9 malých místností

PÁTEK 1. 7. 2016

8.00 – 9.00 – PREZENCE

9.00 – 10.00 – PŘEDNÁŠKA Č. 3 – velký sál (doc. MUDr. Olga Dlouhá, CSc.)

10.00 – 11.00 – PŘEDNÁŠKA Č. 4 – velký sál (PaedDr. Jana Hrčová)

11.00 – 12.00 – PŘEDNÁŠKA Č. 5 – velký sál (PhDr. Lenka Malátová)

12.00 – 12.30 – DISKUZE – velký sál

12.30 – 14.00 OBĚD

14.00 – 15.00 – PŘEDNÁŠKA Č. 6 – velký sál (PhDr. et Mgr. Lenka Vacková)

15.00 – 16. 00 – PŘEDNÁŠKA Č. 7 – velký sál (doc. PhDr. et PhDr. Radek Ptáček, PhD.)

16.00-16.30 COFFEE BREAK

16.30 – 18.00 WORKSHOPY Č. 2 – 9 malých místností

19.00 – 00.00 – PÁRTY (Policejní muzeum)

SOBOTA 2. 7.2016

9.00 – 9.50 – PŘEDNÁŠKA Č. 8 – velký sál (Mgr. Kamila Wawroszová)

9.50 – 10.40 – PŘEDNÁŠKA Č. 9 – velký sál (PhDr. Gabriela Seidlová-Málková, PhD.)

10.40 – 11.00 – DISKUZE – velký sál

11.00 – 11.15 – UKONČENÍ – velký sál

11.15 – 12.30 OBĚD

12.30 – 14.00 – WORKSHOPY Č. 3 – 9 malých místností

14.15 – 15.45 – WORKSHOPY Č. 4 – 9 malých místností

PŘEDNÁŠKY

1. KLINICKO-LOGOPEDICKÉ SYMPOZIUM Praha 30.6.2016 - 2.7.2016

"Diagnostika a léčba vývojových poruch řeči z holistického pohledu."

Č.1 – PaedDr. Lenka Pospíšilová - VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE Z HOLISTICKÉHO POHLEDU

Č.2 – prof. MUDr. Ivo Paclt, CSc. - VÝZNAM SPOLUPRÁCE DĚTSKÉHO PSYCHIATRA A FONIATRA NEBO KLINICKÉHO LOGOPEDA

Č.3 – doc. MUDr. Olga Dlouhá, CSc. - VYŠETŘENÍ CENTRÁLNÍHO SLUCHU U DĚTÍ S VÝVOJOVOU DYSFÁZIÍ

Č.4 – PaedDr. Jana Hrčová - SENZORICKÁ INTEGRACE A PODPORA ŘEČOVÝCH FUNKCÍ.

Č.5 – PhDr. Lenka Malátová – DIAGNOSTIKA SPECIFICKÝCH VÝVOJOVÝCH PORUCH ŘEČI Z POHLEDU KLINICKÉHO PSYCHOLOGA

Č.6 – PhDr. et Mgr. Lenka Vacková – TERAPEUTICKÁ VÝCHODISKA U VÝVOJOVÝCH PORUCH ŘEČI Z POHLEDU KLINICKÉHO LOGOPEDA - PSYCHOLOGA

Č.7 – doc. PhDr. et PhDr. Radek Ptáček, PhD. - PSYCHOLOGICKÉ SOUVISLOSTI VÝVOJOVÝCH PORUCH ŘEČI

Č.8 – Mgr. Kamila Wawroszová – PSYCHOTERAPIE HROU

Č.9 – PhDr. Gabriela Seidlová-Málková PhD. - MOŽNOSTI HODNOCENÍ JAZYKOVÝCH, ZEJMÉNA FONOLOGICKÝCH, SCHOPNOSTÍ V PŘEDŠKOLNÍM A RANÉM ŠKOLNÍM VĚKU.

WORKSHOPY

ČTVRTEK 30.6.2016 (17.00 – 18.30) = Č.1 a PÁTEK 1.7.2016 (16.30-18.00) = Č. 2

- 1) **Mgr. Lucie Krejčová** – Sám malovat? Nechci! S tebou? Zkusím to. Maluji sám, koukej!
- 2) **Mgr. Jana Šarounová** – Možnosti podpory rozvoje řeči i funkční komunikace u dětí s VPŘ pomocí metod AAK
- 3) **PhDr. Markéta Gerlichová, PhD.** - Muzikoterapie a rozvoj komunikace
- 4) **Mgr. Radka Majerová** – Rehabilitace vývojové dysfázie v Jedličkově ústavu a školách
- 5) **Mgr. Eva Dvořáková** – Logopedická intervence u dětí s VPŘ se zaměřením na rozvoj foneticko–fonologických dovedností
- 6) **Mgr. Barbora Červenková** – Povídej! - Průvodce vývojem řeči dítěte od 0-3 let nejen pro logopedy
- 7) **Mgr. Petra Součková** – Práce na hliněném poli – diagnosticko-terapeutický potenciál pro děti s VPŘ
- 8) **Mgr. Alena Přecechtělová** – Podpora smyslového vnímání jako důležitý předpoklad prevence specifických poruch učení
- 9) **Bc. Marja Volemanová, DiS.** - Přetrvávající primární reflexy

WORKSHOPY

SOBOTA 2.7.2016 (12.30 - 14.00 a 14.15 – 15.45) = Č 3. a Č 4

- 1) **Mgr. Kateřina Fritzlová, MUDr. Martin Kučera** – Muzikoterapeutické instrumentárium v běžné klinicko-logopedické praxi
- 2) **PhDr. Lucie Durdilová PhD.** - Hodnocení slovní zásoby u dětí předškolního věku
- 3) **Mgr. et Mgr. Marika Kimmerová** – Pedagogika dr. Marie Montessori a její preventivní a terapeutický potenciál v péči o děti s VPŘ
- 4) **Mgr. Michaela Voldřichová** – Tvoření vět a nácvik gramatických struktur u vývojových poruch řeči
- 5) **Dipl. KT Beate Albrich** – Vývoj kresby v arteterapii
- 6) **Mgr. Lucie Laudová** – Senzorická hra v terapii vývojových poruch řeči
- 7) **Mgr. Kateřina Láfová** – Diferenciální diagnostika vývojové dysfázie a PAS do 4 let věku dítěte
- 8) **Mgr. Eliška Haškovcová** – Ergoterapie pro děti s VPŘ
- 9) **PhDr. Barbora Evjáková** – Možnosti logopedické diagnostiky a terapie morfologicko-syntaktické jazykové roviny

Vývojová dysfázie z holistického pohledu

PaedDr. Lenka Pospíšilová

V úvodu příspěvku autorka analyzuje poznatky z terminologie, z čehož je patrná roztříštěnost, ale také snaha o sjednocení. Vývojová dysfázie je zde řešena z pohledu současného konceptu neurovývojových poruch, který vzniká zejména s rozmachem poznatků v neurovědách, genetice i v dalších vědních disciplínách. Část příspěvku je zaměřena na současné poznatky z fyziologie - jednak na jazykovou organizaci intaktního mozku v dospělosti a ve vývoji, jež je stále více předmětem současných výzkumů neurověd, a jednak na vývoj řeč / jazyka / komunikace v rámci psychomotorického vývoje. Následně se autorka zamýšlí nad patogenezi v provázanosti s dalšími neurovývojovými poruchami, tedy nad anatomickými a funkčními odlišnostmi mozku, a tudíž častými komorbiditami, které vytvářejí syndromový charakter onemocnění CNS. Protože je již známo, že neurovývojové poruchy mají tendence familiárního shlukování, větší prostor je věnován závěrům z posledních genetických výzkumů. Zmíněn je klinický obraz VD v komorbiditách, a to jednak z pohledu jednotlivých oblastí PMV a jednak z pohledu věku – od raného po adolescentní. Zdůrazněna je potřeba týmové diagnostiky a léčby, přičemž je zmíněna důležitost klinické logopedie již v diagnostické fázi. V závěru příspěvku jsou shrnuty výsledky longitudinální studie se 430 probandy, které byly získány ze vstupních a kontrolních vyšetření v DEMOSTHENU za období pěti let (2009-2013).

Význam spolupráce dětského psychiatra a foniatra nebo klinického logopeda

prof. MUDr. Ivo Paclt, CSc.

Etiologie neurovývojových poruch zůstává zatím z části nejasná, nicméně v řadě případů je velmi pravděpodobná účast některých genů, zejména dopaminergních, noradrenergických a serotoninergních a/nebo poruchy perinatální - virové infekce, zneužívání návykových látek včetně nikotinu, hypoxie různé etiologie, nízká porodní váha, metody udržovaného těhotenství a jiné rizikové faktory např. farmakoterapie včetně farmakoterapie v psychiatrii. S touto problematikou může a nemusí souviset problematika parentingu, atachmentu, agresivity rodičů a zneužívání dětí různého charakteru. V současné době se plně akceptuje, že k uvedeným poruchám patří několik základních neurovývojových poruch, které se často vyskytují současně, nebo po sobě následují. Některé jsou extrémně závažné jako je infantilní autismus, ostatní jako je ADHD, tiková porucha, OCD, poruchy učení, jednoznačně souvisí s problematikou vývojových poruch řeči. Sdělení upozorňuje na klíčové momenty komplexních poruch v terapii, ke kterým patří včasná a správná diagnostika, včasná a správná léčba a to nejen farmakoterapeutická ale i psychoterapeutická, které mají přesná pravidla a v případě jejich nerespektování se může jednat o závažné zhoršení až zanedbání celého vývoje dítěte a je negativně ovlivněn i dlouhodobý vývoj řeči. Sdělení je doplněno stručnými kazuistikami.

Vyšetření centrální poruchy sluchu u dětí s vývojovou dysfázií

doc. MUDr. Olga Dlouhá, CSc.

Úvod: Testy centrálního sluchového zpracování jsou rozděleny různými způsoby do několika kategorií: monotické, dichotické, binaurální testy; řečové /neřečové. Tyto testy slouží jednak k posouzení binaurální integrace či naopak separace, k určení interhemisferální koordinace vjemů; dále k posouzení, jak posluchač vnímá a integruje základní informaci při binaurálním poslechu. Testování má navodit prakticky situaci, která je bližší běžnému vnímání zvuků řeči. Dichotické jsou stimuly, které sice vnímáme současně, ale tyto stimuly nejsou totožné. Jedná se o techniku současné prezentace soutěžících stimulů do obou uší a využívá se spolu s binaurální integrací k určení interhemisferální spolupráce. Časové zpracování je zvláště důležité při vnímání řeči k rozeznání jemných náznaků jako je znělé a neznělé vyslovování a k identifikaci zvukově podobných slov. Analýza časového sledu probíhá především v dominantní hemisféře. Účastní se na ní jednak korové oblasti (levá hemisféra, corpus callosum), jednak podkorové (mozkový kmen). S poruchami binaurální integrace souvisí velice úzce asociační deficit. Primárním znakem asociačního deficitu u poruch řeči je neschopnost aplikovat jazyková pravidla na přicházející informace.

V testech centrální sluchové funkce děti zvláště s receptivní vývojovou dysfázií mají obtíže právě v dichotickém poslouchání. Vykazují deficit v receptivní oblasti řeči, v percepci slovníku, sémantiky, syntaxe.

Výsledky sledování: Na Foniatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze jsme vytvořili centrální sluchové dichotické testy v českém jazyce (Dlouhá, Novák, Vokřál 2004). Vyšetření jsou zaměřena na porovnání výsledků testů u dětí s vývojovou dysfázií a u dětí s normálním řečovým vývojem. Testy se snaží zohlednit možnosti dichotického vnímání pomocí jednoduchých slov (2-slabičných) i s fonologickou prezentací a pomocí částí vět, kdy je možno hodnotit i centrální integraci, časové zpracování a v návaznosti i kvalitu krátkodobé paměti. Integrační deficit (neschopnost složit 2-slabičná slova do holé věty) souvisí s poruchou časového zpracování složitějších akustických podnětů. Např. v hodnocené skupině 130 dětí s vývojovou dysfázií (ve věku 6 – 7 let) jsou výsledky testů č. 1, 2 a 3 57 %, 64 % a 63 %. Děti z věkově odpovídající kontrolní skupiny uvedené testy plní na 92 %, 93 % a 91 %. Statistická hladina pro potvrzení významnosti těchto rozdílů činí $p < 0,001$. Malé 6-7 l. dysfatické děti mají slabé sluchové vědomí, a tak u slov s omezenou entropií nemohou využít případně možnost doplnění obsahu sdělení známým pojmem. Starší školní děti (8 – 9 l.) využívají lépe svých sluchových zkušeností, svého sluchového vědomí a schopnosti asociovat (až do konfabulací: při opakování zadání si často domýšlejí jazykově a asociačně podobné tvary). Testy č. 1, 2 a 3 plní již v normě, ale nezvládají syntézu několika slov do typu rozvitě, několikaslovné věty. Již nemají v řeči typickou symptomatologii, ale přetrvávají u nich obtíže na centrální sluchové úrovni.

Poruchy vnímání řeči: deficit v dekodování zvuků řeči, integrační deficit a porucha krátkodobé paměti vedou k obtížím ve škole při zápisech diktovaných testů – dysortografie významně komplikuje výuku nejen v českém jazyce. Další možností, jak vyšetřit centrální sluchové funkce, jsou také vyšetření řeči na pozadí šumu. Jedná se vlastně o zátěžové testy, kde záleží na typu použitého šumu a hladině maskování. Tyto testy se používají běžně u dospělých, ale i u starších dětí. Vytvořili jsme (Dlouhá, Vokřál) v češtině testy větné srozumitelnosti v babble šumu (jedná se o typ hovorového šumu: sentence intelligibility in babble noise). Testovali jsme naše starší pacienty, u kterých známky vývojové dysfázie ještě přetrvávaly. Uvedená skupina s reziduální dysfázií měla výrazné obtíže zadání testů splnit (10 mužů, průměrný věk 16, 5 roku). Větná

srozumitelnost byla v normě jen na stejné hladině řeč/šum (65 dB). Při zesílení babble šumu o 5 dB, pacienti s reziduální vývojovou dysfázií již vůbec neporozuměli rozvitým větám. Pacient se syndromem Landau – Kleffner nerozuměl v šumu ani při základním vyšetření; nezvládl ani klasické vyšetření slovní audiometrií ve volném poli. Periferně měli všichni sluch fyziologický.

Závěr: Diferenciálně – diagnostický přínos testů (potvrzení vztahu poruchy rozumění řeči a poruchy centrální sluchové funkce) není jen v oblasti vývojových poruch řeči, ale testy mohou sloužit i k posouzení stádia vývoje řeči a i k posouzení úspěšnosti rehabilitace řeči.

Senzorická integrácia a podpora rečových funkcií

PaedDr. Jana Hrčová

Abstrakt

Príspevok pojednáva o senzorickej integrácii ako jednom z kľúčových faktorov pre vývin a fungovanie dieťaťa v každodennom živote. Vysvetľuje teóriu senzorickej integrácie, hľadá súvislosti medzi senzoricou integráciou a rečou. Popisuje prejavy dysfunkcií senzorickej integrácie a popisuje základy terapie senzorickej integrácie, ktorá je uplatniteľná aj v práci logopéda, keďže dysfunkcie senzorickej integrácie a problémy s rečou môžu byť vzájomne previazané.

Kľúčové slová: senzorická integrácia, senzorické spracovanie, poruchy senzorického spracovania, terapia senzorickej integrácie, rečové funkcie

Pojem senzorická integrácia možno chápať vo viacerých významoch: ako teóriu, ako schopnosť nervového systému a v neposlednom rade ako terapeutický prístup vyvinutý v 70-tych rokoch 20. storočia ergoterapeutkou A. Jean Ayres. Ayresovej práca vychádzala z klinických pozorovaní detí s poruchami učenia. Mnohé z nich vykazovali ťažkosti v oblasti senzoriky, percepcie aj motoriky. Na základe predpokladu, že „učenie je funkciou mozgu (a) poruchy učenia... sú následkom odchýlky nervového systému“, vypracovala teóriu senzorickej integrácie (SI). Táto teória, založená na poznatkoch z neurovied, biológie, psychológie a pedagogiky, predpokladá, že deti s poruchami učenia majú problémy spracovať a integrovať zmyslové informácie, čo má vplyv na ich správanie a učenie (Schaaf, Miller, 2005).

Teória senzorickej integrácie vysvetľuje vzťah medzi spracovaním zmyslových podnetov a správaním jednotlivca. Smith Myles et al. (2007) uvádzajú päť predpokladov pre senzorickú integráciu. Prvým základným predpokladom je plasticita centrálného nervového systému – to znamená, že je možné meniť a modifikovať jeho štruktúru. Druhý predpoklad hovorí, že proces senzorickej integrácie sa deje vo vývinovej postupnosti. Tretí predpoklad vychádza z toho, že mozog funguje ako celok, ale jednotlivé zmyslové systémy sú organizované v hierarchii. Zmyslové podnety sú organizované a integrované v nižších (subkortikálnych) oblastiach. Vyššie oblasti sú komplexnejšie a dejú sa v nich také procesy ako: reč, učenie alebo správanie. Štvrtým predpokladom je tvrdenie, že adaptívne správanie je výsledkom senzorickej integrácie a naopak, že vyvolanie adaptívnej odpovede napomáha senzorickej integrácii. Posledným, piatym predpokladom je, že schopnosť senzorickej integrácie sa rozvíja nevedome prostredníctvom senzo-motorických aktivít.

Okrem týchto piatich predpokladov boli A. J. Ayres sformulované ešte tri hlavné postuláty teórie senzorickej integrácie:

- učenie závisí od senzorickej integrácie
- deficit v senzorickej integrácii spôsobujú deficit v učení
- cieľená podpora schopnosti senzorickej integrácie vedie k zlepšeniu v učení (Borchardt, et al. 2005).

Senzorická integrácia je proces organizácie zmyslových vstupov, ktorý sa deje bez vedomej kontroly, tak že mozog vytvára vhodné reakcie tela a Senzorická integrácia umožňuje triediť, usporiadať a skladať zmyslové vstupy do jedného celku. Umožňuje jednotlivcovi konať a reagovať na situácie primeraným spôsobom – umožňuje vytvárať tzv. adaptívnu odpoveď. Je základom pre akademické učenie a sociálne správanie (Ayres, 2005). Je to schopnosť prijímať, porozumieť a organizovať zmyslové vstupy z vonkajšieho prostredia alebo vlastného tela

a skladať jednotlivé zmyslové vstupy do celku. Ak sú tieto funkcie mozgu úplné a vyvážené, učenie je jednoduché a "dobré" správanie je prirodzeným následkom (Emmons, Andersson, 2005). Senzorická integrácia sa rozvíja už v období pred narodením, keď mozog plodu vníma pohyby matkinho tela (Ayres, 2005). Následne prebieha na štyroch úrovniach a vyvíja sa počas prvých rokov života dieťaťa. V prvom štádiu dieťa prijíma najmä taktilné stimuly ako dotyk, čo vytvára predpoklady pre jedenie, sanie a najmä vytvára puto dieťaťa a matky. Prijímanie vestibulárnych a propioceptívnych stimulov je základom pre kontrolu očných pohybov, postury, svalového napätia a gravitačnej istoty. Všetky tri systémy sú integrované v druhom štádiu procesu, čo je podkladom pre emočnú stabilitu dieťaťa. Rovnako je predpokladom pre vytváranie telesnej schémy a následné vykonávanie cielených pohybov, dieťa využíva obidve strany tela koordinovaným spôsobom. Auditívny a vizuálny systém nadobúda na význame v tretom štádiu. Vytvárajú sa predpoklady pre reč a tiež vďaka vizuálnemu systému aj predpoklady pre vykonávanie komplexnejších aktivít a vizuo-motorickej koordinácie. Vo štvrtom štádiu sa rozvíjajú jednotlivé koncové produkty senzorickej integrácie. Prostredníctvom správneho povedomia o vlastnom tele vzniká sebakontrola a sebadôvera. Dochádza k špecializácii a spolupráci mozgových hemisfér a dieťa si je postupne vedomé pravej a ľavej strany tela. To je dôležité pre školskú prácu a výkony (Ayres, 2005; Bechstein, 2010). Proces senzorickej integrácie je u väčšiny jednotlivcov efektívny. To znamená, že prijímame a spracovávame informácie a primerane na ne reagujeme. Registrujeme, orientujeme sa, interpretujeme a reagujeme spôsobom, ktorý je danej situácii primeraný. Regulačná schopnosť mozgu alebo modulácia zmyslových správ podporuje tento výkon pomocou integrácie informácií. Výsledkom je potom správanie alebo konanie, ktoré je v súlade so zámerom jednotlivca. Kvalita správania je spätnou väzbou pre centrálny nervový systém o tom, či spracovanie informácií prebehlo správne (Smith Myles et al., 2005).

Proces spracovania podnetov sa deje na troch úrovniach:

- vstup – počuté, videné, dotyk, vnímanie gravitácie, pohybu, bolesti, teploty, vône, chute,
- integrácia – proces modulácie, aktivácie, prepájania informácii, adaptácie, kognitívno-emočného spracovania,
- výstup – konečný produkt senzorickej integrácie, ktorý je viditeľný.

Výstupom je: pozornosť, akademické schopnosti (čítanie, písanie, počítanie, emocionálna kontrola, plánovanie a prevádzanie pohybov, interakcia, reč a komunikácia, predstavivosť, schopnosť riešiť problémy. Ako taká je senzorická integrácia seba organizujúca aktivita človeka, ktorý interaguje s prostredím a organizuje zmyslové informácie. Výsledkom tohto procesu je komplexné správanie, prispôbovacie reakcie a zmysluplná, aktívna činnosť (Smith-Roley, Blanche, Schaaf, 2004).

Pre senzorickú integráciu sú kľúčové tri zmyslové systémy a to vestibulárne vnímanie, propiocepcia a taktilné vnímanie. Sú považované za základné zmysly a sú východiskom pre rozvoj ostatných systémov, hlavne auditívneho a vizuálneho a ovplyvňujú rozvoj vyššie uvedených funkcií. Borchardt, et al. (2005) ich uvádzajú ako nadradené zmyslové systémy. Vizuálny, auditívny, olfaktorický a gustatorický systém možno v rámci tejto teórie považovať za podriadené zmyslové systémy.

Senzorická integrácia a reč

Pre rozvoj reči a porozumenie reči je dôležitá integrácia základných zmyslov a auditívneho vnímania. Konkrétne vestibulárne vnímanie a propiocepcia, ktorá je predpokladom pre pohyby pier a jazyka. Skôr ako dieťa začne hovoriť, musí mať správne senzorické informácie z oblasti úst. Auditívno-rečové centrum v mozgu zas potrebuje informácie z vestibulárneho aparátu. Integrácia auditívneho a vestibulárneho vnímania je rovnako potrebná pre rozvoj reči, najmä schopnosť počúvať a spracovať počuté rečové informácie. Mnohé deti s poruchami vo

vestibulárnom vnímaní sa v reči oneskorujú. Dysfunkcie senzorickej integrácie spôsobujú deficit v oblasti reči, najmä oneskorenie vývinu reči. Správny vývin reči závisí od mnohých procesov senzorickej integrácie (Ayres, 2005). Rovnako bolo preukázané prepojenie reči a praxie, konkrétne ideácie. Ojemann a Ayres popísali úzky vzťah medzi rečovými funkciami a pohybovými akciami. Pohyb aj reč sú z časti spracované v tých istých kôrových centrách a poškodenia vedú k deficitom v reči aj konaní. Ayres tiež zistila, že deti s rečovými problémami mali najväčšie ťažkosti v oblasti ideácie (Smith Roley, Blanche, Schaaf, 2004). Ayres (2005) okrem toho pozorovala, že deti s problémami v oblasti reči a jazyka mali často vývinovú dyspraxiu. Schopnosť artikulovať si žiada dobrú propiocepciu a komplexné motorické plánovanie a presné informácie o polohe a pohybe jazyka, pier a úst. Taktiež je potrebné vykonať presný sled (sekvenciu) pohybov, aby sme vyslovili hlásky alebo slová.

Kiessling (2007) pre porovnanie uvádza, že poruchy reči alebo aj poruchy správania sú často spojené s poruchou modulácie v oblasti taktilného vnímania a propiocepcie. Viaceré deti vykazovali taktilnú hypersenzitivitu a hyposenzitivitu propioceptívneho systému. Osobitný priestor venujú Ayres (2005) a Bundy, Lane, Murray (2005) poruchám auditívneho spracovania a rečovým poruchám. Ukázalo sa, že deti s problémami v reči vykazovali ťažkosti v spracovaní vestibulárnych podnetov, objavoval sa u nich skrátaný posrotatórny nystagmus. Dysfunkcie senzorickej integrácie/poruchy senzorickeho spracovania. V zahraničnej literatúre sa pre poruchy v senzorickej integrácii najčastejšie používajú termíny dysfunkcie senzorickej integrácie alebo poruchy senzorickeho spracovania. Obidva termíny môžeme považovať za synonymá. Jednotlivci, ktorých spracovanie zmyslových podnetov nie je správne, majú ťažkosti v jednej alebo viacerých oblastiach zmyslového vnímania alebo v niektorom bode procesu integrácie (Smith Myles et al., 2005). U týchto jednotlivcov potom mozog nesprávne alebo nedostatočne spracováva a organizuje zmyslové vstupy, čo sa prejaví ťažkosťami v rôznych oblastiach ako sú: učenie, motorika, správanie. Teória senzorickej integrácie vysvetľuje deficit v učení a v správaní jednotlivca, ktorých príčina ale nie je v jasnom viditeľnom poškodení centrálného nervového systému. Aby sme mohli hovoriť o dysfunkciách senzorickej integrácie, musia byť jasne preukázateľné deficit v spracovaní vestibulárnych, propioceptívnych a taktilných podnetov, ktoré ale nie sú dôsledkom organického poškodenia CNS alebo kognitívnych deficitov (Bundy, Lane, Murray, 2007).

Prejavy porúch senzorickej integrácie sa však môžu vyskytovať a často sa vyskytujú súbežne s inými diagnózami, či už ide o mentálne postihnutia, mozgové obrny, prípadne ďalšie poruchy. Tu sa ale nedá jasne určiť príčina prejavov. Poruchy senzorickej integrácie sa prejavujú v rôznych sférach fungovania dieťaťa a to najmä v zmenenej úrovni pozornosti a schopnosti koncentrácie, reagibilita na podnety, motorickom plánovaní a koordinácii pohybov, neobratnosťou, deficitmi v oblasti komunikácie a reči – oneskorenie reči, ťažkosti s vyjadrovaním, deficitmi v správaní a sociálnej interakcii, emočnej kontrole a sebakontrole – napríklad impulzivita, ťažkosťami v akademickej oblasti (čítanie, písanie, počítanie).

V súčasnosti môžeme hovoriť o troch kategóriách porúch senzorickej integrácie

1. poruchy diskriminácie - sa prejavujú ťažkosťami v interpretácii kvalít jednotlivých stimulov. Dieťa má problém rozlišovať podobnosti a rozdiely v stimuloch. Schopnosť diskriminácie je základným predpokladom pre formovanie telesnej schémy, pretože správna interpretácia zmyslových stimulov je nevyhnutná pre plánovanie pohybov. Poruchy senzorickej diskriminácie postihujú aj schopnosť selekcie podnetov, rozlišovanie trvania podnetu a tiež subjektívne hodnotenie podnetu. Nemusia sa týkať len zraku alebo sluchu. Môžu ovplyvniť aj ostatné zmyslové systémy. Prejavujú sa potom ako problémy pri rozlišovaní textúr alebo vôní. (porov. Borchardt, et al. 2007; Emmons, Andersson, 2005; Hilton, 2011).

2. motorické poruchy na senzorickej báze zahŕňajú posturálnu poruchu a dyspraxiu. Posturálna

porucha je charakterizovaná neprimeraným svalovým napätím, hypotóniou, hypertóniou, neprimeranou kontrolou pohybov alebo neprimeranou koordináciou svalstva, ak chce jednotliviec docieľiť pohyb proti odporu. Takéto deti sa zdajú byť slabé, rýchlo sa unavia a nepoužívajú stále dominantnú ruku alebo stredovú líniu tela. Dyspraxia sa prejaví ako znížená schopnosť koncipovať, plánovať, zoraďovať a vykonávať sekvenciu pohybov. Deti s dyspraxiou nemajú istotu o tom, kde v priestore sa ich telo nachádza a majú problém posúdiť vzdialenosť od objektov alebo ľudí a tiež regulovať svoju silu pri vykonávaní pohybov. Deti s dyspraxiou majú problémy nie len s priestorovými aspektmi, aj načasovaním pohybu a sekvenciami, bilaterálnou integráciou a somatosenzorickým vnímaním. Pri motorických poruchách nie sú správne spracovávané taktilné, proprioceptívne a vestibulárne podnety (porov. Ayres, 2005; Bundy, Lane, Murray, 2005; Hilton, 2011).

3. poruchy modulácie - moduláciu možno definovať ako schopnosť mozgu regulovať aktivitu nervového systému (Bundy, Lane, Murray, 2005). Moduláciu môžeme v jednoduchosti popísať aj ako schopnosť mozgu prispôsobiť reakciu intenzite podnetu. Poruchy modulácie sa potom prejavujú neprimeranými reakciami na jednotlivé podnety. Človek je voči podnetom hypersenzitívny alebo naopak hyposenzitívny. V literatúre možno nájsť aj termíny ako hyperreagibilita a hyporeagibilita. K poruchám modulácie patrí aj senzorické strádanie – vyhľadávanie stimulov. Poruchy modulácie sa môžu týkať každého zmyslového systému (vestibulárneho, proprioceptívneho, taktilného, ale aj auditívneho, vizuálneho, gustatorického a olfaktorického). K najčastejšie uvádzaným poruchám patrí taktilná defenzivita, gravitačná neistota, senzorická hyposenzitivita a strádenie sa pohybom. Tieto poruchy majú za následok problémy v správaní a v sociálnej interakcii (porov. Borchadt, et al. 2007; Bundy, Lane, Murray, 2005; Smith Roley, Blanche, Schaaf, 2004).

Terapia senzorickej integrácie

Je založená na cielenej stimulácii vestibulárneho, proprioceptívneho a taktilného systému, ktorá má dieťaťu pomôcť lepšie integrovať prichádzajúce zmyslové vstupy a formovať adaptívne odpovede. Stimulácia môže byť doplnená aj o vstupy pre ostatné zmyslové systémy, ale ťažisko terapie spočíva v stimulácii uvedených troch základných zmyslov. Ako píše Ayres (2005) pri terapii nejde ani tak o to, naučiť dieťa danú aktivitu alebo konkrétnu motorickú zručnosť, ale zámerom terapeuta je pomôcť dieťaťu lepšie fungovať po stránke fyzickej, emocionálnej aj akademickej. Terapeut pomáha dieťaťu, aby bolo lepšie pripravené na osvojenie si motorických zručností, akademických schopností alebo vhodného správania. Všetko sa deje prostredníctvom hry a motorických aktivít v špeciálne upravenej miestnosti. Pripúšťa sa však možnosť realizovať senzorickejšiu integráciu aj mimo takúto miestnosť v závislosti od cieľa a odborníka, ktorá ju vykonáva. Motorická aktivita je vhodná práve preto, že poskytuje zmyslové vstupy, ktoré lepšie pomáhajú dieťaťu zorganizovať si vlastné učenie.

Terapia senzorickej integrácie je prístup orientovaný na dieťa, kde sa dieťa stretáva s primeranými výzvami a zažíva pocit úspechu z vykonaných aktivít. Dôležitá je vzájomná dôvera a akceptujúci prístup terapeuta. Dieťa je motivované a aktívne zapojené do procesu terapie, má možnosť podieľať sa na výbere aktivít. Terapeut spolupracuje a dieťa sprevádza jednotlivými činnosťami (porov. Hilton, 2011; Hřčová, 2014). Terapia sa uskutočňuje v prostredí, v ktorom má dieťa dostatok príležitostí na vlastnú aktivitu a hru. V tomto prostredí sa nachádzajú rôzne typy hojdačiek, závesných sietí alebo vakov. Okrem toho v ňom možno nájsť rôzne prekážky, naklonené roviny, duté valce, pojazdné dosky na kolieskach, balančné pomôcky, záťažové pomôcky, guľčkový bazén, predmety s rôznymi textúrami a iné.

Aktivity s dôrazom na vestibulárny imput zahŕňajú hojkanie na rôznych typoch hojdačiek cez pomalé lineárne pohyby, rotačné pohyby, axiálne pohyby (okolo vlastnej osi), rýchle hojkanie,

hojďanie na rôznych pozíciách (sed, kľak...). rovnako možno použiť zmeny smeru pri hojďaní, nepredvídateľné pohyby hojdačky, aktívna zmena pozície v hojdačke – dotýkanie sa zeme rukami, dosahovanie, uchopovanie predmetov. Vestibulárne podnety možno spájať s rytmickými činnosťami a poskytovať stimuly aj pre auditívny systém. Aktivity sú vhodné napríklad pri poruchách diskriminácie. Pri gravitačnej neistote je potrebné zaistiť stabilitu pri pohybe, neustály kontakt so zemou alebo stačí, ak dieťa samo rozhoďá hojdačku.

Aktivity s dôrazom na proprioceptívny input podporujú desenzibilizáciu taktilného systému, rozvoj praxie, plánovanie pohybov... Ide o aktivity ako vibrácie, záťažové aktivity – prenášanie ťažších predmetov, používanie záťažovej vesty alebo deky, ťahanie, tlačenie, pohyb proti odporu, pohyb proti gravitácii, masáže spojené s tlakom alebo väčšími predmetmi, jazda na pojazdnej doske, aktivity so zapojením obidvoch strán tela – podpora bilaterálnej integrácie... Proprioceptívne aktivity sa môžu vzťahovať aj na oblasť tváre a úst, napríklad: žuvanie, sanie, fúkanie, stláčanie bodov na tvári. Podporujú budovanie telesnej schémy, stability a držania tela. U niektorých detí pomáhajú pri skľudnení alebo organizácii vlastného nervového systému. Sú vhodné zvlášť pri motorických poruchách alebo pri taktilnej defenzivite.

Aktivity s dôrazom na taktilný input zahŕňajú manipuláciu, dotýkanie sa predmetov alebo masáže. Predmety majú rôznorodú textúru alebo povrch. Použiť možno kefky, loptičky, rôzne textilie. Dotyk je jemný povrchový alebo hladenie. Zaradiť možno aj ležanie v guľčikovom bazéne alebo pokrývanie rôznych častí tela guľčkami, alebo rôznymi textúrami. Vnímanie taktilných podnetov možno zintenzívniť vyradením zrakového kanála – skúmanie so zavretými očami, vyhľadávanie materiálov, predmetov podľa hmatu. Činnosti pomáhajú vnímaniu podnetu na určitom mieste alebo časti tela, a celkovému zlepšeniu taktilného vnímania. U detí s ťažkosťami v oblasti reči a jazyka terapia senzorickej integrácie môže byť nápomocná pri podpore rozvoja reči, plánovaní reči a zlepšení sluchového spracovania. Vhodné sú aktivity s dominujúcim vestibulárnym a proprioceptívnym inputom, ktoré môžu napomáhať rozvoju praxie.

Aktivity zamerané na vestibulárny aparát zas podporia vokalizáciu a hlasové prejavy dieťaťa. Počas vestibulárnej stimulácie sa zvyšuje frekvencia a množstvo hlasových prejavov. Vhodné je aj zaradenie orálnych aktivít s dôrazom na proprioceptívne stimuly, ktoré môžu na jednej strane pôsobiť upokojujúco a na druhej strane podporiť proprioceptívne vnímanie v oblasti úst a tváre. Podľa Ayres môže byť efektívnosť terapie hodnotená aj vzhľadom na zlepšenie rečových funkcií dieťaťa, keďže reč a komunikácia je jedným z produktov/výstupov senzorickej integrácie.

Bibliografické zdroje:

AYRES, A. J. Sensory integration and the child. Understanding hidden sensory challenges. 25th Anniversary Edition. Los Angeles, California : Western Psychological Services, 2005. 211 p. ISBN 978-0-87424-437-3.

BECHSTEIN, M. Sensorische Integration [online] 2010. Dostupné na: http://www.mbechstein.de/moto/index_frameset_motopaedie.htm (citované dňa: 23-05-2016)

BORCHARDT, K. et al. Sensorische Verarbeitungsstörung. Theorie und Therapie der Sensorischen Integration. Idstein : Schulz-Kirchner Verlag, 2005. 455 S. ISBN 978-3-8248-0435-1.

BUNDY, A. C., LANE, S. J. MURRAY, E. A., Sensorische Integrationstherapie – Theorie und Praxis. 3. Aufl. Heidelberg : Springer, 2007. 536 S. ISBN 978-3-540-33063-9.

EMMONS, P. G., ANDERSSON, L. M. Understanding Sensory Dysfunction Learning, Development and Sensory Dysfunction in Autism Spectrum Disorders, ADHD, Learning Disabilities and Bipolar Disorder. London : Jessica Kingsley Publishers, 2005. 175 p. ISBN 978-1-84310-806-1.

HILTON, C. Sensory Processing and Motor Issues in Autism Spectrum Disorders. In MATSON, J. L., STURMEY, P. (eds) International Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders. Springer, 2011. p. 175-193. ISBN 978-1-4419-8065-6.

HRČOVÁ, J. Senzorická integrácia ako jedna z alternatívnych intervencií u detí s poruchou autistického spektra. In Sociální služby. roč. 16, č. 4. 2014. S. 16-19. ISSN 1803-7348.

KIESSLING, U. Sensorische Integration im Dialog. Dortmund : Verlag modernes Lernen, 2007. 207 S. ISBN 978-3-8080-0446-3.

SMITH MYLES, B. et al. Asperger Syndrome and Sensory Issues. Practical Solutions for Making Sense of the World. Kansas : Autism Asperger Publishing Co., 2005. 129 p. ISBN 0-9672514-7-8.

SMITH ROLEY, S., BLANCHE, E. I., SCHAAF, R. C. Sensorische Integration. Grundlagen und Therapie bei Entwicklungsstörungen. Heidelberg : Berlin, 2004. 486 S. ISBN 978-3-540-00093-3.

SCHAAF, R. C., MILLER, L. J.: Occupational therapy using a sensory integration approach for children with developmental disabilities. In: Journal of Mental Retardation and Developmental Disabilities research Reviews. Willey Blackwell, vol. 11, no. 2, 2005. p. 143-148. ISSN 1940-5529.

Diagnostika specifických vývojových poruch řeči a jazyka v praxi klinického psychologa v návaznosti na spolupráci s Foniatrickou klinikou VFN Praha - úskalí diagnostiky

PhDr. Lenka Malátová

Z pohledu dlouhodobé praxe klinického psychologa i odborníků z dalších oborů, není novým sdělením, že obtíže, které se na vývoji dětí podílí, nejen v oblasti řeči, přibývá. Žádná jediná či jednoznačně identifikovatelná příčina aktuálně neexistuje, jde o souběh řady nepříznivých okolností – od problematiky porodů a perinatálních rizik, sociálně kulturní vlivy, limitované dobou, až po váhu toho, nakolik a jak o komunikaci a řeč pečovat, včetně kvalifikovanosti odborníků (i odborníků bez náležité kvalifikace) na pracovišti, kde je dítě v péči.

A) Sdělení je zčásti zatíženo skutečností, že na Foniatrické klinice VFN dochází k podstatně větší kumulaci dětí, než na jiných pracovištích, kde obtíže v řeči jsou rozsáhlé, dlouhodobé, s malým efektem dosavadní péče. Mezi nejčastější faktory, které se na problematice obtíží v řeči podílí, z hlediska praxe mého pracoviště v návaznosti na spolupráci s Foniatrickou klinikou VFN patří:

- nárůst jednotlivých oslabení, která nemají ještě rozsah poruchy, ale na vývoji řeči a její kvalitě se podílejí (oslabení v oblasti jemné motoriky, v oblasti koncentrace, pozornosti, ...) a zpravidla patří ještě do aktuální vývojové fáze dítěte
- souběh obtíží, které se na celkovém obrazu poruchy v řeči podílí a kompetence klin. psychologa identifikovat a specifikovat tyto obtíže (např.: porucha koncentrace, pozornosti, úzkostná porucha, vývojové období 1. vzdoru, receptivní dysfázie) tak, aby byl vytvořen prostor k pozitivním změnám, nejen v oblasti řeči, ale i dalších oblastech vývoje u konkrétního dítěte
- nabídka jiné diagnózy, bez odpovídající klinicko-psychologické diagnostiky, v rámci současné módní vlny je nejčastěji nabízen autismus, který je často užíván v zařízeních či odborníky, kteří odborné kompetence nemají
- výchovné přístupy, zvýšená výchovná náročnost vázaná na souběh jednotlivých uvedených faktorů, součást celkového obrazu obtíží v řeči.

B) Důležitost kvality sdělení výsledků diagnostiky, především s ohledem na porozumění sdělení a využitelnost sdělení při práci s dítětem nejen v domácím zázemí.

C) Rizika rozvoje specifických vývojových poruch školních dovedností u dětí s vývojovými poruchami řeči a jazyka, problém „genetické“ metody nácviku čtenářských dovedností.

D) Specifikace nácviku správného psacího návyku u leváka (prevence specifických vývojových poruch školních dovedností - ve psaní). Nástup do školy – problematika pracovní a sociální nezralosti, součást školní prosperity.

Terapeutická východiska u vývojových poruch řeči z pohledu klinického logopeda – psychologa

PhDr. Et Mgr. Lenka Vacková

1. Specifika při poskytování péče klientům s vývojovými poruchami řeči.
2. Význam diagnostiky a diferenciální diagnostiky pro úspěšnou terapii vývojových poruch řeči.
3. Individuální a skupinová terapie (+ukázky ze skupinového programu).

1. Specifika při poskytování péče klientům s vývojovými poruchami řeči.

Základem úspěšné terapie je navázání bezpečného vztahu s klientem / dítětem, potažmo s rodičem, který je přítomný terapeutickému sezení. Některé studie hovoří o tom, že až 70% úspěchu terapie souvisí s osobností terapeuta tj. jak je ze strany klienta/rodiče přijímán/nepřijímán jako osobnost. Z tohoto tvrzení vyplývá, že terapie dítěte nemůže být dostatečně úspěšná, nepracujeme-li s dítětem jako s někým, kdo je součástí vyššího systému – tj. systému rodiny. Narození dítěte s těžkou vývojovou poruchou řeči znamená pro rodinu ohrožení v saturaci základních psychických a sociálních potřeb. Rodič, většinou laik v dané problematice, své dítě pozoruje a při jeho porovnávání s vrstevníky si všimá, že se něco děje! A ptá se: „Co se to děje?“ Pro samotné rodiče je velmi těžké se zorientovat v dané problematice. Často absolvují množství vyšetření s někdy ne úplně jednoznačnou diagnosou. Sami si pak vytváří i vlastní představu o diagnose. Ve svém životě tak procházejí fázemi vyrovnávání se s „nemocí“ vlastního dítěte. Může se objevit i „zlost“ na terapeuta, že terapie neprobíhá dostatečně rychle a efektivně. Rodiče přemýšlí o tom, jaká bude budoucnost jejich dítěte (výběr vhodné školy, pracovní uplatnění, atd.). Všechny tyto okolnosti významně ovlivňují kvalitu života a fungování celé rodiny (partnerství rodičů, finanční zátěž rodiny, vztahy se sourozenci apod.). Důležitou součástí terapie je poskytnout a zprostředkovat rodiči – tj. partnerovi v terapii – dostatek informací, které jsme získali o jeho dítěti, a které nás vedou k zaměření se na určitou oblast v terapii. Pro lepší získání zpětných informací o terapii je dobré se rodiče ke konci sezení přímo zeptat: „S čím odcházíte?“.

2. Význam diagnostiky a diferenciální diagnostiky pro úspěšnou terapii vývojových poruch řeči.

V průběhu posledních deseti let zaznamenáváme nárůst vývojových poruch řeči, zejména pak specifických vývojových poruch řeči při poruchách autistického spektra (PAS). Tento vysoký nárůst však není důsledkem jen přesnější diagnostiky. Hovoří se o multifaktoriálních příčinách. Jako rizikový se ukazuje vysoký věk rodičů, chemikálie, udržované těhotenství, umělé oplodnění apod. Včasně zahájená terapie však zásadně ovlivňuje prognózu dalšího vývoje dítěte. Důležitou součástí léčebně-terapeutického týmu je logoped – psycholog, který se podílí na péči o dítě s vývojovou poruchou řeči. Vývojová dysfázie (dle MKN-10 Expresivní porucha řeči F80.1, Receptivní porucha řeči F80.2) tvoří jednu z nejtěžších vývojových poruch řeči. Těžké stupně vývojové dysfázie s převahou obtíží v receptivní složce je důležité diferenciatně odlišit od PAS. Na druhou stranu dle DSM-5 je již možná komorbidita PAS a specifické vývojové poruchy řeči s různou mírou podpory (1stupeň až 3 stupeň vyžadující velmi značnou podporu). U dětí s vývojovou dysfázií, a to i s těžkými deficity v receptivní složce, nejsou i přes možné opoždění v socio-emočním vývoji, nikdy přítomny kvalitativní deficity v sociální a emoční oblasti tak, jak je nacházíme u dětí s PAS. Výskyt těchto obtíží ukazuje na komorbiditu autistické symptomatologie (tj. jde o specifickou vývojovou poruchu řeči při PAS).

V rámci rané diagnostiky u dítěte v 18m. – 24m. sledujeme tyto oblasti vývoje:

Sociální vývoj

reaktivní sociální úsměv jako odezva na spatřený obličej (5.-8. týden)

reciproční plně rozvinutý úsměv v sociální interakci (3-4m.)

sledování směru, kam druhá osoba ukazuje – nekonzistentně (6m.)

strach z neznámých lidí (7-9m., kulminace ve 12m.)

interakční reciproční hříčky (typu KUK, tady jsem) (8m.)

sdílení pozornosti – ukazování, sdílení záměru, sociální reference (očním kontaktem zjišťuje názor druhé osoby na situaci (9-12m.)

provokativní chování (14m.)

separační úzkost (8-18m., mizí mezi 2 až 4 lety)

terciální intersubjektivita – rozeznávání vlastní osoby, zaujímání postojů a hodnocení věcí vlastní osoby, pocit zahanbení, počátky prosociálního chování, deklarace vlastnictví („moje“) (18m.)

počátek synchronní imitace – přesné napodobování činností a verbální produkce (14-24m.+),

interakce s vrstevníky – asociativní hra (kontakty s vrstevníky se soustředí okolo předmětu)

vymezování vlastní vůle, negativismus, provokativní chování a snaha řídit okolí (pokyny, emočními projevy). Cvičí a testuje svoji dominanci – komanduje, klade neustálé požadavky (2-3 roky)

Emoční vývoj:

sociální úsměv (5-8 týdnů)

směje se do zrcadla (4-6m.)

reaguje přiměřeně emočně na zamračení, úsměv, sdílí radost (7-10m.)

různé strachy získané zkušeností (8-10m.)

radost z naplnění očekávání – hra na kuk apod. (8-10m.)

snaha vyvolat u druhé osoby smích škádlením, šaškováním, předváděním se (8-14m.)

jednoduché sebereflexní emoce - žárlivost, soucit, útěcha, ostych a stud, když překročilo zákaz (18m.+)

začíná verbálně vyjadřovat emoce (2 roky)

Expresivní řeč

předřečová stádia řeči (kvalita - broukání, napodobivé žvatlání 4-8m. - duplikace slabik, žargon)

vlastní vývoj řeči (zvláštnosti v řeči)

Dítě mezi 8. - 14. m. věku

Fonologická jazyková rovina – napodobivé žvatlání, duplikace slabik, žargon, děti vykazují vysokou senzitivitu na diskriminaci hlásek rodného jazyka a výrazně se snižuje senzitivita rozeznávat cizí hlásky.

Lexikálně – sémantická jazyková rovina – sociálně interakční dyadické hříčky: 9.-10.m. po nácviu zvládá dvě až tři hříčky a reaguje na pokyn např.: „Udělej paci, paci“. „Jak jsi veliký?“

Mezi 8-15m - první slovo nebo jeho fragment (obvykle onomatopoeia – zvukomalebná slova, názvy členů rodiny, slovní zásoba: 1-14slov, po nástupu řeči si často osvojuje 1 slovo za den

Pragmatická rovina: aktivní neverbální komunikace očima, pohybem, držení těla, užívá nataženou ruku, aby projevilo přání a zájem, postupně se vyděluje k ukazování ukazovák, sdílený zájem (knížka, hračka) s očním kontaktem

Receptivní řeč

8-10m. – reaguje na chvíli na „NE“, na své jméno, na požádání „DEJ“ podá hračku

13-15m. – splní jednu instrukci bez užití gest („Hod' míč“, „Přines lžičku“)

18–24m. - ukáže 4 části těla na panence

Dále sledujeme :

Jemná motorika (+ orofaciální oblast) a hrubá motorika (motorická imitace obvykle významně

podporuje a rozvíjí sociální a verbální imitaci, u dětí s vývojovou dysfázií a PAS nacházíme v anamnéze časté vývojové vynechávání fáze lezení nebo dítě lezlo bez diferenciací končetin křížem).

Grafomotorika (obtíže mohou souviset s problémem se senzitivitou a přetrváváním primárních reflexů – palmární reflex apod.).

Vývoj sebeobslužných dovedností (a jejich podpora nápodobou ve hře, vizualizací)

Pozornost, pracovní chování, adaptivita (všímáme si případné časté komorbidity PAS a vývojové dysfázie s ADHD a vývojovou poruchou motorických funkcí).

Vývoj hry – 8m. + explorační hra související s lokomocí (stoupá, leze), 1rok - senzomotorická hra (oblíbená zvukových hraček, vkládačky), 1 1 roku – jednoduchá konstrukční hra (staví komíny, řady, oblíbená v bourání) a jednoduchá hra předstírací „jako že.“

Abstraktně – vizuální percepce a myšlení – v 18m. – vloží geometrické tvary do vkládačky po předvedení, přiřazuje podobné věci k sobě (u dětí s PAS často zvládnuté pouze na tabletu).

Zraková paměť (často bývá velmi dobrá u dětí s PAS).

Počtení myšlení (u dětí s PAS jsou časté numerické stereotypie, fascinace čísly – důležité je jejich využití pro vytváření matematické představy apod.).

Vizuální imitace – v 18m. spontánně zamává na rozloučenou (pá-pá, nikoliv na výzvu).

Diagnostika dětí s PAS je možná již ve věku 15-18 měsíců.

Na základě konsenzu odborníků bylo přijato pět varovných příznaků, které upozorňují na riziko PAS:

1. Není přítomno žvatlání nebo broukání u dítěte ve věku 12 měsíců.
2. Nepoužívání gest (ukazování, mávání) u dítěte ve věku 12 měsíců.
3. Dítě neříká jednotlivá slova ve věku 16 měsíců.
4. Dítě spontánně neříká dvojslovná spojení (nebo dítě pouze opakuje, co mu někdo říká) ve věku 24 měsíců.
5. Došlo ke ztrátě řeči nebo sociálních dovedností v jakémkoliv věku dítěte.

Z tohoto důvodu je kladen důraz na rozpoznání varovných příznaků autismu u dítěte (tj. porozumění, sociální dovednosti, neverbální komunikace) pediatry v rámci preventivních prohlídek a jeho odeslání k dalšímu specialistovi, mezi které patří i klinický logoped. V současné době jsou nejvíce používána screeningová vyšetření - M-CHAT (český překlad z roku 2012 Š. Beranová a M. Hrdlička) a česká screeningová metoda DACH (Dětské autistické chování), vytvořená K.Thorovou v roce 2003 (pro děti od 18 měsíců do 5 roků). Přesto se tyto děti dostávají do péče klinického logopeda až mezi 3. a 4. rokem věku. Často je tento důvod důsledkem stále ještě nízké informovanosti o poskytování logopedické péče. V laické veřejnosti, a bohužel stále i v odborné, se setkáváme s názorem, že logoped „učí vyslovovat hlásky“ a dítě, které nemluví (nerozumí), má ještě na „nápravu“ správné výslovnosti čas.

3. Individuální a skupinová terapie.

Kombinace individuální a skupinové péče u dětí s těžkými vývojovými poruchami řeči významně ovlivňuje zisk z terapie. Individuální logopedická péče je hrazena příslušnou zdravotní pojišťovnou dítěte na základě indikace lékaře, nejčastěji pediatra. Skupinová terapie poskytovaná klinickým logopedem však není hrazena příslušnou zdravotní pojišťovnou dítěte. Vyžaduje specifické nároky na prostorové možnosti zařízení, a je nutné, aby byla vedena dvěma terapeuty.

3.1 Individuální terapie u dětí se specifickou poruchou řeči při PAS

Už před zahájením terapie – rodiče posílají zprávy z ostatních vyšetření (neurologické, pedopsychiatrické, foniatrické apod.). Dítě si na 1. sezení přinese hračku. Na pravidelné

návštěvy si pak nosí konkrétní věc (hračku, fotku např. s proběhlou „lívivou“ aktivitou, kresbu apod.), kterou ukazuje terapeutovi (všímáme si, zda je přítomné „chlubení“, či podporujeme jeho nácvik). Rodiče posílají terapeutovi videa a postřehy z období mezi terapiemi, důležité jsou i informace o dítěti z jiných zdrojů - např. reference od pedagogického asistenta dítěte (pedagogičtí asistenti předávají informace o dítěti vždy přes rodiče) a dalších odborníků, u kterých je dítě v péči. Sezení probíhají v pravidelných intervalech (v našem zařízení jsou návštěvy cca 1 krát za 14 dnů) v doprovodu minimálně jednoho z rodičů. Jako velmi efektivní se jeví i přítomnost pedagogického asistenta dítěte. Podporují se pravidelná setkání pouze s rodiči bez přítomnosti dítěte (zpočátku dle potřeby, později cca 1krát za 3měs.). Sezení jsou zaměřena na ujasnění si domácího cvičení, analýzu a řešení problémového chování dítěte.

Rodiče sepisují:

- problémové chování dítěte a jak by si přáli, aby se dítě chovalo
- co chování dítěte předchází
- jakým způsobem na chování dítěte reagují
- jak na jejich chování reaguje dítě

Klíčové je vytvoření bezpečného a zdravého vztahu mezi rodičem a terapeutem a poskytnutí podpory rodičům v jejich každodenní péči o dítě. Terapie navazuje na aktuální úroveň schopností dítěte, které rozvíjí. Významné je vyšetření senzitivity (tj. hyper- nebo hypo-reaktivity na senzorické podněty), která může zásadně ovlivňovat adaptabilitu dítěte a „brzdit“ jej při učení se nových věcí. Na terapii pracujeme s pozitivním posilováním, s emočními kartami, se strukturovaným učením a s videonahrávkami (imitační chování - rozvoj hry). Podporujeme a využíváme zájem dítěte (např. pokud dítě zrovna preferuje postavu Krtečka, tento zájem využíváme i na sezení). Důležitá je vizualizace času terapie a ukončení sezení ze strany terapeuta.

3.2 Skupinová terapie

Vycházíme z informací o skupinové terapii dětí (např. zastavování skupiny STOP, způsob ukončování skupiny apod.). Ve skupině je obvykle 6-8 dětí, které jsou rozděleny dle věku a stupně obtíží (v naší terapii se osvědčilo spojení dětí s vývojovou dysfázií a PAS). Podmínkou skupinové terapie je docházení na individuální terapii. Terapie probíhá bez přítomnosti rodičů ve frekvenci 1krát za 14 dnů. Skupiny jsou natáčeny na videozáznam (vždy se souhlasem rodičů). Po ukončení skupiny (tj. 10 setkání ročně) je sezení s rodiči (rozběr videí, vyhodnocení, podněty pro další práci). Dítě může být zařazováno do skupinového programu opakovaně. V rámci skupinové terapie probíhá rozvoj celé osobnosti dítěte (kognitivní i emoční složky inteligence) s důrazem na sociálně- komunikační deficity (podpora a rozvoj motorické, sociální a verbální imitace, rozpoznání emocí, regulace emocí, sociální porozumění, sociálně-kompetentní jednání). Ve skupinové terapii je kladen důraz na předvídatelnost (tj. „Co se bude dít, jak dlouho to bude trvat, a co za to?“ – tj. odměna, která je volena podle vývojových potřeb dítěte). Zásadní je práce se stimulací taktilního systému (např. hledání předmětů bez zrakové kontroly v krabici s přírodninami, terapeutická guma, kartáčování), proprioceptivního systému (lezení, plazení, přetahování – provazy, deky, chytání, zátěžové deky), stimulací vestibulárního aparátu (balanční polokoule a kvádry, houpání v dece apod.).

Literatura:

Campbell-McBride, N.: Syndróm trávenia a psychológia, Európa 2010

Červenková, B.: Terapie orální pozice v klinické logopedii, Brno 2015

DSM - 5 Diagnostický a statistický manuál duševních poruch – kolektiv autorů, Hogrefe – Testcentrum, Praha 2015

Kurt, L.: Základy systemické terapie, Grada 2011

- Langmeier, J.: Balcar, K.: Špitz, J.: Dětská psychoterapie, Portál 2010
Matějček, Z.: Co děti nejvíc potřebují, Portál 2015
Šiffelová, D.: Rogersovská psychoterapie pro 21.století, Grada 2010
Škodová, E.: Klinická logopedie, Portál 2003
Thorová, K.: Diagnostika dětí s poruchami autistického spektra, Apla 2015
Thorová, K.: Vývojová psychologie, Portál 2014
Vágnerová, M.: Vývojová psychologie. Dětství a dospívání, Karolinum 2012
Volemanová, M.: Primární reflexy, opomíjený faktor poruch učení, Praha 2013
YACT, E.:SUTTON, S.;AQUILLA, E.:Building Bridges through Sensory Integration (2nd ed.).Texas, Future Horizons 2002

Psychologické souvislosti vývojových poruch řeči

Doc. PhDr. Radek Ptáček, Ph.D.; Martina Vňuková, M.A.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze; University of New York in Prague

Úvod

Problémy s řečí, komunikací a jazykem mají na vývoj dětí a jejich budoucí život velmi zásadní vliv. U určitého procenta dětí s vývojovými poruchami řeči nelze určitému stupni postižení zabránit, nicméně včasná diagnostika a odborná pomoc může u řady z nich i výrazným způsobem pozitivně ovlivnit prognózu vývoje řeči a tím i celkového psychického vývoje a budoucího životního uplatnění a spokojenosti. Vývojové poruchy řeči nejsou izolovaných fenoménem, ale mají dopad na celý život dítěte a dospělého jedince. Efektivní řešení by mělo být v ideálním případě multidisciplinární a kromě logopedické/foniatrické diagnostiky a péče, by mělo zohlednit i psychologické, eventuálně psychiatrické souvislosti. Dopad vývojových poruch řeči se liší v závislosti na závažnosti problému, ale též podpoře, kterou dítě obdrží. Kvalita řečových kompetencí ovlivňuje z psychologického hlediska v podstatě všechny domény vývoje dítěte. Velmi úzce souvisí s kognitivním vývojem, vytvářejí předpoklad pro oblast socioemočních kompetencí a socializace obecně, mají úzkou vazbu na sebevědomí a kvalitu života. Předkládaný příspěvek se zaměřuje na některé psychologické souvislosti vývojových poruch řeči, shrnuje některé studie v této oblasti a poskytuje tak širší kontext dané problematice.

Vývojové poruchy řeči a psychologické souvislosti

V odborné literatuře lze najít řadu dokladů o tom, že děti s vývojovými poruchami řeči jsou ohroženy řadou psychických, eventuálně i psychiatrických obtíží. Jedná se především o problémy v komunikaci a z nich plynoucí obtíže v oblasti kognitivní a akademické, behaviorální a sociální, ale též častějším výskytu obecné psychopatologie nebo komorbidních vývojových poruch (Pastor a kol, 2015). Počáteční charakter deficitu řeči a včasnost odborného zásahu souvisí s celkovou prognózou. Dětem, jejichž poruchy zahrnují pouze obtíže v oblasti artikulaci a fonologii, mají obecně lepší prognózu, než děti, u kterých je narušeno zpracování jazyka.

Sociální a behaviorální problémy

Problémy v chování a sociálním styku jsou u dětí s vývojovými poruchami řeči poměrně časté (Charman, 2015). Příčiny tohoto jevu lze z psychologického hlediska spatřovat především ve frustraci, která plyne z vývojově neodpovídajících řečových kompetencí. Dítě není schopné zapojovat se do kolektivu věku odpovídajícím způsobem, a proto často volí nevhodné nebo vývojově neodpovídající formy chování, velmi často při vyšší míře frustrace i agrese. Velmi často tak vzniká mylné podezření na poruchy chování a v některých případech i na poruchy autistického spektra. Bohužel longitudinální studie poukazují na skutečnost, že jestliže děti nemají odpovídající logopedickou - psychologickou/psychiatrickou péči, sociální a behaviorální problémy s věkem významně narůstají, což ovlivňuje nejen socializaci dítěte a jeho sebevědomí, ale též jeho akademickou kariéru (Redmond a Rice, 2002). O významném vlivu vývojových poruch řeči na oblast sociálního vývoje svědčí i skutečnost, že mezi mladistvými delikventy je statisticky častější výskyt těchto poruch než u běžné populace (Bryan, 2004). Vzhledem k tomu, že osoby se závažnějšími/neřešenými poruchami řeči mohou dosahovat významně nižšího vzdělání, existuje u nich též zvýšená rizikovost pro páchání trestné činnosti (Tomblin, 2000).

Odtahité chování

V důsledku nedostatečných řečových kompetencí se u dětí mohou rozvíjet odtahité styly sociální interakce (Charman, 2015), které primárně plynou z nedůvěry dítěte ve své schopnosti. U těchto dětí je například méně pravděpodobné, že sami zahájí rozhovor, častěji si hrají sami, a jsou méně

oblíbené vrstevníky (Pastor a kol., 2015). Děti s vývojovými poruchami řeči si obtížně hledají kamarády mezi vrstevníky a jejich špatná schopnost sociální interakce a zvýšené odtážení může také vést nejen ke sníženému sebevědomí, ale též rozvoji úzkostně depresivní symptomatologie, což představuje riziko zvláště u dětí starších. U dospělých osob s historií vývojových poruch řeči je častější výskyt úzkostných poruch i deprese (Beitchman a kol., 2001). Děti s obtížemi v oblasti řečových kompetencí jsou též vystaveni kriticky zvýšenému riziku, že se stanou obětí šikany (Conti-Ramsden a Botting, 2004), v dospělosti se pak mohou stát častěji obětí trestné činnosti.

Komorbidní poruchy

Vývojové poruchy řeči málokdy zůstávají izolované. Velmi častými komorbiditami jsou poruchy učení, ale též potíže s pozorností a regulací chování, často dosahující intenzity diagnózy ADHD. Některé studie poukazují na skutečnost, že téměř polovina 5-letých dětí s poruchou řeči mají v této oblasti potíže (Petersen a kol., 2015). Tento charakter komorbidit poukazuje na nutnost interdisciplinární péče, zvl. z oblasti psychologie a psychiatrie. Jestliže vývojové poruchy řeči sami o sobě představují riziko pro akademický vývoj, jejich kombinace s uvedenými problémy může dítě ve vzdělávacím procesu znevýhodnit i velmi závažně.

Trvalý dopad

Vývojové poruchy řeči jsou velmi často vnímány v kontextu dětství, nicméně řada studií poukazuje na skutečnost, že v mnoha případech se jedná o celoživotní dopad. Například Conti-Ramsden a Botting (2004) zjistili, že vývojová porucha řeči identifikovaná v pěti letech, u více než 72% dětí přetrvává i v dalším vývoji. V této souvislosti i výše popisované sociální a behaviorální obtíže nejsou pro děti s poruchou řeči krátkodobý problém, ale naopak znevýhodnění, které je může v určité podobě provázet celý život.

Závěr

Vývojové poruchy řeči představují komplexní problém, který může i zásadním způsobem ovlivnit celý život postiženého jedince. Jediným možným a účinným řešením je včasný záchyt a odpovídající odborná péče, která by měla zohlednit všechny aspekty dané poruchy a poskytnout danému dítěti a jeho rodině potřebnou léčbu, stimulaci a podporu.

Literatura

- Petersen, I. T., Bates, J. E., & Staples, A. D. (2015). The role of language ability and self-regulation in the development of inattentive–hyperactive behavior problems. *Development and psychopathology*, 27(01), 221-237.
- Pastor, P. N., & Reuben, C. A. (2015). Trends in parent-reported emotional and behavioral problems among children using special education services. *Psychiatric Services*.
- Charman, T., Ricketts, J., Dockrell, J. E., Lindsay, G., & Palikara, O. (2015). Emotional and behavioural problems in children with language impairments and children with autism spectrum disorders. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 50(1), 84-93.
- Redmond, S.M. & Rice, M.L. (2002). Stability of behavioral ratings of children with specific language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 45, 190-201.
- Tomblin, J. B., Zhang, X., Buckwalter, P., & Catts, H. (2000). The association of reading disability, behavioural disorders and language impairment among second-grade children. *Journal of child psychology and psychiatry*, 41(4), 473-482.
- Beitchman, J. H., Wilson, B., Johnson, C. J., Atkinson, L., Young, A., Adlaf, E., et al. (2001). Fourteen year follow-up of speech/language impaired children and

1. Klinicko-logopedické sympozium

control children: psychiatric outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(1), 75-82.

Conti-Ramsden, G., & Botting, N. (2004). Social difficulties and victimisation in children with SLI at 11 years of age. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 47(1), 145-172.

Psychoterapie hrou

Mgr. Kamila Wawroszová

Psychoterapie hrou se dá vnímat jako všeobecně doporučovaný přístup v psychoterapii dětí v předškolním a mladším školním věku. Balcar, popisuje hru jako nejoblíbenější prostředek kontaktu dítěte se svým nitrem i okolním světem. Existuje několik hlavních přístupů, ze kterých můžeme vycházet. Jedním z nich je nedirektivní psychoterapie hrou, která vychází z teoretických východisek Rogersovské terapie. Za zmínku však stojí také přístup vycházející z Gestalt terapeutických principů, který s direktivitou zachází volněji a ponechává terapeutovi více možností, jak vstoupit do terapeutického procesu. Oba tyto přístupy jsou neinterpretující a ke světu dítěte přistupují fenomenologicky dle principů humanistické filosofie. Nesmím samozřejmě zapomenout zmínit Psychoanalytickou terapii hrou. Psychoanalýza zdůraznila význam hry jako projevu nevědomí a tedy jako prostředku k vyrovnání se s emočními konflikty na symbolické rovině. Malému dítěti brání ve vyjadřování pocitů málo rozvinutá řeč, ale i nedostatečná introspekce. Hra má tedy obrovský potenciál edukativní, uklidňující, komunikační, ale také samozřejmě slouží k vyjadřování emocí. Podle Piageta, může hrový symbolismus plnit funkci, kterou má pro dospělého vnitřní řeč. Pozorování hry také slouží psychologovi jako hrubý odhad vývojové úrovně dítěte. Piaget 4) už v dávných dobách vyslovil přesvědčení o úzké souvislosti hry, s rozvojem myšlení. Otázkou je, zda můžeme za hru považovat i činnost senzomotorickou, při které malé dítě prozkoumává svět, nebo to může být pouze taková činnost, při které se vytvoří něco nového.

Protože se při psychoterapeutické práci setkávám s různými typy her i u zralejších dětí, které jsou již symbolické hry schopny, označuji za hru všechny činnosti, které dítěti něco přinášejí. Uvědomuji si však, že by se mnou někteří odborníci nesouhlasili. V terapii se tedy u dítěte často objevuje několik typů her i v průběhu jednoho setkání. Dítě například získává hlazením kamenů senzorické počitky, které ho uklidňují a zlepšují jeho vnímání, poté přichází symbolická hra s figurkami a nakonec se věnuje prostému přesypávání barevných fazolek, protože si potřebuje odpočinout. Mnoho dětí není z různých důvodů symbolické hry schopno, i když už dosáhly odpovídajícího mentálního věku. Terapie hrou se tak neomezuje pouze na oblíbenou práci s pískovištěm a jiné techniky, ale i na práci s různými materiály, bez symbolického obsahu. To má svůj význam pro děti s poruchami řeči, kterým může hmatová stimulace a hra podporující jemnou motoriku pomoci k jejímu rozvoji. Nelze totiž opomenout, že z hrubé motoriky vychází rozvoj jemné motoriky, z té potom rozvoj grafomotoriky a oromotoriky.

V následujícím shrnutí popíšu několik typů her, se kterými se často setkávám v terapeutické situaci:

Hra smyslová- práce se zrakem, hmatem, čichem i chutí

Zdá se, jako kdyby tento způsob hry byl něčím méně, než může být symbolická hra. Ale není tomu tak. V Gestalt terapii tomu říkáme práce se smysly, při které si dítě nejprve uvědomuje smyslové počitky, aby mohlo jít dál a učilo se vnímat svoje emoce. Proto tuto práci vnímám jako tzv. zdrojovou. Zároveň je tato hra uklidňující, naplňující a umožňuje vybití napětí. Často ji děti využívají k úniku z přetěžující situace. Tento typ hry považuji za přínosný pro děti se smyslovým a řečovým oslabením.

Hra manipulační

Hra, která je typická pro děti s autismem a úzkostnými poruchami. Objevuje se ale i u ostatních dětí. Hračkám není přiřazován symbolický význam, ale je s nimi mláceno, jsou tříděny, rozebírány a seřazovány podle velikosti či tvaru. Řadím sem některé hry se stavebnicemi. Stejně

jako hra smyslová, může být i tato zdrojem uklidnění a vybití napětí. Některé děti se k této hře uchylují v situaci přetížení nebo rozpaků. Může být proto důležitým indikátorem stavu dítěte. Pro tuto hru mám například v pracovní nádobu podobnou pískovišti plnou různých druhů luštěnin a desítky různých krabiček.

Hra symbolická, fantasijní, imaginativní

Je královnou terapeutické práce, při které jsou hračky a práce s nimi vlastně slovy a nástrojem komunikace dítěte. Je to napodobující hra na "jako". 1) Pro tuto hru už musí dítě dosáhnout určité vývojové úrovně a musí umět symbolizovat. S jejím opožděním nebo chyběním se často setkávám nejen u dětí s autismem, ale také u dětí dysfatických, které mají díky opožděnému vývoji řeči potíže s vytvářením pojmů. Symbolická hra umožňuje dítěti řešit konflikty a může pomoci vyrovnávat se s traumaty nebo s novými událostmi. Psychoterapie hrou může být dobrou volbou pro mnoho potíží v dětském věku, ale i pro děti s poruchami řeči. V našich oblastech je bohužel poměrně zanedbávaná. Indikace k psychoterapii hrou nepochybně zazní u dětí koktavých nebo s elektivním mutismem. Na dysfatické děti se však v této souvislosti myslí poměrně málo. Samozřejmě, že logopedická a speciálně pedagogická péče mají u těchto dětí důležitou roli, psychoterapie hrou by však mohla podpořit nejen uvolnění napětí, ale také stimulovat motorické funkce tolik potřebné k řečovému rozvoji.

Literatura:

- Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J.: Dětská psychoterapie, Portál, Praha 2010.
Piaget, J., Inhelderová, B.: Psychologie dítěte, SPN, Praha 1970.
Langmeier, J., Krejčířová, D.: Vývojová psychologie, Grada, Praha 1998.
Rezková, V., Kleinová K., G.: Hra jako lék, Teorie a praxe nedirektivní psychoterapie hrou, Pražská pedagogicko – psychologická poradna, Praha 2012.
Koťátková, S.: Hry v mateřské škole v teorii a praxi, Grada 2005.
Bytešnicková, I.: Komunikace dětí předškolního věku, Grada, Praha 2012.

Možnosti hodnocení jazykových, zejména fonologických schopností, v předškolní věku a raném školním věku

PhDr. Gabriela Seidlová Málková, Ph.D.

Výzkumné práce vývojové psycholingvisticky orientované psychologie přinesly v průběhu posledních desetiletí řadu poznatků o významu jazykových schopností dítěte v předškolním věku pro rozvoj počátečního čtení a psaní. Čtení a psaní jsou procesy, které v průběhu vývoje navazují na znalost mluveného jazyka. Čtením a psaním si dítě v podstatě osvojuje pokročilejší způsob účasti na jazykové komunikaci, učí se nový způsob, jak zaznamenat již známý komunikační kód (mluvený jazyk; Smolík, Seidlová Málková 2014). Velmi intenzivně byla například studována role fonologických schopností a procesů v počátečních obdobích vývoje čtení a psaní. Dlouhodobé vývojové studie realizované dnes již v mnoha evropských jazycích (v češtině Caravolas et al. 2012) shodně připisují v počátečních fázích vývoje gramotnosti velký význam dovednosti vědomě manipulovat se slovy na úrovni fonémů, fonematickému povědomí, a tzv. rychlému jmenování, tedy schopnosti pohotově a přesně vyvolávat z dlouhodobé paměti označení pro určitý vizuální podnět. V odborné literatuře dnes již také existuje mnoho dokladů o možnostech systematického rozvoje fonematického povědomí a o pozitivních přínosech intervenčních programů s užitím fonematického povědomí pro děti rizikové z hlediska vývoje počátečního čtení a psaní (vývojové opoždění, riziko dyslexie, narušený vývoj řeči apod.; pro přehled poznatků viz např. Seidlová Málková 2015).

Význam fonematického povědomí pro raně školní dítě se pochopitelně odráží i v potřebě diagnostikovat tuto dovednost a kvalitně rozpoznávat její vývojovou úroveň v rámci psychologické i logopedické poradenské práce a hodnotit její vývojovou úroveň ve vztahu k dalším jazykovým schopnostem dítěte. Tento příspěvek se proto zaměří na otázky diagnostiky jazykových schopností předškolního dítěte jako celku; a to důrazem na období těsně před nástupem do prvního ročníku základní školy. Postupně představí dva diagnostické soubory: Baterii testů fonologických schopností (Seidlová Málková, Caravolas 2013) a Diagnostickou baterii pro posouzení jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku (Seidlová Málková, Smolík, 2014). Příspěvek seznámí posluchače s dosavadními zkušenostmi s užitím obou diagnostických nástrojů u dětí předškolního věku, s poznatky o vývojovém vztahu jednotlivých jazykových schopností a vztahu jazykových schopností k rozvoji počáteční gramotnosti.

Literatura:

- Caravolas, M., Lervag, A., Mousikou, P., Efrim, C., Litavský, M., Onochie-Quintanilla, E., Salas, N., Schoffelova, M., Defior, S., Mikulajova, M., Seidlova Málkova, G., Hulme, CH. Common Patterns of Prediction of Literacy Development in Different Alphabetic Orthographies. *Psychological Science*, 23 (5), 678-686.
- Seidlová Málková, G., & Caravolas, M. (2013). Baterie testů fonologických schopností, BTFS. Praha: Národní ústav pro vzdělávání.
- Seidlová Málková, G., & Smolík, F. (2014). Diagnostika jazykových schopností. Diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku. Praha: Grada.
- Seidlová Málková, G. (2015). Vývojový vztah fonematického povědomí a znalosti písmen. Praha: Togga.

Sám malovat? Nechci. * S Tebou? Zkusím to. * Maluji sám. Koukej!

Mgr. Lucie Krejčová

Děti, které přicházejí ke klinickému logopedovi s opožděným vývojem řeči, vývojovou dysfázií a někdy i dyslálií (častěji mají-li koordinační obtíže mluvidel), někdy také nerady kreslí. V osobní anamnéze mohou mít tyto obtíže v oromotorice a jemné motorice kořeny už v neobratnosti v oblasti hrubé motoriky. Takové děti se často vyhýbají sportům, kde je potřebná koordinace celého těla (např. jízda na kole, plavání, lyžování). V případě deficitů v hrubé motorice se jako účinná týmová spolupráce osvědčila individuální terapie s dětským fyzioterapeutem. Arteterapie se zabývá neproběhlými vývojovými (výtvarnými) stádii. Pokud dítě výtvarně netvoří je důležité nabídnout mu přiměřené prostředky a vést ho tak, aby potřebnými etapami prošlo. Poté dospěje ke kreslení a malování odpovídající současnému věku. Na pomezí pole arteterapie a grafomotorických dovedností, můžeme pracovat technikou temperové malby. Výhodou na straně terapeuta je absence averze dítěte k této technice (na rozdíl od pastelek, nemají často s malbou žádné zkušenosti). Vhodné je zvolit větší formát papíru a širší štětec. Zpočátku pracujeme s úchopem, tahem a tlakem. Dítě s námi zpočátku na „výtvoru“ spolupracuje, neohrožujeme začátek tvorby požadavkem, aby malovalo samo (eliminujeme tak počáteční strach a nechut'). Naopak zájem dítěte podpoříme tím, že společně malujeme objekt podle přání dítěte. Postupně přenecháváme dítěti větší malířský prostor a spolupráci na vedení kontur. V této fázi občas autor sám projeví iniciativu k objektu domalovat další menší objekt, nebo ho zasadit do kontextu (počasí, pozadí v pásech). Pokud tak dítě nečiní spontánně, pomůže motivace ze strany terapeuta. Následně již dítě tvoří samo. Zpravidla tak činí z vlastního potěšení (někomu ze svého okolí nakreslí obrázek pro radost, či k překvapení rodičů v čekárně před vlastní arteterapií). Nastartování vlastní výtvarné tvorby (pokud dítě začne tvořit rádo a tedy často), má často významný vliv na pokrok ve verbálních projevu dítěte, jak spontánním, tak i rámci logopedické terapie.

Možnosti podpory rozvoje řeči i funkční komunikace u dětí s VPŘ pomocí metod AAK

Mgr. Jana Šarounová

U dětí s vývojovými poruchami řeči se metody augmentativní a alternativní komunikace (AAK) užívají spíše jako augmentativní, tedy podpůrné, rozšiřující – mají umožnit dítěti v co největší míře funkčně komunikovat s okolím a zároveň podpořit vývoj mluvené řeči. Z toho plyne, že ne vždy se v praxi jasně odlišuje, kdy je nějaká pomůcka (fotografie, symbol, znak, nebo třeba i tablet) užíván skutečně jako metoda AAK a kdy spíše jako součást klasických logopedických postupů, protože např. obrázky se vždy v logopedii užívaly a užívat budou. Obě možnosti se prolínají – často začneme nějakou pomůcku používat spíše jako prostředek náhradní komunikace, ale dítěti pomůže k tomu, že začne opakovat a pak samo vyslovovat jednotlivá slova. Logoped by přesto měl rozlišovat, kdy tyto pomůcky užívá prvotně jako komunikační prostředek a kdy spíše jako podklad k tomu, aby podpořil dítě ve verbální produkci. Hlavní cíl je sice u obou způsobů stejný (chceme, aby se dítě domluvilo v maximální možné míře verbálně, případně nouzově neverbálně), ale dílčí cíle či kroky jsou trochu rozdílné.

A)

Podpora funkční komunikace - jde o užívání metod augmentativní komunikace, jejichž pomocí podporujeme porozumění dítěte a jeho aktivní komunikaci.

Podpora porozumění

V této oblasti naší práce neužíváme fotografie, symboly či znaky prvotně k tomu, aby na ně dítě ukazovalo a opakovalo jejich názvy, ale doprovázíme a vizualizujeme jimi svou zjednodušenou řeč. Pokud dítě zásadnějším způsobem nerozumí mluvené řeči, je to pro funkční dorozumění obvykle velký problém. Je těžké mu vysvětlit, co se bude dít, co budeme dělat, kam půjdeme. Často nerozumí otázkám. Při změně navykého programu pak bývá mrzuté, někdy se vzteká. Proto je dobré porozumění mluvené řeči podpořit, obvykle pomocí fotografií, obrázkových symbolů nebo manuálních znaků. Tyto metody se často využívají u dětí s poruchou autistického spektra, ale stejně dobře je můžeme využít například i u dětí s dysfázií, pokud je významně narušeno porozumění. Jde například o vizualizaci pomocí fotografií a symbolů - vizualizované rozvrhy denních i týdenních činností (možno i v tabletu), vizualizaci toho, co dítěti vysvětlujeme (například kam teď jdeme, co tam budeme dělat, např. tabulka Místa, nástěnka u dveří), vizualizované otázky s nabídkou odpovědí (například Co jsi dnes dělal?), vizualizované „zákazy“ nevhodného chování. Taková vizualizace může dítěti pomoci získat v dění okolo větší jistotu, občas i pomoci v regulaci chování. Manuální znaky můžeme dobře využít ke zdůraznění klíčových pojmů ve větě, a tím podpořit porozumění.

Podpora aktivní komunikace

Podporu aktivní komunikace užíváme především tam, kde dítě nemluví vůbec a není zatím schopno ani opakovat. Opět nejde v první řadě o používání pomůcek ve smyslu „ukáž, kde je, ukaž, kdo to je, opakuj...“, ale dítě se učí využívat znaky, fotografie a symboly k tomu, aby si jejich pomocí samo o něco řeklo, něco komentovalo, zapojilo se aktivně do hry či komunikace v rodině nebo i třeba do výběru činností na logopedii. K tomu mohou sloužit např. komunikační tabulky pro určitou činnost, knihy, nástěnky na různých místech v bytě, zážitkové deníky, tablet s komunikační aplikací či zážitkovým deníkem. Dobré využití nabízejí i znaky (Ukázky materiálů, videa). Nemusíme hned tvořit objemné komunikační knihy, zpočátku můžeme promyslet a připravit konkrétní situace, pro které je taková podpora vhodná (na logopedii například výběr činností, rekapitulace toho, co jsme dělali, co se ti nejvíce líbilo, výběr odměny,

výběr písničky, výběr aktivit pro konkrétní hru – kreslení, házení míčem, Kimovy hry). Rodiče můžeme motivovat k vytvoření obdobných materiálů na doma.

B)

Využití pomůcek v rámci běžných logopedických postupů – v této oblasti naší práce používáme pomůcky jako podporu pro klasické logopedické postupy, tedy vedeme dítě s jejich pomocí přímo k verbálnímu projevu - aby pojmenovávalo, vyprávělo, tvořilo věty, naučilo se básničku apod. Obvykle začínáme s jejich využitím tam, kde dítě již začíná mluvit, opakuje. Nejde již tedy přímo o metody AAK. Sem patří například fotografie či obrázky doplněné symboly pro znázornění věty (např. Máma volá, Táta jede, Méd'a spí), básničky, písničky a příběhy v symbolech, případně znacích (např. Žába, Kočka leze dírou, znakové básničky), podpora pro vyprávění (např. Co jsem dnes dělal), podpora pro žádost (např. Prosím udělej) podpora pro tvorbu věty (např. To je, Já mám, souvětí). Dobrými pomocníky pro výrobu tištěných personalizovaných pomůcek v obou oblastech podpory komunikace jsou počítačové programy Boardmaker, Symwriter, Altík (ukázka). V nich je možno vytvářet řadu personalizovaných pomůcek nejen pro AAK, ale i pro nácvik výslovnosti, předložek, různé třídění, přiřazování, spojování apod.

Muzikoterapie a rozvoj komunikace

PhDr. Markéta Gerlichová, PhD.

Klinika rehabilitačního lékařství 1 LF. UK a VFN, Praha 2

Abstrakt: Příspěvek je zaměřen na seznámení s oborem muzikoterapie a možnosti jejího použití muzikoterapeutických technik k rozvoji komunikace. Muzikoterapie navazuje na přirozenou hudebnost každého člověka, která nesouvisí s hudebním vzděláním, a nejen proto je vhodná pro každého. Při terapeutické práci se nesoustředíme na výkony, ale objevujeme možnosti rozvoje jedince a průběžně facilitujeme terapeutický proces. Během praktických cvičení se užívají aktivity zaměřené na trénink rytmu a práci s tělem, rozvoj vnímání i expresi prožitků i některé pěvecké techniky. Na závěr předneseného příspěvku bude možnost si prožít krátké cvičení zaměřené na koncentraci a relaxaci.

Muzikoterapie a komunikace

„Hudba je univerzální řeč lidstva“ (Henry Wadsworth Longfellow)

Schopnost komunikovat je důležitá pro každého člověka, ať už se jedná o komunikaci verbální či neverbální, neboť umožňuje vyjádřit vlastní potřeby, přání a navazovat sociální kontakty. Termín komunikace se volně překládá jako „činit něco společným, sdíleným“. Prostředky komunikace ve své rozmanitosti nabízí velkou škálu užití, jedním z významných prostředků se jeví využití hudby a jejích výrazových prostředků. Řada badatelů (Kantor, 2012; Cohen, 1994; Michel, 1985) zdůrazňuje jasné souvislosti mezi rozvojem řeči a hudebnosti. Pro rozvoj muzikality, stejně jako řeči, potřebujeme trénovat sluchové vnímání, rytmické schopnosti, hlasové dovednosti atd. Muzikoterapie je terapeutický obor, jenž využívá hudby či hudebních prvků k dosahování nehudebních cílů. Těmito metami jsou nejčastěji cíle léčebné, může však jít i o zlepšení kvality života či mezilidských vztahů. Při užití muzikoterapie v oblasti komunikace může být cílem podpořit přirozený rozvoj řeči, zlepšit její srozumitelnost či rozšířit schopnost neverbální komunikace. Jako prostředky terapeuticky využíváme hru na různé hudební nástroje, zapojení pohybů, pantomimy, očního kontaktu, tzv. „hry na tělo“, gestikulace či mimiky.

Terapeutické využití zpěvu

Zpěv je zcela přirozený projev zdravého lidského chování, jak sami víme ze své osobní zkušenosti. Mimo jiné zpěv aktivuje hluboký posturální systém, zlepšuje kvalitu dýchání a vitální kapacitu plic. Děti, kterým od malička jejich rodiče zpívají, mají velkou výhodu – jejich sluchová percepce je včas podpořena a může se dobře rozvíjet a zdokonalovat. Mezi zpěvem a řečí je mnoho podobností, nikoli pouze expresivního charakteru. Často používáme melodii v řeči ke zdůraznění významu vět, důrazu a citového zabarvení jednotlivých slov. Slabiky, při kterých v běžné řeči hlas stoupá, jsou nejčastěji v písni zpívány vyššími tóny než slabiky, při kterých v řeči hlas klesá. Melodie v otázce, na konci věty, výrazně stoupá – obdobně při otázce v písni melodie vzrůstá. Tyto základní principy jsou důležité též pro rozvoj řeči. Při zpěvu je možné trénovat jak porozumění, tak verbální plynulost řeči – protože rytmus písni to usnadňuje. Zpěv také slouží k rozšiřování slovní zásoby, memorování důležitých údajů a podporuje trénink sekvenčních úloh. Řada osob využívá komunikační hlasové techniky, i když nemůže uspokojivě verbalizovat. (Gerlichová, 2014)

Řeč – verbální komunikace

Význam muzikoterapie při rozvoji komunikace a sociální interakce spočívá především v rozvoji sluchové diskriminace, porozumění situaci, sdělení a souvislostí (Peters, 2000). Zkušenosti

zprostředkované hudbou jsou také důležité pro rozvoj řečové produkce. Pomáhají pochopit vztahy mezi symboly a konkrétními věcmi na individuální mentální úrovni člověka. Verbální komunikace ústní formou je možná jen díky motorické činnosti a koordinaci činností řady orgánů (např. plic, hlasivek, úst, nosu, uší) za příslušného řízení mozkiem (CNS) odpovědným i za obsah sdělovaného. Samotná řeč může být trénována pomocí mnoha technik, nejčastěji jsou to rytmická či hlasová cvičení. Jedinci, kteří mají problémy s iniciací slov, jsou stimulováni především rytmem, ten jim pomáhá snadněji vyslovit první slovo a rozvíjet sílu hlasu.

Muzikoterapie a vývojová dysfázie

V případě problematiky vývojové dysfázie je vhodné zmínit neuroplasticitu – důležitou vlastnost mozkové tkáně. Lze ji chápat jako specifickou vlastnost nervového systému se vyvíjet a funkčně reagovat na změny a to jak v dětském, tak i v dospělém věku (Lippert-Grüner, 2005). Konkrétně výše zmíněné diagnózy lze v rámci muzikoterapeutické intervence rozvíjet především rytmiku, sluchovou percepci, verbální i neverbální způsoby komunikace. V řadě případů bývá úspěšná rodinná muzikoterapie. I když vybíráme z velké řady muzikoterapeutických technik, vždy zařazujeme některé z rytmických cvičení. Terapeuticky nejúčinnější je třídobý rytmus, protože aktivuje spolupráci levé a pravé hemisféry mozku; je ale složitější než rytmus čtyřdobý. Proto většinou začínáme u čtyřdobých (či dvojdobých) rytmických struktur a po jejich zvládnutí přecházíme k rytmům trojdobým. Nicméně abychom zaznamenali zlepšování komunikačních dovedností, je potřeba pravidelného repetitivního tréninku, který se při jednotlivých setkáních cyklicky opakuje, aby docházelo k tvorbě a budování potřebných synaptických spojení v mozku.

Shrnutí

Muzikoterapie, stejně jako logopedie, zahrnuje problematiku komunikace v její celé šíři. Komunikace tvoří podstatný rozměr života člověka, pokud je narušena, je třeba intenzivně pracovat na nalezení funkční možnosti jiného způsobu vyjadřování. Spolupráce mezi logopedy a muzikoterapeuty bývá velmi plodná a vysvětluje i vysokou účast logopedů v nejrůznějších vzdělávacích kurzech zaměřených na muzikoterapii. Hudební aspekty komunikace nabízí široké možnosti terapeutické práce a dávají další možnosti úspěšné intervence v případech vývojových poruch řeči.

Použité prameny a literatura

COHEN, N. S.: Speech and song: Implications for therapy, Music Therapy Perspectives 12 (1), 1994, s. 8-14

GERLICOVÁ, M.: Muzikoterapie v praxi, Praha: Grada 2014, ISBN 978-80-2474581-7.

GFELLER, E. K.: A cognitive linguistic approach to language development for the preschool child with hearing impairment, Music Therapy Perspectives, vol 8, 1990, s 47-51

KANTOR, J., LIPSKÝ, M., WEBER, J. a kol.: Základy muzikoterapie, Grada, Praha, 2009, ISBN 978-80-247-2846-9.

LIPPERT-GRÜNER, M.: Neurorehabilitace, Galén, Praha, 2005, 350 s. ISBN 80-7262-317-6

MICHEL, D. E.: Music Therapy: An introduction, including music in special education, Charles C. Thomas Publisher, Springfield, 1985

PETERS, J. S.: Music Therapy. An Introduction, Charles C. Thomas Publisher, USA, 2000 .

Rehabilitace vývojové dysfázie v Jedličkově ústavu a školách (JÚŠ)

Mgr. Radka Majerová

Rehabilitace vývojové dysfázie v JÚŠ specificky cílí na rozvoj porozumění mateřskému jazyku, následně rozvoj mluvy, tj. gramatické mluvy s adekvátně dlouhou syntaxí, a na užívání komunikace v pragmaticko-sociálních situacích. Nezanedbatelným efektem rehabilitace je předškolní rozvoj funkčního psaní a čtení s porozuměním, snaha o prevenci pozdější potencionální dyslexie a dysgrafie a poruch učení. Přitom je rehabilitace vedena paralelně s rehabilitací neurosenzomotorickou a dalšími kreativními přístupy (grafomotorickými, rytmickými, výtvarnými), sloužícími k celkovému rozvoji dítěte. Nejprve celkově popíšu hlavní jazykově-rehabilitační princip a posléze jeho jednotlivé postupy. Hlavní rehabilitační princip nevychází z tradičních technik – ze sluchového rozlišování znělých a neznělých hlásek, přiřazování obrázku k tomu, jaké rozdílné slovo dítě slyší, ze zvukového analyzování prvních, prostředních a konečných slabik, z tréninku předložek, učení se básniček apod.

Rehabilitační postupy nemají dětem testovat nefunkční kanál – kanál fonologický. Naopak – k terapii fonologického kanálu nenásilně využívají druhý možný modus řeči – modus grafický, tj. psaný. Grafomotoriku přitom rehabilitační postupy rozvíjejí, ale v žádném případě nečekají na její dokonalost ve vztahu k rehabilitaci jazyka. Vývojově dysfatickému dítěti je potřeba pokusit se jazykově pomoci dříve, než začne jeho školní docházka, a pokusit se také preventovat jeho dyslektické obtíže. Chceme-li rehabilitovat jazyk, musíme jej zobrazit. Nejbližším možným nástrojem zobrazení jazyka je psaná řeč. U vývojově dysfatického dítěte proto není možné protrahovat terapii nácvikem dokonalých tahů písmen. Aby bylo možné rehabilitovat vývojovou dysfázii prostřednictvím psané řeči u velice malých dětí, byl vyvinut speciální počítačový software s adekvátním vnitřně lingvistickým principem, který je níže popsán. Software se mimo jiné vyrovnává právě s prozatímní nemožností dítěte soustředit se na psaní rukou, zatímco je jazykově rehabilitováno. Grafomotorika se přitom rozvíjí průběžně a do dokonalosti je dovedena později (technika psaní rukou se jednoduše řečeno trénuje v jiných okamžicích rehabilitace, než když rehabilitujeme JAZYK). Rehabilitace je tedy primárně založena na GRAFÉMU – PÍSMENU. Přitom se nejedná o písmena pasivně prezentovaná například ve formě globálního čtení, případně globálního čtení s přiřazováním významů k obrázkům či obrázkovým situacím apod.

Vývojově dysfatické děti jsou snadnou a podvědomou formou vyučovány přímo vnitřní stavbě slova psané řeči, a to již koncem 4. roku věku či v 5. roce věku. (Možné je samozřejmě začít i kdykoli v pozdějším věku.) Nedomníváme se, že by se jednalo o překročení vývojové fáze dítěte, vývojově dysfatické dítě mnohdy spontánně brzy tíhne k písmenům, protože poznává, že písmena mu pomáhají zorganizovat předtím pro ně nesrozumitelné zvuky. Rehabilitace vychází z fonologického faktu, že vývojově dysfatické dítě lépe ve zvukovém proudu mluvené řeči analyzuje vokál – samohlásku. Hůře pak konsonant – souhlásku. V psané řeči jsou proto samohlásky a souhlásky barevně odlišeny (samohlásky se píšou červeně, souhlásky modře). Malé dítě přitom neví, co je samohláska a co souhláska. Počítačový software Double Color Text Writer, který byl za účelem rehabilitace vývojové dysfázie vyvinut, do něž děti píší samy, snadno prezentuje tyto grafémové (písmenné) analogie fonémů (zvuků). Software při dětském psaní do běžné počítačové klávesnice sám „pozná“, co je samohláska a co souhláska a samohlásky a souhlásky prezentuje v odpovídajících barvách. Přitom základem edukace psané řeči není ani písmeno ani celé slovo, nýbrž slabika. Je tomu tak proto, že slabika je nejkratší analyzovatelný zvukový segment, který v sobě již kromě vokálu nese také obtížnější konsonanty

(modré), jež se dítě potřebuje naučit analyzovat a operovat s nimi. Psaná řeč je proto ihned prezentována ve vnitřně dvoubarevných slabičných segmentech. Posléze též v plynulých vnitřně barevných slovech. (Později je samozřejmě používána i jednobarevná prezentace slov a textů – černá. Nebo jednobarevné psaní rukou. Kjednobarevnému psaní rehabilitace směřuje, barevný princip je pouze rehabilitační – tréninkový.)

Psaná řeč při rehabilitaci slouží jako nástroj k analýze a organizaci zvuku. Zásadním principem rehabilitace je proto SIMULTÁNNOST prezentace téhož, co se píše, také zvukem. Rehabilitace přináší postup, při němž je vývojově dysfatickým dětem při prezentování dvoubarevných slabičných segmentů a posléze plynulých slov simultánně pouštěna kompatibilní zvuková nahrávka slabičných segmentů a posléze plynulých slov. Zvuková nahrávka je pouštěna do uzavřeného prostoru sluchátek, aby byl zvuk co nejvíce čistý a izolovaný od okolních ruchů. Tomu samozřejmě předchází zážitkové vysvětlení významů slov (příp. později celých vět a kontextů), které dítě ve vnitřně barevné slabičné segmentaci a poté plynulé prezentaci vidí a simultánně audio poslouchá. Důležité také je, že veškeré slabičné segmenty jsou okamžitě složeny ve slova, veškeré zvuky mají ihned obsah, nejedná se nikdy o bezvýznamové zvuky. Součástí metodologie rehabilitace je také samotný výběr a sled prezentovaných slabik a slov, resp. obsahů, který se promítá do dalších metodologických kroků. Výběr a sled prezentovaných slov je vymyšlen tak, že jednak vychází z vokální slabičné nosnosti (slova v počátečních baticích začínají vždy na vokál, přitom uzavřenost versus otevřenost dalších slabik nehraje roli) a jednak výběr a sled slov akcentuje přirozenou významotvornost morfologie, jež pak ústí v možnost slovotvorného rozvoje. To dítěti rychleji zvyšuje kapacitu aktivního slovníku, dítě se stává jazykově velmi kreativním. Stejnou měrou obsahy slov, vět a kontextů dbají na porozumění tzv. gramatickým slovům, která vývojově dysfatické děti analyzují nejobtížněji (zvrtná slova, předložky, otázková slova, morfémy záporu apod.), a to zejména později v metodologii dramaterapeutických audio scénářů. Níže se pokusím metodologii rozdělit do jednotlivých postupů, které se však vzájemně prolínají.

Prvním metodologickým postupem je tedy Červeno-modré psaní. Slabičné sekvence v hnízdech a celá slova a texty jsou dětem prezentovány tak, že samohlásky jsou červené a souhlásky modré. Druhým - paralelním a nedílným - metodologickým postupem je Audiovizuální čtení analyticko-syntentické, pouštěné do sluchátek, které v slabičných sekvencích, celých slovech a posléze textech důsledně koresponduje s Červeno-modrým psaním.

Třetím metodologickým postupem je melodicko-intonační trénink navržený pro tento typ rehabilitace. Při něm jsou vnitřně dvoubarevné slabiky slov napsány a nalepeny na elektronické hudební klávesy. Dítě je zkouší číst tak, aby zahrálo správně melodii, resp. slovo (časem takto zahraje celou píseň, není tedy zanedbán ani trénink melodie a rytmu). Důsledně jsou přitom zachovány slabičné délky, neboť se užívají elektronické klávesy, na něž lze navolit strunný nástroj, jenž udrží délku tónu dlouhé slabiky. (Funguje to lépe než tradiční bzučák, na který nebylo možné nalepit nadepsané vnitřně barevně členěné slabiky celých slov, natož celou píseň.)

Čtvrtým metodologickým postupem jsou rozličné hry s vnitřně barevnými slabičnými segmenty, nadepsanými na kartičkách. Jedná se víceméně o hry založené na principu jejich skládání do slov a čtení nahlas. Samostatné čtení slabik i velmi malé dítě díky prvním dvěma simultánním metodologickým postupům osvojuje velmi rychle.

Pátým metodologickým postupem je samostatné psaní struktury slova dítětem do softwaru Double Color Text Writer. (Buď používá běžnou počítačovou klávesnici, nebo v případě rozsáhlejšího jemnomotorického hendikepu klávesnici, která je k softwaru navržena na displej). Dítě si díky vnitřně barevně vznikajícímu grafickému obrazu slova na monitoru kontroluje, zda mu jeho zápis vzniká správně. Má radost, že grafický obraz slova mu vzniká stejně, jak mu byl primárně prezentován. V tu chvíli se také projeví zásadní výhoda předchozí vnitřně barevné

psané a simultánní zvukové prezentace – při ní si dítě uvědomilo, že zvuky a písmena v jazyce nekorrespondují dokonale. Jedná se o problematiku tzv. korespondence foném-grafém. Uvědomilo si a vizualizovalo zejména znělostní odchylky mezi zvukovou a psanou podobou slova. Ty se dějí vždy na modrých písmenech – konsonantech – proto jsou snadno povšimnutelné. Domnívám se, že se jedná o princip, který lingvisticky poučeně vnitřně distribuuje a charakterizuje zvukový slabičný segment, a to podle zásad, jakými se česká abeceda prostřednictvím písmen snaží přizpůsobit zvukům mluvené češtiny. Dítě začíná dobře rozumět zvukovému proudu mluvené řeči. (Funguje to podobně jako v cizím jazyce – zvuková analýza cizojazyčných slov je lepší, když je člověk umí i napsat). Správná představa grafického obrazu slova ve vnitřní řeči a uvědomění si nedokonalosti korespondencí zvuk - písmeno má přitom významný vliv také na správnou artikulaci.

Šestým metodologickým postupem rehabilitace jsou veškeré podpůrné tradiční techniky, které však neopouští dvoubarevný psaný doprovod – percepčně-motorické básničky, které jsou autorsky vymyšleny v závislosti na výběru a obsahu simultánně audiovizuálně prezentovaných slov atp. Z podpůrných tradičních terapií se dále jedná například o výrobu částí papírových loutek za účelem jemnomotorického tréninku. Loutky jsou přitom připravovány k speciálním dramaterapeutickým audio scénářům.

Sedmým metodologickým postupem jsou autorské dramaterapeutické audio scénáře, a to pouze přímých řečí. Přímé řeči jsou prezentovány nejprve do uzavřeného prostoru sluchátek – přičemž dítě zároveň pohybuje loutkami - hraje divadlo. Poté si dítě samo zkouší říkat repliky bez sluchátek. Dítě repliky spontánně inovuje. Jeho inovace i dosavadní chyby zachytává terapeut, aniž by na ně dítě negativně upozorňoval. Jde o to jazyk rehabilitovat v co nejvíce živých sociálních situacích. Při dramaterapeutických audio scénářích se pracuje s postupným přidáváním a zvyšováním obtížnosti významotvorných morfologických segmentů, které nesou buď gramatické, nebo lexikální významy. („Kdo papal jídlo?“ Později: „Kdo spalal jídlo?“ Je tedy přidán morfologický segment dokonavého vidu s-. Dítě jej díky audio prezentaci a paralelnímu hraní rámcové události fonologicky zachytí, analyzuje, operuje s ním a produkuje jej. Podobně má dítě obtíže v analýze a operacích s prefixovými morfémy, které nesou lexikální významy – zachytává a aktivně užívá například pouze kořen „hrál“, ne však již významotvorné předpony pro-hrál, vy-hrál, za-hrál, do-hrál apod.) Terapeut poslouchá, co dítě spontánně říká, používá základ jeho vlastních konstrukcí, ten nahrává do audio dramaterapeutických scénářů a přidává k nim - co do morfologické nebo celkově syntakticky konstrukční obtížnosti – další konstrukční části, které již odpovídají myšlení dítěte. Hůře analyzovatelné morfologické segmenty, slova či delší věty si dítě později může zapsat prostřednictvím softwaru Double Color Text Writer. Díky tomu lze již pracovat s písemně zobrazeným jazykem a rehabilitovat i dlouho vzdorující gramatické jevy, jako je např. obsazení slovosledné pozice zvrátného se. Dramaterapeutické audio scénáře, jak jsou pro rehabilitaci vymyšleny, vychází z lingvistického předpokladu, že jazyk je kognitivní gestalt, který je nedílně spojený s kauzalitou reality, emocemi a dalšími mentálními procesy, dítě jej osvojuje v celých konstrukcích v souvislosti se situačním rámcem.

Osmým metodologickým postupem jsou autorské dějové komiksy s přímými řečmi, určené k tréninku verbální paměti a prodloužení syntaxe u dětí. Zpočátku jsou v komiksech přímé řeči zapsány v červenomodrém provedení. Později, jak dítě přechází k jednobarevnému psaní a čtení, jsou zapsány v běžném černém provedení.

Devátým metodologickým postupem, resp. postupem, který probíhá průběžně celou rehabilitací, jsou neurosenzomotorická cvičení celého těla dítěte tak, jak je nabízejí široké možnosti fyzioterapie a ergoterapie v JÚŠ.

Desátým metodologickým „postupem“, resp. už jen konečným kontrolním krokem rehabilitace

je ujištěn se, že dítě dobře zvládá to, čím se primárně vývojová dysfázie projevuje – kontrola toho, zda po rehabilitaci dítě zvukově dobře analyzuje znělé a neznělé hlásky, nemá v mluvené řeči žádné gramatické problémy (používá správně předložky, spojky, zvrtná zájmena, též lexikálně významově odlišující prefixy, používá dostatečný počet sloves, udrží ve verbální paměti adekvátně dlouhé věty a souvětí). Terapeut v podstatě provede pár zvukových či gramatických či syntaktických cvičení, dítě je mnohdy ve finálních fázích rehabilitace – tj. zhruba po roce a půl rehabilitace - zvládá, aniž by na se na jejich nápravu průběh rehabilitace orientoval.

Rehabilitace vývojové dysfázie v JÚŠ má vlastně obrácený postup ve srovnání s tradičními terapiemi. Začíná funkčním analyticko-syntetickým psaním a čtením, které bylo doposud u dysfatických dětí déle odkládáno. Je to však právě psaní a čtení, speciálně uzpůsobené pro snadné osvojení, které pomůže dítěti analyzovat a následně správně produkovat do té doby nesrozumitelné zvuky mluvené řeči. A nakonec rehabilitace končí tím, čím tradiční terapie začínaly - tedy cvičením např. na znělé a neznělé hlásky a další obtížné jevy uvedené výše. Rehabilitace koriguje fonologické a následně veškeré jazykové obtíže - morfologické, gramatické, syntaktické, sémantické i komunikačně-pragmatické. Dítě mnohdy již před začátkem školní docházky plně rozumí, mluvená řeč je bez gramatických chyb, je bohatá, syntax rozvinutá, orientuje se ve všech významech, zapojuje se do všech komunikačně-sociálních situací, do kolektivu, mizí přidružené psychosociální potíže. Terapie probíhá i u těžce vývojově dysfatických dětí s těžkou receptivní symptomatologií relativně rychle (trvá cca 1 rok až 1 a půl roku), a to pokud dítě trpí čistě vývojovou dysfázií, je inteligentní a relativně fyzicky zdravé. Rehabilitaci mohou zpomalovat přidružené hendikepy, u vývojově dysfatických dětí s některými přidruženými hendikepy se však rehabilitace také mnohdy daří, pouze trvá déle. (Existují i okolnosti vývojové dysfázie, které potřebují další vizuoprostorové druhy opor či další opory, ale o těchto okolnostech vývojové dysfázie a potřebných druzích dalších opor tento článek nepojednává.)

Rehabilitace je v komplexní podobě zkoušena v JÚŠ přes 4 roky. Metodologie Červeno-modré psaní, Audiovizuální čtení analyticko-syntetické, počítačový software Double Color Text Writer s jeho lingvistickým principem a celý komplex rehabilitace nazvané Terapie dysfázie založená na grafickém modu, včetně ostatních uvedených názvů, jsou ochráněny ochrannými známkami. Rádi rehabilitaci i její jmenované metodologické postupy zprostředkujeme zajímavým se terapeutům a zařízením.

Logopedická intervence u dětí s VPŘ se zaměřením na rozvoj foneticko – fonologických dovedností

Mgr. Eva Dvořáková

Rozvoj foneticko – fonologických dovedností je nedílnou součástí řečového vývoje dětí při osvojování si mateřského jazyka. U dětí s VPŘ bývají právě tyto dovednosti významně oslabeny. Jde především o sluchové rozlišování hlásek mateřského jazyka a jejich výslovnost. Sluchové rozlišování je s výslovností v úzkém vztahu a dítě pro správnou výslovnost potřebuje rozlišovat nejen jednotlivé hlásky, ale také rozdíl mezi jejich správným a nesprávným zněním. Schopnost vyčleňovat hlásky mateřského jazyka ze zvuků prostředí se začíná rozvíjet již v kojeneckém věku a dítě s fyziologickým vývojem řeči by mělo zvládnout rozlišit všechny hlásky zhruba do šestého roku věku. Děti s VPŘ mají nástup těchto schopností a jejich zvládnutí výrazně opožděný, často až aberantní. Stimulace řečových foneticko - fonologických dovedností tak zůstává významnou součástí logopedické intervence v celistvém pohledu na terapii dětí s VPŘ. Základním vodítkem klinického logopeda při podpoře rozvoje foneticko –fonologické oblasti a samozřejmě nejen ji, je velmi dobrá znalost ontogenetického vývoje řeči, včetně vývoje hláskového systému. Metodika rozvoje řečových dovedností by se měla vždy odvíjet od dosaženého vývojového stádia řeči u jednotlivých dětí, byť by se vzhledem k věku lišilo i velmi významně od fyziologického vývoje dětské řeči. U dětí bychom měli dosažené vývojové stádium řeči individuálně zhodnotit a rozvíjet dovednosti vždy navazující na právě tuto dosaženou vývojovou úroveň.

Mluvíme - li o rozvíjení foneticko – fonologických dovedností, měli bychom v rámci terapie respektovat vývoj hlásek - fonémů od samohlásek, přes jednoduché závěrové souhlásky k souhláskám nejobtížněji osvojitelným. (viz tabulka vývoje hlásek) K tomu, aby dítě jednotlivé hlásky zvládlo a aktivně je zapojilo do řeči, si musí osvojit jednotlivé hlásky nejen artikulačně, ale současně musí mít dostatečně rozvinuto sluchové vnímání, aby zvládlo rozlišit i jejich zvukovou stránku. Nezralost sluchového vnímání je u dětí s VPŘ jedním z nejvýraznějších symptomů a projevuje se v řeči dětí jako časté záměny či redukce hlásek a hláskových skupin. Při terapii postupujeme v nácviku sluchového rozlišování od diferenciaci nápadně odlišných zvuků k rozlišování příbuznějších zvuků a postupujeme až k diferenciaci hlásek, které se od sebe navzájem odlišují distinktivními rysy a vytvářejí tak, na rozlišení nesložitější, fonologické opozice.

Cílem tohoto workshopu je seznámit účastníky s ukázkami praktických činností pro rozvoj foneticko – fonologické oblasti od předřečových průpravných dovedností, přes „vychytávky z praxe“ zaměřené na cílený nácvik artikulace některých hlásek a v neposlední řadě činnosti a hry na stimulaci sluchového vnímání. Presentované činnosti budou představeny s vzhledem od nejnižších vývojových řečových stádií a specifických činností vhodných již pro děti v batolecím věku, až po činnosti určené pro děti ve věku předškolním a školním.

Oblasti praktických činností:

Přípravná předřečová cvičení: Oční kontakt. Dechová cvičení. Fonační cvičení. Artikulační cvičení.

Vlastní nácvik artikulace hlásek: Přirozený rozvoj artikulace nápodobou onomatopoi. „Vychytávky z praxe“- rozvoj artikulace.

Sluchové vnímání: Nácvik naslouchání (poznávání předmětu podle zvuku, poslech vyprávěného, poslech nahraných písniček, určování intenzity a kvality zvuku). Cvičení sluchové paměti. Cvičení sluchového rozlišování zvuků, rozlišování zvuků řeči (rozlišování slov, rozlišování

slabik, diferenciacie hlásek, detekci hlásek, diskriminace hlásek, identifikaci hlásek, určování podobnosti nebo rozdílnosti, určování hlásky, kterou se dvě slova liší, tvoření vět se slovy, která se liší jednou hláskou). Cvičení sluchové analýzy a syntézy. Vnímání reprodukce rytmu. atd.

PŘÍBLIŽNÝ KALENDÁŘNÍ VĚK DĚTÍ PŘI OSVOJOVÁNÍ JEDNOTLIVÝCH HLÁSEK ČESKÉHO JAZYKA

VĚK	A, E, I, O, U	M, P, B	AU, OU	V, F	K, G	H, CH	D, T, N*	J*	L*	Ř, Š, Ž, Č	Ž, Š, Č	R	S, Z, C	T, D, N/ Ž, Š, Č	Ř	S, Z, C/ Ž, Š, Č
1,5																
2																
2,5																
3																
3,5																
4																
4,5																
5																
5,5																
6																
6,5																
7,5																

LEGENDA

	probíhá vývoj hlásky
	vývoj lze ovlivnit

* artikulační postavení se upravuje po 3.roce věku a ovlivní vývoj hlásky R

Použitá literatura:

- BEDNÁŘOVÁ J. ŠMARDOVÁ V. Diagnostika dítěte předškolního věku. Brno: CPress 2011
DVOŘÁK J. Logopedický slovník. Žďár n/S.: Logopaedika clinica; 1998
KLENKOVÁ J. Logopedie. Praha: Grada Publishing a.s.; 2006
KUTÁLKOVÁ D. Logopedická prevence. Praha: Portál;1996
KUTÁLKOVÁ D. Opožděný vývoj řeči Dysfázie. Praha: Septima 2002
LECHTA V. Diagnostika narušené komunikační schopnosti Praha: Portál; 2003
LECHTA V. Terapie narušené komunikační schopnosti Praha: Portál; 2005
OHNESORG K. Fonetika pro logopedy. Praha: SPN; 1974
POKORNÁ J. VRÁNOVÁ M. Přehled české výslovnosti. Praha: Portál; 2007
POKORNÁ V. Teorie, diagnostika a náprava specifických poruch učení. Praha: Portál; 1997
SMOLÍK F. SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ G. Vývoj jazykových schopností v předškolním věku
Praha: Psyché; 2014
ŠKODOVÁ E. JEDLIČKA I. a kol. Klinická logopedie. Praha: Portál; 2003
ŠTĚPÁN J. PETRÁŠ P. Logopedie v praxi. Praha: Septima;1995

Práce v hliněném poli®

Mgr. Petra Součková

Práce v hliněném poli® je druh arteterapie, který vyvinul v 70. letech Heinz Deuser, profesor na Hochschule für Kunsttherapie (Vysoká škola arteterapeutická) v Nürtingenu a zakladatel Institut für haptische Gestaltbildung (Institut haptické morfogeneze) v Hinterzartenu. V Německu se metoda mnoho let používá ve školských zařízeních, pedagogicko-psychologických službách a v klinické praxi s dětmi i dospělými. Postupně se rozšířila do dalších evropských zemí a v roce 1992 byla představena v Austrálii. V České republice se systematicky využívá od r. 2012 (např. MŠ se speciální péčí Arabská, Praha 6).

Setting

Klientovi je předložena dřevěná bedna o ploše zhruba 38 x 42 cm a výšce 4 cm, vyplněná po okraj jemnou, tvarovatelnou, vyhlazenou keramickou hlínou, a vedle ní miska s teplou vodou a měkkou houbou na mytí. Hliněné pole představuje pro každého, tedy i jakkoli postiženého člověka, přirozený, významy nezátížený a hmatatelný objekt, který ho vybízí k haptické akci. Hlína představuje ideální materiál, který díky své proměnlivé konzistenci klientovi poskytuje oporu a může podle jeho individuálních potřeb například představovat objekt, se kterým se vypořádává silou. Zrcadlí každý jeho pohyb v otisku, a nabízí tak objektivní zpětnou vazbu. Ve spojení s vodou, která do dění vnáší vitální a pohybový prvek a zároveň materiál změkčuje, umožňuje nasýtit rané potřeby dotyku a objetí. Hlína je klientovi neomezeně k dispozici, dřevěná bedna zároveň zprostředkovává jasné hranice, rovná plocha jejího dna nabízí volný prostor. Vlastnosti hlíny lze vztáhnout i na osobu terapeuta – ten je při práci také plně k dispozici, nehodnotí, potvrzuje a klientovi srozumitelně zprostředkovává jeho akci v poli, je stabilní.

Metoda

Terapeut klienta nevede a nedává mu žádné specifické pokyny, jak s hlínou nakládat. Povzbuzuje ho k vnímání hliněného pole rukama a svou přítomností i verbálně ho doprovází a poskytuje mu oporu. Sleduje, které části rukou jsou v kontaktu s materiálem, a všímá si fenomenologie jeho gestiky a pohybů. Dívá se, jak si klient dokáže „brát“, a to v pravém i přeneseném slova smyslu – dotýká-li se jen špičkami prstů, nebo se do materiálu zabořuje s chutí, je-li mu dotyk nepříjemný a má potřebu si ruce často utírat, nebo si naopak užívá potření co největší plochy paží a proniká hluboko do materiálu, pracuje-li palcem, plní-li při braní celou dlaň, používá-li při práci obě ruce, jak zachází s prostorem a jak se v něm orientuje, kolik materiálu používá, ale i jak se při tom projevuje emocionálně nebo jak své pocity sdílí. Podstatné jsou i momenty přerušování, napětí a bloky v těle, vyhýbání se kontaktu s materiálem i s průvodcem, opakování pohybových schémat, verbální odvádění pozornosti od akce v poli, překračování hranic atd. To vše poskytuje předpoklady pro tzv. haptickou diagnostiku a z ní vyplývající analýzu potřeb. Haptická diagnostika při Práci v hliněném poli® je v nejužším slova smyslu založena na bazálních smyslech – na taktilním systému, vestibulárním systému a propiocepci.

Haptika (v širším slova smyslu znamená vnímání povrchů – jak je něco špičatého, hladkého apod.) je nejbezprostřednější vztahový smysl, který máme – ve smyslu vztahu k okolí i k sobě samým. Je společnou řečí, která nás spojuje, protože jsme lidi a jako takoví se musíme určitým způsobem vyjadřovat (projevovat) a ve svém projevu se zpětně zažívat. Právě proto je jako metoda velmi vhodná i u dětí s vývojovými poruchami řeči, mentálním nebo fyzickým postižením nebo trpícími posttraumatickou stresovou poruchou. V naší práci výraz haptika používáme pro označení toho, jak se vyjadřujeme vůči světu na základě pohybu. Klíčovým

momentem této práce a principu haptiky je zásada, že pokud se něčeho dotýkám, jsem tím zároveň dotýkán. Abychom si porozuměli, musí se nám každá naše akce vrátit zpět ve formě srozumitelné odpovědi. Tento setting tak umožňuje korektivní zážitek zkušeností, na kterých klient zakládá svou představu o světě a své vztahování ke světu. Setká se s něčím hmatatelným, čeho se může bez obav dotýkat a projevit se, asimiluje hliněné pole jako objekt a jako smyslový dotyk na své předchozí zkušenosti. Vzhledem k tomu, že se tato asimilace děje v pohybu, je v ní obsažen i záměr materiál používat a přetvářet podle svých představ a získat s ním novou zkušenost. Tento kontakt je zároveň zprostředkován druhou osobou terapeuta, který proces potvrzuje. Jsou-li haptické potřeby skrze senzomotorickou zkušenost odpovídajícím způsobem syceny, dovede dítě disponovat všemi třemi bazálními smysly, dovede si brát, dotýkat se, tvarovat a zažívat se jako kompetentní jednat. Pokud se tak z nějakých důvodů neděje nebo nedělo, nemůže se dítě vyvíjet a má potřebu se k nim vracet, což se projevuje v různých poruchách chování, psychosomatických obtížích apod. Při Práci v hliněném poli® lze těmto nenaplněným vývojovým fázím velmi dobře porozumět na základě pohybových projevů rukou a v širším slova smyslu celého těla. Bazální smysly chápeme jako tři základní způsoby haptické percepce. Kdykoli klient bez ohledu na věk přichází během Práce v hliněném poli® do kontaktu se svou vývojovou potřebou, aktivují se tyto rané vzorce do té doby, než je potřeba nasycena. Dotyk (taktilní systém) se váže ke zkušenostem z raného dětství a k první interakci s matkou. Hlína ve spojení s vodou umožňuje rukám zažívat pocit hebkosti, obklopení, přikrytí. Ruce mohou hladit hlínu, vracet se do úkrytů nebo se dotýkat a hladit navzájem, často je žádoucí těsná interakce s terapeutem. Klient tak získává i v tělesném slova smyslu důvěru, že uspokojení a blízkost jsou možné a že na ně má „nárok“.

Vestibulární systém – systém rovnováhy se vztahuje k druhému roku života, kdy dítě objevuje vzpřímení a s tím existenci dvou pólů (já a protějšek). Životní rámec dítěte v prvních sedmi letech života kopíruje vztahový rámec rodičů, rovnováhu dvou rodičovských pólů, případně její narušení. V hliněném poli dochází k uvědomování a zdůrazňování pravé a levé strany. Lze experimentovat s rovnováhou, s přesuny z jedné na druhou stranu, s jejich propojováním a oddělováním, se vznikem duality a mezi prostorem. Děti často opakovaně staví mosty a bourají je, aby je mohly znovu postavit, a tak integrují jednak rovnováhu, jednak zažívají pocit stálosti objektů.

Propriocepce – hluboké čítí souvisí v pojetí H. Deusera s interakcí s otcem. Hluboká citlivost (vědomí vlastního těla) vyžaduje zkušenost vztahu s něčím jiným než „já“, s vývojem vědomí ega a schopností jednat a uchopovat svět. Děti je objevují mezi 3. a 4. rokem. Pohyby charakterizující propriocepci souvisí s tlakem, haptickou agresí, která umožňuje narušovat, pronikat, brát si, pracovat s tlakem. V této fázi, která předchází fázi získávání vlastní pozice a separaci, je potřebná existence pevného protějšku, s nímž se lze konfrontovat, který klade odpor, vůči kterému se dítě může vymezit. Často se pracuje s velkou masou hlíny, která se přesouvá nebo odtlačuje, jíž je možné proniknout.

Ve všech fázích vývoje lze a je třeba při práci – opět prostřednictvím fenomenologického pozorování – zároveň brát v potaz, jakou jistotu zažívá dítě v sociální, vitální a emocionální oblasti, a v případě nedostatku je podpořit. Práce v hliněném poli® není zaměřena na hledání příčin poruch nebo zdánlivých deficitů, nýbrž na vývoj. Terapeut oslovuje u klienta způsoby nalezení rovnováhy mezi danými životními podmínkami a možnostmi jeho dalšího vývoje. Neřeší tak „problém“, ale zásadně vychází z aktuální potřeby, kterou dítě ve svých pohybech ukazuje. Vrací se s ním do fáze, v níž došlo k přerušení vývoje, a poskytuje mu čas, prostor a dostatek opory k tomu, aby mohlo danou situaci zažít korektivně jak v haptickém, tak emocionálním a sociálním slova smyslu, a svou potřebu tak nasytit. Když dojde k nasycení, dítě přirozeně využívá možnost učit se novým dovednostem a vyvíjet se. Vzhledem k tomu, že Práce

1. Klinicko-logopedické sympozium

v hliněném poli® je založena na somatické zkušenosti a neurobiologických procesech, je přístupná a použitelná u každého člověka při ní dosažené změny mívají trvalý charakter.

Podpora smyslového vnímání jako důležitý předpoklad prevence specifických vývojových poruch učení

Mgr. Alena Přecechtělová

Problematika specifických vývojových poruch učení (dále jen SVPU) není v dnešní době neznámým pojmem. Stále častěji se setkáváme s dětmi, které mají obtíže při osvojování a užívání řeči, čtení, psaní, naslouchání, pravopise nebo matematice. Veškeré tyto obtíže mají individuální charakter a vznikají na podkladě takzvaných dysfunkcí centrální nervové soustavy, neboli jsou obrazem dysfunkce spolupráce mozkových hemisfér. Ta se může projevit v různých oblastech, např. v hrubé a jemné motorice, rovnováze, orientaci v prostoru i na ploše, v pravo-levé orientaci, ale také poruchou vnímání, vytváření pojmů, problémy s krátkodobou i dlouhodobou pamětí.

Doprovázet ji může nepravidelnost ve výkonu v krátkém časovém úseku, špatná organizace činnosti či neschopnost dokončit práci. SVPU jsou spolehlivě diagnostikovatelné až v průběhu školní docházky, většinou kolem pololetí druhé třídy, kdy už lze předpokládat jistou automatizaci ve čtení, psaní i počítání, a kdy se již jasněji ukazují rozdíly mezi jednotlivými dětmi. Ovšem některé projevy lze již v předškolním věku považovat za alarmující a měla by jim být věnována zvýšená pozornost ve smyslu zaměřené prevence. Předmětem diagnostiky v předškolním věku by se mělo stát zjišťování úrovně psychických procesů, které jsou nezbytné pro úspěšný nácvik školních dovedností. Cílem diagnostického procesu je proto poznat úroveň vývoje dítěte a výsledky dát do souvislosti s dalšími informacemi a skutečnostmi týkajícími se případného podezření, že je dítě rizikové. Výzkumy a zkušenosti ukazují, že je mnohem snazší poruchám předcházet, než čekat na jejich plné rozvinutí ve školním věku.

Smyslem předškolní přípravy a časné intervence musí být zaměření na předpoklady, ze kterých se odvíjí školní učení. Ty musíme podporovat a posilovat. Pokud se nám podaří deficitů v jednotlivých oblastech rozpoznat u dítěte dříve, než se u něho objeví obtíže v učení, případně chování, je velká šance, že snížíme riziko vzniku SVPU a umožníme dítěti harmonický a bezproblémový další vývoj. I kdyby výsledky práce s dětmi nebyly převratné, je naší povinností udělat pro úspěšný start dítěte ve škole vše, co je v našich silách.

Vývoj řeči a přetrvávající primární reflexy

Bc. Marja Volemanová DiS., Institut neuro-vývojové terapie

Abstrakt

Aktivita primárních reflexů v prvních měsících života dítěte a psychomotorický vývoj jdou ruku v ruce. Aktivitou primárního reflexu se vyvíjí nervové spojení v CNS, dítě se naučí novým dovednostem, pak je reflex inhibován vyššími mozkovými centry a tak může dítě poskočit ve vývoji zase o kousek dále. Aktivní primární reflex může někdy způsobit to, že dítě danou vývojovou fází přeskóčí. Pokud k přeskočení vývojové fáze dojde, primární reflex se u dítěte neinhibuje, a to má negativní vliv na jeho optimální psychomotorický vývoj. Přeskočení jakékoli vývojové fáze můžeme proto brát jako rizikový faktor poruch učení a chování a zároveň nám indikuje, že u dítěte zřejmě přetrvávají primární reflexy. Problémy, které mohou přetrvávající primární reflexy způsobit jsou velice různorodé, protože díky primárním reflexům se mozek postupně učí správně kontrolovat fungování těla: například zpracovávat vizuální a zvukové informace, získávat rovnováhu a prostorové vidění, hrubou a jemnou motoriku včetně okulomotoriky a oromotoriky, koordinaci ruka-oko atd. Primární reflexy ovlivňují i vývoj řeči a artikulaci.

Abstract

The activity of primary reflexes in the first months of a child's life and psychomotor development goes hand in hand. Primary reflex activity helps to develop the neural connections in the CNS, the child thereby learns new skills, then the reflex is inhibited by higher brain centers and so the child can jump in development another step further. Active primary reflex can sometimes cause that the child skips a particular developmental phase. If skipping of the developmental phase occurs, the primary reflex is not inhibited, and this has a negative impact on his optimal psychomotor development. Skipping any of the developmental phases can therefore be taken as a risk factor of learning and behavioral disorders and in the meantime it indicates that there are primary reflexes remaining in the child. There are very diverse problems that may be caused by persistent primary reflexes, because primary reflexes helps the brain to properly control the body: to process visual and auditory information, gain balance and depth perception, gross and fine motor skills, including oculomotoric and oromotor skills, hand-eye coordination etc. The primary reflexes also affect the development of speech and articulation.

Úvod

Na základě stávajících poznatků ontogenetického vývoje je známo, že reflexní a motorické vzorce, na jejichž základě pak vznikají další vyšší motorické, kognitivní a behaviorální funkce, mají svá specifická stadia vývoje a zrání. V určitých specifických vývojových obdobích jsou ontogeneticky starší funkce nahrazovány vývojově mladšími. Z těchto poznatků vývojové psychologie a neurofyzologie vyplývá, že některé vývojově starší fáze musí za normálních (zdravých) okolností vývoje a zrání dítěte v jistém období vymizet a být nahrazeny ontogeneticky novějšími formami (Konicarová, 2013). Primární reflexy jsou nepodmíněné reflexy, které jsou organizované na nižší úrovni řízení (vychází z mozkového kmene) a jejich vybavitelnost by měla být možná pouze v raných fázích vývoje nebo při neúplném vyžrání CNS. Primární reflexy by měly být plně rozvinuté již při porodu donošeného dítěte. Předpokládá se, že primární reflexy pomáhají dítěti při procesu porodu a mají životně důležitou funkci v prvních týdnech života. Primární reflexy pomáhají dítěti přežít první měsíce života. Jejich vybavitelnost

přetrvává do určitého stupně vývoje a pak mizí – v závislosti na stupni vývoje CNS. Aktivací vyšších zrajících etází CNS se objevuje koaktivace (svalová). Nástupem této kvality dochází k útlumu reflexů vyvolatelných u novorozenců (Kolář in Palašáková Špringrová, 2011). Primární reflexy vyvolávají opakované pohyby, a tím pomáhají posilovat nervová spojení mezi tělem a mozkiem, posilují vývoj rovnováhy, pohyblivosti, zraku, sluchu, řeči, schopnosti učení a komunikace. Psychomotorický vývoj probíhá v přímém souladu s postupným rozvojem rovnováhy, orientačních dovedností, koordinace pohybů i síly svalů celého těla. Úroveň zvládnutí těchto dovedností se pak podepíše na způsobu zapojení hlavy, lopatek, ramen, páteře, pánve i nohou do vzpřimování (Kiedroňová, 2010).

Rozvoj rovnováhy, orientačních dovedností, koordinace pohybů i síly svalů ale souvisí s aktivitou primárních reflexů a tak je vývoj psychomotorických dovedností přímo ovlivněn aktivitou primárních reflexů. Svaly sdělovacího systému úzce souvisí s ostatními motorickými systémy. Kinematický řetězec působící při vzpřimování ukazuje na funkční souvislost jazykových, žvýkacích a zadních šíjových svalů (Véle, 2006). Existuje tedy souvislost mezi funkčními poruchami zadních šíjových svalů a žvýkacích nebo i polykacích svalů a odstraňovat některé polykací obtíže lze proto ošetřením poruch funkce hlubokých zadních šíjových svalů (Véle, 2006). Zda je tu souvislost s radix descendens n. trigemini, není sice dosud morfologicky spolehlivě prokázáno, ale po stránce funkční je tato souvislost naznačena (Véle, 2006). Mastikační (žvýkací) svaly jsou ale zásobeny z motorické části 3. větve n. trigeminus a tento nerv proto ovlivňuje svojí činností pohyb v temporomandibulárním kloubu. Tato fakta jsou pro nás zajímavá, když se podíváme, jaký vliv mají tedy primární reflexy na motorickou ontogenezi a na rozvoj řeči i mluvení.

Moroův reflex

Moroův reflex v době fyziologického trvání pomáhá ve vývoji dýchacího mechanismu (in utero), zjednodušuje první nádech, otevře dýchací cesty při hrozícím se zadušení, a tedy pomáhá dítěti přežít. Bezbranné dítě reaguje na nepříjemné stimuly (bolest, nejistota, hlad) Moroovým reflexem, začne brečet a přitáhne pozornost dospělého. Moroův reflex má také velký vliv na vývoj očních pohybů a kontrolu nad očními svaly. V základní formě by ale měl být inhibován do 2. – 4. měsíce života a nahrazen vyspělým Strauss reflexem. Pokud Moroův reflex není inhibován, je dítě přecitlivělé na (některé) senzorické stimuly, a proto na ně reaguje příliš silně. Nečekaný zvuk, světlo, pohyb, změna polohy nebo rovnováhy může u tohoto dítěte zaktivovat Moroův reflex, a tím bude dítě neustále „ve střehu“. Při aktivaci tohoto reflexu se stimuluje i produkce adrenalinu a kortisolu (tyto hormony se také někdy nazývají stresové hormony), kvůli těmto hormonům se u dítěte zvětší reaktivita a sensitivity. Děti s přetrvávajícím Morovým reflexem vnímají všechny vjemy stejně silně, nedokážou proto „odfiltrovat“ méně důležité vjemy a jsou v důsledku toho přetížené. Hlavně pokud je dítě v rušnějším prostředí (v mateřské nebo základní škole; v místnosti, kde je puštěná televize apod.), může mít problémy s porozuměním a proto i osvojením mluvené řeči.

Tonický labyrintový reflex

Tonický labyrintový reflex (TLR) je reflexní reakce, která je aktivována změnou polohy hlavy v předozadním směru. Svůj původ má ve vestibulárním orgánu labyrintu vnitřního ucha. Pokud dítěti zakloníme hlavičku, zvyšuje se tonus v extenzorech v celém těle (dítě se natáhne) a naopak, když dítěti hlavičku předkloníme, zvýší se tonus ve flexorech (dítě skrčí končetiny). TLR pomáhá dítěti čelit gravitaci ve chvíli, kdy ještě nemá dostatečně vyvinutou schopnost zvednout a držet hlavičku a krk vzpřímeně, a pokud mu nepodepřeme hlavičku, jeho svaly jsou buď převážně v extenzi, nebo ve flexi. Dítě se ale rychle učí, a tak po prvních šesti týdnech se naučí v poloze na břiše držet zvednutou hlavičku v rovině páteře, což je první krok k úplnému ovládnutí šíjových svalů. Potom se dítě postupně naučí ovládat svalový tonus také v

kefalokaudálním směru, tzn. postupně od hlavy, přes horní polovinu těla, dolní polovinu těla až k patě. Tím se dítě naučí kontrolovat polohy hlavy vůči tělu. Tato schopnost je nezbytná pro pozdější udržení rovnováhy, vzpřímený postoj a koordinaci. Přetrvávající TLR způsobuje horší držení těla. Často vzniká dysbalance, kdy dochází ke změnám statiky i hybných stereotypů. Pokud TLR přetrvává více do extenze, děti mívají hypertonus (zvýšený svalový tonus), jejich svaly jsou i na dotyk pevné a mají tendenci chodit po špičkách. Když mají radost nebo se naopak zlobí, hypertonus se ještě zvýší a „cupitají“ po špičkách a ještě k tomu mohou začít mávat rukama. Pokud ale u dětí přetrvává TLR více do flexe, vidíme hypotonus (menší svalový tonus). Pokud takovéto dítě při čtení sedí (takže má hlavu v mírném předklonu), ovlivňuje to jeho svalový tonus tak, že se zvýší tonus ve flexorech - po chvíli sedí s kulatými zády, podpírá si hlavu nebo dokonce si lehne na stůl. Nacházíme předsunutou hlavu, zvýrazněnou krční lordózu, značné přetížení cervikokraniálního a cervikotorakálního přechodu, změněnou polohu lopatek. Zvýšené napětí prsních svalů způsobí větší kyfózu hrudní páteře (kulatá záda) a předsunuté držení ramen (tzv. knoflíkovitá ramena). Takové děti mají také „vyvalené břicho“, chabé břišní svaly a větší lordózu bederní páteře. TLR tedy ovlivňuje jak držení těla, tak i hlavy. Kvůli trvale většímu napnutí týlového a krčního svalstva může dojít k podobným jevům jako při cervikálním syndromu. Hlavní zátěž je zde ovšem ve svalstvu, nikoliv primárně v nervové oblasti. V celkovém obrazu zátěže se objevuje, prostřednictvím dráždění v medulla spinalis až medulla oblongata, také hypersenzitivita v oblasti n. facialis a n. trigeminus (Froneberg, Fabianová, 2007). Mimické svaly jsou ale inervovány z n. facialis a mastikační svaly z n. trigeminus. Různý svalový tonus v různých tělesných částech může zapříčinit kolísání svalové kontroly (ovládání) při vykonávání orálně-motorických pohybů v průběhu mluvení a polykání. Proto je třeba nejdříve zajistit stabilitu ramen a trupu. Ramena a spodní partie těla slouží jako kotva, tvoří základnu pro pohyb obličeje, protože ramena stabilizují čelist a čelist stabilizuje jazyk (Gangale, 2004). Pokud se inhibuje činnost přetrvávajícího TLR, můžeme dosáhnout vyšší úroveň posturální stability, tím získá dutina ústní volnost pohybu s účinným a přesným funkčním pohybem.

Asymetrický tonický šijový reflex

Asymetrický tonický šijový reflex (ATŠR) je aktivován, když otáčíme hlavu na jednu nebo na druhou stranu. Tam, kam otočíme hlavu, se paže i noha natahují, zatím co druhá paže i noha se naopak skrčí (u miminka tomu říkáme poloha šermíře). U dítěte s aktivním ATŠR je tělo rozděleno jakoby na dvě poloviny – na pravou a levou, přičemž spolupráce mezi oběma polovinami je minimální a „překročit“ pomyslnou střední čáru těla je velice těžké (Goddard, 2005; Volemanová, 2013). Proto, kdybychom například chtěli na dítěti, aby hračku, kterou má v pravé ruce, položilo na levou stranu stolu, pravděpodobně přenesse pravou ruku na střed těla, tam přehodí hračku do levé ruky, a teprve pomocí této druhé ruky položí hračku na stůl (že by mohlo pravou rukou položit hračku rovnou na levou stranu stolu, ho ani nenapadne). Takovéto dítě také většinou není schopné provést plynulý kontralaterální pohyb, a tak se často tyto děti např. nepláží nebo nelezou. Lezení a plazení je ale velice důležité pro vývoj správné koordinace ruka - oko a správné integrace vestibulární informace s informacemi z ostatních smyslových orgánů. Také se uvádí, že během fáze lezení se stimuluje myelinizace v CNS, a to hlavně corpus callosum (Bilo, 2005; Cook, 1999). Přetrvávající ATŠR způsobuje horší spolupráci mozkových hemisfér. Na produkci řeči se vedle mozku ale podílejí i centra uložená v prodloužené míše, mozečku a mezimozku. Z mezimozku se řídí např. činnost hlasivek, melodie a hlasitost mluvy, její frázování, tj. vesměs řečové složky mimo vlastní artikulaci. Kdysi se soudilo, že centra řeči jsou uložena ve vedoucí hemisféře mozku, ale ani to není jednoznačné, na řeči, tak jako na jiných intelektuálních činnostech, se podílí vlastně celý mozek, i když různou měrou (Krčmová, 2016). Proto horší spolupráce mozkových hemisfér může způsobovat problémy od poruch řeči až

k poruchám učení (Cook, 1999). Často v takových případech vidíme také nesoulad mezi mluveným a psaným projevem.

Sací a hledací reflex

Pokud dojde k dotyku tváře miminka, které má ještě fyziologicky hledací reflex, otočí se za dotykem, otevře pusinku a hledá, co by mohlo sát (proto se při kojení nemá příliš dotýkat jeho tvářičky). Sací reflex umožňuje miminku hned po narození sát potravu. Jakmile dostane něco do úst, položí jazyk na spodní část ústní dutiny, aby vznikl podtlak a mohlo sát. V porovnání se sací reakcí dospělých se sání děje více v přední části úst - je to reakce zahrnující rty, čelisti a jazyk. U dospělé sací reakce je jazyk blíže u patra v zadní části úst. U dítěte s přetrvávajícím sacím reflexem zůstává jazyk příliš vpředu v puse a díky tomu má položený jazyk na spodině úst (Lersch, 2013). Proto je pro ně těžké zavírat pusinku a dýchat nosem. Takové děti vypadají, jako by měli moc velké nosní mandle. V důsledku přetrvávajícího sacího reflexu dítě také drží hlavu v předsunuté poloze. Dokud je jazyk položen příliš vpředu v ústech, je těžké jazyk ovládat. Děti tedy mívají problémy s mluvením, polykáním, sliní z úst, mívají horší koordinaci mezi mluvením a dýcháním a neumí jíst se zavřenou pusinkou. I když se později inhibuje sací reflex a položení jazyka se posune do správné polohy, je nutné posílit jazyk, protože bude určitě oslaben. Děti s přetrvávajícím sacím reflexem často potřebují orální stimulaci - pořád potřebují něco žvýkat nebo sát, a tak dlouho cucají palce, vlasy, tužky, límečky apod. Tím ale může vznikat až tzv. "gotické patro"- hodně vysoké a úzké horní patro. Děti se u jídla často ušpiní, protože jim jídlo padá z úst. Přetrvávající sací reflex také může způsobovat, že dítě nemá rádo různé konzistence jídla.

Palmární reflex

Palmární reflex způsobuje, že děti automaticky svírají prsty kolem čehokoli, co se jim dá do dlaně. Během prvních měsíců života existuje velká souvislost mezi palmárním reflexem a sáním. Palmární reflex se projevuje i při kojení, kdy kojenec během sání reflexně svírá a otevírá dlaně, jako by hnětl těsto. Tato souvislost se jmenuje Babkinův respons nebo Babkinův reflex (když dítěti, které leží na zádech, stisknutím současně zavřeme obě dlaně, dítě otevře ústa a srovná si hlavičku doprostřed). Opačně to platí také, např. při psaní často vidíme, že když se dítě hodně soustředí na to, co dělá rukama, začíná pohybovat ústy a jazykem. Palmární reflex má velký vliv na jemnou motoriku. Od špatného držení tužky a potíží s opozicí palce oproti ostatním prstům, přes tendence "psát ústy" a "mluvit rukama" (Babkinův respons). Kvůli tomu mívají tyto děti i potíže s řečí a artikulací (Lersch 2013; Goddard 2005; Volemanová 2013).

Shrnutí

Primární reflexy ovlivňují vývoj řeči v několika rovinách. Zprvce ovlivňují motorický vývoj dítěte, zadruhé mohou ovlivnit postavení jazyka a citlivost v ústech (i kolem úst) a zatřetí mohou ovlivnit citlivost na senzorické stimuly a spolupráci mozkových hemisfér. V současné době se ve světě využívají různé metody, které mají za cíl potlačit (inhibovat) přetrvávající primární reflexy, a tím odstranit problémy jimi způsobené. Tyto terapeutické metody jsou založeny na různých principech. Některé metody využívají terapii přes pohyb, zvuky (nebo kombinaci zvuku a světla), další pak inhibují přetrvávající primární reflexy pomocí očních cvičení (behaviorální optometrie) nebo přes senzorickou integraci. Sama pracuji s Neuro-vývojovou terapií (NVT), která je inspirována poznatky z více metod najednou a používá se u dětí od 4 let, ale je účinná i u dospělých. Léčba je založena na jednoduchých cvičích, které často napodobují pohyb vyvolaný primárními reflexy, a tím dáváme mozku druhou šanci, aby se postupně naučil správně kontrolovat fungování těla. Aktivita přetrvávajících primárních reflexů je tedy cvičením přirozeně potlačena, a tím zmizí i související potíže.

Literatura

- BILO, R.A.C.; VOORHOEVE, H.W.A. Kind in ontwikkeling. Amsterdam: Reed Business, 2011. ISBN 978 90 352 3010 1
- COOK, P.; O'DELL, N.E. Neposedné dítě. Praha: Grada Publishing, a.s., 1999. ISBN 071698997
- FRONEBERG, W.; FABIANOVÁ, G. Manuální neuroterapie. Olomouc: Poznání, 2007. ISBN 978-80-86606-58-3
- GANGALE, D.C. Rehabilitace orofaciální oblasti. Praha: Grada Publishing a.s., 2004, ISBN 8024705346, 9788024705347
- GODDARD, S. Reflexen, leren en gedrag. Zoetermeer: Protocol BV, 2005. ISBN 978-90-76775-07-4
- KIEDROŇOVÁ, E. Rozvíjej se, děťátko. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3744-7
- KONICAROVÁ, J. ; BOB, P. Retained primitive reflexes and ADHD in children. [online] 2013 (citováno 2.1.2014), dostupné na WWW: <http://www.activitas.org/>
- KRČMOVÁ, M. Fonetika a Fonologie- Řízení řečové činnosti. [online] 2008 (citováno 1.5.2016), dostupné na WWW: <http://is.muni.cz/elportal/estud/ff/js08/fonetika/ucebnice/ch05s01s01.html>
- LERSCH, M. Reflexes. [online] 2013, dostupné na WWW: <http://www.neuways.com.au/Reflexes.html>
- PALAŠČÁKOVÁ ŠPRINGROVÁ, I. Akrální koaktivační terapie. Palaščáková Špringrová REHAPRING, 2011. ISBN 978 80 260 0912 2
- VÉLE, F. Kineziologie. Triton. Praha, 2006. ISBN 80- 7254-837-9
- VOLEMANOVÁ, M. Přetrvávající primární reflexy, opomíjený faktor poruch učení a chování. Praha: Volemanová Marja Annemiek- Red tulip. ISBN 978- 80- 905597-0-7

Muzikoterapeutické instrumentárium v běžné klinicko-logopedické praxi.

Mgr. Kateřina Fritzlová, (1,4); MUDr. Martin Kučera (2,4); RNDr. Marek Frič PhD.(3,4)

1. Ambulance klinické logopedie Žamberk

2. ORL ambulance, Foniatrie, Centrum léčby hlasových poruch Rychnov nad Kněžnou

3. Výzkumné centrum hudební akustiky HAMU Praha

4. Institut pro výzkum a léčbu poruch komunikace s.r.o.

1. Úvod

Nástroje užívané v muzikoterapii lze aplikovaně s předem daným rehabilitačním cílem použít v klinicko-logopedické praxi. Využití je možné pro běžnou ambulantní klientelu a poruchy lehčího charakteru, neurorehabilitaci těžkých organických poruch a neurodegenerativních onemocnění, pro individuální práci, nebo skupinové programy. Jedná se většinou o nástroje z instrumentária lidové/etnické hudby nebo tzv. staré hudby. Patří sem strunné nástroje jako např. kantela, lyra, monochord; z dechových nástrojů koncová flétna; z perkusních nástrojů rámový buben, djembe, chrastidla, dešťová hůl; melodické perkuse jako je sanza a kalimba atd. Zvláštní skupinu tvoří nástroje s harmonizačním účinkem vyráběné přímo pro muzikoterapeutické účely - sansula, shanti a koshi zvonce, sundrums, harmonizační rezonanční kolébky a lehátka a další.

1.1. Muzikoterapeutické nástroje vhodné pro klinicko-logopedickou praxi.

Z pestrých možností muzikoterapeutického instrumentária se autorům článku nejvíce osvědčují tyto nástroje:

Koncová flétna	Kalimba/Sanza	Sansula	Koshi zvonce	Rezananční kolébka
				
Rámový buben	sundrum	Djembe	Drhla, perkuse	Kantele
				

1.2. Základní pravidla a přístup při rehabilitační práci s hudebními nástroji:

*Práce s nástrojem má přesně daný plán, způsob použití a předem daný rehabilitační cíl. Pozn.: Nástroj tedy není používán psychoterapeuticky ve smyslu hudební improvizace užívané v mnoha muzikoterapeutických modelech (humanická, psychodynamická muzikoterapie). Z hlediska terminologického vymezení užívaného v muzikoterapii můžeme hovořit o direktivních technikách muzikoterapie, kdy nástroj je užíván pod vedením terapeuta a terapeutický postup je předem daný (Kratochvíl 2002 in Kantor, Lipský, Weber 2009). Autoři článku ale upřednostňují formulaci, že provádí nepřímé rehabilitační techniky s využitím muzikoterapeut. istrumentária. Nástroj je rehabilitační pomůcka, pomocí které se provádí nepřímá rehabilitace postižení. *Pacient je zaměřen na práci s nástrojem, nikoliv na rehabilitaci svého deficitu/ postižení. *Nástroj musí být atraktivní a umožnit „úspěch“.

2. Oblasti rehabilitačního využití.

V komplexním rehabilitačním přístupu u poruch hlasu, řeči, sluchu, nebo těžkých kombinovaných poruch, lze cíleným a přesně voleným použitím některých hudebních nástrojů efektivně ovlivňovat tyto oblasti: Svalovou funkci, v rámci které ovlivňujeme dechovou funkci; Percepci / senzorickou složku řeči; Smyslovou integraci jako neurofyzilogický proces, který v CNS neustále probíhá; Sociální oblast/ pragmatickou rovinu komunikace. Současně je pasivní, ale především aktivní zkušenost práce s hudebním nástrojem výrazně motivačním faktorem zejména u těžkých, nebo chronických poruch.

2.1. Svalová funkce

Ovlivnění svalové funkce ve smyslu koordinace svalového napětí na úrovni hrubé i jemné motoriky:

- Postura a posturální svalstvo
- Dechová funkce

(problematiku dechové funkce je nutno vnímat jako součást celkové svalové funkce v integritě posturálních svalů člověka (Frič, Kučera, 2014). Dechovou funkci ovlivňujeme ve smyslu koordinace svalů zapojených do dýchání. Pozn.: Dále je třeba vnímat tři dechové fáze (klíčková – hrudní – břišní) jako součástí jednoho celku dechového cyklu a ne jako izolovaný typ dechu. Následný rhb. cíl je navození rovnováhy těchto tří fází dechového cyklu, nikoliv „návík jednoho (břišního) typu dechu!

- Přiměřená pracovní tonizace těla při klinickém obraze fonorespiračních, artikulačních spasticit, nebo hypotonií
- Rozvoj hrubé motoriky, dynamické a statické koordinace těla
- Rozvoj jemné motoriky, dynamická koordinace horních končetin, návík funkčních prstových úchopů
- Rozvoj orofaciální motoriky, viz. dále kapitola

2.2. Percepce

Stimulace rozvoje sluchového vnímání na bazální úrovni vnímání zvuků neřečové povahy:

- Citlivost na zvuky a jejich intenzitu
- Stranovost slyšení

- Rozpoznání dominantního signálu proti akustickému pozadí
- Nácvik posloupnosti prostřednictvím prožitku zvuku v reálném čase.
- Rozvoj rytmizace (vnímání rytmu prostřednictvím těla, nebo prostřednictvím hudebního nástroje)
- Posilování sluchové paměti (rozpoznání a opakování zvuků, nápodoba rytmu, opakování dynamického vzorce)

2.3. Smyslová integrace

Použitím hudebního nástroje působíme na více smyslů současně. Jedná se především o propriocepci, vestibulární aparát, zrak, sluch a hmat. Posilujeme tak smyslovou integraci (SI), která probíhá v CNS, tzn. příjem, zpracovávání, třídění informačních vzruchů, které vnímáme různými smyslovými orgány a receptory a plánování a vytváření odpovědí na tyto smyslové podněty. Nepřímě tak působíme na úrovni centrálních mozkových drah a řídicích korových oblastí.

2.4. Sociální oblast

- Rozvoj sociálních dovedností (při práci terapeut – dítě, rodič – dítě, nebo skupinové práci).
- Korekčně emoční zkušenost (možnost být úspěšný, změna komunikačního napětí, vybití emocí a energie).

2.5. Tabulky: Hudební nástroje a hudební prvky v rehabilitaci – přehled.

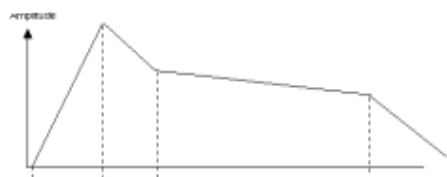
Použitelné instrumentarium							
	Statická koordin.	Dynam. koordin.	Jemná motorika	Koordin. hemisfér	Vizuální koordinace	Sluchové vnímání	SI
Rámový buben (jednoručný)	+	+	+			+	+
Velké bubny (obouručné)		+		+	+	+	+
Struny/ drnkání		+	++	+	++	+	+
Drobné perkuse		+	+			+	+
Harmonizační nástroje	++	++	++	+		+	+
Dechové	++	++	++			+	+
Koncovka						(Přítomná, kůžena)	+

Složky hudby a cíl rehabilitace						
	dech	hlas	řeč			
		měkkost	rezonance	diferenc. hlásek	plynulost	verbální-akust. paměť
Tempo	+	+			+	+
Rytmus	+				+	+
Dynamika	+	+		+		+
Melodie				+		+
Barva			+	+		+
Trvanost	+			+		+

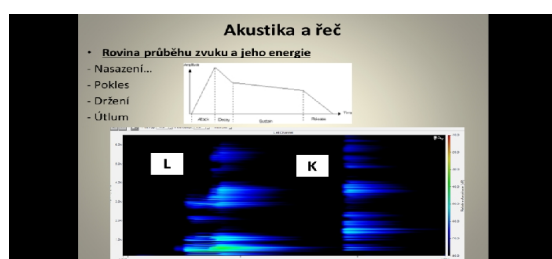
3. Použití hudebních nástrojů s ohledem na akustiku řeči:

Řeč je zvukový projev, který má svou melodii, rytmus a tempo. Hláška je jejím základním stavebním kamenem. Z pohledu fonetiky a akustiky lze každou hlásku (stejně jako kterýkoliv jiný zvuk) definovat jejím průběhem (změnou energie) v čase a frekvenčním spektrem. Tyto dvě základní modalities jsou klíčem pro dekodování jednotlivých hlásek v CNS. Frekvenční rovinu můžeme v zásadě vnímat skrze přítomnost či nepřítomnost tonální složky – znělost/neznělost. Dále přítomností formantové složky (odpovídá též termín konsonantnost) a přítomností šumové složky.

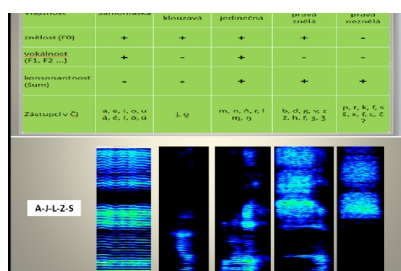
Obr.1.: V rámci průběhu je z akustického hlediska důležité pro odlišení hlásky její nasazení, pokles, držení a útlum. Pozn.: Ve fonetice je korelát na úrovni svalového napětí artikulátorů: intenze, tenze, detenze (Palková 2004).



Obr.2.: Spektrální analýza hlásky „L“ a „K“. Hlávka „L“ má pomalé nasazení, hlávka „K“ velice rychlé. Rychlý způsob nasazení je důležitou akustickou charakteristikou pro explozivně tvořené hlávky, pomalý pro frikativy.

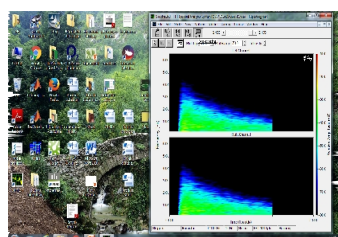


Obr.3.: Spektrální analýza vokálu „A“ a hlásek v pořadí „J-L-Z-S“. Samohlávka „A“ je znělá, má formanty a neobsahuje šum. Hlávka „J“ je znělá, nemá výraznou obsah formanty i šum. Hlávka „Z“ je znělá, neobsahuje formanty, má šum. Hlávka „S“ je neznělá, neobsahuje formanty, je přítomna jen složka šumu.

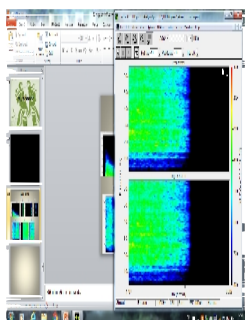


Některé hudební nástroje odpovídají svým zvukem hlávkám, nebo hlávkovým skupinám jak svým charakteristickým průběhem tvořeného zvuku, tak frekvenčními charakteristikami. Jejich užití je nepřímá stimulace rozvoje sluchového vnímání na úrovni diskriminace hlásek fonemického sluchu.

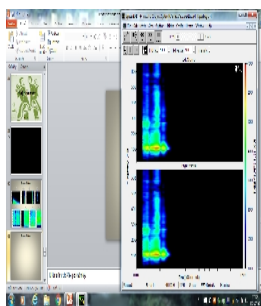
Obr.4.: Spektrální analýza úderu na buben. Patrné rychlé nasazení a pomalé odeznění, bez přítomnosti harmonických složek. Zvuk odpovídá neznělým explozivním hlávkám.



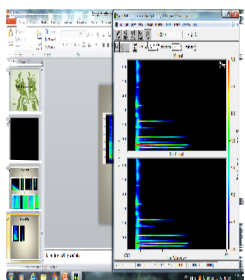
Obr.5.: Spektrální analýza zvuku dešťové hole. Obsahuje pouze šumovou složku ve vyšších frekvencích s dlouhým průběhem, zvuk odpovídá neznělým sykavkám.



Obr. 6.: Spektrální analýza zvuku drhla. Opakující se pulzní zvuk s výraznou frekvenční charakteristikou. Odpovídá /napodobuje kmitnou hlásku R, která je znělá šumová hláska s přítomností formantů.



Obr.7.: Spektrální analýza zvuku sundrumu. Čistě tonální charakteristika (tzn. základní tón + formanty, dlouhá fáze odeznění). Odpovídá vokálům.



4. Koncová flétna - základní nástroj rehabilitační praxe.

Přefuková píšťala koncovka má své pevné místo v muzikoterapeutickém instrumentáriu pro své snadné použití při hře, se současným bohatým hudebním výrazem. Koncovka je lidový hudební nástroj patřící do pestré skupiny tzv. rifových a přefukových píšťal. Charakteristickým rysem přefukových píšťal je možnost měnit výšku tónu intenzitou výdechu. (Pozn.: Tradičními zástupci těchto nástrojů jsou fujara, šestidírková píšťala nebo její varianta dvojačka ze Slovenska, bulharský kaval, píšťala moxeno z Bolívie nebo japonská shakuhachi. Všechny tyto zmíněné píšťaly však využívají ke změně výšky tónu nejen výdech, ale i vrtané dírky, tak jak je známe z hraní na zobcovou flétnu. Koncovka je jediný nástroj v této skupině, který vrtané dírky nemá a

ke změně tónu je nepoužívá. V Evropě se koncovka do současné doby zachovala jako původní nástroj pasteveckých kultur Karpatského oblouku. V naší oblasti je nástrojem Valašska a Slovenska). Autoři článku považují tento nástroj pro rehabilitační účely za základní.

4.1. Principy rehabilitační práce.

Při použití koncovky zlepšujeme nepřímým způsobem posturu, dechovou funkci na úrovni nádechu i výdechu, tonus svalových skupin počínaje orofaciální oblastí a svalovinou pánevního dna konče (Kučera, 2013).

- Při tvorbě každého tónu se přenáší tonus dýchacích svalů na svalovinu hltanu, dutiny ústní i obličeje.
* Každý tón má svou intenzitu napětí rtů, jazyka i měkkého patra.
* Každý výdech, se svou potřebnou intenzitou, vede ke svému potřebnému nádechu.
* Každý dechový cyklus potřebuje přiměřenou tonizaci posturálních svalů.

Pro rehabilitační práci je pro dospělé jedince vyššího věku nejvhodnější delší nástroj v tónině „A“. Pro jedince nižšího věku a školní děti je vhodný kratší nástroj, nejlépe v tónině „C“, v předškolním věku je výhodnější krátký nástroj v „D“ ladění. Nástroje v těchto tóninách svou délkou umožňují zahrát potřebnou škálu tónů i hudební použití. Správně zhotovený nástroj musí být schopen vytvořit čistý hluboký tón i vysoký ostrý „přefuk“. Pro rehabilitační práci jsou vhodné plastové nástroje, protože umožňují snadnou dezinfekci.

4.2. Přehled základních indikací:

- postižená koordinace dýchání (při funkčních i organických postiženích dolních dýchacích cest)
- funkční a organické hlasové poruchy z přetížení
- postižení výslovnosti při poruchách inervace svalů účastnících se artikulace (stavy po CMP nebo jiném postižení CNS s postižením n. facialis, s orální a fonační apraxií)
- stavy po chirurgických zákrocích v oblasti dutiny ústní a hltanu (jazyk, patro atd.)
- poruchy výslovnosti s potřebnou tonizací artikulačního svalstva, kdy je nutné usměrnění výdechové práce (znělost-neznělost, nácvik dechově náročných hlásek, např. vibranty, atd. dle fonetických specifik jazyka)
- poruchy tempa a plynulosti řeči
- vývojové poruchy řeči s postižením na úrovni artikulace i percepce.
- těžké sluchové vady (po korekci sluchadly)

Literatura:

Frič, M., Kučera, M.: Optická analýza dechových pohybů při cvičení s jednoduchou přefukovou píšťalou - koncovkou. In: Nové trendy akustického spektra 2014.

Technická univerzita vo Zvolene. p. 63-72.

Frič, M., Kučera, M.: Analýza dechových pohybů při cvičení s jednoduchou přefukovou píšťalou- koncovkou. In: SBORNÍK ABSTRAKT 12.česko-slovenský foniatrický kongres a XXV.celostátní foniatrické dny Evy Sedláčkové, 18.- 20.2014, Praha. Medical Healthcom spol. s r.o., Španělská 4, 120 00, Praha 2. p. 58-61.

Gerlichová, M. – Muzikoterapie v praxi, Grada: Praha 2014

Geschwind, N., Galaburda, A. M. (1985c). Cerebral lateralization. Biological mechanisms, associations,

and pathology: III. A hypothesis and a program for research. Archives of Neurology, 42, 634 - 654 .

Kantor, J., Lipský, M., Weber, J. a kol. – Základy muzikoterapie, Grada, Praha 2009

Grove, G., Sadie, S., Tyrrell, J., etc.: New Groves Dictionary of Music and Musicians, 2001

Husák, R., Kachlík, D. a kol.: Memorix anatomie, Triton 2013

Kučera, M., Frič, M., Halíř, M.: Praktický kurz hlasové rehabilitace a reedukace (Opočno 2010, výukové skriptum ISBN 978-80-254-8244-5) 46-48,56...skriptum

Kučera, M.: Rehabilitation of selected disorders of voice and speech by playing the overblown flute. Technique of directive musical therapy – Textbook and Book of abstracts of The 10th Pan European Voice Conference PEVOC, Praha 2013

Kučera, M.: Podstata funkčních poruch (str. 218) In Dršata J. a kolektiv: Foniatrie – hlas, Nakladatelství Tobíáš 2011

Kučera, M., Fritzlová, K., Halíř, M.: Smyslové vnímání v rehabilitaci poruch komunikace. In: Sborník abstrakt semináře Senzoricko – senzitivní integrace, HAMU, Praha 2016

Lowe, R., Webb, W.: Mozek a řeč, Portál, 2009

Miller, L., Anzalone, M., Lane, S., Cermak, S., Osten, E.: Concept Evolution in Sensory Integration: A Proposed Nosology for Diagnosis. American Journal of Occupational Therapy Vol 61 No 2, 2007

Palková, Z.: Fonetika a fonologie češtiny, Karolinum, 1994

Vyskotová, J., Macháčková, K.: Jemná motorika, Grada 2013

Hodnocení slovní zásoby u dětí předškolního věku

PhDr. Lucie Durdilová, PhD.

Zhodnocení pasivní a aktivní slovní zásoby by vždy mělo být součástí základní logopedické diagnostiky. Tuto skutečnost komplikuje fakt, že v České republice není v současné době k dispozici kvalitní diagnostický nástroj, který by oblast slovníku komplexně mapoval. Cílem předkládaného příspěvku je přiblížit možnosti, jež jsou využívány v zahraničí, dále pak představit hodnotící nástroj, který by mohl umožnit orientační screening lexikálně – sémantické jazykové roviny.

Klíčová slova: individuální lexikon, pasivní a aktivní slovní zásoba, diagnostické materiály

1. Slovní zásoba

Spolu s gramatikou a zvukovou stránkou patří slovní zásoba k hlavním komponentám každého jazyka. Oproti dvěma výše uvedeným je to složka v čase se nejvíce dynamicky proměňující. Proto je relativně obtížné vytvořit univerzální nástroj měřící úroveň slovní zásoby a zároveň zachovávající aktuálnost předkládaných slovních výrazů.

Lingvistická terminologie hovoří o lexému coby základní jednotce lexikonu. Výraz lexém začíná být užíván až zhruba ve 20.století a má zpřesnit klasifikaci slovníku. Lexém je jednotkou i u slovních spojení, která nesou určitý jednoznačný význam (např. *kyselina sírová*, *bojím se* – spojení dvou slov, ta jsou jedním lexémem) (Čermák, 2010).

Obecně lze členit slovní zásobu na jádro a okrajovou část. Jádro tvoří stabilní slovní výrazy s nízkou mírou proměnlivosti, jedná se především o trvalá slova (např. *otec*, *matka*, *stůl*,...), základní životní skutečnosti (např. *děšť*, *spát*, *jít*,...) nebo slova základová (např. *les*, *dřevo*,...). K jádru slovní zásoby lze dále přiřadit i stabilní přídavná jména, zájmena, číslovky a většinu neohebných slovních druhů. Okrajová část lexikonu je pak v čase výrazněji proměnlivá (Havlová, Štěrbová, Schneiderová, 1999; Hauser, 2009). Proto při výběru slovních pojmů k vyšetření pasivní a aktivní složky slovníku je lépe volit výrazy z jádra. Sníží se tím jednak riziko brzké ztráty aktuálnosti testu, dále budou tato slova lépe využitelná u různých věkových skupin klientů.

Zachytit kompletní rozsah slovní zásoby konkrétního jazyka je relativně náročné. Snaží se o to především slovníky národních jazyků, případně slovníky frekvenční. V České republice je pak od 90. let možné využít poznatky korpusové lingvistiky, konkrétně data Českého národního korpusu (ČNK). Jedná se o volně dostupné elektronické databáze čítající oproti běžným slovníkům až miliony pojmů. Zabývají se analýzou psaného i mluveného jazyka, v podobě synchronní i diachronní. Při vytváření materiálu k logopedickému screeningu slovní zásoby bylo výhodné využít korpus mluvené řeči, nejaktuálnější ORAL 2013. Je referenčním (průběžně doplňovaným) korpusem spontánní neformální mluvené češtiny (území Čech, Moravy, Slezka) (Benešová, L., Křen, M., Waclawičová, M., 2013).

Nevýhodou zůstává, že výše uvedený korpus zachycuje mluvený projev pouze dospělých jedinců. Dětská řeč korpusově zatím zpracována nebyla a to především z důvodu její vysoké variability a výrazné proměnlivosti ve vztahu k věku a dosažené vývojové úrovni dítěte.

1.1 Individuální slovník

U jednotlivce pak hovoříme o tzv. individuálním slovníku. Obecně řečeno se jedná o soubor slov, jejichž významu konkrétní jedinec rozumí či je aktivně v komunikaci užívá. V základu lze tedy slovník uživatele rozdělit na pasivní a aktivní (či receptivní a expresivní). Pasivní zahrnuje

všechny slovní výrazy jimž daný člověk rozumí, aktivní pak ty, které sám aktivně produkuje. Aktivní produkci lze sledovat v několika formách – spontánní verbální, čtené či písemné. Její kvalita se odvíjí od schopnosti rychlé a přesné výbavnosti pojmů, Aitchison (2002) uvádí za standardní promluvu 3 a více slov za sekundu. Pasivní slovník u intaktní populace svým rozsahem obvykle přesahuje aktivní složku několikanásobně.

Psycholingvisté v rámci individuálního lexikonu pracují s termínem mentální slovník. Ten reprezentuje určitou uspořádanou strukturu v podobě sémantické sítě. Psycholingvisté se zabývají nejen otázkou kvantity této struktury, ale snaží se zmapovat způsob jejího uspořádání a principy rychlé výbavnosti požadovaných slov. Zabývají se systémy sémantického osvojování a uvědomování si jednotlivých pojmů (Müller, 2008). V zahraničních publikacích označováno jako *semantic priming effect*, kdy jsou odlišovány dva hlavní směry slovního uvědomování si a ukládání – tzv. směr sémantický a asociační¹ (Ferrand, New, 2004).

2. Hodnocení individuálního slovníku

Komplexní zhodnocení lexikonu jedince by v sobě mělo zahrnout rovinu kvantitativní i kvalitativní, na úrovni pasivní i aktivní. Kvantitativním hodnocením obecně rozumíme počet slovních výrazů v individuálním lexikonu; hodnocení kvalitativní sleduje škálu a frekvenci užívaných slovních druhů.

V rámci metodiky evaluace lexikonu jsou nejčastěji uplatňovány dva hlavní způsoby.

První z nich bývá užíván především u dětí raného věku a je založen na záznamu percepčních a expresivních výkonů dítěte, obvykle rodiči či jiným pečovatelem. Jedná se o tzv. rodičovské dotazníky, v zahraničí například hojně využíván Mac Arthur – Bates Communicative Development Inventory (MAB-CDI), rozdělen do tří segmentů dle věku dítěte, v souhrnu využitelný u jedinců od 8. do 35. měsíce. Na Slovensku adaptovaná verze Tekos I., Tekos II., v souhrnu pro věk 8-30 měsíců. Česká adaptace pracuje s částí MAB-CDI II. (věk 16-30 měsíců) a nese název DoVyKo. Výše uvedené dotazníky nehodnotí ale pouze izolovaně slovní zásobu, zaměřují se i na neverbální doprovod (gesta), gramatickou složku a tvorbu vět či způsob hry. K výhodám rodičovských dotazníků patří, že je zachycována verbální produkce i porozumění v dítěti přirozeném prostředí a situacích, tedy při spontánní aktivitě. Tuzemští i zahraniční autoři ale mnohdy uvádí zjištění, že informace získané ze strany rodičů mohou být mnohdy výrazně zkreslené a to jak ve smyslu nadhodnocování, tak i podhodnocování výkonu dítěte. Často jsou v předkládaných záznamech uváděny i diametrálně odlišné výsledky při hodnocení otcem a matkou.

Druhým způsobem hodnocení dětského slovníku, který by měl zajistit vyšší objektivitu výsledku, mohou být testové materiály, v nejlepším případě standardizované.

V současné době se v České republice nesetkáváme s testovým nástrojem, který by komplexně hodnotil slovní zásobu, u dětí ani u dospělých. K dispozici jsou logopedům testy či subtesty (vývojových testů jazykových schopností, inteligenčních testů, apod.) hodnotících lexikon parciálně (obvykle izolovaně pouze pasivní nebo aktivní složku). V mnoha případech je však jejich aktuálnost již překonána. Mezi nejčastěji užívané testové materiály (subtesty) patří subtest

1

Sémantický směr – ukládání (případně výbavnost) pojmů bez přítomnosti asociace, např. vosa – moucha.

Asociační směr – bez sémantické podobnosti, ukládání (případně výbavnost) pojmů na podkladě asociace, např. akvárium – ryba.

Slovníková zkouška WISC-V² (měří PSZ³, logopedům obvykle obtížně dostupná); dále subtesty vývojových testů jazykových schopností (např. Heidelbergský, Vývoj jazykových schopností – měří PSZ). Platnost získaných dat je mnohdy negativně ovlivněna tím, že je omezena míra jejich kvalitního vyhodnocení.

V zahraniční nacházíme relativně vysoké množství testů využitelných jak k hodnocení PSZ i ASZ⁴ izolovaně, tak ve validním komplexu. Drtivá většina těchto nástrojů je standardizována. V anglofonním prostředí k nejhojněji užívaným komplexním testům, hodnotícím lexikon coby celek, patří například Receptive and Expressive One – Word Picture Vocabulary Tests – 4th Edition (ROWPVT-4, EOWPVT-4, 2010); Comprehensive Receptive and Expressive Vocabulary Test – 3rd Edition (CREVT – 3, 2013); Clinical Evaluation of Language Fundamentals -5th Edition (CELF-5, 2013). Tyto testy mají i tu výhodu, že je lze uplatnit u širokého věkového spektra klientů, obvykle v rozsahu od dětství (předškolní věk) do dospělosti. Pro období od raného po předškolní věk jsou pak určeny například baterie Preschool Language Scales – 5th Edition (PLS-5, 2011), Test of Language Development-Primary, 4th Edition (TOLD-P – 4, 2008) či Montgomery Assessment of Vocabulary Acquisition (MAVA, 2008). Výhodou zahraničních testových materiálů nepopíratelně zůstává, že jsou v průběhu let opakovaně aktualizovány, což je s ohledem na dynamičnost slovní zásoby v lingvistickém procesu, obzvláště výhodné.

3. Orientační test pasivní a aktivní slovní zásoby

V důsledku výše uvedených skutečností vznikla myšlenka sestavení testového nástroje, který by alespoň částečně pokryl potřebu objektivizovat úroveň pasivního a aktivního slovníku. Předlohou pro jeho vznik se staly komplexní testy zahraniční. Ustavování podoby materiálu probíhalo v několika fázích od roku 2012, s ověřováními a následnými korekcemi.

Finální test se skládá z fotografické přílohy a strukturovaného záznamového archu, obsahuje dvě základní části – pasivní a aktivní. Pasivní je založena na klasickém formátu “...*ukážete, kde je na fotografii...* “. U části aktivní se v zahraničí obvykle užívají dva hlavní způsoby hodnocení a to “...*vysvětlíte, co znamená slovo...*” nebo “*řekněte, co je toto...*”. Byly vyzkoušeny obě možnosti měření aktivního slovníku, nakonec za více funkční, s ohledem na objektivizaci výsledku, byl zvolen druhý formát, tedy přímé pojmenování zobrazení.

Oba subtesty testují podstatná, přídavná jména a slovesa; pasivní oddíl v deseti hlavních kategoriích. Zvolená slova jsou z různých frekvenčních hladin a mají být fotograficky jednoznačně zobrazitelná. Vybrané pojmy jsou neutrálního charakteru, s nízkou lingvistickou dynamikou jazykového vývoje; využitelné přednostně u předškolních klientů, ale zároveň umožňující hodnocení slovníku i u dalších věkových kategorií.

Jedná se o orientační screeningový test, který by měl upozornit na deficit v oblasti slovní zásoby, konkrétněji základních slovních druhů. Není standardizován, nemá vytvořeny normy pro srovnání výsledného skóre, hladiny úspěšnosti jsou stanoveny ryze dle statistických principů. Orientační test podává informaci, zda je či není třeba provést podrobnější analýzu pasivního a aktivního lexikonu a upozorňuje na to, zda se terapeuticky cíleně zaměřit na stimulaci lexikálně-

2

WISC-V: Wechsler Intelligence Scale for Children – Fifth Edition, 2014.

3

PSZ – pasivní slovní zásoba

4

ASZ – aktivní slovní zásoba

sémantické jazykové roviny.

Publikace:

AITCHISON, J. *Words in the mind. An introduction to the mental lexicon*. 3rd edition. Oxford, Blackwell: 2002.

BENEŠOVÁ, L., KŘEN, M., WACLAWIČOVÁ, M.: *ORAL2013: reprezentativní korpus neformální mluvené češtiny*. Ústav Českého národního korpusu FF UK, Praha 2013. Dostupný z WWW: <http://www.korpus.cz>

ČERMÁK, F. *Lexikon a sémantika*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2010.

FERRAND, L., NEW, B. Semantic and Associative Priming in the Mental Lexicon. In: Bonin, P. (ed.) *Mental Lexicon. Some Words to Talk About Words*. New York, Nova Science Publishers: 2004.

HAVLOVÁ, I., ŠTĚRBOVÁ, L., SCHNEIDEROVÁ, E.: *Český jazyk A*. Praha, UK PedF: 1999.

HAUSER, P. *Základní pojmy z nauky o slovní zásobě a tvoření slov*. Brno, MU PedF: 2009.

MÜLLER, S. *The Mental Lexicon*. Grin Verlag: 2008.

Hypertextové odkazy – zahraniční testy (UK, USA) slovní zásoby:

<http://www.asha.org>

<http://www.pearsonclinical.com>

<http://www.proedinc.com>

<https://www.superduperinc.com>

<https://www.youtube.com>

Pedagogika Dr. Marie Montessori a její preventivní a terapeutický potenciál v péči o děti s VPŘ

Mgr. et Mgr. Marika Kimmerová

Pohled na vývoj osobnosti dítěte:

Východiskem pozorování italské lékařky a pedagožky M. Montessori (1870-1950) byly spontánní projevy dětí v přirozených podmínkách s různým kulturně-socio-ekonomickým zázemím. Přes veškeré odlišnosti podmínek, ve kterých děti vyrůstaly, nacházela v jejich projevech chování společné vzorce, na základě kterých pak popsala čtyři vývojové fáze života dítěte: 0-6 let: rané dětství, 6-12 let: dětství, 12-18 let: dospívání a 18-24: dospělost.

Pro Montessori bylo zásadní období první vývojové fáze - raného dětství. Podívovala se nad tím, proč je lidské mládě na rozdíl od mláďat zvířat tak nehotové, a proč vlastně člověk potřebuje projít tak dlouhým a složitým dětstvím, ve kterém je zranitelný a odkázaný na pomoc dospělého. Zároveň, jak je možné, že se během velmi krátké doby několika měsíců může naučit tolika novým dovednostem. Její pozorování a výzkum ukazují na to, že „u člověka nejde o rozvíjení existujícího...jde o tvoření nového od úplného začátku...Pro to však musí být vybaveno specifickými schopnostmi, které mu umožní tvoření složitých psychických struktur... musí vytvořit reálný základ pro každou součást tělesných i duševních činností, kterými se člověk jako druh projevuje.“⁵ Období raného dětství tedy Montessori chápe jako zásadní formotvorné období tak, jako bychom teprve vyráběli každé jednotlivé nářadí pro stavbu, která nás čeká, a záviselo na kvalitě tohoto nářadí, jak funkční a efektivní bude pro výsledné použití, a tedy také, jaký výtvar bude moci být takovými nástroji utvořen.

Současné neurologické výzkumy pohled M. Montessori potvrzují: „*Rané zkušenosti neutvářejí pouze kontext, ale přímo ovlivňují způsob, jakým bude mozek zapojen a používán.*“⁶

Specifické schopnosti dětské psychiky

Jaké jsou však ony „specifické schopnosti“, kterými dítě v raném dětství tvoří sebe sama? Uvádím zde některé z nich popsané M. M.: Dětská mysl má podle Montessori schopnost adaptovat se na své prostředí a vstřebávat jej díky funkci smyslů. Těmito vjemy pak přímo tvoří základy psychických operací a celé své osobnosti, které bude využívat po celý svůj život. Montessori říká: „*Vjemy tedy nejsou pouhými shluky informací, ale aktivními prvky formujícími osobnost dítěte.*“⁷ Tuto schopnost dítěte přirovnává k vlastnosti houby, která nasává jakoukoliv tekutinu, se kterou se dostane do kontaktu bez možnosti výběru a jejíž prostředí se tak stává součástí materiálu, ze kterého je vyrobena. „*Tuto zvýšenou vnímavost dětské psychiky, v níž se neuplatňují volní mechanismy nazýváme absorbuující mysl.*“⁸

5

Montessori, M.: Absorbující mysl. Praha: SPN 2003 (s. 23)

6

Rima Shore: Rethinking the Brain Dostupné dne 25.5.2016 na:

<https://dallaslibrary2.org/ecrr/resources/docs/workshops/parentFolder/synapticDensityENG.pdf>

7

Montessori, M.: Absorbující mysl. Praha: SPN 2003 (s. 25)

8

Montessori, M.: Absorbující mysl. Praha: SPN 2003 (s. 25)

Podle M.M. je do věku cca 3 let u dítěte tato mysl nevědomá a absorbované zůstává již navždy součástí osobnosti. Od cca 3 let se postupně stává vědomou, což souvisí s rozvojem vůle a paměti. Dítě si tak vytváří jakési „mentální svalstvo“, pro které využívá vše, co je mu v jeho prostředí k dispozici. Z pohledu současné neuropsychologie lze tento jev formulovat v podobném smyslu: „*Rané zkušenosti mají rozhodující dopad na architekturu mozku, na povahu a rozsah schopností dospělého člověka.*“⁹

Specifický projev schopnosti dětské psychiky raného období utvářet psychické funkce má podle M. Montessori úzký vztah ke zrání. Zrání vymezuje vlivem genetického kódu, ale zároveň vidí jako zásadní vliv interakce dítěte s prostředím. Vzhledem k přirozenému mechanismu tohoto procesu přirovnává psychické zrání k jevům pozorovaným v embryologii. „*Proces formování organismu nelze chápat jako rovnoměrný růst celku, není pravidelný ani postupný. Vývoj každého orgánu probíhá samostatně v místech jakýchsi aktivizovaných center, jejichž aktivita trvá jen po určitou dobu a vyhasíná v okamžiku, kdy se daný orgán objeví.*“¹⁰ Montessori označuje právě tato aktivizovaná centra jako rozhodující pro utváření tělesných orgánů a tento mechanismus aplikuje též na utváření psychiky dítěte pod názvem **období specifické vnímavosti (senzitivní období)**. Na tytéž závěry ukazují současné výzkumy fungování mozku: „*Vývoj mozku neprobíhá lineárně: jsou zde klíčová období pro osvojení různých druhů znalostí a dovedností.*“¹¹ Jedná se tedy o proces, který nelze z vnějšku ovládat, ale kterému lze připravit vhodné podmínky.

Z mého pohledu je velmi zajímavý způsob, jakým M. Montessori popisuje interakční vztah dítěte s prostředím v tomto období. Uvádí, že se zde životní energie dítěte (Montessori ji nazývá *Hormé*) projevuje velmi intenzivním a opakovaným zájmem o nějakou činnost nebo aspekt činnosti a to až do chvíle, kdy se díky tomuto opakování objeví nová dovednost. Dále uvádí: „*Každá jednotlivá dovednost se vytváří v souvislosti se zráním, které obvykle není vnějškově nijak nápadné. Také se často stává, že ona opakovaná činnost jako by neměla přímou souvislost s dovedností, již vytváří, a navíc je okamžitě zanechána, jakmile se daná dovednost objeví. Zájem dítěte se hned přesouvá na jinou aktivitu, a ta opět připravuje jinou dovednost. Montessori chápe tento způsob vysílání dětských iniciativ do prostředí z hlediska zrání a vývoje jako velmi významný a upozorňuje na jeho možné důsledky pro vývoj: „**Jestliže dítěti neumožníme sbírat takovýmto způsobem zkušenosti v okamžiku, kdy je na ně podle přirozeného schématu čas, odpovídající období zvýšené vnímavosti pomine, dítě ztratí zájem a už ho znovu nenabude. Jeho vývoj, jeho zrání je tak trvale narušeno.**“¹² Dítě se tedy sice dovednosti může pravděpodobně naučit i později, (jako např. u cizího jazyka), ale již nikdy*

9
Rima Shore: Rethinking the Brain (přeloženo autorkou) Dostupné dne 25.5.2016 na:
<https://dallaslibrary2.org/ecrr/resources/docs/workshops/parentFolder/synapticDensityENG.pdf>

10
Montessori, M.: Absorbující mysl. Praha: SPN 2003 (s. 69)

11
Rima Shore: Rethinking the Brain (přeloženo autorkou) Dostupné dne 25. 5. 2016 na:
<https://dallaslibrary2.org/ecrr/resources/docs/workshops/parentFolder/synapticDensityENG.pdf>

12
Montessori, M.: Absorbující mysl. Praha: SPN 2003 (s. 70)

s takovou lehkostí, kvalitou a minimální námahou. Lze dokonce usuzovat na to, že se již možná některé dovednosti naučit nedokáže, protože k tomu již nebude mít příležitost danou přirozeným procesem vedení vnitřních motivů senzitivního období.¹³

Z tohoto pohledu mohou být též významná pozorování senzitivních časových období ve vztahu ke konkrétním oblastem:

Jazyk: od 7. měsíce prenatálního vývoje do cca 6 let, rozvoj mluvené řeči: 0 až 3 roky, psaní: 3,5 až 4,5 roku, čtení: 4,5 až 5,5 roku, smyslový vývoj: 0 až 5 let, pohyb: 0 až 4,5 roku, řád: 18 měsíců až 4,5 roku, zájem o malé předměty: 1 až 3 roky, sociální vývoj: 2,5 až 6 let.¹⁴

Podmínky pro rozvoj a zrání

Tyto specifické schopnosti raného věku¹⁵ spolu s životní energií Hormé tedy představují obrovský potenciál pro dětský vývoj a zrání. Maria Montessori však upozorňuje na to, že jejich *možnosti jsou využity jen za předpokladu, že dochází ke svobodné a přirozené interakci s prostředím.*¹⁶

Potřeby dětí 0-6 let:

Pokud tedy máme přemýšlet nad potřebami, které mají děti v období raného dětství, je z mého pohledu zásadní pochopit, že **klíčovou potřebou dětí je existence v takovém prostředí, které respektuje a citlivě reaguje na projevy a zákonitosti fáze vývoje, ve které se dítě právě nachází.** Pouze takové prostředí lze nazývat připravené, ať se jedná o hledisko personálně-interakční nebo organizačně-materiální.

Potřeby vyplývající z mechanismů fungování dětské psychiky raného dětství:

Pokud má mít dítě kapacitu na tvoření a konstrukci sebe sama, potřebuje velmi citlivé a láskyplné zacházení v emočně stabilním prostředí spolu s přiměřenými hranicemi, aby jeho tvůrčí síly nebyly narušovány a mohly se ubírat potřebným směrem.

Pokud má jeho mysl schopnost absorpce, je třeba, aby obzvláště v období do 3 let, kdy se jedná o absorbování do nevědomé mysli, bylo dítě vystaveno co nejharmoničtějším a co nejestetičtějším

13

poznámka autorky: Nerada bych vzbudila ve čtenářích dojem, že M. Montessori obviňuje primární pečovatele dětí s vývojovými poruchami za jejich vývojové obtíže. Spíše bych ráda v odborné i laické veřejnosti podnítila diskusi nad tímto tématem zkoumání, protože se mi jeví jako nosné pro porozumění vlivu interakce s prostředím na vývojové deficity u dětí.

14

Podle M.: <http://www.zijememontessori.cz/o-montessori/senzitivni-obdobi-podle-m-montessori/> ze dne 25.5. 2016 a zdroje z kurzu Vzdělávací kurz pedagogiky Montessori 3-6 let

15

M. Montessori v literatuře uvádí ještě tzv. nebuly neboli zárodečné mlhoviny, které jsou specializovanou formou projevu energie Hormé (Montessori, M.: Absorbující mysl. Praha: SPN 2003 (s. 70)

16

Montessori, M.: Absorbující mysl. Praha: SPN 2003 (s. 70)

podnětům bez výrazných výkyvů a změn.

Pokud dítě prochází senzitivními obdobími, potřebuje, aby byly zmiňované projevy zájmu okolím rozpoznávány a případně rozvíjeny ve smysluplných činnostech, a aby mělo dostatek času k opakovanému nacházení a zkoumání smyslově pestrých podnětů tvořících jeho nově vznikající dovednosti.

Pokud může zrát a utvářet svoji psychiku jen v přirozené a svobodné interakci s prostředím, potřebuje, aby mělo svobodu v pohybu a způsobu zkoumání prostředí tak, aby jeho životní energie mohla plynule proudit potřebnou intenzitou a jako jakýsi vnitřní motor mu pomáhala uskutečňovat vlastní záměry.

Základní principy a jevy připraveného prostředí, které lze pozorovat v předškolních vzdělávacích institucích uplatňujících pedagogiku M. Montessori¹⁷:

Věkově smíšené třídy a učitel jako průvodce procesem učení: Děti jsou společně ve třídách MŠ od cca 3 do 6-7 let, zažívají postupně různé role vzhledem k hierarchii skupiny a zvyšují tak svoji samostatnost a schopnost spolupráce. Průvodce využívá respektující způsob komunikace, pomáhá dítěti najít pro něj lákavý materiál, ukazuje mu, jak se používá v pomalém, pro dítě srozumitelném tempu a podporuje ho v porozumění a interpretaci vlastních zjištění na základě práce s pomůckou. Během těchto aktivit též vede dítě k absolvování kompletního procesu práce (příprava, začátek, vlastní práce, konec, úklid materiálu).

Svobodný pohyb, svoboda volby a samostatnost: Děti se mohou volně pohybovat po třídě a používat didaktické materiály podle dohodnutých pravidel vzhledem k dennímu harmonogramu. Dítě může svobodně určit, s kým, jak, kdy a co se bude učit, je podporováno v samostatnosti a odpovědnosti za svoji volbu.

Pestrý, smyslově bohatý didaktický materiál: Oblasti didaktického materiálu jsou velmi široké (praktický život, smyslová výchova, jazyk, matematika, kosmická výchova zahrnující exaktní obory jako zeměpis, přírodověda, dějiny, umění...), kdy každá z těchto oblastí obsahuje cca 30 různých konkrétních pomůcek a aktivit z různých převážně přírodních materiálů, se kterými mohou děti manipulovat rukama a jsou jim celodenně k dispozici.

Strukturované prostředí a vlastní kontrola chyb: Pro samotnou práci se používá kobereček, který vymezuje pracovní prostor dítěte, (některé aktivity provádí výhradně u stolu), materiály jsou řazené podle obtížnosti a každý má své místo, přesné uspořádání a způsob použití. Každý materiál se zaměřuje jen na jednu izolovanou dovednost a díky svému uspořádání umožňuje dítěti poznat, zda postupovalo správně.

Ticho a klid, cvičení pohybu a ticha na elipse: Děti se učí naslouchat tichu, relaxovat v tichu a stávat se citlivými na zvuky, což slouží jako příprava na jazykovou a hudební výchovu. Zároveň se při chůzi po tvaru elipsy po zemi učí regulovat a ovládat své tělo k cíleným pohybům. V Montessori třídách je klid typickým znakem, jelikož děti pracují s různými pomůckami často individuálně, přičemž mnohé z nich se používají bez řečového projevu.

Podpora koncentrace pozornosti¹⁸: Možnost výběru, tříhodinový pracovní cyklus, svobodný

17

podle K. Rýdla: Principy a pojmy pedagogiky M. Montessori. Praha: Public History 1999 (s. 3) a vlastní zkušenosti a informace z kurzů Společnosti Montessori

18

pohyb a pestrost materiálů umožňují dětem natolik soustředěnou a uspokojující činnost, že se k materiálu opakovaně vrací. Tato zkušenost má na dítě normalizující¹⁹, tzn. harmonizující efekt podobný meditaci.

Benefity vzdělávací koncepce M. Montessori pro děti s VPŘ

Téma benefitů koncepce M. Montessori pro děti s VPŘ, obzvláště pro děti s Vývojovou dysfázií, by si zasloužilo hlubokou komplexní analýzu, což bohužel není v možnostech tohoto příspěvku. Uvedu zde tedy svůj pohled na preventivní a terapeutický potenciál této metody v obecné rovině:

Vzhledem k faktu, že etiologie vývojové dysfázie ukazuje na pravděpodobné vlivy dědičnosti ve vztahu k difusnímu poškození mozku v pre, peri a postnatálním období²⁰, vnímám jako významný **preventivní vliv** pojetí připraveného prostředí, jelikož respektuje zákonitosti vývoje mozku v aktuálním vývojovém období a tím zároveň umožňuje rozvíjet schopnost podmiňující efektivitu veškerých aktivit dítěte souvisejících s učením – schopnost koncentrace pozornosti.²¹

Ve zpravodaji Montessori²² jsou uvedeny tyto kvality připraveného prostředí pro děti pro věk 0-6 let

0-3 roky:	3-6 let:
• Stabilní domácí prostředí s primárním pečovatelem • Zajímavé podněty pro zkoumání (včetně specifických materiálů podporujících koncentraci pozornosti) • Smysluplné činnosti přiměřené věku • Bezpečná zahrádka, vycházky s rodinou	• ...vše, co je uvedeno vlevo • Možnost být s dětmi podobného věku • Specifické aktivity, které stimulují a podporují rozvoj dítěte

Terapeutický potenciál Montessori vzdělávací koncepce u dětí s vývojovou dysfázií vidím např.:

1)Ve směřování zájmu na celou osobnost dítěte bez zdůraznění složky řeči.

Pojem M. M. tzv. „Polarizace pozornosti“ in: Ludewig, K.: Vychováváme a vzděláváme s M. Montessoriovou. Praha, Univerzita Pardubice 2008 (s.47)

19

termín užívaný M. Montessori

20

Škodová,E.,Jedlička,I.:Klinická logopedie.Praha, Portál: 2007.ISBN 978-80-7367-340-6 (s.98)

21

zdroje z kurzu Vzdělávací kurz pedagogiky Montessori 3-6 let

22

Dlouhá, D.: Čtyři vývojové fáze – komplexní pohled na dětský vývoj (s. 6) in: Montessori zpravodaj speciál (bez data vydání)

1. Klinicko-logopedické sympozium

2) V překrývajících se oblastech rozvoje dítěte (i když pod jinými názvy a někdy nepřímě): např. sluchové a zrakové vnímání, myšlení, orientace, paměť, koncentrace pozornosti, řeč (v Montessori pedagogice je jazyka výchova bohatá na smyslové vjemy samostatnou oblastí), hrubá motorika, grafomotorika aj.

3) V nabídce neverbálních aktivit stimulujících myšlení a paměť obzvláště ve smyslové výchově a aktivitách praktického života.

4) V možnosti svobodné volby materiálů a způsobů práce dítětem, jelikož taková volba reflektuje vnitřní motivaci a zájem dítěte o pomůcku a vede k radostnému opakování činnosti (například přesné postupy práce aktivit praktického života).

5) V možnosti pobytu v harmonickém prostředí v součinnosti s respektující partnerskou komunikací bez vnějšího hodnocení.

6) V kombinaci výše uvedených faktorů jako zásadní aspekt umožňující dítěti nalézání vlastních cest ke kompenzaci jazykových a dalších deficitů doprovázejících diagnózu vývojové dysfázie. Pohled na vývoj osobnosti dítěte:

Tvoření vět a nácvik gramatických struktur u vývojových vad řeči

Mgr. Michaela Voldřichová

V ambulanci klinické logopedie umístěné na zdravotním středisku mimo Prahu musí každý klinický logoped vykonávat práci tzv. obvodního logopeda. To znamená, že si musí umět poradit téměř se všemi diagnózami, se kterými se na něj pacienti obrátí. V případě, že se jedná o velmi specifickou záležitost, může pacienta nasměrovat na odborné pracoviště, například specializované na somatické nebo senzorické poruchy. S diagnózou narušené komunikační schopnosti si však musí umět poradit sám. Jedná se nejčastěji o opožděný vývoj řeči a vývojovou dysfázii. U obou těchto diagnóz je stěžejní práce zaměřena na rozvoj slovní zásoby, tvoření vět a nácvik správných gramatických struktur. Dle nových trendů v logopedické péči o dětské pacienty už se ani u nás nedrží model práce s dítětem s opožděným vývojem řeči od třetího roku.

Mnohem běžnější je práce s tzv. late talkers již po druhém roce věku. Tato skupina dětí s narušenou komunikační schopností bývá definována jako děti, kteří ve věku 24 měsíců nemají ve svém aktivním slovníku více než padesát slov a netvoří dvouslovná spojení. V řečové rovině lexikálně sémantické je taktéž velmi patrný rozdíl mezi rozsahem aktivní a pasivní slovní zásoby, časté bývá vytváření novotvarů. Při sledování komunikace rodičů s těmito dětmi vidíme často ne zcela správné výchovné přístupy k podporování rozvoje řeči. V primární fázi je tedy nezbytné, aby logoped naučil rodiče, jak přistupovat k rozvoji slovní zásoby dítěte a pomohl tak „nastartovat“ řečový vývoj. V případě, že aktivní slovní zásoba začne nabírat na objemu, objevuje se dostatečný počet substantiv, je třeba pracovat se zapojováním sloves. U dětí v předškolním věku je dnes velmi nápadná neschopnost tvořit věty podle situačních obrázků, což bývá velmi často spojeno s nedostatečným užíváním plnovýznamových sloves. Po dosažení dostatečné úrovně aktivní slovní zásoby je třeba pracovat s osvojováním správných gramatických norem. V předškolním věku se přikláníme k nácviku napodobování a opakování. Nejčastější gramatické struktury, které nacvičujeme, bývá správný pořádek slov ve větě, rozlišování jednotného a množného čísla, užívání zvrtných sloves a adekvátních předložkových vazeb. Postupně se od vět jednoduchých dostáváme k tvoření souvětí, nejprve souřadných a potom podřadných. Vzhledem ke značným obtížím v morfologicko syntaktické rovině přesahuje u dětí s diagnostikovanou narušenou komunikační schopností nezbytná logopedická intervence i do mladšího školního věku. Jsme přesvědčeni, že využitím vhodných materiálů a názorných pomůcek je možno velmi dobře pracovat s těmito dětmi i v prostředí školní třídy.

Vývoji kresby v arteterapii

Dipl.KT Beate Albrich

Paktický, tvořivý workshop bude zaměřený na základní vývoj kresby v arteterapii. Společným cvičením si projdeme základními prvky kresby a jejím vývojem. Podíváme se na to, jak doprovázet proces kreativní tvorby, na co nezapomenout, co připravit, jak kontraktovat, jak reflektovat a ukotvit kreativní práci.



Senzorická hra v terapii vývojových poruch řeči

Mgr. Lucie Laudová

Hra je specifická forma učení, která je vnitřně motivovaná. Hra má v životě dítěte nezastupitelné místo – do té míry, že Úmluva o právech dítěte v článku 31 zmiňuje právo dítěte hrát si. Hra je symbolickým způsobem komunikace – už jen z tohoto důvodu má tedy důležité místo v terapii poruch komunikace. Hra je spontánní dětskou činností, přirozeným způsobem sebevyjádření, přináší bezprostřední potěšení, zážitky a nové podněty. Umožňuje též zpracovávat události každodenního života a tím případně uvolňuje napětí. Při hře se předpokládá vnitřní iniciativa dítěte. Smyslem hry je učení. Dítě se při hře svobodně učí pokusem a omylem a často přináší originální řešení. Pomocí hry se děti učí o světě a vztazích v něm, zkouší si různé role, prožívají emoce. Dítě, které si uvědomuje své komunikační obtíže může při hře snadněji ztrácet zábrany. Pozitivní zkušenosti ze hry a z interakce s terapeutem pak přenáší na komunikaci s dalšími osobami. Senzorická hra pak cíleně využívá multisenzoriální přístup – zrak, sluch, čich, hmat, smysl pro rovnováhu a pro polohu těla. Dítě při hře všemy smysly prožívá a procítuje svět kolem sebe. Umožňuje dětem pochopit příčinu a následek, zažít vliv na změnu, dítě má možnost aktivně ovlivnit dění kolem sebe. Při senzorické hře nenásilně stimulujeme zrakové a sluchové vnímání, orientaci v prostoru i prostorové vztahy, pravolevou orientaci. Rozvíjíme rozumění řeči, obsahovou stránku řeči, slovní zásobu včetně sloves a abstraktních pojmů. A co je podstatné – stimulace řeči a jazyka stále probíhá v rámci smysluplného kontextu. Pozitivní emoce při hře jsou pak předpokladem pro účinnou terapii. Terapie s využitím senzorické hry je vhodná též u dětí úzkostných, s poruchami koncentrace pozornosti, s obtížemi s navázáním kontaktu atd.

S využitím senzorické hry je možné začít terapeuticky pracovat již v raném věku dítěte (dříve, než je v našich podmínkách běžné) a tak, aby byl přirozeným způsobem zachován jak princip imitace normálního vývoje řeči, tak i zásada individuálního přístupu. Podstatným prvkem je též zapojení rodičů do terapeutického procesu – učí je porozumět vývoji svého dítěte, přirozeným a nenásilným způsobem vývoj včetně řeči stimulovat. Hra také zlepšuje a prohloubuje vztah mezi rodičem a dítětem, posiluje pozitivní interakce v rodině, zavádí hravost a podmiňuje hlubší vazby mezi členy rodiny. Lze pracovat i se sourozenci či s menší skupinkou dětí.

Workshop představí vývoj hry u dětí se zřetelem a s návazností na možnosti senzorické hry u dětí jako možný praktický příspěvek při nedirektivní, věkově a vývojově zaměřené terapii narušené komunikační schopnosti. Bude předveden vývojově vhodný materiál.

Diferenciální diagnostika vývojové dysfázie a PAS do 4 let věku dítěte

Mgr. Kateřina Láfová

Na základě zvýšení počtu dětí s diagnózou PAS, které přišly do logopedické ambulance v letech 2012-2013 byl sestaven soubor kooperačních her, které mohou pomoci diferenciální diagnostice poruch autistického spektra a vývojové dysfázie.

Vycházím ze zjištění, že projevy obou skupin diagnóz jsou v raném věku (do 4 let věku dítěte) téměř identické, viz tabulka 1, a je velmi málo standardizovaných diagnostických prostředků pro jejich rozlišení.

Tabulka 1

	PAS	VD
Kontakt	Narušeno	Narušeno
Gesta	Narušeno	Narušeno
Prožívání	Narušeno	Narušeno
Soc.intarakce	Narušeno	Narušeno
Exprese	Narušeno	Narušeno
Percepce	Narušeno	Narušeno
Adaptace	Narušeno	Narušeno
Zrak.reakce	Narušeno	Narušeno
Sluch.reakce	Narušeno	Narušeno
Aktivita	Narušeno	Narušeno
Hra	?	?

Hra je přirozená součást vývoje každého dítěte. Sledováním kooperace při herní aktivitě, je možné určit stupeň schopnosti spolupráce, improvizace a plánování. Základní hry, které je možné využít jsou uvedeny v tabulce 2.

Tabulka 2

„KDE JE...?“	Lokalizace objektu na pokyn, zavolání
„PŘIPRAVIT...POZOR... START! “	Slovo, gesto = začátek požadované aktivity
„NA MOST xxx DO TUNELU?“	Výběr ze dvou možností
„Z KTERÉ RUKY CHCEŠ?“	Interakce, kooperace
„CO SI DÁŠ?“	...do kapsy?... třídění
„TREFA!!“	Ocenění

Základem diferenciální diagnostiky a následné terapie je návaznost technik a prostředků na reálný svět dítěte. Každá z výše uvedených herních aktivit umožňuje přímou vazbu akce-reakce v krátkém čase a srozumitelnými prostředky (řečovými i neřečovými). Diagnostiky významný je vývoj reakcí dítěte v jednotlivých aktivitách, které jsou současně diagnostickými i terapeutickými prostředky.

Pro děti s obtížemi ve vývoji komunikačních schopností je velmi důležitý účel všeho, co dělají. Pokud řeč nevyvolává patřičnou srozumitelnou reakci, základní prokomunikační nastavení vyhasíná a děti hledají jiné strategie pro uspokojení svých potřeb. Hra dává možnost, ukázat a nastavit základní komunikační strategie, které jsou zpočátku v herním prostoru, dále pak v sociálním prostoru funkční. Prvním krokem je uvědomění si, že každé slovo (akce) vyvolá očekávanou reakci. Je velmi důležité, aby si dítě uvědomilo, že slovem ovlivňuje dění kolem sebe.

Proto: pojďme si s nimi hrát a ukázat jim sílu slova!!!

Ergoterapie u dětí s VPŘ

Mgr. Eliška Haškovcová

Podíl ergoterapie na minimalizaci důsledků vývojových poruch řeči u dětí. Vliv hry na vývoj dítěte. Jak si hrát s dítětem s vývojovou poruchou řeči tak, aby se cítilo bezpečně a hru rozvíjelo. Na základě hry dochází k rozvoji hrubé a jemné motoriky, kognitivních funkcí. Možnosti stimulace a podpory vývoje jemné motoriky.

Možnosti logopedické diagnostiky a terapie morfologicko-syntaktické jazykové roviny

PhDr. Barbora Evjáková

Ambulance klinické logopedie Mgr. et Mgr. Veroniky Malechové - Tábor, Soběslav

Abstrakt

Příspěvek stručně pojednává o fyziologickém vývoji morfologicko-syntaktické jazykové roviny, o možnostech její diagnostiky a terapie z hlediska klinického logopeda. V rámci workshopu budou prezentovány vybrané diagnostické postupy a materiály a jejich aplikace v praxi. Rovněž terapeutická část bude věnována praktickým ukázkám práce s pomůckami, jimiž lze vývoj morfologicko-syntaktické jazykové roviny stimulovat.

Klíčová slova

morfologicko-syntaktická jazyková rovina, logopedická diagnostika morfologicko-syntaktické jazykové roviny, možnosti rozvoje morfologicko-syntaktické jazykové roviny

Úvod

Klinický obraz vývojové poruchy řeči je vždy specifický a individuální, avšak morfologicko-syntaktická jazyková rovina bývá často výrazně deficitní, tudíž je zapotřebí věnovat jí v rámci diagnostiky a následné terapie dostatečný prostor. Klinický logoped v České republice může během diagnostického procesu postupovat klinicky či s užitím testových materiálů. Konkrétní možnosti stimulace morfologicko-syntaktické jazykové roviny a příslušné pomůcky budou prezentovány v průběhu workshopu.

Morfologicko-syntaktická jazyková rovina a její fyziologický vývoj

Morfologii neboli tvarosloví lze terminologicky vymezit jako soustavu pravidel týkajících se tvarů slov a jejich fungování ve slovních spojeních, větách a v textu. (Štícha et al., 2013) Dle Grepla et al. (1995) jde o část gramatiky pojednávající o druzích slov z aspektu jejich forem a základních významů těchto forem, přičemž formou slova rozumíme veškeré jeho podoby – tvary, užívané ve větách. Syntax neboli skladba představuje soustavu pravidel spojování slov do slovních skupin a vět a slučování vět v souvětí. (Štícha et al., 2013) Základní skladební dvojici tvoří podmět a přísudek, jejichž význam je blíže určován a zpřesňován rozvíjejícími větnými členy, které jsou na členech základních závislé. (Styblík et al., 2004) Uspořádání slov a vět není v češtině nahodilé, nýbrž podřízené jistým pravidlům. Je ovlivněno významovou stránkou, mluvnickou stavbou, členskou sounáležitostí, zvukovou stavbou a rytmickými prvky. (Kamiš, 2012)

V období kolem prvního roku života dítěte se začíná rozvíjet morfologická složka řeči, jelikož dítě produkuje první slovo, tedy pojem užívaný opakovaně v téže situaci. Zpravidla jde o podstatná jména, citoslovce, slovesa či přídavná jména, tedy slova nesoucí význam. Dle Průchy (2011) začíná dítě nejpозději užívat spojky, jelikož při tvorbě souvětí plní funkci syntaktickou a tyto konstrukce lze identifikovat až poměrně pozdě a zřídka, což je v souladu se zahraničními výzkumy. Po čtvrtém roce věku bychom ve spontánním projevu měli zaznamenat produkci všech slovních druhů. Jakmile dítě užívá přibližně 300 slov (mezi 24. – 30. měsícem), začíná ovládat jednoduchou gramatiku. (Buckley, Bird, 2006) Zpočátku děti vztahy nevyjadřují skloňováním, časováním. Ohýbání slov, nejprve podstatných jmen, poté sloves, lze evidovat mezi druhým a třetím rokem věku. Chápání minulého času, pochopení vztahů budoucích dějů a jejich vyjadřování v řeči se objevuje po druhém roce věku dítěte, kdy začíná aplikovat gramatické přípony -l, -la, -lo, avšak kognitivně prožívá čas ještě dlouho subjektivně. (Kapalková, 2009)

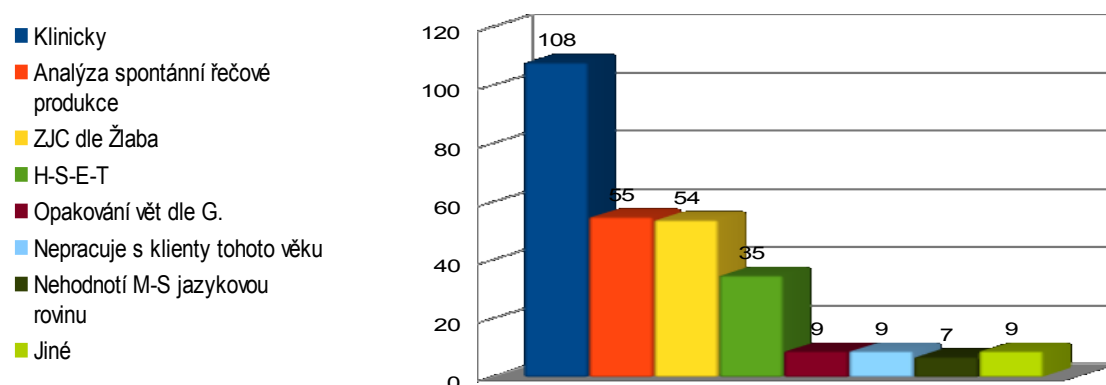
Mezi třetím a čtvrtým rokem dítě užívá již všechny slovesné časy, nejpozději čas budoucí. (Lejska, 2003) Deficity gramatické stránky řeči označujeme do čtyř let věku dítěte jako fyziologický dysgramatismus.

První projevy osvojované syntaxe lze detekovat v okamžiku, kdy dítě k prvním produkováným slovům připojuje další sémiotické znaky, jde o spojení slova a gesta, slova a vokalizace, kombinaci dvou gest. (Kapalková, 2009) Tuto schopnost lze evidovat od 18 měsíců (de Langen-Müller et al., 2011), avšak věková vymezení se v různých zdrojích liší. Vznikají tak slovní spojení, jež nejsou náhodné, nýbrž vyjadřují určité syntaktické vztahy. Podle některých psycholingvistů je osvojování syntaxe započato již v kojeneckém období. Existují experimentálně podložené projevy šestiměsíčních dětí, které dokázaly rozpoznávat určité rytmické celky mluvené řeči dospělých. (Průcha, 2011) Děti začínají s produkcí jednoslovných vět, jejichž význam se mění v závislosti na prozodických faktorech a doprovodných neverbálních projevech. Kolem 18. měsíce konstruuji dvou- až tříslavné kombinace, ve dvou letech produkují věty o třech až čtyřech slovech a od tří let tvoří souvětí. (Krejčířová, 2009)

Možnosti logopedické diagnostiky morfologicko-syntaktické jazykové roviny v České republice V této oblasti může klinický logoped užívat a kombinovat více postupů. Je možné vypočítat průměrnou délku výpovědi v morfémeh či slovech, v zahraničních zdrojích označované MLU (mean length of utterance), dále lze aplikovat Opakování vět podle Grimmové (Grimmová, 1973), formu Dětského Token testu na vyšetření porozumění gramatické stránce řeči, Heidelberský test vývoje řeči (Grimmová, Schöler, Mikulajová, 1997), Diagnostiku jazykového vývoje: diagnostickou baterii pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku (Seidlová Málková, Smolík, 2014), Zkoušku jazykového citu (Žlab, 1986), též méně známý Předložkový test (Tarkowski, 1988) či Test základních pojmů (Tarkowski, 1988). V rámci diagnostiky lze užít též klinický postup, tedy vycházet z popisů obrázků, vyprávění příběhů, spontánního hovoru atd.

V období od ledna do března 2015 jsem realizovala výzkumné šetření zaměřené na postupy klinických logopedů, jež užívají v oblasti diagnostiky morfologicko-syntaktické jazykové roviny u dětí ve věku od šesti do deseti let. Sběr dat probíhal prostřednictvím elektronického dotazníku, který vyplnilo 121 ze 672 oslovených respondentů. Jedna z dotazníkových položek mapovala, jaké konkrétní diagnostické materiály kliničtí logopedi užívají. Nejvíce logopedů, konkrétně 108 dotázaných (89,3 %), hodnotí tuto jazykovou rovinu klinicky, tedy prostřednictvím volného rozhovoru, popisu obrázku, porozumění instrukci apod. Vzorek spontánní řečové produkce analyzuje 55 logopedů (45,5 %), Zkoušku jazykového citu dle Žlaba aplikuje 54 dotázaných (44,6 %), Heidelberský test řečového vývoje (H-S-E-T) užívá při diagnostice 35 respondentů (28,9 %), Opakování vět dle Grimmové uvedlo devět logopedů (7,4 %). Rovněž devět respondentů (7,4 %) uvedlo, že nepracuje s cílovou skupinou této věkové kategorie. Sedm dotázaných (5,8 %) se při diagnostice nezaměřuje zvláště na morfologicko-syntaktickou jazykovou rovinu. Odpověď Jiné zvolilo devět respondentů (7,4 %), z nichž pět si vytváří vlastní diagnostické materiály, jeden modifikuje již existující testy, jeden respondent kombinuje oba tyto způsoby tvorby hodnotících nástrojů a rovněž jeden dotázaný logoped aplikuje škály (bez bližší specifikace). V rámci workshopu bude taktéž prezentována práce s vlastním testem, sestaveným dle vzoru Žlabovy Zkoušky jazykového citu.

Graf: Aplikované hodnotící nástroje a postupy při diagnostice M-S jazykové roviny



Možnosti stimulace morfologicko-syntaktické jazykové roviny

Jelikož příspěvek pojednává o práci s dětmi, bude ústředním motivem terapeutických postupů hra. V rámci workshopu budou prezentovány pomůcky, jimiž lze rozvíjet mimo jiné gramatiku, větnou stavbu či porozumění gramatickým strukturám, a to nejen v rámci individuální terapie, ale též v rámci práce se skupinou dětí s vývojovou poruchou řeči.

Zdroje:

1. BUCKLEY, Sue, BIRD, Gillian. Rozvoj řeči a myšlení prostřednictvím výuky čtení. In LEBEER, Jo et al. Programy pro rozvoj myšlení dětí s odchylkami vývoje: podpora začleňování znevýhodněných dětí do běžného vzdělávání. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 262 s. ISBN 8073671034.
2. DE LANGEN-MÜLLER, Ulrike et al. Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES), unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES): Interdisziplinäre S2k-Leitlinie der folgenden Fachgesellschaften und Berufsverbände. AWMF: Das Portal der wissenschaftlichen Medizin [online]. 2011, s. 94 [cit. 2015-03-11]. Dostupné z: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/049-006l_S2k_Sprachentwiclungsstoerungen_Diagnostik_2013-06_01.pdf.
3. GREPL, Miroslav et al. Příruční mluvnice češtiny. 1. vyd. Praha: Lidové noviny, 1995. 800 s. ISBN 978-80-7106-980-5.
4. KAMIŠ, Karel. Řečová a jazyková komunikace spisovné češtiny. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2012. 216 s. ISBN 978-80-7452-023-5.
5. KAPALKOVÁ, Svetlana. Vývin reči. In KEREKRÉTIOVÁ, Aurélia et al. Základy logopédie. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2009. 344 s. ISBN 978-80-223-2574-5.
6. KREJČÍŘOVÁ, Dana. Poruchy řeči. In SVOBODA, Mojmír et al. Psychodiagnostika dětí a dospívajících. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. 791 s. ISBN 978-80-7367-566-0.
7. LEJSKA, Mojmír. Poruchy verbální komunikace a foniatrie. Brno: Paido, 2003. 156 s. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-7315-038-7.
8. PRŮCHA, Jan. Dětská řeč a komunikace: poznatky vývojové psycholingvistiky. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 199 s. ISBN 978-80-247-3603-7.
9. STYBLÍK, Vlastimil et al. Základní mluvnice českého jazyka. 1. vyd. Praha: SPN - pedagogické nakladatelství, 2004. 243 s. ISBN 80-7235-018-8.
10. ŠTÍCHA, František et al.. Akademická gramatika spisovné češtiny. 1. vyd. Praha: Academia, 2013. 972 s. Lingvistika. ISBN 978-80-200-2205-9.

1. Klinicko-logopedické sympozium

ISBN 978-80-270-0011-1