



Nové možnosti rozvoje vzdělávání na Technické univerzitě v Liberci

Specifický cíl A4: Kurzy zaměřené na rozšiřování dovedností (upskilling)
nebo rekvalifikace (reskilling)

NPO_TUL_MSMT-16598/2022

Speciální pedagogika jedinců s narušenou komunikační schopností

Mgr. Barbora Hodíková

Mgr. Miroslav Meier, Ph.D.

2024



Financováno
Evropskou unií
NextGenerationEU



Národní
plán
obnovy

MSMT
MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY

Název: Speciální pedagogika jedinců s narušenou komunikační schopností

Autoři: Mgr. Barbora Hodíková, Mgr. Miroslav Meier, Ph.D.

Recenzent: PhDr. Pavel Kliment, Ph.D.

Za jazykovou správnost odpovídají autoři.

Vydala Technická univerzita v Liberci v roce 2024.

ISBN 978-80-7494-691-2

Obsah

Úvod	4
1 Vymezení oboru	5
2 Místo v systému věd a vztah k dalším vědám.....	6
3 Terminologie a klasifikace oboru	8
3.1 Komunikace	9
3.2 Narušená komunikační schopnost	10
3.2.1 Vývojové poruchy řeči nebo jazyka.....	11
3.2.2 Příznaky, znaky nebo klinické nálezy týkající se řeči nebo hlasu	15
3.3 Jazykové roviny.....	17
3.4 Dělení hlásek českého jazyka.....	20
3.5 Ontogenetický vývoj řeči	21
3.6 Narušený vývoj řeči	23
4 Druhy narušené komunikační schopnosti.....	25
4.1 Vývojová dysfázie	26
4.2 Afázie	29
4.3 Mutismus.....	33
4.4 Rinolalie	36
4.5 Palatolalie	38
4.6 Tumultus sermonis	42
4.7 Balbuties	45
4.8 Dyslalie.....	49
4.9 Dysartrie	52
4.10 Narušení grafické stránky řeči	55
4.11 Symptomatické poruchy řeči	58
4.12 Poruchy hlasu	59
4.13 Kombinované vady a poruchy řeči	60
5 Alternativní a augmentativní komunikace.....	60
6 Logopedické pomůcky	62
7 Systém péče a jedince s narušenou komunikační schopností.....	63
Závěr	66
Seznam použitých zdrojů	67

Úvod

Jedinci¹ s narušenou komunikační schopností tvoří velice různorodou část lidské společnosti. Některé z nich narušená komunikační schopnost zásadněji nelimituje a žijí „běžný“ život jako lidé bez narušené komunikační schopnosti. Jiní jsou ve svých životech narušenou komunikační schopností do jisté míry ovlivňováni, popř. limitováni – např. při volbě profese, kdy si obvykle vybírají profese, při kterých jim narušená komunikační schopnost nebude činit podstatnější obtíže. Část jedinců je ale narušenou komunikační schopností ovlivňována zásadně. Jde o jedince, u kterých je přítomno závažné narušení komunikační schopnosti, které jim v řadě případů znemožňuje adekvátním způsobem komunikovat. Tito lidé mnohdy využívají některý z druhů alternativní a augmentativní komunikace. Pak jsou jedinci s vícenásobným postižením, resp. v našem případě jde o jedince s narušenou komunikační schopností a dalším druhem (popř. druhy) postižení. U těchto lidí bývá nejobtížnější nalézt efektivní formu komunikace – zvláště tehdy, pokud se jedná o lidi s narušenou komunikační schopností a závažným mentálním postižením, popř. ještě v kombinaci s výraznější poruchou hybnosti či závažnějším postižením zraku a sluchu.

Podobně jako u jedinců s jinými druhy postižení tak i u jedinců s narušenou komunikační schopností nemusí platit „přímá úměra“ mezi závažností narušené komunikační schopnosti (postižením) a tím, jak konkrétní jedinec své postižení (subjektivně) vnímá. Způsob subjektivního vnímání závažnosti narušené komunikační schopnosti záleží mj. na osobnostních charakteristikách jedince a na tom, jak k jedinci s narušenou komunikační schopností přistupuje jeho okolí a na tom, jak kvalitní péče je mu dostupná.

Komunikace je v lidské společnosti zásadním „dějem“. Platí to jak v malém měřítku – mezi konkrétními jedinci, tak v měřítku globálním na úrovni států, popř. uskupení různých zemí. Nedostatečná, nevhodná či selhávající komunikace může končit tragicky – nedorozuměními, nehodami, zločiny, válkami. Speciální pedagogika jedinců s narušenou komunikační schopností je vědou, která má mj. docílit toho, že (pokud možno) každý člověk bude schopen komunikovat na takové úrovni, aby mohl prožít kvalitní a smysluplný život.

¹ S ohledem na přehlednost a srozumitelnost používáme v textu tzv. generické maskulinum: označení osob v mužském rodě, které je míněno jako neutrální z hlediska rodu biologického.

1 Vymezení oboru

Speciální pedagogika jedinců² s narušenou komunikační schopností je vědní a studijní obor, který bývá v současnosti označován také jako logopedie (z „logos“ – slovo, řeč a „paideia“ – výchova). V tomto textu používáme oba pojmy. Lidé s narušenou komunikační schopností byli a jsou součástí lidské společnosti od nepaměti a budou její součástí i v budoucnosti (pokud se díky vědeckému pokroku nepodaří odstranit příčiny vzniku různých druhů narušené komunikační schopnosti). Proto i o snahách o řešení, resp. vyřešení narušené komunikační schopnosti lze hovořit také od nepaměti. Pochopitelně smysluplnost těchto snah byla a je závislá na stupni vědeckého poznání v této a příbuzných oblastech vědy.

Rozvoj speciální pedagogiky jedinců s narušenou komunikační schopností je úzce propojen s rozvojem ostatních vědních oborů, které mají více či méně blízký vztah k této vědě. Smyslem tohoto textu není věnovat se historii oboru, proto se dále pouze stručně zmíníme o některých podstatných dějinných momentech.

První moderní monografii o poruchách řeči³ publikoval v roce 1877 profesor vnitřního lékařství Adolf Kussmaul. V podobné době – ve 2. polovině 19. století – působil v Berlíně jako ředitel ústavu pro hluchoněmé Albert Gutzmann, jeho synem byl Herrmann Gutzmann, který se habilitoval pro obor vnitřního lékařství, a mj. se věnoval lidem s kochtavostí. Herrmann Gutzmann se zasadil o to, aby se poruchy hlasu a řeči staly předmětem vysokoškolského studia. Díky těmto a dalším snahám a aktivitám se začal utvářet nový lékařský obor, který je od roku 1920 označován jako foniatrie. Posledním asistentem Herrmanna Gutzmanna byl (pozdější profesor) Miloslav Seeman, který po roce 1918 působil v samostatném Československu, a který je autorem dodnes mnohými ceněné knihy Poruchy lidské řeči z roku 1955. Miloslav Seeman nebývá zmiňován tak často, jak by s ohledem na jeho význam bylo vhodné – mj. jej lze označit za zakladatele naší foniatrie. Jde o důsledek negativních vztahů s další významnou osobností naší logopedie a speciální pedagogiky – profesorem Milošem Sovákem, který byl původně žákem a asistentem Miloslava Seemana. Rozpory byly jak osobního, tak profesního rázu (Peutelschmiedová 2006, s. 274, 275). V oblasti profesní se jednalo z velké míry o to, zda péče o jedince s narušenou komunikační schopností je „věc“ foniatrie (Miloslav Seeman), nebo logopedie (Miloš Sovák). Přičemž většího nadhledu byl pravděpodobně schopen Miloslav Seeman, který v roce 1957 v časopise Československá otolaryngologie psal: Není tedy předmět logopedie a foniatrie různý. Oba obory se liší jen přístupem k problému. U logopedie je přístup z hlediska více pedagogického, u foniatrie z hlediska více medicínského. Oba obory se navzájem prolínají a doplňují (Seeman in Peutelschmiedová 2006, s. 275). Bohužel „rozpory“ mezi lidmi, kteří poskytují logopedickou péči v rámci „zdravotního resortu“, a mezi lidmi, kteří poskytují logopedickou péči v rámci „pedagogického resortu“, do jisté míry přetrvávají dodnes.

² Místo pojmu „jedinec“ lze akceptovat i pojmy „osoba“, „člověk“ (pochopitelně i v množném čísle). Na našem pracovišti jsme se dohodli pro používání pojmu „jedinec“.

³ Tehdejší terminologií – obdobně je dobová terminologie používána i ve zbytku odstavce o historii oboru.

Počátky naší logopedie jsou nejvíce spojovány s Milošem Sovákem. Miloš Sovák mj. stál u vzniku Logopedického ústavu hl. města Prahy, který byl založen v roce 1946. Význam tohoto ústavu byl postupem času celostátní – pracovníci ústavu se mj. podíleli na odborné přípravě lidí, kteří se věnovali jedincům s narušenou komunikační schopností. Miloš Sovák inicioval vznik škol pro děti se sluchovým postižením a pro děti s narušenou komunikační schopností. Dále založil katedru defektologie na Karlově univerzitě, kterou posléze proměnil na katedru speciální pedagogiky. V roce 1970 založil Československou logopedickou společnost, které předsedal až do své smrti v roce 1989. Množství aktivit, kterým se Miloš Sovák věnoval a kterými ovlivnil jak naši logopedii, tak naši speciální pedagogiku, přesahuje rozsah, který mu lze věnovat v tomto textu. Někdy bývá považován za zakladatele logopedie Wolfgang von Kempelen z Prešpurku (Bratislavy), který byl vynálezcem, polyhistorem, výtvarníkem a dramatikem. V roce 1791 totiž vydal ve Vídni spis Mechanismus lidské řeči (Peutelschmiedová 2006, s. 274, 275). Jestliže o speciální pedagogice jedinců s narušenou komunikační schopností uvažujeme jako o vědě, lze říci, že se jedná o relativně mladý vědní obor, který se (na vědecké úrovni) začal utvářet v první polovině 20. století.

Speciální pedagogiku jedinců s narušenou komunikační schopností lze definovat jako speciálněpedagogický obor, který se zabývá výchovou, vzděláváním a všeobecným rozvojem jedinců s narušenou komunikační schopností.

Zásadní je si uvědomit, že moderní speciální pedagogika jedinců s narušenou komunikační schopností reflektuje všechny roviny jazyka a klade důraz na tzv. sociální užití řeči – její pragmatiku => podstatnější je to, co bylo řečeno, než to jak to bylo řečeno (Peutelschmiedová 2006, s. 276).

2 Místo v systému věd a vztah k dalším vědám

Speciální pedagogika jedinců s narušenou komunikační schopností spadá mezi vědy společenské, dále mezi vědy pedagogické a ještě konkrétněji patří mezi vědy speciálněpedagogické – viz obrázek 1.



Obrázek 1: Speciální pedagogika jedinců s narušenou komunikační schopností v systému věd

Vztah speciální pedagogiky jedinců s narušenou komunikační schopností k dalším vědám se dá „jednoduše“ shrnout tak, že má vztah „v podstatě“ se všemi ostatními vědami – neboť ve všech vědních oborech je velice důležité „komunikování“. Jedná se tudíž o vědu interdisciplinární (jak je patrné i z obrázku 2).



Obrázek 2: Vztah speciální pedagogiky jedinců s narušenou komunikační schopností k dalším vědám

Pokud se budeme držet výše uvedené definice speciální pedagogiky jedinců s narušenou komunikační schopností jako speciálněpedagogické vědy, která se zabývá výchovou, vzděláváním a všeobecným rozvojem jedinců s narušenou komunikační schopností, tak lze zmínit, že spolupráce odborníků z různých vědních oborů je velice důležitá, potřebná proto, aby se zvyšovala pravděpodobnost úspěšného výchovně-vzdělávacího působení na jedince s narušenou komunikační schopností.

Pro uvědomění si návazností např. s neuropsychologií lze doporučit poutavé publikace Olivera Sackse. Velice blízký vztah má speciální pedagogika jedinců s narušenou komunikační schopností s foniatrií, což je lékařský obor, který se zabývá poruchami hlasu, řeči a sluchu. (Peutelschmiedová 2003, s. 12). O propojenosti těchto dvou věd svědčí i výše (v části 1 Vymezení oboru) uvedená slova Miloslava Seemana.

Z lékařských oborů lze dále explicitně zmínit neurologii, se kterou se logopedi setkávají při práci s lidmi s poškozením mozku, které se může projevat např. afázií. Plastickou chirurgii, stomatochirurgii a ortodoncií, se kterými bývají logopedi v kontaktu při péči o jedince s orofaciálními rozštěpy.

Z dalších věd zmíníme už jenom např. právo, které by mělo zabezpečit to, aby všem jedincům s narušenou komunikační schopností byla dostupná adekvátní péče – jak logopedická, tak lékařská, popř. další (pokud to je třeba). Informatiku a elektroniku, jejichž výsledky bádání lze využívat při logopedické intervenci, popř. mohou jedinci s narušenou komunikační

schopností výsledky těchto vědních oborů využívat v podobě např. vhodných kompenzačních pomůcek, popř. v rámci některých druhů alternativní a augmentativní komunikace (např. v podobě vhodného hardware i software).

3 Terminologie a klasifikace oboru

Terminologie ve speciální pedagogice jedinců s narušenou komunikační schopností je poměrně často „řešenou“ oblastí. S ohledem na zaměření a smysl tohoto textu není naší ambicí se této oblasti podrobněji věnovat. V našem textu se snažíme používat obvykle využívanou terminologii, popřípadě terminologii, která je využívána v 11. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí⁴ (dále MKN-11). Příp. zájemce o podrobnější náhled na problematiku terminologie odkazujeme např. na zdroje od Peutelschmiedové (2006, s. 277–280), popř. (2003, s. 17–19).

Zde se omezíme pouze na základní rozlišení několika ve speciální pedagogice jedinců s narušenou komunikační schopností často používaných pojmů, které bývají ale ne vždy používány v odpovídajícím významu, popř. kontextu, souvislostech. Prvním takovým pojmem je pojem řeč. Lze rozlišit řeč vnitřní (myšlenky probíhající v mysli v podobě slov) a řeč vnější (která nemusí být a není vždy realizovaná pouze slovy, může se jednat o řeč očí, těla, gest, mimiky, ad.). To, co bývá většinou označováno pojmem řeč, má být správně označováno pojmem mluva – neboť mluva je zvukově realizovaná řeč. Řeč lze také charakterizovat jako individuální schopnost člověka dorozumívat se prostřednictvím jazyka. Pojem jazyk bývá stručně definován jako dorozumívací prostředek (Peutelschmiedová 2003, s. 7). Podrobněji lze pojem jazyk charakterizovat jako soustavu dorozumívacích (komunikačních) prostředků znakové povahy, které jsou vyjádřeny zvuky a druhotně písemnými symboly. Jazyk zpravidla slouží určitému etniku a jde o složitý sociálně podmíněný systém, který má stránku psychickou, kulturní i neurofyzilogickou (Kolektiv autorů 1995, s. 27). Jazyk je tedy sociální jev, systém konvenčních znaků a pravidel, kterým se řídí určité společenství při dorozumívání (Škodová, Jedlička, a kol. 2007, s. 25). Často se lze setkat s pojmy „vada řeči“, resp. „porucha řeči“. Někdy bývají tyto 2 pojmy používány jako synonyma. Řada lidí s narušenou komunikační schopností, popř. jejich blízcí, ale subjektivně vnímá tyto pojmy výrazně odlišně. Pojem „porucha“ bývá častěji spojován s „něčím“, co lze vhodnými přístupy odstranit, zatímco pojem „vada“ bývá častěji vnímán jako „něco“, co je nevratné, podstatněji neovlivnitelné. Obtíže, které mohou být spojeny s používáním pojmů „vada řeči“, resp. „porucha řeči“, do nemalé míry odstraňuje modernější pojem „narušená komunikační schopnost“, kterému se blíže věnujeme níže. Zde pouze krátce zmíníme, že tento pojem zahrnuje více než pojmy vada, popř. porucha řeči – jde o celou komunikaci, resp.

⁴ S ohledem na to, že v době tvoření našeho textu nebyla MKN-11 ještě kompletně převedena do českého jazyka, nelze vyloučit, že došlo, dojde k menším či větším změnám v textu MKN-11, které nebylo možné zahrnout do tohoto textu. Současně jsme doposud nepřeložené části MKN-11, které jsme potřebovali, přeložili sami, z toho důvodu nelze vyloučit, že oficiální překlad bude posléze do jisté míry odlišný.

komunikační schopnost a ne pouze o mluvu a příp. „vady“ či „poruchy“, které s mluvou mohou být spojeny. Pojem „narušení“ pak může být spojován s optimistickým náhledem na reálnou možnost vhodného ovlivnění a v ideálním případě odstranění narušené komunikační schopnosti. Pojem narušená komunikační schopnost tak odráží moderní pojetí speciální pedagogiky jedinců s narušenou komunikační schopností, ve kterém je třeba primárně zajistit vhodnou komunikaci, která ovšem nemusí probíhat pouze orálně (lze využít např. některý z druhů alternativní či augmentativní komunikace) (Peutelschmiedová 2003, s. 7).

3.1 Komunikace

Termín komunikace nemá jednotnou definici. Používá se i v mnoha vědních oborech, se kterými logopedie více či méně intenzivně spolupracuje. Obecně lze komunikaci chápat jako: „lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů“ (Klenková 2006, s. 25). Lidskou komunikaci lze charakterizovat také jako všechny procesy a funkce spojené s produkcí a rozuměním řeči a psanému jazyku, stejně jako všech forem nonverbální komunikace (Peutelschmiedová 2003, s. 6). Termín komunikace je někdy vnímám i jako interakce, aktivita nebo reakce. Komunikace se významně podílí na vytváření a udržování mezilidských vztahů a zásadně ovlivňuje rozvoj každého člověka.

Při komunikaci dochází k přenosu informací. Jejimi základními prvky dle Klenkové (2006, s. 28) jsou:

- komunikátor, což je osoba, která sděluje informaci,
- komunikant je člověk, který informaci přijímá a nějakým způsobem na ní reaguje,
- komuniké je sdělení,
- posledním článkem je komunikační kanál. Pro hladký průběh komunikace je nezbytné, aby komunikační kanál byl známý všem účastníkům komunikace.

Každá komunikace, tedy každá výměna informací, probíhá následujícími 6 fázemi:

1. první fází je takzvaná ideová geneze, kdy dochází ke vzniku myšlenky, formuje se obsah budoucího sdělení,
2. druhou fází je zakódování, což znamená, že původní myšlenka je převedena do znaků, slov či symbolů,
3. třetí fází je přenos, kdy dochází k odeslání zakódovaných symbolů,
4. čtvrtá fáze komunikace je příjem, což je chvíle, kdy zakódované symboly obdrží příjemce komunikace,
5. následuje šestá fáze dekodování, kdy příjemce interpretuje přijaté symboly,
6. poslední fází je akce, což je reakce na přijatou zprávu (Klenková 2006, s. 28).

V každé z těchto fází komunikace může dojít k narušení, které může ovlivnit celou komunikaci.

Komunikace verbální a neverbální

V lidské komunikaci rozlišujeme 3 druhy komunikace. Jde o komunikaci verbální, neverbální a komunikaci činem. Pokud bychom se na ně podívali z historického hlediska, pak by s největší pravděpodobností byla první komunikace činem, kterou doprovázela komunikace neverbální. Komunikace verbální by pak byla komunikací nejmladší. Dle odborných odhadů začali předci soudobého člověka verbálně komunikovat před cca 3,5 milióny let. Přičemž verbální komunikace měla nejprve velice jednoduchou formu. Rozhodně naši prapředci nezačali verbálně komunikovat od počátku v dlouhých a složitých souvětích, která můžeme využívat my. Tento dlouhý historický vývoj schopnosti verbálně komunikovat u našeho živočišného druhu se označuje jako fylogenetický vývoj řeči (Klenková 2006, s. 30) (Peutelschmiedová 2003, s. 22, 23).

Do verbální komunikace spadají takové procesy, které jsou realizovány psanou či mluvenou řečí (mluvou). Komunikace mluvenou řečí je vždy doprovázena komunikací neverbální. Komunikace neverbální, kterou můžeme také nazývat komunikací mimoslovní, či nonverbální, se dále dělí do dvou skupin, a to na vokální a nevokální komunikaci. Mezi prostředky vokální komunikace můžeme zařadit například kvalitu hlasu. Mezi prostředky nevokální (nonvokální) komunikace patří posturika (fyzický postoj, držení těla), proxemika (vzdálenost mezi lidmi, osobní prostor), gestika, haptika (doteky, tělesný kontakt), mimika (Klenková 2006, s. 30).

3.2 Narušená komunikační schopnost

Definovat narušenou komunikační schopnost je nesnadné, neboť již vymezení normality je samo o sobě problematické. V současné době bývá u nás nejčastěji využívána definice dle Lechty (Lechta, a kol. 2003, s. 7): „Komunikační schopnost člověka je narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů (příp. několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru.“ Může se jednat o foneticko-fonologickou, morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou či pragmatickou rovinu, nebo o verbální i nonverbální, mluvenou i grafickou formu komunikace, její expresivní i receptivní složku (Lechta in Klenková 2006, s. 54).

Některé projevy v komunikaci nelze považovat za „skutečnou, pravou“ narušenou komunikační schopnost, neboť se jedná o fyziologické jevy.⁵ Patří sem fyziologická dysfluence ve věku okolo 3 až 4 let věku dítěte a fyziologický dysgramatismus kolem 4. roku věku dítěte. Dále nelze za narušenou komunikační schopnost považovat nesprávnou výslovnost některých hlásek, neboť se jedná o fyziologický jev (o tzv. fyziologickou dyslalii).

Etiologie narušené komunikační schopnosti je posuzována z různých hledisek. Z časového hlediska dělíme příčiny na prenatální, perinatální a postnatální. Z hlediska lokalizačního jsou

⁵ Jedná se o jevy, které bývají součástí běžného vývoje většiny populace, a nejsou projevem v našem případě narušené komunikační schopnosti, popř. nějakého jiného „problému“.

častými příčinami genové mutace, orgánová poškození receptorů, aberace chromozomů nebo nevhodné, nepodnětné prostředí. Dle stupně narušení se může jednat o narušenou komunikační schopnost částečnou nebo totální. Jedinec si svou narušenou komunikační schopnost může, ale také nemusí uvědomovat. Narušená komunikační schopnost může vzniknout buď na podkladě orgánové, nebo funkční příčiny, může být hlavním nebo symptomatickým projevem jiného dominantního postižení (Klenková 2006, s. 54, 55).

Produkování mluvené či psané formy řeči je relativně složitým procesem, na kterém se podílí celá řada částí lidského organismu. Proto, aby byl člověk schopen správným způsobem realizovat mluvenou či psanou formu řeči, je třeba, aby měl v pořádku: sluchové a zrakové vnímání; inervaci svalů a samotné svaly, které se podílejí na mluvené, resp. psané formě řeči; oblasti centrální nervové soustavy, které se na produkci mluvené, resp. psané formě řeči účastní (WikiSkripta 2019).

Nejčastěji využívanou klasifikací narušené komunikační schopnosti je u nás klasifikace dle Lechty, který rozdělil jednotlivá narušení komunikační schopnosti dle symptomů do následujících 10 okruhů:

1. Vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie).
2. Získaná orgánová nemluvnost (afázie).
3. Získaná psychogenní nemluvnost (mutismus).
4. Narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie).
5. Narušení fluence řeči (tumultus sermonis, balbuties).
6. Narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie).
7. Narušení grafické stránky řeči (specifické poruchy učení).
8. Symptomatické poruchy řeči.
9. Poruchy hlasu.
10. Kombinované vady a poruchy řeči (Lechta in Klenková 2006, s. 55).

Podrobněji se výše uvedeným okruhům narušené komunikační schopnosti věnujeme níže v části 4 Okruhy narušené komunikační schopnosti.

3.2.1 Vývojové poruchy řeči nebo jazyka

Výše jsme se zmínili o MKN-11, ve které jsou některé druhy narušené komunikační schopnosti označovány odlišně od výše uvedeného označování v rámci 10 okruhů narušené komunikační schopnosti tak, jak je v 90. letech 20. století vymezil Lechta. V následujícím textu tedy uvádíme, jak jsou druhy narušené komunikační schopnosti zpracovány v MKN-11. Důvodem je to, že především odborníci spadající pod zdravotnický resort MKN-11 relativně často využívají a odborníci spadající pod školský resort by se měli adekvátně orientovat v terminologii, která je v MKN-11 používána, aby mohli vhodným způsobem spolupracovat s odborníky z resortu zdravotního.

Vývojové poruchy řeči nebo jazyka jsou v MKN-11 zahrnovány pod neurovývojové poruchy. Jde o poruchy řeči nebo jazyka, které vznikají během vývojového období. Jsou charakteristické obtížemi v porozumění, tvorbě řeči, osvojení jazyka, popř. v kontextuálním používání jazyka pro účely komunikace. Tyto obtíže jsou mimo meze běžných odchylek, které jsou obvyklé pro jedince v určitém věku a pro určitou úroveň intelektových funkcí. Současně problémy s řečí a jazykem nelze přisoudit regionálním, sociálním, popř. kulturním – etnickým jazykovým odlišnostem a nelze je plně vysvětlit výskytem anatomických či neurologických abnormalit. Předpokládá se, že příčiny vývojových poruch řeči a jazyka jsou komplexní a mnohdy nejsou jasně známé (MKN-11 2023).

Mezi vývojové poruchy řeči nebo jazyka jsou v MKN-11 zahrnovány:

- vývojová porucha zvukové stránky řeči,
- vývojová porucha plynulosti řeči,
- vývojová porucha jazyka,
- jiné určené vývojové poruchy řeči nebo jazyka,
- vývojové poruchy řeči nebo jazyka, neurčené.

Dále se budeme věnovat charakteristice výše uvedených druhů vývojových poruch řeči nebo jazyka. Přičemž informačním zdrojem nám byla především česká verze MKN-11 (v době tvoření tohoto textu nejaktuálnější dostupná verze v českém jazyce z října 2023, jež byla ještě nedokončená), pak mezinárodní verze MKN-11 v anglickém jazyce (v našem textu je odkazována jako ICD-11) a páté vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch vydaný Americkou psychiatrickou asociací (v našem textu odkazovaný jako Jeste, et al.), který jsme využili pro charakteristiku vývojové poruchy řeči nebo jazyka, neurčené, jejíž vymezení jsme v MKN-11, resp. ICD-11 nenalezli. Důvodem pro využívání uvedených informačních zdrojů je především to, že v jiných, „tradičnějších“ informačních zdrojích nejsou⁶ doposud vývojové poruchy řeči a jazyka, jak je vymezuje MKN-11, příliš zpracované.

Vývojová porucha zvukové stránky řeči

Jedná se o obtíže při osvojení, produkci a vnímání řeči, které vedou k chybám ve výslovnosti, a to s ohledem na počet nebo druh vzniklých chyb ve výslovnosti nebo celkovou kvalitu produkované řeči, které jsou mimo obvykle očekávané meze, které jsou přiměřené pro určitý věk a úroveň intelektových funkcí. Chyby vedou ke snížené srozumitelnosti a výrazně negativně ovlivňují kvalitu komunikace. Chyby ve výslovnosti vznikají během raného vývojového období a nelze je vysvětlit sociálními, kulturními či jinými vlivy prostředí (např. regionálními dialekty). Chyby ve výslovnosti nelze plně vysvětlit poruchou sluchu, strukturální nebo neurologickou abnormalitou. Patří sem funkční porucha artikulace (MKN-11 2023).

⁶ Resp. nebyly v době tvoření tohoto textu.

Vývojová porucha plynulosti řeči

Jde o časté nebo všudypřítomné narušování běžného rytmického toku a rychlosti řeči. Pro vývojovou poruchu plynulosti řeči je charakteristické opakování a prodlužování zvuků, slabik, slov a frází, stejně jako dlouhé pomlky a vyhýbání se určitým slovům, popř. používání tzv. substitucí (nahrazování slov). Narušení plynulosti řeči (dysfluence) je v čase trvalé. Dysfluence se objevuje během vývoje, plynulost řeči je výrazně nižší, než lze očekávat vzhledem k věku jedince. Pokud není jedinci s vývojovou poruchou plynulosti řeči poskytována adekvátní a efektivní péče, způsobuje významné obtíže v sociální komunikaci, osobních, rodinných, sociálních vztazích, ve vzdělávání, v zaměstnání i ostatních oblastech života. Vývojovou poruchu plynulosti řeči nelze lépe vysvětlit poruchou vývoje intelektu, onemocněním nervového systému, senzoryckými poruchami, strukturální abnormalitou či jinou poruchou řeči nebo hlasu (MKN-11 2023).

Vývojová porucha jazyka

Je charakteristická přetrvávajícími deficity v získávání, porozumění, produkci nebo používání jazyka (mluveného či znakového), které vznikají během vývojového období, obvykle v raném dětství a způsobují významná omezení ve schopnosti jedince komunikovat. Jedinec s vývojovou poruchou jazyka má výrazně nižší schopnost porozumět, produkovat či používat jazyk, než lze v jeho věku očekávat. Vývojovou poruchu jazyka nelze vysvětlit jinou neurologickou vývojovou poruchou nebo smyslovým postižením, resp. neurovývojovým stavem či důsledky poranění mozku nebo infekce (MKN-11 2023).

Tato kategorie je v MKN-11 dále členěna na 4 podkategorie: 1) vývojovou poruchu jazyka s narušením receptivního a expresivního jazyka, 2) vývojovou poruchu jazyka s narušením převážně expresivního jazyka, 3) vývojovou poruchu jazyka s postižením převážně pragmatického jazyka, 4) vývojovou poruchu řeči s jinými určenými poruchami řeči.

- 1) Vývojová porucha jazyka s narušením receptivního a expresivního jazyka: je charakteristická tím, že u ní přetrvávají obtíže při získávání, porozumění, produkci a používání jazyka, které vznikají během vývojového období, obvykle v raném dětství, a způsobují významná omezení schopnosti komunikovat. Schopnost porozumět mluvenému nebo znakovému jazyku je u jedince výrazně pod očekávanou úrovní vzhledem k jeho věku a úrovni intelektových funkcí a je doprovázena trvalým narušením schopnosti produkovat a používat mluvený, resp. znakový jazyk (MKN-11 2023).
- 2) Vývojová porucha jazyka s narušením převážně expresivního jazyka: je charakteristická tím, že u ní přetrvávají potíže při získávání, produkci a používání jazyka, které vznikají během vývojového období, obvykle v raném dětství a způsobují významná omezení schopnosti komunikovat. Schopnost produkovat, používat mluvený nebo znakový jazyk je výrazně pod očekávanou úrovní vzhledem k věku

a intelektovým funkcím jedince, ale schopnosti porozumět mluvenému, resp. znakovému jazyku je relativně neporušená (MKN-11 2023).

- 3) Vývojová porucha jazyka s postižením převážně pragmatického jazyka: je charakteristická tím, že u ní přetrvávají výrazné potíže s porozuměním a používáním jazyka v sociálních kontextech, např. vyvozování závěrů, porozumění slovnímu humoru a řešení nejednoznačných významů. Obtíže vznikají během vývojového období, obvykle v raném dětství, způsobují významná omezení schopnosti komunikovat. Pragmatická rovina jazyka je výrazně pod očekávanou úrovní vzhledem k věku a úrovni intelektových funkcí jedince, ostatní složky jazyka, receptivní a expresivní, jsou relativně neporušené. Pokud je pragmatické narušení jazyka lépe vysvětleno poruchou autistického spektra nebo poruchami v jiných složkách receptivního nebo expresivního jazyka, neměl by být jedinec označen za jedince s vývojovou poruchou jazyka s postižením převážně pragmatického jazyka (MKN-11 2023).
- 4) Vývojová porucha řeči s jinými určenými poruchami řeči: je charakteristická tím, že u ní přetrvávají potíže při získávání, porozumění, produkci nebo používání řeči (mluvené nebo znakové), které vznikají během vývojového období a způsobují významná omezení schopnosti komunikovat. Jedinci je přiřknuta tato diagnóza tehdy, pokud povaha specifických deficitů jeho jazykových schopností není dostatečně podobná některé ze 3 výše uvedených vývojových poruch jazyka (MKN-11 2023).

Jiné určené vývojové poruchy řeči nebo jazyka

Jiné určené vývojové poruchy řeči nebo jazyka je označení, které lze využít, pokud jsou u jedince výrazné obtíže v porozumění či produkci řeči a jazyka, popř. v používání jazyka pro účely komunikace, které ale nesplňují diagnostické požadavky pro žádnou jinou poruchu ve skupině vývojových poruch řeči nebo jazyka (ICD-11 2023). Musejí být ale splněna určitá kritéria:

- přetrvávající obtíže v porozumění či produkci řeči, jazyka, resp. v používání jazyka pro účely komunikace, které nelze lépe vysvětlit vývojovou poruchou zvukové stránky řeči, vývojovou poruchou plynulosti řeči, vývojovou poruchou jazyka nebo poruchou autistického spektra;
- řečové, resp. jazykové obtíže přetrvávají dlouhodobě,
- k nástupu řečových, resp. jazykových obtíží dochází během vývoje jedince a řečové, resp., jazykové schopnosti jsou výrazně nižší, než lze očekávat s ohledem na věk jedince;
- řečové, resp., jazykové obtíže významně narušují sociální komunikaci, osobní, rodinné, sociální, vzdělávací, profesní i jiné pro jedince důležité oblasti života;
- řečové, resp. jazykové obtíže nelze vysvětlit poruchou vývoje intelektu, onemocněním nervového systému, senzoryckými poruchami či strukturální abnormalitou (ICD-11 2023).

Vývojové poruchy řeči nebo jazyka, neurčené

Při charakteristice vývojové poruchy řeči nebo jazyka, neurčené jsme byli nuceni se „inspirovat“ v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch, neboť v době tvoření našeho textu (rok 2023 a počátek roku 2024) nebyla tato vývojová porucha v MKN-11 popsána. V Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch jsme ale obdobný pojem našli. Vývojové poruchy řeči nebo jazyka, neurčené lze charakterizovat tak, že se jedná o poruchy, u kterých převažují příznaky charakteristické pro poruchy komunikace, které způsobují významné potíže v sociální, profesní či v jiné důležité oblasti života jedince, ale nespĺňují kritéria některých výše uvedených poruch řeči, resp. jazyka. Tato kategorie je používána tehdy, kdy není dostatek informací pro přiřazení jedince k jiné, konkrétnější diagnóze (Jeste, et al. 2013, s. 49).

3.2.2 Příznaky, znaky nebo klinické nálezy týkající se řeči nebo hlasu

V MKN-11 nacházíme některé z druhů narušené komunikační schopnosti ještě jako součást části, která je označena Příznaky, znaky nebo klinické nálezy nezařazené jinde a jsou zde označeny jako Příznaky, znaky nebo klinické nálezy týkající se řeči nebo hlasu. Podobně jako u předchozího textu i zde vycházíme primárně ze samotné MKN-11, neboť v jiných zdrojích aktuálně není k nalezení dostatek relevantních informací. Používáme povětšinou i terminologii, která je v MKN-11 užívána – např. poruchy řeči. Mezi Příznaky, znaky nebo klinické nálezy týkající se řeči nebo hlasu v MKN-11 nacházíme 2 podmnožiny, přičemž první z nich se ještě dále poměrně dost podrobně člení (členění uvedeme níže):

- příznaky nebo znaky ovlivňující řeč nebo hlas,
- příznaky, znaky nebo klinické nálezy týkající se řeči nebo hlasu, jiné určené: nejsou v MKN-11 nijak charakterizované.

Příznaky nebo znaky ovlivňující řeč nebo hlas

Mezi Příznaky nebo znaky ovlivňující řeč nebo hlas je v MKN-11 uvedeno 5 podkategorií: 1) poruchy řeči, 2) porucha plynulosti řeči, 3) poruchy hlasu, 4) echolálie, 5) příznaky nebo znaky ovlivňující řeč nebo hlas, jiné určené.

- 1) Poruchy řeči: jde o poruchy řeči, které v MKN-11 nejsou zařazeny jinde, jedná se o: afázii, dysfázii, dysartrii (anartrii, dysartrii – jinou určenou, dysartrii – neurčenou, které jsou jako podmnožiny dysartrie), mutismus, poruchy řeči jiné – určené, poruchy řeči jiné – neurčené.
 - Afázie: není v MKN-11 na tomto místě nijak charakterizována.
 - Dysfázie: jde o kognitivní poruchu charakterizovanou zhoršenou schopností porozumění nebo vyjadřování v písemném či mluveném projevu. Příčinami jsou onemocnění ovlivňující jazykové oblasti dominantní mozkové hemisféry. Na základě klinických charakteristik lze dysfázii klasifikovat do různých podtypů.

- Dysartrie: není v MKN-11 na tomto místě nijak charakterizována.
 - Anartrie: není v MKN-11 nijak charakterizována.
 - Dysartrie, jiná určená: není v MKN-11 nijak charakterizována.
 - Dysartrie, neurčená: není v MKN-11 nijak charakterizována.
 - Mutismus: jde o nedostatečnou tvorbu slov, mutismus může být obecný nebo omezený na konkrétní situace.
 - Poruchy řeči, jiné určené: nejsou v MKN-11 nijak charakterizované.
 - Poruchy řeči, neurčené: nejsou v MKN-11 nijak charakterizované.
- 2) Porucha plynulosti řeči: projevuje se častým nebo pervazivním narušením rytmu řeči, které nastává po vývojovém období (tj. s nástupem v dospělosti), leží mimo hranice běžných odchylek. Následkem je snížená srozumitelnost a významně negativně ovlivňuje komunikaci. Může zahrnovat opakování zvuků, slabik nebo slov, prodlužování pauz, nedokončování slov, zarážky v řeči, nadměrné používání citoslovcí, rychlé a krátké výbuchy řeči (MKN-11 2023).
- 3) Poruchy hlasu: patří mezi ně: afonie, dysfonie (chrapot, dysfonie jiná – určená, dysfonie – neurčená), porucha rezonance (hypernazalita, hyponazalita), poruchy hlasu, jiné určené, poruchy hlasu, neurčené.
- Afonie: jedná se o neschopnost tvořit hlas. Považuje se za závažnější než dysfonie. Obdobně jako dysfonie může být způsobena namáháním nebo nadužíváním hlasu, zraněním, strukturálními anomáliemi hrtanu nebo dystonickými neurologickými poruchami.
 - Dysfonie: jde o obtížnost, popř. bolest při fonaci nebo mluvení.
 - Chrapot: není v MKN-11 nijak charakterizován.
 - Dysfonie, jiná určená: není v MKN-11 nijak charakterizována.
 - Dysfonie, neurčená: není v MKN-11 nijak charakterizována.
 - Porucha rezonance: rezonance (nazalita) označuje kvalitu hlasu, která je podmíněna rovnováhou zvukových vibrací v ústní, nosní a hltanové dutině během řeči. K poruše rezonance může dojít při obstrukci v jedné z výše uvedených dutin – pak se označuje jako hyponazalita. Druhou příčinou může být velofaryngeální dysfunkce, která se projevuje hypernazalitou. O poruchu rezonance se jedná pouze tehdy, když je hyponazalita, resp. hypernazalita mimo meze běžných odchylek, a má za následek sníženou srozumitelnost a současně významně negativně ovlivňuje komunikaci (MKN-11 2023).
 - Poruchy hlasu, jiné určené: nejsou v MKN-11 nijak charakterizované.
 - Poruchy hlasu, neurčené: nejsou v MKN-11 nijak charakterizované.
- 4) Echolálie: je charakteristická opakováním vokalizace, slov či frází vyslovených jiným člověkem, které může být okamžité nebo zpožděné (např. opakování frází dříve slyšených v masmédiích), bez smysluplné komunikační funkce. Echolálie je běžným

rysem komunikačních abnormalit u jedinců s poruchami autistického spektra, ale může se vyskytovat i u jedinců s některými duševními poruchami, popř. u jedinců s poruchami chování nebo neurovývojovými poruchami, dále i u jedinců v určitých neurologických stavech. Echolálie bývají přítomny i u dětí s těžkým zrakovým postižením, popř. může být součástí vývoje řeči u některých dětí, které nevykazují žádné výše uvedené obtíže. O echolálii se nejedná, pokud je opakování běžným rysem osvojování si jazyka v raném dětství (MKN-11 2023).

- 5) Příznaky nebo znaky ovlivňující řeč nebo hlas, jiné určené: nejsou v MKN-11 nijak charakterizované.

3.3 Jazykové roviny

Z ontogenetického hlediska sledujeme čtyři jazykové roviny, které se vzájemně prolínají. Jedná se o rovinu morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou, foneticko-fonologickou a pragmatickou.

Morfologicko-syntaktická rovina jazyka

U morfologicko-syntaktické roviny jazyka lze uvést, že se jedná o „gramatiku“, znalost slovních druhů a jejich charakteristik (rod, číslo, ...), strukturu vět a souvětí (podmět, přísudek, ...). Její správné zvládnutí se projevuje adekvátním tvořením gramatických tvarů, užíváním složitějších větných celků, apod. (Vitásková, Peutelschmiedová 2005, s. 130). Touto jazykovou rovinou se můžeme zabývat až od 1 roku věku dítěte, neboť v tu dobu u dítěte začíná vlastní vývoj řeči. Začíná používat první slova, která plní funkci vět. Jedná se o tzv. jednoslovné věty. Po 2. roce života dítě začíná používat věty dvouslovné, které vznikají spojením dvou izolovaných slov. Dítě ke své řeči používá zpočátku podstatná jména, která zatím neskloňuje. Dále používá slovesa, jež jsou v infinitivu případně ve 3. osobě a také používá citoslovce. V období od 2 do 3 let věku začíná dítě zařazovat do své řeči i další druhy slov, jako jsou přídavná jména a osobní zájmena. Později zařazuje číslovky, předložky a také spojky. V období kolem 4. roku života by mělo dítě umět používat všechny slovní druhy gramaticky správně. Skloňování podstatných jmen se objevuje mezi 2. a 3. rokem života dítěte. Po této době je také dítě schopné užívat a rozlišovat číslo jednotné a číslo množné. Nadále však mívají děti obtíže při stupňování přídavných jmen. V tomto věku je typické, že dítě klade slovo, jež pro něj má emocionální význam, na první místo ve větě. V období mezi 3. a 4. rokem věku dítě skládá věty do souvětí, kdy nejprve začne používat souvětí slučovací a později souvětí podřadné. Pravidla syntaxe se dítě učí pomocí transferu – gramatické formy, jež slyší v určité situaci, používá analogicky i v jiných situacích. Transfer je přesný, nebere v úvahu gramatické výjimky. Do 4 let věku dítěte se mohou v řeči vyskytovat tzv. fyziologické dysgramatismy. Pokud by se dysgramatismy vyskytovaly i po tomto období, mohlo by se u dítěte jednat o narušený vývoj řeči (Klenková 2006, s. 37–38).

Lexikálně-sémantická rovina jazyka

Lze na ni nahlížet jako na individuální slovní zásobu (pasivní i aktivní), uvědomování si významů slov, vět, metafor, přísloví, apod. (Vitásková, Peutelschmiedová 2005, s. 130). Můžeme tedy říci, že se tato jazyková rovina pojí s aktivní a pasivní slovní zásobou. Kolem 10. měsíce věku dítěte je možné registrovat začátky rozvoje pasivní slovní zásoby, což znamená, že dítě začíná rozumět slyšenému. V 1 roce života dítěte se u něho začínají objevovat první produkovaná slova. K těmto verbálním projevům však dítě nadále pochopitelně používá i komunikaci neverbální (mimiku, pohledy, ad.). V tuto dobu se u dítěte v řeči vyskytuje tzv. hypergeneralizace, kdy dítě rozumí pojmům pouze obecně (např. všechna zvířata, která mají 4 nohy, jsou dle dítěte pes). Jakmile dojde k navýšení slovní zásoby, začíná se objevovat tzv. hyperdiferenciace, což je jev opačný (např. pojem máma je pro dítě označení pouze jeho matky). Nastupuje první a druhý věk otázek. První věk otázek: Co je to? Kdo je to? Kde je? Tyto otázky spadají do období 1,5 roku věku dítěte. V období 3,5 roku věku dítěte nastupuje druhý věk otázek a to: Proč? Kdy? (Klenková 2006, s. 38).

Co se týče rozvoje slovní zásoby tak ta je udávána zhruba takto:⁷

- 1 rok – 5 až 7 slov,
- 2 roky – 200 slov,
- 3 roky – 1 000 slov,
- 4 roky – 1 500 slov,
- 6 let – 2 500 až 3 000 slov.

Největší nárůst slovní zásoby obvykle přichází v období od 2 do 3 let věku dítěte, kdy dochází zpravidla k pětinasobnému navýšení stávající slovní zásoby dítěte. V tomto období se také často vyskytují fyziologické dysfluence (neplynulosti) v mluvním projevu dítěte (Klenková 2006, s. 38–39).

Foneticko-fonologická rovina jazyka

Foneticko-fonologická rovina jazyka reprezentuje zvukovou stránku řeči – výslovnost hlásek, schopnost spojit hlásky do celků, které tvoří slova, věty, slova i věty mají být pro poslouchající srozumitelné. Foneticko-fonologické rovině jazyka se věnuje lingvistická věda – fonetika, která se zabývá zvukovým materiálem jazyka a řeči, a také fonologie, která studuje zvukové prostředky jazyka, včetně nejmenších stavebních jednotek řeči fonémů. Jedná se tedy o zvukovou stránku řečové produkce (Vitásková, Peutelschmiedová 2005, s. 130). Této rovině jazyka byla ze strany odborníků, kteří se v minulosti věnovali jedincům s narušenou komunikační schopností, věnována největší pozornost. Zaměřovali se i na křik

⁷ Uváděné hodnoty nelze vnímat jako „dogma“, které musí být vždy a přesně na den splněno u každého dítěte, ale jako přibližné hodnoty poskytující základní orientaci.

a broukání dětí. V současnosti je zřejmý odklon od kladení přehnaného důrazu na tuto jazykovou rovinu. V rámci ontogeneze je důležitým milníkem ve vývoji řeči přechod z pudového žvatlání na napodobující žvatlání (6.–9. měsíc věku dítěte). Za standardní situace se dítě postupně osvojuje všechny hlásky mateřského jazyka. Odborníci se rozcházelí v pořadí, v jakém postupně dochází k vyslovování jednotlivých hlásek dítětem (Klenková 2006, s 39). Schulze již v relativně dávné minulosti vyslovil takzvané „pravidlo nejmenší námahy“, podle něhož vytváří děti nejprve hlásky, které vyžadují nejmenší námahu, a až později hlásky artikulačně náročnější. V souladu s tímto pravidlem děti tvoří nejprve samohlásky, dále retné souhlásky a až poté hlásky hrdelní (Lechta in Klenková 2006, s 39). S tímto tvrzením Schulzeho mnozí autoři nesouhlasili a dokazovali, že mnohé děti už vyslovují artikulačně obtížnější hlásky a hlásky jednodušší ještě vyslovit nedokáží. Je to proto, že vývoj a výslovnost jednotlivých hlásek je do nemalé míry jev individuální. Obecně lze však říci, že hlásky se fixují v následujícím pořadí a v tomto pořadí jsou i nejčastěji logopedy vyvozovány: samohlásky, souhlásky závěrové, souhlásky úžinové jednoduché, souhlásky polozávěrové a úžinové se zvláštním způsobem tvoření. Odborník pracující s jedinci s narušenou komunikační schopností musí dobře znát pořadí fixace jednotlivých hlásek, neboť v tomto pořadí jednotlivé hlásky u dítěte vyvozuje, či koriguje (Klenková 2006, s. 39–40). Pro rámcovou orientaci vývoje hlásek v závislosti na věku dítěte lze využít tabulku 1. Podrobněji se hláskám českého jazyka věnujeme v následující části 3.4 Dělení hlásek českého jazyka.

Tabulka 1: Vývoj hlásek v závislosti na věku dítěte (Krauhlová 2007, s. 41)

Věk	Vývoj artikulace
1 až 2,5 roku	b, p, m, a, e, o, u, i, j, d, t, n, l – artikulační postavení se vyvíjí po třetím roce a je základem pro vývoj hlásky r
2,6 až 3,5 roku	au, ou, v, f, h, ch, k, g
3,6 až 4,5 roku	bě, pě, vě, mě, ď, ť, ň
4,6 až 5,5 roku	č, š, ž
5,6 až 6,5 roku	s, c, z, r
6,6 až 7let	ř a diferenciaci č, š, ž, c, s, z

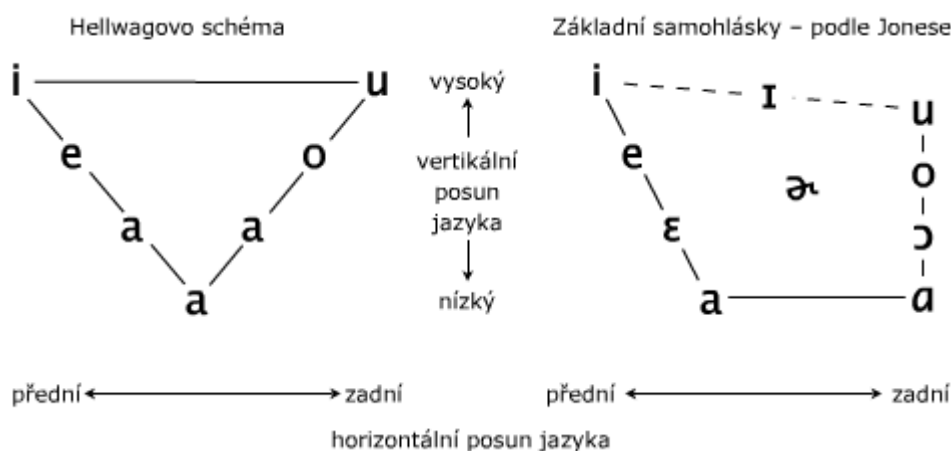
Pragmatická rovina jazyka

Pragmatická rovina jazyka reprezentuje sociální uplatnění osvojených jazykových, resp. řečových dovedností, konverzační schopnosti (zvládnutí role mluvčího i posluchače, přiměřenost, vhodnost komunikace v konkrétní situaci, apod.). Právě tato rovina jazyka má být v centru pozornosti při posuzování jazykových a řečových kompetencí jedince a především má být v centru pozornosti při péči o jedince s narušenou komunikační schopností. Úkolem odborníků pracujících v oblasti speciální pedagogiky jedinců s narušenou

komunikační schopností je zajistit jedincům s narušenou komunikační schopností adekvátní způsob komunikování (který nemusí být realizován pouze orální formou). Důležitou součástí komunikace je i tzv. koverbální chování – tedy schopnost komunikovat i v nezvukové dimenzi. Koverbální chování je reprezentováno např. vhodnou mimikou, gestikulací, očním kontaktem (Vitásková, Peutelschmiedová 2005, s. 130). Pragmatická rovina jazyka se tedy věnuje sociálnímu uplatnění komunikační schopnosti. Dle Klenkové (2006, s. 40) již dítě ve věku 2 až 3 let dokáže pochopit svoji roli jako komunikačního partnera a správně v ní reagovat podle konkrétní situace. Dítě se současně s osvojováním mateřského jazyka učí mnoho komunikačních vzorců. Po 3. roce věku se dítě obvykle samo snaží o navázání a udržování komunikace s ostatními. Čtyřleté dítě by mělo být schopno vést komunikaci přiměřeně situaci (Klenková 2006, s. 40–41).

3.4 Dělení hlásek českého jazyka

Hlásky dělíme z fonetického hlediska na samohlásky (vokály) a souhlásky (konsonanty). Systém českých samohlásek je tvořen 5 samohláskami, kdy jedna z nich má dvě grafické podoby (i a y). Při artikulaci samohlásek prochází výdechový proud ústní dutinu volně a nenaráží na žádné překážky. Jedná se o rezonanční tóny. Postavení jazyka v ústní dutině při tvorbě samohlásek znázorňuje tzv. Hellwagův trojúhelník nebo vokalický čtyřúhelník (viz obrázek 3).



Obrázek 3: Hellwagův trojúhelník a vokalický čtyřúhelník (Krčmová, a kol. 2023)

Souhlásky jsou tzv. šumy, výbuchy a šelesty, tvoří se různými artikulačními způsoby a na různých artikulačních místech.

Podle místa tvorby rozlišujeme následujících 5 artikulačních okrsků:

1. artikulační okrsek, hlásky obouretné, jsou tvořené oběma rty: p, b, m.
Hlásky retozubné (labiodentální), tvořené překážkou ze spodního rtu a horních řezáků: f, v.
2. artikulační okrsek, hlásky dásňové (alveolární), vznikají překážkou výdechového proudu vytvořenou hrotem jazyka na horní dásni. Hlásky tohoto okrsku se dále dělí

na předodásňové (prealveolární): t, d, n, s, c, z, l, r, ř a hlásky zadodásňové (postalveolární): š, č, ž.

3. artikulační okrsek, hlásky tvrdopatrové (palatální, předopatrové). Ty vznikají přiblížením hrotu jazyka k tvrdému patru (palatu): d', t', ň.
4. artikulační okrsek, hlásky měkkopatrové (velární, zadopatrové), souhlásky tvořené na měkkém patru: k, g, ch.
5. artikulační okrsek, hlásky hrtanové (laryngeální), vznikají přímo v hrtanu, jde o hlásku: h (Klenková 2006, s. 43–46).

Podle způsobu tvorby hlásky dělíme do 3 následujících skupin:

1. Hlásky výbuchové (explozivy) a současně jsou to hlásky závěrové (okluzivy). Při tvorbě těchto hlásek dojde k závěru, který je následně zrušen: p, b, m, t, d, n, t', d', ň, k, g.
2. Hlásky třené (frikativy) a současně se jedná o hlásky úžinové (konstrikty). Při výslovnosti těchto hlásek se výdechový proud tře úžinou: f, v, s, z, š, ž, j, h, ch, l, r, ř.
3. Hlásky polotřené (afrikáty) a současně polozávěrové (semiokluzivy) vznikají tak, že v první fázi je vytvořen závěr a při druhé fázi dochází ke tření výdechového proudu úžinou: c, č (Klenková 2006, s. 46).

Souhlásky dále můžeme dělit ještě na znělé – neznělé, nosové – nenosové, ad. Nesprávnou výslovnost jedné či více hlásek, které jsou tvořeny odlišným způsobem nebo zvukem, lze označit jako dyslali (Krauhulcová 2007, s. 40), které se podrobněji věnujeme v části 4.8 Dyslalie.

3.5 Ontogenetický vývoj řeči

Ontogenetický vývoj řeči začíná narozením dítěte. První řečový projev je novorozenecký křik. Sem patří všechny řečové projevy dítěte až do doby, než se dětská řeč začne zvukově zabarvovat. Novorozenecký křik je vlastně reakce dítěte na změnu prostředí po porodu a vyjadřuje jim nelibost, později pak např. pocity hladu. V 8. až 10. týdnu věku dítěte nastupuje období broukání, které pak pozvolna přechází v období žvatlání. Období broukání je vlastně jakási hra dítěte s mluvidly (se rty a jazykem), které používá při sání. V tomto období se řeč mění v řeč melodickou. Následuje období rozumění, které začíná mezi 8. a 9. měsícem věku dítěte. Dítě ještě nerozumí obsahu slov, ale reaguje na zabarvení hlasu, melodii či přízvuk lidí, kteří na něj mluví. Okolo 9. měsíce věku dítěte začíná období napodobování, avšak v tuto dobu se jedná pouze o napodobování zvuku. Napodobování s porozuměním obsahu se objevuje až kolem 12. měsíce věku, kdy dítě obvykle říká své první slovo. Zhruba ve 2 letech věku dítě začíná spojovat slova. Nejprve tvoří věty dvouslovné a dále pak věty víceslovné. Období ukončení základního vývoje řeči je mezi odborníky stále diskutováno, avšak pokud přihlídneme ke stránce formální, je tato hranice v 5. a 6. roku věku dítěte (Škodová, Jedlička, a kol. 2007, s. 94).

V odborné literatuře lze najít vícero způsobů členění ontogenetického vývoje řeči. Některé z nich uvádíme v dalším textu (viz např. tabulka 2).

Tabulka 2: Vývoj komunikačních schopností dítěte v 1. roce života (Průcha 2011, s. 45)

Receptivní vývoj	Produktivní vývoj
<p>0–3 měsíce</p> <p>Rozlišuje lidský hlas od jiných zvuků.</p> <p>Lokalizuje hlas matky.</p> <p>Reaguje očima nebo pohybem hlavy na verbální podněty, apod.</p>	<p>Vydává reflexní zvuky, pláče.</p> <p>Objevuje se broukání (kolem 8. týdne).</p> <p>Směje se při spokojeném stavu, křičí při nespokojenosti, hladu, apod.</p>
<p>3–8 měsíců</p> <p>Reaguje na některé rozdíly v přízvuku slov a intonaci vět.</p> <p>Počátek tzv. segmentace – dítě poznává ve větách slova, která předtím slyšelo izolovaně.</p> <p>Komunikuje pomocí gest.</p> <p>Rozpoznává slova z vyprávění z přečteného před dvěma týdny.</p>	<p>Objevuje se žvatlání, tj. opakování různých hlásek a slabik.</p> <p>Odezírá z tváře mluvícího člověka a napodobuje pohyby rtů a jazyka.</p> <p>Rozšiřuje repertoár mimických pohybů a gest rukou.</p> <p>Snaha dítěte navazovat a udržet komunikační kontakt s matkou a blízkými osobami.</p>
<p>10–12 měsíců</p> <p>Rozumí některým výrazům (např. dej mi, nesmíš, papej, bumbej).</p> <p>Reaguje na vyslovení svého jména.</p> <p>Rozpoznává řeč v mateřském a cizím jazyce.</p> <p>Reaguje na rituální situace (udělej pá-pá).</p>	<p>Komunikuje s matkou a jinými dospělými úsměvem, pláčem, gestikulací a jednoduchými řečovými signály.</p> <p>Vyslovuje první slova.</p>

Lejska (2003, s. 90) uvádí vývojová období řeči dítěte takto:

- I. období novorozeneckého křiku: nultý až 7. týden věku dítěte.
- II. období broukání: 7. až 16. týden věku dítěte.
- IIa. období žvatlání: 16. týden až 9. měsíc věku dítěte.
- III. období rozumění řeči a napodobování: 9. měsíc až 1 rok věku dítěte.
- IV. období prvních slov: 1 až 1,5 roku věku dítěte.
- V. období jednoslovných vět: okolo 1,5 roku věku dítěte.
- VI. období segmentace: 1,5 až 2 roky věku dítěte.
- VII. období lexemizace: 2 až 3 roky věku dítěte.
- VIII. období gramatizace: 3 až 4 roky věku dítěte.
- IX. období intelektualizace: 4 až 6 let věku dítěte.

Vývoj lidské řeči od 12 měsíců věku dítěte Lejska (2003, s. 91) člení na:

- období prvních slov: 12 až 18 měsíců věku dítěte.
- Kolem 1 roku věku dítěte má dítě (které je zdravé, bez postižení) produkovat 2⁸ slova, jedná se o slova jednoslabičná obsahující samohlásku „A“. Později tvoří slova dvouslabičná, která vznikají opakováním slabiky (např. máma, baba, pa pa).
- Období jednoslovných vět: kolem 18 měsíců věku dítěte. V tomto období by mělo dítě ovládat 20 slov a mělo by rozumět jednoduchým příkazům. Dítě začíná užívat řeč k předávání informací.
- Období segmentace a sémantizace: 18 až 24 měsíců věku dítěte. Dítě k řeči využívá převážně podstatná jména a citoslovce, hraje si se slovy, začíná tvořit věty dvouslovné. Objevuje se první období otázek, které je charakteristické otázkou: „Co je to?“ Dítě začíná chápat význam komunikace.
- Období lexemizace: 2. až 3. rok věku dítěte. Dítě používá podstatná jména a nově slovesa, tvoří několikaslovné věty, snaží se o sdělování vlastních myšlenek, na požádání ukáže obrázek, zná své jméno. Kolem 3. roku života používá dítě zhruba 1 000 slov.
- Období gramatizace: 3. až 4. rok věku dítěte. Dítě si osvojuje gramatickou stránku řeči, používá všechny slovesné časy, všechny slovní druhy, chápe obsah slov a začíná chápat abstrakci. V tomto období by mělo mít dítě slovní zásobu kolem 2 000 (někdy bývá uváděno 1 500) slov. Objevuje se druhé období otázek, pro které je charakteristická otázka: „Proč?“
- Období intelektualizace: 4. až 6. rok věku dítěte. Dítě zná gramatickou stránku jazyka, pozná dysgramatismy, umí vyprávět o známých věcech, zná barvy. V tomto období by měla slovní zásoba dítěte být cca 2 500 až 3 000 slov. V řeči dítěte se může vyskytovat chybná výslovnost tzv. těžších hlásek (např. r, ř).
- Období fixované řeči: po 6. roce věku dítěte. Řeč již odpovídá mluvě dospělých. Slovní zásoba se nadále rozšiřuje.

3.6 Narušený vývoj řeči

Mikulajová (Lechta, a kol. 2003, s. 61) charakterizuje narušený vývoji řeči jako systémové narušení jedné, více anebo všech oblastí vývoje řeči (osvojování mateřského jazyka, rozvíjení jazykových schopností) u dítěte s ohledem na jeho chronologický věk. Deficity se mohou projevat v rovině morfologicko-syntaktické, lexikálně-sémantické, foneticko-fonologické i pragmatické.

Klasifikace

Z hlediska etiologie může být narušený vývoji řeči dominantním příznakem (vývojová dysfázie neboli specificky narušený vývoji řeči) anebo příznakem symptomatickým.

⁸ Připomínáme, že uváděné hodnoty nelze vnímat jako „dogma“, které musí být vždy, přesně na den splněno u každého dítěte, ale jako přibližné hodnoty poskytující základní orientaci.

Z hlediska stupně můžeme rozlišovat nejlehčí odchylky od normy při narušeném vývoji řeči až po úplnou nemluvnost.

Z hlediska věku je nutné akceptovat období fyziologické nemluvnosti (do cca 1 roku života dítěte), případně prodlouženou fyziologickou nemluvnost, která může trvat až do 3 let věku dítěte. Vývojová nemluvnost (patologická) již patří do narušeného vývoje řeči (Klenková 2006, s. 64, 65).

Z hlediska průběhu vývoje řeči využíváme Sovákovu klasifikaci:

- **Opožděný vývoj řeči**
Nejčastěji uváděnými příčinami jsou dědičnost, nepodnětné, nestimulující prostředí, nedoslýchavost, ad. V případě, že dojde k včasnému podchyčení a kladnému ovlivnění vývoje řeči dítěte, je prognóza vývoje řeči u dítěte dobrá.
- **Omezený vývoj řeči**
Bývá přítomen u jedinců s poruchami intelektového vývoje,⁹ s těžkými vadami sluchu a u dětí z extrémně nepodnětného a patologického prostředí. Prognóza u jedinců s omezeným vývojem řeči není příznivá, a většina z nich nedosáhne normy.
- **Přerušovaný vývoj řeči**
K přerušení ve vývoji řeči může dojít vlivem úrazu, vážným duševním onemocněním či těžkým psychickým traumatem. Prognóza je příznivá, pokud dojde k odstranění příčiny, která přerušila vývoj řeči.
- **Odchylný (scestný) vývoj řeči**
Takto narušený vývoj řeči se vyskytuje např. u jedinců s orofaciálními rozštěpy, kdy se odchylka od normy projevuje pouze v některé jazykové rovině (často foneticko-fonologické). Ostatní jazykové roviny bývají neporušeny (Klenková 2006, s. 65).

Etiologie

Nepříznivý vliv na vývoj řeči může mít prostředí, ve kterém je dítě vychovááno. Může se jednat o nevhodný výchovný styl (např. autoritativní výchova), o nesprávný mluvní vzor, o nadužívání masmédií, ad. Negativně působí na vývoj řeči dítěte také neodhalená vada sluchu, nedostatky ve zrakové a sluchové percepci, nezrálость CNS či poruchy odstředivých nervových drah, které mohou způsobit dyspraxii (Kutálková 2002, s. 12).

Opožděný vývoj řeči

Pokud dítě ve 3 letech nemluví nebo jeho řečový projev nedosahuje úrovně řeči jeho vrstevníků, může se jednat o opožděný vývoj řeči. Při diferenciální diagnostice musíme

⁹ Používáme označení, které je užíváno v MKN-11 pro stav, který v MKN-10 býval označován pojmem mentální retardace – obdobně i v dalším textu (výjimkou mohou být situace, kdy citujeme zdroje jiných autorů).

vyločit senzorní postižení (sluchové, zrakové), narušení intelektu, poškození mluvních orgánů, akustickou disgnózi, poruchy autistického spektra.

Nejčastějšími faktory, které ovlivňují vývoj řeči dítěte, jsou: prostředí, citová deprivace, genetické vlivy, nedonošenost dítěte, nevyzrálá nervová soustava a poruchy pozornosti, popř. poruchy pozornosti s hyperaktivitou (Klenková 2006, s. 66, 67).

Diagnostika

Intelekt je rozhodujícím faktorem kvality obsahové i formální stránky řeči, proto je jeho vyšetření nedílnou součástí diagnostiky. Diagnostiku intelektu realizují kliničtí psychologové, kteří v rámci anamnézy zjišťují i vliv sociálního prostředí na vývoj dítěte.

Diagnostické vyšetření se zaměřuje na řeč a motoriku (součástí vyšetření není pouze motorika mluvidel, ale také jemná a hrubá motorika), dále je vyšetřována kvalita sluchu a sluchového vnímání (orientační vyšetření sluchu) a zraku a zrakového vnímání. Nedílnou součástí je vyšetření laterality.

Vyšetření řeči a řečové produkce je klíčové pro tvorbu terapeutického plánu. K vyšetření se využívá popis obrázků, rozhovor, reprodukce vyprávění, ad. Logoped sleduje všechny jazykové roviny (Škodová, Jedlička, a kol. 2007, s. 99–103).

Terapie

Cílem terapie je celkový rozvoj vývoje dítěte. V případě nepodnětného prostředí se jeví jako vhodné zařazení dítěte mezi vrstevníky, poskytování dobrého mluvního vzoru. Mezi cílené činnosti s dítětem zařazujeme cvičení na rozvoj zrakové a sluchové percepce, rozvoj sluchové diferenciaci, rozvoj aktivní i pasivní slovní zásoby, rozvoj rozumění řeči, rozvoj jemné i hrubé motoriky a oromotoriky, rozvoj spontánní řeči.

Při včasné diagnostice a vhodné terapii je prognóza dobrá a dítě opoždění dožene. U některých dětí se může projevit dyslalie, u dalších může dojít k upřesnění diagnózy na vývojovou dysfázii (Klenková 2006, s. 67).

Vývojová dysfázie (specificky narušený vývoj řeči) je rozpracována v samostatné části tohoto textu 4.1 Vývojová dysfázie.

4 Druhy narušené komunikační schopnosti

Jak jsme již uváděli výše – definovat narušenou komunikační schopnost může být nesnadné, protože už vymezení „normality“ může být problematické. V současné době u nás bývá nejčastěji používána definice dle Lechty (Lechta, a kol. 2003, s. 17): Komunikační schopnost jedince je narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů (příp. několik rovin

současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru jedince. Může se jednat o foneticko-fonologickou, morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou či pragmatickou rovinu, popř. o verbální i nonverbální, mluvenou i grafickou formu komunikace, její expresivní i receptivní složku (Lechta in Klenková 2006, s. 54).

Dále se věnujeme jednotlivým druhům narušené komunikační schopnosti.

4.1 Vývojová dysfázie

Vývojovou dysfázi lze definovat jako poruchu centrálního zpracování řečového signálu. Jedinec s vývojovou dysfázií řeč normálně slyší, ale nedostatečně a nepřesně rozumí tomu, co slyší. Špatné porozumění tak zapříčiňuje špatnou tvorbu vlastní řeči, resp. odpovědi, reakce. Jedinec s vývojovou dysfázií se snaží v řeči reprodukovat vše tak, jak rozumí. Protože ale rozumí chybně (a to především v oblasti fonologie a segmentace řeči) musí být i vývoj řeči jedince s vývojovou dysfázií opožděný, chybný (Lejska 2003, s. 101).

Etiologie

Z prenatálních a postnatálních vlivů přichází v případě vývojové dysfázie v úvahu poškození mozku nebo mozková dysfunkce, která zasahuje řečová centra mozku. Jedná se o difuzní postižení mozku nikoli o postižení ložiskové, které je lokalizováno do centrální sluchové oblasti řečových center. Je zasažena celá korová oblast (Klenková 2006, s. 69).

Typy vývojové dysfázie

1. Dysfázie motorická – převažují obtíže v motorické oblasti.

- Vývoji řeči je vždy opožděn, aktivní slovník (aktivní slovní zásoba) je na nižší úrovni, než jaká je úroveň porozumění slovům a větám (pasivní slovní zásoba).
- Je nepoměr mezi vývojem verbální komunikace a neverbálním porozuměním.
- Jedinec s motorickou dysfázií více využívá neverbální komunikaci.
- Řeči je těžkopádná.
- Jedinec s motorickou dysfázií má nízký apetit k mluvě (Škodová, Jedlička, a kol. 2007, s. 127).

2. Dysfázie senzorycká – převažují obtíže v oblasti receptivní.

- Jsou přítomny poruchy fonemického sluchu, je narušena sluchová paměť, krátkodobá paměť.
- Jedinec se senzoryckou dysfázií má obtíže v porozumění řeči.
- Vývoj řeči nemusí být opožděn nijak výrazně.
- Slovní zásoba nemusí být chudá, jedinec se senzoryckou dysfázií však často nerozumí obsahu užívaných slov.
- Řeč bývá plynulá, často ale nesrozumitelná, mluvní projev je deformovaný.
- Jedinec se senzoryckou dysfázií může mít přiměřený apetit k mluvě (Škodová, Jedlička, a kol. 2007, s. 133).

Symptomatologie

Difuzní postižení mozku zasahuje celou korovou oblast, proto se příznaky projevují ve všech složkách osobnosti jedince s vývojovou dysfázií.

Pokud se jedná o příznaky v řeči, tak je zasažena oblast sémantická, syntaktická, gramatická. Jedinec s vývojovou dysfázií neužívá správný slovosled, nesprávně používá slovní druhy, vynechává některá slova, někdy je stavba věty zredukována na věty jedno či dvouslovné. Ve foneticko-fonologické rovině jazyka bývají obtíže v rozlišování distinktivních rysů¹⁰ hlásek. Narušena bývá diferenciací hlásek (znělost – neznělost, závěrovost – nezávěrovost, ad.). Řeč může být narušena různě, od projevů patlavosti až po řeč zcela nesrozumitelnou. Ve slovech může docházet k záměnám, redukcím hlásek nebo slabik. Někdy působí mluvní projev dojmem plynulosti, avšak je nesrozumitelný (Škodová, Jedlička, a kol. 2007, s. 111).

Příznaky v dalších oblastech:

- nerovnoměrný vývoj osobnosti – výrazné rozdíly mezi jednotlivými složkami osobnosti, rozdíl se může jevit až jako několikaletý.
- Diskrepance verbálních a neverbálních schopností – verbální projev je na nižší úrovni, než jaké jsou intelektové schopnosti dítěte. V případě nedostatečné stimulace vývoje řeči se mohou sekundárně zhoršovat i rozumové schopnosti dítěte.
- Narušení zrakového vnímání – obtíže jsou patrné zejména v kresbě, kde se vyskytují typické znaky. V případě těžké dysfázie je často považována kresba za jediné vodítko k určení diagnózy.
- Narušení sluchového vnímání – narušení schopnosti rozlišit jednotlivé prvky řeči, je narušeno vnímání, zapamatování a nápodoba rytmu a melodie. Je narušena také oblast časového zpracování akustického signálu, což znamená, že při formování odpovědi jsou přítomny prodlevy.
- Narušení paměťových funkcí – jedná se o jednu z diferenciálně-diagnostických hodnot. V případě nízké úrovně paměti se může jednat o snížení rozumových funkcí na bázi orgánového poškození mozku.
- Narušení orientace v čase i prostoru – poruchy pravolevé orientace, nesprávné vnímání časových vztahů nebo vztahů v rodině.
- Narušení motorických funkcí – bývá narušena jemná motorika, motorika mluvidel, často je přítomno opoždění vývoje hrubé motoriky.
- Lateralita – často se vyskytuje lateralita nevyhraněná, zkřížená, nebo sinistolateralita (leváctví) (Škodová, Jedlička, a kol. 2007, s. 112).

Diagnostika

Na diagnostickém procesu se podílí tým odborníků – foniatr, neurolog, psycholog, logoped, případně dle potřeby i další odborníci. Kromě diagnostiky psychologické, foniatrické

¹⁰ Distinktivní rysy jsou vlastnosti fonémů odlišující jeden foném od druhého, tj. mají schopnost distinkce, proto distinktivní (Bičan 2017).

a neurologické doplňujeme komplexní diagnostiku diagnostikou logopedickou a speciálně pedagogickou. Tato úzká mezioborová spolupráce zajistí kvalitní provedení diferencíální diagnostiky.

Cílem diferencíální diagnostiky je odlišit vývojovou dysfázii od:

- opožděného vývoje prostého – vývoj řeči u dítěte se opoždí, avšak v dalších složkách osobnosti toto opoždění není přítomno.
- Dyslalie – při dyslalii dítě vyslovuje některé hlásky nesprávně, řeč může být nesrozumitelná, ale dítě vždy dodržuje segmentální strukturu slov a vět.
- Sluchových vad – je narušen vývoj řeči, ostatní složky osobnosti bývají v normě.
- Poruchy intelektového vývoje – je přítomno rovnoměrné postižení všech složek osobnosti.
- Mutismu – dojde ke ztrátě komunikace na psychogenním podkladě, do té doby byl vývoj řeči dítěte v pořádku.
- Poruch autistického spektra – nezbytná je spolupráce odborníků a specializovaných center.
- Syndromu Landau-Kleffnera – jedná se o takzvanou epileptickou afázii, kdy na základě epileptické aktivity dochází postupně ke ztrátě komunikační schopnosti (Klenková 2006, s. 71, 72).

Vyšetřovací schéma:

1. rodinná a osobní anamnéza.
2. Vyšetření řeči (percepce, exprese řeči, fonemický sluch, hudební sluch, jemná motorika, motorika mluvidel, lateralita).
3. Psychologické vyšetření (rozběr kresby, vyšetření intelektu, vyšetření úrovně pozornosti a soustředění, posouzení situace v rodině, ad.).
4. Foniatrické a ORL vyšetření – vyšetření sluchu.
5. Neurologické vyšetření (Kutálková 2002, s. 48).

Logopedická diagnostika se zaměřuje na: orientaci v čase a prostoru, lateralitu, motorické funkce, sluchové vnímání, zrakové vnímání, řeč – percepce i expresi, grafomotoriku, čtení, psaní, počítání, paměť, aktivitu a koncentraci pozornosti (Škodová, Jedlička, a kol. 2007, s. 113–118).

Terapie

Při terapii u jedinců s vývojovou dysfází postupujeme dle předem vytvořeného terapeutického plánu, jehož podkladem je komplexní diagnostika. Každý jedinec s vývojovou dysfází má jiný stupeň a jinou hloubku narušení jednotlivých složek osobnosti, proto je terapeutický plán vysoce individualizovaný.

V jednotlivých individuálních logopedických terapeutických sezeních se zaměřujeme na:

- porozumění řeči,
- motoriku – jemnou a hrubou motoriku, motoriku mluvidel,
- rozvoj a cvičení sluchové percepce,
- rozvoj a cvičení zrakové percepce,
- rozvoj a nácvik grafomotorických dovedností (Škodová, Jedlička, a kol. 2007, s. 134).

Logoped zapůjčuje dítěti pomůcky pro domácí práci, v rámci sezení může využívat speciální počítačové programy, logopedické aplikace. Ve spolupráci s dalšími odborníky pořizuje zvukové záznamy, případně video záznamy (vždy pouze se souhlasem zákonných zástupců). S lékařem a psychologem se podílí na tvorbě komplexní dokumentace dítěte. Před nástupem dítěte do školy se spolupodílí na celkovém hodnocení výsledků terapie a na návržení vhodného způsobu vzdělávání dítěte (Škodová, Jedlička, a kol. 2007, s. 134).

U dětí s vývojovou dysfázií může být využívána skupinová logopedická terapie, která má následující výhody:

- využití nápodoby u druhého dítěte je lepší než u dospělého,
- dítě je stimulováno a aktivizováno ostatními dětmi,
- dochází k rozšiřování slovní zásoby a zlepšení gramatické stránky řeči,
- dochází ke zvýšení mluvního apetitu dítěte,
- dochází ke zlepšení grafického projevu,
- zlepšuje se hrubá i jemná motorika a celkově pohybové schopnosti dítěte,
- dochází ke zlepšení orientace v prostoru,
- zlepšuje se sluchová a zraková percepce,
- posiluje se cit pro rytmus, rytmizace.

V celkovém důsledku by mělo docházet ke zlepšení srozumitelnosti mluvního projevu dítěte (Škodová, Jedlička, a kol. 2007, s. 136–138).

4.2 Afázie

Afázie je zařazena mezi vyšší kortikální poruchy, kam spadá také agnozie, apraxie, akalkulie, poruchy orientace, ad. Jedná se o získanou narušenou komunikační schopnost, ke které dochází při ložiskovém poškození mozku. Při afázii je zasažena složka receptivní, expresivní, mluvená i psaná. Zasažené jsou také všechny jazykové roviny (Klenková 2006, s. 78, 79).

Afázie je nejčastěji náhle vzniklá ztráta schopnosti realizovat mluvenou řeč a rozumět mluvené i psané formě řeči. Obvykle vzniká při poškození levé mozkové hemisféry, která je rozhodující oblastí pro intaktní lingvistické struktury řečové komunikace (Neubauer, a kol. 2018, s. 443).

Etiologie

Mezi příčinami afázie jsou zpravidla: cévní mozkové příhody, úrazy mozku, mozkové nádory, encefalitidy a meningoencefalitidy, intoxikace mozku, degenerativní onemocnění mozku.

Typy afázie dle Bostonské klasifikace

- Motorická (Brockova) afázie – narušena je plynulost, expresivní složka řeči a řečová produkce. Jedinec s motorickou afázií málo hovoří, ale jeho rozumění je relativně dobře zachováno. V řeči se vyskytují fonemtické parafrázie a agramatismy. Jsou přítomny obtíže v opakování a pojmenování předmětů nebo činností.
- Sensorická (Wernickeova) afázie – přítomno je špatné rozumění, opakování, pojmenování. Vyskytují se verbální parafrázie. Plynulost řečového projevu je dobrá. Někteří jedinci se sensorickou afázií produkují neologismy a parafrázie, což může působit nesrozumitelně, zmateně.
- Globální (totální) afázie – jde o velmi těžkou poruchu, kdy jsou zasaženy všechny fatické funkce.¹¹ Projev je neplynulý, jedinec s globální afázií není schopen sdělení informace. Také porozumění řeči je velmi těžce narušeno. Řečová produkce je nemožná, případně jedinec pouze opakuje jednu „slovní trosku“ nebo stereotypní spojení.
- Kondukční centrální afázie – u tohoto typu afázie je přítomno špatné opakování s fonemtickými parafráziemi. Fluence řeči je relativně v pořádku a taktéž porozumění verbálnímu sdělení je dobré. Dobrá bývá i prognóza.
- Transkortikální sensorická afázie – řečový projev je fluentní, opakování je dobré. Narušeno je porozumění řeči. Prognóza bývá dobrá.
- Transkortikální motorická afázie – spontánní řečová produkce je malá, řeč je chudá. Opakování je neporušeno na úrovni slov či krátkých víceslovných obrátů. Rozumění řeči je relativně dobré. I u tohoto typu afázie je dobrá prognóza.
- Dysnomická (anomická) afázie – řečový projev je fluentní, bývá přerušován takzvanými anomickými pauzami. Obtíže jsou při pojmenovávání a je narušena výbavnost slov z vlastní slovní zásoby. Porozumění mluvenému bývá dobré.
- Transkortikální smíšená afázie – je podobná globální afázii, projev je nonfluentní, je těžce narušeno porozumění, avšak opakování slov je zachováno.
- Smíšená afázie – o tento typ se jedná v případě, že je vyrovnaný obraz afázie ve složce expresivní a receptivní (Neubauer, a kol. 2018, s. 447–448).

Symptomatologie

Příznaky afázie bývají v různém množství, intenzitě a v různých kombinacích. Jako nejčastější uvádí Čecháčková (in Klenková 2006, s. 80) následující symptomy: parafrázie, parafrázie, perseverace, logorhea, anomie, neologismy, poruchy rozumění.

¹¹ Jedná se o funkce, které se týkají řeči (např. schopnost pojmenovat předmět, porozumět řeči).

Parafázie – je přítomna deformace slov. Dělí se na:

- fonemické – slovo je deformované, ale obsahuje některé správné prvky daného slova, takže významu slova lze porozumět.
- Žargonové – vyskytuje se těžká slovní deformace, slovu nelze porozumět.
- Sémantické – pro narušenou výbavnost slov jsou slova nahrazována významově podobnými slovy, případně jedinec s afázií používá opisy.

Parafrázie – je přítomna snížena schopnost až nemožnost vyjádření. Častěji se vyskytuje u expresivních typů afázie.

Perseverace – ulpívání na předchozích podnětech.

Logorhea – překotná mluva, kdy z důvodu výskytu žargonových parafází je snížena srozumitelnost vyjádření.

Anomie – je narušeno pojmenování předmětů nebo činností.

Neologismy – gramaticky chybně tvořená slova. Záměna hlásek, slabik a slov způsobuje nesrozumitelnost vyjádření.

Poruchy rozumění – nemusí být patrné na první pohled, neboť i při tomto narušení je jedinec s afázií schopen pochopit danou situaci a správně na ni zareagovat (Čecháčková in Klenková 2006, s. 80).

Diagnostika

Důležité místo v podrobné diagnostice kognitivních a jazykových poruch u jedinců s afáziemi mají testové metody neuropsychologické – speciálně zaměřené na zjišťování poruch podmíněných lézemi mozku, a to ve spojení se standardizovanými testovými psychologickými metodami na zjištění především intelektové úrovně a paměťové schopnosti diagnostikovaných jedinců (Neubauer, a kol. 2018, s. 450).

Logopedická diagnostika se zaměřuje na zhodnocení poruchy komunikačního procesu, stanoví stupeň poruchy. Je součástí komplexní diagnostiky, na které se spolupodílí další odborníci (např. neurolog, klinický psycholog, sociální pracovník).

K diagnostice se využívá vyšetření těchto složek řeči:

- vyšetření spontánní řečové produkce,
- porozumění mluvené řeči,
- schopnost reprodukovat slova a věty,
- vyšetření nominativní funkce řeči,
- vyšetření čtení,
- vyšetření psaní.

Mezi tradiční vyšetření patří Lurijovo neuropsychologické vyšetření, Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE), Neuropsychologická baterie Halstead-Reitan, Western Aphasia Battery, a mnoho dalších (Neubauer, a kol. 2018, s. 454, 455).

Terapie

Terapii afázie lze členit do několika následujících směrů – dle toho, jaké stránce komunikačních schopností se ten který terapeutický směr věnuje. Jedná se o:

- stimulační přístupy – techniky kognitivní stimulace, funkcionálně orientované postupy,
- jiné přístupy – melodicko-intonační terapie, alternativní a augmentativní komunikace,
- obnovování specifických narušení – terapie poruch porozumění řeči, čtení (Klenková 2006; s. 84, 85).

Terapeutické směry, které v terapii afázie dominují:

- Kognitivně neuropsychologický směr – cílem je obnovit nebo kompenzovat jazykové procesy. Smyslem je objevit zákonitosti fungování kognitivních procesů, které jsou neporušené.
- Pragmatický směr – smyslem je co nejčasnější zařazení jedince s afázií do společnosti, nastavit funkční komunikační systém – předložit jedinci s afázií pro něho vhodný, využitelný způsob komunikace (Klenková 2006; s. 85).

Jednou z možností terapie jedinců s afázií je také skupinová terapie. Skupinové terapie se účastní maximálně 6 jedinců s afázií a dva terapeuti, popř. terapeut a facilitátor. Úkolem terapeutů je:

- facilitovat konverzaci ve skupině,
- maximalizovat efektivnost komunikace,
- podporovat nezávislost členů skupiny s afázií na terapeutech,
- podporovat využívání navozených komunikačních strategií,
- povzbuzovat a podporovat členy skupiny,
- vytvářet pozitivní atmosféru od počátku do konce skupinového sezení (Neubauer, a kol. 2018, s. 463).

Dětská afázie

Dětská afázie vzniká na podkladu traumatu, při kterém dojde k úrazu mozku anebo z důvodu infekčního, či onkologického onemocnění mozku. Příznaky dětské afázie zahrnují vážné deficity porozumění, je narušená výbavnost slov, formulace vět, paměť. V řeči dětí s afázií je přítomna dysfluence, parafrázie, dysgramatismy a je narušena artikulace. U dětské afázie

velice silně záleží na tom, v jakém věku – v jakém vývojovém stádiu dítěte afázie vznikla. Především jde o to, zda afázie u dítěte vznikla před nebo až po ukončení základního vývoje řeči (Klenková 2006, s. 86, 87).

Symptomy u dětí s afázií se dělí podle věku:

- ve věku od 2 do 3 let – projeví se totální ztráta řeči, poté si dítě znovu osvojuje řeč rychleji.
- Ve věku od 3 do 4 let – projevuje se smíšený obraz poruch.
- Ve věku od 4 do 10 let – se vyskytuje smíšená senzomotorická afázie či afázie globální (Klenková 2006, s. 88).

4.3 Mutismus

Preissová (Neubauer, a kol. 2018 s. 525) vymezuje mutismus jako nemluvnost, oněmění, jako stav, kdy je porušená komunikační schopnost, která jedinci brání dobře fungovat v běžných sociálních situacích, přičemž tento stav není způsoben organickým poškozením mozku. Mutismus je chápán jako funkční ztráta řečových projevů, které již byly zcela nebo částečně nabyty.

Z hlediska diagnostického i terapeutického spadá toto narušení do oboru psychiatrie, psychologie, logopedie, neurologie a foniatrie. Jedinec s mutismem rozumí řeči, ale sám není schopen ji použít. Jestliže jedinec trpí mutismem pouze v některých konkrétních sociálních situacích, popř. v přítomnosti pouze určitých osob, resp. pouze v určitých místech, hovoříme o tzv. elektivním mutismu. Méně často se setkáváme s mutismem totálním, kdy řeč zcela chybí. Mutismus se může vyskytovat v každém věkovém období, nejčastěji se však vyskytuje u dětí předškolního a mladšího školního věku (Neubauer, a kol. 2018, s. 527).

V logopedické literatuře se nejčastěji setkáváme se 3 druhy mutismu:

1. elektivní mutismus – jedná se o mutismus částečný, který se projevuje v některých sociálních situacích, popř. v přítomnosti určitých osob, resp. v konkrétním prostředí.
2. Totální mutismus – nemluvnost je rozšířena na všechny situace a osoby. Často bývá spíše projevem dissociativní poruchy, kterou jedinec neumí vyřešit, nebo jako dissociativní reakce na traumatizující situaci.
3. Psychogenní hluchota, neboli surdomutismus – jde o psychogenní ztrátu nejen řeči ale také o ztrátu sluchového vnímání mluvené řeči (Neubauer, a kol. 2018, s. 527).

Etiologie

Mutismus se řadí mezi psychogenně podmíněné stavy. Dle Pečeňáka (Lechta, a kol. 2003, s. 253) lze mutismus charakterizovat jako maladaptivní obranný mechanismus, který je reakcí na akutní psychotraumatizující podnět, popř. chronickou frustraci, kdy nedochází k uspokojování základních psychických potřeb člověka. Může k nim patřit: potřeba bezpečí

saturovaná rodiči či jinými osobami poskytujícími dítěti stálou péči, potřeba dostatečného množství podnětů pro kognitivní a emocionální rozvoj, později potřeba osamostatnění se od rodičů a socializace mezi vrstevníky.

Pečeňák (Lechta, a kol., 2003, s. 255) u mutismu uvádí následující etiopatogenetické faktory:

1. Faktory bezprostředně vyvolávající – akutní psychotraumata:
 - a) začátek povinné školní docházky,
 - b) jiné psychotraumatisující činitele – stěhování, konflikty mezi rodiči, nepřiměřené tresty, výsměch spolužáků, ad.
2. Predispoziční faktory (jsou dané osobnostními vlohami a vlivy):
 - a) faktory ovlivňující celkovou funkčnost dítěte, schopnost adaptace dítěte do vrstevnické skupiny, schopnost adaptovat se na změny, ad.,
 - b) rodinné faktory – hyperprotektivní výchova spojená se separační úzkostí (strach z odloučení, často od matky), nepřiměřené nároky na dítě, nejednotnost ve výchově, sourozenecká rivalita, konflikty mezi rodiči,
 - c) osobnostní rysy – úzkostné děti, které zažívají pocity neschopnosti, pocity viny, často s projevy opozičního chování a s úsilím o manipulaci ostatních,
 - d) chronické stresové faktory – obavy z trestání, obavy ze spolužáků, nadměrná přísnost pedagogů či rodičů.
3. Udržovací faktory:
 - a) přetrvávání vlivu uvedených výše,
 - b) reakce okolí na projevy mutismu, např. výsměch, trest, nátlak či sociální izolace.

Diagnostika

Diagnostická kritéria podle pátého vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch vydaných Americkou psychiatrickou asociací (dále DSM-V) pro mutismus jsou:

- a) stálá neschopnost mluvit ve specifických sociálních situacích, ve kterých se očekává, že jedinec mluvit bude (např. ve škole), ačkoli v jiných situacích mluvit dokáže.
- b) Porucha narušuje školní či pracovní výsledky a sociální komunikaci.
- c) Porucha trvá alespoň měsíc (nejde při tom o první měsíc povinné školní docházky).
- d) Neschopnost mluvit není z nedostatku znalostí nebo pohodlnosti mluvit jazykem, jenž je v sociálních situacích požadován.
- e) Poruchu nelze lépe vysvětlit jinou poruchou komunikace a nevyskytuje se u jedince s poruchou autistického spektra, schizofrenií nebo jinou psychotickou poruchou (Neubauer, a kol. 2008, s. 526).

V MKN-11 lze mutismus nalézt na několika místech. Prvním z nich je kategorie Duševní, behaviorální nebo neurovývojové poruchy a podkategorie Úzkostné poruchy nebo poruchy související se strachem, kde je uveden selektivní mutismus (což je jiné označení pro výše uvedený elektivní mutismus). Selektivní mutismus je zde charakterizován jako trvalá selektivita v mluvení. Jedinec vykazuje adekvátní řečové schopnosti v konkrétních sociálních

situacích – obvykle doma, ale setrvale nemluví v jiných situacích – u dětí to bývá typicky ve škole. Porucha trvá nejméně jeden měsíc a neomezuje se pouze na první měsíc povinné školní docházky a je dostatečně závažná, aby narušovala vzdělávací výsledky nebo sociální komunikaci. Neschopnost mluvit není způsobena nedostatkem znalosti nebo jistoty mluveného jazyka vyžadovaného v dané sociální situaci (např. jiný jazyk používaný ve škole než doma). Selektivním mutismem není přechodný mutismus, který bývá součástí separační úzkosti u malých dětí (MKN-11 2023).

Dále lze v MKN-11 mutismus nalézt v kategorii Příznaky, znaky nebo klinické nálezy týkající se duševních nebo behaviorálních poruch a podkategorii Příznaky nebo znaky ovlivňující vzhled nebo chování, ve které je mutismus specifikován jako nedostatečná tvorba slov, která může být obecná či omezená na konkrétní situace (MKN-11 2023). Pak je ještě mutismus uveden mezi poruchami řeči, jak jsme již uváděli výše v části 3.2.2 Příznaky, znaky nebo klinické nálezy týkající se řeči nebo hlasu.

Základními diagnostickými vodítky pro diagnostiku mutismu dle výše uvedených DSM-V a MKN-11 jsou tato:

- běžné nebo téměř běžné porozumění řeči.
- Schopnost verbální komunikace je zachována a pro sociální kontakty je dostačující.
- Výrazný rozdíl v použití verbální komunikace v různých sociálních situacích.
- Přetrvávání nemluvnosti v náročnějších situacích déle než měsíc (Neubauer, a kol. 2008, s. 529).

Pro stanovení diagnózy je nezbytná mezioborová spolupráce především s dětským psychiatrem (pokud se jedná o dítě) či psychologem, foniatrem a klinickým logopedem.

Verbální projev bývá narušený také u dětí (popř. dospívajících) s poruchami autistického spektra a v některých případech se může zdánlivě jevit jako mutismus. V rámci diferenciální diagnostiky se tedy zaměřujeme na jejich odlišení:

1. stálost – projevy dětí s poruchami autistického spektra mají setrvalý charakter, mohou působit nekontaktně a obraně vůči podnětům z okolí, přednost dávají stereotypům. Oproti tomu děti s mutismem se chovají, jako by měly dvě zcela odlišné tváře. V některých situacích jsou uzavřené, v jiných situacích jsou živé – otevřené.
2. Emocionalita – děti s poruchami autistického spektra projevují většinou emocionální chlad, citový kontakt si vytvářejí obtížně. Naproti tomu se děti s mutismem v některých situacích chovají hovorově živě, vyhledávají co nejužší kontakt, chovají se bez zábran.
3. Řečový vývoj – řeč u dětí s poruchami autistického spektra je nápadná odlišnou artikulací, morfológií, gramatikou, sémantikou, aktivním i pasivním slovníkem a také pragmatickým využíváním řeči. U dětí s mutismem je řeč rozvinutá na úrovni, která odpovídá jejich věku (Hartmann, Lange 2008, s. 22, 23).

Terapie

Přesto, že projevy mutismu jsou nejvíce zřetelné ve schopnosti verbálního vyjadřování, je tato diagnóza spíše chápána jako psychická porucha. V diagnostice i při terapii je nezbytný týmový přístup. Prvotním ošetřením jedince s mutismem je vždy ošetření lékařské – psychiatrické, neurologické, foniatické. Součástí týmu je také logoped, rodiče dítěte a pedagogové školy, kterou dítě navštěvuje. Foniatr má za úkol vyloučit orgánové poškození a vybavit hlas. Psycholog odstraňuje při terapii příčinu vzniku mutismu. Logoped navazuje na metody foniatické a vybavený hlas využije k tvorbě hlásek, slabik, slov a vět. Terapie mutismu je velice náročná na trpělivost a je dlouhodobá (Klenková 2006, s. 96).

V přístupu k dětem s mutismem se nedoporučuje děti s mutismem nutit a přemlouvat k řečovému projevu, izolovat či dokonce je trestat za nemluvnost, nesnažit se společně hledat logické vysvětlení mutismu, ad. Naopak se doporučuje chovat se k dětem s mutismem jako k rovnocennému partnerovi, být trpělivý a klidný, dovolit jim, aby využily jakýkoliv způsob komunikace, klást důraz na sociální vztahy, přijmout, že se jedná o složitou terapii a nikdy se nevzdávat (Klenková 2006, s. 96, 97).

4.4 Rinolalie

Rinolalie, neboli huhňavost, je narušená komunikační schopnost, u které je narušen zvuk řeči i artikulace. Charakteristický zvuk hlasu jedince s rinolalií je dán mírou jeho nazální rezonance. Z důvodu orgánové poruchy, nebo vlivem získaných poškození velofaryngeálního závěru, může dojít k narušení rovnováhy ústní a nosní rezonance. K této narušené komunikační schopnosti dojde tehdy, pokud se prostory dechové trubice podílejí na rezonanci velmi málo nebo naopak nadměrně. V českém jazyce se vyslovují pouze 3 hlásky s nazální rezonancí (m, n, ň). Při výslovnosti těchto hlásek je nosovost normální součástí jejich zvuku. V případě, že je přítomna zvýšená nazalita při výslovnosti hlásek orálních, nebo je naopak snížena při výslovnosti hlásek nazálních, jedná se o patologický jev – rinolalii (Klenková 2006, s. 130).

Etiologie

V rámci diagnostiky rozlišujeme 3 typy rinolalie: hypernazalitu (otevřená huhňavost), hyponazalitu (uzavřená huhňavost) a smíšenou huhňavost a jejich příčiny lze dělit na orgánové a funkční.

Hypernazalita – zvýšená nosovost

1. Příčiny orgánové:

a) vrozené:

- rozštěpy sekundárního patra včetně rozštěpu submukozního,
- kongenitálně zkrácené měkké patro,
- nedostatečný vývoj svalstva měkkého patra,

b) získané:

- oronazální komunikace a defekty patra po operacích,
- centrální a periferní obrny,
- neurologická onemocnění (Parkinsonova nemoc).

2. Příčiny funkční:

- při snížené činnosti svalů patrohltanového závěru,
- při poruchách intelektového vývoje,
- při nedbalém mluvním stylu a jako důsledek napodobování nesprávného mluvního vzoru,
- u dětí neslyšících a nedoslýchavých z důvodu chybějící zpětné sluchové kontroly,
- jako návyk – po adenotomii a tonzilektomii (Lechta, a kol. 2003, s. 101).

Hyponazalita – snížená nosovost

1. Příčiny orgánové:

a) vrozené:

- vrozené úzké nosní průduchy při deformacích tváře,
- vbočená nosní přepážka,

b) získané:

- zduření sliznice nosu při zánětech při akutní nebo chronické rýmě,
- nádory, cysty, polypy,
- hypertrofické tonzily,
- zvětšená nosohltanová mandle, ad.

2. Příčiny funkční:

- funkční poruchy svalstva měkkého patra, které způsobují zvýšenou činnost velofaryngeálního závěru.

Smíšená huhňavost

- vzniká kombinací příčin hypernazality a hyponazality (např. velofaryngeální nedostačivost s překážkou v dutině nosní) (Lechta, a kol. 2003, s. 102).

Diagnostika

Úkolem diagnostiky je zjistit, o jakou poruchu nosní rezonance se jedná, jakým způsobem a proč je zvuk řeči narušen a co je příčinou. Diagnostika vyžaduje spolupráci lékařských i nelékařských oborů. Nedílnou součástí diagnostiky je anamnestický rozhovor a zprávy z odborných lékařských vyšetření. Lékařské obory ke své diagnostice využívají přístrojové vyšetřovací techniky, klinický logoped může provádět některé ze základních jednoduchých zkoušek. Při diagnostice se používají různé obrázkové či slovní sestavy a také konverzační řeč.

Lze využívat např. níže uvedené zkoušky, které jsou jednoduché a i proto v praxi často používané (Škodová, Jedlička, a kol. 2007, s. 220, 221).

Gutzmannova A-I zkouška – vyšetřovaný za sebou opakovaně vyslovuje samohlásky „a“ a „i“, přičemž střídavě stlačuje při výslovnosti hlásek nosní chřípí. Při hypernazalitě dojde ke změně při výslovnosti hlásky „i“.

Zkouška otofonem – zjišťuje nosovou rezonanci i u souhlásek (otofon – gumová hadička opatřena na obou koncích olivkou). Jeden konec hadičky má vyšetřovaný v nose a druhý konec má vyšetřující v uchu. Při hypernazalitě jsou u výslovnosti souhlásek slyšet šelesty nebo chrčivé zvuky.

Czermakova zkouška – probíhá za použití zrcátka přiloženého k nosnímu chřípí. Při hypernazalitě dojde k zamlžení zrcátka při výslovnosti hlásek orálních. Pokud se zrcátko nezamlží při výslovnosti hlásek nosových, jedná se o hyponazalitu.

Zkouška nafouknutí tváří – zjišťujeme dostatečnost či nedostatečnost patrohltanového závěru při nafukování tváří, pokud je závěr nedostatečný, např. při rozštěpech patra, obrnách, jedinec nedokáže např. fouknout (Škodová, Jedlička, a kol. 2007, s. 221).

Mezi přístrojové vyšetřovací techniky patří: endoskopie, rentgenové vyšetření, elektromyografie, sonografická analýza, ad. (Lechta, a kol. 2003, s. 104).

Terapie

Při terapii rinolalie je nezbytná spolupráce odborníků z lékařských i z nelékařských oborů. V případě hyponazality se zahajuje logopedická terapie po lékařském ošetření, při kterém byla odstraněna primární příčina huhňavosti (např. operace nosní mandle). S dítětem se nacvičuje dýchání nosem, správná artikulace hlásek nosových a jejich využití ve slabikách, slovech. V případě hypernazality se s dítětem provádí pasivní i aktivní cvičení, která mají zlepšit funkci velofaryngeálního závěru. Tím dojde ke snížení úniku výdechového proudu. Mezi cvičení pasivní řadíme mechanické napínání měkkého patra elektrostimulací, vyvolávání dávivého reflexu, digitální masáže patra s fonací. Mezi cviky aktivní zařazujeme usměrňování výdechového proudu (foukání do vaty či svíčky, pískání, pití slámkou, sání, ad.). U huhňavosti smíšené vybíráme cvičení s ohledem na to, který typ více ovlivňuje rezonanci řeči (Klenková 2006, s. 135, 136).

4.5 Palatolalie

Jedná se o druh narušené komunikační schopnosti, který může provázet rozštěp patra případně rozštěp rtu i patra. Vzniká jako důsledek orgánového poškození. Palatolalie je vada vývojová, řeč se tedy od začátku vytváří na vývojově vadném základě.

Lechta (Škodová, Jedlička, a kol. 2007, s. 225): charakterizuje palatolalii jako narušenou komunikační schopnost, jejíž příčinou je rozštěp patra. Při palatolalii bývá narušena

především foneticko-fonologická rovina jazyka (projevuje se poruchou nosové rezonance, artikulace a srozumitelnosti řeči), ale narušena může být i morfologicko-syntaktická a lexikálně-sémantická rovina jazyka (v případě opožděného vývoje řeči) a také i pragmatická rovina jazyka – ta v důsledku psychosociálních problémů, které orofaciální rozštěpy mohou druhotně způsobovat. Narušení komunikace se výrazněji projevuje ve verbální i neverbální komunikaci a poznamenává nejen její expresivní, ale i receptivní složku (např. při současné převodní poruše sluchu).

Etiologie

Dle Škodové (Neubauer, a kol. 2018, s. 352) nejsou příčiny vzniku palatolalie dostatečně známé. Nevznikají rozštěpením, jak by se mohlo jevit dle názvu, ale nespojením struktur obličejových částí, ze kterých se během nitroděložního vývoje formuje čelist, patro a ret.

Za kritické období pro vznik rozštěpových vad je považován 26. až 30. den vývoje plodu. Obecně lze etiologické faktory rozdělit na endogenní a exogenní. Jako příčinu endogenní můžeme uvést dědičnost. Mezi příčiny exogenní lze řadit tzv. teratogenní vlivy. Z teratogenních vlivů můžeme vyjmenovat například infekce, kdy velký význam má skupina infekcí se souhrnným označením TORCH (toxoplazmóza, rubeola, cytomegalovirus, herpetické infekce). Dále pak porucha ve výživě plodu, gestóza¹² matky, působení různých škodlivých látek (látky toxické, působení rentgenového záření). Závěrem lze tady konstatovat, že orofaciální rozštěpy vznikají na základě multifaktoriálního působení endogenních a exogenních vlivů (Klenková 2006, s. 139, 140).

Symptomatologie

Kerekrétiová (Lechta, a kol. 2003, s. 118) uvádí 11 symptomů palatolalie dle Bzocha:

1. opožděný vývoj řeči a jazyka,
2. typické laryngální a faryngální nahrazování hlásek,
3. hypernazalita ovlivňující zejména zvuk samohlásek,
4. narušený zvuk souhlásek v důsledku nedostatečného intraorálního tlaku vzduchu,
5. vývojová dyslalie,
6. dysfonie charakterizovaná slabým a dyšným hlasem,
7. sigmatismus a jiné artikulační vady spojené s poruchami zubů a skusu,
8. hyponazalita ovlivňující nosovky a samohlásky,
9. dysfonie z přemáhání hlasového orgánu spojená s chraptivým hlasem a tlačnou fonací,
10. porucha artikulace jako důsledek poruchy sluchu,
11. grimasy různého druhu.

Nejtypičtějšími příznaky palatolalie jsou: porucha rezonance, artikulace, srozumitelnosti řeči.

¹² Gestóza – těhotenská toxikóza – onemocnění vázané na dobu těhotenství vzniká v jeho průběhu a po jeho ukončení obvykle ustupuje (Gestóza 2023).

Diagnostika

Základem logopedické diagnostiky je spontánní souvislý mluvní projev, který doplňujeme dalšími metodami, prostředky a technikami.

Metoda pozorování – využívají se diagnostické listy, záznamové archy.

Metody explorační – anamnestický řízený rozhovor, jehož cílem je získat rodinnou i osobní anamnézu.

Vyšetření nosní rezonance – určení stupně poruchy nosní rezonance.

Hodnocení artikulace – za použití artikulačních testů, kdy se výslovnost porovnává s výslovností spisovnou. Výhodné je také využití obrázkových testů, na kterých sledujeme pojmenování předmětů, osob, dějů.

Studium případu – multioborová spolupráce s lékařskými obory. Na diagnostice se spolupodílí plastický chirurg, čelistní ortoped, pediatr, otorinolaryngolog, případně psycholog.

Při diagnostice uplatňujeme všeobecné zásady logopedické diagnostiky, především komplexnost a týmový přístup, kvantifikaci a průběžnost, objektivnost (Lechta, a kol. 2003, s. 119–121).

Dělení orofaciálních rozštěpů

A) Dělení rozštěpů dle místa vzniku

Rozštěpy typické I. skupiny

Do této skupiny patří kombinace rozštěpu rtu s ostatními částmi – s rozštěpem čelisti nebo čelisti a patra:

- rozštěp rtu: pravostranný, levostranný, oboustranný, neúplný, úplný. Úplný rozštěp rtu je takový, kdy zářez dosahuje až do vchodu nosního.
- Rozštěp rtu a čelisti.
- Celkový rozštěp (ret-čelist-patra): pravostranný, levostranný (viz obrázek 4), oboustranný (viz obrázek 5).

Rozštěpy typické II. skupiny

Do této skupiny patří rozštěpy patra:

- rozštěp patra (viz obrázek 6): izolovaný rozštěp měkkého patra, rozštěp čípku, rozštěp tvrdého a měkkého patra.
- Submukózní rozštěp patra: porušena je střední vrstva – svalovina, nebo i kost, ale sliznice a podslizniční vrstva jsou neporušeny. Rozštěp proto není opticky patrný.
- Vrozené zkrácení patra: nejedná se o rozštěp jako takový, ale symptomatologie u této poruchy je velmi podobná, projevuje se především v mluvené řeči.

Rozštěpy atypické

- Laterální rozštěp úst.
- Rozštěp dolního rtu.
- Rozštěp tváře.
- Šikmý rozštěp obličejе a další (Neubauer, a kol. 2018, s. 353).



Obrázek 4: Jednostranný rozštěp celkový (Šťastný úsměv, z.s. 2023)



Obrázek 5: Oboustranný rozštěp celkový (Šťastný úsměv, z.s. 2023)



Obrázek 6: Rozštěp patra (Šťastný úsměv, z.s. 2023)

B) Rozdělení rozštěpů dle srozumitelnosti řeči (Kerekrétiová in Klenková 2006, s. 144):

1. Dobrá – řeč je srozumitelná, bez nedostatku typických pro palatolalii s lehkou poruchou rezonance.
2. Společensky únosná – v řeči se vyskytují zbytky palatolalie.
3. Těžší srozumitelnost – řeč je obtížně srozumitelná pro okolí, někdy i pro nejbližší.
4. Nesrozumitelná řeč – řeč je stejně nesrozumitelná pro okolí i pro nejbližší.

Terapie

Terapie je multioborová, nezbytná je spolupráce odborníků z oborů lékařských i nelékařských. Lékařské obory, které se podílí na terapii – neonatolog, pediatr, plastický chirurg, foniatr, stomatolog – ortodontista, stomatochirurg, genetik, ad. Nelékařské obory spolupracující na terapii – klinický logoped, klinický psycholog, pedagog, příp. speciální pedagog.

Logopedická péče

Raná logopedická péče působí s cílem zajistit správný vývoj řeči dítěte, zahrnuje péči předoperační a pooperační. Hlavním cílem logopedické terapie je vybudovat u dítěte společensky přijatelnou a srozumitelnou řeč. Logopedická péče je tedy zaměřena na:

1. zlepšení funkce velofaryngeálního uzávěru:

- masáže patra,
- dýchání a foukací cvičení,
- cvičení polykací,
- cvičení zaměřená na kontrolu, ovládnutí a zlepšení velofaryngálního mechanismu.

2. Logopedickou korekci porušené nosní rezonance:

- zlepšení směru výdechového proudu,
- zmenšení možnosti úniku vzduchu do nosu,
- sluchový diferenciatní výcvik.

3. Úpravu artikulace:

- přípravná cvičení,
- vyvozování hlásek,
- fixace hlásky,
- automatizace (Škodová, Jedlička, a kol. 2007, s. 251–256).

Péče o jedince s orofaciálními rozštěpy je zajišťována týmem odborníků z mnoha oblastí: léčebné, výchovně-vzdělávací, výzkumné a preventivní. Cílem komplexní rehabilitační péče je minimalizovat tuto vrozenou anomálii a její důsledky dosažením optimálního výsledku v estetickém vzhledu, dentálním statusu a orální funkci, komunikační (řeč a sluch), psychické i sociální způsobilosti. Což má vést k úplné integraci jedinců s orofaciálními rozštěpy do společnosti (Kerekrétiová in Klenková 2006, s. 145).

4.6 Tumultus sermonis

Tumultus sermonis, neboli breptavost, je narušená komunikační schopnost, která se projevuje od raného dětství a může přetrvávat až do dospělosti. Manifestuje se nadměrným tempem řeči, deficitem ve čtení a psaní, motorickou dyskoordinací, ad. Je obtížně definovatelná a bývá jí věnována malá pozornost.

Tarkowski (in Klenková 2006, s. 170) uvádí často používanou definici breptavosti dle Weissové: „Jde o narušení komunikační schopnosti charakteristické tím, že si ho daná osoba neuvědomuje, má malý rozsah pozornosti, narušena je percepce, artikulace a formování výpovědi. Rovněž se jedná o narušení myšlenkových procesů programujících řeč na bázi dědičných predispozic. Breptavost je projevem centrálních poruch řeči a působí na všechny komunikační cesty, tj. čtení, psaní, rytmus, hudebnost a chování.“

Etiologie

Příčiny breptavosti nejsou dosud úplně známé. Obvykle bývají uváděny příčiny organické, neurotické, dědičné, nebo multifaktoriální.

Symptomatologie

Symptomy breptavosti dělíme do dvou skupin, na symptomy základní a druhotné.

Mezi symptomy základní řadíme rychlé tempo řeči, chybně tvořené věty, dezorganizaci myšlení, nepravidelné tempo řeči, opakování hlásek, slabik, slov a vět, slabé chápání výpovědi, snížení koncentrace pozornosti, chudou syntax, embolofrázii, bezobsaženou řeč, monotónní řeč, ad.

Symptomy druhotné jsou chybná artikulace, opožděný vývoj řeči, neurologické poškození, společenská nepřizpůsobivost, poruchy motorické koordinace, nedostatek školních schopností, těžkosti při učení, ad. (Lechta, a kol. 2003, s. 282). V ústních výpovědích jedinců s breptavostí se vyskytují deformace obsahu, formy a substance.

1. Deformace obsahu (příznaky první úrovně):

- vybočení od tématu,
- ztráta dějové linie,
- vynechávání důležitých a podstatných informací,
- přibírání méně podstatných informací,
- absence sémantické soudržnosti.

2. Deformace formy (příznaky druhé úrovně):

- nesprávná segmentace textu,
- tvorba nadměrně dlouhých vět,
- přerušky,
- dysgramatismy.

3. Deformace substance (příznaky třetí úrovně):

- nesprávná tvorba přestávek, nesprávný přízvuk,
- zrychlené či arytmičné tempo řeči,
- embolofrázie,
- opakování části výpovědi,
- monotónní výpověď (Lechta, a kol. 2003, s. 290, 291).

V neverbálním projevu se mohou projevovat příznaky jako zvláštnosti v chování, jedinci s breptavostí při komunikaci ztrácejí sebeovládání, jsou špatnými posluchači. V oblasti motoriky lze spatřit narušení nebo nestabilitu, která může být přítomna ve spánku ale i při chůzi. Další příznaky se mohou projevovat v psané řeči, kdy bývá přítomna dysgrafie a dezintegrace písma (Škodová, Jedlička, a kol. 2007, s. 294).

Diagnostika

K diagnostice lze využít následující metody a postupy:

- volný rozhovor – zpočátku požadujeme odpovědi na krátké otázky, které posléze prodlužujeme.
- Hlasité čtení – využíváme jednoduchých i složitějších textů, zaměřujeme se na četnost vynechávání, zaměňování, nahrazování slov, opakování slabik a další.
- Psaní – využíváme psaní souvislého textu, používáme opis či diktát.
- Reprodukce vět – předřikáváme věty od kratších po věty složitější.
- Zpěv a recitace básní.
- Vyšetření motoriky.
- Vyšetření hudebních vloh (Škodová, Jedlička, a kol. 2007, s. 295).

V rámci diferenciální diagnostiky je nutné odlišit breptavost od koktavosti (viz tabulka 3).

Tabulka 3: Diferenciace breptavosti a koktavosti (Lechta in Cséfalvay, Lechta, a kol. 2013, s. 51)

Diferenciační kritérium	Breptavost	Koktavost
Prozodie	Primárně problém tempa řeči	Primárně problém plynulosti řeči
Únikové chování	ne	ano
Prvky nadměrné námahy	ne	ano
Psychická tenze	ne	ano
Vyhýbavé chování	ne	ano
Elize (vynechávání hlásek, shluků)	ano	ne
Prolongace	ne	V závislosti na stupni koktavosti

Terapie

Vzhledem ke skutečnosti, že si jedinci s breptavostí své deficitů neuvědomují, lze dosáhnout zlepšení řeči až ve chvíli, kdy je na nedostatky upozorníme. Ve většině terapeutických postupů je nejdůležitějším úkolem logopeda u jedinců s breptavostí navodit, příp. obnovit akustickou a motorickou zpětnou vazbu. Cílem je, aby si jedinec s breptavostí uvědomil své nedostatky v komunikaci, aby se mohl začít pokoušet tyto nedostatky korigovat. V rámci terapie se nacvičuje správné dýchání, zřetelná artikulace a upravuje se tempo a rychlost mluvy (Klenková 2006, s. 172).

Neubauer, a kol. (2018, s. 411) uvádí terapii dle Dalyho. Ta je zaměřená především na:

- modifikaci rychlosti mluvy – využívá se opožděná sluchová vazba.
- Rozvoj uvědomění si plynulosti či neplynulosti ve vlastní mluvě.
- Využití videonahrávek – pro jedince s breptavostí bývá motivační porovnávat ukázky své vlastní plynulé a neplynulé mluvy.
- Rozbor a ukázky audionahrávek.
- Relaxace a imaginativní terapie – užívá se u jedinců, kteří zažívají pocity frustrace a stresu při komunikaci.
- Pozitivní mluva o sobě – cílem je vytvoření kladného obrazu o vlastní mluvě a o svém komunikačním chování.
- Kognitivní trénink, poradenství a vedení jedinců s breptavostí.

4.7 Balbuties

Balbuties, neboli koktavost, je jedním z nejzávažnějších a také nejnápadnějších druhů narušené komunikační schopnosti.

Lechta (Lechta, a kol. 2003, s. 318) vymezuje koktavost následujícím způsobem: „koktavost pokládáme za syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se nejnápadněji projevuje charakteristickým nedobrovolným (tonickým, klonickým) přerušováním plynulosti procesu mluvení. I když primárně jde o narušení nesymbolických procesů (tj. narušení plynulosti procesu mluvení), vzápětí se toto narušení limitně projeví i v symbolických procesech – např. interferenční vliv samotného koktání, tj. přerušování promluvy kvůli koncipování myšlenek bulbutika, časté parafrázie bránící spontánnosti verbálního projevu, při těžkém stupni koktavosti recipient nemusí pochopit obsah výpovědi balbutika.“

Etiologie

Z etiologických faktorů je nejčastěji zmiňována dědičnost, v odborné literatuře se uvádí 40 až 60 %. Dále je podotýkán negativní vliv sociálního prostředí (psychotraumata) a s ním spojené psychické procesy. Svůj vliv na vznik koktavosti mohou mít také orgánové odchylky či dyskoordinace mozkových hemisfér (Lechta 2004, s. 40–47).

Pospíšilová (Neubauer, a kol. 2018, s. 378) uvádí ještě další spouštěče nepříznivých faktorů:

- nevhodné interakce – skákání jedinci s koktavostí do řeči, příliš rychlé tempo, okamžité požadování odpovědi, ad.
- Nevhodné prostředí v rodině či škole – nevhodný rodinný styl a výchova, špatné vztahy.
- Náhlá životní změna – vstup do mateřské či základní školy, rozchod rodičů, stěhování, atd.
- Úzkost.

- Příliš vysoké aspirace na vlastní výkon – pokud se jedná o soutěživé děti, které neunesou prohru.

Geneze koktavosti

Kompletní klinický obraz sestává ze vzájemného prolínání 3 skupin symptomů (podrobnosti viz tabulka 4):

1. Dysfluence (neplynulost, repetice, prolongace, apod.).
2. Nadměrná námaha při projevu.
3. Psychická tenze.

Kompletní klinický obraz rozvinutého syndromu koktavosti charakterizují tři skupiny příznaků, které se zpravidla během etiopatogeneze koktavosti u jednotlivých lidí s koktavostí projevují v individuálně různé míře, rozmanité časové návaznosti, rozličném stupni závažnosti a různé vzájemné souvztažnosti (včetně zpětnovazebních mechanismů) (Lechta 2004, s. 61).

Tabulka 4: Geneze koktavosti (Lechta 2004, s. 64)

Neplynulost	Nadměrná námaha	Psychická tenze
Chronická koktavost (cca 14 let a více) habituační příznaků	prodlužování bloků spolu s tremorem rtů, sanice	logofobie, únikové, vyhýbavé chování, silné pocity frustrace a obav z komunikace, změny ve složitosti mluvy
Fixovaná koktavost (cca 7–13 let) převaha prolongací, repetice hlásek	bloky, napětí, tlačení, zápolení se slovy, narušené koverbální chování	rozpaky, pocit blamáže, vyhýbavé chování, situační strach, anticipování bloků a obtížných komunikačních situací
Incipientní koktavost (cca 5–7 let) prolongace, opakování částí slov, redukováná samohláska, sporadický výskyt období fluentní řeči	nepřirozená artikulace, vegetativní příznaky, znaky svalového napětí, někdy narušené koverbální chování, zvýšení tónu nebo akcelerace při dysfluenci	projevy netrpělivosti, hektika, občas uvědomení si obtíží, nejasné pocity frustrace, ustupující zrakový kontakt
Vývojová dysfluence (cca 3–4 roky) vsuvky, slovní repetice, opravy nekompletních vět	žádné nápadné projevy	žádné projevy

Klasifikace koktavosti

Koktavost lze klasifikovat dle různých hledisek. Může to být např. podle doby vzniku: koktavost předčasná – u dětí do 3 let, obvyklá – mezi 3. a 4. rokem, pozdní po 7. roce věku.

Podle původu: koktavost fyziologická, hysterická a traumatická, dysfatická, ad.

Podle uvědomění si poruchy: na formu koktavosti bez křečí mluvidel a na „frustrační“ formu.

Podle stupně: od minimálních po výrazné příznaky, které často znemožňují komunikaci.

Podle verbálních symptomů: na tonickou, klonickou, tonoklonickou, klonotonickou koktavost (Klenková 2006, s. 157).

Tonická forma je typická zvýšeným fonačním tlakem, je zřejmé zvýšené napětí některých artikulačních svalů, dochází při ní k nehospodárné práci s výdechovým proudem.

Klonická forma se projevuje volným opakováním nejčastěji prvních slabik, u těžších forem i opakováním slabik uprostřed slov. Opakování může být i několikanásobné. Při této formě koktavosti nemusí být přítomny známky zvýšeného napětí artikulačních svalů. Tato forma se objevuje zřídka.

Tonoklonická forma je nejčastější formou koktavosti. Při této formě je opakování slabik předcházeno zvýšeným napětím některých artikulačních svalů.

K překonání tonů a klonů jedinci s koktavostí často používají pohyby některých svalů nebo svalových skupin. Souhyby (pohyby artikulačních svalů), součiny (pohyby horních nebo dolních končetin) (Škodová Jedlička, a kol. 2007, s 263, 264).

Symptomatologie

U lidí s koktavostí bývají uváděny následující příznaky v řeči (Neubauer, a kol. 2018, s. 380):

- repetice hlásek a slabik,
- prolongace hlásek,
- bloky, přerušovaná slova, pauzy v jednom slově,
- slovní opis, nahrazování slov,
- produkce slov s přemírou fyzické tenze,
- repetice slov a slabik,
- repetice a prolongace způsobující úzkost.

Přidruženým znakem koktavosti bývá strach z očekávání, který rozvíjí další problémy, zapříčiňuje vyhýbání se situacím, slovům. Stres a úzkost stav jedinců s koktavostí zhoršují.

Tik oka a třes rtů mohou být doprovodnými motorickými projevy. Dále to pak bývají klonické pohyby hlavou, svírání pěstí, ad. (Neubauer, a kol. 2018, s. 380).

Diagnostika

Lechta (Cséfalvay, Lechta, a kol. 2013, s. 34, 40) uvádí, že ke stanovení diagnózy je třeba přistupovat komplexně. K standardním technikám (anamnéza, základní logopedické vyšetření, ad.) je třeba provést komplexní diagnostiku příznaků psychické tenze, dysfluence a nadměrné námahy. Komplexní pohled na syndrom koktavosti poskytuje balbutiogram, který v jedné tabulce zachycuje ve třech rovinách jednotlivé symptomy koktavosti (viz obrázek 7).

BALBUTIOGRAM								
Jméno a příjmení			Datum narození:		Věk: r. m.			
Dýchání (stupeň)		Fonace (stupeň)		Artikulace (stupeň)		Prozódie (stupeň)		
<input type="checkbox"/> nepravdělné <input type="checkbox"/> mělké <input type="checkbox"/> hlasitý vdech <input type="checkbox"/> dýchací spazmy <input type="checkbox"/> narušené dýchání i v klidu <input type="checkbox"/> jiné:		<input type="checkbox"/> tvrdé hlas. začátky <input type="checkbox"/> inspirační tvorba hlasu <input type="checkbox"/> nepřirozeně vysoký hlas <input type="checkbox"/> nepřirozeně nízký hlas <input type="checkbox"/> kolísání výšky <input type="checkbox"/> dysfonie <input type="checkbox"/> jiné:		<input type="checkbox"/> nepřirozené artikulační postavení <input type="checkbox"/> nazalizace <input type="checkbox"/> dyslalie <input type="checkbox"/> problémové hlásky: <input type="checkbox"/> jiné:		<input type="checkbox"/> přízvuk: <input type="checkbox"/> tempo: <input type="checkbox"/> melodie: <input type="checkbox"/> rytmus:		
KLINICKÝ OBRAZ								
Dysfluence (%)			Nadměrná námaha (stupeň)			Psychická tenze (stupeň)		
<input type="checkbox"/> R1 – repetice částí slov/slabik <input type="checkbox"/> RS – repetice celých slov <input type="checkbox"/> RSZ – repetice slovních zvrátů <input type="checkbox"/> P – prolongace <input type="checkbox"/> I – interjekce <input type="checkbox"/> TPA – tichá nespr. lokaliz. pauza <input type="checkbox"/> PRER – přerušené slovo <input type="checkbox"/> NEK – nekompletní slovní zvrát <input type="checkbox"/> OP – oprava <input type="checkbox"/> jiné:			<input type="checkbox"/> b – blok <input type="checkbox"/> nakoch – Naruš. koverb. chování (5 nejvýraznějších symptomů NaKoCH, s etiologií NN – symptom, stupeň): 1. 2. 3. 4. 5. <input type="checkbox"/> jiné:			<input type="checkbox"/> Vch – vyhýbavé chování <input type="checkbox"/> Lo – logofobie <input type="checkbox"/> nakoch – Naruš. koverb. chování (3 nejvýraznější symptomy NaKoCH, s etiologií PT – symptom, stupeň): 1. 2. 3. <input type="checkbox"/> situační PT (3 nejtěžší kom. sit.): <input type="checkbox"/> jiné:		
% dysfluencí:		IK:	IA:		IZ:	Frekvence dysfluencí/min:		
Balbutiograf								
% dysfluencí								
Úlohy	1. šepot	2. simultánní řeč	3. zpěv	4. automatismy	5. reprodukce	6. dokončování vět	7. členění/popis obrázků	8. spontánní řeč
Závěr:	Vývojová dysfluence <input type="checkbox"/>		Incipientní koktavost <input type="checkbox"/>		Fixovaná koktavost <input type="checkbox"/>		Chronická koktavost <input type="checkbox"/>	
Jiné:								
Datum:				Vyšetřil:				

Obrázek 7: Balbutiogram (Dspace.cuni.cz 2024)

Terapie

Při terapii se používá velké množství terapeutických přístupů a metod, avšak o žádné z nich nelze říci, že se jedná o metodu stoprocentně účinnou.

Starší odborná literatura zmiňuje psychoterapii, medikamentózní terapii nebo řečový trénink. V současnosti jsou nejčastěji užívanými metodami metody kombinované, na kterých se podílí odborníci několika profesí. Jedná se o následující postupy: komplexní léčba podle Seemana, komplexní léčba podle Sováka, komplexní léčba podle Bubeníčkové, fonograforitmická metoda podle Lechty.

Principy metod z České republiky a Slovenska jsou založeny na jednotlivých cvičeních, která vedou k navození fluentního řečového projevu. Jde např. o: dechová a fonační cvičení, uvolňovací artikulační cvičení, cvičení plynulosti mluvy, cvičení čtením, asociační cvičení, řečnická cvičení (Škodová, Jedlička, a kol. 2007, s. 279).

Fonograforitmická metoda podle Lechty je zacílena na jednotlivé symptomy koktavosti (nadměrná námaha, psychická tenze, dysfluence) a pracuje s nimi. Terapeutický program je rozpracován do 7 následujících kroků, které na sebe navazují:

1. fonologická analýza slov na slabiky – rytmické vytleskávání slov na slabiky, tlukot paliček.
2. Přičlenění grafiky (úroveň slabik) – obloučky jako ekvivalenty slabik souběžně s promluvou.
3. Úroveň slov – úsečky jako ekvivalent slov s promluvou.
4. Pragmatizace – využívání fonograforitmiky v dialogu (laserové ukazovátko).
5. Imaginace – představa psaní laserovým ukazovátkem s promluvou.
6. Fixace – plynulá komunikace s logopedem.
7. Transfer – nácvik pomocí hraní rolí v konkrétních situacích mimo logopedickou ordinaci (Lechta 2004, s. 149, 150).

4.8 Dyslalie

Dyslalii lze charakterizovat jako poruchu artikulace, kdy je narušena výslovnost jedné hlásky nebo skupiny hlásek, ostatní hlásky jsou vyslovovány správně podle příslušných jazykových norem (Klenková 2006, s. 99).

Etiologie

- Dědičnost – jedná se o dědičnost nespecifickou, která se může projevovat artikulační neobratností případně vrozenou řečovou slabostí.
- Vliv prostředí – do této kategorie můžeme zařadit nesprávný řečový vzor, nepodnětné rodinné prostředí, bilingvální prostředí.
- Poruchy zrakového a sluchového vnímání – převodní nedoslýchavost při onemocnění horních cest dýchacích, poruchy zrakového vnímání.

- Poškození dostředivých a odstředivých nervových drah.
- Poškození mozku.
- Anatomické odchylky mluvidel – přirostlá podjazyčná uzdička, vadný skus, atd. (Škodová, Jedlička, a kol. 2007, s. 332).

Klasifikace dyslalie dle etiologie

Dyslalii dělíme na orgánovou a funkční.

- Orgánová dyslalie se vyskytuje jako důsledek narušení některého orgánu:
 - akustická dyslalie – sluchové vady,
 - labiální dyslalie – defekty rtu,
 - dentální dyslalie – defekty zubů,
 - palatální dyslalie – rozštěpy, anomálie patra,
 - lingvální dyslalie – anomálie jazyka,
 - nazální dyslalie – narušení nosovosti (nazality).
- Dyslalie funkční se dělí na dva typy:
 - senzorický typ – narušení sluchové diferenciacce,
 - motorický typ – artikulační neobratnost (Klenková 2006, s. 105).

Klasifikace dle kontextu

- hlásková – týká se izolované hlásky,
- kontextová – slabiková nebo slovní. Jednotlivé hlásky jsou tvořeny správně, obtíže jsou ve slabikách či větách.

Klasifikace dle rozsahu

- Dyslalia universalis (mnohočetná) – u této dyslalie je narušena výslovnost většiny hlásek.
- Dyslalia multiplex (gravis) – je narušena výslovnost většího množství hlásek, avšak srozumitelnost řeči je lepší než u dyslalie universalis.
- Parciální dyslalie (levis, simplex) – je narušena výslovnost jedné nebo několika hlásek. Může se jednat o dyslalii monomorfní, kdy jsou vadně vyslovované hlásky pouze v jednom artikulačním okrsku, nebo o dyslalii polymorfní, kdy jsou vadně vyslovované hlásky z více artikulačních okrsků (Klenková 2006, s. 105, 106).

Diagnostika

Cílem diagnostiky je zjistit příčiny, druh dyslalie, určit diagnózu a následně terapii. K diagnostice využíváme kombinaci testů a metod. V úvodu je třeba provést anamnestický rozhovor a orientační vyšetření sluchu. Zaměřujeme se také na skus, na dýchání a oromotoriku. Můžeme použít vyšetření jemné motoriky a aktivní mimické psychomotoriky.

Vyšetření dítěte probíhá hravou formou za pomoci obrázků, kdy sledujeme realizaci jednotlivých hlásek ve všech pozicích ve slovech. Soustředíme se také na slovní zásobu. Pokračujeme volným rozhovorem, abychom zjistili, jaký je mluvní projev dítěte při běžné komunikaci. Pokud vyšetřujeme dospívajícího či dospělého, používáme pomůcky a přístupy adekvátní jejich věku. Využíváme konverzaci, čtení časopisu či krátkých textů z novin, internetu (Škodová, Jedlička, a kol. 2007, s. 332, 333).

Terapie

Při vyvozování a korekci nesprávně a vadně tvořených hlásek dodržujeme zásady a principy vyvozování a korekce hlásek. Mezi tyto zásady řadíme:

- zásadu pozitivního přístupu.
- Zásadu krátkodobého cvičení, kdy je efektivní cvičit v krátkých časových úsecích.
- Zásada častého cvičení, kdy jsou lepší výsledky, pokud hlásku procvičujeme několikrát denně. Bývá uváděno, že nový, správný mluvní stereotyp je třeba opakovat až 30krát denně.
- Zásada zpětné vazby spočívá v kontrole sluchové, zrakové, kinestetické.
- Zásada využívání pomocných hlásek.
- Zásada minimální akce by měla zajistit i relaxační chvílku, smyslem je, aby nedošlo k přetížení jedince.
- Zásada individuálního přístupu znamená, že ke každému přistupujeme individuálně s ohledem na jeho možnosti a schopnosti (Krahulcová 2007, s. 47, 48).

Průběh odstraňování dyslalie

1. Přípravná cvičení – zaměřujeme se na rozvoj kognitivních schopností, motorických schopností a senzorických schopností.
2. Identifikace hlásky – jedinec se učí rozpoznávat hlásku sluchem, hmatem, zrakem, případně asociací s písmenem.
3. Vyvození hlásky – využíváme jednu nebo více metod vyvozování nové hlásky.
4. Fixace – upevnění nově vyvozené hlásky v hláskových spojeních (slabikách, slovech).
5. Automatizace – zautomatizování vyvozené hlásky při běžných situacích (Krahulcová 2007, s. 48).

Metody vyvozování a korekce

- Nepřímé metody – novou hlásku vyvozujeme z onomatopoií, využíváme zejména přírodní nebo technické zvuky.
- Metody přímé – jedná se o využití mechanismu zrakového a sluchového vnímání. Při této metodě využíváme i hmatové vnímání, například při vyvozování sykavek, kdy je možné vnímat rozdíl teploty výdechového proudu.

- Metody substituční – k vyvozování nové hlásky využíváme hlásku, která je na podobném artikulačním místě nebo má obdobný mechanismus tvorby a je jedincem s dyslalií vyslovována správně.
- Metody mechanické – pro vyvození hlásky se využívají různé pomůcky a přístroje. Znamé jsou například špátle, logopedické sondy, rotavibrátory, ad.
- Metoda vyvozování z mluvních celků – využívá se v případě, že jedinec s dyslalií je schopen hlásku v některém artikulačním spojení tvořit správně. Logoped danou hlásku identifikuje, izoluje a fixuje v dalších artikulačních spojeních (Krahulcová 2007, s. 49).

Dle Salomonové (Škodová, Jedlička, a kol. in Krahulcová 2007, s. 50) vychází postup vyvozování hlásek z fonetické klasifikace hlásek podle artikulačních okrásků, přičemž je doporučováno důsledně respektovat individuální schopnosti jedince s dyslalií. V praxi se osvědčuje při respektování individuálních odlišností ve vývoji jedince respektovat i návaznosti fyziologického vývoje artikulace.

4.9 Dysartrie

„Dysartrie je porucha motorické realizace řeči jako celku vznikající při organickém poškození centrální nervové soustavy. Dysartrie vystupuje jako nejtypičtější narušení komunikační schopnosti související s poruchou artikulace. Nejtěžší stupeň dysartrické poruchy (anartrie) se projevuje neschopností verbální komunikace“ (Klenková 2006, s. 117).

Dysartrii vnímá mnoho autorů jako poruchu článkování řeči (řec. arthros – článek), která je způsobena poruchou inervace artikulačních orgánů. Někteří autoři dávají raději přednost termínu dysartofonie, který dle nich lépe vystihuje obtíže v oblasti respirační, fonační i artikulační (Klenková 2006, s. 117).

Etiologie

Dysartrie může být vrozená i získaná. K poškození mozku a jeho drah může dojít v období prenatálním (úrazy matky, infekční onemocnění, nedonošenost plodu), perinatálním (asfyxie) i postnatálním (meningitida, encefalitida, intoxikace). V pozdějším věku pak mohou způsobit dysartrii zánětlivá onemocnění mozku, nádory, úrazy mozku, metastázy v mozku, ad. (Klenková 2006, s. 118, 119) a degenerativní onemocnění mozku.

Vrozená (vývojová) dysartrie je nejčastěji spojována s dětmi, které mají diagnostikovanou mozkovou obrnu.¹³ Dalšími příčinami bývají úrazy mozku a mozkové nádory, které se bohužel objevují i u dětí.

¹³ V tomto textu používáme označení mozková obrna, neboť toto označení je používáno jak v končící MKN-10, tak v MKN-11, přestože v běžné praxi bývá u nás stále ještě poměrně často používán pojem dětská mozková obrna.

Dysartrie získaná vznikne jako porucha motorické realizace řeči na bázi poškození nebo onemocnění centrální nervové soustavy u dospělých osob. Příčinami jsou především cévní mozkové příhody, infekční a onkologická onemocnění mozku, úrazy mozku. Nemaleou skupinu tvoří již výše uvedená degenerativní onemocnění mozku, především jde o Parkinsonovu nemoc a roztroušenou sklerózu (Škodová, Jedlička, a kol. 2007, s. 312).

U dysartrie bývá narušen pyramidový a extrapyramidový systém a pyramidové dráhy. Dochází tedy k poškození nervových drah, které propojují korové mozkové oblasti s mozkovým kmenem. Pro realizaci mluvy mají primární vliv hlavové (mozkové) nervy, dále pak míšní nervy, které se podílejí na dýchání. Pokud dojde k jednostrannému případně oboustrannému poškození jednotlivých nervů, vznikne následkem toho částečná nebo úplná porucha funkce řečového orgánu (Klenková 2006, s. 119).

U dysartrie bývají poškozené tyto nervy:

- V. hlavový nerv – trojklanný – jeho poškození způsobuje ochablost až neschopnost ovládat čelist, otevírat a zavírat ústa, je omezená funkce žvýkání.
- VII. hlavový nerv – lící – poškození způsobí narušení mimiky obličejových svalů, je omezena pohyblivost rtů, nelze je vyšpulit a nedojde k dotyku rtu a zubů.
- IX. hlavový nerv – jazykohltanový – při jeho narušení je omezená pohyblivost jazyka a svalstva hltanu, což mj. nepříznivě působí na artikulaci.
- X. hlavový nerv – bloudivý – jeho poškození negativně působí na funkci hltanu, hrtanu, měkkého patra a hlasivkových vazů.
- XII. hlavový nerv – podjazykový – jeho narušení způsobuje ochablost jazyka – je omezená hybnost jazyka, potíže činí vyplazování či zatažení jazyka zpět do úst, jsou omezené boční pohyby jazyka (Klenková 2006, s. 119).

Symptomatologie

Níže uvádíme dělení dysartrie dle lokalizace poškození centrální nervové soustavy.

1. Pyramidová (spastický typ vývojové dysartrie): je přítomna při narušení centrálního motorického neuronu (pyramidový trakt), nejčastěji u spastické formy mozkové obrny. V řečovém projevu je narušeno dýchání, rytmus mluvy i činnost rtu a jazyka. Tvorba řeči je křečovitá, tvrdá a nosová, neboť je ovlivněna spasticitou.
2. Extrapyramidová (atetoidní, hyperkinetický či hypokinetický typ): bývá přítomna u dyskinetické formy mozkové obrny. Artikulace může být nezřetelná kvůli žmolavým (atetoidním) pohybům jazyka. U hyperkinetického typu dysartrie je řeč téměř nesrozumitelná.
3. Cerebelární (ataktický typ): je narušen mozeček a jeho dráhy. Tento typ bývá přítomen u dětí s mozkovou obrnou a také často jako následek nádorového onemocnění mozečku. Mluva je skandovaná se zdůrazňováním jednotlivých slabik.

4. Bulbární dysartrie: je přítomna při poškození motorických jader prodloužené míchy a hlavových nervů, které inervují řečové orgány. Vyskytuje se náhle po úrazech a operacích, při kterých dojde k poškození centrální nervové soustavy. Při oboustranném narušení je porušeno polykání a žvýkání.
5. Kortikální (korová) dysartrie: bývá přítomna při postižení motorických oblastí mozkové kůry. V řeči je zřejmá setřelá artikulace, opakování prvních slabik a částí slov, chaotická artikulační hybnost.
6. Smíšená dysartrie: vzniká kombinací projevů z výše uvedených typů dysartrií (Škodová, Jedlička, a kol. 2007, s. 313, 314).

Diagnostika

Jedná se o komplexní diagnostiku, na které se spolupodílí mnoho odborníků (neurolog, logoped, otorinolaryngolog, foniatr, ad.). V rámci diagnostiky dysartrie je třeba se zaměřit na:

- motorické funkce artikulačních orgánů,
- výslovnost jednotlivých hlásek,
- respiraci,
- rezonanci,
- fonaci,
- prozodii.

V praxi existuje velké množství diagnostických metodik, jejichž struktura je velmi podobná. Všechny jsou zaměřeny na stejný (základní) cíl, jímž je zhodnotit kvalitu dýchání, fonace, artikulace, ad. (Lechta, a kol. 2003, s. 240, 241). V České republice a Slovensku se pro diagnostiku dysartrie používá Test dysartrie 3F, který sestává ze tří funkčních celků: F1 – faciokineze (artikulace – inervace svalů), F2 – fonorespirace (dýchání, funkce hlasivek), F3 – fonetika (mluvená řeč) (Cséfalvay, Lechta, a kol. 2013, s. 136).

Terapie

V rámci terapie dysartrie je nezbytná propojenost péče logopedické s fyzioterapií. Aktuálně jsou nejčastěji využívány následující rehabilitační metodiky: Bobath koncept, Vojtova metoda (metodika reflexní lokomoce), Kabatova metoda, myofunkční terapie, ad.

Obecně lze uvést, že při terapii dysartrie se stimulují spontánní motorické řečové schopnosti (masáž mluvidel, spojování zvukových a slovních projevů, stimulace fonologické diferenciací), rozvíjí se motorika mluvidel a artikulační schopnosti (dechová, fonační, motorická cvičení) (Neubauer, a kol. 2018, s. 433–435).

4.10 Narušení grafické stránky řeči

Specifické poruchy učení, které jsou označovány jako narušení grafické stránky řeči, nelze vnímat jako izolované poruchy. Je třeba přijmout fakt, že bývá zasažena celá osobnost jedince se specifickými poruchami učení, kdy je negativně ovlivněn především přístup k získávání informací prostřednictvím čtení. Úsilí, které dítě se specifickými poruchami učení ve škole vynakládá, neodpovídá školním výsledkům. Proto, že největší obtíže mívají jedinci se specifickými poruchami učení během školní docházky, spadá náprava specifických poruch učení do resortu školství. Ve zdravotnickém resortu bývá věnována péče těm jedincům, kteří mají specifické poruchy učení jako komplikaci původní (jiné) diagnózy (Škodová, Jedlička, a kol. 2007, s. 361).

Etiologie

Specifické poruchy učení mohou být zapříčiněny následujícími příčinami:

- difuzním poškozením mozku v období prenatálním, perinatálním, postnatálním,
- dědičností,
- kombinací difuzního postižení mozku a dědičnosti,
- jinými příčinami – např. sekundárními projevy neuróz, deprivacími faktory v raném dětství, ad. (Škodová, Jedlička, a kol. 2007, s. 363).

Na základě výzkumů Americké psychiatrické společnosti lze říci, že v období školního věku trpí některou specifickou poruchou učení 5 až 15 % dětí, v době dospělosti bývají uváděna 4 %. Největší zastoupení mezi jedinci se specifickými poruchami učení mají jedinci se specifickou poruchou čtení, kteří tvoří cca 70 až 80 % jedinců se všemi druhy specifických poruch učení. Tuto diagnózu mívají častěji muži a to v poměru 2:1 až 3:1 (Neubauer, a kol. 2018, s. 215).

MKN-11 užívá pro specifické poruchy učení označení vývojové poruchy učení. V MKN-11 lze nalézt kategorii Vývojové poruchy učení, které jsou podkategorií Neurovývojových poruch a ještě výše je kategorie Duševní, behaviorální nebo neurovývojové poruchy. Vývojové poruchy učení jsou dle MKN-11 (2023) charakterizovány významnými a přetrvávajícími obtížemi při osvojování akademických dovedností, které mohou zahrnovat čtení, psaní nebo počítání. Výkon jedince v poruchou zasažených akademických dovednostech je výrazně nižší vzhledem k jedincově biologickému věku a obecné úrovni jeho intelektových funkcí a vede k významnému narušení akademického nebo profesionálního fungování jedince. Vývojové poruchy učení se zpravidla poprvé projeví v raném školním věku při výuce akademických dovedností. Vývojové poruchy učení nejsou způsobeny poruchou vývoje intelektu, smyslovým postižením (zraku nebo sluchu), neurologickou nebo motorickou poruchou, nedostatečnou dostupností vzdělání, nedostatečnou znalostí jazyka akademické výuky nebo psychosociálními překážkami.

Vývojové poruchy učení jsou v MKN-11 děleny na:

- **vývojovou poruchu učení s poruchou čtení (dyslexie):** je charakterizována významnými a přetrvávajícími obtížemi při osvojování akademických dovedností, které se týkají čtení. Jde o přesnost čtení slov, plynulost čtení a čtení s porozuměním. Výkon jedince ve čtení je výrazně nižší vzhledem k jeho biologickému věku a obecné úrovni jeho intelektových funkcí a vede k významnému narušení akademického nebo profesionálního fungování jedince. Zpravidla se poprvé projeví v raném školním věku při výuce akademické dovednosti. Není způsobena poruchou vývoje intelektu, smyslovým postižením (zraku nebo sluchu), neurologickou nebo motorickou poruchou, nedostatečnou dostupností vzdělání, nedostatečnou znalostí jazyka akademické výuky nebo psychosociálními překážkami (MKN-11 2023).
- **Vývojovou poruchu učení s poruchou písemného projevu (dysortografie):** je charakterizována významnými a přetrvávajícími obtížemi při osvojování akademických dovedností, které se týkají psaní. Jedná se o přesnost pravopisu, gramatiky a interpunkce a organizace a soudržnosti myšlenek při psaní. Výkon jedince v písemném projevu je výrazně nižší vzhledem k jeho biologickému věku a obecné úrovni jeho intelektových funkcí a vede k významnému narušení akademického nebo profesionálního fungování jedince. Obvykle se poprvé projeví v raném školním věku při výuce akademické dovednosti. Není způsobena poruchou vývoje intelektu, smyslovým postižením (zraku nebo sluchu), neurologickou nebo motorickou poruchou, nedostatečnou dostupností vzdělání, nedostatečnou znalostí jazyka akademické výuky nebo psychosociálními překážkami (MKN-11 2023).
- **Vývojovou poruchu učení s postižením v matematice (dyskalkulie):** je charakterizována významnými a přetrvávajícími obtížemi při osvojování akademických dovedností, které se týkají matematiky nebo aritmetiky. Jde o význam čísel, zapamatování číselných údajů, přesný výpočet, plynulý výpočet a přesné matematické uvažování. Výkon jedince v matematice nebo aritmetice je výrazně nižší vzhledem k jeho biologickému věku a obecné úrovni jeho intelektových funkcí a vede k významnému narušení akademického nebo profesionálního fungování jedince. Není způsobena poruchou vývoje intelektu, smyslovým postižením (zraku nebo sluchu), neurologickou poruchou, nedostatečnou dostupností vzdělání, nedostatečnou znalostí jazyka akademické výuky nebo psychosociálními překážkami (MKN-11 2023).
- **Vývojovou poruchu učení s jiným specifikovaným postižením učení:** je charakterizována významnými a přetrvávajícími obtížemi při osvojování jiných akademických dovedností než je čtení, matematika a písemný projev. Výkon jedince v příslušné akademické dovednosti je výrazně nižší vzhledem k jeho biologickému věku a obecné úrovni jeho intelektových funkcí a vede k významnému narušení akademického nebo profesionálního fungování jedince. Není způsobena poruchou vývoje intelektu, smyslovým postižením (zraku nebo sluchu), neurologickou

poruchou, nedostatečnou dostupností vzdělání, nedostatečnou znalostí jazyka akademické výuky nebo psychosociálními překážkami (MKN-11 2023).

- **Vývojová porucha učení, neurčená:** k ní nebyly v době tvoření tohoto textu v MKN-11 uvedeny žádné podrobnosti.

U dětí se specifickými poruchami učení (např. dyslexie, dysortografie, dyskalkulie, dysgrafie) je narušen běžný způsob získávání dovedností. Téměř vždy se projevují u dětí s vývojovou dysfázií a dyspraxií (Neubauer, a kol. 2018, s. 214).

Symptomatologie

Dyslexie – Matějček (Lechta, a kol. 2003, s. 298) uvádí, že Světová neurologická federace v roce 1968 ustavila komisi, která formulovala následující definici dyslexie: specifická vývojová dyslexie je porucha projevující se neschopností naučit se číst, přestože se dítěti dostává běžného výukového vedení, má přiměřenou inteligenci a sociokulturní příležitost. Je podmíněna poruchami v základních poznávacích schopnostech, přičemž tyto poruchy jsou často konstitučního původu.

Dysortografie – mechanismy vzniku dysortografie jsou obdobné jako u dyslexie, specifické poruchy řeči a nedostatky sluchového vnímání jsou podstatnější. Projevují se specifické asimilace, záměny tvrdých a měkkých slabik, specifická artikulační neobratnost, ad. (Lechta, a kol. 2003, s. 299, 300).

Dysgrafie – je specifická porucha psaní jako grafomotorického aktu (grafomotoriky). Dítěti činí obtíže nápodoba tvaru písmen a číslic, nepamatuje si tvary a zrcadlově je obrací. Písmo bývá toporné a křečovitě, ad. Přičemž netrpí žádným závažnějším smyslovým či pohybovým postižením. Velké problémy mu činí naučit se napodobovat tvary písmen a číslic – nepamatuje si je.

Dyskalkulie – je specifická porucha početních operací. Dítě často není schopné pochopit symbolickou povahu čísla, ulpívá na konkrétních názorných představách. Obtíže mu činí přechody přes desítku, ad. Můžeme hovořit o jakési době dyslexie v oblasti matematiky (Lechta, a kol. 2003, s. 300, 301).

Diagnostika

Diagnostiku specifických poruch učení provádějí psychologové nebo speciální pedagogové nejčastěji v pedagogicko-psychologických poradnách. Současně s nimi může specifické poruchy učení diagnostikovat u dítěte i klinický psycholog. V rámci diagnostiky logopedické se používá standardní baterie specifických poruch učení v kombinaci s jazykovými testy, jako jsou Token test, Zkouška jazykového citu, Heidelberský test řečového vývoje (Neubauer, a kol. 2018, s. 215).

Terapie

Terapie by měla být komplexní, měli by se na ní spolu s dítětem podílet učitelé, psychologové, speciální pedagogové, logopedi.

Pro komplexnější poznání poměrně široké oblasti specifických poruch učení doporučujeme informační zdroje, které se jim přímo věnují – je jich dostatek.

4.11 Symptomatické poruchy řeči

Symptomatické poruchy řeči lze definovat jako narušení komunikační schopnosti, které doprovází jiné, dominující postižení, případně poruchy a onemocnění (Lechta 2002, s. 52).

Etiologie

Modely vzniku symptomatických poruch řeči dle Lechty (2002, s. 53):

1. Primární příčina (např. dědičnost) způsobí dominující postižení nebo poruchu (např. hluchotu). Dominující postižení provází kromě jiného narušená komunikační schopnost – symptomatická porucha řeči.
2. Primární příčina (např. orgánové poškození mozku) způsobí dominující postižení (např. mentální postižení) se sekundárně narušenou komunikační schopností. Současně však stejná primární příčina způsobí i paralelní poškození či postižení (např. v inervaci mluvních orgánů) s jeho dalším negativním vlivem na komunikační schopnost.
3. Existují dvě (příp. více) primární příčiny, které svým vlastním mechanismem působí negativně na komunikační schopnost jedince. Například nevidomost (se svou vlastní příčinou) se sekundárně negativně projeví na komunikační schopnosti nevidomého dítěte (např. verbalismem). Současně však i jiná příčina (např. negativní vliv prostředí) může též nepříznivě ovlivnit rozvoji komunikační schopnosti dítěte.

Symptomatologie

S ohledem na velké množství možných kombinací různých příčin, které symptomatické poruchy řeči mohou způsobovat, nelze symptomy jednoznačně vyjmenovat. Pro určité typy primárních příčin však existují jisté typické znaky, které uvádíme níže.

- Sluchové vady mají za následek narušení modulačních faktorů řeči a artikulace.
- Poruchy intelektového vývoje negativně ovlivňují obsahovou stránku řeči (malá slovní zásoba, ad.).
- V případě poruch autistického spektra bývá snížený zájem o komunikaci, narušena je i neverbální složka řeči.
- Mozková obrna může způsobovat (v závislosti na závažnosti) těžké narušení motorické realizace hlásek (Škodová, Jedlička, a kol. 2007, s. 391).

Diagnostika

Z důvodu složitosti a velké variability symptomatických poruch řeči se při komplexní diagnostice vychází z diagnostiky a diferenciální diagnostiky jednotlivých poruch (Škodová, Jedlička, a kol. 2007, s. 391).

Terapie

Stejně tak jako u diagnostiky je i logopedické terapie o jedince se symptomatickými poruchami řeči složitá a spolupodílí se na ní instituce působící pod resorty: zdravotnictví, školství, práce a sociálních věcí (Škodová, Jedlička, a kol. 2007, s. 393).

Mezi nejčastější symptomatické poruchy řeči patří narušená komunikační schopnost u dětí s mozkovou obrnou a narušená komunikační schopnost u dětí s poruchami intelektového vývoje. Menší skupinu potom tvoří děti nevidomé a děti se sluchovým postižením (Klenková 2006, s. 185).

4.12 Poruchy hlasu

Sovák (in Lechta, a kol. 2003, s. 142) „definuje poruchu hlasu jako patologickou změnu v individuální struktuře hlasu, změnu v jeho akustických kvalitách, způsobu tvoření a používání, přičemž v hlase se mohou vyskytnout i různé vedlejší zvuky.”

Poruchy hlasu mohou zapříčinit horší srozumitelnost, příp. nesrozumitelnost mluvy. Mohou se vyskytovat samostatně, příp. spolu s jinými druhy narušené komunikační schopnosti (např. dysartrie, afázie, balbuties), popř. jako součást některých tělesných (např. onemocnění plic) či duševních chorob (např. hysterie) (Lechta, a kol. 2003, s. 142). Hlasem a jeho poruchami se primárně zabývá lékařský obor foniatrie.

Etiologie

Poruchy hlasu vznikají na podkladě orgánovém, funkčním, psychogenním nebo z jiných příčin.

- Příčiny orgánové: záněty, nádory, úrazy, poruchy inervace hrtanu, ad.
- Příčiny funkční: vznik poruchy hlasu z přemáhání hlasového orgánu – hyperkinetická dysfonie (u dospělých, hlasových profesionálů, ad.).
- Příčiny psychogenní: psychogenní dysfonie a psychogenní afonie, fonastenie, prodloužená mutace. Nápadné je svírání hlasivek, které nekmitají, jsou v pozici jako při šepotu. Přičemž na hlasivkách není patologický nález.
- Příčiny jiné: porucha uzávěru hlasivkové štěrbiny a kmitání hlasivek, porucha tlaku výdechového vzdušného proudu, změny v rezonančních nadhrtanových dutinách, neurodynamické nebo funkční poruchy hlasu, při nichž není zjištěna orgánová změna hrtanu a hlasivek a nejsou přítomny prvotní poruchy inervace (Lechta, a kol. 2003, s. 147).

Diagnostika

Na diagnostice poruch hlasu se podílí odborníci z lékařských i nelékařských odborů (foniatrie, otorinolaryngologie, neurologie, psychiatrie, psychologie, logopedie). Vyšetření je zaměřeno na: dýchání, fonaci, mluvený hlas, rezonanci, klinické symptomy a dýchání, a zjišťovány jsou i anamnestické údaje a rizikové faktory (Klenková 2006, s. 178).

Terapie

U orgánových poruch hlasu se terapie zaměřuje na léčbu příčin. Při akutních nebo chronických zánětech se nasazuje medikamentózní léčba. U nádorových onemocnění dochází obvykle k chirurgickému řešení, radioterapii, apod. Následně lze zahájit hlasovou rehabilitaci. Specifickou skupinu tvoří jedinci po odstranění hrtanu. U funkčních poruch se nacvičuje brániční dýchání, měkký hlasový začátek, správná dechová koordinace, rezonance hlasu, ad. (Neubauer, a kol. 2018, s. 572, 574).

4.13 Kombinované vady a poruchy řeči

O kombinovaných poruchách a vadách řeči hovoříme u jedinců, u kterých je přítomno více druhů narušené komunikační schopnosti současně. Různé druhy narušené komunikační schopnosti mohou být „vedle sebe“ (paralelně), popř. může jeden druh narušené komunikační schopnosti podmiňovat další. Může se jednat např. o kombinaci koktavosti, breptavosti a dyslalie, popř. dysartrie a dysfonie – nebo o kombinaci jiných druhů narušené komunikační schopnosti. Etiologie, diagnostika, symptomatologie i terapie se odvíjejí od toho, o kombinaci jakých druhů narušené komunikační schopnosti se jedná, jaká je jejich závažnost. Dále závisí i na tom, zda u konkrétního jedince jsou přítomny i jiné druhy postižení, které mohou situaci jedince výrazně znesnadňovat: poruchy intelektového vývoje, sensorická postižení, apod.

5 Alternativní a augmentativní komunikace

Augmentativní a alternativní komunikace bývá využívána při snaze kompenzovat (dočasně či trvale) projevy závažných druhů narušené komunikační schopnosti. Smyslem využívání augmentativní a alternativní komunikace je umožnit jedincům se závažnými druhy narušené komunikační schopnosti se dorozumět, vhodně reagovat na podněty z okolí. Dosahováno toho bývá využíváním všech komunikačních schopností a možností jedince. Dle Laudové (Škodová, Jedlička, a kol. 2007, s. 565) mají augmentativní (z lat. augmentare – rozšiřovat) systémy komunikace podporovat – rozšiřovat již existující, ale pro běžné dorozumívání nedostatečné komunikační schopnosti. Alternativní systémy komunikace se využívají jako náhrada mluvené řeči.

Obecně lze metody augmentativní a alternativní komunikace dělit na metody bez pomůcek a na metody s pomůckami.

1. Metody bez pomůcek zahrnují přirozené způsoby komunikace, jako je mimika, gestika, komunikace akcí (činem). Jedná se např. o:

- systémy využívající manuální znaky.
- Přirozený znakový jazyk neslyšících – standardně je užíván v komunitě neslyšících (má svou vlastní gramatiku a syntax).
- Znakována čeština využívá znaky, které jsou doprovázeny mluvenou řečí. Gramatická stránka a syntax jsou obdobné jako u českého jazyka.
- Znakování klíčových slov znamená, že jsou znakována slova, která jsou hlavními nositeli sdělení. Znakování klíčových slov je doprovázeno běžnou mluvenou formou řeči. Využívá se často u jedinců se závažnějšími formami poruch intelektového vývoje.
- Prstová abeceda se využívá jako podpora manuálních znaků, nejčastěji pro jména a názvy – především pro takové pojmy, pro které není vytvořen znak.
- Metoda Tadoma je využívána u jedinců s hluchoslepotou. Jedinec s hluchoslepotou se dotýká obličeje a krku mluvící osoby. Palcem se dotýká rtů, zbytek prstů odhmatává vibrace na tvářích, čelistech a krku.
- Lormova abeceda je stejně jako Tadoma používána u jedinců s hluchoslepotou, jednotlivá písmena abecedy se vyznačují dotykem na dlani či prstech jedné ruky (Škodová, Jedlička, a kol. 2007, s. 568–570).

2. Metody s pomůckami pomůcky se dělí na netechnické a technické.

a) Pomůcky netechnické: jedná se o takové pomůcky, které nevyužívají k provozu napájení baterie ani elektrický proud, nejsou náročné na osvojení a jsou cenově dostupnější. Mezi nevýhody patří, že nemají hlasový výstup, který někdy může být smysluplný.

Trojrozměrné zobrazení – reálné předměty (konkrétní lahvička s pitím, hračka), reálné předměty jako symboly (bonbon), části předmětů jako symboly, referenční předměty (lžíce = jídlo), zmenšeniny.

- Fotografie a komunikační tabulky z fotografií – často bývají používány jako první metoda augmentativní a alternativní komunikace u dětí. S ohledem na současné technické možnosti (mobilní telefon s fotoaparátem, digitální fotoaparát, ad.) je využití této metody poměrně snadné. I tato komunikace má však svá pravidla (barevný kontrast, bílé pozadí, „čitelnost“, ad.).
- Grafické symboly (systémy) – symboly PCS (Picture Communication Symbols) byly vytvořeny v USA a následně se rozšířily po celém světě. Symboly lze tisknout z počítačového programu Boardmaker, kde je v základní verzi obsaženo kolem 5 000 symbolů. Symboly Widgit vznikly ve Velké Británii a jejich databáze je také přeložena do mnoha jazyků. Symboly Widgit jsou méně obrázkové než symboly PCS,

znázorňují pouze jeden pojem, který neobsahuje žádné další informace. Piktogramy byly vytvořeny v Kanadě. Jsou to černobílé symboly, které nemusí být především pro děti příliš atraktivní. Častěji jsou využívány u jedinců, kteří mají problémy se zrakovým rozlišením (kvůli kontrastu). Systém Bliss je grafický jazykový systém. V našich podmínkách se prakticky nerozšířil. Důvodem je jeho náročnost a také skutečnost, že je vhodný jen pro malý počet uživatelů.

- Komunikační tabulky – jsou vytvářeny individuálně na míru každému jedinci, mohou být uspořádány dle různých kritérií (abecedně, schematicky, taxonomicky) (Šarounová, a kol. 2014, s. 16–24).

b) Pomůcky technické: jsou to pomůcky s hlasovým výstupem, např.: počítače, tablety.

- Pomůcky s hlasovým výstupem – komunikátory, jsou ozvučené komunikační tabulky. K předmětu nebo fotografii, které jsou umístěné na tabulce, lze nahrát sdělení. Aktivací tlačítka se nahrané sdělení přehraje. Tyto pomůcky se ještě dělí do dvou skupin, na pomůcky se statickým displejem a pomůcky s displejem dynamickým. Rozdíl je v tom, že pomůcky se statickým displejem mají předem daný počet okének, který je možné využít. U pomůcek s dynamickým displejem lze naprogramovat různý počet okének dle individuálních potřeb jedince. Do této skupiny můžeme dále zařadit pomůcky s jedním tlačítkem, pomůcky s více tlačítky, pomůcky s hlasovým výstupem na principu čtení čárových kódů, nebo čtečku akustických samolepek.
- Počítače, software – slouží k alternativnímu ovládní počítače (dotyková obrazovka, velkoplošná klávesnice, speciální počítačové myši, adaptéry a spínače, ovládní hlavou, ovládní očima, ad.). Komunikační software (např. Boardmaker, Symwriter, Altík) umožňuje tisk jednotlivých obrázků, komunikačních kartiček, pracovních schémat, zážitkových deníků. Software Grid2 Slouží přímo ke komunikaci prostřednictvím počítače. Je lokalizován pro český jazyk, má hlasový výstup. Sdělení jsou tvořena mřížkami s fotografiemi, symboly či slovy, popřípadě z písmen.
- Tablety – v současné době jsou k dispozici tablety se 3 různými operačními systémy: iOS, Android, Windows. Nelze jednoznačně určit, který operační systém je lepší. Výběr záleží na osobních preferencích a požadavcích jedince (Šarounová, a kol. 2014, s. 34–50).

6 Logopedické pomůcky

V logopedické praxi se používá celá řada pomůcek a terapeutických materiálů. Jejich využití by mělo být vyvážené, nemělo by nahrazovat aktivní přístup logopeda. Smyslem jejich využití je zvýšit efektivitu logopedické péče, navázat pozitivní terapeutický vztah. Při výběru pomůcek je vždy vhodné si ujasnit, do jaké kategorie daná pomůcka spadá a dle toho ji v rámci terapeutického sezení využít. Pomůcky lze dělit na:

- motivační pomůcky – podporují spolupráci terapeuta hlavně s dětmi. Jejich využití je podpůrné, nesmí nahrazovat logopedickou terapii a nesmí být zneužívány k tvorbě náhradního „programu“ při terapeutickém sezení.
- Terapeutické pomůcky – lze dále dělit na: pomůcky technické (špátle, sondy, rotavibrátory, ad.), obrazové a slovní materiály. V průběhu terapie se používají pouze dočasně, neboť smyslem je dosáhnout řečové komunikace bez využívání pomůcek.
- Stimulační pomůcky – slouží ke stimulaci specifických funkcí (paměť, pozornost, ad.). Využití např. tabletů či vhodných počítačových programů může být pro jedince s narušenou komunikační schopností motivující, atraktivní. Určitý limit těchto pomůcek spatřujeme v nízké možnosti jejich využívání při běžných komunikačních situacích a v neměřitelnosti jejich reálného přínosu (Neubauer, a kol. 2018, s. 84).

Klenková (2006, s. 61) uvádí dělení pomůcek dle Sováka, neboť jeho členění považuje za přehledné a využitelné i v současnosti. Pomůcky tak dělí na:

1. stimulační pomůcky – hudební nástroje, zvukové hračky, foukadla, ad., podněcují k napodobování zvuků, hlasů, foukání.
2. Motivační pomůcky – hry, hračky a další motivační předměty, pro posilování motivace ke spolupráci a ke komunikování.
3. Didaktické pomůcky – diagnostické obrázky, obrazový materiál k artikulaci hlásek, říkanky, povídky, ad.
4. Derivační pomůcky – metronom, bílý šum a jiné pomůcky, které mají odvrátit pozornost jedince od jeho vlastního mluvního projevu.
5. Podpůrné pomůcky – špátle, sondy, rotavibrátory, ad.
6. Názorné pomůcky – logopedické zrcadlo, analyzátoři zvuků, ad.
7. Registrační – záznamové archy, tabulky, audio a videozáznamy, ad.

7 Systém péče a jedince s narušenou komunikační schopností

V České republice je logopedická péče poskytována v zařízeních „státních“¹⁴ (kliniky, nemocnice, lázně, polikliniky, ad.), v zařízeních nestátních (církevní, charitativní, ad.) a soukromých (soukromé praxe klinických logopedů). Poskytování logopedické péče je v České republice realizováno v „institucích“, které spravují 3 různá ministerstva: ministerstvo zdravotnictví, ministerstvo práce a sociálních věcí, ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (Škodová, Jedlička, a kol. 2007, s. 45, 46). Je vhodné vědět, že dospělým jedincům (po ukončení přípravy na povolání) jsou určeni logopedi ve zdravotnictví. Dále je vhodné se orientovat i v tom, že jedinci s určitými druhy narušené komunikační schopnosti docházejí častěji k logopedovi ve zdravotnictví (např. jedinci s poruchami hlasu, jedinci s orofaciálními rozštěpy). Naopak jsou zase jedinci s jinými druhy narušené

¹⁴ Takto označujeme instituce, které mohou být „obstarávány“ nejen státem (ministerstvem zdravotnictví), ale i kraji, obcemi.

komunikační schopnosti, kteří obvykle docházejí k logopedům ve školském resortu (např. jedinci se specifickými poruchami učení, dyslalií) (Pečárková 2022, s. 99).

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

Logopedickou péči v resortu školství poskytuje logopedický preventista, logopedický asistent, speciální pedagog a školský logoped.

Logopedický preventista má nejčastěji středoškolské pedagogické vzdělání a kurz logopedické prevence. Jeho činnost je zaměřená především na rozvoj komunikačních dovedností (často u dětí předškolního věku).

Logopedický asistent absolvoval vysokoškolské bakalářské studium speciální pedagogiky se zaměřením na poruchy verbální komunikace. Supervizi mu poskytuje klinický logoped (zdravotnictví) anebo speciální pedagog (školství). V resortu ministerstva práce a sociálních věcí pracuje samostatně bez supervize.

Speciální pedagog je učitel se zaměřením na poruchy řeči a učení a se státní závěrečnou zkouškou z logopedie. Může působit na různých typech škol (mateřské škole, základní škole, základní škole speciální, ve škole zřízené dle § 16, odst. 9 školského zákona¹⁵), nebo ve speciálně pedagogických centrech (Škodová, Jedlička, a kol. 2007, s. 46).

Školský logoped získává kvalifikaci studiem pro přípravu školských logopedů a vysokoškolským vzděláním získaným studiem v akreditovaném magisterském studijním programu v oblasti pedagogických věd, které je zaměřeno na speciální pedagogiku se státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie, příp. magisterským studijním programem, který je zaměřen na logopedii a státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie (Zákon č. 563/2004 Sb., § 18a).

V mateřských školách je logopedická péče zajišťována činností učitelek mateřských škol, které by měly mít kvalifikaci logopedického asistenta. V některých mateřských školách jsou specializované třídy, kde se vzdělává menší počet dětí (do 14). Často je zajištěno odborné vedení klinickým logopedem či logopedem ze speciálně pedagogického centra.

V základních školách, ve školách zřizovaných dle § 16, odst. 9 školského zákona a v základních školách speciálních je logopedická péče poskytovaná v předmětu individuální logopedická péče či komunikační schopnosti, které vyučují učitelé s logopedickým vzděláním.

Logopedické péči se dále věnují školská poradenská zařízení (speciálně pedagogická centra, v některých případech i pedagogicko-psychologické poradny) (Neubauer, a kol. 2018, s. 58).

¹⁵ V textu odkazovanou, zmiňovanou legislativu uvádíme v aktuálním znění, resp. jsme pracovali, vycházeli z aktuálního znění, které bylo k dispozici v době tvoření tohoto textu. V budoucnosti se bude legislativa pravděpodobně měnit. Prosíme ctěné čtenáře, aby si informace čerpané z legislativy ověřovali v aktuálním znění zákonů a vyhlášek, popř. v zákonech a vyhláškách, které stávající zákony a vyhlášky nahradí.

Ministerstvo zdravotnictví

V resortu zdravotnictví působí logopedi, kteří jsou absolventy vysokoškolského studia logopedie nebo speciální pedagogiky se zaměřením na poruchy komunikace a učení, kteří složili státní závěrečnou zkoušku z logopedie a surdopedie. Pracují pod supervizí klinického logopeda, nejsou oprávněni provozovat privátní logopedickou praxi.

Klinický logoped je úspěšný absolvent postgraduálního vzdělávání (specializační přípravy). Ke svému působení nepotřebuje supervizi a po splnění dalších podmínek může získat licenci na provozování vlastní privátní praxe.

Logoped i klinický logoped může vykonávat svou praxi v soukromých i „státních“ logopedických ambulancích či poradnách, na logopedických pracovištích při lůžkových odděleních zdravotnických zařízení (foniatrie, pediatrie, psychiatrie, neurologie, léčebny pro dlouhodobě nemocné, plastické chirurgie, ad.), na specializovaných zdravotnických pracovištích (např. jednotkách intenzivní péče), ad. (Škodová, Jedlička, a kol. 2007, s. 47).

Ministerstvo práce a sociálních věcí

V resortu práce a sociálních věcí mohou působit logopedi, kliničtí logopedi, speciální pedagogové se specializací logopedie a surdopedie. Kvalifikační předpoklady se odvíjí od typu pracoviště, na kterém logoped působí a od náplně práce, kterou bude vykonávat (Škodová, Jedlička, a kol. 2007, s. 48). Logopedi zde mohou působit ve střediscích rané péče, v zařízeních sociální péče, v rámci občanských sdružení, Diakonie nebo České katolické charity, ad. (Neubauer, a kol. 2018, s. 59).

Závěr

Je třeba si uvědomit, že text, který jste právě dočetli, představuje určitý „vstup“ do oblasti speciální pedagogiky jedinců s narušenou komunikační schopností. Rozhodně jej nelze vnímat jako „všeobjímající“ a „vše vysvětlující“. Pro intenzivnější teoretické poznání této vědy i jejího praktického využívání je třeba nejen dalšího studia mnoha kvalitních a důvěryhodných informačních zdrojů, ale i reálné a pokud možno osobní (ne např. pouze zprostředkované „technologemi“) „setkávání“ se s odborníky, kteří se jedincům s narušenou komunikační schopností věnují a pochopitelně i setkávání se s jedinci s narušenou komunikační schopností. Výše uvedenému studiu a „setkávání“ se je žádoucí se věnovat po celou dobu aktivního profesního života, neboť jak speciální pedagogika jedinců s narušenou komunikační schopností, tak i vědy, které s ní více či méně souvisejí, se stále vyvíjejí a přinášejí tu více, tu méně zásadnější nové informace a poznatky, které je vhodné znát a využívat.

Jak jsme uváděli na počátku tohoto textu – komunikace je v lidské společnosti zásadním „dějem“. Odborníci věnující se speciální pedagogice mají být těmi, kteří budou schopní a kompetentní nalézat vhodné komunikační možnosti pro jedince s narušenou komunikační schopností. Ideálně by měli být těmi, kteří se zásadně podílejí na odstraňování, popř. alespoň zmírňování narušené komunikační schopnosti. Pokud takové schopnosti a kompetenci tento text napomohl, byl splněn smysl, kvůli kterému vznikl.

Seznam použitých zdrojů

BIČAN, A., 2017. Fonématica. In: *CzechEncy – nový encyklopedický slovník češtiny*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20221128123357/https://www.czechency.org/slovník/FON%3%89MATIKA>. [archivováno 2022-11-28T12:33:57Z]. [citováno 2023-12-22].

CSÉFALVAY, Z., LECHTA, V., a kol., 2013. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-22-0364-3.

DSPACE.CUNI.CZ, 2024. Balbutiogram. In: *Dspace.cuni.cz*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), https://web.archive.org/web/20240210143825/https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/73915/DPPR_2012_1_11410_0_387268_0_133592.pdf. [archivováno 2024-02-10T14:38:25Z]. [citováno 2024-02-10].

Gestóza, 2023. In: *Velký lékařský slovník*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20231222202520/https://lekarske.slovníky.cz/pojem/gestoza>. [archivováno 2023-12-22T20:25:20Z]. [citováno 2023-12-22].

HARTMANN, B., LANGE, M., 2008. *Mutismus v dětství, mládí a dospělosti*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-021-8.

ICD-11, 2023. Online. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. [citováno 2023-12-16].

JESTE, D. V., et al., 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Online. Fifth edition. Arlington: American Psychiatric Publishing. ISBN 978-0-89042-554-1. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), https://ia800900.us.archive.org/0/items/info_munsha_DSM5/DSM-5.pdf. [archivováno 2023-02-03T22:20:38Z]. [citováno 2023-12-16].

KLENKOVÁ, J., 2006. *Logopedie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1110-9.

KOLEKTIV AUTORŮ, 1995. *Akademický slovník cizích slov*. 1. vyd. Praha: Academia. ISBN 80-200-0524-2.

KRAHULCOVÁ, B., 2007. *Dyslalie – patlavost*. 1. vyd. Praha: Beakra. ISBN 978-80-903863-0-3.

KRČMOVÁ, M., a kol., 2023. 5.3.1 Systematika vokálních zvuků (vokoidů) z artikulačního hlediska. In: *Fonetika a fonologie*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor),

<https://web.archive.org/web/20140906032031/https://is.muni.cz/elportal/estud/ff/js08/fo netika/uceb nice/ch05s03s01.html>. [archivováno 2014-09-06T03:20:31Z]. [citováno 2023-12-17].

KUTÁLKOVÁ, D., 2002. *Opožděný vývoj řeči: Dysfázie*. 1. vyd. Praha: Septima. ISBN 80-7216-177-6.

LECHTA, V., 2002. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-572-5.

LECHTA, V., a kol., 2003. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-801-5.

LECHTA, V., 2004. *Koktavost*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-867-8.

LEJSKA, M., 2003. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-038-7.

MKN-11, 2023. Online. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/ext/mkn-11-nahled/>. [citováno 2023-12-15].

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

PEČÁRKOVÁ, J., 2022. *Logopedie včas: otázky a odpovědi*. 1. vyd. Praha: Raabe. ISBN 978-80-7496-502-9.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, A., 2003. *Logopedické minimum*. Dotisk 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0258-0.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, A., 2006. Speciální pedagogika osob s narušením komunikační schopnosti. In: M. RENOTIÉROVÁ, L. LUDÍKOVÁ, V. JONÁŠKOVÁ, O. KREJČÍŘOVÁ, J. KUJA, J. LANGER, J. MICHALÍK, O. MÜLLER, A. PEUTELSCHMIEDOVÁ, P. ŘEPOVÁ, E. SOURALOVÁ, M. VALENTA, K. VITÁSKOVÁ. *Speciální pedagogika*, s. 271–291. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1475-9.

PRŮCHA, J., 2011. *Dětská řeč a komunikace: poznatky vývojové psycholingvistiky*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3603-7.

ŠAROUNOVÁ, J., a kol., 2014. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0716-0.

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I., a kol., 2007. *Klinická logopedie*. 2. aktual. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-340-6.

Šťastný úsměv, z.s. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20231223012304/http://stastny-usmev.cz/>. [archivováno 2023-12-23T01:23:04Z]. [citováno 2023-12-23].

VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A., 2005. *Logopedie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1088-5.

WIKISKRIPTA, 2019. Poruchy řeči. In: *WikiSkripta*. Online. Aktualizováno 2019-01-14. ISSN 1804-6517. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), https://web.archive.org/web/20230203222038/https://www.wikiskripta.eu/w/Poruchy_%C5%99e%C4%8Di. [archivováno 2023-02-03T22:20:38Z]. [citováno 2023-12-14].

Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících. In: *Zákony pro lidi*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20231220122448/https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-563>. [archivováno 2023-12-20T12:24:48Z]. [citováno 2023-12-24].

Název	Speciální pedagogika jedinců s narušenou komunikační schopností
Autoři	Mgr. Barbora Hodíková Mgr. Miroslav Meier, Ph.D.
Recenzent	PhDr. Pavel Kliment, Ph.D.
Vydavatel	Technická univerzita v Liberci Studentská 1402/2, Liberec
Schváleno	Rektorátem TUL dne 14. 2. 2024, čj. RE 11/24
Vyšlo	v březnu 2024
Vydání	1.
ISBN	978-80-7494-691-2
Č. publikace	55-011-24

Tato publikace neprošla redakční ani jazykovou úpravou.

