

LISTY

červen 2019

ČASOPIS
ASOCIACE KLINICKÝCH
LOGOPEDŮ ČR

KLINICKÉ LOGOPEDIE



OBSAH / CONTENT

HLAVNÍ TÉMA

- 3 Fonologické poruchy a ich diagnostika v slovenských podmienkach**
Phonological disorders and diagnostics in Slovak conditions
Dana Buntová, PhD., PhD., Kristína Mocsári, Mgr.
- 8 Laheyovej metóda ako efektívny nástroj hodnotenia komunikácie rizikových detí v ranom veku**
Lahey's method as an effective tool to evaluate the communication of children at risk in early age
doc. Svetlana Kapalková, PhD.
- 13 Projevy špecifických poruch učení u dieťaťa s vývojovou dysfázií**
Manifestation of specific learning disability in the pupil with specific language impairment
Mgr. Veronika Uhrová
- 18 Příprava dětí s dysfázií na čtení a psaní**
Preparing children with dysphasia for reading and writing
PhDr. Miroslava Nováková Schöffelová, Ph.D.
- 25 Podpora komunikační interakce dětí do tří let řízenou hrou v praxi. Využití pro podpůrnou diferenciální diagnostiku vývojové dysfázie a poruch autistického spektra**
Support of the children's communication interaction up to three years of age by game-based activities and its use in supportive differential diagnosis of specific language impairments and autistic spectrum disorders.
Mgr. Kateřina Láfová
- 29 Vývoj sebeobrazu u dětí s vývojovou dysfázií**
Self development in children with specific language impairment
Mgr. et Mgr. Barbora Richtrová
- 36 Vývojová dysfázie – diagnostická východiska z praxe klinického logopeda a psychologa**
Developmental dysphasia – diagnostic possibilities from practice of clinical speech therapist and psychologist
PhDr. Mgr. Lenka Vacková
- 43 Vzniká nová diagnostická baterie pro posuzování jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního a raného školního věku***
Doc. PhDr. Gabriela Seidlová Málková, Ph.D.
- 45 Poruchy sluchového vnímání u dětí s vývojovou dysfázií ve školním věku**
Disorders of auditory perception in children with developmental dysphasia
Doc. MUDr. Olga Dlouhá, CSc.

NEJEN PRO LOGOPEDY

- 48 Vývojová dysfázie současnosti**
Developmental dysphasia at the present time
PaedDr. Lenka Pospíšilová

ZEPTALI JSME SE

- 55 Dětem s vývojovou dysfázií přejí laskavé rodiče, chápavé učitele a přiměřený rozvoj***
Rozhovor s Mgr. Janou Šarounovou z SPC pro vady řeči
Mgr. Ester Lochmanová
- 58 I vysokoškoláci s vývojovou dysfázií mohou při studiu využít odbornou pomoc***
Rozhovor s Mgr. Barborou Čalkovskou, vedoucí Střediska ELSA ČVUT
Mgr. Ester Lochmanová

ÚVAHA K TÉMATU

- 60 Je možné úspěšně vystudovat gymnázium s vývojovou dysfázií?***
PhDr. Vladislava Moravčíková,
Mgr. Naďa Brousilová

POHLEDEM Z DRUHÉ STRANY

- 63 Když jsou problémy v odborných předmětech, spolužáci nabízejí pomoc. Ale nikdo se nevtírá, jsou v pohodě...***
Rozhovor se středoškolským studentem s vývojovou dysfázií
Mgr. et Mgr. Barbora Richtrová
- 66 Máma (a) logopedka***
Mgr. Kristina Horníková
- 67 Recenze knihy Cvičení pro lepší učení od Evy Vingrálkové***
Mgr. Bc. Jana Mironová Tabachová
- 69 Recenze knihy 60 Montessori aktivit pro miminko***
Mgr. Barbora Červenková

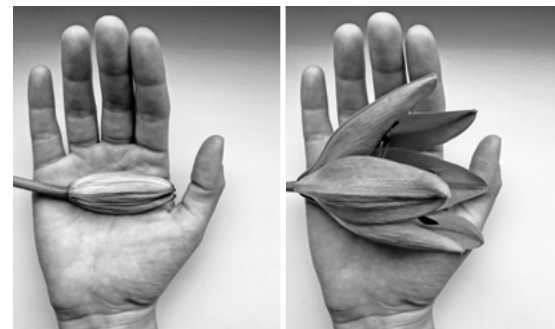
SETKÁNÍ S...

- 71 Pokud se chceme svébytně prosadit mezi ambulantními specialisty ve zdravotnictví, musíme si tuto pozici zasloužit***
Rozhovor s Mášou Jirouskovou
Mgr. Petr Šmíd, DiS.

VARIA

- 74 Klinický logoped podle databáze O*NET**
Clinical speech therapist according to O*NET database
doc. PhDr. Marek Preiss, PhD.,
Mgr. Irena Preissová
- 78 Spolupráce mezi logopedem (SLP) a manželským a rodinným terapeutem (MFT) v léčbě selektivního mutismu: Zpráva o případové studii**
- 83 Collaboration Between a Speech and Language Pathologist (SLP) and a Marriage and Family Therapist (MFT) in Treating Selective Mutism: A Case Study Report.**
Henriette W. Langdon, Ed.D., F-CCC-SLP, BCS-CL, Maxine B. L. Starr, Ph.D.;
překlad: Mgr. Petra Valentová, MBA

EDITORIAL



Milé čtenářky, milí čtenáři,

vítáme Vás na stránkách dalšího čísla Listů klinické logopedie (LKL). Hlavním tématem jsou vývojové dysfázie, jedna z nejčastějších diagnóz, již se my kliničtí logopedi zabýváme. Proto jsme vybrali pro tento editorial obrázek, který vyjadřuje vývoj – v dobrých rukou se z nenápadných poupat rozvinou půvabné květy.

Náš časopis se posouvá zase o kousek dál. Po zapojení profesionálního editora do přípravy jednotlivých čísel jsme přikročili k nejdůležitějšímu kroku – články časopisu získají již v tomto roce přístup do citačních databází, a to zajištěním vazby na mezinárodní registrační agenturu CrossRef – přidělováním DOI (Digital Object Identifier – digitální identifikátor objektu) a sledováním citovanosti skrze Cited-By. Opouštíme vody „lokálního“ odborného tisku a autorům tím poskytujeme skvělé publikační zázemí. Není potřeba vysvětlovat, že z toho v důsledku budou profitovat nejen autoři, ale i čtenáři. Na tomto místě patří velký dík Radě AKL, která veškeré tyto kroky s moudrou prozíravostí podporuje.

Přejeme Vám krásné léto a všem dětem, nejen těm s vývojovou dysfázií, přejeme, aby byly vždy v dobrých rukou.

Vaše redakce LKL

FONOLOGICKÉ PORUCHY A ICH DIAGNOSTIKA V SLOVENSKÝCH PODMIENKACH

PHONOLOGICAL DISORDERS AND DIAGNOSTICS IN SLOVAK CONDITIONS

Dana Buntová, PhDr., PhD.¹

Kristína Mocsári, Mgr.²

¹Katedra logopédie PdF UK, Moskovská 3, 811 08 Bratislava

²Centrum detskej reči, SCŠPP, Trnava

buntovadana@gmail.com

Abstrakt

Fonologické poruchy tvoria vysoké percentuálne zastúpenie v narušení foneticko-fonologickej roviny. Vyskytujú sa často v obraze ŠNVR, vývinovej dysfázie. Sú prediktorom vývinových porúch učenia. Včasný skrining fonologických porúch na základe zrozumiteľnosti reči, identifikácia fyziologických, vývinovo mladších a patologických fonologických procesov umožňuje stanovenie diagnózy a voľbu primeranej terapie.

Abstract

Phonological disorders have a high percentage of Speech Sound Disorders. They often occur with DLD, developmental dysphasia. They are a predictor of learning disabilities. Early screening of phonological disorders based on speech intelligibility, identification of physiological, developmentally younger, and pathological phonological processes allows diagnosis and use of appropriate therapy.

Kľúčové slová

vývinová dysfázia, fonologické poruchy, zrozumiteľnosť reči, diagnostika, fonologická terapia

Keywords

developmental dysphasia, phonological disorders, speech intelligibility, diagnostics, phonological therapy

Úvod

V sedemdesiatych rokoch minulého storočia sa v anglo-americkej literatúre dostal do popredia fonologický pohľad na narušenie foneticko-fonologickej (F-F) roviny a začali sa rozlišovať fonologické a artikulačné poruchy. Dôvod bol, že klasická artikulačná terapia v mnohých

prípadoch narušenia F-F roviny neprinášala efekt. Deti nenapredovali, stagnovali (Bowen, 2012). Zmena prístupu so zameraním na fonológiu priniesla nový progres v terapii so zameraním na F-F rovinu. Aktuálne podľa The American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) patria artikulačná porucha a fonologické poruchy pod strešný názov Speech Sound Disorders (SSD). Royal College of Speech and Language Therapists (RCSLT) používa tiež termín SSD spolu so synonymom Speech Impairment (SI) (Enderby a kol., 2009). Podľa Doddovej (2010) fonologické poruchy tvoria až 87 % z narušenia foneticko-fonologickej roviny, a tak si právom zasluhujú našu zvýšenú pozornosť. Článok prináša prehľadné informácie o tom, prečo považujeme za potrebné hodnotiť foneticko-fonologickú rovinu u detí s narušeným vývinom reči a vývinovou dysfáziou, o terminologickom vymedzení, klasifikácii fonologických porúch, skriningu, diagnostike a voľbe primeranej terapie s aplikáciou na slovenské podmienky.

Terminologické vymedzenie a klasifikácia

Fonologické poruchy prvýkrát opísala v slovenskej literatúre Gúthová (2009). Ide o neschopnosť dieťaťa naučiť sa pravidlá používania hlások v reči. Buntová, Gúthová (2016) doplnili, že v reči dieťaťa pretrvávajú vývinové fonologické procesy typické pre mladší vek a môžu sa vyskytovať aj patologické fonologické procesy, pričom zrozumiteľnosť reči dieťaťa nie je primeraná veku. Gúthová so Šebianovou ešte v roku 2002 vychádzali z práce Gierutovej (in tamtiež) a problém fonologických porúch zadefinovali nielen na úrovni produkcie zvukov reči, ale aj v uchovávaní rečových zvukov a ich reprezentácií



Mgr. Kristína Mocsári



PhDr. Dana Buntová, PhD.

v mentálnom lexikóne. Ide teda o fonemické poruchy na lingvistickom alebo kognitívnom základe, pričom deti vykazujú intaktný sluch, primeranú inteligenciu, sociálne a emočné správanie. Deti majú normálne schopnosti učiť sa a nie je prítomná organická patológia. Ďalej uvádzajú, že s fonologickými poruchami sa často vyskytujú sémantické, syntaktické a pragmatické poruchy jazykových schopností.

Fonologické poruchy sa teda môžu vyskytovať v obraze narušeného vývinu reči (NVR) nejasnej etiológie a aj špecificky narušeného vývinu reči (ŠNVR), vývinovej dysfázie (VD). Podľa Rapinovej a Allenovej syndromológie NVR, ktorú cituje Mikulajová (2016), ide hlavne o Fonologicko-syntaktický syndróm a Syndróm deficitného fonologického programovania. Z tohto dôvodu je potrebné venovať diagnostike foneticko-fonologickej roviny dostatočnú pozornosť aj u detí s NVR alebo ŠNVR.

Gúthová (2009) zaraďovala fonologické poruchy pod strešný pojem *dyslálie* spolu s artikulačnými deficitmi. Neskôr Buntová a Gúthová (2016) pod strešný termín *narušenie zvukovej roviny reči* zaradili fonologické poruchy a artikulačnú poruchu. Nadviazali tak na klasifikáciu uvádzanú vo svetovej literatúre (ASHA, RCSLT).

Fonologické poruchy ďalej Buntová, Bartošová, Doskočilová (2017) navrhujú diferencovať podľa Doddovej (2010) na základné podskupiny:

- oneskorený fonologický vývin (OFV),
- konzistentná fonologická porucha (KFP),
- nekonzistentná fonologická porucha (NFP).

Toto delenie nadväzuje na zrozumiteľné diagnostické kritériá a na výber primeranej fonologickej terapie založenej na vedeckých dôkazoch (Dodd, 2010; Bowen, Snow, 2017).

Ak zhrnieme vyššie uvedené informácie, môžeme vymedziť fonologické poruchy nasledovne. Fonologické poruchy patria do skupiny narušenia zvukovej roviny reči. V produkcii dieťaťa pretrvávajú vývinovo mladšie fyziologické fonologické procesy a môžu sa vyskytovať aj patologické fonologické procesy. Zrozumiteľnosť reči dieťaťa je neprimeraná fyziologickému veku. Ide o fonemické poruchy na lingvistickom alebo kognitívnom základe, pričom deti nevykazujú organickú patológiu. Delia sa na oneskorený fonologický vývin, fonologickú poruchu konzistentnú a nekonzistentnú. Komorbídne sa môžu vyskytovať aj v obraze NVR.

Prečo diagnostikovať fonologické poruchy u detí s VD a NVR?

Fonológia ako taká v sebe zahŕňa aj foneticko-fonologické uvedomovanie (FFU), prediktor úspešnosti čítania a písania v školskom veku (Mikulajová, 2000). Deti s oslabením v oblasti FFU sú rizikové vo vzťahu k vývinovým poruchám učenia (VPU), pričom diagnostika a terapia FFU sa viaže na vek po piatom roku dieťaťa. Viacerí autori (Rvachew et al., 2003; Preston a kol., 2010) však vo svojich štúdiách dokázali, že oneskorenie fonologického vývinu a výskyt patologických fonologických procesov súvisí s oslabením FFU a VPU. Fonologické poruchy ako také je možné diagnostikovať už medzi tretím a štvrtým rokom dieťaťa a zahájiť včasnú intervenciu. Umožňuje to zabrániť prehĺbovaniu deficitov v oblasti fonológie a včas predchádzať výskytu VPU, alebo zmieriť ich stupeň. Ďalej terapia so zameraním na fonologické poruchy je špecifická. Zameriava sa na fonologický systém a líši sa od terapie so zameraním na iné jazykové deficity, ako je sémantika, syntax a pragmatická rovina.

Skríning detí s fonologickými poruchami

Foneticko-fonologická (F-F) rovina sa vyvíja od narodenia dieťaťa do veku 6 až 7 rokov. Z tohto dôvodu sa narušenie vo F-F rovine v ranom veku môže prehliadnuť, zvlášť ak sa v reči nevyskytujú distorzie. Predpokladá sa, že reč je vo vývine a spontánne sa upraví. Terapia je často zahájená neskoro. Na rýchle posúdenie primeranosti vývinu fonológie sa vo svete využíva hodnotenie zrozumiteľnosti reči (ZR). Zrozumiteľnosť reči vyjadruje mieru, do akej rozumie komunikačný partner prehovoru dieťaťa. Fyziologický vývin dieťaťa v oblasti fonetiky a fonológie sa odzrkadľuje práve v zlepšovaní zrozumiteľnosti reči dieťaťa pre jeho komunikačné okolie. Podľa autorov (Bowen, 2011; Baundonck et al., 2009) deti s narušením vo F-F rovine sú charakterizované slabšou zrozumiteľnosťou reči v porovnaní s intaktnými vrstovníkmi. To umožňuje ich včasnú identifikáciu už okolo veku 3 rokov.

Buntová (2013) podrobne rozobrala definície zrozumiteľnosti reči, faktory, ktoré ju ovplyvňujú, a využitie v logopedickej diagnostike. Na hodnotenie zrozumiteľnosti reči odporučila tri možné metódy. Dve z nich sú subjektívne merania:

- hodnotenie zrozumiteľnosti reči dieťaťa voči matke,
 - hodnotenie zrozumiteľnosti reči voči cudziemu komunikačnému partnerovi.
- Objektívna diagnostika ZR je s využitím Škály hodnotiacej zrozumiteľnosť reči v kontexte, (Intelligibility in Context Scale, ICS) od autorov (McLeod, Harrison, McCormack, 2012) v slovenskom preklade Buntovej (2012).

Kritériá hodnotenia zrozumiteľnosti reči dieťaťa voči matke opísali Lynch, Brookshire a Fox v roku 1980 (in Bowen, 2011). Hodnoty sú uvedené v tabuľke 1.

Vek dieťaťa v mesiacoch	Zrozumiteľnosť reči v %
18	25–50 %
24	50–75 %
36	75–100 %

Tabuľka 1: Zrozumiteľnosť reči podľa Lynche, Brookshira a Foxe (1980). Zdroj: Bowen (2011).

Matka by mala rozumieť svojmu dieťaťu v troch rokoch minimálne 80 % z celej jeho verbálnej produkcie. Autori (Coplan,

Gleason, 1988; Flipsen, 2006) opísali orientačné hodnotenie zrozumiteľnosti reči dieťaťa v konverzačnom kontexte vo

vzťahu k cudzej osobe. Hodnoty sú uvedené v tabuľke 2.

Vek dieťaťa v rokoch	Zrozumiteľnosť reči v %
1,0	25 %
2,0	50 %
3,0	75 %
4,0	100 %

Tabuľka 2: Zrozumiteľnosť reči dieťaťa vo vzťahu k cudzej osobe. Zdroj: Bowen (2011)

Percento udáva množstvo slov počas konverzácie z celkového počtu slov vo vzorke, ktoré by neznámy komunikačný partner mal rozumieť. Reč štvorročného dieťaťa má byť podľa týchto kritérií úplne zrozumiteľná cudzej osobe počas rozhovoru. Pascoeová (2005) upresňuje, že vo veku štyroch rokov má byť reč dieťaťa v rozhovore s neznámou osobou plne zrozumiteľná, aj keď artikulácia ešte nemusí byť plne ustálená a v reči sa môžu vyskytovať veku primerané fonologické procesy a fyziologická dyslália. Autorka ďalej cituje autorky Gordon-Brannanovú a Hodsonovú (Pascoe, 2005), že ak dieťa vo veku štyroch rokov dosahuje v hodnotení zrozumiteľnosti nižšie skóre ako 66 % (percento slov z konverzácie, ktoré rozumie cudzia osoba), je kandidát na logopedickú intervenciu.

Objektívne hodnotenie škálou ICS umožňuje hodnotiť ZR z pohľadu každodenného fungovania dieťaťa v jeho sociálnom prostredí. Škála hodnotí zrozumiteľnosť reči dieťaťa v siedmym oblastiach. Rodič v škále hodnotí, na koľko rozumie dieťaťu:

- rodičia,
- blízki členovia rodiny,
- vzdialenejší členovia rodiny,
- kamaráti dieťaťa,
- rodinní známi,
- cudzí ľudia,
- učiteľka dieťaťa.

Hodnotenie sa vyjadruje číslom na stupnici Likertovej ratingovej škály. Jednotka znamená najslabší stupeň porozumenia reči a číslo päť znamená úplné porozumenie reči dieťaťa. Zo získaných hodnôt sa vypočíta priemerné skóre, ktorého maximálna hodnota je 5,0. Priemerné skóre sa porovnáva s normatívnymi údajmi.

Pre slovenskú populáciu detí vo veku od 4,1 do 4,6 stanovili autori (Buntová, Mocšári, Filinová, 2018) na základe porovnania intaktných a klinických detí kritickú hodnotu priemerného skóre na 4,20 so senzitivitou 91 % a špecificitou 85 %. Ak dieťa vo veku medzi 4,1 až 4,6 dosiahne priemerné skóre v Škále ICS rovné alebo nižšie ako je 4,20, je v riziku fonologických porúch. Pre vek 4,7 až 5,0 je kritická hodnota podľa autorov (Buntová, Mocšári,

Filinová, 2018; Buntová, Csápaiová, Hatalová et al., 2018) 4,36 so senzitivitou 87 % a špecificitou 84 %. Znamená to, že škála identifikuje 87 detí zo 100 s fonologickými poruchami a 13 detí zostane neidentifikovaných. Zo zdravej populácie nám označí ako falošne pozitívnych 16 detí, ktoré ďalším vyšetrením logopéd vylúči z diagnostiky.

Pre mladší vek slovenských detí boli spracované percentilové normy na základe sledovania intaktnej populácie. Pre vek 3,1–3,6 (Doskočilová, 2016) stanovila za kritickú hranicu úroveň 5-teho percentilu, čo zodpovedá priemernému skóre 3,00. Priemerné skóre na úrovni 10-teho percentilu bolo vypočítané na 3,28. Bartošová (2016) spracovala percentilové normy pre vek 3,7–4,0. Stanovila kritickú hranicu 5-teho percentilu na 3,0 a 10-teho percentilu na 3,42. Ak dieťa dosahuje priemerné skóre 3,00 a menej, ide o identifikované narušenie F-F roviny. Ak dieťa dosahuje priemerné skóre medzi hodnotami 5-teho a 10-teho percentilu, ide o rizikové dieťa a je potrebné ho ďalej logopedicky vyšetriť.

Ak dieťa v škále ICS dosiahne kritické hodnoty, je potrebná ďalšia logopedická diagnostika so zameraním na fonologickú rovinu.

Diagnostika fonologických porúch

Pokiaľ v skriningovom vyšetrení ZR má dieťa pozitívne výsledky, alebo ak má logopéd podozrenie na narušenie fonologického vývinu, je potrebné vykonať fonologickú diagnostiku. Cieľom je:

- identifikovať, aké fonologické procesy (FP) sa vyskytujú v reči dieťaťa,
- zistiť, v akom percentuálnom zastúpení sa vyskytuje každý FP,
- roztriediť FP v klinickom obraze dieťaťa na veku primerané, FP vývinovo mladšie a patologické,
- zistiť percento variabilnej produkcie dieťaťa,
- stanoviť diagnózu na základe fonologického profilu,
- vybrať terapiu v súlade s diagnózou a vedeckými dôkazmi.

Fonologické procesy predstavujú opis mechanizmov, ktorými si dieťa počas vývinu zjednodušuje cieľové slová. Napríklad, ak zamieňa tupé sykavky za ostré, ide o fonologický proces posúvania sykaviek dopredu. Fyziologické, vývinové fonologické procesy sa vyskytujú bežne v produkcii dieťaťa, ich výskyt sa s vekom postupne znižuje, až úplne vymiznú. Rečová vzorka na identifikáciu FP môže byť zo spontánnej produkcie, z prerozprávania príbehu alebo z artikuláčného testu. Podmienkou je, že musí byť reprezentatívna, aby mohli byť identifikované všetky možné FP. Podrobnejšie sa tejto problematike venuje Buntová, Gúthová (2016). Identifikáciu fonologických procesov a ich percentuálne zastúpenie je možné urobiť ručnou analýzou, alebo v slovenských podmienkach pomocou PC programu AFoP. Počítačovú analýzu je však potrebné vždy skontrolovať ručne, hlavne so zameraním na patologické FP. Opis FP s aplikáciou na slovenské podmienky opisujú Gúthová a Marková (2010).

Klasifikácia FP na veku primerané, FP vývinovo mladšie a patologické je možná na základe vývinového modelu fonologických procesov, ktorý vypracovali autorky Buntová, Bartošová, Doskočilová (2017). Vývinový model opisuje FP, ktoré sa vyskytujú fyziologicky počas vývinu u slovenských detí vo veku od 3 do 5 rokov. Opis FP je v polročných intervaloch, čo umožňuje logopédovi zhodnotiť, ktoré procesy sú veku primerané a ktoré by sa už v reči nemali vyskytovať, a teda sú pre dané dieťa vývinovo mladšie. Pri opise patologických FP vychádzajú autorky (Buntová, Bartošová, Doskočilová (2017) z dát Grunwelovej. Patologické fonologické procesy sú tie, ktoré sa vyskytujú u populácie v minimálnom zastúpení. U normálne sa vyvíjajúcich detí sa nevyskytujú. Sú teda charakteristické pre patológiu:

- posúvanie alveolár dozadu, napríklad *tabuľa* – *kabula*, *dom* – *gom*
- kĺzanie frikatív, napríklad *fotka* – *uotka*
- glotálna náhrada – keď je cieľový zvuk nahradený zvukom tvoreným na hlasivkách. U nás to môže byť zámena cieľového zvuku za hlásku H.

- › vynechávanie iniciálneho konsonantu, napríklad *dom* – *om*
- › frikácia záverových konsonantov, napríklad *baňa* – *faňa*
- › nazalizácia – keď sa nenazálny zvuk mení na nazálny, napríklad B na M.

Variabilná produkcia v reči dieťaťa sa fyziologicky vyskytuje v prvých štádiách vývinu reči, kedy dieťa na jeden pojem používa viac fonetických variant. Napríklad raz povie MAMA, potom MAM a neskôr BAMA. Percento variabilnej produkcie prudko klesá po osvojení si slovnej zásoby prvých 50 slov, teda medzi 18 a 24 mesiacom. Pretrvávajúca vysoká variabilita v produkcii dieťaťa okolo tretieho roku sa považuje za rizikový faktor (Bowen, 2012). Diagnostiku variabilnej produkcie je možné vykonať výpočtom indexu variability, ktorý opisujú Bónová a Slančová (2005). Ďalší spôsob je klinické vyšetrenie vychádzajúce z popisu Bowenovej (2012). Dieťa pomenuje 25 obrázkov v troch pokusoch. Vyšetrojúci má vzorku 75 slov. Následne vypočíta, koľko percent z celkovej vzorky dieťa produkovalo variabilne.

Pri **stanovení diagnózy** vychádzame z Doddovej klasifikácie (2010) a z kritérií Doddovej a Crosbieovej (2010).

Oneskorený fonologický vývin (OFV) je, ak sa u dieťaťa vyskytujú fyziologické fonologické procesy primerané veku, ale aj FP typické pre mladší vek. Teda také FP, ktoré by v porovnaní s vekom dieťaťa už mali byť vyhasnuté. Autorky citujú profesora Crystala (1989 in Dodd, Crosbie, 2010), ktorý odporúča, že oneskorenie o 6 mesiacov a viac sa už považuje za znak OFV. V reči sa však nesmú vyskytovať patologické FP. Pri diagnostike sa odporúča rešpektovať dva ukazovatele:

- › oneskorevanie vývinu minimálne o 6 a viac mesiacov je potrebné potvrdiť dvomi vyšetreniami s minimálnym odstupom 3 mesiacov,
- › vo vzorke sa musí vyskytovať viac ako jeden vývinovo mladší FP.

Najčastejšie sa OFV diagnostikuje medzi 3 a 6 rokom (Broomfieldová, Doddová, 2010).

Konzistentná fonologická porucha (KFP) je charakterizovaná prítomnosťou

patologických fonologických procesov. To znamená, že v reči dieťaťa sú identifikované patologické FP, môžu sa vyskytovať veku primerané FP a aj vývinovo mladšie FP.

Howellová a Deanová (1994) uvádzajú, že najčastejšie sa vyskytujúce patologické FP u detí s fonologickou poruchou sú posúvanie alveolár (T,D) dozadu a vynechávanie iniciálneho konsonantu. Podľa Broomfieldovej a Doddovej (2010) sa najčastejšie KFP diagnostikuje vo veku medzi 3–6 rokom.

Nekonzistentná fonologická porucha (NFP) je charakterizovaná vysokou variabilitou v rečovej produkcii dieťaťa. Variabilita vyššia ako 40 % (Doddová, Crosbieová, 2010) je považovaná za kritérium NFP. Zvyčajne je diagnostikovaná pred 3. rokom života.

Fonologické poruchy a OFV sa môžu vyskytovať spolu s artikulácnou poruchou. Pri diagnostike dieťaťa je potrebné vykonať komplexnú diagnostiku F-F rovin, fonetickú aj fonologickú diagnostiku, a aj plánovanie terapie sa musí týkať oboch rovín. Fonologická diagnostika je teda len jedna časť diagnostického procesu. Diagnostika fonologických porúch však vychádza z hodnotenia fonologických procesov a konzistencie prejavu. Distorzie sa pri tomto hodnotení neberú do úvahy. Znamená to, že ak dieťa produkuje hrdelné R, tak sa pri fonologickej analýze považuje fonemicky za hlásku R.

Voľba primeranej terapie

Výber terapie je priamo závislý od diagnózy. Doddová a Crosbieová (2010) sumarizovali poznatky o efektivite terapie vo vzťahu k diagnóze a veku zahájenia terapie.

Pre OFV ako najvhodnejší typ terapie je fonologická kontrastná terapia (minimálne páry), Metaphon a cyklický tréning. Deti mali najlepší progres z terapie vo veku zahájenia najneskôr pred 5. rokom. Neskoršie zaradenie do terapie spôsobilo prehĺbenie deficitov, skoršie zahájenie terapie neprinieslo tak výrazný posun ako u starších detí.

Pre KFP bolo najefektívnejšie zaradenie do intervencie najneskôr vo veku 4 rokov. Neskoršie zahájenie terapie spôsobuje podľa

autoriek a ich výskumov prehĺbenie deficitov. Ako najefektívnejšiu terapiu pre túto skupinu odporúčajú fonologickú kontrastnú terapiu, Metaphon a cyklický tréning a zameranie terapie aj na jazykové schopnosti.

Pre NFP sa odporúča terapia jadrovej slovnej zásoby. Najlepší progres zaznamenávajú deti, ktoré boli zaradené do terapie vo veku 3 rokov. Neskoršie zaradenie spôsobuje prehĺbenie deficitov a zhoršenie prognózy.

U detí s nízkym rozsahom fonetického repertoáru je vhodná terapia stimulability.

Záver

Fonologické poruchy patria pod strešný názov narušenie zvukovej roviny reči (Speech Sound Disorders) spolu s artikulárnymi deficitmi. Ďalej sa klasifikujú na oneskorený fonologický vývin, konzistentnú fonologickú poruchu a nekonzistentnú fonologickú poruchu. Ich podiel z celkového narušenia F-F roviny tvorí až 87 %. Priamo sa viažu s rizikom vývinových porúch učenia. Artikulárna terapia je pri týchto diagnózach často neefektívna, vyžadujú si komplexný prístup so zameraním na fonológiu. Pri nekonzistentnej fonologickej poruche je potrebné zahájiť terapiu už okolo tretieho roku života, pri konzistentnej fonologickej poruche je optimálny čas na zahájenie terapie v štvrtom roku a pri oneskorenom fonologickom vývine pred piatym rokom života dieťaťa. Na skrining detí s fonologickými poruchami sa odporúča hodnotenie zrozumiteľnosti reči dieťaťa voči komunikačným partnerom. Stanovenie diagnózy vychádza z diagnostiky fonologických procesov (fyziologických, vývinovo mladších a patologických) a variability rečového prejavu dieťaťa. Na základe diagnózy je vhodné voliť z terapeutických prístupov, ktoré boli opísané ako efektívne pre jednotlivé podtypy fonologickej poruchy. Logopéd môže siahnuť po fonologickej kontrastnej terapii, terapii Metaphon, cyklickom tréningu, terapii jadrovej slovnej zásoby, terapii stimulability.

Literatúra

BARTOŠOVÁ, D. Možnosti zisťovania zrozumiteľnosti reči u slovensky hovoriacich detí vo veku 42-48 mesiacov. Rigorózna práca. Bratislava : UK, 2016. s. 151.

BAUNDOCK, N. L. H., BUEKERS, R., GILLEBERT, S., VAN LIERDE, K. M. Speech Intelligibility of Flemish Children as Judged by Their Parents. In: *Folia Phoniatria et Logopaedica*, 2009. 61, s. 288–295.

BÓNOVÁ, I., SLANČOVÁ, D. Meranie fonologického vývinu reči. In: *Logopaedica VIII*. Zborník SAL Bratislava, 2005 s. 6-13.

- BOWEN, C. *Speech-language-therapy*. [online], 2011. [cit. 2013-04-12]. Dostupné na: http://www.speech-language-therapy.com/index.php?option=com_content&view=article&id=29:admin&catid=11:admin&Itemid=117
- BOWEN, C. *Children's Speech Sound Disorders*. Singapore : Markonto Print Media Pte Ltd, 2012. s. 430. ISBN 978-0-470-72364-7.
- BOWEN, C., SNOW, P. *Making Sense of Interventions for Children with Developmental Disorders. A Guide for Parents and Professionals*. Albury : J and R Press Ltd. Croydon, 2017. p. 386. ISBN 978-1-907826-32-0.
- BROOMFIELD, J., DODD, B. Epidemiology of speech disorders. In DODD, B. (Ed). *Differential Diagnosis and Treatment of Children with Speech Disorder*. Chichester : Whurr Publishers Ltd, 2010. p. 83 - 99. ISBN 978 1 86156482 5 (PB).
- BUNTOVÁ, D. Hodnotenie zrozumiteľnosti reči. In: *Logopaedica XVI*, 2013, s. 49-54.
- BUNTOVÁ, D., BARTOŠOVÁ, D., DOSKOČILOVÁ, S. Východiská diferenciálnej diagnostiky fonologických porúch. In: *Logopaedica I* (19) 2017.
- BUNTOVÁ, D., MOCSÁRI, K., FILINOVÁ, K. ICS škála ako skriningový nástroj na vyhľadávanie detí s narušením zvukovej roviny reči. XVI. Medzinárodná konferencia SAL. Vysoké Tatry, Nový Smokovec, 11.-13. 10. 2018.
- BUNTOVÁ, D., CSÁPAIOVÁ, K., HATALOVÁ, S. et al. Diagnostika zrozumiteľnosti reči u slovenských detí vo veku 55-60 mesiacov (skrining fonologických porúch). In: *Logopaedica*. 1 (20), 2018, s. 20-25.
- BUNTOVÁ, D., GÚTHOVÁ, M. Narušenie zvukovej roviny reči – artikulačná porucha, fonologická porucha. In: Kerekrétiová, A. a kol. : *Logopédia*. Bratislava : UK, 2016. s. 57-78. ISBN 978-80-223-4165-3.
- COPLAN, J., & GLEASON, J.R. Unclear speech: recognition and significance of unintelligible speech in preschool children. In: *Pediatrics*, 1988. 82. p. 447-452.
- DODD, B. Children with speech disorder: defining the problem. In DODD, B. (Ed). *Differential Diagnosis and Treatment of Children with Speech Disorder*. Chichester : Whurr Publishers Ltd, 2010. p. 3-24. ISBN 978 1 86156482 5 (PB).
- DODD, B., CROSBIE, S. A procedure for classification of speech disorders. In DODD, B. (Ed). *Differential Diagnosis and Treatment of Children with Speech Disorder*. Chichester : Whurr Publishers Ltd, 2010. p. 140-162. ISBN 978 1 86156482 5 (PB).
- DOSKOČILOVÁ, S. *Foneticko-fonologická rovina a zrozumiteľnosť reči detí vo veku 36-42 mesiacov*. Rigorózna práca. Bratislava : UK 2016. s. 98
- ENDERBY, P. et al. *Resource Manual for Commissioning and Planning Services for SLCN*. 2009. [online], 2015. [cit. 2015-10-10]. Dostupné na internete: http://www.rcslt.org/speech_and_language_therapy/com-missioning/sli_plus_intro
- FLIPSEN, P., Jr. Measuring the intelligibility of conversational speech in children. In *Clinical Linguistics & Phonetics*. 2006. 20. (4), p. 202-312.
- GÚTHOVÁ, M. Dyslália. In: Kerekrétiová, A. a kol. : *Základy logopédie*. Bratislava : UK, 2009. s. 136-153. ISBN 978-80-223-2574-5.
- GÚTHOVÁ, M., ŠEBIANOVÁ, D. Terapie dyslálie. In: Lechta, V. a kol. : *Terapia narušenej komunikačnej schopnosti*. Martin : Osveta, 2002. s. 119-143. ISBN 80-8063-092-5.
- GÚTHOVÁ, M., MARKOVÁ, J. Vývinové fonologické procesy u slovensky hovoriacich detí vo veku od 3 do 4 rokov. In: *Logopaedica XIII*. Bratislava: Mabag, 2010. s. 14-30.
- HOWELL, J., DEAN, E. *Treating Phonological Disorders in Children. Metaphon – Theory to Practice*. London : Whurr Publishers Ltd, 1994. 211 p.
- MCLEOD, S., HARRISON, L.J., MCCORMACK, J. Škála hodnotiaca zrozumiteľnosť reči v kontexte: Slovak. Intelligibility in Cotext Scale (ICS): Slovak Preklad: Buntová, 2012 [online]. 2012, [cit. 2019-02-16]. Dostupné na: https://cdn.csu.edu.au/__data/assets/pdf_file/0006/569148/ICS-Slovak.pdf
- MIKULAJOVÁ, A. Je čítanie dôležité? In: *Dietä nielen pre rodičov*. roč. 6, 2000. č. 5, s. 34-35.
- MIKULAJOVÁ, M. Narušený vývin reči. In: Kerekrétiová, A. a kol. : *Logopédia*. Bratislava : UK, 2016, s. 13-31. ISBN 978-80-223-4165-3.
- PASCOE, M. What is intelligibility? How do SLP's evaluate and address children's intelligibility intervention? In: *The Apraxia-Kids Monthly* [online]. 2005 [cit. 2013-04-12]. Dostupné na: <http://www.apraxia-kids.org/site/c.chKMI0PIIsE/b.980831/apps/s/content.asp?ct=911039>
- PRESTON, J., EDWARDS, M. L. Phonological Awareness and Types of Sound Errors in Preschoolers With Speech Sound Disorders. In: *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. vol. 53, 2010. p. 44-60.
- Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19717651>
- RVACHEW, S. et al. Phonological Awareness and Phonemic Perception in 4- Year- Old Children With Delayed Expressive Phonology Skills. In: *American Journal of Speech-Language Pathology*. vol. 12, 2003. p. 463-471.

LAHEYOVEJ METÓDA AKO EFEKTÍVNY NÁSTROJ HODNOTENIA KOMUNIKÁCIE RIZIKOVÝCH DETÍ V RANOM VEKU

LAHEY'S METHOD AS AN EFFECTIVE TOOL TO EVALUATE THE COMMUNICATION OF CHILDREN AT RISK IN EARLY AGE

doc. Svetlana Kapalková, PhD.

Katedra logopédie Pedagogickej fakulty Univerzity Komenského, Moskovská 3, 811 08 Bratislava

kapalkova@fedu.uniba.sk

Abstrakt

Hodnotenie komunikácie rizikových detí v ranom veku, rovnako ako aj detí s vývinovou jazykovou poruchou v mladšom predškolskom veku, môže prebiehať viacerými metódami. V štúdiu predstavíme jednu z nich, konkrétne sociolingvistický prístup reprezentovaný modelom Margaret Laheyovej. Nízkoštruktúrovaný model je vhodný na opis silných a slabých stránok dieťaťa v ranom veku, a to aj v prípade, že ešte dieťa nie je verbálne. Model je časovo náročnejší, ale za to veľmi presný a relatívne komplexný. K jeho veľkým výhodám patrí najmä logické formulovanie cieľov terapie v zóne najbližšieho vývinu konkrétneho dieťaťa, ktoré priamo vyplývajú z úrovne hodnotenia jazykovej kompetencie dieťaťa. Model M. Laheyovej aj preto dnes patrí k moderným a používaným prístupom v logopedickej diagnostike vo viacerých krajinách sveta.

Abstract

The assessment of early childhood children at risk or children with developmental language disorder in young pre-school age may be carried out in several ways. In the study, we will introduce one of them, namely the sociolinguistic approach represented by the model of Margaret Lahey. The low-structured model is suitable for describing the strengths and weaknesses of the child at an early age, even if the child is still not verbal. The model is time consuming, but very precise and realistically complex. His great advantages include, in particular, the logical formulation of therapy objectives of language competence in the proximity child's development zone.

That is why the model of M. Laheyova is one of the modern and used approaches in speech-language assessment in several countries of the world.

Kľúčové slová

vývinová jazyková porucha, hodnotenie, Laheyovej metóda, jazykové schopnosti, rizikové deti

Keywords

developmental language disorder, assessment, Lahey method, language skills, children at risk

Úvod do problematiky

Proces diagnostiky komunikácie detí predstavuje veľmi dôležitý krok v logopedickej intervencii, od ktorého priamo závisí stanovenie cieľov terapie a výber vhodných metód, ktorými sa v terapii bude ďalej postupovať. Diagnostika sa preto nedá preskočiť, ani urobiť povrchné, celý ďalší terapeutický postup ako i efektivita logopedickej práce závisí na množstve a kvalite informácií, ktoré sme schopní v hodnotení komunikácie osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou získať a následne aj správne interpretovať. Hodnotenie komunikácie malých detí má ale svoje špecifiká v porovnaní s diagnostikou komunikácie dospelých osôb. Ak máme pred sebou dieťa v ranom veku, ktoré ešte nie je verbálne, alebo máme hodnotiť schopnosti dieťaťa v mladšom predškolskom veku, situácia diagnostiky je náročnejšia o fakt, že sa dívame na dynamický vývinový proces jednotlivých schopností, ktoré často nekorelujú s fyzickým vekom dieťaťa. Práve



doc. Svetlana Kapalková, PhD.

posúdenie vzťahu a rovnováhy kognitívneho vývinu, vývinu motoriky a aktuálnej úrovne vývinu jednotlivých jazykových schopností nám pomáha definovať spomínané ciele intervencie a vyjadriť sa aj priamo k logopedickej diagnóze, resp. logopedickému záveru dieťaťa. Aj keď definitívnu diagnózu sa odporúča stanoviť u dieťaťa až za hranicu tretieho roka, je nevyhnutné vedieť správne posúdiť a zhodnotiť nielen riziko vývinu, ale aj klinický obraz dieťaťa a jeho aktuálnu komunikačnú úroveň už oveľa skôr pred tretím rokom tak, aby rizikové dieťa nestrácalo čas a mohlo byť zaradené v prípade potreby do logopedickej starostlivosti čo najskôr. Ako uvádza Bishop a kol. (2017), mnohé rizikové faktory sami osebe v ranom veku kauzálnie vždy nie sú príčinou jazykovej poruchy v predškolskom, resp. školskom veku, často sa ale v obraze jazykovej poruchy vyskytujú a je potrebné im venovať zvýšenú pozornosť. Rizikovým deťom tak z pohľadu vývinovej jazykovej poruchy vieme poskytnúť vhodnú stimuláciu resp. terapiu skôr a nečakáme až na definitívnu diagnózu v predškolskom veku. Ak by sme volili len termín oneskorený vývin reči, môže to často vzbudzovať mylné presvedčenie, že dieťa dobehne v komunikácii svojich rovesníkov a nevyhnutne nepotrebuje žiadnu odbornú pomoc.

Existuje viacero spôsobov posúdenia komunikácie v ranom veku, ako i viacero hodnotiacich nástrojov, pričom každé z nich prináša iný typ informácií o dieťati a jeho klinickom obraze – jednotlivých jeho schopnostiach (Paul, Norbury, 2012). Ak uvažujeme o dieťati mladšom ako tri roky, najčastejšie máme k dispozícii tri základné spôsoby hodnotenia komunikácie (Kapalková a kol., 2010). Nech použijeme ktorýkoľvek z nich, v ideálnom prípade kombináciu prístupov, výsledkom hodnotenia býva logopedický záver Oneskorený vývin reči dieťaťa a definovanie rizika – podozrenia na Vývinovú jazykovú poruchu ako dominujúcu v klinickom obraze dieťaťa alebo Vývinovú jazykovú poruchu prepojenú s inou etiológiou (napr. s mentálnym postihnutím, autistickým spektrom, sluchovým postihnutím dieťaťa, detskou mozgovou obrnou a pod.).

Prvým spôsobom posúdenia jazykových schopností dieťaťa, často definovaným ako najvhodnejší, je zisťovanie informácií priamo od osôb, ktoré s dieťaťom trávajú

veľa času, prirodzene teda najčastejšie vývinové dotazníky vyplňa rodič dieťaťa. Ide predovšetkým o najrôznejšie typy štandardizovaných dotazníkov posudzujúcich jazykové schopnosti dieťaťa v ranom veku. Medzi najznámejšie z nich patrí napríklad MacArthur Bates Communication Development Inventories (Fenson a kol. 1993), ktorý v slovenskej adaptácii poznáme ako Test komunikačného správania (Kapalková a kol., 2010) a v českej adaptácii ako Dotazník vývoje komunikácie II (Smolík a kol. 2017).

Druhou možnosťou sú vysokoštruktúrované štandardizované testy, ktoré samotným spôsobom administrácie predstavujú náročnú možnosť hodnotenia v ranom veku, lebo vyžadujú dobrú spoluprácu dieťaťa s logopédom. Medzi najčastejšie príklady uvádzame Mníchovskú funkčnú diagnostiku, ktorá je kritériálne orientovaná. Pre logopédov je obzvlášť dôležitý subtest hodnotiaci porozumenie dieťaťa.

Tretí spôsob predstavuje priame vyšetrenie dieťaťa logopédom, ktoré je založené na prirodzenom pozorovaní dieťaťa počas interakcií s komunikačnými partnermi vo viacerých situáciách a získavanie jeho reprezentatívnej komunikačnej vzorky v spontánnych reakciách počas hry s rodičom a logopédom (Lahey, 1988). Spomínaný prístup je síce časovo náročnejší, ale o to viac presný, deskriptívny – dobre opisujúci silné a slabé stránky v komunikácii dieťaťa nezávisle od fyzického veku dieťaťa. Veľkou výhodou je zároveň presné definovanie cieľov terapie. Ďalšou výhodou je dobré definovanie komunikačnej schopnosti aj v prípade, že dieťa ešte nie je verbálne a teda nehovorí. Práve túto tretiu možnosť preto podrobnejšie predstavíme v našom príspevku.

Laheyovej metóda hodnotenia komunikácie

Teoretickým východiskom modelu je pragmatický prístup, často označovaný aj ako prístup vychádzajúci zo sociálneho interakcionizmu (Mikulajová, Kapalková, 2002). Ako uvádza Mikulajová ďalej (in Mikulajová, Kapalková, 2002), za zdroj vývinu komunikačnej schopnosti sa pokladajú rané interakcie matka/otec–dieťa, resp. opatrovateľ–dieťa. Za významnú hybnú silu vývinu sa považuje postavenie dieťaťa v konkrétnej komunikačnej situácii, kde verbálna, resp. rečová a komunikačná

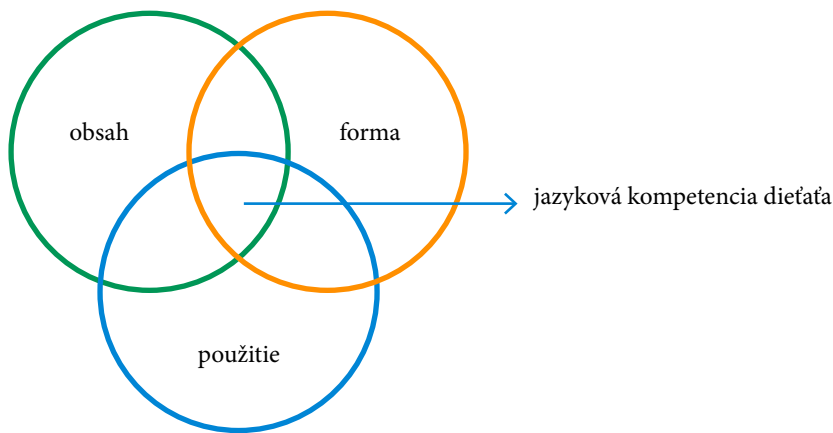
interakcia je vzájomný proces súčinnosti, stimulovania a pôsobenia ľudí, proces vytvárania väzieb a vzťahov medzi ľuďmi prostredníctvom používania jazyka (Slančová, 2008). S narastajúcim fyzickým vekom sa zvyčajne vyjadrenie komunikačného zámeru stáva presnejším a prebieha prostredníctvom komunikačných funkcií. Aj vzhľadom na nutnosť vidieť a počuť proces reálnej reprezentatívnej komunikácie medzi dieťaťom a jeho sociálnym okolím je nutné zaznamenávať logopedické vyšetrenie prostredníctvom videozáznamu.

Cieľom pre analýzu spontánnej rečovej vzorky je získať min. 75, ideálne 100 spontánnych detských výpovedí, kde nie sú zahrnuté žiadne funkčné imitácie alebo echolálie dieťaťa. V prípade, že dieťa je menej verbálne alebo komunikačne produktívne, za reprezentatívnu berieme 60 minútovú nahrávku dieťaťa. Vždy po nahrávaní overujeme jej reprezentatívnosť aj u rodičov, ktorí potvrdia, že videná úroveň komunikácie zodpovedá tomu, ako dieťa komunikuje všeobecne, aj v situáciách mimo logopedickú ambulanciu. V prípade, že rodičia vyslovia nesúhlas, vždy sa rečová vzorka z ambulancie dopĺňa o ďalšiu vzorku z domáceho prostredia dieťaťa, ktorú zabezpečia rodičia.

Reprezentatívna vzorka reči sa prepíše, tzv. transkribuje tak, aby pozostávala zo samostatných detských výpovedí. Tie sa následne podľa modelu Laheyovej analyzujú a zaznačujú do administratívnych hárkov. Pod výpoveďou rozumieme obsahovo ucelené komunikačné jednotky, ktoré sú vymedzené v reči dieťaťa aj pauzami a intonáciou naznačujúcou ukončenie výpovede. Samostatnou výpoveďou tak môže byť aj izolované gesto dieťaťa (neverbálna forma komunikácie), ako aj slovo.

Stručný opis modelu Laheyovej v rámci verbálneho vývinu

Opis detskej komunikácie podľa Laheyovej je chápaný ako charakteristika troch základných dimenzií jazyka – obsahu, formy a použitia. Ich vzájomný prienik tvorí aktuálnu jazykovú kompetenciu dieťaťa a tá sa s narastajúcim vekom detí stáva komplexnejšou (Lahey, 1988). Schému uvádzame v obrázku 1.



Obrázok 1: Laheyovej model vývinu jazykových schopností

Konkrétne v rámci OBSAHU hodnotíme vyjadrený sémantický význam (slovnú zásobu dieťaťa). Ako podotýkajú Mikulajová a Hornáková (1998) v tejto súvislosti, obsah je depersonalizovaný, všeobecný, univerzálny, relatívne nezávislý od kontextu a vyvíja sa kontinuálne počas celého života. Kesselová (2008) spresňuje, že významy slov použitých dieťaťom neanalyzujeme na komponenty, ale chápeme ich skôr celistvo, elementárne, sčasti univerzálne, sčasti ako kultúrne podmienené, ktoré predstavujú v jednotlivých štádiách vývinu už „vyplnené miesta na mape detského poznania“. Ako ďalej dopĺňa, tieto elementárne sémantické jednotky označujeme ako sémantické kategórie. Môžeme teda konštatovať, že slovná zásoba dieťaťa v ranom veku je vyjadrená v istých významových skupinách, ktoré sa nazývajú sémantickými kategóriami. Neobjavujú sa vo vývine naraz, pribúdajú v rovnováhe so zlepšujúcou sa úrovňou kognície dieťaťa. Celkovo Laheyová (1988) rozlišuje 21 sémantických kategórií. Normálne sa vyvíjajúce slovensky hovoriace dieťa ich dokáže všetky vyjadriť najneskôr do konca tretieho roka života.

K spomínaným sémantickým kategóriám patria tak, ako ich nazvala Laheyová (1988), nasledujúce skupiny: existencia, neexistencia, odmietnutie, poprenie, lokatívny stav, lokatívna činnosť, opakovanie, činnosť, atribúcia, vlastníctvo, stav, množstvo, pozornosť, datív, špecifikácia, čas, aditívnosť, kauzalita, poznanie, komunikácia, opozícia. Každá kategória je reprezentovaná kľúčovými slovami, ktoré si dieťa osvojuje vývinovo najskôr, alebo sa jedná o najfrekvencovanejšiu podobu slov v rámci danej kategórie.¹

V rámci formy sa hodnotí predovšetkým vyjadrený gramatický význam detských výpovedí. Relatívne väčšia pozornosť je v adaptovanom Laheyovej modeli (Kapalková, 2002) venovaná dĺžke detských prehovorov, podľa ktorých sa charakterizuje dosiahnutá úroveň komplexnosti detských výpovedí z pohľadu celkovej dĺžky výpovede definovanej v slovách. Je nutné ale dodať, že absolútne kompatibilným doplnkom a zmysluplným a ešte detailnejším hodnotením vyjadrenia morfológických a syntaktických významov v spontánných detských výpovediach je novo adaptovaný Gramatický profil² vývinu slovensky hovoriacich detí (Slančová, Kapalková 2018). V oblasti syntaxe tak sledujeme na jednotlivých úrovniach jednoslovné, dvojslovné, trojslovné výpovede, rozvítené vety a súvetia. Na jednotlivých úrovniach syntaktických vzťahov potom sledujeme kombinácie sémantických kategórií, ktoré dieťa produkuje a formálne spája syntaktickými pravidlami. V Laheyovej adaptovanom modeli sú zahrnuté aj niektoré dôležité morfológické markery – najmä tie, ktoré označujú menné gramatické kategórie, ako sú napr. predložkové spojenia. Za hranicou analýz gramatickej komplexnosti výpovede pokračuje posudzovanie súvislého rozprávania detí – naratív. V slovenskej adaptovanej verzii však túto úroveň neposudzujeme Laheyovej metódou, ale volíme skôr iné metódy hodnotenia. Prienik medzi sémantickými a gramatickými kategóriami je tu ale výrazný.

V rámci použitia sa v logopedickej praxi sústreďujeme hlavne na pragmatické funkcie, t. z. príčiny a dôvody, prečo dieťa má potrebu komunikovať. Laheyová vydeľuje 8 základných typov funkcií s podtypmi (spolu rozoznáva 20 komunikačných funkcií). Slančová (2008) danú oblasť precízne skúmala a klasifikovala na základe empirického výskumu ďalšie pragmatické funkcie predovšetkým v ranom veku u slovenských detí. Práve tieto nové klasifikácie sprehľadňujú a opäť dopĺňajú a spresňujú hodnotenie v tejto dimenzii. Dá sa povedať, že v rámci hodnotenia oblasti pragmatiky v Laheyovej modeli, aj na základe práce Slančovej (2008), sledujeme 4 základné skupiny pragmatických funkcií: referenčné, regulatívne, reakčné a rutinné. Ďalej uvádzame opis základných skupín tak, ako ich definuje autorka (Slančová, 2008). Vo vývine sa zväčša ako prvé vynárajú regulatívne pragmatické funkcie, kde deti vyjadrujú svoju vôľu, úsilie dosiahnuť nejaký predmet alebo vykonať nejakú činnosť zo strany dieťaťa orientovanú na komunikačného partnera (typicky ide o rôzne žiadosti dieťaťa vyjadrené gestami, zvukom alebo verbálne). V rámci referenčných funkcií dieťa označuje relatívne samostatnú informáciu, často expresívnu alebo informačnú (dieťa komentuje situáciu okolo seba opäť na úrovni neverbálnej, ako i verbálnej). V rámci reakčných funkcií dieťa reaguje na aktivity a podnety, ktoré sú súčasťou komunikačnej situácie. Medzi rutinné funkcie sa radia naučené konvenčné aktivity dieťaťa (sociálne pozdravy, naučené riekanky, ako aj napríklad naučený rad čísloviek).

Ako sme už uviedli na začiatku článku, len prienik všetkých troch oblastí vyjadrený v detskej výpovedi určuje lingvistickú kompetenciu dieťaťa. Tak ako sa vývinom objavuje väčšia slovná zásoba, pribúda

¹ Medzi typické reprezentanty sémantickej kategórie opakovania patrí napr. slovo ešte, lokalizovanosť typicky deti vyjadrujú príslovkami miesta alebo predložkovými spojeniami na, do, v.

² Hodnotiaci nástroj s názvom Gramatický profil vývinu slovensky hovoriacich detí predstavuje slovenskú adaptáciu nástroja Language Assessment Remediation and Screening Procedure (LARSP) autorov Ball, Crystal a Fletcher (2012). Opísaná adaptácia modelu morfológicky bohatého jazyka, akým je slovenský jazyk, je publikovaná aj v anglickej verzii ako súčasť projektu LARSP v ďalších jazykoch (Kapalková, Slančová 2019).

počet sémantických kategórií navonok, skvalitňovanie vyjadrených významov prebieha ale i zvnútra každej kategórie. So zlepšujúcou sa jazykovou schopnosťou vyjadriť obsah dieťa dokáže už skôr osvojenú sémantickú kategóriu vyjadriť zložitejšou gramatikou a syntakticky ju prepájať s inými sémantickými kategóriami. V rámci jednej kategórie zároveň neustále pribúdajú nové kľúčové slová, ktoré sú menej frekvencované a majú abstraktnejší význam. Opis daných dimenzií jazyka tu ale nie je náhodný, pretože na základe posúdenia ich úrovni vieme definovať, či ťažisko problémov v oblasti vývinu dieťaťa spočíva v oblasti gramatiky, pragmatiky alebo slovnej zásoby, aj keď samozrejme vnímame prepojenosť jednotlivých oblastí.

Vyššie predstavená metóda sa zameriava na posúdenie verbálneho vývinu dieťaťa, avšak ešte pred povedaním prvého slova existujú tzv. prerekvizity daných oblastí, ktoré vieme celkom kompetentne podľa Laheyovej modelu zhodnotiť. Laheyová (1988) ich charakterizuje ako prekursorov obsahu, formy a použitia a bližšie ich predstavíme v nasledujúcej časti.

Stručný opis neverbálnej úrovne komunikácie podľa Laheyovej modelu

Prekursor komunikácie dieťaťa veľmi úzko súvisia s objavením sa intencionálneho – zámerného správania, ktoré sa často uvádza v období okolo 8. mesiaca (Owens, 2016). Ako však podotýka Slančová (2008b), mnohé prejavy vyjadrenia komunikačného pragmatického zámeru vieme vystopovať aj v ranejšom veku. Medzi posudzované prekursorov použitia podľa modelu Laheyovej, zaraďujeme päť dôležitých komponentov pragmatiky dieťaťa. Patrí medzi ne posúdenie kvality očného kontaktu, počet hrových alebo komunikačných neverbálnych výmen medzi dieťaťom a komunikačným partnerom, zdieľanie

spoločnej pozornosti a schopnosť gestami vyjadriť žiadosti, ako aj komentáre dieťaťa (protoimperatívne a protodeklaratívne formy komunikácie, viažúce sa na neskôr posudzované referenčné a regulatívne pragmatické funkcie vo verbálnom vývine). Predovšetkým gestá predstavujú veľmi jasný predpoklad nielen budúcich verbálne vyjadrených významov slov, ale tvoria i dôležitý predpoklad budúcich gramatických významov vyjadrovaných dieťaťom vo výpovedi (Kapalková, 2018).

Prekursorov obsahu sa viažu logicky k chápaniu významov slov, ale ešte na začiatku úplne prvým kognitívnym fenoménom a predpokladom pomenovávať predmety a osoby je schopnosť podržať v mysli obraz objektu a pochopiť, že objekt či osoba existuje, aj keď ho práve dieťa nevidí. Stálosť objektu sa na tejto úrovni hodnotí hlavne na základe detskej aktivity hľadať čiastočne či úplne ukrytý objekt. Rovnako sa posudzuje i schopnosť dieťaťa aktívne predmet ukrývať. Medzi ďalšie dôležité prekursorov sémantiky, ktoré posudzujeme, patrí aj pozorovanie a posudzovanie, ako dieťa predmety spája alebo oddeľuje.

Ako prekursorov formy sa vníma najmä schopnosť imitácie, ktorá sa u dieťaťa posudzuje najmä v rovine motorickej, ako i zvukovej. Podľa modelu si všímame v rámci zvukovej imitácie, resp. aj produkcie, reeduplikačné a nereduplikačné dŕžavanie dieťaťa.

Spomenuté prekursorov obsahu, formy a použitia nám definujú, či má dieťa dosiahnuté predpoklady budúcej verbálnej komunikácie na úrovni slov a komplexnejších výpovedí. Zároveň nám bližšie definuje, či nehovoriace dieťa už je na úrovni zámerného správania, prípadne kde presnejšie stojí na ceste od prvého gesta k prvému slovu.

Zhrnutie

Hodnotenie komunikácie dieťaťa v ranejšom a mladšom predškolskom veku je pre

logopéda stále veľkou výzvou. V článku opísaný prístup hodnotenia komunikácie detí pomocou Laheyovej modelu v ranejšom veku je relatívne komplexný³ prístup. Medzi dôležité výhody jeho používania v praxi patrí jeho kvalitatívna deskripcia silných a slabých stránok jazykovej kompetencie dieťaťa bez ohľadu na fyzický vek alebo etiológiu deficitov v klinickom obraze dieťaťa. Vhodný je teda pre deti s oneskoreným vývinom reči, rovnako ako pre deti s vývinovou jazykovou poruchou, respektíve jazykovou poruchou spojenou s mentálnym postihnutím, autizmom, sluchovým postihnutím, detskou mozgovou obrnou či inými poruchami. Cieľom administrácie tohto hodnotenia je elicitovať v prostredí ambulancie ideálne 100 spontánnych výpovedí dieťaťa, ktoré sa ďalej analyzujú. Vývin opísaných oblastí obsahu, formy a použitia sa premietajú do tzv. záznamových háčkov, ktoré logopédovi ukazujú najvyššiu dosiahnutú úroveň dieťaťa v jednotlivých schopnostiach, a logopéd ich v závere môže porovnať aj s fyzickým vekom dieťaťa a úrovňou, akú by malo vzhľadom k danému veku dosahovať. Najsilnejšou stránkou tejto metódy ale je nesporné definovanie krátkodobých a dlhodobých cieľov, ktoré sú individuálne definované na základe dosiahnutia úrovne dieťaťa v jednotlivých hodnotených oblastiach. To ponúka naozaj terapiu šitú na mieru každého dieťaťa. Na druhej strane nevýhodou prístupu je relatívne veľká časová náročnosť zo strany logopéda, rovnako ako nevyhnutné zaškolenie logopéda s prípadnou supervíziou aspoň na začiatku používania tohto prístupu v logopedickej praxi. Medzi relatívne nevýhody patrí aj fakt, že prostredníctvom tohto prístupu nevieme posúdiť úroveň porozumenia dieťaťa a foneticko-fonologickú stránku jazykovej schopnosti. Napriek tomu verím, že si nájde miesto v logopedickej praxi aj v Českej republike.

³ Model opisuje slovnú zásobu dieťaťa, gramatické kategórie a pragmatické funkcie. Bližšie ale neposudzuje úroveň foneticko-fonologickej roviny.

Literatúra

BALL, M. J., D. CRYSTAL a P. FLETCHER. *Assessing grammar: the languages of LARSP*. Buffalo: Multilingual Matters, 2012. ISBN 9781847696397.

BISHOP, D., M. J. SNOWLING, P. THOMPSON, T. GREENHALGH a the CATALISE-2 consortium. Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry: Special Issue: Developmental Language Disorders*. 2017, 58(10), 1068-1080. DOI: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12721>.

FENSON, L., P. S. DALE, S. J. REZNICK, D. THAL, E. BATES, J. HARTUNG, S. PETHICK a J. S. REILLY. *The MacArthur Communicative Development Inventories: User's Guide and Technical Manual*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co., 1993.

- KAPALKOVÁ, S.. *Vytvorenie modelu vývinu jazykových schopností slovensky hovoriacich detí na základe Laheyovej teórie*. Bratislava, 2002. Kandidátska dizertačná práca. Pedagogická fakulta UK. Vedoucí práce Marina Mikulajová.
- KAPALKOVÁ, S.. *Gestá v kontexte raného vývinu detí. Štúdie o detskej reči*. Prešov: Filozofická fakulta PU, 2008, , 169-211. ISBN 978-80-8068-701-4.
- KAPALKOVÁ, S., D. SLANČOVÁ, I. BÓNOVÁ, J. KESSELOVÁ a M. MIKULAJOVÁ. *Hodnotenie komunikačných schopností detí v ranom veku*. Bratislava: Slovenská Asociácia Logopédov, 2010. ISBN 978-80-89113-83-5.
- KAPALKOVÁ, S. a D. SLANČOVÁ. Language Assessment, Remediation and Screening Procedure for Slovak-speaking Children. *Grammatical Profiles: Further Languages of LARSP*. 2019, 55-81. (v tlači)
- KESSELOVÁ, J. Sémantické kategórie v ranej ontogenéze reči dieťaťa. *Štúdie o detskej reči*. Prešov: Filozofická fakulta PU, 2008, , 121-167. ISBN 978-80-8068-701-4.
- LAHEY, M. *Language disorders and language development*. London: Collier Macmillan, 1988. ISBN 0-02-367130-0.
- MIKULAJOVÁ, M. a S. KAPALKOVÁ. *Terapia narušeného vývinu reči. Terapia narušenej komunikačnej schopnosti*. Martin: Osveta, 2002. ISBN 80-8063-092-5.
- MIKULAJOVÁ, M. a K. HORŇÁKOVÁ. Laheyovej model vývinu reči a jeho využitie v ranej diagnostike. *Logopaedica 2: zborník Slovenskej asociácie logopédov*. Bratislava: LIEČREH, 1998, 2(1), 72-86. ISBN 80-967383-9-9.
- OWENS, JR., R. E. *Language Development: An Introduction*. Ninth edition. Boston: Pearson, 2016. ISBN 978-0-13-381036-3.
- PAUL, R. a C. NORBURY. *Language disorders from infancy through adolescence: listening, speaking, reading, writing, and communicating*. 4th ed. St. Louis, Mo.: Elsevier, 2012. ISBN 978-0-323-07184-0.
- SLANČOVÁ, D.. *Východiská výskumu detskej reči v slovenčine. Štúdie o detskej reči*. Prešov: Filozofická fakulta PU, 2008, s. 10-28. ISBN 978-80-8068-701-4.
- SLANČOVÁ, D.. *Pragmatické funkcie vo vývine rečovej činnosti (v prvých osemnástich mesiacoch života dieťaťa). Štúdie o detskej reči*. Prešov: Filozofická fakulta PU, 2008, , 67-120. ISBN 978-80-8068-701-4.
- SLANČOVÁ, D. a S. KAPALKOVÁ. Gramatický profil slovensky hovoriaceho dieťaťa. *Desať štúdií o detskej reči*. Bratislava: Veda, 2018, 627-660. ISBN 978-80-224-1638-2.
- SMOLÍK, F., J. TURKOVÁ, K. MARUŠINCOVÁ a V. MALECHOVÁ. *Dotazník vývoje komunikace II: dovyko II: dotazník pro diagnostiku jazykového vývoje ve věkovém rozmezí 16 až 30 měsíců : příručka a normy*. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, 2017. ISBN 978-80-7308-753-1.

PROJEVY SPECIFICKÝCH PORUCH UČENÍ U DÍTĚTE S VÝVOJOVOU DYSFÁZIÍ

MANIFESTATION OF SPECIFIC LEARNING DISABILITY IN THE PUPIL WITH SPECIFIC LANGUAGE IMPAIRMENT

Mgr. Veronika Uhrová

Oddělení ORL, Fakultní nemocnice Brno, Jihlavská 20, 625 00 Brno

Pedagogická fakulta, Masarykova univerzita, Poříčí 7, 639 00 Brno

uhrova.verca@gmail.com

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá problematikou koexistence vývojovej dysfázie a specifických poruch učení a jejich projevy u dieťaťa počas jeho vývoja. Zahŕňa teoretické prameny i výskumná šetrení v tejto oblasti. Bola vybraná prípadová štúdia chlapca v mladšom školskom veku, ktorý dlhodobě navštevuje pracovisko klinickej logopedie s pretrvávajúcimi symptómami vývojovej dysfázie. Medzi ňou patrí dysgramatismy, narušenie artikulácie, zrakovopriestorové a jemnomotorické deficity vrátane orofaciálnych dyspraxií. Tieto ťažkosti sa prejavujú aj v špecifických poruchách učenia – dysgrafii. Príde k nim narušenie v sociálnej oblasti a schopnosti naviazať odpovedajúcu komunikáciu.

Abstract

The article deals with issues of coexistence specific language impairment and specific learning disabilities and their manifestation at the school age. It includes theoretical resources and researches of this issue. Therefore, was selected a case study of young school-age boy who has been visiting clinical speech therapy for a long term with persistent specific language impairment symptoms. It contains disturbed grammar, articulation, visually-spacial and fine-motor skills including orofacial dyspractic. These impairments are associated in specific learning disability – dysgraphia. Social and establish communication skills are disturbed too.

Klíčová slova

vývojová dysfázia, špecifické poruchy učenia, logopedická terapia, školský vek

Keywords

specific language impairment, specific learning disabilities, speech therapy, school-age

Úvod do problematiky

Vývojová dysfázia bezesporu patrí k najťažším poruchám komunikačných schopností. Vzhľadom ke svému klinickému obrazu nemá vliv pouze na komunikaci jedince jako takovou, ale ze své podstaty ovlivňuje i percepčně-motorické a kognitivní schopnosti, přesah má do sociální oblasti a dalších. Ačkoli je snaha dané obtíže řešit co nejdříve a podpořit dozrávání deficitních oblastí v rámci předškolního věku, mnohdy nás tíže vady a okolnosti nutí se touto problematikou zabývat mnohem déle, ve věku školsním. Zde se následně mohou vedle specificky narušeného vývoje řeči objevit další obtíže související s nezralými funkcemi a jazykovými obtížemi – specifické poruchy učení.

Vývojová dysfázia

V zahraniční literatuře se nejčastěji používá termín specific language impairment, případně specific language disorder, developmental language disorder (srov. Love, Webb, 2009; Bishop, 2014). Vývojová dysfázia je charakterizována jako specificky narušený vývoj řeči v důsledku poškození raně se vyvíjejícího mozku s různou etiologií. Léze bývá typicky difúzní (Mikulajová, Rafajdusová, 1993). Jedinci s vývojovou dysfázií tvoří velmi heterogenní skupinu, u nichž dominuje opožděné a narušené osvojování jazykových schopností, navzdory tomu, že nejsou prokázána poškození v oblasti kognice, sluchu, neurodeficity a nejbližší okolí je dostatečně stimulující (Miklošová, Mikulajová, Jakubek, 2016).



Mgr. Veronika Uhrová

Existuje několik obecných projevů vývojové dysfázie, mezi které řadíme diskrepanci mezi aktivní a pasivní slovní zásobou, mezi slovní zásobou a mluvním projevem nebo nepoměr mezi slovní zásobou a schopností aplikace gramatických pravidel. Časté jsou obtíže v pragmatické rovině jazyka, které znesnadňují spontánní komunikaci jedince (Dlouhá, 2017). Pospíšilová (2018 a) mezi dalšími symptomy popisuje komunikační obtíže, např. navazování na partnera během rozhovoru nebo užívání adekvátních prostředků komunikace, mezi něž patří pohled do očí, intonace hlasu a další.

Často se objevují obtíže v oblasti hrubé a jemné motoriky. Ty se propagují v narušení koordinace, grafomotoriky, oromotoriky a s ní spojené plánování řeči (Mikulajová 2009). Stejně se vyjadřuje Pospíšilová (2018 a), kdy popisuje narušení celkové koordinace těla, načasování a sekvenci pohybů, celkovou neobratnost hrubé motoriky. V rámci jemné motoriky je zde zhoršená sebeobsluha při oblékání, hygieně a dalších jemněmotorických činnostech. Velmi specifická je potom koordinace grafomotoriky a oromotoriky, které jsou u jedinců s vývojovou dysfázií narušeny velmi často současně. Pozorovat můžeme například nekonstantní přítlak psacího náčiní se souhyby mandibuly a jazyka.

Současně s klinickým obrazem vývojové dysfázie se objevují následující komorbidity, kterými jsou orální dyspraxie, grafická dyspraxie, ADHD, ve školním věku potom specifické poruchy učení a další. Z vad řeči a jazyka koktavost, elektivní mutismus, dyslalie. Závažnost těchto poruch odpovídá Gaussově křivce, tedy že nejméně je jedinců s nejtěžšími a nejmírnějšími projevy. Součástí mohou také být i komplikace socio-emocionální (srov. Peutelschmiedová, Vításková, 2005; Pospíšilová, 2018 a; Pospíšilová, 2018 b). Dyspraxii potom Pospíšilová (2018 a) označuje jako diagnózu překrývající se s klinickým obrazem vývojové dysfázie.

Intervence jedinců s vývojovou dysfázií je zpravidla dlouhodobá, u těžších forem není výjimkou, když přetrvává i několik let během školního věku. Terapie se zaměřuje na celou osobnost jedince, nejen na oblast řeči a jazyka. Rozvíjeny jsou všechny oblasti, které se jeví jako deficitní, mnohdy ve spolupráci více odborníků.

Specifické poruchy učení

Jedinci se specifickými poruchami učení tvoří velkou skupinu, vždy s velmi individuálním konkrétním vyjádřením,

s obtížemi při nabývání a užívání řady schopností. Mezi ně patří osvojování a užívání čtení a psaní, matematických schopností, naslouchání a užívání řeči a jazyka. V našich podmínkách diagnostikujeme několik typů specifických poruch učení, dle symptomů a výkonů v rámci vzdělávání, mezi které patří i dysgrafie a dyspraxie. Tyto poruchy jsou zpravidla vrozené a vznikají na podkladě dysfunkce centrálního nervového systému (srov. Zelinková, 2015; Langmeier, Matějček, 2011; Bartoňová, 2018). Nejsou přímým důsledkem postižení nebo nevhodného či nestimulujícího vlivu okolí (Zelinková, 2015).

Problematika výskytu specifických poruch učení u dítěte s vývojovou dysfázií

Incidenci těchto dvou nosologických jednotek se autoři u nás i ve světě zabývají již řadu let. O jejich koexistenci máme mnoho zpráv z teoretických studií i empirických prací, zaujímajících různě široké pole zájmu. McArthur a kol. (2000) provedl výzkum v heterogenní skupině žáků v mladším a středním školním věku, z něhož vyplývá, že ve skupině žáků s dyslexií má 55 % narušenou komunikační schopnost (ve smyslu specifického narušení). Ve skupině se specificky narušeným vývojem řeči bylo 51 % žáků s obtížemi ve čtení. Z šetření tedy vyplývá, že v daných podmínkách je více než 50 % šance na kombinaci těchto vad. Podobně se touto prevalencí zabývali Nash et al. (2013), kteří zjistili, že u jedné třetiny dětí s rizikem dyslexie v rodině byla také naplněna diagnostická kritéria pro specificky narušený vývoj řeči. Catts et al. (2005) shrnuli známé poznatky této problematiky do tří možných modelů, jakým spolu tyto dvě poruchy fungují. Dle prvního modelu je specificky narušený vývoj řeči těžším stupněm dyslexie, kde hlavní roli hraje fonologický deficit. Druhý model považuje obě poruchy za odlišné s tím, že ke specificky narušenému vývoji řeči se kromě fonologického deficitu přidružuje také deficit jazykový. Poslední model obě poruchy vidí jako rozdílné s tím, že mohou mít společný etiologický základ a výskyt jedné poruchy zvyšuje riziko pro vznik druhé.

Z českých autorů hovoří o významné koexistenci specifických poruch učení a vývojové dysfázie, zejména pak u její receptivní formy, Dlouhá (2017). Obě poruchy mají obdobný mechanismus vzniku, porucha fonematického sluchu a obtíže s diferenciací zvuků řeči se mohou

následně projevit právě jako specifické poruchy učení. Nejčastěji se objevuje dysortografie, ale mohou zde být i další typy. O vysoké frekvenci výskytu obou poruch společně v rámci školního věku se zmiňuje i Neubauer (2016). Toto vzájemné propojení v našem prostředí zůstávalo řadu let bez většího zájmu a obtíže řešili jednotliví odborníci napříč rezorty. Výzkumem problematiky se v minulých letech zabýval například Neubauer (2008). Provedl studii během dlouhodobé logopedické péče na vzorku 20 dětí s vývojovou dysfázií. Prevalence výskytu specifických poruch učení byla 37,5 %. Průměrná doba trvání logopedické intervence byla 2,5 roku.

Současná terapie vývojové dysfázie se zaměřuje na rozvoj celé osobnosti, kam patří nejen rozvoj řeči, ale i zrakového a sluchového vnímání, myšlení, paměti, pozornosti, orientace, motoriky a grafomotoriky. Na výsledcích terapie se do značné míry podílí sociální prostředí a rodina (Novák, 1997). Pro úspěšnou dlouhodobou terapii je nutná motivace dítěte a rodiny pro spolupráci. Na místě je také spolupráce klinického logopeda s učitelem dítěte v rámci předškolní i školní docházky a vzájemná informovanost mezi pracovištěm klinické logopedie a speciálně pedagogickým centrem či pedagogicko-psychologickou poradnou (Neubauer, 2016).

Případová studie

Metody sběru dat

Případová studie vznikla na základě zkoumání dostupných materiálů speciálně pedagogické a lékařské povahy, osobních rozhovorů s rodinou a samotným dítětem. Nedílnou součástí při získávání informací byla logopedická diagnostika a následná terapie.

Osobní anamnéza

Chlapec je z prvního, rizikového těhotenství, porod byl vyvolávaný v plánovaném termínu, poporodní adaptace byla bez abnormalit. Matka nezaznamenala žádné obtíže při krmení a přechodech na jiné konzistence stravy. Před prvním rokem věku byla zjištěna lehká centrální hypotonie, chlapci byla indikována Vojtova reflexní terapie. V jednom a půl roce se stavěl bez opory a následovala chůze. Psychomotorický vývoj se od raného vývoje poněkud opožděje. První slova se objevila krátce před třetím rokem věku, jednoslovné věty ve třech letech, dvouslovné

věty ještě o několik měsíců později, další stádia vývoje řeči nastupovala i nadále s časovým odkladem. V oblasti hrubé motoriky je patrná dyskoordinace, horší orientace pro pohyb v prostoru. Jemná motorika je vývojově pomalejší, má sníženou obratnost rukou, zhoršenou schopnost sebeobsluhy. V orofaciální oblasti je orální dyspraxie, orientace v dutině ústní snižena. Chlapec má vyhraněnou souhlasnou dextralitu. Práceschopnost vyzává vzhledem k věku pomaleji. Pracovní paměť a auditivní pozornost jsou průměrné. V rámci sluchové percepce vážně auditivní zpracování vjemů, nejhůře řečových. Intelekt je v pásmu průměru. Vzhledem k pomalejšímu sociálnímu vyzává, tendenci k infantilnímu chování a výrazné fixaci na matku je chlapec v psychologické péči (Uhrová, Bartoňová, 2017).

Průběh vývoje během dlouhodobé logopedické terapie

Logopedická intervence byla zahájena na pracovišti klinické logopedie asi ve třech a půl letech s diagnózou opožděný vývoj řeči. Pro deficit ve všech jazykových rovinách, povrchové i hloubkové struktury řeči a dalších oblastech byl chlapec ve čtyřech letech odeslán na pracoviště foniatry a klinické psychologie. Na obou pracovištích podpořili diagnózu vývojová dysfázie s převahou obtíží v expresi. Při nástupu do mateřské školy se objevil elektivní mutismus, který byl vázán na konkrétní prostředí a osobu učitele. V rámci multidisciplinární spolupráce se podařilo obtíže během několika měsíců postupně odbourat, opět se objevily s nástupem na školy, avšak již pouze krátkodobě, v době adaptace na novou situaci. Zřejmě

ve stejném období se také poprvé objevily lehké dysfluency při pocitu časového presu či nuceném kontaktu s cizí osobou. Tyto obtíže zůstaly v incipientní fázi, bez dalšího nástavby.

V rovině morfologicko-syntaktické využíval zpočátku několik slovních druhů, především konkrétní podstatná jména, osobní zájmena, slovesa v infinitivu. Postupně se rozšiřoval slovník, slovesa začal ohýbat, pasivně se přidávaly další slovní druhy, aktivní využívání dlouhodobě vázlo. Časování sloves byl chlapec schopen kolem pátého roku věku. V předškolním věku nechápal význam některých přídavných jmen a opozit, stupňování přídavných jmen. Řeč byla celkově výrazně dysgramatická, vázla orientace v časové posloupnosti. V lexikálně-sémantické rovině byla problematická zejména expresivní stránka, pasivní slovník v předškolním věku v podstatě odpovídal širšímu pásmu průměru jeho vrstevníků. Dlouhodobě se nedařila orientace a využívání předložkových vazeb pasivně i aktivně. V pragmatické rovině je dlouhodobě velmi výběrové vyhledávání komunikačních partnerů, obtížně navazuje komunikaci, s neznámými osobami se jí vyhýbá. Oční kontakt navazuje pouze krátce. Ve foneticko-fonologické rovině byly před nástupem do základní školy artikulační obtíže ve více artikulačních okresech. Výrazný vliv má orální dyspraxie dítěte. Prozodické faktory řeči se také jeví jako narušené, zejména byly patrné nesprávné dechové stereotypy, intonace.

Od počátku zahájení terapie byla znatelná celková neobratnost těla. Z dostupného speciálně-pedagogického a psychologického vyšetření vyplývá, že je dlouhodobě výrazná neobratnost těla a vyzává hrubé

a jemné motoriky nastupuje s časovým odkladem. Před nástupem do školy se nedařil stož na jedné noze, neobratně chytal míč, odmítal jezdit na kole. Narušení obratnosti vedoucí horní končetiny se projevilo například sníženou schopností sebeobsluhy, jemně-motorické činnosti jako zapínání knoflíků či zavazování tkaniček dlouhodobě obstarávala matka. Výrazná byla neochota ke grafomotorickým činnostem, kterým se raději vyhýbal, úchop tužky byl dlouhodobě dlaňový. Kresebné výkony jevíly znaky organicity (tremor, navazované linky) a také velké námahy. Ve druhé třídě byla diagnostikována specifická porucha učení – dysgrafie a také dyspraxie.

Současná logopedická terapie

Chlapec navštěvoval již několik klinických logopedů. Níže popsany stav je dle aktuálního přístupu na pracovišti klinické logopedie, kam chlapec dochází. Nyní je žákem třetí třídy základní školy. V kontaktu je zpočátku ostýchavý, ale již lépe adaptabilní. Oční kontakt navazuje po delší dobu. Přetrvávají některé dysgramatismy, problematické aktivní využívání mentálního lexikonu, zhoršená orientace v čase a prostoru. V rámci výslovnosti přetrvává rotacismus-velární forma a rotacismus bohemus – paralálie sykavkovým zvukem. Patrná je celková neobratnost těla, jemné motoriky, grafomotoriky a oromotoriky. Dle aktuální podoby psané řeči se objevují kromě dyspraxie a dysgrafie i specifické dysortografické chyby, které zatím nejsou diagnosticky potvrzeny. Dechové stereotypy jsou nesprávné. Byla navázána spolupráce se školským zařízením, kde se chlapec vzdělává.

Oblast	Obtíže
Slovní zásoba	Vyhledávání v mentálním lexikonu s latencí, obsahově nesprávné využívání některých slov
Gramatika	Nesprávné párování některých opozit, skloňování dle rodů, problematické užívání předložkových vazeb, vynechávání zvrtného si, se
Výslovnost	Rotacismus, rotacismus bohemus
Motorika	Celková neobratnost, horší sebeobsluha, nesprávný úchop psacího náčiní, tremor
Oromotorika	Neobratnost, nesprávná klidová poloha jazyka, snížená síla jazyka
Dechové stereotypy	Dýchání převážně ústy, plytké, oslabené dechové svalstvo, narušená koordinace dechu a řeči
Orientace v čase, prostoru	Nedrží dějovou linii, časovou posloupnost, při vyprávění vynechává podstatné skutečnosti, orientace v prostoru i na těle výrazně deficitní

Tabulka 1: Stav před zahájením logopedické terapie

Na počátku terapie (tabulka 1) byly provedeny některé diagnostické testy. Ve zkoušce sluchového rozlišování nesmyslných slov dle Wepmana a Matějčka chlapec dosáhl

22/25 bodů, chyby se objevovaly v rozlišování znělosti-neznělosti a při záměně pořadí nebo delecí hlásek. V testu aktivní psychomotoriky dle Kwinta chlapec neobstál

ve 14 bodech z celkových 22. V testu jemné motoriky dle Oseretzského se objevila zhoršená koordinace při vkládání mincí do krabíčky, skocích na jedné noze a jejich

střídání, házení míčem, přeskok snožmo a narušená kresba.

Aktivní slovní zásoba byla zvětšována tematicky, s opakováním témat v čase a jejich rozšiřováním v rámci sémantického okruhu. Nesprávně využívaná slova byla vysvětlena, pokud to bylo možné, názorně předvedena, byl využit prostor pro manipulaci, zapojení do reálného života. K opakování se osvědčilo také mentální mapování s pomocí obrázkových karet. Pro úpravu dysgramatismů byla hojně využívána korektivní zpětná vazba, v maximální možné míře názornost, i vzhledem k dobré úrovni zrakového vnímání. Dále bylo procvičováno chápání a využívání opozit na reálných věcech, následně obrázcích a v řeči, zařazování zvrtného si, se. Využíván byl mimo jiné materiál „Vykuk“ (Richtrová, Bubeníčková, 2014) a figury (žena, muž, dítě) pro orientaci v reálném prostoru,

zapojování správného skloňování dle rodů a předložkových vazeb. Poté byly předložkové vazby trénovány na ploše. Pro nácvik vyprávění s dodržováním dějové linky byly využívány schematické karty pro lepší názornost, skládání dějových obrázků a karty příčina-následek. Pro lepší mluvní pohotovost byla z předem daného okruhu náhodně vybírána témata pro monolog i dialog. Vzhledem k fluktuaci pozornosti obecně byly častěji střídány fáze relaxace a upevňování schopností hrou. V rámci jemněmotorických a sebeobslužných činností byl prováděn nácvik zavazování tkaniček, zapínání zipů, knoflíků na pomůckách a následně na sobě samém, navlékání na nit, hry na zapojování koordinace oko-ruka a spolupráce hemisfér. Zařazována byla uvolňovací cvičení vedoucí ruky včetně prstů. S ochotou byly využívány prstové barvy, práce s přírodními materiály,

pískovnička, kinetický písek, rozvoj grafomotoriky se širokostopým psacím náčiním s trojhranným programem. Vzhledem k dlouhodobým obtížím s nesprávnou klidovou polohou jazyka a jeho oslabením, přetrvávající dyslálií a celkovou neobratností mluvidel byly zařazeny prvky myofunkční terapie s využitím speciálních pomůcek. Prováděna byla také dechová a rytmizační cvičení, práce s výdechovým proudem, zapojení pomůcek – větrník, peříčka, foukací fotbal, fonografortmika. Pro korekci rotacismů byla mimo výše zmíněné zapojena substitute.

Do terapie byla zapojena celá rodina, která s chlapcem pracovala na jednotlivých úkolech a snažila se o maximální zapojení nově osvojených schopností do reálného života, jejich postupnou fixaci a automatizaci. Chlapec začal pravidelně sportovat, navštěvovat ergoterapeuta.

Oblast	Obtíže
Slovní zásoba	Mluvní pohotovost zlepšena; obsahové chápání většího počtu slov a jejich přiléhavého využívání
Gramatika	Opozita pochopena a již zcela správně využívána; předložkové vazby zafixovány, s občasnou chybou; skloňování dle rodů již v normě, vynechávání zvrtného si, se minimálně – souvisí s aktuální pozorností
Výslovnost	Aktivně zapojena substitute, objevuje se vibrace, která fixována do slabik a slov; rotacismus bohemicus přetrvává
Motorika	Zlepšena obratnost hrubé motoriky, zlepšena sebeobsluha, správný úchop psacího náčiní využívá nekonstantně
Oromotorika	Zlepšení koordinace mluvních orgánů, zvýšení síly jazyka
Dechové stereotypy	Dechové stereotypy se zlepšením, ale zatím bez zautomatizování, nutná kontrola
Orientace v čase, prostoru	Vyprávění s lepší návazností, méně rozbíhavé, orientace v prostoru zlepšena, v rámci organizace vlastního těla přetrvávají deficity

Tabulka 2: Stav po 14 měsících logopedické terapie

S časovým odstupem více než jeden rok (tabulka 2) byly opět provedeny kontrolní diagnostické testy. Ve zkoušce sluchového rozlišování nesmyslných slov chlapec dosáhl plného počtu bodů. V testu aktivní psychomotoriky dle Kwinta chlapec neobstál v 6 z 22 bodů. V testu jemné motoriky dle Oseretzského přetrvává problematický stoj na jedné noze, přeskok snožmo a narušení grafomotorického projevu. Ačkoli došlo k posunu v oblasti komunikační schopnosti i percepčně motorických schopnostech, stále přetrvávají některé deficity.

Závěr

Vývojová dysfázie jako druh narušené komunikační schopnosti, která s sebou nese

řadu řečových i neřečových symptomů, je vždy velmi individuální záležitostí. Z dostupných výzkumných pramenů i klinické praxe je patrné, že mnohé obtíže mohou přetrvávat dlouhodobě, tedy i po nástupu dítěte do školy. Zde se mohou objevit další komorbidity, které se s vývojovou dysfázií často pojí. Mezi nejčastější patří specifické poruchy učení. Práce s těmito dětmi je dlouhodobá a musí terapeuticky zahrnovat nejen oblast řeči.

Na předložené kazuistice byl prezentován případ konkrétního dítěte, žáka třetí třídy základní školy, u něhož se obtíže v oblasti řeči a komunikace objevily již v raném vývoji, následně byla diagnostikována vývojová dysfázie. Propagovaly se

mnohé deficity, které s touto vadou řeči souvisí. V rámci vývoje se objevily další obtíže, komorbidity, jež celkový klinický obraz činily a činí terapeuticky náročnějším a dlouhodobějším. Kazuistika ukazuje vývoj tohoto dítěte v čase a také informace o aktuálním přístupu k terapii, používaných metodách a výsledcích v časovém horizontu více než jeden rok. Přestože je péče pravidelná, co nejkomplexnější a ze strany rodiny je velmi dobrá spolupráce, stále je mnoho deficitů, které dítěti znesnadňují komunikaci a vzdělávání. Motivace dítěte a rodiny je potom velkou výzvou pro logopeda, spolupracující odborníky, rodinu a především pro dítě samotné.

Literatura

- BARTOŇOVÁ, M. *Specifické poruchy učení. Text k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido. 2018. ISBN 978-80-7315-266-6.
- BISHOP, D. V. M. Ten questions about terminology for children with unexplained language problems. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 49 (3), 2014, 381-415.
- CATTS, H. W., ADLOF, S. M., HOGAN, T. P., WEISMER, S. E. Are specific language impairment and dyslexia distinct disorders? *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 48, 2005, 1378-1396.
- DLOUHÁ, O. et al. *Poruchy vývoje řeči*. Praha: Galén. 2017. ISBN 978-80-7492-314-2.
- LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum. 2011. ISBN 978-80-2461-983-5.
- LOWE, R. J., WEBB, W. G. *Mozek a řeč*. Praha: Portál. 2009. ISBN 978-80-7367-464-9.
- MCARTHUR a kol. On the specifics of reading disability and specific language impairment. *Association for child psychology and psychiatry*. Vol. 41, No. 7, 2001. 869-874.
- MIKLOŠOVÁ, I., MIKULAJOVÁ M., JAKUBEK M. Štruktúra jazykovo-kognitívnych schopností u dětí s narušeným vývinom reči predškolského veku. *Československá psychologie*. 2016. LX, 252-265.
- MIKULAJOVÁ, M. a kol. *Jak mluvit s dětmi: od narození do tří let*. Praha: Portál. 2009. ISBN 978-80-7367-612-4.
- MIKULAJOVÁ, M., RAFAJDUSOVÁ, I. *Vývinová dysfázia: Špecificky narušený vývin reči*. Bratislava: Marína Mikulajová a Iris Rafajdusová. 1993. ISBN 80-9004-450-6.
- NASH, H., HULME Ch., GOOCH, D., SNOWLING, M. Preschool language profiles of children at family risk of dyslexia: continuities with specific language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 2013, 958-968.
- NEUBAUER, K. Prevence rozvoje specifických poruch učení u dětí s vývojovou dysfázií In: *Špecifické poruchy učenia a správania v kontextě inkluzívnej edukácie*. Prešov: Prešovská univerzita. 2008. ISBN 978-80-8068-801-1.
- NEUBAUER, K. a kol. *Kontexty vývojových poruch řečové komunikace a specifických poruch učení*. Hradec Králové: Gaudeamus. 2016. ISBN 978-80-7435-643-8.
- NOVÁK, A. *Foniatry a pedaudiologie. Základy fyziologie a patofyziologie řeči, diagnostika a léčba poruch řeči*. Praha: vlastním nákladem. 1997.
- PEUTELSCHMIDEDOVÁ, A., VITÁSKOVÁ, K. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2005. ISBN 80-2441-088-5.
- POSPÍŠILOVÁ, L. (2018 a) Vývojová dysfázie. In: Neubauer, K. a kol. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál. 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.
- POSPÍŠILOVÁ, L. (2018 b). Vývojové poruchy řeči/jazyka/komunikace v současném konceptu neurovývojových poruch-aneb jak na hádání v mozku. *Listy klinické logopedie*. 3/2018. [online]. [cit. 20. 3. 2019]. Dostupné z: http://casopis.aklcr.cz/subdom/casopis/wp-content/uploads/2019/01/18_0161_Listy_klinicke_logopedie_1_2018.pdf
- RICHTROVÁ, B., MERECELOVÁ, J., BUBENÍČKOVÁ, B. *VYKUK - terapeutický materiál pro rehabilitaci narušené komunikační schopnosti*. České Budějovice: Kopp. [CD-ROM]. 2014. ISBN: 978-80-260-5915-8.
- UHROVÁ, V., BARTOŇOVÁ, M. Terapeutický přístup k žákovi se specifickými poruchami učení a specificky narušeným vývojem řeči. In: HORÁKOVÁ, R., VÍTKOVÁ, M. et al. *Vzdělávání a podpora dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Masarykova univerzita. 2017. ISBN 978-80-210-8915-0.
- ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. Praha: Portál. 2015. ISBN 978-80-262-0875-4.

PŘÍPRAVA DĚTÍ S DYSFÁZIÍ NA ČTENÍ A PSANÍ

PREPARING CHILDREN WITH DYSPHASIA FOR READING AND WRITING

PhDr. Miroslava Nováková Schöffelová, Ph.D.¹

¹Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, U Kříže 8, 150 00 Praha 5

Miroslava.NovakovaSchoeffelova@fh.s.cuni.cz

Abstrakt

Vývojová dysfázie je jednou z nejčastějších diagnóz, se kterými se klinický logoped ve své každodenní praxi setkává. Jedná se o diagnózu, která s sebou nese celou řadu potenciálních problémů, jež musí logoped řešit. Dysfázie se zdaleka netýká jen špatné srozumitelnosti řeči, ale dotýká se zpravidla i mnoha jiných oblastí, ať už jde o slovní zásobu, morfologicko-syntaktickou rovinu jazyka či porozumění řeči. Jednou z oblastí, o níž se v souvislosti s vývojovou dysfázií hovoří méně, je přenos potíží do psané řeči – tedy o vysokém riziku výskytu potíží ve čtení a psaní, které je pro děti s vývojovou dysfázií mnohem vyšší než u intaktních dětí. Cílem tohoto článku je poukázat na souvislosti vývojové dysfázie a počáteční gramotnosti v kontextu tuzemské a zahraniční literatury, shrnout aktuálně dostupné poznatky o efektivitě intervence v oblastech, které za počáteční gramotnost zodpovídají, a podnítit tak odborníky z různých oblastí k zamyšlení nad dalšími možnostmi pomoci dětem s vývojovou dysfázií tak, aby se předešlo jejich selhávání ve školních dovednostech. V závěru článku bude přiblíženo nové vydání stimulačního programu Trénink jazykových schopností podle D. B. Elkonina a jeho praktická aplikace v České republice v současné době.

Abstract

Developmental dysphasia is one of the most common diagnoses encountered by clinical speech therapists. It is a diagnosis that brings with it a number of potential problems that the speech therapist has to solve. Dysphasia is not only about poor speech intelligibility, but also affects many other areas - vocabulary, morphology and syntax or language comprehension. One area that is less pronounced in relation to developmental dysphasia is the transmission of problems to written language - the high risk of reading and writing

difficulties, which is much higher for children with developmental dysphasia than for intact children.

The aim of this article is to highlight the relationship between developmental dysphasia and initial literacy in the context of domestic and foreign literature. We will try to summarize currently available knowledge on the effectiveness of intervention in skills that are responsible for initial literacy, and also encourage professionals from different areas to think about other possibilities of helping children with developmental dysphasia to prevent their failure in school skills. At the end of the article, a new edition of the stimulation program "Training of Language Skills by D. B. Elkonin" and its practical application in the Czech Republic at the present time will be presented.

Klíčová slova

dysfázie, narušený vývoj řeči, fonemické uvědomování, intervence, gramotnost, čtení, počáteční čtení, trénink jazykových schopností, Elkonin

Keywords

dysphasia, specific language impairment, phoneme awareness, intervention, literacy, reading, initial reading, language skills training, Elkonin

Úvod do problematiky

Existuje mnoho vědeckých důkazů o tom, že mluvený jazyk je základem pro jazyk psaný. Tento princip je zakotvený již v tzv. Jednoduchém modelu čtení („The Simple View of Reading“, Hoover a Gough, 1990) a byl ověřován v mnoha studiích. Výzkumy alfabetských pravopisných systémů, jakým je i čeština, přesvědčivě ukazují na klíčové postavení jazykových schopností ve vývoji čtení a psaní. Zvláštní význam v počátku čtení se v současných studiích připisuje fonemickému uvědomování,



PhDr. Miroslava Nováková Schöffelová, Ph.D.

jehož význam v raných stádiích osvojování gramotnosti byl experimentálně potvrzen v různých jazycích, které využívají hláskové písmo: v angličtině, španělštině, francouzštině, češtině a slovenštině (Caravolas et al., 2012, Caravolas et al., 2013), stejně jako ve finštině, v holandštině, maďarštině, portugalštině a francouzštině (Ziegler et al., 2010), a je již řadu let společně se znalostí písmen a rychlým automatickým pojmenováním jednoznačně prokázaným spolehlivým a silným prediktorem pro budoucí počáteční čtení a psaní (Ehri et al., 2001, Snowling, 2001, Caravolas et al., 2013 aj.).

Pojem fonemické uvědomování (někdy též označováno jako fonemické povědomí či mezi logopedy a psychology běžně také sluchové vnímání) je definováno jako chápání, že slova kromě významu mají zvukovou formu, a tu tvoří řetězce plynule vyslovených hlásek. Jde o uvědomování si hláskové (přesněji fonémové) struktury slov, což v praxi znamená například schopnost identifikovat hlásky ve slově ve správném pořadí, provést hláskovou analýzu a syntézu či schopnost manipulovat s hláskami (přidat, odebrat, spočítat, změnit pořadí apod.) (Mikulajová et al., 2016).

Vývojová dysfázie jako riziko selhávání ve čtení a psaní

Podobně jako u intaktních dětí je fonemické uvědomování (dále FU) klíčovou dovedností pro počáteční gramotnost i u dětí s narušeným vývojem řeči (Nathan et al., 2004) a v řadě prací bylo dokumentováno velké riziko výskytu poruch čtení u těchto dětí (Snowling, 2011). Termín narušený vývoj řeči, resp. specificky narušený vývoj řeči, v zahraničí označován jako „SLI – specific language impairment“, se do velké míry překrývá s termínem vývojová dysfázie. Zahraniční autoři (McArthur a Bishop, 2001) preferují pro označení vývojové dysfázie právě termín SLI. V naší studii se budeme držet tohoto zahraničního trendu a vývojovou dysfázi, resp. SLI budeme dále označovat jako specificky narušený vývoj řeči zkratkou SNVR.

Příčinu dysfázie, resp. SNVR spatřují zahraniční autoři v narušení fonologických procesů, které se vývojově projevuje i v dalších jazykových rovinách: lexikální, gramatické, ale i v porozumění řeči (Bishop, 1992). Kromě jiných oblastí ukazují zahraniční studie na deficit v již zmiňovaném fonemickém uvědomování (Nathan et al., 2004, Snowling, 2001). Podobné výsledky přináší i české studie (Jagerčíková

a Kucharská, 2012, Franke a Mikulajová, 2012, Kucharská, 2014). Jak již bylo řečeno, FU je jedním z nejsilnějších prediktorů čtení a psaní, a tudíž deficit v této oblasti má přímý dopad na školní úspěšnost dětí. Snowlingová (2005) uvádí, že většina dětí se SNVR má narušenou sémantickou i fonologickou rovinu jazyka. Tyto jejich problémy přetrvávají i ve věku, kdy se začínají učit číst, tudíž musejí velmi často čelit potížím v psaném jazyce. Mají zpravidla pomalejší tempo při dekodování slov a mívají horší porozumění textu (Snowling, 2005). Problémy se čtením a psaním mohou přispívat k celkově horším školním výkonům a následkem toho také k problémům v oblasti chování (Snowling et al., 2000). Je velmi pravděpodobné, že jejich potíže budou přetrvávat i v adolescenci a dospělosti (Bishop a Adams, 1990).

Možnosti intervence v oblasti FU u dětí se specificky narušeným vývojem řeči

Vzhledem k povaze deficitů u dětí se SNVR je zřejmé, že je nutná určitá intervence, která jim pomůže eliminovat nebo zmírnit problémy v jazyce a tím předejít potížím v oblasti čtení a psaní, a zabránit tak celkovému selhávání ve škole se všemi jeho důsledky. Otázka je, jak by taková intervence měla vypadat, aby skutečně byla efektivní a měla dlouhodobý přenos do čtení a psaní ve školním a později i dospělém věku.

V několika posledních letech se stále více klade důraz na to, aby každá terapie či intervence byla tzv. „evidence based“, čili založená na důkazech. Taková intervence může být definována jako „svědomité, explicitní a rozumné používání současných nejlepších důkazů při rozhodování o péči o jednotlivé pacienty integrováním individuálních zkušeností s nejlepšími dostupnými externími klinickými důkazy ze systematického výzkumu“ (Sackett et al., 1996, p. 71). Tento přístup akcentuje důležitost vědeckých výzkumných důkazů pro účelnost a efektivitu intervence, bez nichž se nelze spolehnout na vhodnost terapie pro daného klienta. Z tohoto důvodu se v tomto článku pokusíme ukázat vědecké důkazy o efektivitě tréninku fonemického uvědomování v zahraničí a u nás.

Efektivita tréninku fonemického uvědomování

O efektivitě intervence v oblasti FU můžeme najít poměrně velké množství studií. Nejhodnotnější výsledky přináší meta-analýzy, které shrnují dosavadní výzkumy v dané výzkumné oblasti a které shodně publikují významný vliv stimulace fonemického uvědomování na oblast čtení a psaní (Ehri et al., 2001, Ecalle et al., 2009). Velký souhrn studií zaměřených na děti tzv. „at risk“, tedy se zvýšeným rizikem pro problémy ve čtení a psaní, byl proveden v roce 2000 Národním panelem čtení (National reading panel, 2000). Zde je uvedeno, že intervence v oblasti fonemického uvědomování je efektivní a zlepšuje tuto schopnost, pokud je zaměřena na fonémovou analýzu a syntézu a pokud je doprovázena intervencí vytvářející povědomí o grafémovo-fonémových korespondencích, resp. poznáváním písmen. Jak je známo z publikací Snowlingové (např. Snowling a Hulme, 2013), za děti „at risk“ pro deficity v oblasti čtení jsou považovány i děti s problematickým jazykovým vývojem, tedy i s narušeným vývojem řeči/dysfázií. Zmíněné studie tudíž prokazují efektivitu tréninku i u těchto dětí.

Autoři zaměřující se na děti se SNVR se snaží sledovat efektivitu tréninku FU přímo u těchto dětí, tedy nikoliv u dětí s obecně zvýšeným rizikem poruch čtení a psaní, ale u dětí s diagnostikovaným specificky narušeným vývojem řeči. Studie jsou obvykle založené na porovnávání více skupin dětí. Jedním z obvyklých designů je porovnávání dvou skupin dětí se SNVR srovnatelných ve sledovaných proměnných před intervencí, z nichž jedna absolvuje intervenci v oblasti FU a druhá neabsolvuje žádnou. Příkladem je např. již starší studie Warricka et al. (1993), která poukazuje na signifikantně lepší výsledky v FU u dětí se SNVR po absolvování intervence zaměřené na tuto oblast. V této studii je navíc uvedeno, že rok po skončení intervence výsledky těchto dětí se SNVR v testech FU, a také ve čtení slov, jsou srovnatelné s výsledky intaktních vrstevníků (Warrick et al., 1993). Podobným, ale novějším výzkumem, je studie Hund-Reidové a Schneiderové (2013). Autorky sledovaly efektivitu tréninku FU a povědomí o grafémovo-fonémové korespondenci u 37 dětí, které rozdělily na dvě podskupiny. Jedna (experimentální skupina) absolvovala trénink FU a druhá skupina (kontrolní) neabsolvovala žádný typ intervence. V posledním týdnu intervence a měsíc

po ukončení se u dětí měřila izolace první hlásky ve slově, hlásková analýza, poznávání písmen a čtení pseudoslov. Ve všech oblastech vykazovala experimentální skupina signifikantně lepší výsledky než skupina kontrolní, a to jak ke konci intervence, tak měsíc po jejím skončení (kromě poznávání písmen, kde byl efekt patrný až měsíc po skončení tréninku).

Na základě těchto studií můžeme usuzovat, že trénink v oblasti FU přináší dětem se SNVŘ významný benefit jak v samotné trénované oblasti, tak v počátečním čtení a psaní. Otázkou ale zůstává, zda jde o efekt konkrétně intervence v oblasti FU, nebo jsou lepší výsledky dány tzv. Hawthornovým efektem (Troia, 1999), tedy efektem zvýšené pozornosti, nikoliv konkrétní intervence. Jinými slovy, zda je nutné intervenci zaměřovat právě tímto směrem a nepřináší-li podobné výsledky jakákoliv intervence v oblasti jazykových schopností, např. taková, kterou děti běžně dostávají u klinického logopeda. Na tuto otázku se pokusila odpovědět řada studií, která porovnávala více skupin dětí – ty, které absolvovaly intervenci specificky zaměřenou na FU, dále ty, jež absolvovaly jiný typ jazykové intervence, a nakonec děti, které neprošly žádnou intervencí.

Zástupcem výzkumu s tímto designem je studie Gillona (2000). Gillon zkoumal 91 dětí ve věku 5,6–7,6, které měly za sebou minimálně 6 měsíců formální výuky čtení. 61 dětí z jeho vzorku mělo specificky narušený vývoj řeči. Tyto dále rozdělil do tří skupin. Jedna ($n = 23$) absolvovala systematický trénink fonemického uvědomování, druhá skupina ($n = 23$) intervenci v expresivním jazyce a řečové produkci a třetí ($n = 15$) intervenci zaměřenou pouze na řečovou produkci (resp. nácvik artikulace). V poslední skupině ($n = 30$) byly intaktní děti, které nebyly podrobeny žádné intervenci. Všechny skupiny se SNVŘ absolvovaly svou intervencí ve stejném čase a rozsahu (20 hodin) a na počátku měly srovnatelné výsledky v artikulaci, fonemickém uvědomování a čtení. Výsledky měřené bezprostředně po ukončení tréninku ukázaly následující: Děti, které prošly tréninkem FU, v této oblasti dosahovaly výsledků srovnatelných s intaktními dětmi a vykazovaly nejlepší výsledky ze všech tří intervenčních skupin ve čtenářských testech (měřících přesnost rozpoznávání slov a pseudoslov a porozumění textu). V navazující studii Gillon (2002) rozšířil výzkum o další fázi – testování stejných dětí 11 měsíců po ukončení intervence. V oblasti FU byly všechny

skupiny dětí se SNVŘ před intervencí srovnatelné a signifikantně horší než intaktní děti. Nejen bezprostředně po skončení intervence, ale i 11 měsíců poté byla skupina po FU intervenci signifikantně lepší než další intervenční skupiny a nelišila se od normy, na rozdíl od druhé a třetí skupiny, u nichž bylo i téměř rok po ukončení intervence patrné výrazné opoždění vývoje této schopnosti. Pozitivní efekt intervence ale můžeme pozorovat i v ostatních měřených oblastech 11 měsíců po intervenci. V testech čtení vykazuje většina dětí ze skupiny intervence v FU výsledky na hranici nebo nad hranicí úrovně očekávané od intaktních dětí v jejich věku. Naopak většina dětí, které absolvovaly jinou intervenci, se nacházela na hranici nebo pod hranicí očekávanou pro daný věk, a to i přesto, že mezi ukončením intervence a měřením schopností 12 z nich absolvovalo podpůrný program pro nácvik čtení. Z toho je zřejmé, že bez intervence v oblasti FU není možné dosahovat optimálních výsledků v oblasti čtení ani cíleným tréninkem čtení. Na základě této, ale i jiných studií (přehled viz např. Troia, 1999) je zřejmé, že systematický trénink FU prokazatelně a dlouhodobě zlepšuje čtenářské dovednosti a je v této oblasti efektivnější než logopedická péče zaměřená na jiné oblasti.

Efektivita trénování oblasti FU je tedy již jednoznačně prokázána. Na druhé straně ale existují důkazy o tom, že intervence může být ještě efektivnější, spojí-li se trénink FU s poznáváním písmen a posílením v kontextu čtení (Snowling a Hulme, 2011). Průlomová data o zvýšení efektivity tréninku přidáním aspektu poznávání písmen přinesla již před mnoha lety studie Bradleyové a Bryanta (1983). V ní se sledovalo po dobu dvou let 65 dětí s nízkými výkony v FU ve věku 4–5 let. Některé z nich absolvovaly trénink zaměřený pouze na FU, jiné prošly intervencí spojující FU a hry poukazující na korespondenci fonémů a grafémů (včetně seznamování s tvary písmen). Další děti dostaly podporu v oblasti slovní zásoby a poslední skupina neprošla žádnou intervencí. Výsledky ukázaly výrazně lepší čtenářské výkony u dětí po tréninku FU oproti kontrolním dětem i dětem trénujícím slovní zásobu. Zároveň bylo možné vidět signifikantně lepší výkony u skupiny trénující FU v kombinaci s písmeny.

Další významnou studií byl výzkum Hatcher, Hulma a Ellise (1994) u dětí již ve školním věku, který sledoval děti ve třetí třídě, rozdělené na tři intervenční skupiny a jednu skupinu kontrolní (bez intervence).

Všechny děti se nacházely v testech čtení pod 10. percentilem, tedy šlo o děti se čtenářskými deficity. Všechny experimentální skupiny absolvovaly 20 týdnů intervence dvakrát týdně. První skupina byla trénována v FU, druhá ve čtení a čtenářských strategiích a třetí v FU, poznávání písmen a čtení (R + P intervence). Skupina v R + P intervenci byla signifikantně nejlepší oproti ostatním dvěma v přesnosti čtení, v psaní a dokonce i v porozumění čtenému, a to nejen bezprostředně po skončení programu, ale i s pětíměsíčním odstupem.

Souhrn novějších poznatků o tomto typu intervence (nazývané R + P, což znamená spojení fonemického uvědomování, poznávání písmen s aplikací vznikajících dovedností na procvičování čtení velmi jednoduchých textů) publikovali Snowlingová a Hulme (2013) a ukazují podobné výsledky, jaké přinesli Hatcher i Bradleyová a Bryant napříč studiemi.

Navazující studie se zabývaly otázkou, zda je nutné čekat s tímto typem intervence až do chvíle, kdy dítě již selhává ve čtenářských dovednostech, jako je tomu ve studii Hatcher. Jednu z odpovědí podává Bowyer-Crane et al. (2008), který původní intervenci Hatcher (1994) modifikoval pro mladší děti. Sledoval efektivitu u dětí, které teprve vstupují do školy (průměrný věk 4 roky a 10 měsíců¹), ale již je u nich odhalena potíž v oblasti jazykového vývoje (což je, jak bylo výše vysvětleno, hlavním rizikovým faktorem pro potíže se čtením a psaním). Výzkum opět ukázal, že pro fonemické uvědomování a počáteční čtení a psaní je neefektivnější formou tréninku FU ve spojení s písmeny a aplikací do jednoduchého čtení, a to i u těchto malých dětí, které čtení teprve čeká. Při snaze o aplikaci podobného tréninku v České republice je třeba počítat s tím, že zde stále převažuje názor, že s písmeny se má dítě setkat až ve škole. Pakliže je ale známo (viz výše), že neefektivnější je kombinace intervence do oblasti FU ve spojení s písmeny, je opravdu nutné čekat až do školního věku? Pokud v české společnosti stále přetrvává přesvědčení, že do běžných mateřských škol nepatří seznamování se s písmeny, bylo by ale na místě otevřít diskusi o tom, zda je nutné na odkládání seznamování s písmeny trvat i u rizikových dětí (mezi které jednoznačně patří děti s narušeným vývojem řeči, včetně SNVŘ). Otázkou je, zda naopak není na místě spojit poznávání písmen s intervencí do FU u těchto dětí již v předškolním

¹ Děti ve Velké Británii vstupují do školního vzdělávání ve věku pěti let.

věku a nečekat na jejich selhávání ve škole. Někteří autoři na tuto potřebu upozorňují už i u nás (Seidlová Málková, 2016).

Konkrétní možnosti intervence u dětí se SNVŘ v přípravě na čtení a psaní

Konkrétní příklady zahraničních intervencí, cílených na FU, zpravidla obsahují aktivity zaměřené na zvyšování povědomí o zvukové struktuře slov a úkoly vyžadující explicitní znalosti týkající se souvislosti mezi mluvenou a psanou řečí. Obvykle můžeme v takových intervencích najít např. úkoly na izolaci první a poslední hlásky, hláskovou analýzu a syntézu či složitější manipulace s hláskami (porovnávání hlásek ve dvojicích slov, přidávání či odebrání hlásek, přehazování nebo výměnu hlásek, kterou se mění tvar/význam slova apod.). Příklady zahraničního programu jsou např. program *Road to the Code: A Phonological Awareness Program for Young Children* (Blachman et al., 2000), *The Gillon Phonological Awareness Training Programme* (Gillon, 2008) nebo program *A sound linkage* (Hatcher, Dull a Hulme, 2014 in Seidlová Málková, 2016).

Jedním z takových programů je i u nás dostupný Trénink jazykových schopností podle D. B. Elkonina (Mikulajová et al., 2016), jehož ruský originál (Elkonin, 1993 in Mikulajová et al., 2016) je ve zmíněných zahraničních programech často citován. Jeho česká adaptace byla poprvé vydána v roce 2004 (Mikulajová a Dostálová, 2004) po vydání slovenské (Mikulajová a Dujčíková, 2001). Obě tato díla jsou výsledkem dlouhodobé výzkumné a praktické práce v této oblasti, které se autorky věnovaly na Slovensku i v České republice. Původní vydání bylo adaptací první části originálu ruské metodiky a bylo zaměřeno na intervenci v oblasti FU bez poznání písmen (předgrafémová etapa). Nové vydání z roku 2016 (Mikulajová et al., 2016) bylo obohaceno o poznatky získané na základě více než desetiletých pedagogických zkušeností s prací s předškoláky a rizikovými skupinami dětí a obsahuje již i grafémovou etapu. Trénink v současné podobě spojuje práci v oblasti FU s poznáváním písmen a jednoduchým nácvikem čtení, což odpovídá nejnovějším zjištěním o efektivitě intervence do oblasti čtení. Na Slovensku byla novému vydání (Mikulajová, Tokárová a Sümegiová, 2014) udělena doporučující doložka Ministerstva školství, vědy, výzkumu a sportu Slovenské republiky a je již poměrně běžnou součástí

předškolní přípravy jak u intaktních dětí, tak zejména u dětí s narušeným vývojem řeči, vč. SNVŘ.

Původní metodika vytvořená prof. Elkoninem byla koncipována jako slabikář pro první ročník ZŠ. České vydání vyžadovalo řadu úprav. V první řadě byla nutná jazyková adaptace na českou fonologii (nikoliv prostý překlad), která byla pečlivě konzultována s odborníky z fonetického ústavu, a ve druhé řadě její přizpůsobení předškolnímu věku dětí. Teoretický základ, psycholinguistická východiska a uplatnění metody učení se však nezměnily. Máme-li shrnout podstatu Elkoninovy metody, lze říci, že na rozdíl od tradičních přístupů ke čtení tato metoda učí děti chápat podstatu čtení slov na základě poznávání jejich hláskové struktury v mluvené řeči, tedy bez poznání písmen. Až poté, co dítě v mysli „slyší“ jednotlivé hlásky ve slově, se zavádějí písmena. Jinými slovy: až poté, co se děti pomocí cílených aktivit a úkolů postupně zmocní „fonologické kostry slov“, přikročíme k písmenům. Přiřazujeme písmena k jednotlivým hláskám (fonémům). Platí, že písmena reprezentují fonémy. Děti postupně pochopí, jak se z fonémů tvoří slova a jak se slova čtou a píší. Na stejném principu je sestavena i česká adaptace. Z hlediska způsobů, jakými se v metodice předávají dětem poznatky o hláskové struktuře a později grafémech, vychází metodika též z původního ruského díla. Hlavním používaným nástrojem pro zprostředkování obsahů je zde názorné modelování pomocí materiálu, který je dítětem lépe uchopitelný než abstraktní obsahy jako slabika či hláska. Například řetězec hlásek ve slově se dá těžko zachytit jen poslechem. Když mluvíme rychle, slova znějí krátkou dobu, znějí jako celky, výslovnost je splytvavá. Modelování hláskové struktury slov se proto dělá pomocí žetonů a grafických schémat. Grafická schémata a žeton slouží dětem k fixaci každého fonému (chytíme hlásku „A“) a kontrolu výsledku („A“ je v prvním okénku schématu slova ANANAS). Jak učení postupuje, děti si jednotlivé úkony automatizují, zkracují a zvnitřňují až do chvíle, kdy nepotřebují takto rozvinutou vnější oporu, a to, co předtím dělaly pomocí žetonů, už dělají v mysli. S ohledem na to, že metodika je určena pro předškolní věk, se trénink realizuje formou hry, jejímž obsahem je po učení o jazyce. Cílem hry je, aby dítě získalo novou představu o slově jakožto formě, která nese význam. Aby bylo učení názorné a zábavné, v metodice (Krajíně slov) vystupují postavy reprezentující klíčové pojmy a vlastnosti jazykového materiálu: Mistr

Slabika, Mistr Délka, Hlásulky, kamarádi Tap a Ťap a další (Mikulajová et al., 2016).

Efektivita nového vydání tréninku byla ověřována na slovenských dětech (Tokárová a Mikulajová, 2018). Studie byla provedena na vzorku 100 předškolních dětí (průměrný věk 5,6 let), z nichž 50 bylo intaktních a 50 bylo dětí s potvrzenou diagnózou specificky narušený vývoj řeči – vývojová dysfázie. Obě skupiny byly rozdělené na experimentální a kontrolní. Experimentální skupina intaktních dětí (Ei) i děti se SNVŘ (Esnvř) prošla systematickým sedmdesátihodinovým tréninkem dle Elkonina (předgrafémovou i grafémovou etapu). Kontrolní skupina intaktních dětí (Ki) byla zařazena do programu stimulace předgramotnostních dovedností dle kurikula MŠ. Kontrolní skupina dětí se SNVŘ (Ksnvř) byla zařazena do programu logopedické intervence ve stejném rozsahu. Studie ukazuje výsledky před tréninkem a po tréninku u těchto čtyř skupin dětí v morfelematickém uvědomování, porozumění větám a opakování vět. V žádné z těchto dovedností se dvojice skupin (Ei vs. Esnvř a Ki vs. Ksnvř) nelišily ve výkonech před začátkem tréninku. Po jeho ukončení ale můžeme vidět rozdíly ve prospěch skupin, které absolvovaly trénink dle Elkonina. Skupina dětí se SNVŘ, která byla trénována dle Elkonina, se navíc ani v jedné z dovedností po skončení tréninku nelišila od dětí, které navštěvují běžné mateřské školy, kde rozvíjejí svoje schopnosti (Ki), přiblížila se tedy úrovni normálního výkonu. U všech dětí z výzkumu byla rok po ukončení tréninku (na konci 1. třídy základní školy) sledována jejich úroveň čtení slov, pseudoslov a textu a schopnost psát slova. Ve všech zkouškách čtení podávaly skupiny, které prošly intervencí dle Elkonina (jak intaktní, tak děti se SNVŘ), signifikantně lepší výkony než kontrolní skupiny, a skupina se SNVŘ, která absolvovala trénink dle Elkonina, se dokonce ve všech zkouškách dostala na úroveň intaktních dětí. V testech psaní se ukázaly signifikantní rozdíly v rychlosti psaní – opět ve prospěch skupin trénovaných podle Elkonina. V přesnosti psaní dosahovaly obě intaktní skupiny stropového efektu, tudíž není možné sledovat mezi nimi rozdíly. U dětí se SNVŘ ale autorky popisují signifikantní rozdíly ve prospěch „elkoninovské“ skupiny v psaní diakritiky i v množství nespecifických chyb a opět uvádějí, že tyto děti dosahují výkonů porovnatelných s dětmi intaktními. I když stále čekáme na podobný intervenční výzkum u českých dětí, lze z výsledků studie

na slovenské populaci usuzovat, že tento typ tréninku je u dětí se SNVŘ ve vztahu ke čtení velmi účinný a je na místě ho zařadit do péče o tyto děti před započatím školní docházky, aby se předešlo jejich selhávání, nebo se jejich deficity alespoň zmírnily.

Trénink jazykových schopností podle D. B. Elkonina v současné době u nás

Elkoninův trénink je stále častěji využívanou metodou mezi českými odborníky. V tuto chvíli prošlo akreditovaným školením v metodice více než 400 odborníků a řada z nich ji ve své praxi aplikuje. Jednou z důležitých otázek zejména mezi odborníky je, do jakého typu zařízení či jakému odborníkovi by vlastně měla taková práce náležet. V tuto chvíli je metodika často používána v pedagogicko-psychologických poradnách, v logopedických ambulancích, často také v přípravných ročnících základních škol a v mateřských školách. Jako odpověď na otázku, kdo ze zmíněných odborníků je k takové práci nejvhodnější, cituji z publikace Snowlingové a Hulmea (2012): „Nezáleží na tom, kdo poskytuje intervenci, ale především na tom, zda je zvolena dobrá intervence založená na důkazech, která odpovídá potřebám dítěte, a že osoba,

kteřá ji aplikuje, je řádně vyškolená a podporována.“ (Snowling a Hulme, 2012, str. 33). Takovou osobou nemusí být nutně jen klinický logoped, ale může tuto funkci stejně dobře zastat i školní logoped, speciální pedagog nebo poradenský psycholog. Pokud bude kladen dostatečný důraz na potřeby dítěte pro přípravu na školní dovednosti v předškolním vzdělávání a bude dostatečná podpora ze strany řídicích orgánů, mohou takovou intervenci poskytovat i dobře proškolené učitelky mateřských škol či asistenti pedagoga, čímž se intervence stane o mnoho dostupnější pro všechny děti, které ji mohou potřebovat. V současné době ještě stále není dobře dostupná pro řadu dětí. Z toho důvodu a se zvyšující se poptávkou rodičů, pro které byla práce s metodikou nedostupná v jejich spádových či blízkých ambulancích a poradnách, vznikla iniciativa Elkonin.cz (www.elkonin.cz). Ta organizuje veřejné tréninky určené jak pro běžné děti z mateřských škol, tak i pro skupinky dětí se speciálními potřebami vč. narušeného vývoje řeči, včetně individuální práce s dětmi, kterým skupinová práce nevyhovuje. V současné době tato iniciativa provozuje přes 20 tréninků po celé České republice a jejich počet se stále zvyšuje. Lektori v těchto skupinách jsou odborně vyškolení pracovníci, kteří absolvovali akreditovaný kurz a mají minimálně bakalářský stupeň

vzdělání v pedagogickém či psychologickém oboru (vč. logopedie).

Shrnutí

V předchozím textu jsme se zaměřovali na intervenční možnosti logopedů, kteří chtějí dobře připravit předškolní děti s vývojovou dysfázií, resp. se SNVŘ na čtení a psaní, aby tak předešli jejich selhávání ve škole, nebo alespoň zmírnili jejich potíže. Pokusili jsme se také ukázat, že tím, kdo intervenci provádí, nemusí být nutně jen klinický logoped, který na to často ve své praxi nemá dostatečný časový prostor, ale může jim být i jiný, dobře vyškolený odborník. Cílem článku bylo podnítit odborníky k zamyšlení nad možnostmi přípravy dětí se SNVŘ na školní docházku a ukázali jsme zde jednu konkrétní možnost v současné době dostupnou a používanou v českém prostředí. Nejedná se o jedinou možnost, jak s předškolákem se SNVŘ pracovat, a je na konkrétním odborníkovi, jakou intervenci bude ve své praxi používat. Důležité však je, aby se vždy pokusil zvolit takovou intervenci, která splňuje požadavky „evidence based therapy“, tedy opírá se nejen o zkušenosti praktiků, ale také o vědecké poznatky, a stimuluje skutečně tu oblast, která je pro logopeda či jiného odborníka cílem intervence u konkrétního dítěte.

Literatura

- BISHOP, D. D.V. a C. ADAMS. A prospective study of the relationship between specific language impairment, phonological disorders and reading retardation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1990, 31(7), 1027–1050. DOI: <http://dx.doi.org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1111/j.1469-7610.1990.tb00844.x>. ISSN 0021-9630 (Print).
- BISHOP, D. V. M. The underlying nature of specific language impairment. *Journal of child psychology and psychiatry*. 1992, 33(1), 3–66. ISSN 1469-7610.
- BLACHMAN, B. A. et al. *Road to the code: A Phonological Awareness Program for Young Children*. 5. Baltimore: MD: Brookes, 2000. ISBN 9781557664389.
- BOWYER-CRANE, C. et al. Improving early language and literacy skills: differential effects of an oral language versus a phonology with reading intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008, 49(4), 422–432. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2007.01849.x. ISSN 0021-9630.
- BRADLEY, L. a P. E. BRYANT. Categorizing sounds and learning to read—a causal connection. *Nature*. 1983, 301(5899), 419–421. DOI: 10.1038/301419a0. ISSN 0028-0836. Dostupné také z: <http://www.nature.com/articles/301419a0>
- CARAVOLAS, M., A. LERVÅG, P. MOUSIKOU et al. Common patterns of prediction of literacy development in different alphabetic orthographies. *Psychological science*. 2012, 23(6), 678–686. DOI: 10.1177/0956797611434536.
- CARAVOLAS, M., A. LERVÅG, S. DEFIOR, G. SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ a CH. HULME. Different patterns, but equivalent predictors, of growth in reading in consistent and inconsistent orthographies. *Psychological Science* [online]. 2013, 24(8), 1398–1407 [cit. 2016-01-16]. ISSN 09567976. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&an=2013-29120-003&scope=site>
- EHRI, L. C. et al. Phonemic awareness instruction helps children learn to read: Evidence from the National Reading Panel's meta-analysis. *Reading Research Quarterly*. 2001, 36(3), 250–287. DOI: <http://dx.doi.org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1598/RRQ.36.3.2>. ISSN 1936-2722.
- ECALLE, J. et al. Computer-based training with ortho-phonological units in dyslexic children: new investigations. *Dyslexia*. 2009, 15(3), 218–238. DOI: 10.1002/dys.373. ISSN 10769242. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1002/dys.373>

- FRANKE, H. a M. MIKULAJOVÁ. Předgramotnostní dovednosti slovensky hovořících dětí s různými profily jazykových schopností. *Pedagogika*. 2012, LXII(1-2), 164-177. ISSN 0031-3815.
- GILLON, G. T. The efficacy of phonological awareness intervention for children with spoken language impairment. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. 2000, 31, 126-141.
- GILLON, G. T. *The Gillon Phonological Awareness Training Programme: An intervention programme for children at risk for reading disorder*. Christchurch, New Zealand: Canterprise Ltd, University of Canterbury, 2008.
- GILLON, G. T. Follow-up study investigating the benefits of phonological awareness intervention for children with spoken language impairment. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 2002, 37(4), 381-400. DOI: 10.1080/1368282021000007776. ISSN 1368-2822.
- HATCHER, P. J., CH. HULME a A. W. ELLIS. Ameliorating Early Reading Failure by Integrating the Teaching of Reading and Phonological Skills: The Phonological Linkage Hypothesis. *Child development*. 1994, 65, 41-57.
- HOOVER, W. A. a P. B. GOUGH. The simple view of reading. *Reading and writing: An interdisciplinary journal*. 1990, 2, 127-160. Dostupné také z: http://homepage.psy.utexas.edu/homepage/class/Psy338K/Gough/Chapter7/simple_view.pdf
- HUND-REID, C. a P. SCHNEIDER. Effectiveness of Phonological Awareness Intervention for Kindergarten Children with Language Impairment. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*. 2013, 37(1).
- JAGERČÍKOVÁ, Z. a A. KUCHARSKÁ. Počátky gramotnosti u česky mluvících dětí s vývojovou dysfázií ve srovnání s běžně se vyvíjejícími vrstevníky. *Pedagogika*. 2012, LXII(1-2), 150-163. ISSN 0031-3815.
- KUCHARSKÁ, A.. *Riziko dyslexie: Pregramotnostní schopnosti a dovednosti a rozvoj gramotnosti v rizikových skupinách*. Praha: Pedagogická fakulta UK, 2014. ISBN 9788072907847.
- MCARTHUR, G. M. a D. V. M. BISHOP. Auditory perceptual processing in people with reading and oral language impairments: current issues and recommendations. *Dyslexia*. 2001, 7(3), 150-170. DOI: 10.1002/dys.200. ISSN 1076-9242.
- MIKULAJOVÁ, M. a A. DOSTÁLOVÁ. *V krajině slov a hlásek: Trénink jazykových schopností podle D. B. Elkonina*. Bratislava: Dialóg, spol., 2004. ISBN 80-968502-2-9.
- MIKULAJOVÁ, M., O. TOKÁROVÁ a Z. SÜMEGIOVÁ. *Trénink fonemického uvedomovania podľa D. B. Elkonina: Predgrafémová a grafémová etapa, 2. prepracované a doplnené vydanie*. 2. Bratislava: Dialóg, spol. s r.o., 2014. ISBN 978-80-968502-7-3.
- MIKULAJOVÁ, M. a O. DUJČÍKOVÁ. *Trénink fonemického uvedomovania podľa D. B. Elkonina*. Bratislava: Dialóg, 2001. ISBN 80-968502-1-0.
- MIKULAJOVÁ, M., M. NOVÁKOVÁ SCHÖFFELOVÁ, O. TOKÁROVÁ a A. DOSTÁLOVÁ. *Trénink jazykových schopností podle D. B. Elkonina Predgrafémová a grafémová etapa. 2*. Praha: Centrum ROZUM, 2016. ISBN 978-80-260-8261-3.
- NATHAN, L. et al. The Development of Early Literacy Skills Among Children With Speech Difficulties: A Test of the „Critical Age Hypothesis“. *Journal of Speech, Language & Hearing Research*. 2004, 47(2), 377-391. DOI: 10.1044/1092-4388(2004/031). ISSN 1092-4388.
- NATIONAL READING PANEL. *Teaching children to read: An evidencebased assessment of the scientific research literature on reading and its implications for reading* [online]. In: . instruction Washington, DC: U. S. Government Printing Office.: (NIH Publication No. 00-4769), 2000 [cit. 2019-03-20]. Dostupné z: <http://www.nichd.nih.gov/publications/nrp/smallbook.htm>
- SACKETT, D. L a William M. C. et al. ROSENBERG. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*: 1/13/96, Vol. 312 Issue 7023, p71-72. 2p. 1996, 312(7023), 71-72. DOI: 10.1136/bmj.312.7023.71. ISSN 0959-8138. Dostupné také z: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.312.7023.71>
- SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G.. Intervence v oblasti raných gramotnostních dovedností - přehled poznatků. *Epsychologie*. 2016, 10(4), 65-72.
- SNOWLING, M.. Literacy outcomes for children with oral language impairments: Developmental interactions between language skills and learning to read. CATTS, Hugh William a Alan G. KAMHI. *The connections between language and reading disabilities* [online]. Erlbaum: Mahwah, N. J.: Psychology Press, 2005, s. 55-75 [cit. 2019-03-19].
- SNOWLING, M., D. BISHOP a S. E. STOTHARD. Is preschool language impairment a risk factor for Dyslexia in adolescence?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2000, (41), 587-600.
- SNOWLING, M., J. a CH. HULME. Efficacy of language intervention in the early years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2013, 54(3), 280-290. ISSN 1469-7610 (Electronic).
- SNOWLING, M. a CH. HULME. Evidence-based interventions for reading and language difficulties: creating a virtuous circle. *British Journal of Educational Psychology*. 2011, 81(1), 1-23.
- SNOWLING, M. *Dyslexia*. Oxford: Blackwell publishing, 2001. ISBN 0-631-20574-8.

SNOWLING, M. J. Beyond phonological deficits: Sources of individual differences in reading disability. BRADY, Susan A., David BRAZE a Carol A. FOWLER. *Explaining individual differences in reading: Theory and evidence*. New York: Psychology Press, 2011, s. 121-136. ISBN 978-1-84872-936-0.

SNOWLING, M. J. a CH. HULME. *Interventions for children's language and literacy difficulties*. 2012, 47(1), 27-34. DOI: 10.1111/j.1460-6984.2011.00081.x. ISSN 13682822. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1460-6984.2011.00081.x>

TOKÁROVÁ, O. a M. MIKULAJOVÁ. Vplyv tréningu fonematického uvedomovania v predškolskom veku na osvojovanie čítania a písania. MIKULAJOVÁ, Marína, ed. *Utváranie ranej gramotnosti v norme a patológii*. Brno: Sokrates, 2018, s. 137-188. ISBN 978-80-86572-82-6.

TOKÁROVÁ, O. *Utváranie ranej gramotnosti v norme a patológii*. Editor M. MIKULAJOVÁ. Brno: Institut vzdelávání Sokrates, 2018. Theses. ISBN 978-80-86572-82-6.

TROIA, G. A. Phonological awareness intervention research: A critical review of the experimental methodology. *Reading Research Quarterly*. 1999, Vol 34(1), 28-52.

WARRICK, N. , H. RUBIN a S. ROWE-WALSH. Phoneme awareness in language-delayed children: Comparative studies and intervention. *Annals of Dyslexia*. 1993, 43, 153-173. ISSN 1934-7243.

ZIEGLER, J. C., D. BERTRAND, D. TÓTH, et al. Orthographic depth and its impact on universal predictors of reading: A cross-language investigation. *Psychological Science* [online]. 2010, 21(4), 551-559 [cit. 2016-01-16]. DOI: 10.1177/0956797610363406. ISSN 09567976.

PODPORA KOMUNIKAČNÍ INTERAKCE DĚTÍ DO TŘÍ LET ŘÍZENOU HROU V PRAXI. VYUŽITÍ PRO PODPŮRNOU DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKU VÝVOJOVÉ DYSFÁZIE A PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA

SUPPORT OF THE CHILDREN'S COMMUNICATION INTERACTION UP TO THREE YEARS OF AGE BY GAME-BASED ACTIVITIES AND ITS USE IN SUPPORTIVE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF SPECIFIC LANGUAGE IMPAIRMENTS AND AUTISTIC SPECTRUM DISORDERS

Mgr. Kateřina Láfová^{1,2}

¹Ambulance klinické logopedie, Plzeňská 88, 332 14 Chotěšov

²Neonatologické oddělení Fakultní nemocnice Plzeň, Alej Svobody 80, 323 00 Plzeň-Lochotín

logopedie.chotesov@gmail.com

Abstrakt

Rozlišení vývojové dysfázie (VD) a poruch autistického spektra (PAS) v raném období života se jeví jako důležité pro stanovení orientační prognózy dalšího vývoje komunikačních schopností a sociálních interakcí pro rodiče a sestavení terapeutického a podpůrného plánu pro práci s dítětem.

Vzhledem k omezené spolupráci velmi malých dětí byla navržena baterie interakčních her, které byly realizovány během logopedického vyšetření s cílem rozlišit dysfatické a autistické interakční obtíže. Vyhodnocení interakcí a reakcí dítěte bylo prováděno na základě pozorování jevů v chování dítěte. Hra byla zvolena pro malé děti, které minimálně vstupovaly do interakce, jejich vlastní komunikační strategie byly pro okolí obtížně srozumitelné, případně byly děti v socializaci pasivní.

Baterie strukturovaných interakčních her vznikla v roce 2014 v reakci na vysoký počet dětí indikovaných k logopedické terapii, u kterých byla diagnostikována nějaká forma autismu. Cílem bylo zvýšení informovanosti o vývojové dysfázii a jejího odlišení od PAS v raném věku dítěte (do 3 let). Slouží jako doplňkový systém pro komplexní diferenciální diagnostiku VD a PAS standardizovanými metodami.

Nelze ji použít samostatně, současně není v procesu standardizace a objektivizace.

Interakční strukturované hry jsou vhodné i jako motivační a terapeutické prostředky.

Abstract

The distinction specific language impairments (SLI) and autism at an early stage of life appears to be important in establishing an indicative prognosis for the further development of communication skills and social interactions for parents and developing a therapeutic and supportive plan for working with the child.

Due to the limited cooperation of very young children, a battery of interaction games has been designed to be performed during the speech therapy session to distinguish between specific language impairments and autistic interaction difficulties. The evaluation of the child's interactions and reactions was based on observations of the child's behavior. The game was chosen for small children, who at least interacted, their own communication strategies were difficult to understand for the environment, or the children were passive in socialization.



Mgr. Kateřina Láfová

The battery of structured interaction games was created in 2014 in response to the high number of children indicated for speech therapy who were diagnosed with some form of autism. The aim was to raise awareness of developmental dysphasia and to differentiate it from early childhood AD (under 3 years). It serves as a complementary system for complex differential diagnosis of SLI and PAS by standardized methods. It cannot be used alone, nor is it in the process of standardization and objectification.

Interactive structured games are also suitable as motivational and therapeutic agents.

Klíčová slova

diferenciální diagnostika, vývojová dysfázie, autismus, strukturovaná interakční hra

Keywords

differential diagnosis, specific language impairments, autism, structured interaction game

Řízená strukturovaná interakční hra jako podpůrný prostředek pro diferenciální diagnostiku vývojové dysfázie (VD) a poruch autistického spektra (PAS)

Soubor interakčních her byl sestaven v roce 2014 pro potřeby vyšetření klinickým logopedem, navázání kontaktu a sledování komunikačních strategií u dětí do 3 let s netypickým vývojem komunikace a chování. Jednalo se o velmi malé děti, které nekomunikovaly způsobem typickým pro danou věkovou hranici. Dle anamnestických údajů rodičů děti řeči nerozuměly, nereagovaly na ni. Nebyla přítomna odezva na oslovení, samy neslovovaly. Aktivně nemluvíly. Reakce na diskomfort byly neadekvátní, místy velmi intenzivní. V chování se projevovaly stereotypie, rigidita reakcí, ulpívání.

Všechny děti prošly psychologickým vyšetřením se závěrem PAS a následně byly odeslány do terapie klinického logopeda. Při navazování základní interakce byly v rámci vyšetření klinickým logopedem použity interakční hry jako motivační prostředek pro aktivní spolupráci dítěte. Během pozorování byly vyhodnoceny komunikační vzorce a strategie odlišné pro dítě s vývojovou dysfázií a autismem. Na základě tohoto pozorování byla

sestavena nabídka strukturovaných interakčních her pro doplnění diferenciální diagnostiky standardizovanými metodami (dále viz <http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=aktuality&aid=557>). Do roku 2019 prošlo souborem her cca 150 dětí v poměru 4 : 1 (VD : PAS), což přibližně kopíruje vstupní poměr z roku 2014.

Soubor herních aktivit vychází ze základních her batolat, které jsou pevně strukturované, percepčně jasné, užívají velkou míru neřečových komunikačních prostředků a mají jasná pravidla. Slouží jako motivace k interakci.

Nabídka her není standardizovanou testovou metodou, slouží spíše k navození interakční a komunikační atmosféry při práci s dítětem s komunikačními obtížemi. Pro další praxi poskytuje cenné informace o stávajících komunikačních strategiích dítěte a možnostech dalšího rozvoje.

Kdy je vhodné zařadit herní pozorování

Komunikační, sociální i behaviorální obtíže dětí s PAS nebo VD se v raném věku mohou překrývat. Rodiče přicházejí do ambulance s malým dítětem, které, dle jejich informací, nemluví, nehraje si s nimi a chová se nestandardně. Příčiny záměny VD a PAS nejsou předmětem tohoto článku.

Při vstupu dítěte do prostoru ordinace je patrná jeho nejistota, obavy, strach. Na oslovení nereaguje, oční kontakt nenavazuje. Nabídnete-li mu obrázky nebo knížku, s různou intenzitou je odmítá. Slovním ani neslovním výzvám nevyhoví, předměty neukáže, nepodá. Pokud ho zaujme hračka, pak o ni nežádá, samo ji bere. Na neuspokojení svých potřeb reaguje pláčem, vztekem. V afektu je schopné padnout na zem, odhazovat věci, bít kolem sebe i do sebe. V radosti se hlasitě, pro nás nekontrolovaně směje, skáče, máchá rukama. Stereotypně opakuje činnost, rigidně manipuluje s hračkou. Nemluví, gesta nepoužívá. Produkuje artikulované zvuky, slabiky, nebo slova bez sociálně interakčního kontextu. Screeningové testy (CARS, ADI-R, M-CHAT, DACH apod.), případné vyšetření klinickým psychologem stanovují suspektní diagnózu PAS.

Popsané projevy mohou mít i děti s jinou diagnózou než PAS, např. s vývojovou dysfázií, poruchou pozornosti, mentální retardací a psychiatrickými obtížemi.

Interakční hra pro batolata může být pomocná metoda pro diferenciální diagnostiku PAS a VD a stanovení terapeutických cílů.

Přehled užívaných strukturovaných interakčních her pro batolata

Hra 1: „KDE JE...?“

Hra 2: „PŘIPRAVIT, POZOR, TEĎ!“

Hra 3: „NA MOST, NEBO DO TUNELU?“

Hra 4: „Z KTERÉ RUKY CHCEŠ?“

Hra 5: „CO SI DÁŠ DO...?“

Hra 6: „TREFA!!“

Popis jednotlivých projevů dítěte je zobecněním četných pozorování při vyšetření dětí. Základní předpoklad úspěšného pozorování je motivované dítě; je vhodné před samotnou hrou získat informace od rodičů, s čím si dítě rádo hraje, co je vhodné pro manipulaci a napodobování, jaký objekt, činnost je pro dítě výrazně motivační.

Hra 1: „KDE JE...?“

Pravidla: Opakovaně schováváme předmět (hračku, kterou má dítě rádo, ne jeho) s otázkou „Kde je...?“ Doprovázíme výrazným gestem.

Cíl pozorování: hodnocení reakce na opakující se slovní podnět, zaměření pozornosti na komunikační proces, sledování činnosti dospělého dítětem, oční kontakt, emoční projevy při úspěchu, posouzení míry orientace v prostoru.

VD:

Po několika opakováních dítě situačně porozumí principu hry, nemusí rozumět konkrétním slovům ani gestům. Zajímá ho a sleduje, kam hračku umístíte, navázání očního kontaktu nemusí být konstantní. Rozhlíží se po prostoru. Předvídá.

PAS:

Nečeká na položení otázky. Projevuje neklid, nedostane-li hračku hned. Chybí vhled do principu hry. Při více opakováních ztrácí zájem. Nepředvídá. Orientace v prostoru není patrná. Oční kontakt nenavazuje.

Hra 2: „PŘIPRAVIT, POZOR, TEĎ!“

Pravidla: Uvedení předmětu (auto, míč, kulička...) do pohybu na cílové slovo TEĎ doprovázené výrazným gestem (máchnutí ruky, tlesknutí, bouchnutí). Po několika opakováních je vhodné vložit delší pauzu mezi POZOR a TEĎ. Jsou možné obměny typu „3... 2... 1... TEĎ, START, HOP!“. Strídání v aktivitě.

Cíl pozorování: přítomnost projevů očekávání, předvídání, reakce na konkrétní slovo, gesto, snaha o opakování slova, gesta, vhled do systému příčina–následek

(příčina = TEĎ – následek = uvedení předmětu do pohybu), sledování dospělého, oční kontakt. Střídá chytnutí, posílání.

VD:

Po několika opakováních je patrný vhléd do principu hry, aktivně dává najevo zájem o dokončení pokynu, pokud je slovo TEĎ oddáleno, hledá příčinu (sledování, oční kontakt). Může se objevit snaha o opakování, doplnění slova, gesta. Uvědomuje si vazbu slova a činnosti.

PAS:

Po poslání si hračku nechává, neposílá zpět. Manipuluje dle své potřeby. Nečeká na pokyn TEĎ. Není systém příčiny a následku. Nevytváří se vazba slovo = činnost. Očekává, že bude hračka posílána opakovaně bez verbálního doprovodu.

Hra 3: „NA MOST, NEBO DO TUNELU?“

Pravidla: Z knížek postavíme most a tunel, dítě vybírá, kam auto (míč) pojede. Doprovázíme gestem a ukazováním. V druhé fázi chceme, aby dítě samo označilo objekt, kam auto pojede.

Cíl pozorování: Schopnost výběru ze dvou možností, schopnost konečného rozhodnutí. Cílené ukázání prstem na předmět. Snaha o reakci na verbální pokyn. Vlastní komunikační aktivita dítěte.

VD:

Vybere jednu variantu, ukáže na předmět, přítomna snaha o opakování slova. Aktivně vybírá, dává pokyn (nonverbálně, verbálně).

PAS:

Variantu nevybere, pokyn nedá. Slova ani gesta neopakuje. Není spokojeno s použitím knížek jako most a tunel. Manipulace s hračkou je stereotypní.

Hra 4: „Z KTERÉ RUKY CHCEŠ?“

Pravidla: V pěsti schováme předmět, necháme dítě vybrat a přímým interakčním kontaktem označit (ukázání, dotyk), se kterým předmětem bude dále pracovat, hrát si. Je důležité, aby nabízený objekt byl pro dítě zajímavý (podávání kostek při stavbě, části skládačky, autíčka, zvířata apod.). V obměně je možné „zapomenout“ předmět podat.

Cíl pozorování: Stupeň pochopení interakčního chování. Sledování způsobu,

jakým dítě dosáhne cíle. Snaha o napodobení (předvedení, co má udělat, poklepání na ruku = otevření pěsti). Pochopení, že předmět dostane, vykoná-li požadovanou činnost. Řídí svou činnost přes slovní instrukci.

VD:

Napodobuje gesto, ukáže. Po opakování se činnost automatizuje. Spolupracuje. Aktivně vyhledává pohledem, dojde-li k oddálení otázky.

PAS:

Snaží si vzít hračku přímo z ruky. Otvírá zavřenou pěst. Zvýšené riziko afektu. Snaží se řešit situaci samo, bez komunikace. Případně činnost zcela opouští.

Hra 5: „CO SI DÁŠ DO...?“

Pravidla: Dítěti nabídneme soubor předmětů různých kvalit (například jídlo a hračky, předměty různých velikostí). Vyžadujeme jejich roztřídění podle námi zvolené kvality (Co si dáš do pusy – sníš? Co si dáš do kapsy?). Je důležité, aby si dítě mohlo manipulaci ověřit, zda je jeho výběr možný, proto nevolíme slova typu velký/malý. (Do kapsy se vejde kostka, ale ne bota, sníst může křupku, ale ne pastelku). Hru doprovázíme výrazným verbálním i gestickým ANO/NE, oceňujeme experiment i správnou volbu. Třídící systém dítěti názorně předvedeme.

Cíl pozorování: Míra pochopení verbálních a neverbálních podnětů. Schopnost určení cílové, společné vlastnosti pro třídění. Schopnost experimentovat. Reakce dítěte na naše hodnocení správné a nesprávné volby.

VD:

Na základě našich reakcí je dítě schopno vyhodnotit naše požadavky pro třídění. Pracuje formou pokusu a omylu, experimentu. Reflektuje naši pozitivní a negativní reakci na své konání. Třídí podle nápodoby.

PAS:

Třídí podle svých pravidel. Nepracuje s námi zadanými požadavky pro třídění. Negativní reakce na náš nesouhlas, případnou korekci.

Hra 6: „TREFA!!“

Pravidla: Trefujeme se předměty do krabice s hodnocením výkonu. Trefa, druhý

pokus. Důležité je střídání se v činnosti. „Jednou ty, jednou já.“

Cíl pozorování: Reakce dítěte na slovní hodnocení výkonu „TREFA/VEDLE“. Schopnost opakování činnosti, střídání činnosti. Snaha o zasažení cíle.

VD:

Dítě je schopno přerušovat činnost pro střídání. Zajímá ho počet trefených předmětů. Je schopno korekce hodů. Reaguje na naše hodnocení. Vyhoví výzvě „Počkej!“.

PAS

Vadí mu hlasité rány. Stereotypně opakuje házení předmětem. Zvýšené riziko neregulovatelného odhazování objektů. Nedostupné střídání v činnosti.

Při pozorování dítěte v uvedených herních aktivitách lze stanovit hypotézu, že komunikační obtíže mohou být dysfatického charakteru. Nelze však provést přesnou diferenciální diagnostiku dalších poruch vývoje komunikačních schopností. Přesná diagnostika je možná jen na základě dlouhodobého sledování dítěte v terapeutickém procesu a spolupráce s dalšími odborníky.

Další využití strukturovaných interakčních her v raném věku dítěte

Z pozorování je zřejmé, ve kterých komunikačních, respektive interakčních procesech dítě selhává; na jeho základě lze sestavit terapeutický plán pro rozvoj dílčích komunikačních funkcí s cílem:

SDÍLET – POROZUMĚT – CHTÍT – SOUHLASIT – KONAT.

Jednotlivé hry a jejich obměny mohou sloužit i jako motivační a nácvikové techniky. Základem je navození sdílené aktivity (ve všech uvedených herních systémech je požadována určitá míra sdílení a spolupráce), dále podpora situačního, gestického i verbálního porozumění, uvědomění si a projevení vlastní vůle (výběr ze dvou možností), rozvoj komunikačního systému ANO/NE (ve smyslu souhlasím × nesouhlasím – třídění), jednoznačná a výrazná podpora systému slovo = akce (viz přehledová tabulka 1).

Další využití strukturovaných interakčních her v raném věku dítěte

Terapeutický cíl	Hra	Motto	Klíčové kroky	Reakce
Nácvik sdílené pozornosti	Hra 1, Hra 4	Když se na mě podíváš, bude to skvělé!	aktivita a uspokojení potřeby dítěte je přímo vázáno na kontakt s dospělým	Aktivita a uspokojení potřeby dítěte jsou přímo vázány na kontakt s dospělým.
Nácvik porozumění	Hra 2, Hra 3, Hra 5	Pochopíš, co máš dělat!!	porozumění je aktivováno ve složce situační, gest, slov	Každý slovní pokyn směřovaný k dítěti je podpořen jednoznačným výrazným gestem, pokyny jsou jednoduché a opakující se.
Nácvik volního jednání	Hra 3, Hra 4	Něco chceš? Dej mi o tom vědět!	aktivizujeme proces rozhodování a uvědomění si vlastních potřeb	Každá aktivita dítěte ve smyslu volby je respektována. Dítě má i možnost komunikaci odmítnout.
ANO/NE systém	Hra 5	Je to tak?	navigujeme dítě podpůrnými otázkami, nápodobou ke správnému řešení	Pokud dítě aktivně netřídí, návodnými otázkami, gesty, nápodobou mu pomáháme ke správnému výsledku.
Nácvik vlastní komunikační aktivity	Hra 2, Hra 3, Hra 6	Slovo mění svět?	dítě gestem, slovem, zvukem řídí a mění realitu kolem sebe	Slovo je myšleno jako jakýkoli aktivně použitý komunikační prostředek (gesto, pohyb těla, zvuk, hlasový projev, slabika, slovo), podporujeme dítě v užívání kódovaných aktivit, které jsou čitelné pro širší okolí

Tabulka 1: Další využití strukturovaných interakčních her v raném věku dítěte

Při terapii dětí s netypickým vývojem komunikačních schopností do 3 let věku je velmi důležité používat nácvikové prostředky, které jsou přímo uplatnitelné v běžné sociální interakci. Je nezbytné postupovat od jednoduchých prostředků ke složitějším, respektovat zájmy a potřeby dítěte. Při herních aktivitách máme možnost intenzivního pozorování a vyhodnocování zájmů, potřeb i komunikačních strategií dítěte a jejich následné aplikace v komunikační interakci.

Hra nám dává možnost nahlédnout do systému vnímání, porozumění, vůle a aktivity dítěte i přes nesoulad a oboustranné neporozumění v komunikačním procesu.

Hra je přirozená aktivita dětí podporující proces sociální interakce a chování.

Hra je motivační.

Hra je...

Přestože soubor strukturovaných interakčních her není standardizován pro přesnou diagnostiku, je dle mého názoru přínosem pro orientační diferenciální diagnostiku

a následné sestavení terapeutického plánu. Pro rozvoj komunikačních schopností dětí v raném věku je hra vysoce motivační a podporuje dílčí funkce potřebné pro rozvoj cíleného sdělování. V raném věku je diferenciální diagnostika VD a PAS důležitá zvláště pro rodiče, pro jejich představu o dalším rozvoji komunikace. Kvantifikace a standardizace určitých projevů v chování při hře je po analýze dostatečného množství komunikačních vzorců jistě možná.

Literatura

BEYER, J. a L. GAMMELTOFT. *Autismus a hra: příprava herních aktivit pro děti s autismem*. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-736-7157-3.

BISHOP, D., V., M.. Pragmatic language impairment: a correlate of SLI, a distinct subgroup, or part of the autistic continuum? 2000. [online] Dostupné na: https://www.researchgate.net/publication/215626834_Pragmatic_language_impairment_a_correlate_of_SLI_a_distinct_subgroup_or_part_of_the_autistic_continuum

PIAGET, J.. *Psychologie intelligence*. Praha: Portál, 1999. Studium (Portál). ISBN 80-717-8309-9.

PIAGET, J. B. INHELDER. *Psychologie dítěte*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-798-5.

ŘÍČAN, P. a D. KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1049-8

THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0215-8.

VÝVOJ SEBEOBRAZU U DĚTÍ S VÝVOJOVOU DYSFÁZIÍ

SELF DEVELOPMENT IN CHILDREN WITH SPECIFIC LANGUAGE IMPAIRMENT

Mgr. et Mgr. Barbora Richtrová^{1,2}

¹Centrum sociálních služeb Hvozdy, o. p. s., Masečín 119, 252 07 Štěchovice

²1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Kateřinská 1660/32, 120 00 Praha 2

barbora.richtrova@gmail.com

Abstrakt

Hlavním cílem příspěvku je uvedení do problematiky vývoje sebeobrazu (Self) u dětí s vývojovou dysfázií. Abychom lépe pochopili emoční prožívání a modifikace kontaktu ve vývoji Self u dětí, které jsou limitovány aberantním neurobiologickým zráním, uvádíme i stručný teoretický základ vývojových teorií a attachmentu. Pokud v klinicko-logopedické praxi chceme maximalizovat efektivitu terapeutického působení, je nasnadě pohlížet a reagovat na dítě jako na celostní bytost, která má vlastní prožívání, uvědomování, potřeby a patří do konkrétního rodinného systému. Podpoříme tím interpersonální vztahování, pocit bezpečí a sebeuvědomování. Kvalitním kontaktem dítě–terapeut můžeme nejen zvýšit motivovanost dítěte pro vzájemnou spolupráci, ale také stimulovat seberegulaci a přiměřeně zdravý vývoj Self.

Abstract

The contribution introduces into the self-image (Self) development in children with specific language impairment. A brief survey of the developmental theories and attachment theory is also provided in order to understand better the emotional experience and contact modification in the Self development in children that are limited by aberrant neurobiological maturing. If one aims at maximizing an effect of clinical speech therapy, it is natural to perceive and reflect a child as a holistic personality with its own experience, needs etc. and belongs to a given family system. Such approach supports interpersonal relationship, feeling of safety and self-awareness. Good contact between a child and a speech therapist may increase not only child's motivation for mutual collaboration, but also stimulate self-regulation mechanism and proportionately health development of Self.

Klíčová slova

vývojová dysfázie, vývoj Self, teorie citové vazby, modifikace kontaktu

Key words

specific language impairment, Self development, attachment theory, contact modification

Úvod

V současné době víme již o vývojové dysfázii mnohé. Existuje nespočet vědeckých studií o této diagnóze a jednotlivých symptomech, které se k této problematice vážou. Vývojová dysfázie se definuje jako neurovývojová porucha jazykových schopností a dovedností při jinak intaktním vývoji a podpůrném prostředí. (Bishop, 2006; Nudel et al., 2014; De Bree, Wijnen, 2015; Neubauer a kol., 2018) Tato porucha řečového vývoje je způsobena poruchou percepce řeči s různými formami postižení jazykových struktur. „Řečové postižení má dvojí patofyziologii: jednak specifickou sluchovou poruchu (centrální) a jednak nespecifickou (všeobecnou korovou poruchu.“ (Dlouhá, 2017) Novodobé studie dokládají etiologickou komplexitu této neurovývojové poruchy, kde dochází ke kombinaci genetických a environmentálních rizikových faktorů vedoucích k aberantnímu vývoji mozkových struktur. (Bishop, 2006; Nudel et al., 2014; Dlouhá, 2017)

Díky poznatkům z vědeckých studií dochází ke kvalitnější diagnostice osob s vývojovou dysfázií. A přesné popsání a potvrzení jednotlivých symptomů vede k adekvátnímu zacílení a zvýšení účinnosti terapie narušených jazykových struktur. Avšak právě díky výrazně sofistikovanému přístupu k diagnostice a terapii osob s vývojovou dysfázií bývá často opomíjen neméně důležitý, možná i dokonce zásadní faktor v rámci vývoje člověka, a to je vývoj



Mgr. et Mgr. Barbora Richtrová

sebeobrazu a zdravého psychického nastavení k sobě samému a ke světu.

Následující text se proto bude věnovat právě této oblasti. Pokusíme se popsat, jakým způsobem může být ovlivněn zdravý vývoj Self u osob s vývojovou dysfázií. Na základě klinické zkušenosti nastíníme možné reakce osob s vývojovou dysfázií, když dochází k intrapersonální i interpersonální konfrontaci s neurovývojovou poruchou řeči.

Vliv vývojové dysfázie na vývoj Self

Variabilita symptomů u osob s vývojovou dysfázií je výrazná. Pro tento článek je důležitý fakt, že osoby s vývojovou dysfázií nemají primárně snížený intelekt. Avšak vývojová dysfázie může mít sekundární vliv na kognitivní vývoj. Obecně uznávaným diagnostickým kritériem je diskrepance mezi neverbální a verbální inteligencí. Zároveň se výrazně různí testy inteligence u osob s vývojovou dysfázií dle typologie poruchy. Pokud má osoba těžkou formu receptivní nebo smíšené dysfázie, nemusí jeho aktuální inteligenční výkon i v neverbální oblasti dosahovat normy. Avšak tyto případy nejsou tolik časté, většina osob s vývojovou dysfázií má expresivní nebo smíšenou poruchu lehkého nebo středně těžkého typu.

Tím, že u osob s vývojovou dysfázií není primárně snížen intelekt a velmi těžké typy vývojové dysfázie nejsou časté, můžeme předpokládat, že většina osob s touto neurovývojovou poruchou si své limity a obtíže více či méně uvědomuje a musí se s tím nějakým způsobem vypořádat. Tím se nabízí tvrzení, že vývojová dysfázie má také sekundární vliv na vývoj sebeobrazu. Zažívání a uvědomování si obtíží/limitů se neděje pouze na intrapersonální úrovni, ale tento negativní prožitek se výrazně prohlubuje kontaktem se světem, kdy osoba s vývojovou dysfázií je konfrontována s reakcemi rodičů, širší rodiny, vrstevníků, spolužáků, kamarádů, učitelů, odborníků a ostatních lidí, se kterými se v životě potká. Nezbyvá nic jiného než danou situaci a prožitek integrovat, kreativně se přizpůsobit, využít obranný mechanismus, aby dotyčný mohl ustát případný nekomfortní prožitek/zážitek.

Teorie vývoje Self

Každá lidská bytost má své základní potřeby. Z psychologického hlediska jsou to zejména potřeby existenciální, mezi které patří potřeba někam patřit, potřeba být

takový, jaký jsem, potřeba být přijat, aby se mohl člověk přirozeně adaptovat ve světě, potřeba potvrdit své bytí na světě otiskem, který je viditelný pro něj samého a ideálně i pro okolí. V konceptu Neuroafektivního vztahového modeluTM je uváděno pět základních biologických potřeb pro celostní zdraví: potřeba spojení se sebou a druhými; potřeba péče; potřeba důvěry; potřeba autonomie a potřeba lásky/sexuality. (Heller, LaPierre, 2016)

Vývoj Self je nekonečný proces utváření sebe sama a každá nová zkušenost a vztah determinují proměny lidského sebeobrazu. Zásadní pro kvalitní podhoubí a zakořenění zdravého jádra Self se odehrává právě v dětském věku, kdy výraznými činiteli, kteří podporují tento vznik a růst zdravého pravého Já, jsou pečovatelé a jejich vztah, kontakt, přístup k dítěti. Tuto skutečnost popisují zejména odborníci věnující se attachmentu, který zmíníme později v textu. Jestliže základní psychologické a biologické potřeby dítěte nejsou naplněny, dochází k dysregulaci autonomního systému, narušení vnímání pravého Já, sebejistoty a sebevědomí a rozvinou se sebezáchovné obranné mechanismy. (Heller, LaPierre, 2016; Siegel, Paynová-Brysonová, 2015; Levine, Klineová, 2012)

Pokud se dítě narodí zdravé a je „dost dobře“¹ podporováno zdravým kontaktem, touží se rozvíjet dál a touží pokračovat v dalším kontaktu. Jestliže se dítě narodí s jakýmkoliv limitem nebo je kontakt se světem nějakým způsobem limitován, je vývoj sebeobrazu narušen. Tato skutečnost se tedy také promítá do vývoje sebeobrazu dítěte s vývojovou dysfázií. Abychom se mohli věnovat narušení vývoje Self u dětí s vývojovou dysfázií, je na místě uvést zjednodušeně některé teorie vývoje Já od narození, abychom mohli snadněji nahlédnout prožívání dětí s vývojovou dysfázií. Vývojové teorie jsou vhodným orientačním nástrojem pro nás terapeutů, ale vývoj člověka je vždy individuální a dynamický. Jednotlivé vývojové etapy jsou tak spíše orientační, jelikož dítě je v neustálém procesu získávání dovedností, které každé asimiluje v jiném čase a svým osobitým způsobem.

Existuje velmi mnoho vývojových teorií, některé se týkají vývoje kognitivní stránky jedince, některé psychologického aspektu, jiné sociální stránky bytí. Obecně uznávanou vývojovou teorií sebeobrazu a tedy

psychické stránky člověka je teorie neo-psychoanalytika Erika Ericsona, který zahrnuje do své práce i enviromentální vlivy. Ericson uvádí 8 základních životních stádií, které vždy popisuje jako konflikt dvou polaritních psychosociálních tendencí. (Vágnerová, 2000) Pro potřeby našeho článku popíšeme velmi stručně jednotlivé etapy dle Ericsona týkající se dětského věku:

- 1) Fáze konfliktu důvěra vs. nedůvěra – od narození do 1,5 roku věku. Vyvíjí se základní nazírání dítěte na svět vytvářené vazbou s primárním pečovatelem. Kvalita vztahu a kontaktu s matkou determinuje vznik základní důvěry nebo nejistoty ve vztahu k sobě samému a světu.
- 2) Fáze konfliktu autonomie vs. stud – od 1,5 roku věku do 3 let. Začíná se vyvíjet samostatnost. Dítě chce vykonávat činnosti samo a podpořit tím své sebepotvrzení ve světě. Pokud je často z nezdaru frustrováno a navíc je tento nezdar podpořen neadekvátní reakcí dospělého, vzniká tím základní studové nastavení. Dítě pak může mít tendenci ke stažení a radši si počká na pomoc z vnějšku.
- 3) Fáze konfliktu iniciativa vs. vina – od 3 let do 6 let. V této fázi se vyvíjí sebevědomí a sebehodnocení. Dominantní je v tomto období spontánní hra a nadneseně řečeno bezhramiční konání na základě aktuální potřeby. Je to náročné období vzhledem k vybalancování hranic a spontaneity. Pokud často nepřiměřeně blokuje spontánní aktivitu a „vyčítáme“ činy dítěti, dochází k zesilování pocitu viny.
- 4) Fáze konfliktu snaživost vs. méněcennost – od 6 let do 12 let. Důležité období pro podporu činorodosti. Rozvíjí se sebehodnota, sebevědomí. Děti jsou konfrontovány s výkonem, dovednostmi, vrstevníky a dalšími autoritami, takže při častých zážitcích selhání se může prohloubit negativní sebeobraz a pocit méněcennosti.

Následující fáze dle Ericsona jsou popsány od 12 let do stáří. Vzhledem k dalším nabídnutým vývojovým teoriím v našem textu je namísto napsat, že Ericson popisuje vývoj identity a nejistoty až od věku 12–16 let. Identita patří k adolescentnímu věku. V Gestalt terapii je identita uváděna v předškolním věku dítěte, jelikož je tím myšlen proces, kdy dítě zakouší, kým vším může být, a zažívá jednotlivé možnosti sebe sama. Raný proces identity patří zkoumání vnitřních možností Self, kdežto

¹ Sousedí je parafráze na Winnicottův koncept „dost dobré matky“ – dítě vztahem zažívá pocit, že existuje a jeho akce mají smysl.

v adolescenci jde o vývoj identity ve vztahu k světu.

Mírně odlišné pojetí vývoje Self u malých dětí prezentuje například Felicia Carroll², která je přední dětskou psychoterapeutkou v Gestalt terapii. Popisuje čtyři základní vývojové etapy³:

- 1) 0–1 rok: vývoj Self („Jsem vnímán!“)
– Základní potřebou je zažít adekvátní reakce na primární signály. Pokud v této době dítě není dostatečně vnímáno a upokojeno v jeho potřebách, znečitlivuje se, dochází k narušení základního pocitu bezpečí a důvěry ve svět a tím i k bazálnímu narušení vývoje Self. Zde nalézáme kořeny některých vážných psychiatrických diagnóz, především psychotické povahy.
- 2) 1–3 roky: vývoj autonomie („Já můžu!“)
– Dítě zažívá základní pocit autonomie tím, že může být samo sebou a projevovat se. Kontaktuje se se světem a dochází k zážitku, že může existovat tak, jak skutečně je; tím roste osobní hodnota. Pokud dítě velmi často zažije situaci, že „nemůže být takové, jaké je“, vzniká základní studové nastavení a sebe-pochybnosti. Dítě není ještě schopno nahlédnout, že není tím činitelem, takže začíná niterně vzrůstat pocit, že ono je divné, chybné, narušuje se vztah k Self z pohledu sebehodnoty.
- 3) 3–6 let: vývoj identity („Já jsem!“)
– Dítě vnímá samo sebe, projevuje a rozlišuje své potřeby. Dítě si zkouší různé varianty svého Self, co všechno dokáže, kým vším může být, rozvíjí svou iniciativu a skrze zakoušené možnosti rozvíjí možnosti svého Self. Pokud často zažívá zamítavou reakci na svou iniciativu, prohlubuje se jeho stud a objevují se nově i pocity viny, jejichž výsledkem je limit pro Self – toto „nejsem“, „nemám zkoušet být“.
- 4) 6–8 let: vývoj činnosti („Já umím!“)
– Základní potřeba je ve světě udělat otisk – být viděn a oceněn v dovednostech a schopnostech, zažívat vlastní úspěch a rostoucí kompetence. Tím se zvyšuje pocit „má smysl se o něco snažit“. Pokud dochází k velmi častému zážitku „to neumíš“, posiluje se pocit méněcennosti a devalvace.

Velmi podobný pohled je nabídnut v knize Vývojové trauma, kde je raný vývoj Self

popsán skrze biologické potřeby. Od prenatálního období do 6 měsíců věku dítěte je pro zdravý celostní vývoj dítěte potřeba nasycení *spojení*, od 6 měsíců do 1,5 roku potřeba nasycení *péče*; od 2 do 4 let věku dítěte potřeba nasycení *autonomie a důvěry* a od 4 do 6 let je potřeba nasycení *lásky*. (Heller, LaPierre, 2016, s. 117)

Další koncept lidského vývoje v Gestalt psychoterapii je popisnější. Dítě do 1,5 roku věku nedokáže rozlišit sebe a pečovatele. „*To, co se děje od prenatálního období do dvou let dítěte, vytváří základní matrici, která ovlivňuje každý systém v těle, od imunity po sebevyjádření a regulaci emocí, odolnost nervového systému, komunikaci, inteligenci a seberegulační mechanismy tak základních funkcí, jako je udržování tělesné teploty a produkce hormonů.*“ (Levine, Klineová, 2012, s. 69) V tomto období dítě potřebuje tělesný kontakt, holding⁴, dost dobrého pečovatele, přívětivý hlas, kontejnování emocí pečovatelem, zrcadlení. Díky tomu integruje pocit bezpečí v těle a tím pádem prožije pocit důvěry a bezpečí ve vztahu (Evans, 2011).

Od 1,5 roku dítěte do 4 let vstupuje do etapy tzv. selfobjektního vztahování. V tomto období dítě věří, že rodič je jedinečná bytost a jinou roli a vlastní potřeby nemá. Potřebuje zažít pevný rámec vztahu, aby se mohlo bezpečně vybalancovat v přiblížení a vzdálení. Je to vývojová etapa, kdy je možná separace a potvrzení stálosti objektu, to ovšem s sebou nese možné pocity ponížení, narcistní vztek, nebezpečí z nestálých nebo nejasných hranic, pocit nedůvěry. Zde můžeme u dětí pozorovat výraznou potřebu „dotankování“ dotekem s pečovatelem, potřebují především uklidnit své bouřlivé emoce, které se pojí s tímto obdobím, být přijaty a pochopeny. Tím, že emoce spojené se separací a stálostí objektu jsou velmi výrazné, mívá se často účinkem jakákoliv snaha edukace nebo mentorování. Pokud je dítě nepochopeno a nereflextováno, může oživit půda pro vytvoření falešného Self, kdy se dítě neřídí svými potřebami, ale potřebami pečovatele ze strachu, že by o něj mohlo přijít.

V následujícím věkovém intervalu mezi 4 a 7 lety přichází období, kdy dítě vnímá rodiče jako bytosti s vlastními potřebami. Začíná realizovat samo sebe a vztahovat se k druhým, tzn. tvoří se identita. Je to nesmírně náročné období, jelikož dítě hledá rovnováhu mezi svou spontaneitou, vnitřními potřebami a zodpovědností,

strukturou a plněním cílů. Může zažívat představu, že se o pocity a potřeby musí postarat samo, a tím roste potenciální riziko vzniků pocitů viny a sebedehonestace.

Teorie vazby

Při práci s malými dětmi je nasnadě alespoň orientačně znát vývojové teorie Self, jelikož nám pomohou lépe vnímat skutečné potřeby dítěte a všimnout si jich. Tato znalost může ovlivnit budování vzájemného vztahu bezpečí a důvěry při terapii. Základní nastavení Self je utvářeno implicitně právě na základě vztahových zkušeností získaných v průběhu prvních let života. Pochopitelně nejvýraznější vliv na tento vývoj mají pečovatelé, kteří se ke svému dítěti vztahují na základě svých vztahových zkušeností. Asi nejznámější teorií attachmentu je Teorie vazby dle Johna Bowlbyho, který popsal čtyři typy vazeb. Pro tento článek je popíšeme maximálně stručně, jelikož to není hlavním obsahem sdělení:

- 1) bezpečná vazba – pečovatel je přiměřeně k dispozici dítěti, vnímá a reaguje adekvátně na potřeby dítěte;
- 2) úzkostně ambivalentní vazba – pečovatel je sice k dispozici pro dítě, ale jeho dostupnost je nespolehlivá, pečovatel je pro dítě nepředvídatelný a dítě často musí vynaložit mnoho sil, aby získalo podporu, na základě toho je pak velmi obtížná separace;
- 3) úzkostně vyhýbavá vazba – pečovatel není dostatečně k dispozici, je jakoby vzdálený, nedostatečně reaguje na potřeby dítěte, dítě se většinou projevu tak, že nikoho nepotřebuje a je soběstačné, ale fyziologické reakce prozrazují silné vnitřní emoční rozpoležení;
- 4) dezorientovaná vazba – pečovatel se vztahuje k dítěti nesrozumitelně, je zdrojem ohrožení pro dítě, dítě je vystaveno vnitřnímu konfliktu touhy – přiblížit se k pečovateli a utéct od pečovatele.

Zásadní období pro zdravý vývoj

Z výše uvedeného pro náš cíl sdělení vyplývá mnohé. Pokud se dítě narodí s nějakým limitem nebo je limitováno nezdravou vazbou s prostředím, dochází k narušení zdravého vývoje Self. Podobně o tom můžeme uvažovat i u dětí s vývojovou dysfázií. Nejen že je jejich sebeobraz ovlivněn typem attachmentu, jako u každého dítěte, ale také symptomatologií vývojové dysfázie

² Felicia Carroll je světově uznávaná lektorka Gestalt terapie s dětmi a adolescenty. www.westcoastinstitute.us

³ Carroll F. – ústní sdělení v rámci psychoterapeutického výcviku v Gestalt terapii. www.gestalt-praha.cz

⁴ Termín holding první použil Donald Winnicott. Dobrý holding umožní dítěti vnímat své tělo jako bezpečné místo, ve kterém žije.

a dokonce výskytem častých komorbidních poruch, zejména z oblasti poruch emocí a chování. Narušení jazykových struktur, a tedy ovlivnění schopnosti a dovednosti komunikovat, výrazně ovlivňuje vazbu s prostředím. Nebudeme se zabývat různorodostí attachmentu a jeho dopady na vývoj Self u dětí s vývojovou dysfázií, ale pokusíme se popsat sebeobraz a možné obranné mechanismy dítěte s vývojovou dysfázií, které má přiměřeně fungující rodinu a relativně zdravé vztahování/kontaktování.

Z hlediska vývoje Self a vývojové dysfázie tedy považujeme za zásadní věkový interval 2,5 až 4 roky. Tvoří se zejména autonomie a důvěra, děti prožívají neskutečně bouřlivé emoční období. Hlavní potřebou je bezpečný, stabilní kontakt, plný pochopení, lásky a podpory. Zároveň je to období výrazného vývoje kortexu, kdy akceleruje vývoj kognitivních schopností, a také komunikačních schopností a dovedností. Vzhledem k jazyku nejde pouze o markantní nárůst slovní zásoby, ale dítě je schopno tvořit věty a jednoduchá souvětí, vypráví, sdílí, je schopno vnímat paralingvistické a metalingvistické aspekty komunikace. Jednoduše řečeno, tento věkový interval je neskutečně náročný pro zachování zdravého celostního vývoje.

V tomto věkovém období jsme schopni již většinou diagnostikovat vývojovou poruchu řeči a suspektně vývojovou dysfázií. Jak jsme již uvedli, většina dětí s vývojovou dysfázií má intaktní inteligenci, mají do této doby přiměřený vývoj emocí a Self, ale bohužel jsou, každé v jiné míře, výrazně limitovány ve sdílení a porozumění. To je zásadní pro tvorbu jejich sebeobrazu, jelikož si tento limit uvědomují jak samy, tak díky reakcím pečovatelských osob. Chtěly by komunikovat, ale nemůžou – výrazně se tím naruší jejich autonomie a vzniká u nich základní studové nastavení a sebe-pochybnost. Narušenou komunikací dochází k nekvalitnímu vzájemnému sdílení zážitků a příběhů, je narušen kontakt a tím proces vývoje identity. Děti s vývojovou dysfázií mají daleko složitější situaci při snaze verbálně vyjádřit své skutečné spontánní nápady a vnitřní potřeby. Zvyšuje nejen jejich stud, ale i pocity viny.

Na tuto situaci samozřejmě každý reaguje jiným způsobem, velmi stabilní jedinci s podpurným attachmentem se „kreativně přizpůsobí“ dané situaci tak, že obranné mechanismy nejsou limitující pro zdravý vývoj Self. Většinou se to týká dětí s velmi lehkou symptomatologií vývojové dysfázie. Bohužel většině dětí se „tvořivé

přizpůsobení“⁵ bez výrazných modifikací kontaktu nedaří vzhledem k bouřlivému emočnímu a neuronálnímu zrání, jednoduše nemají na to kapacitu. Aby velmi náročný kontakt se světem ustálý a přežily, modifikují svůj kontakt do fixovaných (rigidních) modelů chování a vytváří si obranné mechanismy. Modifikace kontaktu může být vnímána jako mechanismus obran. V Gestalt terapii se uvádí introjekce, projekce, retroflexe, deflexe, konfluencce, egotismus, desenzitizace a jejich polarity (odmítnutí, přivlastnění, impulzivita, vnímavost, stažení, spontaneita a citlivost) jako styly kontaktu a jsou zdravé a přirozené, pokud slouží k sebeochraně v rámci aktuální zátěžové situace. Ale po delší době se mohou stávat rigidními formami reagování, i když aktuálně již nejsou potřebné. (Joyce, Sills, 2011) Za obranné mechanismy jsou v psychoanalytické teorii považovány⁶: agrese, disociace, hedonická adaptace, humor, identifikace, introjekce, očekávání, pasivní agrese, projekce, projektivní identifikace, racionalizace, reaktivní formace, regrese, somatizace, sublimace, štěpení a vytěsnění.

Modifikace kontaktu

Pokusíme se stručně vystihnout Gestalt terapeutické pojetí mechanismů obran v kontextu dítěte s vývojovou dysfázií. Ačkoli jsou níže uvedené obranné mechanismy popsány především u dospělých lidí, i děti modifikují svůj kontakt se světem, jenom zmíněné modifikace nejsou tolik vyspělé a fixované. Avšak v jejich chování a kontaktu se světem můžeme tato sebezáchovná přizpůsobení zaznamenat. Kontaktní mechanismy se stávají formou kreativního přizpůsobování se různým situacím u dětí v různém věku, s věkem se rozvíjejí možnosti jejich využívání. Nejdříve jsou to vývojově zdravé obranné mechanismy, chránící integritu dětí, např. introjekce je vývojově výhodná cesta k tomu, aby se dítě dobře začlenilo do norem své rodiny a předcházelo tak opuštění, projekce je schopnost dětí přenášet do vnějšího světa to, co ještě neumí samy integrovat a skrze hru v projekci si to postupně přivlastňují atd. Vývojově nejranější mechanismus je desenzitizace a konfluencce, pak přichází deflexe, introjekce, projekce, retroflexe, vývojově nejnáročnější je egotismus, ten většinou děti rozvíjejí až během adolescence,

neboť už vyžaduje rozvinutou schopnost sebereflexe. Tyto mechanismy, jimiž jsou vybaveny od přírody pro zajištění základní integrity, však děti někdy využívají tak často, že se z nich postupnou opakovanou a upevňovanou zkušeností stává cesta k naplnění jejich potřeb ve vztazích s blízkými lidmi, rigidní a jediný možný způsob kontaktování se s druhými, i když to již není třeba.

Introjekce – odmítnutí

Introjekce je proces, kdy postoj, názor, příkaz je bezpodmínečně přijat, ale není integrován a kriticky nahlížen. Dítě „spolyká“ pravidla chování svých rodičů. Všechny obrany a dysfunkční modely mají v tomto procesu svůj původ. (Evans, 2011) Tento proces bývá silně podpořen systémem odměna/trest. Dítě dostává od prostředí potvrzení, že je chyba v něm. U dětí s vývojovou dysfázií tento proces posilujeme větami typu: „Musíš se učit! Když nebudeme trénovat, nezvládneš školu. Musíš se snažit pořádně mluvit! Nevlákej tu artikulaci. Včera jsi to uměl a dnes už to nevíš?!“ atd.

Odmítnutí je jakási revolta. Dítě má pocit, že se musí spolehnout jen samo na sebe, a principiálně odmítá nejen názory druhých, ale i jejich snahu o vzájemnost, kontakt, vztah. U dětí s vývojovou dysfázií to můžeme zažít, když na terapeuta reaguje odtahovitě, chování je spíš podobné chování dospělého člověka. Je sice přítomno terapii, ale kontakt není vzájemný. Jde o situaci, kdy dítě odmítá přijmout jakékoliv naše doporučení, rebeluje z principu a jako terapeut můžeme zažívat pocit, že ať řekneme cokoli, dítě půjde vždy do opozice.

Projekce – přivlastnění

Projekce vyjadřuje proces, kdy se člověk neztotožní s nějakou svou částí, snaží se ji naprosto eliminovat, většinou tak, že ji promítá na jinou osobnost. „Ty jsi hloupá! Ty jsi zlá! Já ne!“

Přivlastnění spočívá v tom, že si člověk bere zodpovědnost i za to, co není jeho. Člověk má extrémní pocity viny a často sám sebe obviňuje. S těmito styly kontaktu se často v praxi můžeme setkat, když s námi dítě s vývojovou dysfázií jedná až drze, jelikož jeho pocit viny je pro něj zraňující a neumí se s tímto emočním rozpoložením jinak vypořádat. Vidí chyby v druhých, zlobí se na druhé tam, kde je jasné, že část zodpovědnosti také patří jemu. Pokud je kontakt modifikovaný do přivlastnění, často se dítě za vše obviňuje, omlouvá. „Já to nedokážu. Nejde mi

⁵ Kreativní přizpůsobení je schopnost jedince vypořádat se tvořivě s tím, co je nové. Je to základní funkce Já, kdy dochází k seberegulaci a reintegraci zkušenosti. Tvořivý kontakt Self s prostředím umožňuje další růst.

⁶ https://cs.wikipedia.org/wiki/Teorie_citove_vazby

to.“ V extrémních případech může docházet k tendenci k izolaci, jelikož jsou děti zaplaveny velkým smutkem z toho, že jim komunikace nejde.

Retroflexe – impulzivita

Pokud člověk opakovaně zastaví svůj impuls k akci a potlačí jej, energie vztažené k tomuto impulsu se obrací do nitra jedince a může vést k somatické tenzi, v extrémním případě k sebepoškozování. To se nazývá retroflexe.

Impulzivita je vysokou mírou nespoutané živelnosti. Člověk nepřiměřeně vyjadřuje své emoční rozpoložení a často jedná impulzivně.

Tyto mechanismy kontaktu v praxi zažíváme dnes a denně. Pokud dítě retroflektuje své impulzy, dochází často k vegetativním příznakům, tenzi v těle nebo tremoru. Při retrofektování vzteku na druhé, protože jej např. stále kritizují, obrací pak zlobu proti sobě, např. do pocitu „jsem špatný, neschopný“. Impulzivitu mnozí z nás mohou vnímat jako nevychovanost. Není tomu tak. Dítě se pouze jiným způsobem nedokáže vypořádat s intenzivními emocemi, v extrémních případech může mít tendenci k agresi vůči sobě nebo okolí.

Deflexe – vnímavost

Deflexe je proces, kdy člověk vytěsňuje vnitřní nebo vnější podnět, aby zabránil jeho uvědomování. Většinou se snaží odvést pozornost, mluví o něčem jiném, nedůležitém, často se směje neadekvátně situaci, nebo se výrazně zaměřuje na komunikačního partnera.

Vnímavost je veskrze pozitivní děj, ale pokud je tento kontaktní styl dominantní, může docházet k přehlacení vnímání, což vyžaduje vysokou dávku pozornosti.

Deflexe jako obranný mechanismus je u dětí s vývojovou dysfázií také velmi častá a často si jako kliničtí logopedi tento fakt neuvědomujeme. Vnímáme to spíše jako žoviální dítě, se kterým je legrace. Je to takový upovídánek a rozumbrada, přesto jeho kontakt s námi je jenom snahou vyhnout se „nachytání“, že něco neumí verbálně vyjádřit. Radši vás zaplaví spontánním vyprávěním, aby se vyhnulo cíleným úkolům, například na zobecňování, skloňování nebo porozumění čtenému, ve kterých tuší, že selže. Přehnaná vnímavost k sobě a okolí může vést u dětí s vývojovou dysfázií k rychlejší ztrátě pozornosti. Jsou rychleji unavené a mohou často pociťovat vyčerpání, smutek. Také mohou být pak precitlivější na určité podněty, od kterých se jim nedaří odklonit pozornost.

Jde o přehnanou fixaci na určité podněty, například že tohle místo mu nejde a celou dobu se strachem čeká, že se to ukáže, nebo že to ostatní uvidí, uslyší.

Konfluence – stažení

Konfluence je proces, kdy člověk není schopen rozlišit interpersonální hranici. Jedná, jako by byl součástí druhého člověka, nebo ten druhý jeho součástí.

Stažení znamená, že člověk vidí, jak se ostatní mají dobře, zatímco on jako by sem ani nepatřil.

Tendence ke splynutí s terapeutem je také svým způsobem nebezpečná, jelikož klinický logoped může vnímat dítě jako skvěle spolupracující, vzorné, obětavě plnící zadané úkoly, ale ono přitom popírá své skutečné potřeby. To může vést k únavě a frustraci. Stažení je opačný proces, dítě má pocit, že je celé divné, a to, co se po něm chce, je také divné. Tato situace může vést k depresivní pozici až tendenci k sebepoškozování a izolaci.

Egotismus – spontaneita

Egotismus se projevuje jako nadměrná sebekritika, sebereflexe na úkor skutečného vztahu a prožívání.

Spontaneita ve vysoké míře postrádá zdravou schopnost sebereflexe, projevuje se zejména u impulzivních poruch a antisociálního chování.

Egotismus také často zažíváme v logopedických ambulancích. Dítě často pronáší věty typu: „Já vím, že jsem špatný. Mně tohle nikdy nepůjde. To se nemůžu naučit.“ Spontaneitu zase můžeme zachytit v chování dítěte, kdy rozhází obrázky se slovy: „To dělat nebudu, protože je to blbý. Já všechno umím, nepotřebuju s tebou trénovat.“

Desenzitizace – citlivost

Jde o proces, kdy se člověk vyhýbá kontaktu se svým vnitřním podnětem, není si vědom zejména tělesných signálů a hlubokých emocí. Velmi často se to týká lidí s traumatickou zkušeností, kteří nejsou příliš schopni sebezpodpory.

Citlivost, která by se při výrazné modifikaci spíše mohla nazvat hypersenzitivitou, označuje proces precitlivělosti k různým podnětům, ať k smyslovým, emočním nebo kognitivním vjemům.

Desenzitizaci a citlivost u vývojové dysfázie zažijeme často v případech, kdy se jedná většinou o děti s narušeným attachmentem vlivem traumatické události.

Celostní přijímání dítěte – závěr

Poslední dobou počet dětí se specificky narušeným vývojem řeči roste. Hlavní úkol klinického logopeda je jasný – v maximální možné míře podpořit jazykové schopnosti a dovednosti, zejména porozumění a verbální produkci. Přesto je důležité si uvědomit, že i když jsme kliničtí logopedi, jsme hlavně terapeuti, kteří pracují s dítětem a jeho pečovateli. Abychom byli v terapii komunikačních dovedností úspěšní a splnili tak očekávání nejen rodičů, ale celého okolí, měli bychom také vnímat psychické rozpoložení dítěte a jeho potřeby. Základem úspěchu logopedické terapie je nejen správná diagnostika a zacílení terapie, ale hlavně bezpečný a jistý vztah a kontakt s dítětem.

Zvláště děti s vývojovou dysfázií, které vnímají svůj limit, potřebují zažít podporu, jistotu, přijetí. Malé děti nemůžou být uvědomělé, svědomité a vyrovnané, jelikož jejich kortex se teprve vyvíjí. „Intenzivní emoce a nemoci vyvolané stresem jsou často provázeny stížnostmi na oslabené kognitivní funkce, například zhoršenou paměť, narušenou schopnost soustředění a neschopnost souvislého myšlení.“ (Siegel, Paynová-Brysonová, 2015, s. 141) Navíc u dětí s vývojovou dysfázií neurobiologické studie potvrzují mikrostrukturální poškození CNS – redukci objemu a změny interhemisferální asymetrie řečových drah fasciculus arcuatus i drah ventrálního systému. (Komárek et al., 2014) Děti s vývojovou dysfázií tím mají celkově sníženou kvalitu pro vývoj zdravého celostního bytí a nelze je ochránit před nesnázemi a negativními zážitky, které je čekají. Lze jim však dopřát nejen dobře cílenou terapii pro rozvoj řeči a jazyka, ale i zážitek plného přijetí a respektu k jejich aktuálním potřebám.

Díky neuroplasticitě mozku tím můžeme záměrně tvarovat zkušenost a touto korektivní zkušeností podpořit vývoj emočně-sociálních dovedností. Pokud bychom v rámci klinicko-logopedické terapie nereagovali na emocionálně-psychologicko-biologické potřeby dětí, můžeme tím potvrdit jejich sebevnímání, že jsou špatné, divné. Mohou se tím více odpojit od svých potřeb a sníží se jejich schopnost seberegulace, což povede k prohloubení jejich kompenzačních mechanismů. Je důležité si uvědomit, že pokud jsou děti zaplaveny emocemi a nedokážou je zpracovat, mohou se objevit sekundární obtíže, jako je porucha spánku, úzkost, panika, závilost, deprese, fobie atd. Zdravý způsob regulace

nervové soustavy můžeme podpořit tím, že se v terapii s dítětem budeme opírat o schopnosti a dovednosti dítěte, které jsou v daném okamžiku u něj konzistentní a funkční. (Heller, LaPierre, 2016) Pokud dojde ke kontaktu a vztahu terapeut–dítě v „dost dobré míře“, dítě je viděno, chápáno, cítěno, přijímáno atd., dochází k integraci neuronální sítě, která vede dítě z reaktivity k receptivitě. (Siegel, Paynová-Brysonová, 2015) Jestliže dochází ke snížení pocitu sebe sama a důvěry, oslabuje se tím celkový pocit bezpečí a stability.

Diskuse

Vše, co jsme uvedli, jasně dokládá, že pokud dokážeme vnímat potřeby dítěte, jeho emočně-sociální ladění a jeho psychické rozpoložení v daný okamžik našeho setkávání a dokážeme-li se k němu vztahovat s přijetím, respektem k němu samotnému a k jeho vývojovým potřebám, výrazně tím můžeme zkvalitnit cílenou

klinicko-logopedickou terapii. Dítě na terapii bude chodit rádo, bude spolupracovat a bude možná i „trénovat“ doma, jelikož se bude v kontaktu s námi cítit jistě a bezpečně. Dítě s vývojovou dysfázií může cítit strach, stud, vinu, bezmoc, zoufalství. Může být frustrováno z tlaku na výkon, z nepochopení, z posměšků okolí, z „chytřích“ komentářů lidí, které potkává, ze sebe samého, protože mu mluvení nejde, nikdo mu nerozumí atd. A na toto všechno každá bytost reaguje svým originálním způsobem, jelikož se s tím musí nějak vyřádat, aby mohla žít.

„...jakákoliv situace, která dítě přehlídá do té míry, že není schopno situaci zvládnout, zpracovat silné emoce a bránit se, má potenciál vytvořit posttraumatické symptomy.“ (Levine, Klineová, 2012, s. 72) Symptomy u malých dětí jsou například nové projevy strachu, vyhyčkávané chování, stažení se do sebe, podrážděnost, nutkavost, zvýšená úzkost, rozrušení, noční

můry, bezmoc, psychosomatické projevy, agresivita, poruchy spánku nebo příjmu potravy, chaotické chování atd. S těmito symptomy se můžeme setkat i u dětí s vývojovou dysfázií, nejvýrazněji v kritickém období mezi 2,5 až 4 lety, ale i později. Můžeme tedy o vlivu vývojové dysfázie na vývoj Self a sebeobrazu s trochou odvahy uvažovat jako o vývojově neurobiologickém činiteli, který u psychicky „křehkých“ dětí může být potenciální živnou půdou pro vytvoření některých symptomů vývojového traumatu. Jelikož ale nejde o skutečné vývojové trauma, jak je popisováno v odborných knihách s tímto tématem, dovolíme si inovativní, možná i provokativní tvrzení, že u některých jedinců s jakoukoliv vývojovou poruchou, tedy i s vývojovou dysfázií, můžeme uvažovat o možnosti vzniku *vývojového pseudotraumatu* na podkladě neurobiologické poruchy.

Literatura

- BADCOCK, N. A.: *Co-localisation of abnormal brain structure and function in specific language impairment*. Article in Brain and Language, March 2012. <http://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3315677/>
- BISHOP, D. V. M.; HSU, H. J.: The declarative system in children with specific language impairment: a comparison of meaningful and meaningless auditory – visual paired associate learning. Article: December 2015; <https://www.researchgate.net/publication/273490604>
- BISHOP, D. V. M., SNOWLING, M. : *Developmental Dyslexia and Specific Language Impairment: Same or Different?* Article in Psychological Bulletin, Januar 2004. <https://www.researchgate.net/publication/215626859>
- BISHOP, D. V. M.: *What Causes Specific Language impairment in Children?* Article in Current directions in psychological science, October 2006. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2582396/>
- CARROLL, J. M.; SNOWLING, M.: *The development of phonological awareness in preschool children*. Article in Developmental Psychology, October 2003. <https://www.researchgate.net/publication/33040915>
- De BREE, E.; WIJNEN, F. : *Comparing SLI and Dyslexia: Developmental language profiles and reading outcomes*. Chapter: January 2015. <https://www.researchgate.net/publication/281209544>
- DLOUHÁ, O.: *Vývojové poruchy řeči*. Praha, Publisher 2003. ISBN 80-239-1832-X
- DLOUHÁ, O.: *Poruchy vývoje řeči*. Praha, Galén 2017. ISBN 978-80-7492-314-2
- EVANS, K.: *Úvod do integrativní psychoterapie*. Praha, TRITON, 2011. ISBN 978-80-7387-446-9
- GRAWE, K.: *Neuropsychoterapie*. Praha, Portál 2007. ISBN 978-80-7367-311-6
- HELLER, L; LAPIERRE, A.: *Uzdravení vývojového traumatu*. Olomouc, Fontána 2016. ISBN 978-80-7336-836-4
- JOYCE, P.; SILLS, CH.: *Základní dovednosti v Gestalt psychoterapii*. Portál, Praha 2011. ISBN 978-80-7367-771-8
- KLEIN, D., MOK, K; CHEN, J. K; WATKINS, K. E.: Age of language learning shapes brain structure: A cortical thickness study of bilingual and monolingual individuals. Brain and Language 2014, 20–24. <http://www.psy.ox.ac.uk/publications/464080>.
- KOMÁREK, V.; VRÁNOVÁ, M.; KYNČL, M.; ŠANDA, J.; VYDROVÁ, R.: Specifické strukturální změny mozku u dětí s vývojovou dysfázií. In: Soubor anotací odborných sdělení konference XXII. Asociace klinických logopedů ČR. Hradec Králové, 2014, S. 5–6.
- KOUKOLÍK, F.: *Lidský mozek*. Praha, Galén 2012. ISBN 9788072627714
- LEVINE, P. A.: *Probouzení tygra. Léčení traumatu*. MAITREA, Praha 2011. ISBN 978-80-87249-21-5
- LEVINE, P. A.; KLINEOVÁ, M.: *Trauma očima dítěte. Probouzení obyčejného zázraku léčení*. Praha. MAITREA 2012. ISBN 978-80-87249-27-7
- MACKEWN, J.: *Gestalt psychoterapie*. Praha, Portál 2009. ISBN 80-7178-922-4

NEUBAUER, K. a kol.: *Kompendium klinické logopedie*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1

NUDEL, R. et al.: Genome-wide association analyses of child genotype effects and parent-of-origin effects in specific language impairment. Article in *Brain and Behavior*, February 2014. http://www.researchgate.net/publication/262046399_Genome-wide_association_analyses_of_child_genotype_effects_and_parent-of-origin_effects_in_specific_language_impairment/

OAKLANDER, V.: *Třinácté komnaty dětské duše*. Dobříš, Drvoštěp 2003. ISBN 80-903306-0-6

RAMUS, F.; MARSHALL, CH. R.: Phonological deficits in specific language impairment and developmental dyslexia: towards a multidimensional model. Article in *Brain*: Januar 2013. <https://www.researchgate.net/publication/235526003>

SIEGEL, D. J.; PAYNEOVÁ-BRYSONOVÁ, T.: *Klidná výchova k disciplíně*. Praha: TRITON, 2015. ISBN 978-80-7387-848-1

VÁGNEROVÁ, M.: *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 8071783080

WINNICOTT, D. W.: *Lidská přirozenost*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1998. ISBN 80-86123-05-7

WINNICOTT, D. W.: *Playing and reality*. London, 1997. ISBN 9780140216776

www.psycholog-praha.net/odborne-clanky/65-gestalt-terapie-4-pohled-na-nektere-psychologicke-otazky-teorie-gestalt-terapie.html

https://cs.wikipedia.org/wiki/Donald_Woods_Winnicott

https://cs.wikipedia.org/wiki/Ego-obranný_mechanismus

https://cs.wikipedia.org/wiki/Teorie_citové_vazby

[https://wikisofia.cz/index.php/Periodizace_lidsk%C3%A9ho_v%C3%BDvoje_\(Erik_Erikson\)](https://wikisofia.cz/index.php/Periodizace_lidsk%C3%A9ho_v%C3%BDvoje_(Erik_Erikson))

VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE – DIAGNOSTICKÁ VÝCHODISKA Z PRAXE KLINICKÉHO LOGOPEDA A PSYCHOLOGA

DEVELOPMENTAL DYSPHASIA – DIAGNOSTIC POSSIBILITIES FROM PRACTICE OF CLINICAL SPEECH THERAPIST AND PSYCHOLOGIST

PhDr. Mgr. Lenka Vacková

Ambulance klinické logopedie. Psychologické poradenství a diagnostika. Wellnerova 3c, 779 00 Olomouc

logo-psycho.ol@seznam.cz

Abstrakt

Daný článek se snaží o krátký vhled do problematiky vývojové dysfázie. Téma je velmi rozsáhlé a není možné jej v rámci daného sdělení plně obsáhnout. Cílem je však ukázat na možnosti logopedické diagnostiky a diferenciální diagnostiky, využívání některých vývojových škál a testů vhodných pro práci klinického logopeda. Právě užívání škál a testových baterií umožňuje lépe sledovat vývoj postižení v čase a umožňovat tak přesnější zacílení terapie. V neposlední řadě také pomáhá získávat cenné informace pro výzkumnou oblast.

Abstract

The article tries to bring a brief insight developmental dysphasia. Issue is very extensive and it is not possible to comprehend its width fully in this article. The main aim is to show the possibilities of diagnosis and differential diagnoses, the use of some developmental scales and tests applicable to clinical speech therapist. It is especially the use of scales and tests battery which enables us to follow better development of disorders in time and helps us to aim the therapy more precisely. Very importantly it facilitates to gain valuable information for research.

Klíčová slova

vývojová dysfázie, diagnostika, diferenciální diagnostika, MKN-10, DSM-V, škály, testové baterie

Keywords

developmental dysphasia, diagnosis, differential diagnoses, MKN-10, DSM-V, scales, tests battery

Vývojová dysfázie. MKN-10, DSM-V

V logopedické terminologii se nejčastěji setkáváme s označením vývojová dysfázie. Tento název podporuje i řada foniatrů a neurologů. Již ze samotného názvu tak vyplývá, že se jedná o poruchu řeči (dys-), u dítěte (vývojová) a dá se zařadit do kategorie dalších dysfunkcí nebo ztráty funkcí v rámci lékařské/zdravotnické terminologie (Dlouhá et al., 2017).

Při diagnostice vývojové dysfázie postupujeme dle MKN-10, která užívá označení expresivní a receptivní porucha řeči a řadí je mezi poruchy psychického vývoje. V této souvislosti je nutné, aby daná porucha vznikla již v raném dětství, zahrnovala postižení ve vývoji funkcí, které mají vztah k biologickému zrání CNS a mají stálý průběh bez remisí a relapsů. Časté je postižení prostorové orientace a motorické koordinace. Dané postižení se mnohokrát s přibývajícím věkem zmírňuje. Drobnější obtíže však obvykle přetrvávají i do dospělého věku. U expresivní poruchy řeči je schopnost užívat mluvenou řeč pod úrovní mentálního věku dítěte a schopnost chápání je normální. Poruchy artikulace nemusí být vždy přítomné. Při receptivní poruše řeči je chápání řeči pod úrovní mentálního věku dítěte a téměř vždy je významně porušena expresivní řeč (pozn. tuto problematiku detailně rozvádí Pospíšilová v nově vydané publikaci Kompendium klinické logopedie [Neubauer et al., 2018], kde upozorňuje již na chybný překlad dané poruchy a současně porovnává uchopení diagnózy jednotlivými klasifikačními systémy s ohledem na aktuální neurofyziologické poznatky).

Ve své praxi se často setkáváme se smíšenými formami vývojové dysfázie, kdy je



PhDr. Mgr. Lenka Vacková,
klinický logoped, psycholog

receptivní složka řeči porušena v pásmu mírném až těžkém. A právě mírné narušení receptivní složky řeči může unikat větší pozornosti, ať už samotným rodičům, či jiným dospělým, se kterými dítě přichází do kontaktu.

Expresivní a receptivní poruchy řeči se mohou vyskytovat v komorbiditě s jinou diagnózou, pak hovoříme o kombinované narušené komunikační schopnosti, kdy je nutné uvést obě diagnózy, přičemž jako první se uvádí ta, která má výraznější klinický obraz (Richterová, 2018).

Dle MKN-10 je možná kombinace vývojové dysfázie a poruchy plynulosti řeči, dysartrie, dyspraxie, elektivního mutismu a ADHD aj. Užívání tohoto diagnostického manuálu však vylučuje kombinaci této diagnózy s prostým opožděným vývojem, mentálním postižením a poruchami autistického spektra (PAS). V rámci diferenciální diagnostiky je pak důležité odlišení od získané afázie s epilepsií (Landauův-Kleffnerův syndrom) a jazykového opoždění způsobeného ztrátou sluchu. Je tedy nutné, aby byly tyto děti současně odborně vyšetřeny specialistou v oboru neurologie a foniatrie. V rámci diferenciální diagnostiky je však vhodné brát v úvahu i skutečnost, že u dětí s vývojovou dysfázií může docházet k nízkým výkonům v inteligenčních testech, sekundárně daných

podstatou poruchy. Z našeho pohledu je pak významná funkční využitelnost intelektu. I přes dobrou úroveň intelektu v názorových subtestech může být u dítěte s těžkou formou vývojové dysfázie (s převahou obtíží v receptivní složce) míra pomoci srovnatelná jako u jedinců s mentálním postižením.

V klinické praxi narážíme na to, že současný diagnostický manuál (který je pro zdravotníky závazný) je již zastaralý a nereflextuje aktuální vědecké poznatky. Ocitáme se tak pro nás v „nekomfortním“ meziobdobí, kdy manuál MKN-10 již zcela neplatí a MKN-11 ještě neplatí. Tento problém výrazně vystupuje v rámci diferenciálního odlišení autismu a dysfázie. Podle DSM-V (Raboch et. al., 2018) je možná komorbidita autismu a vývojové dysfázie a z naší zkušenosti tak i někteří pedopsychiatři v rámci své praxe postupují. Jiní odborníci však komorbiditu vylučují a hovoří o pervazivní vývojové poruše (Dlouhá et al., 2017). Například Krejčířová (in Dlouhá et al., 2017) zdůrazňuje, že závažná porucha řeči je jedním ze tří hlavních diagnostických kritérií autismu a je jedním ze symptomů bazálního sociálního deficitu. V praxi pak bývá diagnóza vývojové dysfázie stanovena nejčastěji foniatrem a autismus pedopsychiatrem, což z našeho pohledu může rovněž způsobovat rozdíly

v samotné diagnóze. Tato diagnostická nejednotnost však často způsobuje v „terénu“ určitý diskomfort a rozladění na straně samotné rodiny dítěte s dysfázií. Pokud je u dítěte diagnostikována vývojová dysfázie, spadá pod SPC logopedické, v případě, že je u dítěte autismus, je přiřazeno do SPC pro děti s PAS. Stává se, že dítě tak putuje z jednoho školského zařízení do druhého a zpět na základě „měnící se“ diagnózy podle toho, kterého odborníka navštíví. Je otázkou, zda by současné přiznání komorbidit dysfázie a autismu v připravované MKN-11 „neusnadnilo“ následnou péči o tyto děti.

Pospíšilová (2018) zdůrazňuje přesné definování pragmatické komunikační poruchy a vývojové dysfázie, které by mohlo napomoci k diferenciálnímu odlišení od PAS. Jako možnou cestu vidí Test pragmatického jazyka (Test of Pragmatic Language, TOPL-2), kterou ověřuje na české populaci v rámci vlastní praxe.

Pro lepší názornost v rozdílech mezi vývojovou dysfázií a PAS uvádíme tabulku 1, ve které jsme se pokusili definovat základní pozorovatelná kritéria rozdílů těchto dvou diagnóz s využitím Posuzovací škály dětského autismu – CARS2 (Schopler et al., 2018).

	Vývojová dysfázie	PAS
Vztah k lidem	Uvědomování si přítomnosti druhých, možné obtíže v kvalitě a reciprocitě sociální interakce dané primárně narušenou komunikací. Případná sociální izolace až sekundárně (často u těžkých receptivních forem). K vzájemným výměnám dochází nekonzistentně, nepřiměřeně dané situaci (primárně obtíže v řeči).	Různý stupeň obtíží v navazování vztahů s druhými od interakce, která slouží pouze pro uspokojení běžných potřeb, a potřeb v oblasti svých specifických zájmů, až po minimální reakce na pobídky od druhých. K vzájemným výměnám dochází nekonzistentně, nepřiměřeně dané situaci (primárně sociální deficit).
Schopnost napodobovat zvuky, slova, pohyby a aktivity	Obtíže s nápodobou zvuků a slov dané primárně obtížemi ve sluchovém zpracování, sekundárně může docházet k vyhybavému chování danému opakovaným vystavováním dítěte neúspěchu, nadměrnému tlaku pro danou aktivitu. U některých dětí s vývojovou dysfázií obtíže s plánem pohybu.	Různé kvalitativní obtíže s verbální, motorickou a sociální nápodobou. Chybí smysl pro vzájemnost, sdílení v odlišné míře. Pokud je imitace přítomná, je však v kvalitě a frekvenci nápadná.

Emoce	Obtíže s regulací emocí jako důsledek deficitů v řeči (neschopnost se vyjádřit, obtíže s chápáním řeči). Širší paleta emočních projevů. Schopnost regulovat své chování na základě rozpoznání výrazů emocí u druhých. Schopnost přebírat perspektivu druhých. Určitá sociální neobratnost je až sekundárním důsledkem poruchy.	Extrémní emoční reakce až po oploštělou emotivitu. Neverbální doprovod emocí nemusí vždy souhlasit s obsahem slovního sdělení. Různý stupeň obtíží s popisem vlastních emocí, jejich porozumění. Obtíže s regulací emocí na základě porozumění jemnějším výrazům tváře u druhých. Místy nerozumí jemnějším výrazům typu ironie, ambivalence apod. Různý stupeň obtíží s přebíráním perspektivy od druhých.
Motorika	Časté obtíže v jemné a hrubé motorice, v koordinaci pohybů ale bez motorických stereotypů.	Obtíže v jemné a hrubé motorice, motorická neobratnost, mohou být přítomny i motorické stereotypy, autoagresivní chování, kývání se, točení se, chůze po špičkách.
Hra	Může být nižší zájem o knížky, čtení z knížek, ale bez atypické herní aktivity. Hra může být na nižší úrovni díky deficitům v porozumění a řeči (mohou být upřednostňovány hry konstrukční povahy).	Různý stupeň zájmu o herní aktivity od atypického používání (pozornost zaměřená na nepodstatnou část hračky, fascinace odleskem, pohybem) po nepřiměřený zájem (např. fascinace technickými přístroji).
Adaptabilita	Se vzrůstající mírou deficitů v řeči dochází u dítěte k frustraci, neurotickým projevům, v krajním případě i depresím.	Různý stupeň zvládání změn a přizpůsobení se jim. Silná potřeba dokončovat dané aktivity. Významný vliv deficitů v sociálním porozumění.
Zrakové reakce	Oční kontakt nebývá narušen. V případě komorbidit s ADHD nemusí být oční kontakt dostatečně modulovaný s řečí.	Časté obtíže v navázání nebo udržení očního kontaktu. Mohou být přítomny fascinace zrcadly, světly, dívání se do prázdna, z různých úhlů či přidržování si předmětů blízko očí.
Sluchové reakce	Zvláštnosti v reakci na sluchové podněty ve smyslu hyper- či hyposenzitivní reakce, které jsou pak součástí poruchy senzoryckého zpracování.	Časté fluktuující reakce na sluchové podněty určité kvality od přecitlivělé reakce až po ignoraci, někdy i zakrývání si uší rukama.
Smysly	Zvláštnosti v reakci na smyslové podněty nejsou součástí diagnostiky pro dysfázii, v komorbiditě se mohou projevovat jako součásti poruchy senzoryckého zpracování.	Časté zvláštnosti týkající se abnormní reakce na čichové, chuťové a hmatové podněty. Může se objevovat zaujetí očíháváním, ochutnáváním, olizováním předmětů nebo lidí. Různé zvláštnosti ve vnímání bolesti (od ignorace až po extrémně silnou reakci na bolest). V rámci DSM-V pak součást diagnostického kritéria pro autismus.
Strach. Nervozita	Není diagnostickým kritériem pro danou poruchu. Sekundárně se může objevovat strach nebo nervozita v souvislosti s frustrací z řeči.	Časté strachy nebo nervozita, která je neúměrná situaci a věku. Mohou se objevovat i obtíže s vnímáním reálného nebezpečí, riskantní chování.
Verbální komunikace	Různý stupeň řečových obtíží od lehkých dysgramatismů až po těžké obtíže ve verbální produkci, ale bez bizarnosti.	Obtíže v řeči různého stupně. Pokud je většina verbálního projevu srozumitelná, může se objevovat vyšší frekvence echolálie. U těžších obtíží častý žargon, echolálie, záměny zájmen, nadměrné kladení otázek nebo preference určitých témat. U těžkých forem časté bizarní užívání určitých slov či zvuků.

Neverbální komunikace	Většinou živá gestikulace, snaha nahrazovat deficity ve verbální produkci znaky a mimikou. Nebývají obtíže v porozumění neverbální komunikaci druhých lidí.	Různý stupeň narušení neverbální komunikace. Časté obtíže s ukazováním, schopností své potřeby a přání neverbálně vyjádřit. Mohou se objevovat bizarní, zvláštní nesmyslná gesta, deficity v chápání gest a obličejové exprese u druhých.
Aktivita	Mohou se objevovat poruchy aktivity jako součást syndromu ADHD.	Časté zvláštnosti v aktivitě ve smyslu hypo- nebo hyperaktivity. Mohou se objevovat i obtíže se spánkem.
Kognitivní profil schopností	Často nerovnoměrně rozložený, s převahou názorové složky. Primárně však nejde o mentální postižení.	Nerovnoměrné rozložení schopností, které se pohybují v pásmu deficitu i normy. Celkový intelekt od pásma nadprůměru po těžké mentální postižení. Funkční využití intelektu bývá často nižší.

Tabulka 1: Diferenciální diagnostika vývojové dysfázie/ PAS

Testy a škály

Obecně platí, že pro co nejpříznivější prognózu dané poruchy je zásadní včasné zachycení dětí s rizikem, ale i bez něj. Z tohoto důvodu je nutné, aby byli kliničtí logopedové připraveni přijímat děti již od nejtělejšího věku a pracovat s nimi.

Diagnostiku vývojové dysfázie dále stěžuje poměrně variabilní klinický obraz, daná porucha řeči bývá často spojena s dalšími kognitivními deficity, které nemusejí být přítomny u všech dětí. Jak uvádí Krejčířová (in Dlouhá et al., 2017), v některých případech může být porucha řeči přímým důsledkem základní neuropsychologické dysfunkce, jako je tomu např. u poruchy sluchové percepce nebo poruchy verbální paměti. V jiných případech jde o deficity, které jsou funkčně relativně nezávislé, avšak vyžadují cílenou terapii (např. vizuoprostorové poruchy). U dětí s vývojovou dysfázií se tak setkáváme s poruchami percepce (zejména verbální sluchovou agnózií, fonologickými poruchami, s deficity ve vnímání sekvencí, zpomaleným tempem zpracování verbálních podnětů, obtížemi s diskriminací apod.), s poruchami pozornosti, paměti (zejména krátkodobé verbální paměti, pracovní paměti, tzv. artikulační smyčka), s deficity exekutivních funkcí a integračních dovedností, motorickou neobratností a vizuoprostorovými obtížemi.

Pro samotnou logopedickou diagnostiku vývojové dysfázie je stěžejní právě vyšetření řeči u dítěte, a to jak exprese, tak porozumění ve vztahu k jeho adaptivnímu fungování. Informace od rodičů mohou být v této souvislosti velmi zkreslené a je na nás, abychom byli schopni zjistit vývojový stupeň řeči (velmi často se stává, že dítě rozumí danému slovu / slovní

instrukci jen v určitém kontextu, a rodič tak nemusí deficity v porozumění u dítěte rozpoznat).

V klinické logopedii není standardizovaný test řeči, který by bezpečně určil danou diagnózu – jen pro srovnání, pro diagnostiku PAS jsou k dispozici dva standardizované testy CARS2 (Schopler et al., 2018) a ADOS-2 (Lord et al., 2014). Jak uvádí Pospíšilová (Neubauer et al., 2018), v současné době probíhá standardizace testu receptivní slovní zásoby Peabody Picture Vocabulary Test. Jeho využívání v klinické praxi nám dle našeho pohledu může významně usnadnit stanovení dané diagnózy.

Jako výhodné se jeví používání vývojových škál. I klinický logoped může po zaškolení využívat **Bayleyové škály** (2006) určené pro děti do tří let věku (pozn. její třetí verze však ještě nemá na rozdíl od svého druhého zpracování české normy). Administrací mentální, motorické škály a škály chování tak získá cenné informace o aktuálním vývoji dítěte a míře poruchy. Současně tak může lépe plánovat terapeutické postupy a intervence směřované k rodině dítěte. Určitou nevýhodou dané škály je však menší počet položek ke zjištění úrovně řeči.

V naší praxi se nám osvědčilo (i pro děti s vývojovou dysfázií) používání **Edukačního hodnotícího profilu dítěte s poruchou autistického spektra pro děti 0–7 roků** (Čadilová, Žampachová et al., 2012), jež je schopen poměrně snadno zmapovat jednotlivé složky osobnosti dítěte (zejména sociální a emoční vývoj, receptivní a expresivní řeč, hru, jemnou a hrubou motoriku, imitační chování, sebeobsluhu) a pomoci tak nastavit efektivní terapeutický plán. Nevýhodou této metody

je pak možný významný rozptyl v rámci jednotlivých položek (tj. hodnocení, když dítě plní dané položky konstantně a mezi vývojovým potencionálem). Současně máme zkušenost s mírným nadhodnocováním výsledků zejména v oblasti receptivní řeči.

Token test (Bolcekova et al., 2015), který obsahuje zvlášť verzi pro děti a dospělé, je považován za jednoduchou, krátkou a psychometricky nenáročnou metodu. Tento test se dočkal již standardizace pro českou populaci a primárně umožňuje hodnocení porozumění mluvené řeči. Jeho administrace nám poskytuje také informace o kvalitě pozornosti, soustředění se na verbální informaci a kapacitě pracovní verbální paměti.

Ke zjištění perцепčně motorických schopností je pak vhodné využívat některé kresebné techniky, které poměrně snadno umožní zjistit potřebné informace. Mezi nejpoužívanější patří **Test obkreslování** (Matějček, Vágnerová, 1992) a **Kresba postavy** (Šturma, Vágnerová, 2010). U dětí s vývojovou dysfázií tak nacházíme typické znaky, které nám pomáhají ke stanovení diagnózy a následně pak ke sledování průběhu vývoje poruchy (např. grafomotorika je na nižší vývojové úrovni než odpovídá chronologickému věku dítěte, významná disproportionálnost v provedení, obtíže s umístěním na ploše papíru, s napojováním jednotlivých částí, přetažené a nedotažené linie, zdvojování čar, třes). Obecně platí, že kresba bývá u „zdravých“ dětí oblíbená a žádaná aktivita, což se často netýká dětí s vývojovou dysfázií, u nichž jsou v rámci vyšetření patrné projevy strachu z neúspěchu až po úplné odmítání kresby (pozn. u dětí s PAS pak mnohdy nacházíme lepší výsledky v testech na obkreslování

než při samotné kresbě lidské postavy, kterou častokrát negují).

V této souvislosti je vhodné taktéž vyšetření citlivosti v oblasti rukou, vyloučení přítomnosti některých primárních reflexů (např. palmární reflex, asymetrický-tonický šijový reflex, rooting reflex, tonický-labyrintový reflex), které mohou ovlivňovat kvalitu grafomotoriky (Blythe, 2012, Volemanová, 2013).

Ke zjištění zrakové percepce pak můžeme použít např. **Vývojový test zrakového vnímání** od Frostigové, který je určený dětem od čtyř do osmi roků (Krejčířová, Říčan, 2016), **Reverzní test** (Edfeldt, 1992) či *Test zrakového vnímání a soubor pracovních listů pro rozvoj zrakového vnímání* (Felcmanová, 2017), (pozn: test je možné využívat po absolvování školícího kurzu).

V našich podmínkách je hojně využíváný **Test laterality** (Žlab, Matějček, 2000),

který zjišťuje laterální preferenci a dominanci ruky a oka, a doplňkové úkoly na zjištění laterality nohy a ucha. Jako přínosnější se však jeví využívání testů na nedostatky „midline crossing“ – např. **Test QHP** (quantification of hand preference), který lépe ukazuje na nevyzrálou či dominanci CNS (Dlouhá, 2017).

V logopedické praxi běžně užívané **testy Ozereckého – Vyšetření jemné motoriky dle Ozereckého a Kwinta – Test aktivní mimické psychomotoriky dle Kwinta** (Škodová, Jedlička et al., 2003) nám dle našich zkušeností neumožňují získat plnohodnotné informace o stavu motoriky a je nutné je při jejich užívání doplnit o detailnější informace z jiných testovacích nástrojů (např. **MABC-2 Test motoriky pro děti** (Henderson, 2014), **Test 3F** (Roubíčková, Hedánek, 2011) aj.). Ke zjištění případných senzorních obtíží pak můžeme využít např. **Dotazník funkčního**

poslechu – Listening Skills Inventory (Wallace, 2008) či **Short Sensory Profile** (Dunn, 1999).

Standardizovaný test **Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí** (Škodová, Jedlička et al., 2003) umožňuje zhodnotit zralost sluchového vnímání v čase a díky své snadné administraci je hojně využíván v praxi klinických logopedů.

U školních dětí pak hodnotíme čtení a psaní a sledujeme tak případné specifické vývojové poruchy učení typu dyslexie, dysgrafie a dysortografie. Pro děti od pěti roků je možné použít test **Deficity dílčích funkcí** (Sindelárová, 2003), který detailně postihuje úroveň percepčních a kognitivních funkcí a kromě diagnostiky umožňuje nastavení nápravného a tréninkového programu.

Edukačně – hodnotící profil dítěte s poruchou autistického spektra (do 7 let)
Bayleyové škály
Deficity dílčích funkcí
Dotazník funkčního poslechu
Dysartrický profil. Test 3F
Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí
Kresba postavy
Posuzovací škála dětského autismu CARS2
MABC-2 – Test motoriky pro děti
Reverzní test
Short Sensory Profile
Test aktivní mimické psychomotoriky dle Kwinta
Test laterality
Test obkreslování
Test QHP
Test zrakového vnímání a soubor pracovních listů pro rozvoj zrakového vnímání
Token test
Vyšetření jemné motoriky dle Ozereckého
Vývojový test zrakového vnímání

Tabulka 2: Testy a dotazníky vhodné i pro klinické logopedy

Máme-li i psychologické vzdělání, můžeme po zaškolení využívat standardizovaný **Standfordský Binetův inteligenční test – IV. Revize** (Thorndike, 1996) vhodný pro děti od tří roků. Jeho nevýhodou je menší atraktivnost testovacího materiálu pro děti oproti jeho starší verzi S-B testu. Pro děti s komunikačními obtížemi je pak doporučováno testování pomocí **SON-R 2 ½–7** (Tellegen et al., 2008), jehož přínosem je zejména skutečnost, že patří mezi

neverbální inteligenční testy použitelné již pro děti od 2,5 roku. Jeho snad jedinou nevýhodou je pak poměrně vysoká pořizovací cena.

Cenné informace získáme z poměrně nového psychologického testu **IDS** (Grob et al. 2014), který je vhodný pro děti od pěti do jedenácti roků. Předností tohoto testovacího souboru je mimo jiné zjištění úrovně neverbálního pojmového myšlení, fonologického sluchu (fonologická

smyčka) a sluchové paměti v rámci vyšetření kognitivního vývoje. Mimo motorické zkoušky pak obsahuje subtesty ke zjištění informací o expresivní, receptivní řeči a socioemočních kompetencích, které mohou poskytnout důležité informace v rámci diferenciální diagnostiky vývojové dysfázie od PAS.

Pro šestileté děti je pak doporučováno administrovat standardizovaný psychologický test **WISC-III.** (Wechsler, 2002),

který umožňuje poměrně dobře zmapovat verbální a názorovou oblast, jež bývá u dětí s vývojovou dysfázií nerovnoměrně rozložena.

Shrnutí a závěr

Aktuální diagnostika vývojové dysfázie vychází z manuálu MKN-10, který již není schopen dostatečně reflektovat současné

neurovývojové poznatky. Má-li se klinický logoped stát rovnocenným členem v mezioborovém týmu odborníků zabývajícím se vývojovou dysfázií, je nutné, aby využíval mimo pozorování a rozhovor také diagnostické škály a testy, nejlépe standardizované, které umožňují vnímat klinický obraz vývojové dysfázie v čase. V současné době však není v klinické logopedii

k dispozici standardizovaný test k určení vývojové dysfázie. Právě vytváření standardizovaných testů a jejich výhradní užívání klinickými logopedy by tak mohlo napomoci k jasnějšímu rozlišení práce „klinika“ od tzv. „školního“ logopeda a tím čitelnějšímu vymezení oboru klinická logopedie pro laickou i odbornou veřejnost.

Literatura

BAYLEY, N., 2006. Bayley Scales of Infant and Toddler Development – 3rd Edition (Bayley III). San Antonio, TX: Harcourt Assessment. Praha: Testcentrum – Hogrefe.

BLYTHE, S. G., 2012. *Dítě v rovnováze. Pohyb a učení v raném dětství*. 2 vyd. Praha: Institut psychoterapie a socioterapie. ISBN 978-80-9710-330-9.

BOLCEKOVÁ, E., M. PREISS, L. KREJČOVÁ, 2015. *Token test*. Otrokovice: Propsyco.

ČADILOVÁ, V., Z. ŽAMPACHOVÁ a kol., 2012. *Edukačně – hodnotící profil dítěte s poruchou autistického spektra (do 7 let)*. Praha: Pasparta.

DLOUHÁ, O. et al., 2017. *Poruchy vývoje řeči*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-314-2.

DUNN, W., 1999. *Short Sensory Profile*. San Antonio, TX: Harcourt Assessment.

EDFELDT, A.W., 1992. *Reverzní test*. Brno: Psychodiagnostika.

FELCMANOVÁ, L., 2013. *Test zrakového vnímání a soubor pracovních listů pro rozvoj zrakového vnímání*. Praha: Dyscentrum.

GROB, A., Ch. S. MEYER a P.HAGMANN – von ARX, 2013. IDS. *Intelligenční a vývojová škála pro děti ve věku 5–10 let*. Praha: Testcentrum – Hogrefe.

HENDERSON, S. E., SUGDEN, D. A., BARNETT, A. L., 2014. *MABC-2 - Test motoriky pro děti*. Praha: Testcentrum – Hogrefe.

KREJČÍŘOVÁ, D., P. ŘÍČAN, 2006. *Dětská klinická psychologie*. 4 vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9.

LORD, C., K.GOTHAM, M. RUTTER, P. C. DILAVORE, S. RISI, S. L. BISHOP, R. J. LUYSTER, W. GUTHRIE, 2014. *ADOS-2 – Diagnostika a hodnocení poruchy autistického spektra*. Praha: Testcentrum – Hogrefe.

MATĚJČEK, Z., M. VÁGNEROVÁ, 1992. *Test obkreslování*. Bratislava: Psychodiagnostika, spoločnosť s r. o.

MATĚJČEK, Z., Z. ŽLAB, 2000. *Test laterality*. Brno: Psychodiagnostika.

MKN-10 [online], [cit. 2019-04-02]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

NEUBAUER, K. et al., 2018. *Kompendium klinické logopedie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1390-1.

POSPÍŠILOVÁ, L. (2018), Vývojové poruchy řeči/ jazyka/ komunikace v současném konceptu neurovývojových poruch. *Listy klinické logopedie*, e- časopis, č. 1/2018, s. 39 – 44, Dostupné z: http://casopis.aklcr.cz/subdom/casopis/wp-content/uploads/2019/01/18_0161_Listy_klinicke_logopedie_1_2018.pdf

RABOCH, J., M.HRDLIČKA, P. MOHR, P. PAVLOVSKÝ, R. PTÁČEK, 2015. *DSM-5 - Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Testcentrum – Hogrefe. ISBN 978-80-86471-52-5.

RICHTROVÁ, B., 2018. Diagnostická rozvaha nad specifickými vývojovými poruchami řeči a jazyka. *Listy klinické logopedie*, e- časopis, č. 1/2018, s. 12 – 16, Dostupné z: http://casopis.aklcr.cz/subdom/casopis/wp-content/uploads/2019/01/18_0161_Listy_klinicke_logopedie_1_2018.pdf

ROUBÍČKOVÁ, J., J. HEDÁNEK, 2011. *Dysartrický profil*. Test 3F. 3 vyd. Praha: Galén.

SCHOPLER, E., M. E. VAN BOURGONDIE, G. J. WELLMANN, S. R. LOVE, 2015. *Posuzovací škála dětského autismu CARS2*. Praha: Testcentrum – Hogrefe.

SINDELÁROVÁ, B., 2007. *Deficity dílčích funkcí*. Brno: Psychodiagnostika.

ŠKODOVÁ, E., I. Jedlička a kol., 2003. *Klinická logopedie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-340-6.

ŠKODOVÁ, E., F. MICHEK, M. MORAVCOVÁ, 1995. *Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí*. Praha: Realia a.s.

ŠTURMA, J., M. VÁGNEROVÁ, 2010. *Kresba postavy*. Brno: Psychodiagnostika s.r.o.

TELLEGEN, P. J., J. A. LAROS, D. HEIDER, 2008. *SON-R 2 ½ - 7. Neverbální inteligenční test*. Praha: Testcentrum – Hogrefe.

- THORNDIKE, R. L., E. P. HAGEN, J. M. SATTLER, 1996. *Standfordský Binetův inteligenční test – IV. Revize*. Brno: Psychodiagnostika.
- VOLEMANOVÁ, M., 2013. *Přetrvávající primární reflexy, opomíjený faktor problémů učení a chování*. Praha: Volemanová Marja Annemiek – Red tulip.
- WALLACE, K., 2008. *Listening Skills Inventor. Vital Links and Sensory History Questionnaire by Kerry Wallace*.
- WECHSLER, D., 2002. WISC-III. *Wechslerova inteligenční škála pro děti*. Praha: Testcentrum – Hogrefe. ISBN 80-86471-29-5.
-

VZNIKÁ NOVÁ DIAGNOSTICKÁ BATERIE PRO POSUZOVÁNÍ JAZYKOVÝCH ZNALOSTÍ A DOVEDNOSTÍ DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO A RANÉHO ŠKOLNÍHO VĚKU

Doc. PhDr. Gabriela Seidlová Málková, Ph.D.

Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií, U Kříže 8, 150 00 Praha 5

gabriela.malkova@fhs.cuni.cz

Nabídka standardizovaných diagnostických testů pro posuzování jazykových schopností dětské populace je v České republice velmi omezená. I když se situace postupně zlepšuje a objevují se nástroje pro posuzování alespoň některých aspektů jazykového vývoje, doposud nemáme k dispozici komplexní standardizovaný diagnostický nástroj pro posouzení jazykových schopností dětí předškolního a raného školního věku. V roce 2014 byl v reakci na tuto situaci a primárně pro potřeby širší profesionální veřejnosti publikován soubor diagnostických úloh Diagnostika jazykového vývoje (Seidlová Málková & Smolík 2014). Tato testová baterie původně vznikla jako v podstatě vedlejší produkt výzkumného projektu zaměřeného na sledování vývoje jazykových schopností. Její tvorba proto nemohla probíhat stejně, jako je obvyklé, pokud je cíleně vytvářen psychometrický diagnostický nástroj. Obsah této baterie, její psychometrické vlastnosti i dostupné normativní údaje proto spíše odpovídají screeningovému nástroji.

Pozitivní přijetí této testové baterie profesionální veřejností nás ale vedlo ve snaze hledat cesty pro její další rozvoj. Velkou příležitostí v tomto smyslu bylo nedávné otevření grantových výzev Technologické agentury České republiky pro podporu aplikovaného společenskovedního a humanitního výzkumu, tj. programu Ěta. Tvorba psychometrických diagnostických nástrojů není v České republice zahrnuta do systému hodnocení vědeckého výkonu a bez grantové podpory pro tzv. aplikovaný výzkum bylo proto velmi obtížné tyto nástroje vytvářet. Základní výzkum je zpravidla nezbytnou počáteční fází tvorby kvalitního diagnostického nástroje. Klíčovou fází tvorby standardizovaného psychometrického nástroje ale přestavuje proces získávání a zpracovávání normativních údajů k danému diagnostickému nástroji. To je zpravidla časově, organizačně i finančně

náročný proces, neboť v podstatě potřebujeme získat dostatečné množství údajů o výkonech řady jednotlivců při plnění testů diagnostického nástroje.

Pro projekt rozšíření, zpřesnění a standardizace screeningové verze Diagnostické baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku byla přiznána týmu doc. Seidlové Málkové a doc. Smolíka grantová podpora TAČR pro období 2019–2021. V průběhu řešení projektu s pracovním názvem „Komplexní diagnostická baterie pro posuzování jazykových a fonologických schopností v předškolním a raném školním věku“ by měla být navržena a standardizována nová, obsahově rozšířená struktura testové baterie pro posouzení jazykových znalostí a dovedností dětí od cca 3 do 8 let. Vznikne tak obsahově bohatší, ucelený a z hlediska posuzování procesu osvojování jazyka citlivější nástroj vhodný pro užití v praxi profesionálů ve zdravotnictví i školství.

Specifickým aspektem projektů podpořených programech TAČR Ěta je propojení autorů a tvůrců konkrétního záměru aplikovaného výzkumu s partnerskou organizací nebo institucí působící v praxi řešeného záměru, tzv. aplikačním garantem. Partnerem, tzv. aplikačním garantem, projektu „Komplexní diagnostická baterie pro posuzování jazykových a fonologických schopností v předškolním a raném školním věku“ je Asociace klinických logopedů. Asociace klinických logopedů (AKL) by měla v projektu především poskytovat doporučení pro vhodné a v praxi klinických logopedů funkční sestavení manuálu pro práci s novým diagnostickým nástrojem. Neméně významnou úlohu by měla mít AKL v závěrečných fázích projektu při navrhování struktury a realizaci školení odborníků logopedů pro práci s nově vzniklým diagnostickým nástrojem.



Doc. PhDr. Gabriela Seidlová Málková, Ph.D.

Dříve v textu zmíněná délka projektu naznačuje, jak časově náročný proces tvorby nového diagnostického nástroje bude. V roce 2019 se řešitelský tým věnuje převážně návrhu obsahové struktury testové baterie a pilotnímu ověření tohoto návrhu. Nově vznikající testová baterie by měla ve výsledné verzi obsahovat úlohy pro zjišťování úrovně fonologických, lexikálních a gramatických znalostí i dovedností ve vývojovém kontinuu předškolního věku do konce druhého ročníku základní školy. Fáze získávání normativních údajů

– plánovaná převážně na rok 2020 – bude svým průběhem výrazně závislá na ochotě institucí a profesionálů v praxi poskytovat řešitelům projektu a jejich týmu přístup k dětem, tedy participantům standardizační studie k nové testové baterii. Nezbývá než doufat, že sdílené povědomí o potřebnosti vzniku nových nástrojů pro posuzování jazykového vývoje bude přispívat k plynulosti této realizačně velmi náročné fáze projektu. Poslední rok řešení projektu bude výrazně angažovat aplikačního garanta, tedy AKL. Funkčnost nového

diagnostického nástroje pro užití v praxi klinických logopedů bude značně záviset na ochotě jednotlivců z řad Asociace přispět svým názorem nebo námětem tvůrcům diagnostického nástroje. Autorka tohoto příspěvku a hlavní řešitelka projektu „Komplexní diagnostická baterie pro posuzování jazykových a fonologických schopností v předškolním a raném školním věku“ věří, že se společné dílo podaří a na nadcházející tvůrčí spolupráci se členy AKL se velmi těší.

Literatura

SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G. a SMOLÍK, F. *Diagnostika jazykových schopností. Diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku*. Praha: Grada, 2014.

PORUCHY SLUCHOVÉHO VNÍMÁNÍ U DĚTÍ S VÝVOJOVOU DYSFÁZIÍ VE ŠKOLNÍM VĚKU

DISORDERS OF AUDITORY PERCEPTION IN CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DYSPHASIA

Doc. MUDr. Olga Dlouhá, CSc.

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

olga.dlouha@lf1.cuni.cz

Abstrakt

Cílem našich pozorování je vyšetření sluchového vnímání a porozumění řeči u dětí s vývojovou dysfázií pomocí centrálních dichotických testů. Dichotické poslouchání je technika simultánní prezentace odlišných zvukových podnětů do obou uší. Vyvinuli jsme nové testy v češtině. Ve studiích jsme se zaměřili na porovnání výsledků dětí s vývojovou dysfázií a dětí s normálním vývojem sluchové funkce. Během testování jsme použili několik forem stimulace (slova, věty). Výsledky dichotických testů u dětí s vývojovou dysfázií a dysortografií potvrdily integrační centrální poruchu sluchu a poruchu krátkodobé paměti.

Abstract

The aims of our study: to analyse the role of auditory perception in children suffering from developmental dysphasia (DD) using speech dichotic central tests. Dichotic listening is a technique of simultaneously presentation of different stimuli in both ears. We developed special dichotic tests in Czech language. We have focused on comparison of dichotic listening in pre-school children with DD and in older DD children with dysortographia with normal developed children. Several types tests were used, from two-syllable words or from short sentences. Results of the dichotic tests in children with DD and dysortographia confirmed integration problems in the central perception area and the short-term memory disorder.

Klíčová slova

vývojová dysfázie, dysortografie, dichotické testy

Keywords

developmental dysphasia, dysortographia, dichotic tests

Úvod

Poruchy centrálního sluchového zpracování (CAPD, central auditory processing disorders) mohou existovat u dětí – u vývojových řečově-jazykových poruch, u poruch učení, u poruch pozornosti, obecně u různých poškození CNS – i u dospělých – centrální složka poruchy u periferní percepční nedoslýchavosti, u afázií, degenerativních procesů, u epilepsie. Záleží na plasticitě sluchového analyzátoru a mozku, umožňující dále reorganizovat a organizovat odpovědi na vnitřní a/či vnější změny, které jsou základní ve vývoji paměti a učení.

APD (auditory processing disorder), porucha sluchového zpracování, byla dříve akceptována jako samostatná klinická jednotka (Musiek in Chermak, Musiek, 1997; Ferre, 2001). V posledních letech při porovnávání výsledků souborů dětí s vývojovými poruchami řeči (dysfázií, SLI – specific language impairment), vývojovými poruchami učení (dyslexií, dysortografií) a dětí s ADHD se více prosazují a potvrzují názory (Neijenhuis at al., 2016), že příznaky se u těchto skupin prolínají právě ve smyslu přítomnosti APD; tedy ve formě centrální poruchy rozumění řeči, centrální poruchy sluchu. APD patří tedy mezi symptomy uvedených skupin diagnóz (De Witt at al., 2016). K těmto závěrům došly autorky srovnáním výsledků z 61 studií z období 1954–2015; byly zpracovány tyto diagnózy: ADHD, vývojová dysfázie a dyslexie. Byly vyšetřeny sluchové a zrakové funkce, použity kognitivní a jazykové



Doc. MUDr. Olga Dlouhá, CSc.

testy a posouzeny elektrofyziologické nálezy. Poslechové obtíže měly děti ze všech skupin mimo kontrolních. Poruchy fonemického slyšení jsou u všech 3 diagnóz: u vývojové dysfázie, dyslexie (dysortografie) a u ADHD syndromu. Porucha sluchového zpracování je jedním ze symptomů, který je společný u uvedených diagnóz.

V. W. Rawool se zabývá v obsáhlé publikaci *Auditory Processing Deficits* (2016) klinickými informacemi o této problematice a zdůrazňuje při diagnostice odběr anamnézy: tzn. i screening pomocí dotazníků pro rodiče o poslechových obtížích dětí. Behaviorální testy se zaměřují na diskriminaci slabik, slov 1–2 slabičných, pořadí tónů, na fonemické rozlišování a klasifikaci slovosledu. Důležité je vyšetření binaurální integrace, zvl. testy dichotické i ve formě soutěžících slov a vět. Doplnující jsou testy poslechu řeči v šumu. Objektívni metody měření zahrnují evokované sluchové potenciály (kmenové, se střední latencí a korové s dlouhou latencí sluchových odpovědí). U korových záznamů je důležitá pozornost a soustředění vyšetřovaného subjektu k určení první kognitivní vlny P3. Další centrální testy se zaměřují na binaurální zpracování informací a schopnosti sluchového rozlišování za různých poslechových podmínek. Studie z USA uvádějí výskyt ADHD u 8,2 % školních dětí, jiné až u 19,8 % dětí (Hutchinson et al., 2012). Rizikové faktory jsou genetické, prenatální (kouření a alkoholismus u matek), natální (nedonošenost, snížené Apgar skóre), postnatální (traumatické poškození mozku). Poruchy sluchového zpracování u dětí jsou časté; nejvíce porucha frekvenčního rozlišování spojená s diferenciací formantů; fonologické poruchy také u dyslexií; zvl. poruchy v poslouchání na pozadí šumu. V USA se této problematice věnuje ASHA (American Speech-Language-Hearing Association).

Testy centrálního sluchového zpracování jsou rozděleny různými způsoby do několika kategorií: monotické, dichotické, binaurální testy; řečové /neřečové, nebo z dalšího hlediska na testy, kdy je informace k signálu přidána a naopak oddělená. V dichotických testech se používají jako stimuly slabiky (souhláska-samohláska), slova jednoslabičná (typu souhláska-samohláska-souhláska) nebo dvouslabičná, části vět nebo celé věty několikaslovné (prezentované jako soutěžící nebo jen k identifikaci). Tyto testy slouží jednak k posouzení binaurální integrace či naopak separace, k určení interhemisferální koordinace vjemů, k posouzení, jak posluchač

vnímá, integruje základní informaci při binaurálním poslechu. Testování má navodit prakticky situaci, která je bližší běžnému vnímání zvuků řeči.

Dichotické jsou stimuly, které sice vnímáme současně, ale tyto stimuly nejsou totožné. Jedná se o techniku současné prezentace soutěžících stimulů do obou uší a využívá se k hodnocení hemisferální asymetrie a hodnocení účinků jednostranného poškození. Časové zpracování je zvláště důležité při vnímání řeči k rozzeznání jemných náznaků, jako je znělé a neznělé vyslovování apod. k identifikaci podobných slov. Testy časového zpracování mohou být dobrou předpovědí schopnosti vnímání řeči na centrální úrovni. **Binaurální interakce (integrace)** zahrnuje centrální sluchové procesy umožňující integraci či separaci stimulů, prezentuje interhemisferální spolupráci v této oblasti. S poruchami binaurální integrace souvisí velice úzce asociační deficit. Primárním znakem asociačního deficitu u poruch řeči je neschopnost aplikovat jazyková pravidla na přicházející informace.

V testech centrální sluchové funkce děti s tímto problémem mají obtíže v dichotickém poslouchání. Vykazují deficit v receptivní oblasti řeči, v percepci slovníku, sémantiky a syntaxe.

Metoda a soubor

Na Foniatrické klinice v Praze jsme vytvořili centrální sluchové dichotické testy v českém jazyce a máme s nimi více než 10leté zkušenosti (Dlouhá et al., 2017).

Studie byly zaměřeny na porovnání výsledků testů u dětí s vývojovou dysfázií a u dětí s normálním řečovým vývojem. Ve sledováních byly děti rozděleny podle náročnosti testů do 2 skupin: mladší ve věku 6–7 leté a starší 8–9 leté (dětí, u kterých jsou rezidua vývojové dysfázie patrná do vyššího školního věku). Základní audiologické testy měly děti v normě (tónovou a slovní audiometrii, tympanometrii). Jejich rozumové schopnosti byly průměrné; děti neměly poruchy chování a dobře při vyšetření spolupracovaly.

Testy se snaží zohlednit možnosti dichotického vnímání pomocí dvouslabičných slov i s fonologickou prezentací a pomocí částí vět, kdy je možno hodnotit i centrální integraci, časové zpracování a také kvalitu krátkodobé paměti. Testy nabízejí i hodnocení hemisferální dominance, příp. i asociační schopnosti dětí. Slova byla vybírána z dětského slovníku; u skupiny mladších dětí to byla podstatná jména a slovesa, tedy podmět a přísudek

tvořící v syntéze holou větu. Pro věkově starší skupinu byla již věta náročnější (rozvitá), tvořená dalšími větnými členy.

Obecné podmínky testování jsou: z hlediska pacienta normální periferní sluchový práh, postačující percepční a expresivní jazykové schopnosti, normální rozumové schopnosti, věk a možnost dobrého aktuálního soustředění. Z procedurálního hlediska jsou to: stabilita a kalibrace přístrojového vybavení, kvalita prezentovaných řečových stimulů, nutné porovnání s kontrolními skupinami.

Předpokladem testování bylo nejdříve ověření schopností centrálního zpracování uvedených verbálních podnětů na věkově adekvátních kontrolních skupinách. Zadané úkoly byly prezentovány nadpráhově na 60 dB HL – tato úroveň byla vybrána podle vnímání příjemnosti poslechu u kontrolních osob. Při vyšetření je nutné zaznamenávat co nejpřesněji reprodukci slyšeného – jednak je uvedený záznam přínosem ke zjištění jazykových schopností, např. na úrovni fonologické, jednak je i přínosné sledovat chování dětí, rychlost reakcí nebo neurotizaci.

Výsledky

1. studie dichotického poslechu potvrdily předpoklad obtíží 6–7letých dětí s vývojovou dysfázií v oblasti akustické syntézy několika slabik a slov do vět. V testech, kdy mají děti z dichotického poslechu složit ze dvou dvouslabičných slov holou smysluplnou větu, bylo u 130 dětí (6–7 l.) s vývojovou dysfázií významně odlišné procento úspěšnosti: v testu č. 1 zadání zvládlo 57 % dysfatických dětí, v testu č. 2 to bylo úspěšných 64 % dětí a v testu č. 3 uspělo 63 % dětí. Zdravé děti z kontrolní skupiny testy č. 1–3 splnily na 92 %, 93 % a 91 %. Výsledky byly po zpracování (párový t-test) statisticky významné (hladina pro potvrzení významnosti těchto rozdílů činila $p < 0,001$).

Typické příklady chybných variant, které vznikly při binaurální syntéze při synchronní prezentaci slov do sluchátek, se často opakovaly. Děti chybovaly v opakování zvukově podobných výrazů; docházelo i ke vzniku nových slov syntézou slabik z obou prezentovaných slov, objevily se typické záměny distinktivních rysů hlásek, zvl. samohlásek.

V příkladech výsledků je v textu uvedena holá věta správně a poté opakované výrazy: vítr fouká – vintá (finká); teta volá – tetá; táta kope – táta kape (častá varian-ta); oheň pálí – paheň; kočka mňouká – kočká; tatínek pracuje – pratínek; ptáci letí

– psánci; děti zlobí – zmoty; lampa bliká – blinká (častá varianta); ruka bolí – bulí; paní myje – pamyje nebo myje je; dřevo hoří – dže hoří; kytká voní – fandí; ptáci letí – potáci; táta – teta; kráva bučí – kráčí; máme hračky – mračky; ryba plave – plive; kráva bučí – bočí; zajíc běží – bíží apod.

Celkově děti zachytily v opakování alespoň jednu slabiku z pravého a jednu z levého ucha nebo preferovaly poslech z jedné strany. Dal se vypořádat i vliv laterality, dominance ucha (pravé × levé). Některé děti se snažily použít podobné slovo, které znají, aby vyhověly zadanému úkolu vytvořit větu. Pokud nezachytily podmět z prezentované věty, použily podstatné jméno z předchozího zadání nebo označení blízké osoby (např. oheň hoří – táta hoří; lampa bliká – táta bliká; ruka bolí – táta brulí; děti zlobí – táta zlobí).

2. studie dichotického poslechu byla provedena u starších školních dětí s reziduální vývojovou dysfázií. Ve spontánním řečovém projevu uvedené děti už neměly nápadnou symptomatologii: přetrvávaly občasné obtíže na foneticko-fonologické úrovni (na úrovni sluchové diferenciace distinktivních rysů hlásek). Objevily se ale problémy s přepisem diktovaných textů; obtíže s pochopením verbálních zadání např. slovních úloh v matematice a se strukturací na vyšších jazykových úrovních. Byl zpracován soubor 52 dětí s reziduální dysfázií, které měly problémy s dysortografií (43 dětí 8–9 l.; 9 dětí 10 l.; 37 chlapců, 15 dívek v poměru 2,5 : 1). Výsledky sledovaných dětí s dysortografií byly porovnávány se skupinou

zdravých dětí. Výsledky uvedených dysfatičků v testech č. 1–3 (binaurální integrace 2 dvouslabičných slov do holé věty) se výrazně zlepšily a blížily se normě (úspěšnost v opakování rozložených vět byla 86 %, 87 % a 87 %; $p < 0,001$). Ale uvedení jazykově téměř kompenzovaní dysfatici nesplnili náročnější testy: test č. 4 a 5; úspěšnost byla 73 % a 61 %. Nedokázali opakovat všechna slova ze slyšené věty: převážně vynechali 1–2 výrazy, nebo se snažili doplnit smysl věty novým výrazem, aby vystihli smysl sdělení. Některé starší děti zvládnou dichoticky prezentovanou větu opakovat, ale mají naopak obtíže s rozeznáním konkrétního fonému (zvl. v rysu znělost × neznělost preferují slovo se znělou souhláskou na začátku: např. byl – pil; tužka – puška; byla – pila; dává – mává; kam – tam...).

Závěr

Z výsledků testování audiologickými dichotickými postupy se u dětí s vývojovou dysfázií potvrzuje očekávaný předpoklad v rámci poruchy vnímání řeči ve smyslu poruchy centrálního sluchového zpracování: deficit v dekodování zvuků řeči, integrační deficit pro náročnost časového sledu podnětů, porucha krátkodobé (pracovní) paměti, které vedou k celkové redukci vnímaného sdělení a asociačním problémům (Dlouhá et al., 2017).

Nejvýraznější obtíže měly děti s receptivní nebo smíšenou formou vývojové dysfázie.

Malé, 6–7leté dysfatické děti mají slabé sluchové vědomí, a tak u slov s omezenou entropií nemohou využít možnost

doplnění obsahu sdělení známým pojmem. Redundantní schopnost centrálního sluchového systému mohou využít až starší děti a dospělí (vzhledem ke sluchové zkušenosti i lépe asociují). Deficit v oblasti interhemisferální koordinace vjemů, porucha centrálního sluchového zpracování se týká vývojově staršího věku dětí.

Poruchy vnímání řeči se prezentují ve školním věku ve formě SPU (specifických poruch učení). Z dlouhodobého sledování dysfatičků na foniatričké klinice (na ambulanci, ve stacionářích, na lůžkovém oddělení) je patrné, že symptomatologie dysortografie se objeví až u 70 % dětí s reziduální dysfázií (Dlouhá et al., 2017). Tyto obtíže komplikují celkově výuku (v češtině a v cizích jazycích). Starší školní děti evidentně využívají lépe svých sluchových zkušeností, svého sluchového vědomí a schopnosti asociovat (až do konfabulací – při opakování zadání si často vymýšlejí jazykově a asociačně podobné výrazy). Objevují se u nich asociační přeskoky: ty jsou u starších dysfatičků velice typické.

Diferenciálně-diagnostický přínos testů (potvrzení vztahu poruchy rozumění řeči a poruchy centrální sluchové funkce) není jen v oblasti vývojových poruch řeči; testy mohou sloužit i k posouzení stádia vývoje řeči a k posouzení úspěšnosti rehabilitace řeči. Testování se nám osvědčuje nejen u dětí předškolních (od 6 let), ale i u starších školáků s reziduální formou dysfatických obtíží a s SPU.

Literatura

DLOUHÁ, Olga. *Poruchy vývoje řeči*. Praha: Galén, [2017], s. 254. ISBN 978-80-7492-314-2.

DE WITT, E., VAN DIJK, P. et al.: Characteristics of children with listening difficulties: APD or not? 30th World Congress of the IALP, Dublin, Ireland, 8/2016, abstract book, s. 165.

FERRE J. M.: Understanding children's central auditory disorders. Abstracts, 25th World Congress of the International Association of Logopedics and Phoniatrics. Montreal, 2001.

HUTCHINSON, E., BAVIN, E., EFRON, D., SCIBERRAS, E.: A comparison of working memory profiles in school-aged children with SLI, ADHD, comorbid SLI and ADHD and their typically developing peers. *Child neuropsychology*; 2012, 18(2), pp. 190-207.

CHERMAK, G.D., MUSIEK, F.: *Central auditory processing disorders. (New perspectives)*. Singular Publishing Group, Inc. San Diego. London. 1997, 374 p.

NEIJENHUIS, K. et al.: Perspectives of Dutch health professionals regarding APD; a focus group study. 30th World Congress of the IALP, Dublin, Ireland, 8/2016, abstract book, p. 166.

RAWOOL, V. W.: *Auditory Processing Deficits. Assessment and Intervention*. New York. Stuttgart. Delhi. Rio de Janeiro. Thieme, 2016, 493 p.

VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE SOUČASNOSTI

DEVELOPMENTAL DYSPHASIA AT THE PRESENT TIME

PaedDr. Lenka Pospíšilová^{1,2}

¹Demosthenes – dětské centrum komplexní péče, pracoviště klinické logopedie, Mírová 2, 400 11 Ústí nad Labem

²Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Kateřinská 1660/32, 120 00 Praha 2

lenka.pospisilova@demosthenes.cz

Abstrakt

Přehledový článek prezentuje vývojovou dysfázii na konci druhé dekády 21. století. Autorka se tak se čtenáři dělí o své poznatky díky přípravě disertační práce s názvem Vývojová dysfázie v konceptu neurovývojových poruch. Seznamuje je se závažnými důsledky poruchy, vysvětluje současné pojetí terminologie (včetně zavádějící chyby českého překladu), etiopatogeneze, symptomatologie, komorbidit, diagnostiky a zčásti i na ni navazujících intervenčních strategií. Většina článku se opírá o nedávné závěry významného mezinárodního fóra.

Abstract

This review article presents findings on developmental dysphasia at the end of the second decade of the 21st century. The author shares her knowledge with the reader thanks to the preparation of doctoral thesis called Developmental dysphasia in the concept of neurodevelopmental disorders. This work explains the serious consequences of the disorder, explains the current concept of terminology (including the misleading error of the Czech translation), etiopathogenesis, symptomatology, comorbidities, diagnostics, and in part the related intervention strategies. Most of the article is based on recent conclusions from a major international forum.

Klíčová slova

vývojová dysfázie, vývojová jazyková porucha, neurovývojové poruchy, neurodevelopmental disorders

Keywords

developmental dysphasia, developmental language disorder, neurodevelopmental disorders

Úvod

Jazykové problémy u dětí jsou běžné. Dosud nejpříjemnější odhad jejich prevalence pochází z rozsáhlého reprezentativního vzorku populace z konce minulého století, ve kterém byly identifikovány i děti, u kterých diagnózu nikdo nezjistil, a činí 7, 4 % (Tomblin et al., 1997). Ve vztahu k jejich závažnosti a prevalenci je jejich výzkum oproti ostatním neurovývojovým poruchám (NVP), zejména poruše autistického spektra (PAS) a ADHD, podfinancován. Plyne to z bibliografické analýzy Bishop z roku 2010, která sečetla počet publikací za období čtvrt století a došla k závěru, že porucha pozornosti, jež svojí závažností a prevalencí je srovnatelná s poruchou jazykovou, byla zkoumána šestnáctkrát víc než jazyková. Studie se zabývaly především dopadem na gramotnost. Postupně se objevují výzkumy o závažných celoživotních důsledcích nejen v akademické oblasti, ale také v oblasti duševního zdraví. Díky koncepci NVP také začínáme chápat komorbidní obtíže u dětí s VD. Velmi málo víme o prevalenci a dopadu VD u dospělých.

K důsledkům

Složité a mnohostranná povaha jazyka a typické vzájemné překrývání NVP (Bishop, Rutter, 2008) zvyšují potíže s identifikací a klasifikací jazykové poruchy. Tyto děti jsou vystaveny zvýšenému riziku horších výsledků v akademickém, sociálním a emocionálním vývoji. Bylo doloženo, že vyšší vzdělání a odborná kvalifikace jsou spojeny s lepší úrovní jazyka, četby a IQ (Conti-Ramsden et al., 2018). Většina dětí s jazykovou poruchou má stále problémy ve vztazích s vrstevníky (Mok et al., 2014). Recentní australská studie (Eadie et al., 2014) s rozsáhlým vzorkem shromáždila data o kvalitě života těchto dětí ve věku 4, 7 a 9 let a zjistila, že porucha má významné dopady na kvalitu života již od velmi mladého věku a snížený index se dále



PaedDr. Lenka Pospíšilová

prohlubuje. Obtíže v 7 letech předpovídají nižší kvalitu života v 9 letech, přičemž stupeň poruchy nebyl prediktorem kvality – tedy **i děti s mírnou vývojovou jazykovou poruchou mají funkční omezení podobné jako u těžšího stupně**. Ke snížení kvality života přispívají současně se vyskytující sociálně-emoční obtíže. Nízká úroveň jazyka snižuje možnost porozumět sociální situaci. Norbury a Sonuga-Barke v roce 2017 přicházejí s důkazy, že na psychiatrických klinikách má celá jedna třetina nediodagnostikovanou jazykovou poruchu, 40 % mladých delikventů vykazuje jazykové deficity, z toho čtvrtina splňuje kritéria jazykové poruchy a dívky s touto diagnózou jsou více ohroženy sexuálním zneužíváním. Nizozemsko-britská víceúrovňová analýza potvrdila vyšší úroveň depresivních symptomů u mladých lidí s jazykovou poruchou ve srovnání s intaktními vrstevníky (Bedem et al., 2018).

K terminologii

Ještě donedávna bylo možné hovořit o terminologickém chaosu. Jednak odlišné užívání termínů v anglicky a neanglicky mluvících zemích – v prvním případě především Specific language impairment (SLI) – specifické jazykové postižení, ve druhém Developmental dysphasia (DD) – vývojová dysfázie (VD). Dále všeobecně známý rozdíl v datech posledního vydání DSM a ICD, a tudíž odlišný pohled na problematiku. K nejednotnosti rovněž přispěl český překlad ICD-10, který v MKN-10 uvádí „expresivní poruchu řeči“ a „receptivní poruchu řeči“, namísto „expresivní jazykové poruchy“ a „receptivní jazykové poruchy“.

Nedostatečná shoda v terminologii a diagnostických kritériích ovlivňuje přístup ke službám a brání výzkumu a praxi. Z toho důvodu vznikl velmi zajímavý projekt v anglicky mluvících zemích (Austrálie, Kanada, Irsko, Nový Zéland, Velká Británie a USA). 57 osob, z toho 31 logopedů, 7 odborníků s kombinací logopedie a psychologie, 8 psychologů – včetně školních, 3 pediatri, 1 pedopsychiatri, 1 audiolog, 2 speciální pedagogové a 4 charitativní zástupci (rodiče, dospělí s poruchou), vytvořilo on-line mezinárodní fórum, aby rokovalo za použití Delfské metody se snahou sjednotit terminologii a diagnostická kritéria. Z tohoto smysluplného projektu vzešla 2 prohlášení multinárodního a multidisciplinárního konsorcia: 1) Catalise 2016, Identifikace jazykových poruch u dětí a 2) Fáze 2, Catalise, 2017,

Terminologie (Bishop et al., 2016; Bishop et al., 2017).

Obě zmíněné konsenzuální studie jsou natolik významné, že je třeba, aby se s nimi seznámil jak vědecký, tak praktický svět i v neanglicky mluvících zemích.

Konsorcium se shodlo, že je důležité, aby ti, kteří pracují v oblasti jazykových problémů dětí, používali jednotnou terminologii (Bishop, Snowling et al., 2017). Za nový termín, který vystřídal SLI, byl označen Developmental language disorder, DLD – vývojová jazyková porucha (Bishop, Snowling et al., 2017). Tento termín je zároveň preferován Světovou zdravotnickou organizací (draft ICD-11). Přívlastek znamená v tradičních klasifikačních systémech zdůraznění kontrastu se získaným onemocněním, bez ohledu na věk pacienta, tedy nikoliv předpoklad, že s vývojem porucha vymizí. Co se týče, americká DSM-5 je neobsahuje, ICD-10 rozlišuje typy dva – expresivní jazykovou poruchu a receptivní jazykovou poruchu, připravované vydání ICD-11 zvažuje typy tři: vývojová jazyková porucha s postižením receptivního a expresivního jazyka, vývojová jazyková porucha s postižením převážně expresivního jazyka a vývojová jazyková porucha s postižením převážně pragmatického jazyka. Posledně jmenovaný typ americká DSM-5 řadí jako samostatnou kategorii.

K etiopatogenezi

Recentní studie jazykového konektomu potvrzují pohled na jazyk jako na **autonomní kognitivní mechanismus**, který zahrnuje dynamické interakce syntaktických a sémantických aspektů ve čtyřech dráhách, spojujících funkčně a strukturálně kortikální laloky temporální a frontální (Friederici, Chomsky et al., 2017).

Podobně jako ostatní NVP, také VD má silný genetický základ (Bishop et al., 2006). Nejlepší důkazy pocházejí ze studií dvojčat. Dvě děti stejného věku a vyrůstající spolu jsou vystaveny stejnému domácímu prostředí, přesto se mohou radikálně lišit svými jazykovými dovednostmi (Bishop in Bishop, Norbury, Tomblin, 2008). Nové neurovizuální metody, zejména magnetická rezonance, dokazují abnormality ve struktuře mozku (Liégeois et al., 2014, Vydrová et al., 2015, Evans et al., 2016).

Systematický přehled zjistil, že běžně dokumentované rizikové faktory zahrnují hereditární zátěž na jazykovou poruchu nebo dyslexii, mužské pohlaví, mladšího sourozence ve větší rodině a nižší vzdělání matky (Rudolph, Leonard, 2016).

K symptomatologii

Jedná se o značně heterogenní poruchu, která zahrnuje celou škálu obtíží. Opožděny jsou všechny oblasti jazyka, v některých je postižení výraznější a celková synchronizace vývoje je narušena (Smolík, Seidlová-Málková, 2014). Současná symptomatologie vychází z modelového návrhu zmíněného mezinárodního konsorcia (Bishop, Snowling et al., 2017). Zahrnuje **narušení syntaxe, fonologie, hledání slova (word-finding), sémantiky, pragmatiky, diskurzu a paměti**.

Se syntaxí, fonologií, sémantikou a pragmatikou je česká obec klinických logopedů obeznámena dostatečně. O klíčovém významu krátkodobé verbální paměti je psáno v našem kompendiu – viz kapitola Vývojová dysfázie (Pospíšilová in Neubauer a kol., 2018). Problematika paměti je také rozvinuta zde v části analyzující hlediska ke zhodnocení řeči, jazyka a komunikace (v bodě č. 16).

Proto se nyní zmíním pouze o dvou doménách – hledání či výbavnosti slova a diskurzu.

Výzkum obtíží při získávání lexikálních prvků je poměrně vzácný (Messer, Dockrell, 2006). Tyto obtíže rovněž předpovídají problémy ve čtení a horší výsledky ve škole obecně (Wolf, Segal, 1992). Nevybavit si slovo, potkat každého, z více důvodů, ale například i proto, že ho jedinec nemá ve své slovní zásobě. Avšak v symptomatologii poruchy se jedná o dokladovatelné potíže (word-finding difficulties) ve výbavnosti slov, která děti s VD mohou identifikovat ve své receptivní slovní zásobě (znají jejich význam), ve srovnání s jejich vrstevníky. Doprovodnými příznaky dysnomie jsou reformulace, nadbytečné repetice, slovní vmetky, prázdná slova, dlouhé pauzy, opisné strategie i tzv. sémantické parafráze (Dockrell et al., 1998), jaké známe u dospělých pacientů s afázií.

Dalším příznakem VD bývá narušený diskurz, tedy schopnost rozpravy či výkladu na určité téma buď formou dialogu, či monologu. Jedinci s VD často produkují nesouvislé a pro posluchače obtížně zachytitelné sekvence. V oblasti receptivní mají obtíže pochopit podstatu, zaměří se na jednu část a nevyvodí závěry z celku, jak je zřejmé z americké studie Karasinski a Weismer z roku 2010. Cílem této studie bylo prozkoumat schopnost dedukce z mluvených příběhů u adolescentů s různými kognitivními a jazykovými schopnostmi. Regresní analýzy také ukázaly, že výkon verbální pracovní paměti předpověděl jedinečnou odchylku v přesnosti

úsudku, přesahující míru způsobenou úrovní jazyka a neverbální kognice.

Komorbidita

Koncept NVP zdůrazňuje jejich komorbidní charakter se vzájemným překrýváním (Bishop, Rutter, 2008). Z toho důvodu klinický obraz každého pacienta s VD je významně ovlivněn druhem, typem a stupněm jiných poruch. Mohou se tedy také překrývat problémy řeči, jazyka a komunikace.

Jako typické a velmi časté komorbidní poruchy se jeví artikulační porucha (speech disorder), za kterou považujeme dyslálii a verbální dyspraxii (Lewis et al., 2015), orální a grafická dyspraxie, ADHD a dyslexie. Australská epidemiologická studie zjistila, že 41 % 4letých dětí má současně artikulační poruchu a VD (Eadie et al., 2014). Problematika komorbidit, včetně koexistující VD a dyslálie, je též zahrnuta v konsenzuální studii mezinárodního fóra, viz v části tohoto článku s podtitulem K diagnostice, diferenciální diagnostice i intervenci. Zkoumán je také vztah mezi VD a matematikou, charakteristický sníženými výkony v úlohách s vyšší verbální náročností (Cross et al., 2019).

Koexistující poruchou VD může být rovněž vývojová koktavost, kterou nově zařadila jak Americká psychiatrická společnost do svého manuálu DSM-5, tak Světová zdravotnická organizace do návrhu ICD-11. Pro vývojovou koktavost lze zvažovat i bázi VD s jejími typickými komorbiditami, které popsal Slovák Lechta, zkoumající koktavost, aniž by VD pojmenoval. Lechta (2004, 2010) uvedl tyto rizikové faktory vzniku: opožděný vývoj řeči, disproporce ve vývoji jednotlivých rovin, strukturální odchylky jazykové neuronální sítě a nerovnoměrný vývoj (Pospíšilová in Neubauer et al., 2018). Při diagnostice může docházet k záměnam příznaků balbutické prolongace za dysfatické dysnomie, anebo je zachycen společný výskyt u jednoho jedince (Howell et al., 2016).

VD může být také komplikující komorbidní poruchou u dětí s těžkou ztrátou sluchu (Hoog et al., 2016). Většina sluchově postižených dětí prokáže normální schopnost znakového jazyka, pokud mu je vystavena v raném věku. Avšak některé děti mají jazykové schopnosti v mluveném a/ nebo znakovém jazyce natolik pod úrovní, že nemohou být považovány za sekundární ke ztrátě sluchu. Je tedy možné mít poruchu v získávání znakového jazyka podobně jako mluveného (Morgan et al., 2007). VD také zvažujeme u dětí po kochleárním

implantátu, které nečekaně vykazují špatný pokrok v mluveném jazyce.

Mnoho dětí s poruchou autistického spektra (PAS) má podobné problémy se strukturálními aspekty jazyka, jako mají děti bez PAS (Bishop et al., 2016). Po mnoho let byl autismus považován za zcela odlišný od jiných vývojových jazykových obtíží a diagnóza PAS vedla k odlišnému způsobu vzdělávání/intervence. Nyní se však začíná uznávat, že rozdíl mezi PAS a dalšími NVP není tak jasně vymezen. Na jedné straně existují děti se sociální komunikační poruchou (pragmatickým jazykovým postižením), které mají pragmatickou rovinu jazyka narušenou bez dalších symptomů, splňujících diagnostická kritéria PAS. Na druhé straně je vysoké procento dětí s PAS s jazykovou poruchou, která je pozorována u neautistických dětí (zejména v doménách gramatiky a fonologie). Tam, kde se strukturální jazykové postižení vyskytuje společně s PAS, existují závažnější problémy s receptivním jazykem a funkční komunikací (Loukas et al., 2008). Někteří vědci proto navrhuji (Bishop, Rutter, 2008), aby podmnožina dětí s PAS splňovala kritéria pro komorbidní VD, protože se zdá, že mají primární potíže s gramatikou i přes normální kognitivní schopnosti. Nicméně tento návrh je i nadále kontroverzní a vyžaduje, aby bylo stanoveno rozsáhlé jazykové testování obou populací (Wittke et al., 2017). V posledně jmenované americké studii bylo zjištěno, že pragmatické dovednosti u jedinců s PAS jsou trvale špatné, zatímco gramatické schopnosti se mohou značně lišit, a to i u vysoce funkčních jedinců s autismem.

K diagnostice, diferenciální diagnostice i intervenci

Přestože genetické a neurobiologické faktory jsou velmi silným etiologickým faktorem VD (Morgan, 2013), biologický test pro stanovení diagnózy dosud neexistuje. Musíme se spoléhat na vyšetření klinického obrazu. Poučme se z nedávného prestižního multinárodního a multidisciplinárního fóra, přičemž některé body závěrečného prohlášení konsorcia jsou navíc zkombinovány s dalšími studiemi.

A. Začneme úvahami, kdy a jak by mělo být dítě podstoupeno odbornému vyšetření a intervenci.

Bod č. 1: Existence obav z vývoje řeči, jazyka a komunikace

Důvod k odbornému posouzení/intervenci by měl vycházet od rodičů (či opatrovníků), učitelů a zdravotníků, kteří tyto obavy vyslovují. Doporučeno je spoléhat se na ty, kdo dítě znají.

Bod č. 2: Problémy s chováním nebo psychiatrické obtíže, špatné chápání čteného a slyšeného (obtíže s poslechem)

Jazykové postižení může zůstat nezjištěno. Z toho důvodu by vyšetření na VD mělo být doporučováno dětem, které vykazují poruchy chování, psychiatrické obtíže, dyslexii a snížené porozumění mluvenému projevu.

Bod č. 3: Opožděná mluva (u nás zažitý opožděný vývoj řeči, viz Pospíšilová in Neubauer, 2018) u dětí mladších 2 let
Nizozemská pediatriká studie z roku 2016 vedená Babette Diepeveen dospěla k závěru, že děti ve věku 24 měsíců, které nesplňují jazykové milníky podle věkové normy, jsou vystaveny riziku VD (Pospíšilová in Neubauer et al., 2018). Na druhou stranu řada dětí s opožděnou mluvou (dětí s omezenou expresivní slovní zásobou mezi 18. a 24. měsícem věku) dohání vývoj bez jakékoliv speciální pomoci. Dosavadní výzkum ukázal, že je obtížné předpovědět, které děti budou mít dlouhodobé problémy. Děti s největším rizikem přetrvávajících problémů jsou ty, které hůře rozumějí pokynům, mají obtíže s chápáním a užíváním gest a mají pozitivní rodinnou anamnézu na VD. I u těchto ukazatelů je však predikce výsledků nespolehlivá, s výjimkou případů, kdy jsou problémy závažné (viz bod 4). Proto je po šesti měsících doporučeno přehodnocení, tedy kontrolní vyšetření. **Navíc existují děti s VD bez opožděného vývoje řeči, u nichž se jazykové potíže zachycují mezi čtvrtým a pátým rokem věku.**

Body č. 4–7: Extrémní odchylky od typického vývoje, které svědčí o abnormálním vývoji řeči, jazyka a komunikace ve věku do 5 let (postačí vždy 1 z následujících symptomů):

➤ **Bod č. 4 – ve věku od 1 do 2 let:**

a) nežvatlá; b) nereaguje na řeč a/nebo zvuky; c) minimální nebo žádné pokusy o komunikaci.

➤ **Bod č. 5 – ve věku od 2 do 3 let:**

a) minimální interakce; b) bez záměru komunikovat; c) beze slov; d) minimální reakce na mluvený jazyk; e) regrese nebo zastavení vývoje jazyka.

Dětem, které vykazují některý z těchto příznaků, by měla být provedena

diferenciální diagnostika na sluchovou vadu, PAS a mentální postižení.

Děti, které nedokážou spojit slova ve 24 měsících, mají horší výsledky než ty, které neprodukují žádná slova v 15 měsících, i když je to stále ještě méně dokonalý prediktor (Rudolph, Leonard, 2016). Rizikovým faktorem je pozitivní hereditární zátěž.

➤ *Bod č. 6 – ve věku od 3 do 4 let:*

a) délka výpovědi (promluvy) je nejvýše dvouslovná; b) dítě nerozumí jednoduchým příkazům; c) blízcí příbuzní nemohou pochopit většinu toho, co dítě říká.

Dětem, které vykazují některý z těchto příznaků, by měla být provedena diferenciální diagnostika na sluchovou vadu, PAS a mentální postižení.

➤ *U bodů č. 4–6:*

Další děti v tomto věkovém rozmezí, které uvedené rysy nevykazují, mohou být doporučeny k vyšetření na základě bodů č. 1 nebo 2.

Čím větší je počet oblastí s narušenou funkcí jazyka ve věku 4 let, tím vyšší je pravděpodobnost, že problémy budou přetrvávat ve školním věku.

Opakování vět bylo označeno jako relativně dobrý ukazatel predikce VD (Everitt, at al., 2013).

➤ *Bod č. 7 – ve věku od 4 do 5 let:*

a) nekonzistentní nebo abnormální interakce; b) délka výpovědi (promluvy) čítá nejvýš tři slova; c) špatné porozumění mluvenému jazyku; d) osoba, která dítě nezná, nedokáže pochopit většinu toho, co dítě říká; e) blízcí příbuzní nemohou pochopit více než polovinu toho, co dítě říká.

Položky 4 až 7 označují jednoznačnou abnormalitu, která sice vyvolává obavy, avšak započítat by se měly také obecnější aspekty v bodech 1–2.

Je třeba vzít v úvahu, že u velmi malých dětí může být obtížné jasně rozlišovat mezi poruchami řeči, jazyka a komunikace. Například dítě nežvatlá z nějakého nedostatku komunikačního záměru nebo pro percepční problém či obtíže s produkcí. Jiné děti, u kterých je později identifikována VD, zase nemusely mít v tomto raném věku takové zjevné komunikační problémy.

Dobrou prognózu mají děti předškolního věku s problémy pouze či převážně v expresivní fonologii.

Body č. 8–9: Ve věku 5 let a výš jsou problémy s porozuměním nebo používáním jazyka spíše již perzistentní.

V tomto věku existují následující indikátory atypického vývoje jazyka: a) obtížnost s vyprávěním, převyprávěním, tvorbou souvislého příběhu; b) obtížnost v porozumění čteného nebo/a slyšeného; c) potíže v následování nebo zapamatování mluvených instrukcí; d) logorea a nedostatečné zapojení do reciproční konverzace; e) mnoho příkladů doslovné interpretace, namísto podstaty míněného sdělení.

B. Pokračujeme v analýze aspektů jazykového hodnocení.

Bod č. 10: Kombinovat informace z více zdrojů – rozhovoru s rodiči (pečovateli, opatrovníky, učiteli), rodičovského dotazníku, přímého pozorování dítěte a standardizovaných testů podle věku. I dobře standardizovaný test, který má dobrou spolehlivost, validitu a citlivost, musí být interpretován opatrně. Zejména tehdy, pokud pozadí dítěte (rodina a jazykové prostředí, kultura a náboženství, sociální a emoční vývoj aj.) není srovnatelné se standardní populací. Také řada standardizovaných testů je relativně necitlivá na změny v průběhu doby.

Bod č. 11: Nízké skóre jazykové zkoušky by mělo být interpretováno ve vztahu k informacím z pozorování, z rozhovorů, zejména o dosavadním osvojování jazyka, a z dalších odborných závěrů. Při zvažování potřeb dítěte je třeba brát v úvahu funkční dopad jazykového narušení spolu s výkony v testech.

Bod č. 12: Neexistuje žádná jasná hranice, která by rozlišovala mezi jazykovou poruchou a spodním pásmem normální variability jazykových schopností. Odborný zásah by se měl odvíjet od závažnosti a povahy problémů a od doprovodných rizikových faktorů.

Řada dětí, u nichž je klinicky zjištěno, že mají VD (která ovlivňuje jejich každodenní fungování), se může v testech pohybovat třeba ve středních hodnotách. Tuto skutečnost si můžeme vysvětlit nejen složitostí jazykového konektomu, ale také tím, že položky v jazykových testech mohou být zodpovězeny pomocí nelingvistických kompenzačních strategií.

Bod č. 13: Bylo by užitečné mít standardní soubor kritérií založených na testové baterii, která by pokryla celou řadu aspektů expresivního a receptivního jazyka. Je třeba počítat s nerovnoměrným jazykovým profilem. V Tomblinově epidemiologické

studii z roku 1997 zkoumali tři jazykové domény receptivního a expresivního jazyka, které byly složeny z pěti skórovaných složek. U dětí se dvěma nebo více složenými výsledky pod desátým percentilem byla zvažována VD. Díky tomuto kritériu byla identifikována řada dětí, které nebyly podchyceny před studií. Další vývoj VD potvrdil.

Bod č. 14: Zřídka lze provést vyšetření všech složek jazyka v rámci prvního kontaktu.

Bod č. 15: Jednotlivé aspekty jazyka se liší v citlivosti na sociální a jazykové zázemí. Neexistuje žádný typický jazykový profil spojený se sociálním znevýhodněním. Největší citlivost je u slovní zásoby. Příkladem je americká longitudinální studie, která hodnotila růst receptivní slovní zásoby u 240 probandů s VD od 2 a půl do 21 let. Zjistila, že prediktorem vyšší úspěšnosti je vyšší neverbální IQ a vyšší vzdělání matek (Rice, Hoffman, 2015; Pospíšilová in Neubauer et al., 2018).

Bod č. 16: Na druhé straně aspekty relativně neovlivněné sociálním a kulturním zázemím jsou kapacita krátkodobé verbální paměti (tzv. fonologická smyčka) a gramatika (Bishop et al., 2006). Zejména tyto domény mají silný genetický vliv. Je však třeba zdůraznit, že některé děti mohou mít těžký stupeň VD a tyto domény narušené méně či vůbec.

Bod č. 17: Intervenčním slibným přístupem je přístup vývojový, který kopíruje osvojování jazyka.

Bod č. 18: Existuje celá řada důkazů, které ukazují, že bilingvální a multilingvální výchova je pro mnoho dětí bezproblémová. Tedy bilingvismus a multilingvismus k jazykovým obtížím nevede. Rizikovým faktorem špatného akademického úspěchu je používat jiný jazyk v domácím prostředí a v jiném se vzdělávat. Recentní kanadská studie, která porovnávala vývoj intaktních dětí s dětmi s VD, vyrůstajícími v bilingválním prostředí, kde angličtina je druhým jazykem, potvrdila, že děti s VD z přenosu mezi jazyky neprofitují jako jejich intaktní vrstevníci (Paradis, 2015). Zaostávají za nimi především v morfologii a kapacitě krátkodobé verbální paměti.

Bod č. 19: Pragmatiku / sociální komunikaci posuzovat společně s dalšími aspekty jazyka.

Bod č. 20: Problémy s řečí mohou nastat odděleně od jiných jazykových obtíží, anebo spolu s nimi. Mají různé prognózy a potřeby intervence. Řečový problém je nejnáze zachytitelný a často komorbidní s VD. Proto je důležité, aby dítě s poruchami řeči mělo jak řeč, tak jazyk vyšetřený specialistou. Řečový nálezn přetrvávající do školního věku je spojen s rizikem problémů s gramotností zejména tehdy, pokud má dítě VD (Pennington, Bishop, 2009).

C. Konsorcium se rovněž zaměřilo na vztah VD k jiným vývojovým obtížím. Obsah této části je řešen v předcházející stati článku s názvem Komorbidity.

Bod č. 21: VD se často vyskytuje společně s jinými NVP, často s ADHD, dyspraxií, dyslexií, sociálními poruchami, poruchami chování. K poskytnutí uceleného obrazu potřeb dítěte je vhodný multidisciplinární přístup vyšetření/zhodnocení a intervence. Příkladem takového přístupu v České republice je ústecký Demosthenes (Pospíšilová, Zapletalová in Neubauer, Pospíšilová, 2017; Pospíšilová in Neubauer et al., 2018).

Bod č. 22: Ač se řada výzkumů zaměřuje na „čistou“ poruchu, v klinické praxi je zaznamenána výjimečně. Většina dětí s VD má komorbidní obtíže, což koreluje s faktem koexistence s ostatními dvěma až čtyřmi poruchami u jedné ze dvou nejvíce zkoumaných NVP, kterou je ADHD.

Bod č. 23: VD by měla být diagnostikována bez ohledu na úroveň neverbálních schopností. Tam, kde má dítě poruchu jazyka v souvislosti s výrazně špatným neverbálním fungováním, omezeným adaptivním chováním, je primární diagnózou mentální postižení a sekundární VD. Tímto ujednacením je vyhověno kritickým hlasům, které se přikláněly

k názoru, že naměřená hodnota IQ by neměla být hlavním kritériem v diagnostice VD (Mikulajová in Kerekřetiová et al., 2009). V praxi to znamená, že děti s nízkou neverbální schopností, které nesplňují kritéria pro mentální postižení (Harris, 2013), mohou být zahrnuty jako případy VD.

Bod č. 24: Jazykové obtíže řady dětí s PAS vyžadují přístup k intervenci, která řeší sociální, behaviorální i jazykové potíže. Dosud nejsou k dispozici žádné průzkumy o tom, zda jsou intervenční přístupy užité u dětí s VD účinné pro analogické potíže s PAS.

K jasněmu konsensu ohledně názoru, zda PAS + VD mohou být komorbidními poruchami, ještě potřebujeme prohloubit společný výzkum.

Bod č. 25: Děti se známými syndromy (např. Downův syndrom, Klinefelterův syndrom) mají často doprovodné jazykové problémy, které se podobají problémům pozorovaným u dětí s VD. Pokud je mají, měly by být diagnostikovány jako koexistující znak. O intervencích pro tyto skupiny existuje malý počet studií; zdá se být zčásti hodnověrné, že by reagovaly na typy intervencí užívaných u dětí s VD. U Downova syndromu i Klinefelterova syndromu je navíc profil postižení jazyka podobný jako u VD (Bishop, Scerif, 2011; Laws, Bishop, 2004).

Bod č. 26: Děti se získanou jazykovou poruchou mají pravděpodobně prognózu odlišnou od dětí s VD. Jazykové potíže po získaném poranění mozku u dětí jsou vzácné. Je obtížné zobecnit výsledky, protože závisí na věku dítěte, povaze a umístění léze.

Je nezbytné zdůraznit, že mezinárodní fórum sestávalo z odborníků z anglicky mluvících zemí. Tzn., že řešili VD mateřského jazyka, kterým je jazyk anglický. VD

se samozřejmě týká všech jazyků, včetně znakového. Jednotlivé jazyky však mají svá specifika, která se promítají do jazykového konektomu. Velkým problémem jsou standardizované a dle věku normované jazykové testy – jak víme, nelze je pouze přeložit z jednoho jazyka do druhého.

V našich podmínkách (českého jazyka, který není světový) tedy chybí nejen konsensus mezi odborníky a obory, ale také normované jazykové testy na jednotlivé jazykové domény. Uvědomme si však, že ucelená diagnostická baterie pro identifikaci VD chybí i v angličtině. A že ani prestižní testy angličtiny přesvědčivě nezachytí lehký stupeň poruchy či určitý typ. Proto není důvod k našemu nízkému sebevědomí, ale k smysluplným krokům, které se především musejí opírat o vědu a výzkum a mezioborovou osvětu. U složených konsorcií si nelze nevšimnout početné převahy zástupců našeho oboru. Svědčí to o logické úvaze, že diagnostikovat jazykovou poruchu v plné šíři a hloubce může jen ten, kdo s ní pracuje. V opačném případě může dojít i k neadekvátním intervenčním opatřením či jejich odepření.

(Podrobná intervence je systematizována v Kompendiu klinické logopedie.)

Shrnutí

Vývojová dysfázie (VD) je jazyková porucha, která je zahrnuta mezi neurovývojové poruchy (NVP). Patří mezi nejméně zkoumané NVP. V prevalenci a závažnosti ji lze srovnat s ADHD, se kterou často koexistuje. V poslední době roste počet studií o závažném dopadu VD na duševní zdraví. Multinárodní a multidisciplinární konsorcium ze šesti anglicky mluvících zemí realizovalo konsensus v terminologii, diagnostických kritériích a celkovém přístupu. Ve své druhé závěrečné studii doporučilo stejný akt a způsob také výzkumníkům z jiných zemí.

Literatura

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition (DSM 5)*, 2013.

BISHOP, D. V. M. Which Neurodevelopmental Disorders Get Researched and Why? *PLOS One*, 5, 2010, e15112.

BISHOP, D. V. M., ADAMS C. V., NORBURY C., F. Distinct genetic influences on grammar and phonological short-term memory deficits: evidence from 6-year-old twins. *Genes Brain Behav* 5, 2006, 158–169.

BISHOP, D. V. M., NORBURY, C. F., TOMBLIN, J. B. Specific language impairment, dyslexia, and autism: Using genetics to unravel their relationship. *Understanding Developmental Language Disorders. From theory to practice*, 2008, 67–78.

BISHOP, D. V. M., RUTTER, M. Neurodevelopmental Disorders: Conceptual Issues. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 2008, 32–41.

- BISHOP, D. V. M., SCERIF, G. Klinefelter syndrome as a window on the etiology of language and communication impairments in children. *Acta Paed* 100, 2011, 903–907.
- BISHOP, D. V. M., SNOWLING, M. J., THOMPSON, P. A., GREENHALGH, T. and the CATALISE Consortium. CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study. Identifying language impairments in children. *PLOS One*, 11, 2016, e0158753.
- BISHOP, D. V. M., SNOWLING, M. J., THOMPSON, P. A., GREENHALGH, T. and the CATALISE-2 consortium. Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2017, 1068–1080.
- BEDEM, N. P., DOCKRELL, J. E., ALPHEN, P. M., ROOIJ, SAMSON, A. C., HARJUNEN, E. L., RIEFFE, C. Depressive symptoms and emotion regulation strategies in children with and without developmental language disorder: a longitudinal study, *International Journal of Language and Communication Disorders*, 53/6, 2018, 1110–1123.
- CONTI-RAMSDEN, G., DURKIN K., TOSEEB U., BOTTING N., PICKLES, A. Education and employment outcomes of young adults with a history of developmental language disorder. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 4, 53, 2018, 237–255.
- CROSS, M., JOANISSE, M. F., ARCHIBALD, L. M. D. Mathematical Abilities in Children With Developmental Language Disorder, *LSHSS*, 50/1, 2019, 150–163.
- DOCKRELL, J. E., MESSER, D., GEORGE, R., WILSON, G. Notes and discussion children with word-finding difficulties-prevalence, presentation and naming problems. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 33, 1998, 445–454.
- EADIE, P., MORGAN, A., EECEN, K. T., WAAKE, M., REILLY, S. Speech sound disorder at 4 years: prevalence, comorbidities, and predictors in a community cohort of children. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 57/6, 2014, 578–584.
- EVANS, J. L., BROWN, T. T. Chapter 72 - Specific Language Impairment, *Neurobiology of Language*, 2016, 899–912.
- EVERITT, A., HANNAFORD, P. & CONTI-RAMSDEN, G. Markers for persistent specific expressive language delay in 3–4-year-olds. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 48, 2013, 534–553.
- FRIEDERECI, A. D., CHOMSKY, N., BERWICK, R. C., MORO A., BOLHUIS J. Language, mind and brain. *Nature Human Behaviour*, 1, 2017, 713–722.
- HARRIS, J. C. New terminology for mental retardation in DSM-5 and ICD-11. *Current Opinion in Psychiatry*, 26, 2013, 260–262.
- HOOG, B. E., LANGEREIS, M. C., WEERDENBURG, M. Linguistic profiles of children with CI as compared with children with hearing or specific language impairment. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 51, 2016, 518–530.
- HOWELL, P., TANG, K., TUOMAINEN, O., CHAN, S. K., BELTRAN, K., MIRAWDELI, A., HARRIS, J. Identification of fluency and word-finding difficulty in samples of children with diverse language backgrounds. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 52/5, 2016, 595–611.
- ICD -10, The international Classification of Diseases. WHO 1994.
- KARASINSKI, C., WEISMER, S. E. Comprehension of inferences in discourse processing by adolescents with and without Language Impairment. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 53, 2010, 1268–1279.
- KEREKRÉTIÓVÁ, A., a kol. *Základy logopedie*. Bratislava 2009, Univerzita Komenského.
- LAW, G., BISHOP, D. V. M. Verbal deficits in Down's syndrome and Specific Language Impairment: a comparison. *International Journal of Language & Communication Disorders* 39, 2004, 423–451.
- LECHTA, V. *Koktavost. Komplexní přístup*. Praha, Portál, 2004.
- LECHTA V. *Koktavost. Integrativní přístup*. Praha Portál, 2010.
- LEWIS, B. A., FREEBAIRN, L., TAG, J., CIESLA, A. A., IYENGAR, S. K., STEIN, C. M., TAYLOR, H. G. Adolescent Outcomes of Children With Early Speech Sound Disorders With and Without Language Impairment. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 24, 2015, 150–163.
- LIÉGEOIS, F., MAYES, A., MORGAN, A. Neural Correlates of Developmental Speech and Language Disorders: Evidence from Neuroimaging. In: *Current Developmental Disorders Reports*, 1, 2014.
- LOUKAS, T., CHARMAN, T., PICKLES, A., SIMONOFF, E., CHANDLER, S., MELDRUM, D., BAIRD, G. Autistic symptomatology and language ability in autism spectrum disorder and specific language impairment. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 11, 2008, 1184–1192.
- Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostická kritéria pro výzkum*. Praha, Psychiatrické centrum, 1996.

- MESSER, D., DOCKRELL, J. E. Children's naming and word-finding difficulties: Descriptions and explanations. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 49, 2006, 309–324.
- MOK, P. L. H., PICKLES, A., DURKIN, K., & CONTI-RAMSDEN, G. Longitudinal trajectories of peer relations in children with specific language impairment. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55/5, 2014, 516–527.
- MORGAN, G., HERMAN, R., WOLL, B. Language impairments in sign language: breakthroughs and puzzles. *International Journal of Language & Communication Disorders* 42, 2007, 97–105.
- MORGAN, A. Speech-language pathology insights into genetics and neuroscience: Beyond surface behaviour. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 15, 2013, 245–254.
- NEUBAUER, K., POSPÍŠILOVÁ, L. *Neurovývojové a neurodegenerativní příčiny poruch komunikace*. Hradec Králové, Gaudeamus, 2017.
- NEUBAUER et al. *Kompendium klinické logopedie*. Praha, Portál, 2018.
- NORBURY, C. F., SONUGA-BARKER, E. New frontiers in the scientific study of developmental language disorders. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58, 2017, 1065–1067.
- PARADIS, J. The development of English as a second language with and without specific language impairment: Clinical implications. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 59, 2015, 171–182.
- PENNINGTON, B. F., BISHOP, D. V. M. Relations among speech, language, and reading disorders. *Ann Rev Psychol* 60, 2009, 283–306.
- RICE, M. L., HOFFMAN, L. Predicting vocabulary growth in children with and without Specific Language Impairment: A longitudinal study from 2;6 to 21 years of age. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 58, 2015, 345–359.
- RUDOLPH, J. M., LEONARD, L. B. Early Language Milestones and Specific Language Impairment. *Journal of Early Intervention*, 38, 1, 2016, 41–58.
- SMOLÍK, F., SEIDLOVÁ-MÁLKOVÁ, G. *Vývoj jazykových schopností v předškolním věku*. Praha, Grada, 2014.
- TOMBLIN, J. B., RECORDS, N. L., BUCKWALTER, P., ZHANG, X., SMITH, E. and O'BRIEN, M.: The prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *Journal of Speech and Hearing Research*, 40, 1997, 1245–1260.
- VYDROVÁ, R., KOMÁREK, V., ŠANDA, J., ŠTĚRBOVÁ, K., KRŠEK, P., JAHODOVÁ, A., MAULISOVÁ, A., ŽÁČKOVÁ, A., REISSIGOVÁ, J., KYNČL, M. Structural alterations of the language connectome in children with specific language impairment. In *Brain and Language*, 151, 2015, 35–41.
- WOLF, M., SEGAL, D.: Word finding and reading in the developmental dyslexias. *Topics in Language Disorders*, 13,1, 1992, 51–65.
- WITTKE, K., MASTERGEORGE, A. M., OZONOFF, S., ROGERS, S. J., NAIGLES, L. R.: Grammatical Language Impairment in Autism Spectrum Disorder: Exploring Language Phenotypes Beyond Standardized Testing. *Frontiers in Psychology*, 18, 2017.

DĚTEM S VÝVOJOVOU DYSFÁZÍÍ PŘEJÍ LASKAVÉ RODIČE, CHÁPAVÉ UČITELE A PŘIMĚŘENÝ ROZVOJ

ROZHOVOR S MGR. JANOU ŠAROUNOVOU Z SPC PRO VADY ŘEČI

Mgr. Ester Lochmanová



Mgr. Ester Lochmanová



Mgr. Jana Šarounová

Jana Šarounová pracuje v SPC pro vady řeči, které se věnuje dětem, žákům a studentům s narušenou komunikační schopností. Jeho klienty jsou tedy převážně žáci s vývojovou dysfázií, dysartrií a vzhledem ke specializaci na alternativní komunikaci i děti, které potřebují podporu v oblasti volby metod podpůrné a náhradní komunikace.

S jakým požadavkem se na SPC pro vady řeči nejčastěji obrací rodiče s dětmi s vývojovou dysfázií?

Záleží na věku. Úplně u malých dětí chtějí často konzultaci ohledně stimulace vývoje řeči, případně podporu rozvoje řeči metodami alternativní komunikace. Někdy stojí o prvotní komplexnější diagnostiku, pak jim spíše doporučujeme obrátit se na zdravotnická pracoviště. Později už jde většinou o pomoc se zařazením do vhodné školky – rodiče často konzultují, zda je pro dítě vhodná běžná, nebo logopedická MŠ. Někdy už jsou pro logopedickou školu rozhodnutí a přicházejí pouze pro doporučení školského poradenského zařízení, které je nezbytné pro zařazení do specializované školy (tedy školy pro žáky dle paragrafu 16, odstavec 2 školského zákona). Dále řešíme odklady školní docházky či volbu vhodné základní školy. Školní děti potom přicházejí kvůli doporučení podpůrných opatření (individuální plán, zohlednění v hodnocení, speciálně

pedagogické intervence, případně asistent), kvůli doporučení pro jednotné přijímací zkoušky a potom pro doporučení k maturitě. Zájem by byl i o pravidelnější docházení, ale to jsme nyní vzhledem ke kapacitě a velkému nárůstu klientů schopni poskytovat v minimální míře.

V jaké zákonné rovině je SPC a PPP, je nutná jejich spolupráce?

SPC (speciálně pedagogické centrum) a PPP (pedagogicko-psychologická poradna) jsou dva druhy školských poradenských zařízení, které jsou rovnocenné, spolupráce nutná není. PPP se zaměřuje hlavně na poruchy učení a chování, SPC pak bývají rozdělena dle postižení (vady zraku, sluchu, řeči atd.) a pracují u dětí s těmito diagnózami i s poruchami učení. Někdy spolupracuje u jednoho klienta více SPC, to když má dítě třeba zrakové a zároveň řečové postižení. SPC s PPP většinou příliš nespolečně pracují (snad někdy pouze u poruch chování), klientela je rozdílná, spíše dochází k předávání klientů. Někdy poradny chtějí v SPC konzultovat klienta, u kterého mají podezření na narušenou komunikační schopnost.

Jaké obtíže mají klienti s vývojovou dysfázií v předškolním věku nejčastěji?

V tomto věku je to pochopitelně hlavně na rovině komunikace s okolím. Často se přidávají také problémy s chováním (nezvladatelnost, někdy i agrese), které mohou vyplývat z nedostatečného porozumění i vyjadřování a časem se zlepšit, někdy ovšem mají souvislost s poruchami pozornosti a aktivity. Může jít také o zatím nediodagnostikované poruchy autistického spektra. V předškolním (ale samozřejmě i školním) věku jsou problémy v chování vůbec největší překážkou začlenění dětí do běžných kolektivů. Jinak malé děti mezi sebe intuitivně přijímají i vrstevníky nějak odlišné a komunikují po svém, „domluví

se“. Často se ale stává, že někteří těžší dysfatici jsou v kolektivu MŠ přece jen trochu osamělí, hrají si sami, a to ne proto, že by je děti nepřijímaly, ale proto, že nerozumí většině hovorů. Vše potřebují podávat jinak, zjednodušeně, nerozumí třeba pravidlům hry, kterou jejich vrstevníci spolu hrají, nerozumí motivačním promluvám paní učitelek, ranním kruhům apod. Na delší promluvy se často ani nedokážou dostatečně soustředit. Se špatným porozuměním se mohou pojit celkové obtíže v sociální oblasti. Je to ale hodně individuální.

Na jaké překážky nejčastěji narážejí naši klienti s vývojovou dysfázií ve školních lavicích?

Největší obtíží ve školním věku je vedle problémů v chování špatné porozumění mluvené řeči. Těžký dysfatic je zkrátka trochu cizincem ve vlastní zemi a každý z nás, kdo se někdy s nedostatečným porozuměním i s aktivním zvládnutím jazyka snažil komunikovat v cizojazyčném prostředí, ví, jak strašně vyčerpávající a frustrující to je.

Pokud je porozumění dobré a vážne řečová exprese, nemusí to být ve škole zas tak velký problém. Setkala jsem se třeba s dítětem, pro které rodiče chtěli nejprve asistenta, protože mluvilo naprosto nerosozumitelně, zato ale perfektně rozumělo a školsky bylo zcela připraveno. Asistenta jsem jim rozmluvila a po roce třídní učitelka řekla, že porozumět se mu naučili rychle a jinak je ve výkonech naprosto srovnatelné s ostatními a žádnou podporu vlastně nepotřebuje. To jsou ale spíše výjimky, navíc v tomto případě se jednalo spíše o vývojovou dysartrii než o dysfázií. S dysfázií se velmi často pojí poruchy učení, a to někdy velmi těžké, takže dítě třeba ve třetí třídě čte na úrovni pololetí prvního ročníku, o diktátech nemluvě, později se přidá i sloh, s nímž tyto děti také mívají velké obtíže. Největší problémy jsou většinou v češtině – děti neumějí dobře používat gramatická pravidla, i když je teoreticky znají, vyjmenovaná slova se sice většinou naučí, ale obtížně poznají slova příbuzná. Těžko se jim například hledá jiný tvar slova při určování párových souhlásek (zda se ve slově na konci píše b nebo p), ze stejného důvodu těžko zvládají rovněž rozlišení předložek a předpon. Také s povinnou četbou zápasí, obtížné jsou často i naukové předměty (nechápují a nepamatují si odborné pojmy, těžko zvládají souvislosti, časové posloupnosti). V matematice vážnou hlavně slovní úlohy, ale také vícečíslové výpočty. Problémem bývá i angličtina, druhý jazyk je pak

u některých dětí z velké části nezvladatelný. Děti s vývojovou dysfázií se hůře učí a snadno zapomínají, a to nejen učivo, ale i své povinnosti, úkoly. Nezanedbatelným problémem je ale také emoční stránka. Tyto děti bývají často úzkostnější, těžko zvládají svůj neúspěch, nerady dávají najevo, že nerozumějí (opět lze použít paralelu s cizojazyčným prostředím – také dospělý často při komunikaci v cizím jazyce přikyvuje, i když rozumí jen částečně). Být neustále poslední, „nejhorší“, je také něco, co k emoční pohodě nepřispěje. Pokud u dětí přetrvávají odlišnosti v chování, mohou být tyto projevy ostatním spolužákům nepříjemné, nechťejí se s nimi kamarádit, někdy se děti s vývojovou dysfázií stávají adepty na šikanu.

Pokud klient s vývojovou dysfázií opustí ZŠ a odchází do jiného vzdělávacího zařízení, využívá i nadále vaše služby?

Ano, to je časté hlavně v případech, že jde o střední školu s maturitou nebo maturitní obor. Některé učební obory bez maturity už doporučení po rodičích nevyžadují a zohledňují obtíže „bez papíru“. V poslední době ale většinou píšeme doporučení i pro tříleté učební obory.

Pokud je potřeba připravit specificky přijímací řízení či státní maturitní zkoušku, jaké má klient s vývojovou dysfázií možnosti?

Náležitosti úprav jsou dány legislativou. U státního přijímacího řízení (jednotných přijímacích zkoušek) v současnosti mnoho možností pro žáky s vývojovou dysfázií není – jde hlavně o navýšení času o 25, 50, 75 nebo 100 procent dle doporučení poradenského zařízení a přiděleného stupně podpůrných opatření. Žákům s prvním stupněm podpůrných opatření (která může stanovit škola) se podmínky neupravují. Z toho plyne, že pokud dítě uvažuje o střední škole se státními přijímačkami a má nějaké obtíže, je dobré zajít do poradny či SPC i v případě, že škola zvládá zohledňovat jeho obtíže „bez papíru“, tedy na úrovni stupně 1. Poradna nebo SPC pak musí říci, jestli potřebná podpora odpovídá skutečně pouze stupni 1, nebo přidělí stupeň vyšší, a pak je možné i zohlednění u přijímacích zkoušek. Kromě toho lze u přijímacích zkoušek doporučit některé pomůcky, ovšem pro žáky s dysfázií jich mnoho povolených není – nelze doporučit třeba kalkulačku nebo pravidla českého pravopisu, pouze slovník synonym (s kterým děti většinou neumějí pracovat)

a některé méně důležité pomůcky, jako je třeba záložka, zvýrazňovač apod. Není také možnost doporučit zohlednění specifických chyb. V některých případech lze doporučit využití služeb podporující osoby, to se ale většinou žáků s vývojovou dysfázií netýká.

U maturity je v této chvíli paradoxně zatím nepoměrně více možností – například vedle navýšení času a zohlednění specifických chyb, pomalého způsobu čtení či užití počítače je možno doporučit i toleranci chyb specificky dysfatických, jako jsou nepřesná volba slov z hlediska významu, formulační nedostatky, opakování slov, dysgramatismy (problémy se skloňováním a časováním) atd. Využít lze také podporu asistenta, pokud je to třeba. U dysfaticů je to ale výjimečné, u středoškoláků v této kategorii se to týká spíše studentů s poruchou autistického spektra.

Vzhledem k častým změnám legislativy však tyto informace nemusejí být aktuální stále.

Pokud má klient obtíže na střední či vysoké škole, jaké to nejčastěji jsou a nejsou vnímány již jen jako navazující dysporuchy?

Vysokou školu už školská poradenská zařízení neřeší. Pokud tam student se specifickými vzdělávacími potřebami nastoupí, mají vysoké školy svá pracoviště, kde se těmto potřebám věnují.

My se věnujeme pouze studentům na SŠ nebo VOŠ. Studenti s dysfázií mají vedle reziduí poruch učení také reziduální dysfatické obtíže – nejčastěji a nejdéle podle mých zkušeností přetrvává zhoršená výbavnost slov, záměny slov obdobného významu, problémy s hledáním synonym, někdy třeba záměny předpon, formulační nedostatky v ústním i písemném projevu a lehké dysgramatismy (nejčastěji třeba ve jmenných tvarech po předložkách). Někdy je snaha najít tato rezidua v řeči studenta už spíše „detektivní“ prací, také proto, že mnozí z nich se naučí své potíže kompenzovat (vyhnou se problematickým slovům, formulacím apod.). Obtíže v receptivní složce řeči přetrvávají dlouho, pravděpodobně v nějaké formě po celý život, rozhodně se s nimi u středoškoláků setkáváme. Studenti pak mají obtíže porozumět složitějšímu zadání, významu některých slov, skrytým a přeneseným významům textu apod. Obraz poruch je i v tomto věku zpravidla trochu jiný u dysfaticů a u studentů, kteří mají „jen“ poruchy učení bez narušené komunikační schopnosti.

Vnímáte obecně znalosti našich pedagogů ohledně obtíží klientů s vývojovou dysfázií jako dostatečné?

To je opravdu velmi různé. V některých školách jsou znalosti na dobré úrovni a přístup je světlý, jinde o této problematice vědí minimum. Často se stává, že někteří učitelé těžší dysfatieky považují za mentálně postižené a nevěří výsledkům psychologického vyšetření. Je pro ně složité pochopit, že dítě může mít neverbální intelekt dobrý a přitom ve škole těžce selhávat. Velmi špatně také někdy snášejí zapomínání dětí, zvláště na druhém stupni. Mají pocit, že v tomto věku dítě už zapomínat své povinnosti nesmí, a nevěří, že může jít o součást poruchy a že i tak velké dítě potřebuje v této oblasti větší podporu a kontrolu, zda si vše zapsalo. Na druhém stupni je vůbec situace o dost těžší – často i na jedné škole jsou prvostupňoví kantoři velmi vstřícní, chápaví a problematice rozumí, ale od druhostupňových učitelů pak již slýcháme hlavně stížnosti, že žáci jsou velmi slabí, a názory, že na běžnou školu „nepatří“. Někdy mají učitelé také obtíže pochopit u dětí problémy v receptivní složce řeči

nebo slabší verbální paměť a častěji svádějí obtíže dítěte na to, že se doma neučí, což nemusí být vůbec pravda. Zároveň může – i děti s vývojovou dysfázií a jejich rodiče se mohou „flinkat“.

Co by našim náctiletým klientům s vývojovou dysfázií nejvíce usnadnilo život?

Ze strany učitelů určitě větší obecná znalost problematiky vývojové dysfázie v celé šíři a jejích důsledků pro školní práci. A také větší vcítění se do jejich situace, uvědomění si, co je v životě důležité – jestli to, zda ze školy vyjde sice „nabířovaný“, ale deprimovaný jedinec s nízkým sebevědomím, který stejně vše rychle zapomene, nebo člověk, jenž sice zná své limity a nezvládne třeba látku v celé šíři a všech podrobnostech, ale zároveň je i oceňován a chválen a je si vědom svých silných stránek. Ze strany rodičů pak také laskavé přijetí limitů dítěte a přiměřené rozvíjení, které nepřekračuje jeho možnosti a nezkaží mu dětství (což se může lehko stát při každodenní několikahodinové domácí přípravě, která nebývá výjimkou).

I VYSOKOŠKOLÁCI S VÝVOJOVOU DYSFÁZÍÍ MOHOU PŘI STUDIU VYUŽÍT ODBORNOU POMOC

ROZHOVOR S MGR. BARBOROU ČALKOVSKOU, VEDOUCÍ STŘEDISKA ELSA ČVUT

Mgr. Ester Lochmanová



Mgr. Ester Lochmanová



Mgr. Barbora Čalkovská

Pracuje od roku 2007 na ČVUT v Praze jako poradkyně pro studenty se specifickými potřebami. Do roku 2012 působila v Centru informačních a poradenských služeb ČVUT v Handicap poradně, od července roku 2012 je na pozici vedoucí Střediska pro podporu studentů se specifickými potřebami ELSA ČVUT, které zajišťuje podporu studentům a uchazečům o studium s různými typy postižení. Absolvovala pedagogickou fakultu UK, obor speciální pedagogika. Jejím velkým profesním zájmem je podpora dospělých osob se specifickými poruchami učení na vysokých školách.

Je aktivní členkou Asociace vysokoškolských poradců, z. s., a její předsedkyní. V Asociaci poskytovatelů služeb studentům se specifickými potřebami na vysokých školách (AP3SP) je pověřencem rektora za ČVUT.

Mohla byste představit vaše středisko ELSA?

Středisko pro podporu studentů se specifickými potřebami ČVUT ELSA je centrální pracoviště Českého vysokého učení technického v Praze, které zajišťuje podporu studentů s různými typy znevýhodnění a hendikepu. Kontaktují nás už uchazeči o studium při výběru studijního oboru a naše péče se průběžně vine celým jejich dalším studiem. Největší skupina uchazečů

a studentů se specifickými potřebami pochází z řad těch, kteří mají potíže způsobené specifickou poruchou učení i dalšími přídatnými diagnózami, jako ADHD, nebo např. vývojová dysfázie.

Jak prakticky vaše podpora probíhá?

Už od počátku je uchazečům a studentům věnována individuální péče – od vstupního pohovoru, kde se zjišťuje funkční dopad projevů primární diagnózy na studium, až po úpravu průběhu studia a zkoušek. Středisko ELSA není terapeutickým pracovištěm, tedy nabízí pouze zajištění podpůrných opatření ve výuce na základě již dříve stanovené diagnózy, nebo odesílá dotčené studenty na diagnostiku na odborná pracoviště.

Oslovují vás i klienti s vývojovou dysfázií?

V případě těchto studentů zajišťujeme individuální přístup např. při výuce a zkouškách cizích jazyků, navýšení časového limitu při psaní testů, možnost záměny ústního zkoušení za písemné a další modifikace podle individuálních potřeb studenta. Pro komplexní zajištění podpory spolupracujeme s kolegy z Centra informačních a poradenských služeb ČVUT, kde studenti mohou absolvovat nácvik zvládnutí stresu, trémy a dalších negativních dopadů jejich znevýhodnění na studium. Mohou také využít psychologickou či studijní poradnu.

Jak se o vás klient s vývojovou dysfázií dozví, pokud sám nepátrá?

Informace o podpoře při studiu pro osoby s hendikepem, tedy i s vývojovou dysfázií, najde uchazeč už v přihlášce, kterou podává a vyplňuje. Také na hlavní stránce studentského systému, v němž jsou všechny zásadní studijní informace a který student denně používá, je velká upoutávka s informacemi o službách našeho střediska.

Snažíme se umístit informace i do brožur pro studenty prvního ročníku a předávat je na informačních setkáních pro prváky. Úzce také spolupracujeme se studijními odděleními, odkud poučené pracovnice často studenty s jakýmkoli problémem odesílají k nám do střediska.

Máte nějaké školení pro VŠ pedagogy na téma různých vývojových poruch?

Pro VŠ pedagogy a pracovníky studijních oddělení průběžně organizujeme vzdělávací i zážitkové semináře se zaměřením na různé typy postižení. Zájem ze strany pedagogů je minimální, pracovnice studijních oddělení však rády tyto akce využívají k načerpání užitečných informací pro svou práci.

Spolupracujete s některými dalšími organizacemi?

Naši pracovníci spolupracují s odbornými pracovišti a neziskovými organizacemi, zaměřenými na osoby s jednotlivými typy hendikepu. Rádi čerpáme inspiraci například u kolegyň v DYS-centru Praha nebo v České společnosti Dyslexie.

Každý student či uchazeč o studium na vysoké škole s jakýmkoli hendikepem, znevýhodněním nebo chronickým onemocněním se může obrátit na obdobné pracoviště na své domovské škole. Adresář středisek podpory či odborných poraden najde na webových stránkách Asociace vysokoškolských poradců, která sdružuje odborníky z těchto pracovišť na adrese www.asociacevsp.cz.

Jakou cestou dál míříte?

Naše pracoviště se snaží pracovat s novými poznatky z oboru speciální pedagogiky, logopedie a dalších příbuzných oborů, snažíme se vzdělávat své kolegy – pracovníky podpory studentů s hendikepem i v oblasti specifik diagnózy vývojová dysfázie. I když jde o diagnózu, která není mezi studenty vysokých škol nějak výrazně zastoupena, odbornou péči u nás studenti s vývojovou dysfázií najdou.

Děkuji za rozhovor.

JE MOŽNÉ ÚSPĚŠNĚ VYSTUDOVAT GYMNÁZIUM S VÝVOJOVOU DYSFÁZÍÍ?

PhDr. Vladislava Moravčíková¹

Mgr. Naděžda Brousilová²

^{1,2} Gymnázium Na Vítězné pláni, Na Vítězné pláni 1160, 140 00 Praha 4

moravcikova@centrumrozum.cz



PhDr. Vladislava Moravčíková

PhDr. Vladka Moravčíková opírá svoji práci psychologa o propojení teoretického konceptu Instrumentálního obohacování prof. Reuvena Feuersteina a videotréninku interakcí. Oba přístupy zdůrazňují význam fungující komunikace pro učení a myšlení. Zkušenost zprostředkovaného učení na jedné straně a principy úspěšné interakce na straně druhé ji inspirovaly tak, že se stala spoluzakladatelkou společnosti Centrum ROZUM (centrum pro Rozvoj Učení a Myšlení), kde jsou metody prof. Feuersteina a videotrénink interakcí základem psychologického vyšetření a intervence. Pracuje zejména v oblasti školství. Jejimi klienty jsou nejen děti od útlého dětství do „kritického období dospívání“ a jejich rodiče, dospělí, ale i pedagogičtí pracovníci všech stupňů škol, kterým poskytuje odbornou podporu formou supervize.

Mgr. Naděžda Brousilová vystudovala FF UK, obor český jazyk a dějepis. Po ukončení vysoké školy nastoupila na pražské gymnázium, kde učí dosud. Na gymnáziu pracuje – po studiu výchovného poradenství na FF UK – i jako výchovná poradkyně.

V tomto článku by se autorky chtěly se čtenářem podělit o zkušenosti, které získaly při práci se žákem, u něhož byla dysfázie diagnostikována až v adolescentním věku. Chtěly by společně sdílet zkušenost, jakým způsobem může „škola“ podpořit žáka s dvojí vzdělávací potřebou.

Ke studiu na gymnáziu byl žák na jedné straně přijat s výbornými studijními výsledky ze ZŠ a účastí na chemické a matematické olympiádě od 5. třídy a na straně druhé se speciálně vzdělávacími potřebami, které vyplývaly „...ze specifické poruchy učení (dysgrafie), s hypoaktivní formou ADD (Attention Deficit Disorder), která je prováděna poruchami pozornosti a pomalým psychomotorickým tempem, které se negativně promítá do všech činností ve školní práci“. Tato doporučení byla podpořena i závěry z neurologického vyšetření.

Žáku byl na začátku studia vypracován na základě doporučení z SPC individuální vzdělávací plán pro český jazyk, anglický jazyk, francouzský jazyk, ZSV, dějepis, zeměpis, z Vv a Tv byl v rámci IVP osvobozen. Přesto se během prvního čtvrtletí problémy s pozorností a pomalým tempem při výuce při práci s žákem rychle projeví. Pokud učitel chtěl, aby žák pracoval a sledoval výuku, musel být neustále u něj, musel ho povzbuzovat, kontrolovat a sledovat jeho práci. Nedostatky se projevovaly v rychlosti zpracování písemného i slovního projevu. Objevovaly se symptomy specifické poruchy chování typu ADD hypokinetické formy, výkyvy ve výkonnosti, nepozornost. Žák nestíhal

vypracovat množství zadávaných domácích úkolů a nestačil se připravovat na vyučování a zkoušení.

Nemalý význam pro vznik podpůrné atmosféry pro žáka a jako pomoc učitelům ve výuce měla pravidelná setkávání vyučujících dané třídy se školní psychologkou. Byl tak vytvořen prostor pro vzájemné sdílení zkušeností pedagogů při práci se žákem s akcentem na funkční přístupy k němu. Zde také vyučující matematiky, fyziky a chemie velice záhy upozornili na výjimečný talent žáka v těchto předmětech. Díky jejich podpoře se žák začal účastnit celorepublikových matematických, fyzikálních a chemických olympiád a soutěží, v nichž obsazoval přední místa. Současně začal projevoval zájem o astronomii, začal navštěvovat astronomický kroužek organizovaný Štefánikovou hvězdárnou na Petříně. Zde si všimli jeho významného talentu a doporučili mu další vzdělávání v astronomickém kurzu, jehož absolventi se stávají demonstrátory na hvězdárně. Žák tuto pozici začal vykonávat v posledním ročníku studia.

Významnou roli sehrála třídní učitelka, která podporovala vznik zdravé atmosféry ve třídě, kde byl žák nejen přijímán, ale nakonec i pro své výjimečné znalosti obdivován.

S ohledem na to, že bylo zřejmé, že diagnostikované deficitní limity rozvoje mimořádného nadání, škola na doporučení školní psychologky iniciovala upřesnění diagnostiky a eventuální rozšíření podpůrných opatření. SPC škole doporučilo po vyhodnocení efektivity stávajících podpůrných opatření uvedených v IVP požádat o asistenta pedagoga pro žáka. Asistentku pedagoga se podařilo škole zajistit od 2. pololetí 1. ročníku.

Při nástupu byla asistentka školní psychologkou seznámena s individuálním vzdělávacím plánem a potřebami žáka. Na pravidelných supervizích cca 1× za 14 dní byla nejčastějším tématem

podpora žáka zaměřená na kompenzaci deficitů, které by mohly způsobit jeho selhávání.

Asistentka zpočátku podporovala žáka v adaptaci na nové školní prostředí, průběžně mu pomáhala při výuce a přípravě na ni, pomáhala žákovi pracovat podle instrukcí vyučujících, připravovala materiály z výuky, spolupracovala při realizaci IVP. Poskytovala mu podporu při samostatné práci, sledovala průběh vyučování, zapisovala zadání, které by mohlo žákovi uniknout, protože byl zaměřený na daný úkol. Rodina spolupracovala se školou již od začátku velmi dobře. Velkou oporou žáku byla především matka, která pravidelně konzultovala problémy s vyučujícími a třídní učitelkou. Po svém nástupu se asistentka stala neodmyslitelným prostředníkem mezi školou a rodinou.

Při přestupu do vyššího typu gymnázia (ukončení povinné školní docházky) došlo k výměně některých vyučujících, takže bylo nutné, aby se noví pedagogové naučili porozumět způsobu myšlení žáka a zejména jeho komunikaci. Průběžně probíhaly konzultace se školní psycholožkou, pedagogy, asistentkou pedagoga a rodiči žáka.

Při hodinách žák spolupracoval sice ochotně, ale ve značně pomalém tempu. Za podpory asistentky si byl jistější a svojí pracovitostí získával průměrné výsledky v naukových předmětech. Začaly se ale stupňovat jeho obtíže ve francouzském jazyce. Žák nezvládal nová slovíčka, nerozuměl textu. Vyučující francouzského jazyka hodnotila jeho práci jako nepřiměřeně pomalou, problémy byly především s porozuměním slovům, textu, neboť zde komplikovala situaci odlišnost mezi psanou a mluvenou podobou slov. Začala mít obavy, že žák nezvládne výstupy školního vzdělávacího programu.

Žák byl znovu odeslán na vyšetření do SPC. Z doporučení vyplývalo, že „...největší potíže mu nyní dělají cizí jazyky, neboť těžko reaguje na mluvené slovo. Studijní předpoklady žáka jsou nadprůměrné. Chlapec je motivovaný ke studiu, zajímá jej svět vědy. Výkon ve škole je snižován již dříve diagnostikovanou poruchou pozornosti – ADD těžšího stupně (hypokinetická forma). Nejvýraznější jsou schopnosti matematické a schopnosti slovně-logického myšlení. Doporučujeme soustředit se na výuku jednoho cizího jazyka – výhodnější by byla angličtina, kterou zvládá lépe než francouzštinu“.

Na základě tohoto doporučení a po dohodě se školní psycholožkou, s učitelkou francouzského jazyka a s rodiči byl žák

z výuky francouzského jazyka osvobozen a časová dotace byla přesunuta na výuku anglického jazyka. Žák měl upraven rozvrh tak, aby mohl docházet na individuální konzultace a konverzační cvičení k učitelce anglického jazyka. Tímto způsobem (společné hodiny anglického jazyka se třídou a individuální konverzace s vyučující) poté studoval anglický jazyk až do maturitního ročníku. Tato úprava pomohla žákovi doplnit si mezery vzniklé v předcházejících letech, a to tak, že již v předmaturitním ročníku byl schopen přečíst knihu, kde znal obsah, v anglickém originále. Díky tomu si i vytvořil strategii porozumění textu – vypisoval si slovíčka, kterým nerozuměl, a po přečtení určité části si je vyhledal.

V následujícím ročníku byl žák ve verbální komunikaci stále pasivní, často potřeboval informace upřesnit, měl velké obtíže vyjadřovat se o emoční a sociální stránce. Potýkal se s problémy především v naukových předmětech a jazycích – nedokázal vysvětlit abstraktní pojem, konkrétní slovo vysvětlil pouze tehdy, pokud měl dostatek prostoru a času na práci. Selhával při vytváření vět. Verbální i písemné vyjadřování bylo poměrně šroubované a komplikované.

Ačkoliv ve škole studoval podle IVP a s podporou asistentky pedagoga, která mu pomáhala při organizaci úkolů a v písemném projevu, opakovaně podával nestabilní výkon.

Vzhledem ke zvyšujícím se nárokům v českém jazyce se začaly stupňovat problémy právě v tomto předmětu. Gramatiku zvládal výborně, pro žáka však bylo velmi těžké napsat slohovou práci na dané téma. Problém začal již volbou tématu, neboť se nedokázal rozhodnout, které téma si vybrat. Za jeho rozhodováním byl nedostatek schopnosti verbalizovat představu, pro kterou neměl racionální podklad. Domácí příprava ani individuální konzultace nestačily. Po dohodě s rodiči a na doporučení školní psycholožky odeslala škola žáka na logopedické vyšetření. Klinickým logopedem byla sedmnáctiletému žákovi diagnostikována dysfázie, bradylálie. Z doporučení logopedie pro školu vyplývalo následující doporučení: „...je vhodné zkrátit práce (přepis, diktát apod.), tolerantně klasifikovat a hodnotit i dílčí kroky, průběžně posilovat sebevědomí žáka, zkusit nácvik psaní na počítači (kompenzační pomůcky – notebook či tablet) a využít Feuersteinovy instrumentální obohacování (FIE).“

Doporučení z SPC bylo projednáno s vyučujícími a vloženo do IVP. Písemné práce byly zkráceny v angličtině. V češtině

došlo ke snížení rozsahu některých úloh (např. pravopisných cvičení). Ke snížení rozsahu slohových prací z českého jazyka nedošlo, neboť žáka čekala za dva roky maturitní zkouška z tohoto předmětu. Kompenzační pomůcky žák ale odmítl. Po dohodě školní psycholožky s logopedkou začal žák docházet každý týden na hodinovou konzultaci ke školní psycholožce, která s ním pracovala podle Feuersteinovy metody instrumentálního obohacování (FIE).

Během tří let žák zvládl instrumenty: Uspořádání bodů, Orientaci v prostoru I, Porovnávání, Analytické vnímání, vybrané strany z instrumentu Kategorizace, Instrukce. Specifický význam pro podporu jazykového rozvoje především v syntaktické oblasti měl instrument Ilustrace. Současně byl podnětový materiál v maturitním ročníku využíván při přemostování do různých slohových útvarů (popis, vyprávění, úvaha). Instrumenty byly vedeny cíleně k porozumění obsahu pojmů, k tvorbě pojmového aparátu, k rozšiřování slovní zásoby, porozumění vztahu mezi pojmy a jejich definování. Intervence se účastnila asistentka, se kterou školní psycholožka v rámci supervizí diskutovala možnosti podpory žáka při přípravě na vyučování. V předmaturitním a maturitním ročníku se intervencí podle možností účastnila i výchovná poradkyně, se kterou školní psycholožka především řešila přetrvávající pomalé tempo žáka a jeho výkyvy v českém jazyce.

Český jazyk patří mezi maturitní předměty, proto došlo k dohodě s vyučující češtiny, že žák bude vypracovávat individuální domácí slohové práce na daná témata, aby se postupně připravoval na maturitní slohovou práci. Tato individuální práce probíhala i po celý maturitní ročník.

V průběhu studia žák reprezentoval školu na astronomické olympiádě, kde se nakonec umístil na předním místě v celorepublikovém kole, čímž získal právo účastnit se výběrového soustředění mladých fyziků pro mezinárodní olympiádu, které se konalo v Čechách a v Estonsku. Po maturitě se zúčastnil mezinárodní olympiády mladých fyziků v Thajsku. Tato ocenění a dlouhodobý zájem o astronomii definitivně nasměrovaly žáka ke studiu na Matematicko-fyzikální fakultě UK.

IVP pro maturitní ročník byl koncipován na základě předcházejících ročníků, podpora se zaměřovala na osamostatňování a posilování nezávislosti. Asistentka pedagoga pomáhala naplňovat podpůrná opatření ve vzdělávání. Její úloha byla ale

postupně snižována, aby se žák připravil na vysokoškolské studium. Poskytovala žáku přímou podporu pouze v rámci jazykových předmětů – angličtiny a češtiny, které představovaly pro žáka největší problém.

Každý týden žák nadále docházel na intervenci ke školní psycholožce a prostřednictvím Instrumentálního obohacování (FIE) rozvíjel nejen své komunikační dovednosti, ale byla mu poskytována také podpora při zvládání obav ze selhání u státní maturitní zkoušky z českého jazyka a literatury. Gramatiku českého jazyka zvládal žák bez obtíží, orientoval se v základní mluvnické terminologii. Nejobtížnější činností zůstal jeho souvislý písemný projev. Nedokázal psát o abstraktních situacích, které nezažil, obtížně hledal vhodné výrazy, těžko rozlišoval podstatné a nepodstatné informace, často ulpíval na konkrétních jednotlivostech. Při samostatném formulování myšlenek do písemné formy byl nerozhodný a zvyšovala se jeho obava z nedostatku času na zpracování úkolu, která zpětně limitovala koncentraci a zaměření pozornosti. Dlouho váhal se zápisem, hledal co nejvhodnější výrazové prostředky, což obnášelo neadekvátní prodlevy v písemném projevu. Nebyl schopen odevzdat práci i přes navýšení času včas a splnit požadovaný rozsah slohové práce.

Nejnáročnější byl pro něj slohový útvar, který předpokládal představivost, fantazii, vlastní invenci (úvaha, esej, vyprávění, fejeton). Jako snadnější se jevil slohový útvar podložený konkrétní osnovou, kterou si žák mohl představit – popis cesty, převyprávění obsahu textu, který přečetl.

Vzhledem k tomu, že výchovná poradkyně má osvědčení ke zkoušení žáků s PUP, začala žáka připravovat ke zkoušce z češtiny ve spolupráci se stávající vyučující českého jazyka. Společně hledaly způsoby, jak naučit žáka potřebným znalostem a dovednostem. Na jednotlivé konzultace vytvářely žákovi pracovní list, v němž charakterizovaly daný slohový útvar, vysvětlovaly kompozici útvaru, uváděly žáku slohové postupy a jazykové prostředky. Pracovní list obsahoval vzorové texty daných útvarů, ale také neúplné ukázky probíraného slohového útvaru, které žák postupně doplňoval. Společně se žákem hledali vhodné pojmy, popisovali konkrétní obrázky a situace. Postupně žáka vedly k napsání celého slohového útvaru. Zlepšení bylo sice po malých krocích, ale cílem těchto cvičení bylo i posílení jeho sebevědomí, neboť žák často bezradně seděl

nad zadáním, odmítal práci psát, vyjadřoval pochybnosti.

SPC vypracovalo na začátku maturitního ročníku doporučení a zařadilo chlapce mezi žáky s přiznaným uzpůsobením podmínek (PUP) pro konání maturitní zkoušky. Žáci s PUP jsou rozděleni podle postižení do jednotlivých kategorií. Žák byl zařazen do kategorie SPUO – specifické potřeby učení a ostatní. Podle míry požadovaných uzpůsobení byl zařazen do 3. skupiny.

Na základě tohoto doporučení a zařazení žáka do skupiny SPUO-3-A (specifické poruchy učení a ostatní, skupina 3, asistent) měl žák právo „...na navýšení časového limitu o 100 %, právo na kompenzační pomůcky, asistenta pedagoga, samostatnou učebnu, toleranci diagnostikovaných symptomů v písemném projevu – menší slovní zásoba, problémy ve výstavbě složitějších větných celků a jiné“. SPC doporučilo zvážit uzpůsobení maturitní zkoušky (MZ) snížením minimálního rozsahu textu (doporučeno 100 slov), neboť minimální rozsah textu (250 slov) byl nad maximum žakových možností. Dále případné formální a obsahové úpravy zadání písemné práce. Výjimku bylo nutné konzultovat s Centrem pro zjišťování výsledků vzdělávání (CERMAT).

Po získání doporučení z SPC tedy škola oslovila CERMAT, aby se vyjádřil k výjimce – *snížit rozsah práce a formálně a obsahově upravit zadání písemné práce*. S doporučením ze speciálně pedagogického centra CERMAT ani jimi oslovený Národní ústav pro vzdělávání (NÚV) však nesouhlasil. NÚV vyzval SPC k vypracování nového doporučení, a to bez návrhu na vytvoření výjimky.

Ve snaze žáku pomoci bylo prostřednictvím médií osloveno Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) České republiky, které následně přislíbilo vytvořit pro mimořádně nadaného žáka s handicapem u písemné maturitní práce výjimku.

Vyjednávání trvalo půl roku, vneslo do učitelského sboru neklid a pro studenta a jeho rodinu to znamenalo mnoho stresu. Školní psycholožka velmi intenzivně se studentem pracovala a snažila se mu znovu vrátit jistotu a naději, že písemnou maturitní zkoušku zvládne.

MŠMT se definitivně vyjádřilo před písemnou maturitní zkouškou se závěrem, že v rámci platné legislativy není prostor pro možné úpravy obsahu (zadání) písemné práce z českého jazyka a literatury. Doporučeno bylo pouze snížení počtu slov.

Písemná maturitní zkouška se žáků nakonec vydařila. Splnil rozsah práce jako ostatní žáci (250 slov) a práci napsal v čase, který mu byl určen. Z didaktického testu z českého jazyka získal 98 % a v květnu zvládl celou ústní maturitní zkoušku. Studium ukončil s vyznamenáním a následně byl přijat na vysokou školu.

Na otázku položenou v úvodu tohoto sdělení, zda je možné úspěšně vystudovat gymnázium s vývojovou dysfázií, lze kladně odpovědět za následujících podmínek:

1. Včasná diferenciální diagnostika klinického logopeda při projevech oslabení ve vývoji řeči.
2. Spolupráce výchovného poradce a školního psychologa s vedením školy, odborníky ze školského poradenského zařízení (v našem případě SPC) a rodiči, a to při:
 - zpracování funkčního individuálního vzdělávacího plánu, který pružně reaguje na obtíže, jež se v rámci zvyšování náročnosti studia mohou prohlubovat;
 - poskytování odborné podpory asistentovi pedagoga (supervize);
 - poskytování odborné podpory vyučujícím prostřednictvím průběžných konzultací;
 - poskytování cílené intervence žákovi, v našem případě to bylo Instrumentální obohacování prof. Feuersteina;
 - poskytování cílené přípravy k maturitní zkoušce z českého jazyka a literatury v koordinaci učitele s osvědčením pro žáky s PUP se stávajícím vyučujícím.

Tohle všechno by ale nemělo smysl, kdyby žák neměl vůli a chuť na změně pracovat a rozvíjet nejen své silné stránky, ale i eliminovat obtíže, které mu cestu k úspěchu znesnadňovaly.

Tento text byl vytvořen ve spolupráci se žákem a s jeho souhlasem.

KDYŽ JSOU PROBLÉMY V ODBORNÝCH PŘEDMĚTECH, SPOLUŽÁCI NABÍZEJÍ POMOC. ALE NIKDO SE NEVTÍRÁ, JSOU V POHODĚ...

ROZHOVOR SE STŘEDOŠKOLSKÝM STUDENTEM S VÝVOJOVOU DYSFÁZIÍ

Mgr. et Mgr. Barbora Richtrová

barbora.richtrova@gmail.com



Mgr. et Mgr. Barbora Richtrová



Vojtěch Mrkvička

Vojtěch Mrkvička je mladý muž s diagnózou vývojová dysfázie, jehož matka je klinická logopedka. Je mu 18 let a studuje střední odbornou školu chemickou.

Vojto, celý život tě provází diagnóza vývojová dysfázie. Jaké to pro tebe je? Jak to vnímáš?

Tak spíš to vnímám ve školském prostředí, když třeba mám větší problémy se soustředit a potřebuju víc času na různé úkoly, které jiní spolužáci zvládnou v kratším čase. A když se vykládají látky – jako učitelé, tak mám problém se soustředit delší dobu.

Odhadneš časový interval, jak dlouho se dokážeš plně soustředit?

Když se snažím, vydržím se soustředit třeba i celou hodinu, ale to je den ode dne... Buď je to celou hodinu, pak najednou deset minut nevnímám prakticky vůbec nic.

Je to dané dnem, rozpoložením nebo látkou, kterou se učíte?

Určitě i látkou – to je asi úplně normální.

A ty vnímáš tyto problémy spojené s dysfázií doopravdy jen ve školním prostředí?

To asi ne, doopravdy jen ve školním prostředí. Myslím, že se orientuju dobře. Možná, no..., asi že se špatně vyjadřuju, ale to bude asi tak všechno.

Co je pro tebe ve škole ještě obtížné?

No, takže to soustředění, pak špatně čtu, ale to je spíš proto, že čtu málo. Nejhorší je dělat něco, co mě nebaví... A to, co mě baví, tak na to spotřebuju víc času.

Takže například si doma čteš knížky v pohodě s porozuměním...

Když mě něco zajímá, tak to čtu i s porozuměním. Pochopím to v pořádku, jenom mi to trvá víc času, a když se to fakt snažím číst, tak to trvá trochu dýl.

Jsou nějaké typy knížek, které preferuješ víc?

Mám hrozně rád fantasy a sci-fi.

Protože...?

Protože mě to prostě baví a můžu si to představovat do obrazů... Víc mě baví si představovat něco, co je nereálnější, protože si to můžu představit po svém.

Existuje nějaký román nebo fakt tlustá bichle, kterou jsi přečetl?

Jojo, od Terryho Pratchetta. Babičku jsem přečetl, ale je to nuda, ale docela dobře se to představovalo.

Tak mě napadlo, že by tě možná bavily hry, že by se ti mohly dobře číst – myslím divadelní?

Hry si radši zkouknu v divadle.

Co krátkodobá paměť?

No, tu mám hodně zajímavou, když se soustředím, tak si pamatuju, co chci. Takže když si třeba dvakrát za sebou přečtu deset slov, tak jsem schopný ti je přesně za sebou zopakovat.

Stalo se ti někdy, že by se ti kamarádi nebo spolužáci vysmívali? Nebo naopak ti chtěli pomoci?

No určitě se mi vysmívali s tím čtením, protože čtu špatně, někdy i koktám, u některých slov se fakt zaseknu a musím se zamyslet.

A to se nejvíc dělo na prvním stupni, druhém nebo na střední?

No, čím jsou děti starší, tím je to víc v pohodě, protože to neřeší a dokážou něco chápat a stane se jim to taky. Ale na základce se to, ty jo, dělo vlastně skoro celou dobu.

Jak jsi s tím zacházel, jak ses s tím vypořádal?

Většinou se na učitele nedalo v tomhle směru spoléhat. Když se někdo smál o hodině, tak to nebyl problém. Vlastně si moc nepamatuju, jak jsem to řešil, ale spíš jsem dělal mrtvýho brouka... Když se tomu posmívání člověk nebrání, tak ono to pak ty lidi nebaví, tak pak neotravujou.

A co jsi prožíval? Vadilo ti to, byl jsi smutný, naštvaný, vztekly?

No, to mi jako vadilo, ale asi jsem se s tím spíš naučil žít a neřešil jsem to. Když jsem dělal třeba tu gymnastiku v Sokole, tak tam jsem se vždycky šel odreagovat, ale to bylo asi tím, že jsem se soustředil na něco jinýho, a potom mi to bylo tak nějak jedno. A ve škole jsem občas ukázal, co umím já, a to bylo taky dobrý. Taky mi pomohlo, že jsem si uvědomil, že mám třeba daleko lepší známky než oni. Protože jsem byl v tý horší třídě (nejazykovka na jazykové škole), tak jsem tam měl ty horší případy, a já jsem tam byl jen proto, že jsem byl pomalejší, ale byl jsem mezi nima chytřejší, a to mě uklidňovalo. Tak takhle na to koukám teďka, s odstupem.

Stalo se ti někdy, že by ti někdo chtěl pomáhat, třeba i nevyžádaně?

No..., určitě, ale to nebylo s tím čtením, ale kamarádi se občas zeptají, jestli s něčím nepotřebuju pomoci. Moc se nestalo, že by někdo přišel sám a nabídl pomoc, ale spíš, když s nima mluvíš, tak pak nabídnou nějakou pomoc. Což se na tý střední škole hodně děje, spíš se staršíma lidma

z vyšších ročníků, když jsou problémy v nějakých těch odborných předmětech, tak se nabízí k pomoci. Ale nikdo se nevtírá, jsou v pohodě.

Musel jsi někdy někomu tuto diagnózu vysvětlit?

Asi ne... Možná jo, na základce, když se mi smáli, ale to je tak všechno asi. Třeba někdo měl se mnou o přestávce nějaký konflikt ohledně toho, tak jsem mu to řekl, a občas to možná i pomohlo. Občas.

Vzpomeneš si, jak jsi to vysvětloval?

Že nejde o to, že bych neuměl číst, protože jsem hloupej, ale že za to úplně nemůžu, že jsem se s tím narodil.

Co vlastně o vývojové dysfázii víš? Zajímá ses někdy o to, co to znamená a co se děje v tvém těle/mozku?

No to jo, spíš jako z psychologického pohledu. Čím jsem byl starší, tím mě to víc zajímalo, hlavně s čím mám problémy a takhle... Co se děje fyzicky nebo v mozku, to mě moc nezajímalo, ale spíš ty jednotlivé projevy a psychika.

Dokázal bys mi říct definici vývojové dysfázie podle sebe?

No, já bych maximálně mohl říct ten svůj případ, protože tomu taky moc nerozumím a vím, že u mě je to takovýhle a u někoho je to jiný. A když to vezmu k sobě, tak pro mě je to prostě takhle: Mám problémy se i víc snažit, nejen víc se soustředit. Nejhorší se mi čte, jako by mi ta písmenka... No, písmenka jsou pořád stejná, ale najednou v mžiku zapomenou, jak to písmenko zní. Já vím, co to je, ale rychle si nemůžu vzpomenout, tak se nad tím zastavím a občas si ty písmenka musím skládat za sebou do slov. A pak taky, když je třeba nudná látka, tak opisuju nějaký příklad a najednou se stane, že je půlka popsán tabule a já nevím, co se stalo. Jako bych byl v nějakým tranzu, zaseknutej, a pak zjistím, že mám sice opsanej příklad, ale půlka věcí mi tam chybí. A ne že bych vynechal třeba závěrečnou část příkladu, ale často mi chybí jakákoliv část, prostě nečekaně na chvíli vypnu... Taky mám problémy s pravou a levou stranou, v orientaci, a taky se trochu ztrácím v prostoru. A nejde mi odhadnout čas.

Jakým způsobem ovlivnila tato diagnóza tvůj život a rozhodování ohledně školy, zájmů atd.?

No, jakoby když to takhle vezmu, tak jsem musel chodit na nějaký to cvičení.

Od první do sedmé třídy jsem chodil každý týden na doučování do psychologický poradny. Četl jsem tam, psal... A jako mladší jsem chodil na grafomotoriku. Ale moje osobní zájmy to neovlivnilo, maximálně mi to doučování sebralo čas.

Jaké jsou tvoje koníčky?

Byla to ta gymnastika a chemie a hodně technický věci. Muselo mi to dávat smysl a muselo to být logický. Třeba chemie mi na základce šla hned, nemusel jsem se nad tím zamýšlet jako jiní.

Vzpomeneš si, která doba byla pro tebe nejtěžší?

Asi teď ta střední škola, když se nesoustředím, tak je to fakt problém. Ono je to všechno rychlejší. Se spolužákama je to v pohodě, ale to učení... Navíc se stejným problémem je nás tam víc. Jsme tam čtyři.

Máš nějaké úlevy na střední škole nebo individuální plán?

Určitě mám většinou delší čas a potom ty horší můžou psát na počítači. Někteří učitelé to víc řeší a někteří vůbec. Třeba češtinářka po dvou diktátech mi taky už dává doplňovací, ale malý písemky už neřeší, bere všechny chyby, takže když třeba píšeme na shodu podmětu s přísudkem a já nenapišu háček nad e, tak už mám hrubku, a to je pro mě peklo v tomhle. Individuální plán mám, řeším to se zástupkyní, protože je výchovný poradce, ale hodně lidí na to nedbá. Cítím to tak, že nejsem moc zvýhodňovaný, jen v tý češtině, ale v jiných předmětech by se to taky občas hodilo.

Mluvil jsi o těch „horších“ spolužácích. Ty považuješ své problémy za lehké?

To těžko říct, nemám srovnání. Nedokážu si představit, jak bych to mohl srovnat, ale pro mě by to bylo třeba za trest psát na počítači. Ale ten delší čas taky není úplně výhodný. Kdybych si to dokázal promyslet, tak by to šlo.

Už jsi ve třetáku. Jak je to s maturitou a vývojovou dysfázií – jsou nějaké úlevy nebo možnosti jiného přístupu nebo ne?

To vůbec nevím, asi se to řeší u ústních.

Kdybychom se na tvůj život podívali chronologicky – jaké to bylo v MŠ? Pamatuješ si něco?

Moc si toho nepamatuju, asi jsem neměl problém, jenom jsem chodil na grafomotoriku a maloval jsem nějaký obrázky. Já

si myslím, že mi to bylo jedno, ale mamka říkala, že mně to vadilo fakt hodně, to mi řekla jako na fér, a včera mi řekla, že jí to taky vadilo, kvůli mně. To bylo tak všechno, ale já si to moc nepamatuju.

A na ZŠ?

To nevím, pamatuju si až problémy s jazykama, čeština byla těžká – dvojku jsem měl už ve druhý třídě.

Co učitelé? Jakým způsobem k tobě přistupovali na ZŠ?

No jak kterež učitel. Měli jsme fakt neschopnou jednu učitelku ve třetí třídě a s tou byl fakt problém. Na druhém stupni to většina učitelů vůbec nechápala a navíc nevědí, jak řešit, co mají učit, tak jedou v těch zajetejch kolejích a tohle vůbec neřeší. Třídní říkala před dětmi, že mám papíry na hlavu, takhle pak mi to říkaly i děti...

Jaké to pro tebe v poradně bylo?

Já jsem to tam měl docela rád, já jsem měl takovou příjemnou paní, se kterou jsme si povídali, bylo nás tam pár kluků a bylo to přátelský. S klukama jsme se tam prostřídávali.

Vzpomeneš si, co jste tam třeba dělali?

Vždycky jsme četli, pak jsme psali a vybarvovali jsme, to si pamatuju.

Máš pocit, že ti to pomohlo?

Určitě, určitě jo.

Ještě jsi chodil k nějakým odborníkům?

Ne, nikam.

Tím jsem mířila k tomu, že máš mámu klinickou logopedku. Byla to pro tebe výhoda, nebo nevýhoda?

No jako malej jsem to nenáviděl, ale zpětně teď jsem za to rád. Myslím, že mi to ušetřilo hodně problémů, a myslím si, že tím, že jsem měl mámu, která tomu všemu rozuměla a byla pes, tak bych na tom bez ní byl rozhodně hůř, než jsem. Bylo super, že jsem nemusel nikam docházet a měl jsem logopeda doma, ušetřil se tím čas. Hlavně byla výhoda, že to mamka poznala včas a dokázala to chytnout v tom věku a dokázala to vyřešit. Kdybych měl rodiče, kteří tomu nerozumějí, tak bych na tom byl mnohem hůř.

Co a jak jste trénovali doma?

No to si moc nevzpomenu.

Máš i starší sestru, která nemá dysfázii. Byla pro tebe oporou, nebo naopak?

Jo, ta je bezchybná. V případě, že jsem za ní došel, tak mi pomohla, ale sama se nenabízela. Měla sama dost svýho učení, pokud jsem za ní byl schopnej dojít, tak mi nějak pomohla.

A táta?

Já si myslím, že táta u tohohle moc nebyl a že to moc nechápal a nepochopí to. Podle mě neví, co se přesně dělo, ale nikdy jsem se s ním o tom nebavil. Rozhodně podle mě neměl moc pochopení, třeba v tom, jak jsem psal, a pak byl nepříjemnej. Navíc byl hodně v práci, spíš jsme sportovali. Ale třeba jedna babička, když jsem udělal někde chybu, tak to taky nechápala, ale ona nemá pochopení pro nic. Druhá to chápala a chtěla mě šetřit, i před mamkou.

Jaké jsou pro tebe cizí jazyky?

Hrozně těžký, já v tom nevidím logiku. Někdo ji v tom vidí, ale já ne. Moc mi to nejde... Skládat věty, to je problém. Na základce jsem měl ještě jako druhý jazyk němčinu a na střední jsme měli na výběr a já si ji nevybral. Němčina byla těžší na psaní, hlavně kvůli tomu přehlasování a tak. V angličtině se dokážu nějak domluvit, ale ty časy nezvládám a trvá mi to trochu dýl.

Co plánuješ do budoucna?

Po maturitě mám v plánu nástavbu na lihovarnictví a pivovarnictví, rok na VOŠ. A pak možná potravinářská vysoká škola, ale to se rozhodnu až po tý nástavbě.

Proč zrovna pivovarnictví a lihovarnictví?

Nevím, přišlo mi to zajímavý a lehký.

Máš představu o svém povolání?

Když se nikam nedostanu, budu zahradník. Jinak budu vařit pivo.

To jsi asi na špatné střední škole...

No, budu dělat analytickou chemii ve výzkumu rostlinné výroby, ve třetáku tam jdu na praxi, tak uvidím, a když to bude blbý, tak budu dělat zahradníka. Uvidíme, co ze mě bude.

Když si představíš svoji dalekou budoucnost a připustíš, že jednou budeš mít děti, které může potkat to samé, co tebe, jak bys je vedl, podpořil?

Určitě bych je podpořil, ať jsou klidný, že to nějak půjde, že to mám taky... na pohodu. A jako poradnu budeme mít babičku. Kdybych to dítě měl, tak bych to asi nepoznal, ale kdybych věděl, že to má, tak bych ho určitě podporoval, ale naštěstí máme babi Jaru.

Kdybys mohl teď učitelům něco vzkázat, doporučit?

Lepší by bylo zjistit si, co ten člověk má za problém a všimnout si toho. Jak to říct... To je hodně těžký... Třeba když dělá dítě podobný chyby pořád, tak to víc tolerovat a víc si ho všímat, jako osobně.

MÁMA (A) LOGOPEDKA

Mgr. Kristina Horníková



Mgr. Kristina Horníková

Kristina Horníková se narodila v Praze, kde i vystudovala a prošla předatestační přípravou. V současné době pracuje v soukromé ambulanci v Praze 12. Je mámou dvou kouzelných dětí.

Na konci roku 2012 se nám narodil syn. Těhotenství bylo rizikové a porod velmi špatně vedený. Výsledkem byly moje opakované transfúze a synův obrovský kefalohematom. Syn prodělal i těžkou žloutenku a fototerapii, přesto jsem si z porodnice odnášela krásné a nejúžasnější miminko na světě.

Křik nás obklopoval mnoho hodin denně. Když syn nespál, křičel. Jakékoliv podráždění, pohyb nebo emoce vedly ke křiku. Budil se s křikem, usínal vyčerpáním z křiku. Vstával až osmkrát za noc. Oba s manželem jsme byli velmi vyčerpaní, styděli jsme se chodit ven mezi lidi, babičky nechtěly hlídat. Nepodařilo se nám najít nic, co by pomohlo. Chvilí zabíralo houpání, pak hlazení, ale obvykle jen několik dní po sobě, a křik zase pokračoval. Syn byl velmi iritabilní, stačil stín, který mu přelétl přes víčka ve spánku, a už byl vzhůru.

Řeč se do roka vyvíjela fyziologicky, opakoval pohyby mluvidel, broukal a žvatlal. První slova se objevila, ale zase zmizela. Od roku a půl do tří let nemluvil vůbec. Buď mlčel, nebo křičel. Výrazně preferoval neverbální komunikaci a rychle se osamostatnil – uměl si věci podat, otevřít, donést. Hrál si sám, řadil autíčka podle barev, třídil korálky – a ničil. Trhal, stříhal a lámal.

Začal pozorněji reagovat na melodii a tempo řeči, ale porozumění slovům bylo stále mizerné. A v tomto stavu jsem ho, krátce před třetím rokem, dala do školky. Trochu jsem doufala, že se rozmluví. Ale nestalo se, paní učitelky si s ním nevěděly rady, stále mě prosily, abych ho nechávala doma, nebo mu našla adekvátní zařízení (pro autisty). Byla jsem naprosto vyčerpaná a nešťastná, přesto mě ještě diagnóza dysfázie nenapadla.

Ve čtyřech letech jsem začala řešit odborná vyšetření, zašli jsme ke kolegovi foniatrovi a ejhle – diagnóza percepční vývojové poruchy byla na světě. Následovala psychologka, která mi všechno potvrdila, nasměrovala mě a hodně mi pomohla ujasnit si celý problém. Vlastně je celá tato anabáze až komická, už při studiu mě dysfázie zajímala, dohledávala jsem si k ní materiály a hledala terapeutické postupy, přesto jsem si projevů u vlastního dítěte „nevšimla“.

Po změně školky a hlavně učitelek se synova řeč začala prudce rozvíjet. Já jsem se uklidnila a soustavně „pracovala“

na rozvoji jeho komunikace. Zjednodušila jsem řeč. Používala jsem krátké věty, které popisovaly aktuální situaci (vyžadovalo to velké soustředění) – to je pes, je to velký pes, pes jde k nám, pes štěká... Prodloužila jsem dobu očekávání odpovědi. Později se to naučil i zbytek rodiny, ale babičky hodně trpěly. Používala jsem hodně obrázků, knih s obrázky a hlavně reálných předmětů. Obrázek jsem popisovala pokaždé stejně, nejdřív jsem pojmenovala, pak popisovala vlastnosti – velikost, barvu, tvar.

A především, reagovala jsem i na synovu sebemenší komunikační snahu. Ze začátku jsem jeho výpovědi opakovala a rozšiřovala, ale po nějaké době bylo vidět, že ho to štvě. Tak jsem reagovala odpovědí nebo rovnou upřesněním, stejně tak bych mluvila i s jeho vrstevníkem. A fungovalo to.

Přesto byla jeho řeč pro okolí obtížně srozumitelná, obsahovala mnoho neologismů, gramatické jevy se ho naprosto netýkaly. Často to bylo prosté řazení významových slov do řady. (Mámo, avto tam báb hůhů! = Mámo, letadlo spadlo a přijeli k němu hasiči!) V tomto ohledu skvěle zafungovaly paní učitelky, hodně se ptaly, chtěly vědět, co jsme dělali a co jsme zažili, pak o tom se synem mluvily. Snažily se ho zapojit i do aktivit, jako je besídka a zpívání – odolal. Ale byl tam s kamarády a rodiče tleskali všem.

Teď mám doma předškoláka. Řeč je stále ještě hodně dysgramatická, neurčí rody podstatných jmen, plete si některé předložky a příslovce, ALE domluví se, dokáže bez cizí dopomoci vyprávět, co zažil. Chce sdílet, umí abstrahovat podstatu vyprávění a hlavně se hodně uklidnil. Ví, že je v něčem jiný, nechce zpívat před třídou nebo předříkávat básničky, ale umí vyprávět ostatním dětem bez obavy, že by se mu vysmáli. Dokáže si sám koupit zmrzlinu nebo sešit, umí se zeptat na cestu a objednat nám pití v restauraci.

Máme před sebou ještě dlouhou cestu, ale ten nejprudší kopec už snad máme za zády.

RECENZE KNIHY

CVIČENÍ PRO LEPŠÍ UČENÍ OD EY VINGRÁLKOVÉ

Mgr. Bc. Jana Mironova Tabachová^{1,2}¹Ambulance klinické logopedky Mgr. Jitky Souškové Doleželové, Štefánikova 7, 741 01 Nový Jičín²Ústav speciálněpedagogických studií, Pedagogická fakulta Univerzity Palackého, Žižkovo náměstí 5, 779 00 Olomoucjana.tabachova@gmail.com

Může pohyb vést ke zlepšení čtení, psaní a počítání? Eva Vingrálková se nám ve své knize „Cvičení pro lepší učení“ snaží ukázat, že pohyb je klíčový prvek všech funkcí mozku. Pravidelným cvičením můžeme dosáhnout lepší paměti, pozornosti, motoriky, prostorové orientace, což následně povede k lepšímu učení. Kniha si klade za cíl předložit vysvětlení a rady pro rodiče, pedagogy, asistenty a jiné odborníky, jak s dětmi cvičit. Podstatou je, aby čtenář nahlížel na vývoj dítěte ze všech stran a komplexně se jej snažil podpořit. Do logopedické ambulance přicházejí stále častěji děti, které jsou nepozorné, mají problémy se začleněním do kolektivu, mají oslabené zrakové a/nebo sluchové vnímání, vykazují opoždění v hrubé i jemné motorice s následnými obtížemi v grafo-motorice, vykazují známky opožděného vývoje řeči v některé z jazykových rovin či je u nich diagnostikována vývojová dysfázie. Těmto dětem můžeme pomoci i jinak než pouze pravidelným procvičováním oslabené oblasti.

Z pohledu čtenáře můžeme knihu rozdělit na dvě části – teoretickou a praktickou. Teorii je věnováno pět krátkých kapitol. První kapitola je stručným uvedením do smyslových systémů, které musí spolupracovat, aby docházelo k adekvátní smyslové integraci. Autorka použila k interpretaci vztahu senzorycké integrace a učení pyramidu učení Williamsové a Shellenbergerové, která by měla být v povědomí všech odborníků pracujících s dětmi se specifickými potřebami. Druhá kapitola stručně charakterizuje tři základní smyslové systémy – hmat, propriocepci a vestibulární systém. Tyto tři systémy jsou nejdůležitější a tvoří podpůrný systém pro další smysly, dovednosti a schopnosti. Jednotlivé smyslové systémy autorka podrobněji popisuje ve své předchozí publikaci „Cvičení a terapie pro děti s autismem, Aspergerovým syndromem, ADD, ADHD, Poruchou smyslového zpracování

a jinými poruchami učení“. V následující kapitole je stručně popsán růst a vývoj mozku a charakterizována neuroplasticita, která je využívána při terapii u dětí. Informace v této části knihy slouží jako podklad pro čtvrtou kapitolu, která se věnuje primárním reflexům. Primární reflexy nám pomáhají přežít v prvních dnech po narození, ale po prvním roce signalizují nezralost ve fungování CNS a mohou být překážkou v učení. Autorka se zaměřila pouze na určité reflexy: Moroův reflex, asymetrický tonický šijový reflex, tonický labyrintový reflex, symetrický tonický šijový reflex, palmární reflex, Babkinův reflex, plantární reflex, spinální Galantův reflex, Babinského reflex, Landauův reflex, amfíbie reflex a vzpřimovací reflexy hlavy. Vybrané reflexy charakterizuje a uvádí vlivy jejich přetrvávání na rozvoj dítěte. Známky přetrvávání primárních reflexů se nemusí během vývoje dítěte projevit, nebo jsou přisuzovány jiným obtížím. První symptomy mohou být patrné až s nástupem do první třídy základní školy, kdy se dítě učí číst a psát. Pro nás logopedy může být zajímavým poznatkem, že děti, které mají obtíže při testu zaměřeném na diadochokinézu rukou, vykazovaly zpoždění ve vývoji řeči nebo docházely na logopedii. V poslední kapitole teoretické části autorka poskytuje návod, jak s dětmi cvičit při individuální i skupinové práci. Abychom dosáhli nějaké změny, je nezbytné každodenní cvičení. Pokud není možné cvičit každý den, tak alespoň pětkrát týdně. Bez této pravidelnosti nebude výsledek dostatečný. Na konci knihy je uvedena tabulka, která znázorňuje jednotlivé reflexy a k nim vztahující se inhibiční cviky. Cvičení tak můžeme zaměřit na inhibici konkrétního reflexu. V předškolním věku je však doporučováno zaměření na všechny oblasti vývoje, tedy cvičení všech uvedených cviků. Praktická cvičení jsou nejrozsáhlejší částí knihy. Každý cvik je podrobně popsán a doplněn fotografiemi. Na inhibici



Mgr. Bc. Jana Mironova Tabachová

primárních reflexů zde nalezneme 75 cviků a dalších 26 cviků se zaměřuje na zlepšení grafomotoriky.

Autorka si neklade za cíl čtenáře podrobně vzdělat, ale spíše poskytuje základní informace, které jsou nezbytné pro pochopení možných příčin obtíží při osvojování čtení, psaní a počítání. Teoretická

východiska se snaží autorka vždy uvést dostatečně srozumitelně i pro laika a vždy je doprovází praktickými příklady, aby měl čtenář možnost problematice porozumět. Kniha je velmi přínosná pro praxi právě tím, že větší část publikace obsahuje konkrétní cviky, které mohou jednotliví odborníci zakomponovat do své terapie.

Cviky jsou srozumitelně popsány, takže k jejich užívání není potřeba dalšího vzdělání. Pokud bychom se chtěli při terapii zaměřit na inhibici konkrétního reflexu, doporučuje autorka nejprve provést podrobnou diagnostiku, která by měla být v rukou odborníka.

Literatura

VINGRÁLKOVÁ, E.: *Cvičení pro lepší učení: vysvětlení a rady pro rodiče, pedagogy, asistenty a jiné odborníky, jak cvičit s dětmi*. Olomouc: Fontána, 2018. ISBN 978-80-7336-932-3.

RECENZE KNIHY

60 MONTESSORI AKTIVIT PRO MIMINKO

Mgr. Barbora Červenková^{1,2}¹Neonatologické oddělení, Obilní trh 11, 602 00 Brno²Ústav speciálněpedagogických studií, Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Žižkovo náměstí 5, 779 00 Olomoucbarbora.cervenkova01@upol.cz

Nakladatelství Svojtka&Co. vydalo v roce 2017 překlad knihy „60 activités Montessori pour mon bébé“ autorky Marie-Helene Place. V tomto nakladatelství dosud vyšlo třicet šest publikací s Montessori tematikou.

Zakladatelkou tohoto pedagogického směru je Maria Montessori (1870–1952), italská lékařka a pedagožka, která pozorovala děti při vývoji a vyvinula jedinečnou metodu, jak napomáhat rozvoji inteligence a osobnosti dítěte. Maria Montessori založila svoji první školu v roce 1907. Škola nesla název „Dům dětí“ a byla určena pro 50 sociálně slabých dětí ve věku od tří do šesti let. V letech 1914–1918 vybudovala v USA školu pro vyučující a v roce 1929 založila Mezinárodní Montessori asociaci. V současné době existuje více než 8 000 Montessori škol. V České republice je nyní 0,2 % mateřských a základních škol s tímto alternativním výchovně-vzdělávacím programem.

Výukové principy Montessori školy se liší od tradičního pojetí vzdělávání. Důraz je kladen na samostatnou činnost dítěte, facilitovanou pedagogem, který dítě nevede autoritativně, ale funguje jako průvodce dítěte. Prostředí a výukové pomůcky jsou upraveny podle senzitivních období ve vývoji tak, aby dítě mohlo co nejvíce využít své schopnosti související s jeho aktuálním věkem.

O miminka se Maria Montessori začala zajímat intenzivně v roce 1920, kdy se narodila její vnoučata. Vybudovala centra péče pro nejmenší, jesle Nido (v překladu Hnízdo) pro děti od dvou a půl do patnácti měsíců a zařízení Dětská komunita pro děti od patnácti měsíců do dvou a půl až tří let.

Marie Helene Place je žena, která vystudovala módní návrhářství a napsala již více než 30 knih s Montessori tematikou. Původní profese této autorky se odrazila především v její schopnosti vytvářet podmanivé a pro dětského čtenáře přehledné ilustrace. Její postavičky Baltazara a Pepina

můžete najít v mnoha jejích publikacích. Z těch, které byly vydány česky, jsou to například knihy s názvy Cesta, Příroda nebo Montessori aktivity.

Knihu 60 Montessori aktivit lze zařadit mezi populárně naučné publikace. Autorka vychází ze zásad stanovených zakladatelkou tohoto pedagogického směru. Věnuje se rozvoji dítěte od narození do patnácti měsíců věku.

Knih s podnázvem „*Jak připravit jeho svět, probouzet jeho zájem a pomáhat mu k samostatnosti*“ je rozdělena do pěti kapitol: Příprava prostředí pro novorozence; Pomůcky pro miminko; Objevovat, mluvit, sdílet; Ruka a mozek; Vytvoření klidného a pozitivního prostředí.

V první kapitole s názvem Příprava prostředí pro novorozence povzbuzuje rodiče k tomu, aby se naučili dívat na svět očima dítěte. Vyzývá je, aby si lehli na místo, na kterém bude dítě spát, a rozhlédli se, aby se zaposlouchali do okolních zvuků, aby leželi po břiše a rozhlíželi se a vyzkoušeli si, kam dítě dosáhne, když poleze po čtyřech a když se následně postaví. Vybízí rodiče, aby navrhli prostor dítěte do čtyř základních zón s prostorem na spaní, na převlékání a ošetřování, na krmení a s prostorem pro aktivitu. Prostor pro aktivitu by měl obsahovat denní matraci pro hraní, zrcadlo, pohyblivé závěsné předměty a košíčky s předměty na hmatání, pozorování a manipulaci, to vše blízko na zemi tak, aby dítě dobře dosáhlo.

V kapitole *Pomůcky pro miminko* jsou definovány parametry pro závěsné dekorace. Popisuje zásady pro výrobu a umístění závěsných dekorací tak, aby odpovídaly vývoji zrakového vnímání. Představuje dekoraci Munari, kterou navrhl italský umělec Bruno Munari, složenou z geometrických černobílých tvarů, která je vhodná pro děti od tří týdnů věku, dekoraci Gobbi, složenou z pěti barevných koulí zavěšených na šňůrkách různé délky, nebo dekoraci s tanečníky, kterou je možné



Mgr. Barbora Červenková

využít od druhého měsíce věku, dekoraci Octahedron vytvořenou z barevných otáčejících se osmistěnů, vhodnou pro děti od šesti měsíců věku. Od půl roku věku doporučuje závěsy s jednoduchými předměty, jako je kruh, rolnička nebo chrastítka, které již může dítě aktivně prozkoumávat.

Kapitola s názvem *Objevat, mluvit, sdílet* je zaměřena na neverbální dovednosti potencující rozvoj mluvené řeči. Jsou v ní popisovány aktivity pro hledání a schovávání předmětů, lokalizaci zvuku a vytváření jednoduchých souvislostí mezi předměty.

Kapitola *Ruka a mozek* je věnována volbě vhodných předmětů pro rozvíjení

smyslové hry. Obsahuje podklady pro výběr vhodných hraček, lišících se barvou či drsností povrchu, balonků a válečků pro vkládání či navlékání až po hru se základními předměty denní potřeby.

Poslední kapitola s názvem *Vytvoření klidného a pozitivního prostředí* se věnuje spíše výchovným zásadám. Obsahuje návody pro zvládání vzteku, nácvik poděkování, pomoc k samostatnému jídlu či oblékání.

Z pohledu klinického logopeda se zaměřením na ranou intervenci nemohu než doporučit tuto knihu rodičům malých dětí. Oceňuji na ní propracovanost témat i konkrétní návrhy aktivit pro každodenní

činnosti s malými dětmi. Aktivity jsou vybírány s ohledem na vývojové fáze dítěte. Modifikovat tyto postupy lze i s dětmi s těžším mentálním či kombinovaným postižením. Maminky těchto dětí často neví, jak své dítě stimulovat, když má již tři či více let, a jaké činnosti vybrat.

Kniha 60 Montessori aktivit pro miminko doplňuje obsáhlejší a známější knihu *Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením* autorky Sarah Newman či knihu 260 cvičení pro děti raného věku Waltera Strassmeiera.

Literatura

PLACE, Marie-Hélène. *60 Montessori aktivit pro miminko: jak připravit jeho svět, probouzet jeho zájem a pomáhat mu k samostatnosti*. Přeložila Kateřina KYSLÍKOVÁ. Praha: Svojtka & Co., 2017. 183 s. ISBN 978-80-256-2125-7.

POKUD SE CHCEME SVÉBYTNĚ PROSADIT MEZI AMBULANTNÍMI SPECIALISTY VE ZDRAVOTNICTVÍ, MUSÍME SI TUTO POZICI ZASLOUŽIT

ROZHOVOR S MÁŠOU JIROUSKOVOU

Mgr. Petr Šmíd, DiS.



Mgr. Petr Šmíd, DiS.



Mgr. Máša Jirousková

Mgr. Máša Jirousková je klinická logopedka a našemu oboru se věnuje od roku 1992, kdy pracovala na foniatrickém oddělení Městské nemocnice v Ostravě-Fifejdách. Od roku 1994 má vlastní soukromou ambulanci klinické logopedie v Ostravě, kde je vedoucím logopedem. Byla druhou předsedkyní Asociace klinických logopedů a stála tak u zrodu naší odborné společnosti. Od roku 2016 má akreditované pracoviště pro vzdělávání kolegů a kolegyn v předatestační přípravě.

Kdy jste se rozhodla, že se budete věnovat klinické logopedii?

Jako malé dítě jsem tíhla ke zdravotnictví. Moje maminka pracovala jako porodní asistentka a později jako sálová sestra v jedné ostravské nemocnici. Milovala jsem vůni nemocnice, milovala jsem vůni maminky, když se vrátila ze směny domů, milovala jsem vyprávění maminky o tom, co se v nemocnici přihodilo. Ze všeho nejvíce jsem byla ráda, když jsem mohla s maminkou strávit službu v nemocnici. Chtěla jsem pracovat jako zdravotní sestra a nejlépe jako lékařka. Maminka mi obě povolání velmi rozmlouvala, ale pak přišla s řešením, že bych mohla studovat logopedii.

Proč právě klinická logopedie?

V době, kdy jsem logopedii studovat chtěla, bylo studium logopedie bez zaměření na klinickou či školskou. Já jsem však byla přesvědčena, že po dokončení studia budu pracovat v nemocnici, to byl můj sen.

Studium logopedie je oficiálně stále bez zaměření na klinickou nebo školskou, studuje se na pedagogických fakultách. Přikláníte se spíše k tomu, aby se logopedie studovala pouze na lékařských fakultách, a byla tak pouze zdravotnickou profesí, nebo aby kontinuálně probíhalo vzdělávání na lékařských i na pedagogických fakultách?

Primárně se přikláním k tomu, aby se „klinická“ logopedie studovala pouze na lékařských fakultách. Myslím si, že v současné době je klinická logopedie na takové úrovni, že se bez tohoto studia neobejde. Nevylučuji však, že by se logopedie jako taková měla studovat i na fakultách pedagogických v oboru speciální pedagogika tak, jak se studují i ostatní pedie, jako je

surdopedie, tyflopédie, somatopedie a etopedie. Budoucí učitelé by samozřejmě měli mít povědomí o tom, jak pracovat s dětmi s poruchou komunikace. To ale neznamená, že by klinickou logopedii měli suplovat.

Jak probíhalo vaše studium logopedie?

Po absolutoriu gymnázia jsem bez váhání podala přihlášku na PF v Olomouci, tehdy na obor Učitelství pro školy pro mládež vyžadující zvláštní péči. Ale bohužel... neměla jsem ani dělnický původ, ani rodiče v KSČ. Přijata jsem nebyla. Proto jsem se snažila do zdravotnictví prodrat alespoň studiem nástavby rehabilitační sestry, opět neúspěšně. Nakonec jsem se nějakým „zázrakem“ dostala na školu sociálně právní. O logopedii jsem však stále snila. Pak přišla rodina, děti trochu odrostly, v zaměstnání jsem nebyla spokojena. Znovu jsem začala zkoušet štěstí. Začala jsem se opětovně připravovat k přijímacímu řízení na pedagogické fakultě. Mé posudky, které v té době stále rozhodovaly o možném přijetí, potřikrát přispěly k tomu, že jsem byla odmítnuta. Pak ale přišel rok 1989, posudky byly zrušeny a já jsem byla konečně přijata. Studovala jsem dálkově a bylo to, vzhledem k rodině, docela náročné. Ale šanci jsem využila.

Kdo je vaším vzorem pro práci v našem oboru?

Nemám jeden vzor. Když jsem byla na předatestační stáži u paní doktorky Na Mrázovce a pozorovala jsem její nadšení pro sluchové vady a viděla jsem její práci se sluchově postiženými dětmi, věděla jsem při návratu domů, že chci právě s těmito dětmi pracovat. Stejně mne zaujal jiný kolega, který nás s velkým nasazením informoval o práci s afatiky. Mohla bych pokračovat. Skláním se před všemi

kolegyněmi a kolegy, kteří působí v nemocnicích či v soukromých ambulancích a pracují s nasazením. Držím palce všem mladým kolegyním a věřím, že náš stav posunou na takovou úroveň, že budeme rovnocennými partnery ostatním ambulantním specialistům a že nás tak i ostatní lékaři budou vnímat.

Chtěla jste pracovat hlavně s dětmi se sluchovým postižením, jak je to v současnosti? Máte v péči nějaké děti se sluchovým postižením?

Moje ambulance je umístěna přímo v centru Ostravy. Mnozí kolegové vědí, že v části Ostravy, která se jmenuje Poruba, má sídlo škola, která je určena pro děti se sluchovou vadou. V rámci této školy má sídlo rovněž speciálně pedagogické centrum pro děti se sluchovými vadami. Škola a SPC poskytuje dětem a jejich rodičům veškerý servis. Naši ambulanci vyhledává proto jen minimum rodičů dětí, které sluchovou vadu mají.

Momentálně pracujete v soukromé ambulanci v Ostravě, pracovala jste i jinde?

Moje první logopedické kroky vedly do Městské nemocnice v Ostravě-Fifejdách. Pracovala jsem na foniatickém oddělení pod skvělou lékařkou MUDr. Skeřilovou. K tomuto úvazku tehdy patřila starost i o Dětský rehabilitační stacionář v Ostravě-Porubě a LDN v Ostravě-Radvanicích. Byla jsem nadšená, že mohu v nemocnici pracovat, splnil se mi sen. V roce 1994 jsem využila privatizace a právě s MUDr. Zdenkou Skeřilovou a klinickou psycholožkou Mgr. Halinou Navrátilovou jsme založily nestátní zdravotnické zařízení. V podobném složení pracujeme dodnes. Přítomnost lékaře ORL, foniatra a psychologa byla pro naši práci velmi přínosná.

Jakou nejvážnější příhodu jste během svého profesního života zažila?

Nejvážnější, spíše nejsmutnější, to si pamatuji velmi dobře. Bylo to tehdy, když jsem ještě pracovala v nemocnici. Chodila jsem denně k paní po CMP, byla jsem přesvědčená, že právě já té paní pomůžu, že určitě bude zase chodit a mluvit a vrátí se k rodině... Jednoho dne jsem přišla a její postel byla prázdná, zemřela, řekla mi sestřička. Dlouho jsem tu paní měla před očima. Když už jsem pracovala v ambulanci, měla jsem v péči hluchoslepu holčičku, která navíc trpěla epilepsií. Moje odhodlání bylo té holčičce pomoci tak, aby mohla

s rodinou komunikovat, bohužel ani tady se mé přání nenaplnilo...

Jakou nejtípnější?

Těch nejtípnějších byla celá řada. Práce s dětmi přináší mnoho radosti a dětská bezprostřednost hodně vtipu. Jedna kolegyně z Ostravy si všechny úsměvné situace zapisuje a má jich už celou řadu. Vybrat právě jen jednu nejtípnější je velmi těžké, protože můj popis už ztrácí autentičnost, to spojení s dětskou bezelstnou tvářičkou.

Jako jedna z mála máte akreditovanou soukromou ambulanci, proč si myslíte, že není více akreditovaných pracovišť?

Jen těžko se můžu k této problematice vyjádřit. Samotný proces přípravy k akreditačnímu řízení je náročný ve shromáždění všech potřebných papírů, tj. diplomů, smluv, rozhodnutí atd. Pokud člověk přesně ví, co ministerstvo požaduje, dají se materiály snadno připravit. Je však třeba číst pozorně instrukce na stránkách ministerstva a těmi se řídit. Samotný proces akreditace probíhá na půdě ministerstva a nelze nikterak ovlivnit jeho průběh. Nezaznamenala jsem však ještě, že by ministerstvo nějakou žádost o akreditaci zamítlo. Bohužel, je velmi málo akreditovaných nemocnic, tj. oddělení, většinou neurologie, kde by mohly kolegyně a kolegové vykonávat stáž potřebnou k atestaci. Myslím si, že dobře mířený tlak rady naší asociace by mohl přispět ke zlepšení situace.

Předatestační příprava kolegů a kolegyně se protahuje i vlivem nedostatku akreditovaných pracovišť, proč si ambulanci akreditovat?

Pokud se chceme svébytně prosadit mezi ambulantními specialisty ve zdravotnictví, musíme si tuto pozici zasloužit a mezi lékaři se prosadit. Podaří se nám to jedine zvýšováním kvality naší odbornosti (tím, že budeme mít dobře vybavené ordinace, že budeme psát kvalitní zprávy z vyšetření, že budeme pacientům věnovat dostatek času, tím myslím, že budeme dodržovat časy péče pro jednotlivé diagnózy dle sazebníku, že se budeme vzdělávat, že budeme mít kvalitní předatestační přípravu). Do kvalitní předatestační přípravy rovněž spadá stáž na akreditovaném pracovišti.

Jaké jsou výhody?

Pro mne především v tom, že se i já musím stále vzdělávat a držet krok s vývojem. Také v tom, že poznám spoustu mladých logopedek či logopedů, od kterých se můžu něco naučit či dozvědět.

Byla jste u zrodu Asociace klinických logopedů ČR a její v pořadí druhá předsedkyně, jak těžké bylo navázat na práci první předsedkyně dr. Salomonové?

V době, kdy jsem nastupovala do funkce, se opravdu vše teprve rodilo. Těžké to skutečně bylo. Nejen tím, že jsem z Ostravy, že jsem v té době měla pětiletou holčičku a že jsem neměla vůbec žádné zkušenosti s řízením organizace, která již v té době měla 400 členů. První Konference AKL, kterou jsem řídila, byla v Klatovech... Velmi dobře si pamatuji, jak jsem svoji trému chtěla překřičet. Auditorium asi hodně bolely uši po mém přednesu. O tom, jak jsem odcházela z práce a myslela jsem na to, že jsem ještě nestihla vyřešit to či ono a že zítra to určitě již vyřídit musím, už ani nechci psát. Měla jsem neustále pocit, že jsem nestihla udělat všechno. V té době jsem neměla sekretářku, to znamená, že veškerou korespondenci jsem vyřizovala sama. Neměli jsme pronajatou místnost, listiny jsem měla uskladněné ve své ordinaci v krabících od banánů (ještě že v té době nebylo GDPR). Neměli jsme smlouvu s žádným advokátem, všechny zákony, které se týkaly naší profese, připomínkoval manžel ve svém volném čase (v té době rovněž pracoval v České advokátní komoře v Praze). Začali jsme zavádět a hlavně dodržovat pravidla, která byla zakotvena ve stanovách, a začali jsme přesvědčovat členskou základnu, že je velmi důležité znát své statvovské předpisy, a to platí dodnes.

Letos, pokud se nepletu, bude volební členská schůze, láká vás kandidovat do rady AKL?

Na tuto otázku vám odpovím bez rozmyslu – neláká. Navíc víte, co se říká o řece, do které již podruhé nevstoupíš?

Co vám během předsednictví dělalo největší starosti a co vás naopak těšilo?

Starost jsem měla s tím, abych obstála, aby v době, kdy již budu odcházet, po mně něco zbylo. Radost mi dělalo otevírat nové výzvy k tomu, abychom se jako stav posunuli vpřed. Velmi jsem přivítala spolupráci se Slovenskou asociací logopedů, tehdy jsme ji využili k vydání několika materiálů, které se používají dodnes. Byla jsem zaskočena tím, jak na Slovensku mají vyřešené specializace v oboru logopedie (většina z nás pracovala v ambulanci a klientelu jsme měli různorodou a nikdo v soukromých praxích si nemohl dovolit specializaci). Dnes je situace výrazně jiná v tom, že

mnohé kolegyně, většinou však ve státních zařízeních, si specializaci prosadily. Velkou radost mi dělala naděje, že by se náš obor mohl studovat na lékařských fakultách. (Sama jsem cítila, jak mi schází medicínské vědomosti při nástupu na první místo do nemocnice.) V době, kdy jsem poprvé vyřkla a nastínila možnost přesunu studia na lékařskou fakultu, jsem narazila na odpověď „to nejde“. Dr. Michaličková však navzdory všemu sjednala schůzku s doc. Svobodou a vše se pomalíčku pohybovalo. Byl to ovšem proces velmi náročný a dlouhodobý... Snad se nám, příštím, podaří tento proces dokončit. Velmi bych to oboru klinická logopedie přála.

Myslíte si, že specializace v rámci klinické logopedie je cestou budoucnosti našeho oboru?

Pokud máme pracovat na nejvyšší úrovni, tak určitě! Samozřejmě připouštím, že specializace není možná ve všech ambulancích, protože většina ambulančních v malých městech či vesnicích by se neuvěřila. Specializaci by si mohly dovolit ambulance ve velkých městech tak, aby se jednotliví kliničtí logopedi mohli specializovat na určitou diagnózu. Tuto otázku však nemám ještě promyšlenou, protože ve hře je spousta okolností, např. jak zajistit chod ambulanční jen při určitém množství rodinných čísel. Věřím však, že v budoucnu k určitým specializacím dojde.

Jako bývalá předsedkyně si můžete dovolit hodnotit současný stav AKL ČR, jak současnou asociaci hodnotíte?

Protože jsem sama byla v situaci, kdy mnozí hodnotili moji práci v Radě AKL, nechci být ta, která práci rady hodnotí. Věřím, že všichni členové rady pracují s nasazením a jak nejlépe mohou. Práce v radě je velmi náročná nejen na čas, ale i z hlediska proniknutí do problematiky dohodovacích řízení se zdravotními pojišťovnami, do problematiky komunikace s Ministerstvem zdravotnictví ČR, do problematiky vzdělávání logopedů, přípravy atestací atd.

Jak moc se asociace změnila od doby vašeho předsednictví?

Asociace a hlavně její rada neprošla velkými změnami. Je vidět, že většině členské základny tato situace vyhovuje a lidé nejsou nakloněni změnám. Mám však pocit, že ke změnám by dojít mělo. Řekla bych, že asi 70 procent členů AKL pracuje v nestátních zdravotnických zařízeních, 30 procent pak ve státní sféře. Do minulých voleb byl v čele rady člověk, který neví a ani nemůže

vědět, co obnáší práce v soukromé ambulanci, jaké jsou náklady spojené s chodem ambulance, a to nemluví o tom, jakou odpovědnost má člověk, který zaměstnává např. logopedy v předatestační přípravě (tím nechci nikoho napadat a je naprosto přirozené, že logopedi pracující ve státní sféře nemohou mít ponětí o chodu soukromých ambulančních). Měli bychom se však zamyslet nad tím, koho v tomto roce budeme volit do Rady AKL. Nakonec zcela přirozeně se část členské základny pracující v soukromé sféře přihlásila do SAS (*Sdružení ambulantních specialistů, pozn. redakce*). Protože právě tam se řeší problematika spojená s chodem nestátních zařízení a musím říci, že vedení SASu je mnohým kolegyním nápomocno v řešení problémů, které vznikají např. při uzavírání smluv se zdravotními pojišťovnami.

Od roku 2016 je naší předsedkyní PaedDr. Cudlínová a také většina radních je ze soukromých ambulančních, myslíte, že v tomto směru došlo v AKL ČR k posunu?

Zatím o tom nejsem přesvědčená. Mohu srovnat práci naší Rady AKL a naší sekce v SAS. To bych se ale dostala k hodnocení rady a právě tomu jsem se chtěla vyhnout.

Kde nebo při čem čerpáte klid, pohodu a energii do další práce?

Na přílišné čerpání klidu, pohody a energie zatím stále nemám čas. Manžel vykonává vedoucí funkci v České advokátní komoře, takže část týdne pracuje v Praze, já jsem často povinná mu dělat doprovod při oficiálních akcích. Navíc máme velkou rodinu s osmi vnoučaty, z toho tři bydlí se svými rodiči s námi v jednom domě. Stále se mi nedaří stabilizovat svůj pracovní tým, takže velkou část týdne pracuji v ordinaci. Mozek bystrým učením angličtiny, ráda hraju na klavír, příležitostně sportuju. Starám se ještě o našeho kocoura a psy.

Čím byste byla, když ne klinickou logopedkou?

V legraci říkám, že v příštím životě budu baletka. Balet mi učaroval a využiju každé příležitosti k tomu, abych jakýkoliv balet viděla. Velkým zážitkem pro mne bylo představení Labutího jezera v Metropolitní opeře v New Yorku. Vím ale přesně, že bych zase byla klinickou logopedkou s tím, že bych ráda obor studovala na lékařské fakultě.

Jaké jsou vaše plány do budoucna?

V budoucnu bych chtěla dosáhnout toho, že v ordinaci budu zaměstnávat kvalitní klinické logopedky, o které se budu moci opřít, a já se více budu věnovat angličtině, hře na klavír, golfu a baletu. Pracovat bych chtěla do doby, dokud se mě děti nebudou bát (smích).

Co vám v životě dělá radost?

Mám radost ze své práce, úspěch ji podmiňuje, neúspěch vybízí k přemýšlení. Mám radost ze své rodiny. Mám radost z pohybu, ať už na golfu, na lyžích nebo na kole. Mám radost, když zahraju hezkou skladbu na klavír. Mám radost z toho, že je před námi jaro, i když budu o rok starší.

KLINICKÝ LOGOPED PODLE DATABÁZE O*NET

CLINICAL SPEECH THERAPIST ACCORDING TO O*NET DATABASE

doc. PhDr. Marek Preiss, PhD.¹

Mgr. Irena Preissová²

¹Národní ústav duševního zdraví, Topolová 748, 250 67 Klecany, tel: 283 088 222

marek.preiss@nudz.cz

²Logopedická ambulance, České armády 163/17, 412 01 Litoměřice

Logopedická ambulance, Vodárenská 3827, 276 01 Mělník

Abstrakt

Databáze O*NET je otevřeným zdrojem informací o řadě profesí včetně klinické logopedie. Umožňuje systematický pohled na různé aspekty schopností, dovedností, znalostí a dalších dílčích požadavků na tuto profesi. Článek podává přehled profesiogramu pro klinickou logopedii a diskutuje o podobnostech a rozdílech vzhledem k české klinické logopedii.

Abstract

The O*NET database is open source of information for a lot of professions including speech therapy. It allows systematic overview of different aspects of abilities, skills and other relevant requirements for this profession. The paper presents a summary of US job requirements for speech therapy and discuss similarities and differences with Czech speech therapy.

Klíčová slova

klinická logopedie, O*NET, profesiogram

Keywords

speech therapy, O*NET, job requirements

Úvod

Začneme trochu zvláště – podle informací z tisku chce čínská vláda vypracovat plán, pomocí kterého by do roku 2021 vytvořila systém sociálního kreditu. Na základě toho by vládnoucí nomenklatura rozhodovala o testu či odměně pro jednotlivce i firmy na základě jejich chování v práci i mimo ni. Systém se v současné době testuje a naplno má být spuštěn v roce 2020. Je to pokus posílit žádoucí chování jedinců i institucí, a to hodnocením následujících oblastí – poctivosti, upřímnosti a důvěryhodnosti u vládních úřadů, obchodníků a soudů. Systém má vytvořit jakýsi osobní kredit, který bude narůstat nebo klesat podle nastavených

parametrů sledovaného chování. S výší kreditu bude spojen například přístup k hypotékám a k dalším významným finančním a jiným produktům a službám¹. Takové kroky západní společnost nikdy neprovedla – i když i v Evropě a USA jsou odměny a tresty součástí pracovních i mimopracovních činností, čínský systém zasahuje tvrdě a plošně kamerovým a jiným sledováním a hlavně, z evropského hlediska, vyvoluje okamžité závažné důsledky i z drobných přestupků.

Z hlediska evropských států jde o bezprecedentní krok, přestože i ony pracovní i mimopracovní chování regulují. Kromě právních norem (jako je zákoník práce) monitorují západní společnosti požadavky na jednotlivé profese pomocí zvyků a zkušeností samotných příslušníků jednotlivých profesí. Příkladem takového monitorování může být veřejná americká databáze O*NET. Tato databáze je považována za dobře využitelnou a ekonomicky nenáročnou metodu pro analýzu pracovních činností (Peterson et al., 2001). Je poskytována institucím i individuálním zájemcům zdarma. Obsahuje informace o téměř 1 000 typech profesí a užívají ji, podle informací z webových stránek O*NET, milióny lidí denně. Pro výzkum je využívána rovněž (např. Geiger et al., 2018).

Kromě mnoha jiných pracovních zařazení se databáze profesních požadavků, tzv. profesiogramů, vztahuje také na obor klinická logopedie³. Pro tuto oblast používá název Speech-Language Pathologists (vedena je pod kódem 29-1127.00) s upozorněním, že



doc. PhDr. Marek Preiss, PhD.



Mgr. Irena Preissová

¹ Zdroj: https://cs.wikipedia.org/wiki/Syst%C3%A9m_soci%C3%A1ln%C3%ADho_kreditu

² https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.02153/full?utm_source=F-AAE&utm_medium=EMLF&utm_campaign=MRK_830687_69_Psycho_20181120_arts_A

³ Podrobně viz: <https://www.onetonline.org/link/summary/29-1127.00>

alternativními termíny jsou také *specialista na komunikaci*, řečový terapeut aj.⁴

⁴ Další alternativní názvy v angličtině pro profesi logopeda ve zdravotnictví jsou: Bilingual Speech-Language Pathologist, Communication Specialist, Educational Speech-Language Clinician, Speech and Language Clinician, Speech and Language Specialist, Speech Pathologist, Speech Therapist, Speech-Language Pathologist (SLP), Speech/Language Therapist, Teacher of the Speech and Hearing Handicapped (citováno podle <https://www.onetonline.org/>)

Profesiogram jako zobecněný výsledek popisu pracovní činnosti vychází z obecného modelu, který je platný pro všechny profese v databázi (obr.1). Tento model se skládá ze 6 oblastí, které jsou dále členěny. Pracuje se základními pracovními charakteristikami vhodnými pro výkon dané profese (dovednostmi) a dále obsahuje pracovní požadavky (nezbytné schopnosti či znalosti), dostatečnou kvalifikaci (oblast požadovaných zkušeností), specifické

požadavky zaměstnavatele (např. zvláštnosti daného zařízení), širší kontext pracovního trhu (např. pověst dané profese) a specifika dané profese.

Klinická logopedie je podle této databáze řazená vzhledem k náročné pregraduální i postgraduální kvalifikaci do nejvyššího stupně, pátého z pěti. Pátý stupeň je definován jako profese s potřebnou náročnou přípravou.

Model popisu profese podle databáze O*NET
(<https://www.onetcenter.org/content.html>)



Obrázek 1: Model profesiogramů podle O*NET

Popis práce klinického logopeda podle americké databáze může být v českých podmínkách zajímavý pro pečlivou formulaci požadavků na tuto profesi a k porovnání mezikulturních podobností a rozdílů. Shrnuty jsou různé aspekty pracovní činnosti, včetně technických, ale i třeba pracovních hodnot, používaných technologií aj. V níže uvedeném překladu prezentujeme profesiogram oboru klinické logopedie.

Profesiogram klinické logopedie podle O*NET

Úkoly

Sleduje pokroky pacientů a přizpůsobuje podle toho terapii. Rozvíjí nebo zařazuje terapeutické plány (např. u koktavosti, opožděného vývoje řeči, u poruch polykání, nesprávného využívání hlasového pole nebo drsného hlasu), na základě vlastního vyšetření a doporučení lékařů, psychologů nebo sociálních pracovníků. Píše zprávy a uchovává dokumentaci, jako jsou zdravotní záznamy, účty nebo kartotéka, včetně vstupních

vyšetření, léčby, jejího průběhu a ukončování terapie u pacientů. Účastní se porad zaměřených na pokroky pacientů a píše pro ně nálezy, jedná se například o individuální vzdělávací plány, intervizní setkání, intervenční porady. Hodnotí výsledky sluchových, řečových nebo jazykových testů, výsledky videofluoroskopie polykání. Zpracovává zdravotní nebo anamnestické informace k diagnostice nebo plánování léčby poruch řeči, jazyka, plynulosti řeči a hlasových poruch nebo poruch polykání.

Schopnost zacházení s technologiemi

Analytický nebo výzkumný software – (např. Avaaz Innovations Computerized Speech Research Environment CSRE – software k analýze jazyka, software k analýze signálu, k analýze řeči) Programy asistované počítačem – programy, které převádí texty na řeč Programy na e-mailovou komunikaci – software Klinické počítačové programy – Bungalow Software Aphasia

Tutor; KayPENTAX Multi-Speech; KayPENTAX Nasometer; Micro Video Voice Speech Training System Tabulkový procesor – Microsoft Excel

Používané metody

Adaptivní komunikační spínače pro tělesně postižené – infračervené, elastické, zvukové a dotykové spínače Audiometry nebo příslušenství – audiometry Snímače průtoku vzduchu – přístroje pro měření průtoku vzduchu Diktafony – nahrávací přístroje Ruční skenery – čtecí pera Měřicí přístroje zvuku nebo decibelů – elektroglottografie (laryngografie) EGG Logopedické zrcadlo – zrcadlo pro logopedickou terapii Stroboskop – diagnostický stroboskop; digitální stroboskop s videem; videostroboskop, laryngostroboskopie Tablet – dotykový display Hlasový syntetizér pro tělesně hendikepované – augmentativní komunikační pomůcky, terapeutický hlasový syntetizér

Znalosti

Znalost jazyka – znalosti struktury a obsahu jazyka, včetně analýzy slov na hlásky, chápání smyslu slov, skladby slov a gramatických pravidel jazyka
Psychologie – znalost lidského chování a výkonnosti, pochopení individuálních rozdílů v dovednostech, osobnosti a zájmech, v učení a motivaci, psychologické výzkumné metody, vyšetření a léčba poruch chování a afektivních poruch
Zákaznické a na klienta zaměřené služby (pozn. v angličtině *Customer and Personal Service*) – znalosti pravidel a procesů pro poskytování služeb pacientům a jednotlivcům, které obsahují zjišťování potřeb pacienta, zajišťování kvality služeb a hodnocení spokojenosti pacienta
Vzdělávání a výcvik – znalosti principů a metod vzdělávání a výcviku. Vyučování a instruování jednotlivců a skupin, měření efektivity výcviku
Terapie a poradenství – znalosti pravidel, metod a postupů při tvorbě diagnózy, během terapie a rehabilitace tělesných a duševních poruch, pracovní poradenství a profesní vedení

Schopnosti

Aktivní naslouchání – věnování plné pozornosti tomu, co pacienti říkají, vytvoření si dostatečného času pro porozumění sdělení, schopnost dobrého vyptávání, nepřerušování pacientů, pokud se to nehodí
Kritické myšlení – používání logiky a porozumění k zachycení silných a slabých stránek jiných možných řešení, shrnutí závěrů nebo postupů při řešení problémů
Učební strategie – vybírání a využívání metod a postupů pro výuku a pro učení se novým postupům
Porozumění čtenému – porozumění psaným větám a odstavcům v dokumentech, které souvisejí s prací
Sociální vnímání – uvědomování si reakcí druhých a porozumění tomu, proč právě takto reagují

Dovednosti

Porozumění mluvenému – schopnost naslouchat a porozumět informacím a myšlenkám, jež jsou prezentovány mluveným slovem a větami
Rozpoznání řeči – dovednost zachytit a porozumět řeči druhé osoby
Deduktivní usuzování – dovednost aplikovat obecná pravidla na konkrétní problémy a umět smysluplně zareagovat

Induktivní usuzování – dovednost spojovat části informací k vytvoření obecných pravidel nebo závěrů včetně vyhledání vztahu mezi zdánlivě nesouvisejícími událostmi
Srozumitelnost řeči – dovednost mluvit tak srozumitelně a zřetelně, aby to bylo pro ostatní smysluplné

Pracovní aktivity

Vývoj cílů a postupů – stanovení si různorodých cílů a vytvoření postupů a jednání vedoucích k jejich dosažení
Získávání informací – pozorování, přijímání a další získávání informací z relevantních zdrojů
Dokumentování a záznam informací – přepis, záznam, uchovávání nebo udržování informací v písemné či digitální podobě
Aktualizace a užívání relevantních informací – udržování přehledu o technických novinkách a využívání nových znalostí v práci
Pomoc druhým a péče o ně – poskytování osobních služeb, zaměřené se na zdravotní aspekty, poskytování emoční podpory a další osobní péče o druhé, jako jsou spolupracovníci, kolegové nebo pacienti

Detailní pracovní činnosti

Sledování pokroků pacienta a jeho reakcí na terapeutické kroky
Vyvíjení léčebných plánů a využití terapií s jiným než zdravotnickým základem
Příprava zprávy shrnující pacientovu diagnózu nebo léčebnou péči
Uchovávání záznamů souvisejících se zdravotnickým zařízením
Spolupráce s dalším zdravotnickým personálem na plánování nebo poskytování léčby

Pracovní kontext

Kontakt s jinými lidmi – 84 % logopedů odpovědělo „nepřetržitý kontakt s jinými lidmi“
Komunikace tváří v tvář – 87 % logopedů odpovědělo „každý den“
Práce se skupinou nebo týmem – 73 % logopedů odpovědělo „velmi důležité“
E-mailová komunikace – 76 % logopedů odpovědělo „každý den“
Svoboda v provádění rozhodnutí – 58 % logopedů odpovědělo „hodně svobody“

Zájmy

Sociální – na společnost orientovaná profese, která obsahuje především práci s lidmi, komunikaci a vzdělávání.

Toto povolání pomáhá nebo poskytuje služby druhým lidem.
Zkoumající – profese orientovaná na přemýšlení, často obsahuje práci s myšlenkami a zkoumání myšlení u pacientů. Tato profese také obsahuje potřebu vyhledávání informací a promýšlení problémů.
Tvořivé – profese orientovaná na tvorbu, zahrnuje práci s formou, nápady a představami. Rovněž v sobě zahrnuje sebevyjádření a je možné tuto práci provádět i bez dodržování jasných pravidel.

Pracovní styly

Spolehlivost – profese vyžaduje serióznost, odpovědnost, spolehlivost a plnění závazků
Zájem o druhé – profese vyžaduje citlivost k emocím a potřebám druhých a schopnost být v práci chápající a podporující
Integrita – profese vyžaduje poctivost a etiku
Spolupráce – profese vyžaduje přívětivost vůči druhým lidem a schopnost projevat se laskavě a nápomocně
Adaptabilita/flexibilita – profese vyžaduje otevřenost k pozitivním i negativním změnám a přizpůsobivost vzhledem k vysoké různorodosti pracovních prostředí

Pracovní hodnoty

Vztahovost – klinická logopedie je profese, která uspokojuje tuto hodnotu, neboť umožňuje terapeutovi poskytovat služby druhým a spolupracovat s druhými lidmi v přátelském, nesoutěživém prostředí. Korespondující potřeby jsou kooperace s dalšími lidmi, morální hodnoty terapeuta a společenská služba.
Výkon – profese logopeda naplňuje tuto hodnotu, neboť je orientovaná na výsledek a umožňuje profesionálům využít jejich silných stránek. Rovněž poskytuje dobrý pocit ze splnění výkonu. Korespondující potřeby jsou potřeba uplatnění se a potřeba dosažení výkonu.
Nezávislost – je to profese, která opět naplňuje tuto hodnotu. Umožňuje pracovat samostatně a provádět rozhodnutí. Korespondující potřeby jsou tvořivost, odpovědnost a samostatnost.

Diskuse

Návaznost české klinické logopedie na anglosaskou je v literatuře zmiňována (Neubauer a Maškurjaková, 2018, str. 22 a n.), stejně jako kvalifikační požadavky

(Neubauer, 2018, str. 45 a n.), a povšechně je zmíněna také osobnost klinického logopeda (Škodová, 2018, str. 56).

Prezentované aspekty profesiogramu klinického logopeda nejsou v tomto článku kompletní. Databáze O*NET jich poskytuje více. Pro účely tohoto textu jsme vybrali pouze ty, které databáze defaultně nabízí. Čtenářům se zájmem o všechny aspekty proto doporučujeme podrobnější prostudování databáze O*NET. V této práci jsou počty prezentovaných aspektů a jejich celkový počet ve zmiňované databázi uvedeny takto:

Úkoly (5 z celkových 22), schopnost zacházení s technologiemi (5 z 10), používané metody (10 ze 26), znalosti (5 ze 6), schopnosti (5 z 19), dovednosti (5 z 19), pracovní aktivity (5 ze 27), detailní pracovní činnosti (5 ze 20), pracovní kontext (5 z 19), zájmy (3 ze 3), pracovní styly (5 ze 16) a pracovní hodnoty (3 ze 3).

O*NET je postavena na dotazníkovém průzkumu a přímém dotazování na proměnné, které jsou součástí profesiogramu. Např. se přímo dotazuje na to, jaký význam má pro danou profesi péče o druhé. U schopností se dotazuje na význam a úroveň dané schopnosti. Nejde tedy o nezávislé zpracování popisu práce logopeda, ale o zpracování odpovědí příslušníků dané profese podle jejich vlastní zkušenosti s prací v oboru klinická logopedie. Výsledek tedy může obsahovat zkreslení, která jsou dána specifickou subjektivní optikou osob, které v tomto oboru pracují.

V oblasti úkolů se obsah práce amerických a českých logopedů téměř neliší. V americkém prostředí lze více vnímat prolínání profese klinického logopeda a foniatra a také na základě tohoto sociogramu vzniká dojem, že práce logopeda ve zdravotnictví je v americkém prostředí týmovější.

Další oblast – **schopnost zacházení s technologiemi** – je podobná, v našem prostředí jenom využíváme jiné softwary,

jak pro přímou práci s pacienty, tak pro vedení dokumentace, a pravděpodobně jsou velké odlišnosti mezi jednotlivými pracovišti.

Obdobná je i situace v oblasti **používaných metod**. Američtí kliničtí logopedi například uvádějí používání audiometru, laryngoskopu nebo videostroboskopu, tedy metody, které v našem prostředí přísluší výhradně do oblasti foniatrie. Čeští logopedi by nejspíše uvedli diagnostické a testové metody, využívání alternativních a augmentativních způsobů komunikace, dotazníky, rozhovory, analýzy výsledků práce, příp. pozorování.

Ve **znalostech** jsou zmíněny „zákaznické“ a ostatní služby, což odpovídá českým zkušenostem. Jen termínu „zákazník“ by v ČR odpovídal spíše pojem „pacient“, který jsme dále ve zmíněné části použili. Zajímavá je zmínka o absolvování výcviků, kterou máme pravděpodobně chápat jako absolvování postgraduálních kursů a tréninků metod zaměřených na zmírňování či odstraňování narušené komunikační schopnosti. Pro klinické logopedy však bývá pojem „výcvik“ často spojován s psychoterapeutickým výcvikem. Logoped denně pracuje nejen s pacientem, ale s celou jeho rodinou. A tak by možná do budoucna stálo za to podívat se detailněji na vztah logoped – psychoterapeutický výcvik. Kolik je takových absolventů v řadách logopedů? Usnadňuje jim to práci? Jak moc? V čem?

V oblasti **schopností** je zmíněno kritické myšlení, které pokládáme za významné, pokud má logoped druhým lidem dobře pomáhat, a také sociální vnímání, které je blízké **dovednostem** získaným v sociálních a psychoterapeutických trénincích. V oblasti dovedností bychom vyzdvihli dovednost dobře a srozumitelně vysvětlit pacientovi, případně rodině, terapeutické kroky především s ohledem na diagnózu pacienta, na jeho potřeby i potřeby rodiny, s ohledem na individuální povahové

vlastnosti, jak svoje vlastní, tak pacientovy, a v neposlední řadě na kapacitu pacienta vstřebat terapeutovy informace.

V **pracovních aktivitách** jsou zařazeny pochopitelně i administrativní dovednosti. Na tomto poli nepozorujeme žádné odlišnosti mezi americkým a českým logopedem.

A stejně tak je tomu i v oblasti **detailní pracovní činnosti**, jejíž obsah odpovídá každodenním zkušenostem klinického logopeda v našich podmínkách. V oblasti pracovního kontextu vyzdvihujeme vysoké procento kladných odpovědí ohledně důležitosti týmové spolupráce a předpokládáme, že u nás by to bylo podobné. Za prozkoumání by stálo, nakolik se tato potřeba setkává se skutečným stavem. A také co je míněno týmovou spoluprací. Jsou to opravdu pouze profesionálové „pod jednou střechou“?

Otázka **zájmů** klinického logopeda není v ČR vůbec akcentována; kombinace sociálních, zkoumajících a tvořivých zájmů může být zajímavým podnětem pro formování osobnosti budoucích klinických logopedů.

Podobně otázka **pracovních stylů** s akcentem na integritu a spolehlivost je v českých podmínkách nová. V oblasti pracovních hodnot je kombinována výkonnost se vztahovostí a schopností nezávislosti. A předpokládáme, že v našich podmínkách jsou pracovní hodnoty logopeda podobné.

Celkově lze konstatovat, že údaje z databáze O*NET jsou obohacením pro přemýšlení o české klinické logopedii a mohou být podnětem pro zamýšlení se nad přípravou pregraduálního kurikula i postgraduálního vzdělávání.

Dedikace: článek byl podpořen projektem NPU I č. LO1611.

Literatura

NEUBAUER K., MOŠKURJÁKOVÁ, Z. Historie oboru klinická logopedie od počátku 20. století do současnosti. In: Neubauer K, a kol.: *Kompendium klinické logopedie. Diagnostika a terapie poruch komunikace*. Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1

NEUBAUER, K.. Pregraduální vzdělávání v oboru logopedie. In: Neubauer, K. a kol.: *Kompendium klinické logopedie. Diagnostika a terapie poruch komunikace*. Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1

Peterson, N. G. et al. Understanding work using the occupational information network (ONET). *Personnel Psychology*. 2001, 54(2), 451–492. ISSN:1744-6570

ŠKODOVÁ, E. Osobnost klinického logopeda. In: Neubauer, K. a kol.: *Kompendium klinické logopedie. Diagnostika a terapie poruch komunikace*. Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1

SPOLUPRÁCE MEZI LOGOPEDEM (SLP) A MANŽELSKÝM A RODINNÝM TERAPEUTEM (MFT) V LÉČBĚ SELEKTIVNÍHO MUTISMU: ZPRÁVA O PŘÍPADOVÉ STUDII

COLLABORATION BETWEEN A SPEECH AND LANGUAGE PATHOLOGIST (SLP) AND A MARRIAGE AND FAMILY THERAPIST (MFT) IN TREATING SELECTIVE MUTISM: A CASE STUDY REPORT

Henriette W. Langdon, Ed.D., F-CCC-SLP, BCS-CL¹

Maxine B.L. Starr, Ph.D., licencovaný manželský a rodinný terapeut²

Přeložila: Mgr. Petra Valentová, MBA

¹ Emeritní profesorka na Státní universitě v San Jose, San Jose, Kalifornie, USA

Spolumajitelka, Sunflower Therapies, Rancho Cucamonga, Kalifornie, USA

9267 Haven Ave Suite 145 Rancho Cucamonga, CA. 91730. USA

Henriette.Langdon@sjsu.edu

² Spolumajitelka, Sunflower Therapies, Rancho Cucamonga, Kalifornie, USA (MFT)

Abstrakt

V tomto článku představujeme postupy, které byly uplatněny ve spolupráci s logopedem (SLP) a manželským a rodinným terapeutem (MFT) při léčbě osmiletého bilingvního dítěte s diagnózou selektivního mutismu. Zabýváme se popisem charakteristik dětí, u nichž je selektivní mutismus diagnostikován, a poskytujeme přehled různých lékařských přístupů.

Abstract

In this article, we provide an intervention plan that was implemented with the collaboration of a speech and language pathologist (SLP) and a marriage and family therapist (MFT) for an 8-year-old bilingual child who was diagnosed with Selective Mutism. A description of characteristics of children diagnosed with Selective Mutism and a review of various intervention approaches are provided.

Klíčová slova

selektivní mutismus, postupy v rámci selektivního mutismu, spolupráce mezi SLP a MFT, případová studie

Keywords

selective mutism, intervention for selective mutism, collaboration between SLPs and MFTs, case study

Popis dětí se selektivním mutismem

Odhaduje se, že šest z 1 000 dětí je postiženo diagnózou *selektivního mutismu*, pro který je charakteristické, že dítě v určitých situacích nehovoří, ale v jiných ano. Tato porucha není vyvolána ani zanedbáváním dítěte, ani jeho zneužíváním a je evidována v *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch], čili DSM-5, jako 313.23 F94.0 (APA, 2013). Porucha byla poprvé zaznamenána v roce 1897 (dříve se také označovala jako „afázie voluntaria“ nebo „elektivní mutismus“ [Zuma, 2017]). Tato porucha není způsobena jednou příčinou, její příčiny jsou multifaktoriální (Cohan, Price, Stein, 2006). Jedním z příznaků problému může být, že dítě bývá velmi výřečné doma, ale ne ve škole, s přáteli nebo učiteli. Mnoho badatelů uvádí, že tato porucha zahrnuje i související psychologickou složku, jako



Henriette W. Langdon, Ed.D.,
F-CCC-SLP, BCS-CL



Maxine B. L. Starr, Ph.D.,
Licensed Marriage and Family Therapist

např. úzkostné poruchy, sociální fobie, separace a obsedantně kompulzivní poruchy (Beidel, Turner, 2007; Black, Uhde, 1995).

Zdá se, že se porucha více vyskytuje u dívek a nastupuje přibližně v 5 letech věku (Bergman, Piacentini, McCracken, 2002; Elizur, Perednik, 2003; Black, Uhde, 1995; Dummit a kol., 1997; Steinhausen, Juzi, 1996). Porucha však může být identifikována i dříve, jakmile se dítě začne objevovat mimo domácí prostředí (ve 2 až 3 letech věku) (Viana, Biedel, Rabian, 2009). Výrazněji se projeví, když děti začnou navštěvovat centra denní péče, předškolní nebo školní třídy, kde se očekává, že budou hovořit v jiném než domácím prostředí. Děti, které pocházejí z dvojjazyčných rodin, by však neměly být diagnostikovány jako postižené mutismem, pokud se porucha neprojeví u obou z jejich jazyků. Léčba se obecně zaměřuje na psychologický aspekt poruchy a zahrnuje spolupráci odborníků, jako jsou psychologové, psychiatři, manželští a rodinní terapeuti, sociální pracovníci nebo jiní odborníci zabývající se duševním stavem. Většina literatury dokládá, že aplikace samotné řečové terapie není účinná (Swartz, Shipon Blum, 2005). Ačkoli do léčebného procesu lze kromě logopedů zahrnout i sociální pracovníky, psychology a poradce, jen velmi málo odborníků se zabývá rolí manželských a rodinných terapeutů (MFT), kteří jsou pro práci s dětmi a jejich rodinami vyškoleni a kteří také mohou spolupracovat s logopedy (SLP).

V tomto článku začneme přehledem různých přístupů při léčbě selektivního mutismu a odborníků, kteří danou terapii poskytli. Na konci článku jsme pak zařadili případovou studii, jež dokládá spolupráci mezi SLP, MFT a rodinou a prokazuje, že mutismus by měl být léčen za pomoci specializovaných odborníků a rodiny.

Přehled různých léčebných přístupů k mutismu

Cohan, Chavira a Stein (2006) provedli rešerši odborné literatury publikované mezi lety 1990 a 2005, která uváděla různé léčebné přístupy k dětem se selektivním mutismem, jež vykazovaly řadu symptomů charakteristických pro toto onemocnění. Ve svém přehledu odborné literatury Wong (2010) uvedla mnoho doprovodných onemocnění, která provázejí tuto poruchu, jako např. enuréza, fekální inkontinence, obsedantně kompulzivní porucha, řečová a jazyková porucha a autismus. Vzhledem

k různorodosti doprovodných onemocnění musely být i terapeutické přístupy velmi individualizované a díky početně malému vzorku, jenž využívaly výzkumné studie, bylo velmi obtížné provést jakékoli zobecnění závěrů. Navrhované přístupy spadaly do ranku psychodynamických (herní terapie) a behaviorálních terapií (tj. pozitivní/negativní motivace; symbolické procedury; utváření a pobízení). Dále se uvádí spolupráce s rodinou (včetně rodiny a sourozenců), stejně jako s učiteli, včetně lékařské terapie ke snížení symptomů úzkosti. Avšak léčba výhradně používající léky nemusí být vždy tak účinná jako kombinace léků podpořených behaviorální a rodinnou terapií (Wright, Cuccaro, Leonhardt a kol., 1995). Diliberto a Kearney (2016) navrhli různé přístupy založené na třech hlavních psychologických profilech, které byly identifikovány u jedinců se selektivním mutismem: úzkostné, úzkostné – mírně vzdorovité a úzkostné se zpožděnou komunikací. Ve své studii zahrnuli 57 dětí, jejichž průměrný věk byl 6,7 let; vědcům se podařilo identifikovat charakteristiky dvou hlavních faktorů: úzkosti a opozičního vzdoru. Děti, které bylo možné zařadit do úzkostného profilu, vykazovaly následné prvky ve svém chování: preferovaly být samy, byly ustrašené, stažené do sebe a zažívaly náhlé změny nálad. Ty, jež bylo možné zařadit do vzdorovitého profilu, se hodně hádaly, vyžadovaly hodně pozornosti, byly tvrdohlavé, mrzuté a vztekly. Badatelé naznačují, že by odborníci měli popisovat studenty či žáky pomocí specifických deskriptorů, aby určili požadovaný léčebný postup. Například pro žáky, kteří zapadají do prvního profilu, mohou být prospěšná cvičení se čtením nahlas ve třídě a relaxační techniky doplněné o cvičení sestávající z interakce s neznámými osobami v domácím prostředí. Další přístupy, jež popisují jako kreativní výrazovou terapii prostřednictvím hry, dramatu a umění, by mohly být užitečné pro žáky, kteří se bojí, že budou odsuzováni, nebo pociťují potřebu sebeobran. V každém případě je však zřejmé, že spolupráce mezi školou a domácím prostředím je důležitá. Johnson a Wintgens (2015) uvádějí, že zapojení rodičů do léčby mutismu je poměrně mladým fenoménem. Konkrétně autoři zmiňují studii Vecchia a Kearnyho (2009), kde bylo dosaženo příznivějších výsledků při posilování důvěry dětí v mluvení, když to byli rodiče, kdo své děti povzbuzoval a vybízel k účasti na situacích, které na ně kladly neustále zvyšující se nároky, na rozdíl od postupu, kdy byly děti chváleny,

pokud promluvily na veřejnosti, nebo pokárány, jestliže nemluvily, když byly vyzvány. Bylo navrženo, aby rodiče se svými dětmi mluvili o jejich obavách a aby došlo ke vzniku rodičovských podpůrných skupin. Také by měl být přehodnocen termín selektivní ve výrazu selektivní mutismus. V daném kontextu to znamená, že se dítě samo rozhodlo nemluvit, když ve skutečnosti děti se selektivním mutismem nemluví, protože určitý kontext jejich daného stavu způsobuje, že se cítí nepříjemně a mají strach. Johnson a Wintgens (2015) proto navrhuji přejmenování poruchy na situační mutismus.

Novější přístup k léčbě dětí se selektivním mutismem je zavedení CBT, jinak známé jako terapie kognitivního chování. Léčba pomocí CBT je založena na předpokladu, že kognitivní faktory, jako je např. duchovní systém, upravují duševní a psychický stres. Tato léčba byla propagována badateli Beckem (1970) a Ellisem (1962). Nedávná analýza dat výzkumu zabývajících se jeho účinností při léčbě několika psychologicky vyvolaných problémů, jako např. zneužívání návykových látek, deprese, schizofrenie, insomnie a poruchy příjmu potravy, odhalila pozitivní výsledky. Hoffman a kol. (2012) uvádějí konkrétní výsledky, jichž dosáhli při léčbě výše uvedených poruch a mnoha dalších psychologických problémů. V nedávné retrospektivní analýze, zaměřující se na specifitější cíle, kterou provedli Lang, Nir, Gothelf a kol. (2016) na dětech postižených mutismem, bylo prokázáno, že u dětí, které se zúčastnily studie a byly léčeny pomocí postupů kognitivně behaviorální terapie, došlo k významnému snížení sociální úzkosti a fobií. Badatelé svou studii založili na rozhovorech s rodiči celkem 36 dětí, u nichž byl původně diagnostikován selektivní mutismus, který byl léčen pomocí CBT. Poznamenali však, že do léčby musí být zapojen i logoped (SLP). Shum (2002) uvádí několik strategií, jimiž se SLP mohou řídit, aby pomohli žákovi/studentovi s jeho dalším rozvojem, který jde za hranice terapie. Například, jakmile si žák/student zvykne na komunikaci s psychologem nebo odborníkem na duševní zdraví, Shum doporučuje, aby mu SLP pomáhal při navázání vztahu během komunikace (v interakci jeden-na-jednoho) ve třídě. Například doporučuje spárovat daného žáka/studenta s někým, koho si ve třídě oblíbil, aby spolu dokončovali různé aktivity, pracovat na rozvoji řeči pomocí přijetí komunikace prostřednictvím kreseb, psaní a nakonec i slov.

Rozsah tohoto článku nám neumožňuje se podrobněji zabírat návrhy pro práci SLP v rámci léčebného procesu. Tyto návrhy je možné dohledat v dalších informačních zdrojích (ASHA, n. d.). Poté, co u dítěte došlo ke zvýšení úrovně komfortu a ono je schopno lépe a svobodněji komunikovat ve třídě, by se měl tým odborníků spolupracujících na léčbě zaměřit na to, aby bylo dítě schopno zobecnit svou komunikaci s okolním prostředím, jako např. v obchodě s potravinami, restauraci nebo třeba při telefonním rozhovoru s kamarádem (Kotrba, 2014).

Jen velmi málo výzkumů, které jsme měli možnost prozkoumat, se zaměřuje na specifika zapojení odborníka na duševní zdraví, jenž je vyškolen v otázkách rodinné dynamiky, a jeho spolupráci s SLP v prostředí školy, s učitelem a rodinou, aby pomohl při práci s dítětem, u něhož byl diagnostikován selektivní mutismus, tak, aby to překračovalo rámec prostého sezení a zabíráno se výsledky vyšetření. Zůstává tak jediná otázka: Poté, co odborník vyhodnotí dítě, u kterého by mohl být diagnostikován selektivní mutismus, jak má tým odborníků spolupracujících na léčbě efektivně zasáhnout a komunikovat, aby došlo k provedení klinicky vhodné léčby? Ačkoliv psychologové a další odborníci zabývající se duševním zdravím prochází obdobným školením v různých terapeutických přístupech, výcvik odborníků na poli MFT velmi silně zdůrazňuje filozofii „znovu obnoveného povědomí veřejnosti o hodnotě a významu rodinného života, ale i znepokojení nad neustálým rostoucím tlakem vyvíjeným na rodiny v rychlé se měnícím světě kolem nás“ (AAMFT, 2018), kterou si i osvojili. Podle Kotrby (2014) je důležité, aby si všichni členové týmu odborníků podílejících se na léčbě (mezi něž lze velmi dobře zařadit i SLP a MFT) navzájem kladli následující otázky: Jak se dítě projevovalo ve školním prostředí? Jak se dítě projevovalo v klinickém prostředí? Jak dítě postupuje ve své snaze o dosažení svých současných cílů? Jak jinak můžeme danému dítěti pomoci nebo jaké další možné postupy bychom mohli použít, abychom danému dítěti pomohli dosáhnout pokroku v jeho cílech? Je doporučován přístup založený na zohlednění silných stránek daného dítěte – je třeba dítě posoudit nad rámec slov, které je dítě schopné říci, a zohlednit právě jeho silné stránky, aby bylo možné odhadnout, jak mohou pozitivně ovlivnit výsledky léčby.

Případ Pamela

Pamelu, osmiletou dívku hispánského původu, doporučil k posouzení její učitel z druhé třídy. Skutečnost, že odmítala mluvit ve škole, vedla k tomu, že si z ní její vrstevníci dělali legraci, špatně navazovala sociální vztahy a její učitelé a SLP byli celkově frustrováni (byla zařazena do kategorie „řečové problémy“, aby jí mohla být poskytnuta pomoc). Pamelina matka, která hovoří jen španělsky, byla neoblomná a říkala, že dívka doma mluví a odmítá mluvit jen ve škole. Uvedla, že Pamela přestala mluvit, když dva roky před tím nastoupila do školy. Pamela opakovala první třídu, protože měla problémy stíhat učivo. (Pamela byla umístěna do třídy, v níž byly pouze anglicky hovořící děti) Během sezení v rodině spolupracovala; avšak kontakt se zaměstnanci školy nenavazovala.

I když bylo po dvou měsících poradenství dosaženo minimálního pokroku, zdálo se, že Pamelu těší spolupráce s MFT (v rámci interakce jeden-na-jednoho), protože se vždy usmívala a byla ochotna zapojit se do aktivit, které jí terapeut nabídl. Během těchto sezení se hovořilo španělsky. Po počátečním dvouměsíčním období se MFT pokusil o postupy, jako jsou například terapie, která by usnadnila budování vztahů, navození pocitu pohody při dialogu, krátká kognitivně behaviorální terapie, včetně nastolení vhodných sociálních dovedností, jako je vnímání a vyjadřování svých přání a potřeb; stejně jako o poskytování psychologicko-pedagogické výchovy zabývající se běžnými emocemi a jejich vyjadřováním a zapojení Pameliny matky, pokud to bylo vhodné, do sezení v pracovních MFT. Pamela se také ráda zapojovala do interakce jeden-na-jednoho se SLP, který hovoří pouze anglicky, ale ani s jedním specialistou nekomunikovala slovně. Kromě toho se zdálo, jako by „ztuhla“ během logopedických sezení s jinými dětmi. Nedostatek pokroku donutil oba odborníky, aby si uvědomili, že je nutná užší spolupráce mezi nimi, rodičem a učitelem. Tým se tedy rozhodl vyzkoušet nové techniky, které navrhl MFT a jež měly zmírnit stres z mluvení, jako např. autentické pohyby, které spočívají v tom, že danou chvíli jste s klientem a modelujete a/nebo imitujete jeho pohyby (Chodorow, 2010). Tyto techniky, jež navrhl terapeut, zlepšily neverbální reakce Pamelu, jako je kývnutí na souhlas a několik odpovědí v délce dvou až tří slov v obou jazycích.

Strategie se ukázaly být velmi nápomocné při zmírnění její úzkosti a docílily toho, že začala mluvit šeptem. Přestože

Pamela ještě stále komunikuje především pomocí gest, velmi dobře reagovala, když specialisté přinesli hudební nástroje jako např. tamburínu; a nakonec začala reagovat i slovně. Během dvou měsíců výrazně vzrostla její schopnost reagovat na SLP a byla zaznamenána i vyšší frekvence slyšitelné řeči. Aby došlo ke snížení tlaku, který na ni byl vyvíjen, aby hovořila, muselo dojít ke spolupráci s jejím učitelem, ředitelkou, matkou a jejím logopedem. Úroveň, kdy byla Pamela spokojená a zároveň mluvila, byla podpořena pomocí použití technik, jako jsou např. aktivní představitost, arteterapie, autentické pohyby nebo terapeutické ticho. Jako velmi důležitá se také ukázala změna prostředí, kde se terapie konala. Jakmile se SLP a MFT podařilo zkoordinovat své snahy s Pamelinou matkou, aby se terapie konala v domácím prostředí (kde se Pamela cítila uvolněně a velmi pohodlně a mohla svobodněji komunikovat), drasticky se změnilo Pamelino chování (nálada) doma i ve škole. Jakmile uviděla, že do místnosti vstupují SLP i MFT, které již znala, celá se rozzářila a usmívala se. Dokázala ukazovat na předměty ve svém pokoji a vysvětlit v angličtině i ve španělštině, které jsou její oblíbené panenky a hry. Sama iniciovala rozhovory s oběma odborníky a celkově došlo ke snížení fyzických příznaků úzkosti, které předtím vykazovala (např. opakované pohyby rukou, nedostatečný oční kontakt), protože nyní mohla efektivněji sdělovat svá přání a potřeby. Prostřednictvím spolupráce s odborníky, Pamelinou matkou, učiteli a zaměstnanci školy a díky uvědomění si Pameliných silných stránek se podařilo spojit pocit bezpečí v jejím domově spolu s výkonem ve škole. Následně Pamela začala ve škole prospívat, navazovala nové přátelské vztahy a zlepšila se i její schopnost vyjádřit svá přání a potřeby, protože byla schopna zlepšit úroveň pocitu pohodlí a spokojenosti, který zažívala ve školním prostředí.

Uvědomujeme si, že je třeba provést další výzkum, který by tento model využití spolupráce a interdisciplinární léčby zopakoval s větším počtem subjektů. Avšak i tento jeden případ může posloužit ke zdůraznění důležitosti spolupráce mezi odborníky věnujícími se logopedii a duševnímu zdraví, jakož i rodinnými a manželskými terapeuti. Tito všichni vrátili hlas dítěti, u něhož byl na počátku diagnostikován selektivní mutismus.

Literatura

- American Association of Marriage and Family Therapists. About Marriage and Family Therapists. [online], 2018, Retrieved 24 March 2019 from https://www.aamft.org/About_AAMFT/About_Marriage_and_Family_Therapists.aspx.
- American Psychological Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2018.
- American Speech and Language Association (n. d.). Selective mutism. Portal. [online] <https://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589942812§ion=Treatment>
- BECK, A. T. Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1, 1970, s. 184–200.
- BEIDEL, D. C., TURNER, S. M. *Shy children, phobic adults. Nature and treatment of social anxiety disorder* (2nd ed.), 2007 Washington, DC: American Psychological Association.
- BERGMAN, R. L., PIACENTINI, J., MCCracken, J. T. Prevalence and description of selective mutism in a school sample. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 2002, 41 (8), s. 938–946.
- BLACK, B., UHDE, T. W. Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2002, 43, (7), s. 847–856.
- COHAN, S. L., CHAVIRA, D. A., STEIN, M. B. Practitioner review. Psychosocial interventions for children with selective mutism: a critical evaluation of the literature from 1990–2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Related Disciplines*, 2006, 47(11), s. 1085–1097.
- COHAN, S. L., PRICE, J. M., STEIN, M. B. Suffering in silence: Why a developmental psychopathology perspective on selective mutism is needed. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 2006, 27, s. 341–355.
- CHODOROW, J. *Various lectures on Jungian Psychotherapy II.*, Course taught at Pacifica Graduate Institute, Carpinteria, CA, Fall 2010.
- DILIBERTO, R. A., KEARNEY, C. A. Anxiety and oppositional behavior among youth with selective mutism. *Journal of Communication Disorders*, 2016, 59, s. 16–23.
- DUMMIT, E. S., 3rd, KLEIN, R. G., TANCER, N. K., ASCHE, B., MARTIN J., FAIRBANKS, J. A. Systematic assessment of 50 children with selective mutism. *Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 1997. 36 (5), s. 653–660.
- ELIZUR, Y., PEREDNIK, R. Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families. *Journal of the American Academy Child Adolescence Psychiatry*, 2003, 42(12), s. 1451–1459.
- ELLIS, A. *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York: Stuart., 1962.
- HOFMANN, S. G., ASNAANI, A., VONK, I. J. J., SAWYER, A. T., FANG, A. *The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analysis*. *Cognitive Therapy Research*, 2012, 36 (5), s. 427–440.
- JOHNSON, M., WINTGENS, A. *The selective mutism resource manual*. Brackley, UK: Speechmark Publishing Ltd., 2015.
- KOTRBA, A. *Selective Mutism: An Assessment and Intervention Guide for Therapists, Educators Parents*. [online], Eau Claire, WI: PESI Publishing & Media. 2014, Retrieved 24 March 2019 from <http://libproxy.chapman.edu/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid,cookie,url&db=e000xna&AN=919944&site=ehost-live>.
- LANG, C., NIR, Z., GOTHELF, A., DOMACHEVSKY, S., GINTON, L., KUSHNIR, J., GOTHELF, D. The outcome of children with selective mutism following cognitive behavioral intervention: a follow-up study. *European Journal of Pediatrics*, 2016, 175 (4), s. 481–487. doi: 10.1007/s00431-015-2651-0.
- SCHWARTZ, R. H., SHIPON-BLUM, E. “Shy” child? Don’t overlook selective mutism: recognize this social anxiety disorder and treat it early to help prevent long-term dysfunction. [online], *Contemporary Pediatrics*, 2005, 22, 30–6. Available online at: <http://link.galegroup.com/apps/doc/A134782065/AONE>
- SHUM, R. L. *Selective mutism: an integrated approach*. [online], 2002, September 1. Retrieved from <https://doi.org/10.1044/leader.FTR1.07172002.4>.
- STEINHAUSEN, H. C. E., JUZI, C. Elective mutism: an analysis of 100 cases. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996, 35(5), s. 606–614.
- VECCHIO, J., KEARNY, C. A. Treating youths with selective mutism with an alternating design of exposure-based practice and contingency management. *Behavioral Therapy*, 2009, 40 (4), s. 380–392.
- VIANA, A. G., BEIDEL, D. C., RABIAN, B. Selective mutism: a review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review*, 2009, 29, s. 57–67.
- WONG, P. Selective mutism: a review of etiology, comorbidities, and treatment. *Innovations in clinical neuroscience*, 2010, 7, s. 23–31. doi: 10.1037/t03750-000.

WRIGHT, H. H., CUCCARO, M. L., LEONHARDT, T. V., KENDALL, D. F., ANDERSON, D. H. Case study: fluoxetine in the multi-modal treatment of a preschool child with selective mutism. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 1995, 34 (7), s. 857–862.

ZUMA, L. The silent minority: Supporting students with selective mutism using systemic perspectives. *Support for Learning*, 2017, 32, s. 352–374.

COLLABORATION BETWEEN A SPEECH AND LANGUAGE PATHOLOGIST (SLP) AND A MARRIAGE AND FAMILY THERAPIST (MFT) IN TREATING SELECTIVE MUTISM: A CASE STUDY REPORT

Henriette W. Langdon, Ed.D., F-CCC-SLP, BCS-CL¹

Maxine B. L. Starr, Ph.D., Licensed Marriage and Family Therapist²

¹Professor Emerita San Jose State University, San Jose, California. USA

Co-Owner, Sunflower Therapies, Rancho Cucamonga, California. USA

9267 Haven Ave Suite 145 Rancho Cucamonga, CA. 91730. USA

Henriette.Langdon@sjsu.edu

²Co-Owner Sunflower Therapies, Rancho Cucamonga, California, USA (MFT)

Abstract

In this article, we provide an intervention plan that was implemented with the collaboration of a speech and language pathologist (SLP) and a marriage and family therapist (MFT) for an 8-year-old bilingual child who was diagnosed with Selective Mutism. A description of characteristics of children diagnosed with Selective Mutism and a review of various intervention approaches are provided.

Keywords

selective mutism, intervention for selective mutism, collaboration between SLPs and MFTs, case study

Description of Children with Selective Mutism

Six in 1000 children are estimated to be affected by the diagnosis of *Selective Mutism*, characterized by the child not speaking in certain situations, but speaking in others. This disorder is not caused by neglect or abuse and is coded in the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, or *DSM-5*, as 313.23 F94.0 (APA, 2013). The disorder has been recorded to be in existence since 1897 (previously also called “aphasia voluntaria” or “elective mutism” (Zuma, 2017). There is no single cause for the disorder; the causes are multifactorial (Cohan, Price, Stein, 2006). Signs of the problem are that the child might be very talkative at home, but not at school, with friends or teachers. Many researchers document

that this disorder entails an underlying psychological component such as anxiety disorders, social phobia, separation, and obsessive compulsive disorder (Beidel, Turner, 2007; Black, Uhde, 1995).

The disorder appears to be slightly more common in girls and the onset is about 5 years of age (Bergman, Piacentini, McCracken, 2002; Elizur, Perednik, 2003; Black, Uhde, 1995; Dummit et al., 1997; Steinhausen, Juzi, 1996). However, the disorder may be identified earlier as soon as the child moves more outside the home environment (2 to 3 years of age) (Viana, Biedel, Rabian, 2009). It becomes more apparent when children enter a day care center, preschool or school grade where they are expected to speak in a different environment than home. However, children who come from bilingual homes should not be diagnosed with mutism unless it is present in a second as well native language. Intervention has generally focused on the psychological aspect of the disorder, involving professionals like psychologists, psychiatrists, marriage and family therapists, social workers, or other mental professionals. Most of the literature documents that speech and therapy alone has been ineffective (Swartz, Shipon Blum, 2005). Although social workers, psychologists and counselors may be involved in the process in addition to speech and language pathologists, very few researchers mention the role of a marriage and family therapist (MFT) who is trained to work with children and their families and who would collaborate with the speech and language pathologist (SLP) as well.



Henriette W. Langdon, Ed.D.,
F-CCC-SLP, BCS-CL



Maxine B. L. Starr, Ph.D.,
Licensed Marriage and Family Therapist

In this paper, we begin with a review of different approaches to treat selective mutism and the professionals who have delivered therapy. A case study is presented at the end to illustrate the collaboration between an SLP, MFT and family to demonstrate that mutism should be treated with the assistance of specialized professionals and the family.

A Review of Different Treatment Approaches for Mutism

Cohan, Chavira and Stein (2006) conducted a literature review of research between 1990 and 2005 that had reported different approaches in treating children with selective mutism who presented a variety of symptoms identified in this disorder. And, in her review of the literature, Wong (2010) discussed many comorbidities that accompany this disorder such as enuresis, encopresis, obsessive compulsive disorder, speech and language impairment, and autism. Because of the diversity of comorbidities, therapy approaches had to be very individualized and because of small samples used in research studies, generalizations might be more difficult to make. Approaches suggested were psychodynamic (play therapy), behavioral therapy (i.e., positive/negative reinforcement; token procedures; shaping and prompting). Collaboration with the family (including family and siblings) as well as the teacher is also listed including medication therapy to decrease anxiety symptoms. However, exclusive therapy using medication may not always be as effective as a combination of medications paired with behavioral and family therapy (Wright, Cuccaro, Leonhardt et al., 1995). Diliberto and Kearney (2016) proposed various approaches based on three main psychological profiles that have been identified in individuals with elective mutism: anxious, anxious-mildly oppositional, and anxious-communication delayed. In their study with 57 children whose mean age was 6.7 years, the researchers found characteristics for two main factors, anxiety, and oppositional behavior. Those children who presented the anxiety profile displayed behaviors such as preferring to be alone, fearful, being withdrawn and experiencing sudden mood changes. Those who presented the oppositional profile argued a lot, needed a lot of attention, were stubborn, sullen and had temper tantrums. The researchers

suggest that professionals identify the students using specific descriptors to prescribe a given treatment approach. For example, students who fit the first profile may benefit from practice in reading aloud in the classroom and relaxation techniques along with practice in interacting with unfamiliar persons when being at home. Other approaches which they refer to as creative expression therapies through play, drama, and art might be helpful to those who are fearful of being judged, or need for self-protection. However, overall, a collaboration between school and home environments is important in any case. Johnson and Wintgens (2015) report that parental involvement in the treatment of mutism is a recent phenomenon. Specifically, the authors mention a study by Vecchio and Kearny (2009) where more favorable results were obtained in enhancing children's confidence in speaking when parents encouraged their children to participate in situations which placed increasingly demanding situations as opposed to using praise for speaking in public or reprimanding the child for not speaking when called for. Suggestions were to request parents to talk to their child about their fears, and join parent support groups. Also, the term Selective in the phrase Selective Mutism should be reconsidered. In this context, it means that the child has chosen not to speak, when in fact, children with Selective Mutism may not speak because a context may make them uncomfortable and fearsome. Therefore, Johnson and Wintgens (2015) suggest the renaming of the disorder as Situational Mutism.

A more recent approach to treating children with Selective Mutism has been the implementation of CBT, otherwise known as cognitive behavior therapy. CBT treatment is based on the premise that cognitive factors, such as one's belief system, maintain mental and psychological stress. This treatment was pioneered by Beck (1970) and Ellis (1962). A recent meta-analysis of research on its efficacy for a number of psychologically based problems such as substance abuse, depression, schizophrenia, insomnia, and eating disorders amongst others revealed positive outcomes. Hoffman et al., (2012) report specific results for the disorders listed above and many other psychologically based problems. In a more specific recent retrospective analysis conducted by Lang, Nir, Gothelf et al., (2016) for children with mutism

showed that those who participated in the study and received treatment using cognitive behavioral therapy techniques had significant decreased social anxiety and phobia. The researchers based their findings from parent interviews conducted on 36 children initially diagnosed with Selective Mutism who had received CBT treatment. However, they noted that treatment needs to be conducted with the intervention of a speech and language pathologist (SLP). Shum (2002) provides several strategies that the SLP might follow to assist the student with development beyond the confines of the therapy. For example, once a student is comfortable in communicating with the psychologist or mental health professional, Shum recommends that the SLP assists in the connection between the communication demands during a one on one interaction to the classroom. For example, pair the student with one that he or she likes in the classroom to complete activities, work on development of speech by accepting communication through drawing, writing and finally through words. The scope of this paper does not allow us to elaborate on more detailed suggestions in guiding the SLP in the intervention process. Those suggestions may be found in resources such as (ASHA, n.d). After the child has improved their comfort level of being able to communicate more freely in the classroom, the treatment team should work with the child on being able to generalize their communication to outside environments, such as the grocery store, a restaurant, or calling their friend on the phone (Kotrba, 2014).

Very little research we reviewed addresses specifics on how a mental health professional who is trained in family dynamics may collaborate with an SLP in the school setting, the teacher, and the family to work with a child who has been diagnosed with Selective Mutism beyond meeting to discuss assessment results. The real question remains: After one assesses a child who may have a diagnosis of Selective Mutism, how does the treatment team effectively intervene and communicate to implement clinically appropriate treatment? Although psychologists and other health professionals have similar training in various therapy approaches, the training of MFTs has particularly emphasized and adopted the philosophy that: "a renewed public awareness of the value of family life and concern about the increased stresses

on families in a rapidly changing world” (AAMFT, 2018). According to Kotrba (2014) it is important for all treatment team members (who may very well include SLPs and MFTs) to ask each other the following questions: How has the child been progressing in the school setting? How has the child been progressing in the clinical setting? How are they making progress towards their current goals? How else can we assist the child, or what other possible interventions do we need to look at to help this child make progress on their goals? A strength-based approach is recommended to look beyond the words expressed by the child and to take the child's strengths into consideration as to how they may positively impact treatment outcomes.

The case of Pamela

Pamela, an 8-year-old Hispanic female, was referred by her second-grade teacher for an evaluation. Her refusal to speak at school resulted in being made fun of by peers, poor social relationships, and overall frustration from her teachers and SLP (she was classified under the 'voice' category to receive services). Pamela's mother, a monolingual speaker of Spanish was adamant that she would speak at home but just not at school. She stated that Pamela's refusal to speak had been occurring since she started school two years prior. Pamela was retained in first grade due to difficulties in keeping up academically. (Pamela was placed in all English-speaking classroom). She was cooperative during family sessions; but would not initiate contact with school personnel.

Although minimal progress was attained after two months of counseling, Pamela seemed to enjoy the one on one interaction with the MFT as she smiled and was willing to engage in the activities presented by the therapist. Spanish was

used during those sessions. Over the initial two month period, the MFT attempted interventions such as play therapy to facilitate rapport building, comfort with dialogue, brief cognitive behavioral therapy including modeling appropriate social skills such as turn taking and verbalizing one's wants and needs; as well as providing psychoeducation about common emotions and emotional expressions, and involving Pamela's mother in office sessions where appropriate. Pamela also enjoyed the one on one interaction with the SLP who was monolingual in English, but did not interact verbally with either specialist. Furthermore, she “seemed to freeze” during speech therapy sessions with other children. Because of lack of progress, both specialists realized that a closer collaboration was necessary between the two specialists, the parent, and the teacher. The team decided to try on new techniques, which were proposed by the MFT to ease pressure from speaking such as using authentic movement, which involves being in the moment with the client and modeling and/or imitating their movements (Chodorow, 2010). The techniques utilized by the therapist increased Pamela's non-verbal responses such as nodding and some two to three-word responses in both languages.

The strategies proved to be very helpful in easing her anxiety and resulting in her beginning to speak in a whisper. Pamela still communicated with movements primarily, and responded well when the specialists brought in musical instruments such as a tambourine, and then ultimately, she did begin to respond verbally. Within two months, her ability to respond to the SLP increased as well and greater frequency of audible speech was noted. Collaboration with her teacher, the principal, her mother, and her speech and language pathologist was important

to diminish the pressure they put on her to speak. Implementation of techniques such as active imagination, art therapy, authentic movement, or therapeutic silence to increase her comfort level with speaking was encouraged. Also, instrumental was a change in the environment where the therapy took place. Once the SLP and MFT succeeded in coordinating with Pamela's mother efforts to provide therapy in the home, (which was Pamela's more relaxed environment where she felt more comfortable and free to communicate), Pamela's mood both at home and at school drastically changed. Her face lit up when she saw both the SLP and the MFT whom she already knew, enter her home. She was able to point out items in her room, and explain in both English and Spanish what her favorite dolls and games were. She initiated conversations with both specialists and overall, her physical signs of anxiety that she had previously displayed (e.g., repetitive hand motions, poor eye contact) decreased as she could more effectively communicate her wants and needs. Through collaboration with the specialists as well as Pamela's parent, teacher, and school staff, as well as realizing Pamela's strengths to bridge together her home strengths alongside her school performance, she began to blossom at school, make new friends, and increase her ability to advocate for her wants and needs as she was able to increase her comfort level in the school environment.

We realize that additional research is needed to duplicate this model of utilizing collaborative, interdisciplinary treatment with a greater number of subjects, but this case serves to support the importance of collaboration between speech and language and mental health professionals as well as the family and marriage therapist in giving a voice to the child who was initially diagnosed with Selective Mutism.

Literatura

American Association of Marriage and Family Therapists. *About Marriage and Family Therapists*. [online], 2018, Retrieved 24 March 2019 from https://www.aamft.org/About_AAMFT/About_Marriage_and_Family_Therapists.aspx.

American Psychological Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2018.

American Speech and Language Association (n. d.). *Selective mutism*. Portal. [online] <https://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589942812§ion=Treatment>

BECK, A. T. Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1, 1970, p. 184–200.

BEIDEL, D. C., TURNER, S. M. *Shy children, phobic adults. Nature and treatment of social anxiety disorder* (2nd ed.), 2007 Washington, DC: American Psychological Association.

- BERGMAN, R. L., PIACENTINI, J., MCCracken, J. T. Prevalence and description of selective mutism in a school sample. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 2002, 41 (8), p. 938-946.
- BLACK, B., UHDE, T. W. Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2002, 43, (7), p. 847-856.
- COHAN, S. L., CHAVIRA, D. A., STEIN, M. B. Practitioner review. Psychosocial interventions for children with selective mutism: a critical evaluation of the literature from 1990-2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Related Disciplines*, 2006, 47(11), p. 1085-1097.
- COHAN, S. L., PRICE, J. M., STEIN, M. B. Suffering in silence: Why a developmental psychopathology perspective on selective mutism is needed. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 2006, 27, p. 341-355.
- CHODOROW, J. *Various lectures on Jungian Psychotherapy II.*, Course taught at Pacifica Graduate Institute, Carpinteria, CA, Fall 2010.
- DILIBERTO, R. A. KEARNEY, C. A. Anxiety and oppositional behavior among youth with selective mutism. *Journal of Communication Disorders*, 2016, 59, p. 16-23.
- DUMMIT, E. S., 3rd, KLEIN, R. G. TANCER, N. K., ASCHE, B., MARTIN J., FAIRBANKS, J. A. Systematic assessment of 50 children with selective mutism. *Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 1997. 36 (5), p 653-560.
- ELIZUR, Y., PEREDNIK, R. Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families. *Journal of the American Academy Child Adolescence Psychiatry*, 2003, 42(12), p. 1451-1459.
- ELLIS, A. Reason and Emotion in Psychotherapy. New York: Stuart., 1962.
- HOFMANN, S. G., ASNAANI, A., VONK, I. J. J., SAWYER, A.T., FANG, A. *The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analysis.* Cognitive Therapy Research, 2012, 36 (5), p. 427-440.
- JOHNSON, M., WINTGENS, A. *The selective mutism resource manual.* Brackley, UK: Speechmark Publishing Ltd., 2015.
- KOTRBA, A. *Selective Mutism: An Assessment and Intervention Guide for Therapists, Educators Parents.* [online], Eau Claire, WI: PESI Publishing & Media. 2014, Retrieved 24 March 2019 from <http://libproxy.chapman.edu/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid,cookie,url&db=e000xna&AN=919944&site=ehost-live>.
- LANG, C., NIR, Z., GOTHELF, A., DOMACHEVSKY, S., GINTON, L., KUSHNIR, J., GOTHELF, D. The outcome of children with selective mutism following cognitive behavioral intervention: a follow-up study. *European Journal of Pediatrics*, 2016, 175 (4), p. 481-487. doi: 10.1007/s00431-015-2651-0.
- SCHWARTZ, R. H., SHIPON-BLUM, E. "Shy" child? Don't overlook selective mutism: recognize this social anxiety disorder and treat it early to help prevent long-term dysfunction. [online], *Contemporary Pediatrics*, 2005, 22, 30-6. Available online at: <http://link.galegroup.com/apps/doc/A134782065/AONE>
- SHUM, R. L. *Selective mutism: an integrated approach.* [online], 2002, September 1. Retrieved from <https://doi.org/10.1044/leader.FTR1.07172002.4>
- STEINHAUSEN, H. C. E., JUZI, C. Elective mutism: an analysis of 100 cases. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996, 35(5), s. 606-614
- VECCHIO, J., KEARNY, C. A. Treating youths with selective mutism with an alternating design of exposure-based practice and contingency management. *Behavioral Therapy*, 2009, 40 (4), s. 380-392
- VIANA, A. G., BEIDEL, D. C., RABIAN, B. Selective mutism: a review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review*, 2009, 29, s. 57-67.
- WONG, P. Selective mutism: a review of etiology, comorbidities, and treatment. *Innovations in clinical neuroscience*, 2010, 7, s. 23-31. doi: 10.1037/t03750-000;
- WRIGHT, H. H., CUCCARO, M. L., LEONHARDT, T. V., KENDALL, D. F., ANDERSON, D. H. Case study: fluoxetine in the multimodal treatment of a preschool child with selective mutism. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 1995, 34 (7), s. 857-862.
- ZUMA, L. The silent minority: Supporting students with selective mutism using systemic perspectives. *Support for Learning*, 2017, 32, s. 352-374.

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, 921 01 Piešťany, Slovenská republika
- MUDr. Ondřej Fiala, Ph.D., Institut neuropsychiatrické péče, Křižíkova 264/22, 180 00 Praha 8
- PhDr. Anna Hrnčiarová, CSc., Annfuturo, s. r. o., Klinická logopédia, Malokarpatské námestie 2, 841 03 Bratislava, Slovenská republika
- prof. Dr. Henriette W. Langdon, Ed.D., F-CCC_SPL Communicative Disorders and Sciences at San José State University, San José, CA 95192, USA
- PhDr. Gabriela Seidlová Málková, Ph.D., Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova, U Kříže 8, 158 00 Praha 5
- Mgr. Zuzana Moškurjaková, Klinická logopédia Banská Bystrica, Kyjevské námestie 7, 974 04 Banská Bystrica, Slovenská republika
- doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D., Foniatriká klinika 1. LF UK a VFN, Žitná 24, 120 00 Praha 2; Klinická logopedie, Nám. Osvobození 451, 470 01 Česká Lípa
- Isabella Reichel, Ed.D., assoc. professor, Graduate Program in Speech Pathology, School of Health Sciences, Touro College, 320 W 31st St, New York, NY 10001, USA
- Hazel Roddam, PhD., MA, University of Central Lancashire, Allied Health Research Unit, School of Health Sciences, Preston, Lancashire PR1 2HE, Velká Británie
- prof. dr. hab. n. hum. Zbigniew Tarkowski, Department of Pathology and Rehabilitation of Speech, Medical University of Lublin, ul. Staszica 4-6, 20-400 Lublin, Polsko
- Dr. paed. Sarmite Tübele, Faculty of Education, Psychology and Art, University of Latvia, Jūrmalas gatve 76-k1, Rīga, LV-1083, Lotyšsko
- PhDr. Mgr. Lenka Vacková, Ambulance klinické logopedie, Wellnerova 1322/3C, 779 00 Olomouc
- doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D., Ústav speciálněpedagogických studií, Pedagogická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci, Žižkovo náměstí 5, 779 00 Olomouc
- dr hab. Katarzyna Węsierska, Ph.D. Institute of Polish Language, University of Silesia in Katowice, Bankowa 12, 40-007 Katowice, Polsko

Šéfredaktorka / Editor in chief:

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

Asistentka redakce / Editors assistant (translations, researches):

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

Redakce / Editorial staff:

- Mgr. Barbora Červenková, barbora.cervenkova@post.cz
- PhDr. Lucie Durdilová, Ph.D., lucie.durdilova@gmail.com
- Mgr. Naděžda Lasotová, nlasotova@gmail.com
- Mgr. Barbora Lichorobiec, baralich@seznam.cz
- Mgr. Ester Lochmanová, esterester@seznam.cz
- Mgr. et Mgr. Barbora Richtrová, barbora.richtrova@gmail.com
- Mgr. Petr Šmíd, DiS., smid@hamzova-lecebna.cz

Editorka: Mgr. Lucie Peláková, www.pelakova.cz

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: 1/2019, červen 2019 / June 2019

Periodicita/periodicity: 2× 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

Foto u editoriaľu: Mgr. Barbora Lichorobiec