III. KLINICKO LOGOPEDICKÉ SYMPOZIUM

PRAHA

22. 6. - 23. 6. 2018

Diagnostika a terapie vývojové dyspraxie.

Purkyňův ústav, Albetov 4, Praha 2

pod záštitou

Foniatrické kliniky 1. LF UK a VFN Praha

a

děkana 1. LF UK profesora MUDr. Alekse Šeda, CSc.

www.logopedickesympozium.cz

SBORNÍK

22.6 - 23.6.2018
Purkyňův ústav, Albertov 4, Praha 2

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

Tisk: EKON - ALFA
Vinohradská 102, Praha 3, 130 00

© authors, 2018

SBORNÍK
3.KLINICKO-LOGOPEDICKÉ SYMPOZIUM PRAHA
Diagnostika a léčba vývojové dyspraxie

ORGANIZAČNÍ VÝBOR
Mgr. Tereza Hladilová
Mgr. Zuzana Konůpková
Mgr. Ivana Kostelanská
Mgr. Jitka Mercelová
Mgr. Jaroslava Mrkvičková
Mgr. et Mgr. Barbora Richtrová
Mgr. Markéta Tichá

ODBORNÍ GARANTI
doc. MUDr. Olga Dlouhá, CSc.
PhDr. Lenka Malátová,
PaedDr. Irena Cudlínová

AKCE JE GARANTOVANÁ

Asociací klinických logopedů ČR – 8 kreditů
Asociací klinických psychologů ČR – 8 kreditů
Asociace ergoterapeutů ČR – 8 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, 2018

ISBN 978-80-270-4065-0

PROGRAM

3. KLINICKO-LOGOPEDICKÉ SYMPOZIUM Praha 22.6.2018 – 23.6.2018

"Diagnostika a léčba vývojové dyspraxie".

PROGRAM:

PÁTEK 22.6.2018

08. 00 - 09. 00 - PREZENCE

09.00 -09.15 – OFICIÁLNÍ ZAHÁJENÍ
09.15– 11.00 – PŘEDNÁŠKA No. 1
11.15 – 12.00 – PŘEDNÁŠKA No. 2
12.00 – 12.45 – PŘEDNÁŠKA No. 3
12.45 – 13.00 - KAZUISTIKA

13.00 – 14.30 - OBĚD

14.30 – 16.00 – WORKSHOP No. 1

16.00 – 17.00 - COFFEE BREAK

17.00 – 18.30 - WORKSHOPY No. 2

19.00 – 00.00 – PÁRTY

SOBOTA 23. 6. 2018

8.30 – 9.00 – PREZENCE

09.00 – 09.50 – PŘEDNÁŠKA No. 4
09.50 – 10.40 – PŘEDNÁŠKA No. 5
10.40 – 11.30 – PŘEDNÁŠKA No. 6
11.30 – 12.00 – PŘEDNÁŠKA No. 7
+ UKONČENÍ SYMPOZIA

12.00-13.30 COFFEE BREAK

13.30 – 15.00 – WORKSHOPY No. 3

15.15 – 16. 45 – WORKSHOPY No. 4

PŘEDNÁŠKY

3. KLINICKO-LOGOPEDICKÉ SYMPOZIUM Praha 22.6.2018 – 23.6.2018

"Diagnostika a léčba vývojové dyspraxie".

PŘEDNÁŠKA No. 1 - Dr. Pamela Williams, PhD. (UK) – Současné chápání vývojové verbální dyspraxie

PŘEDNÁŠKA No. 2 – MUDr. Zumrová PhD. (CZ) – Vývojová dyspraxie z pohledu dětského neurologa

PŘEDNÁŠKA No. 3 – Mgr. Hana Růžičková, PhD. (CZ) – Apraxie z pohledu klinického logopeda

KAZUISTIKA PhDr. Dana Buntová, PhD. (SK)

PŘEDNÁŠKA No. 4 – Mgr. Dagmar Lisá (CZ) – Diagnostika a léčba dyspraxie z pohledu fyzioterapeuta

PŘEDNÁŠKA No. 5 – Ing. Zuzana Palounková PhD. (CZ) – Projevy vývojové dyspraxie ve školním věku

PŘEDNÁŠKA No. 6 – Mgr. Zuzana Moškurjáková (SK) – Verbálna dyspraxia (PF Univerzita Prešov)

PŘEDNÁŠKA No. 7 – Mgr. Václav Krucký (CZ) – Pohled na dyspraxii z hlediska fyzioterapie a její řešení Vojtovou metodikou 2. generace

WORKSHOPY

3. KLINICKO-LOGOPEDICKÉ SYMPOZIUM Praha 22.6.2018 – 23.6.2018

"Diagnostika a léčba vývojové dyspraxie".

1) Mgr. Eliška Haškovcová, Mgr. Petra Dvořáková – Dyspraxie z pohledu ergoterapeutů

2) Mgr. Adelaida Fabiánová (SK) – Dyspraxia – senzomotorický terapeutický prístup

3) Mgr. Irena Preissová – Apraxie

4) Mgr. Barbora Červenková, Mgr. Kateřina Blatná – Logopedická terapie u dětí s vývojovou dyspraxií

5) BE BALANCED s.r.o Mgr. Dagmar Lisá, Mgr. Martina Metlická – Vyšetření a terapie dyspraxie fyzioterapeutem

6) Mgr. Marcela Dvořáková – Dyspraxie a MABC – 2

7) Dr. Pamela Williams, PhD. - Nuffield Dyspraxia Programme (NDP – 3. vydání)

8) Mgr. Zuzana Moškurjáková – Vývojová dyspraxia (PF Univerzita Prešov)

Dr. Pamela Williams, PhD.

Současné chápání vývojové verbální dyspraxie

Anotace přednášky

Hlavní přednáška Dr. Pamely Williams PhD. bude o současném chápání vývojové verbální dyspraxie (známé také jako dětská apraxie řeči - v USA a Austrálii). Přednáška bude obsahovat teoretické aspekty, terminologii, etiologii, zároveň i aktuální informace k identifikaci verbální dyspraxie a jak diferenciálně diagnostikovat od ostatních závažných diagnóz týkajících se komunikace. V rámci přednášky budeme také uvažovat o aktuálním doporučení, jak vybrat vhodné postupy hodnocení a intervence s důrazem na stěžejní symptomatologii. Představíme jednu z intervencí, kterou prezentuje Nuffield Centre Dyspraxia Programme (3. vydání), která zrovna prochází novým výzkumným hodnocením ve dvou randomizovaných kontrolních studiích (RCTs) na Univerzitě v Sydney, Austrálie.

Current understanding of Developmental verbal dyspraxia

Dr Pamela Williams, PhD, MSc, FRCSLT, HCPC (Reg)

Developmental verbal dyspraxia (DVD) is the UK term (RCSLT 2011) for a subset of children with speech sound disorders, who have difficulties with programming and planning the movements required for accurate speech production, despite having no neuromuscular deficits.. This condition, which is known as Childhood apraxia of speech (CAS) in USA, Canada and Australia, is rare –only affecting around 1-2 children per thousand (Shriberg et al., 1997) and the cause is still unknown, although there is evidence that genetic factors are involved. DVD/CAS may be idiopathic or occur co-morbidly with other conditions.

In this presentation, I will give an overview of the current understanding of DVD/CAS, covering theoretical understanding, assessment, differential diagnosis and intervention.

Speech and Language Pathologists/Therapists are recognised to be the appropriate professionals to diagnose DVD/CAS. However, this is challenging since there is still no validated list of diagnostic features that differentiates this condition from other types of speech sound disorders.

Furthermore, the presentation of DVD is recognised to change throughout childhood. ASHA (2007) advised that children with DVD/CAS may show a wide range of speech features, but three particular identifying features have gained consensus agreement amongst researchers and clinicians: (a) inconsistent errors on consonants and vowels in repeated productions, (b) lengthened and disrupted co-articulatory transitions between sounds and syllables and (c) inappropriate prosody, especially in the realization of lexical or phrasal stress. In published intervention studies involving children with DVD/CAS, it is now usual for researchers to state that participants demonstrate these three consensus features and in addition, a number of other features from published checklists, such as the Strand 10 point checklist (Shriberg et al., 2009).

No single assessment procedure for identifying DVD/CAS was recommended by ASHA (2007) or RCSLT (2011). Recent published papers have proposed a range of assessment tools which can help to reveal features of DVD/CAS, such as: case history, language assessment, oral motor examination, diadochokinetic (DDK) tasks, naming tests of articulation and phonology (including polysyllabic words), an inconsistency assessment and a connected speech sample. Of these assessments, Murray et al. (2015a) advised that an oral motor examination, which includes DDK, and a polysyllabic naming task, may be sufficient to diagnose DVD/CAS and rule out structural abnormality and developmental dysarthria. Inconsistent speech production is a feature of DVD, but also of Inconsistent Phonological disorder (IPD) (Dodd, 2005) and therefore these two conditions must also be differentiated.

The strongest evidence currently exists for four treatment approaches for DVD/CAS: Dynamic Tactile and Temporal Cueing (Strand et al., 2006); Integrated Phonological Awareness Treatment (McNeill et al., 2009); Rapid Syllable Transition Treatment (ReST) (Ballard et al., 2010) and the Nuffield Centre Dyspraxia Programme -3rd edition (NDP3) (Williams & Stephens, 2004). NDP3 and ReST are both motor treatments and were compared in a randomised controlled trial involving 26 children with idiopathic CAS, aged 4-12 years (Murray et al., 2015b). Large treatment gains and significant generalisation effects were found for both treatments and they were therefore recommended for clinical use.

References:

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (2007) Childhood Apraxia of Speech (Position statement and Technical Report). Available online at: www.asha.org/policy

Ballard K.J., Robin D.A., McCabe P., & McDonald J. (2010) A treatment for dysprosody in

childhood apraxia of speech. Journal of Speech & Hearing Research, 53 (5) p1227-45.

Dodd, B. (2005) Differential Diagnosis and Treatment of Children with Speech Disorder. 2nd edition. London: Whurr Publishers.

McNeill, B., Gillon, G. & Dodd B. (2009) Effectiveness of an integrated phonological approach for children with childhood apraxia of speech (CAS). Child Language Teaching and Therapy, 25, 3 p341-366.

Murray, E. McCabe, P., Heard, R., & Ballard, K.J. (2015a) Differential diagnosis of children with suspected childhood apraxia of speech. Journal of Speech, Language & Hearing Research, vol 58 (1), 43-60.

Murray,E. McCabe, P., & Ballard, K.J. (2015b) A randomized controlled trial for children with childhood apraxia of speech comparing Rapid syllable transition treatment and the Nuffield Dyspraxia Programme (3rd edition).Journal of Speech, Language & Hearing Research, vol 58 (3), 669-686.

Royal College of Speech and Language Therapists (RCSLT) (2011) Developmental verbal dyspraxia (Policy Statement). London, UK.

Shriberg, L.D., Aram, D.M. and Kwiatkowski, J. (1997) Developmental Apraxia of Speech: I. Descriptive and Theoretical Perspectives. Journal of Speech, Language and Hearing Research Vol. 40 (2), 273-285.

Shriberg, L.D., Potter, N.L. & Strand E.A. (2009). Childhood apraxia of speech in children and adolescents with galactosemia. Paper presented at the Annual Convention of the American Speech-Language-Hearing Association, New Orleans, L.A.

Strand, E., Stoeckel, R., and Baas, B., (2006) Treatment of severe childhood apraxia of speech: a treatment efficacy study. Journal of Medical Speech-Language Pathology, vol 14, No 4, pp. 297-307.

Williams, P., & Stephens, H., (Eds.) (2004) The Nuffield Centre Dyspraxia Programme. 3rd Edition. London: The Miracle Factory.

MUDr. Alena Zumrová, PhD.

Vývojová dyspraxie z pohledu dětského neurologa

Anotace

Profesor Ivan Lesný, zakladatel oboru české dětské neurologie, postuloval před téměř 50 lety na základě rozsáhlých teoretických znalostí i praktických zkušeností tzv. dy-dy syndrom, neboli syndrom dyspraxie-dysgnózie a doporučil i jednoduché testy k jeho objektivizaci. S pokračujícím vývojem poznání se objevuje řada dalších termínů, které více či méně vystihují tuto problematiku (lehká mozková dysfunkce, centrální koordinační porucha, porucha senzorické integrace apod., v zahraničí např. neurological soft signs, developmental coordination disorder). I když je všem specialistům, kteří se účastní na diagnostice i terapii tohoto fenoménu, jasné, o čem se hovoří, neexistuje jednotná definice a není dosud plně objasněn morfologický podklad obtíží. Předpokládá se účast mozečku, parietálního laloku, corpus callosum i bazálních ganglií, ale běžné zobrazovací metody včetně magnetické rezonance jsou u těchto pacientů většinou němé. Lepší výtěžnost lze očekávat od funkční magnetické rezonance či traktografických vyšetření.

Přednáška nabízí obraz vývojové dyspraxie tak, jak se měnil za 35 let neurologické praxe autorky i současný pohled dětského neurologa, ke kterému přichází rodiče s „neobratným“ dítětem s opožděním vývoje řeči v obavách, že mají „hloupé“ dítě.

PhDr. Dana Buntová, PhD.

Využitie princípov Programu dyspraxie Nuffieldskeho centra, kauzistická štúdia

Anotace

Cieľom krátkej kazuistiky bude opísať skúsenosti s využitím princípov Programu dyspraxie Nuffieldskeho centra u slovensky hovoriaceho dieťaťa vo veku 4;5 roka s narušeným vývinom reči, známkami vývinovej verbálnej dyspraxie, narušenou zrozumiteľnosťou reči, normálnym neverbálnym intelektom. Pri vstupe do logopedickej terapie malo dieťa vo fonetickom repertoári iba vokály a konsonanty M a J. Terapia sa zamerala na rozšírenie fonetického repertoáru s využitím obrázkových reprezentantov hlások. Ďalej na nácvik fonotaktických štruktúr CV, CVCV významových slov s využitím s využitím obrázkových reprezentantov a princípov motorického programovania. Efektivita terapie bola zaznamenaná nárastom fonetického repertoáru, fonotaktických štruktúr a zlepšením zrozumiteľnosti reči. Kazuistika bude prezentovaná s veľmi krátkymi audio a videonahrávkami.

Mgr. Dagmar Lisá

Diagnostika a léčba vývojové dyspraxie z pohledu fyzioterapeuta

Anotace

Dyspraxie je z pohledu fyzioterapie problematika velmi variabilní a různorodá ve svých projevech. Zahrnuje poruchy jednak na úrovni příjmu a zpracování senzorických informací, tak i ve zpracování motorické odpovědi a v plánování pohybu. Proto jsou vyšetřovací postupy a způsoby velmi široké. Dále také není stanovené žádné jednotné schéma, jak při vyšetření i terapii postupovat. Cílem přednášky bude tedy uvést možné vyšetřovací postupy jednotlivých složek motoriky, kvality senzorických systémů a interpretaci jejich výsledků. Dále bude přednáška seznamovat s terapeutickými přístupy a možnostmi.

Ing. Zuzana Palounková, PhD.

Projevy vývojové dyspraxie ve školním věku

Anotace

Úroveň motorických schopností se nevztahuje pouze na školní či pracovní výkony, ale promítá se do života jako celku. Motorické schopnosti se ukazují jako systém se vzájemnými vztahy a závislostmi. Příspěvek je zaměřen na projevy dyspraxie u dětí školního věku nejen ve škole, ale i v běžném životě. Poukazuje na vliv motoriky v procesu utváření osobnosti jedince.

Mgr. Zuzana Moškurjáková

Verbálna dyspraxia (PF Univerzita Prešov)

Anotace

Verbálna dyspraxia ako nozologická jednotka je zložitým problémov v zmysle patogenézy aj klinického obrazu narušenia reči. Raný vývin reči u detí s verbálnou dyspraxiou je odlišný už v jeho najranejších etapách. A vždy sa odráža v spomalenom a odlišnom jazykovom vývine a vedie k oneskorenému vývinu reči a jazyka a k nedodržaniu vývojových medzníkov.Neskoré odhalenie nesie so sebou riziko progredovania poruchy reči a narušenie zdravého psychického vývinu dieťaťa. Otázka lézie nie je zatiaľ jednoznačne vyriešená a aj napriek dlhoročnému výskumu nebol dosiaľ objavený vývojový syndróm. Napriek tomu , že u dospelých pacientov s rečovou apraxiou je preukazateľná kortikálna lézia, ktorá postihuje oblasti frontálneho laloka zodpovedné za motorické programovanie u detí s verbálnou dyspraxiou tomu tak nie je . Ani posledné výskumy v tejto oblasti nepriniesli presvedčivé dôkazy o neurologickej lézii u detí. Posledné desaťročie prinieslo zvýšenie záujmu o túto problematiku v Amerike aj Európe. ASHA skonštatovala, že neexistuje žiadny validný zoznam diagnostických kritérií, ktoré by odlišovali vývinovú verbálnu dyspraxiu (VVD) od iných porúch reči, najmä tých, ktoré vznikajú vplyvom fonologických deficitov alebo neuromuskulárnych deficitov (dyzartria). Odporúča sledovať tri hlavné oblasti, na ktorých sa zhodla väčšina odborníkov venujúcim sa VVD (ASHA 2007): Nekonzistentné chyby v produkcii konsonantov a vokálov pri opakovaní slabík a slov, Predĺžené a narušené ko-artikulačné prechody medzi zvukmi a slabikami, Nesprávna, neprimeraná prozódia (najmä prízvuk lexikálny, frázový). Kráľovská Londýnska akadémia logopédov v príručke z roku 2011 Developmental verbal dyspraxia zdôrazňuje, že problematika verbálnej dyspraxie je pomerne nejasná, a mnohokrát sa zamieňa s fonologickou poruchou prípadne narušeným vývinom reči a že v podstate prítomnosť syndrómu vývinovej verbálnej dyspraxie je pomerne ojedinelá. Verbálna dyspraxia, ako taká, sa projekuje do celého vývinu reči a nie je izolovaným problémom artikulácie. V žiadnom prípade nejde o fyziologický stav spôsobený iba oneskorovaním vo vývine reči, ktorý sa, ktorý sa ďalším vývinom spontánne upraví , ale ide o vážne narušenie a ohrozenie ďalšieho vývinu reči. Preto je potrebné zaradenie tejto problematiky aj do postgraduálneho vzdelávania klinických logopédov.

Kľúčové slová: verbálna dyspraxia, lézia, raný vývin, artikulácia, motorické plánovanie.

Verbálna vývinová dyspraxia

Mgr. Zuzana Moškurjáková, Pedagogická fakulta , Univerzita Prešov

Verbálna dyspraxia ako nozologická jednotka je zložitým problémom v zmysle patogenézy aj klinického obrazu narušenia reči a spôsobuje nejednoznačnosti chápania a terminologického vymedzenia a premieta sa do diferenciálnej diagnostiky a následnej terapie.

Vo všeobecnosti sa považuje za vývinovú poruchu a radí medzi Speech Sound Disorders (SSD), teda medzi poruchy zvuku reči . Klasifikácia porúch zvuku reči - Speech Sound Disorders (SSD) je nejednotná v zmysle prístupov k triedeniu a ako uvádza C.Bowenová (2015) sú klasifikačné systémy stále predmetom diskusie. Sama Bowenová (2011) ho chápe ako strešný pojem , ktorý zahŕňa niekoľko podkategórií:

1.artikulačná porucha (nazývaná aj funkčná artikulačná porucha, dyslália), (Bowen, 2012)
2.fonologické poruchy,
3.rečové poruchy na základe motorickom: vývinová verbálna dyspraxia - CAS – problémy s motorickým plánovaním reči bez ohľadu, či už dieťa zvláda artikuláciu hlásky.
4. SSD so syndrómami
5. SSD s rázštepmi...

Pre lepšiu orientáciu v problematike Verbálnej vývinovej dyspraxie (VVD) sa bližšie pozrime aj na rozličné názvy uvádzané literatúre. Najčastejšie ako píše Dvořák (2003) sa v zahraničnej literatúre stretávame s týmito termínmi:

- Developmental apraxia od speech, vývinová apraxia reči (Strand,McCauley , 2000)
- Developmental Verbal Dypraxia (DVD) vývinová slovná dyspraxia (Velleman1994);
- Childhood Apraxia of Speech (CAS) detská apraxia reči (Shriberg 1997)

Medzi ďalšie používané termíny patria :

- apraxia of speech, rečová apraxia
- oral motor speech disorders,
- oral motor planning deficits,
- developmental co-ordination disorder,
- clumsy child syndrom,

Z definícii stoja za zmienku pre „Československú“ klinickú logopédiu dve.

V našich krajinách používaná a citovaná Dvořáková (1993) , ktorý píše o VVD ako o špecifickej vývinovej poruche vyjadrovania reči na úrovni slov, tzn. porucha v realizácii slova /jeho štruktúry alebo časti/ bez ohľadu na zvládnutie výslovnosti pričom sa nejedná sa o poruchu výslovnosti , ale o problém s motorickým plánovaním . Druhou je asi najčastejšie používaná a citovaná definícia Rapinovej a Allenovej , ktoré hovoria o poruche selektivity plánovania a programovania jazykových a motorických schém pri produkcii reči bez periférnych motorických porúch a problémov s porozumením.

Raný vývin reči u detí s verbálnou dyspraxiou je odlišný už v jeho najranejších etapách a vždy sa odráža v spomalenom a odlišnom jazykovom vývine a vedie k oneskorenému vývinu reči a jazyka a k nedodržaniu vývojových medzníkov .

Neskoré odhalenie nesie so sebou riziko progredovania poruchy reči a narušenie zdravého psychického vývinu dieťaťa. Otázka lézie nie je zatiaľ jednoznačne vyriešená a aj napriek dlhoročnému výskumu nebol dosiaľ objavený vývojový syndróm. Napriek tomu , že u dospelých pacientov s rečovou apraxiou je preukazateľná kortikálna lézia , ktorá postihuje oblasti frontálneho laloka zodpovedné za motorické programovanie u detí s verbálnou dyspraxiou tomu tak nie je . Ani posledné výskumy v tejto oblasti nepriniesli presvedčivé dôkazy o neurologickej lézii u detí. Typickým príznakom poruchy sú neobratné pohyby artikulačných svalov a artikulácia je narušená nestabilnou iniciáciou, výberom a radením artikulačných pohybov bez postihnutia orálneho svalstva , parézy, oslabenia, mimovoľných pohybov , ataxie .

Pre lepšie pochopenie tejto zložitej a terminologicky náročnej časti sa venujeme aj terminologickému výkladu nosných pojmov.

Orálna apraxia je nerečová porucha a znamená neschopnosť vykonávať nerečové pohyby svalov, hrtana , hltana, jazyka ,tváre napriek tomu ,že automatické a imitačné pohyby sú správne . **Rečová apraxia** sa môže vyskytovať v čistej forme, v tradičnom chápaní s léziou v ľavom frontálnom laloku v Brocovej oblasti a v jej okolí a predpokladá sa , že siaha až nad rámec Brocovej arey i do oblasti mimo frontálneho laloka . Otázka lézie nie je stále vyriešená. Rečová apraxia je väčšinou spojená s inou narušenou komunikačnou schopnosťou (Love, Webb 2009) .

Posledné desaťročie prinieslo zvýšenie záujmu o túto problematiku v Amerike aj Európe. ASHA skonštatovala , že neexistuje žiadny validný zoznam diagnostických kritérií, ktoré by odlišovali

vývinovú verbálnu dyspraxiu (VVD) od iných porúch reči, najmä tých, ktoré vznikajú vplyvom fonologických deficitov alebo neuromuskulárnych deficitov (dyzartria). Odporúča sledovať tri hlavné oblasti, na ktorých sa zhodla väčšina odborníkov venujúcim sa VVD (ASHA 2007):

Nekonzistentné chyby v produkcii konsonantov a vokálov pri opakovaní slabík a slov,

Predĺžené a narušené ko-artikulačné prechody medzi zvukmi a slabikami,

Nesprávna, neprimeraná prozódia (najmä prízvuk lexikálny, frázový).

Kráľovská Londýnska akadémia logopédov v príručke z roku 2011 Developmental verbal dyspraxia zdôrazňuje , že problematika verbálnej dyspraxie je pomerne nejasná, a mnohokrát sa zamieňa s fonologickou poruchou prípadne narušeným vývinom reči a že v podstate prítomnosť syndrómu vývinovej verbálnej dyspraxie je pomerne ojedinelá.

Verbálna vývinová dyspraxia , ako taká , sa projekuje do celého vývinu reči a nie je izolovaným problémom artikulácie . V žiadnom prípade nejde o fyziologický stav spôsobený iba oneskorovaním vo vývine reči , ktorý sa , ďalším vývinom spontánne upraví , ale ide o vážne narušenie a ohrozenie ďalšieho vývinu reči . Preto je potrebné zaradenie tejto problematiky aj do postgraduálneho vzdelávania klinických logopédov.

Zoznam požitej literatúry:

DLOUHÁ, O. (2003). *Vývojové poruchy reči :Vztah centrálnich poruch řeči a sluchu.* Praha: Publisher

DVOŘÁK, J. 1999. *Slovní patlavost (Verbální dyspraxie).* Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 1999. 124s. ISBN 80-902536-0-1.

DVOŘÁK, J. 2001. *Logopedický slovník.* Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001. 223s. ISBN 80-902536-2-8.

DVOŘÁK, J. 2003. *Vývojová fonologická porucha.* Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2003. 148s. ISBN 80-902536-4-4.

KEREKRÉTIOVÁ, A. a kol. 2009. *Základy logopédie.* Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2009. 344s. ISBN 978-80-223-2574-5.

KIRBY, A. 1999. *Nešikovné díte. Dyspraxie a další poruchy motoriky.* Praha: Portál, 2000. 208s. ISBN 80-7178-424-9.

KOUKOLÍK, F. 2000. *Lidský mozek: funkční systémy, norma a poruchy.* Praha: Portál, 2000. 360s. ISBN 80-7178-379-X.

LURIJA, A.R. 1973. *Základy neuropsychológie.* Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1982. 408s.

LOVE, R.J. 2009. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy.* Praha: Portál, 2009. 376s. ISBN 978-80-7367-464-9.

ŠKODOVÁ, E. 2003. *Klinická logopedie.* Praha: Portál, 2003. 616s. ISBN 80-7178-546-6.

ZELINKOVÁ, O. 2007. Dyspraxie. In: *Pedagogika* roč. LVII, s 58-67. ISSN 0031-3815.

MIKULAJOVÁ, M. 2010. *Metódy diagnostiky dyslexie.* Bratislava: Mabag, 2010. 60s. ISBN 978-80-89113-73-6.

MICCIO, A.W. 1996. Enhancing stimulability: A Treatment Program. In: *Communication Disorders* 29, p.335-351.

OLLER, D.K. (2000). *The Emergence of the Speech Capacity.* Lawrence Erlbaum and Associates, Inc.

WILSON, B.N. 2009. Psychometric properties of the revised Developmental Coordination Disorder Questionaire. In: *Physical and Occupatinal Therapy in Pediatrics,* 29, p.182-202.

THE ROYAL COLLEGE OF SPEECH AND LANGUAGE THERAPISTS. 2011. *Policy statement. Developmental verbal dyspraxia.* [online Dostupné na www.rcslt.org]

GIBBS, J. – APPLETON, J. – APPLETON R. 2007. Dyspraxia or developmental coordination disorder? Unravelling the enigma. In: *Archives of Diseases in Childhood, 2007.* Jun, 92, p.534 – 539

Mgr. Václav Krucký

Pohled na vývojovou dyspraxii z hlediska fyzioterapie a její řešení Vojtovou metodikou 2. generace

Anotace přednášky

Snahy fyzioterapeutů napravovat porušené držení těla a porušené hybné stereotypy často u dětí narážejí na vývojovou dyspraxii. Teprve základy položené Dr. V. Vojtou umožnily pochopit příčiny těchto obtíží, a to v porušení kineziologického vývoje psychomotoriky dítěte.

Poznání teoretického fundamentu řízení motorických programů vedlo k vypracování diagnostiky a terapie za pomoci reflexní lokomoce, terapie známé jako „Vojtova metodika“. Pole působnosti této metodiky se neustále rozšiřuje, v posledních letech také do oblasti poruch vyšších nervových funkcí. Změny na pohybovém aparátu, ke kterým léčba směřuje, jsou známé nejvíce na zlepšení hrubé motoriky a normalizaci držení těla. Nové poznatky však ukazují velice dobré působení i v oblasti jemné motoriky ruky, zvláště pak na změny motoriky orofaciální oblasti.

Přednáška nabízí pohled na vývojovou dyspraxii z hlediska teoretických základů fyzioterapie a také způsob řešení těchto ontogenetických problémů pomocí Vojtovy metodiky 2. generace.

Pohled na dyspraxii z hlediska fyzioterapie a její řešení Vojtovou metodikou 2. generace

Využití VM2G – kazuistika ilustrace spojitosti problémů jemné, hrubé motoriky a vyšších nervových funkcí projevující se dyspraxií.

Dyspraxia from the physiotherapeutic point of view, the use of VM2G – 2nd Generation Vojta Methodology.

Case study illustrating the link between fine and gross motor skills problems and higher nervous functions that manifest by dyspraxia.

Mgr. Václav Krucký

Rehabilitace Karlovy Vary s.r.o., Karlovy Vary, ČR

Souhrn:

VM2G představuje generačně nové pojetí Vojtovy metodiky. Vychází ze základů, které položil Dr. Václav Vojta ve své stěžejní práci *Vojtův princip* (Vojta, 1995). VM2G se snaží ukázat pohybový aparát a vlastní pohyb člověka ve zcela jiném pohledu. Jedná se o zobrazení v prostorové perspektivě 3D, respektive funkční zobrazení hybnosti v reálném třídimenzionálním prostoru. Z důvodů didaktické odlišnosti klasické Vojtovy metodiky a metodiky 2. generace jsme použili označení Vojtova metodika 2. generace, ve zkratce VM2G. Na kazuistice chceme ilustrovat spojitosti problémů jemné, hrubé motoriky a vyšších nervových funkcí, které se projevující dyspraxií a logopedickými poruchami. Zároveň je cílem sdělení ukázat možnosti terapie takovéto závažné vývojové vady mozku využitím konceptu VM2G v běžné klinické práci terénní fyzioterapie (Krucký, 2017). V anamnéze pacienta byl nalezen problém již při porodu, který byl protrahovaný a následná adaptace nebyla zcela optimální. Vývoj v prvním roce se opožďoval, samostatně začal chodit kolem druhého roku. Pacient má zcela zřetelnou dyspraxii při svlékání, oblékání a běžných denních činnostech. Ve stoji je patrná výrazná porucha automatiky držení těla. Celkové vyosení pánve, hrudního koše, pletenců ramenních, hlava v předsunu, dolní čelist ubíhající nazad, přiotevřená ústa. Pacient je také řadu let v logopedické péči. VM2G se v tomto případě ukázala jako suverénní terapeutický postup.

Summary:

VM2G represents a new generation's concept of Vojta's methodology based on the foundations laid down by Dr. Václav Vojta in his core work *Vojta's Principle* (Vojta, 1995). VM2G shows the

musculoskeletal system and the body movement in a completely different way. It is a 3D spatial perspective, or a functional representation of the momentum in the three-dimensional space. Due to the didactic difference between classical Vojta's methodology and the 2nd generation methodology, the name Vojta's 2nd Generation Methodology, in short VM2G, is used. This case study illustrates the link between fine and gross motor skills problems and higher nervous functions and how it manifests by dyspraxia and logopaedic difficulties. Another aim is to show how this brain development disorder may be treated by including the VM2G concept into the physiotherapy (Krucký, 2017). A problem occurred during the patient's birth and subsequent adaptation was not optimal. During the first year of life the development was delayed; the patient started walking nearly at 24 months. An obvious dyspraxia can be observed while the patient is getting dressed, undressed, and during other activities of daily living. The patient's posture is not ideal, the pelvis, rib cage and the shoulder girdles are mal-aligned, the head is generally moved forward, while the lower jaw bone is shifted towards the back, resulting in an open-mouth posture. The patient has been visiting a speech therapist for several years. VM2G in this case proved to be a completely sovereign therapeutic approach.

Klíčová slová: Vojtova metodika 2. generace, vrozené vývojové vady mozku, dyspraxie, jemná motorika, hrubá motorika, vyšší nervové funkce

Key words: 2nd Generation Vojta Methodology, Congenital Brain Developmental defects, Dyspraxia, fine motor skills, gross motor skills, higher nervous functions

Úvod

Fyzioterapeutické metodiky, které vycházejí z Vojtova principu vývojové kineziologie člověka, zaznamenávají v posledních letech mimořádný dynamický růst: nejen vlastní Vojtova metodika reflexní lokomoce, ale také například i DNS (Dynamická neuromuskulární stimulace) profesora Pavla Koláře a další. Nový způsob provádění původní Vojtovy metodiky se nazývá VM2G. Samotný název Vojtova metoda II. generace (VM2G) odráží kompromisní řešení – pravdivě se hlásí k teorii a technice Vojtovy metody, jež respektuje, a současně pravdivě označuje metodické inovace. Otevírá širší otázky týkající se identity Vojtovy metody, hranic a možností jejího dalšího klinického vývoje po smrti jejího zakladatele.

Východisko řešení problematiky – VM2G

V roce 2005 jsme začali víc a víc přicházet na rozpory v tom, co psal Dr. V. Vojta (Vojta, 1993, 2009) ve svých knihách a tím, jaký je dosavadní pohled na pohybový aparát. Na rozpory v tom, jak se na pohyb člověka dívá současná moderní anatomie, neurofyziologie či biomechanika (Dylevský, 2014). Pohybový aparát a vlastní pohyb člověka se nám začal ukazovat ve zcela jiném pohledu. Jednalo se o zobrazení v prostorové perspektivě 3D, respektive ve funkčním zobrazení hybnosti v reálném třídimenzionálním prostoru. Tento rozpor byl ještě zřetelnější při vlastním praktikování terapie Vojtovou metodikou. Čím více jsme se snažili nalézt odpověď v odborné literatuře, tím větší vyvstaly nejasnosti a pochybnosti, že tu něco zásadně „nehraje“ (Orth, 2005). Zpochybnění to bylo troufalé, ale postupně se dařilo nalézat jednotlivé části mozaiky, která začala ukazovat pohybový aparát a vlastní pohyb člověka ve zcela jiném pohledu. Rádi bychom se v tomto sdělení věnovali především zkušenostem s fungováním Vojtovy metodiky tak, jak se ji daří řadu let praktikovat.

Dr. Václav Vojta začal první poznatky o využití „reflexní lokomoce“ publikovat od poloviny padesátých let 20. století. Během let se vyvinul velmi originální diagnostický a terapeutický koncept, který zprvu cílil na děti postižené dětskou mozkovou obrnou. Postupně se spektrum diagnóz, u nichž se Vojtova metoda začala používat, rozšířilo, stejně tak se i precizovala včasná diagnostika. Tou je možné odhalit hrozící mozkové postižení ještě v době prvého roku života dítěte, kdy je možné řadě škod předejít včasně prováděnou terapií.

Jelikož generace, do níž Dr. V. Vojta patřil, už odchází, pak nezbývá než převzít „štafetu“ a s ní také zodpovědnost. Bývá zvykem, aby každá nastupující generace přispěla něčím novým k tomu dobrému, co zdědila po generaci předchozí. Naší snahou je tedy to skutečně mimořádně dobré,

co nám Dr. Václav Vojta zanechal, posouvat a rozvíjet dál. Věříme, že posuzování toho, do jaké míry se naše snaha daří, bude záviset na „ovoci“, jež nese.

Mnoho let se zajímáme o řadu důležitých interpretačních otázek kolem Vojtovy metody, které dosud nejsou zcela uspokojivě zodpovězeny. Zvláště pak zůstávají nezodpovězeny otázky teoretického základu fungování metodiky. Současná přímočará klinická aplikace „dobře vyzkoušených statických idejí“ o pohybovém aparátu vede k výsledkům, které nelze označit za optimální, zejména z hlediska dlouhodobé udržitelnosti dobré funkce pohybového aparátu. O existenci možnosti zachovat hybnost na dobré a funkčně bezproblémové úrovni do vysokého věku se raději mlčí, přestože řadu jiných orgánových soustav lze velmi dobře uchovat a výměnou renovovat prakticky do konce života.

Anatom Andreas Vesalius v 16. století zavedl chápání funkcí pohybového aparátu z popisné anatomie mrtvoly, které platí až do současnosti. Popisné hledisko pohybového aparátu ve stavu „nehybnosti“ je popisem ve dvojdimenzionálním prostoru a také analytickou deskripcí. Fragmentární popis funkcí jednotlivých svalů i pojetí hybného aparátu ve stavu „mrtvoly“ se možná hodí pro práci chirurga, ale je zcela nedostatečné pro celkové pochopení pohybového aparátu v jeho fyziologických funkcích, například schopnosti vzpřímení do stoje na dvou končetinách a bipedální lokomoce. Stejně tak i popis funkcí orofaciální motoriky je z tohoto pohledu nedostatečný.

Vše nasvědčuje tomu, že současná popisná anatomie není schopná v plné šíři zachytit skutečné stavy a komplexní funkce pohybového aparátu. Co je vlastně cílem rehabilitačního snažení? Víme, jaký má u konkrétního pacienta v jeho konkrétní situaci cílový efekt? Co je vlastně správné držení těla? Existuje cosi jako „zlatý řez“, ke kterému by bylo možné směrovat rozhodování, kde začít a k čemu cílit? Jak mají vypadat základní pohybové stereotypy? Kromě vizuálního subjektivního posouzení není dosud v klinické praxi běžné zachycení průběhu pohybových trajektorií a jejich datové zpracování. Jak pomůže poznání spirálních pohybových drah jednotlivých končetin k pochopení pohybové dráhy celého těla, respektive k „datovému uchopení“ trajektorie těžiště celého těla? Budeme schopni registrovat takovéto dráhy? Provést jejich standardizaci, určit toleranční rozmezí, stupně patologických odchýlení, verifikaci vzhledem k věku a pohlaví? Bez stanovení norem zůstane posuzování stavu pohybového aparátu empirické a subjektivní.

Pohybový aparát je nutno „číst“ jako celek; podobně jako u mozaiky dostává každý kamínek svůj význam teprve v hotovém celku. Také každý sval dostává své funkce jen v rámci

pohybových vzorců. V jednotlivých pohybových vzorcích jsou funkce každého svalu plynule proměnlivé. Současné pojetí svalových funkcí by prakticky neumožnilo ani nejzákladnější fungování těla, tj. vzpřimování, stoj a chůzi. Člověk by zůstával na úrovni holokinetické pohyblivosti končetinami v lehu na zádech či na břiše, podle toho, jak by byl položen. Nebyl by schopen se sám ani otočit.

KAZUISTIKA

Devítiletý pacient byl odeslán do naší péče pro poruchy motoriky. Matka popisuje svého syna jako mimořádně nešikovného. Špatně píše i kreslí, má velké problémy s modelováním či sestavováním dětské stavebnice. Potíží si všimla již v předškolním věku, kdy celkově špatně prospíval, zvláště popisovala celkovou neobratnost, potíže zavázat si tkaničky a také problémy s řečí. Ve škole se potíže ještě zvýraznily, je velmi neobratný v tělesné výchově, a také každou chvíli o něco zavadí – jako by například nedokázal správně odhadnout šířku rámu dveří. Ve spánku má přiotevřená ústa a chrápe. Ústa jsou přiotevřená i v bdělém stavu, když se na něco soustředí. V dětství ani později rehabilitační péči neměl, navštěvuje pedagogicko-psychologickou poradnu z důvodů specifických poruch, zvláště dysgrafie a dyslexie. Školní prospěch je spíše podprůměrný, přesto, že v testech inteligence je v pásmu lehkého nadprůměru.

Analýza problematiky – klinický popis problémů

V anamnéze pacienta byl nalezen problém již při porodu, který byl protrahovaný a následná adaptace nebyla zcela optimální. Vývoj v prvním roce se opožďoval, samostatně začal chodit kolem druhého roku. Pacient má zcela zřetelnou dyspraxii při svlékání, oblékání a běžných denních činnostech.Vykazuje potíže s lateralizací ve stoji i v lehu na zádech. Stoj na jedné noze je pro něj velmi komplikovaný a nestabilní. Ve stoji je patrná výrazná porucha automatiky držení těla. Celkové vyosení pánve, hrudního koše, pletenců ramenních, hlava v předsunu, dolní čelist ubíhající nazad, přiotevřená ústa. Břišní stěna ve stoji uvolněná. V klidové poloze lehu na zádech je bederní páteř stále prohnutá do hyperlordózy a nedotýká se podložky, také je patrné vtáčení obou špiček nohou na vnitřní stranu, více na pravé noze. V této poloze je patrná i lehká ulnární deviace na pravé ruce. Nesvede nadechnutí do břicha ve stoji, ani vleže na zádech. Při chůzi je patrné vnitřní vtáčení špiček obou nohou, více na pravé straně. Doposud mu nebyla doporučena fyzioterapeutická péče.

Odborné vysvětlení problému

Etiologicky můžeme vysledovat poruchu automatiky držení těla, poruchu hrubé i jemné motoriky a poruchu základních hybných stereotypů již v době rozvoje programů řídicích tuto základní hybnost. Kineziologický vývoj prvního roku byl protrahovaný a postupně na sebe „nabalil“ celou řadu náhradních pohybových mechanismů. Tyto nedokonalosti jsou patrné jak v automatice držení těla, v základních hybných stereotypech, chůzi, úchopu i dechu, tak také v hrubé i jemné motorice. Na celých dolních končetinách je zjevné vnitřně rotační postavení, nejzřetelněji vystupňované na akrech končetin. Porucha držení dolních končetin a narušený chůzový stereotyp má za následek vtáčení špiček při chůzi a při běhu si o ně pacient až zakopává. Postavení pánve je zřetelně v anteflexi. Následkem je porušená koordinace vyšší nervové činnosti projevující se zejména dyspraxií, ale také poruchou jemné motoriky, konkrétně narušenou grafomotorikou, ke které nejvíce přispívá ulnární deviace ruky. Narušená koordinace hrubé motoriky je znatelná při snaze o ekvilibristické výkony, jako je stoj na jedné noze či stoj na špičkách. Porucha držení hlavy do předsunu je doprovázena retrogenií dolní čelisti, ta má za následek chybnou zubní okluzi a také porušení hybných stereotypů celé orofaciální oblasti. Z hlediska zapojení kinematických svalových řetězců je evidentní, že jejich řízení je narušené ve všech prostorových rovinách. Tyto výše uvedené důvody zapří
iňují vyosení celé řady kloubů, a to jak nosných, páteřních, čelistních, tak také horních končetin. Je velmi pravděpodobné, že u tohoto pacienta existuje značné riziko, že bez adekvátní terapie dojde k prohloubení a fixování výše uvedených poruch hybného aparátu, včetně možného vzniku skoliózy páteře a deformity hrudníku. Porucha řízení držení a hybných stereotypů v orofaciální oblasti má za následek porušení vývoje zubů, ve smyslu křivosti a nepravidelnosti. Vlivem obtížnější ústní hygieny se zuby snáze kazí a vznikají záněty dásní. Vady skusu působí problémy se žvýkáním, a zhoršují i výslovnost.

Řešení problému

Pacient navštěvuje se svou matkou naši ordinaci již čtyři a půl roku s měsíční frekvencí. Velmi pozvolna můžeme postupně zvyšovat zátěž. Dlouho se nedařilo vytvořit stabilní řízení polohy, ale nyní je možné provádět cvičení jak na šikmém stole, na balančních podložkách, tak také s postupně se zvyšující zátěží. Dochází k postupnému zlepšování celkového držení těla, ustoupil předsun hlavy a také postavení dolní čelisti je zcela v normě. Pacient se naučil novým dovednostem vyžadujícím dobrou rovnováhu, jako jsou jízda na kole, lyžování, jízda na zimních i kolečkových bruslích. Výrazně se upravila dyspraxie, hlavně při běžných denních činnostech, a

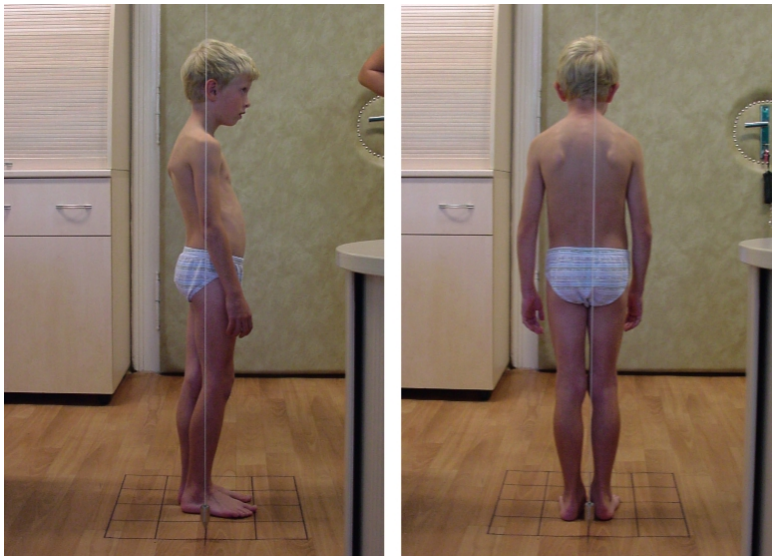
i schopnost provádění přesných a uměřených pohybů se normalizovala. Zlepšil se také písemný projev, který již nevyžaduje větší námahu. Normalizovalo se čtení v
etně hlasitého. Vymizelo přiotevření úst jak ve spánku, tak i v bdělém soustředěném stavu. Chůze se stala pravidelnou, koordinovanou, s kladením špiček nohou do normy mírného zevního držení. Odezněla ulnární deviace pravé ruky a normalizoval se úchop. Výrazně se zlepšilo postavení pánve, hrudního koše a pletenců ramenních. Upravil se dechový stereotyp a s ním se zlepšila i celková fyzická kondice pacienta. Jelikož ještě není dosažena úplná ideální norma držení a motoriky, je pacient stále v naší péči. VM2G se ukázala jako vysoce efektivní, jak na problémy motoriky, tak také na výše popsané problémy, které s motorikou úzce souvisejí a významně zasahují do života pacienta.

Náprava komplexní poruchy u značně složitého stavu pacienta je uskutečnitelná, pokud se zasáhne do systému řízení základní automatiky držení těla a základních stereotypů. Zároveň je terapie cílená i na úpravu řízení koordinace pro jemnou motoriku ruky a orofaciální hybnost. I zde lze s velkou výhodou využít vývojové fáze, a tedy potenciálu, který skýtá růst hybného aparátu. S normalizací držení páteře se také postupně normalizovalo postavení pletenců ramenních v ose frontální i sagitální. Normalizace doznala i konfigurace hrudníku, držení hlavy a dolní čelisti. Funkce dechového stereotypu se také normalizovala. Stav pacienta se i přes počáteční komplikovaný stav daří navracet do normy, a to jak motorické, vyšších nervových funkcí, tak také po stránce morfologie hybného aparátu. Z dosavadního průběhu vlastní terapie, a také kooperativní spolupráce rodiny, můžeme usuzovat na velmi dobrou prognózu celkového budoucího vývoje pacienta.

Pohled na úlohu a řešení problémů v jemné i hrubé motorice a vyšších nervových činností – VNČ

Z hlediska fungování VNČ je nezbytné přihlížet k době vývoje základních motorických programů. Narušené řízení programů zodpovědných za ovládání hybného aparátu se velmi často projeví i v programech zodpovědných za řízení VNČ. Nejmarkantněji je tato propojenost patrná u dětí, které mají porušení motorických programů zcela flagrantně, tedy u dětí s diagnózou dětské mozkové obrny. U nich jsou projevy porušení VNČ velmi dobře popsány a přístup, včetně edukativního, musí tyto poruchy zohledňovat. U dětí s motorickou neobratností, dyspraxií se specifickými poruchami učení se doposud taková intenzivní péče nepraktikovala. Původně porucha motorického vývoje, pocházející z období prvního roku, se postupně „etablovala“ i

v dalších částech mozku a narušila celou řadu funkcí a běžných denních činností. Zároveň omezila komplexní rozvoj osobnosti pacienta, ztížila jeho edukaci, řečové schopnosti, rozvoj sportovních aktivit a dovedností, možnosti učit se hře na hudební nástroje či zpěvu. Původní centrální koordinační porucha vedla k narušení řízení rovnováhy, řízení souhry přímých i šikmých svalových řetězců. Tato porucha se dále projevila narušením kostního růstu a následného rozvoje deviací kostních a kloubních os, a to prakticky na celém skeletu. Vzniklá porucha řízení svalových řetězců měla za následek defekt v řízení a funkci bránice. Vzniklo narušení koordinace dechového stereotypu s porušením řízení svalového tonu svalů hrudníku. To se následně projevilo v postupném vpáčení kosti prsní a vzniklé poruše na konfiguraci hrudníku. Další zřetězení poruchy bylo patrné na poruše držení hlavy ve smyslu předsunu. Takto porušené držení hlavy se projevilo i na vzniklé retrogenii dolní
elisti a s ní související poruchou orofaciální koordinace. Terapeutický zásah VM2G se projevuje jak v normalizaci programů zodpovědných za řízení motoriky, tak také programů kontrolujících VNČ. Lze pozorovat, že další růst hybného aparátu se děje již pod formativním vlivem normalizovaných programů. Cílem je úplná normalizace hybného aparátu jako celku, automatiky držení těla včetně jeho základních hybných stereotypů, jakož i normalizace a rozvíjení potenciálu VNČ.



Porucha automatiky držení těla, stav v roce 2011

Porucha automatiky držení těla, stav v roce 2014

Porucha automatiky držení těla, stav v roce 2016

Závěr

Domníváme se na základě zkušeností posledních patnácti let, že používání VM2G je zcela oprávněné pro celou řadu poruch motoriky, včetně nejtěžších vývojových vad mozku.

Literatura

BORYS, Przemyslaw. Model of the newborn's physical development. In: *Acta Physica Polonica*.

May : 2010, Vol. 41, s. 1105-1110.

DÖDERLEIN, Leonhard. *Infantile Zerebralparese: Diagnostik, konservative und operative Therapie.* Berlin : Springer, 2015. ISBN 978-3-642-35319-2.

DYLEVSKÝ, Ivan. *Anatomie dítěte: Nipioanatomie*. Praha : České vysoké učení technické v Praze, 2014. ISBN 978-80-01-05094-1.

KAGAN, Jerome. *Unstable Ideals*. Cambridge (MA) : Harvard University Press, 1989. ISBN 067493038X.

KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha : Galen, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.

KRAUS, Josef. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada 2005. ISBN 80-247-1018-8.

KRUCKÝ, Václav. *Vojtova metodika 2. generace s videokompendiem*. Praha : SVR – společnost pro vývojovou rehabilitaci, 2017. ISBN: 978-80-906760-1-5

LANGMAYER, Josef. *Vývojová psychologie*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-427-1284-9.

ORTH, Heidi: *Das Kind in der Vojta-Therapie: Ein Begleitbuch für die Praxis*. München: Urban & Fischer, 2005.

PAPOUŠEK, Mechthild. *Regulationstörungen der frühen Kindheit*. Bern: Verlag Hans Huber, 2004. ISBN 3-456-84036-5.

VÁGNEROVÁ, Marie, *Vývojová psychologie. Dětství a dospívání*. Praha : Nakladatelství Karolinum, 2012. ISBN 978-80-264-2153-1.

VOJTA Václav, SCHWEITZER, Edith: *Die Entdeckung der idealen Motorik*. München : Paum Verlag, 2009. ISBN 978-3-7905-0966-3.

VOJTA, Václav. *Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku*. Praha : Grada Avicenum, 1993. ISBN 80-85424-98-3.

VOJTA, Václav. *Vojtův princip*. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-004-X.

WORKSHOPY

Mgr. Eliška Haškovcová; Mgr. Petra Dvořáková

Vývojová dyspraxie z pohledu ergoterapeutů

Anotace

V moderní terapeutické péči o děti s dyspraxií se vycházíme z odstranění Patologických Primitivních Reflexů (PPR) a z rozvoje senzorického procesování dle Senzorické Integrace (SI). Dyspraxie se v klasifikaci senzorických poruch řadí mezi motorické poruchy na senzorickém podkladě, proto je v terapii nutné začít úpravou smyslového procesování na úrovni základních senzorických kvalit- propriocepce, vestibulární ústrojí, hmatové vnímání.

Ve workshopu bude představeno vyšetření Test klinické observace, jako možnost zhodnocení odchylek v senzorickém procesování. Zároveň budou probrány PPR související s dyspraxií a možnosti jejich nápravy formou hry.

Klíčová slova: dyspraxie, senzorická integrace, neurovývojová terapie

V moderní ergoterapeutické péči o děti s dyspraxií se jako hlavní terapeutická možnost uplatňuje rozvoj senzorického procesování dle metody Senzorická Integrace (SI) a Neurovývojová terapie založená na odstraňování přetrvávajících Patologických Primitivních Reflexů (PPR).

Senzorická integrace je terapeutický přístup založený na ovlivnění smyslového procesování. Zakladatelkou přístupu SI je Jean Ayres, PhD,OTR, ergoterapeutka, vývojová psycholožka, která v 70.letech 20.století pracovala s dětmi, které vykazovaly poruchy učení a pozornosti.

Senzorická integrace pracuje s takovým uspořádáním smyslových vjemů z vlastního těla i vnějšího prostředí, které umožní vytvořit adaptační odpověď. Adaptační odpověď musí být taková, aby mohla být použita pro cílené chování, jednání, učení (J. Ayres 1992). Integrace senzorických vjemů vede k vytvoření motorické kontroly a umožňuje dětem učení nových motorických dovedností.

V Senzorické integraci se pracuje s osmi smyslovými kvalitami: hmat, propriocepce, vestibulární vnímání, čich a chuť, zrak, sluch, interocepce. Základna smyslového propojování je tvořena

třemi základními smysly, a to jsou hmat, propriocepce, vestibulární vnímání. S těmito smysly je důležité intenzivně pracovat v terapeutické intervenci u dětí s dyspraxiemi.

Dyspraxie se v klasifikaci senzorických poruch řadí mezi motorické poruchy na senzorickém podkladě. V klasifikaci těchto poruch jsou zařazeny dvě podkategorie Dyspraxie a Posturální poruchy. Z hlediska volby vhodné terapeutické intervence je důležité tyto dvě diagnostické jednotky správně rozlišit.

Dyspraxie dle klasifikace SI je spojená s odchylkou v hmatové citlivosti, sníženou citlivost ve vestibulárním vnímání a propriocepci. V obraze bývají tyto děti označeny jako vyhledávači (seeker) senzorických vjemů a jsou snadno zaměněny za diagnostickou jednotku ADHD.

Posturální poruchu doprovází významné odchylky ve stabilitě trupu a okulomotorice. Tyto děti mívají významnou odchylku ve vestibulárním ústrojí ve smyslu zvýšené citlivosti a řadí se do kategorie tzv. odmítačů (avoider) nových zkušeností.

K tomu, aby mohl být správně zvolen terapeutický postup, je nutné zhodnotit dítě s dyspraxií na základě klasifikace Senzorické integrace. K vyšetření senzorických kvalit používáme TKO (Test klinické observace) sestavený podle Jean Ayres, který dává terapeutovi možnost vhodného zařazení dítěte.

Další možnost, jak pracovat s dítětem s Dyspraxií, přináší Neurovývojová terapie. Zakladatelkou metody je Sally Goddard Blythe, která v Institutu pro neurofyziologickou psychologii odhalila souvislost mezi přetrvávajícími patologickými primárními reflexy (PPR) a fungováním centrálního nervového sytému, zabývala se výzkumem vlivu těchto přetrvávajících reflexů na proces učení.

U dětí s dyspraxií bývá patrná přítomnost PPR a jejich odstranění může významně ovlivnit kvalitu učení nových dovedností i motorického plánování. Z těchto reflexů pracujeme nejčastěji s Moro r., TLR, palmárním a plantárním reflexem, ATŠR, STŠR. Vzhledem k tomu, že odcvičení reflexů je velmi limitováno úrovní exekutivních složek a motivací ke cvičení, je vhodné je zařadit do terapie formou hry.

Jako ergoterapeuté se snažíme zařazovat dětem terapii ve vhodných herních pozicích, které pomáhají potlačit PPR. Terapeutická hra, jako prostředek k odstranění PPR, pomáhá nastavit vhodné pohybové zkušenosti a nové vzory motorického učení, které tyto děti nemají automaticky nastavené.

PaedDr. Adelaida Fabiánová

Dyspraxie – senzomotorický terapeutický prístup

Anotace

Adeli Medical center Piešťany, LF UK Bratislava

Dyspraxia postihuje čoraz viac detí. Jej výskyt môže byť viazaný na neurobehaviorálne poruchy, neurogénne poruchy, ale nevylučuje sa ani idiopatická príčina. Príznaky dyspraxie sa odlišujú i v závislosti od veku dieťaťa v zmysle raného, predškolského a školského veku. Problémy vyplývajúce z tejto diagnózy však majú tendenciu pretrvávať aj v dospelosti so sekundárny dopadom na psychiku (emocionálne vnímanie) a znížené sociálne zručnosti.

V rámci logopedickej intervencie integrujeme senzomotorické elementy za účelom budovania oromotorickej koordinácie. Globálny terapeutický aspekt zohľadňujúci tieto prvky je obsiahnutý aj v terapeutickom prístupe PROMPT (Prompts for Restructuring Oral Muscular Phonetic. Tento využíva taktilné podnety ktoré uľahčia zmeny v cielených artikulačných pohyboch. Ich využitím sa podporuje žiadaný plánovaný pohyb artikulačných orgánov s cieľom zlepšenia produkcie hlások a slabík. V konečnom dôsledku je dieťa schopné správne artikulovať slová, ktoré zakomponuje aj do svojho rečového prejavu.

Obsahom workshopu je predstavenie rehabilitačných stratégií a metód primárne posilňujúcich oromotorický systém s rozvíjaním správnej artikulácie; sekundárne zlepšením jemnomotorických schopností sériou špeciálnych cvičení.

Mgr. Irena Preissová

Apraxie

Anotace

První část workshopu bude zaměřena na rozlišování různých typů apraxie, jejích projevů a vývoje od dětství do dospělosti. Druhá část se bude týkat praktických diadochokinetických cvičení v terapii a cvičení vedoucích ke zmírnění apraxie nejen ve verbálním projevu.

Apraxií nazýváme částečnou nebo úplnou ztrátu schopnosti plánování činnosti, případně narušenou cestu mezi plánováním a realizací aktivity. Známe několik druhů apraxií. Jako kliničtí logopedi známe tuto problematiku především v oblasti verbální a konstrukční, tzn. poruchu v realizaci volních artikulačních pohybů a jako poruchu dvou i třírozměrného prostorového vnímání.

Rovněž se ale v naší praxi setkáváme i s dalšími typy apraxií, např. s apraxií exekutivní. Pod pojmem exekutivní apraxie, která bývá rovněž nazývána ideomotorická, rozumíme takové postižení, kdy má pacient myšlenku realizovat určitou aktivitu, ale není schopen realizovat ji podle původního plánu.

Většina apraxií je způsobena lézí v oblasti dominantní hemisféry nebo v oblasti corpus callosum. Diagnostika a terapie poruch praxie spadá do oblasti klinické logopedie, neuropsychologie a fyzioterapie.

Dyspraxie jsou dalším termínem a poruchou známou v klinicko-logopedické praxi a s apraxií mají mnoho společného. Především se však dyspraxie vyskytují v dětském věku. Nejedná se tedy o ztrátu již dříve vytvořených schopností v oblasti plánování činnosti, ale o zpomalení realizace určité činnosti nebo o nedostatečné vytvoření schopnosti realizace činnosti. Realizace různých aktivit (lezení, chůze, chození na toaletu, kreslení apod.) v případě dyspraxií odpovídají výrazně nižšímu biologickému věku a sníženým mentálním schopnostem jedince. Dyspraxie v útlém a předškolním věku dále významně ovlivňují osvojování školních dovedností po nástupu do školy a realizaci běžných denních úkonů.

V terapii apraxií i dyspraxií platí pravidlo co nejrychlejšího zahájení terapie, bohužel s nejasnou prognózou. Jako nejvíce účinná se ukázala pravidelnost, krátkodobost a pestrost jednotlivých

cvičení. S přibývajícím věkem je velmi účinné naučit se s nedostatečně rozvinutou schopností žít, takže dospělý člověk si je svého handicapu vědom a naučí se jej kompenzovat.

Mgr. Barbora Červenková, Mgr. Kateřina Blatná

Logopedická terapie u dětí s vývojovou dyspraxií

Anotace

Stále častěji se v logopedických ambulancích setkáváme s dětmi diagnózami F 82.0 Specifická vývojová porucha motorických funkcí nebo případně R 27.8 Jiný neurčený nedostatek koordinace. Tyto děti poté spojuje neobratnost a nešikovnost při pohybu, případně symptomy vývojové verbální a orální dyspraxie. Ty bývají typicky součástí diagnózy vývojové dysfázie. U některých dětí s touto diagnózou je dyspraxie dominujícím symptomem a u jiných dětí je minoritním rysem v rámci této narušené komunikační schopnosti. Není vzácností, že se vývojová dyspraxie může objevit také u syndromových vad, jako je tomu např. u Downova syndromu. Objevit se může také u dětí s mentálním postižením či zcela samostatně. Prevalence dětí s vývojovou dyspraxií stoupá, nejčastěji se udává u 5 až 6 % školních dětí bez kognitivního postižení. Vyšší riziko vzniku vývojové dyspraxie lze zaznamenat u předčasně narozených dětí, u kojenců s jinou závažné lékařskou diagnózou nebo u dětí s nižší až extrémně nízkou porodní hmotností. Z pohledu logopeda lze rozdělit hlavní charakteristiky vývojové dyspraxie do následujících oblastí:

vývoj řeči (miminka, která jsou dlouho tichá, nediferencují pláč a jejich broukání je nevariabilní, dále pomalý a opožděný vývoj řeči, omezená produkce zvuků bez variací, omezená schopnost nápodoby, nepřesné vokály, pomalý nástup konsonantů, počínající frustrace z komunikačního neúspěchu, častá snaha využívat jiné komunikační strategie), řeč (nesrozumitelnost řeči, obtíže v postavení artikulačních orgánů do správné pozice pro danou hlásku, obtíže při přechodu z jedné hlásky na druhou, nekonstantní a nekonsekventní tvoření řečových zvuků, obtíže vyjádřit se na pokyn či při opakování slov po dospělém), orálně-motorické dovednosti (imitace a vykonání neřečových zvuků na pokyn, obtíže při kousání, žvýkání a zpracování stravy, nedostatečná lateralizace a elevace jazyka, drooling), prozodie (hypernazalita, monotónní řeč, tichá řeč, obtíže v rytmizaci a umístění přízvuku ve slově), jazykový vývoj (dysbalance mezi receptivní a expresivní složkou řeči již od raného věku, první slova až okolo 2. roku života dítěte a později, tvorba dvouslovných výpovědí okolo 4. roku a později), možné obtíže v oblasti motoriky (obtíže s koordinací a organizací pohybů, celková neobratnost), v oblasti smyslů a logicky i v oblasti akademických dovedností (obtíže při osvojování čtení a psaní).

Z výše zmiňovaných charakteristik vývojové dyspraxie vyplývá nutnost vést logopedickou terapii jinak, než jak jsme tomu zvyklí u klientů s dyslalií či opožděným vývojem řeči. U dětí s vývojovou dyspraxií je například nutné zaměřit se na koordinaci výdechu s fonací tak, aby byly schopné osvojit si repertoár zvuků a hrát si s melodií, délkou zvuků, hlasitostí a rytmem. Pomůže nám, když budeme provádět cvičení na hrubou, jemnou a orální motoriku tak, aby bylo dítě schopné procítit tělo a jeho jednotlivé části a na základě toho pak plánovat pohyb.

U dětí s vývojovou dyspraxií neklademe v terapii důraz na přesnost, ale už od počátku jednotlivým zvukům přikládáme komunikační význam s cílem aktivně cvičit vícero souhláskových skupin současně. Oproti klasickému logopedickému přístupu zde nemá smysl cílit na kvalitní vyjádření hlásky v iniciální, mediální a finální pozici, ale má smysl pracovat i s nekvalitním řečovým zvukem jako s plnovýznamovým slovem, které postupně zlepšujeme systematickým kombinováním hlásek a slabik pro vznik nových srozumitelných slov dle všeobecně známých postupů Nancy R. Kaufman, Karen Czarnik, Margaret Fish, Robin Strode Downing a Catherine E. Chamberlain.

Mgr. Dagmar Lisá, Mgr. Martina Metlická

Vyšetření a terapie dyspraxie fyzioterapeutem

Anotace

Vyšetření dyspraxie fyzioterapeutem – účastníci si budou moci vyzkoušet test kvality motorických dovedností MABC 2 - vyšetření senzorických systémů a motoriky Terapie dyspraxie – účastníci budou mít možnost vyzkoušet si různá cvičení, která rozvíjí a zlepšují schopnost vnímání svého těla, orientace na těle a jednotlivé složky motoriky.

Mgr. Marcela Dvořáková

Dyspraxie a MABC - 2

Anotace

Workshop bude zaměřen na dyspraktického pacienta z pohledu fyzioterapeuta: orientační seznámení s testováním motoriky dětí sadou MABC-2, možnosti individuální a skupinové terapie - zaměření na trénink hrubé motoriky a koordinace, víceúkolové cvičení + praktická ukázka. Doporučení vhodných pohybových aktivit, jejich výhody a úskalí.

Mgr. Zuzana Moškurjáková

Vývojová dyspraxia (PF Univerzita Prešov)

Anotace

Verbálna dyspraxia ako nozologická jednotka je zložitým problémov v zmysle patogenézy aj klinického obrazu narušenia reči. Raný vývin reči u detí s verbálnou dyspraxiou je odlišný už v jeho najranejších štádiách odráža v spomalenom a odlišnom jazykovom vývine a vedie k oneskorenému vývinu reči a jazyka a k nedodržaniu vývojových medzníkov . Včasné neodhalenie nesie so sebou riziko progredovania poruchy reči a narušenie zdravého psychického vývinu dieťaťa. Individuálna terapia šitá na mieru môže zmierniť následky . Toto všeobecné konštatovanie sa bežne používa , ale nedemonštruje ,ktorá terapia je najefektívnejšia , ani neurčuje frekvenciu a trvanie terapeutických stretnutí .

Aj keď posledné desaťročie prinieslo vzrastajúci záujem o problematiku a nové štúdie v oblasti VVD, zatiaľ nie je nemožné určiť, ktorá terapia je najefektívnejšia a naopak, ktorá je najmenej efektívna.

Dr. Pamela Wiliams, PhD.

Podpora klinických logopedů v porozumění Nuffield Dyspraxia Programme (NDP – 3. vydání)

Anotace

Cílem workshopu bude představit klinickým logopedům principy NDP. Terapeutickou koncepci tohoto programu a vypracování léčebného plánu s použitím vhodných intervencíz NDP. Workshop bude obsahovat ukázku některých materiálů z NDP a také videoukázky dětí ilustrující terapeutické postupy, a jak může být terapie podpořena souborem obrázků z NDP.

ISBN 978-80-270-4065-0