

LISTY

červen 2018

ČASOPIS
ASOCIACE KLINICKÝCH
LOGOPEDŮ ČR

KLINICKÉ LOGOPEDIE



OBSAH / CONTENT

HLAVNÍ TÉMA

- 3 Fonetická transkripce a její využití v logopedické praxi**
Phonetic transcription and its application in SLT practice
Mgr. et Mgr. Martina Černá
doc. Mgr. Radek Skarnitzl, Ph.D.
- 10 Pomůcky k logopedické terapii***
Mgr. Ester Lochmanová
Mgr. Barbora Červenková
- 12 Diagnostická rozvaha nad specifickými vývojovými poruchami řeči a jazyka**
Diagnostic reflections on the specific developmental speech and language disorders
Mgr. Barbora Richtrová
- 17 Discize podjazykové uzdičky – praktické sdělení chirurgické léčby na plastické chirurgii**
A practical information from pediatric plastic surgeon about frenulotomy in cases with frenulum sublinguale breve
MUDr. Jitka Vokurková, Ph.D.
- 20 Dyslálie – kdy vyžadovat vyšetření na foniatrii***
MUDr. Libor Černý, Ph.D.
- 21 Kindliche Aussprachestörungen im Deutschen - Ein Überblick**
Speech pronunciation disorders in German language – Review
Ramona Keul
Magdalena Brudnicki
Nina Osiecki
- 30 Poruchy výslovnosti u dětí v německém jazyce - přehled**
Speech pronunciation disorders in German language – Review
Ramona Keul
Magdalena Brudnicki
Nina Osiecki
- 39 Vývojové poruchy řeči/ jazyka/ komunikace v současném konceptu neurovývojových poruch - aneb jak na hádáta v mozku**
Developmental speech /language/ communication disorders in the current concept of neurodevelopmental disorders - or what to do with the snakelets in the brain
PaedDr. Lenka Pospíšilová
- 45 Orofaciální myofunkční poruchy u dětí předškolního věku a jejich vliv na orální řeč**
Orofacial myofunctional disorders in preschool-age children and their influence on oral speech
Mgr. Bc. Jana Mikuláštková
doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.
- 56 Některá „know-how“ pro nácvik hlásek***
Za kolektiv autorů Barbora Richtrová

POHLEDEM Z DRUHÉ STRANY

- 61 Kovářova kobyla chodí bosa aneb matka logopedka***

SETKÁNÍ S...

- 64 Klinická logopedie je krásný obor, hlavně pro lidi, kteří jsou všestranní a kreativní Rozhovor s PaedDr. Marcelou Michaličkovou***
Mgr. Barbora Richtrová

VARIA

- 67 Adaptace diagnostického nástroje***
Mgr. Lucie Václavíková
- 68 Terapie jåkania metodą Tarkowskiego**
The Tarkowski Stuttering Therapy Method
prof. dr hab., n. hum. Zbigniew Tarkowski
- 74 Terapie kockavosti metodou Tarkovského**
The Tarkowski Stuttering Therapy Method
prof. dr hab., n. hum. Zbigniew Tarkowski

* Nerecenzované články, které neprošly dvojité zaslupeným recenzním řízením; redakce nenese za tyto články obsahovou odpovědnost.

EDITORIAL



Milé čtenářky, milí čtenáři,

také rádi čtete původní práce v originále? Já ano a myslím, že je to ohromně praktické – člověk se tím udržuje (byť jen pasivně) v jazykových znalostech, které mají tendenci s věkem upadat. Pokud patříte do této kategorie čtenářů a ovládáte německý nebo polský jazyk, máte v tomto čísle příležitost. Předkládáme Vám dva cizojazyčné články a věříme, že v budoucnu jich bude v našem časopise ještě více. Pro čtenáře, kteří daným cizím jazykem nevládnou, se ale nic nemění, články jsou publikovány jak v originálním jazyce, tak v českém překladu. Každý si může přecíst, co je mu bližší.

Tématem tohoto vydání jsou dyslálie a vývojové poruchy jazyka a řeči ne-specifické (v MKN 10 jsou to diagnózy F80.0, F80.8 a F80.9). Snažili jsme se, aby si v tomto čísle přišli na své nejen čtenáři s vědeckými choutkami, ale rovněž ryzí praktici, kterých je – a díky za to – mezi námi většina. Věříme, že Vás toto číslo potěší a budeme moc rádi za Vaše reakce, podněty a postřehy.

Hlavním tématem čtvrtého čísla časopisu budou afázie. Abstrakty článků, prosíme, zasílejte do 1. října 2018 na adresu zuzana.lebedova@email.cz. Abstrakty mimo hlavní téma zasílejte rovněž do tohoto data, články budou publikovány v rubrice Varia.

Přejeme Vám příjemné čtení a pěkné nastávající léto!

Za redakci Zuzana Lebedová

FONETICKÁ TRANSKRIPCE A JEJÍ VYUŽITÍ V LOGOPEDICKÉ PRAXI

PHONETIC TRANSCRIPTION AND ITS APPLICATION IN SLT PRACTICE

Mgr. et Mgr. Martina Černá^{1,2}
doc. Mgr. Radek Skarnitzl, Ph.D.¹

¹ Fonetický ústav, Filozofická fakulta, Univerzita Karlova

² Privátní logopedická praxe

{martina.cerna | radek.skarnitzl}@ff.cuni.cz

Abstrakt

Fonetická transkripce je významným nástrojem dobře využitelným všude tam, kde je třeba vizuálně zachytit zvukovou stránku řeči. V mezinárodním kontextu se používá transkripční systém IPA obsahující jednak sadu symbolů, které pokrývají hlásky vyskytující se v různých jazycích světa, jednak diakritická znaménka umožňující zaznamenávat modifikace těchto hlásek. V českém jazykovém prostředí je často preferován systém využívající symbolů české abecedy. Tato česká fonetická transkripce je běžně využívána pro oblast standardu a drobnějších odchylek. Přepis produkce spadající do oblasti řečové patologie však v odborné literatuře zatím uspokojivě diskutován nebyl a rozšíření transkripce v logopedické praxi není běžné. Tento příspěvek si proto klade za cíl seznámit odbornou logopedickou veřejnost s transkripcí jako takovou a se zásadami přepisu kanonické výslovnosti češtiny. Ve druhé části pak diskutujeme možnosti přepisu řečových vad a navrhneme způsob transkripce běžných vad výslovnosti v češtině, neboť jsme přesvědčeni o důležitosti takového nástroje pro účely efektivní diagnostiky i terapie.

Abstract

Phonetic transcription may be regarded as an important tool, applicable whenever it is necessary to visually capture the sound patterns of speech. In the international context, the IPA transcription system is used for this purpose; the IPA comprises a set of symbols corresponding to speech sounds occurring in various languages of the world, as well as diacritics which allow

the transcriber to capture modifications of speech sounds. In the Czech linguistic environment, conventions for transcribing with the IPA do exist, but a local system making use of Czech alphabet symbols is often preferred. This Czech phonetic transcription is frequently used for transcribing standard pronunciation and minor deviations from it. However, transcription of speech which falls within the domain of speech pathology has not been sufficiently discussed in Czech literature, and transcription is not commonly applied in SLT practice. The objective of this paper is therefore to introduce to SLT practitioners transcription as such and principles of transcribing canonical Czech pronunciation. In the second part, we discuss possibilities of recording speech defects and propose a way of transcribing common pronunciation defects in Czech; we are convinced that this tool may be valuable for the purpose of effective diagnostics and therapy.

Klíčová slova

Fonetická transkripce, dyslalie, fonetický přepis češtiny, IPA, logopedie

Keywords

Phonetic transcription, articulation disorders, transcription of Czech, IPA, speech and language therapy



Mgr. et Mgr. Martina Černá



doc. Mgr. Radek Skarnitzl, Ph.D.

1. Úvod

Řečová komunikace, při níž jsou zvukové vlny v reálném čase přenášeny vzduchem od mluvčího k posluchači, a psaná komunikace, která je trvale zachycena na papíře či obrazovce, spolu mají pramálo společného z hlediska samotné substance. Vztah mezi psanou a mluvenou formou jazyka může být podobně nepřímý (tak je tomu třeba v angličtině), může být ale i výrazně bližší (například ve finštině). Fonetická transkripce je proto nezbytným nástrojem pro každého, kdo se řeči zabývá, kdo potřebuje vizuálně zachycovat zvukovou podobu daného jazyka. To platí i – nebo možná o to více – v jazycích jako čeština nebo zmíněná finština, v nichž je vztah mezi písmem a řečí relativně transparentní, protože naše myšlení o jazyce a řeči je výrazně ovlivněno písmem a pravopisem. Pro běžného uživatele jazyka tak nemusejí být zcela samozřejmá tvrzení, že samohlásky ve slově *bílý* znějí úplně stejně nebo že první souhláska ve slově *všude* se neliší od té ve jméně *Franta*.

Nejčastěji používaný transkripční systém byl navržen před 130 lety Mezinárodní fonetickou asociací, s níž sdílí zkratku IPA (International Phonetic Association, International Phonetic Alphabet). Cílem systému IPA bylo pokrýt zvuky (hlásky) všech jazyků světa, jedná se tedy především o systém komparativní: zápisu v IPA rozumí každý, kdo je s touto transkripční konvencí obeznámen, ať je v ní přepsán jakýkoli jazyk. S mezinárodní fonetickou abecedou se zájemci mohou seznámit na stránkách asociace¹, případně v příručce IPA (1999).

Pomocí IPA můžeme přepisovat i češtinu. V českém prostředí však běžně použí-

váme českou fonetickou transkripci, která – na rozdíl od IPA – využívá diakritických znamének i pro přepis základních zvukových jednotek, fonémů. Slovo šťastně tak bude pomocí IPA přepsáno jako [ʃcastɲɛ], v české transkripci [šťastně]. Použití diakritického znaménka v systému IPA naznačuje posun oproti kanonické výslovnosti, například u [a] je samohláska realizována jako přednější. V podrobnější české transkripci pak diakritická znaménka mohou odkazovat jak na základní, tak i na modifikované zvukové jednotky.

Ať už použijeme jakýkoli transkripční systém, musí vyhovět jednoznačnému požadavku konzistentnosti: jedné zvukové jednotce musí vždy odpovídat právě jeden transkripční symbol, tedy musí existovat přímý vztah mezi zapisovaným symbolem a vyslovovanou hláskou. Požadavkem neméně důležitým je uživatelská příjemnost; je zřejmé, že pokud má být daný transkripční systém aktivně užíván, musí být odvozen od běžného písma (tak jako právě systém IPA) a vztah mezi transkripčním symbolem a zvukovou podobou dané hlásky musí být co nejintuitivnější. Pokud jsou tato základní dvě kritéria naplněna, stává se transkripce cenným nástrojem nejen pro úzký okruh odborníků, ale i pro širší veřejnost.

Transkripci můžeme považovat za významnou didaktickou pomůcku při učení se cizím jazykům: díky transkripci můžeme například vyvodit, že zatímco české krátké [o] a dlouhé [o:] mají stejnou kvalitu a liší se jen v délce, anglické krátké [ɒ] ve slově *cot* a dlouhé [ɔ:] ve slově *caught* se budou odlišovat i ve své kvalitě a že krátké [ɒ] bude zvukově podobnější dlouhému [ɑ:] ve slově *cart*, protože i jejich symboly vypadají podobně.

Jak už vyplývá z předchozích odstavců, podle potřeb přepisovatele je možné transkribovat na různé úrovni detailu. Můžeme zaznamenávat pouze rozdíly, které v daném jazyce mají distinktivní platnost (tj. jsou samostatnými fonémy a podílejí se na rozlišení významů); takovou transkripci nazýváme fonémickou a uvádíme ji v lomných závorkách: /blanka přišla/. Pokud potřebujeme výslovnost zachytit detailněji, užijeme transkripci fonetickou či alofonickou, zapisovanou v závorkách hranatých: [bl̩aŋka p̩řišla]. Je samozřejmé, že kromě zachycení systematických variant bychom mohli přepisovat i nedbalou výslovnost (např. centralizovanou výslovnost [ɪ]: [i̯]) či vady řeči (např. lambdacismus). Ze všech těchto a mnoha dalších hledisek se transkripci věnuje Heselwood (2013).

V následujícím oddílu budou představeny fonémy češtiny a jejich základní varianty s důrazem na jejich transkripční aspekty; otázky, které přímo nesouvisí s fonetickým přepisem hlásek, diskutují například Skarnitzl, Šturm a Volín (2016) nebo Skarnitzl a Volín (2018). V oddílu 3 se pak zaměříme na nejčastější odchylky od kanonické výslovnosti, k nimž dochází v běžném hovoru, a v oddílu 4 na transkripci výslovnostních vad.

2. Přepis českých fonémů a jejich systematických variant

Čeština má celkem 13 samohlásek (vokálů), z toho 10 samohlásek jednoduchých (monofongů), které vystupují ve dvojicích krátké a dlouhé, a 3 dvojhlásky (diffony). Vokálníké fonémy shrnuje tabulka 1 i s příklady slov (diffony jsou tradičně považovány za dlouhé vokály).

¹ www.internationalphoneticassociation.org

krátký	dlouhý	Příklady
ɪ	i:	<i>kypřit</i> /kɪpřɪt/, <i>příkrý</i> /přɪ:kri:/, <i>tklivý</i> /tklɪvi:/
e	e:	<i>elév</i> /ele:f/, <i>skvělé</i> /skvjɛle:/
a	a:	<i>sláma</i> /sla:ma/, <i>maká</i> /maka:/
o	o:	<i>kolón</i> /kolo:n/, <i>skórovat</i> /sko:rovat/
u	u:	<i>skútru</i> /sku:tru/, <i>kufrů</i> /kufru:/
	ou̯	<i>louka</i> /louka/, <i>soustruh</i> /soustrux/
	au̯	<i>auto</i> /auto/, <i>gauč</i> /gauč/
	eu̯	<i>euro</i> /euro/, <i>eukalyptus</i> /eukalɪptus/

Tabulka 1: Samohláskové fonémy v češtině s příklady slov.

Jak je z tabulky 1 patrné, dvojice krátkého a dlouhého vokálu je totožná z hlediska samohláskové kvality, jen u i-ových hlásek transkripce naznačuje odlišnou výslovnost: dlouhé [i:] je perifernější (má vyšší a přednější polohu) než centralizovanější krátké [ɪ]. Nedávná akustická měření naznačují, že podobná asymetrie možná vzniká u u-ových vokálů (Skarnitzl & Volín, 2012); tuto tendenci však zatím ve fonetickém přepisu nezachycujeme.

Diftongy je vhodné v češtině zapisovat s obloučkem, který naznačuje, že obě složky realizujeme v rámci jedné slabiky. Příslušné samohlásky se však mohou vyskytnout i vedle sebe, například ve slovech *poustupte*, *nauka*, *neurvalý*; v těchto slovech oba vokály mohou, ale nemusejí být

odděleny rázem, hlasivkovou explozivou (např. [poʔustupte], [poustupte]).

Pokud bychom české vokály přepisovali v IPA, tedy pro komparativní účely nebo publikum, které se zvukovou podobou českých samohlásek není obeznámeno, změnili bychom jen symboly u e-ových samohlásek: ty jsou v dnešní běžné češtině spíše polootevřené než středové, a proto bychom použili symboly [ɛ], [ɛ:] (jak ostatně ukazuje již příklad slova *šťastně* zmíněný v úvodu).

Zatímco vokalikový systém češtiny patří ve srovnání s jinými jazyky spíše k těm jednodušším, systém konsonantický by se naopak řadil ke složitějším. Souhláskové fonémy zobrazuje ve skupinách podle místa artikulace tabulka 2 (diskusi o fonologické roli konkrétních souhlásek viz u Volína,

2010 či Skarnitzla, Šturma a Volína, 2016: oddíl 6.4.2); znělostní dvojice u obstruentů (souhlásek šumových) jsou odděleny pomlčkou. Jediným fonémem, jehož transkripce nemusí být zcela transparentní, je velární frikativa /x/, která většinou odpovídá psanému *ch*. Jak ukazuje poslední odstavec tabulky 2, v mezinárodní transkripci IPA by se odlišně přepisovaly palatální explozivy ([tʃ] = [c], [dʃ] = [ɟ]), postalveolární frikativy ([ʃ] = [ʃ], [ʒ] = [ʒ]), všechny afrikáty ([tʃ] = [tʃ], [dʒ] = [dʒ]) a palatální nazála ([ɲ] = [ɲ]). České [h] by se navíc přepsalo jako [ɦ], protože je oproti mnoha jazykům znělé, a pro frikativní vibrantu [ʁ] bychom museli použít diakritické znaménko pro zvýšenou artikulaci: [ʁ̥].

² Upozorňujeme na symbol [c], který v české transkripci odpovídá alveolární afrikátě, zatímco v IPA palatální explozivě. Přepis [cesta] tak označuje slovo *cesta* či *těsta*.

způsob artikulace	Foném	přepis v IPA
explozivy	p – b, t – d, t̥ – d̥, k – g	p – b, t – d, c – ɟ, k – g
frikativy	f – v, s – z, š – ž, x – h	f – v, s – z, ʃ – ʒ, x – ɣ
afrikáty	c, č – d̥ž	tʃ, tʃ̥ – dʒ
vibranty	r, ř	r, ɾ
nazály	m, n, ň	m, n, ɲ
aproximanty	l, j	l, j

Tabulka 2: Souhláskové fonémy v češtině seskupené podle způsobu artikulace; v posledním sloupci je uvedena odpovídající transkripce v IPA.

Některé z fonémů uvedených v tabulce 2 se mohou vyskytovat ve více variantách, které jsou dány jejich okolním kontextem. Takto kontextově podmíněné varianty nazýváme alofony a v češtině vznikají asimilací znělosti a místa tvoření. Nejčastějším příkladem asimilace místa je v češtině varianta fonému /n/: jeho základní alveolární varianta [n] se před velárami, [k] či [g], mění na velární [ŋ]; již v úvodu jsme zmínili příklad jména *Blanka* [blaŋka], které by ve fonémickém přepisu bylo /blanka/. Podobně funguje labiodentální [m] jako potenciální varianta /m/ před labiodentálními [f] či [v], například ve slově *symfonie* [simfɔniɛ]. Dodejme, že labiodentální realizace bilabiálních hlásek bývá poměrně častá u malých dětí (viz oddíl 4).

Asimilací znělosti vzniká znělostní protějšek u těch obstruentů, kde tento protějšek nemá distinktivní platnost. Základní variantou fonému /ř/ je tak znělé [ʁ] (např. *řeka* [řeka], *břeh* [břex]), ale v neznělých kontextech vyslovujeme neznělý alofon [ʁ̥]: na konci slova před pauzou (*keř* [keʁ̥]) a v sousedství jiných neznělých hlásek (*křídlo* [křídlo]).

da [křídlo], *mořský* [moʁ̥ski]). V dalších dvou případech asimilace znělosti je základní variantou daných fonémů varianta neznělá: [x] se regresivní asimilací mění na [χ] (*hoch zlobil* [hoχ zlobil]) a [tʃ] se mění na [tʃ̥] (*moc zlobil* [moɟ̥ zlobil]). Takováto regresivní asimilace znělosti přes hranici slova je v češtině běžná, srov. např. *krást pletivo* [kra:st pletivo] a *krást brambory* [kra:zd brambori], *lesk stříbra* [lesk stří:bra] a *lesk zlata* [lezg zlata]. Podobně může docházet k asimilaci znělosti i v rámci slova: *kdo* [gdo], *všichni* [fšixni], *zpráva* [spra:va].

3. Transkripce odchylek od kanonické výslovnosti

V předchozím oddílu jsme se kromě přepisu prvků českého fonologického systému, věnovali i jejich základním pozicím variantám, alofonům. V tomto oddílu se zaměříme na procesy, k nimž běžně dochází ve spontánní řeči a díky nimž vznikají další typy variant. Zvláště v méně formálních mluvních stylech (blíže Volín,

2010) se mluvčí mohou více či méně odchýlovat od kanonické realizace hlásek; souhrnně můžeme hovořit o redukcích. Redukce se mohou týkat výslovnosti vokálů i konsonantů.

U vokálů se oproti kanonické výslovnosti setkáme se změnami kvantity i kvality. V oblasti kvantity je možné použít diakritická znaménka pro extra krátký vokál [ɛ̃] a pro vokál polodlouhý [e̞]. Změny vokalikové kvality spočívající v posunu polohy jazyka oproti kanonickému nastavení značíme pomocí znamének vyjadřujících směr posunu: [ɛ] tak zahrnuje zavřenější výslovnost (zvýšení jazyka), [ɛ̞] naopak otevřenější výslovnost (snížení jazyka), [a̞] značí výslovnost přednější, zatímco [e̞] výslovnost zadnější. Zápis [ɛ̞] odpovídá výslovnosti centralizované, směrem ke střední středové samohlásce šva [ə]. Kromě postavení jazyka můžeme značit i výslovnost (oproti kanonické realizaci) zaokrouhlenou [a̠] nebo naopak nezaokrouhlenou [ɑ̠] a také nazalizovanou [ã].

Odchylky od kanonické výslovnosti konsonantů rovněž mohou zahrnovat sníženou či zvýšenou polohu jazyka: [ʒ̞] tak

odpovídá znělé alveolární aproximantě (tedy „z“ realizovanému bez šumu) a [ʒ] naopak hlásce, u níž místo kritického zúžení dochází k závěru. Podobně jako u volků značíme i posuny horizontální: posun artikulace dopředu [k] a dozadu [t]; specifickým způsobem se značí dentalizace [ʈ]. Vyznačovat můžeme i ztrátu znělosti u hlásky fonologicky znělé [d̥] nebo naopak přidání znělosti u hlásky fonologicky neznělé [t̚]³. Nakonec výběrově zmíníme tzv. sekundární artikulace: například alveolární /t/ v určitých kontextech lze vyslovit labializovaně (se zaokrouhlením rtů) [tʷ], palatalizovaně [tʲ] (se zdviženým hřbetem jazyka k tvrdému patru) či velarizovaně [t̠] (se zdviženým hřbetem k měkkému patru).

Některá z diakritických znamének zmíněných v tomto oddílu používáme i pro transkripci vad výslovnosti, a proto se k nim vrací i oddíl následující.

4. Návrh transkripce vad výslovnosti

Myšlenka rozšířit transkripční systém o možnost zachycovat řečové vady vychází na jedné straně z potřeb terapeutické praxe (např. zefektivnění vedení záznamů o výsledcích vyšetření a průběhu terapie a komunikace mezi odborníky), na straně druhé je motivována účely výzkumnými (srov. Heselwood, 2013). Praktický nástroj k tomu poskytuje rozšíření základní transkripční soustavy IPA, tzv. ExtIPA⁴, určená k přepisu případů v určitých ohledech atypické řeči.

Na tomto místě navážeme na předchozí oddíly a představíme vybrané symboly IPA a ExtIPA relevantní z hlediska transkripce vad v češtině. Zaměříme se přitom na problematiku dyslalie – některých dalších typů vad se dotkneme pouze okrajově – a poukážeme i na vybrané problematické aspekty modifikace mezinárodních transkripčních systémů IPA a ExtIPA pro české jazykové prostředí.

Hovoříme-li o dyslalii, tradičně rozlišujeme tři případy: hláska je a) vynechávána (mogilalie), b) nahrazována hláskou jinou

(paralalie), či c) modifikována, tj. vymykající se z rámce kanonické výslovnosti příslušného hláskového systému. Takové případy jsou mezi dyslaliemi v úzkém slova smyslu nejčastější a označujeme je řečným názvem dané hlásky (příp. reprezentanta celé skupiny hlásek) s příponou *-ismus* (např. rotacismus jako vadná výslovnost hlásky r, sigmatismus jako vadná výslovnost sykavek apod.).

Prvně zmíněná situace není z hlediska transkripce příliš problematická. Elidovanou hlásku v přepisu nezachycujeme, např. vynechání poslední hlásky ve slově *vlak* [vla]; pro případ, kdy by bylo užitečné zaznamenat, která hláska byla vynechána (a nebylo to zřejmé z okolního kontextu), lze navrhnout přeškrtnutí [v~~l~~ak]. Je-li hláska substituována jinou hláskou existující v daném systému, jak se velmi často děje např. u tzv. fyziologické dyslalie z důvodu artikulační obtížnosti, nabízí se použití symbolu pro reálně vyslovenou hlásku: např. *ruka* realizováno jako [luka] či [juka], *řepa* jako [žepa] apod.

Modifikace hlásek se týkají nejčastěji místa tvoření (např. interdentalní sigmatismus či deltacismus, velární či uvulární rotacismus), vzácněji také způsobu tvoření (např. laterální sigmatismus), případně obojího (např. labio-velární aproximanta [w] místo alveolární vibranty [r]). Při transkripci těchto případů lze – technicky vzato – postupovat dvěma způsoby: naznačit charakter modifikace dané hlásky příslušnou diakritikou (interdentalní [ʃ̠], [ʃ̤]), alternativně lze využít samostatný symbol tam, kde ho systémy IPA či ExtIPA nabízejí, srov. výše zmíněnou labio-velární aproximantu [w], uvulární vibrantu [R] nebo také dentální frikativy [θ], [ð].

Z právě uvedeného je patrné, že v souvislosti s úvahami o možnostech transkripce řečových vad v češtině za pomoci mezinárodního transkripčního systému IPA a jeho rozšíření ExtIPA vyvstávají určité nesnáze. Na jedné straně existují příklady, pro něž nenalézáme adekvátní symbol ani diakritické znaménko (tabulky IPA ani ExtIPA například nezahrnují symbol pro velární vibrantu, v češtině velmi častý typ rotacismu). Na straně druhé máme v jiných případech možnost volby: srov. v předchozích oddílech zmíněnou labiodentální nazálu [ɱ] (v systému IPA) a značení labiodentální artikulace s pomocí diakritiky [ɱ̥] (ExtIPA). To je dáno jednak již dříve konstatovanou relativní složitostí českého konsonantického systému, jednak také faktem, že zde poměrně volně kombinujeme prostředky základní tran-

skripční soustavy (IPA) i jejího rozšíření (ExtIPA). Pokud bychom se omezili pouze na systém ExtIPA, primárně určený pro přepis řečových vad, přišli bychom např. o symboly odpovídající různým typům rotacismu v češtině⁵ či diakritická znaménka indikující např. dentální realizaci alveolár [ʈ, ɖ, ɳ] či laterální únik vzduchu (viz níže).

Má-li být transkripční soustava efektivní, musí být vystavena podle určitých pravidel, která jsou jejím uživatelům známá a na jejichž základě pak může být v případě potřeby také vhodně doplňována. Je zřejmé, že i v případě adaptace značek IPA či ExtIPA pro přepis vad výslovnosti v češtině bylo třeba učinit rozhodnutí, která sice mohou vypadat arbitrárně, ale z hlediska výše zmíněných požadavků na transkripci (uživatelská příjemnost, intuitivnost, snaha o konzistentnost) jsou praktická:

1. V souladu s myšlenkou IPA volíme všude tam, kde je to možné, zápis pomocí symbolu pro danou hlásku a příslušné diakritiky; případné výjimky zdůvodňujeme.
2. Prvního pravidla se držíme i tehdy, kdy lze upřednostnit použití diakritického znaménka před samostatnou značkou pouze za cenu lehké modifikace jeho významu oproti IPA; takové případy vždy komentujeme.
3. Jak již bylo uvedeno výše, využíváme pro přepis vad v češtině jak prostředky základní sady IPA, tak jejího rozšíření (ExtIPA).

Diakritická znaménka IPA relevantní z hlediska dyslalie v češtině zachycuje tabulka 3. Za povšimnutí stojí jejich ikoničnost: např. značka pro interdentalní výslovnost svým tvarem odkazuje na zuby, laterální realizace hlásky⁶ na artikulační souvislost s hláskou [l] apod. Znak (.) v češtině nejpravděpodobněji využijeme pro označení dentální výslovnosti alveolárních hlásek, s níž se nicméně setkáme i u hlásek bilabiálních (především u jedinců s výraznějším předkusem či myofunkční poruchou). Poznamenejme, že v případě hlásky [m] je užitečné rozlišovat labiodentální artikulaci [ɱ] jakožto systémovou poziční variantu daného fonému před hláskami [v], [f] (srov. oddíl 2) a odchylku od kanonické výslovnosti [m̥]. Znak (.) využijeme v případech, kdy jazyk příslušný konsonantický artikulační úkon

³ Logopedům je dobře známo, že označení českého [t] a [d] jako hlásek alveolárních není zcela přesné: [t] je denti-alveolární, [d] alveolární až postalveolární (Skarnitzl, 2013). Proto ani úplná ztráta znělosti na začátku jména *Denis* [d̥enis] nemusí vést k záměně se slovem *tenis* [tenis].

⁴ První podoba ExtIPA (Extended IPA) vzešla ze zasedání Mezinárodní fonetické asociace v Kielu v roce 1989, publikována byla o rok později (Duckworth et al., 1990). Poslední revize je z roku 2008 a je volně dostupná, podobně jako základní soustava, na webových stránkách asociace.

⁵ Je zřejmé, že zatímco například velární realizace hlásky je v češtině považována za chybnou, najdeme jazyky, kde jde naopak o výslovnost kanonickou.

⁶ V systému IPA diakritické znaménko (.) značí laterální vypuštění závěru u okluzivních hlásek.

naznačil, ale artikulačního cíle dosaženo nebylo. Všimněme si také, že v tabulce nenacházíme znaménko pro velární

výslovnost. To odráží fakt, že IPA zná pouze výslovnost velarizovanou (̠), tj. označující sekundární místo artikulace (srov.

oddíl 3), což v případě rotacismů v češtině, kterých se tento problém týká nejčastěji, neodpovídá realitě.

značka	výslovnost	příklady
̠	dentální	ɕ ʑ ʦ ʣ ɟ ɥ ɸ ɹ ɻ
̡	interdentální	$\text{ɕ̠ ʑ̠ ʦ̠ ʣ̠ ɟ̠ ɥ̠ ɸ̠ ɹ̠ ɻ̠}$
̣	laterální realizace	$\text{ɕ}^{\text{̣}} \text{ʑ}^{\text{̣}} \text{ʦ}^{\text{̣}} \text{ʣ}^{\text{̣}} \text{ɟ}^{\text{̣}} \text{ɥ}^{\text{̣}} \text{ɸ}^{\text{̣}} \text{ɹ}^{\text{̣}} \text{ɻ}^{\text{̣}}$
̤	labializovaná	$\text{ɕ}^{\text{̤}} \text{ʑ}^{\text{̤}} \text{ʦ}^{\text{̤}} \text{ʣ}^{\text{̤}} \text{ɟ}^{\text{̤}} \text{ɥ}^{\text{̤}} \text{ɸ}^{\text{̤}} \text{ɹ}^{\text{̤}} \text{ɻ}^{\text{̤}}$
̥	snížená poloha jazyka	$\text{ɕ}^{\text{̥}} \text{ʑ}^{\text{̥}} \text{ʦ}^{\text{̥}} \text{ʣ}^{\text{̥}} \text{ɟ}^{\text{̥}} \text{ɥ}^{\text{̥}} \text{ɸ}^{\text{̥}} \text{ɹ}^{\text{̥}} \text{ɻ}^{\text{̥}}$
̦	zvýšená poloha jazyka	$\text{ɕ}^{\text{̦}} \text{ʑ}^{\text{̦}} \text{ʦ}^{\text{̦}} \text{ʣ}^{\text{̦}} \text{ɟ}^{\text{̦}} \text{ɥ}^{\text{̦}} \text{ɸ}^{\text{̦}} \text{ɹ}^{\text{̦}} \text{ɻ}^{\text{̦}}$
̧	nazalizovaná	$\text{ɕ}^{\text{̧}} \text{ʑ}^{\text{̧}} \text{ʦ}^{\text{̧}} \text{ʣ}^{\text{̧}} \text{ɟ}^{\text{̧}} \text{ɥ}^{\text{̧}} \text{ɸ}^{\text{̧}} \text{ɹ}^{\text{̧}} \text{ɻ}^{\text{̧}}$

Tabulka 3: Diakritická znaménka pro značení nesprávné výslovnosti hlásek.

Zastavme se nyní u problematických míst transkripce nejčastějších typů dyslalie v češtině. Zvukové ukázky ilustrující časté výslovnostní vady, spolu s přepisem jsou uvedeny na doprovodné stránce k tomuto článku⁷. Diskutované možnosti transkripce vad výslovnosti v češtině s využitím Mezinárodní fonetické abecedy IPA a jejího rozšíření ExtIPA přehledně shrnuje tabulka 4 níže. Ad hoc navržená řešení v případech, kde IPA ani ExtIPA odpovídající značku nenabízí, značíme hvězdičkou (*). Podotýkáme, že jsme si vědomi faktu, že uvedený přehled není zcela vyčerpávající. Věříme však, že i tak poskytuje užitečný nástroj využitelný v logopedické praxi.

Sigmatismus. Systémy IPA a ExtIPA disponují několika symboly odpovídajícími určitým typům sigmatismu v češtině. Patří sem výše již zmíněné dentální frikativy [θ] a [ð], dále pak alveolární laterální frikativy [ʃ] a [ʒ] (podle tabulky IPA; výdechový proud uniká pouze po stranách jazyka) a [ɬ] a [ɮ] (podle tabulky ExtIPA; výdechový proud uniká jak středem, tak po stranách jazyka). Je však zřejmé, že uvedené symboly by pro českého čtenáře nebyly transparentní. Sigmatismus navíc může zasáhnout více hlásek než [s] a [z], pro něž již odpovídající symboly nenacházíme. Proto navrhuje v souladu s výše uvedenými zásadami systematicky používat pro dentální, interdentální a laterální formy sigmatismu příslušná diakritická znaménka, jak přehledně shrnují tabulky 3 a 4. Nové řešení bylo třeba navrhnout i pro další typy sigmatismu. Příkladem může být u dětí běžná nediferencovaná výslovnost obou řad sykavek⁸, nebo sigmatismus

stridens (velmi ostře sykavý zvuk způsobený úzkou a hlubokou úžinou vzniklou v důsledku nadměrného napětí svalů jazyka). Jako řešení navrhujeme zavedení nových diakritických značek: $\text{̠}^{\text{̣}}$ (z *mixta*, nevyhraněný zvuk), $\text{̠}^{\text{̤}}$ (ze *stridens*), kde použitím kapitálky signalizujeme, že znak nemá spojitost s konkrétní hláskou (toto značení používá transkripce IPA), ale odkazuje na charakter výsledného zvuku.

Rotacismus. Jak jsme již dříve konstatovali, v tabulkách IPA ani ExtIPA nenacházíme diakritické znaménko pro velární či uvulární výslovnost odpovídající v češtině nejběžnějším typům rotacismu. Zmínili jsme nicméně existenci samostatného znaku pro uvulární vibrantu (R), podobně má IPA i symbol pro vibrantu bilabiální (B). Vzhledem k jejich transparentnosti volíme použití těchto symbolů s vědomím, že se jedná o výjimku z výše uvedeného rozhodnutí zapisovat modifikace pomocí diakritických znamének. Pro velární vibrantu již žádný z transkripčních systémů řešení nenabízí. Zastáváme však názor, že – co se potřeb terapeutické praxe týče – rozlišení uvulárního a velárního rotacismu není potřebné: při stanovení optimálního reedukačního postupu zpravidla fakt, zda se jedná o velární či uvulární rotacismus, nehraje žádnou roli. Symbol [R] tak navrhujeme používat jako zástupce pro všechny zadní typy rotacismu. Pokud by nicméně vznikl požadavek na jemnější rozlišení, lze pro velární variantu použít diakritické znaménko pro přednější výslovnost, ve spojení se symbolem pro uvulární vibrantu: [R̠].

Rotacismus bohemicus. Frikativní vibranta /ř/ je z hlediska světových jazyků unikátní, což odráží i výše uvedený fakt, že pro ni transkripce IPA nemá samostatný

symbol. V praxi se rotacismus bohemicus velmi často vyskytuje spolu s rotacismem a – co se jeho zadních typů týče – nabízí se i analogické značení: [Ř], v případě potřeby jemnějšího rozlišení [Ř̠] pro velární variantu.

Lambdacismus. Lambdacismus je dalším běžným typem dyslalie, na rozdíl od typů předchozích zde však nenarážíme na problematická místa týkající se jeho přepisu. Zejména malými dětmi bývá hláska elidována, nahrazována labio-velární aproximantou [w] nebo artikulována, aniž by jazyk dosáhl až na horní alveoly [l̠]. Za zmínku stojí fakt, že modifikace hlásky [l] jsou poměrně frekventované i v dospělé populaci, přičemž se častěji než u jiných hlásek setkáváme i s příklady výše diskutované sekundární artikulace: lambdacismus velární [l̠] či palatální [l̠̠].

Deltacismus. Nesprávná výslovnost hlásek [t], [d], [n] většinou spočívá v posunu hrotu jazyka na hranici mezi horní řezáky a alveoly (deltacismus dentální [t̠ d̠ n̠]) nebo mezi obě řady zubů (deltacismus interdentální [t̠̠ d̠̠ n̠̠]). Specifikem typickým pro malé děti je artikulace „na spodině dutiny ústní“, kdy hrot jazyka zůstává za spodními zuby a závěr je tvořen mezi hřbetem jazyka a tvrdým patrem; přítomný může být i souhyb dolní čelisti. Systém ExtIPA s takovým způsobem artikulace nepočítá, navrhujeme proto (jako v případě laterální realizace hlásek) modifikovat význam diakritického znaménka (̠), které v ExtIPA odpovídá oslabené artikulaci.

⁷ <http://fonetika.ff.cuni.cz/o-fonetice/foneticka-transkripce/transkripce-recovych-vad/>

⁸ Poznamenejme, že v tomto případě do určitého věku, kdy lze daný stav považovat za fyziologický, zpravidla

nehovoříme o sigmatismu v pravém slova smyslu.

typ vady	příklady
Sigmatismus	addentální ç š ž
	interdentální č š ž č š ž
	laterální c ^l s ^l z ^l č ^l š ^l ž ^l
	mixta* c ^m s ^m z ^m č ^m š ^m ž ^m
	stridens* c ^s s ^s z ^s
Rotacismus	uvulární, velární R (Ṛ)
	bilabiální B
	interdentální ṛ
	laterální, bukalní ⁹ r ^l
Rotacismus bohemicus	uvulární, velární* Ř
	laterální ṛ ^l
Lambdacismus	bilabiální W
	palatální ɹ
	velární ɹ ^v
	náznaková artikulace ɹ̥
Deltacismus	dentální t d ɳ
	interdentální t̪ d̪ ɳ̪
	na spodině dutiny ústní t̚ d̚ ɳ̚

Tabulka 4: Transkripce nejčastějších typů dyslalie v češtině.

Za zmínku stojí také skutečnost, že tabulky IPA a ExtIPA nabízejí i nástroje pro přepis dalších typů vad. Za všechny uvedme například problematiku rozštěpů, pro něž je charakteristický únik vzduchu nosem [š̥] způsobený nedostatečným velofaryngálním uzávěrem apod. Jejich podrobnější analýza však překračuje možnosti a účel tohoto příspěvku.

Závěrem se stručně zmíníme i o možnostech transkripce kvality hlasu. Je důležité poznamenat, že tradiční pojetí kvality hlasu zahrnuje jak fonační modifikace (tedy hlas v užším slova smyslu), tak nastavení na úrovni artikulační (Laver, 1980; Skarnitzl, 2016). Snahy o systematický přepis hlasové kvality – a zejména jejích patologických změn – jsou výrazně mladší než systém IPA. Jak je patrné z oddílu 3, některá diakritická znaménka systému IPA posunují kvalitu hlasu v širším slova smyslu vyjadřují. Ucelený systém, který samozřejmě navazuje na IPA a ExtIPA, však navrhli až Ball, Esling a Dickson (1995) a nazvali jej VoQS (Voice Quality Symbols); auto-

ři svůj systém aktualizovali v roce 2016 (Ball et al., v tisku). Symboly VoQS se zapisují do složených závorek, a to buď spolu s jednotlivými segmenty (pak si je můžeme představit jako „tagy“ v kódu html), nebo pod segmentálním řetězcem. Přepis [{L V! nemocne: V! L } { J V hlasífk J }] by tak odpovídal slovnímu spojení *nemocné hlasivky*, v němž bylo první slovo vysloveno se zdviženým hrtanem (L = larynx) a napjatou fonací (V = voice, hlas) a druhé slovo šeptavým hlasem a se zavřenou čelistí (J = jaw, čelist).

5. Závěr

Cílem tohoto článku bylo představit možnosti přepisu řečového projevu jedinců s vadami výslovnosti za použití prvků transkripčního systému IPA a jeho rozšíření ExtIPA. Jsme přesvědčeni, že fonetická transkripce je důležitým, v logopedické praxi dobře využitelným nástrojem pro efektivní diagnostiku a terapii řečových vad. Význam detailní transkripce

využívající systémy ExtIPA a VoQS při diagnostice řečových a hlasových poruch zdůrazňují například Ball, Müller, Klopfenstein a Rutter (2009); didaktickým aspektem přepisu pro klinické účely se věnují Howard a Heselwood (2002).

Důležitou vlastností transkripce je její adaptabilita: míra detailu přepisu může být přizpůsobena potřebám konkrétního klinického případu a účelu, za jakým je transkripce pořizována. Za klíčové považujeme přinejmenším zachytit charakter odchylek od žádoucího stavu, což může být užitečné z hlediska schopnosti vidět daný případ v širších souvislostech.

⁹ Někdy se též používá pojem tvářový. Při tomto způsobu artikulace uniká vzduch po straně mezi jazykem a tváří, což je nejen slyšet, ale i vidět.

Reference

- Ball, M. J., Esling, J. & Dickson, C. (1995). The VoQS system for the transcription of voice quality. *Journal of the International Phonetic Association*, 25, 71–80.
- Ball, M. J., Esling, J. H. & Dickson, B. C. (v tisku). Revisions to the VoQS system for the transcription of voice quality. *Journal of the International Phonetic Association*.
- Ball, M., Müller, N., Klopfenstein, M. & Rutter, B. (2009). The importance of narrow phonetic transcription for highly unintelligible speech: Some examples. *Logopedics Phoniatrics Vocology*, 34, 84–90.
- Duckworth, M., Allen, G., Hardcastle, W. & Ball, M. (1990). Extensions to the International Phonetic Alphabet for the transcription of atypical speech. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 4, 273–280.
- Heselwood, B. (2013). *Phonetic Transcription in Theory and Practice*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Howard, S. J. & Heselwood, B. C. (2013). Learning and teaching phonetic transcription for clinical purposes. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 16, 371–401.
- IPA (1999). *Handbook of the International Phonetic Association*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Laver, J. (1980). *The Phonetic Description of Voice Quality*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Skarnitzl, R. (2013). Asymmetry in the Czech alveolar stops: An EPG study. *Acta Universitatis Carolinae – Philologica, Phonetica Pragensia XIV*, 101–112.
- Skarnitzl, R. (2016). Co dokáže náš hlas? Fonetický pohled na variabilitu řečové produkce. *Slovo a smysl*, 26, 97–115.
- Skarnitzl, R., Šturm, P. & Volín, J. (2016). *Zvuková báze řečové komunikace: Fonetický a fonologický popis řeči*. Praha: Karolinum.
- Skarnitzl, R. & Volín, J. (2012). Referenční hodnoty vokálních formantů pro mladé dospělé mluvčí standardní češtiny. *Akustické listy*, 18, 7–11.
- Skarnitzl, R. & Volín, J. (2018, v tisku). Fonetický aspekt verbální komunikace. In: Neubauer, K. (Ed.), *Kompendium klinické logopedie*. Praha: Portál.
- Volín, J. (2010). Fonetika a fonologie. In: Cvrček, V. (Ed.), *Mluvnice současné češtiny*, 35–64. Praha: Karolinum.

POMŮCKY K LOGOPEDICKÉ TERAPII

Mgr. Ester Lochmanová
Mgr. Barbora Červenková

Vzhledem k tomu, že naši klienti jsou různorodí a originální, délka terapie je někdy zdouhavá a naše materiály či nápady jsou mnohdy již vyčerpané, musíme si i tak s našimi klienty poradit. Klient si v dnešní době žádá individuální přístup plný nápadů a interaktivního přístupu v terapii. Upoutat dyslalické dítě, aby zvládlo vstřebat vše potřebné, a to co nejméně bolestně, se vzpomínkou pozitivně prožitých chvil, nejen u paní logopedky, ale i doma s našimi aplikovanými materiály, je často nadlidský úkol. Proto je na nás, jaké materiály a schopnosti použijeme. Naštěstí jsou mezi námi kreativní a sdílející kolegy, které vytvářejí, překládají či upozorňují na mnoho zajímavých materiálů, odkazů. V tomto čísle našeho e-časopisu uvádíme různorodé odkazy plné pomůcek, nápadů, podkladů.

Jistě jsme zde nevyčerpaly všechny dostupné odkazy, proto pokud máte vyzkoušené jiné, další, inspirující, budeme rády za sdílení s námi – vyvěsíme je s chutí a radostí na web.

<http://soukroma-logopedie.cz/>
<http://LogopedOnline.cz/>
<https://www.facebook.com/logopedieJINAK.cz/>
<http://www.logopedie.unas.cz/?text=17-hlaska-r-1-cast-tr>
<https://chytrehracky.cz/5-didakticke-pomucky>
<https://www.kidtown.cz/logopedicke/hadanky-dracka-fracka/>
https://www.knihydaniela.cz/logico?utm_source=sklik&utm_medium=cpc&utm_campaign=Mutabene&utm_content=Výukové+pomůcky+Mutabene&utm_term=logopedické+pomůcky-logiko
<http://www.logopedie-pomucky.cz/pracovni-sesity-c6/>
<http://www.didaktikashop.cz/Logopedicke-pomucky.aspx>
<http://www.logosik.cz>
<http://www.eshop-rychle.cz/dyscentrum/eshop/14-1-REC>
<http://www.ucimeseradi.cz/logopedicke-pomucky/>
https://www.amosek.cz/Logopedicke-pomucky-c24_101_2.htm
<http://www.obrazkova-skola.cz/logopedicke-pomucky/slovni-zasoba>
<https://32zsul-husakovas7.webnode.cz/news/vyslovnost-hlasek/>
<https://www.sensa-shop.cz/senzoricke-pomucky/logopedie/>
<https://detskepomucky.cz/stitek-produktu/logopedicke-pomucky/>
<https://www.skolnibrasnicka.cz/119-logopedicke-pomucky>
<https://www.autismus-a-my.cz/logopedicke-pomucky/>
<http://www.logopediecervenkova.cz>
<http://www.trizirafky.cz/logopedie/ke-stazeni/>
<http://www.didaktikashop.cz/Logopedicke-pomucky.aspx>
<https://cz.pinterest.com/ludmilanovakova/logopedie/>
<http://www.logopedonline.cz/logopedicke-pomucky/literatura.html>
<https://www.insgraf.cz/538-logopedicka-cviceni>
<http://www.mslipa.cz/logopedie/logopedicka-cviceni/>
<http://www.detskestranky.cz/rubrika/pro-rodice/logopedie/>
<http://spc.val-mez.cz/>
<http://www.logos-rp.cz>
<http://www.predsokolaci.cz/category/logopedicka-rikadla/r-logopedie>
www.logopedie-vendy.cz
<http://www.mentio.cz>
<http://www.press-pygmalion.cz/granna>
<http://decko.ceskatelevize.cz/logohratky>
<http://www.mojeklinika.cz/>
<http://ktmr.blog.cz/rubrika/logopedie-procvicovani-hlasek>
<http://www.obrazkova-skola.cz>
<https://www.vcelka.cz/cs/>
<https://www.detskestranky.cz/rubrika/pro-rodice/logopedie/>
<http://obchod@centrumucebnic.cz>
<https://digifolio.rvp.cz/view/view.php?id=3215>

Jistě je vhodné zmínit i různé aplikace např. na iPadu Kids Match It, Fruit Match, Match it up 3, Opposites 1, 2 (My first app), Poznej obrázky, Trace and Share, ABC Tracing, Pepi Tree, Chytré balónky, PaintSparkles, Finger Paint, Školní brašnička, Teddy Mix 1, Slovíčka, Balónky, Do as me, Bitsboard, Bla Bla Bla, Talking Tom 2, Zoo Sounds, Animal Free dále na android např. Sound Touch Lite, Abeceda pro děti, Learn Animals Sounds for kids, První slova, Výukové kartičky, KidsZoo, Kids Opposites, Pepi Bath Lite a další.

<https://rvp.cz/vyhledavani?q=logopedie&s.x=0&s.y=0&rvpSearchScope=portal>
http://wiki.rvp.cz/Kabinet/Speci%C3%A1ln%C3%AD_pedagogika/Komunika%C4%8Dn%C3%AD_tabulky
<http://dumy.cz/vyhledavani?page=1&fraz=logopedie>
<http://digifolio.rvp.cz/view/view.php?id=3215>
<http://decko.ceskatelevize.cz/hry>
www.logopedie-aplikace.cz
<http://martinakolmanova.cz/video/>
<https://www.arktherapeutic.com>
<http://www.thinkingtoys.ie>
<http://www.mealtimenotions.com/mealtimeproducts/>
<http://www.logopedicke.cz/logopedicke-vibratory-a-spatle/>
<http://www.speechtools.eu>

DIAGNOSTICKÁ ROZVAHA NAD SPECIFICKÝMI VÝVOJOVÝMI PORUCHAMI ŘEČI A JAZYKA

DIAGNOSTIC REFLECTIONS ON THE SPECIFIC DEVELOPMENTAL SPEECH AND LANGUAGE DISORDERS

Mgr. Barbora Richtrová

Ambulance klinické logopedie – Mgr. Hana Inderková, Skalecká 124, Mníšek pod Brdy

barbora.richtrova@gmail.com

Abstrakt

Cílem textu je nabídnout jeden z možných pohledů na stanovení diagnostického kódu pro specifické vývojové poruchy řeči a jazyka tak, jak jsou uvedeny v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10). Důvodem této rozvahy je námi vnímaná nejednotnost odborníků v chápání definování těchto diagnóz v MKN-10 a tím pádem nejednotnost užívání daných diagnostických kódů v klinické praxi. Text je psán jako námět k další možné diskusi mezi odborníky, která může vést ke společnému odbornému konsensu vzhledem ke specifickým vývojovým poruchám řeči a jazyka.

Abstract

Our aim is to propose one of the possible determination of the diagnostic code for specific developmental speech and language disorders as defined in the International classification of diseases (ICD-10). The reason for this consideration is the lack of unity among the specialists in understanding of the definitions provided in the ICD-10 that results in different use of the diagnostic codes in clinical practice. Our work suggests topics for discussion among specialists that may pave the way to the consensus regarding the specific developmental speech and language disorders.

Klíčová slova

specifické vývojové poruchy řeči a jazyka, MKN-10; MKN-11; diagnostické kódy

Keywords

Specific developmental speech and language disorders, ICD-10, ICD-11; diagnostic codes

Úvod do problematiky specifických vývojových poruch jazyka

Stanovit vhodnou/správnou diagnózu je nejenom velká zodpovědnost, ale často i nesnadná věc. Je zapotřebí mít dostatečnou klinickou praxi, ale zároveň i dobrého školitele a supervizora, se kterým lze klinický obraz klienta prodiskutovat a vytvořit co nejprůběhavější diagnostickou rozvalu. Lékaři (zejména pediatři) indikují logopedickou péči, ale logopedickou diagnózu je oprávněn na základě klinické diagnostiky stanovit klinický logoped. Následně je klinický logoped povinen informovat o diagnostice odesílajícího lékaře podrobnou zprávou. Ke stanovení diagnózy je nám velkým pomocníkem i „Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů“ (MKN-10); poslední aktualizace proběhla k datu 1. 1. 2018. V této publikaci jsou stručně, ale jednoznačně klasifikovány jednotlivé diagnózy. V současnosti je již v přípravě jedenáctá revize Mezinárodní klasifikace nemocí, tzv. MKN-11. Jedenáctá revize zatím není ukončená a prochází tzv. Beta fází, která trvá pět let a je otevřena jakýmkoliv podnětům či připomínkám ze stran odborníků.

Současná situace v oboru klinické logopedie je bohužel taková, že se supervize neprovede vůbec nebo minimálně, na rozdíl od psychoterapie, kde je supervize povinností. Kolegové, kteří jsou zařazeni jako „Logoped ve zdravotnictví“¹, mají zajištěnou supervizi skrze školitele na minimálně tři roky při smlouvě



Mgr. Barbora Richtrová

¹ logoped ve zdravotnictví je zařazen do specializační přípravy vzdělávacího programu v oboru klinická logopedie (zákon č. 201/2017 Sb.) (poznámka autora)

na plný pracovní úvazek. Ostatní kolegové se po splnění atestace často řídí jen svou zkušeností, znalostmi, občas i intuicí a velmi ojediněle si mezi sebou zavolají a konzultují některé případy. Zároveň logopedi ve zdravotnictví musejí také často důvěřovat dosavadním zkušenostem, znalostem a intuici ve stanovení diagnózy, jelikož školitel nemá dostatek času věnovat se každé kauze, a občas dochází k nepřesné nebo až mylné diagnostice.

Dle našich zkušeností si dovoluujeme tvrdit, že se často konzultují spíše závažnější případy, ve kterých jde o středně těžkou nebo těžkou narušenou komunikační schopnost (NKS). To je velmi správné a snadné, ale je vhodné i dodat, že většinou u těžce narušené komunikační schopnosti je klinický obraz jednoznačnější pro diagnostiku. Navíc klienti s těžce narušenou komunikační schopností jsou vždy vedeni u lékařských oborů, jako je foniatrie, psychiatrie, neurologie a u klinických psychologů, takže k stanovení diagnózy se vytváří jakési konzilium, a je tedy paradoxně snazší diagnózu stanovit. Zároveň o těžkých poruchách komunikační schopnosti existuje více publikací a odborných článků z různých vědních oborů, které jasně specifikují symptomatologii dané NKS. Takže i v MKN-10 jsou tyto diagnózy vcelku dostatečně definovány. Naproti tomu NKS, jako jsou „specifické vývojové poruchy řeči a jazyka“ (F80.0 – F80.9), se velmi často téměř nekonzultují. Za svou praxi jsme se setkali s různorodým užitím a různými výklady těchto diagnóz. Občas se i stane, že se tyto diagnózy objeví v kombinaci s hlavní diagnózou, což není správné.

Zároveň je vhodné podotknout, že někteří klienti mají natolik individuálně specifický klinický obraz, že jakákoliv „diagnostická škatulka“ je pro ně nepřijatelná nebo nedostatečná. V takovém případě, což poslední dobou nebývá tak zřídka, je naše doporučení raději na začátku kliniko-logopedické péče stanovit těžší pracovní diagnózu, kterou lze na základě cílených a kontrolních vyšetření snadněji změnit na lehčí diagnózu než naopak, a v průběhu prvních 3–6 měsíců vzájemné spolupráce bedlivě sledovat proměny klinického obrazu. Pokud tak dojdeme k závěru na základě cíleného vyšetření, kontrolního vyšetření a klinického pozorování, že diagnózu je potřeba změnit či upřesnit, opět o tomto informujeme nejen zákonné zástupce, ale i odesílajícího lékaře.

Cílem této úvahy určitě není zhodnotit a popisovat jednotlivé diagnózy používané v klinické logopedii, ale pokusíme se o roz-

bor „specifických vývojových poruch řeči a jazyka“ (F80.0 – F80.9). Nastíníme jejich možné užití na základě klinického obrazu a dle MKN-10 v aktuálním znění. V závěru připojíme ještě rozvahu nad vcelku nově užívanými diagnózami F82 a F83.

Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka jsou definovány v MKN-10 jako „poruchy, kde normální způsob osvojení jazyka je narušen od časných vývojových stadií. Tyto stavy nelze přímo přičítat neurologickým abnormalitám nebo poruchám řečového mechanismu, smyslovému poškození, mentální retardaci nebo faktorům prostředí. Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka jsou často následovány přidruženými problémy, jako jsou obtíže ve čtení a psaní, obtíže v meziosobních vztazích a poruchy emocí a chování.“² V MKN-10 je lze vyhledat pod kapitolou č. 5 **Poruchy duševní a poruchy chování** (F00–99) a podkapitolu **Poruchy psychického vývoje** (F80–89). Už z názvu kapitoly a podkapitoly vyplývá, že tyto diagnózy jsou společné pro obory klinická logopedie, klinická psychologie a psychiatrie.³

„Poruchy uvedené pod F80–F89 mají tyto společné vlastnosti: (a) nástup je vždy v kojeneckém věku nebo v dětství; (b) postižení nebo opoždění ve vývoji funkcí, které mají silný vztah k biologickému zrání centrální nervové soustavy; a (c) stálý průběh bez remisí a relapsů. Ve většině případů je postižena řeč, prostorová orientace a motorická koordinace. Opoždění nebo poškození je obvykle přítomno již velmi časně, může být spolehlivě zjištěno a postupně se mírní s přibývajícím věkem dítěte, i když drobnější defekty často přetrvávají až do dospělého věku.“⁴

F80.0

Mezi specifické vývojové poruchy řeči a jazyka patří **specifická porucha artikulace F80.0**. Podle aktuální verze MKN-10 je tato diagnóza definována jako: „Vývojová porucha, kdy dítě užívá řečových zvuků pod úrovní svého mentálního věku, ačkoliv řečová dovednost je na normální úrovni.“⁵ Pro specifickou poruchu artikulace je všeobecně nejčastěji používán termín „dyslálie“. Ačkoliv tato diagnostická jednotka vypadá jednoznačně, obsahuje některá úskalí, o kterých si zde dovolíme polemizovat a nabídnout doporučení, kdy tuto diagnózu použít a kdy ne. **F 80.0** lze vykazovat

pojišťovně zdravotnickým výkonem **72211**, tedy *logopedická terapie vad a poruch řeči prováděná klinickým logopedem v ambulantním zařízení*, délka terapie je **30 minut**. Z toho vyplývá, že pod tuto diagnózu zařazujeme pouze **dyslálii parciální (levis, simplex)**. Problém nastává v tom, že v odborných publikacích je klasifikace dyslálie psaná obecněji a není přesně kvantifikována, o kolik hlásek doopravdy jde. Salomonová (in Škodová E, Jedlička I., 2007) uvádí, že *dyslálie levis je jen několik vadných hlásek*⁶, podobně to definuje i Nádvorníková (in Lechta V., 2003)⁷.

Je tedy otázkou, kdy jde o dyslálii levis a kdy už o dyslálii gravis. Co znamená „několik“? Je zcela pochopitelné, že každý terapeut má hranici těchto dvou diagnóz stanovenou jinak. Někteří kliničtí logopedi sem dokonce řadí i dyslálii na podkladě myofunkční poruchy, kdy je terapie vždy náročnější a delší. V tomto případě by byl zapotřebí společný konzesus, aby se diagnostika dyslálie v České republice sjednotila.

V rámci tohoto článku si tedy dovolíme nabídnout doporučení, které může vést k následné diskusi a sjednocení vnímání hranice pro dyslálii levis. Z našeho pohledu diagnózu **F80.0** lze použít, když **pacient nerealizuje nebo chybně realizuje hlásky maximálně ze dvou artikulačních okrásků (2 chybné pohybové vzory), ostatní sledované položky v jazykových rovinách jsou intaktní, pacient nemá percepčně-motorické oslabení a nejde o poruchu artikulace na podkladě myofunkční poruchy**.

Zároveň souhlasíme se zněním MKN-10, že pod tuto diagnózu nepatří porucha artikulace způsobená afázií, vývojovou dyspraxií, ztrátou sluchu, mentální retardací a vývojovou dysfázií expresivní a receptivní. U těchto výše zmíněných diagnóz se jedná o celkový klinický obraz, kdy porucha artikulace může a nemusí být přítomna, a při stanovení těchto diagnóz je chybně napsat jako sekundární diagnózu F80.0.

F80.1, F80.2 a F80.3

Další diagnózy, které patří do této skupiny, jsou expresivní porucha řeči, receptivní porucha řeči a Landauův–Kleffnerův syndrom. Cílem tohoto sdělení není podrobný rozbor těchto diagnóz, jelikož by to bylo nad rámec rozsahu článku a vydalo by to na jeden samostatný text. Co však považujeme za důležité, je skutečnost, že tyto

² (MKN-10) <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

³ poznámka autora: Citace z MKN-10 je pro tento článek povolena Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR

⁴ (MKN-10) <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

⁵ (MKN-10) <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

⁶ Škodová, E.; Jedlička, I. a kol. Klinická logopedie. Portál, Praha 2007, s. 335.

⁷ Lechta, V.: Diagnostika narušené komunikační schopnosti. Portál, Praha 2003, s. 191.

diagnózy se vykazují pojišťovným zdravotnickým výkonem **72213**, tedy *logopedická terapie zvláště náročná u dětí, dorostu a dospělých prováděná klinickým logopedem v ambulantním zařízení a u lůžka v domácím prostředí* a terapie probíhá **45 minut**. Kód **72213** smí vykazovat pouze klinický logoped se zvláštní kvalifikací K3. Logoped ve zdravotnictví smí s těmito diagnózami pracovat za kontinuální supervize školitele (klinického logopeda).

U stanovení těchto diagnóz taky může dojít k obtížím či chybovosti. Uvedeme zde ta pochybení, se kterými jsme se během praxe setkali. Tyto tři diagnózy by odborník specialista neměl zaměnit s dyslálií, afázií, dysartrií, elektivním mutismem, mentální postižením, poruchou autistického spektra, ztrátou sluchu či apraxií.

Expresivní a receptivní porucha řeči se může vyskytovat v kombinaci s jinou diagnózou, pak jde o kombinovanou narušenou komunikační schopnost a je zapotřebí napsat obě diagnózy s tím, že jako první se uvádí ta, která má výraznější klinický obraz. Kombinace je například smíšená vývojová porucha řeči – píšeme **F80.1 a F80.2** v pořadí dle převahy symptomatologie. Avšak vývojová dysfázie se může kombinovat i s poruchou plynulosti řeči, dysartrií, dyspraxií, elektivním mutismem, sy ADHD apod. Rozhodně však nelze tuto diagnózu kombinovat s opožděným vývojem prostým, mentálním postižením a poruchami autistického spektra.*

Diagnózy **F80.1 a F80.2** bychom měli použít i v situaci, kdy k nám přijde klient školou povinný a při diagnostice zjistíme rezidua vývojové dysfázie, které se zejména projeví v oslabení jazykového citu a oslabení percepčně-motorických dovedností. K tomu podle klinického obrazu případně doplníme diagnózy z oblasti specifických vývojových poruch školních dovedností.

F80.8

Jiné vývojové poruchy řeči a jazyka – patlavost⁸ **F80.8**. Slovo „patlavost“ je skutečně použito v MKN-10, ačkoliv tento termín

není zcela odborný, rozhodně predikuje, že tato diagnóza opět označuje dyslálii. Ale **F 80.8** vykazujeme pojišťovným zdravotnickým výkonem **72215**, tedy *logopedická terapie středně náročná prováděná klinickým logopedem v ambulantním zařízení a u lůžka, v domácím ošetření u dětí, dorostu a dospělých*, délka terapie je **45 minut**. Z toho vyplývá, že pod tuto diagnózu by se měla zařadit **dyslálie multiplex (gravis, universalis)**.

K diskusi nabízíme pojetí diagnózy a možné použití **F80.8**, když *pacient ne-realizuje nebo chybně realizuje hlásky více než ze dvou artikulačních okrásků, ostatní sledované položky v jazykových rovinách jsou intaktní, pacient nemá percepčně-motorické oslabení a může jít o poruchu artikulace na podkladě myofunkční poruchy*. Zároveň opět platí, že pod tuto diagnózu nepatří porucha artikulace způsobená afázií, vývojovou dyspraxií, ztrátou sluchu, mentálním postižením a vývojovou dysfázií expresivní a receptivní. U výše uvedených diagnóz se jedná o celkový klinický obraz, kdy porucha artikulace může a nemusí být přítomna, a při stanovení těchto diagnóz je chybně napsat jako sekundární diagnózu **F80.8⁹**.

F80.9

Poslední diagnózou, která je uvedena mezi *Specifickými vývojovými poruchami řeči a jazyka* v MKN – 10, je *vývojová porucha řeči nebo jazyka NS* **F80.9**. **F 80.9** a vykazujeme ji pojišťovným zdravotnickým výkonem **72215**, tedy *logopedická terapie středně náročná prováděná klinickým logopedem v ambulantním zařízení a u lůžka, v domácím ošetření u dětí, dorostu a dospělých*, délka terapie je **45 minut**. Z toho vyplývá, že tato diagnóza by měla odpovídat středně těžké narušené komunikační schopnosti. Přesto její pojmenování v MKN-10 je velmi široké, nespecifické a výklad pak může být různý. Zkratka NS znamená „nespecifický“, takže v úvahu připadá, že k této diagnóze lze zařadit ty klienty, kteří nesplňují kritéria pro výše uvedené diagnózy. Například sem můžeme zařadit klienty s mírným percepčně-motorickým oslabením, kdy ostatní položky v jazykových rovinách jsou intaktní. V nemocnicích, kde je zdravotní péče hrazena na základě klasifikačního systému DRG, nejsou nespecifické diagnózy uznávány. Jak už jsme uvedli na začátku článku, pro mnohé klienty jsou diagnostické škatulky

velmi malé a v takových případech lze do jisté míry použít nespecifické diagnózy.

Mezi poruchy psychického vývoje (**F80-89**) patří mnoho dalších diagnóz častých i v klinické logopedii. Jsou to specifické vývojové poruchy školních dovedností **F81**, specifická vývojová porucha motorických funkcí **F82**, smíšené specifické vývojové poruchy **F83**, pervazivní vývojové poruchy **F84**; jiné poruchy psychického vývoje **F88** a neurčená poruchy psychického vývoje **F89**. V klinické logopedii jsou vcelku nově používané diagnózy **F82 a F83** a opět není mezi klinickými logopedy zcela vyjasněn konsenzus pro tyto diagnózy. Budeme se jim stručně věnovat v následujícím odstavci a pokusíme se nastínit možnost použití těchto diagnóz.

F82

F82 je v MKN-10 definovaná jako „porucha, jejímž hlavním rysem je vážné poškození vývoje motorické koordinace, které není vysvětlitelné celkovou mentální retardací nebo nějakým vrozeným nebo získaným neurologickým onemocněním. Nicméně ve většině případů ukáže pečlivé klinické vyšetření zřetelné známky vývojové nervové nezralosti, jako jsou choreiformní¹⁰ pohyby nepodepřených končetin nebo zrcadlové pohyby a jiné současné motorické poruchy, včetně známek postižení jemné a hrubé motorické koordinace. (Syndrom nemotorného dítěte, vývojová koordinační porucha, vývojová dyspraxie). Nepatří sem **R26.-, R27.-, F70-F79**.“¹¹

V praxi zaznamenáváme nárůst dětí, které mají narušenou motorickou koordinaci na podkladě neurovývojové nezralosti. Diagnostika je však obtížná. Ideální variantou, při podezření na vývojovou dyspraxii, je odeslat dítě na vyšetření k neurologovi, rehabilitačnímu lékaři nebo fyzioterapeutovi, aby nám i jiná odbornost potvrdila naše podezření. Kliničtí logopedi nemají moc nástrojů k jednoznačné diagnostice a standardní testy už vůbec ne. Ke stanovení diagnózy **F82** může klinický logoped použít Test aktivní mimické psychomotoriky dle Kwinta, Vyšetření jemné motoriky dle Ozeretského, Orientační test dynamické praxe, vyšetření křížových pohybů z programu Maxík dle Bubeníčkova a klinické zkoušení a pozorování. Při stanovení této diagnózy je velmi důležité, aby klinický logoped přinejmenším vyšetřil orientačně u dítěte schopnost koor-

⁸ (MKN-10) <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

* U dětí s vývojovou dysfázií však může docházet k nízkým výkonům v inteligenčních testech a mentální postižení v takových případech vzniká sekundárně. Dalším aspektem je funkční využitelnost intelektu. Pokud je u dítěte těžká forma vývojové dysfázie s převahou v receptivní složce, pak, i přes dobrou úroveň intelektu v názorových subtestech, může jeho funkční využití spadat až do pásma lehkého mentálního postižení. V takovýchto případech je klasifikace v MKN-10 nedostatečující a vymezení diagnóz je velmi úzké a nereflexující široké spektrum možných kombinací diagnóz. Někteří odborníci používají klasifikaci nemocí DMS-V.

⁹ MKN-11 již bude obsahovat diagnostický kód pro myofunkční poruchu orofaciální oblasti.

¹⁰ Choreiformní pohyby – krátké, rychlé, neúčelné, arytmičné pohyby, které jsou mimovolní.

¹¹ (MKN-10) <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

dinace hrubé i jemné motoriky. Pokud se dítě u klinického logopeda vyšetřuje při vstupním vyšetření pouze sedíc na židli, můžou nám důležité projevy vývojové dyspraxie uniknout. Nezaznamenáme tak obtíže v motorice celkově, a můžeme tak zaznamenat pouze orální nebo verbální dyspraxii.

Avšak na potvrzení orální nebo verbální dyspraxie také nemáme standardní testy, v některých případech můžeme použít nestandardizované testy pro dospělé (např. Test izolovaných orálních pohybů dle Lapointe-Wertz; Test orálních motorických sekvencí dle Lapointe-Wertz), anebo důvěřovat své klinické zkušenosti. Zároveň **F82** neoznačuje orální nebo verbální dyspraxii jako samostatnou nozologickou jednotku, bohužel pro tyto dyspraxie zatím diagnóza v MKN-10 není, nicméně v návrh MKN 11 počítá s tím, že verbální dyspraxie bude zařazena pod tzv. developmental speech sound disorders, tj. poruchy, které byly dříve v MKN 10 zařazovány pod F 80.0.

Každopádně orální a verbální dyspraxie jako samostatná nozologická jednotka se u dětí s neurovývojevou nezralostí prakticky neobjevuje. Většinou je motorická koordinace postižena jako celek. Takže pokud při vyšetření dítěte vidíme obtíže v orální či verbální praxii a v diadochokinezi, je velmi vhodné doplnit alespoň klinické vyšetření koordinace v jemné a hrubé motorice. Pokud zaznamenáme obtíže v těchto oblastech, můžeme stanovit diagnózu **F82**.

F 82 vykazujeme pojišťovně zdravotnickým výkonem **72215**, tedy *logopedická terapie středně náročná prováděná klinickým logopedem v ambulantním zařízení a u lůžka, v domácím ošetření u dětí, dorostu a dospělých*, délka terapie je **45 minut**. Tuto diagnózu bychom neměli kombinovat s dyslálií, dysartrií, mentální retardací, poruchou autistického spektra, vrozenými a získanými neurogenními poruchami. Doporučujeme u těchto klientů zajistit paralelní terapii u fyzioterapeutů nebo ergoterapeutů.

F83

Poslední diagnostickou jednotkou, kterou se budeme v tomto článku zabývat, je **F83**. V současnosti ji používá mnoho klinických logopedů, ale je nutno dodat, že její definici dle MKN-10 je nelehké jednoznačně chápat a dochází k velké různosti vnímání a užití této diagnózy. Dovolíme si opět citovat z MKN-10 v aktuálním znění. **F83** jsou *Smíšené specifické vývojové poruchy*. „Jde o zbytkovou položku pro poruchy, kde je určitá směs specifických vývojových

poruch řeči a jazyka, školních dovedností a motorické funkce, ale žádná nepřevažuje natolik, aby byla hlavní diagnózou. Tato smíšená položka by měla být užitá jen tehdy, když mezi specifickými vývojovými poruchami existuje velký překryv. Uvedené poruchy jsou obvykle, ale ne vždy, současně spojeny s určitým stupněm poruchy kognitivních schopností. Tato položka by tedy měla být použita tam, kde dysfunkce splňují kritéria pro dvě nebo více poruch z položek F80.-, F81.- a F82.“¹²

Úskalí vnímáme v tom, že v názvu není uvedené slovo „školní“, ale v následujícím textu již ano. Je tu tedy rozkol, zda tuto diagnózu může klinický logoped použít i v předškolním věku dítěte, nebo jen ve školním věku dítěte. Věta „...je určitá směs specifických vývojových poruch řeči a jazyka, školních dovedností a motorické funkce, ale žádná nepřevažuje natolik, aby byla hlavní diagnózou...“ logicky vede k tomu, že tuto diagnózu můžeme stanovit pouze u dítěte školou povinného. Na druhou stranu poslední věta z citace zase definuje tuto diagnózu tak, že by se dala použít i v předškolním věku. Stačí tedy dvě a více poruch z položky F80., anebo kombinace jedné položky z F80. a F82, a to jsou diagnózy, které se stanovují i v předškolním věku.

Pokud bychom doopravdy chtěli velmi úzkostlivě analyzovat citovaný text, je nasnadě otázka: Co znamená slovo „školní“? V současnosti je povinná školní docházka i do mateřské školy a mateřská škola je také škola, kde by dítě mělo umět mnoho školních dovedností odpovídající předškolnímu věku.

Zdá se, že tato diagnóza je velmi diskutabilní, a opět chybí závěrečný konsensus mezi klinickými logopedy. **F83** vykazujeme pojišťovně zdravotnickým výkonem **72215**, tedy *logopedická terapie středně náročná prováděná klinickým logopedem v ambulantním zařízení a u lůžka, v domácím ošetření u dětí, dorostu a dospělých*, délka terapie je **45 minut**. Z toho by se dalo usuzovat a doporučit, že tuto diagnózu lze použít, když symptomatika dítěte odpovídá určité směsi vývojových poruch řeči a jazyka, ale žádná výše uvedená diagnóza není natolik dominantní, aby mohla být stanovena jako hlavní. Zároveň by klinický obraz dítěte neměl odpovídat klinickému obrazu vývojové dysfázie (jelikož v takovém případě vykazujeme 72213 – terapie zvláště náročná). Například může jít o děti, kde je znatelné percepčně-moto-

rické oslabení a susp. riziko SPU, ale klinický obraz neodpovídá vývojové dysfázii. Teoreticky by do této diagnostické škatulky mohly patřit i děti s aktuálně stanoveným hraničním intelektem, kdy nejde o vývojovou dysfázii ani o mentální retardaci, přesto klinický obraz může být podobný. Rozhodně vnímáme, že nad touto diagnózou by to chtělo delší rozvahu více klinických logopedů, zároveň je možné, že větší jednoznačnost přinese nové znění klasifikace nemocí MKN-11.

Snad naše úvaha a pokus o rozbor diagnóz přinese alespoň trochu jednoty do diagnostiky nebo alespoň povede k následné diskusi mezi klinickými logopedy k tomuto tématu. Během psaní článku jsme si uvědomili, jak je těžké cokoliv jednoznačně definovat, a zvláště stručně definovat diagnózy, které se většinou v populaci objevují v širokém spektru. Každý jedinec je individuální a podle toho je individuální i klinický obraz a pro mnoho klientů jsou diagnostické škatulky skutečně velmi malé. Diagnózy je vhodné vnímat spíše jako pomocníky, orientační body pro odborníky, ale rozhodně nejsou a neměly by být nálepkami pro klienty. Zároveň nás psaní úvahy vedlo k myšlence, že by bylo skvělé, kdyby připravovaný překlad nové verze mezinárodní klasifikace nemocí MKN-11 byl diskutován i s odborníky z řad klinických logopedů tak, aby překlad a znění jednotlivých diagnóz byl co nejzřejmější a nejjednoznačnější. Nadějně je, že mezinárodní klasifikace nemocí - jedenáctá revize je stále ještě v Beta fázi. To znamená, že odborníci nebo odborná společnost se může na webovém rozhraní <http://icd.who.int> registrovat a připomínkovat jednotlivé diagnózy. Zároveň vnímáme, že jednoznačné pochopení jednotlivých diagnóz umožňuje nejen MKN, ale i vypracované odborné standardy, což se v České republice právě nyní děje. Ideální stav nastane, když klasifikace nemocí bude napsána jednoznačně, když jednotlivé diagnózy budou mít jasné standardy a když celoživotní vzdělávání klinických logopedů bude opřeno o tyto dvě výše uvedené skutečnosti. Nejen, že vznikne větší jednoznačnost a průhlednost při stanovování diagnóz pro klinické logopedy, ale i pro další odbornosti, se kterými kliničtí logopedi spolupracují. Zároveň výrazně stoupne povědomí ostatních lékařských a nelékařských profesí o rozsahu kompetencí oboru klinické logopedie.

¹² (MKN-10) <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Prameny a literatura

MKN-10 [online], [cit. 2018-04-02].
Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

MKN Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, ÚZIS ČR [online], Praha [cit. 2018-04-02]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn>

DLOUHÁ, Olga, Pavel ŠTURM a Jan VOLÍN, 2017. *Poruchy vývoje řeči: fonetický a fonologický popis řeči*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-314-2.

LECHTA, Viktor, 2003. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál. ISBN 80-717-8801-5.

ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA, 2007. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-340-6.
<https://icd.who.int/dev11/l-m/en>

DISCIZE PODJAZYKOVÉ UZDIČKY – PRAKTICKÉ SDĚLENÍ CHIRURGICKÉ LÉČBY NA PLASTICKÉ CHIRURGII

A PRACTICAL INFORMATION FROM PEDIATRIC PLASTIC SURGEON ABOUT FRENULOTOMIA IN CASES WITH FRENULUM SUBLINGUALE BREVE

MUDr. Jitka Vokurková, Ph.D.

Oddělení dětské plastické chirurgie

Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie FN Brno

KPPCH LF, Masarykova univerzita Brno

Jihlavská 20, Brno

vokurkovajitka@gmail.com

Abstrakt

Článek je krátkým sdělením z praxe plastického chirurga zabývajícího se vrozenými vývojovými vadami obličeje, který uvádí výšeč z chirurgické léčby krátkého podjazykového frenula při jinak zdravé dutině ústní (tj. bez souvislosti např. s rozštěpovou vadou). Je zmíněna indikace k zákroku, technika operace u slabých i výrazných vad, pooperační ošetřování a návaznost na dlouhodobou rehabilitaci a logopedii.

Abstract

The article is a brief statement from the clinical practice of a plastic surgeon for congenital developmental defects of the face, which lists the segment from the surgical treatment of a short sublingual frenule in an otherwise healthy oral cavity (ie without a link, for example, with a splitting defect). There is mentioned the indication of the procedure, technique of surgery for weak and significant defects, postoperative nursing and continuation of long-term rehabilitation and speech therapy.

Klíčová slova

podjazyková uzdička, krátká podjazyková uzdička, discize, frenulotomie, Z-plastika

Keywords

sublingual fistula, short sub-lingual fistula, dissection, frenulotomy, Z-sculpture

Úvod

Léčbou zkrácené podjazykové uzdičky (*frenulum sublinguale breve*) se zabývá několik odborností od ORL specialistů, foniatrů, logopedů, stomatologů, dětských lékařů až po plastické chirurgy.

Indikace k chirurgickému zákroku

Záleží na stupni postižení a problémech, které krátká uzdička dítěti způsobuje. Můžeme ji orientačně rozdělit na stupeň postižení lehký, střední a těžký.

Nejlehčí formu známe jako blanitou uzdičku, která většinou **nevyžaduje** chirurgický zásah, protože neomezuje příjem stravy a později ani vývoj řeči. Jedná se o blanitý slizniční trojúhelník mezi vývody podjazykových slinných žláz na spodině dutiny ústní a spodní středovou částí jazyka nedosahující však k jeho špičce. Svaly jazyka jsou správně utvářeny a jazyk lze volně vyplazit, omezení je jen v krajním vysunutí z úst dopředu a nahoru.

Nejčastější formou je střední podjazykové frenulum, které se projevuje ojediněle již při prvním nácviu sání v neonatálním období, většinou však až **poruchou při vývoji řeči** a je diagnostikováno logopedem v předškolním věku dítěte. Jde o pevnou vazivovou strunu mezi karunkulami (dva hlavní vývody podjazykových slinných žláz *carunculae sublinguales*) a spodinou jazyka směrem ke špičce. Při pohmatu



MUDr. Jitka Vokurková, Ph.D.

způsobuje uzdička odpor a krajní pohyb jazyka je dítětem vnímáno jako bolest. Jazyk nelze plně vypláznout, předsunutí před dolní řezáky je však možné, zejména směrem dolů. Směrem k nosu je vypláznutí omezeno a nepříjemné. Při vyplazování se na špičce jazyka může objevovat různé hluboký zářez. Spojení pravé a levé poloviny svalů jazyka může také obsahovat jizevnatou tkáň jinak měkkého mezisvalového septa (*septum lingue*). Chirurgické uvolnění je v tomto případě plně indikováno, může být prováděno na ORL, stomatologii nebo na plastické chirurgii.

Nejtěžší typ poruchy je jazyk plně nasadající na spodinu dutiny ústní, kde je většinou široká báze svalů nasadající za dolní řezáky, minimum sliznice, jazyk nelze předsunout před zuby a vždy je zřetelný zářez mezi pravou a levou částí jazyka na špičce. Děti nemohou koordinovat pohyb jazyka se sáním a je nutná velmi časná chirurgická intervence v neonatálním a kojeneckém věku, většinou na plastické chirurgii.

Všechny uvedené typy mají do sebe plynule navazující individuální varianty.

Jako další porucha utváření podjazykového frenula jsou případy spojené s dalšími vrozenými vývojovými vadami úst, nejčastěji s rozštěpy. Toto sdělení o diagnóze krátkého podjazykového frenula spojeného s rozštěpovou vadou není koncipováno, jedná se o samostatnou problematiku.

Technika chirurgické léčby

Pro různou variabilitu projevů krátké podjazykové uzdičky není striktní návod pro chirurgické uvolnění. Variabilita je dána rozdílnými technikami jednotlivých odborností, které se léčbou zabývají.

Léčba je prováděna dle věku a síly postižení v celkové anestezii za hospitalizace nebo v lokální anestezii ambulantně. Druhá zmíněná varianta je pro děti s menším postižením a po šestém roku věku. Jsou děti, které krátký zákrok u malé vady vydrží v lokální anestezii i v předškolním věku, rutinně jej však nedoporučujeme.

Jednou z technik je uvolnění frenula elektrokauterem s ponecháním k následnému spontánnímu hojení bez stehů. Hodí se na drobné blanité uzdičky u starších dětí v ambulantním ošetření.

Podobná technika s podobnou indikací je chirurgické přetěžení frenula skalpelem a stavění krvácení elektrickou jehličkou. Hojení také probíhá bez sešití přes slizniční defekt sekundárně.

Technikou, která je vhodná pro střední a těžké zjizvení pod jazykem, je operace v celkové anestezii v kombinaci s lokální anestezii pro snížení množství použitých anestetik. Hospitalizace je krátkodobá, v rámci jednodenní chirurgie.

U středních forem je provedeno uvolnění uzdičky nad karunkulami od spodiny ústní – vlastní **discize** (frenulotomie) a odstranění tuhého vaziva směrem ke špičce jazyka. Tím je již možné špičku jazyka vysunout volně z úst. Pokud se netvoří zářez špičky jazyka, svalovina není ve střední linii projizvena a je možné provést přímou **suturu** vytvořené rány vstřebatelným materiálem. Pokud se zářez tvoří, je uvolněno vazivo mezi svalovinou a provedena výměna slizničních klínků, tzv. Z-plastika v rozsahu několika mm pod špičkou. Sutura provádíme vstřebatelnými stehy.

U těžkých forem je postup podobný, ale je nutné odstranit tuhé vazivo na sliznici i mezi svalovinou. Pro nedostatek slizničního materiálu je nutné provést k prodloužení spodiny jazyka výměnu klínů Z-plastikou vícekrát, zejména na spodině spodině úst. (viz obrázky 1-4).

Pooperační období a délka rekonvalescence

Bolest po operaci je v prvních dnech vhodné tlumit pravidelnou ordinací analgetika resp. antipyretika, které odpovídá věku a hmotnosti pacienta. Není nutné jej podávat, pokud si dítě na nic nestěžuje.

První týden je možné jizvu jednou denně potříť tenkou vrstvou „genciánové violet“ na štětičce, která nejen dezinfikuje, ale podporuje současně hojení sliznic. V krátkodobém použití není škodlivá.

V bezprostředním pooperačním období dbáme na hygienu dutiny ústní výplachy neslazeným bylinným nebo slabým černým čajem, kterým necháme zapíjet i stravu. Jídlo podáváme v prvních dnech řidší, kašovitě, nevadí malé měkké kousky. Po týdně je možná běžná strava s vyloučením suchých tuhých komponent (okoralý chléb, smažený trojbal apod.).

Zuby necháme dítě čistit ihned po operaci na horní čelisti malým měkkým kartáčkem a postupně přidáváme stoličky na dolní čelisti a nakonec přední řezáky. Během tří dnů by opatrné čištění všech zubů nemělo být problémem.

Délka rekonvalescence se může lišit u různě provedených výkonů. Pokud je použita technika bez sutury, jedná se o menší výkon a hojení probíhá v řádu dnů. Slizni-

ce jsou za týden po operaci plně zhojeny, pokud na sebe naléhají. Při použití elektrického kauteru je hojení prodlouženo hojením popálených okrajů sliznic sekundárně. Při použití techniky sutury rány probíhá hojení okrajů rychleji, nevýhodou je však vstřebávání stehů. Záleží na použitém šicím materiálu, za jak dlouho se stehy spontánně odloučí – většinou od dvou do šesti týdnů.

Dva až šest týdnů je také doba, kdy by měla být znovu zahájena logopedická intervence. **Logopedie** může být zahájena již za **2 týdny**, pohyby jazykem jsou prováděny do příznaků první udávané bolestivosti. Dítě většinou neumí určit nezvyklé pocity v ústech, jemný tah v operačním poli již může uvádět jako bolest. Zkušený logoped při odvedení pozornosti dítěte rozdíl v intenzitě pocitů rozpozná. Běžnému logopedickému cvičení nebrání nevstřebané stehy v ráně, brání však nedohožené sliznice.

Masáže jizvy jsou trvale diskutovanou otázkou. Je vhodné provádět digitální masáže jizvy pod jazykem po plném zahojení sliznic a odloučení vstřebatelných stehů. Délka a intenzita masáže je velmi individuální. Jednou z nejčastějších metod je pomalý tlak na jizvu do vyvolání nepříjemného pocitu a setrvání 5-10 sekund, opakování pětikrát, provádění jednou i vícekrát denně. Osoba, která digitální masáže provádí, může mít ochrannou rukavici nebo jen umytou ruku a krátké nehty. Určení typu a délky masáže je vhodné konzultovat s operátorem během druhého až třetího měsíce od operace, kdy jizva nejvíce vyžrává. Další kontrola je vhodná mezi sedmým až devátým měsícem, resp. za rok od zákroku.

Recidivy podjazykové uzdičky a opakování zákroku

Znovuvytvoření malého a zjizveného podjazykového prostoru s nemožností vysunout jazyk z úst, respektive plnit správnou funkci při fonaci, má dvě hlavní příčiny.

První příčinou, která způsobuje vytvoření pooperační tuhé jizvy pod jazykem, je prodloužené dlouhé hojení operační rány, tzv. **hojení per secundam**. Toto hojení je provázáno větší bolestivostí, tím také delším omezeným pohybem jazyka, nesprávnými pooperačními srůsty, které bývají trvalé a znemožní následnou rehabilitaci a logopedii. Masáže mohou, ale nemusejí být účinné. Následné nové chirurgické řešení není doporučováno dříve než za rok.

Druhým důvodem je **typ pacienta**, u kterého dochází k výraznému pooperačnímu ukládání vazivových látek po jakémkoliv zákroku. Tito pacienti mají i před operací výrazné zjizvení uzdičky. Je potom na zvážení, jaká je funkční porucha pohybu jazyka a zda takového pacienta operovat.

Závěr

Discize podjazykové uzdičky u jinak zdravého dítěte je zákrok zdánlivě jednoduchý. Pokud je správně indikován, načasován a proveden, velice zlepší postup ve vývoji řeči. Kontinuita logopedických cvičení při správné spolupráci po ose: logoped-dítě-rodíč-operatér-rodíč-dítě-logoped nemá být operací narušena a potom vede k výborným výsledkům.

Literatura

ŠLAPÁK, Ivo, 2013. *Dětská otorinolaryngologie*. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN ISNB978-80-204-2900-1.

KLENKOVÁ, Jiřina, 2006. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 80-247-1110-9.

Neubauer, Karel. *Terapie dysartrie*. In: LECHTA, Viktor, 2011. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-901-9.

ŠEDÝ, Jiří, 2016. *Kompendium stomatologie. Anatomie orofaciální oblasti*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton. ISBN 978-80-7387-543-5.

Obrázek 1

Předoperační nález 3,5letého pac., jazyk nelze ani tahem předsunout před dolní řezáky



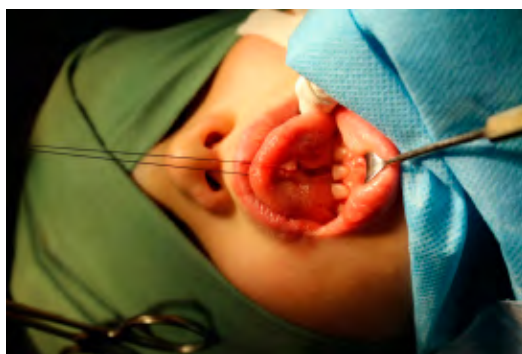
Obrázek 2

Chirurgické uvolnění podjazykové uzdičky a mezisvalového septa



Obrázek 3

Stav po uvolnění všech jizevnatých struktur, jazyk lze lehkým tahem vysunout z úst, není uvolněna špička



Obrázek 4

Sutura sliznice vstřebatelným materiálem, Z-plastika špičky a spodiny jazyka



DYSLÁLIE – KDY VYŽADOVAT VYŠETŘENÍ NA FONIATRII

MUDr. Libor Černý, Ph.D.

Foniatrická klinika 1. LF UK a VFN, Žitná 24, 120 00 Praha 2

libor.cerny@lf1.cuni.cz

Pokud jde skutečně o dyslálii jako funkční poruchu, tzn. pouhé přetrvávání nesprávného vzorce tvorby hlásky, vyšetření lékařem není třeba. Ale porucha realizace hlásek nemusí být dyslálií. Může být příznakem hlubšího problému. To, co se někdy skrývá za zdánlivou diagnózou Dyslalie, může být především:

Vada sluchu – je třeba mít stále na mysli, že lehká a střední vada sluchu (není-li náhle vzniklá) může být nerozeznatelná podle reakcí dítěte; zejména u dětí chytřích (s nadprůměrnou schopností kompenzace vady sluchu odhadem ze situace a odezíráním), ale též naopak u dětí s nižší mírou kooperace (jevících známky poruchy pozornosti, neklidu, případně anxiety, negativismu nebo hraničního intelektu). *Orientační vyšetření sluchu řečí a šepotem* je skutečně jen orientační a je obtížné (mnohdy nemožné) důsledně dodržet podmínky vyšetření tak, aby byl tento test dostatečně citlivý pro lehkou vadu sluchu. Stav vývoje řeči je u lehčích vad sluchu citlivějším indikátorem než (ne) přítomnost adekvátních reakcí na verbální pokyny.

Vývojová dysfázie, vývojová dysartrie i jejich kombinace – v lehčí formě základního postižení, s chabým vyjádřením dalších příznaků; zejména u starších dětí občas vidáme podcenění diagnostiky a poté i neadekvátní strukturování péče.

U dítěte s dominující poruchou artikulace **má být zcela jistě vyžadováno vyšetření foniatrem při:**

1. Mnohočetné dyslálii – možnost audiogenní vady, aberantního vývoje řeči (lehké difusní neurologické postižení nebo lehké motorické postižení)
2. Sigmatismu (zejména laterálním) – při delším trvání úpravy sigmatismu je vyšší riziko přítomnosti lehké vady sluchu ve vyšších frekvencích, laterální sigmatismus je typický pro jednostrannou vadu sluchu

3. Kombinaci s hyperkinetickou dysfonií – možnost lehké vady sluchu
4. Nestabilních záměnách hlásek – typické pro vývojovou dysfázii
5. Kombinaci s poruchou plynulosti řeči – jednak pro vhodnost diagnostiky poruchy plynulosti řeči samotné, jednak u starších dětí možnost výskytu poruchy plynulosti jako rezidua lehkého aberantního vývoje řeči, event. jeho neoptimální předchozí edukace
6. Kombinaci s dysgramatismy – opožděný vývoj řeči prostý nebo vývojová dysfázie
7. Kombinaci s lehkou hyperrhinofonií – možnost vývojové dysartrie, orální dyspraxie, periferní poruchy inervace, submukosního rozštěpu patra, patologie nosohltanu
8. Rozštěpových vadách – komplexní problém obtížnější edukace, navíc nutnost dispenzarizace sluchu
9. Regresi vývoje (porucha realizace hlásky již dříve zvládnuté) – vzácné, ale závažné riziko progresivní neurologické patologie (počínající neurodegenerace, strádavé metabolické poruchy, epileptogenní poruchy apod.)

Vhodné je vyžádat si foniatrnické vyšetření i u dětí s pouhou poruchou artikulace a zároveň nižší mírou kooperace (jevících známky poruchy pozornosti, neklidu, případně anxiety, negativismu nebo hraničního intelektu), jak bylo uvedeno výše. Nejenže u těchto dětí je vyhodnocení stavu sluchu komplikovanější, mnohdy nesnadné, ale i samotné projevy poruchy pozornosti, neklid i anxiety mohou být příznakem nerozeznané vady sluchu.

Mimoto pokládám obecně za výhodné pro klinického logopeda/logopedku, má-li možnost přenést právní odpovědnost za bezchybnou diagnostiku na lékaře.



MUDr. Libor Černý, Ph.D.

KINDLICHE AUSSPRACHESTÖRUNGEN IM DEUTSCHEN - EIN ÜBERBLICK

SPEECH PRONUNCIATION DISORDERS IN GERMAN LANGUAGE – THE REVIEW

Ramona Keul¹
Magdalena Brudnicki¹
Nina Osiecki¹

¹ Katholische Klinikum Koblenz-Montabaur

ramona.keul@eufh-med.de

Abstract

Aussprachestörungen im Deutschen sind bei Kindern der häufigste Anlass zur Sprachtherapie. Die Prävalenz dieser liegt bei ca. 16% der 3;6 Jährigen bis hin zum Schuleintritt (Fox-Boyer, 2014a). Grundlage in der Betrachtung von Aussprachestörungen ist das Klassifikationsmodell nach Dodd (1995, 2005), in dem in phonetische Störungen, phonologische Verzögerungen, konsequente und inkonsequente phonologische Störungen differenziert wird. Die *Psycholinguistische Analyse kindlicher Aussprachestörungen* (PLAKSS-II; Fox-Boyer, 2014b) ist ein reliables und valides Bildbenennungsverfahren, welches im Deutschen zur Überprüfung der Aussprache häufig angewendet wird. In der Therapie wird in motorische und phonologische Ansätze unterschieden. Die gängigste Methode ist die *Psycholinguistisch orientierte Phonologie-Therapie* (P.O.P.T., Fox-Boyer, 2014c). In diesem evidenzbasierten Ansatz wird das Sprachverarbeitungsmodell von Stackhouse und Wells (1997) berücksichtigt.

Abstract

Speech pronunciation disorders in German language is the main reason why children come to speech therapist office. The majority is between the age of 3-6, it presents 16% of the population. The basic method for assessing the specification of their speech impairment is the "Dod" classification model (1995, 2005). This method analysis whether the impairment is caused by phonetic disability, phonological retardation or consequent or non-consequent

phonological disability. The psycho-linguistical method of child speech impairment analyses (PLAKSS-II, Fox-Boyer, 2014b) is based on a reliable exercise of naming pictures that are, in the German language used to examine the quality of pronunciation. In the therapy, there are two different approaches, motorical and phonological. The common method is the Psycho-linguistical oriented phonological therapy (P.O.P.T., Fox-Boyer, 2014c). This method takes, when analysing the impairment, the Stackhouse and Wells model into account (1997).

Schlüsselwörter

Aussprachestörungen, Klassifikationsmodell nach Dodd, PLAKSS-II, PDSS, Motorisch orientierter Therapieansatz, Phonologisch orientierter Therapieansatz

Keywords

speech pronunciation disorders, "Dod" classification model, PLAKSS-II, PDSS, motor-oriented therapy, phonological oriented therapy

1 Einleitung

Mit einem Anteil von 52,5% der AOK-Versicherten stellten Verordnungen für Sprachstörungen vor Abschluss der Sprachentwicklung im Jahr 2016 den häufigsten Behandlungsanlass der Sprachtherapie dar (Waltersbacher, 2017). Der Verordnungsgipfel liegt mit 12,7% in der Altersgruppe der Fünf- bis Neunjährigen (ebd.). Die Prävalenzrate von spezifischen Sprachentwicklungsstörungen (sSES) wird von verschiedenen Autoren unterschiedlich beziffert. Kany



Ramona Keul



Magdalena Brudnicki



Nina Osiecki

und Schöler (2012) schätzen sie beispielsweise auf 3-8%, Dittmann (2006) auf 6-8%. Kindliche Aussprachestörungen machen den Großteil der Kinder in logopädischen Praxen aus. Erste Prävalenzdaten für behandlungsbedürftige Aussprachestörungen im deutschsprachigen Raum liegen bei ca. 16% (Fox-Boyer, 2014a) im Alter von 3;6 Jahren bis zum Schuleintritt.

2nd Phonologie-Erwerb im Deutschen

23 Konsonanten [p b t d k g f v s z ʃ x ç h m n ŋ l ʁ j ʔ pf ts] und 16 Vokale [i y e ø o u ɪ ʏ ε œ ɔ a ʊ ə; ai au ɔɪ] müssen muttersprachlich deutsch aufwachsende Kinder im Zuge der phonetisch-phonologischen Entwicklung erwerben. Bereits vor der Geburt beginnt der Erwerb des phonologischen Systems. Die frühen sprechperzeptiven Fähigkeiten von Säuglingen bahnen spätere lexikalische und grammatische Entwicklungsschritte an und gelten als Prädiktor für die Sprachentwicklung (Kuhl, Conboy, Padden, Nelson & Pruitt, 2005). Die Fähigkeit der Wortsegmentation aus dem Sprachstrom anhand von prosodischen und weiteren Hinweisreizen erweitert sich ab etwa sechs Monaten, sodass als Grundlage für den Grammatikerwerb auch syntaktisch zusammengehörende Einheiten wahrgenommen werden können. Als Voraussetzung für den Erwerb phonetischer, lexikalischer und semantischer Informationen ist demnach die Wahrnehmung sprachspezifischer prosodischer Informationen notwendig, die die Erkennung von Wort- und Phrasengrenzen aber auch syntaktischen Einheiten ermöglichen (Nazzi & Ramus, 2003; Seidl, 2007). Ausgehend von einer holistischen Ganzwortverarbeitung wird die Verarbeitung der Wortstruktur mit wachsendem Wortschatz immer präziser. Mit dem Wortschatzspurt verlagert sich die kindliche Wortproduktion von einer phonetischen zur phonologischen Struktur (Vihman, 1996). Gleichzeitig wird die zunächst inkonsequente Wortproduktion immer konsequenter, wobei interindividuelle qualitative und quantitative Unterschiede bestehen bleiben. Im Alter von 2;0-2;5 Jahren liegt die Inkonsequenzrate bereits deutlich unter 40% (Schäfer & Fox, 2006). Ab 2;6 Jahren ist eine phonologische Prozessanalyse möglich. Neben individuellen, isoliert oder sehr selten auftretenden Prozessen können für das Deutsche

typische Prozesse beschrieben werden (vgl. Abb. 1):

- Vorverlagerung (VV)
 - von /f/ → [s], z.B. Schule → „sule“
 - von /ç/ → [s], z.B. Teich → „teis“
 - von /k g/ → [t d], z.B. Kuchen → „tuchen“, Giraffe → „diraffe“
 - von /ŋ/ → [n], z.B. lang → „lan“
- Reduktion von initialen Consonant-Clustern (RCCi), z.B. Fleisch → „leisch“, Blume → „bume“
- Rückverlagerung (RV) von /f/ → [ç], z.B. Schaf → „schaf“
- Plosivierung (Plos), z.B. Fisch → „pisch“, Sahne → „tahne“
- Tilgung finaler Konsonanten (TfK), z.B. Licht → „lich“, Gabel → „gabe“
- Tilgung silbenfinaler Konsonanten (TsfK), z.B. Lampe → „lape“
- Glottale Ersetzung (Glot Er) /k/ → [h ʔ], z.B. Roller → „holler“
- Deaffrizierung (Deaffr) /pf ts/, z.B. Apfel → „afel“, Zange → „sange“
- Assimilation (Ass), z.B. kaputt → „paput“
- Tilgung unbetonter Silben (TuS), z.B. Banane → „nane“

Alter	2;0 – 2;5	2;6 – 2;11	3;0 – 3;5	3;6 – 3;11	4;0 – 4;5	4;6 – 4;11
Prozess N		86	62	142	106	71
VV /f/ → [s]	X	58	46	34	16	20
RCC i ²	X	41	35	12		
VV /ç/ → [s]	X	9	20	14		
VV /k g/ → [t d]	X	12	20			
RV /f/ → [ç]	X	33				
Plos (nur vereinzelt)	X					
TfK (nur vereinzelt)	X					
TsfK (nur vereinzelt)	X					
Glott Er /k/ → [h ʔ]	X					
Deaffr /pf ts/	X					
VV /ŋ/ → [n]	X					
Ass (nur vereinzelt)	X	15				
TuS (nur vereinzelt)	X	16				

Anmerkungen:

VV = Vorverlagerung, RCC i = Reduktion von Konsonantenverbindungen initial, RV = Rückverlagerung, Plos = Plosivierung, TsfK = Tilgung (silben)finaler Konsonanten, Glott Er = Glottale Ersetzung, Deaffr = Deaffrizierung, Ass = Assimilation, TuS = Tilgung unbetonter Silben

Alle Zahlen der Tabelle entsprechen Prozentwerten

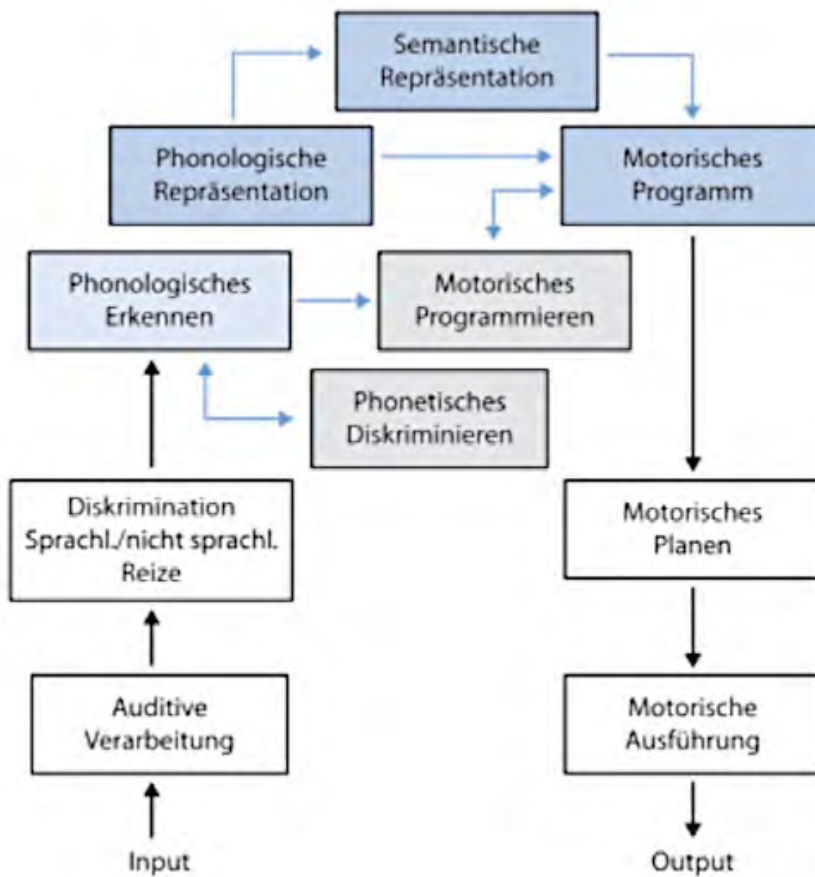
(nur vereinzelt) = Diese Prozesse dürfen nur sehr selten auftreten, und dann auch nur unsystematisch, um als physiologisch zu gelten. Treten sie konstant auf, ist dies als pathologisch zu werten!

Abbildung 1 Physiologische phonologische Prozesse (Fox-Boyer, 2014c, S.14)

Das im Folgenden dargestellte psycholinguistische Modell erläutert die möglichen Störungsebenen von Aussprachestörungen.

2.1 Sprachverarbeitungsmodell nach Stackhouse und Wells (1997)

Stackhouse und Wells (1997) entwickelten ein Sprachverarbeitungsmodell (vgl. Abb. 2), welches darstellt wie Sprache verarbeitet, produziert und gespeichert wird.



Aussprachestörung liegt vor, wenn eine organische Störung (z.B. Zerebralparese, Spaltbildungen) ursächlich mit der Aussprachestörung in Verbindung gebracht werden kann. Bei den funktionellen Aussprachestörungen wiederum wird zwischen Artikulationsstörungen und phonologischen Störungen unterschieden. Aufgrund der Heterogenität der Kinder mit Aussprachestörungen hinsichtlich Verständlichkeit, Symptomen und den zugrunde liegenden Ursachen, ist eine weitere Klassifikation notwendig. Das psycholinguistisch orientierte Klassifikationsmodell von Dodd (1995) unterteilt die funktionellen Aussprachestörungen nach ihren Symptomarten in vier Untergruppen (vgl. Abb. 3).

Abbildung 2 Sprachverarbeitungsmodell nach Stackhouse & Wells, Übersetzung in Fox-Boyer (2014c, S. 16)

Die einzelnen Bausteine sollen kurz skizziert werden. Zunächst erreicht ein akustischer Reiz (*Input*) das Ohr und wird verarbeitet (*auditive Verarbeitung*). Bei dem Schritt *Diskrimination* wird entschieden, ob es sich um sprachlichen oder nichtsprachlichen Input handelt. Die Komponente des *phonologischen Erkennens* dient dazu, das Wort in seinen phonologischen Bestandteilen zu erkennen und mit einer gespeicherten Wortform in der *phonologischen Repräsentation* abzugleichen. Dort sind die Wortformen gespeichert. Zu jedem abgespeicherten und erworbenen Wort gehören drei Ebenen der Speicherung: die *phonologische Repräsentation* (=Wortform), die *semantische Repräsentation* (=Wortbedeutung) und das *motorische Programm* (=artikulatorische Umsetzung) (Stackhouse & Wells, 1997; Fox-Boyer, 2014c). Im Bereich der *motorischen Programmierung* kann der Bewegungsablauf akut erstellt werden und

durch Wiederholungen im motorischen Programm abgespeichert werden. Diese Komponente hat keinen Zugriff auf die Semantik. Im Rahmen der *motorischen Planung* muss das Wort mit Sprechfluss und -geschwindigkeit in Zusammenhang gebracht werden, bevor es mit der *motorischen Ausführung* tatsächlich produziert (*Output*) wird.

2.2 Grundlagen

Aussprachestörungen

Als Oberbegriffe werden derzeit im deutschsprachigen Raum die folgenden Begrifflichkeiten synonym verwendet: Aussprachestörung, Artikulationsstörung, phonetisch-phonologische Störung, Dyslalie (Fox-Boyer, 2014a). Terminologisch erfolgt unter dem Begriff kindliche Aussprachestörung eine Einteilung in organische und funktionelle Aussprachestörungen. Eine organische

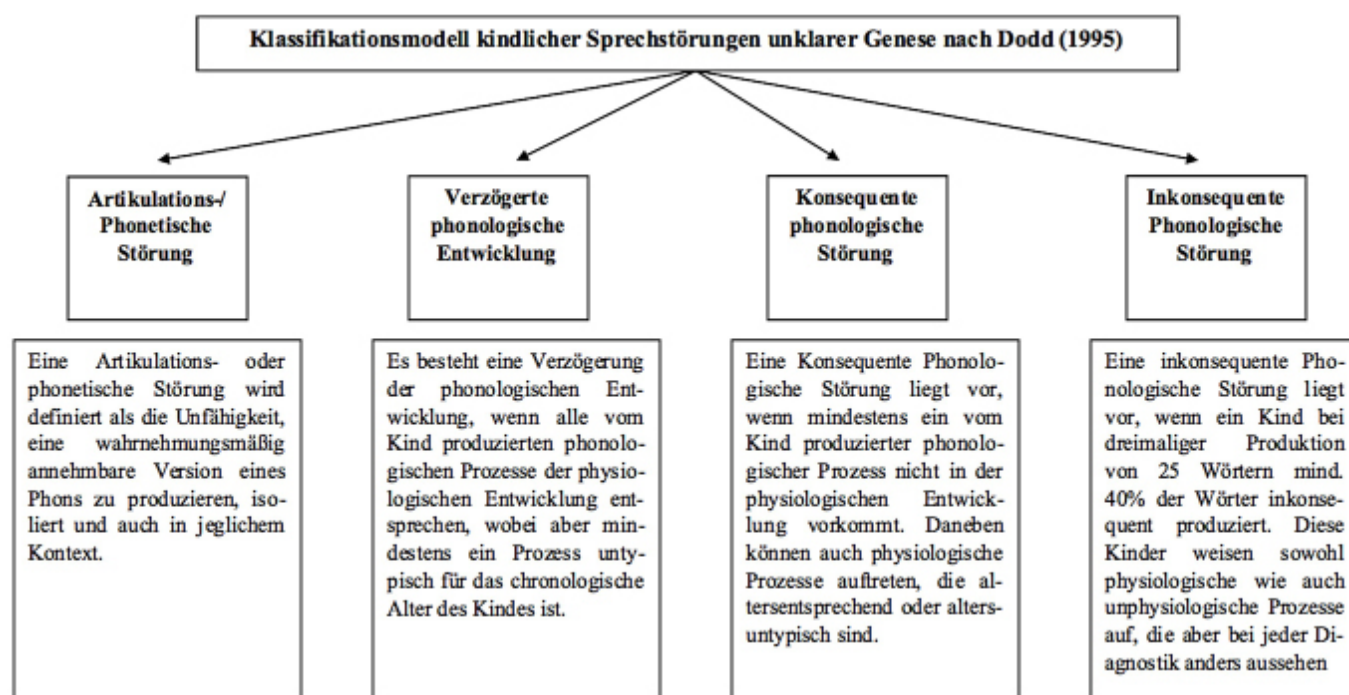


Abbildung 3 Klassifikationsmodell nach Dodd (1995) (Fox-Boyer, 2016)

Als Prozess wird von Fox-Boyer „das mindestens 5-malige Auftreten einer identischen Abweichung der kindlichen Aussprache von der Erwachsenen-aussprache“ (2014b) definiert. Als phonetische Prozesse finden sich im Deutschen vor allem Sigmatismus interdentalis oder addentalis sowie die laterale Realisation von /ʃ/ und/oder /z s/. Von einer signifikanten phonologischen Verzögerung wird ab einem zeitlichen Rückstand von 6 Monaten gesprochen. Häufig zeigen sich die Substitutionsprozesse Vorverlagerung der Velare /k g ŋ/ und Vorverlagerung der Sibilanten /ʃ ç/, die glottale Ersetzung von /ɣ/ sowie der Strukturprozess Reduktion initialer Konsonantenverbindungen. Plosivierungen zählen zu den häufigsten pathologischen Prozessen.

Bereits ausbleibendes Lallen oder nur wenig variables Lallen deutet nach Fox-Boyer (2014a) auf eine mögliche inkongruente phonologische Störung hin. Pathologische phonologische Produktionsfehler im Alter von 2;0 und 2;5 Jahren gelten als stärkster Prädiktor für Aussprachestörungen im Alter von drei Jahren (Fox-Boyer & Schäfer, 2015).

3 Aussprachediagnostik

Ziel der Diagnostik ist es, den individuellen Entwicklungsstand des Kindes zu erfassen und insbesondere dessen Output-Kompetenzen systematisch zu erheben, um eine gezielte Therapie ableiten zu

können (Fox-Boyer, 2014a). Wesentliche Aspekte in der Diagnostik einer funktionellen Aussprachestörung sind:

- Erhebung anamnestischer Daten
- Beobachtung der Spontansprache
- Durchführung eines validen und reliablen Tests
- Überprüfung der Phon-Stimulierbarkeit
- Überprüfung der Wortrealisationskonsequenz (ebd.)

Innerhalb der **Anamnese** gilt es bekannte Risikofaktoren, wie z.B. häufige Mittelohrerkrankungen, Frühgeburtlichkeit oder den Ausbildungsstand der Eltern zu erfragen. Somit können Einfluss- und Kontextfaktoren ermittelt werden. Die Beobachtung der **Spontansprache** dient der Feststellung phonetischer und phonologischer Auffälligkeiten sowie die Einschätzung des Kommunikationsverhaltens. Dabei spielen vor allem die Komponenten der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF; DIMDI, 2005) der Aktivität und Partizipation eine Rolle. Inwieweit wird das Kind von seiner Umwelt verstanden oder wie reagiert es auf Verständigungsprobleme. Zur Erhebung partizipativer Anteile kann der Fragebogen *Intelligibility in Context Scale* (ICS; McLeod, Harrison & McCormack, 2012) angewendet werden. Als standardisierte **Diagnostikinstrumente** kommen in der Regel Bildbenennungsverfahren zum Einsatz. Im deutschsprachigen Raum existieren verschiedene Benennstests zur

Überprüfung der Aussprache (vgl. Fox-Boyer, 2014a, S.46). Zu den aktuellsten und gängigsten Verfahren zählen die **PLAKSS-II** (Fox-Boyer, 2014b) sowie die Untertests *Lautbefund*, *Phonemdifferenzierung*, *Wortbetonung und Silbenstrukturen* und *Mundmotorik* der *Pathologische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen* (PDSS; Kauschke & Siegmüller, 2009). Mit der **Phon-Stimulierbarkeit** wird überprüft, ob das Kind einzelne Phone korrekt imitieren kann und beobachtet, wie es reagiert, wenn dies nicht gelingt. Daraus kann abgeleitet werden, ob das Motorische Programm für den Laut vorhanden ist oder nicht. Die Überprüfung der **Wortrealisationskonsequenz** ist wichtig, um inkongruente Störungen zu erfassen. Zur Erhebung wird ein Material mit ca. 25-30 Items benötigt, welche innerhalb einer Therapiesitzung dreimal benannt werden müssen (Fox-Boyer, 2014a). Bei der Berechnung der Wortrealisationskonsequenz wird der Prozentsatz der Wörter ermittelt, die gleich realisiert wurden und bei wie viel Prozent es zu Abweichungen kommt.

3.1 PLAKSS-II

Die **PLAKSS-II** (Fox-Boyer, 2014b) ist ein Benennstest bestehend aus 99 farbigen Zeichnungen in einer DIN-A4-Ringbindung. Dazu gehört eine ausführliche Anleitung zur Durchführung und Auswertung des Tests. Die **PLAKSS-II** (Fox-Boyer, 2014b) ist ab einem Alter von 2;5 Jahren durchführbar. Die Items

wurden nach linguistischen Kriterien erstellt, sind im Wortschatz kleiner Kinder (Zwei-Dreijährige) enthalten und sind gut abbildbar (Fox-Boyer, 2014b). Verschiedene phonologische Aspekte der deutschen Sprache, wie z.B. Phon- und Phoneminventar, Silbenstruktur, Wortstruktur und Betonungsmuster, physiologische sowie pathologische Prozesse, wurden bei der Erstellung berücksichtigt. Der Test besteht aus einem Haupttest mit 96 Items und einem 25-Wörtertest, welcher auch als Screeningmaterial eingesetzt werden kann. Zum Notieren der Reaktionen des Kindes stehen Protokollbögen zur Verfügung. Die Inkonsequenzanalyse erfolgt mit dem dreimaligen Benennen des 25-Wörter-Tests. Anschließend wird die Inkonsequenzrate folgendermaßen berechnet:

$$\% \text{ Inkonsequenz} = \frac{N \text{ Wörter } 3\text{x benannt (z.B. 30)}}{100 * N \text{ Wörter inkonsequent realisiert}}$$

3.2 PDSS

Die PDSS (Kauschke & Siegmüller, 2009) ist ein standardisiertes normiertes Diagnostikverfahren zur Erhebung von Sprachentwicklungsstörungen im Alter von 2;0-6;11 Jahren. Das Diagnostikverfahren bildet die Ebenen Phonetik/Phonologie, Lexikon/Semantik und Syntax/Morphologie ab. Im Weiteren werden nur die Untertests der Ebene Phonetik/Phonologie beschrieben. Nach dem patholinguistischen Ansatz werden

das Phoneminventar, Silben- und Wortstrukturen, die Phonemdifferenzierung und suprasegmentale Elemente, wie z.B. Prosodie überprüft, da in diesen Bereichen Symptome vorliegen und zu phonologischen und/oder phonetischen Störungen führen können. Der Diagnostikband Phonologie umfasst die Untertests *Lautbefund*, *Phonemdifferenzierung*, *Wortbetonung* und *Silbenstrukturen* sowie *Mundmotorik* (Kauschke & Siegmüller, 2009).

Der *Lautbefund* ist ein klassisches Benennverfahren mit 85 Items, der alle Phoneme (Vokale, Konsonanten, Einzellaute und Konsonantenverbindungen) des Deutschen prüft. Innerhalb der *Phonemdifferenzierung* wird getestet, ob das Kind minimale Phonemkontraste mit bedeutungsunterscheidender Funktion wahrnehmen kann. Bei einer Auswahl von drei Items (z.B. Tanne-Kanne-Wanne) wird das Kind aufgefordert, nach vorangegangener Benennung der Stimuli des Therapeuten, ein Item zu zeigen. Die Phonemdifferenzierung wird an 26 Items untersucht. Der Untertest *Wortbetonung und Silbenstrukturen* zeigt, wie das Kind neun dreisilbige Wörter unterschiedlicher Betonungsmuster realisiert. Der Subtest *Mundmotorik* dient als Anhaltspunkt der Differentialdiagnostik phonologischer und phonetischer Störungen. Er umfasst sechs mundmotorische Aufgaben. Sollte in diesem Bereich eine Auffälligkeit vorliegen ist eine vertiefende Diagnostik der mundmotorischen Fähigkeiten notwendig (ebd.).

3.3 Differentialdiagnostik

In sehr seltenen Fällen kann eine verbale Entwicklungsdyspraxie (VED) vorliegen. Laut Shriberg (1994) sind ca. 3-5% der Kinder mit einer Aussprachestörung von einer VED betroffen. Die klinischen Marker einer VED zeigen sich in einer inkonsequenten Realisation von Wörtern, Schwierigkeiten bei mund-, zungen und sprechmotorischen Abläufen, Kombination aus Suchbewegungen, Konsonantenauslassungen und eingeschränkter Prosodie (Fox-Boyer, 2014a). Allerdings ist die VED sehr schwierig zu diagnostizieren und Studien, beispielsweise von Shriberg (1994), zeigen, dass sich die Diagnose letztendlich nur bei einem kleinen Anteil an Patienten als korrekt herausstellte.

4 Therapie

Im Folgenden werden zwei verschiedene Therapieansätze vorgestellt, deren Evidenzen sich auf die funktionellen Aussprachestörungen beziehen und in das Klassifikationsmodell nach Dodd (1995) einzuordnen sind (vgl. Abb. 3): Der motorisch orientierte Ansatz nach van Riper (1939) und die phonologisch orientierten Ansätze. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Therapieverfahren, die im Deutschen bei kindlichen Aussprachestörungen angewendet werden.

Tabelle 1 Gegenüberstellung der im Deutschen verwendeten Therapiekonzepte für Aussprachestörungen

Therapiephasen	Klassische Artikulations-therapie (Van Riper, 1939)	Minimalpaar-therapie (Weiner, 1981)	Metaphon Therapie (Howell & Dean, 1991)	P.O.P.T. (Fox, 2003)
rezeptive Phase	Fremdhören	Minimalpaare	Lautebene	Lautebene
	Eigenhören		Silbenebene	Silbenebene
			Wortebene	Pseudowortebene
				Wortebene
expressive Phase	Lautebene	Minimalpaare	Minimalpaare	Lautebene
	Silbenebene			Silbenebene
	Wortebene			
	Reihensatzebene			
	Satzebene			
	Spontansprach-ebene			
gemischte rezeptive & expressive Phase				Wortebene

4.1 Motorisch orientierter Therapieansatz

Die klassische Artikulationstherapie von Charles van Riper (1939) wurde für Schulkinder mit persistierender Aussprachestörung konzipiert. Die Ursache liegt einerseits in einer fehlerhaften Wahrnehmung von Sprachlauten und andererseits in einer inadäquaten motorischen Produktion. Es werden die Aktivitäten *sensorisch-perzeptives (Hör-) Training* zur Identifikation des Standardlautes und dessen Diskrimination von Fehlproduktionen durch das Beobachten und das Vergleichen, die Variation und Korrektur der verschiedenen Produktionen des Lautes (bis dieser korrekt produziert werden kann), die Stärkung und Stabilisierung der korrekten Produktion und zuletzt der Transfer der neuen artikulatorischen Kompetenz in die Alltagskommunikation trainiert (vgl. Tabelle 1). Dabei steigert sich die linguistische Komplexität von isolierter Lautebene über Silben- (CV, VC, CVC), Wort- (An-, Aus-, Inlaut) auf Satzebene (van Riper & Emerick, 1984). Es ist von Bedeutung, dass das Kind seine artikulatorische Fehlbildung selbst wahrnehmen lernt, denn nur eine differenzierte Eigenwahrnehmung führt zur Selbstkorrektur. Das Hörtraining sollte stets der Lautproduktion vorausgehen (van Riper & Emerick, 1984). Auf das Hörtraining der Fremd- und Eigenwahrnehmung folgt das Produktionstraining indem das Standardmuster des Ziellautes angebahnt wird. Gelingt eine Stimulierung des Ziellautes nicht, werden Übungen zur *phonetischen Platzierung* angeboten (van Riper, 1939).

Die klassische Artikulationstherapie stellt die älteste Form der Therapie von Aussprachestörungen dar. In Deutschland findet sie Anwendung bei der Behandlung von phonetischen Störungen. Grosstück (2010) belegte die Wirksamkeit der klassischen Artikulationstherapie bei dem Überwinden eines Sigmatismus inter- oder addentalis.

4.2 Phonologisch orientierter Therapieansatz

4.2.1 Minimalpaartherapie

Die Minimalpaartherapie ist die älteste Form der Phonologithherapie und findet seit 1981 durch die Veröffentlichung von Weiner Anwendung. Sie stellte die Basis für die Entstehung einer Reihe von

neuen Varianten der Ursprungstherapie dar (Gierut, 1989, 1991; Williams, 2000). Im deutschsprachigen Raum beziehen sich Hacker & Wilgermein (2001) in ihrem Buch „Aussprachestörungen bei Kindern“ auf die Originaltherapie nach Weiner (1981).

Ziel der Behandlung ist es, dem Kind zu verdeutlichen, das ein Phonem entscheidend für die Wortbedeutung ist. Methodisch erfolgt dieser Erkenntnisgewinn über die Präsentation von Minimalpaaren. In der Behandlung werden Minimalpaare ausgewählt, die sich im Fehlen von einem Kontrast unterscheiden und so dem jeweiligen phonologischen Prozess des Kindes entsprechen (z.B. die Vorverlagerung von Velaren /k/ zu /t/). Zunächst wird die rezeptive Wahrnehmung des fehlenden Kontrastes geschult und das Kind wird zu einer Sortieraufgabe angehalten (rezeptive Phase), die keine expressive Äußerung des Patienten fordert (z.B. Kanne – Tanne, Katze – Tatze, Keller – Teller). Sobald das Kind die Begriffe sicher auditiv differenzieren kann, erfolgt ein Rollentausch. Das Kind wird zum Sprecher (expressive Phase) und der Therapeut führt nun die zum Begriff passende Handlung aus. Unter Umständen führt der Therapeut nun eine andere Handlung aus als vom Kind gewünscht. Dieses entstandene „Missverständnis“ wird metasprachlich reflektiert, dabei weist der Therapeut auf die bedeutungsunterscheidende Funktion von Phonemen hin. Das Kind erhält die Möglichkeit seine Produktion zu überarbeiten und den neu erworbenen Kontrast (z.B. alveolar vs. velar) auch expressiv zu erproben (vgl. Tabelle 1). Falls erforderlich ist ein Exkurs zur phonetisch orientierten Therapie (z.B. Darstellung der Artikulationsstelle) erlaubt. Anschließend werden weitere Wörter mit dem neu erlernten Kontrast expressiv eingebettet.

Die Minimalpaartherapie wurde ursprünglich für monolingual englischsprachige Kinder entwickelt. Das Englische verfügt über eine Vielzahl von monosyllabischen Wörtern, was einen flexiblen Realworteinsatz ermöglicht. Für monolingual englischsprachige Kinder erwies sich der Ansatz als effektiv, wenn die Kinder nur wenige physiologische phonologische Prozesse zeigten (Tyler, Edwards & Saxman, 1987). Für den deutschsprachigen Raum liegen keine Effektivitätsstudien vor, die eine Übertragbarkeit der Minimalpaartherapie auf die deutsche Sprache belegen. Fox (2003/2016) sieht die Anwendbarkeit aufgrund der unterschiedlichen Sprach-

struktur im Deutschen kritisch. Die deutsche Sprache verfügt nicht über genügend monosyllabische Wörter, wodurch dem Therapeuten nicht genügend Therapiematerial zur Verfügung steht, um die gewünschten Ziel- und Ersatzlautstrukturen abzubilden.

4.2.2 Metaphon-Therapie

Das Metaphon-Konzept (Howell & Dean, 1991) wurde für Kinder mit phonologischen Aussprachestörungen ab dem Alter von 4-5 Jahren entwickelt. Howell & Dean (1991) vertreten die Annahme, dass die Konfrontation mit Homonymen (z.B. Minimalpaare) nicht ausreicht, um bei Kindern mit kognitiv-linguistischen Defiziten eine Veränderung in der Aussprache zu bewirken. Demnach kombinierten sie in der Metaphontherapie einen Ansatz zur Förderung der metaphonologischen Fähigkeiten mit dem Minimalpaaransatz (Bankson, Bernthal & Flipsen, 2013). Das Konzept gliedert sich in zwei Phasen. In der ersten Phase werden dem Kind die Kontraste des ausgewählten phonologischen Prozesses vermittelt, ermutigt die Zielstrukturen zu entdecken und zu manipulieren. Das Vorgehen unterscheidet sich in der Behandlung von Silbenstrukturprozessen und Substitutionsprozessen. Bei letzterem werden „labels“ zur Beschreibung der Lautmerkmale eingeführt. Dabei werden die Bedeutungen, z.B. vorne vs. hinten für die Vorverlagerung der Velaren, eingeführt und gefestigt (Konzeptebene). Im Anschluss werden die Ziel- und Ersatzlaute in hierarchische Steigerung von Laut- über Silben- bis hin zur Wortebene rezeptiv differenziert (vgl. Tabelle 1) und den Referenzkarten zugeordnet (Jahn, 2000). In der Behandlung von Silbenstrukturprozessen wird das Kind auf Konzeptebene angehalten Mengen und Reihenfolgen unterscheiden zu können. Das Kind soll die Fähigkeit erwerben die Silbenstruktur analysieren, identifizieren und klassifizieren zu können (z.B. CCV vs. CCCV). Die Steigerungshierarchie gleicht dem Vorgehen in der Behandlung von Substitutionsprozessen.

In der zweiten Phase lernt das Kind seine Fehlbildung wahrzunehmen und expressiv zu korrigieren. Methodisch steigert sich die Durchführung mit Hilfe von Minimalpaaren von Wortebene auf Satzebene.

Der Ursprung des Metaphon Konzept liegt in England. Im englischsprachigen Raum liegen verschiedene Evidenzstudien vor, die einen positiven Effekt des Ansatzes

belegten (Dean et al. 1995, 1996; Harbers, Paden & Halle, 1999; Jarvis, 1989). Im deutschsprachigen Raum liegt eine Einzelfallstudie an zwei Kindern vor, in der die Wirksamkeit von Metaphon bei der Behandlung von phonologischen Verzögerungen bestätigt werden konnte (Jahn, 2000).

4.2.3 Psycholinguistisch orientierte Phonologithherapie (P.O.P.T.)

P.O.P.T. (Fox, 2003) wurde als bislang einzige phonologische Therapieform gezielt für die deutsche Sprache konzipiert. Sie baut auf das psycholinguistische Sprachverarbeitungsmodell von Stackhouse & Wells (1997) auf (vgl. Abb. 2). P.O.P.T. ermöglicht die Behandlung von phonologischen Verzögerungen, konsequenten phonologischen Störungen und von inkonsequenten phonologischen Störungen. Der Ansatz richtet sich an Kinder ab 3;0 Jahren. In der Therapie werden pathologische phonologische Prozesse vor physiologischen Verzögerungen und diese wiederum vor phonetischen Störungen therapiert. Das übergeordnete Prinzip stellt die Intervalltherapie in der Behandlung nach P.O.P.T. (Fox, 2003) dar. Dabei wechseln sich Therapiephasen und Therapiepausen in einem Rhythmus von 10-30 Therapieeinheiten ab. Eine Behandlungspause ist indiziert, sobald das Kind das Therapiekonzept erfolgreich durchlaufen oder eine Menge von 30 Therapieeinheiten erreicht hat. Das Kind braucht nun Zeit die Masse des neu erhaltenen Inputs zu verarbeiten, um eigene Entwicklungsschritte zu aktivieren (Fox-Boyer, 2014c).

Die Therapie gliedert sich in eine Vorphase, sowie drei weitere Hauptphasen auf. Diese zielen auf unterschiedliche Ebenen der Sprachverarbeitung ab und steigern sich hierarchisch. Bei der Behandlung von Substitutionsprozessen spricht der Therapeut dem Kind in der **Vorphase** Wörter inkorrekt vor, das Kind soll diese als falsch zurückweisen. Die angebotenen inkorrekten Wörter weichen zunächst grob von der Phonologie des Zielwortes ab und nähern sich dann immer mehr der Fehlbildung des Kindes an. Auf diese Weise wird die Aufmerksamkeit des Kindes auf die phonologische Struktur gelenkt und von der Semantik getrennt. Sobald das Kind inkorrekte Wortstrukturen zurückweist, kann in die erste Phase gewechselt werden. In der **ersten Phase** soll das Kind die phonologischen Kontraste der Ziel- und

Ersatzlaute zunächst isoliert, danach auf Silbenebene, dann in Pseudowörtern und letztlich auf Realwortebene in allen Positionen rezeptiv differenzieren lernen. Eine zu 70-90% korrekte Identifikation wird als Indikator für die nächst höhere linguistische Ebene angesehen (Fox-Boyer, 2014c). Ziel der **zweiten Phase** stellt die korrekte phonemische Produktion des Kindes dar. Dem Kind werden die Ziel- und Ersatzlaute zunächst isoliert im Wechsel angeboten, um diese aufbauend in Silben zu integrieren. Die **dritte Phase** besteht aus rezeptiven und expressiven Anteilen (vgl. Tabelle 1). Das Kind soll seine veränderte phonologische Speicherung mit dem neuen motorischen Programm koppeln. Die zentrale Übung stellt die Reimproduktion dar. Das Kind soll „leise“ im Kopf entscheiden, welcher Ziellaut im Realwort enthalten ist. Im Anschluss soll das Kind das Item mit allen Ziel- und Ersatzlauten aussprechen. Dabei wird es zur Produktion von Reim- und Pseudowörtern kommen. Es gibt keine festgelegte Hierarchie der Wortposition (Fox-Boyer, 2014c). Das Vorgehen bei Strukturprozessen entspricht dem dargestellten Vorgehen bei Substitutionsprozessen mit dem Unterschied, dass lediglich die Onsetposition in der Therapie berücksichtigt wird (Fox, 2003).

Für den deutschsprachigen Raum liegen drei Studien zu P.O.P.T. vor (Bräger, Nicolai & Günther, 2007; Fox, 2003; Teutsch & Fox, 2004;). Alle Studien zeigen positive Effekte, wobei Fox (2003) die größte Gruppe untersuchte. In der Originalveröffentlichung von 2003 belegte sie bei 31 Kindern eine Symptombefreiheit oder minimale Restsymptome nach der Behandlung mit P.O.P.T. Kinder mit phonologischen Verzögerungen benötigten durchschnittlich 12 Therapieeinheiten und Kinder mit konsequenten phonologischen Störungen durchschnittlich 19 Therapien. Evidenznachweise aus dem internationalen Raum liegen nicht vor (Fox-Boyer et al., 2014).

4.2.4 Inkonsequenztherapie

Die Inkonsequenztherapie wurde von Fox (2003) für die Behandlung von inkonsequenten phonologischen Störungen (Dodd, 1995) entwickelt. Das übergeordnete Ziel stellt die konsequente Wortrealisation dar. Nach Erreichen einer Wortrealisationsinkonsequenz von <40% wechselt der Behandlungsansatz zu einem für konsequente phonologische Verzögerungen oder Störungen geeigneten. Laut Fox-Boyer (2016) sind 1-2

Zyklen à 10 Therapieeinheiten erforderlich um eine Wortrealisationskonsequenz zu erreichen.

Die Behandlung unterscheidet sich in zwei Punkten von der Phonologithherapie: Es wird von Beginn an parallel rezeptiv und expressiv gearbeitet, des Weiteren findet eine direkte Korrektur statt in der das Kind mehrfach zur fehlerfreien Produktion innerhalb der Therapie angehalten wird. Der Schwerpunkt im rezeptiven Part liegt in einer Verbesserung der Gedächtnis- und Sequenzleistung. Das Kind soll eine Reihenfolge von 1-3 Lauten erkennen und mithilfe von Lautsymbolen wiedergeben. Im expressiven Part werden drei unterschiedliche Aufgaben parallel trainiert. Das Kind soll isoliert Laute und Silben in vorgegebener Reihenfolge expressiv imitieren, mehrsilbige Wörter korrekt in Silben segmentieren und ein vorgegebenes Übungswort mehrfach fehlerfrei in einer Spielsequenz aussprechen. Das Ziel der expressiven Therapieanteile stellt ein Gewinn an Eigenkontrolle dar (Fox-Boyer et al., 2014). Fox-Boyer (2016) beschrieb vier Fallbeispiele in denen die Kinder mit 1-2 Zyklen Inkonsequenztherapie konsequent in ihrer Wortrealisation wurden.

5 Zusammenfassung

Unter dem Begriff kindliche Aussprachestörungen werden organische und funktionelle Aussprachestörungen zusammengefasst. Eine weitere Einteilung ist anhand der Symptomarten nach dem psycholinguistisch orientierten Klassifikationsmodell von Dodd (1995) in phonetische Störung, phonologische Verzögerung, konsequente phonologische Störung und inkonsequente phonologische Störung möglich. Für die Diagnostik finden im Deutschen vor allem die PLAKSS-II (Fox-Boyer, 2014b) sowie die PDSS (Kauschke & Siegmüller, 2009) Anwendung. Für die Behandlung von phonetischen Störung wird die Artikulationstherapie (van Riper, 1939) durchgeführt, bei phonologischen Verzögerungen/Störungen gilt die für das Deutsche konzipierte P.O.P.T. (Fox-Boyer, 2016) als besonders effektiv und effizient.

Literatur

- Bankson, N. W., Bernthal, J. E., & Flipsen, P. (2013). Speech sound assessment procedures. *Articulation and phonological disorders: Speech sound disorders in children*, 180-211.
- Bräger, B., Nicolai, A., & Günther, T. (2007). Therapieeffektivität der Psycholinguistisch orientierten Phonologie Therapie (POPT): Eine Therapieeffektstudie mit Kindern unter 6 Jahren. *Sprache· Stimme· Gehör*, 31(04), 170-175.
- Dean, E. C., Howell, J., Reid, J., Grieve, R., & Donaldson, M. (1996). Evaluating therapy for child phonological disorder: a group study of Metaphon therapy. *Pathologies of speech and language: contributions of clinical phonetics and linguistics. International Clinical Phonetics and Linguistics Association, New Orleans, LA*, 279-85.
- Dean, E. C., Howell, J., Waters, D., & Reid, J. (1995). Metaphon: A metalinguistic approach to the treatment of phonological disorder in children. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 9(1), 1-19.
- DIMDI- Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (2005a). ICF. zugegriffen am 10.04.2018 über: <https://www.dimdi.de/static/de/klas-si/icf/index.htm>.
- Dittmann, J. (2006). Der Spracherwerb des Kindes. Verlauf und Störungen. München: C. H. Beck.
- Dodd, B. (1995/2005). Differential diagnosis and treatment of children with speech disorder (2 Aufl.). London: Whurr.
- Fox, A. V. (2003). Kindliche Aussprachestörungen. *Phonologischer Erwerb-Differenzialdiagnostik-Therapie*, 1. Auflage. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Fox-Boyer, A. (2014a). Aussprachestörungen im Deutschen. In: Fox-Boyer, A. (Hrsg.). *Handbuch Spracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen - Kindergartenphase*. München: Elsevier. 41-54.
- Fox-Boyer, A. (2014b). PLAKSS-II Psycholinguistische Analyse kindlicher Aussprachestörungen. Frankfurt: Pearson.
- Fox-Boyer, A. (2014c). *P.O.P.T. Psycholinguistisch orientierte Phonologie-Therapie: Therapiehandbuch*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Fox-Boyer, A., Hild, U., & Schulte-Mäter, A. (2014). Therapie der Aussprachestörungen. In *Handbuch Spracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen. Kindergartenphase* (pp. 137-156). München: Elsevier.
- Fox-Boyer, A. & Schäfer, B. (2015). Die phonetisch-phonologische Entwicklung von Kleinkindern (0-3 Jahre). In S. Sachse (Hrsg.), *Handbuch Spracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen. Kleinkindphase* (S. 39-62). München: Elsevier.
- Fox-Boyer, A. V. (2016). Kindliche Aussprachestörungen. *Phonologischer Erwerb-Differenzialdiagnostik-Therapie*, 7. Auflage. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Gierut, J. A. (1989). Maximal opposition approach to phonological treatment. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54(1), 9-19.
- Gierut, J. A. (1991). Homonymy in phonological change. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 5(2), 119-137.
- Grosstück, K. (2010). *SIGMA PLUS Gruppenkonzept zur Behandlung des Sigmatismus*. Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Hacker, D., & Wilgermein, H. (2001). Aussprachestörungen bei Kindern. München: Ernst-Reinhardt.
- Harbers, H. M., Paden, E. P., & Halle, J. W. (1999). Phonological awareness and production: Changes during intervention. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 30(1), 50-60.
- Howell, J., & Dean, E. (1991). *Treating phonological disorders in children: Metaphon, theory to practice*. London: Whurr.
- Jahn, T. (2000). *Phonologische Störungen bei Kindern: Diagnostik und Therapie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Jarvis, J. (1989). Taking a Metaphon approach to phonological development: A case study. *Child Language Teaching and Therapy*, 5(1), 16-32.
- Kany, W. & Schöler, H. (2012). Sprachentwicklungsstörungen. In U. Lindenberger & W. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch Entwicklungspsychologie* (Vol. 7, S. 633-644). Weinheim: Beltz.
- Kauschke, C. & Siegmüller, J. (2009). *Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen*. München: Elsevier.
- Kuhl, P. K., Conboy, B. T., Padden, D., Nelson, T. & Pruitt, J. (2005). Early speech perception and later language development: Implications for the „Critical Period“. *Language Learning and Development*(1), 237-264.
- McLeod, S., Harrison, L. J., & McCormack, J. (2012). Intelligibility in context scale. *Bathurst, Australia: Charles Sturt University*. Available online at: <http://www.csu.edu.au/research/multilingual-speech/ics>. Accessed May.
- Nazzi, T. & Ramus, F. (2003). Perception and acquisition of linguistic rhythm by infants. *Speech Communication*, 41, 233-243.
- Schäfer, B. & Fox, A. V. (2006). Der Erwerb der Wortproduktionskonsequenz bei Zweijährigen: Ein Mittel zur Früherkennung von Aussprachestörungen? *Sprache Stimme Gehör*, 30, 186-192.
- Seidl, A. (2007). Infants' use and weighting of prosodic cues in clause segmentation. *Journal of Memory and Language*, 57, 24-48.
- Shriberg, L. D. (1994). Five subtypes of developmental phonological disorders. *Clinics in Communication Disorders*, 4(1), 38-53.
- Stackhouse, J., & Wells, B. (1997). *Children's speech and literacy difficulties: A psycholinguistic framework*. London: Wiley.
- Teutsch, A., & Fox, A. V. (2004). Vergleich der Effektivität von artikulatorischer vs. phonologischer Therapie in der Behandlung kindlicher phonologischer Störungen: Eine Pilotstudie. *Sprache· Stimme· Gehör*, 28(04), 178-185.
- Tyler, A. A., Edwards, M. L., & Saxman, J. H. (1987). Clinical application of two phonologically based treatment procedures. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 52(4), 393-409.

Van Riper, C. A., & Emerick, L. L. (1984). *Speech correction: An introduction to speech pathology and audiology*. New York: Prentice Hall.

Van Riper, C. (1939/1963). *Speech Correction: Principles and Methods* (4th ed. 1963). Englewood Cliffs, New York: Prentice Hall.

Vihman, M. (1996). *Phonological Development: The Origins of Language in the Child*. Cambridge: Blackwell.

Waltersbacher, A. (2017). Heilmittelbericht 2017. Ergotherapie Sprachtherapie Physiotherapie Podologie.

Weiner, F. F. (1981). Treatment of phonological disability using the method of meaningful minimal contrast: Two case studies. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 46(1), 97-103.

Williams, A. L. (2000). Multiple oppositions: Case studies of variables in phonological intervention. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 9(4), 289-299.

PORUCHY VÝSLOVNOSTI U DĚTÍ V NĚMECKÉM JAZYCE - PŘEHLED

SPEECH PRONUNCIATION DISORDERS IN GERMAN LANGUAGE – THE REVIEW

Ramona Keul¹

Magdalena Brudnicki¹

Nina Osiecki¹

¹ Katholische Klinikum Koblenz-Montabaur

ramona.keul@eufh-med.de

Přeložila: Mgr. et Mgr. Lucie Koutná

Abstrakt

Poruchy výslovnosti u dětí v němčině jsou nejčastějším důvodem návštěv logopeda. Převahu mají děti ve věku od 3;6 let do nástupu povinné školní docházky, je jich asi 16 % (Fox-Boyer, 2014a). Základem pro posouzení poruch výslovnosti je klasifikační model podle Dodd (1995, 2005), ve kterém se rozlišují fonetické poruchy, fonologická zpoždění, konsekvantní a nekonsekvantní fonologické poruchy. Psycholingvistická analýza dětských poruch řeči (PLAKSS-II, Fox-Boyer, 2014b) je reliabilní a validní metoda pojmenovávání obrázků, která se v německém jazyce používá k vyšetření výslovnosti. V terapii se rozlišuje motorický a fonologický přístup. Běžnou metodou je psycholingvisticky orientovaná fonologická terapie (P.O.P.T., Fox-Boyer, 2014c). Tento, na důkazech založený, přístup přihlíží k modelu zpracování řeči Stackhouse a Wellse (1997).

Abstract

Speech pronunciation disorders in German language is the main reason why children come to speech therapist office. The majority is between the age of 3-6, it presents 16% of the population (Fox-Boyer, 2014a). The basic method for assessing the specification of their speech impairment is the "Dodd" classification model (1995, 2005). This method analysis whether the impairment is caused by phonetic disability, phonological retardation or consequent or non-consequent phonological disability. The psycho-linguistical method of child speech impairment analyses (PLAKSS-II,

Fox-Boyer, 2014b) is based on a reliable exercise of naming pictures that are, in the German language used to examine the quality of pronunciation. In the therapy, there are two different approaches, motorical and phonological. The common method is the Psycho-linguistical oriented phonological therapy (P.O.P.T., Fox-Boyer, 2014c). This method takes, when analysing the impairment, the Stackhouse and Wellse model into account (1997).

Klíčová slova

Poruchy výslovnosti u dětí, klasifikační model podle Dodd, PLAKSS-II, PDSS, Motoricky orientovaný přístup terapie, Fonologicky orientovaný přístup terapie

Keywords

speech pronunciation disorders, "Dodd" classification model, PLAKSS-II, PDSS, motor-oriented therapy, phonological oriented therapy

1 Úvod

V roce 2016 byla u 52,5% pojištěných AOK předepsána léčba v logopedickém zařízení z důvodu poruch řeči před ukončením vývoje řeči (Waltersbacher, 2017); nejčastěji (12,7%) ve skupině pětiletých až devítiletých (tamtéž). Prevalence specifických vývojových poruch řeči (sSES - Sprachentwicklungsstörungen) je odhadována mnoha autory rozdílně - Kany und Schöler (2012) odhadují například kolem 3-8 %, Dittmann (2006) 6-8 %. Poruchy výslovnosti u dětí mají v logopedických



Ramona Keul



Magdalena Brudnicki



Nina Osiecki

ordinací velké zastoupení; převahu tvoří asi 16% dětí (Fox-Boyer, 2014a) ve věku 3;6 let až do zahájení školní docházky.

2 „Osvojení si fonologie“ v němčině

23 souhlásek [p b t d k g f v s z ʃ x ç h m n ŋ l ʁ j ʔ pf ts] a 16 samohlásek [i y e ø o u ɪ ʏ ε œ ɔ a u ə; ai au ɔɪ] si musejí děti osvojit v mateřském jazyce v rámci foneticko-fonologického vývoje. Již před narozením začíná utváření fonologického systému. Počáteční vnímání řeči u kojenců působí na pozdější lexikální a gramatické vývojové kroky a považuje se za predikátory jazykového vývoje (Kuhl, Conboy, Padden, Nelson & Pruitt, 2005). Schopnost slovní segmentace z řečového proudu na základě prozodických a dalších podnětů se rozšiřuje asi od šestého měsíce, takže syntakticky příbuzné jednotky mohou být vnímány jako základ pro osvojení gramatiky. Jako předpoklad pro získání fonetických, lexikálních a sémantických informací je proto nutné vnímání jazykově specifických prozodických informací, které umožňují rozpoznávání slovních a frázových hranic, ale stejně tak i syntaktických jednotek (Nazzi & Ramus, 2003; Seidl, 2007). Počínaje holistickým zpracováním slova se s rostoucí slovní zásobou struktura slova stále více upřesňuje. S nárůstem slovní zásoby se posouvá dětská slovo tvorba od fonetické k fonologické struktuře (Vihman, 1996). Zároveň dochází ke stále větší konsekvenci u původně nekonsekventní produkce slov, přičemž přibývají inter individuální kvalitativní a kvantitativní rozdíly. Ve věku 2;0-2;5 let je míra inkonsekvence již výrazně pod 40% (Schäfer & Fox, 2006). Od 2;6 let je možná analýza fonologických procesů. Kromě individuálních, izolovaných nebo velmi vzácných procesů můžeme v němčině popsat typické procesy (viz obr. 1).

- Vorverlagerung (VV) (posunutí artikulačního místa vpřed)
 - z /ʃ/ → [s], např. Schule → „sule“
 - z /ç/ → [s], např. Teich → „teis“
 - z /k g/ → [t d], např. Kuchen → „tuchen“, Giraffe → „diraffe“
 - z /ŋ/ → [n], např. lang → „lan“
- Reduktion von initialen Consonant-Clustern (RCCi), např. Fleisch → „leisch“, Blume → „bume“ (redukce počátečních souhláskových seskupení – shluků)
- Rückverlagerung (RV) z /ʃ/ → [ç], např. Schaf → „chaf“ (posun artikulačního místa vzad)

- Plosivierung (Plos), např. Fisch → „pisch“, Sahne → „tahne“ (záměny frikativ za expozivny)
- Tilgung finaler Konsonanten (TfK), např. Licht → „lich“, Gabel → „gabe“ (eliminace koncových konsonant)
- Tilgung silbenfinaler Konsonanten (TsfK), např. Lampe → „lape“ (eliminace posledních konsonant ve slabice)
- Glottale Ersetzung (Glot Er) /ʁ/ → [h ʔ], např. Roller → „holler“ (náhrada glotální hláskou – hláskou tvořenou v hrdle)
- Deaffrizierung (Deaffr) /pf ts/, např. Apfel → „afel“, Zange → „sange“ (afrikáty se stávají frikativy).
- Assimilation (Ass), např. kaputt → „paput“ (asimilace)
- Tilgung unbetonter Silben (TuS), např. Banane → „nane“ (vynechání nepřízvučných slabik)

Alter	2;0 – 2;5	2;6 – 2;11	3;0 – 3;5	3;6 – 3;11	4;0 – 4;5	4;6 – 4;11
Prozess N		86	62	142	106	71
VV /ʃ/ → [s]	X	58	46	34	16	20
RCC i ²	X	41	35	12		
VV /ç/ → [s]	X	9	20	14		
VV /k g/ → [t d]	X	12	20			
RV /ʃ/ → [ç]	X	33				
Plos (nur vereinzelt)	X					
TfK (nur vereinzelt)	X					
TsfK (nur vereinzelt)	X					
Glott Er /ʁ/ → [h ʔ]	X					
Deaffr /pf ts/	X					
VV /ŋ/ → [n]	X					
Ass (nur vereinzelt)	X	15				
TuS (nur vereinzelt)	X	16				

Anmerkungen:

VV = Vorverlagerung, RCC i = Reduktion von Konsonantenverbindungen initial, RV = Rückverlagerung, Plos = Plosivierung, TsfK = Tilgung (silben)finaler Konsonanten, Glott Er = Glottale Ersetzung, Deaffr = Deaffrizierung, Ass = Assimilation, TuS = Tilgung unbetonter Silben

Alle Zahlen der Tabelle entsprechen Prozentwerten

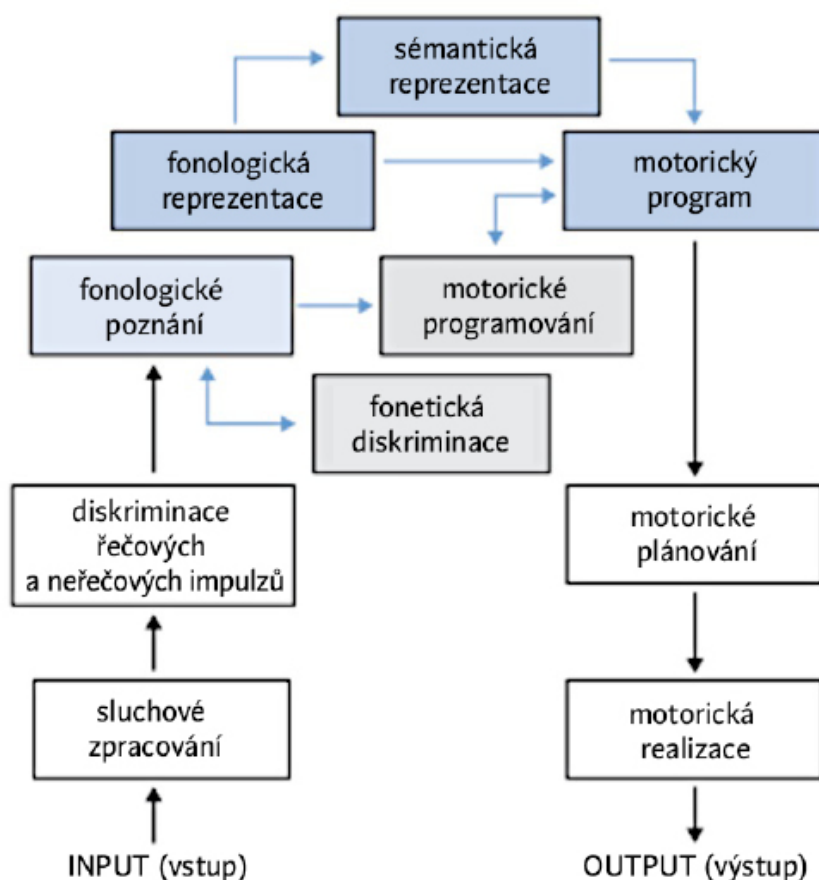
Tyto procesy se mohou vyskytovat pouze zřídka a nekonstantně, aby mohly být považovány za fyziologické. Pokud se vyskytují neustále, považují se za patologické.

Obrázek 1 Fyziologické fonologické procesy (Fox-Boyer, 2014c, S.14)

V následně popsáném psycholinguistickém modelu jsou vysvětleny možné úrovně interference s poruchami výslovnosti.

2.1 Model zpracování řeči podle Stackhouse a Wellse (1997)

Stackhouse and Wells (1997) vytvořili model zpracování jazyka (viz obr. 2), který zobrazuje, jak se řeč zpracovává, vytváří a ukládá.



Obrázek 2 Model zpracování řeči podle Stackhouse a Wellse, přeloženo v Fox-Byer (2014c, S. 16)

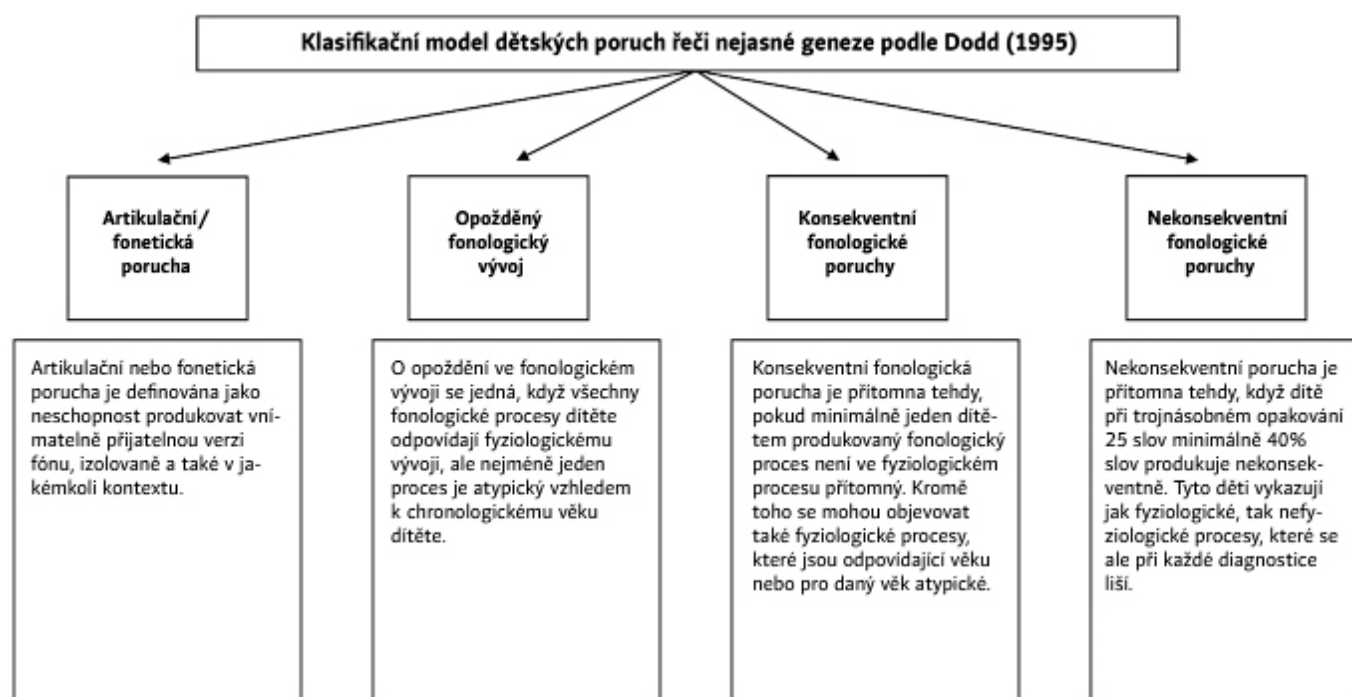
Zde je popis jednotlivých složek. Nejdříve se dostane akustický podnět (vstup = input) do ucha a zde se zpracovává (sluchové zpracování). Ve fázi diskriminace se rozhoduje o tom, zda se jedná o verbální nebo neverbální vstup. Složky fonologického poznání slouží k rozpoznání slova ve svých fonologických složkách a k jeho porovnání s uloženým tvarem slova ve fonologické reprezentaci. Zde jsou uloženy tvary slov. Ke každému uloženému a získanému slovu patří tři roviny uložení: fonologické znázornění (= slovní forma), sémantická reprezentace (= význam slova) a motorický program (= artikulační provedení) (Stackhouse & Wells, 1997; Fox-Boyer, 2014c). V oblasti motorického programování může být sekvence pohybu aktivně vytvořena a opakováním uložena v motorickém programu. Tyto složky nemají přístup k sémantice. V rámci motorického plánování musí být slovo spojeno

s pohybem a rychlostí řeči ještě předtím, než je motorický výstup skutečně produkován (výstup = output).

2.2 Základní poruchy výslovnosti

Jako obecné pojmy se v německy mluvících zemích v současné době používají následující pojmy: poruchy výslovnosti, poruchy artikulace, foneticko-fonologická porucha, dyslalie (Fox-Boyer, 2014a). Terminologicky se pojem Porucha výslovnosti u dětí dělí na organické a funkční poruchy výslovnosti. O organickou poruchu výslovnosti se jedná, když je příčinou poruchy výslovnosti organická porucha (např. mozková obrna, rozštěpy). V případě funkčních poruch výslovnosti se rozlišuje mezi poruchami artikulace a fonologickými poruchami. Vzhledem k heterogenitě (nestejnorodosti) dětí s poruchami výslovnosti, s ohledem ke srozumitelnosti, symptomům a základním

příčinám, je nutná další klasifikace. Psycholingvisticky orientovaný klasifikační model od Dodd (1995) rozděluje funkční poruchy výslovnosti podle typů symptomů do čtyř podskupin (viz obr. 3).



Obrázek 3 Klasifikační model podle Dodd (1995) (Fox-Boyer, 2016)

Jako proces Fox-Boyer definuje „výskyt nejméně 5 výstupů shodné odchylky dětské výslovnosti od výslovnosti dospělých“ (2014b). Z fonetických procesů se v němčině nachází především interdentální a addentální sigmatismus, stejně jako laterální realizace /ʃ/ a /a/ nebo /z s/. O signifikantním fonologickém zpoždění se mluví od časového zpoždění 6 měsíců. Často se ukazují substituční procesy posunu velárních hlásek /k g ŋ/ a sykavek /ʃ ç/, glotální náhrada /ʁ/ a strukturální procesy redukce počátečních spojení souhlásek (souhláskových shluků). „Plosivace“ (záměny úžinových hlásek za hlásky závěrové) patří k nejčastějším patologickým procesům.

Již chybějící žvatlání nebo jen nepatrně proměnlivé žvatlání poukazuje, podle Fox-Boyer (2014a), na možnou nekonzistentní fonologickou poruchu. Patologické fonologické chyby v produkci ve věku od 2;0 a 2;5 let jsou považovány za nejsilnější prediktor poruch výslovnosti ve věku od tří let (Fox-Boyer & Schäfer, 2015).

3 Diagnostika výslovnosti

Cílem diagnostiky je zaznamenat jednotlivé fáze vývoje dítěte a zejména systematicky vyzdvihnout jeho výstupní kompetence, aby bylo možné odvodit cílenou terapii (Fox-Boyer, 2014a). Základní aspekty diagnostiky poruch funkční výslovnosti jsou:

- sběr anamnestických dat;
- pozorování spontánní řeči;

- provedení platného a spolehlivého testu;
- kontrola fónové/fonémové stimulace;
- kontrola konsekventní realizace slov (tamtéž).

V průběhu anamnézy je nutné se rodičů doptat na známé rizikové faktory, jako jsou časté onemocnění středního ucha, předčasný porod nebo postoj ke vzdělání (výchově). Tak mohou být stanoveny faktory vlivu a kontextu. Pozorování spontánní řeči slouží ke stanovení fonetických a fonologických abnormalit a ke zhodnocení komunikačního chování. Přitom hrají roli především složky Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (ICF, DIMDI, 2005), aktivity a participace. Zjišťuje se, do jaké míry dítě chápe okolí kolem sebe nebo jak reaguje na komunikační problémy. Pro vyšetření participativních podílů je možné použít dotazník *Intelligibility in Context Scale* (ICS, McLeod, Harrison & McCormack, 2012). Jako standardizovaný diagnostický nástroj lze obvykle použít metodu pojmenování obrázků. V německy mluvících zemích existují různé „testy pojmenování“ pro kontrolu výslovnosti (viz Fox-Boyer, 2014a, s. 46). K nejaktuálnějším a nejběžnějším metodám patří PLAKSS-II (Fox-Boyer, 2014b) a subtesty posouzení hlásek, diferenciací fonémů, „slovního přízvuku“ a slabikových struktur a orálních motorických dovedností. Patolingvistické diagnostiky při poruchách vývoje řeči (PDSS, Kauschke & Siegmüller, 2009). Fónovou stimulací je možné kontrolovat, zda je

dítě schopno správně napodobit jednotlivé fóny, a sledovat, jak reaguje, pokud se to nepodaří. Z toho lze odvodit, zda je motorický program pro hlásku k dispozici či nikoliv. Ověření konsekventní realizace slov je důležité, aby bylo možné zjistit nekonzistentní poruchy. K šetření je nutný materiál s asi 25-30 položkami, které musí být v průběhu terapie třikrát pojmenovány (Fox-Boyer, 2014a). Při výpočtu konsekventní realizace slov se určuje procento slov, která byla realizována stejným způsobem a při kolika procentech se vyskytují odchylky.

3.1 PLAKSS-II

PLAKSS-II (Fox-Boyer, 2014b) je „pojmenovací“ test skládající se z 99 barevných kreseb v kroužkové vazbě DIN A4. K tomu patří podrobný návod k provedení a vyhodnocení testu. PLAKSS-II (Fox-Boyer, 2014b) je proveditelný ve věku od 2;5 let. Položky byly vytvořeny podle lingvistických kritérií, jsou obsaženy ve slovní zásobě malých dětí (dvouletých až tříletých) a jsou dobře zobrazitelné (Fox-Boyer, 2014b). V úvahu byly vzaty různé fonologické aspekty německého jazyka, např. inventář fonémů a fónů, slabikových struktur, struktur slov a „vzorů přízvuku“, fyziologické i patologické procesy. Test se skládá z hlavního testu s 96 položkami a z 25 testových slovíček, test lze také použít jako screeningový materiál. K záznamům rekcí dítěte slouží záznamový arch. Analýza nekonzistentnosti se provádí

trojnásobným pojmenováním 25 testovacích slov. Následně se míra nekonsekvence vypočítá takto:

$$\% \text{ Inkonzistenz} = \frac{N \text{ Wörter } 3x \text{ benannt (z.B. 30)}}{100 * N \text{ Wörter inkonzistent realisiert}}$$

*Analýza nekonsekvence = N jmenovaných slovíček (např. 30) / 100 * N slovíček nekonsekventně realizovaných*

3.2 PDSS

PDSS (Kauschke & Siegmüller, 2009) je standardizovaný normalizovaný diagnostický postup pro zjišťování poruch vývoje řeči ve věku 2;0 - 6;11 let. Diagnostický proces tvoří roviny fonetika/fonologie, lexikon/sémantika a syntax/morfologie. Dále jsou popsány pouze subtesty roviny fonetiky/fonologie. Podle patolingvistického přístupu se kontroluje inventář fonémů, slabiková a slovní struktura, fonemická diferenciací a suprasegmentální elementy jako např. prozodie, zda nejsou v těchto oblastech přítomny symptomy a nemohou způsobit fonologické a/nebo fonetické poruchy. Diagnostický soubor fonologie zahrnuje subtesty posouzení hlásek, diferenciací fonémů, slovního

přízvuku a slabikových struktur, stejně tak orální motorické dovednosti (Kauschke & Siegmüller, 2009). Posouzení hlásek je klasický proces pojmenování 85 položek, které testují všechny fonémy němčiny (samohlásky, souhlásky, jednotlivé hlásky a spojení souhlásek). V rámci diferenciací fonémů se testuje, zda dítě vnímá minimální fonémové kontrasty s významově rozdílnou funkcí. Při výběru ze tří položek (např. Tanne – Kanne – Wanne) je dítě vyzváno, po předchozím označení stimulu terapeutem, podnět ukázat. Fonemická diferenciací je vyšetřovaná na 26 položkách. Subtest slovního přízvuku a slabikových struktur ukazuje, jak dítě nová tříslabičná slova rozdílných „vzorů přízvuku“ realizuje. Subtest orálních motorických dovedností slouží jako záchytný bod diferenciací diagnostiky fonologických a fonetických poruch. Má šest úloh. Pokud je v této oblasti nějaká abnormalita, je nutná podrobnější diagnostika orálních motorických dovedností (tamtéž).

3.3 Diferenciální diagnostika

Ve velmi vzácných případech se může objevovat vývojová verbální dyspraxie (VED). Podle Shriberga (1994) je cca 3

– 5% dětí s poruchami výslovnosti postiženo VED. Klinické markery VED se ukazují v inkonzistentní realizaci slov, obtížích v ústních, jazykových¹ a řečově motorických procesech, kombinacích „pátracích“ pohybů, vynecháváním konsonant a omezenou prozodií (Fox-Boyer, 2014a). VED je však velmi těžké diagnostikovat a studie, například od Shriberga (1994), ukazují, že se diagnóza ukázala jako správná pouze u malého procenta pacientů.

4 Terapie

V následujícím textu jsou prezentovány dva rozdílné terapeutické přístupy, jejichž záznamy se vztahují k funkčním poruchám výslovnosti a jsou zařazovány do klasifikačního modelu podle Dodd (1995) (viz obr. 3): motoricky orientovaný přístup podle van Riper (1939) a fonologicky orientované přístupy. Tabulka 1 uvádí terapeutické postupy, které jsou v němčině při poruchách výslovnosti u dětí používány.

¹ pravděpodobně ve smyslu narušení motorických dovedností úst, jazyka (poznámka překladatele)

Tabulka 1: Porovnání terapeutických konceptů užívaných v němčině při poruchách výslovnosti

fáze terapie	Klasická artikulační terapie (Van Riper, 1939)	Minimalpaartherapie (Weiner, 1981)	"Metaphon" terapie (Howell & Dean, 1991)	P.O.P.T. (Fox, 2003)
receptivní fáze	poslech druhé osoby (někoho jiného)	minimální páry	úroveň zvuků	úroveň zvuků
	vlastní poslech		úroveň slabik	úroveň slabik
			úroveň slov	úroveň pseudoslov
				úroveň slov
expresivní fáze	úroveň zvuků	minimální páry	minimální páry	úroveň zvuků
	úroveň slabik		úroveň vět	úroveň slabik
	úroveň slov			
	úroveň skládání vět			
	úroveň vět			
smíšená receptivní a expresivní fáze	úroveň spontánní řeči			
				úroveň slov

4.1 Motoricky orientovaný přístup k terapii

Klasická artikulační terapie od Charlese van Riper (1939) byla navržena pro školáky s přetrvávající poruchou výslovnosti. Příčina spočívá na jedné straně v chybném vnímání řečových hlásek a na straně druhé v nedostatečné motorické produkci. Jsou trénovány aktivity senzory – percepčního tréninku (sluchová cvičení) k identifikaci správného zvuku (správné hlásky) a jeho diskriminaci od chybné produkce skrz vnímání a srovnávání, změny a opravy odlišně produkovaných hlásek (v období, než se vytvoří správná produkce), upevnění a stabilizaci správné produkce a nakonec transfer nových artikulačních kompetencí do každodenní komunikace (viz Tabulka 1). Současně narůstá jazyková „náročnost“ z izolovaných hlásek přes úroveň slabik (CV, VC CVC)², slov (začátek slova, konec slova a prostředek slova), do úrovně vět (van Riper & Emerick, 1984). Důležité je, aby se dítě samo naučilo vnímat svou chybnou artikulační tvorbu, neboť pouze vlastní diferencované sebe-pozorování vede k autokorekci. Sluchová cvičení musí vždy předcházet zvukové produkci (van Riper & Emerick, 1984). Po sluchovém cvičení cizí a vlastní produkce následuje trénink produkce podle standartního vzoru cílové hlásky. Nedaří-li se stimulovat cílovou hlásku, navrhuje se cvičení na fonetické „umístění“ (van Riper, 1939).

Klasická artikulační terapie představuje nejstarší formu terapie narušené výslovnosti. V Německu má své využití při léčbě fonetických poruch. Grosstück (2010) využívala účinků klasické artikulační terapie při překonávání sigmatismu interdentalního nebo addentalního.

4.2 Fonologicky orientovaný přístup terapie

4.2.1 Minimalpaartherapie³

Minimalpaartherapie je nejstarší formou fonologické terapie, je užívána od roku 1981, kdy byla zveřejněna publikace od Weinera. Ta poskytla základ pro vznik řady nových variant původní terapie (Gierut, 1989, 1991; Williams, 2000). V německy mluvících zemích se Hacker & Wilgermein (2001) ve své

knize „Aussprachestörungen bei Kindern“ (Poruchy řeči u dětí) odkazují na originální terapii podle Weinera (1981).

Cílem terapie je objasnit dětem, že pro význam slova je rozhodující foném. Metodicky se tento poznatek uskutečňuje prezentací „minimálních párů“. Při terapii se vybírají takové páry, kde chybí rozlišování kontrastu, což odpovídá konkrétnímu fonologickému projevu dítěte (např. záměny velárního „k“ za „t“). Na začátku je nutné začít cvičit recepci chybějícího vnímání kontrastu a vést dítě k úkolům zabývajících se tříděním zvuků (receptivní fáze), úkoly by neměly vyžadovat expresi pacienta (např. Kanne – Tanne, Katze – Tatze, Keller – Teller). Jakmile dítě zvládne rozlišovat pojmy sluchem, dochází ke změně rolí. Dítě se stává mluvčím (expresivní fáze) a terapeut vykonává požadovaný postup s daným pojmem. Terapeut může zkusit záměrně vykonat i jinou činnost, než dítě požaduje. Toto vzniklé „nedorozumění“ se odráží v zacílení podstaty řeči, zatímco terapeut tímto odkazuje na význam fonémů, na jejich rozlišovací funkci. Dítě má možnost revidovat svou produkci a v rámci produkce zkoušet nově získanou dovednost rozlišování kontrastu (např. alveolární versus velární) (viz Tabulka 1). Pokud je to nutné, je možné zavítat do foneticky orientované terapie (např. znázorněním artikulačního místa). Poté je nově naučený kontrast vkládán (aplikován) do dalších slov.

Minimalpaartherapie byla původně určena pro jednojazyčné anglicky mluvící děti. Angličtina má množství jednoslabičných slov, která umožňují při nácviu flexibilní používání skutečných slov. Pro jednojazyčné anglicky mluvící děti byl tento přístup účinný, pokud děti vykazovaly nedostatek fyziologických fonologických procesů (Tyler, Edwards & Saxman, 1987). V německy mluvících zemích neexistuje studie o účinnosti této metody, která by dokládala přenosnost Minimalpaartherapie do německého jazyka. Fox (2003/2016) vidí použitelnost metody, vzhledem k odlišné jazykové struktuře v německém jazyce, kriticky. Německý jazyk nemá dostatek jednoslabičných slov, což znamená, že terapeut nemá dostatek terapeutického materiálu k zobrazení požadovaných cílových a zástupných hláskových struktur.

4.2.2 Metaphon - terapie

Koncept Metaphon terapie (Howell & Dean, 1991) byl vyvinut pro děti s poruchami výslovnosti ve věku od 4 - 5 let. Howell & Dean (1991) tvrdí, že konfrontace s homonymy (např. minimálními

páry) není dostačující pro vyvolání změny výslovnosti u dětí s kognitivně-lingvistickým deficitem. Takže v Metaphon terapii kombinovali přístup podpory metafonických schopností s přístupem „minimálních párů“ (Bankson, Bernthal & Flipsen, 2013). Koncept je rozdělen na dvě fáze. V první fázi jsou dítěti zprostředkovány vybrané fonologické procesy, které povzbuzují k objevování a manipulaci s cílovými strukturami. Postup se liší v léčbě „procesů slabikových struktur“ a substitučních procesů. U druhého jsou uvedeny poznámky k popisu zvukových charakteristik. To má význam při zavádění a upevňování (úroveň konceptu), např. vpředu versus vzadu při posunutí veláru. Následně jsou cílové hlásky a „zástupné“ hlásky diferencovány v hierarchickém postupu od hlásek přes slabiku až na úroveň slov (viz Tabulka 1) a přiřazeny „referenčním kartám“ (Jahn, 2000). Při léčebném procesu zaměřeném na utváření slabikových struktur by dítě mělo být na základní úrovni schopné rozlišit množství a pořadí. Dítě by se mělo naučit analyzovat, identifikovat a klasifikovat slabikovou strukturu (např. CCV vs. CCCV). Stupňující se hierarchie je podobná jako při substitučních postupech.

V druhé fázi se dítě naučí rozlišovat svou chybnou tvorbu a opravovat ji v projevu. Metodicky se realizace stupňuje s pomocí „minimálních párů“ od úrovně slov po úroveň vět.

Původ konceptu „Methaphon“ pochází z Anglie. V anglicky mluvících zemích existuje několik studií, které dokazují pozitivní účinek tohoto přístupu (Dean et al., 1995, 1996; Harbers, Paden & Halle, 1999; Jarvis, 1989). V německy mluvících zemích existuje případová studie dvou dětí, na kterých byla potvrzena účinnost této terapie při léčbě fonologických opoždění (Jahn, 2000).

4.2.3 Psycholingvisticky orientovaná fonologická terapie (P.O.P.T)

P.O.P.T. (Fox, 2003) byla doposud koncipována jako jediná fonetická forma terapie pro německý jazyk. Vychází z psycholingvistického zpracování modelu jazyka od Stackhouse & Wells (1997) (viz obr. 2). P.O.P.T. umožňuje léčbu fonologických opoždění konzistentních i nekonzistentních fonologických poruch. Tento přístup je určen pro děti od 3,0 let. Při terapii bývají léčeny patologické fonologické procesy před fyziologickým opožděním a ty následně před fonetickými poruchami.

² C = konsonanta, V = vokál

³ terapie založená na minimálních párech, kde dvě slova nebo výrazy tvoří minimální pár, pokud mají stejný počet hlásek, liší se pouze jednou hláskou a mají rozdílný význam (poznámka překladatele)

Při léčebném postupu P.O.P.T. je důležité dodržování intervalů léčby (Fox, 2003). V tomto případě se střídají fáze terapií s terapeutickými pauzami v rytmu 10-30 sezení. Léčebná pauza je indikována, pokud terapie proběhne úspěšně, nebo dítě absolvovalo 30 sezení. Dítě poté potřebuje čas pro zpracování získaného množství nových informací (Input), pro aktivování vlastních vývojových kroků (Fox – Boyer, 2014c).

Terapie je rozdělena na přípravnou fázi a na tři hlavní fáze. Ty se zaměřují na různé úrovně zpracování jazyka a hierarchicky se stupňují.

V přípravné fázi substituce (proces substituce) prezentuje terapeut dítěti slova nepřesně (chybně), dítě by tato slova mělo odmítnout jako nesprávná. Nabízená nesprávná slova se nejdříve hrubě odchyľují od fonologie cílového slova a tak se více přibližují chybné tvorbě dítěte. Tímto způsobem je nutné zaměřit pozornost dítěte na fonologickou strukturu a oddělit ji od sémantiky. Jakmile dítě odmítá nesprávné „struktury“ slova, může přistoupit k první fázi. V první fázi se dítě učí rozlišovat cílový zvuk a „zástupný“ zvuk nejdříve izolovaně, poté na úrovni slabik, pseudoslov a nakonec na reálných slovech ve všech pozicích. 70 – 90% schopnost správné identifikace je považována za ukazatel další vyšší jazykové úrovně (Fox Boyer, 2014c). Cílem druhé fáze je správná fonetická produkce dítěte. Dítěti se nabízejí cílové a „zástupné“ zvuky izolovaně, aby je postupně integrovalo do slabiky. Třetí fáze se skládá z receptivní a expresivní části (viz Tabulka 1). Dítě musí své změněné fonologické uložení propojit s novým motorickým plánem. V centru cvičení stojí tvorba rýmu. Dítě by mělo v klidu rozhodnout, která cílová hláska je v reálném slově obsažena. Následně by mělo dítě vyslovit všechny cílové i „zástupné“ zvuky v jedné poloze. K tomu může využít rýmy a pseudoslova. Neexistuje žádná závazná hierarchie slovní pozice (Fox Boyer, 2014c). Postup při vytváření strukturálních procesů odpovídá postupům popsáných v substitučních procesech s tím rozdílem, že při terapii je zohledněna pouze počáteční pozice (Fox, 2003).

V německy mluvících zemích existují tři studie P.O.P.T. (Bräger, Nicolai & Günther, 2007, Fox 2003, Teutsch & Fox, 2004). Všechny studie prokazují pozitivní účinky, přičemž Fox (2003) zkoumala největší skupinu. V původním vydání z roku 2003 dokládá 31 dětí bez příznaků nebo s minimálními reziduálními přízna-

ky po léčbě P.O.P.T. Děti s fonologickým opožděním potřebovaly průměrně 12 terapií a děti s konzistentní fonologickou poruchou v průměru 19 procedur. Mezinárodní důkazy o účinnosti nejsou k dispozici (Fox Boyer et al., 2014).

4.2.4 Nekonekventní terapie

Nekonekventní terapie byla vyvinuta Fox (2003) pro léčbu nekonekventních fonologických poruch (Dodd, 1995). Hlavním cílem je konekventní realizace slov. Po dosažení nekonekventní realizace slov <40% se mění přístup v léčbě na vhodnější pro konekventní fonologické zpoždění nebo poruchy. Podle Fox – Boyer (2016) je zapotřebí 1 – 2 cyklů cca 10 terapeutických sezení, aby bylo dosaženo konekventní realizace slov.

Léčba se liší od fonologické terapie ve dvou bodech: od počátku je založena na paralelní spolupráci receptivní i expresivní složky, kromě toho dochází k přímé korekci, při ní je dítě v rámci terapie opakovaně nabádáno k bezchybné produkci. Stěžejním bodem v receptivní části je zlepšení paměťových a sekvenčních výkonů. Dítě by mělo rozpoznat posloupnost 1 – 3 zvuků a reprodukovat je pomocí zvukových symbolů. V expresivní části jsou paralelně trénovány tři rozdílné úkoly. Dítě má v projevu imitovat izolované zvuky a slabiky v daném pořadí, víceslabičná slova správně segmentovat na slabiky a dané slovo vyslovovat opakovaně bez chyb v „sekvenčních hrách“. Cílem expresivní části terapie je získání sebeovládání (Fox – Boyer et al., 2014). Fox-Boyer (2016) popsala čtyři případové studie, ve kterých děti po absolvování 1-2 cyklů nekonekventní terapie byly ve své slovní produkci konekventní.

5 Shrnutí

Pod pojem dětské poruchy výslovnosti spadají organické a funkční poruchy výslovnosti. Další klasifikace je možná na základě symptomů podle psycholingvisticky orientovaného klasifikačního modelu od Dodd (1995) na fonetické poruchy, fonologické opoždění, konekventní fonologické poruchy a nekonekventní fonologické poruchy. Pro diagnostiku jsou v Německu používány zejména PLAKSS-II (Fox-Boyer, 2014b), rovněž také PDSS (Kauschke & Siegmüller, 2009). Při léčbě fonetických poruch se provádí artikulační terapie (van Riper, 1939), u fonologických opoždění/poruch se obzvláště efektivním ukázal německý koncept P.O.P.T. (Fox-Boyer, 2016).

Literatura

- Bankson, N. W., Bernthal, J. E., & Flipsen, P. (2013). Speech sound assessment procedures. *Articulation and phonological disorders: Speech sound disorders in children*, 180-211.
- Bräger, B., Nicolai, A., & Günther, T. (2007). Therapieeffektivität der Psycholinguistisch orientierten Phonologie Therapie (POPT): Eine Therapieeffektstudie mit Kindern unter 6 Jahren. *Sprache· Stimme· Gehör*, 31(04), 170-175.
- Dean, E. C., Howell, J., Reid, J., Grieve, R., & Donaldson, M. (1996). Evaluating therapy for child phonological disorder: a group study of Metaphon therapy. *Pathologies of speech and language: contributions of clinical phonetics and linguistics. International Clinical Phonetics and Linguistics Association, New Orleans, LA*, 279-85.
- Dean, E. C., Howell, J., Waters, D., & Reid, J. (1995). Metaphon: A metalinguistic approach to the treatment of phonological disorder in children. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 9(1), 1-19.
- DIMDI- Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (2005a). ICF. zugegriffen am 10.04.2018 über: <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm>.
- Dittmann, J. (2006). Der Spracherwerb des Kindes. Verlauf und Störungen. München: C. H. Beck.
- Dodd, B. (1995/2005). Differential diagnosis and treatment of children with speech disorder (2 Aufl.). London: Whurr.
- Fox, A. V. (2003). Kindliche Aussprachestörungen. *Phonologischer Erwerb-Differenzialdiagnostik-Therapie*, 1. Auflage. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Fox-Boyer, A. (2014a). Aussprachestörungen im Deutschen. In: Fox-Boyer, A. (Hrsg.). *Handbuch Spracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen - Kindergartenphase*. München: Elsevier. 41-54.
- Fox-Boyer, A. (2014b). PLAKSS-II Psycholinguistische Analyse kindlicher Aussprachestörungen. Frankfurt: Pearson.
- Fox-Boyer, A. (2014c). *P.O.P.T. Psycholinguistisch orientierte Phonologie-Therapie: Therapiehandbuch*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Fox-Boyer, A., Hild, U., & Schulte-Mäter, A. (2014). Therapie der Aussprachestörungen. In *Handbuch Spracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen. Kindergartenphase* (pp. 137-156). München: Elsevier.
- Fox-Boyer, A. & Schäfer, B. (2015). Die phonetisch-phonologische Entwicklung von Kleinkindern (0-3 Jahre). In S. Sachse (Hrsg.), *Handbuch Spracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen. Kleinkindphase* (S. 39-62). München: Elsevier.
- Fox-Boyer, A. V. (2016). Kindliche Aussprachestörungen. *Phonologischer Erwerb-Differenzialdiagnostik-Therapie*, 7. Auflage. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Gierut, J. A. (1989). Maximal opposition approach to phonological treatment. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54(1), 9-19.
- Gierut, J. A. (1991). Homonymy in phonological change. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 5(2), 119-137.
- Grosstück, K. (2010). *SIGMA PLUS Gruppenkonzept zur Behandlung des Sigmatisms*. Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Hacker, D., & Wilgermein, H. (2001). Aussprachestörungen bei Kindern. München: Ernst-Reinhardt.
- Harbers, H. M., Paden, E. P., & Halle, J. W. (1999). Phonological awareness and production: Changes during intervention. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 30(1), 50-60.
- Howell, J., & Dean, E. (1991). *Treating phonological disorders in children: Metaphon, theory to practice*. London: Whurr.
- Jahn, T. (2000). *Phonologische Störungen bei Kindern: Diagnostik und Therapie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Jarvis, J. (1989). Taking a Metaphon approach to phonological development: A case study. *Child Language Teaching and Therapy*, 5(1), 16-32.
- Kany, W. & Schöler, H. (2012). Sprachentwicklungsstörungen. In U. Lindenberger & W. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch Entwicklungspsychologie* (Vol. 7, S. 633-644). Weinheim: Beltz.
- Kauschke, C. & Siegmüller, J. (2009). *Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen*. München: Elsevier.
- Kuhl, P. K., Conboy, B. T., Padden, D., Nelson, T. & Pruitt, J. (2005). Early speech perception and later language development: Implications for the „Critical Period“. *Language Learning and Development*(1), 237-264.
- McLeod, S., Harrison, L. J., & McCormack, J. (2012). Intelligibility in context scale. *Bathurst, Australia: Charles Sturt University*. Available online at: <http://www.csu.edu.au/research/multilingual-speech/ics>. Accessed May.
- Nazzi, T. & Ramus, F. (2003). Perception and acquisition of linguistic rhythm by infants. *Speech Communication*, 41, 233-243.
- Schäfer, B. & Fox, A. V. (2006). Der Erwerb der Wortproduktionskonsequenz bei Zweijährigen: Ein Mittel zur Früherkennung von Aussprachestörungen? *Sprache Stimme Gehör*, 30, 186-192.
- Seidl, A. (2007). Infants' use and weighting of prosodic cues in clause segmentation. *Journal of Memory and Language*, 57, 24-48.
- Shriberg, L. D. (1994). Five subtypes of developmental phonological disorders. *Clinics in Communication Disorders*, 4(1), 38-53.
- Stackhouse, J., & Wells, B. (1997). *Children's speech and literacy difficulties: A psycholinguistic framework*. London: Wiley.
- Teutsch, A., & Fox, A. V. (2004). Vergleich der Effektivität von artikulatorischer vs. phonologischer Therapie in der Behandlung kindlicher phonologischer Störungen: Eine Pilotstudie. *Sprache· Stimme· Gehör*, 28(04), 178-185.
- Tyler, A. A., Edwards, M. L., & Saxman, J. H. (1987). Clinical application of two phonologically based treatment procedures.

Journal of Speech and Hearing Disorders, 52(4), 393-409.

Van Riper, C. A., & Emerick, L. L. (1984). *Speech correction: An introduction to speech pathology and audiology*. New York: Prentice Hall.

Van Riper, C. (1939/1963). *Speech Correction: Principles and Methods* (4th ed. 1963). Englewood Cliffs, New York: Prentice Hall.

Vihman, M. (1996). *Phonological Development: The Origins of Language in the Child*. Cambridge: Blackwell.

Waltersbacher, A. (2017). Heilmittelbericht 2017. Ergotherapie Sprachtherapie Physiotherapie Podologie.

Weiner, F. F. (1981). Treatment of phonological disability using the method of meaningful minimal contrast: Two case studies. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 46(1), 97-103.

Williams, A. L. (2000). Multiple oppositions: Case studies of variables in phonological intervention. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 9(4), 289-299.

VÝVOJOVÉ PORUCHY ŘEČI/ JAZYKA/ KOMUNIKACE V SOUČASNÉM KONCEPTU NEUROVÝVOJOVÝCH PORUCH - ANEB JAK NA HÁDATA V MOZKU

DEVELOPMENTAL SPEECH /LANGUAGE/ COMMUNICATION DISORDERS IN THE CURRENT CONCEPT OF NEURODEVELOPMENTAL DISORDERS - OR WHAT TO DO WITH THE SNAKELETS IN THE BRAIN

PaedDr. Lenka Pospíšilová

Demosthenes – dětské centrum komplexní péče, pracoviště klinické logopedie, Mírová 2, 400 11 Ústí nad Labem

lenka.pospisilova@demosthenes.cz

Abstrakt

Článek se zamýšlí nad vývojovými poruchami řeči, jazyka a komunikace z pohledu konce meziobdobí původních pravidel a nového konceptu. Vysvětluje rozdílnost pojetí dosavadní MKN-10 Světové zdravotnické organizace a před pěti lety vydané DSM-V Americké psychiatrické společnosti; nechává též nahlédnout do připravované verze ICD – 11. Zdůrazňuje, že neurovývojové poruchy, mezi které všechny vývojové poruchy komunikace patří, vyžadují konceptuální přístup, jehož bázi jsou současné poznatky z neurobiologie a genetiky. Nové poznatky přinášejí zásadní změny v nazírání, z toho důvodu jsou nezbytnou výzvou pro moderní pojetí našeho oboru. Na závěr se autor článku zamýšlí nad potřebou změny péče o děti s neurovývojovými poruchami v koordinovaný systém s mezirezortním přesahem.

Abstract

The article discusses developmental speech, language and communication disorders from the point of view of the end of the period between the original rules and the new concept. It explains the difference of concepts of the current ICD-10 World Health Organization and DSM-V American Psychiatric Society issued five years ago and leaves a look into the upcoming version of ICD-11. It emphasizes that neurodevelopmental disorders, among which all developmental communication disorders belong, require a conceptual approach based on current knowledge of

neurobiology and genetics. New insights bring fundamental changes in the preview, that is why they are a must for the modern concept of our field. Finally, the author of the article considers the need to change the care of children with neurodevelopmental disorders in a coordinated system with an interdepartmental overlap.

Klíčová slova

MKN-10, DSM-V, neurovývojové poruchy, koncept, vývojové poruchy řeči, jazyka a komunikace

Keywords

ICD-10, DSM-V, neurodevelopmental disorders, concept, developmental speech and language disorders, communication disorders

ICD-10 / MKN-10

Víme, že specifické poruchy řeči a jazyka jsou součástí jednoho z jedenácti oddílů páté kapitoly **Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů** (MKN-10), která je v České republice v platnosti od roku 1994. Ani zatím poslední vydání Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 2016, ze kterého vychází aktualizovaná verze překladu MKN-10 pro rok 2018, neobsahuje ve vztahu k našemu tématu žádné změny. Zmíněná pátá kapitola je nazvána Poruchy duševní a poruchy chování a oddíl, jehož část zde analyzujeme, se jmenuje Poruchy psychického vývoje, přičemž



PaedDr. Lenka Pospíšilová

kromě Specifických poruch řeči a jazyka zahrnuje další skupiny Specifické vývojové poruchy školních dovedností (specifické poruchy učení), Specifickou vývojovou poruchu motorických funkcí (dyspraxii), Smíšené specifické vývojové poruchy (směs specifických vývojových poruch řeči a jazyka, učení a dyspraxie, kdy žádná nepřevažuje), Pervazivní vývojové poruchy (poruchy autistického spektra), Jiné poruchy psychického vývoje a Neurčenou poruchu psychického vývoje.

Poruchy psychického vývoje mají tyto společné vlastnosti: (a) nástup je vždy v kojeneckém věku nebo v dětství; (b) postižení nebo opoždění ve vývoji funkcí, které mají silný vztah k biologickému zrání centrální nervové soustavy; a (c) stálý průběh bez remisí a relapsů. Ve většině případů je postižena řeč, prostorová orientace a motorická koordinace. Opoždění nebo poškození je obvykle přítomno již velmi časně, může být spolehlivě zjištěno a postupně se mírní s přibývajícím věkem dítěte, i když drobnější defekty často přetrvávají až do dospělého věku (MKN-10).

Rovněž všichni známe, že skupina Specifické poruchy řeči a jazyka obsahuje následujících šest diagnostických položek: Specifickou poruchu artikulace řeči (F80.0), Expresivní poruchu řeči (F80.1), Receptivní poruchu řeči (F80.2), Získanou afázi s epilepsií (Landauův–Kleffnerův syndrom) (F80.3), Jiné vývojové poruchy řeči nebo jazyka (F80.8) a Vývojovou poruchu řeči nebo jazyka nespecifikovanou (F80.9).

Jsou to poruchy, kde normální způsob osvojení jazyka je narušen od časných vývojových stadií. Tyto stavy nelze přímo přiřítat neurologickým abnormalitám nebo poruchám řečového mechanismu, smyslovému poškození, mentální retardaci nebo faktorům prostředí. Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka jsou často následovány přidruženými problémy, jako jsou obtíže ve čtení a psaní, obtíže v meziosobních vztazích a poruchy emocí a chování (MKN-10).

Podíváme-li se však do originálu statistické klasifikace nemocí, zjistíme, že překlad do českého jazyka není adekvátní. Česká verze MKN-10 uvádí: expresivní porucha řeči – lépe expresivní jazykové poruchy (expressive language disorder), a receptivní porucha řeči – lépe receptivní jazykové poruchy (receptive language disorder). Poruchy řeči mohou asociovat pouze akustické aspekty komunikace, nikoliv skutečnost, že se jedná o rozsáhlou

poruchu systému jazykového vývoje, jak tomu rozumí naše odborná obec. Nepřesný je i překlad diagnostických jednotek pod kódem F80.8 a F80.9 - v překladu je spojka „nebo“, zatímco v originálu „a“, čímž se zčásti mění smysl spojení.

Z uvedeného plyne:

- **Vývojové poruchy řeči a jazyka patří mezi duševní poruchy**, dovolím si říci, že plným právem.
- Uvnitř této „vývojové“ skupiny je zařazeno jedno „získané“ onemocnění, které sem logicky nepatří.
- Díky chybnému překladu není chápána porucha jazykového vývoje, tzn. narušení rozsáhlého jazykového konektomu, v obou hemisférách. Možná právě tento moment může být „alfou omegou“ obecného podceňování oboru.
- Díky českému homonymu „jazyk“ může v této souvislosti záměna významů znamenat zcela rozdílné vnímání terminologie napříč odbornostmi a) narušenou neuronální síť mateřštiny a samozřejmě i cizích jazyků – dysfázii; b) narušenou neuronální motorickou síť zodpovědnou za řízení praxe jazyka jako orgánu - tzv. orální dyspraxii (neboť se týká i dalších mluvidel) a c) narušení orgánu (např. lingua accreta).
- Protože dosud neexistuje nové vydání klasifikace nemocí od WHO, řídíme se manuálem starým čtvrt století, který samozřejmě nereflektuje současné vědecké poznatky. A ty se výrazně změnily.

Změna etiologie a konceptu

Našeho oboru se týká především rozmach poznání v neurovědách (díky moderním neurovizovacím metodám) a genetice. Genetické studie změnily nazírání na etiologii, která je zřejmě pro všechny **neurovývojové poruchy (NVP)** stejná. **Došlo k odklonu od dřívější dominance perinatálního a prenatalního rizika** (Pospíšilová, Zapletalová, 2016 in Neubauer, Pospíšilová, 2017). **Významný faktor tvoří dědičnost, doplněná o environmentální vlivy. Obojí vede k neuroanatomickým abnormalitám. Vývoj nervového systému je do velké míry programován geny** (Goetz, 2006, Galaburda, 2006, Kang, Drayna, 2011). Zároveň nelze opominout jedinečnost podnětů zevního prostředí a plasticitu centrální nervové soustavy, přestože ta je právě u geneticky podmíněných poruch nejmenší (Krejčířová, 2008).

DSM-V

Jiná situace je v USA. Zde platí od roku 2013 nový diagnostický manuál DSM-V Americké psychiatrické společnosti (APA), která již tradičně publikuje vlastní klasifikaci duševních poruch. Od 90. let minulého století lze registrovat snahu o názorové a terminologické přibližování mezi APA a WHO. Našeho tématu se týká kapitola Neurovývojové poruchy (Neurodevelopmental Disorders). Při letmém porovnání s předchozím americkým manuálem DSM-IV z roku 1994 (tedy z období počátku MKN-10) lze vnímat tendence k fúzování nemocí (například dřívější spojení Poruchy učení (Learning Disorders) bylo nahrazeno termínem Specifická porucha učení (Specific Learning Disorder) a jednotlivé poruchy čtení, psaní atd. se nyní staly subtypy jednoho onemocnění, podobně je tomu u autismu. Američané neurovývojové poruchy (NVP) rozdělují na 1) mentální postižení (Intellectual Disabilities, nahrazen termínem DSM-IV Mentální retardace), 2) komunikační poruchy (Communication Disorders), 3) poruchy autistického spektra (Autism Spectrum Disorders), 4) ADHD (Attention-deficit Hyperactivity Disorder), 5) specifickou poruchu učení (Specific Learning Disorder), 6) poruchy motoriky (Motor Disorders), 7) další specifikovanou neurovývojovou poruchu (Other Specified Neurodevelopmental Disorder) a 8) nespecifikovanou neurovývojovou poruchu (Unspecified Neurodevelopmental Disorder). Komunikační poruchy DSM-V zahrnují 1) jazykovou poruchu (která kombinuje z DSM-IV jazykovou poruchu expresivní a smíšenou receptivně-expressivní), 2) poruchu zvuku řeči (nový název pro fonologickou poruchu, zahrnující i verbální dyspraxii) a 3) poruchu plynulosti se začátkem v dětství (nový název pro dětské koktání). Součástí je také 4) sociální (pragmatická) komunikační porucha, která představuje zcela novou diagnózu - pro přetrvávající potíže v sociálním využití verbální a neverbální komunikace, které nelze vysvětlit nízkými kognitivními schopnostmi. Vzhledem k tomu, že deficity sociální komunikace jsou jednou ze součástí poruchy autistického spektra (PAS), nemůže být tato pragmatická komunikační porucha diagnostikována za přítomnosti omezeného opakovaného chování, zájmů a činností (symptomatika PAS).

Návrh ICD-11

WHO připravuje vydání ICD-11. Svě přípravy zveřejňuje v podobě návrhů.

Přestože se tedy jedná pouze o návrh (Beta Draft), lze s ním do určité míry již pracovat a celou záležitost pojímat v souvislostech vývoje vědeckého poznání a zkušeností z každodenní praxe. **WHO stejně jako APA přichází s termínem NVP**, který definitivně nahradil pojem lehká mozková dysfunkce (LMD). Pravděpodobný název oddílu ve vztahu k našemu dnešnímu tématu (s případnými korekcemi) zní Vývojové poruchy řeči nebo jazyka (Developmental speech or language disorders) a jeho členění bude pro nás v blízké budoucnosti pravděpodobně směřovat:

1. Vývojová porucha zvuku řeči (Developmental speech sound disorder) – dnešní F80.0
2. Vývojová porucha plynulosti řeči (Developmental speech fluency disorder)
3. Vývojová jazyková porucha (Developmental language disorder)
 - 3.1. Vývojová jazyková porucha s postižením receptivního a expresivního jazyka (Developmental language disorder with impairment of receptive and expressive language) – dnešní F80.2
 - 3.2. Vývojová jazyková porucha s postižením převážně expresivního jazyka (Developmental language disorder with impairment of mainly expressive language) – dnešní F80.1
 - 3.3. Vývojová jazyková porucha s postižením převážně pragmatického jazyka (Developmental language disorder with impairment of mainly pragmatic language)
 - 3.4. Vývojová jazyková porucha s jiným specifikovaným jazykovým postižením (Developmental language disorder, with other specified language impairment)

Ve výčtu návrhu si nelze nevšimnout zcela nového názvu poruchy, který značí narušení pragmatického jazyka. Ač je pojmenovaná jinak než v DSM-V, budeme mít zřejmě k dispozici shodně s Američany novou diagnózu. Je třeba se na diagnózu připravit. V současnosti jsou tito pacienti diagnostikováni buď jako jedinci s poruchou autistického spektra, nebo s dysfázií. V našem zařízení pomalu začínáme zkoušet Test pragmatického jazyka (Test of Pragmatic Language, TOPL- 2). Recentní studie hovoří o kontinuu patologie mezi dysfázií a autismem. A právě přesné definování pragmatické komunikační poruchy a vývojové dysfázie by mělo napomoci k odlišení od poruchy autistické

kého spektra. Hodnotících nástrojů, které mohou spolehlivě tyto tři diagnózy určit, je nedostatek (Taylor, 2016). Také vývojová koktavost je v připravovaném vydání ICD novým pojmem. Podobně jako u ostatních NVP výzkumy naznačují, že koktání má genetický základ (Cohen, 2014) a jedná se o polygenní poruchu, ale přesná forma genetického přenosu není známa (Craig-McQuaide a kol. 2014). U příbuzných prvního stupně je riziko koktavosti více než trojnásobné oproti běžné populaci (DSM-V, 2013), 60 – 70% dětí s koktavostí má koktající příbuzné (Blomgren, 2013).

Nacházíme se tedy v meziobdobí, kdy postupujeme podle předpisů, které jsou již zastaralé, a kdy víme, že budou vydány nové. Americký manuál za svůj považovat nelze. Z toho důvodu je třeba se seznamovat s novými studiemi z celého světa, ty porovnávat s předchozími poznatky a vnímat je v souvislostech, nutné je reflektovat značný terminologický chaos, který je doprovází (autorka článku čtenáře odkazuje na knihu Kompendium klinické logopedie, která je připravována k vydání v tomto roce).

Neuroanatomické abnormality

Vědecké studie jednoznačně potvrzují, že problémy rozdílného rázu, typu a stupně, se kterými nás dětští pacienti navštěvují, jsou v drtivé většině nemocemi (je naší odbornou ctí odlišit od fyziologického vývoje). Jedná se o onemocnění mozku, která byla dříve považována za pouhé poruchy jeho funkce. Nyní s jistotou víme, že se jedná o méně či více rozsáhlé strukturální abnormality – centrální nervová soustava zraje nejen zpožděně, ale také odlišně. Rovněž si můžeme být jisti svými poznatky z praxe, že onemocnění se ojediněle vyskytují osamoceně, neboť **studie potvrzují vzájemné překrývání NVP** - vytváření komorbidit. Řadu let zůstalo toto překrývání bez významnějšího povšimnutí, protože diagnózy byly řešeny různými odborníky a v různých rezortech. K pochopení tohoto jevu v mozku nám poslouží představa různě dlouhých a různě silných, různě propletených a přes sebe stočených hádát v různých místech konektomu (mapě neuronálních sítí), přičemž každé z nich je jedna NVP.



A tak se jedno hád s názvem „vývojová dysfázie receptivního typu“ (synonymum pro receptivní jazykovou poruchu dle ICD-10, receptivní poruchu řeči dle MKN-10 – obojí F80.2 a vývojovou poruchu s postižením receptivního a expresivního jazyka dle návrhu ICD-11) proplétá s hádětem, které se jmenuje „ADHD“, s dalším hádětem nazvaným „orofaciální dyspraxie“, vedle kterého s největší pravděpodobností leží sourozenec jménem „grafická dyspraxie“ či celková v hrubé motorice se projevující „vývojová porucha motorická koordinace“ (dle návrhu ICD-11) - všechny tři označujeme podle MKN-10 F82. A nejen mozek sám, ale také hádاتا uvnitř a jejich nositel dítě se vyvíjí, a to od prenatalního vývoje až po dospělost. U dítěte jdoucího s hádátou do školy číhá v neuronální síti další hád – „vývojová porucha učení“. Pokud je od prenatalního vývoje přítomno silné hád – „grafická dyspraxie“, je logické, že můžeme očekávat doposud neprojevující se hád se jménem „dysgrafie“. S ním protnuté může být „receptivní dysfázie“, které se rozpíná především v oblasti ventrálního proudu nesoucího jazykové informace, neboť ventrální proud spojuje temporální lalok s prefrontální kůrou a slouží k pochopení významu (Koukolík, 2012, Pospíšilová in Neubauer a kol., příprav., 2018). Ve škole se tedy projeví jako hád – „dysortografie“, jehož nositel bude mít obtíže porozumět mluvené i psané řeči a jazyku celý život – jak dalece bude jen záležet

na tloušťce háděte obtočeného ve ventrální dráze jazykového konektomu, na intelektu nositele a i zčásti na podnětnosti sociálního prostředí – například na kvalitě léčebné logopedické terapie. Hádě „ADHD“ omezuje svého nositele v řízení vlastního života i svých dětí. Jak dalece, záleží opět na velikosti jeho obvodu a na dalších podmínkách. Nejedná se jen o výchovu v rodině a intelekt nositele, ale také o sourozence – pokud „ADHD“ žije s hádětem „receptivní dysfázie“ a oba jsou silní, nemůžeme se podívat, že bývá u dětí s těmito mozky zvažován autismus. Hádě rozkládající se v dorzální dráze jazykového konektomu se nazývá „expresivní dysfázie“, jeho nositeli brání ve vybavení slovních pojmů, názvů symbolů (například písmen), a to v mluvené i psané řeči. A tak blízkým sourozencem od počátku školního věku nositele je hádě nazvané „dyslexie“.

Uvědomme si, že každé hádě může mít různou tloušťku a délku. Samozřejmě z toho plyne význam narušení. I když například přetrvávající artikulační obtíže mohou stát za problémy sociální úzkosti, přece jen narušení celého jazykového konektomu ovlivní nositele pravděpodobně více (ve vzdělání, tedy v možnosti výběru povolání). Záleží samozřejmě na dalších faktorech jako např. na osobnostním profilu.

Ze strany výzkumníků je o každé hádě = o každou diagnózu různý zájem. Proto je **povědomí o jednotlivých diagnózách značně rozdílné**. Zajímavým příspěvkem pro náhled a odpověď na otázku, proč jsou ty naše poruchy tak nepochopené a podceňované, je práce Bishop (2010), která sečetla a zanalyzovala vědecké studie jednotlivých NVP za čtvrt století. Položila si otázku, jestli počet výzkumů odpovídá závažnosti a prevalenci diagnóz. Touto přehledovou studií dokázala, že tomu tak zdaleka není. Tak například dyslexie (dle MKN-10 F81.0, vývojová porucha učení subtyp vývojová porucha učení s postižením v oblasti čtení dle návrhu ICD-11), vývojová dysfázie (synonymum jak pro expresivní poruchu řeči, tak receptivní poruchu řeči dle MKN-10, jak pro expresivní jazykovou poruchu F80.1, tak receptivní jazykovou poruchu F80.2 dle ICD-10) a ADHD jsou v závažnosti a prevalenci srovnatelné, přesto počet publikací se zaměřením na dyslexii byl 4x a na dysfázii dokonce 16x nižší než na ADHD. Pokud porovnáme mezi sebou studie na dyslexii a dysfázii, zjistíme 3x vyšší počet výzkumů věnovaných dyslexii. Angličanka Bishop v této souvislosti uvádí, že dyslexie

je doménou psychologů, kdežto dysfázie logopedů, a že nízký počet prací plyne z jejich nízké úrovně financování a rozdílného zabezpečení jednotlivých vědních disciplín. Tyto nerovnosti mohou ještě více poškodit děti, které jsou již tak postihnuty běžnými, avšak dosud nedostatečně prozkoumanými NVP. K ucelenosti pohledu je třeba dodat, že nejvyšší počet výzkumů byl za posledních 25 let proveden na ADHD a autismus – z čehož se nám dostane odpovědi, proč jsou obě diagnózy tak diskutované a mediálně známé. Naopak nejnižší index byl zaznamenán u vývojových poruch zvuku řeči (tzn. patlavosti = fonologické a fonetické poruchy = dyslalie, ale také vývojové verbální dyspraxie F80.0) a u dyspraxie (F82.0), které tvoří četné souběžné poruchy s ostatními (Bishop, 2010).

Z uvedeného je zřejmé, že u jednoho dítěte se můžeme setkat s několika NVP najednou, ty se vzájemně prolínají a různě perzistují. Většinou v pozměněné nebo minimalizované klinické formě přetrvávají do dospělosti. Významně ovlivňují kvalitu života: vrstevnické vztahy, vzdělání, práci a bývají bází pro sekundární psychiatrická onemocnění - úzkosti, deprese, abúzy návykových látek aj. Například recentní longitudinální studie zkoumající vrstevnické vztahy dospěla k závěru, že dvě třetiny dětí s vývojovou dysfázií měly perzistující problémy ve vztazích od dětství po adolescence (Mok, Ramsden, 2014).

Koexistenci NVP lze znázornit dvěma příklady:

Dítě A) F80.0 + F80.2 + F81.1 + F90.0 či F 90.1 (podle subtypu ADHD převážně nepozorný či převážně hyperaktivní a impulzivní) + F95 (tikovou poruchou).

Dítě B) F80.0 + F80.1 + F 82 + F81.1 + F 90.1.

Děti s artikulačním nálezem, dysfázií, dyspraxií, ADHD a poruchou učení tvoří typickou, častou skupinu. Rozdílné jsou jen stupně a typy poruch. Nejméně dětí má nejtěžší a nejmírnější – ty bývají diagnosticky hůře identifikovatelné, přitom komplikace socio-emočního rázu se ani těmto dětem nevyhýbají. Komorbidní také mohou být NVP s dalšími nemocemi – například s periferní sluchovou vadou, čímž lze vysvětlit, proč dvě děti s podobně závažným sluchovým postižením a intelektem i péčí mají rozdílný vývoj řeči a jazyka a terapeutický úspěch.

Diagnostika a léčba

Diagnostika NVP se provádí pomocí zkoušek, testů a pozorování, kterými

se analyzuje klinický obraz. Byť se jedná o onemocnění s vysokou hereditou, neexistují zatím diagnostické metody formou laboratorních vyšetření a genetických testů.

Také u vývojových poruch řeči nebo jazyka (použijeme-li termín z návrhu ICD-11 Beta Draft) tomu nemůže být jinak. A je **zásadní výzvou pro náš obor přijmout nová opatření**. Existuje řada testů, díky nimž lze mapovat neuronální jazykovou síť v obou hemisférách, a zjišťovat tak stav řeči / jazyka / komunikace v receptivní a expresivní oblasti, komunikační dovednosti. Velký problém je jejich standardizace v jiných jazycích a kulturách. Jedinou cestou je správně využít stávajících a systematicky (jako odborná obec) pracovat na nových. **Základem vyšetření u NVP by vždy mělo být vyšetření stavu celého psychomotorického vývoje k vzájemnému porovnání jednotlivých oblastí**. Není tím myšleno, že každé dítě s artikulační poruchou musí vidět dětský klinický psycholog (psycholog vzděláván v neuropsychologii, tedy v oboru nezbytném také pro naše vzdělání). Avšak klinický logoped je ten, kdo by měl užívat škálování celého psychomotorického vývoje s akcentem na fatické a s nimi související praktické funkce. Jedině s tímto náhledem a se závěry testů a zkoušek v celé oblasti komunikace, neuropsychologických souvislostí a se znalostmi diagnostických kritérií jednotlivých diagnóz může stanovovat či navrhnout diagnózu.

Nepochopením nového konceptu je zaměřit se na jednu poruchu a ostatní nevnímat. Současný přístup je přesně opačný, vychází z našich hádat – z překrývání poruch. Vystihuje ho spojení **koordinovaný systém** (Uhlíková, Ptáček, Ptáčková, 2014), který autoři použili k popisu indikace ADHD. Vedle farmakoterapie, psychoterapie, edukace, režimové terapie, rodinné terapie a spolupráce se školou doporučují současně **léčbu komorbidit**. V četných případech komorbidní vývojové poruchy řeči / jazyka / komunikace má své nezastupitelné místo klinický logoped. Ten však v rámci svého vzdělávání musí být detailně připravován v diagnostice a v praxi disponovat testy a vývojovými škálami. Jedině **porovnávací vyšetření v průběhu léčebného procesu** (kontrolní po půl roce, po roce atd.), mapující progres, stagnaci či regres vývoje sledovaných oblastí a orientačně celého PMV, je použitelné pro léčebnou terapii. Ta pak musí vycházet ze stavu vývoje jednotlivých oblastí, nikoliv z metody, kterou jsme se rozhodli užít. **Primární je u dětí a adolescentů vývojo-**

vý přístup, kdy stimulujeme oblast PMV od právě naměřené vývojové úrovně. Například se může vyskytnout 1čtrnáctiletý pacient s receptivní dysfázií, který má stav receptivního jazyka, konkrétně vnímání gramatických struktur, na úrovni šesti let; je logické, že této úrovni musíme přizpůsobit komunikační strategie (mluvit s ním způsobem, jako by mu bylo šest, obsahem samozřejmě vyšším, ověřovat si porozumění, stimulovat percepci jazyka od této naměřené úrovně výš). **Jaké metody užíváme a různě zkombinujeme, je věc důležitá** – neměly by chybět **neuropsychologické znalosti** (například, že omezená kapacita krátkodobé verbální paměti zůstane navždy, protože se jedná o rezistentní psychickou funkci vůči terapiím – navyšování bude velmi pozvolné).

Opodstatněnost a funkčnost vývojového přístupu lze jednoduše popsat: víme, že velká většina našich pacientů dříve nebo později zvládne správnou artikulaci, ale jazykové obtíže, tedy komunikační, přetrvávají. Velká většina dětí dříve nebo později zvládne v jazyce číst a psát, perzistuje občasné či časté neporozumění a nezapamatování si pojmů, obtíže s gramatickými jevy a schopnosti napsat souvislý text, který by úrovní odpovídal neverbálnímu intelektu. Víme, že artikulace je odvislá od stavu fonologie, od stavu oromotoriky (obojí především v CNS) i od stavu samotných orgánů mluvidel (např. frenulum linguae brevis). Vyjděme z fyziologického vývoje. Fyziologický vývoj ve fonologii poskytně auditivní identifikaci prvního fonému v průměru v pěti letech věku, auditivní diferenciaci dvou podobně znějících řečových zvuků mezi pátým a šestým rokem, s blížící se školou bývá schopno auditivně analyzovat slabiku, se zaškolením postupně slova se střídáním konsonant a vokálů a později shluků konsonant. Vývojové milníky se mezi dětmi sice liší, ale nepřeskakují se a rozdíly nejsou zas tak velké, jak se dříve myslelo. Prostě nelze auditivně analyzovat slovo (tedy ho číst a psát), aniž by se zachytila první hláska atd. Před auditivní identifikací prvního fonému nemůže dítě správně artikulovat pro stav fonologie. Vzhledem k tomu, že v té době ještě pravděpodobně dozrává orální praxe, nemůže být artikulace zcela v pořádku. Pokud má šestileté dítě fonologii na úrovni dítěte čtyřletého, je nemocné. Vzhledem ke zdůrazněnému komorbidnímu překrývání je pravděpodobný nálezn i v dalších oblastech. A užití jakékoliv metody pro nácvik artikulace za účelem „aby to už bylo, má na to věk“ je kontraindikací v podobě tlaku,

zátlaku CNS, bohužel ne výjimečnou bází pro vznik sekundárních psychiatrických onemocnění (tedy také našich klinicko-logopedických) – úzkosti, tiků, enuréz, vývojové koktavosti, dětské deprese aj. Dlouhodobý tlak na výkon a přizpůsobení je u ADHD potvrzeným rizikovým faktorem závažné deprese (Goetz, 2006). Komorbidní vývojové poruchy jazyka s transformací do poruchy učení pak musí být její pravděpodobnou predikcí (Pospíšilová in Neubauer, příprav. vyd. 2018).

Nejen z důvodu prestiže našeho oboru, ale také z důvodu efektivity léčby musí být **klinický logoped součástí týmu již během diagnostického procesu**. Nepřijmout roli rehabilitačního pracovníka, kterému je předepsána práce. Klinický logoped jím není již z podstaty tohoto termínu – rehabilitují se pouze funkce ztracené. Samozřejmě součástí diagnostického procesu je diferenciální diagnostika, na které se KL musí podílet. S měřitelnou a sjednocenou diagnostikou lze snadněji komunikovat v týmu diagnostiků a efektivněji provádět adekvátní léčebnou terapii.

Oproti jednotné, srovnávací diagnostice by léčebná terapie měla být odvislá od diagnózy a komorbidit, stavu PMV, dítěte a rodiny aj. Klinicky je **ověřen význam intenzivnosti terapií u verbálních dyspraxií** a pragmatické komunikační poruchy (Pospíšilová, 2018). U ostatních vývojových poruch řeči / jazyka / komunikace neodpovídá vyšší četnost návštěv u logopeda vývojovému přístupu. Jeho **hlavní význam tkví ve schopnosti erudované edukace rodiny – vysvětlení podstaty a prognózy diagnózy a doporučení postupu**. Jestliže současný koncept NVP zdůrazňuje nutnost identifikace každé z nich a jejich vzájemné překrývání, musí existovat něco jako terapeutický průnik. Tím by mohla být režimová terapie znamenající ustálený systém po sobě jdoucích denních (týdenních) aktivit s minimem změn. Zahrnuje mj. stimulace, které zadáváme k domácímu procvičování s následným odpočinkem.

Rezortismus

Diagnostiku zdravotního stavu a léčbu provádějí lékaři a kliničtí pracovníci. U NVP tomu tak není. Důvody jsou nasnadě:

- teprve neurozobrazovací metody současnosti potvrzují strukturální abnormality, z čehož plyne, že NVP nebyly do nedávna pro medicínu „skutečnými“ nemocemi;
- kromě ADHD nelze jinou NVP farmakologicky ovlivnit;

- a protože tyto děti zákonitě navštěvují školská zařízení a jejich prevalence je vysoká, musel se s nimi školský rezort nějak vypořádat;
- se samozřejmostí přijímaný „rezortismus“ přispívá k chaosu.

Aktuálně probíhá v českém školství inkluze. Slovo, které pobírá všechny děti do jedné početné třídy a chce po učiteli, aby je za pomoci dalších dospělých („asistentů pedagoga“, kteří někdy mají i maturitu, neboť se často rekrutují z rodičů dětí s NVP, tudíž jsou to dospělí pacienti s NVP) vzdělával. Nezáviděníhodné postavení učitele, který také musí něco naučit zdravé děti a stimulovat nadané. Poradenští pracovníci jim píšou doporučení (někdy stihnou i osobně říkat, častěji pro vyšetřovací zaneprázdněnost zůstávají v pedagogicko-psychologických poradnách a speciálně pedagogických centrech), jak to dělat a jakou pomůcku si na to koupit. V nekoordinovaném systému je jen náhoda, do jaké péče a ke komu se dítě s rodinou dostane. Až na výjimky (dětských psychiatrů, nás KL a klinických psychologů) rezort zdravotnictví strká hlavu do písku a rezort školství samostatně koná. A protože volným živnostem se meze nekladou, nemocné děti se dostávají nejen k pracovníkům školství, ale také k majitelům živnostenského listu. Ve školství se na ně připravuje řada rozdílně vzdělaných speciálních pedagogů, učitelek mateřských škol, asistentů aj. Například MŠMT školí učitelky MŠ v kurzech logopedické prevence, aniž ví, že jedinou prevencí geneticky podmíněného onemocnění je nemít děti. Bohužel lidé, kteří podporují tyto snahy, si neuvědomují, že i speciální pedagogové a poradenští psychologové nemají vůbec žádné vzdělání v nemocích, natož o mozku a ve zdravotnických postupech. Nekoordinovaným systémem tak stát zamezuje odborné péči potřebným, čímž nepřímo poškozuje duševní zdraví populace. Snahy ke zlepšení situace ze strany obce KL vidím ve třech bodech (bez pořadí a hierarchie):

1. prohloubit vlastní odbornou působnost posílením kvality vzdělání a jeho zaměřením;
2. přičinit se za jasné vymezení kompetencí mezi zdravotnickými a školskými pracovníky podle obecného principu: **zdravotnictví léčí a školství vzdělává – platí jak u dětí s chřipkou, tak u dětí s NVP; ale u obou skupin pacientů mohou bez mezirezortní spolupráce nastat komplikace** (u chřipky se píše

omluvný list, předepisuje se léčba, rekonvalescence bez hodin TV);

3. postupovat koordinovaně s ostatními lékaři a kliniky.

Více docílíme jako koordinovaná odborná obec než jako jednotlivci. Za zastaralé a zcela nevhodné považují rozdělování kompetencí způsobem – „lehké děti do školství, těžké do zdravotnictví“, „dyslektické děti bez vady řeči patří do školství“ apod. Jednak přesně nevím, co znamená výraz „vada řeči“, i když tuším, že se jedná o slyšitelný aspekt v produkci řeči, a jednak problematika je daleko složitější. I dítě bez artikulační nápadnosti může být přece dysfatické, záleží jen na tom, v jaké vývojové etapě se zrovna nachází a o jaký typ poruchy a komorbiditu se jedná – neb NVP jsou perzistentní. Po vyšetření v předškolním věku lze téměř s přesností predikovat poruchu učení – rozsah, typ. Většina poruch učení se rozvine na bázi narušeného jazyka. Z toho důvodu na prvním místě musí být přesná diagnostika s pojmenováním komorbidních poruch, ale také odlišení fyziologického vývoje od nefyziologického (nevychovíme přece ambiciózní matce v přání, aby její 4 letý andělek uměl R).

Po uvědomění si a přijetí všech těchto aspektů již problém klinický versus jiný (školský či sociální) logoped neexistuje, vždyť také zákon zná pouze jediného. Tento fakt je třeba laické i odborné veřejnosti trpělivě, klidně a zároveň nahlas vysvětlovat. Protože se jedná o dopad na duševní zdraví rozsáhlé populace.

Shrnutí

Vývojové poruchy řeči, jazyka a komunikace patří mezi neurovývojové poruchy. Jejich koncept vychází ze současných poznatků neurobiologie a genetiky. Jsou zahrnuty v diagnostickém manuálu Americké psychiatrické společnosti DSM-V a očekávány v novém vydání ICD-11. Vyznačují se obdobnou etiopatogenezí s výrazným genetickým podílem, komorbidním charakterem se vzájemným překrýváním se a tendencí pokračovat do dospělosti. Snižují kvalitu života v osobní, společenské, akademické a profesní oblasti. Nový koncept vyžaduje nový přístup k diagnostice a léčbě. Jako smysluplný se jeví koordinovaný systém s mezirezortním přesahem a jasně vymezenými kompetencemi.

Literatura

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV Washington., DC.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5 (5th Edition). Washington, DC.

BISHOP, D.V.M. (2010): Which Neurodevelopmental Disorders Get Researched and Why? PLOS One, 5 (11), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0015112>

BLOMGREN, M. (2013). Behavioral treatments for children and adults who stutter: a review Psychol Res Behav Manag. 2013; 6: 9–19.

COHEN, J. (2014). A new name for stuttering in DSM-5, APA., Vol 45, No. 7.

CRAIG-MCQUAIDE, AKRAM, H., ZRINZO, L., TRIPOLITO, E. (2014). A review of brain circuitries involved in stuttering. Front.Hum.Neurosci.,17.

GALABURDA, A., LOTURCO, J., RAMUS, F., FITCH, R., ROSEN, G. (2006). From genes to behavior in developmental dyslexia. In Nature Neuroscience, 9, 10.

GOETZ, M. (2006). ADHD u dospělých, Postgraduální medicína, 3/06.

ICD-11 Beta Draft (Mortality and Morbidity Statistics)

KANG, C., DRAYNA, D. (2011). Genetics of speech and language disorders. In Annual Review of Genomics and Human Genetics, 12.

KOUKOLÍK, František, c2012. *Lidský mozek: [funkční systémy, norma a poruchy]*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-771-4.

MOK, P.I.H., PICKLES, A., DURKIN, K., CONTI-RAMSDEN, G. (2014). Longitudinal trajectories of peer relations in children with specific language impairment. The Journal of Child Psychology and Psychiatry, Volume 55, Issue 5 Pages 516–527.

NEUBAUER, Karel a Lenka POSPÍŠILOVÁ, 2017. *Neurovývojové a neurodegenerativní příčiny poruch komunikace*. Hradec Králové:

Gaudamus. Recenzované monografie. ISBN 978-807-4356-650.

NEUBAUER, K. A KOL., Kompendium klinické logopedie. Přípravované vydání 2018, Praha: Portál

PHELPS-TERASAKI, D., PHELPS-GUNN, T., Test of Pragmatic Language, TOPL- 2

ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1049-8.

TAYLOR, L.J., WHITEHOUSE, A.J.O. (2016). Autism Spectrum Disorder, Language Disorder, and Social (Pragmatic) Communication Disorder: Overlaps, Distinguishing Features, and Clinical Implications. Australian Psychologist 51, 287–295

UHLÍKOVÁ, P., PTÁČEK, R., PTÁČKOVÁ, H. (2014). Diagnostika a léčba ADHD v průběhu života. Postgraduální medicína 6/14.

ÚZIS - MKN Mezinárodní klasifikace nemocí: Poruchy duševní a poruchy chování [online], 2018, 191-260 [cit. 2018-05-24]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F99.html>

OROFACIÁLNÍ MYOFUNKČNÍ PORUCHY U DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU A JEJICH VLIV NA ORÁLNÍ ŘEČ

OROFACIAL MYOFUNCTIONAL DISORDERS IN PRESCHOOL-AGE CHILDREN AND THEIR INFLUENCE ON ORAL SPEECH

Mgr. Bc. Jana Mikuláštková¹

doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.²

¹ Speciálně pedagogické centrum při MŠ, ZŠ a SŠ pro sluchově postižené ve Valašském Meziříčí, elokované pracoviště Zlín, Divadelní 3242/6, 760 01

jana.mikulastikova@gmail.com

² Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta

Abstrakt

Cílem tohoto článku je poukázat na problematiku orofaciálních myofunkčních poruch (OMP) v širším kontextu zahraničního pojetí a prezentovat výzkum zabývající se korelací mezi OMP a orální řečí, který byl realizován v rámci diplomové práce na Univerzitě Palackého v Olomouci v období od května 2012 do června 2013. Předmětem kvalitativně zaměřeného výzkumu byla podrobná analýza projevů OMP a patologie v oblasti artikulace u osmi dětí předškolního věku. Cílem bylo popsat možné vzájemné souvislosti mezi OMP a pozorovanými artikulacími odchylkami, přičemž byl také kladen důraz na podrobnou analýzu jednotlivých anamnéz a jejich vzájemnou komparaci. V rámci výzkumu bylo aplikováno více výzkumných metod: pozorování, rozhovor, analýza odborné klinicko-logopedické dokumentace, vyšetření speciálními vyšetřovacími metodami pro diagnostiku OMP a pořízení fotodokumentace. U všech osmi dětí byly potvrzeny významné projevy OMP, které byly pozorovány ve většině hodnocených oblastí. Mezi signifikantní patologické projevy patřila nesprávná poloha jazyka v klidovém stavu a v orální fázi polykání, okluzní anomálie, svalové dysbalance v oblasti orofaciálního komplexu, orální způsob dýchání, odchylky v postuře těla a celkových tělesných dispozicích. Z hlediska řeči byla u všech dětí zaznamenána vadná výslovnost všech alveolárních hlásek ve smyslu interdentalního, addentálního či laterálního způsobu realizace. Nejčastěji se vyskytovala interdentalní výslovnost prealveolárních hlásek (konkrétně ostrých sykavek „c“, „s“, „z“ a dále

také hlásek „t“, „d“, „n“, „l“). Dále bylo zjištěno, že způsob patologického polohování jazyka v klidovém stavu korespondoval se způsobem vadné realizace prealveolárních hlásek. Vzhledem k tomuto zjištění a charakteru artikulacních odchylek u pozorovaných dětí s OMP, které se u všech dětí jevíly velmi analogicky, je vzájemná souvislost mezi OMP a konkrétní patologií v oblasti artikulace velmi pravděpodobná. Dle autorek výzkumu lze na základě zjištěných výsledků předpokládat, že pokud jazyk trvale zaujímá nesprávnou klidovou polohu, kdy je obvykle jeho apikální část v protruzivním interdentalním či addentálním postavení a protruzivní pohyb jazyka se dlouhodobě fixuje i při polykání, daná patologie se manifestuje i v oblasti realizace právě především alveolárních hlásek. Zároveň je však důležité poznamenat, že díky kvalitativní povaze výzkumu nelze zjištěné výsledky generalizovat a bylo by jistě přínosné provést kvantitativně zaměřený výzkum, který by tyto souvislosti blíže zmapoval v rámci českého prostředí.

Abstract

The aim of this article is to point out the issue of orofacial myofunctional disorders (OMD) in the wider context of the foreign concept and to present the research dealing with the correlation between OMD and oral speech, which was implemented within the diploma thesis at Palacky University in Olomouc between May 2012 and June 2013. The subject of qualitative research was a detailed analysis of OMD manifestations and articulation pathology in eight pre-school children. The aim was to describe the possible relationships



Mgr. Bc. Jana Mikuláštková



doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.

between the OMD and the observed articulation deviations, with an emphasis on the detailed analysis of individual anamneses and their mutual comparison. Various research methods were applied in the research: observation, interview, analysis of professional clinical speech therapy documentation, examination using special methods for OMD diagnosis and photographic documentation. With all the eight children significant manifestations of the OMD, which were observed in most evaluated areas, were confirmed. Significant pathological manifestations included the incorrect position of a tongue in stationary state and in oral phase of swallowing, occlusal anomalies, muscle dysbalance in the area of orofacial complex, oral way of breathing, deviations in body posture and total body dispositions. In terms of speech defective pronunciation of most alveolar sounds by means of tongue thrust or lateral way of realisation was recorded with all the observed children. The most frequent was the interdental pronunciation of the prealveolar sounds "c", "s", "z", and also "t", "d", "n", "l". The research also revealed that the incorrect position of a tongue in stationary state corresponded with the defective way of realisation of the prealveolar sounds. In view of this finding and due to the nature of the articulation imbalances in observed children with OMD, which were very similar in all the children, the relationship between OMD and specific pathology in the articulation is very likely. On the basis of these findings it is possible to assume that if the tongue is permanently in the incorrect position in stationary state when its apical part is usually in tongue thrust and this movement of the tongue is fixed when swallowing in the long run, this pathology will be seen also in the area of realisation especially of the alveolar sounds. However, it is also important to mention that thanks to the qualitative nature of the research, the observed results cannot be generalized and it would certainly be beneficial to carry out a quantitative-focused research which would closely describe these consequences within the Czech environment.

Klíčová slova

orofaciální myofunkční poruchy (OMP), předškolní věk, orofaciální komplex, artikulace, poruchy polykání, klidová poloha jazyka, okluzní anomálie

Keywords

orofacial myofunctional disorders (OMD), preschool age, orofacial complex, articulation,

swallowing disorders, tongue rest posture, orthodontic anomalies

Úvod do problematiky

OMP představují vzhledem ke své obsáhlé symptomatologii velmi komplexní problematiku, která by měla být předmětem zájmu hned několika vědních disciplín. Transdisciplinární přístup v rámci diagnostiky OMP a jejich následné terapie je vysoce žádoucí, a to především v rámci vědních oborů stomatologie, fyzioterapie a logopedie. I když se od prvopočátku řadí OMP vzhledem k dominantním symptomům do oblasti poruch polykání a průkopníky byli především stomatologové, již od 50. let 20. století je tato oblast zkoumána i z pohledu patologie v oblasti řeči. Tématem korelace mezi OMP a odchylkami v artikulaci se zabývá mnoho zahraničních článků a výzkumů, ovšem často v nich nalézáme protichůdné názory. V České republice je tato problematika zatím stále velmi málo probádána a odborná literatura na toto téma oproti zahraničí výrazně absenteje. Z tohoto důvodu kromě prezentace výzkumu uvádíme i teoretická východiska vycházející mimo jiné ze zahraničních publikací a výzkumů.

Teoretická východiska problematiky OMP

Nejprve se pozastavíme u OMP z historického pohledu, protože považujeme za důležité poukázat na dlouhodobý vývoj zahraničního pojetí této problematiky, díky kterému začíná být myofunkční terapie (MFT) v současné době uznávána jako platná specializovaná vědní disciplína. Zatímco v České republice vchází problematika OMP do povědomí odborné veřejnosti převážně až v posledních dvaceti letech, v zahraničí se touto oblastí zabývají stomatologové již od počátku 20. století. Už v roce 1907 poukazuje Angel ve své publikaci týkající se malokluze na skutečnost, že klidová poloha jazyka (KPJ) může ovlivnit výsledky ortodontické terapie. Přibližně o deset let později přichází Rogers se speciálními oromotorickými cviky s cílem posílit orofaciální svalstvo a napravit malokluzi. Z logopedického pohledu nastává významný zlom v 50. letech 20. století díky výzkumům ortodontisty Strauba, který zkoumal souvislosti mezi poruchami polykání a patologií v oblasti řeči. Jeho terapeutický přístup vykazoval nemalé úspěchy a své zkušenosti začal

předávat jak stomatologům, tak logopedům. Na počátku 70. let tým specialistů vyškolených Straubem zakládá asociaci, která je dnes celosvětově známa pod názvem International Association of Orofacial Myology¹ (IAOM) a sdružuje a vzdělává odborníky z mnoha zemí. Ve stejné době začal dentální hygienista Snow na univerzitě v Michiganu vyvíjet tzv. orofaciální myologický program², který implementoval do studijního plánu oboru zubní hygieny a jeho orofaciální cvičení jsou praktikována dodnes (Sinclair et al., 2018). Z ucelených monografií vydaných v tomto období můžeme zmínit např. Garliner (1974), Garliner (1976), Barrett a Hanson (1974). V roce 1975 vydala komise „Joint Commission on Dentistry and Speech Pathology-Audiology“³ prohlášení, ve kterém vybízí odborníky k dalšímu výzkumu týkajícího se fenoménu „tongue thrust“⁴ a ke kritickému zhodnocení účinnosti stávajících terapeutických postupů. Toto prohlášení bylo rovněž přijato jako oficiální stanovisko Americké asociace ortodontistů⁵ (AAO). Roku 1990 vydává americká asociace American Speech Language Hearing Association⁶ (ASHA) nové prohlášení, ve kterém upozorňuje na potřebu klinických odborníků získat další odborné vzdělání v oblasti OMP. Krátce poté ASHA vytváří směrnice týkající se vzdělání, znalostí a zkušeností potřebných pro zajištění odpovídající péče klientům s OMP. V současné době získává MFT uznání jako platná specializovaná oblast. V roce 2015 uspořádala Academy of Applied Myofunctional Sciences⁷ (AAMS) svůj první kongres v Los Angeles, kterého se zúčastnilo mnoho odborníků z různých vědních disciplín a zemí světa. AAMS společně se svou partnerskou organizací, Academy of Orofacial Myofunctional Therapy⁸ (AOMT), a také s IAOM aktuálně apelují na nutnost vzdělávání, výzkumu a osvěty v oblasti OMP a MFT. (Sinclair et al., 2018).

V současné době můžeme čerpat ze stovek zahraničních zdrojů, odborných publikací a článků pojednávajících o této problematice. Taktéž existuje i mnoho metodických příruček pro MFT, např. Orr (1998), Richardson (2003), Kittelová

¹ V překladu „Mezinárodní asociace orofaciální myologie“

² „Orofacial Myology Program“

³ Ve volném překladu „Společná komise pro stomatologii a logopedii“

⁴ Tento pojem nemá český ekvivalent, volně přeloženo jako „patologický tlak jazyka“, příp. „jazykový lis“

⁵ American Association of Orthodontists

⁶ Ve volném překladu Americká asociace pro jazyk, řeč a sluch.

⁷ Akademie aplikovaných myofunkčních věd

⁸ Akademie pro orofaciální myofunkční terapii

(2002), Holtzman (2014). Za zmínku jistě stojí článek Marshalla (2008), ve kterém se věnuje zmapování veškeré dostupné literatury týkající se terapie neřečových orálně motorických schopností⁹ (součástí je i MFT) v letech 1912 až 2007 a uvádí celkem 84 monografií a článků. Ovšem česky psané odborné literatury je na toto téma stále velmi málo, stejně jako odborných vzdělávacích kurzů. Doposud jediná ucelená monografie na téma MFT je od Kittelové (1999). Okrajově se o MFT zmiňuje např. Nádvorníková in Lechta et al. (2003), Vitásková in Peutelschmiedová a Vitásková (2005), Kaulfussová in Škodová, Jedlička et al. (2007), Kutálková (2011). Z internetových zdrojů můžeme zmínit článek Myofunkční terapie (2012), dále Myofunkční aparáty (2017). Rehabilitací orofaciální oblasti se v širším kontextu zabývá přeložená publikace od Gangale (2004), stejně jako slovensky psaná publikace od Fabiánové (2014).

Považujeme za důležité apelovat na nutnost zvyšování povědomí o této problematice, protože prevalence OMP v populaci skutečně není zanedbatelná. Jak uvádí Hanson a Mason (2003), OMP postihuje přibližně 50 % dětí předškolního věku. V pozdějším věku se prevalence nekonzistentně snižuje a u adolescentů a dospělých osob se OMP vyskytují kolem 30 %. Artese et al. (2011) poukazují na souvislosti mezi KPJ a vývojem anatomické struktury orofaciálního systému u dětí, čímž vysvětlují postupné snižování výskytu OMP s přibývajícím věkem. Longitudinální studie prokázaly, že prevalence nesprávné KPJ a patologického protruzivního způsobu polykání se výrazně snižují kolem osmého roku života. Kolem čtvrtého roku Artese et al. (2011) uvádí výskyt 51,7 % a ve věku dvanácti let 38,9 %.

Z terminologického hlediska můžeme OMP definovat dle IAOM jako „atypické pohybové vzorce v oblasti orofaciálního komplexu, které vznikají vlivem svalové dystonie a nesprávných návyků“ (What is OMDs?, 2018). Kittelová (1999, s. 9) uvádí definici OMP následující: „pod pojmem myofunkční porucha si v prvé řadě představíme chybné polykání u dětí, mladistvých i dospělých“. Klinický obraz OMP je však multisymptomatického charakteru.

Z pohledu etiologie můžeme hovořit o celém komplexu příčin způsobujících OMP mnohdy s významnou vzájemnou kauzalitou. Za nejčastější etiologické faktory jsou považovány: embryonální poško-

zení během intrauterinního vývoje, poškození plodu během porodu¹⁰, patologické přetrvávání některých orálních reflexů¹¹, alergie, časté záněty nosních dutin, změny průchodnosti choan, adenoidní vegetace, hypertrofie tonsil, frenulum breve, ankyloglosie, zlozvyky (např. dumlání palce, rtů či tváří, bruxismus, kousání nehtů), dlouhodobé používání dudlíku či kojenecké láhve, nevhodné stravovací návyky, neurologické, strukturální, muskulární či jiné abnormality orofaciálního komplexu, nevhodně aplikovaný ortodontický přístroj, hereditární zátěž, orální dyspraxie či apraxie apod. (srovnej Barrett, Hanson, 1974; Garliner, 1974; Kittelová, 1999; Vitásková in Peutelschmiedová a Vitásková, 2005; Fabiánová, 2014; Orofacial Myofunctional Disorders, 2018).

Symptomatologie se jeví vždy velmi komplexně. I když se symptomy OMP projevují primárně v oblasti orofaciálního komplexu v podobě nesprávné KPJ, narušené orální fáze polykání a okluzních anomálií, sekundární projevy můžeme pozorovat v širším kontextu celého těla a osobnosti. Mezi nejčastěji popisované symptomy patří patologický způsob orálního dýchání, hypersalivace, obtíže ve stravování, posturální vady a svalové dysbalance. Za pozornost také stojí doprovodné symptomy související s nevyrovnaným chováním, poruchami koncentrace pozornosti či vizuomotorické koordinace (Kittelová, 1999; Hanson, Mason 2003; Fabiánová, 2014; What is OMDs?, 2018).

U osob s OMP bývají taktéž velmi často popisovány nejrůznější formy odchylek v artikulaci. (srovnej Kittelová, 1999; Richardson, 2003; Winslow, 2018; What is OMDs?, 2018). IAOM uvádí, že až 81 % osob s OMP vykazuje odchylky v artikulaci (What about Articulation Problems?, 2018). Clausnitzer (1989 in Kittelová, 1999) ve své studii uvádí, že až u 50 % dětí s nesprávným způsobem polykání se v artikulaci vyskytuje sigmatismus. Autoři odborné studie realizované na Univerzitě v Gentu v Belgii, která se zaměřovala na zdokumentování OMP a artikulačních odchylek u 56 dětí vyhledávajících ortodontickou léčbu, zjistili, že nejčastěji se

vyskytují odchylky ve výslovnosti prealveolárních hlásek „s“, „n“, „l“ a „t“. Zároveň konstatují, že vliv okluze na řeč je velmi významný. (Van Lierde et al., 2015). ASHA na svých stránkách uvádí nejčastější abnormality ve výslovnosti hlásek „s“, „z“, „sch“, „ch“, „j“. Jedná se však o pojetí v kontextu anglického jazyka a výslovnosti (Orofacial Myofunctional Disorder, 2018). Na straně druhé existuje i studie, které možné souvislosti mezi OMP a artikulačními odchylkami zpochybňují. Např. Khinda a Grewal (1999) prováděli výzkum, na základě kterého prezentují, že pozorované odchylky v artikulaci souvisejí s nesprávnou KPJ (tzv. „tongue thrust“), ale vzájemnou souvislost mezi chybným polykáním a artikulačními odchylkami nelze jednoznačně prokázat. Leubrun (1985) na základě svého výzkumu uvádí, že „tongue thrust“ nekoreluje s projevy sigmatismu, může však zpozdit vývoj artikulace.

Je vhodné také zmínit, že v zahraničním pojetí problematika OMP a MFT koresponduje s oblastí neřečových orálně motorických schopností (NOMS) a jejich souvislost s řečovými schopnostmi je dlouhodobě velmi diskutována. Lee a Gibbon (2015) uvádějí, že v současnosti neexistují žádné přesvědčující důkazy, které by naznačovaly, že terapie zaměřené na neřečové orálně motorické schopnosti jsou účinnou léčbou nebo pomocnou léčbou u dětí s vývojovými poruchami řeči. Nejnovější neurologické výzkumy taktéž nepotvrzují kauzalitu mezi NOMS a artikulací. Love a Webb (2009) uvádějí, že motorická kontrola řeči a reflexy spojené s příjmem potravy jsou realizovány na odlišných úrovních nervového systému. „Reflexy spojené s příjmem potravy jsou zprostředkovávány na úrovni mozkového kmene a volní aktivita řeči je kontrolována na úrovni kortikální, subkortikální a mozečkové, kdy hlavními volními drahami pro řeč jsou kortikobulbární vlákna“ (ibid., s. 324). Reflexní dráhy mozkového kmene slouží pouze pro vegetativní a reflexní funkce a při realizaci orální řeči jsou neaktivní. „Je pravděpodobné, že z jakéhokoli neřečového vyšetření lze vyvozovat pouze velmi hrubý odhad potenciálu svalů pro výkon řeči, neboť kontrola svalů pro tyto dvě funkce je částečně autonomní“ (ibid., s. 329). Tyto informace potvrzuje Bunton (2008), která uvádí, že studie využívající funkční zobrazovací metody dokládají rozdíly v aktivacích vzorcích řeči ve srovnání s NOMS u intaktních jedinců. Dle jejího názoru neexistuje dostatek teoretických a empirických důkazů potvrzujících

⁹ Přeloženo z anglického termínu „Non-speech oral motor treatment“ (NOMT)

¹⁰ Např. hypoxie či asfyxie, která může mít za následek mimo jiné i orofaciální dystonii. Fabiánová (2014) v této souvislosti hovoří o tzv. centrálním hypotonickém syndromu.

¹¹ Zásadně signifikantním jevem způsobujícím OMP je patologické přetrvávání infantilního (taktéž embryonálního či dentálně-labiálního) způsobu polykání, který je přirozený v novorozenecké a kojeneckém věku, ale přibližně od šesti měsíců věku dítěte by se měl vytráčet (Hanson, Mason, 2003, Artese et al., 2011, Fabiánová, 2014).

efektivnost využívání cvičení neřečových orálně motorických pohybů v rámci terapie řečových schopností. Toto téma je stále předmětem dalšího hlubšího bádání.

Diagnostika OMP by měla být v rukou odborníků speciálně školených v dané problematice. V ideálním případě by měla být založena na mezioborové spolupráci odborníků z oblasti stomatologie, ortodoncie, fyzioterapie a logopedie, stejně jako následná terapie. Bohužel v praxi tomu tak u nás ve většině případů není. Na základě vzdělání, případně typu absolvovaného školení, se potom jednotlivé diagnostické postupy mohou lišit dle autora jednotlivých pojetí MFT. Všeobecně by součástí diagnostiky OMP měla být podrobná anamnéza klienta a vyšetření anatomických a funkčních vlastností orofaciálního systému (rtů, jazyka, brady, zubů, čelistí, patra, obličejového a žvýkacího svalstva). Tyto oblasti zhodnotíme jak v klidové poloze, tak při žvýkání a polykání. Dále se zajímáme o celkové tělesné dispozice, dýchání, artikulaci, hlas a další doprovodné symptomy. V rámci diagnostiky OMP je běžně využíváno nejrůznějších speciálních pomůcek a postupů (Barrett, Hanson, 1974; Garliner, 1976; Kittel, 1999; Richardson, 2003).

Způsob terapie OMP se taktéž primárně odvíjí od druhu vzdělání, které daný odborník v této oblasti absolvuje. Jednotlivé terapeutické přístupy se totiž mohou lišit dle přístupu toho kterého autora, stejně jako diagnostika. Vždy jsou však založeny na systematickém a dlouhodobém svalovém cvičení (orofaciálního systému i celého těla) a postupné eliminaci patologických projevů a návyků, kdy zásadním faktorem úspěšnosti terapie je aktivní spolupráce klienta a pravidelné domácí cvičení. Součástí terapie je taktéž využívání speciálních pomůcek pro MFT, např. myofunkční trainery, gumové tahy, myofunkční knoflíky atd. (Kittelová, 1999; Myofunkční aparáty, 2017). U nás je doposud pravděpodobně nejznámější terapeutický přístup dle Kittelové (1999), která vychází z metodologie Garliner (1976). Z dalších přístupů můžeme uvést např. Moeller (2009) či Richardson (2003). Na zvyšování povědomí českých logopedů o OMP se zcela jistě podílejí např. klinické logopedky Kaulfussová, J., Kovaříková R., a Jandová, Z., které pořádaly nebo ještě stále pořádají vzdělávací kurzy a semináře na toto téma. Dle našeho názoru se v ČR v rámci logopedické intervence obecně využívá spíše prvků OMP. Kvantitativní výzkum na toto téma provedla Janečková (2016), která ma-

povala využívání MFT českými logopedy v rámci terapie narušené komunikační schopnosti. Zjistila, že 80 % ze 170 oslovených respondentů aplikuje MFT v rámci logopedické terapie, ovšem u převážné části se jedná jen o prvky MFT. Jen 48,8 % respondentů bylo proškoleny v rámci nějakého odborného kurzu. Většina z oslovených hodnotí nabídku vzdělávání v ČR jako nedostačující.

Prevenzi OMP spatřujeme především ve všeobecném zvyšování povědomí o problematice OMP a v cílené osvětě jak odborné, tak i laické veřejnosti. Vzhledem k tomu, že velké množství OMP vzniká vlivem vnějších faktorů, lze mnohým z nich, především díky informovanosti rodičů, pediatrů, neonatologů, stomatologů, fyziologů, logopedů, pedagogů atd., úspěšně předcházet. Fabiánová (2014) uvádí jako jednu z možností prevence využití Bobath konceptu u rizikových kojenců.

Metodologie výzkumu

Metodologie výzkumu byla založena na kvalitativní výzkumné strategii multipřípadové studie. V rámci analyzování získaných dat autorka výzkumu kombinovala strukturu narativní a komparativní (Hendl, 2005), kdy jednotlivé kazuistiky nejprve individuálně analyzovala, zjištěné informace následně komparovala a získané výsledky interpretovala.

Cílem výzkumu bylo podrobně analyzovat projevy OMP a odchylky v artikulaci u osmi dětí předškolního věku, popsat možné vzájemné souvislosti, přičemž byl také kladen důraz na podrobný rozbor a komparaci jednotlivých anamnéz. Dílčím cílem bylo poukázat na možnosti diagnostiky OMP, protože autorka považuje znalost této problematiky za velmi důležitou i z hlediska následné logopedické terapie.

Vzhledem k povaze kvalitativního výzkumu nebyly formulovány hypotézy, nýbrž čtyři výzkumné otázky:

Otázka č. 1: Jaké nejčastější odchylky pozorujeme v orální řeči klientů s OMP?

Otázka č. 2: Jaké vzájemné souvislosti existují mezi OMP a odchylkami v artikulaci?

Otázka č. 3: Jaké případné etiologické faktory související s OMP a artikulacími odchylkami lze zjistit na základě analýzy anamnestických dat?

Otázka č. 4: Na které oblasti bychom se na základě zjištěných výsledků měli v diagnostice OMP zaměřit?

Výzkum, včetně jeho přípravné fáze (absolvování odborného kurzu zaměře-

ného na problematiku OMP¹², stanovení cílů a metodologie výzkumu, zajišťování technického zázemí pro výzkumný projekt), probíhal v období od května 2012 do května 2013. Projektová fáze sběru výzkumných dat byla realizována v ambulanci klinické logopedie ve Valašském Meziříčí pod vedením klinické logopedky Mgr. Žanety Wirthové, odborně vzdělané v problematice OMP, stejně jako autorka výzkumu. Na počátku projektové fáze byl sestaven výzkumný soubor osmi klientů, který splňoval autorkou stanovená kritéria: předškolní věk, projevy OMP a projevy patologie v orální řeči. Samozřejmostí byl informovaný souhlas zákonného zástupce nezletilého klienta se zapojením do výzkumu a jeho osobní účast při realizaci vyšetření.

Metodika sběru výzkumných dat pro jednotlivé kazuistiky byla vzhledem k povaze výzkumu zvolena jako kombinace více výzkumných metod: rozhovor, anamnéza (osobní, rodinná, zdravotní), pozorování, analýza odborné klinicko-logopedické dokumentace, pořízení fotodokumentace. Součástí projektové fáze bylo taktéž vyšetření speciálními vyšetřovacími metodami, v jejichž realizaci byla autorka výzkumu proškolená během výše zmíněného vzdělávacího kurzu. Konkrétně se jednalo o Payne – techniku sloužící ke zjištění polohy jazyka při orální fázi polykání za použití speciální fluorescenční pasty a UV lampy, dále vyšetření síly bilabiálního uzávěru pomocí myometru - speciální závěsné ruční váhy a vyšetření orální stereognózie pomocí speciálních geometrických tvarů určených k tomuto účelu.

Pro účely zaznamenávání získaných dat a jejich následné analýzy autorka vytvořila záznamový arch, při jehož tvorbě vycházela z informací získaných v rámci odborného kurzu a taktéž z několika publikací (Kittelová, 1999; Lechta, 2002; Mikulajová, Rafajdusová, 1993; Tedla et al. 2009; Gangale, 2004). Záznamový arch je rozčleněn dle jednotlivých pozorovaných oblastí:

1. Rodinná, osobní a zdravotní anamnéza
→ 13 pozorovaných oblastí (rodinná, prenatalní, perinatální, postnatální anamnéza, psychomotorický vývoj, řečový vývoj, sociální vývoj, kojení, kojenecká láhev, dudlík, zlozvyky, aktuální způsob stravování, onemocnění)
2. Orofaciální komplex a tělesné dispozice
→ 9 pozorovaných oblastí (rty, jazyk,

¹² Kurz Myofunkční terapie I., 25. – 26.5.2012, Praha, Carpe diem Bohemia s.r.o., akreditovaný AKL, s lektorkou Mgr. J. Kaulfussovou, který vycházel z metodické koncepce dle Kittelové (1999).

brada, obličejové a žvýkácké svalstvo, zuby – čelist – patro, dýchání, hlas, příjem potravy, tělesné dispozice)

3. Speciální vyšetřovací metody → 3 pozorované oblasti (orální stereognózie, síla bilabiálního uzávěru, Payne – technika)
4. Orální řeč → 1 pozorovaná oblast (artikulační odchylky, způsob realizace vadně vyslovovaných hlásek)

Všechny pozorované oblasti byly hodnoceny ve spolupráci s klinickou logopedkou. Veškerá získaná data byla zaznamenána do záznamového archu, na základě kterého byly vytvořeny jednotlivé výzkumné zprávy, které autorka podrobně analyzovala, a získané informace interpretovala. Vzhledem ke zvolené metodologii výzkumu byla tato narativní analýza následně doplněna i o komparativní analýzu, v rámci které se autorka snažila vzájemně komparovat jednotlivé kazuistiky v širším kontextu. Pro přehlednost byly získané výsledky v rámci jednotlivých oblastí taktéž vizualizovány v podobě grafů a tabulek. Analýzu i interpretaci dat autorka prezentuje jako subjektivní posouzení založené na informacích získaných z odborné literatury a absolvovaného vzdělávacího kurzu.

komparativního přístupu. Jednotlivé kazuistiky a jejich podrobné analýzy je možné nalézt v Mikuláščíkové (2013).

U všech osmi pozorovaných dětí se pomocí výše zmíněných výzkumných metod potvrdily významné projevy OMP projevující se ve většině pozorovaných oblastí. V rámci orální řeči byly taktéž u všech dětí zaznamenány výrazné odchylky v artikulaci ve formě vadné výslovnosti především alveolárních hlásek. K zajímavým zjištěním bylo dospěno i z hlediska komparace jednotlivých anamnéz. Získané informace pro přehlednost uvedeme postupně dle jednotlivých pozorovaných oblastí a v některých případech doplníme i o grafické znázornění.

První pozorovanou a analyzovanou oblastí byla anamnéza. Následující Graf 1 přehledně zobrazuje, u kolika dětí byl pozorován významný jev v dané anamnestické oblasti, který by mohl souviset s projevem OMP. Významná zjištění byla nejčastěji zaznamenána v oblasti onemocnění, dále v oblasti používání dudlíku a následně v oblasti psychomotorického a sociálního vývoje. V polovině případů byly zjištěny významné skutečnosti v oblasti perinatální anamnézy, postnatální anamnézy, řečového vývoje a zlovyků.

Výsledky výzkumu

Výsledky výzkumu budeme na tomto místě prezentovat především z pohledu

Graf 1

Významná zjištění v jednotlivých pozorovaných oblastech



V rámci perinatální anamnézy stojí jistě za zmínku, že u čtyř dětí proběhl komplikovaný porod a z toho u tří došlo během porodu k asfyxii. U těchto čtyř dětí byly následně zjištěny i komplikace v postnatální anamnéze, kdy byla diagnostikována novorozenecká žloutenka s nutností fototerapie. Jedno z těchto dětí bylo navíc umístěno do inkubátoru a jednomu byla podávána antibiotika z důvodu cystitidy.

V oblasti psychomotorického vývoje byly zaznamenány u pěti z osmi dětí taktéž velmi významná zjištění. Ve čtyřech případech se jednalo o výše zmíněné děti s významnou perinatální a postnatální anamnézou, kdy jejich psychomotorický vývoj vykazoval určité abnormality a byla u nich aplikována rehabilitace pomocí Vojtovy metody. U pátého dítěte absentovala vývojová fáze kvadrupedální lokomoce.

Co se týče řečového vývoje, v anamnéze čtyř dětí figurovalo opoždění ve vývoji řečových schopností. Ve třech případech se jednalo o klienty s významnou perinatální a postnatální anamnézou, v jednom případě o dítě s pozorovanou abnormalitou v psychomotorickém vývoji.

Zajímavé výsledky byly zaznamenány i v oblasti sociálního vývoje. U pěti klientů rodiče v anamnéze uváděli problémovou adaptaci v mateřské škole. V rámci popisu

charakterových vlastností byla velmi často uváděna tato adjektiva: introvertní, tvrdohlavý, nesmělý, negativistický, agresivní. Ve třech případech se jednalo o děti s významnou perinatální a postnatální anamnézou a s odchylkami v řečovém a psychomotorickém vývoji. V jednom případě se jednalo o dítě s abnormalitami v psychomotorickém a řečovém vývoji.

V oblasti kojení byla významná zjištění zaznamenána jen u dvou pozorovaných dětí. U obou klientů byly zaznamenány odchylky také ve vývoji perinatálním, postnatálním, psychomotorické, řečové i sociální, přičemž jedno z dětí nebylo kojeno vůbec a druhé necelý týden.

Kojeneckou láhev používaly jen tři děti (dvě děti 18 měsíců, jedno dítě 24 měsíců). Dudlík používalo celkem šest dětí. Tři děti měly ortodontický (skosený) typ po dobu 18 měsíců (z toho u dvou nebyla pozorována okluzní anomálie a u jednoho ano), zbylé tři děti používaly klasický (kulatý) typ, z toho dvě děti 30 měsíců a jeden 32 měsíců (u všech tří byla pozorována okluzní anomálie v podobě hiatodoncie).

U poloviny klientů byly zaznamenány nejrůznější zlovyky v souvislosti s orofaciálním komplexem. Jedno dítě si mezi 3. - 5. rokem dumalo palec, jedno dítě, u kterého byly pozorovány ve většině ob-

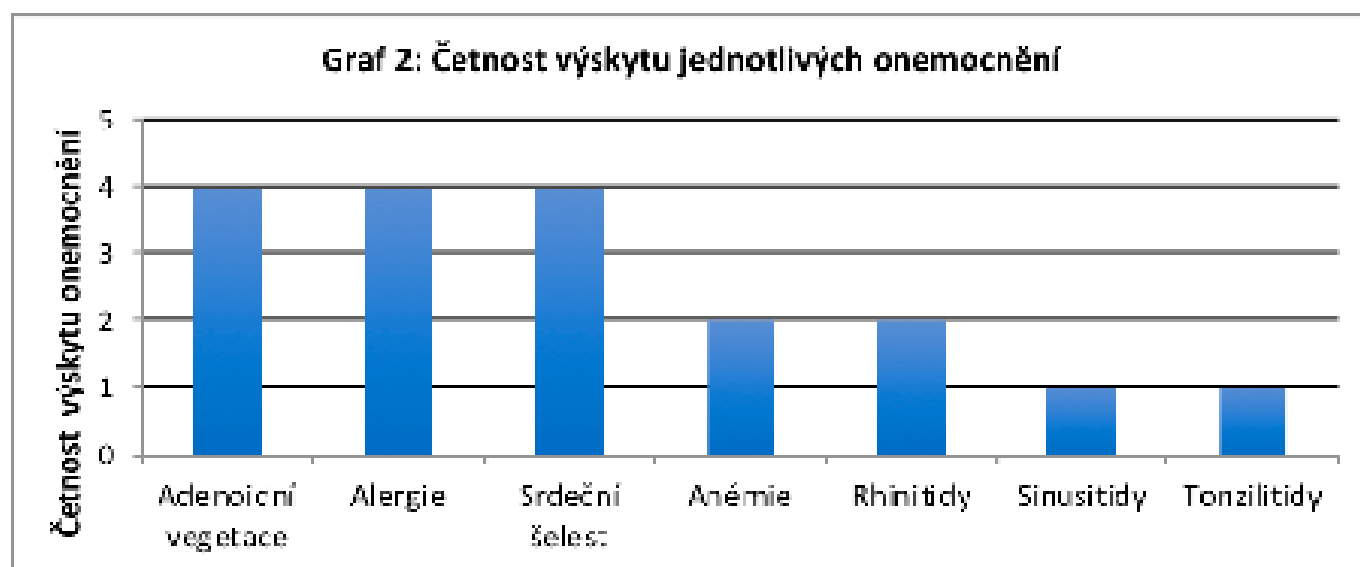
lastí významné jevy, mělo dlouhodobě zlovyk dumání rukou. Další dítě s taktéž významnou celkovou anamnézou trpělo zlovykem onychofagie (kousání nehtů) a jedno dítě bruxismem. Kromě dítěte s onychofagií vykazovaly zbylé tři děti okluzní anomálie.

V oblasti aktuálních stravovacích návyků pouze dva rodiče v anamnéze uvedli, že pozorují určité obtíže. U jednoho dítěte se jednalo o problémy se zpracováváním větších soust a taktéž muselo dítě během jídla přijímat tekutiny k docílení efektivnějšího polknutí. Druhé dítě mělo taktéž obtíže s polykáním větších soust a stravovací tempo rodič označil jako velmi pomalé. U obou dětí byly pozorovány významné jevy i v ostatních oblastech anamnézy.

Poslední pozorovanou oblastí byla onemocnění. U sedmi dětí z osmi byla zjištěna onemocnění, která mohou významnou měrou souviset s OMP. V rámci všech dětí, přičemž u některých bylo pozorováno více onemocnění současně, byla čtyřikrát uvedena adenoidní vegetace, čtyřikrát alergie, taktéž čtyřikrát srdeční šelest, dvakrát rinitidy, jednou sinusitidy a jednou tonzilitidy. Četnost výskytu jednotlivých onemocnění je přehledně vyobrazena v Grafu 2.

Graf 2

Četnost výskytu jednotlivých onemocnění



V rámci pozorování anatomických a funkčních vlastností orofaciálního komplexu a celkových tělesných dispozic autorka dospěla k následujícím zjištěním, které prezentujeme dle jednotlivých oblastí.

RTY: Patologie v oblasti rtů byla pozorována u všech dětí v nejrůznější podobě.

Ve všech případech byla zaznamenána svalová dystonie v oblasti rtů. U šesti dětí byla zaznamenána hypotonie, u dvou dětí hypertonie. Ve všech případech byly rty v klidové poloze v různé míře oddáleny. Při polykání byly rty v polovině případů pevně sevřeny, ve třech případech vol-

ně sevřeny a v jednom případě oddáleny. U jednoho dítěte byla také pozorována hypertrofie spodního rtu, u dalšího dítěte zkrácený horní ret a hypersalivace, ve dvou případech doprovodný symptom olizování rtů a v jednom případě doprovodný symptom ragád ústních koutků.

JAZYK: Svalový tonus jazyka byl ve dvou případech zhodnocen jako hypotonní a v jednom případě jako hypertonní. Ve čtyřech případech byly zaznamenány projevy svalové dysbalance s dalšími doprovodnými symptomy jako zarudlé či zmohtnutělé okraje jazyka (ve dvou případech), výrazně ochablý střed jazyka (v jednom případě). V jednom případě se jevil tonus jazyka jako vyrovnaný, ale jazyk byl vzhledem k velikosti dutiny ústní abnormálně dlouhý. Na okrajích jazyka byly patrné mírné zubní impresie. Ve všech ostatních případech nebyla v rámci posuzování velikosti jazyka pozorována žádná výraznější abnormalita. Co se týče KPJ, v šesti případech byla apikální část jazyka v protruzivním interdentálním postavení. V jednom z těchto případů byly okraje jazyka zároveň laterálně tlačeny mezi boční zuby. V jednom případě byl jazyk namířen proti horním řezákům ve smyslu addentálního postavení, u jednoho klienta byl jazyk polohován na spodině dutiny ústní. Při snaze o nalezení správné KPJ byla v šesti případech nalezena správně, ale udržena jen krátce. Ve dvou případech se klientům nedařilo správnou KPJ nalézt vůbec. Ve všech případech bylo pozorováno oslabení v oblasti motoriky jazyka.

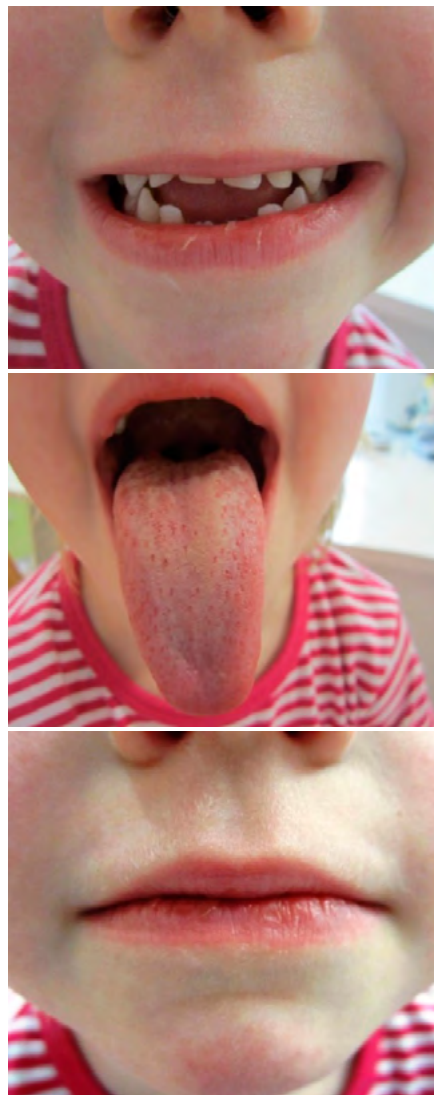
BRADA: V pěti případech byla zaznamenána hypertonie v oblasti m. mentalis, kdy byl bradový sval zvýšeně aktivní. V jednom případě byla pozorována hypotonie v oblasti brady, v jednom případě se svalové napětí jevilo vyvážené.

OBLIČEJOVÉ A ŽVÝKACÍ SVALSTVO: V pěti případech byla pozorována nevýrazná mimika, ve dvou případech výrazných abnormalit a v jednom případě se jevila strnule, křečovitě. V šesti případech zaujímal mandibula v klidové poloze trvale abduktivní postavení, ve dvou případech nebyly pozorovány odchylky.

ZUBY, ČELIST, PATRO: Co se týče dentice a typu okluze, u pěti dětí byla zaznamenána hiatodoncie, u jednoho dítěte opsidodoncie. U dvou dětí nebyla zaznamenána výrazná okluzní anomálie, ale u jednoho z nich bylo upozorováno gotické patro. Jedno dítě toho času používalo ortodontický aparát s hrazdou indikovaný ortodontistou. Pro názornost uvádíme fo-

todokumentaci z kazuistiky jednoho dítěte (Obrázek 1), u kterého byla okluzní anomálie velmi výrazná.

Obrázek 1
Fotodokumentace pozorovaného dítěte



DÝCHÁNÍ: Ve všech případech bylo dýchání zhodnoceno jako převážně orální. Žádné z pozorovaných dětí nedýchalo fyziologicky nasálním způsobem, což pozorovala i většina rodičů. Dále byl ve dvou případech způsob dýchání posouzen jako převážně klavikulární, v šesti případech jako převážně kostální. U žádného dítěte nebyl zaznamenán abdominální způsob dýchání.

HLAS: V šesti případech byla tvorba hlasu posouzena jako normální. V jednom případě byl pozorován vytlačovaný způsob tvorby hlasu s tvrdými hlasovými začátky, v jednom případě byl přítomen chrapot. U obou klientů, kteří vykazovali patologický způsob tvorby hlasu, byl zaznamenán klavikulární způsob dýchání.

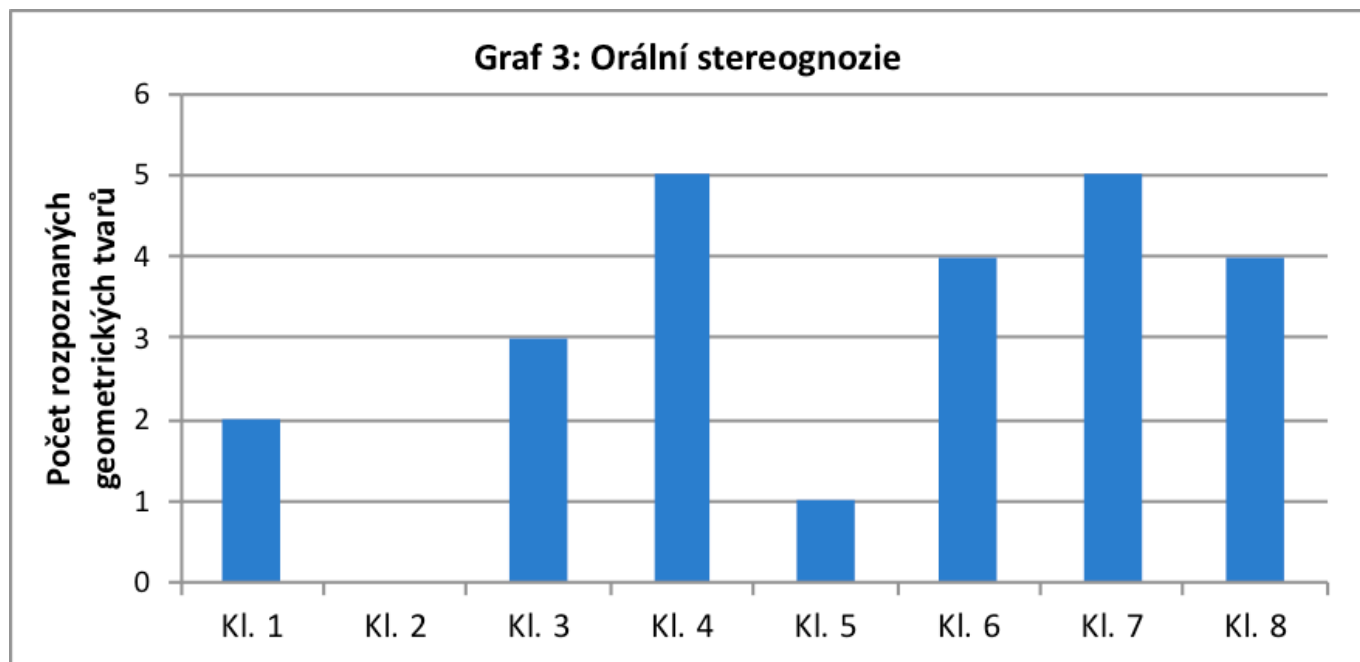
PŘIJÍMÁNÍ POTRAVY: Při spontánním příjmu potravy byl u šesti dětí zaznamenán potruživní pohyb jazyka. V případě dvou dětí jazyk viditelně narážel na zuby, u čtyř klientů byl pozorován m. mentalis v kontrakci. U čtyř klientů byly pozorovány různé doprovodné symptomy jako hypersalivace, mlaskání, nepřiměřené grimasy.

TĚLESNÉ DISPOZICE: U všech klientů byly pozorovány nejružnější abnormality v držení těla, které by bylo třeba odborně vyšetřit rehabilitačním lékařem či fyzioterapeutem. Vyskytovalo se např. držení těla se zakulacenými zády, zvednutými či svěšenými rameny. Dále byla pozorována hypotonie v oblasti zádového a břišního svalstva, vychylování polohy hlavy z osy těla apod. Co se týče zrakového kontaktu, tak jen dva klienti byli schopni adekvátně udržet zrakový kontakt, tři klienti jej neudržovali vůbec a tři jen krátce. V oblasti koncentrace pozornosti byly pozorovány u tří klientů výraznější obtíže s udržením pozornosti, u dvou klientů byly obtíže s pozorností mírnějšího charakteru a ve třech případech byla pozornost hodnocena jako dobrá.

Nyní se zaměříme na oblast speciálních vyšetřovacích metod pro diagnostiku OMP. Co se týče vyšetření orální stereognozie, zjištěné výsledky byly značně nekonstantní. Počet rozpoznávaných geometrických tvarů v dutině ústní se pohyboval v rozmezí od nuly do pěti z celkového počtu šesti tvarů. Dvě děti určily pět tvarů, dvě děti čtyři tvary a dále tři, dva, jeden a nula tvarů rozpoznalo vždy jedno dítě (viz Graf 3). Nejvýraznější problémy s identifikací geometrických tvarů měly čtyři, u kterých byly shledány výrazné oromotorické obtíže spojené s celkovou svalovou dystonií.

Graf 3

Vyšetření orální stereognozie



V rámci vyšetření síly bilabiálního uzávěru bylo u všech pozorovaných dětí shledáno oslabení oproti stanovené normě 400 g. Nejnižší hodnota byla naměřena u dítěte, které v rámci orální stereognozie neidentifikovalo žádný tvar a v oblasti celého orofaciálního komplexu byly pozorovány výrazné odchylky. Pro zajímavost uvedme u tohoto dítěte anamnestické údaje.

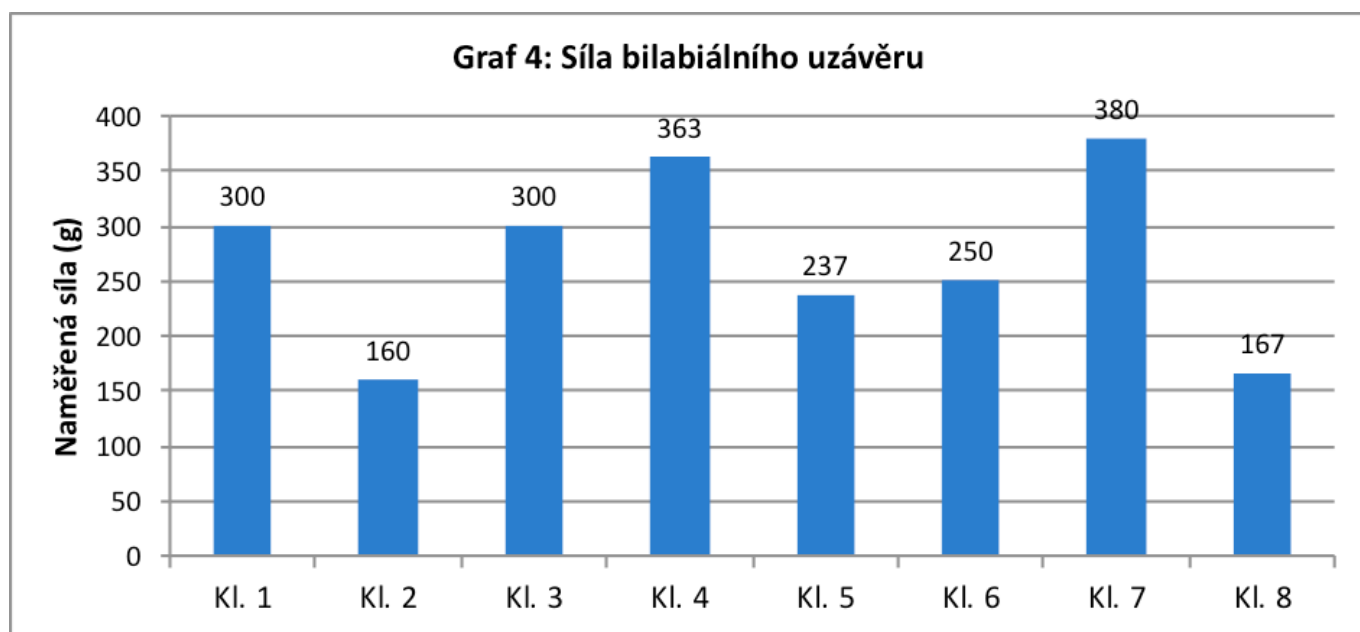
V pre-, peri- a postnatální anamnéze nebyly uvedeny žádné komplikace, v rámci psychomotorického vývoje absentovala fáze kvadrupedální lokomoce, vývoj řeči byl mírně opožděný, kojen byl 14 měsíců, láhev nepoužívána, dudlík klasického typu používán 30 měsíců, z onemocnění uvedena anemie a adenoidní vegetace. Z hlediska stravování matka pozoruje obtíže se

zpracováním větších soust, dítě přijímá tekutiny během jídla a stravovací tempo je pomalé. V charakterových vlastnostech dominuje introvertnost, nesmělost, problémová adaptace v MŠ.

Následující Graf 4 srovnává hodnoty naměřené síly bilabiálního uzávěru.

Graf 4

Vyšetření síly bilabiálního uzávěru



V rámci Payne-techniky, kterou se zjišťovala poloha jazyka v orální fázi polykání, nebyl u žádného dítěte zjištěn fyziologický průběh polykání. Jednomu dítěti se fluorescenční pasta sice otiskla na alveolární výběžek, ale současně na horní řezáky, což již bylo hodnoceno jako patologie. Čtyřem dětem se pasta otiskla na horní řezáky, případně i špičky. U třech dětí byl pozorován otisk na převážné části horního zubního oblouku.

V oblasti artikulace se u všech dětí vyskytovala patologie. U všech dětí byla po-

zorována vadná výslovnost alveolárních hlásek, kdy se nejčastěji vyskytovala interdentalní výslovnost hlásek prealveolárních. Konkrétně v šesti případech byla zaznamenána interdentalní výslovnost hlásek „c“, „s“, „z“. V pěti případech interdentalní výslovnost hlásek „t“, „d“, „n“, „l“. Ve třech případech docházelo také k interdentalní výslovnosti postalveolárních hlásek „č“, „š“, „ž“. U tří dětí byla zaznamenána addentalní výslovnost hlásek „t“, „d“, „n“, ve dvou případech také hlásky „l“. Dvakrát byla zaznamenána laterální výslovnost sykavek

obou řad. V jednom případě se vyskytovala labiodentalní výslovnost bilabiálních hlásek „p“, „b“, „m“. U tohoto klienta docházelo také k nekorektní výslovnosti hlásek „k“, „g“, „f“, „v“, „l“ a diftongů „au“, „ou“ a palatálních hlásek („t“, „d“, „n“, „j“). Ve třech případech docházelo k substituci vibrantu „r“ a „ř“, která je však vzhledem k věku dětí a absenci vadné výslovnosti daných hlásek hodnocena jako vývojová odchylka. Tabulka 1 poskytuje přehled nekorektně realizovaných hlásek u jednotlivých dětí.

Tabulka 1

Odchylky v artikulaci jednotlivých dětí

	Kl.1	Kl.2	Kl.3	Kl.4	Kl.5	Kl.6	Kl.7	Kl.8
INT	t d n l		t d n l			t d n l	t d n l	t d n l
	c s z		c s z	c s z		c s z	c s z	c s z
	č š ž					č š ž		č š ž
ADD		t d n		t d n l	t d n l			
LAT		c s z			c s z			
		č š ž			č š ž			
LAB		p b m						
SUB či ELIM	r, ř		r ř			r, ř		
		k g f v l						
		au ou t, d, n, j	č š ž					

Pozn. Kl. = klient, INT = interdentalní výslovnost, ADD = addentalní výslovnost, LAT = laterální výslovnost, LAB = labiodentalní výslovnost, SUB = substituce, ELIM = eliminace

Odchylky v artikulaci se u všech klientů jeví velmi analogicky. Podstatné je také zjištění, že způsob patologického polohování jazyka v klidovém stavu korespondoval se způsobem vadné realizace prealveolárních hlásek.

Stanovené výzkumné otázky byly v rámci výzkumu zodpovězeny následovně:

Otázka č. 1: Jaké nejčastější odchylky pozorujeme v orální řeči klientů s OMP?

V rámci výzkumu bylo zjištěno, že u dětí s projevy OMP se v nejvyšší míře vyskytují odchylky ve výslovnosti hlásek t, d, n, l, c, s, z, č, š, ž. Jedná se tedy především o prealveolární (t, d, n, l, c, s, z) a postalveolární hlásky (č, š, ž). Nejčastěji byla zaznamenána interdentalní výslovnost ostrých sykavek c, s, z, dále pak interdentalní výslovnost hlásek t, d, n, l. Tyto hlásky byly také poměrně často vyslovovány addentalním způsobem. Tupé sykavky č, š, ž byly nejčastěji vyslovovány interdentalně, dále pak laterálním způsobem. Za dominantní lze tedy považovat sigmatismus (interdentalní, addentalní, popřípadě laterální), který se

v určité formě vyskytoval u všech pozorovaných klientů, a také vadnou výslovnost hlásek t, d, n, l.

Otázka č. 2: Jaké vzájemné souvislosti existují mezi OMP a odchylkami v artikulaci? U všech pozorovaných dětí byla potvrzena nesprávná KPJ a patologický způsob orální fáze polykání, kdy se jazyk pohyboval nefyziologickým protruzivním způsobem. Je velmi pravděpodobné, že tato patologie neřečového pohybu jazyka úzce souvisí s charakterem artikulacních odchylek. Ty se u pozorovaných dětí manifestovaly především v podobě vadné výslovnosti alveolárních hlásek, jejichž správná realizace je závislá na precizní motorice jazyka. Pokud tedy jazyk trvale zaujímá nesprávnou klidovou polohu, kdy je obvykle jeho apikální část v protruzivním interdentalním či addentalním postavení, je dle našeho názoru vysoce pravděpodobné, že se tato patologie projeví právě ve způsobu realizace alveolárních hlásek. A to především v podobě interdentalní, addentalní, popřípadě laterální výslovnosti. Apikální část jazyka totiž

není správně polohována na processus alveolaris, ale instinktivně se polohuje do zafixované nesprávnou pozice, kterou zaujímá během klidové polohy a při polykání.

Otázka č. 3: Jaké případné etiologické faktory související s OMP a artikulacními odchylkami lze zjistit na základě analýzy anamnestických dat?

U všech zkoumaných dětí byly pozorovány velmi významné jevy v perinatální a postnatální anamnéze, psychomotorickém, řečovém a sociálním vývoji. Dále byla u většiny dětí zaznamenána onemocnění typu zánětů horních cest dýchacích, alergií, adenoidní vegetace, které mohly mít významný etiologický podíl na vzniku OMP. Zajímavé bylo zjištění, že u poloviny dětí se vyskytoval srdeční šelest. Vzájemné možné souvislosti s OMP však nelze posoudit. Dále pak používání dudlíku bylo u většiny klientů vzhledem k délce používání neadekvátní a u některých se mohlo podílet na fixaci nesprávné KPJ, případně vzniku ortodontické anomálie. Do jaké míry měly zjištěné etiologické faktory vliv

na vznik OMP a řečových obtíží však nelze na základě získaných výsledků objektivně posoudit.

Otázka č. 4: Na které oblasti bychom se na základě zjištěných výsledků měli v diagnostice OMP zaměřit?

Na základě zjištěných výsledků by základem diagnostiky měla být vždy podrobná anamnéza, protože jak se v rámci analýzy dat ukázalo, významná zjištění byla pozorována u všech klientů ve většině oblastí. Z aktuálních projevů OMP, které byly zaznamenány u všech dětí, je třeba sledovat přítomnost ortodontické anomálie (nejčastěji hiatodoncie), dále orální způsob dýchání, nesprávnou KPJ, nevyrovnaný tonus v orofaciální oblasti, stejně jako odchylky v postuře celého těla. Varovná mohou být také častá onemocnění především horních cest dýchacích, výskyt adenoidní vegetace a alergií, které mohou mít příčinou orálního způsobu dýchání a dalších obtíží.

Diskuze

Na základě získaných výsledků je možné konstatovat, že vliv OMP na orální řeč je velmi pravděpodobný, jednoznačně však prokázán nebyl. V rámci výzkumu bylo zjištěno, že dominantní řečovou vadou pojící se s OMP je vadná výslovnost alveolárních hlásek, především interdentalní výslovnost prealveolár. Významné je taktéž zjištění, že způsob patologického polohování jazyka v klidovém stavu korespondoval u všech dětí se způsobem vadné realizace prealveolárních hlásek. Vzhledem k tomuto zjištění a charakteru artikulačních odchylek u pozorovaných dětí s OMP, které se u všech dětí jevíly velmi analogicky, je vzájemná souvislost mezi OMP a konkrétní patologií v oblasti artikulace velmi pravděpodobná. Vzhledem ke kvalitativní povaze výzkumu a nízkému vzorku probandů však nelze na základě zjištěných výsledků stanovit všeobecně platné závěry. Důležité je však zmínit, že získané výsledky korespondují s výsledky výše zmíněného belgického výzkumu, na základě kterého autoři konstatovali, že nejčastěji se u dětí s okluzními anomáliemi a OMP vyskytují odchylky ve výslovnosti prealveolárních hlásek „s“, „n“, „l“ a „t“ a vzájemné souvislosti hodnotí jako velmi významné (Van Lierde et al., 2015). Taktéž se výsledky shodují s výzkumem, který prováděli Khinda a Grewal (1999) a ze kterého vyplynulo, že pozorované odchylky v artikulaci souvisejí s nesprávnou KPJ, ale vzájemnou souvislost mezi chybným

polykáním a artikulačními odchylkami nelze prokázat. Jednoznačně by bylo vhodné tuto problematiku ještě podrobněji probádat a zrealizovat v ČR např. kvantitativně zaměřený výzkum na toto téma, který by zahrnoval větší výzkumný vzorek.

Shrnutí

Cílem tohoto odborného článku bylo poukázat na možné vzájemné souvislosti mezi OMP a konkrétními odchylkami v artikulaci. Byla prezentována realizace kvalitativního výzkumu, který podrobně analyzoval projevy OMP u osmi dětí v souvislosti s vyskytující se patologií v oblasti artikulace. Na základě zjištěných výsledků je korelace mezi těmito dvěma oblastmi velmi pravděpodobná, jednoznačně však potvrzena nebyla. Snahou článku bylo taktéž informovat o zahraničním pojetí problematiky OMP včetně historického vývoje, protože ucelená teoretická základna v České republice stále ještě schází. Překlady zahraniční odborné literatury jsou zcela jistě žádoucí, stejně jako cílené vzdělávání a osvěta v řadách odborné i laické veřejnosti.

Literatura

ARTESE, A. et al. Criteria for diagnosing and treating anterior open bite with stability. In *Dental Press J Orthod* [online]. 2011. May-June; 16(3):136-61. [Cit. 2018-03-30]. Dostupné z: http://www.scielo.br/pdf/dpjo/v16n3/en_a16v16n3.pdf

BARRET, R. H., HANSON, M. L., 1974. Oral myofunctional disorders. Saint Louis.

BUNTON, K. Speech versus Nonspeech: Different Tasks, Different Neural Organization. In *Seminars in Speech and Language* [online]. 2008. Nov; 29(4): 267-275. [Cit. 2018-04-04]. Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2685191/>.

FABIÁNOVÁ, A., 2014. Orofaciální a bazální stimulácia, Havlíčkův Brod: Tobiaš. ISBN 978-80-7311-145-8.

GANGALE, D. C., 2004. Rehabilitace orofaciální oblasti. Praha: Grada. ISBN 80-247-0534-6.

GARLINER, D., 1976. Myofunctional therapy. Philadelphia: W. B. Saunders Company. ISBN 0-72-16-4055-9.

GARLINER, D., 1974. Myofunctional therapy in dental practice. New York: Bartel Dental Book CO.

HANSON, M. L., MASON, R. M., 2003. Orofacial myology. USA: Charles C Thomas. ISBN 0-398-0735-97.

HENDL, J., 2005. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.

HOLTZMAN, S. R., 2014. Orofacial Myology: From Basics to Habituation. Orofacial Myology. ASIN: 0037AOT02.

JANEČKOVÁ, S., 2016. Využití myofunkční terapie u osob s NKS. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Fakulta pedagogická. Vedoucí práce KOMORNÁ, M.

KAULFUSSOVÁ, J., 2007. Dysfagie: poruchy polykání a příjmu potravy. In ŠKODOVÁ, E. et al. *Klinická logopedie*. 2.vyd. Praha: Portál, s. 547-557. ISBN 978-80-7367-340-6.

KHINDA, V., GREWAL N. Relationship of tongue-thrust swallowing and anterior open bite with articulation disorders: a clinical study. In *Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry* [online]. June 1999. Vol. 17(2), page 33-9. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10863488>.

KITTELOVÁ, A., 1999. Myofunkční terapie. Praha: Grada. ISBN 80-7169-619-6.

KITTELOVÁ, A. FORSTEROVÁ, T., 2010. Übungsblock für Myofunktionelle Therapie. Berlin: Schulz-Kirchner. ISBN 3824803682.

KUTÁLKOVÁ, D., 2011. Budu správně mluvit. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3687-7.

LUBRUN, A. Tongue thrust, tongue tip position at rest, and sigmatism: a review. In *Journal of communication disorders* [online]. 1985 Aug;18(4):305-12. Cit. [2013-04-03]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3894438>.

LEE, A.S., GIBBON, F.E. Non-speech oral motor treatment for children with developmental speech sound disorders. In *Cochrane Database Systematic Reviews* [online]. 2015. [Cit. 2013-04-03].

Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25805060>

LECHTA, V. et al., 2002. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-100-X.

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

MARSHALLA, P. Oral motor treatment vs. Non-speech oral motor exercises. In Oral Motor Institute [online]. April 2008, Vol. 2, Monograph No. 2, 9. [Cit. 2013-03-03]. Dostupný z: http://oralmotorinstitute.org/mons/v2n2_marshalla.html.

MIKULAJOVÁ, M., RAFAJDUSOVÁ, I., 1993. Vývinová dysfázia: špecifický narušený vývin reči. Bratislava: vlastní náklad.

MIKULÁŠTÍKOVÁ, J., 2013. Myofunkční poruchy u dětí předškolního věku a jejich vliv na orální řeč. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého. Fakulta pedagogická. Vedoucí práce: VITÁSKOVÁ, K.

MOELLER, J. 2009. Orofacial myofunctional therapy: A creative way to make a difference in patients' lives. In: RDH Magazine [online]. Oklahoma. [cit. 2018-03-30]. Dostupné z: <https://www.rdhmag.com/articles/print/volume-29/issue-11/feature/orofacial-myofunctional-therapy.html>

MOELLER, J. Orofacial Myofunctional Therapy. Why now? In The journal of craniomandibular practice [online]. 2012. October 2012, vol. 30, no. 4. [Cit. 2018-03-30]. Dostupné z: http://joymoller.com/wp-content/uploads/2015/12/Guest_Editorial_Moeller_Myofunctional_Therapy_Why_Now_10.2012-2.pdf

Myofunkční aparáty. In beldent.cz [online]. 2017. [Cit. 2018-03-30]. Dostupné z: <https://www.beldental.cz/953-myofunkcni-aparaty>

Myofunkční terapie. In dentalcare.cz [online]. 2012. [Cit. 2018-03-30]. Dostupné z: <http://www.dentalcare.cz/2012/04/21/myofunkcni-terapie/>

NÁDVORNÍKOVÁ, V., 2003. Diagnostika dyslalie. In LECHTA, V. et al. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. Praha: Portál, s. 169 – 199. ISBN 80-7178-801-5.

Orofacial Myofunctional Disorders. In asha.org [online]. 1997-2018. [Cit. 2018-03-30]. Dostupné z: <https://www.asha.org/public/speech/disorders/orofacial-myofunctional-disorders/>

ORR, C., 1998. Mouth Madness – Oral motor activities for children. USA: Psychological Corp. ISBN 07-6164-850-X.

RICHARDSON, M., 2003. The Tongue Thrust Book – Oral Myofunctional Therapy and Articulation Correction. 2. vyd. Texas: Austin. ISBN 78757-6897.

SINCLAIR, A. et al. History of Myofunctional Therapy. In dentalcare.com [online]. 2018. [Cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <https://www.dentalcare.com/en-us/professional-education/ce-courses/ce507/history-of-myofunctional-therapy>

TEDLA, M., MOKOŠ, M., 2009. Normální a narušený hltací akt. In TEDLA, M., et al. Poruchy polykání. Havlíčkův Brod: Tobiaš, s. 40-50. ISBN 978-80-7311-105-2.

VAN LIERDE, K. M. et al. Articulation and oromyofunctional behavior in children seeking orthodontic treatment. In Oral diseases. [online]. 2015. [Cit. 2018-04-03]. Dostupné z:

VITÁSKOVÁ, K., 2005. Fyziologie produkce a percepce orální komunikace s důrazem na orální praxi. In PEUTELSCHMIEDOVÁ, A., VITÁSKOVÁ, K. Logopedie. Olomouc: Univerzita Palackého, s. 13-32. ISBN 80-244-1088-5.

VITÁSKOVÁ, K., 2005. Poruchy polykání - dysfagie. In PEUTELSCHMIEDOVÁ, A., VITÁSKOVÁ, K. Logopedie. Olomouc: Univerzita Palackého, s. 85-95. ISBN 80-244-1088-5.

WINSLOW, K. Myofunctional Therapy. In kathywinslow.com [online]. 2018. [Cit.

2018-03-30]. Dostupné z: <http://kathywinslow.com/myofunctional-therapy>

What are Orofacial Myofunctional Disorders (OMDs)? In iaom.com [online]. 2016-2018. [Cit. 2018-03-30]. Dostupné z: <http://iaom.com/faq/>

What About Articulation Problems. In myologyworks.com [online]. 2018. [Cit. 2018-03-30]. Dostupné z: <http://myologyworks.com/go/index.php/articulation-problems>

NĚKTERÁ „KNOW-HOW“ PRO NÁCVIK HLÁSEK

S kolegyněmi z redakce jsme se pokusily sesbírat a popsat co možná nejvíce „fint“ a „figlů“, které používáme při vyvozování jednotlivých hlásek s dětskými klienty. Každý klinický logoped má mnoho vlastních „know-how“ a postupů a ne každý je ochoten je sdílet. Proto patří veliký dík všem kolegyním, které příspěvek poslaly a o své „know-how“ se podělily. Uvedené přístupy nejsou rozhodně jediné správné – co klinický logoped, to originální postup. Přesto pevně věříme, že následující text může být pro kolegy, obzvláště ty začínající, inspirací do každodenní praxe.

Za kolektiv autorů Barbora Richtrová

Gabriela Solná

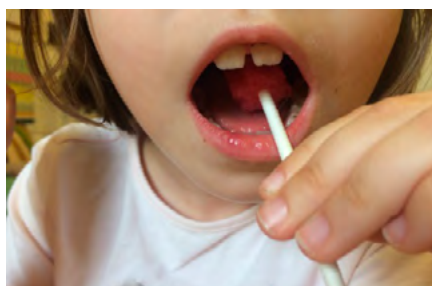
V terapii dyslálie mi velmi pomáhají prvky z Terapie orální pozice, které jsem se naučila v kurzech kolegyně Barbory Červenkové.

- Při oromotorických cvičeních předcházejících hláске L ráda s dětmi trénuji elevaci jazyka a posílení svalů jazyka pomocí medových kroužků. Medový kroužek umístím na alveoly za horní zuby a dítě má do kroužku vložit špičku jazyka a kroužek takto chvíli udržet. Postupně výdrž protahujeme až na 30 sec. S kroužkem se pak dá dále manipulovat - z elevace za horními zuby položit dolů za dolní zuby, jazyk posouvat laterálně doprava a doleva stále s kroužkem na špičce jazyka.



Obrázek 1
Medový kroužek

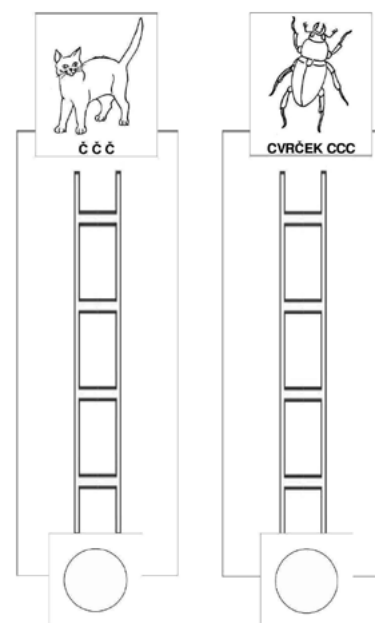
- V terapii u hlásky K se mi velmi osvědčila práce s tyčinkou Thoothies. Dítě má za úkol tyčinku namočenou do džusu nebo vody v ústech jazykem opřeným o horní patro vymáčknout a polknout trochu tekutiny. Tyčinku postupně posouvám zepředu dutiny ústní směrem ke kořeni jazyka, jež je cílem stimulace. Dítě pak kořenem jazyka vymačkáva tekutinu a v momentě, kdy se mu to začne opakovaně dařit, je většinou již připraveno k vyvození hlásky K.



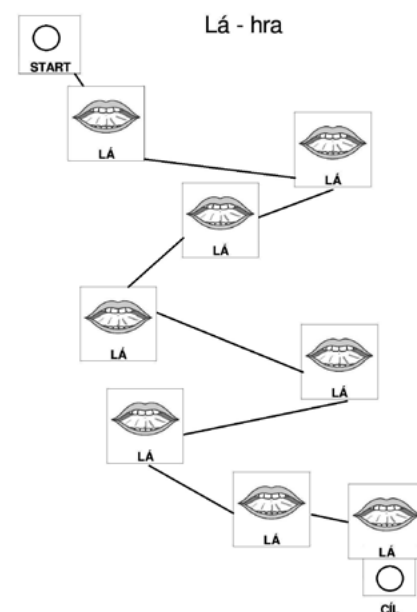
Obrázek 2
Tyčinka Thoothies

- U hlásky R mi při vyvozování substituční metodou pomáhá tip od MUDr. Kučery, který doporučoval na cvičení shluk na přd. Ddn- se postavit a dupnout jednou nohou. Já využívám vsedě bouchnutí pěstí do stolu na 1. hlásku Ddn. Ddn-ká, Ddn-čí apod. Děti se tak lépe naučí vázat shluky s důrazem na první hlásku a substituční hlásky se začne rychleji transformovat do R.
- Obecně u cvičení, která jdou dětem těžko, úkoly zjednoduším na minimum a využívám hry s figurkami od Člověče, nezlob se. Například u slabik (nebo slov) udělám jednoduchý hrací plán, kdy dítě postupuje po jednotlivých obrázcích (nebo artikulemech apod.), a na konci cesty je čeká odměna (obrázek, lentilka, medový kroužek apod.).
- Při sluchových cvičeních na diferenciaci podobných hlásek (C-Č) nebo dvojic slov (Pů-bů) děti procházejí figurkami hrou po žebřících, kdy jedna z figurek je v cíli první a vyhrává. S dětmi, kde je to již možné, po čase střídám role a ony sluchově zvládnuté hlásky zkoušejí artikulovat (hrají na logopeda) a figurkami posouvám zase já.

Co slyšíš? Poznat rozdíl.



Obrázek 3
Sluchová diferenciacie



Obrázek 4
Hra s figurkami

Barbora Richtrová

➤ **Pohyb rukou** Při vyvozování jednotlivých hlásek velmi často používám dotek a pohyb rukou. Klient si tak může zažít skrze své ruce přibližně stejný pohyb, který potřebujeme od jazyka v ústech. Pohyb jazyka v ústech většinou nemůžeme vidět a díky rukám mohou získat děti přibližnou představu, jak by měl pohyb vypadat, a zároveň skrz dotek procítit, jak by měl pohyb probíhat. Opíráme se i o neuronální systém, kdy jsou ruce a jazyk do jisté míry propojené.

Pohyb je realizován vždy vzájemným dotykem – pohybem ruky terapeut/ klient. Při pohybu terapeut produkuje danou hlásku a klient zkouší zopakovat pohyb i zvuk, případně produkuje trénovanou hlásku společně. Vždy je důležitý tlak v rukou – zejména klient by měl být schopen „tlačit“. Pokud nedokáže klient zatlačit dostatečně rukou či dlaní, je vhodné posílit celkovou propriocepci těla, aby si klient své tělo a jeho sílu a hranice uvědomil celkově.

Například bilabiální hlásky: terapeut a dítě si vzájemně tlačí do dlaně a při nejvyšším možném tlaku rychle „explozivně“ dlaně odrazí od sebe.



Obrázek 5
Bilabiální hlásky

Nebo při nácviku měkčení: ruka terapeuta funguje jako jazyk a ruka klienta jako patro. Hřbet ruky vložíme do dlaně dětské ruky a dítě svou ruku „patro“ drží dlaní směrem dolů. Hřbetem ruky, kterou terapeut drží v mírnou pěst, demonstruje pohyb jazyka do dlaně dítěte.



Obrázek 6
Měkčení

Velmi často pohyb a dotek rukou využívám při tréninku **hlásky L**, která je motoricky velmi těžká. Jedna ruka jako jazyk tlačí dvěma horními články prstů do druhé ruky (do ukazováčku a prostředníčku), kterou držíme vertikálně. Ruce jsou k sobě natočeny dlaněmi. Ruce proti sobě zatlačí silou a následně ta ruka, která tlačí horními články do vertikálně postavené ruky, provede rychlý pohyb směrem dolů a k tělu. (Stočí se do neuzavřené pěsti)



Obrázek 7
Hláška L

Při nácviku **hlásky R** využívám pohybu nejen ruky, ale i celého těla. Snažím se klienty naučit vést pohyb rychle a různě, ale přitom s lehkostí. Aby se tento nelehký úkol lépe podařil, používám molitanový nebo polystyrenový míček. Variant použití je mnoho, většinou používám tyto tři: **1)** klient drží míček v dlaní, bouchá s ním o stůl a zároveň říká hlásku R v substituci (izolovaně, slabiky, slova, věty); **2)** s klientem si vzájemně míček cvrnkáme po stole a zároveň říkáme R v substituci (izolovaně, slabiky, slova, věty) a **3)** klient hází míček do stěny a při hození říká slabiky či slova na R s užitím substituce.

➤ **Lipo – čelistní úhel** Velmi často při nácviku hlásek používám lipo i pro zvětšení čelistního úhlu. Před použitím lipa se vždy dohodnu se zákonnými zástupci a i s dítětem, zda je pro ně lip přijatelné, zda se můžu dítěte dotýkat v oblasti úst a jestli lipo po cvičení vyhodíme nebo ho dítě sní. Používám lipo z několika důvodů – jednak děti jsou motivované, lipo lze snadno z úst vyjmout a vyhodit, lipo je tvrdé a neklouže, je jedlé, je akorát velké a výhodně tvarované, zároveň tolik nepodmiňuje salivaci jako jiné sladkosti. Lipo vkládáme mezi horní a dolní řezáky vždy užší stranou buď horizontálně, nebo vertikálně, záleží, kterou hlásku vyvozujeme (horizontální poloha – např. R; vertikální poloha – např. L). Lipo mezi zuby zajistí dostatečný čelistní úhel, takže můžeme vidět a korigovat pozici a pohyb jazyka, ale

zároveň uvolňuje napětí v čelistním úhlu. Pokud se dítě příliš snaží nebo doplňuje pohyb jazyka souhybem dalších svalů, dochází k napětí v čelisti a to je potřeba uvolnit. Když je v čelisti napětí, lipo se vždy částečně rozdrtí, a nebo vypadne z úst, tato skutečnost je pro nás dobré diagnostické vodítko. Dítě si tak může skrze lipo uvědomit čelist a její sílu a ovlivnit její napětí.



Obrázek 8
Čelistní úhel – horizontální poloha



Obrázek 9
Čelistní úhel – vertikální poloha

➤ **Lipo a ortodontické kroužky pro nácvik polohy jazyka** Lipo se mi osvědčilo i při nácviku polohy jazyka pro vyvození L a C. Pokud má dítě výraznější obtíže s motorikou jazyka a prozatím neovládá sílu a hybnost jazyka, lipo je dobrá pomůcka. Před použitím lipa se vždy dohodnu se zákonnými zástupci a i s dítětem, zda je to pro ně přijatelné, zda se můžu dítěte dotýkat v oblasti úst a jestli lipo po cvičení vyhodíme nebo ho dítě sní. Používá to z několika důvodů – jednak děti jsou motivované, lipo lze snadno z úst vyjmout a vyhodit, lipo je tvrdé a neklouže, je jedlé, je akorát velké a výhodně tvarované, zároveň tolik nepodmiňuje salivaci jako jiné sladkosti. Velikost a tvar lipa umožňuje klientovi uvědomit si cvičenou pozici jazyka a tím, že má znatelnou hmotnost pro jazyk, dochází k posílení svalů jazyka – funguje prakticky jako „činka“. Při přípravě na **hlásku L** vložíme lipo za horní řezáky na alveolární výběžek, hrot jazyka položíme do vyhloubené části lipa a držíme na alveolárním výběžku jako „činku“. Lipo přece jen něco váží, takže posilujeme jednotlivé svaly jazyka. Například závodíme, kdo udrží

lipo delší dobu. Tlakem na alveolární výběžek se posílí zejména středová část jazyka – lze využít i u hlásek TDN. Nevýhod je několik, jednak musíme lipo ukazováčkem přidržet, dětem s těžší myofunkční poruchou trvá delší dobu, než hrotem jazyka dokážou lipo udržet. Některé děti hrot jazyka stáčí i při elevaci a to pak není správné. V takovém případě není nácvik s lipem prozatím vhodný a jazyk je vhodné nejdříve posílit cviky z myofunkční terapie či terapie orální pozice. Výhoda je ta, že i po počátečních obtížích to nakonec většina dětí zvládne a je pak snazší vyvodit a reedukovat L. Při držení lipa za horními řezáky můžeme zároveň stimulovat kartáčkem, štětíčkou, vatičkou spodní stranu jazyka.



Obrázek 10
Příprava L s lipem

Při přípravě na **ostré sykavky** vložíme lipo za dolní řezáky a hrot jazyka položíme do vyhloubené části lipa, jazyk by měl vytvořit tvar podobný „kopci“. Tlakem do lipa posílíme opět zejména středovou část jazyka – lze využít i u **hlásek TĎŇ**. Mnoho dětí udrží hrotem jazyka lipo, ale tvar kopečku nezvládne. Tím, že máme zafixovaný hrot jazyka dole, lze velmi jednoduše stimulovat hřbet jazyka. Můžeme využít stimulaci kroužením, hlazením či tlakem kartáčkem nebo lékařské lžičky. Nevýhoda je, že lipo je tvrdé a občas to některé děti tlačí a zároveň u dolních řezáků se spouští rychleji salivace. Ale u většiny dětí s interdentálními či laterálními sykavkami se nám toto úsilí vyplatilo.



Obrázek 11
Příprava ostrých sykavek s lipem

Pokud se to dítěti daří s lipem, děláme stejná **cvičení s ortodontickými kroužky**, které vždy navlékneme na nit. Nejen, že tím dítě nemůže kroužek spolknout, ale zároveň se může dítě s terapeutem nebo i samo dítě s jazykem „přetahovat“ o kroužek. Tah nitě musí být samozřejmě přiměřený, aby se posílil jazyk.

Ester Lochmanová

➤ **Zábavné cvičení se žvýkačkou.** Z praxe bych ráda uvedla běžně dostupnou pomůcku - žvýkačku. Se žvýkačkou pracuji vždy po dohodě s rodičem, cca kolem čtvrtého roku už je dítě schopno žvýkačku nespolknout. Velice se mi cvičení se žvýkačkou vyplácí, jelikož děti se na tuto aktivitu velice těší a spolupracující dítě je základním kamenem pro úspěšnou terapii. Nejlépe, pokud máte i možnost výběru žvýkačky. Začínám pečlivým rozžvýkáním s otevřenými i zavřenými ústy, vše zpracováváme před zrcadlem. Po rozžvýkání cvičíme přesun žvýkačky vpravo, vlevo, před, za zuby a samozřejmě zásadní je pro mne žvýkačka přilepená do místa klidové polohy jazyka, nacvičujeme i schovat žvýkačku pod jazyk. Variant je mnoho, záleží na vašem cíli. Velice se mi daří pracovat se žvýkačkou ve vyvozování alveolárních hlásek, fixaci klidové polohy jazyka, ale i ostrých sykavek či měkčení. S dítětem zábavně cvičíte nejen samotnou GM, ale i citlivost a orientaci v ústech, vnímáme salivaci, žvýkání, polykání slin, koncentraci, pravo-levou orientaci a vůbec celkovou spolupráci dítěte. U mladších používám malé antiperle při nácviku přesouvání (u Lipa je veliká salivace a velikost), u klidové polohy jedlý papír a u rozcvičování uzdiček Nutellu. Prolínání logopedické terapie s potravou se mi zdá velice efektivní a z pohledu vývoje orofaciálního systému přirozené.

Irena Šachová

➤ Při nácviku řady tupých sykavek a Ř chci po každém dítěti, aby se nejprve naučilo špulit rty. Proto je třeba, aby nejprve doma přešlo s hlavou v předklonu celý obývací pokoj a mezi nosem a horním rtem drželo tužku. Při nácviku ostrých sykavek si nejprve několik sezení hrajeme na psa a učíme se cenit zuby - mezi zuby jim napříč vložíme špejli a nutím je vrčet. Hrot jazyka musí umístit pod špejli. U dětí s nestabilní čelistí si pravidelně hrajeme na upíra a mezi zuby vkládáme dva tlusté centrofixy, čímž zastabilizujeme čelist a elevace jazyka je o to snazší.

Zuzana Lebedová

➤ Pokud jsou ostré sykavky addentální, dávám někdy klientovi skousnout párátka stoličkami na pravé či levé straně. Vznikne tím nepatrné rozevření čelistního úhlu, příliš malé na to, aby sykavka vznikla interdentálně, a příliš velké na to, aby byla addentální. Pak jen upravíme jemně polohu jazyka - často stačí instruovat klienta, aby se sám pokusil změnit lehce polohu jazyka ze současného tvoření prodlouženého S; klient si sluchově koriguje, při které poloze jazyka mu zazněla hláska S ostrě.

➤ Dále u laterálních či addentálních sykavek hojně užívám brčko - jím „odchytáváme“ výdechový proud vzduchu - sluchově lze pak velmi pěkně zkorrigovat, kdy byl výdechový proud vzduchu směřován středem.



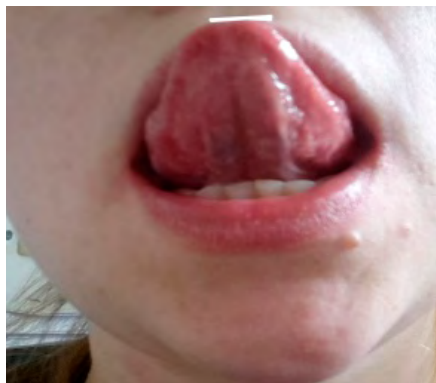
Obrázek 12
Hlídnání výdechu brčkem



Obrázek 13
„Odchytávání“ výdechu brčkem

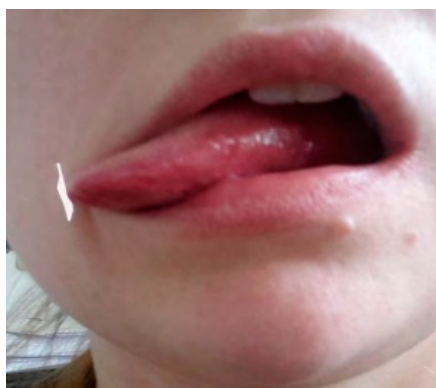
Helena Gajdošíková

- Pro zlepšení motoriky jazyka a jeho elevace a lateralizace využívám nastříhaný jedlý papírek, který lepím do koutků na horní ret i na alveolární výběžek. Děti cvičení baví více a já pěkně vidím, zda se podaří vytvořit špičku.



Obrázek 14

Motorika jazyka s jedlým papírkem



Obrázek 15

Motorika jazyka s jedlým papírkem

- A další tip je při vyvozování vibranty R, pokud je již jazyk ve správné poloze, ale stále se nedaří rozvibrovat jazýček, osvědčilo se mi bouchat rukou do polštářku a při tom vyslovovat dndndn. Děti většinou velmi pěkně zpevní celé tělo, tedy i jazýček, a vibrace se podaří.

Magdalena Vosmíková

- Ráda bych se podělila o cvičení, které používám jako průpravu před zahájením vlastního vyvozování hlásky R. Toto cvičení jsem před téměř dvaceti lety převzala od svojí garantky a především výborné učitelky paní doktorky Evy Jirutkové. Ráda bych jím nyní přispěla do Listů klinické logopedie, protože je dle mého názoru velmi účinné a děti většinou baví. Činím tak s laskavým svolením paní doktorky.

Na list papíru nakreslím kopec, přes který vede silnice.



Obrázek 16

Silnice do kopce

Na malé papírky natisknu obrázky různých autíček či dopravních strojů a koníka. Lze samozřejmě využít i drobné hračky.



Obrázek 17

Obrázky k hlásce R

Z druhé strany napíšu, jaký zvuk která auta vydávají.



Obrázek 18

Napsaný zvuk

- Abychom mohli začít efektivně vyvozovat hlásku R, je třeba správně tvořit hlásku D, která se využívá jako pomocná hláska. Častým problémem bývá, že klient tvoří hlásku d s nesprávným (malým) čelistním úhlem a s nesprávnou polohou jazyka (interdentálně nebo na spodině dutiny ústní).
- Obrázek koníka položím dolů na louku, kde pobíhá (pohyb obrázkem po papíru) a vydává charakteristický klapavý zvuk. Je třeba dbát na to, aby dítě mělo dostatečně otevřená ústa a jazyk přisávalo celou plochou k patru. Auta

pak jezdí v přesně daném pořadí přes kopec. Nejprve jede auto označené jedničkou pomalu do kopce a jeho motor dělá da-da-da.... Po celou dobu je třeba dávat pozor, zda dítě tvoří hlásku d správně. Pokud je čelistní úhel příliš malý, ukazuji dítěti nejprve před zrcadlem správnou velikost čelistního úhlu a je-li pro dítě obtížné tuto velikost udržet, lze ji zafixovat přidržením např. dřívka od nanuku mezi zuby. Dále je třeba hlídat, aby dítě zvedalo přední část jazyka za horní zuby. Pokud se tento krok daří, auto a pan řidič si na kopci odpočinou a pustí se do jízdy z kopce, kterou doprovází v prvním kroku rychlé dadada... Opět s dodržení správného artikulačního postavení. Je-li pro dítě obtížné zvládnout pohyb pomalu, nikdy nepřistupuji ke zrychlení z kopce, auto musí nějakou dobu jezdit i z kopce pomalu a brzdit. Pokud se naopak daří správně první dvě auta (da, de), přistupuji postupně k dalším autům. Jednotlivé kroky přizpůsobuji aktuálním dovednostem každého dítěte, někdy zvládneme všech 6 aut v jedné lekci, jindy třeba jen první dvě. K obrázkům si vymyslím různé příběhy, snažím se do nich zapojovat i děti.

Vilma Mikešová

- Pokud má již klient dostatečnou oro-motoriku, umí tzv. „horní d“ (tj. úder d za horní alveoly), je možno se pokusit o přímé rozfoukání hrotu jazyka s pomocí ušního drátku.



Obrázek 19
Vyvození R pomocí drátku



Obrázek 20
Vyvození R pomocí drátku

- Klient zdvihne jazyk za horní alveoly. Položím pod jazyk drátek napříč, pomáhám tím udržet hrot jazyka nahoře. Klient vyslovuje dlouze zvuk podobný „dzzzn“ („startujeme motorku“) nebo tutéž variantu bez hlasu. Dostatečně dlouhý výdech při tom musí směřovat středem, přes hrot jazyka. Krátce po nastartování zvuku zkusím jazyk krátce „podkopnout“ nepatrným pohybem nahoru a dozadu a udělit mu tak pohybový impuls. Někdy se to nepodaří, často stačí pouze proud vzduchu a hrot jazyka se rozvibruje, protože je zezdola podepřený drátkem.

Irena Cudlínová

- Deformace mluvidel je jednou z příčin, kdy se řeč nevyvíjí normálně. Tyto poruchy významně ovlivňují také výslovnost některých hlásek. V ambulanci klinického logopeda se často setkáváme u dítěte s tzv. otevřeným skusem. Mimo ortodontické terapie a doporučených myofunkčních aparátů (př. Infant Trainer) s úspěchem používám k úpravě výslovnosti dřevěnou špachtli. Nejvíce se mi osvědčila při vyvozování ostrých sykavek. Dítě na obrázku



Obrázek 21
Otevřený skus

- má frontální otevřený skus, kdy při maximální interkuspidaci mezi dolními a horními zuby zůstává mezera.
- Foukací fixy - ideální pomůcka pro aktivní děti. Spojuje zájem (hru) i terapii. Práce s fixy nahradí dechové cvičení, zapojí jemné motorické dovednosti a navíc se posilují rty, tváře i čelisti.
- Nejen při postižení sluchového vnímání, ale i u obyčejného sigmatismu bývá často problematické a zdoluhavé vyvození hlásky C. Velmi se osvědčil prst před rty a vyrazet „Tssss“.

Irena Viktorová

- Před nácvikem hlásky H posiluji s klienty jejich hrudník (svaly mezižeberní a bránici), trénujeme silný nádech s roztažením hrudníku a prudký výdech z plných plic, pak stačí přidat hlas a hláska je vyvozena.
- Průpravný cvik k vyvození měkčení: „váleček“. Špička jazyka je dole za spodními řezáky, hřbet jazyka se dotýká patra. Váleček válíme ven z úst a zase zpět. Když klient cvik dobře zvládne, jeho mluvidla jsou připravená na vyvození měkčení.
- Nový figl: před vyvozením hlásky L je vhodné trénovat průpravný cvik „miska“ např. s burizonem. Jazyk ve tvaru misky s burizonem pak přibližujeme k patru a zpět. Patra se dotkne pouze roztažený hrot jazyka. Pokud se cvik

nedaří, klient zřejmě nemá zralou motoriku na vyvození hlásky.

- Dechová cvičení s polystyrénovými kousky: hrají s dětmi „fotbal“ s polystyrénovými kousky. Úkolem je dostat pomocí foukání (nádech nosem, výdech ústy) polystyrénový kousek nebo malý polystyrénový míček po zemi do brány. Jako branku používáme např. 2 kostky. Nedělat závody! Dítě se pak nesoustředí na své dýchání a dýchá povrchně. Foukat do polystyrénu se může i pomocí brčka.

Iva Bajtlerová

R

Horní pozice jazyka a jazyková tenze

- plivání pecek od třešní do dálky
- plivání víček od Pet lahví
- za horní alveoly dát smetánek apod. (nedoporučuji nuteltu pro salivaci) a Źukat špičkou jazyka do smetánku

Ř

- DŽ, DŽN - prudce a rychle jako se startuje motorka s výsunem dolní čelisti
- zadýchávat zrcadlo při výslovnosti R a tím se ozve Ř (u dvojkmitné hlásky R)
- prudce dýchnout na papírový kapesník při výslovnosti R - ozve se Ř

S, C, Z,

- pískání na rty
- pití brčkem tak, že se brčko opírá o zavřené zuby
- foukání do papírové kuličky (z kapesníku)
- foukání do papírové kuličky a vyslovit prudce T

Nácvik špulení rtů

- sbírat rty cereální kuličky ze stolu, později z misky
- ze stolu sbírat brčko do rtů (ne do zubů)

¹

¹ Všechny fotografie jsou zveřejněny se souhlasem zákonných zástupců klientů

KOVÁŘOVA KOBYLA CHODÍ BOSA ANEB MATKA LOGOPEDKA

Milé čtenářky, milí čtenáři,

předkládáme Vám „zpověď“ nás matek-logopedek z redakce a věříme, že se jejím čtením rozvzpomenete na vlastní zkušenosti, poučíte se, pokud ještě nemáte děti, nebo se jen tak pobavíte.

Příjemné čtení!

Vaše redakce

Ester Lochmanová

Matka logopedka, aneb jak trápit své dítě...



Ano, docela jsem si ulevila, když jsem se od dalších logopedek dozvěděla, že terapie u vlastního dítěte doma není vždy jednoduchá a někdy ani vhodná. Role matky a logopedky v jednom je náročná, často spíše pro naše děti. Plány a pokusy na vlastních dětech nejsou vždy kompatibilní s pohodovou atmosférou doma. Protože jsem u svého syna, chronicky rýmového dítěte, mandlového dítěte, očekávala jisté obtíže, bylo zřejmé, že bude veselo. Klidová poloha jazyka byla u nás po druhém roce jen teorií, o alveolárních hláskách nemluvně a interdentalní sykavky jsme dostaly též naděleny. Určitě si umíte představit, jak jde logopedka na hřiště, má dítko se stále otevřenými ústy, dechové návyky jen ústní, nudle u nosu, alveolární hlásky na spodině, interdentalní sykavky ukázkové.

Má snaha byla veliká a přes úporné rýmy se nám dařilo cvičit oromotoriku, klidovou polohu jazyka. Začali jsme se synem cvičit hravou formou od 2,5let, hodně jsme cvičili s jídlem v běžném průběhu dne. Postupem času jsme mu nechali odebrat mandle, přecvičovali dechové návyky a nakonec skončili na alergologii, jinak by nosem nedýchal dodnes. Můj syn již vyzoroval pravidelné okamžiky našeho cvičení a často nebyl k nalezení, či se mnou raději nemluvil, abych ho neupozorňovala na cokoli...ke komunikaci si

začínal vybírat kohokoli jiného než svou milovanou maminku. A tak mi nezbylo, než se trochu zklidnit a polevit. Naše terapie se tedy protáhla, ale v předškolním věku se mu začaly dobře fixovat sykavky. Při návštěvách kamarádek logopedek mé dítě vycítilo velké pozorování, proto raději udržoval čelistní úhel na minimum a mě mé drahé kamarádky napomenuly, zda bych syna už nechtěla vážně nechat být. Tak jsem po komentářích svých kolegyně a kamarádek nechala své dítě ještě více žít bez nácviků a instrukcí a zmírnila již tak zmírněnou logopedickou intervenci. Před vstupem do školy jsem opět chytla panické stavy a snažil se vyvodit vibranty. Po zkušenostech úporné matky logopedky se mé dítě již z principu vzpouzelo a vibranty se mi vyvodit nedařilo. Naštěstí naše kamarádky pobyty s dětmi plné matek logopedek se jedno prázdninové léto vyplatily, na moje dítě se vrhly jiné ruce a postupy a bylo vyhráno. Jsem moc šťastná, že jsme vše stihli před vstupem do školy a mé dítě si jistě ulevilo od otravné matky, která to, viděno dnes s odstupem času, opravdu přeháněla. Jediné, co mě uklidňuje, že syn, jak se zdá, si toho moc z tohoto období nepamatuje nebo si raději pamatovat nechce. Má zkušenost mne ale velice posílila v poznání, jak těžké je pravidelně cvičit s dětmi doma, jak důležité je nápravy dělat zábavně a citlivě. Mé druhorozené dítě se narodilo raději bez nutnosti zásahu, co kdyby...

Barbora Červenková

„Katku mám rád...“



Mám dva syny. S tím starším šlo z hlediště řeči vše jako po másle. V roce a půl tvořil věty jako třeba „čokolku koupíme“, ve dvou letech uměl povykládat pohádku, ve třech si začal pohádky vymýšlet sám. Když mu bylo dva a půl roku, při hře jsem ho naučila dávat jazyček nahoru a on se krásně jen po několika opakováních při hře naučil říkat hlásky druhého artikulačního okruhu, posléze samo následovalo dlouhé vibrační R a nakonec přišlo samo i Ř. Každý ho chválil, jak krásně mluví, a mně to dělalo radost. Moje kamarádky logopedky již v té době chodily se svými dětmi na logopedii. Pro mě to byl nový poznatek, že pro mámu logopedku to může být efektivnější postup, než se snažit s vlastním dítětem učit doma sama. S druhým synem to však už taková procházka růžovým sadem nebyla. Do dvou let nemluvil vůbec. Před druhým rokem jsem mu začala dávat EYE Q a on začal pomalinku rozvažovat. Nejprve nás všechny doma označoval slovem táta nebo táto. Potom staršímu synovi začal říkat Dodo. Ten se zlobil a říkal: „Kdy už mi začne říkat Kubo?“. Asi až po půl roce mi začal říkat mámo, mami. Přesto, že po druhém roce věku probíhal jazykový spurt a brzo si osvojoval čtyři nová slova denně, tak se pořád jeho obsahová stránka opožďovala za normálním vývojem zhruba o tři měsíce. Nyní má čtyři roky. Stále nemluví gramaticky úplně správně, některá jeho prohlášení baví celou rodinu, jako třeba když jedeme kolem louky, kde se pasou tři koníci, a on prohlásil: „Mámo, tři krávičky.“ Pohádky už vypráví

a taky ho baví si je upravovat velmi kreativně podle svého. Například pohádku o Červené Karkulce s oblibou začíná slovy: „Karkulka byla zlá, špinavá a poďobaná.“. Na logopedii jsme začali docházet ve čtyřech letech věku. Nepoužívá správně tupé sykavky a netvoří Ř. Vyvodí je sice bez potíží, ale nechce to se mnou cvičit. Stačilo by nám říct denně pár slovíček, ale on zkrátka nechce. Já třeba řeknu: „Řekni dřevo.“ a on řekne: „Děda.“ a strašně se tomu směje. Snažili jsme se ho různě motivovat, vymýšlet hry, odměny a nic. Objevil například, že existuje kategorie předškolák. Ti ve školce dělají pracovní listy a on ještě ne. Moc by už jím chtěl být. Tak se nás doma ptal, jestli já už jsem předškolák, táta je předškolák a Kuba taky. Říkala jsem mu, že předškoláci se už učí Ř. Na ledničku jsme nalepili kartu předškoláka, za každé cvičení se mnou dostává nálepku, kterou si tam lepí. Ale nejsou to ty správné pracovní listy ze školky, takže to prokoukl a cvičit nechtěl. Na logopedii ale chodí rád, chodí za mou kolegyní Katkou. Často doma říká: „Katku mám rád, je na mě hodná.“. Teď už doma při logopedii spolupracuje. Pomohlo zkrátka to, že chodí za někým jiným. A můj muž, který chodí s dětmi k doktorovi zcela raritně, když zjistil, jak je Katka mladá a hezká, projevil opravdový zápal a prohlásil, že na tu logopedii bude jezdit klidně on, že si to v práci zařídí. Ještě, že ty mladé a šikovné kolegyně máme.

Naděžda Lasotová

S Vános já mám nejlaději, kdys se doma vsichni smějí, kdys se kapsi mskají a pskavky pskají



„Co to ten kluk asi recituje,“ říkám si na první vánoční besídce ve školce. Umělecký dojem ještě podtržen touto jedinou sykavkou ukázanou všem asi centimetr mezi zuby. Jen si povzdechnu. Je to jasný. Přesně vím, co mám dělat. Všechno půjde jako po másle. Žádanka u pediatra – žádný problém. Objednání na logopedii –

žádný problém. Terapeutický plán – žádný problém. Mám jasnou představu, jak chci, aby to běželo. Základem úspěchu je pravidelné domácí procvičování, a to v pravidelnou dobu. Volím dobu před spaním, už v klidu, v posteli, před pohádkou ... pravidelná chvilka.

A ejhle. „Dneska se mi fakt nechce,“ říkám si asi sotva po týdnu cvičení, „uděláme to zítra, dneska na to nemám...“. A tak šup s děckama do postele a už se chystám na čtení pohádky. Honem honem, ať už spí. A z druhé postýlky se najednou ozve OGO-PEDYJÉ?! Zodpovědný přístup k logopedii má tedy můj mladší, sotva dvouletý, syn?! A tak díky němu jsme do roka zvládli „... když se kapři mrskají a prskavky prskají“. Neboť kdykoli jsem měla chuť z logopedie vycouvat, ozvalo se ogopedyjé. A přes to nejede vlak, mamka musí poslouchat.

Smekám přede všemi, kteří mají sílu a chuť plnit všechny naše logopedické rady a kteří pracují opravdu pravidelně. Vyhráno má ten, koho přesvědčíme, že ogopedyjé je krásná.

Zuzana Lebedová

Měl dědeček kolotoč...



Mám dva syny – Matyáše a Františka, extroverta a introverta. Optimistu a pesimistu. Řečově akcelerovaného a řečově opožděného jedince. Syna zadržávajícího dva týdny a syna zadržávajícího dva roky...

První syn mluvil hodně a brzy. Okolím to bylo pokládáno za důsledek mých logopedických intervencí (nebyly žádné, Matěs prostě mluvil hezky a dobře, bez mého přičinění).

Druhý syn mluvil později a pak rovnou začal koktat. Cítala jsem, že ho nemůžu a nechci terapeutizovat. Věděla jsem, že koktavost máme u mužů v naší rodině dědičnou a že já jsem přenašečkou této dědičné dispozice, a věděla jsem, že neuklidním-li se, bude kluk koktat už jen proto, že jeho matka je z toho hysterická. Začala jsem si pravidelně telefonovat s kamarádkou logopedkou, která mi v podstatě poskytovala podpůrnou psychoterapii, a své

večerní úzkosti nad řečovou budoucností svého mladšího potomka jsem začala řešit tekutým anxiolytikem (pro méně zkušené: popíjeli jsme s mužem po večerech víno). Nakonec jsem dosáhla takového vnitřního stavu, kdy jsem věděla, že přijmout to, že dítěti může koktavost zůstat a nebýt z toho nešťastná, je první a zásadní krok k tomu, aby dítě nekoktalo (zní to divě, ale věřte, teď když to píšu, jsem zcela strážlivá). Kluk je plynulý – už tři roky. Uf.

Další výzvou byla pětiletá prohlídka u pediatra. Ze zkušenosti se starším synem jsem věděla, že lékařka bude chtít slyšet nějakou básničku. Večer jsme si sedli s Františkem a řekli mu to. Syn se zamyslel a spustil: „Měl dědeček kolotoč, sežral mu ho červotoč, červotoč byl nažraný, dědeček byl...“. „Aha, Františku, tak tuhle básničku nebudeš paní doktorce říkat, ano? Tak nějakou jinou..., třeba písničku? Vzpomněl by sis?“ „Lodka je dlóóóhá, vesla jsou kráááátký, poplujem Mííílkóóó poplujem zpáááátky!“ (píseň strýčka Pepina z Postržin). Starší syn na to bystře zareagoval: „No, to bude teda zítra průser!“ Takto povzbuzena vkráčela jsem s Františkem příští den do ordinace pediatričky. Lékařka si se synem povídala, vyšetřila ho a pravila: „Tak, všechno je v pořádku, maminko, až na tu výslovnost. Napíšu Vám žádanku na logopedii.“ (V tu dobu už syn nekoktal, ale sykavky asimiloval a hlásky R a Ř ještě netvořil (to je vcelku fyziologické, ale vysvětlujte to pediatričce...)). Pravila jsem, že jsem logopedka a že to zvládnou. Chyba. Mé snahy o vyvozování vibrancí končily řevem (oboustranným). Objednala jsem Františka ke kolegyni Terezce. S Terezkou spolupracoval dokonale. Doma se mnou cvičil vzorně, protože to dělal pro Terezkou!!! Za pár měsíců bylo po starostech...

Jaký jsem si z toho udělala závěr?

- 1) Kdybych měla třetí dítě, byl by to určitě syn a určitě by taky koktal
- 2) Všechny matky, které s dětmi cvičí doma na logopedii, jsou obdivuhodné a měly by mít svatozář.

Irena Šachová

Není nic horšího než procvičování logopedie s vlastními dětmi



Děti mám tři – nejstarší syn (nyní 14), dcera (12) a nejmladší dcera (6). Nejvíce práce bylo se synem, ve čtyřech letech neměkl, sykavky obou řad byly úděsné, o kmitných hláskách nemluvě. Mluvit začal dříve, než chodit, byl šikovný a již od miminka „technik“ – mezi první slova patřila „eman“ = máma „op“ = šroub a „áp“ = jeřáb. Věty skládal velmi záhy a ne ledajaké, obsáhlé a technicky laděné. Při procházce okolo Hlavního nádraží neustále vykládal, jak budě dělat muňu muňu (= mazlit se) s vlakem. Artikulace vázla, syn stárnul a procvičovat cokoli odmítal. Dal se krátkodobě přimět ke grimasám před zrcadlem, toť vše. Začala jsem propadat panice, koho oslovit, zda začít regulérně chodit na logopedii? Se svým plánem jsem ho seznámila a kupodivu reagoval velmi pozitivně... Koneckonců po logopedických ambulancích chodil od miminka. Kolegyně-kamarádky pracují po celé republice a my vždy hodně cestovali...tu na hory, tu k babičce, v létě na kola. A cestou jsme se dost často stavili na logopedii, syn to měl vcelku rád. Kamarádka-logopedka si s ním hrála, občas dostal dáreček...zkrátka návštěvy logopedií byly fajn. Můj plán zněl, půjdeme k paní logopedce, která rozhodně není kamarádka, je stará, přísná a ty se budeš muset snažit. Od plánu jsem postupně upustila, protože gró práce bude stejně na mně, logopedka nelogopedka. Syn začal mocně žvýkat žvýkačky a mě osvětila myšlenka, co to s ním zkusit přes dceru. Byly jí necelé dva roky, mluvila na svůj věk báječně, kromě klasické záměny K versus T. „Káčko“ zvládla

nápodobou za 3 týdny a díky synovi uměla ve třech letech všechny hlásky, včetně Ř. Syn dělal pokroky sice pomalu, ale ke cvičení se přimět dal. Intaktní kmitné hlásky získal sice až těsně před nástupem do první třídy, ale hlavně že to klaplo.

Nejmladší dcera mluvila také velmi brzy a vzhledem k mým předchozím zkušenostem začala v roce žvýkat žvýkačky. Co lepšího jsem mohla udělat pro stabilitu čelisti, že? Vývoj artikulace u ní šel přirozeně, bez vyhrožování cizí paní logopedkou. Ve třech letech jsme „mírně“ pocvičily s jazykem (nejen já, ale i sourozenci těžce nesli, že si dcera říká „Ucka“). A ve třech a půl už uměla R i Ř.

Více dětí naštěstí nemám. Procvičování logopedie s vlastními dětmi je za trest. Nicméně jsem toho názoru, že by každá paní logopedka měla mít syna, aby si prošla tím, co zažívá spousta maminek docházející s chlapečky na logopedii. A na vlastní kůži zažila trucování, vzteky, propadání beznaději, toto vše nás velmi zocelí a dokáže naučit bezmeznou trpělivostí s cizími dětmi.

KLINICKÁ LOGOPEDIE JE KRÁSNÝ OBOR, HLAVNĚ PRO LIDI, KTERÝ JSOU VŠESTRANNÍ A KREATIVNÍ

ROZHOVOR S PAEDDR. MARCELOU MICHALIČKOVOU

Mgr. Barbora Richtrová



PaedDr. Marcela Michaličková

Jak dlouho se věnujete oboru klinická logopedie?

Logopedii se věnuji od r. 1983 jako logopedický asistent ve zdravotnictví. Po ukončení VŠ, studovala jsem speciální pedagogiku na UK v Praze, jsem začala pracovat jako logoped na poliklinice v Praze 4.

Doktorát jsem udělala také na Pedagogické fakultě, kde byla do komise pozvána doktorka pedagogiky ze Švédska, která na mne kladla velké nároky. Byla zásadně proti odkladům školní docházky, protože to škodí dětem. Podle ní, co dítě umí do šesti let, to je základ pro další jeho vývoj. Bylo to myšleno hlavně pro logopedy ve zdravotnictví, protože odklady navrhuji nejvíce.

A jaký je Váš postoj k odkladům školní docházky?

Myslím si, že některé děti odklad školní docházky moc potřebují. Protože spolupracuji s klinickým psychologem, respektuji jeho rozhodnutí a on zase moje.

Vy jste byla u zrodu klinické logopedie. Jak se stalo, že se z logopedie stala logopedie klinická?

Koncem sedmdesátých let začaly v České logopedické společnosti pracovat sekce, které měly sdružovat členy podle jejich odborných zájmů a speciálního profesního zařazení či zaměření. Byla tedy založena Sekce logopedů ve zdravotnictví. Roku 1983 byla v Severomoravském kraji vypracována paní doktorkou Salomonovou a logopedy a byla předložena první Koncepte logopedické péče, která navrhovala zařazení logopedie samostatně do resortu zdravotnictví, podobně jako tam byla zařazena klinická psychologie. Až v roce 1984 se této sekci podařilo za velkého úsilí prosadit doškolení logopedů. Výraznou zásluhu na tom všem měla paní doktorka Bubeníčková, ta nám moc pomohla. Tenkrát byla jmenována do zkušební komise subkatedry Institutu pro další

vzdělávání lékařů a farmaceutů. Díky ní se podařila prosadit speciální průprava logopedů zakončená závěrečnou zkouškou - atestací. V roce 1987 jsme prosadili, aby logoped byl metodicky veden logopedem a ne lékařem.

V roce 1990 jsme se sešli s Dr. Jirutkovou, kde jsme se spolu rozhodly, že stávající stav musíme změnit. Bylo to velmi nutné. Vznikala pojišťovna VZP, MZČR a další instituce. Požádaly jsme paní doktorku Salomonovou a paní asistentku Janotovou, které do toho okamžité šly s námi. V r. 1991 jsme bojovali o jasnou koncepci logopedie na MZ a dávali dvakrát návrh na zakotvení Logopedické komory do zákona. Bylo nám doporučeno vytvořit stavovskou organizaci. A tak byla asociace založená v srpnu 1991. Zakládajícími členy jsem byla já, doktorka Salomonová a doktorka Jirutková. Úplně nejvíc nám pomohla paní asistentka Janotová svým postavením a jménem.

Jakou jste měly vizi?

Nejdříve jsme musely řešit, kde budeme, jako kliničtí logopedi vůbec zařazení. MZČR ani MŠČR nás totiž nechtěla. Byla to neskutečně náročná a dlouhá jednání o naše přežití v současném systému. V té době nám nejvíce pomohl pan M. Bojar, ministr zdravotnictví ČR.

Další vizí bylo, abychom měli samostatný obor – klinická logopedie. Aby si nás lékařská obec vážila a ne, aby se na nás lékaři dívali jako na učitelky, které dělají jenom trk trk. Se vzděláním nám moc pomohla paní doktorka E. Škodová.

Mým cílem a snem bylo dostat klinickou logopedii na Lékařskou fakultu.

Zdá se, že jste měly spoustu elánu, motivace a dlouhodobé vize. Čím bylo způsobeno, že se logopedie v té době nakonec nedostala na Lékařskou fakultu jako studijní obor?

My bychom to dokázali, ale... (zamyšlení). Tenkrát nám pomáhal pan profesor

PaedDr. Marcela Michaličková

Od roku 1983 se věnuje logopedii. Díky její touze a přesvědčení, že klinická logopedie by měla být samostatný nelékařský obor, se jí podařilo, ještě s dalšími kolegyněmi, založit roku 1991 Asociaci klinických logopedů ČR. Působila mnoho let jako místopředsedkyně AKL ČR a od roku 2004 byla její předsedkyní. PaedDr. Michaličková je jednou z hlavních postav, která se zasloužila o zařazení klinické logopedie do resortu zdravotnictví. V současnosti je čestným členem Asociace klinických logopedů ČR a stále se věnuje klinickologopedické praxi na Poliklinice Pacovská v Praze a v Nemocnici Pod Petřínem v Praze.

Lechta, který nám vypracoval studijní „Koncept klinické logopedie“. Měli jsme vše perfektně vypracované. Z 3. Lékařské fakulty nám šel moc na ruku pan docent Svoboda. Moc nám také pomáhala paní doktorka PhDr. B. Housarová Ph.D., později nám pomáhal také pan docent K. Neubauer. Studium by probíhalo na 3. Lékařské fakultě. Bohužel v té době jsme neměli žádné docenty, tak jsme prostě pochořeli... (zamyšlení). Velmi mne to mrzí, že logopedi nestudují na Lékařské fakultě, těžce to nesu. Navíc tato skutečnost ubližuje klinické logopedii jako takové...

Kde se ve Vás objevila tato potřeba nebo vůle bojovat za logopedii? Nějakou životní zkušeností?

Možná to bylo tím, že jsem pracovala jako logopedický asistent. Věděla jsem, jak logopedi přede mnou moc bojovali v nelehké době o postavení logopedie ve zdravotnictví. Byla to nutnost pokračovat v jejich cestě, ale jenom jako vysokoškolák - ne jako velká síť logopedických asistentů. Proto ta vůle něco změnit. Musím se usmívat, když mi i paní doktorka Salomonová řekla, že mám kapitalistické myšlení.

Vraťme se k Vašemu působení v Radě Asociace. Vy jste byla historicky první místopředsdkyně...

Já jsem nikdy nechtěla být předsdkyní. Proto mi vyhovovalo být místopředsdkyní. Byla jsem místopředsdkyní až do roku 2004, kdy jsem byla zvolena předsdkyní.

Jak se to stane, že někdo nechce být předsdkou, a přesto se jím stane?

Protože si vás členové přejí.

Kdybyste řekla NE, co myslíte, že by se stalo?

Já jsem nemohla říct ne, to mi nedovolila moje zodpovědnost.

Jestli se nepletu, působila jste v Radě AKL ČR 20 let. Jaká to pro Vás byla zkušenost?

Bylo to totální vyčerpání ze všeho. Jedině, co mi velmi psychicky pomohlo, bylo to, když jsme s paní PaedDr. Salomonovou a PaedDr. Jirutkovou odcházely, tak nám poděkovalo přes 300 členů ve stoje. To si myslím, že mluví za vše.

Jak se v průběhu těch 20 let proměňovala tato jednání? Byla nějaká doba příznivější?

To se hodně proměňovalo. A hlavně kdykoliv byl zvolen nový ministr, začínala všechna jednání od nuly, protože jak je známo, kdo začíná, tak se nikdy nepodívá na to, co se dělalo před ním ... To je bráno automaticky za chybné... Nejobtížnější byla asi všechna jednání na MZČR a se všemi pojišťovnami. Nevím, která doba byla příznivější.

Čím se dělo, že ta jednání byla tak komplikovaná?

Protože vždy šlo hlavně o peníze, o postavení našeho oboru mezi lékaři. Všichni na tom byli lépe než náš obor. Moc mi pomáhal pan JUDr. Jirousek, paní doktorka Kejklíčková, paní doktorka Cikánová a paní doktorka Havelková.

Vyprávějte o tom víc...

Vypracovala jsem grafické srovnání více oborů s naším oborem. Zde se opravdu ukázalo, jak je náš obor hluboce finančně podhodnocen. To jsem rozdala všem zástupcům na Dohodovacím řízení. Tenkrát mi pomohl pan docent Svoboda z ČLK. Byl to velký zlom v dalších jednáních pro náš obor – klinická logopedie. Bohužel se na mně nahněvalo vedení klinické psychologie, protože srovnání s nimi bylo markantní.

Když Vy jste byla předsdkyní od roku 2004, změnily se nějak Vaše kompetence nebo ladění v Radě?

My jsme byli výborná rada, hodně jsme si věřili. V tomto období jsme dostali konečně hodnotu bodu na korunu. Na to jsem byla pyšná. Na jednáních už nás začali vnímat jinak - začali nás více vnímat. Podařilo se nám upevnit zákony, aby logopedie byla legislativně zakotvená. O zákony se hodně starala PaedDr. Eva Škodová a my jsme jí to pomáhali připomínkovat. Kdykoliv jsem se obrátila na členy AKL, vždy mi naše kolegyně z celé ČR moc pomáhaly. I paní doktorka Salomonová mi hodně pomáhala. Své kompetence jsem zásadně nezměnila. Bylo mi mezi členy Rady dobře.

A je něco, co byste ve funkčním období udělala jinak?

Určitě. Kdybych uměla jazyky, určitě bychom víc spolupracovali s více asociacemi z jiných zemí.

Jak vlastně začala Vaše profesní cesta?

Já jsem začínala jako logopedický asistent na poliklinice. Abych mohla být logoped VŠ, musela jsem absolvovat VŠ pedagogickou. Když jsem chtěla jít na VŠ, musela jsem projít Kádrovým útwarem, který buď doporučení dal, nebo nedal. Měli podmínku, že musím vstoupit do KSČ. No a já řekla, že raději nepůjdu na VŠ. V té době se za mne postavilo hodně lidí. Hlavně jedna sestřička, která byla v Komunistické straně a ještě v odborech. Doporučení jsem dostala a nemusela vstoupit do KSČ.

Za tuto odvahu, v té době drzost, se Vám nic nestalo?

Myslím si, že je to všechno o lidech.

Střední školu jste vystudovala zdravotnickou, že Vás to tak táhlo do zdravotnictví?

Ne, já mám střední ekonomickou.

Takže vy jste vystudovala střední ekonomickou a pak jste rovnou šla pracovat na polikliniku?

Ano. Měla jsem střední školu a kurz logopedického asistenta se závěrečnou zkouškou. To byly přesně stanovené podmínky pro přijetí na logopedického asistenta ve zdravotnictví. Já jsem tyto podmínky splňovala. Ekonomickou školu jsem udělal bez obtíží a dostala jsem i doporučení na vysokou školu, ale já jsem chtěla k dětem. Od mala jsem cítila, že potřebuji pracovat s dětmi a s lidmi. Tak jsem se rozhodla jít do zdravotnictví a nikdy jsem toho nelitovala. Splnil se mi sen.

Tomu rozumím, přesto povolání, která se věnují práci s dětmi, je mnoho. Proč zrovna poliklinika a logopedie?

Protože se otevíral na poliklinice nový obor – logopedický asistent ve zdravotnictví a v té době mě to nejvíce oslovilo. Do školství jsem nechtěla.

Co tedy pro vás osobně znamená klinická logopedie?

Klinická logopedie je krásný obor, hlavně pro lidi, kteří jsou všestranní a kreativní. Moc mne těší, že náš obor je dnes už na vysoké úrovni.

Kterou oblast z klinické logopedie máte nejradši?

Asi všechny oblasti.

Je nějaká událost z Vaší klinické praxe, na kterou nezapomenete?

Že se mi podařilo, holčičku s Downovým syndromem dostat na střední školu. Pomohla jsem zpěvákovi, panu Václavovi Neckářovi, aby opět zpíval. Současnému panu profesorovi, aby mohl přednášet Umělou inteligenci po celém světě. Samozřejmě hodně dětem. Těch příběhů je hodně.

Jak by se současná logopedie měla podle Vás ubírat?

No, určitě se stále snažit náš obor dostat na Lékařskou fakultu. Náš obor by stoupl ve zdravotnictví. Aby diagnostika předškolních dětí byla ve zdravotnictví. Je to pro vývoj dětí hodně důležité.

Jak vnímáte povědomí současné společnosti o klinické logopedii?

Myslím si, že nás společnost už vnímá lépe. Už si nemyslí, že děláme jenom trk trk. Také záleží na samotných logopedech, jak se uplatní ve svých regionech, jak se budou odborně prezentovat na odborných lékařských přednáškách. Vzpomínám si, že když jsme měly přednášku v Lékařském domě, já, I. Laudová, J. Kalfusová pro neurology, jak se jim naše přednášky líbily a jak byli vděční, že s námi mohou spolupracovat. Celou dobu nás moc poslouchali.

Kdo byl nebo je Vaším vzorem?

No určitě paní doktorka Salomonová. Protože je jako já (smích). Paní doktorka Salomonová je jednak velmi inteligentní, klidná a odborně na výši. Myslím si, že si ji všichni vážíme do dnešních dnů. Navíc uměla perfektně zákony. A to mi pořád vštěpovala do hlavy. Naučit se zákony je velká výhoda při debatách a jednáních na všech úřadech, nikdo na vás nebude mít. Měla pravdu.

Jak vnímáte současný stav asociace?

Já si myslím, že se určitě všichni snaží. Nikdo si neumí představit, co se všechno musí ohlídat, jednat, prosazovat, aby členové naší AKL byli spokojeni.

Co vám v Asociaci nebo klinické logopedii chybí kromě Lékařské fakulty?

Chybí mi, že kliničtí logopedi, kteří pracují v ambulancích, nepochopili, jak je pro ně důležité být v SASU (Svaz ambulantních specialistů). Asi je to tím, že nechodí na Dohodovací řízení. Nevidí, jak lékaři tvrdě prosazují své. A tady je organizace, která nám nabízí pomoc, a my nic. Lékaři

pochopili, že je dobré být i v jiných organizacích. AKL je pro nás stále tou nejdůležitější organizací. Řekla bych, že je to hlavně o ekonomice. Děkuji všem, kteří to pochopili. A těm, kteří tam jsou, děkuji.

Jaké jsou v současné době Vaše priority?

Užívat si život!

Jak si užíváte života?

Maluju, užívám si vnoučat, chodím do přírody, musím pořád něco vytvářet. Tak vytvářím. Pracuji už jenom 3 dny v týdnu. To je velká pohoda. A hodně cestuju s manželem – nejkrásnější zážitek byl Nový Zéland.

Kdybyste nebyla klinický logoped, čím byste byla?

Určitě by to byla vědecká činnost.

Co byste vzkázala mladé generaci?

Aby se hodně vzdělávali. Aby byli poctiví k oboru a nehonili jenom peníze. Aby si taky užívali život a neseděli v ordinaci od rána do večera. Myslím si, že z toho stresu z práce jsme pak všichni vyhořeli a nemocní.

Tady bych chtěla poznamenat, že jsem jako předsedkyně navštívila ordinace klinických logopedů po celé České republice. Byla jsem velmi překvapena, jak byli všichni logopedi úžasní. Byla jsem na ně hrdá. Touto cestou bych chtěla všem poděkovat za velmi milé přijetí, kterého se mi dostalo.

Děkuji.

Děkuji za rozhovor.

ADAPTACE DIAGNOSTICKÉHO NÁSTROJE

Mgr. Lucie Václavíková

Ústav speciálněpedagogických studií, Pedagogická fakulta, Univerzita Palackého Olomouc
lucie.vaclavikova03@upol.cz

V logopedické praxi se opakovaně setkáváme s nedostatkem diagnostických nástrojů pro posouzení narušené komunikační schopnosti jedince. Často chybí standardizace testů či normativní údaje. Tento současný stav se snaží „napravit“ univerzity, výzkumná pracoviště i klinická praxe. Existují různé možnosti vytváření diagnostických nástrojů, a sice překlad původního testu, adaptace původního testu, nebo tvorba nového testového materiálu. Nejméně vhodnou variantou se jeví pouhý překlad původní varianty testu z jednoho jazyka do druhého, neboť v tomto procesu nedochází k respektování jazykových a kulturních specifik toho kterého jazyka. Požadavek respektování zmíněných specifik splňuje provedení adaptace originálního testu a samozřejmě také tvorba zcela originálního diagnostického nástroje.

V nedávné době vznikla na Ústavu speciálněpedagogických studií Univerzity Palackého v Olomouci adaptace Testu porozumenia viet (Marková et al., 2015), kterým lze posoudit porozumění mluvené řeči na úrovni vět. Například v rámci diagnostiky osob s neurogenními poruchami komunikace je posouzení porozumění řeči – mluvené a psané – jednou ze základních oblastí vyšetření, neboť mj. ovlivňuje oblasti ostatní, včetně produkce řeči. Testem lze hodnotit porozumění různým syntaktickým konstrukcím a lingvistickým faktorům. Je určen pro osoby s diskretnějšími poruchami porozumění. Analýza obtíží pacienta u konkrétních položek by měla signalizovat deficit lexikálně-sémantický, syntaktický či deficit v pracovní verbální paměti (Marková et al., 2015).

V rámci procesu adaptace bylo nutné původní autorský slovenský test analyzovat, přeložit a následně adaptovat. Podařilo se zachovat původní počet podstatných jmen a sloves, počet vět pro dané lingvistické faktory (např. krátké a dlouhé věty, přítomnost či nepřítomnost morfologického klíče na prvním podstatném jméně ve větě aj.)

i syntaktické struktury u testovaných vět (např. věty objekt-verbum-subjekt, vztažné věty apod.). Poděkování patří doc. Janě Markové za udělení souhlasu k adaptaci testu a dále lingvistce Mgr. Kateřině Danielové za odborný kritický rozbor překladu testu. Práce byla představena na VI. Konferenci mladých vědeckých pracovníků, která se konala v březnu 2018 v Olomouci.

Vytvořená verze testu bude dále ověřena na souboru intaktních osob. Následně budou stanoveny orientační normativní hodnoty. Do budoucna se očekává implementace definitivní verze testu do (nejen) klinické praxe. Výzkum je dílčí částí specifického výzkumného projektu IGA_PdF_2018_024.

Literatura

MARKOVÁ, Jana, Zsolt CSÉFALVAY, Marina MIKULAJOVÁ a Miroslava SCHOFFENOVÁ, 2015. Analýza porozumenia viet v slovenčine : test porozumenia viet s normami. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislavě. ISBN 978-80-223-3797-7.



Mgr. Lucie Václavíková

TERAPIA JĄKANIA METODĄ TARKOWSKIEGO

THE TARKOWSKI STUTTERING THERAPY METHOD

prof. dr hab., n. hum. Zbigniew Tarkowski

Department of Pathology and Rehabilitation of Speech, Medical University of Lublin, ul. Staszica 4-6, Lublin

tarkowskizbigniew@wp.pl

Streszczenie

Metoda Tarkowskiego reprezentuje systemowe podejście do terapii osób jąkających się w różnym wieku. Zakłada ono, że struktura jąkania obejmuje czynniki lingwistyczne (np. nie płynność mówienia), biologiczne (np. wzmożone napięcie mięśniowe), psychologiczne (np. logofobia) i społeczne (np. stres komunikacyjny). Dotychczasowe podejścia koncentrują się przeważnie na wybranych czynnikach zgodnie z profesją terapeuty. Lekarze stawieni są na czynniki biologiczne, psychologowie – psychologiczne, a logopedzi – lingwistyczne i społeczne. W metodzie Tarkowskiego oddziałuje się jednocześnie na całą strukturę jąkania zmierzając do zmniejszenia nie płynności mówienia, obniżenia napięcia mięśniowego oraz logofobii oraz zwiększenia umiejętności radzenia sobie ze stresem komunikacyjnym. Podejmuje się tego jeden specjalista – balbutolog, które bierze na siebie odpowiedzialność za przebieg terapii i jej efekty. W artykule podano przykłady takiego podejścia w wieku przedszkolnym, szkolnym i dorosłym.

Abstract

The method used by Professor Tarkowski represent a system approach to the therapy of people who stutter at a different age. This approach assumes that the structure of stuttering involves linguistic factors (e.g. speech disfluency), biological factors (e.g. excessive muscle tension), psychological factors (e.g. logophobia) and social factors (e.g. communication stress). Previous approaches focus mainly on particular factors corresponding to the therapist specialties. Physicians are used to biological factors, psychologists to psychological factors, speech therapists to linguistic and social factors. In the method used by Professor Tarkowski the whole structure of stuttering is affected, aiming at reducing speech disfluency, muscle tension,

logophobia and increasing the ability to deal with communication stress. The only specialist who takes the challenge is a balbutologist, who takes the responsibility for the course of the therapy and its results. Examples of such an approach in the kindergarten, school and mature age are presented within this article.

Słowa kluczowe

jąkanie, terapia

Keywords

stuttering, therapy

Istota jąkania

Jąkanie najczęściej jest kojarzone z zaburzeniami płynności mówienia, a ta opinia jest znacznym uproszczeniem i wygodnym stereotypem. W ujęciu systemowym (Tarkowski 2007, 2017) jego struktura składa się z czynników lingwistycznych (np. nie płynność mówienia), biologicznych (np. wzmożone napięcie mięśniowe), psychologicznych (np. lęk przed mówieniem) i społecznych (np. reakcja na nie płynność mówienia). Poznanie tych czynników oraz wyjaśnienie relacji między nimi ma kluczowe znaczenie w Systemowej Terapii Jąkania (STJ) w opracowaniu własnym.

Założenia i cele STJ

Oto te najważniejsze:

- STJ nawiązuje do teorii systemów i terapii systemowej, ale ma swoją specyfikę.
- Jąkanie jest zaburzeniem psychosomatycznym a jego forma chroniczna posiada cechy choroby psychosomatycznej.
- Zależności między wymienionymi czynnikami jąkania nie są jedynie przyczynowo-skutkowe, lecz także cykliczne (kołowe). Nie można zmienić



prof. dr hab., n. hum. Zbigniew Tarkowski

jednego czynnika bez modyfikacji pozostałych. STJ działa na równocześnie lub stopniowo.

- Etiologia jąkania jest wypadkową czynników predysponujących (biologicznych), wyzwalających (psychologicznych) i utrwalających (społecznych).
- Osoba jåkająca się jest potencjalnie płynna.
- STJ preferuje eksperyment naturalny a techniki terapeutyczne sã traktowana jako środki do rozwiązania problemu.
- STJ jest przeciwna akceptacji jåkania i podejmuje z nim walkę.
- Preferowane techniki sã naturalnego mówienia.
- W STJ biorã czynny udział osoby wspierające. Podkreśla się szczególnã rolę ojca.
- Podstawowã bazę stanowi intensywna terapia krótkoterminowa z wydłużonym okresem kontrolnym. Stanowi ona połączenie treningu mowy, psychoterapii i socjoterapii.
- Podstawowymi celami STJ jest osiągnięcie płynności mówienia kontrolowanej lub spontanicznej, zmniejszenie nadmiernego napięcia mięśniowego, obniżenie poziomu leku przed mówieniem i zwiększenie gotowości do komunikowania się.

Elementy STJ zauważamy w wyróżnionym Oskarami obrazie filmowym *Jak zostać królem*, którego bohaterami sã jåkający się król Jerzy VI oraz jego terapeuta. Film rozpoczyna się od publicznego wystąpienia księcia, które zakończyło się całkowitã porażkã z powodu licznych przedłużających pauz napiętych, u podłoża których leżało nadmierne napięcie mięśniowe i strach przed publicznym mówieniem. Książę przeszedł wiele nieskutecznych, wręcz upokarzających, form terapii, zanim w końcu – za namowã żony – trafił do niekonwencjonalnego terapeuty. Ten zaś postanowił w czasie pierwszej wizyty zawrzeć kontrakt terapeutyczny na zasadach partnerskich oraz podnieść motywację do terapii. Przedstawił więc parze książęcej małego pacjenta, który kiedyś nie mógł wypowiedzieć słowa a teraz mówił płynnie, a ta poprawa stanowiła dowód skuteczności terapeuty. Ponadto stwierdził, że zaburzenie mowy występujące u księcia nie jest jego stałą cechã, gdyż zdecydowanie częściej mówi płynnie niż nie płynnie. Ponadto zastosował technikę maskowania dźwiękiem mowy księcia, która sprawiła, że czytał płynnie, co stanowiło szczególny „zastrzyk” terapeutyczny. Mimo tych

obiecujących zabiegów do zawarcia kontraktu nie doszło i panowie rozstali się. Książę wrócił jednak na terapię, ponieważ jego problem nie został rozwiązany. Nie chciał, ale musiał występować publicznie, a jåkanie stanowiło tu głównã przeszkodę. Podczas drugiego spotkania terapeuty poszedł na pewne ustępstwo i zgodził się zajmować jedynie „mechanikã mowy”, rezygnując z oddziaływania psychoterapeutycznego. Przeprowadził więc bardzo intensywny trening, obejmujący klasyczne ćwiczenia oddechowe, emisyjne, artykulacyjne, relaksacyjne oraz dykcji. Nie stosował żadnych nienaturalnych technik mówienia, aby nie narażać pacjenta na ośmieszanie się. Zajął się umiejętnościã radzenia sobie z tremã, skłaniając księcia do publicznych wystąpień. W czasie terapii towarzyszyła mu żona, która spełniała ważnã rolę osoby wspierającej. Zarówno pacjent jak i jego terapeuta bardzo zaangażowali się w realizację dynamicznego procesu terapeutycznego. Okazja do wprowadzenia elementów psychoterapii pojawiła sama. Po śmierci ojca książę przyszedł niezapowiedziany do swojego terapeuty i zaczął mu się zwierzać. Ten jedynie kierował rozmowã. W sytuacji, kiedy książę miał silny blok, radził mu, aby zaśpiewał to, co chce powiedzieć, co spotkało się z oporem pacjenta. Analiza rozmowy terapeutycznej pozwoliła ustalić hipotetycznã etiologię jåkania trwającego u księcia od wczesnego dzieciństwa. Stanowiła ona splot czynników predysponujących (np. leworęczność), wyzwalających (np. lęk przed ojcem) i utrwalających (np. stres komunikacyjny). Terapeuta podchwycił wątek rywalizacji księcia ze starszym uroczym bratem, który odbierał mu pewność siebie i wpędzał go w jåkanie. W końcu ujawnił konflikt podstawowy powodujący stałe napięcie, ryzykując utratę intratnego klienta. Otóż terapeuta uświadomił księciu, że ma aspiracje zostać królem, ale hamuje go poczucie lojalności wobec brata. Zostało to odebrane jako nakłanianie zdrady i panowie rozstali się kolejny raz. Ale problem nadal był nadal aktualny. Książę, już jako król, poprosił tego samego terapeuty o pomoc i otrzymał ją w decydującej próbie. Terapię można uznać za skutecznã mimo, że król nie mówił stale płynnie. Terapeuta skupił się na realizacji jasnego celu, którym było płynne publiczne przemówienia, głównie radiowe, i go osiągnął. Wystąpienia te miały mobilizować naród brytyjski w czasie II wojny światowej, a jednocześnie kształtować pozytywny wizerunek monarchii.

STJ uwzględnia wiele czynników, a przede wszystkim wiek pacjenta.

STJ w wieku przedszkolnym

Czterolatnia Ania zaczęła się mówić nie płynnie nagle i w ciãgu doby rozwinęła się pełnã postac jåkania. W każdym niemal zdaniu demonstrowała blokowanie (tzw. zacinanie się) zlokalizowane przeważnie na początku wypowiedzi, którym towarzyszyły zbędne ruchy dłoni w okolicach warg (tzw. współruchy) podczas mówienia oraz znaczny wysiłek. Ponadto wystąpiło wzmożone napięcie mięśniowe głównie w mięśniach twarzy. Dziewczynka była nieświadoma objawów nie płynności i mówiła śmiało i duzo. Zdezorientowani i zaniepokojeni rodzice czekali jednak, że jåkania minie samo i rzeczywiście tak się stało. Po miesiącu wróciło jednak i wówczas zgłosili się na konsultację.

Jåkanie powstaje najczęściej (90%) w okresie do 5–6 lat. Jest często mylone z rozwojowã nie płynnością mówienia, która jest zjawiskiem normalnym, uniwersalnym i przemijającym. Podejmując próbę jej terapii ryzykuje się wpędzenie dziecka w rzeczywiste jåkanie. To zaś samo nie mija i wymaga wczesnej interwencji. Nie polega ono na wykonywaniu – zgodnie z panującym stereotypem – ćwiczeń oddechowych, które jedynie mogą zniekształcić naturalny oddech, będący automatyzmem. W przypadku jåkania wczesnodziecięcego STJ obejmuje:

- okres względnego milczenia dziecka, aby nie dopuścić do utrwalania się nie płynności mówienia;
- terapię rodziny w celu ustalenia źródła napięcia leżącego u podłoża nie płynności mówienia i jego eliminacji;
- ziołolecznictwo (najlepiej w wykorzystaniu efektu placebo) służące obniżeniu napięcia mięśniowego;
- interwencję dorosłych w przypadku wystąpienia blokowania wypowiedzi u dziecka.

Terapia Ani

Podczas pierwszego spotkania terapeuta dokonał diagnozy dla celów terapii, przedstawił zarys jej planu. Podstawã oceny nie płynności mówienia i zaburzeń towarzyszących była *Analiza Próbkii Mowy* zarejestrowanej kamerã przez ojca podczas swobodnej rozmowy matki z córkã. Taka próbka ma duze znaczenie diagnostyczne, gdyż małe dzieci często nie ujawniają nie płynności w gabinecie. Analiza nagrania oraz rozmowy z Anią wykazała

występowanie u niej znacznego jąkania. Szczególnie widoczne było nadmierne napięcie mięśniowe leżące u podłoża wielokrotnie powtarzanych sylab (czasem 10 razy) na początku wypowiedzi. Nasuwa się zasadnicze pytanie o pochodzenie tego napięcia. Z wywiadu przeprowadzonego z rodzicami nie wynikało, że dziewczynka przeżyła jakąś traumę lub sytuację stresową, a w rodzinie bliższej i dalszej nikt się nie jąkał. Dziewczynka położyła się spać jako płynnie mówiąca, a zbudziła się jako jąkająca się. Nie była świadoma nie płynności mówienia, mówiła dużo i śmiało, a jej mowa narracyjna i dialogowa dowodziły dużej sprawności językowej. Rodzice nie poprawiali jej i nie karali. Byli raczej biernymi obserwatorami zaburzenia płynności, którego podłoża nie byli w stanie wyjaśnić. Zostali poproszeni o wypełnienie *Skali Reakcji na Niepłynność Mówienia* opracowanej przez Zbigniewa Tarkowskiego. Składa się ona z trzech podskal oceniających nasilenie negatywnych reakcji poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych na zaburzenia płynności mówienia. Porównanie odpowiedzi matki i ojca stanowiło podstawę dalszej pracy z nimi. Terapeuta zaproponował rodzicom okres względnego milczenia dziecka. Nie można mu nakazać zaprzestania mówienia, ale jedynie próbować je ograniczyć do minimum, przechodząc na różne formy komunikacji niewerbalnych. Aby wprowadzić okres milczenia matka wzięła tygodniowy urlop i wyjechała z dzieckiem do wynajętego domku nad jeziorem. Zmiana miejsce pobytu może mieć pozytywny wpływ na poprawę płynności mówienia, o czym wiedział już Demostenes – słynny starożytny mówca, kiedyś jąkający się. Matka z córką były odizolowane od otoczenia, zdane tylko na swoje towarzystwo. Mogły bawić się, kąpać, spacerować, oglądać ilustracje, słuchać bajek, malować, rysować i wykonywać wiele innych czynności bez udziału mowy dziewczynki. Matka powiedziała jej, że zabawa polega na porozumiewaniu się bez słów. Kiedy dziewczynka zaczynała mówić, matka kładła palec na buzi, jako znak, że ma przestać. Miała pokazać to, o czym zamierzała powiedzieć lub czekać, aż matka odczyta intencję jej wypowiedzi. Natomiast ona mówiła wolno, krótko i śpiewnie, tak jak zazwyczaj mówi się do małych dzieci. Obniżanie napięcia mięśniowego występującego u Ani odbywało się na różne sposoby, to znaczy poprzez stosowanie hydroterapii, relaksacji, leczenia snem przedłużonym i ziołolecznictwa.

Wykorzystano możliwość częstego kąpienia się i polewania letnią wodą. Matka muskała lub głaskała ciało dziecka zgodnie z wzorem relaksu Wintreberta, sprawiając tym dziewczynce dużą przyjemność. Mogła też ona wysypiać się do woli, gdyż nie musiała chodzić do przedszkola. Jedynie przyjmowanie ziół obniżających napięcie mięśniowe, przygotowane przez matkę na podstawie receptury O. Klimuszko, nie było tak przyjemne. Po powrocie do domu przedłużono o tydzień okres względnego milczenia. Dziecko nie chodziło do przedszkola i zostawało w domu pod opieką ojca. Po dwóch tygodniach nastąpił powrót do naturalnej komunikacji rodzinnej. Objawy sporadycznej nie płynności mówienia ignorowano. Rodzice mieli interweniować jedynie w przypadku wystąpienia u córki wyraźnych bloków w ten sposób, że mówili za nią blokowane słowo, aby nie dopuścić do utrwalania się nawyku jąkania się. W czasie kolejnej wizyty terapeuta stwierdził – na podstawie analizy kolejnej próbki mowy dziecka oraz rozmowy z nauczycielką z przedszkola – znaczne zmniejszenie natężenia nie płynności mówienia. Ponadto nastąpiła istotna jej zmiana jakościowa. Niepłynność napięta zaczęła przekształcać się w niepłynność nienapiętą, czyli bez wzmoczonego napięcia mięśniowego. Równolegle z oddziaływaniem na mowę dziecka terapeuta zajmował się jej rodzicami, którzy odmiennie reagowali na zaburzenia płynności mówienia występujące u córki. Różnice wystąpiły w 10 na 30 ocenianych reakcji i dotyczyły głównie ich aspektów poznawczych i emocjonalnych. Na przykład zdaniem matki dziecko się jąkało, a ojciec nie potwierdzał tej opinii. Ponadto uważał on, że jąkanie minie samo i na terapię zgodził się pod presją żony, która uważała, że nie można z nią zwlekać. Ich reakcje emocjonalne były także zróżnicowane. Na przykład większą irytację i niepokój wyzwalalo jąkanie u matki niż ojca. Okazało się też, że dziecko śpi z rodzicami, co wprowadzało niepotrzebne napięcie między małżonkami i dawało poczucie dyskomfortu. Pod wpływem terapeuty postanowili oni przenieść dziewczynkę do własnego łóżka, ryzykując nasilenie objawów nie płynnego mówienia. Jak należało się spodziewać postawiła ona opór i wracała do łóżka rodziców o różnych porach nocy. Ojciec (a nie matka) odprowadzał ją do jej łóżka, które stało początkowo we wspólnym pokoju, a potem zostało przeniesione do pokoju dziecka. Po tygodniowej próbie dziewczynka spała już sama i przychodziła do łóżka rodziców

jedynie rano. Niepłynność mówienia nie zwiększyła się. Oczekiwano na dalszy jej spadek, jeśli zostaną wyeliminowane inne źródła napięć między małżonkami. Służyła temu rozmowa z nimi mająca na celu ograniczenie negatywnych reakcji na niepłynność mówienia i ujednolicenie postaw. Terapeuta uznał, że nie ma potrzeby głębszego wchodzenia w życie małżeństwa, które nie zgłaszało dodatkowych problemów. Kiedy Ania zaczęła mówić bez objawów nie płynności mówienia i wzmoczonego napięcia mięśniowego uznano terapię za zakończoną i wprowadzono okres kontrolny trwający do 6 r.ż. dziecka. W tym czasie rodzice telefonowali do terapeuty raz w miesiącu lub rzadziej i informowali o stanie mowy córki. W przypadku nawrotu jąkania mieli natychmiast zgłosić się na konsultację.

STJ w wieku szkolnym

Paweł jąkał się od najmłodszych lat i korzystał z wielu form terapii. Na kolejną został zgłoszony, kiedy przechodził z gimnazjum do liceum. Wcześniej był otoczony parasolem ochronnym, a teraz obawiał się, że w nowym środowisku szkolnym jego jąkanie nie będzie tolerowane i dostarczy mu przykrych przeżyć. Demonstrował zarówno bloki kloniczne, polegające jak wielokrotnym powtarzaniu tego samego ruchu mięśni aparatu mowy, jak i bloki toniczne, polegające na nadmiernym wydłużaniu tego ruchu. Bloki te utrudniały mu rozpoczęcie wypowiedzi lub jej kontynuowanie. Towarzyszyły im drganie warg i zuchwy, odrzucanie głowy do tyłu oraz zaciskanie splecionych dłoni i ich pocenie się. Jąkanie nasilało się w czasie odpowiedzi ustnych w klasie.

Zdecydowanie częściej jąkają się chłopcy niż dziewczynki, ale ten specyficznie „męski” problem próbują rozwiązywać głównie kobiety (terapeutki wraz z matkami). Tymczasem udział ojców w STJ jest bardzo wskazany, szczególnie wtedy, gdy natężenie nie płynności mówienia jest większe w rozmowie z ojcem niż matką. Należy pamiętać, że ta niepłynność stanowi ważny wskaźnik relacji międzyludzkich, w tym rodzinnych. Podstawowe znaczenie ma kształtowanie motywacji do terapii jąkania, które przecież nie sprawia bólu fizycznego i nie zagraża zdrowiu. Sama niepłynność mówienia nie jest problemem. Można z nią żyć lepiej lub gorzej. Problem powstaje wówczas, gdy jąkanie stanowi przeszkodę w realizacji celu. Nie ma go, kiedy uczeń jąkający się jest zwalniany z ustnych odpowiedzi w klasie i przechodzi w fazę wyuczonego mutyzmu wybór

czego, co jest niestety częstym zjawiskiem. Podstawowym celem STJ w wieku szkolnym jest płynne mówienie w klasie, czyli w trudnej sytuacji komunikacyjnej. Cel ten realizowany jest etapami:

1. Wybór stresującej sytuacji komunikacyjnej.
2. Relaksacja
3. Desensytyzacja, czyli odczulanie
4. Przyswojenie techniki płynnego mówienia.
5. Rozmowa terapeutyczna.
6. Socjoterapia.
7. Ocena efektów terapii.

Kolejność tych etapów nie jest sztywna i powinna być dostosowana do problemu i potrzeb pacjenta.

Terapia Pawła

W czasie pierwszej wizyty z udziałem całej rodziny wykonano badania 16 letniego Pawła za pomocą *Skali Samooceny i Oceny Jąkania* oraz *Skali Motywacji do Terapii* (obie autorstwa Góral – Półroli i Tarkowskiego). W samoocenie młodzieńca jąkanie było umiarkowane, zaś w ocenie ojca oraz terapeuty było ono znaczne. Natomiast jego motywacja do terapii była na umiarkowanym poziomie. Paweł nie akceptował jąkania i był gotów podjąć z nim walkę, mimo wcześniejszych niepowodzeń wynikających głównie z braku zaangażowania w terapię, którą odbierał jako nudne zajęcie. Teraz liczył na wsparcie rodziny. Najbardziej zaangażował się ojciec, który dowoził syna na terapię i czynnie w niej uczestniczył. Pozostali członkowie rodziny pozostawiali do dyspozycji terapeuty i sprawowali kontrolę na zachowaniem słownym Pawła w domu. Na podstawie wyników *Kwestionariusz Niepłynności Mówienia i Logofobii* (opracowaniu Tarkowskiego) terapeuta ustalił, że u Pawła występuje mieszany typ jąkania (psychologiczno-fizjologiczny), w którym na wysokim poziomie występuje zarówno niepłynność mówienia jak i strach przed nim w czasie lekcji oraz czytaniem tekstów w kościele. Osiągnięcie płynności kontrolowanej w tych trudnych sytuacjach komunikacyjnych stało się głównym celem terapii, określonego jasno w ramach zawartego kontraktu terapeutycznego. Przewidywał on także zaprzestanie jej w przypadku braku zaangażowania ucznia w terapię. Rozpoczęto ją od poprawiania koordynacji oddechowo-artykulacyjnej oraz opanowania relaksu metodą Jacobsona, polegającą na naprzemiennym wykonywaniu ruchów

napinających i rozluźniających poszczególnych grup mięśni aparatu mowy. Ze względu na silne ich napięcie oraz pośpiech w czasie wykonywania ćwiczeń, wspomniane techniki okazały się trudne do opanowania. Terapeuta zalecił Pawłowi pływanie oraz korzystanie z masażu wodnego, ale ze względu na znaczną odległość do basenu, zadanie nie było systematycznie. Po opanowaniu relaksu przystąpiono do łączenia go z wyobrażeniami bodźców lękowych związanych z mówieniem w klasie lub kościele (desensytyzacja). Starano się obniżyć oczekiwania na wystąpienie jąkania, co ma bardzo ważne. W tym celu dokładnie przeanalizowano myśli pojawiające się u Pawła zanim zacznie mówić. Świadczyły one o czarnowidztwie, gdyż automatycznie pojawiała się myśl, że będzie się jąkał. Podjęto próbę zamiany jej na pozytywną: „będę mówił płynnie” za pomocą techniki autoafirmacji. Ponadto terapeuta zaproponował dwie różnice się zdecydowanie techniki poprawiające płynność mówienia: naturalnej albo nienaturalnej mowy. Pierwsza technika polegała na korektowaniu oddychania i artykułowania w czasie wypowiadania fraz na jednym wydechu z wyraźnie zaznaczonymi pauzami między nimi. Druga technika należała do bardziej popularnych i polegała na napiętym przeciąganiu sylab, co powoduje wyraźne zwolnienie tempa mówienia. Pawłowi łatwiej było opanować tę drugą technikę, ale nadmierne przeciąganie narażało go na ośmieszenie się. Aby tego uniknąć skracał odcinki nie płynnego mówienia i przyspieszał jego tempo. Technikę przeciągania miał stosować jedynie w czasie wystąpienia bloku, aby wyjść z niego. W pozostałych wypowiedziach miał rytmicznie oddychać i frazować i ten sposób utrzymywał swoją potencjalną płynność mówienia. Niestety Paweł miał kłopoty z płynnym startem mowy i często zapominał o stosowaniu właściwej techniki, co wynikało przede wszystkim z pośpiechu, stanowiącego cechę jego temperamentu. Miał on poinformować swoją klasę, że podjął walkę z jąkaniem i prosi o zrozumienie jego zachowania. Otrzymał wsparcie od kilku uczniów i uczennic, a także od wychowawczynie klasy, która obiecała, że porozmawia z innymi nauczycielami, aby pytali Pawła możliwie często, a szczególnie wtedy, gdy sam się zgłasza do odpowiedzi. I tak się działo. Z drugiej strony książkę angażował jąkającego się ministranta do śpiewania i czytania różnych tekstów. Dla Pawła najtrudniejszym wyzwaniem była msza niedzielne z udziałem rodziny,

kiedy miał czytać odpowiedni tekst, który wcześniej przygotowywał razem z terapeutą. Ponadto zaprosił on Pawła i ojca na dwa różne seminaria dla profesjonalistów, podczas których była omawiana i demonstrowana STJ. W czasie pierwszego spotkania stres komunikacyjny był na początku tak duży, że młodzieniec nie poradził sobie z nim. Wystąpił silny blok kloniczno-toniczny ze współruchem na starcie wypowiedzi, a Paweł nie był w stanie zastosować żadnej wyuczonej techniki poprawiającej płynność mówienia. Terapeuta polecił mu głęboko oddychać, a napięcie mięśniowe obniżyć się. Powiodło się i Paweł zaczął mówić płynnie odpowiadając na pytania uczestników seminarium. Drugie spotkanie rozpoczęło się okresem względnego milczenia, gdyż terapeuta celowo nie zabierał głosu jako pierwszy, wytwarzając w ten sposób pewne napięcie związane z oczekiwaniem. Potem poprosił Pawła, aby powiedział coś o sobie. Wolał jednak mówić w swoim jąkaniu i czynił to płynnie, ku pewnemu zaskoczeniu uczestników seminarium. Równie płynnie odpowiadał na ich pytania. Mowa Pawła pogorszyła się, gdy terapeuta polecił mu zadawać pytania, a jeszcze większe miał trudności, kiedy miał mówić komplementy paniom. To drugie zadanie okazało się także trudne, dla panów uczestniczących w seminarium. Kiedy poproszono Pawła o wyrażenie opinii na temat spotkania to oświadczył, że myśli o nich długo wcześniej i próbuje się „pozytywnie do nich nastroić”. Najgorszy jest początek, a potem idzie zdecydowanie lepiej, bo czuje, że „stres ze mnie spływa”. Tym niemniej te spotkania były dla niego łatwiejsze (stres krótkoterminowy) niż konieczność mówienia w klasie lub kościele (stres długoterminowy). „Z państwem się rozstanę, a do siebie wracam” – powiedział Paweł. Jego domownicy różnie reagowali na objawy jąkania. Matka i brat byli skłonni do ich tolerowania, zaś ojciec i siostra zwracali mu uwagę, gdy mówi nie płynnie i nie stosuje techniki poprawiających, co prowadzi do ograniczenia komunikacji słownej między. Relacje wewnątrzrodzinne były skomplikowane. Paweł rywalizował z siostrą o względy matki przy raczej biernej postawie ojca i brata, którzy zaciśkali sojusz między sobą. Ponadto robiła na przekór jąkającemu się bratu i była bezwzględna w wytykaniu jego niepłynności. Paweł czuł do niej złość skrywaną pod płaszczykiem poprawności zadawalającej rodziców. Terapeuta postanowił ją ujawnić w czasie scenki psychodramatycznej, w której zastosował technikę zamiany ról. Próba

powiodła się częściowo, bo okazało się, że Paweł ma szerszy problem z ujawnianiem emocji negatywnych, związanych nie tylko z jękaniem. Rozładowanie ich stało się kolejnym celem terapii. Podczas jednej z jej sesji wykorzystał technikę *porozmawiaj ze swoim jękaniem*. Wykazała ona, że nadal dostrzega on korzyści emocjonalne i społeczne z niego płynące. Nie można było mówić o rozwodzie z jękaniem, a tylko o separacji. Terapeuta pracował nad zbliżeniem ojca i syna nie tylko w czasie sesji terapeutycznych, ale także w sytuacjach rodzinnych i pozarodzinnych, widząc w tym istotny czynnik podnoszący efekty terapii. Były one monitorowane przez terapeutę, do którego codziennie telefonował pacjent, składając krótkie sprawozdanie z realizacji podstawowego zadania, jakim było możliwie częste wypowiadanie się publiczne. Paweł donosił, że coraz lepiej radzi sobie ze strasem komunikacyjnym, jest bardziej pewny siebie i generalnie mówi zdecydowanie płynniej, aczkolwiek występują czasem objawy nie płynności. Jego samoocena pokrywała się z oceną ojca i terapeuty. Ustalono więc, że sesje terapeutyczne będą odbywały się coraz rzadziej i zakończą się okresem kontrolnym.

STJ w wieku dojrzałym

Duchowny zgłosił się powtórnie na terapię, gdyż obawiał się, że zacznie się jękać w czasie mszy i jej nie skończy. Wyznał, że omija pewne fragmenty tekstu z obawy, że ich płynnie nie wypowie, ale nie chce, aby ta strategia została rozpoznana. Parafianie byli tolerancyjni wobec szybkiej i niekiedy nie płynnej mowy proboszcza. On sam był w krytycznym okresie: miał przestać być proboszczem, a taka decyzja była dla niego trudna do przyjęcia.

Zdaniem psychoanalityków u podłoża jękania leżą nierozwiązane konflikty, tworzące napięcie emocjonalno-mięśniowe, które z kolei wywołują nie płynność mówienia. Blokowanie wypowiedzi jest objawem tłumionej złości, a powtarzanie głosek lub sylab jest wyrazem regresji do dziecięcej paplaniny. Analiza psychologiczna nie płynności mówienia ma ważne znaczenie, ale nie można na niej poprzestać. Już sam Z. Freud stwierdził, że jękania nie da się wyleczyć samą psychoterapią. W STJ są więc prowadzone równoległe lub stopniowo:

- trening płynnego mówienia,
- psychoterapia,
- socjoterapia

Wykorzystuje się różne kombinacje technik terapeutycznych dostosowanych do problemu pacjenta, który ma zostać rozwiązany.

Terapia duchownego

Terapię rozpoczęto od wywiadu dotyczącego wydarzeń z ostatnich lat oraz omówieniu planów na przyszłość. Ksiądz mówił dużo i szybko, ale był komunikatywny. Mimo to po pewnym czasie terapeuta odczuł pewne zmęczenie odbiorem jego wypowiedzi. Kilka razy przerwał monolog duchownego pytaniem lub komentarzem. Pod koniec spotkania mówił on coraz szybciej i wówczas pojawiły się objawy nie płynności mówienia – głównie powtarzanie sylab lub ich blokowanie. Terapeuta dowiedział się, że ksiądz może stracić stanowisko proboszcza, na którym mu zależało. Zauważył, że w czasie prowadzenia mszy pojawia się u niego silny lęk, że jej nie zakończy z powodu zahamowania mowy. Obawiał się czytania pewnych fragmentów tekstu i opracował kilka sposobów ich pomijania lub zastępowania, ale nie chciał, aby parafianie zorientowali się w jego manipulacjach. Te podszyte lękiem zachowania występowały przede wszystkim w drugiej części mszy, którą starał się możliwie szybko zakończyć. Terapeuta umówił się z księdzem, że będzie uczestniczył w prowadzonym przez niego niedzielным nabożeństwie. Celowo stanął w pierwszym szeregu wiernych, aby mógł obserwować zachowanie proboszcza i zostać przez niego zauważony. Terapeuta stwierdził, że ksiądz bez pośpiechu wygłosił ładnym, doniosłym głosem ciekawe kazanie. Wprawdzie nie nawiązywał kontaktu wzrokowego z wiernymi, ale pannał na sytuacją i nie wykazywał oznak zdenerwowania. W drugiej części mszy jego zachowanie zmieniło się diametralnie. Mowa uległa znacznemu przyspieszeniu, zaczął „zjadać głoski“, powtarzać sylaby a wypowiedź stała się trudna w odbiorze oraz pojawiły się oznaki niepokoju ruchowego. Widać było, że bardzo mu się spieszy, co mogło wszystkim zebranych dawać pewne poczucie dyskomfortu. Zachowanie księdza podczas mszy zostało dokładnie przeanalizowane w czasie kolejnej sesji terapeutycznej. W celu nieznacznego zwolnienia tempa mówienia terapeuta zaproponował techniki pauzowania i frazowania zapożyczone z retoryki, a ćwiczone na tekstach kościelnych. Efekt był niemal natychmiastowy i należało go jedynie ugruntować codziennymi ćwiczeniami. Terapeuta zalecił księdzu, aby zwolnił nie tylko

tempo mowy, ale i życia. Miał znaleźć czas na skupienie się, zrelaksowanie i wyciszenie przed mszą. Niestety ta podstawowa zasada dobrego oratora okazała się trudna do wprowadzenia ze względu na nadmiar obowiązków proboszcza, brał za dużo ich na siebie. Poprawianie jego mowy okazało się zadaniem o wiele łatwiejszym niż próba zmiany stylu życia. Ksiądz potrzebował jednak przede wszystkim rozmowy terapeutycznej, która została ukierunkowana na rozwiązanie jego podstawowego konfliktu między potrzebą zarządzania parafią a pogodzeniem się z odejściem ze stanowiska proboszcza, co powinien przyjąć z pokorą. Okazało się, że ksiądz utalentowanym menedżerem, a zarządzanie i organizacja są jego żywiołem. Trudno jest mu się rozstać z dziełem, które stworzył. Chciał mieć poczucie ciągłości i stabilności działania. Nie wiedział, gdzie zostanie przeniesiony, gdy wróci „do szeregu“. Chciał nadal wykorzystać swoje umiejętności menedżerskie, ale nie miał pewności, że powtórzy się taka okazja. Wiedział, że powinien pogodzić się z wyrokiem opatrności, ale przychodziło mu to z trudem. Uważał, że stoi na rozdrożu i ta sytuacja męczy go i budzi w nim niepokój i napięcie. Postanowił pogodzić się z myślą, że prawdopodobnie opuści parafię, ale żyje nikłą nadzieją, że w niej zostanie. W ferworze pracy, posług osoby duchownej i natłoku obowiązków jękanie wróciło i było symptomem trudnej sytuacji życiowej. Zaniepokojony tym nawrotem ksiądz zgłosił się szybko do swojego terapeuty. Powiedział, że radzi sobie z jękaniem bardziej od strony „technicznej niż emocjonalnej“. Nie zdradzał nasilonych objawów nie płynnego mówienia, ale mówił szybko. Pragnął uczestniczyć w indywidualnych sesjach terapeutycznych raz w miesiącu, do czasu podjęcia decyzji w jego sprawie.

Efekty terapii

Panuje przekonanie o małej efektywności terapii osób jękaących się, ale w rzeczywistości jest ona zadawalająca i porównywalna ze skutecznością psychoterapii nerwicy (Humeniuk, Tarkowski, 2017). Całkowite wyleczenie jest najczęściej obserwowane w wieku przedszkolnym, ale jest możliwe także u osób starszych. Rzeczywistym problemem jest to, że logopedzi i psychoterapeuci sporadycznie podejmują się terapii osób jękaących się, a jeszcze rzadziej współpracują ze sobą.

Literatura

HUMENIUK, Ewa a Zbigniew TARKOWSKI, 2017. Overview of research over the efficiency of therapies of stuttering. *Polish Annals of Medicine*, Poland, Vol. 24, Iss. 1: 99-103

TARKOWSKI, Zbigniew, 2017. *A new approach to stuttering: diagnosis and therapy*. New York: Nova Science Publishers. ISBN 978-163-4856-409.

TARKOWSKI, Zbigniew, 2016. *Dzieci z zaburzeniami zachowania, emocji i mowy*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis. ISBN 978-8377440568.

TARKOWSKI, Zbigniew, 2007. *Psychosomatyka jękania: dlaczego osoby jękające się mówią płynnie*. Lublin: Wydawn. Fundacji „Orator”. ISBN 978-839-1610-749.

TERAPIE KOKTAVOSTI METODOU TARKOVSKÉHO

THE TARKOWSKI STUTTERING THERAPY METHOD

prof. dr hab., n. hum. Zbigniew Tarkowski

Department of Pathology and Rehabilitation of Speech, Medical University of Lublin, ul. Staszica 4-6, Lublin

tarkowskizbigniew@wp.pl

Přeložila: Mgr. Renata Mrozková

Abstrakt

Metoda Tarkowského reprezentuje systémové pojetí terapie koktavosti u osob různého věku. Předpokládá, že koktavost zahrnuje složky: lingvistické (neplynulosti), biologické (zvýšené svalové napětí), psychologické (logofobie), společenské (komunikační stres). Současné přístupy se soustředí na jednotlivé složky podle profese terapeuta; lékaři se věnují biologické stránce, psychologové psychické, logopedi řečové a sociální. Tarkowského metoda se zabývá současně celou strukturou koktavosti a snaží se zlepšit plynulost projevu, snížit svalové napětí a logofobii a zvyšovat schopnosti zvládat komunikační stresy. Celou terapii vede jeden specialista, balbutiolog, který přebírá zodpovědnost za průběh a efektivitu terapie. V článku jsou uvedeny příklady terapie v předškolním, školním věku, ale i v dospělosti.

Abstract

The method used by Professor Tarkowski represent a system approach to the therapy of people who stutter at a different age. This approach assumes that the structure of stuttering involves linguistic factors (e.g. speech disfluency), biological factors (e.g. excessive muscle tension), psychological factors (e.g. logophobia) and social factors (e.g. communication stress). Previous approaches focus mainly on particular factors corresponding to the therapist specialties. Physicians are used to biological factors, psychologists to psychological factors, logopedists to linguistic and social factors. In the method used by Professor Tarkowski the whole structure of stuttering is affected, aiming at reducing speech disfluency, muscle tension, logophobia and increasing the ability to deal with communication stress. The only specialists who takes the challenge is a balbutiologist, who takes the responsibility for the course of the therapy and its results. Examples of such an

approach in the kindergarten, school and mature age, were given within this article.

Klíčová slova

koktavost, terapie

Keywords

stuttering, therapy

Podstata koktavosti

Koktavost je nejčastěji spojována s poruchami plynulosti řeči. Tento názor je výrazným zjednodušením problematiky koktavosti, pohodlným, avšak obecně přijímaným stereotypem.

V systémovém pojetí se koktavost skládá z faktorů lingvistických (neplynulosti řeči), biologických (zvýšený svalový tonus), psychologických (strach z mluvení – logofobie) a společenských (reakce okolí na neplynulosti).

Pochopení těchto faktorů a objasnění vztahů mezi nimi má klíčový význam v Systémové terapii koktavosti (STJ).

Předpoklady a cíle STJ

Zde jsou nejdůležitější:

- STJ se týká systémové teorie a systémové terapie, ale má svá vlastní specifika.
- Koktavost je psychosomatická porucha a její chronická forma má rysy psychosomatické nemoci.
- Závislost mezi výše uvedenými faktory je nejen kauzálně příčinná, ale i cirkulární. Nelze změnit jeden faktor bez úpravy ostatních. STJ pracuje současně nebo postupně se všemi faktory.
- Etiologie koktání je výsledkem predispozice biologických faktorů, spouštěče (psychologických) a posilujících (sociálních) faktorů.
- Osoby, které koktají, jsou potenciálně schopny fluentního projevu.
- STJ upřednostňuje přirozený experiment a terapeutické techniky jsou



prof. dr hab., n. hum. Zbigniew Tarkowski

považovány za prostředek k řešení problému.

- STJ je proti přijetí neplnulosti a bojuje s koktavostí.
- Terapie je založena na používání techniky přirozené řeči.
- STJ se aktivně účastní podporující osoby. Zvláště je zdůrazněna pozice otce.
- Základem je intenzivní krátkodobá terapie s prodlouženým kontrolním obdobím. Jedná se o kombinaci řečové terapie, psychoterapie a sociální terapie.
- Základním cílem STJ je dosáhnout plynulosti v řízeném nebo spontánním projevu, snížit svalový tonus, snížit obavy z mluvení a zvýšit připravenost ke komunikaci.

Prvky STJ můžeme postřehnout v oscarovém snímku *Králova řeč*, jehož protagonisty jsou koktavý král George VI a jeho terapeut. Film začíná veřejným vystoupením prince, ve kterém kvůli četným prolongacím, které vznikly jako důsledek zvýšeného svalového napětí a logofobie, zcela selhává. Kníže prošel mnoha neúčinnými, dokonce ponižujícími formami terapie, než konečně - na podnět své ženy - navštívil nekonvenčního terapeuta. Terapeut uzavřel s knížetem terapeutickou partnerskou smlouvu a zvýšit takto motivaci k terapii. Terapeut představil malého chlapce, který kdysi nedokázal vyslovit slovo a nyní hovořil plynule. Toto zlepšení bylo důkazem efektivity terapie.

Dále zjistil, že porucha řeči není konstantního charakteru, že panovník výrazně častěji hovoří plynule než neplynule. Dále použil techniku dvojího čtení, která umožnila číst plynule, což bylo výraznou motivací k terapii.

Přes tyto slibné začátky k uzavření smlouvy nedošlo. Panovník se ale k terapii po čase vrátil, jelikož jeho problém nebyl vyřešen. Nechtěl, ale musel veřejně vystupovat a koktavost mu byla značnou překážkou. Při druhé schůzce terapeut přistoupil na kompromis – terapeuticky se soustředit pouze na techniku řečového projevu a upustit od psychoterapeutické složky léčby. Zahájili tak intenzivní trénink řeči zahrnující klasická dechová, fonační, artikulační a relaxační cvičení. Nepoužívali žádnou nepřirozenou techniku řeči, aby klienta nezesměšňoval. Soustředili se na zvládání trémy, vybízel knížete k veřejným vystoupením. Terapie se účastnila i manželka knížete, plnila roli podpůrné osoby.

Pacient i jeho terapeut byli velmi zapojeni do realizace dynamického terapie-

utického procesu. Příležitost zavést prvky psychoterapie se nabídla sama. Po smrti otce přišel pacient neohlášeně k terapeutovi a svěřil se mu. Terapeut jen rozhovor řídil. V situaci, kdy měl princ silný blok, mu radil, aby zazpíval, co chtěl říct. To však pacient neakceptoval. Analýza terapeutického rozhovoru umožnila vytvořit hypotetickou etiologii koktání u prince od raného dětství. Byla to kombinace predispozic (např. levostranná lateralita), spouštěčů (např. strach z otce) a fixujících faktorů (např. komunikačního stresu). Terapeut pochopil původ soupeření se starším okouzlujícím bratrem, který mu bral sebedůvěru. Nakonec sdělil prince zásadní konflikt, který způsobuje neustálé napětí. Tím však riskoval ztrátu lukrativního zákazníka. Sdělil mu, že má sice aspirace stát se králem, ale brzdí ho pocity loajality vůči vlastnímu bratrovi.

To bylo pochopeno jako zrada a terapie byla opět ukončena, avšak problém přetrvával. Král opět prosí terapeuta o pomoc a je podroben rozhodující zkoušce.

Terapie může být považována za účinnou i přes skutečnost, že král nemluvil zcela plynule. Terapeut se zaměřil na dosažení jasně stanoveného cíle, tedy veřejnou promluvu, zejména v rádiu, a toto zvládl.

Tyto projevy měly mobilizovat britský národ během druhé světové války a současně vytvořit kladný monarchův obraz.

STJ v předškolním věku

STJ zohledňuje mnoho faktorů a především věk pacienta.

U 4leté Anny se objevily neplnulosti náhle a v průběhu 1 dne se rozvinul plný klinický obraz koktavosti. V každé větě se objevují bloky, zejména v iniciaci, objevují se souhyby (rukama v oblasti úst) a zvýšená námaha. K tomu se přidává zvýšené svalové napětí zejména v orofaciální oblasti. Dívka si projevy neplnulosti neuvědomovala a komunikační apetence neklesala. Znepokojení a dezorientovaní rodiče čekali, jestli koktavost neustoupí sama. Opravdu se tak stalo, avšak zhruba po měsíci došlo k recidivě a rodiče se objednali ke konzultaci.

Koktavost vzniká nejčastěji (90 %) ve věku 5-6 let. Je často zaměňována s vývojovou neplnulostí řeči, což je normální, univerzální a přechodný jev. Pokud do tohoto procesu vstupujeme, riskujeme, že se u dítěte rozvine skutečná koktavost. Ta sama od sebe neodezní a vyžaduje včasnou intervenci. Terapie není prováděna - dle převládajících představ - zavedením de-

chových cvičení, protože ta mohou přirozený dýchací proces deformovat.

Intervence u incipientní koktavosti STJ zahrnuje:

- období relativního ticha dítěte, aby nedocházelo k fixaci neplnulosti;
- rodinná terapie ke zjištění původu napětí, které je základem vzniku neplnulosti, a eliminace tohoto napětí;
- fyto terapie (bylinky, nejlépe pomocí placebo účinku) ke snížení svalového tonu;
- intervence dospělých v případě řečových bloků u dítěte.

Neplnulosti vyvolávaly větší napětí u matky dítěte. Ukázalo se také, že dítě spává s rodiči v jedné posteli, což způsobovalo napětí mezi rodiči. Terapeut jim poradil, aby dítě přestěhovali do vlastní postele, čímž podstoupili riziko zvýšení neplnulosti. Jak se dalo očekávat, dívka kladla odpor a vracela se do postele svých rodičů. Otec (ne matka) doprovázel dítě zpět do postele, která byla nejdříve umístěna v ložnici rodičů, potom v dětském pokoji. Po týdnu již holčička spala sama a k rodičům přicházela až ráno. Neplnulosti nenabíraly na síle. Očekávali jsme, že se plynulost ještělepší, když se vyřeší ještě konflikty mezi manžely. K tomu pomohl rozhovor s rodiči o zmírnění reakcí na neplnulosti a sjednocení postojů k projevům dítěte. Terapeut zjistil, že není třeba více zasahovat do manželských vztahů. V době, kdy Anna začala mluvit plynule bez zvýšeného svalového napětí, byla terapie ukončena. Kontrolované období trvalo do 6 let věku dítěte, kdy rodiče 1x měsíčně anebo méně terapeuta informovali o vývoji jazykových schopností u dítěte. V případě recidivy se k terapii měli objednat okamžitě.

STJ ve školním věku

Paweł koktal od útlého věku a prošel spoustou různých terapií. Na další byl přihlášen v době, kdy nastupoval z gymnázia na vysokou školu. Dříve měl zajištěna opatření v rámci školy, ale nyní se obával, že v novém prostředí mu jeho koktání nebude tolerováno a bude zažívat další komunikační traumata.

Jeho projevy byly různorodé – klony, které se projevovaly mnohonásobným opakováním artikulačního pohybu, tonic-ké křeče, které se projevovaly setrváváním v určité artikulační pozici. Bloky se projevovaly v iniciaci projevu, ale i v jeho průběhu. Chvění rtů a čelisti, zaklánění hlavy, zatínání dlaní v pěst, nadměrné pocení

byly hlavními znaky narušeného nonverbálního chování. Koktavost sílila při ústním zkoušení ve třídě.

U chlapců je koktavost výrazně častější než u dívek, ale tento specifický mužský problém řeší hlavně ženy (terapeutky a matky). Účast mužského elementu v podobě otce je velmi vhodná, zvláště tehdy, když jsou projevy koktavosti silnější v přítomnosti otce. Je třeba mít na mysli, že koktavost je důležitým ukazatelem mezilidských vztahů, a to také samozřejmě a především i vztahů rodinných. Hlavním úkolem je budování motivace k terapii, která přece ani nebolí, ani není zdraví nebezpečná. Samotná neplynulost není problémem, je možné s ní žít. Lépe, nebo hůře. Problém ale vzniká tehdy, když koktavost působí překážky v cestě k životním cílům.

Pawlův problém není vidět – je omluven z ústního zkoušení a vyvolávání ve třídě, problém s plynulostí se v tomto případě mění spíše na elektivní mutismus, což se bohužel stává často.

Hlavním cílem STJ ve školním věku je plynulá řeč ve třídě, tzn. dosažení plynulosti v těžké komunikační situaci.

Tento cíl je postupně realizován v těchto etapách:

1. identifikace stresující situace
2. relaxace
3. desenzibilizace
4. zvládnutí techniky plynulého mluvení
5. terapeutický pohovor
6. socioterapie
7. hodnocení efektivity terapie

Pořadí těchto etap není rigidní, musejí být individuálně přizpůsobeny každému jedinci.

PAWEL

Při první návštěvě za přítomnosti celé rodiny bylo provedeno vyšetření 16 -letého Pawla pomocí „SKALI SAMOOCENY JAKANIA ORAZ SKALI MOTYWACJI DO TERAPII (oba atu. Tarkowski- Goral-Polroli). V sebeevaluaci chlapec vnímal svou koktavost jako umírněnou, otec ji viděl jako výraznou. Jeho motivace k terapii byla dobrá, Pawel se nechtěl smířit s koktavostí a chtěl s ní bojovat přes všechny předešlé neúspěchy, které byly způsobeny nízkou motivací k terapii, kterou vnímal jako pouhou nudnou činnost. Nyní počítal s podporou rodiny. Nejvíce se angažoval otec, který doprovázel syna na terapii a aktivně se jí účastnil. Ostatní členové rodiny byli terapeutovi k dispozici a kontrolovali

verbální projevy v domácím prostředí. Z výsledků Dotazníku neplynulosti řeči a logofobie (Tarkowsky) terapeut zjistil, že Pawel trpí smíšeným typem koktavosti (psychologicko -fyzilogický), ve kterém je na vysoké úrovni zároveň neplynulost řeči a logofobie ve škole a při čtení textů na mších v kostele. Dosažení kontrolované, řízené plynulosti v komunikačně náročných situacích se stalo hlavním cílem terapie. Tento cíl byl jasně stanoven v terapeutické smlouvě. Ve smlouvě bylo rovněž stanoveno ukončení terapie, pokud klient nebude spolupracovat. Terapie byla zahájena dechové artikulační cvičením a zvládnutí relaxace Jacobsonovou metodou, která spočívá ve střídání napětí a uvolnění jednotlivých svalových skupin. Vzhledem k tomu, že svalové napětí bylo velmi vysoké a Pawel nebyl schopen provádět cvičení dostatečně pomalu, byly pro něj tyto techniky velmi obtížně zvladatelné. Terapeut doporučuje vodní masáže a plavání. Jelikož chlapec bydlel daleko od bazénu, toto cvičení nebylo systematické a pravidelné. Po zvládnutí techniky relaxace přistoupili k představování – imaginaci podnětů vzbuzujících obavy z mluvení ve třídě či kostele (desenzibilizace). Snažili jsme se snížit očekávání neplynulostí, proto jsme důkladně analyzovali myšlenkové pochody před očekávaným řečovým projevem. Ukázalo se, že Pawel automaticky předpokládal, že bude koktat. Snažili jsme se o transformaci těchto myšlenek do afirmace: budu mluvit plynule. Terapeut nabídl 2 zcela odlišné techniky k zvládnutí plynulosti – přirozenou a nepřirozenou řeč. První technika byla založena na koordinaci dechu a artikulace, s frázováním na jeden výdech, s výraznými pauzami mezi frázemi. Druhý způsob je populárnější a je založen na prolongaci slabik, která značně zpomaluje tempo řeči. Pro Pawla bylo snazší zvládnutí druhé techniky, ale prolongace mohly působit směšně, a proto Pawel zkracoval úseky neplynulé řeči a zrychloval tempo. Prolongování měl používat pouze při blocích, aby je zvládl, a ve zbytku řečových projevů měl rytmicky dýchat a frázovat a takto fixovat svou potenciální plynulost řeči. Bohužel Pawel nezvládal plynulou iniciaci projevu, často zapomínal použít správnou techniku, což svědčilo o jeho zbrklosti, která byla součástí jeho temperamentu. Měl sdělit ve třídě, že začal s terapií koktavosti a prosí spolužáky o pochopení jeho chování. Pár žáků a žákyň podpořilo jeho snahu, podpořila ho i třídní učitelka, která slíbila, že promluví i s dalšími učiteli na škole. Dostali

pokyn, aby Pawla poměrně často vyvolávali, zvláště tehdy, když se sám přihlásí. Také kněz zapojil Pawla jak ministranta do zpívání a čtení různých textů. Pro Pawla byla nejtěžší výzvou nedělní mše za přítomnosti rodiny, při které měl přečíst text, který si s terapeutem připravil předem. Dále byl Pawel pozván na semináře zabývající se koktavostí a terapií STJ. Při prvním setkání byl komunikační stres obrovský, že jej chlapec nezvládl. Měl silný tonoklonický blok se souhyby v iniciaci projevu, Pawel nebyl schopen použít žádnou z naučených technik. Terapeut mu doporučil zhluboka dýchat tak dlouho, až povolí svalové napětí, Povedlo se a Pawel byl schopen plynule odpovídat na otázky účastníků semináře. Druhé setkání začalo fází relativního mlčení, jelikož terapeut schválně nezačal hovořit jako první, čímž vytvořil napětí spojené s očekáváním. Pak poprosil Pawla, aby vyprávěl něco o sobě. On ale raději mluvil o své koktavosti, ale mluvil tak plynule, že to až účastníky semináře zaskočilo. Plynule také odpovídal na jejich otázky. Projev se zhoršil, když se měl Pawel začít vyptávat účastníků semináře, a ještě více, když měl lichotit přítomným dámám. Druhý úkol byl náročný i pro ostatní účastníky semináře. Když měl Pawel říci svůj názor na setkání, řekl, že na něj myslí již předem a snaží se kladně naladit. Nejhorší je to na začátku, ale pak to jde lépe, stres odplouvá. Semináře pro něj byly snazší také v tom, že se jednalo o krátkodobý stres. Nutnost mluvit ve třídě či kostele byl stres dlouhodobý. S Vámi se rozloučím, ale vracím se k sobě, řekl Pawel.

Rodina reagovala na Pawlovo koktání různě – matka a bratr byli schopni neplynulost tolerovat, otec a sestra ho upozorňovali, když mluvil neplynule a zapomínal používat terapeutické techniky, což vedlo k omezení verbální komunikace mezi nimi. Rodinné vztahy byly komplikované. Pawel soutěžil se sestrou o přízeň matky, otec a bratr byli spíše pasivními účastníky dění. Sestra byla k Pawlowi bezohledná, tvrdě ho upozorňovala na každou neplynulost. Pawel se na ni zlobil, ale snažil se chovat korektně, aby byli rodiče spokojeni. Terapeut se rozhodl zviditelnit tento problém ve psychodramatické scéně, kdy si vyměnili role. Pokus se povedl jen částečně, protože se ukázalo, že Pawel má problém s ventilací jakýchkoliv negativních reakcí, nejen těch spojených s koktáním. Projevování negativních emocí se stalo dalším cílem terapie. V průběhu jedné schůzky využil techniku Promluv si se svou koktavostí. Ukázalo se, že Pawel si

uvědomuje sekundární – emočně sociální profity, které mu koktavost přináší. Nebylo tedy možno mluvit o úplném oddělení koktavosti, ale pouze o její separaci. Terapeut cíleně pracoval na sblížení otce a syna nejen při terapii, ale i v domácím prostředí, což významně zvyšovalo účinnost terapie. Vztahy byly monitorovány pravidelně, pacient denně telefonoval a podával krátké sdělení o realizaci hlavního úkolu – mluvení na veřejnosti. Pawel uváděl, že si čím dál tím lépe zvládá komunikační stres, má větší sebevědomí a obecně mluví plynuleji, i když stále neplynulosti přetrvávají. Jeho sebehodnocení bylo shodné s hodnocením otce i terapeuta. Domluvili se tedy, že intervaly mezi terapiemi prodlouží a ukončí je kontrolním obdobím.

STJ v dospělosti

Kněz se přihlásit opakovaně k terapii, jelikož se obával, že v průběhu začne koktat a nebude ji schopen dokončit. Přiznal se, že vypouští určité úseky textu, jelikož se obává, že je nezvládne říci plynule, ale zároveň se bojí, že si toho někdo všimne. Farníci byli vůči jeho řečovému projevu, který byl rychlý a občas neplynulý, tolerantní. Kněz měl náročné období i v osobním životě, rozhodoval se o ukončení profesní kariéry, ale zároveň se s tím neuměl smířit.

Podle psychoanalytiků koktavost způsobují nevyřešené konflikty, které tvoří emočně-svalové napětí, které druhotně vyvolává neplynulost řeči. Bloky jsou projevem potlačení zlosti, repetice hlásek či slabik jsou projevem regrese do období žvatlání. Psychologická analýza neplynulosti řeči je velmi důležitá, ale nestačí k vyřešení potíží. Už Z. Freud tvrdil, že koktavost nelze vyléčit pouze psychoterapií. V STJ jsou tedy vedeny souběžně nebo postupně:

- trénink plynulosti
- psychoterapie
- socioterapie

Využívají se různé kombinace terapeutických technik přizpůsobených pacientovi a jeho potížím.

Terapie kazatele

- Terapie byla zahájena pohovorem – o událostech v posledních letech a plánech do budoucnosti. Kněz hovořil rychle a mnoho, byl sdílný. Po určité době se terapeut cítil unavený z poslechu jeho projevu. Několikrát přerušil jeho monolog otázkou nebo komentářem.

Na konci terapeutického setkání kněz mluvil stále rychleji a rychleji a objevily se repetice slabik a blokády. Terapeut se dozvěděl, že kněz může přijít o pozici kazatele, na které mu velmi záleželo. Všiml si, že při kázání se u něj objevuje pocit strachu, že kázání nedokončí pro své potíže. Obával se čtení úryvků textu a měl několik způsobů, jak se tomuto čtení vyhnout – vynechával je nebo nahrazoval, ale bál se, že si toho farníci všimnou. Tyto obavy se objevily zejména ve druhé polovině mše, kterou se snažil co nejdříve ukončit. Terapeut se s knězem domluvil, že na nedělní mši přijde. Schválně si stoupl do první řady, aby mohl pozorovat chování kněze a aby si ho kněz všiml. Kázání bylo klidné, hlasité, zajímavé. Jediné, co se dalo vytknout, byla absence očního kontaktu s posluchači, jinak byl projev bez známek neklidu. Ve druhé části mše se chování změnilo. Řeč se zrychlila, kněz začal polykat hlásky, opakovat slabiky, objevil se PM neklid a poslech projevu působil na posluchače nepříjemně. Kněz viditelně spěchal, což působilo pro posluchače dosti diskomfortně. Chování a projev kněze podrobili důkladné analýze na příštím terapeutickém sezení.

- Pro lehké zpomalení tempa řeči terapeut nabídl techniky pauz a frázování – propůjčené z rétoriky, trénované na biblických textech. Efekt byl téměř okamžitý a bylo ho nutno zafixovat dennodenním cvičením. Dalším terapeutickým doporučením bylo zpomalení nejen tempa řeči, ale i životního tempa. Měl si najít čas na soustředění, zklidnění a relaxaci před mší. Bohužel toto bylo pro řečníka nejtěžší, daleko těžší než zlepšení samotného řečového projevu. Kněz potřeboval rozhovor, který byl cílený na vyřešení základního konfliktu – řídit farnost a odejít z pozice kazatele, což měl přijmout s pokorou.

Ukázalo se, že kněz je talentovaný manažer a organizování a zařizování jsou jeho silnou stránkou. Je mu zatěžko rozloučit se s dílem, které stvořil, chtěl mít pocit kontinuity a stability. Nevěděl, kam půjde, až skončí jako kněz. Chtěl nadále pokračovat ve své manažerské činnosti, ale nevěděl, zda bude mít ještě takovou příležitost. Věděl, že má tuto situaci přijmout, ale bylo to pro něj těžké. Měl pocit, že stojí na křižovatce, a tato situace v něm vzbuzovala pocity napětí a nervozity. Chtěl se smířit s myšlenkou, že farnost opustí, ale zároveň doufal, že v ní zůstane. V náporu práce, povinností a v nepříjemné situaci se

koktavost vrátila a byla symptomem těžké životní situace.

Prozradil, že technicky si se svou koktavostí umí poradit, ale nezvládá situaci emocionálně. Neobjevovaly se neplynulosti jako takové, ale řeč se zrychlovala. Chtěl terapeutická sezení 1x měsíčně, dokud se nerozhodne, co dál se svým životem.

Efektivita terapie

- Všeobecně panuje přesvědčení o nízké efektivitě terapie koktavosti, ale ve skutečnosti je její úspěšnost porovnatelná s terapií neuróz (Humeniuk, Terkowski). Úplné uzdravení je nejčastější v předškolním věku, ale lze toho dosáhnout i u osob starších. Opravdovým problémem je to, že logopedi a psychoterapeuti sporadicky zahajují terapii koktavosti a zřídka kdy spolupracují.

Literatura

HUMENIUK, Ewa a Zbigniew TARKOWSKI, 2017. Overview of research over the efficiency of therapies of stuttering. *Polish Annals of Medicine*, Poland, Vol. 24, Iss. 1: 99-103

TARKOWSKI, Zbigniew, 2017. *A new approach to stuttering: diagnosis and therapy*. New York: Nova Science Publishers. ISBN 978-163-4856-409.

TARKOWSKI, Zbigniew, 2016. *Dzieci z zaburzeniami zachowania, emocji i mowy*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis. ISBN 978-8377440568.

TARKOWSKI, Zbigniew, 2007. *Psychosomatyka jåkania: dlaczego osoby jåkające się mówią płynnie*. Lublin: Wydawn. Fundacji „Orator”. ISBN 978-839-1610-749.

LISTY KLINICKÉ LOGOPEDIE

Redakční rada/Editorial board:

- MUDr. Libor Černý, Ph.D., Foniatriká klinika 1. LF UK a VFN, Žitná 24, 120 00 Praha 2
- PaedDr. Adelaida Fabiánová, Ambulancia klinickej logopédie – ADELI s.r.o., Hlboká 45, Piešťany
- MUDr. Ondřej Fiala, Ph.D., Institut neuropsychiatrické péče, Křížkova 264/22, Praha 8
- PhDr. Anna Hrnčiarová, CSc., Annfuturo, s.r.o., Klinická logopédia, Malokarpatské námestie 2, 841 03 Bratislava
- prof. Dr. Henriette W. Langdon, Ed.D., F-CCC_SPL Communicative Disorders and Sciences at San Jose State University in San Jose
- PhDr. Gabriela Seidlová Málková, Ph.D., Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova, U Kříže 8, Praha 5
- Mgr. Zuzana Moškurjaková – Klinická logopédia Banská Bystrica, Kyjevské námestie 7, 974 04, Banská Bystrica
- doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D., Katedra speciální pedagogiky a logopedie, Pedagogická fakulta, Univerzita Hradec Králové, Rokitanského 62, 50003, Hradec Králové III, Klinická logopedie, Nám. Osvobození 451, 47001, Česká Lípa
- Isabella Reichel, Ed.D., assoc. professor., Graduate Program in Speech Pathology, School of Health Sciences, Touro College, New York
- Hazel Roddam, PhD., MA, University of Central Lancashire, Allied Health Research Unit, School of Health Sciences, Preston
- prof. dr. hab. n. hum. Zbigniew Tarkowski, Department of Pathology and Rehabilitation of Speech, Medical University of Lublin, ul. Staszica 4-6, Lublin
- Dr. paed. Sarmite Tübele, Faculty of Education, Psychology and Art, University of Latvia, Jūrmalas gatve 76-k1, Riga
- Mgr. Lenka Vacková, Ambulance klinické logopedie, Wellnerova 1322/3C, Olomouc
- doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D., Ústav speciálněpedagogických studií, Pedagogická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci, Žižkovo náměstí 5, Olomouc
- dr hab. Katarzyna Węsierska, Ph.D. Institute of Polish Language, University of Silesia in Katowice

Šéfredaktorka/Editor in chief:

Mgr. Zuzana Lebedová, zuzana.lebedova@email.cz

Asistentka redakce/Editors assistant (translations, researches):

Mgr. Helena Gajdosíková, hel.gajdosikova@gmail.com

Redakce/Editorial staff:

- Mgr. Barbora Richtrová, barbora.richtrova@gmail.com
- Mgr. Naděžda Lasotová, nlasotova@gmail.com
- Mgr. Jitka Mercelová, jitka.mercelova@seznam.cz
- Mgr. Ester Lochmanová, esterester@seznam.cz
- Mgr. Irena Šachová, irena@sachova.cz
- Mgr. Barbora Červenková, barbora.cervenkova@post.cz
- PhDr. Lucie Durdilová, Ph.D., lucie.durdilova@gmail.com

Jazykové korektury: Mgr. et Mgr. Veronika Rákocý

Vydává jako e-časopis Asociace klinických logopedů ČR/published by the Association of Speech-Language

Pathologists of the Czech Republic: AKL ČR, Rumunská 1, 120 00 Praha 2, IČO: 41192303

Číslo /Volume: 2018/1, červen 2018/June 2018

Periodicita/periodicity: 2x ročně publikován na casopis.aklcr.cz,

vždy 14. června a 14. prosince/publisher electronically twice a year – June 14 and December 14.

ISSN 2570-6179

Grafický design: Flashstudio, s.r.o. www.flashstudio.cz