

# Obsah

Úvod.....	10
1. Komunikace .....	11
1.1 Nelze nekomunikovat .....	11
1.2 Definice pojmu komunikace .....	12
1.3 Funkce komunikace .....	13
1.4 Neverbální komunikace .....	13
1.5 Verbální komunikace .....	14
1.6 Komunikace a logopedie .....	15
2. Systém českých hlásek.....	16
2.1 Samohlásky .....	16
2.2 Dvojhásky .....	17
2.3 Souhlásky.....	17
2.3.1 Klasifikace podle místa artikulace .....	18
2.3.2 Klasifikace podle způsobu artikulace .....	18
2.3.3 Klasifikace podle účasti nosní dutiny .....	18
2.3.4 Klasifikace podle činnosti hlasivek .....	18
2.3.5 Klasifikace podle artikulujícího orgánu.....	19
2.3.6 Klasifikace podle sluchového dojmu.....	19
2.3.7 Klasifikace podle pravopisu.....	19
3. Mluvní orgány a jejich činnost .....	20
3.1 Dýchací ústrojí.....	20
3.2 Hlasové ústrojí .....	21
3.3 Artikulační ústrojí .....	23
3.3.1 Nadhrtanové rezonanční dutiny .....	23
3.3.2 Mluvidla v užším slova smyslu .....	23
4. Logopedie jako vědní obor .....	25
4.1 Vymezení pojmu.....	25
4.2 Koncepce logopedické péče.....	26

4.3 Logopedičtí pracovníci .....	26
4.4 Logopedická prevence .....	27
4.5 Logopedická společnost Miloše Sováka.....	28
5. Rozvoj řeči.....	29
5.1 Myšlení a vývoj řeči .....	29
5.2 Sluch a vývoj řeči .....	29
5.3 Zrak a vývoj řeči .....	30
5.4 Sociální prostředí a vývoj řeči .....	30
6. Poruchy řeči .....	32
6.1 Příčiny poruch řeči.....	32
6.2 Poruchy vývoje řeči .....	32
6.3 Získané organické poruchy řeči.....	34
6.3.1 Afázie.....	34
6.4 Narušení článkování řeči .....	36
6.4.1 Dysartrie.....	36
6.4.2 Dyslalie .....	36
6.5 Narušení plynulosti řeči .....	38
6.5.1 Koktavost (balbuties).....	38
6.6 Symptomatické poruchy řeči .....	40
6.6.1 Sluchově postižení .....	40
6.6.2 Zrakově postižení.....	42
6.7 Děti postižené dětskou mozkovou obrnou.....	44
6.8 Děti s dalšími poruchami a onemocněními.....	45
7. Správná a vadná výslovnost jednotlivých hlásek .....	47
7.1 Samohlásky (vokály) .....	47
7.2 Souhlásky (konsonanty).....	47
8. Verbální řeč afatiků .....	52
8.1 Opakování a porozumění opakovanému.....	53
8.2 Spontánní sdělování a telegramové vyjadřování .....	54

9. Vady výslovnosti žáků na 2. stupni základní školy .....	56
9.1 Zadání dotazníků.....	56
9.2 Dotazník.....	57
9.3 Grafické vyhodnocení dotazníků .....	59
9.3.1 Dívky .....	59
9.3.2 Chlapci .....	62
9.4 Shrnutí.....	65
10. Vady výslovnosti na střední škole .....	66
10.1 Zadání dotazníků.....	66
10.2 Grafické vyhodnocení dotazníků .....	67
10.2.1 Dívky .....	67
10.2.2 Chlapci .....	70
10.3 Shrnutí.....	73
11. Centrum Srdíčko, zařízení pro zdravotně a mentálně postižené děti a mládež .....	74
11.1 Stručná charakteristika centra .....	74
11.2 Rok 2006.....	75
11.3 Vady řečí u dětí se zdravotním postižením a intaktních jedinců .....	77
11.4 Williams – Beurenův syndrom .....	81
11.5 Prader – Willi syndrom.....	83
11.6 Autismus .....	85
Závěr .....	88
Seznam literatury .....	90
Seznam příloh .....	96

## Úvod

V diplomové práci se zabývám problematikou mluvených projevů u dětí mladšího školního věku. Právě mluvené projevy byly ještě donedávna poněkud zatlačovány do pozadí záznamy psanými.

S rozvojem moderní techniky se dostává do popředí studium mluvených projevů. Většina autorů se zabývá zejména projevy žáků vyšších typů škol nebo dospělých jedinců. Zkoumání mluvených komunikátů u mladších dětí je vzhledem k jejich jazykové vybavenosti poměrně problematické. Rovněž studijní materiály jsou k tomuto tématu mnohdy omezené.

Nejdříve jsem důkladně prostudovala dostupnou odbornou literaturu z oblasti fonetiky, logopedie a speciální pedagogiky. Nejnovější poznatky a materiály jsem čerpala na doporučení klinické logopedky z internetových portálů. Na základě zjištěných odborných informací jsem následně koncipovala hlavní strukturu praktické části. Snažila jsem se o popsání rozmanitých artikulačních vad, které patří v současné době k nejfrekventovanějším. Cíleně jsem se zaměřila i na zdravotně postižené děti a mládež, protože podle mého názoru bývá mnohdy logopedická náprava u řady postižení na úkor jiných složek opomíjena. Je logické, že spolupráce s těmito dětmi vyžadovala nejen odlišný přístup, ale zejména intenzivnější kontakt s nimi. K potřebným informacím bych se jako laik dostávala opravdu obtížně, proto jsem uvítala pomoc odborníků.

Pro zpracování zmíněné problematiky je nezbytná nejen znalost základní literatury, ale i neustálé sledování nejnovějších poznatků. Při psaní jsem se opírala především o knižní publikace Miloše Sováka, který v 70. letech minulého století založil Logopedickou společnost, jež sdružuje velké množství odborníků z celého světa. Logopedy v České republice je hojně využívána publikace E. Škodové a I. Jedličky *Klinická logopedie*, která velmi přehledně mapuje situaci u nás. Velké množství informací je možno dohledat na webových stránkách, které často zakládají sami postižení. Takovým případem je např. balbutická poradna ([www.balbutickakomunita.cz](http://www.balbutickakomunita.cz)), kde spolu komunikují nejen balbutici, nýbrž i zdraví jedinci, kteří přicházejí s koktavými do styku.

Cílem diplomové práce bylo prezentovat nejen jednu z možností, jak k řečovým nedostatkům přistupovat, ale zároveň ukázat i závažnost artikulačních poruch u zdravotně postižených.

# 1. Komunikace

## 1.1 Nelze nekomunikovat

Komunikace patří v dnešní době k velmi frekventovaným slovům. Jeho obsah se začíná pomalu vytrácet, ubývá přesnosti a srozumitelnosti. Komunikace nejsou jen slova, ale jsou to všechny paralingvistické fenomény (např. tón hlasu, zabarvení, rychlost mluvení, pauzy, smích, vzdechy, držení těla, řeč těla atd.), tedy vše, co vytváří určitý komunikační kontext, čili chování/jednání každého druhu ( P. Watzlawick 1969).

Komunikovat můžeme co do způsobu a zaměření různě. Dnešní společnost komunikuje nejen prostřednictvím techniky, ale i s ní. Často se ozývají nářky, kolik hodin prosejí dnešní mládež u televize nebo počítače. Pesimisté hlásají soumrak komunikace v prapůvodním slova smyslu, tedy jako přenosu informací prostřednictvím jazyka, prostého lidského sdělování a sdílení. Někdejší účastné- *Co se vám stalo? Můžu Vám nějak pomoci?*- se smrskává na úsečné- *Nějaký problém?* Ten, s kým se loučíme, nám nestojí za víc než zkratkovité- *Nashle!* E-maily posíláme „bez hacku a carek“, o formulaci textových zpráv ani nemluvě ( Peutelschmiedová 1999).

Lidské chování má jednu specifickou vlastnost. Chování nemá protiklad, člověk se tedy nemůže nechovat. Pokud akceptujeme, že veškeré chování v interpersonální komunikaci má charakter interakce, tzn. je komunikací, pak člověk, i kdyby se sebevíce snažil, nemůže nekomunikovat. Je jedno, co dělá, stále ale něco sděluje. Komunikační partneři na to nemohou nereagovat.

Naše potřeba komunikace je jednou z nejdůležitějších potřeb života. Žít znamená komunikovat. Nekomunikovat znamená zemřít. Přesto jsou někteří lidé komunikačně i sociálně tzv. „lenivější“. Nemají tak velkou potřebu navazovat nové sociální vztahy, posilovat je, sdělovat své pocity, postoje a názory. Může to být dáno povahou člověka, introvertní orientací osobnosti, v krajní podobě může jít i o náznaky autismu. Může to být ale i projev nízkého sebevědomí, strachu ze selhání. Tento výčet důvodů není jistě vyčerpávající, ale jsou to jistě důvody nejdůležitější (Mikuláščík 2003).

V otázce komunikace je třeba připomenout i dva důležité aspekty, obsahový a vztahový. Na obsahové úrovni komunikace jsou zprostředkovány artikulované informace, tj. sémantický obsah sdělení. Funkcí informace je odstranění nebo snížení nejistoty příjemce (J. Švancara 1999). Na vztahové úrovni jsou vyjadřovány pocíťované vztahy mezi komunikujícími i vztahy k tematickému obsahu komunikace, a to na neverbální úrovni pomocí výrazových prostředků. Rozdíl mezi sémantickým obsahem a vztahovým aspektem může být také důvodem narušení komunikace, nedorozumění či případných konfliktů ( P. Watzlawick 1995).

## 1.2 Definice pojmu komunikace

Původní význam slova "komunikace" v latině nám může naznačit jeho hlubší záměr (denotaci). Thesaurus linguae latinae, jeden z nejobsáhlejších latinsko-latinských slovníků, uvádí ekvivalenty termínu "communicare". Jedním z nich je "participare" - doslova "spolupodílet se s někým o něco". Jiný říká "communicare est multum dare" - komunikovat znamená "mnoho toho druhému člověku dát". Konotace, tj. přidružené významy hovoří o tom, že jde o "spojování" něčeho, co bylo rozdělené, o "slučování" dosud neslučitelného, o předávání, poskytování, doručování, propůjčování, dávání atd. S ohledem na tento hlubší význam slova "komunikovat" bychom jej mohli také překládat jako "sdílení" - sdílení s někým něco hodnotného (Křivohlavý 1988).

Termín komunikace se používá v řadě vědních oborů, které jsou většinou spjaté s užitím nějakého jazyka. Velkým přínosem byl i rozvoj kybernetiky, která chápe komunikaci jako prostředek k předávání informací mezi komunikanty.

Janoušek (1968, s. 47) prezentuje komunikaci jako „sdělování významů v sociálním chování a v sociálních vztazích lidí...“.

Křivohlavý (1988) definuje komunikaci podobně, neboť hovoří o sdělování, ale navíc zdůrazňuje sdílení.

Watzlawick (1995, s. 58) ji chápe jako „prostředek pozorovatelných projevů mezilidských vztahů“.

Definic by bylo možno uvést celou řadu, některé zdůrazňují aspekty obsahové, jiné formální, některé pracují hlavně se stránkou logickou, jiné s prožitkovou. Stručně, ale výstižně pojednává o nejdůležitějších charakteristikách Mikuláščík (2003). Ten zdůrazňuje, že komunikace je nezbytná k efektivnímu sebevyjadřování, je přenosem a výměnou informací v mluvené, psané či jiné formě, která se realizuje mezi lidmi a v neposlední řadě lze komunikaci chápat jako výměnu významů mezi lidmi.

### 1.3 Funkce komunikace

Mikuláščík (2003) uvádí, že hranice mezi jednotlivými funkcemi nejsou jednoznačné, ale často se překrývají. Vymezuje následující komunikační funkce:

**Funkce informativní** – podstatou je předávání informací, faktů mezi lidmi

**Funkce instruktivní** – jedná se o spojení informační funkce s popisem, postupem, návodem, jak něco dělat, jak něčeho dosáhnout.

**Funkce přesvědčovací** – působení na jiného člověka se záměrem změnit jeho názor, postoj, hodnocení nebo způsob konání.

**Funkce posilovací a motivující** – svojí podstatou patří do funkce přesvědčovací. Jedná se o posilování určitých pocitů sebevědomí, vlastní potřebnosti, o posilování vztahu k něčemu.

**Funkce zábavná** – základem je pobavení, rozesmání, vyplnění času komunikováním.

**Funkce vzdělávací a výchovná** – je uplatňována hlavně prostřednictvím institucí.

**Funkce osobní identity** – na úrovni osobnosti, pro JÁ je komunikace velmi důležitou aktivitou. Pomáhá člověku ujasnit si nejen věci o sobě samém, ale uspořádat si postoje, názory a osobní aspirace.

**Poznávací funkce** – úzce souvisí s funkcí informativní. Toto pojetí je spíše z hlediska komunikanta, kdežto informativní zahrnuje pohled obou členů komunikace.

**Funkce svěřovací** – slouží ke zbavování se vnitřního napětí, k překonání těžkostí. Sdílení pocitů, možnost probrat myšlenky, které člověka trápí, je pro každého jedince silnou podporou.

**Funkce socializační a společensky integrující** - podstatou této funkce je vytváření mezilidských vztahů, navazování kontaktů. Komunikace také závisí na společenské úrovni každého z nás, protože každá společenská vrstva má odlišný způsob komunikace. Tím je myšleno hlavně rozdělení podle věku, vzdělání, podle stupně vyspělosti člověka a v neposlední řadě i podle majetku.

### 1.4 Neverbální komunikace

Zahrnuje širokou oblast toho, co signalizujeme beze slov či spolu se slovy jako doprovod slovní komunikace. Tak jako si osvojujeme v dětství řeč, se učíme neverbální komunikaci. Přestože je možné nemluvit, není možné se nijak neprojevat. I svým mlčením, nehnutým obličejem a celkovým klidem těla něco sdělujeme. Každý

neverbální signál něco značí, má svůj význam. Neverbálně komunikujeme gesty, pohyby hlavou, výrazy tváře, pohledy očí, tělesným kontaktem, tónem hlasu, ale také třeba i tím, co máme na sobě (Vybíral 2000).

Neverbální projevy bývají často nevědomé a nepodléhají v takové míře sebekontroly jako projevy verbální.

Mikuláščík věnuje velkou pozornost také kulturním vlivům, které chtě nechtě komunikaci ovlivňují, např. když před někým plivneme, je to považováno za urážku, ale u Masajů se takto vyjadřuje úcta; když před někým budeme syčet, tak to bude chápáno jako provokace, ale Japonci tím vyjadřují pokoru a úctu vůči výše postavenému člověku.

Většinu neverbálních signálů se člověk naučí v dětství, zejména kopírováním svých rodičů. Pokud tedy jedinec vědomě nepracuje na svých neverbálních projevech, zafixovávají se u něj takové signály, které získal od svých rodičů, má podobná gesta či mimiku jako otec nebo matka, udržuje přibližně stejnou vzdálenost při komunikaci jako oni atd.

Neverbální projevy nám dávají hodně informací o pocitech a o postojích lidí. Neverbální komunikace však není tak přesná jako komunikace verbální. Mimoslovní chování je sice dobře viditelné, ale mnohdy těžko interpretovatelné. Snadno dochází k přečeňování. E. Thiel (1993) uvádí, že na neverbální chování nelze absolutně spoléhat. Zabýváme-li se touto problematikou všeobecně, je třeba vědět, že největší význam je kladen na neverbální projevy v oblasti obličeje a hlavy, tato část je nejvíce vnímána a také do značné míry ovlivňuje to, jak posluchač vnímá zprávu. Na druhém místě jsou potom pohyby rukou a paží a teprve pak pozice těla a nohou.

Je třeba si uvědomit ještě jednu důležitou věc, a sice, že v tomto případě neplatí objektivita. Někteří lidé se mohou učit, jak správně vnímat jiné lidi tak, aby jejich posuzování bylo co nejpřesnější. Ale ten, kdo se to neučí, bude spontánně vnímat okolí na základě povrchních dojmů a třeba nesprávně. Takže se musíme na jedné straně učit správně vnímat neverbální chování, ale na straně druhé se i učit správně neverbálně chovat.

## 1.5 Verbální komunikace

Verbální komunikací se rozumí vyjadřování pomocí slov, prostřednictvím jazyka. Může být buď přímá nebo zprostředkovaná, mluvená nebo psaná, živá nebo reprodukováná. Verbální komunikací se zabývá řada oborů, např. lingvistika, filologie



nebo filosofie. Je nezbytnou podmínkou myšlení, součástí každodenního života. Téměř pro každého člověka je těžké být jeden jediný den bez verbální komunikace. Velkou roli pro verbální chování hrají paralingvistické prvky<sup>1</sup>, které se v promluvě uplatňují.

Existuje celá řada prvků, které mohou v proudu řeči působit, např. hlasitost verbálního projevu (sleduje se, jak hlasitě či naopak tiše hovoří ten, kdo právě mluví, a jak se intenzita jeho projevu mění v průběhu slovního sdělení), výška tónu řeči (jak vysoko nebo nízko je položen hlas mluvčího), rychlost promluvy (kolik slov bylo řečeno za minutu, jak se rychlost řeči mění během slovního sdělení), objem řeči, plynulost řeči, pomlky, frázování, barva hlasu (zjišťuje se, jak vypadá spektrální složení akustické formy projevu mluvčího), emoční náboj, kvalita řeči atd.

## 1.6 Komunikace a logopedie

Logopedie je v českých zemích definována jako nauka o výchově řeči a předcházení a odstraňování vad a poruch sdělování (Sovák 1978). V obecném povědomí je chápána jako náprava vadné výslovnosti a za objekt logopedické péče jsou považovány zejména děti, nejčastěji předškolního a mladšího školního věku

Běžně se hovoří o poruchách nebo vadách řeči. Tímto spojením se ale stírá rozdíl mezi termíny řeč, jazyk a mluva.<sup>2</sup> V anglosaském prostředí odborníci rozlišují „speech-therapist“ a „language – therapist“. První ze zmiňovaných specialistů se věnuje hlavně poruchám výslovnosti, druhý pomáhá navrátit komunikační schopnost například lidem po úrazech mozku, po mozkových příhodách apod.

Terminologické vymezení narušení komunikační schopnosti, jak také bývá někdy specifikován předmět zájmu logopedie, logicky eliminuje běžně užívané označení vada nebo porucha řeči. Samotné slovo *narušení* navozuje optimistickou vizi komunikační perspektivy jedince.

---

1 paralingvistické prvky: k těmto prvkům patří prostředky zvukové. Komunikant může různě měnit tempo projevu, sílu a hlasitost a docílit zvýraznění komunikace vhodně zvolenou dynamičností a intonací (Čechová 1997)

2 řeč: schopnost (kompetence) člověka využívat jazyka a ztvárňovat komunikáty dle potřeby v určité komunikační události

jazyk: je systém znaků sloužící k výměně a vyrovnávání obsahů lidského vědomí, tj. k dorozumívání a myšlení, jindy též množina promluv (komunikátů) uskutečněných, probíhajících nebo potencionálních, řídicích se stejnými strukturálními zákonitostmi (toho nebo onoho jazyka).

mluva: někdy chápána jako synonymum termínu vyjadřování, mluva je ale většinou spjata se souhrny výrazových prostředků užívaných v určitém sociálním prostředí (Čechová 1997)

## 2. Systém českých hlásek

### 2.1 Samohlásky

Čeština má 10 samohláskových (vokálních) fonémů: /a/, /e/, /i/, /o/, /u/, /á/, /é/, /í/, /ó/, /ú/. Za důležitý rys vokálů se označuje tónová struktura jejich akustického spektra, tj. mají tónovou strukturu bez doplňujících šumů. Přestože nejsou jedinými hláskami, jejichž charakteristickým rysem je převaha tónových prvků, jsou tónové složky v jejich spektru rozhodující.

Těmto fonémům odpovídá 14 grafémů: *y, ý* jsou ekvivalentem psaní fonémů /i/, /í/ po pravopisně tvrdých a pravopisně obojetných souhláskách; *ů* se užívá pro grafický záznam dlouhého /ú/ uvnitř českých slov a v koncokách; *ě* tvoří jednotu s předcházejícím konsonantem a podle toho značí buď /j/ + /e/ ve slabikách *bě, pě, vě, fě, lň/* + /e/ v psaném *mě*, nebo mění platnost souhlásky, která předchází, a to ve slabikách *dě, tě, ně*. V případě *y, ý, ů, ě* se jedná o pouhé grafémy (Čechová 2000).

Při artikulaci vokálů se proud vzduchu, který rozkmitává hlasivky, neklade do cesty žádná překážka. Rozdíly mezi nimi jsou důsledkem různého místa artikulace, tj. různé polohy jazyka ve směru vertikálním a horizontálním. Proto se samohlásky dělí na nízké, středové a vysoké (vertikální poloha) a přední, střední a zadní (horizontální poloha). Úhel čelisti doprovází vertikální polohu jazyka (Romportl 1973).

Pro češtinu má význam třídění samohlásek podle polohy jazyka, podle účasti rtů, podle výšky formantů a podle délky jejich trvání.

Podle postavení rtů se liší vokály **labializované** /u/ a /o/ od ostatních, **nelabializovaných**. Dlouhé samohlásky se liší od krátkých trváním, ale i místem artikulace.

Podle absolutní výšky oblastí ústního formantu rozlišujeme samohlásky **hluboké** /o/, /u/, **střední** /a/ a **vysoké** /e/, /i/. Toto třídění není shodné s tříděním podle vokálního trojúhelníku, neboť zde je rozhodujícím rysem výška formantu, kdežto tam výška polohy jazyka v ústech.

Podle délky trvání dělíme samohlásky na **krátké** a **douhé**. Krátké trvají 0,08 – 0,12 s, dlouhé jsou přibližně dvakrát delší než krátké (Klimeš 1978).

Posunem jazyka v obou směrech se obměňuje velikost a tvar ústní dutiny a tím se vytvářejí podmínky pro zaznění formantů, dostatečně odlišených a charakteristických pro každý vokál. Formanty se míní zvuky, které vznikají rezonancí v nadhrtanových

dutinách. Nejhlubší složka nad základním tónem se označuje jako první formant ( $F_1$ ), další jako formant druhý ( $F_2$ ) atd. Pro určení samohlásek jsou nejdůležitější hodnoty prvních dvou formantů.

Při fonetické interpretaci fonetických vlastností hlásek je třeba vycházet z těch vlastností, které mají rozlišovací schopnost, tedy z fonémů a jejich distinktivních rysů. Distinktivní rysy tvoří dvojčlenné protiklady (Čechová 2000).

Podle Klimeše (1978) jsou všechny české samohlásky **znělé** a **ústní**. Nelze je tedy dělit na ústní a nosové. Podobně dělení na **napjaté** a **nenapjaté** nemá pro češtinu příliš velký význam, neboť české samohlásky jsou nenapjaté.

## 2.2 Dvojhlásky

Dvojhláska neboli diftong je spojení dvou samohlásek v jedné slabice. Ve slovech domácího původu se vyskytuje pouze dvojhláska /ou/, v citoslovcích a slovech přejatých také dvojhláska /au/ (*pauza*), v přejatých slovech i /eu/ (*euro*) (Čechová, 2000).

Podle pořadí obou částí rozeznáváme diftongy **stoupavé** (vzestupné) a **klesavé** (sestupné). V češtině máme jen sestupné, tzn. takové, jejichž první část je nositelem slabičnosti a druhá se k ní jen přiklání. Vzestupnými diftongy disponuje třeba slovenština, zde je pořadí zcela opačné, tzn. první samohláska je neslabičná, druhá je nositelem slabičnosti (Klimeš 1978).

Dvojhlásky /ou/, /au/, /eu/ je v češtině třeba považovat za samostatné fonémy.

## 2.3 Souhlásky

Ve všech jazycích počet souhlásek značně převyšuje počet samohlásek. Čeština má 25 konsonantických fonémů a 10 vokalických.

Při tvoření souhlásek lze rozpoznat tři fáze, a sice nastavení mluvidel k artikulačnímu postavení (intenze), setrvání v tomto postavení (tenze) a jeho opuštění (detenze) (Ohnesorg 1974).

Artikulační podstatou vzniku souhlásek je vytvoření překážky výdechovému proudu v dutinách nad hrtanem. Podstatou akustickou je potom šum nebo tónošum. Při dělení souhlásek se tedy zohledňuje jak hledisko artikulační, tak i akustické (Hubáček 1975).

### 2.3.1 Klasifikace podle místa artikulace

Podle místa artikulace se rozlišují hlásky **retné**<sup>3</sup>, a to obouretné (bilabiály): /p/, /b/, /m/ a retozubné (labiodentály): /f/, /v/. Hlásky **zubodásňové**, a sice zubné (dentály, prealveoláry): /t/, /d/, /n/, /s/, /z/, /c/, /r/, /l/ a dásňové (alveoláry, postalveoláry): /š/, /ž/, /č/. Potom následují **předopatrové**, palatály /tʰ/, /dʰ/, /ɲ/, /j/ a **zadopatrové**, veláry: /k/, /g/, /ch/. **Hrtanové**, laryngály: /h/ a ráz (laryngální závěr) (Čechová 2000).

### 2.3.2 Klasifikace podle způsobu artikulace

Podle toho, jak se přehrazuje cesta expiračnímu proudu, rozeznáváme souhlásky **závěrové** (okluzivní), tj. s plným přehrazením cesty výdechovému proudu: /p/, /b/, /t/, /d/, /tʰ/, /dʰ/, /k/, /g/, **polozávěrové** (semiokluzivní), u kterých artikulace začíná závěrem a přechází v úžinu: /c/, /č/, **úžinové** (konstriktivní), tj. se zúženým průchodem mezi mluvidly: /f/, /v/, /s/, /z/, /š/, /ž/, /j/, /ch/, /h/ a **kmitavé** (vibrantní), kdy v průběhu artikulace se úžina periodicky zmenšuje nebo zvětšuje: /r/, /ř/ a **bokové** (laterální), u kterých je artikulační přepážka neúplná: /l/ a jeho tvrdá a měkká varianta (Klimeš 1978).

### 2.3.3 Klasifikace podle účasti nosní dutiny

Podle toho, prochází-li artikulační proud pouze ústní dutinou nebo také dutinou nosní, rozlišujeme souhlásky **nosové** (nazální): /m/, /n/, /ň/ a **ústní** (orální). Mezi ústní se řadí všechny ostatní hlásky.

### 2.3.4 Klasifikace podle činnosti hlasivek

Podle činnosti hlasivek, tj. podle účasti nebo neúčasti hlasivkového tónu, dělíme hlásky na **znělé** (sonorní) - při jejich výslovnosti hlasivky kmitají, takže šum je doprovázen hlasem: /b/, /d/, /dʰ/, /g/, /z/, /ž/, /h/ - /v/, /l/, /r/, /m/, /n/, /ň/, /j/ a **neznělé**, tj. bez hlasového doprovodu, tedy jen šumy: /p/, /f/, /s/, /š/, /t/, /c/, /č/, /tʰ/, /k/, /ch/.

Mezi znělými souhláskami mají zvláštní postavení souhlásky, které se vyznačují vysokým stupněm zvučnosti, jsou to tzv. **sonanty**: /r/, /l/, /m/, /n/, /j/. Hlásky /r/ a /l/, někdy i /m/ mohou být nositeli slabičnosti, mohou tvořit slabiku (Čechová, 2000).

---

<sup>3</sup> Klimeš (1978) uvádí v rámci retných hlásek dílčí dělení na retořetné a retozubné.

### 2.3.5 Klasifikace podle artikulujícího orgánu

Podle tohoto kritéria dělíme hlásky na **retné** (labiální): /p/, /m/, /b/, /v/, /f/, **hlasivkové** (glottální): /h/ a **jazyčné** (lingvální), kam patří všechny ostatní (Klimeš 1978)

### 2.3.6 Klasifikace podle sluchového dojmu

Z hlediska sluchového dojmu se vydělují souhlásky **ražené** (explozívy), neboť vznikají v okamžiku zrušení závěru, při explozi. Jsou to hlásky /p/, /b/, /t/, /d/, /dʔ/, /k/, /c/, /m/, /n/, /ŋ/. Třecí šum, který trvá po celou dobu tvoření, je charakteristický pro hlásky **třené** (frikativy). Třecí šum není vždy stejný. Zřetelný je u /f/, /ch/, méně zřetelný u /v/ a sotva znatelný je u /l/. Sykotu se podobá u /s/, /z/ a /c/, šumotu při /š/, /ž/ a /č/. Střídavým tlumením a uvolňováním hlasu vznikají hlásky **hrčivé** (vibranty): /r/. Při /ř/ je hrčení doprovázeno sykavým šumem. Hlásky **měkké** (palatály) se artikulují zesíleným stykem hřbetu jazyka s paterní klenbou, jedná se o hlásky /tʃ/, /dʃ/, /ň/, /j/. Všechny ostatní hlásky jsou potom tvrdé. Toto dělení ale neodpovídá pravopisnému dělení souhlásek na tvrdé a měkké (viz níže) (Hubáček 1975).

### 2.3.7 Klasifikace podle pravopisu

Tradiční školské třídění dělí souhlásky na **tvrdé** /h/, /ch/, /k/, /r/, **měkké** /j/, /ž/, /č/, /š/, /ř/, /c/ a **obojetné** /b/, /f/, /l/ /m/, /p/, /s/, /v/, /z/. Je zřejmé, že potíže může nastat u hlásek /d/, /t/, /n/, neboť se po nich píše jednak i/í, jednak y/ý. Toto dělení je založeno na pravopisu, tedy na tom, jaké i/y se po těchto souhláskách píše. Je ale nezbytné vědět, že toto rozdělení je nefonetické a nemá s fonetickou měkkostí a tvrdostí hlásek nic společného, je to záležitost čistě historická (Klimeš 1978).

### 3. Mluvní orgány a jejich činnost

Jako mluvní orgány v širším slova smyslu se označují všechna ústrojí, která se účastní vytváření fyzikálních podmínek, v nichž může zaznít zvuková podoba řeči. K tomu, aby se mohla tato zvuková forma řeči realizovat, je důležité, aby vznikl výdechový proud, hlas a došlo k artikulaci hlásek. Podle těchto tří kritérií dělíme mluvní orgány na ústrojí **dýchací** (respirační), **hlasové** (fonační) a **artikulační** (hláskovací) (Romportl 1973).

Vzhledem ke své fyziologické funkci mají všechny součásti mluvidel svou mluvní, tj. komunikační funkci jako funkci druhotnou. Primární, tj. fyziologickou funkcí je dýchání, polykání, žvýkání aj. V rozměrech, podobě i jiných vlastnostech mluvidel existují individuální rozdíly. Pokud se nejedná o rozdíly patologické, jsou z hlediska mluvní funkce nezávažné. Při odborných výkladech se užívá sagitálního (předozadního) průřezu horní části mluvních orgánů. To je výhodné proto, že se téměř vždy projevuje oboustranná symetrie, která je typická pro celé lidské tělo (Hubáček 1975).

#### 3.1 Dýchací ústrojí

Dýchací ústrojí slouží k vytváření výdechového proudu, který je nezbytný ke vzniku zvukové řeči. Dýchání je fyziologickým procesem, při němž dochází k výměně vzduchu v plicích, a tím k okysličování krve, která je nutná k udržování života organismu.

Hlavní součástí tohoto ústrojí jsou **plíce**. Plíce tvoří dva vaky, které jsou uloženy v dutině hrudní, uvnitř **hrudního koše**. Ten je tvořen dvanácti páry žeber, jež vycházejí od hrudní části páteře a připínají se vpředu ke hrudní kosti. Při dýchání se objem hrudního koše mění: žebra se při vdechu rozpínají do stran a nahoru, při výdechu opět klesají, čímž se plíce pružně roztahují a opět zmenšují. Vzduch je do plic přiváděn vzduchovou trubicí (průdušnicí), která se v nich rozvětňuje v průdušky, ty potom v průdušinky a nejmenší jednotku pak tvoří plicní sklípky.

Stěny hrudní dutiny tvoří hrudní koš a na spodní straně **bránice**. Bránice je sval, který odděluje dutinu břišní od hrudní a je vyklenut vzhůru. Při klidném vdechu se snižuje a rozšiřuje dole prostor dutiny hrudní, při výdechu stoupá do původní polohy a hrudní prostor se tím zmenšuje. Zároveň pracuje vdechové a výdechové svalstvo.

Podle toho, zda k dýchání užíváme pohybů hrudního koše nebo bránice, se rozlišují obvykle dva druhy dýchání: **dýchání hrudní**, které ovládáme svou vůlí, a **dýchání břišní**, spontánní. Většinou se oba druhy dýchání kombinují.

Při klidovém dýchání se vymění asi půl litru vzduchu. Maximálním vdechem je možno nadechnout asi další dva litry (tzv. vzduch doplňkový), poněkud menší množství je možno vydechnout až k dolní mezi (tzv. vzduch rezervní). Celá vzduchová zásoba, kterou můžeme vdechnout, je asi čtyři litry a nazýváme ji **vitální kapacitou plic**. I při největším vydechnutí však zůstává v plicích asi jeden litr vzduchu (tzv. vzduch reziduální).

Činnost dechového ústrojí je možno různými cvičeními vhodně rozvíjet.

### 3.2 Hlasové ústrojí

Hlasové ústrojí je uloženo v hrtanu. Z anatomického hlediska patří **hrtan** k nejsložitějším mechanismům v lidském těle. Dánský odborník na fonetiku Jespersen jej charakterizoval takto: „*Hrtan lze bez jakékoliv nadsázky nazvat nejpodivuhodnějším hudebním nástrojem, který vůbec existuje, neboť umožňuje nepatrnými a poměrně jednoduchými prostředky vytvářet překvapující rozmanitost tónů, jež nás svou zvukovou krásou dovedou daleko více uchvátit než jakákoliv instrumentální hudba, pomíneme-li ovšem mlčením mnohé, méně hudební tóny, které rovněž mohou vycházet z lidského hrdla*“ (Hála 1963). Hrtan je vytvářen chrupavčitou schránkou. Ta se skládá z chrupavky prstencové a štítné, jejíž dvě plochy se sbíhají v přední části hrtanu. V úhlu chrupavky štítné se připíná příklůpek hrtanový, který při polykání zabraňuje vniknutí potravy do hrtanu a do plic, při dýchání se zvedá a uvolňuje cestu vdechovanému a vydechovanému vzduchu. Na horní stranu chrupavky prstencové přisedají párové chrupavky hlasivkové, které tu vytvářejí kloub. (Romportl 1973).

**Vazy hlasové (hlasivky)** jsou dva pružné vazy, které jsou uloženy mezi vnitřní stěnou předního úhlu chrupavky štítné a chrupavkami hlasivkovými. Tyto vazy společně se soustavou svalů umožňují ovládání hlasivek (oddalování, sblížování, napínání, povolování aj.). Průchod mezi oběma hlasivkami se označuje jako **hlasová štěrbinina**. Při dýchání jsou hlasivky povoleny a oddáleny a vzduch proudí trojúhelníkovou štěrbinou volně. Hlasivky jsou velmi jemný orgán, který je třeba chránit před poškozením. Neměly by se přepínat nebo vystavovat přílivu studeného či prašného vzduchu.

Lidský hlas je stejně jako jiné přírodní zvuky tónového charakteru periodickým zhušťováním a zředováním vzduchu. **Vznik hlasu** vysvětlují různé teorie. Za nejvhodnější se považuje teorie myoelastická (tónická, aerodynamická), která vysvětluje vznik hlasu činností hlasivkových svalů a vlivem tlaku vydechovaného vzduchu. Při sevření hlasivek vzniká pod nimi přetlak (zhuštění vzduchového sloupce), zatímco nad hlasivkami je podtlak (zředění vzduchu). Hlasivky tedy nefungují jako struny, spíše připomínají jazýčkovou píšťalu. Jako hlasový začátek (nasazení hlasu) se označuje způsob, jakým se zahajuje znění hlasu.

Pokud výdechový proud rozkmitá sevřené hlasivky tak, že síla hlasu pozvolna narůstá, až dosáhne očekávané síly, jedná se o začátek měkký. Opakem je tvrdý začátek, který vzniká tak, že výdechový proud rozrazí sevřené hlasivky prudce a hlas zazní ihned v plné síle. Základní vlastnosti lidského hlasu jsou dány fyziologií hlasového ústrojí. Význam má především délka hlasivek (u žen se udává pro soprán 14-19 mm, u mužů pro bas 24-25 mm); čím jsou hlasivky kratší, tím rychleji kmitají a běžný mluvný hlas je vyšší. Obvyklá výška hlasu jedince vychází z těchto anatomických předpokladů. Intenzita práce hlasivek je mimořádně velká, u velmi hlubokého hlasu jde sice jen o 50 Hz (kmitů za sekundu), ženské vysoké hlasy však dosahují až 480 Hz a při zpěvu může být počet kmitů daleko větší. Vlivem hormonálních změn v organismu se mění základní poloha hlasu v dospívání (mutace), další změny nastávají ve stáří. Obměna výšky hlasu vzniká změnami postavení hlasivkových chrupavek, proměnou napětí hlasivek, ale podílí se na ní i tlak výdechového vzduchu a práce svalů hrtanu.

Hlas vycházející z hlasivek nemá **barvu lidského hlasu**. Charakteristické znění, individuální pro jednotlivce, získává až průchodem nadhrtanovými prostorami-rezonátory, v nichž se mění některé ze svrchních tónů základního hlasu. Na konečném efektu se podílí i rezonance celé lebeční dutiny a lícních kostí, zpěváci (např. basisté) využívají také prsní rezonance a tak zesilují znění lebečních dutin "výslovností do masky", tj. vědomým posílením výdechové linie řeči. Změnou postavení rtů, jazyka, hrdla je možno barvu hlasu modifikovat, někteří lidé dovedou napodobit i barvu hlasu cizího. Proměny barvy hlasu slouží k vyjádření jemnějších výrazových a významových odstínů. Velmi výrazně se uplatňují při umělecké práci.



### 3.3 Artikulační ústrojí

Artikulační ústrojí zahrnuje všechny orgány, které se účastní úpravy a modifikace hlasu vycházejícího z hrtanu, aby došlo ke vzniku prvků lidské řeči. Patří k němu tzv. **nadhrtanové rezonanční dutiny** a **mluvidla v užším slova smyslu**, které tyto dutiny omezují, obměňují, zapojují a vyřazují z činnosti.

#### 3.3.1 Nadhrtanové rezonanční dutiny

Nadhrtanové rezonanční dutiny jsou tři: ústní, hrdelní a nosní.

**Dutina hrdelní (laryngální)** se rozkládá bezprostředně nad hlasivkami a končí (z fonetického hlediska) v místech, kde je jazyk při artikulaci nejbližší patru. Při řeči se účastní jako rezonační prostor. Její objem je proměnlivý pohybem kořene jazyka, pozicí jazyka v ústech a činností svalů hrdla. Změny objemu hrdelní dutiny se uplatňují zvláště při tvoření vokálů. Při komunikaci má funkci i změna znění řeči, která je závislá na sevření krčních a hrdelních svalů. Posluchač tak vnímá psychický stav mluvčího, např. jeho nervozitu, která k napětí vedla, a to i v jazyce, kterému jinak nerozumí.

**Dutina nosní (nazální)** je také rezonančním prostorem, ten je však využíván jen u části hlásek. Při většině hlásek je průchod do nosní dutiny uzavřen tím, že se měkké patro (velum) zvedne a přitiskne k zadní stěně ústní dutiny. Měkké patro je orgán, jehož primární funkcí je uzavírat vstup do nosní dutiny při polykání. Při dýchání je spuštěno a vzduch mezi plícemi a nosem prochází volně. Při artikulaci je zde vždy určité napětí, také patrohrtanový závěr není u všech hlásek stejně silný (nejslabší je u /a/; u nazál je průchod do nosní dutiny uvolněn). Nosní dutina se při artikulaci uplatňuje jako rezonanční prostor při výslovnosti nosních hlásek (nazál).

**Dutina ústní (orální)** je vpředu ohraničena rty, vzadu přechází do dutiny hrdelní. Hranice mezi oběma dutinami je z fonetického hlediska přibližně v místech, kde se jazyk nejvíce přibližuje k patru. Ústní dutina se při řeči uplatňuje jako rezonanční prostor, který je přítomen u realizace každé hlásky. Objem tohoto prostoru je proměnlivý - pozměňuje se jak pohybem jazyka, tak pohybem rtů a čelistí; spolu s proměnami hrdelní dutiny je tato změna využívána pro vytváření vokálů, spolupůsobí však i při tvoření konsonantů ([www.muni.cz](http://www.muni.cz)).

#### 3.3.2 Mluvidla v užším slova smyslu

Jako vlastní mluvidla označujeme rty, zuby, dásňový výstupek, tvrdé patro, měkké patro, čípek, jazyk a spodní čelist.

**Rty (labia)** se dělí na horní a dolní a buď se svírají, nebo vytvářejí retní štěrbinu.

**Zuby (dentes)** jsou také horní a dolní. Pro vznik hlásek hrají důležitou roli řezáky, nejméně důležité jsou stoličky.

**Dásňový (alveolární) výstupek** je část klenby patra, kde jsou v přední části paterní kosti uloženy kořeny zubů.

**Tvrdé patro (palatum)** je nezvrásněná část paterní klenby za alveolárním výstupkem.

**Měkké patro (velum)** je část patra za ukončením paterní kosti. Účastní se artikulace aktivně, mění svoji polohu i tvar.

**Čípek (uvula)** se účastní tvorby hlásek jen výjimečně.

**Jazyk (lingua)** je nejpohyblivější orgán v dutině ústní. Jeho primární funkce souvisí s přijímáním potravy, je však také nejdůležitějším orgánem řeči. Může se pohybovat jako celek (při vokálech), jindy se výslovnosti účastní jen zčásti, nikdy však není při artikulaci zcela pasivní.

**Spodní čelist (mandibula)** se pohybuje jako celek, přibližuje se k horní nebo se od ní oddaluje.

## 4. Logopedie jako vědní obor

### 4.1 Vymezení pojmu

Logopedie patří mezi nejmladší disciplíny, které se v poslední době osamostatňují. Je velmi pravděpodobné, že pokud jde o základní vymezení, sotva existuje v jiných oborech taková různorodost jako právě v logopedii. Jedním z důkazů tohoto tvrzení je, že když foniatr Emil Fröschels definoval roku 1924 ve Vídni logopedii jako čistě lékařskou vědu, nemohl tušit, že o 25 let později vystoupí jiný lékař, Miloš Sovák, který ji bude chápat jako disciplínu speciálně pedagogickou a bude o její pedagogické pojetí bojovat, a to téměř po zbytek svého života. (Škodová, Jedlička 2003).

Rozsah pojmu se většinou vymezuje tím, že jejím hlavním úkolem je záměrné ošetřování i předcházení vad a poruch sdělování. Logopedii lze definovat jako speciálně pedagogickou disciplínu, která se zabývá rozvojem, výchovou a vzděláváním osob s postiženými vadami a poruchami sdělovacího procesu (Sovák 1978, s. 29)

Slovo logopedie pochází z řečtiny a vzniklo spojením výrazu logos (slovo, řeč) a paideia (výchova). Podle profesora Univerzity Komenského v Bratislavě Viktora Lechty je logopedie speciálně pedagogickou disciplínou, která se zabývá výchovou a vzděláváním osob s narušenou komunikační schopností a také prevencí tohoto narušení.

E. Chvatcev ve Velké logopedii definuje tento obor jako speciálně pedagogickou vědu o předcházení a překonávání poruch řeči. Klade důraz na to, že pedagogický charakter logopedie je dán samým předmětem a jejími metodami. Výchova správné řeči má totiž významný vliv na myšlení a citovou oblast, a tím na rozvoj osobnosti vůbec (Chvatcev 1959).

Jinou definici uvádí Soukromá klinika Logo<sup>4</sup>, která logopedii chápe jako odvětví speciální pedagogiky, zabývající se rozvojem, výchovou a vzděláváním osob s poruchami řeči, hlasu a sluchu. Výchova řeči a odstraňování vad a poruch se pojí s výchovou myšlení a osobnosti jedince ([www.logoped.cz](http://www.logoped.cz))

Logopedický slovník uvádí, že se jedná o obor speciální pedagogiky, jejímž předmětem je výchova správné řeči, prevence a profylaxe poruch komunikace, ale též diagnostika a terapie vad a poruch řeči (Dvořák 2001).

---

<sup>4</sup> Soukromá klinika Logo vznikla v roce 1990 a zabývá se nejnovějšími poznatky v oblasti poruch komunikace. Zařízení spolupracuje s řadou zahraničních institucí z Německa, Anglie, Dánska, Švédska i USA. Je vybaveno nejmodernější technikou v oblasti logopedie a proto je plně dostupná dospělým i dětem ([www.logoped.cz](http://www.logoped.cz)).

## 4.2 Koncepce logopedické péče

Mělo by být povinností těch, kdo jsou k tomu povoláni, aby o výchovu ke správnému řečovému projevu permanentně pečovali. A protože čeština patří gramatickou i hláskovou stavbou mezi poměrně těžké jazyky, často se stává, že přes veškerou snahu rodičů děti potřebují při vývoji řeči odbornou pomoc. Rodiče mají nejbližší k dětskému lékaři, ten by měl být informován, kde se nachází pracoviště poskytující odbornou péči.

V ČR se koncepce logopedické péče realizuje v rámci spolupráce ministerstev tří resortů, a sice školství (MŠMT), zdravotnictví (MZ), práce a sociálních věcí (MPSV). Na základě dohod mezi MŠMT a MZ z roku 1952 bylo možno poskytnout odbornou péči jedincům s poruchami verbální komunikace všech věkových kategorií. Logopedická péče byla na základě financování rozdělena na 2 základní směry: péči poskytovanou v resortu zdravotnictví (klinickou) a péči poskytovanou v resortu školství (školskou) při zachování koncepce jednotné logopedie a jednotného vysokoškolského vzdělání. Absolvent pedagogické fakulty oboru speciální pedagogika se státní závěrečnou zkouškou z logopedie se až po nástupu do praxe stane buď školským, nebo klinickým logopedem (Škodová, Jedlička 2003).

Některé vady řeči jsou natolik komplikované, že nelze podceňovat jejich diagnostiku. Je nutné, aby dítě bylo vyšetřeno odborníkem, a ten navrhne další postup. Učitelka v mateřské škole by pak měla, pokud k tomu má odpovídající vzdělání, na doporučení klinického logopeda spolupracovat s rodiči. Ale mnohdy je právě neschopnost komunikace a provádění jiných postupů příčinou stálé rivality mezi oběma resorty.

## 4.3 Logopedičtí pracovníci

### **Klinický logoped**

Klinický logoped se zabývá primární patologií verbálního komunikačního procesu, přičemž používá sociálně pedagogické metody. Tato péče je garantována resortem zdravotnictví a je poskytována všem jedincům bez rozdílu a bez ohledu na věk. Kvalifikaci získává klinický logoped vysokoškolským magisterským titulem z oboru logopedie na pedagogické fakultě, dále postgraduálním studiem dle požadavků MZ. Po splnění dalších kvalifikačních požadavků (např. atestace) se stává samostatně pracujícím klinickým logopedem.

### **Logopedický preventista**

Logopedický preventista je středoškolsky vzdělaný pedagog (nejčastěji učitelka v mateřské škole), který absolvoval kurz logopedické prevence. Zabývá se rozvojem komunikačních dovedností u dětí předškolního věku. Působí v resortu školství a je jím i odměňován.

### **Speciální pedagog**

Speciální pedagog je učitel se zaměřením na poruchy řeči a učení se státní závěrečnou zkouškou z logopedie. Jeho uplatnění je ve speciálních školách tohoto zaměření (speciální základní i zvláštní školy, pedagogicko-psychologické poradny aj.). Může také působit ve speciálních mateřských školách a speciálně pedagogických centrech (SPC) při internátních speciálních školách.

### **Logopedický asistent**

Logopedický asistent je absolvent vysokoškolského bakalářského studia speciální pedagogiky se zaměřením na poruchy verbální komunikace. Pracuje pod supervizí klinického logopeda (ve zdravotnictví) nebo speciálního pedagoga (ve školství).

### **Logoped**

Logoped je absolvent studia logopedie nebo speciální pedagogiky se zaměřením na poruchy komunikace a učení se státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie<sup>5</sup>. Po splnění základních podmínek je zařazen do specializační přípravy. Pracuje pod supervizí klinického logopeda.

## **4.4 Logopedická prevence**

Logopedie je součástí defektologie, zabývá se dorozumívacím procesem v celé jeho šíři, tedy hlasem, řečí, sluchem, mimikou, písmem aj. Snaží se preventivně předcházet vzniku všech poruch dorozumívání, hlavně řeči, hlasu a sluchu (Sovák 1978).

Každá prevence má své specifické znaky, ale také určité metody, které se pak navzájem prolínají a doplňují. V logopedii můžeme aplikovat tři druhy metod. Primární prevence je předcházení ohrožujícím situacím v celé sledované populaci. Sekundární prevence se zaměřuje na rizikovou skupinu zvláště ohroženou negativním jevem. Může

---

<sup>5</sup> surdopedie je jedna ze subdisciplín speciální pedagogiky, která je zaměřena na edukaci mládeže a dospělých s různými vadami sluchu (Dvořák 2001).

jít o děti s vývojovou neplynulostí řeči, u nichž existuje zvýšené riziko počínající koktavosti, o předcházení poruch hlasu u hlasových profesionálů atd. Terciární prevence se zaměřuje na osoby, u kterých se narušená komunikační schopnost již projevila, přičemž se snaží předejít dalšímu negativnímu vývoji (Škodová, Jedlička 2003).

Vedle tradičních metod a technik objasňování, které se při prevenci užívají (přednášky, články, letáky aj.), se v dnešní době hojně aplikují videoprogramy, počítačové programy nebo třeba rozmanité informace na internetu.

V moderní logopedii se stále více uplatňuje model symetrického, kooperativního poradenství, kdy i rodič či příbuzný člověka např. s koktavostí získává mimořádně významnou pozici, a to nejenom v rámci terapie, ale i v oblasti prevence (Lechta 2002).

#### 4.5 Logopedická společnost Miloše Sováka

Logopedická společnost Miloše Sováka (LSMS) je odborná společnost založená v roce 1970 prof. MUDr. PhDr. Milošem Sovákem, DrSc. Sdružuje kolem 400 logopedických pracovníků, učitelů různých typů škol a dalších odborníků různých profesí. Členy LSMS jsou i odborníci ze zahraničí. Společnost má bohatou publikační činnost (sborníky vydávají minimálně jednou ročně) a pořádá řadu seminářů a různých vzdělávacích akcí. Každoročně organizuje také celostátní konference, většinou se zahraniční účastí, jejíž součástí je i nabídka odborné literatury a různých materiálů či pomůcek. LSMS plní zejména tyto úkoly: přispívá ke zvyšování teoretické i praktické úrovně svých členů, organizuje výměnu názorů o logopedické problematice v celé šíři, napomáhá šíření a uplatňování logopedické osvěty, podporuje zvyšování kultury mluveného projevu, dbá o spolupráci s obdobnými profesními nebo zájmovými organizacemi v zahraničí, spolupracuje s různými správními a odbornými institucemi pro zajištění komplexní péče o osoby se speciálními potřebami v oblasti komunikace.

## 5. Rozvoj řeči

Schopnost řečové komunikace lze definovat jako schopnost vědomě používat jazyk jako složitý komunikační systém znaků a symbolů ve všech jeho formách. Je zajímavé, že vývoj této schopnosti patří v ontogenezi člověka k těm, které mají nejdramatičtější průběh.

### 5.1 Myšlení a vývoj řeči

Vztah mezi řečí a myšlením byl centrem pozornosti již ve starověku, myslitelé už tehdy usilovali o jeho vymezení. Není proto náhodou, že „*logos*“ znamenalo v řečtině nejenom „*slovo*“, ale i „*myšlenku*“, „*rozum*“, dokonce i „*zákon*“. Mezi vývojem myšlení a vývojem řeči existuje úzká vazba. Někdy není jasné, zda dítě zaostává ve vývoji řeči v důsledku mentální retardace nebo zaostává v duševním vývoji v důsledku retardovaného vývoje řeči. Ve vývoji dítěte mají podle většiny odborníků myšlení a řeč rozdílné genetické kořeny, ale velmi brzy se začnou vzájemně ovlivňovat, takže v dalším vývoji je potom „*myšlení verbální*“ a „*řeč intelektuální*.“ Dosažená úroveň myšlení se ukáže v řeči. Řečové projevy dítěte ve smyslu odlišnosti od normálního vývoje (především opožděný a omezený vývoj) patří k nejdůležitějším signálům pro rodiče i odborníky. Často jsou řečové zvláštnosti ovlivněné i prvotními příčinami mentální retardace ([www.stripky.cz](http://www.stripky.cz)).

### 5.2 Sluch a vývoj řeči

Sluchové vnímání je důležité pro osvojení řečové schopnosti. Proto si lidé už dávno všimli vazby řeči a sluchu. Při vrozené hluchotě se nemůže spontánně rozvinout mluvená, zvuková řeč.

Langmeier a Krejčířová uvádějí, že dítě už šest měsíců po početí reaguje na řadu zvukových podnětů, ke konci těhotenství už pravděpodobně rozlišuje i hlas své matky. Podle těchto autorů lze dokázat, že ke konci těhotenství dítě dokáže rozlišit slabiky lidské řeči (Langmeier, Krejčířová 1998).

Reakce na sluchové podněty patří k prvním, kterými novorozenec reaguje na okolní svět. Przetaczniková a Spioneková (1983) uvádějí, že v prvních dnech novorozeně nereaguje na slabé a středně silné podněty, protože se v jeho sluchových kanálech objevuje ještě plodová voda, která ale po několika dnech mizí. Okolo třetího měsíce začíná dítě hledat zdroj zvuku. Otáčí se za rodiči, když se mezi sebou baví, když ho oslovíme, usmívá se a živě se pohybuje. V období kolem pátého měsíce se postupně rozlišuje zbarvení hlasu, hlavně matčina.

Sluch má při vývoji řeči důležitou funkci v období napodobujícího žvatlání (6. - 8. měsíc života). Vlivem vědomé sluchové kontroly při napodobování zvuků ze svého jazykového prostředí, které dítě produkovalo, se začínají separovat hlásky jazyka a dítě přestává produkovat zvuky, které ve svém jazykovém prostředí neslyší.

Ohnesorg (1974) uvádí, že jakmile dítě začíná rozumět svému okolí, vnímá zvukové prvky mnohem citlivěji než v pozdějším věku; slyší řeč svého okolí foneticky velice přesně, s celou škálou jejích zvuků. V dalším vývoji se dále zdokonaluje sluchové vnímání, což se odráží i v oblasti řeči. Kuric (1986) upozorňuje na skutečnost, že ještě v mladším školním věku se rozvíjí schopnost rozlišovat podobné podněty a až v pubertě je vyvinutá schopnost rozlišovat jemné odstíny sluchových, ale i zrakových vjemů.

### 5.3 Zrak a vývoj řeči

Pro vývoj řeči a komunikační schopnosti vůbec je význam sluchu nepopiratelný. Neméně důležité je ale i zrakové vnímání. Podle nových výzkumů plod reaguje na vizuální podněty už po pátém měsíci života. Významné postavení zraku je zjevné při osvojování grafické formy řeči (existují i náhradní formy, např. Braillovo písmo).

Význam zraku a zrakového vnímání lze vidět minimálně ve dvou oblastech:

- a) zrakové podněty jako takové vyzývají dítě ke žvatlání a řečovým projevům. Zuckrigl (1972) uvádí, že pro vidoucí dítě je stimulem k řečovému projevu i to, když vidí světlé plochy.
- b) odezírání mimických pohybů od dospělých ovlivňuje artikulaci a neverbální komunikaci.

Pozoruhodné je také zjištění Przetacznikové a Spionekové (1983), že první dětská slůvka jsou spojena se zrakovými vjemy. Na začátku se slova spojují s předmětem, s jeho zrakovým obrazem, později s představami předmětu.

### 5.4 Sociální prostředí a vývoj řeči

Pokud se zabýváme vlivy, které ovlivňují vývoj řeči, zjistíme, že kromě endogenních faktorů (viz výše) mají své zastoupení i faktory exogenní - vlivy sociálního prostředí. Podle Langmeiera a Krejčířové (1998) dítě už v prenatálním období začíná získávat schopnost sociální interakce: na spontánní pohyby plodu matka emociálně reaguje a její emoce zpětně ovlivňují dítě.

Na vývoj řeči působí v širším slova smyslu výchovné vlivy jako celek, ve smyslu užším cílené, verbální vlivy, které specificky ovlivňují řeč. I když to není vždy



úplně zjevné, výchovné vlivy se bezprostředně nebo zprostředkovaně projevují v rozvoji komunikační schopnosti. Výstižným argumentem pro toto tvrzení je zjištění Damborské, že už samotné kojení je jistým „komunikačním obřadem“ (Damborská 1982).

Případy extrémního zanedbání (např. Amala a Kamala) prokázaly, že absence výchovných vlivů se odrazila především v oblasti komunikace (vydávání nesrozumitelných skřeků, nemluvnost aj.). Po pravidelném výchovném působení se situace zlepšila, pozitivní výsledky se projevily v minimálních pokrocích vývoje řeči. Nepříznivě mohou ovlivňovat dítě i méně extrémní výchovné postupy, např. rozmazlující, odmítavá nebo perfekcionalistická výchova.

Pokud jde o samo rozvíjení řeči, má správná výchova řeči ze strany sociálního prostředí rozvíjet všechny složky komunikačního procesu (Sovák 1984). Jak správně zdůrazňují odborníci, vliv rodiny zanechává zejména v mimice, gestikulaci a emocionálních reakcích stopy na celý život.

Nahlížíme-li na prostředí z hlediska kvality, mělo by se jednat o prostředí, v němž se mluví spisovným jazykem a členové netrpí žádnou poruchou komunikační schopnosti. Pokud tyto podmínky nejsou splněny, může dojít ke vzniku poruch řeči. Z hlediska kvantity je důležité, aby dítě netrpělo nedostatkem verbálních podnětů, ale i jejich nadbytek může vývoj řeči narušit (způsobit neurózy aj.) (Lechta 2002).

## 6. Poruchy řeči

### 6.1 Příčiny poruch řeči

Lidská řeč je velice složitá činnost, které se účastní řada orgánů. Je pochopitelné, že může docházet k poruchám řeči, a to v kterékoliv části reflexního okruhu. Poruchy mohou být lehké, přechodné, ale i těžké a velmi těžké, které mnohdy lze jen zlepšit, nikoliv odstranit. Podle Pavlové-Zahalkové (1976) je možno rozdělit příčiny poruch řeči do dvou skupin:

- a) organické
- b) funkční

**Organické poruchy** vznikají poškozením některého orgánu, který se podílí na vzniku řečového aktu. Mohou být vrozené nebo získané během života. Nejzávažnějším poškozením je snížení ostrosti zvuku (někdy až hluchota). Dále sem patří poruchy motoriky a kinestezie. Ty se projevují se snížením pohybové obratnosti, svalové síly a napětí nebo změnami ústředního nervového systému. S některými vadami tohoto typu se dítě může narodit, jiné vznikají i po obtížném porodu. Během života mají na vývoj řeči vliv i některé nemoci, jako jsou např. záněty mozku a mozkových blan, úrazy lebky, infekční onemocnění aj.

**Funkční poruchy** jsou takové, při nichž nelze vyšetřením zjistit žádná organická poškození. Tyto poruchy jsou vyvolávány především výchovou a prostředím. Častěji se vyskytují u jedinců, kteří k nim mají vrozené předpoklady.

### 6.2 Poruchy vývoje řeči

Vývoj řeči nelze odlišit od vývoje ostatních schopností člověka. Není proto možné rozvíjet dětskou řeč na úrovni, která by měla odpovídat věku, pokud celkový vývoj neprobíhá tak, jak by měl.

Sovák (1978) dělí poruchy vývoje řeči do pěti oblastí:

- a) vývoj opožděný
- b) vývoj omezený
- c) vývoj přerušovaný
- d) vývoj předčasný
- e) vývoj nesprávný

Za **vývoj řeči opožděný** považuje Seeman (1955) stav, kdy dítě kolem 3. roku věku má malou slovní zásobu a těžkou patlavost (viz níže). K tomuto stavu dochází i přesto, že podrobná vyšetření neukázala žádný nález, který by naznačoval dětskou mozkovou obrnu (dále jen DMO), není narušen intelekt ani sluch, jemná motorika i motorika jazyka jsou v normálu. Sovák (1978) vidí příčiny opožděného vývoje v biologických a sociálních faktorech, kdy důležitou roli hraje dědičnost, individuální schopnosti a patologie výchovného prostředí. Upozorňuje i na skutečnost, že opožděný vývoj se může objevit i u dětí předčasně narozených. Jejich řeč bývá opožděná a chudá a tyto děti jsou mnohdy pokládány za mentálně opožděné.

**Vývoj řeči omezený** se vyskytuje obvykle u dětí mentálně zaostalých. Někdy může být důsledkem těžké poruchy hybnosti. Takové děti mívají intelekt neporušený, proto svůj stav často špatně snášejí. Často i přes značnou péči rodičů, logopedů a lékařů nedochází k úplnému odstranění této poruchy.

**Vývoj řeči přerušovaný** vzniká tehdy, onemocní-li zdravé dítě nějakou dlouhotrvající chorobou. Řeč, která není ještě upevněná, nepokračuje, dítě začíná mnoho slov zapomínat. Objevují se i známky určité regrese v naučených dovednostech. Po uzdravení dítě za určitou dobu dohoní vše, co během nemoci zapomnělo.

**Vývoj řeči předčasný** vzniká buď záměrně, nebo nevědomě. Tento jev se vyskytuje v rodinách, kde celkový vývoj dítěte je urychlován vysokým intelektuálním stupněm rodičů. Takové dítě mluví obvykle dříve než vrstevníci, používá řadu těžkých slov (neúměrně k věku). Má také větší vědomosti, je to dítě „přemoudřelé“. Raději tráví čas s dospělými, dětská společnost mu nevyhovuje. Zrychlování vývoje řeči, ať už vědomé nebo nevědomé, není vhodné.

**Vývoj řeči nesprávný** vzniká při vrozených rozštěpech patra.. Taková porucha se nazývá *palatolálie*. Rozštěp může postihnout horní ret nebo současně i horní čelist, tvrdé patro, měkké patro i čípek. Dříve mnoho dětí s tímto onemocněním umíralo. Palatolálie se vyznačuje poruchou výslovnosti a změněným zvukem řeči. Je porušena výslovnost různých hlásek, děti také mají vadu chrupu a skusu. V současné době se rozštěpy operují již u malých dětí, plastický chirurg upravuje po částech rozštěpy, stomatologové chrup a skus a logopedičtí pracovníci se starají o úpravu řeči.

Škodová, Jedlička (2003) poměrně podrobně pojednávají o **vývojové dysfázii**. Tento termín je v českém logopedickém prostředí chápán jako porucha řeči ve vlastním slova smyslu. Je způsobena zásahem do jejího vývoje od počátku. Nejde tedy o stav získaný až po osvojení řeči. V zahraniční literatuře lze ale najít i odlišné termíny.

Například Seeman (1955) označuje tuto skupinu onemocnění jako nemluvnost při poškození řečových zón mozku. Pro druhy dětské vývojové nemluvnosti byl používán termín *sluchoněmota* (audimutitas) jako souhrnný název. Pavlová-Zahalková (1976) užívá pro sluchoněmotu termín *alálie*. Později se v literatuře ujal termín *dysfázie* (Seeman 1955, Lesný 1980, Škodová, Jedlička 2003). Ritz-Radlinský doporučoval termín *afémie*, který by lépe vyjadřoval sdělovací prvek. Ten se ale neujal.

Vývojová dysfázie se projevuje mnoha různými symptomy, nejnápadnějším z nich je výraznější opoždění řeči. Řečové obtíže se mohou jevit jako patlavost přes nesrozumitelný projev až k úplné nemluvnosti. Zásadním příznakem je vždy opožděný vývoj. Příznaky této poruchy se projevují i v jiných oblastech, např. v narušení zrakového vnímání (projevují se zejména v kresbě), v narušení sluchového vnímání (porušena schopnost rozlišovat sluchem), v narušení paměťových funkcí, v narušení orientace v prostoru i v čase, v narušení motorických funkcí, v lateralitě aj.

Úspěšná terapie dítěte s vývojovou dysfázií je založena na týmové práci, kdy je nutná spolupráce klinického logopeda s lékařem (foniatr, neurolog, pediatr) a klinickým psychologem. Nejdůležitější složkou je rodinná péče, hlavně spolupráce rodičů s uvedenými odborníky. Celková terapie by měla obsahovat rozvíjení zrakového a sluchového vnímání, myšlení, paměti a pozornosti, motoriky, schopnosti orientace, grafomotoriky a řeči. Protože vývoj schopností dítěte s dysfázií je velmi nerovnoměrný a individuální, je třeba všechny postupy kombinovat tak, aby dítě mohlo co nejvíce využít toho, co již umí.

## 6. 3 Získané organické poruchy řeči

### 6.3.1 Afázie

Určitá skupina poruch řeči vzniká při poškození nervové tkáně. **Afázie** je úplná nebo částečná ztráta navozené nebo už hotové řeči. První systematický popis afázie představil v polovině 19. století neurolog Paul Broca. Při pitvě pacienta s poruchou řeči zjistil poškození levé mozkové hemisféry. Později vznikaly nové studie, které se tímto fenoménem zabývaly z různých pohledů. Od té doby uplynulo už více než sto let a rozvoj neuropsychologie, psycholingvistiky a neurolingvistiky pomáhá odhalovat podstatu poruch (Lechta 2002). Mnozí autoři definují toto postižení jako ztrátu rozumění řeči v důsledku ložiskového poškození mozku (termín afázie je odvozen z řeckého *phasis* - řeč, *a* - je zápornka). Afázie vzniká poškozením řečových oblastí při krvácení do těchto částí nebo při přerušení krevního oběhu, při jejich poranění, při

úrazech aj.

Pavlová-Zahálková (1976) rozděluje afázii do tří základních skupin, podle toho, jaká řečová oblast je postižena:

- a) afázie motorická (pohybová, expresivní, Brocova)
- b) afázie smyslová (senzorická, Wernickova)
- c) afázie úplná (totální)

**Afázie motorická** se vyznačuje tím, že postižený člověk slyší mluvenou řeč, rozumí jí, ale sám nedovede mluvit a vyjádřit svoje myšlenky. Někdy má k dispozici jen jedno či několik slov, které používá.

Pro **afázii smyslovou** je typické, že člověk slyší zvukové podněty i lidskou řeč, ale nedokáže rozeznávat jednotlivá slova a nerozumí jim. Postižený si připadá, jako kdyby na něj ostatní mluvili cizím, neznámým jazykem. Sám ale mluvit může, je schopen formulovat svoje myšlenky.

**Afázie úplná** je porušení řeči jako celku. Člověk nerozumí slovům a ani je nedokáže sám vytvářet.

V literatuře se můžeme setkat s různým vymezením typů afázie, které svým pojmoslovím umožňují charakterizovat jednotlivé afatické poruchy, projevující se u různých pacientů různě.

Při hodnocení afatické řeči se v afaziologických testech přihlíží zpravidla k následujícím čtyřem schopnostem: k plynulosti spontánní řeči, k opakování mluvené řeči, k pojmenování (předkládaných předmětů nebo předmětů na obrázku) a k porozumění (např. krátkému příběhu).

V. Lechta (2002) rozlišuje ještě následující typy afázie:

**konduktivní:** dobré porozumění a tvorba spontánní řeči, pacienti však nedokážou bezprostředně opakovat, poškozené opakování je považováno za příznačný rys konduktivní afázie

**transkortikální:** příznačné je neporušené opakování

senzorická: plynulá řeč, slabé porozumění

motorická: neplynulá řeč (omezená tvorba spontánní řeči)

**anomická (anomie):** nemožnost pojmenovat, nacházet slova, v anomii někdy ústí vývoj těžších forem afázie.

**globální:** neplynulá řeč a poškozené porozumění i opakování, mohou zůstat zachovány jen slovní automatismy (vyjmenování dnů v týdnu nebo číselné řady), v nejtěžších případech se může projevit rozpadem řeči.

Pacient může být diagnostikován pomocí klinického vyšetření nebo standardizovaných testů. U nás jsou zatím z velkého množství psychologických testů užívány jen některé, např. *Lurijovo neuropsychologické vyšetření* (testování trvá 2,5 hodiny) nebo *Western Aphasia Battery - WAB* (test je tvořen osmi podtesty, ve kterých se vyšetřuje spontánní projev, čtení, psaní, praxie, kalkulie, prostorové vidění, porozumění slyšené řeči, opakování a cílené pojmenování).

## 6. 4 Narušení článkování řeči

### 6.4.1 Dysartrie

Dysartrie je porucha hláskování, artikulace jako celku. Funkce mluvidel je pro organické poškození nervového systému obtížná, někdy dokonce nemožná. Tato porucha nesmí být zaměňována s dyslálií (viz níže). Řeč je těžkopádná, zpomalená nebo naopak přehnaně rychlá, výslovnost je nepřesná, nejasná. Je narušena prozódie řeči, tzn. přízvuk, melodie, tempo řeči, pauzy i hlasitost. Mimika a gestikulace jsou omezeny, někdy chybí úplně. Při těžkých formách onemocnění může dojít i k tomu, že dítě místo slov vydává pouze skřeky (Pavlová-Zahálková 1976).

Podle Dvořáka (2001) je dysartrie jedním ze symptomů DMO, ale může se vyskytovat i samostatně. Autor uvádí dělení této poruchy podle místa poškození:

- a) **dysartrie bulbární** (poškození nervů v prodloužené míše)
- b) **dysartrie extrapyramidová** (důsledek onemocnění extrapyramidového mozkového systému)
- c) **dysartrie korová** (narušení korové oblasti motorické)
- d) **dysartrie mozečková** (postižení mozečku)
- e) **dysartrie pyramidová** (poškození motorických nervů)

### 6.4.2 Dyslalie

Dyslalie (patlavost) je vadná výslovnost jedné nebo více hlásek mateřského jazyka. Hlávka je tvořena na nesprávném místě. S touto funkční poruchou se v předškolním věku setkáváme nejčastěji. Výskyt dyslalie u chlapců je poměrně vysoký, podle Škodové a Jedličky (2003) tvoří až 2/3 dětí přijatých do logopedické péče. U dětí s mentální retardací se patlavost vyskytuje také, není to ale vždycky pravidlem, protože dyslalie se objevuje i u dětí s nadprůměrným IQ.

Mezi nejčastější příčiny patří vlivy dědičnosti, pohlaví, poruchy sluchu a zraku, poruchy centrálního nervového systému, poškození při porodu nebo vlivy prostředí.

Při hláskové dyslalii dítě hlásku vynechá, nahrazuje nebo tvoří chybně. Nejvýstižnější klasifikaci uvádí Lechta (1990), a to z hlediska rozsahu, kontextu, místa poškození, z hlediska vývojového a etiologického.

**Klasifikace podle rozsahu:** podle tohoto kritéria dělíme patlavost na *dyslalii levis*, při níž je jen několik vadných hlásek (č-š-ž, c-s-z, r-ř) a *dyslalii multiplex*, při které je rozsah hlásek větší, řeč je ale stále srozumitelná.

**Klasifikace podle kontextu:** podle kontextového hlediska je *dyslalie hlásková* (týká se pouze izolovaných hlásek), *slabiková* (vzniká disimilace) a *slovní* (vynechá nebo přesmykne slabiku)

**Klasifikace podle místa poškození:** podle místa poškození se rozlišuje dyslalie *akustická* (odchylná výslovnost při poruchách sluchu), *centrální* (vadná výslovnost při poruchách CNS), *dentální* (vadná výslovnost při zubních anomáliích), *labiální* (vadná výslovnost při defektech rtů), *palatální* (vadná výslovnost při anomáliích patra) a *lingvální* (vadná výslovnost při anomáliích jazyka).

**Klasifikace z etiologického hlediska:** toto hledisko třídí dyslalii na *funkční* (u dětí s nedostatečnou vjemovou nebo motorickou schopností) a *organickou* (při poruchách centra řeči, při anatomických odchylkách mluvidel nebo při poruchách sluchu).

**Klasifikace z vývojového hlediska:** vývojové hledisko rozděluje dyslalii na *fyziologickou* (vývojovou, do sedmého roku věku je normálním jevem) a *patologickou* (dítě není schopno si osvojit tvoření některých hlásek).

Patlavost lze velmi snadno zaměnit za jiné závažnější poruchy (např. dysartrii, dysfagii nebo nedoslýchavost), kdy chybně prováděná úprava může na řeči způsobit nenapravitelné škody. Velmi často způsobí tyto škody i sami rodiče, když se snaží laicky výslovnost dítěte upravovat. Nevhodné je také pouhé mechanické opakování slov. To se sice daří téměř vždy, dítě ale nedovede navozený způsob využít v komunikaci.

Nejčastější chybou učitelek mateřských škol, logopedických asistentů i rodičů je právě záměna diagnóz (u dysartrie se řeč navenek jeví stejně jako u patlavosti) a úprava výslovnosti při nedostatečné slovní zásobě. Nejvhodnější dobou pro úpravu je přibližně věk kolem 5. roku věku. Dítě už umí i chce cíleně spolupracovat, což je nezbytnou podmínkou k úspěšnému odstranění poruchy ([www.stripky.cz](http://www.stripky.cz)).

## 6.5 Narušení plynulosti řeči

O termínu „narušení plynulosti řeči“ se často diskutuje, neboť může označovat nejenom patologický stav, ale i např. nevázaní slov při silném emočním rozladěním. Škodová, Jedlička (2003) označují tímto termínem stav, kdy dochází buď ke zrychlení tempa řeči, při níž se snižuje srozumitelnost, nebo kdy je řeč přerušována záškuby či křečemi svalů mluvidel a fonačního ústrojí.

### 6.5.1 Koktavost (balbuties)

Koktavost je jedním z nejtěžších a nejnápadnějších druhů narušené komunikační schopnosti. Jedná se o všeobecný jev bez vztahu k jazyku nebo k národnosti. Tato porucha má často mimořádně nepříznivý zpětný dopad na osobnost člověka, jeho školní, pracovní, ale i sociální adaptaci. Snaha o její léčbu je již více než sto let předmětem zájmu mnoha lékařských a nelékařských oborů. To je právě příčinou existence velkého množství terapeutických přístupů, ale zároveň i vysokého procenta terapeutických neúspěchů.

Koktavost, jinak též *dysfemie* (z řeckých slov *dys* - ve smyslu porucha a *fémi* - mluvím), *balbuties* (z latinského *balbutire* - koktat), *laloneuróza* (z řečtiny *lalein* - žvatlat) a *spasmofemie* (řecky *spasmos* - křeč, *fémi* - mluvím) je klasicky definována jako neuróza řeči převážně dětského věku. Dnes je však stále častěji chápána spíše jako porucha vzniklá na orgánovém základě.

Balbutikem se rozumí člověk, který má problém s dosažením plynulosti řeči. Nejde o šišlavost nebo podobné poruchy, jedinec se zadrhává, často zopakuje část slova nebo slovo celé.

Nejčastější je opakování první slabiky slova, méně časté opakování slabik uvnitř slova. Tento jev může být doprovázený různými pohyby (hlavou, rukou, křečí nebo zkřivením úst při první slabice).

Pro balbutiky je typické vyhýbání se určitým slovům, o nichž vědí, že způsobí problém. Většina pacientů nemá mentální poruchy, mozek v jiných činnostech, než je řeč, funguje zcela normálně<sup>6</sup>. Pro koktavé je obtížnější integrace do společnosti, a to bohužel mnohdy může vést k sebedoceňování a sebelítosti. Ovšem porucha řeči často způsobuje nadstandardní vnímavost k jiným podnětům. Okolí by se mělo snažit takového jedince přirozeně včlenit do společnosti. Žádoucí je nebát se mluvit

---

<sup>6</sup> Je a bylo mnoho známých osobností, které touto poruchou trpěli, třeba biblická postava Mojžíše, římský císař Claudius, fyzik Isaac Newton nebo Winston Churchill.



o koktavosti, ptát se na pocity a metody, kterými lze řeč zjednodušit. Nesprávné je napovídat nebo dokončovat věty. Má-li dojít ke zlepšení, musí pacient hlavně mluvit a uvědomovat si svoji řeč.

Neskončí-li koktavost v raném dětství sama, je šance na úplné vyléčení velmi nízká. Lze však dosáhnout stavu, kdy se porucha řeči objeví pouze v extrémních situacích (stres, hádka...). S narůstajícím věkem se porucha většinou mírně zlepšuje, zároveň ale přichází fáze stereotypu. Pro organismus je koktavost běžná, je zažitá a metody léčby, které by mohly fungovat v dětství, jsou již bez odezvy.

Babutik většinou nekotká, když mluví sám pro sebe, zpívá nebo sborově recituje. Rozhodně nekotká při uvažování, myšlení je plynulé ([www.balbutickakomunita.cz](http://www.balbutickakomunita.cz)).

Příznaky této poruchy se mohou v mluvené řeči projevovat velmi nápadně. Pro člověka trpícího touto poruchou jsou však velmi často překážkou komunikace. Všeobecně lze příznaky rozdělit na vnitřní a vnější.

**Vnitřními příznaky** se označují duševní vztahy, které se rozvíjejí jako reakce na problémy v komunikaci. Postupně se může objevovat strach z mluvení, hlavně v situacích, kde nemocnému záleží na dokonalém řečovém projevu, který však není schopen zvládnout. Pak mluvíme o logofobii. Postupem času se postižený jedinec začne vyhýbat přímému řečovému kontaktu, předem zná hlásky nebo slabiky, na nichž zadržává, a proto si pomáhá hledáním náhradním slov.

**Vnější příznaky** se projevují poruchou fonačních, artikulačních a dýchacích pohybů. Podle příznaků v řeči dělíme koktavost na formu tonicovou, klonickou a tonoklonickou (Škodová, Jedlička, 2003).

Snahy o úspěšné zvládnutí této poruchy trvají více než dvě tisíciletí. Původně byla terapie doménou medicíny, ale v posledních dvou stoletích se postupně začaly léčbou zabývat i obory nelékařské. O žádné z dosud vytvořených metod ale nelze prohlásit, že by byla stoprocentně účinná.

Postupem času se léčebné postupy ustálily do 4 hlavních forem, ve kterých se užívají různé metody.

Podle Miloše Sováka existují tyto základní formy:

**koktavost z napodobení** (dost neobvyklé, u nervově labilních dětí a hysterických osob, u dětí lze výchovou dobře zvládnout)

**koktavost z přecvičovaného leváctví** (jde o potlačování přirozené laterality)

**koktavost z orgánového postižení CNS**

**koktavost vývojová** (= neurotická, nejčastější forma; jde o duševní úrazy, které

postihují komunikaci, jako je třeba úlek, bití, zavření v izolované místnosti apod.).

Je nutno připomenout, že neznáme příčiny koktavosti, a proto můžeme pouze potlačovat její příznaky. I kdybychom příčinu koktavosti znali, nebyla by pravděpodobně jedna, ale byl bych jich celý komplex. Z tohoto důvodu by proto terapie nebyla jednoduchá. Mimo to je každý případ koktavosti individuální a výjimečný, proto je třeba vždy postupovat zcela specificky a individuálně. Přesto však lze terapie sjednotit do několika základních směrů:

**medicínské metody** - chirurgické zákroky do svalů jazyka, dnes již zřejmě nadobro opuštěny.

**mechanické metody** - první mechanické pomůcky byly do úst vkládány již za Demosthena, největší rozkvět zažil tento směr v 19. století, dnes tzv. protetické pomůcky (viz níže).

**cvičné metody** - zaměřují se na dechová a rytmická cvičení, ovládání emocionality, na analýzu a zpětnou syntézu řečových projevů.

**psychologické metody** - posilování kladných emocí s důrazem na zdařilé mluvní situace. Využívají relaxace, jógy, psychoanalýzy apod. Spatřují východisko ve vyrovnání se s vadou řeči.

**aktuální metody** - behaviorální terapie- nezajímá se o příčinu koktavosti, ale snaží se rozebrat chování koktavého a stanovit, čeho by se měl zbavit.

## 6.6 Symptomatické poruchy řeči

Narušená komunikační schopnost patří často k nejnápadnějším projevům člověka. Celosvětové statistiky OSN a UNESCO uvádějí, že děti se symptomatickými poruchami řeči tvoří 6 - 12% z celkové populace (v rozvojových zemích dokonce až 20%).

### 6.6.1 Sluchově postižení

Velmi důležitou složkou dorozumívacího procesu je sluchové vnímání. Sluch je jedním ze smyslů, který umožňuje člověku přijímat, vnímat, zpracovávat zvuky z vnějšího prostředí. Pro správný celkový vývoj dítěte má své nezaměnitelné místo. Ztráta nebo zhoršení sluchu se přiřazuje k nejtěžším formám postižení.

Hluchota a slepota se řadí k nejzávažnějším postižením člověka. Jedinec je jednak vyloučen z komunikačního procesu, jednak je ochuzen o zvukový svět. Onemocnění sluchu zaujímá podle statistik sedmé místo v žebříčku nejčastějších nemocí na celém světě.

Poruchy sluchu, které vznikají ve středním sluchu, se označují jako percepční poruchy. U této poruchy je narušeno vlastní vnímání zvuku ve vnitřním uchu, vedení vzruchu sluchovým nervem nebo jeho zpracování v mozkovém centru (pacient hůře slyší vysoké tóny). Není možné ji operací odstranit či léky vyléčit, jsou nejčastěji vrozené. Skutečnost, že bez odborné pomoci se člověk s těžkou vadou sluchu nenaučí mluvit, poukazuje na důležitost tohoto smyslu. Neslyšící děti vykazují poměrně vysoké procento problémového chování. Jednají často impulzivně, mají nedostatek sebeúcty, nedokáží popsat svůj momentální psychický stav. Neslyšící jsou mnohdy frustrováni, trpí uzavřeností a pocity nenávisti (Nosková 2006).

### **Specifika řeči u sluchově postižených**

Pro sluchově postižené děti je typický vývoj řeči omezený (především u neslyšících dětí) nebo přerušovaný (při ztrátě sluchu do určitého věku). Někdy lze zaznamenat i vývoj řeči opožděný. Rozvíjení slovní zásoby je velmi obtížné. Velmi důležitou roli hraje včasné diagnostikování, kvalitní rodinné zázemí a soustavná odborná péče. Děti s tímto typem postižení mají problémy pochopit věty, které mají více větných členů, obtížně zachycují hlásky s, š, f, t, k.

Kompenzačními a technickými pomůckami se rozumějí pomůcky, které usnadňují vnímání mluvené řeči. Jedná se různé typy sluchadel, individuální zesilovače, rádiová sluchadla, signalizace telefonního zvonku, psací telefon pro neslyšící, telefon se zesílením zvuku pro nedoslýchavé, kochleární implantát aj. Kochleární implantát je elektronická funkční smyslová náhrada, která zprostředkuje sluchové vjemy neslyšícím jedincům přímou elektrickou stimulací sluchového nervu uvnitř hlemýždě vnitřního ucha. Implantát je vhodný u osob, u kterých je postižení středního ucha tak velké, že nelze použít sluchadla.

V České republice je všem pacientům implantován kochleární implantát NUCLEUS 22 a od roku 2000 NUCLEUS 24 australské firmy Cochlear.

**Vývoj řeči u neslyšících** má odlišnou genezi řeči od slyšících ( tzv. spontánní vývoj řeči). U jedinců s vrozenou hluchotou jsou evidovány rané typy předverbálních zvukových projevů, např. křik, broukání nebo křik s citovým zabarvením.

V období, kdy má nastoupit stadium napodobujícího žvatlání, zvukové projevy postupně ustupují. Podle zkušeností Sováka mají tyto děti hlučnou chůzi, při jídle mlaskají, obvykle také skřípou zuby.

**U jedinců se získanou hluchotou** je velice důležitý věk, v němž ke ztrátě sluchu došlo. Pokud k němu dojde v období, kdy orální řeč není ještě dostatečně zafixovaná, úroveň řeči se postupně snižuje. Když však dojde ke ztrátě sluchu po dovršení hranice 7. roku života (kdy je řeč už dostatečně upevněná), řečové projevy nezanikají. Seeman (1974) uvádí, že brzy po ohluchnutí se mění zvuk řeči. Nejdříve odpadávají vysoké tóny, později se mění artikulace i prozódie řeči.

**Vývoj řeči u nedoslýchavých** je závislý především na věku, kdy ke zhoršení sluchu došlo. Čím mladší dítě je postiženo, tím více se to projeví na vývoji řeči. Podle Mašury (1970) je v raném věku typickým projevem nedoslýchavosti přerušování vývoje řeči v době, kdy matka přestává nosit dítě v náručí. Když totiž takové dítě začne chodit, vzdaluje se od ní a nerozlišuje slova, která předtím slyšelo z bezprostřední blízkosti.

### 6.6.2 Zrakově postižení

Uvádí se, že přibližně 70-80% informací získává člověk zrakovou cestou. Pokud tento přenosový kanál chybí, odrazí se to zákonitě v komunikačním procesu.

Autoři, kteří se zabývají vývojem řeči nevidomých dětí se shodují, že začátky ontogeneze řeči se u nich oproti normě opoždují. Seeman (1974) se zmiňuje dokonce i o rozsahu tohoto zpoždění. Podle jeho teorie začínají děti s vrozenou slepotou hovořit v průměru o půl roku později než děti nepostižené. Sovák (1981) i Pavlová-Zahálková (1976) jsou jednotní v tom, že vývoj je sice opožděný, ale v pozdějším období není omezený. Příčiny tohoto jevu se pokusil vymezit Litvak (1979), který zdůrazňuje narušení především dynamiky vývoje řeči.

Retardační vlivy zrakového postižení na vývoj řeči působí pravděpodobně od začátku školního věku, a to ve vývoji formální i obsahové stránky řeči.

**Verbalismus nevidomých dětí**<sup>7</sup> znamená, že dítě používá velké množství slov, ale nechápe jejich význam. Slova mají pro ně nereálný smysl (např. slova, která označují barvy).

---

<sup>7</sup> Jeden z nejvzdělanějších slepců 20. století, francouzský historik a autor prací z oblasti pedagogiky a psychologie, Pierre Villey, o verbalismu nevidomých lidí konstatoval: „Některá slova nevyvolávají určité představy a zůstávají prázdnými zvuky... V běžném rozhovoru velmi často používají slova, jejichž obsah slepec od narození nikdy nepochopí...“ (Villey 1939, s. 43-44).

V předškolním věku je komunikace nevidomého dítěte samoučelná a projevuje se v tom, že dítě mechanicky napodobuje dospělého, požívá slov či slovní spojení, kterým nerozumí. Verbalismus lze tedy charakterizovat jako „*nápadný rozpor mezi existující slovní zásobou a konkrétními představami o předmětech, které označují, především v oblasti předmětných pojmů*“ (Djačkov a kol. 1970, s. 316).

Verbalismus se neposuzoval vždy stejně. Uvádí se, že pedagogové v 19. a počátkem 20. století přeceňovali negativní vliv verbalismu, pokoušeli se dokonce vytvořit speciální slepecký jazyk. Jen několik autorů dávalo verbalismus do souvislosti s nesprávnými metodami výuky nevidomých.

I přesto, že se údaje o výskytu poruch řeči u nevidomých značně liší, odborníci se shodují na jejich častějším výskytu v porovnání s intaktní společností. Zatímco starší výzkumy příliš nerozlišovaly slabozraké a nevidomé děti, v současnosti hraje právě tento faktor důležitou roli. Proto se většinou udává zvlášť výskyt poruch u slabozrakých a zvlášť u nevidomých.

*U nevidomých dětí* odhadoval Chvatcev (1959) asi 1,5x častější výskyt poruch řeči než u zdravých. Z českých odborníků na tuto problematiku se s tímto údajem shodoval Jesenský. Ze zajímavých výzkumů prováděných v bývalém Československu je třeba uvést zjištění Bubeníčkové (1980), která mezi nevidomými žáky prvních tříd našla stoprocentní výskyt poruch řeči. Lechta (2002) prováděl výzkum v brněnském a levočském ústavu (věk dětí od 5 do 10 let) a zjistil poruchy řeči u 25% nevidomých s vrozenou slepotou.

*U slabozrakých dětí* se stoupající zrakovou ostrostí pravděpodobně klesá výskyt poruch řeči. S tímto tvrzením se ztotožňuje např. Široký a kol. (1980).

Co se týká konkrétních poruch řeči, u zrakově postižených jedinců se nejčastěji vyskytuje dyslalie, některé typy jsou u slabozrakých a nevidomých častější. Už v prvních výzkumech bylo zjištěno, že někteří nevidomí nedokážou dobře rozlišovat hlásky /m/ a /n/ (důsledek absence zrakového vzoru). Dalším znakem dyslalie je mezizubní výslovnost rozličných hlásek, nejčastěji /t/, /d/, /n/.

## 6.7 Děti postižené dětskou mozkovou obrnou

Děti postižené dětskou mozkovou obrnou tvoří mezi postiženými velmi nápadnou skupinu. Nejen díky zjevnému postižení motoriky, ale i narušené komunikační schopnosti. Jejich řečové dovednosti jsou podmíněné jednak vlastním postižením motoriky, jednak poměrně širokým spektrem dalších projevů dětské mozkové obrny (dále jen DMO). Lesný (1980, s.137) definuje DMO jako „*poškození mozku a vývoje mozku vzniklé v nejranější jazykové sféře*“.

**Vývoj řeči** u dětí s DMO je omezený, nebo opožděný. Vývoj řeči je závislý na úrovni IQ, prostředí, celkovém tělesném stavu a na postižení senzomotorických drah. Ve vývoji dochází často k různým obměnám (Románek 1977). K tomuto zjištění je třeba dodat, že na vývoji řeči se podílí i případný výskyt dalších poškození. Důležitou roli mohou sehrávat i negativní dopady hospitalizací, které jsou u tohoto postižení časté. Celkově lze tedy konstatovat, že vývoj řeči u dětí s DMO je vážně narušen a má nepříznivé důsledky na psychický stav jedince.

**Poruchy řeči** úzce souvisejí s faktem, že při DMO je poškozen nejenom mozek, ale k jeho poškození dochází i v dalším průběhu vývoje. Tento fakt vysvětluje množství rozmanitých variací, které mohou vzniknout. Objevují se i tvrzení, že neexistuje žádný všeobecný klinický obraz řeči dětí s DMO. Je to podobná situace jako u afázie, kde afáziologové už dlouho tvrdí, že existuje tolik druhů afázie, kolik je afatiků.

Údaje světové literatury o výskytu poruch řeči u dětí s DMO se neshodují. Lechta (2002) například uvádí, že narušená komunikační schopnost u žáků s tělesným postižením je u 56,8% dětí (toto zjištění by ale bylo pravděpodobně vyšší, kdyby ze všech tělesně postižených vybral jen děti s DMO).

Pokud jde o formy DMO, odborná společnost se shoduje na dělení do čtyř skupin. **Spastická forma** postihuje asi 70-80% nemocných s DMO. Jejich svaly jsou v postižených partiích ztuhlé a trvale stažené (spastické). Pokud má nemocný spastické obě dolní končetiny, mohou se vtáčet dovnitř a při chůzi může křížit kolena přes sebe. Pokud postižený vůbec chodí, je jeho chůze nemotorná a velmi obtížná. Vzniká tak obraz chůze, který je v anglosaské literatuře popisován jako *scissors gait* (nůžkovitá chůze, chůze s křížením dolních končetin).

**Athetoidní (dyskinetická) forma** DMO je charakterizovaná mimovolnými pomalými krouživými pohyby. Tyto abnormální pohyby postihují obvykle ruce, nohy, případně celé horní nebo dolní končetiny. V některých případech je postiženo svalstvo tváře a jazyka, což vede k vytváření grimas, žmoulavým pohybům úst, mlaskání apod.

Athetoidní forma DMO postihuje asi 10-20% nemocných.

**Ataktická forma** DMO postihuje především vnímání rovnováhy a tzv. hlubokou citlivost (propriocepci). Postižení mají často špatnou pohybovou koordinaci, jejich chůze je nestabilní (připomíná opileckou chůzi), chodidla pokládají nezvykle daleko od sebe. Problémy nastávají při pokusu o rychlý a přesný pohyb, jako je např. psaní nebo zapínání knoflíků na oděvu. Ataktickou formu má asi 5-10% nemocných s DMO.

**Smišené formy** DMO jsou časté, protože se u nemocných s DMO výše uvedené formy různě kombinují. Nejčastější kombinací představuje spastická forma s dyskinetickou formou ([www.neurocentrum.cz](http://www.neurocentrum.cz)).

Existuje celá řada příčin, které způsobují vznik poruch řeči u dětí s DMO. Mezi nejdůležitější patří poruchy motoriky, mentální retardace, poruchy sluchu a epilepsie.

Nejčastější poruchou řeči je **dysartrie**. Tato porucha patří k nejkomplicovanějším a nejhůře korigovatelným narušením komunikační schopnosti. Někteří autoři definují dysartrii jako poruchu hláskování, narušení artikulace jako celku (Sovák 1981; Pavlová – Zahálková, 1976). Jiní autoři zase zdůrazňují, že nejde jen o poruchu artikulace, ale i fonace, respektive i modulace a respirace (Arnold 1970). Vedle dysartrie se uvádí i huhňavost (případně huhňavý charakter řeči) a koktavost.

## 6.8 Děti s dalšími poruchami a onemocněními

Na děti se smyslovým postižením (zraku, sluchu), postižením hybnosti a mentální retardací se zaměřují tradiční oblasti péče speciální pedagogiky. Kromě nich by se ale nemělo zapomínat ani na děti, které nelze jednoznačně zařadit do skupiny „postižených“. Jedná se především o onemocnění a poruchy, jejichž symptomem bývají řečové poruchy. Z většího počtu poruch se odborná literatura zabývá především lehkou mozkovou dysfunkcí a epilepsií.

**Lehká mozková dysfunkce** (dále jen LMD) je souhrnné označení pro celou řadu projevů dítěte na bázi strukturálních změn centrální nervové soustavy, jež se odchyľují od běžné normy a jeví se jako nezvyklé a zvláštní (nápadně nerovnoměrný vývoj intelektových schopností, poruchy v dynamice psychických procesů, hyperaktivita i hypoaktivita, nesoustředěnost, malá vytrvalost, impulzivnost, výkyvy nálad a duševní výkonnosti, tělesná neobratnost, poruchy vnímání aj.). V posledních letech se z problematiky LMD vyčleňuje větší počet syndromů, např. porucha pozornosti (ADD - attention deficit disorder), porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD - attention deficit hyperactivity disorder), jímž se začínají zabývat i čeští

odborníci (např. Pavlíková 1998). Matějček a kol. (1991) však upozorňuje na to, že příliš podrobné „rozdrobování“ pojmu LMD vede k dalším obtížím. Protože ani jeden ze syndromů nemůže být přesně ohraničený, dochází k překrývání a směšování symptomatologie. Proto pokládá termín LMD za sjednocující a nadřazený.

Nelze opomenout ani častou kombinaci více poruch řeči, jako např. spojení s dyslalií a koktavostí. Častý výskyt je i dysprozódie, poruchy vnímání a reprodukce rytmu (nedovede napodobit rytmus, zpívat, pochodovat či cvičit v rytmu).

**Epilepsie** (padoucnice) je záchvatovité onemocnění mozku. Jedná se o chorobný stav, jehož příčinou je nadměrná elektrická aktivita v mozku a nervovém systému. Za normální podmíněk přenášejí mozkové buňky elektrické vzruchy jedinečně řízeným systémem. V případě epilepsie se velké množství elektrických buněk aktivuje najednou, čímž může dojít k epileptickému záchvatu.

V mnoha případech nejsou příčiny vzniku epilepsie známy, někdy však tomuto onemocnění může předcházet zánět mozku, úraz hlavy, mozková cévní příhoda, mozkový nádor a vyloučena není ani dědičnost ([www.mineralfit.cz](http://www.mineralfit.cz))

Narušená schopnost komunikace se projevuje ve formě buď trvalých nebo přechodných poruch řeči. Poruchy přechodné se mohou vyskytnout před záchvatem i po něm. Sovák (1981) uvádí výskyt infantilní patlavosti, která se vyskytuje před záchvatem, Arnold (1970) upozorňuje na spojení epilepsie s afázií. Arnold ve výše citované práci také uvádí, že přechodné poruchy řeči charakterizuje náhlý začátek, krátká doba trvání a schopnost vrátit se zpět do původního stavu. Ze zjištění vyplývá, že v tomto případě není nutná logopedická péče. U trvalých poruch řeči je situace mnohem složitější.

Sovák (1981) hovoří často o nesrozumitelné artikulaci a poruchách syntaxe. I způsob myšlení u lidí trpících epilepsií je specifický. Sasín (1975) zjišťuje nedostatek jasného cíle myšlení, což se projevuje náhlými a bezdůvodnými změnami tématu. Uvádí i případy, kdy dítě má nějakou myšlenku, ale není schopno ji slovně vyjádřit.



## 7. Správná a vadná výslovnost jednotlivých hlásek

### 7.1 Samohlásky (vokály)

Při tvoření samohlásek se v ústech neklade výdechovému proudu žádná překážka. Rozdíly mezi jednotlivými vokály jsou určovány velikostí čelistního úhlu, polohou jazyka a postavením rtů.

#### **Samohláska a**

Samohláska *a* má největší čelistní úhel. Rty zaujímají neutrální polohu, nejsou zaostřené ani zaokrouhlené, hrot jazyka se opírá o dolní řezáky.

#### **Samohláska e**

Čelistní úhel je u tohoto vokálu menší než u předchozího. Jazyk se posunuje současně kupředu a vzhůru, rty se začínají mírně zaostřovat.

#### **Samohláska i**

Výslovnost samohlásky *i* je podmíněna menším čelistním úhlem než u *a* a *e*. Jazyk je posunut vpřed a vzhůru a rty mají zaostření do stran.

#### **Samohláska o**

Při artikulaci této hlásky se jazyk přibližuje k měkkému patru a rty se mírně zaokrouhlují.

#### **Samohláska u**

Samohláska *u* má větší zaokrouhlenost rtů než *o*, čelistní úhel je menší, jazyk je stažen dozadu k měkkému patru.

VADY SAMOHLÁSEK: Vady vokálů jsou poměrně vzácné, protože jejich vytváření není obtížné. Pokud se problémy objeví, jedná se většinou o záměnu jedné samohlásky za jinou, nejčastěji samohláska *e* je zaměňována za *a*.

### 7.2 Souhlásky (konsonanty)

Při popisu výslovnostní charakteristiky jednotlivých konsonantů se vychází z místa, odkud se tvoří. Vyštejn (1991) uvádí, že patlavost jednotlivých souhlásek souhrnně označujeme řeckým pojmenováním hlásky a příponou *-ismus* (např. rotacismus, sigmatismus, lambdacismus aj.). Připojením předpony *mogi-* nebo *para-* k tomuto pojmenování se blíže určuje vynechání nebo nahrazení určité hlásky.

### **Souhlásky p, b, m**

Při tvoření hlásek *p*, *b* dochází k vytváření závěru patrohltanového, který se vzdušným proudem rozruší. U souhlásky *p* je vzdušný proud větší. Při výslovnosti hlásky *m* vzniká retný závěr, dochází navíc k nosní rezonanci. Jazyk je při artikulaci všech těchto konsonantů v klidové poloze v dolní části úst.

VADY: Vadná výslovnost této skupiny hlásek není příliš častá, jedná se většinou o záměnu *b* za neznělou variantu *p*.

### **Souhlásky f, v**

Tím, že se spodní ret přibližuje k horním řezákům, dochází ke vzniku malé úžiny a vzduch, který touto štěrbinou uniká, vytváří zvuk - šum. Šum je u hlásky *v* slabší a podložený hlasem. Jazyk se artikulace vůbec neúčastní.

VADY: Chybná výslovnost uvedených konsonantů je vzácná, pokud se problémy objeví, jedná se většinou o náhradu znělého *v* s neznělým *f*.

### **Souhlásky t, d, n**

Ke správné výslovnosti hlásek *t* a *d* je nutné přitisknout jazyk na dásně za horní řezáky, zde se vytváří závěr společně se závěrem patrohltanovým. Exploze je u *t* silnější než u *d*, u něhož zní narozdíl od *t* hlas. Výslovnost konsonantu *n* je podobná.

VADY: Nejčastější vadou bývá náhrada znělého *d* za neznělé *t*.

### **Souhlásky s, z, c**

Retní štěrbinu je při tvoření těchto konsonantů prodloužena „do úsměvu“, hrot jazyka se opírá o zadní dolní řezáky, boční kraje jazyka se zvedají a uzavírají zubní štěrbinu. Vzdušný proud je veden úžinou ve středu jazyka, kde vzniká vzdušný vír ostrého sykavého zvuku. Při výslovnosti hlásky *z* zní hlas, u souhlásky *s* nikoli.

Konsonant *c* se odlišuje od *s* a *z* tím, že se vytvoří nejprve lehký závěr, který postupně slábne. Poté vznikne k vytvoření úžiny jako u *s* a *z*. Z tohoto důvodu je hláska *c* označována za polozávěrovou, kdežto *c* a *z* se řadí k souhláskám úžinovým. S ohledem na logopedickou praxi se hláska *c* řadí k sykavkám.

### **Souhlásky š, ž, č**

Při artikulaci této skupiny konsonantů se jazyk posunuje mírně vzhůru a vzad, vytváří se úžina společně s alveolárním výběžkem. Rty se posunují dopředu, „vyšpulují se“. Šum, který vzniká výdechovým proudem je hlubší než u předchozích souhlásek. Proto *s*, *z*, *c* se označují jako sykavky ostré, *š*, *ž*, *č* jako sykavky tupé.

VADY: Nesprávné tvoření hlásky *s* i *š* se souhrnně nazývá šišlavost (sigmatismus). Pro velkou frekvenci opakování sykavek v řeči působí jejich vadná výslovnost neesteticky, někdy budí až infantilní dojem.

Podle Vyštejna (1991) jsou poměrně časté případy parálalie, tj. parasigmatismy. Sykavky většinou nahrazují hlásky *t* a *ch*, popřípadě jsou zaměňovány jedna za druhou.

**Šišlavost mezizubní** (sigmatismus interdentální) je nejrozšířenější, jeho vznik obvykle souvisí s potížemi při nosním dýchání, kdy je jazyk vysunován do úst.

**Šišlavost přízubní** (sigmatismus addentální) se vyskytuje při nitroušní nedoslýchavosti. Toto poškození může být přechodné nebo trvalé, dříve bylo způsobováno především spalničkovým virem, v dnešní době zejména virem chřipky ([www. pharmanews.cz](http://www.pharmanews.cz)).

**Šišlavost retozubní** (sigmatismus labiodentální), hláska silně zvukově připomíná hlásku *f* a je také podobně tvořena.

**Šišlavost boční** (sigmatismus laterální) vzniká tím, že dochází k úniku proudu po jedné z obou stran jazyka, a tak vzniká nepříjemný sykot. Podle toho, odkud proud vzduchu uniká, se šišlavost boční dělí na pravostrannou a levostrannou.

**Šišlavost nosní** (sigmatismus nazální) se vyznačuje tím, že výdechový proud vychází místo ústy nosem, a tím vzniká nosní šelest.

**Šišlavost hrtanová** (sigmatismus laryngální) je typická pro vadu výslovnosti provázející rozštěpy patra.

**Šišlavost sykavá** (sigmatismus stridens) je nápadná, přehnaná sykavost, která se výrazně projevuje při šepotu.

**Šišlavost vdechová** (sigmatismus aspirační) je podle Sováka (1955) vada výslovnosti, která se objevuje jako důsledek neodborné péče, laické výuky v rodině. Sykavky jsou tvořeny retozubním zvukem při krátkém trhavém vdechu.

### **Souhláska l**

Konsonant *l* se tvoří tak, že se opře jazyk o alveolární výstupek, okraje jazyka se nepřítisknou k patru úplně, nýbrž zanechávají volné průchody. Proud vzduchu uniká oboustranně.

VADY: Nejčastější artikulační vadou je úplné vynechání hlásky nebo zaměňování konsonantu za jinou hlásky, nejčastěji *j*, *h*, *v*.

### **Souhlásky t', d', ň**

K artikulaci těchto hlásek dochází tím, že se hrot jazyka opírá o dolní řezáky a jeho hřbet vytváří závěr na tvrdém patře. Při výslovnosti *t'* a *d'* je závěr ústní i patrohltanovaný, u *ň* jen ústní.

VADY: Výslovnost hlásek *t̃*, *d'* a *ň* bývá mnohdy obtížná, protože dětem trvá poměrně dlouho, než se naučí změkčovat hlásky. Místo nich používají jejich tvrdé varianty.

### **Souhláska j**

Pro výslovnost této souhlásky je důležitá úžina, kterou vytváří hřbet jazyka s tvrdým patrem. Měkké patro vytváří patrohltanový uzávěr. Rty jsou mírně prodlouženy a koutky zaostřeny.

VADY: Problémy s artikulací se vyskytují velmi zřídka, většinou se jedná o vynechání hlásky.

### **Souhlásky k, g**

Přitisknutím jazyka k měkkému patru dochází ke vzniku závěru, který je ale v okamžiku artikulace proražen výdechovým proudem vzduchu. Hrot jazyka bývá většinou v klidové poloze uvnitř dutiny ústní. Rozdíl mezi oběma hláskami je určován zněním hlasu. Při artikulaci hlásky *g* hlas zní, u konsonantu *h* nikoli.

VADY: Obvyklým problémem je nahrazování hlásek jinými, a sice nejčastěji souhláskami *t* a *d*.

### **Souhláska ch**

Konsonant *ch* je tvořen na stejném místě jako hlásky *k* a *g*, ovšem s rozdílem, že místo závěru vzniká úžina. Rty se artikulace neúčastní, čelisti jsou mírně oddáleny.

VADY: Vady nejsou časté a spočívají ve vypouštění hlásky nebo nahrazováním, nejčastěji souhláskami *k* nebo *h*.

### **Souhláska h**

Artikulační charakteristika hlásky *h* je zajímavá tím, že znělost a úžina se tvoří v hrtanu, na stejném místě a současně. Jazyk zaujímá klidové postavení, rty jsou v neutrální poloze.

VADY: Nejčastější vadou je výslovnost konsonantu nezněle jako *ch*.

### **Souhláska r**

Při výslovnosti hlásky *r* jsou okraje jazyka přitisknuty k patru, hrot jazyka je rozkmitáván proudem vzduchu, a tím dochází k utlumování a uvolňování hlasu, a tak vzniká hrčivý zvuk.

Je nezbytné uvést, že výše uvedená charakteristika je ortofonická (výslovnostní norma) pro alveolární *r* („přední *r*, české *r*“). Foném *r* totiž patří do skupiny hlásek, které se tvoří v různých jazycích rozdílně.

VADY: Díky artikulační obtížnosti jsou problémy s touto hláskou časté. Vady se vyskytují ve třech formách, tj. mogulálické, paralálické, kdy bývá nahrazováno konsonanty *l, j, h*, a ve formě deformované.

Z velkého množství deformací uvádí odborná literatura jen ty rotacismy, které jsou běžné, a tudíž je lze považovat za základní. Kritériem pro jejich klasifikaci jsou místa náhradního tvoření hlásky *r*. Existují i jiné způsoby třídění rotacismů, toto dělení je ale pro logopedickou péči nepodstatné.

**Rotacismus retní** (bilabiální) vzniká rozkmitáním obou rtů, které jsou posléze rozraženy proudem vzduchu.

**Rotacismus retozubní** (labiodentální) není příliš frekventovaný.

**Rotacismus bočný** (laterální) vzniká tím, že vzduch uniká na jednu stranu mezi jazyk a tvář. Kmity na tváři jsou dobře viditelné.

**Rotacismus mezizubní** (interdentální)

**Rotacismus patrový** (palatální) je typický tím, že se hrot jazyka při artikulaci stáčí proti patru a vzad.

**Rotacismus čípkový** (uvulární) vzniká rozkmitáním čípku.

**Rotacismus nosový** (nazální)

**Rotacismus hrtanový** (laryngální) vzniká v hrtanu, kde dochází k rozkmitání tzv. výchlípkových řas (slizničních útvarů nad hlasivkami).

**Rotacismus jazykohltanový** (glossofaryngální)

**Souhláska ř**

Souhláska ř se velmi podobá hlásce *r*, na rozdíl od ní je ale jazyk více posunutý dopředu a konec je více vypjatý. Výdechový proud je silnější. Konsonant ř je typickou českou hláskou a častost jejich vad je vyšší než u *r*.

VADY: Nejčastější artikulační vadou jsou paralálie, kdy hláska je nahrazována jinými, nejčastěji *j, h, z, ž, d, d'*.

**Rotacismus bohemicus retozubní** (labiodentální) připomíná u znělého ř hlásku *v*, u neznělého ř hlásku *f*.

**Rotacismus bohemicus obouretný** (bilabiální) se vyskytuje vzácně.

**Rotacismus bohemicus měkkopatrový** (velární)

**Rotacismus bohemicus bokový** (laterální) se vyskytuje často s laterálním sigmatismem.

**Rotacismus bohemicus nosní** (nazální) se objevuje zřídka.

## 8. Verbální řeč afatiků

V následující kapitole se pokusím přiblížit některé afatické projevy v jejich mluveném průběhu. Chtěla bych poukázat na některé zvláštnosti, které mohou afatickou řečovou poruchu při spontánním sdělování provázet; zaměřím se i na procesy opakování a porozumění. Potřebné informace jsem čerpala z práce Evy Flanderové, která se zabývá jazykem a zvláštnostmi v dorozumívání afatiků.

Všechny následující příklady ukazují podobu afatické řeči při tzv. Brocově afázii (viz výše).

Živost mluvených afatických projevů (a jejich sepětí s neverbální složkou sdělování) nelze nahradit převedením do slov. Následující přepisy jsou tedy spíše orientační.

Pro zjednodušení zápisu je užito následujících značek:<sup>8</sup>

↑	stoupavá a klesavá intonace
/	mírně stoupavá intonace
→	zakončení promluvy, které má nevýraznou intonaci a působí „neemocionálně“
?	otázka
■	delší pauza
(.)	velmi krátká pauza
...	vyznění verbálního úseku řeči „do ztracena“
MA	řečové úseky, které působí důrazně
a-a- „slabičné“	„zadrhnutí“, „slabikovaná“ řeč (tj. taková, v níž jsou odděleny úseky)
[d <sup>or</sup> zu]	parafatická slova (řetězce) nebo slova méně srozumitelná
:	samohlásková kvantita na koncích slov
::	výrazné protažení samohláskové kvantity na koncích slov;
∂	redukovaná samohláska
∂	nevýrazná, slabě realizovaná redukovaná samohláska
řřř	slabá nebo nevýrazná výslovnost
┌M	úseky, v nichž hovoří dva různí mluvčí současně
└L	

<sup>8</sup> Z části přejato z knihy Mluvená čeština v autentických textech (Müllerová – Hoffmannová – Schneiderová 1995)

(smích)

na zvláštních řádcích zřídka je uveden doplňující komentář

## 8.1 Opakování a porozumění opakovanému

Následující úsek rozhovoru, z něhož je ukázka převzata, se zaměřuje na schopnost percepce a produkce řeči, jež bývá součástí afaziologických testů.

Přepis první ukázky:

*K (afatik), L (logoped)*

*(délka ukázky 0:37)*

┌L: zkusíme, jak jde opakování přímo VÁM jo budete opakovat PO mně↓

└K:

L: ∂:: já něco řeknu ■ a vy to zopakujete ano↑

K: a↓no→

L: třeba: A

K: A:/

L: be::

┌M: be (.) be:

└L: do dobře ■ MA

K: m∂

L: dobře ■ PI-vo\

K: ■ ■

L: PI↑-VO↓

K: PI-VO/

L: dobře (.) ano (.) správně ■ ŠKO↑-LA↓

K: (.) š (.) škola/

L: ano ■ dobře ■ noviny

K: n<sup>∂</sup> (.) noviny/

L: ano ■ mateřídouška

┌M: ■ ma-[šeř-∂:-∂:] (.) ma

|

└L:

L: tak jiné slovo SO

┌M: ne-∂ ■ vodmaličky <sup>∂: ∂: ∂:</sup> ř<sup>i</sup> (.) a: (.) n<sup>∂</sup>-NEmluvit (.) a vodmaličky ■ ne (.)  
ne

| (s výraznou emocionalitou a vysvětlující gestikulací) (úsměv)  
(přikývnutí)

└L: ne?

L: aha (.) dobře (.) tak jiné slovo↓ (.) so-ci-a-liz-mus

K: s∂ [s∂cir<sup>l</sup>kulijo...]

L: tak jinak ■ ka-pi-ta-liz-mus

K: kapis[tana∂s...]

L: jo ■ a: PO-ČET-NI-CE↓

K: ■■■ prosim/

(slabě)

Na opakování mluvených verbálních podnětů se podílí více procesů dílčích: mluvěcí rozpoznává a přijímá zvukový signál jakožto signál řeči, je schopen dekodovat význam znaku, jehož je tento signál nositelem, a porozumět smyslu sdělení.

U afatiků nemusí být schopnost opakovat spojena s porozuměním. Někdy naopak afatici verbálním podnětům porozumějí a jejich smysl chápou, ale nemůžou verbálně reagovat jako zdraví jedinci. Pacienti také s obtížemi opakují některá slova, hlavně dlouhá (tj. zpravidla více než tříslabičná) a obtížněji vyslovitelné výrazy, patří k nim často také slova přejatá do češtiny z jiných jazyků, která mají zvláštní hláskový sklad (např. *socialismus*) (<http://cl.ff.cuni.cz/mimo/prace/afatici.doc>, 10. 1. 2005).

## 8.2 Spontánní sdělování a telegramové vyjadřování

Afatická řeč ve srovnání s řečí zdravých lidí působí „necelistvě“ - je rozrušena její sémanticko-gramatická soudržnost. Povahu afatických promluv popsala M. Petržílková (1995): „*Typické afatické promluvy jsou sestaveny z jednotlivých, většinou rozvitých větných členů (popř. jejich shluků), jež jsou od sebe odděleny pomlčkami, ale volně na sebe navazují. Dohromady mohou tvořit poměrně složitá souvětí.*“ K jejich věcnému obsahu se tedy často dobíráme zpětně. Rekonstruovat celistvý obsah sdělení bývá někdy obtížné a v průběhu hovoru se může dařit jen částečně. Dorozumění spočívá také v schopnostech a zkušenostech odborníka, který rozhovor s afatikem vede.



V následující ukázce pacient spontánně vypráví o cestě do Liberce. V jeho verbálním projevu je patrná telegramovost a eliptičnost vyjadřování.

Přepis druhé ukázky:

*K(afatik), L (logoped)*

*(délka ukázky 1 minuta)*

L: a: o čem jste mi tady před chvílí povídal, pane ...<sup>8</sup>

K:[jɔl jsem] <sup>ɔ</sup> <sup>ɔ</sup> pɔ pani DOktorku (.) a jel sem DO Liberce ■ já já jsem <sup>ɔ</sup> v Liberci vodmaličky ■ a teďka <sup>ɔ</sup> ■ ■ deset nebo dvanáct (.) KOvaři K<sup>ɔ</sup> KOmořiny ■ a jel jsem zase DO Liberce ■ <sup>ɔ</sup> s se ZBLÁází[ni] všechno ■ to je HROZný ■ ■ já jsem <sup>ɔ</sup> teď[ki] ňáký PRÁšky

(...)

K: a řekněte mi tedy ještě jednou jak jste sem tedy dnes přijel (.) autobusem?

┌M: NE→ (.) <sup>ɔ</sup> <sup>ɔ</sup>: kamarád p<sup>ɔ</sup> p přijel au a AUto ■ a přijedete čeká na [tramvaj<sup>ɔ</sup>]

└L:

L: dobře a má dost času?

K: no má (.) je <sup>ɔ</sup> <sup>ɔ</sup> v (.) v důch<sup>ɔ</sup> (.) v důchod (.) v důcho-dě

L:

---

<sup>8</sup> Vlastní jména neuvedena

## 9. Vady výslovnosti žáků na 2. stupni základní školy

### 9.1 Zadání dotazníků

Při vypracovávání dotazníků jsem důsledně dbala na to, aby jednotlivé otázky byly definovány zcela jasně a zřetelně. Jejich výběrem jsem chtěla docílit zjištění následujících informací: zda dítě někdy mělo problémy s výslovností některých hlásek, vyskytují-li se v rodině podobné problémy a jestli se vady tohoto typu mohou stát základem vnitřních negativních pocitů.

Dotazníky měly jednotnou formu pro obě pohlaví, ale při jejich grafickém zpracování jsem je odlišila. Zajímavým ukazatelem by podle mého názoru mohlo být i to, zda se vyskytují nápadné rozdíly mezi děvčaty a chlapci.

Tohoto průzkumu se účastnily šesté třídy základních škol v Ploskovicích (okres Litoměřice), v Litoměřicích, v Pyšelicích (okres Benešov u Prahy), v Bystřici nad Pernštejnem (okres Žďár nad Sázavou) a v Pelhřimově.

Do projektu bylo zapojeno 152 respondentů/respondentek, validních dotazníků bylo 140.

Výběrem základních škol jsem chtěla nejen podat stručnou zprávu o logopedické problematice ve zvolených lokalitách, ale zároveň zjistit, zda se objeví rozdíly mezi školskými zařízeními na vesnicích a ve větších městech. Proto jsem na jedné straně oslovila ředitele základních škol v Ploskovicích a v Pyšelicích, na straně druhé třídní učitelky/učitele v Bystřici nad Pernštejnem, v Litoměřicích a Pelhřimově. Při vyhodnocování jsem markantní rozdíly nezaznamenala, naopak jsem došla k jednomu společnému rysu, který je pro tento věk zcela pochopitelný. Po krátkém vysvětlení jednotlivých dotazníkových otázek byly děti potěšeny a velmi aktivně se na celé práci podílely (bez ohledu na pohlaví i místě, kde se škola nachází). Nikoliv z toho důvodu, že budou něco psát, ale že se ony samy účastní nějakého projektu. Naprosto výstižně celou situaci zhodnotila jedna žákyně z Ploskovic, která prohlásila, že „konečně nebudou jen psát do sešitu, ale poprvé můžou dospělácky vyplňovat papíry jako na úřadě“. Právě nadšení a pozitivní atmosféra mají jistě svůj podíl na konečném výsledku. Musím konstatovat, že moje obavy z toho, že děti nebudou brát práci vážně a jednotlivé otázky vyplní ledabyly, se naštěstí nevyplnily.

## 9.2 Dotazník

### Vady výslovnosti žáků na 2. stupni ZŠ – 6. ročník/SŠ (anonymní dotazník)

Zaškrtněte odpovídající možnosti

Chlapec / dívka

#### 1) Měl/a jsi někdy problémy s výslovností?

- ne
- ano

- a) Neuměl/a jsem vyslovovat r
- b) Neuměl/a jsem vyslovovat ř
- c) Neuměl/a jsem vyslovovat sykavky (s, z, c, š, ž,č)
- d) Neuměl/a jsem vyslovovat jiné hlásky

#### 2) Ve kterém období to bylo?

- a) v předškolním věku
- b) na 1. stupni ZŠ
- c) na 2. stupni ZŠ
- d) na SŠ

#### 3) Má někdo z tvých blízkých příbuzných vadu výslovnosti?

- ne
- nevím
- ano

- a) špatná výslovnost r
- b) špatná výslovnost ř
- c) špatná výslovnost sykavek
- d) špatná výslovnost jiných hlásek

**4) Pomáhal ti někdo s odstraněním výslovnostní vady?**

- ne
- ano

a) rodina

b) odborník/ce-logoped/ka

c) učitel/ka

**5) Vnímal/a jsi někdy svou výslovnostní vadu jako nevýhodu (handicap)?**

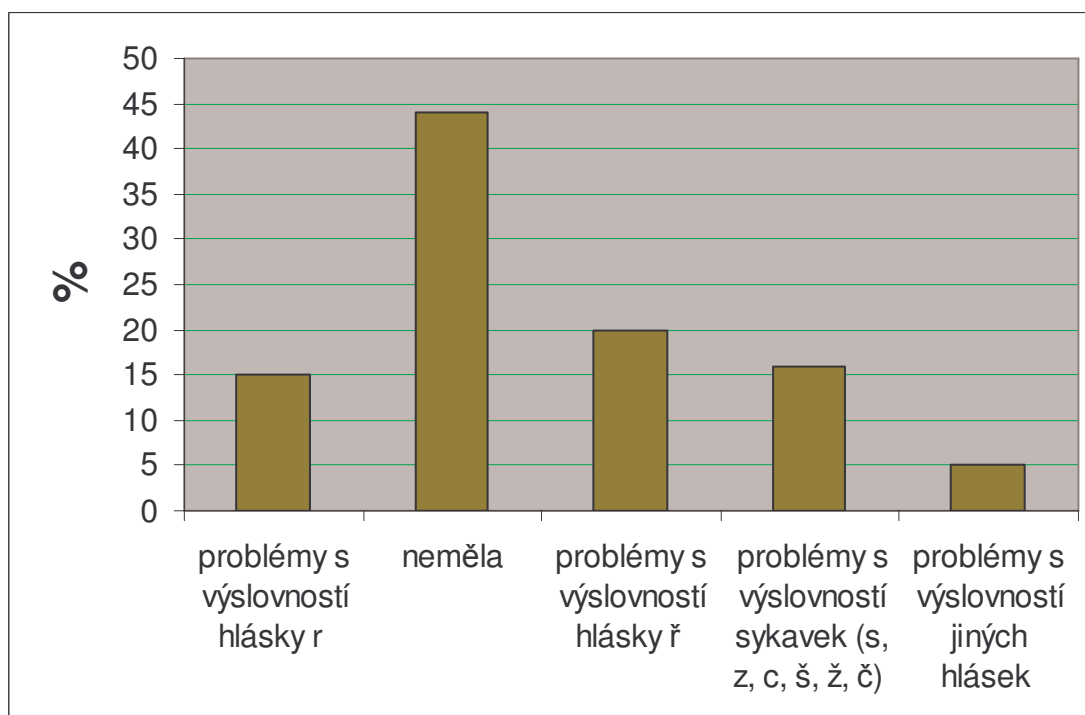
- ne
- ano

## 9.3 Grafické vyhodnocení dotazníků

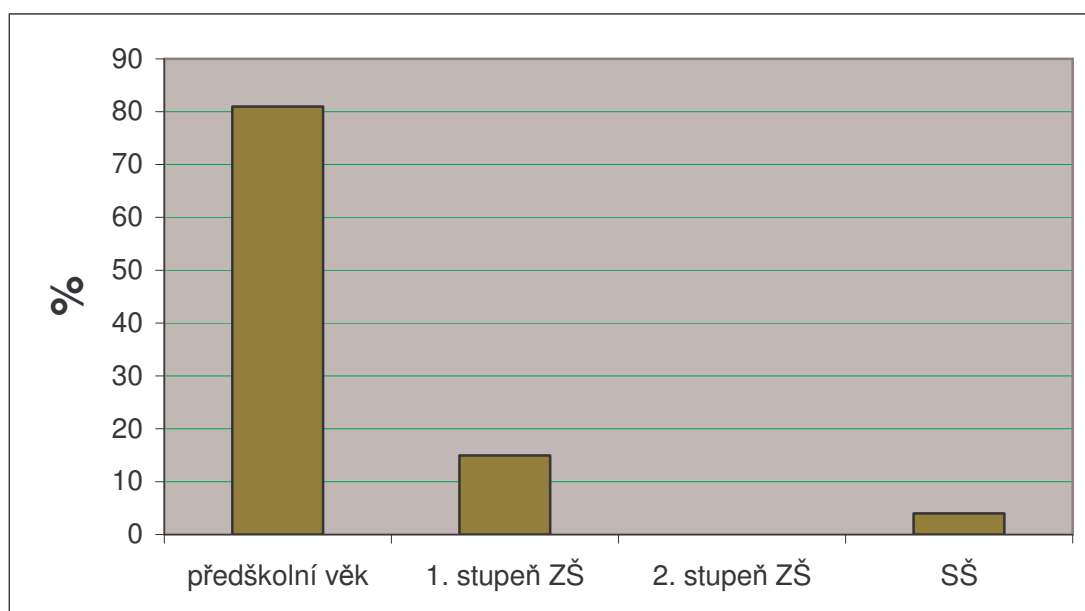
Následujících deset grafů zobrazuje vyhodnocení otázek výše uvedeného dotazníku, který byl zadán ve vybraných školách.

### 9.3.1 Dívky

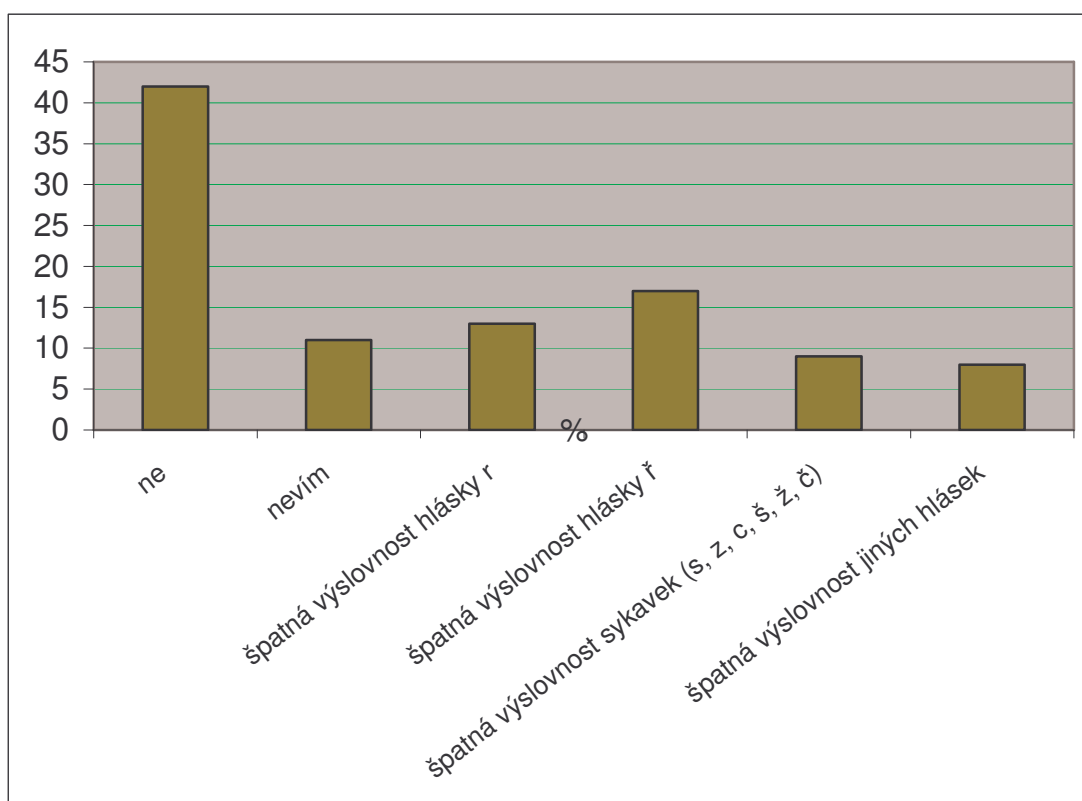
#### 1. Měla jsi někdy problémy s výslovností?



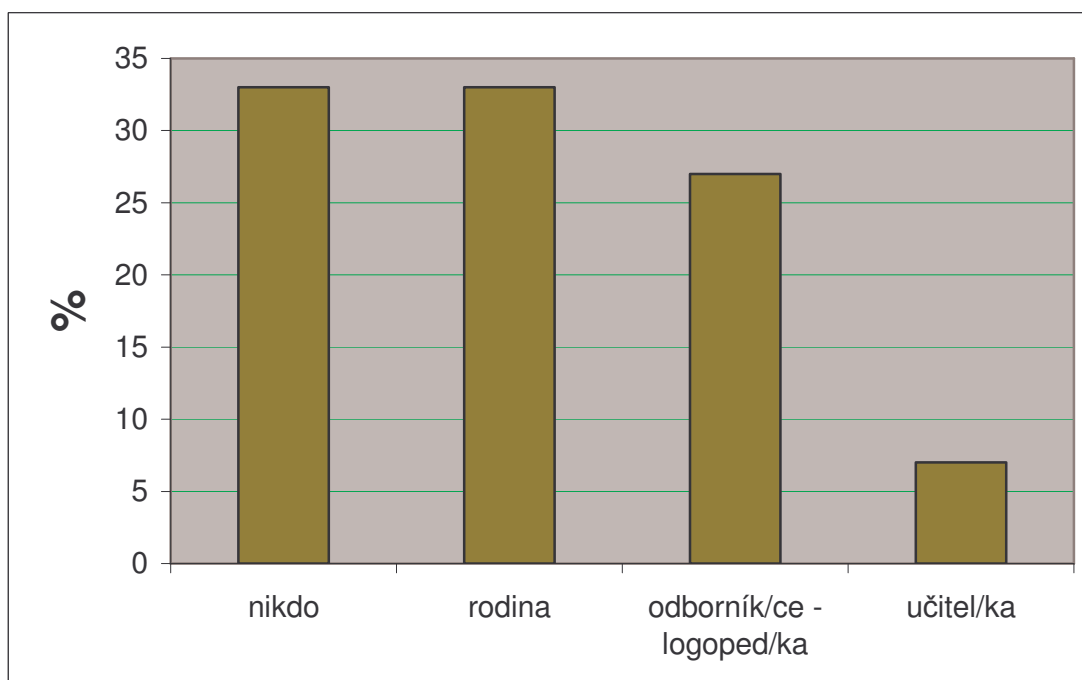
#### 2. Ve kterém období to bylo?



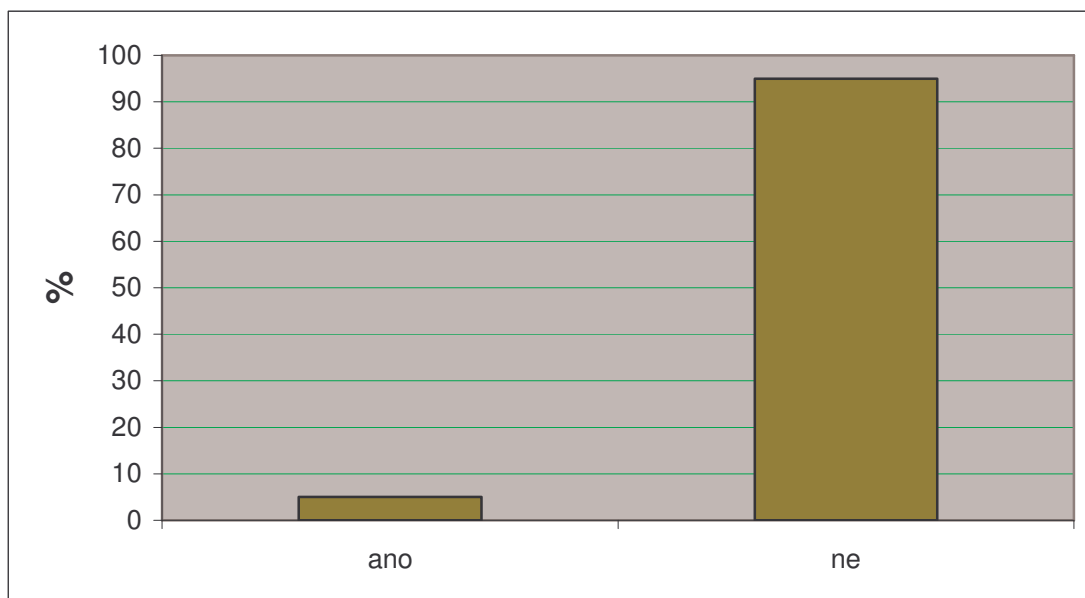
### 3. Má někdo z tvých blízkých příbuzných vadu výslovnosti?



### 4. Pomáhal ti někdo s odstraněním výslovnostní vady?

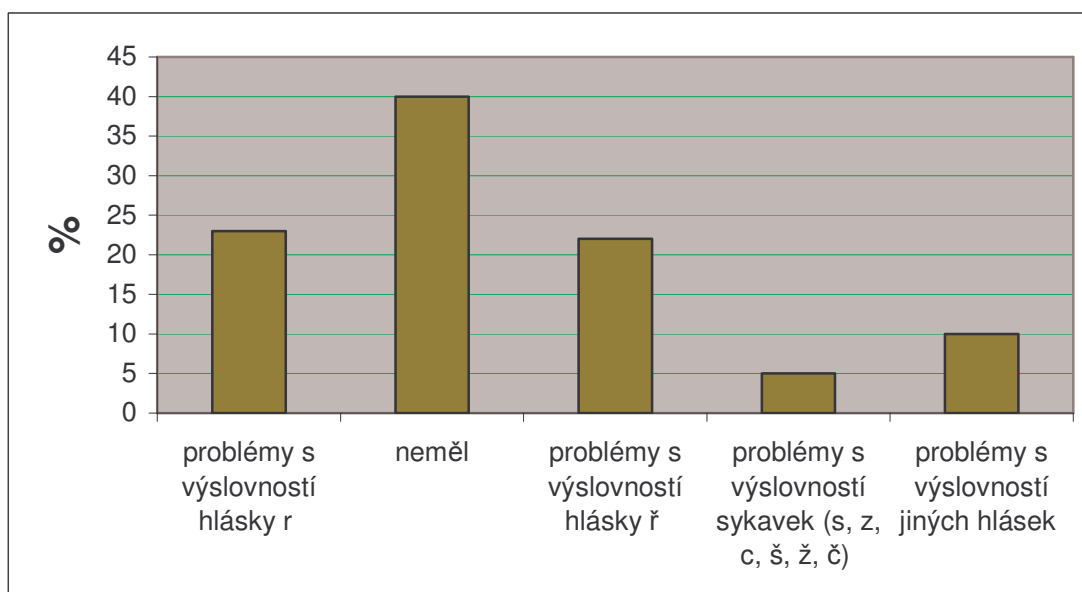


**5. Vnímala jsi někdy svou výslovnostní vadu jako nevýhodu (handicap)?**

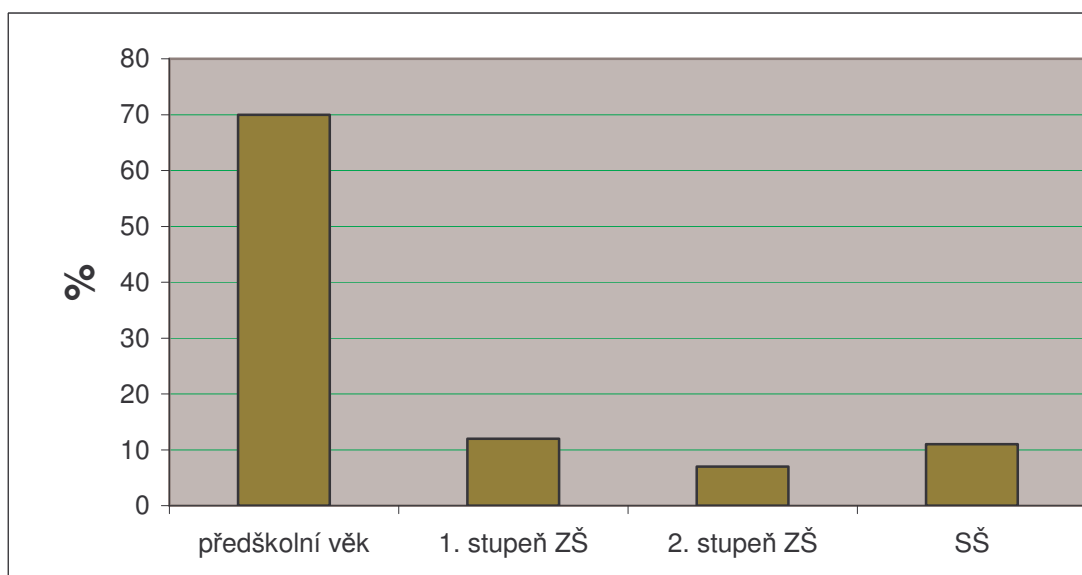


### 9.3.2 Chlapci

#### 1. Měl jsi někdy problémy s výslovností?

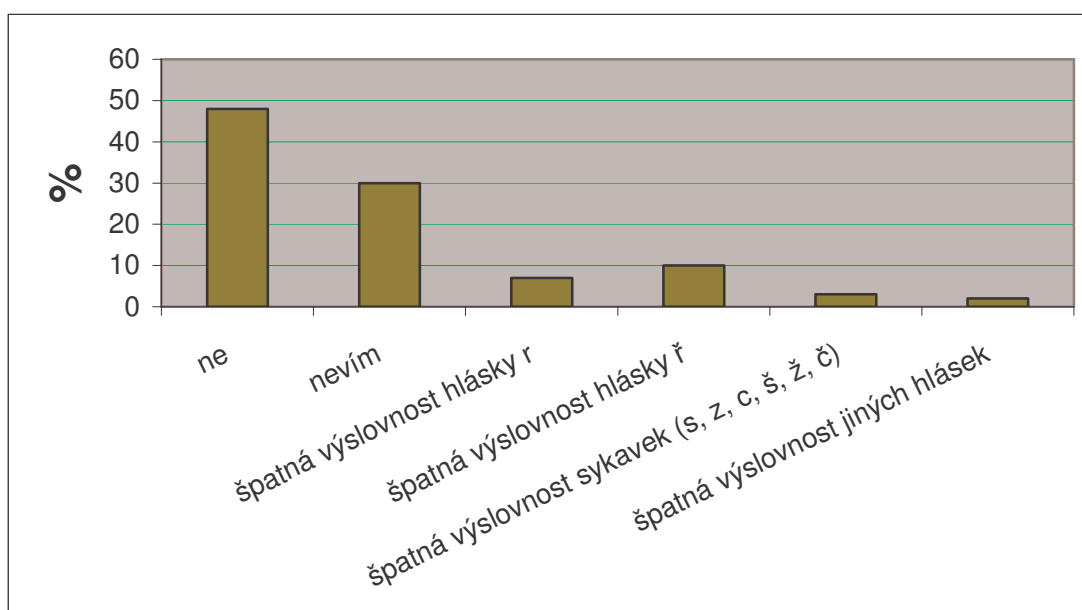


#### 2. Ve kterém období to bylo?

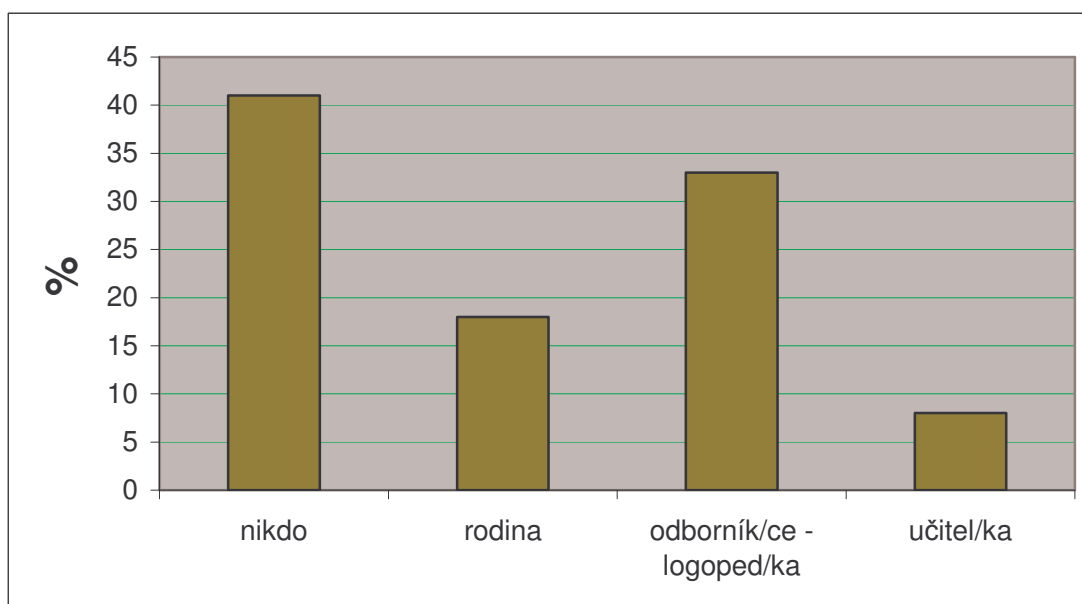




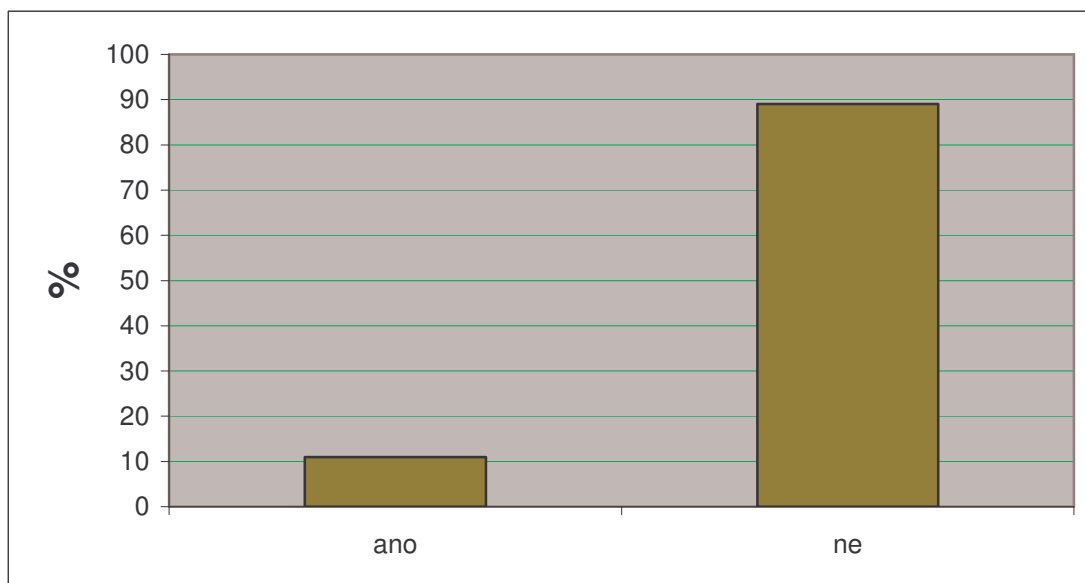
### 3. Má někdo z tvých blízkých příbuzných vadu výslovnosti?



### 4. Pomáhal ti někdo s odstraněním výslovnostní vady?



**5. Vnímáš někdy svou výslovnostní vadu jako nevýhodu (handicap)?**



## 9.4 Shrnutí

Na základě zjištěných výsledků lze konstatovat několik zajímavých skutečností. Poměrně vysoké procento dotazovaných dívek i chlapců nikdy nemělo problémy s výslovností, pokud se objevily, nejčastěji souvisely s artikulací hlásek *r* a *ř*. Obtíže s výslovností sykavek byly častější u dívek, opačná situace nastala s artikulací ostatních hlásek. V tomto případě respondenti označili za nejproblematictější konsonanty *l* a *d*.

Podle věku se nejvíce vad objevilo v předškolním věku, kdy se také většinu z nich podařilo redukovat. U některých dětí potíže přetrvávaly ještě během základní školy. Méně než 10% chlapců uvedlo, že se s nějakou výslovnostní vadou potýkalo na střední škole. Na první pohled se tento údaj může zdát mylný, ale průzkumu se účastnily i gymnaziální třídy (primy) a právě z tohoto důvodu se někteří studenti považují za středoškoláky.

Téměř polovina dotazovaných uvedla, že u nikoho z rodinných příslušníků se výslovnostní vada nevyskytuje, nezanedbatelná je i skupina těch, kteří si artikulační problém u svých nejbližších neuvědomuje. Poměrně problematické jsou *r* a *ř*. U ostatních konsonantů převládají stejně jako v předchozím případě souhlásky *l* a *d*.

U více než 30% procent dívek a 40% chlapců nikdy neproběhla odborná konzultace s logopedickým pracovníkem/pracovnicí. Pokud se na odstranění vady podílel někdo z okolí, pak převládala pomoc rodiny (nejčastěji děti uváděly matku nebo staršího sourozence) a logopeda/logopedku. Zajímavé je zjištění, že v tomto procesu je velmi nízká účast pedagogů dané školy.

Jen nepatrný rozdíl mezi dívkami a chlapci lze vidět v citovém prožívání. Téměř všechny dotazované dívky nikdy nevnímaly svou výslovnostní vadu jako handicap, jako nevýhodu vůči vrstevníkům. U chlapců jsou v tomto případě podobné výsledky. Velmi pozoruhodným faktem je i to, že dvě dívky ze základní školy v Litoměřicích byly (a stále jsou) na svůj nedostatek hrdé. Po individuálním rozhovoru jsem se zjistila důvod tohoto tvrzení. V případě těchto žákyň jde o „rodinnou tradici“. Samy to považují za zajímavou odchylku od vrstevníků a na můj dotaz, zda se někdy setkaly s posmíváním nebo úmyslným upozorňováním ze strany spolužáků, odpověděly jednoznačně, že nikdy.

## 10. Vady výslovnosti na střední škole

### 10.1 Zadání dotazníků

Při zadávání jsem se držela stejných postupů jako u předchozích dotazníků. Záměrně jsem zvolila různé typy středních škol z odlišných regionů, protože jsem tento výzkumný záměr nechtěla uskutečňovat pouze v místě svého bydliště a v prostředí, které osobně znám. Díky spolupráci s několika kolegyněmi z ročníku jsem mohla získat potřebné informace i ze středních Čech a Vysočiny.

V závěrečném výběru byly osloveny následující střední školy: gymnázium v Litoměřicích, v Pelhřimově, v Bystřici nad Pernštejnem, ekonomická škola v Litoměřicích a zemědělská škola v Benešově u Prahy.

Celkový počet respondentů/respondentek byl 130, validních dotazníků 118.

Podobně jako tomu bylo v předchozím případě, ani tady závěrečné vyhodnocení neodhalilo nápadné rozdíly. Snad jen to, že co do důslednosti a pečlivosti při zpracování jednotlivých položek mírně zaostaly ekonomická a zemědělská škola. Studenti/studentky gymnázií se snažily většinou podat maximum informací, a tím poskytnout co největší prostor pro získání potřebných údajů.

Důležitým faktorem bylo i to, že ve všech oslovených třídách se nenašel nikdo, kdo by odmítl spolupracovat. Jedinou výjimkou byli dva studenti střední ekonomické školy, kteří mi vrátili prázdný dotazník s vysvětlením, že se podobných projektů nikdy neúčastní.

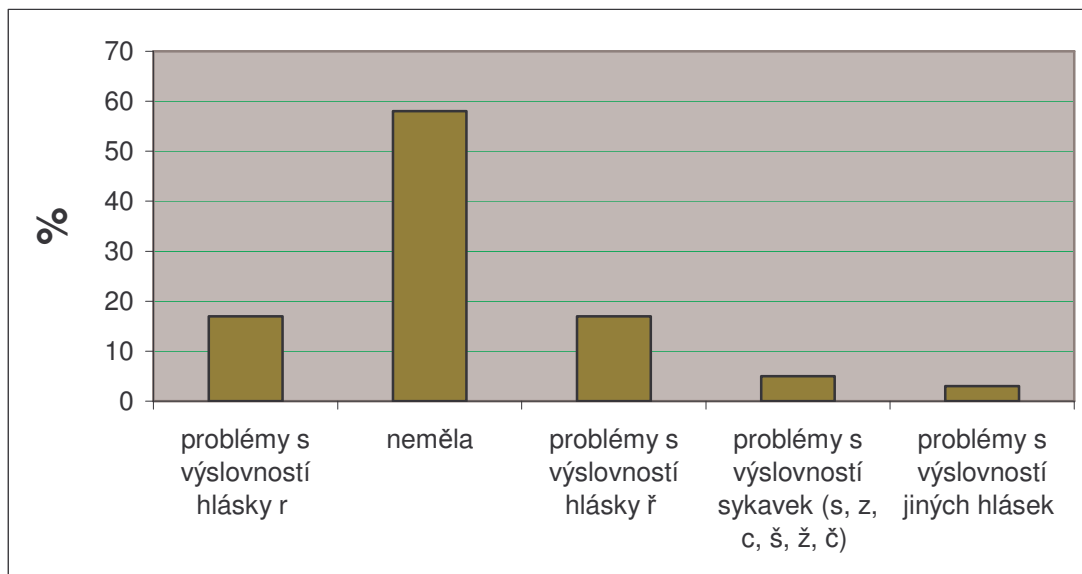
Všichni zúčastnění byli hned v úvodu seznámeni se záměrem, ke kterému budou použity získané informace, a zároveň upozorněni, že pokud jim některá z otázek přijde příliš osobní, nemusí na ni odpovídat.

## 10.2 Grafické vyhodnocení dotazníků

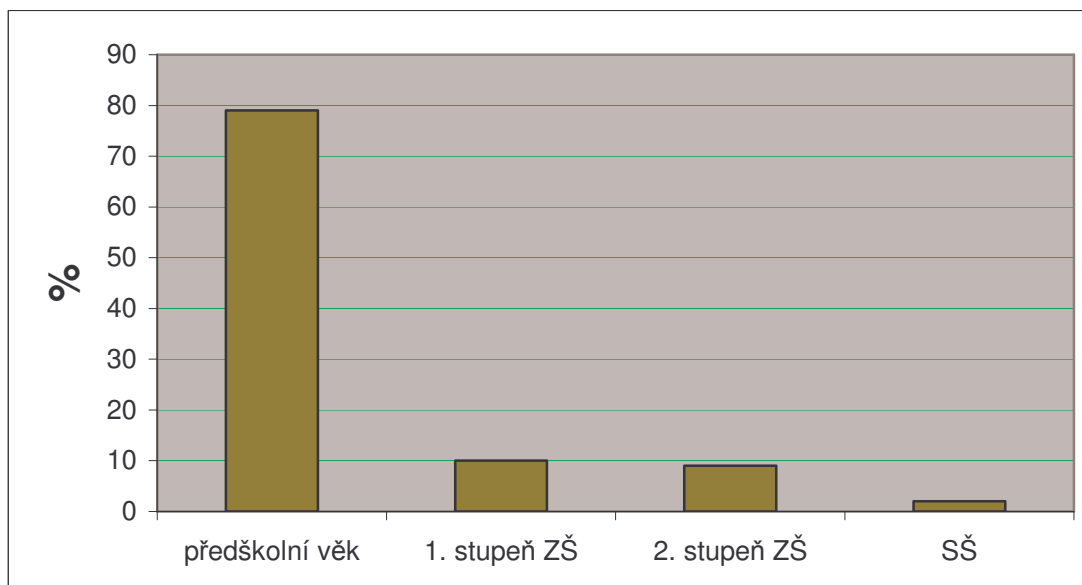
Následujících deset grafů zobrazuje vyhodnocení otázek výše uvedeného dotazníku, který byl zadán ve vybraných školách.

### 10.2.1 Dívky

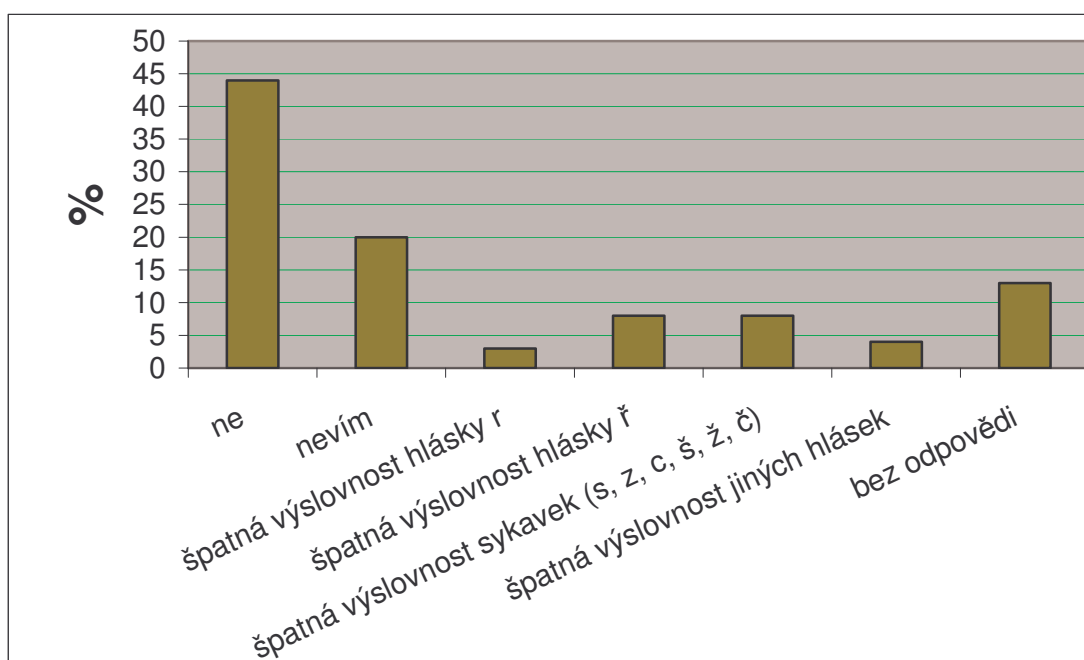
#### 1. Měla jsi někdy problémy s výslovností?



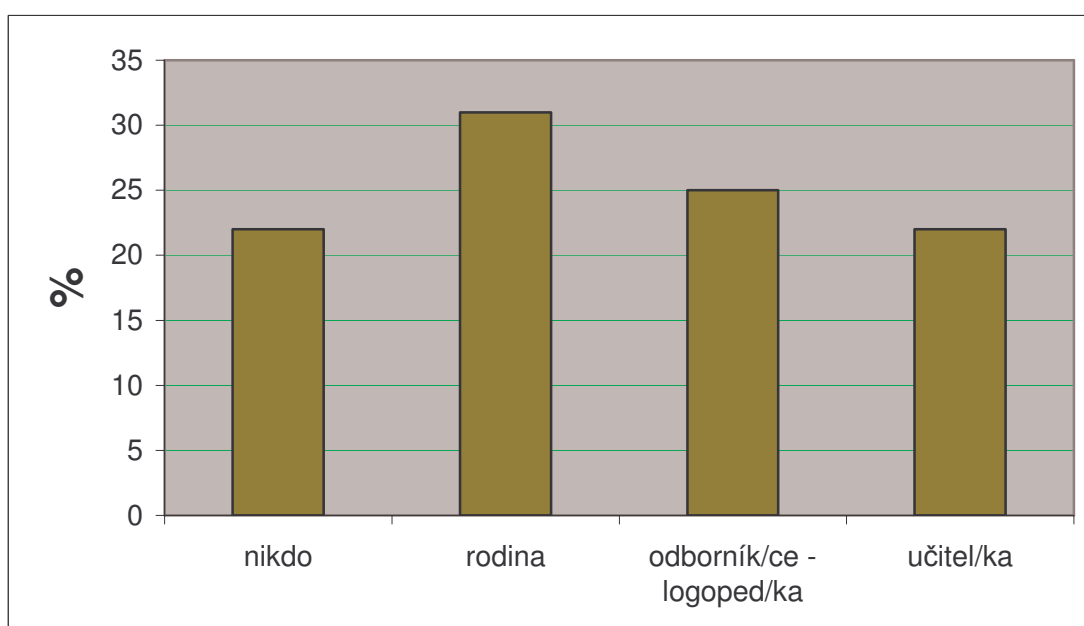
#### 2. Ve kterém období to bylo?



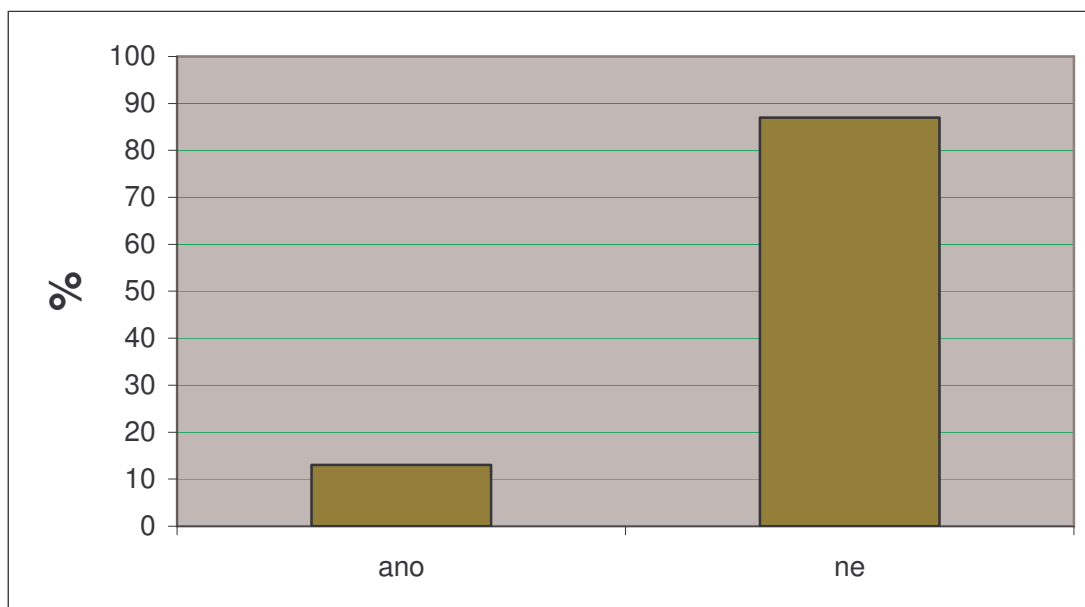
### 3. Má někdo z tvých příbuzných vadu výslovnosti?



### 4. Pomáhal ti někdo s odstraněním výslovnostní vady?

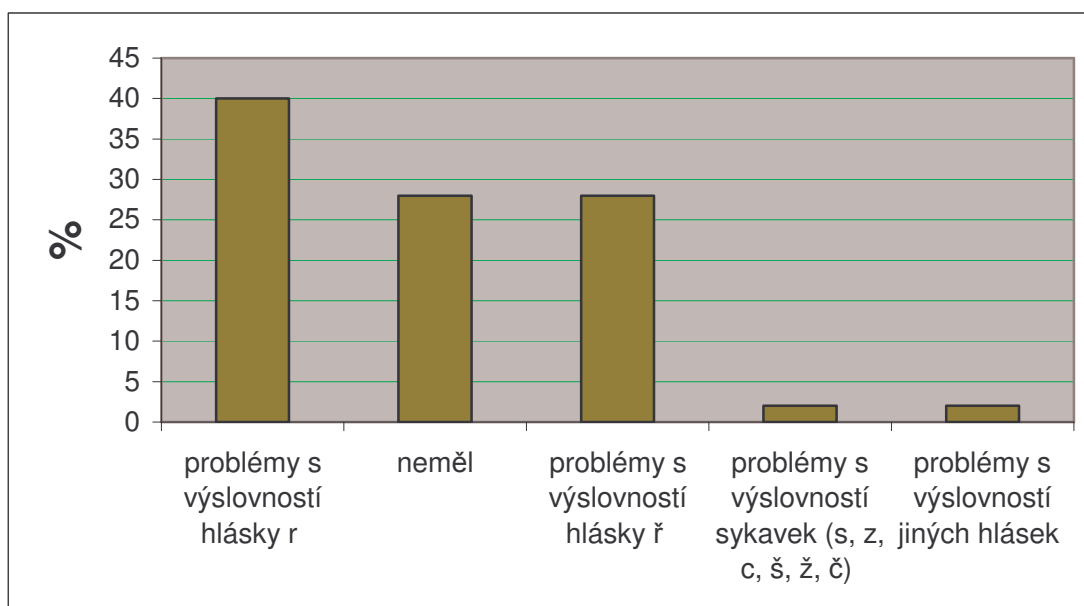


**5. Vnímala jsi někdy svou výslovnostní vadu jako nevýhodu (handicap)?**

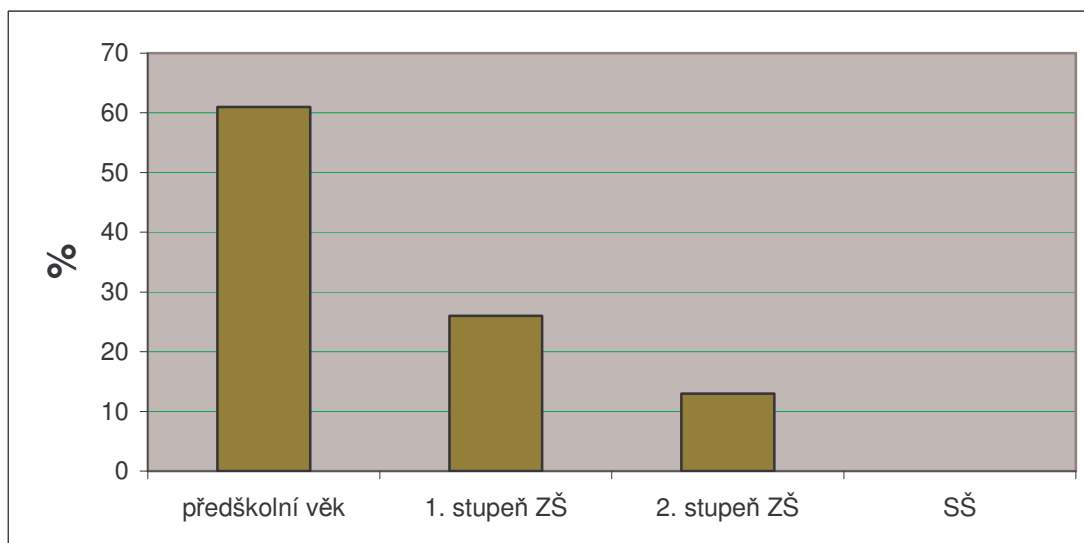


## 10.2.2 Chlapci

### 1. Měl jsi někdy problémy s výslovností?

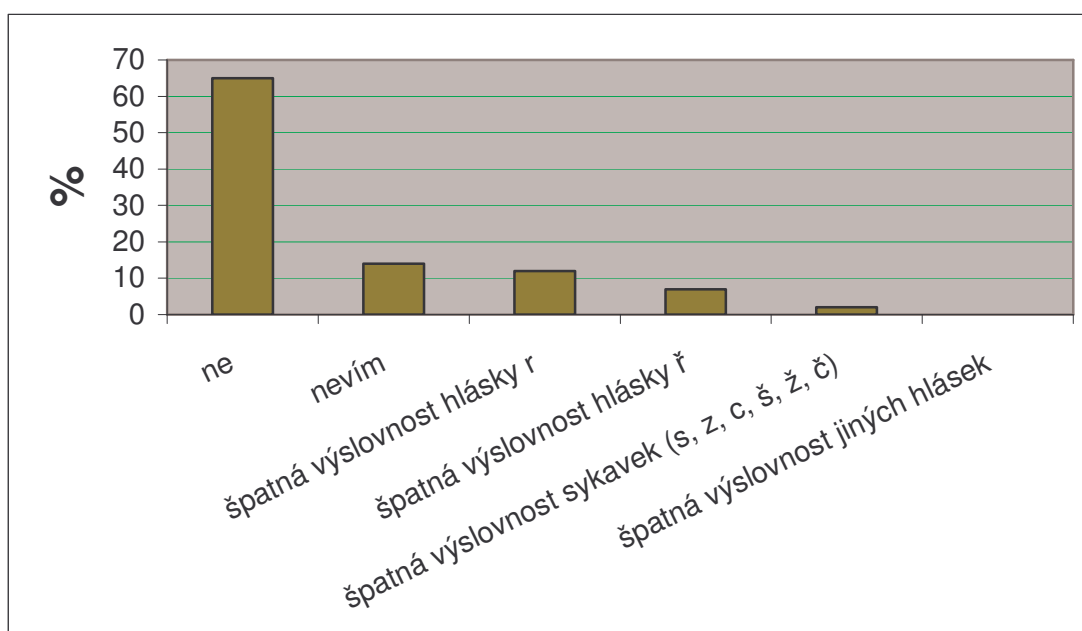


### 2. Ve kterém období to bylo?

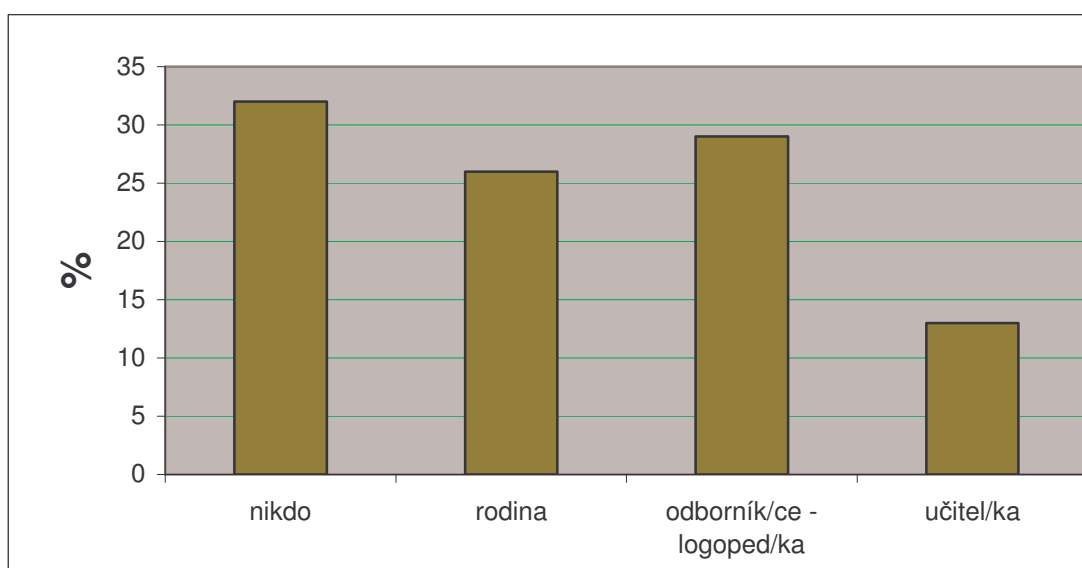




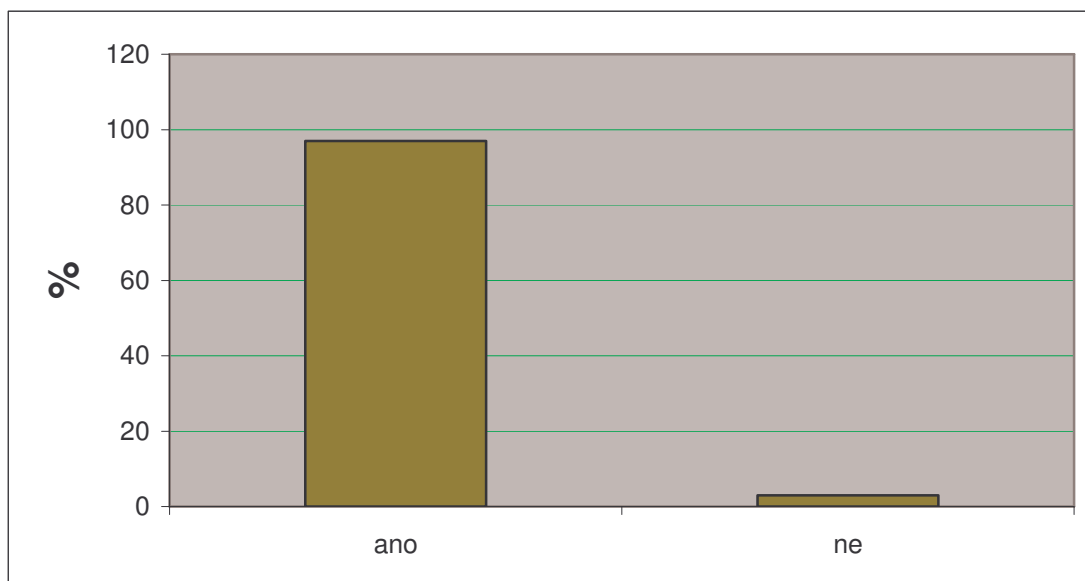
### 3. Má někdo z tvých blízkých příbuzných vadu výslovnosti?



### 4. Pomáhal ti někdo s odstraněním výslovnostní vady?



### 5. Vnímá jsi někdy svou výslovnostní vadu jako nevýhodu (handicap)?



### 10.3 Shrnutí

Více než polovina dotazovaných dívek uvedla, že nikdy neměla problémy s výslovností, u chlapců je výsledek opačný, nadpoloviční většina se s nějakou vadou potýkala, nejčastěji s artikulací hlásek *r* a *ř*. Nastal tedy podobný případ jako žáků základních škol – pokud se jedinec s artikulačním problémem potýkal, pak s hláskou *r* a *ř*. Podle slov klinické logopedky, se kterou jsem výsledné hodnoty konzultovala, se jedná o zcela běžný stav, který nevybočuje z celorepublikového průměru. Nižší zastoupení mají opět sykavkové a ostatní hlásky.

Jak u chlapců, tak i u dívek se jednalo o vadu, která se objevila v předškolním věku. Některé z nich se podařilo v mateřské škole redukovat, zcela odstranit, řada jich přetrvávala ještě během povinné školní docházky. 26% chlapců a 10% dívek se snažilo o odstranění na 1. stupni základní školy, méně vad přetrvávalo i v dalších školních letech.

V otázce týkající se rodinných příslušníků největší počet respondentů/respondentek uvedl, že výslovnostní problémy se v žádné podobě nevyskytují. Pokud ano, pak se jedná opět o vady hlásek *r* a *ř*. 2% chlapců poznamenala sykavky, nulové zastoupení mají ostatní konsonanty. 13% dívek se k této otázce vůbec nevyjádřilo. Důvody neuvodily.

Na odstranění výslovnostních nedostatků se shodně u obou pohlaví podílela nejvíce rodina a logoped/ka. Oproti výsledkům ze základních škol není v tomto případě zanedbatelný podíl učitele/učitelky. S její/jeho pomocí se setkalo 13% chlapců a 22% dívek. K odpovědi, že se nikdo na nápravě nepodílel, se přiklonilo 33% chlapců, podobný výsledek se objevil i u dívek.

U závěrečné položky byl výsledek sice jednoznačný ve prospěch zamítavého stanoviska (dítě se nesešlo s tím, že vnímalo problém jako handicap), ale přesto se některé z nich někdy s posmíváním ze strany spolužáků či vrstevníků potýkalo. Tento faktor jsem volila záměrně, neboť jsem byla přesvědčená, že i takto „odlišné“ dítě se může stát v krajním případě obětí dětské šikany. Tuto osobní domněnku mi potvrdila i logopedka, která se ve své soukromé praxi s takovými případy již několikrát setkala. Proto jsem byla velmi potěšená, že mezi dětmi nepanují podobné předsudky, které by vyústily v násilnou činnost.

## 11. Centrum Srdíčko, zařízení pro zdravotně a mentálně postižené děti a mládež

Při vypracování praktické části jsem se opírala o poznatky, které jsem nashromáždila během pravidelných návštěv Srdíčka. Srdíčko jsem ke spolupráci vyzvala záměrně. Jednak proto, že se jedná o ojedinělé zařízení tohoto druhu v severních Čechách, ale i z toho důvodu, že místní prostředí je mně osobně blízké. Všichni zaměstnanci mi pro moji práci poskytli kvalitní zázemí. Zvláště vřelá a přátelská byla ředitelka Mgr. Marta Lutišánová, která mi poskytla řadu materiálů a informací, ale především umožnila nahlédnout do všech oddělení, které Centrum zastřešuje. Velké množství praktických informací a poznatků jsem získala od klinické logopedky Bc. Kateřiny Hrubé, která se zabývá odstraňováním výslovnostních vad nejen u intaktní, ale i postižené populace.

### 11.1 Stručná charakteristika centra

Centrum Srdíčko pro zdravotně a mentálně postižené děti a mládež zahájilo svoji činnost 1. září v roce 2000. Toto speciální zařízení sídlí v ulici Revoluční 30 a 32 v Litoměřicích.

Součástí komplexu jsou jesle, rehabilitační stacionář a 12. mateřská škola. Srdíčko je určeno dětem s tělesnými, smyslovými i kombinovanými vadami, dětem s postižením mentálním a dechovými obtížemi. Kromě jeselského oddělení, které je určeno dětem do tří let, byly v zahajovacím roce uvedeny do provozu i speciální třídy mateřských škol a přípravné ročníky speciálních škol. V září bylo nově otevřeno oddělení pro klienty do 26 let. Děti a mládež jsou pod neustálým dohledem odborníků, do centra v pravidelných intervalech dochází praktický lékař, pediatr, neurolog, ortoped, rehabilitační lékař, psycholog, psychiatr a samozřejmě logoped.

Klienti zařízení mají k dispozici rozsáhlou zahradu, keramickou dílnu, krytý bazén, vířivé vany, saunu, solária, tělocvičnu nebo tzv. „bílý pokoj“ určený pro relaxaci těžce postižených jedinců. Péče o kožní onemocnění je garantována odborně vyškolenými sestrami. Centrum zajišťuje širokou škálu různých terapií, z nichž nejvýznamnější, ale také nejvyužívanější jsou ergoterapie, muzikoterapie, hipoterapie a arteterapie.

Ačkoli se jedná o městské zařízení, nejsou klienti odkázáni pouze na bezprostřední okolí. V pravidelných časových intervalech navštěvují děti a zaměstnanci Krkonoše a Jizerské hory, kam vyjíždějí na ozdravné pobyty. Pravidelně také poznávají krásy Ústeckého kraje, navštěvují blízké vodní nádrže (např. jezero Chmelař u Úštěka nebo Máchovo jezero v Doksech), zámky a zámecké zahrady (nejoblíbenější je Státní zámek Ploskovice) a v neposlední řadě také lesy. Jedna z nejoblíbenějších činností je opékání buřtů na zahradě. Již několikrát jsem se této akce účastnila, a proto se vůbec nedivím, proč je tak žádaná. Výborná atmosféra plná smíchu a dětského skotačení, profesionální hudební doprovod na harmoniku paní ředitelky a zpěv všech účastníků je zárukou skvělé dopolední zábavy.

## 11.2 Rok 2006

Díky materiálům, které mi poskytla paní ředitelka, jsem mohla sestavit zkrácenou zprávu o tom, jak významný byl pro Centrum rok 2006. Vycházela jsem především z Výroční zprávy 2006, která zaznamenává všechny významnější události.

V loňském roce navštěvovalo Srdíčko celkem 99 dětí. Jeselské oddělení pracovalo s 20 dětmi ve věku od 1 roku do 3 let, do rehabilitačního centra docházelo 17 dětí s těžkými kombinovanými vadami, skupinu pro děti se zdravotními potížemi tvořilo 12 dětí, speciální školní třídu 5 dětí. V diagnostické třídě se sešlo 5 dětí předškolního věku a v mateřské škole 20 dětí.

Rehabilitační oddělení navštěvovaly děti s mentálním, tělesným a smyslovým postižením. Děti jsou převážně imobilní, zcela odkázané na pomoc dospělých. Veškerou zdravotní péči jim poskytují dvě zdravotní sestry, které usilují o rozvoj zachovalých schopností. Individuálně s nimi pracuje speciální pedagožka. Pro samostatnou rehabilitaci využívá odborně školená sestra rehabilitační lehátko, elektrický chodník, rotopedy nebo gymbally. S klienty se cvičí zejména podle Vojtovy<sup>9</sup> metody, samozřejmě po konzultaci s ortopedem a neurologem. Místní rehabilitace dosahuje vynikajících výsledků. Obzvláště důležitá je u dětí se závažným postižením, kdy právě díky pravidelnému cvičení jedinec neupadá do regrese.

---

<sup>9</sup> Vojtova metoda (jinak metoda reflexní lokomoce) je léčebná tělesná výchova založená na neurofyziologickém základě. Využívá poznatků, že pohyb se děje v pohybových vzorech, které jsou vrozené. Vojtova metoda tyto pohybové vzory provokuje (navazuje) z určité polohy těla drážděním určitých spouštěvých zón. Používá-li se toto specifické cvičení pravidelně, lze dosáhnout velmi dobrých výsledků u mnoha diagnóz ([www.doktorka.cz](http://www.doktorka.cz)).

Třída se zdravotním oslabením je určena dětem předškolního věku, které mají různé formy postižení. Nejčastěji se jedná o astmatiky, alergiky, děti s poruchami metabolismu, se srdečními vadami a některými genetickými poruchami. Děti často navštěvují saunu a bazén, pravidelně se otužují, podrobují se dechové rehabilitaci a míčkové facilitaci<sup>10</sup>.

Do tzv. Přípravného ročníku speciální školy chodilo v uplynulém roce 5 dětí s těžkým mentálním a tělesným postižením, jedno dítě vykazovalo autistické znaky. V této třídě jsou děti vzdělávány podle individuálních plánů. Speciálními výchovnými metodami a za pomoci ryze individuálního přístupu se děti připravují na vstup do pomocné školy. Práce je zaměřena především na rozvoj smyslového a rozumového vnímání, základních hygienických návyků a pokládají se základy rozvoje řeči.

Zvláštní postavení zaujímá denní stacionář pro klienty od 18 do 26 let. Je určen pro absolventy zvláštní, pomocné nebo praktické školy. Formou ergoterapie a arteterapie se upevňují a současně rozvíjí jejich rozumové, pracovní a výtvarné schopnosti a dovednosti. Opakují si také čtení, psaní, počítání a získávají základní dovednosti při práci s počítačem.

Kromě zmíněných služeb nabízí Centrum také péči logopedickou. Logopedické asistentky se dětem věnují individuálně několikrát do týdne, konzultují terapeutické a výchovné metody.

Centrum Srdíčko již několik let spolupracuje se Speciálně pedagogickým centrem v Litoměřicích, s Centrem pro péči o autistické děti v Praze a s Centrem pro péči o nevidomé děti v Teplicích. Celoročně je v kontaktu se Střední pedagogickou školou J. H. Pestalozziho v Litoměřicích, jejíž studentky zde vykonávají průběžnou a souvislou pedagogickou praxi. Zdravotnickou praxi vykonávají v komplexu studentky Střední zdravotnické školy v Ústí nad Labem a Vyšší zdravotnické školy Jana Evangelisty Purkyně v Mostu.

---

<sup>10</sup> Míčková facilitace napomáhá zejména při léčbě alergických a astmatických onemocnění. Dále ji lze používat při vadném držení těla, dětských skoliózách i jako první pomoc při záchvatech dušnosti. Při míčkování nejde o povrchovou masáž, ale dochází k reflexnímu působení na vnitřní orgány a tím ke zlepšení zdravotního stavu. Autorkou této metody je česká fyzioterapeutka Zdena Jebavá ([www.studiovanda.cz](http://www.studiovanda.cz)).

### 11.3 Vady řeči u dětí se zdravotním postižením a intaktních jedinců

Následující kapitola je zaměřena na porovnání výskytu vad řeči u dětí předškolního věku. Pozorovány byly tři skupiny dětí: se zdravotním postižením (mentálně postižení-pásma lehkého průměru), dětskou mozkovou obrnou, astmatickým onemocněním a samostatnou skupinu tvořily děti zdravé. Uvedené skupiny jsou charakterizovány podle úrovně paměti, řeči a myšlení. Celý výzkum je podložen spisovou dokumentací, která obsahuje lékařskou zprávu a záznam ze speciálně pedagogického vyšetření, rodinnou a osobní anamnézou, které byly nezbytné pro zařazení dětí a jejich následného porovnávání.

Praktické zkoumání se uskutečnilo v Centru pro zdravotně postiženou mládež v Litoměřicích. Děti navštěvovaly speciální třídu, zařízení pro zdravotně oslabené děti a třídu běžné mateřské školy. Jelikož jsem pro vlastní práci nedostala souhlas všech rodičů vytipovaných dětí, bude následující rozbor vycházet z materiálů a informací od učitelky mateřské školy a klinické logopedky Bc. Kateřiny Hrubé, která se uvedeným výzkumem zabývala v období měsíců srpna až října roku 2005 a použila jej také ve své bakalářské práci.

#### **Skupina 1**

Soustřeďuje děti s mentálním postižením pásma lehkého průměru. Myšlení je u těchto jedinců opožděno, většinou se projevuje kolem 6. roku věku. Změna se odráží především ve zpřesňování pojmů a pojmových skupin, myšlení je stereotypní a těžkopádné.

Paměť je převážně mechanická, její snížená úroveň je spojena s nedostatečnou pozorností. Zapamatování si určitých návyků bývá časově náročnější.

Řeč je postižena jak po obsahové, tak po formální stránce, odborná literatura uvádí za typickou poruchu dyslalii (není to ale vždycky pravidlem, protože dyslalie se objevuje i u dětí s nadprůměrným IQ). Dyslalie je tradičně definována jako vadná výslovnost jedné nebo více hlásek mateřského jazyka. Hláska je tvořena na nesprávném místě. Verbální projevy bývají jednodušší, vyskytuje se i narušení modulačních faktorů, tj. melodie, dynamika, tempo a rytmus.

Skupina 1 je složena z 12 dětí (8 chlapců a 4 dívky) ve věku od 5 do 7 let.

## **Skupina 2**

Je tvořena dětmi s dětskou mozkovou obrnou (dále jen DMO). K typickým projevům patří poruchy motoriky, které stojí u zrodu opožděného vývoje poznávacích procesů a socializace. Paměť je ovlivněna snadnější unavitelností a menší pružností psychických projevů.

Vývoj řeči u dětí s DMO je buď omezený, nebo opožděný. Je závislý na úrovni IQ, prostředí, celkovém tělesném stavu a na postižení senzomotorických drah. Ve vývoji dochází často k různým obměnám. Je důležité také připomenout, že na vývoji řeči se podílí i případný výskyt dalších poškození. Důležitou roli mohou sehrávat i negativní dopady hospitalizací, které jsou u tohoto postižení časté. Celkově lze tedy konstatovat, že vývoj řeči u dětí s DMO je vážně narušen a má nepříznivé důsledky na psychický stav jedince.

Nejčastější poruchou řeči je dysartrie. Tato porucha patří k nejkomplicovanějším a nejhůře korigovatelným narušením komunikační schopnosti. Někteří autoři definují dysartrii jako poruchu hláskování, narušení artikulace jako celku (Sovák 1981; Pavlová – Zahálková 1976). Jiní autoři zase zdůrazňují, že nejde jen o poruchu artikulace, ale i fonace, respektive i modulace a respirace (Arnold 1970). Vedle dysartrie se uvádí i huhňavost (případně huhňavý charakter řeči) a koktavost.

Skupina 2 soustřeďuje 8 dívek a 2 chlapce ve věku od 5 do 7 let.

## **Skupina 3**

Tuto skupinu tvoří děti s astmatickým onemocněním. Astma je chronická zánětlivá choroba dýchacích cest, která se vyznačuje zvýšenou reaktivitou na různé podněty. Klener a kol. (1999) definuje faktory, které mohou astmatické onemocnění způsobit.

Faktory příčinné jsou označením pro inhalové alergeny (pyly, domácí roztoči, plísně aj.) a chemické substance (léky nebo potravinová aditiva). Faktory podpůrné zastřešují atmosférické vlivy (teplotní výkyvy), respirační infekce, námahu, stres nebo kouření.

Vady řeči u nich nemusíme zaznamenat vůbec. Pokud se vyskytují, pak na úrovni nejmenšího postižení. U astmatiků je velmi důležitá správná technika nejen bráničního, ale i nosového dýchání.

Skupina 3 obsahuje 12 dětí, z toho 9 chlapců a 3 dívky. Věkové rozpětí se pohybuje od 4 do 7 let.



## Skupina 4

Je skupina intaktních dětí. Vyznačují se pohybovou zdatností, potíže nejsou zaznamenány ani v celkové motorice. Přiměřeně se vyvíjí kresba, řeč a myšlení, které je v předškolním věku závislé na konkrétní situaci a zobrazují současnost. Charakteristickým znakem je i fantazijnost, tj. tendence pomáhat si při interpretaci okolního světa fantazií, s jejíž pomocí děti poznávají okolní svět. Mezi čtvrtým a pátým rokem začíná dítě rozlišovat jednotlivá slova ve větě. Na konci tohoto období dokáže vnímat hlásky, rozlišuje, jakou hláskou slovo začíná a končí. V 6. a 7. roce děti běžně zvládají orientaci mezi tvrdými a měkkými souhláskami.

Skupina 4 se skládá z 25 dětí (10 chlapců a 15 dívek) ve věku 5 let.

## Analýza zjištěných údajů

### Skupina 1 (dětí s mentálním postižením)

Na základě logopedického vyšetření byl u všech jednotlivců diagnostikován opožděný vývoj. Děti měly chabě vyvinutou slovní zásobu, a to jak pasivní, tak aktivní. Předpoklad, že pro skupinu s mentálním postižením je typická dyslalie, se potvrdil.

Z uvedené skupiny nedokázaly 2 děti bezchybně artikulovat devět hlásek (*l, r, ř, sykavky ostré i tupé*), 7 dětí vykazovalo problémy se sedmi hláskami (*sykavky ostré a tupé a ř*), 3 z nich s osmi hláskami (*sykavky ostré a tupé, r a ř*).

Nikdo neuměl správně vyslovit sykavky (*s, z, c, š, ž, č*), 5 z 12 se potýkalo s chybnou artikulací hlásky *ř*, žádné neumělo vyslovit *r* a u všech dětí byla odhalena artikulační neobratnost.

U celé skupiny byly zjištěny následující vady: artikulační neobratnost, opožděný vývoj a dyslalie. Uvedené poznatky plně korespondují s tvrzením řady klinických logopedů, např. Škodová a Jedlička (2003), že děti s lehkou formou mentálního postižení se odchyľují od normy, což lze zaznamenat již v raném dětství.

Tab. č. 1 Vady řeči u dětí s mentálním postižením

Vady řeči	Počet chlapců	Počet dívek
Opožděný vývoj řeči	8	4
Chybná výslovnost sykavek	8	4
Artikulační neobratnost	8	4
Dyslalie (hlásky <i>l, r, ř, sykavky</i> )	1	1
Dyslalie (hlásky <i>r, ř, sykavky</i> )	3	0
Dyslalie (hláska <i>ř</i> a sykavky)	4	3

## Skupina 2 (děti s DMO)

Odborné logopedické vyšetření ukázalo, že u všech dětí se vyskytuje nejen dysartrie, ale i opožděný vývoj řeči, včetně pomalejšího tempa řeči. U 4 dětí se kromě zmíněných vad objevila také dysfonie<sup>11</sup>. U stejného počtu dětí se prokázala extrapyramidová forma s projevy koktavosti. 2 děti vykazovaly pyramidovou formu dysartrie. Ta se mimo jiné vyznačuje tím, že hlásky nejsou tvořeny volným výdechovým proudem, výdech se podobá spíše vzdechu.

Tab. č 2 Vady řeči u dětí s DMO

Vady řeči	Počet chlapců	Počet dívek
Dysartrie	8	2
Dysartrie a dysfonie	2	2
Extrapyramidová forma dysartrie s koktavostí	4	0
Pyramidová forma dysartrie	2	0
Opožděný vývoj řeči	8	2

## Skupina 3 (děti s chronickým astmatem)

Skupinu tvořilo dvanáct dětí, u pěti z nich byla zjištěna dyslalie. Patlavost se projevovala ve špatné výslovnosti sykavek š, ž (2 děti), hlásek r a ř (2 děti) a u 1 dítěte se zjistila chybná artikulace hlásek l, r a ř (1 dítě). Je zajímavé, že uvedené výslovnostní vady se projevily pouze u chlapců, dívky se s žádným problémem nepotýkaly.

Vytváření řeči u astmatiků je podmíněno dýchacími obtížemi, které jsou pro tuto nemoc typické. Kromě dyslalie se žádné poruchy neobjevily. Zjištění zcela koresponduje se závěry, které jsou v uvedeny v odborné literatuře. Kvantitativně je tato skupina nejméně postiženou z pohledu vad řeči.

Tab. č. 3 Vady řeči u dětí s astmatem

Vady řeči	Počet chlapců	Počet dívek
Dyslalie	5	0

<sup>11</sup> Dysfonie je patologická změna v individuální struktuře hlasu, tj. změna v akustických kvalitách, ve způsobu tvoření a užívání hlasu na bázi psychogenní, orgánové nebo funkční poruchy ([www.psychologie.cz](http://www.psychologie.cz)).

#### Skupina 4 (skupina intaktních dětí)

Skupinu tvořilo 25 dětí, které byly zařazeny do běžné mateřské školy. U 10 z nich byla zjištěna porucha výslovnosti. Jednalo se o dyslalii. Stejný počet dětí nedokázal správně vyslovit sykavky a hlásky *l*, *r* a *ř*. U jednoho dítěte byla diagnostikována vadná výslovnost sykavek (ostré i tupé), dvě děti nedokázaly správně vyslovit hlásky *l*, *r* a *ř*. Další dvě se potýkaly s hláskami *s*, *z* a *c*. Problematickými konsonanty u dvou dětí byly *r* a *ř*. Ze zbývajících tří dětí měly dvě problémy s hláskou *ř* a jedno s *l*. Ostatní artikulovali všechny hlásky bezchybně.

Tab. 4 Vady řeči u intaktních dětí

Vady řeči	Počet chlapců	Počet dívek
Dyslalie	7	3

#### 11.4 Williams – Beurenův syndrom

Williams-Beurenův (někdy se uvádí pouze zkrácená podoba Williamsův syndrom) je velmi vzácná genetická porucha, která se vyskytuje asi u jednoho z 20 000 narozených dětí. Postihuje stejně často chlapce i dívky. Sám postižený má 50% riziko narození potomka se stejným postižením.

Jedince, kteří trpí tímto syndromem, spojuje řada společných rysů. Na první pohled je to odlišný vzhled. Dítě má vypouklé tváře, velká ústa, široké čelo a nízký kořen nosu. Závažným projevem jsou i vrozené srdeční vady, většina novorozenců má nízkou porodní váhu, v pozdějším věku bývají malého vzrůstu. Psychomotorický vývoj bývá opožděný od začátku, u převážné většiny postižených se objeví mentální postižení (nejčastěji v rozmezí lehké až středně těžké mentální retardace). Odborníci popisují i vzácné případy s normální inteligencí. V chování jsou tyto děti velmi společenské a komunikativní. Postrádají však sociální zábrany a také určitou ostražitost vůči cizím lidem.

##### Jazykové dovednosti

Řeč se vyvíjí pomaleji než u zdravých dětí. Většina začne mluvit ještě v předškolním věku. Logopedičtí pracovníci upozorňují na co nejranější působení v této oblasti, je důležité poučit rodiče, jak mají vývoj řeči správně stimulovat. V porovnání s ostatními dovednostmi děti velmi dobře a rády mluví. Mluvený projev bývá srozumitelný, bez větších gramatických odchylek a s širokou slovní zásobou. Specifikem Williamsova syndromu je převaha expresivních schopností nad

receptivními. Děti jsou schopné odposlouchat a používat nezvyklá slova a složité větné konstrukce. Vlastnímu obsahu ale rozumějí jen povrchně. Řeč jim spíše slouží jako prostředek k navázání sociální interakce než ke sdělování informací. Verbální projevy tedy značně převyšují zpracování prostorových informací (www.willik.cz).

## **Kazuistika**

Na základě teoretických poznatků, že Williamsův syndrom je vzácná genetická porucha (viz výše), bylo poměrně problematické takového dětského pacienta objevit a navázat s ním spolupráci. Do zařízení pro zdravotně a mentálně postižené děti a mládež Srdíčko nastoupila v lednu letošního roku dívka<sup>12</sup> s tímto postižením. Kvůli krátkému působení ve speciální třídě nebude proto analýza dostačující, bude se jednat spíše o povrchní náhled (nejen z logopedického hlediska). Dívka se postupně asimiluje do kolektivu, zvyká si na děti, ale především se učí s nimi žít.

Pacientka (nar. 2004) nastoupila do odborné péče v lednu 2007, vychází z kvalitního sociálního zázemí. Velmi kladně se na výchově projevuje to, že žije s oběma rodiči, ke kterým má hezký vztah. Za velké pozitivum považuje speciální pedagožka odborný přístup matky, která pracuje jako zdravotní sestra v nemocnici. Dívka momentálně prochází všemi vyšetřeními, která jsou nezbytná pro stanovení individuálního vzdělávacího plánu<sup>13</sup> (dále jen IVP) závazným pro třídní učitelku.

Ačkoliv jsou pacientce 3 roky, duševně ani logopedicky tomuto věku neodpovídá. V porovnání s ostatními dětmi stejného fyzického věku má odpor k malování i k samotnému držení tužky. Po nahlédnutí do její výtvarné složky (která se určité době dává k dispozici Speciálně pedagogickému centru k dalšímu zkoumání) mohu tuto skutečnost potvrdit. Primárním úkolem logopedické péče je rozvíjení slovní zásoby. Po nástupu do zařízení neuměla pojmenovat téměř žádné okolní objekty, velký problém jí dělala i základní citoslovce (např. *haf*, *bú*, *bác*), nebyla schopna rozeznat barvy. Po konzultaci a především důsledné spolupráci s matkou lze i po tak krátké době zaznamenat pokroky. Naučila se pojmenovávat červenou, žlutou, zelenou a modrou barvu, dokáže si sama požádat o pití nebo toaletu. Velmi se osvědčila série cvičení „Můj byt“<sup>14</sup>, při kterém si dítě nejprve osvojuje bytové místnosti a následně jejich

---

<sup>12</sup> Vlastní jména neuvádím.

<sup>13</sup> Po vypracování se IVP předkládá ke schválení k psychologovi/ce a do Speciálně pedagogického centra. Teprve po kladném vyhodnocení může být uveden do praxe.

<sup>14</sup> Vlastní pracovní název klinické logopedky.

základní vybavení. Dochází k vytváření asociací typu: koupelna – umývadlo – toaleta – vana. Poté následuje další rozšiřování slovní zásoby, při kterém se učí činnosti spjaté s jednotlivými objekty.

Pokud by se hodnotila celková sociální adaptace a vztahy k vrstevníkům, je možno upozorovat několik zajímavých faktorů. Pacientka funguje ve skupině převážně osamoceně, nechce si s ostatními dětmi příliš hrát ani komunikovat. Tento způsob vystupování může být důsledkem krátkého působení ve skupině a s tím spjatých zábran v navazování kontaktů. Doprovodným příznakem syndromu je i averze vůči všem změnám, které se dotýčné týkají. Upřednostňuje stereotypy, vlastní rituály a situace, ve kterých nehrozí žádné nebezpečí. Postiženým se musí věnovat individuální péče, nemohou být v žádném případě sami a důležitým faktorem je důslednost. Důslednost nejen ve vlastní činnosti, ale i dodržování stanovených zásad a pravidel. Dalším typickým příznakem je porucha metabolického a endokrinního systému. Nejen tato pacientka trpí poruchou příjmu potravy. Pro laika se to může jevit jako počáteční forma mentální anorexie, postižení odmítají skoro veškerou potravu (včetně ovoce, zeleniny, ale i sladkostí), jsou znechuceni pouhým pohledem na připravený pokrm.

Je důležité si ale uvědomit, že zájem populace o postižené jedince pozvolna vzrůstá. V posledních letech vzrostl zájem o integraci do intaktní společnosti a to jistě dává těmto jedincům do života více než ústavní péče.

### 11.5 Prader – Willi syndrom

Prader – Willi syndrom (dále PWS) je podobně jako Williamsův syndrom genetická porucha, která postihuje jednoho z 15 000 lidí. Za hlavní příznaky se považují svalová hypotonie (snížené svalové napětí), nedokončený pohlavní vývoj, problematické chování a především neustálý pocit hladu. Lidé s tímto defektem se necítí nikdy sytí a nedokáží se v tomto ohledu kontrolovat. Z tohoto důvodu většina postižených potřebuje celoživotní nízkokalorickou dietu a musí se jim vytvořit takové podmínky, aby měly omezený přístup k potravinám. U jedinců s PWS se objevují problémy se stále se opakujícími myšlenkami, sbíráním různých nepotřebných předmětů, sebepoškozování a mnohdy i silnou agresivitou. Základní strategie minimalizace problematického chování je neustálá péče a podpora. Asi u poloviny pacientů se vyskytuje strabismus (šilhavost).

Ačkoliv mnohdy lékaři označují PWS za vzácný, je to nejběžnější genetická porucha obezity, která byla definována. Vznik syndromu nelze nijak ovlivnit ani mu

předejít, není závislý na zdravotním stavu nebo věku rodičů. Rodina, kde se dítě s PWS narodilo, nemá zvýšené riziko, že se další dítě bude podobně postiženo. Dlouhou dobu se usuzovalo, že opožděný pohybový vývoj a malá výška je doprovodným faktorem PWS a nelze to nijak ovlivnit. Teprve v posledních dvaceti letech se začal u pacientů užívat růstový hormon<sup>15</sup>, který dokáže nejen významně urychlit růstové tempo, ale i snížit tělesný tuk, a tak zlepšit fyzickou a duševní kondici.

V otázce reprodukce je věda poněkud skeptická. Pouze výjimečně žena s PWS otěhotní, pacienti nemají potřebu uzavírat partnerské vztahy a zakládat rodinu. S pomocí rodiny, širšího sociálního prostředí a lékařů mohou v pozdějším věku vykonávat stejné aktivity jako nepostižení jedinci. Jsou schopni se rozvíjet, studovat, věnovat se vlastním zájmům a koníčkům, vykonávat zaměstnání. Ačkoliv v minulosti mnoho lidí s PWS zemřelo již v dětství, dnes medicína natolik pokročila, že aplikace psychotropních léků a růstového hormonu dokáží zlepšit kvalitu života.

### **Kazuistika**

Pro vlastní pozorování jsem zvolila dívku (nar. 2001), která vykazuje typické znaky tohoto onemocnění. PWS byl diagnostikován a léčen od kojeneckého věku. Pacientka nastoupila do speciálního zařízení v roce 2003 a pravděpodobně ho bude navštěvovat ještě jeden rok. Dítě vychází z velmi kvalitního rodinného zázemí, otec i matka jsou lékaři, což se odráží nejen v přístupu k dítěti, ale i v komunikaci s různými odbornými středisky. Klinická logopedka zcela otevřeně konstatovala, že pokud by rodiče zanedbali péči, dcera by byla schopna jen minimálního rozvoje. V otázce jazykových dovedností je vidět znatelný pokrok, který nastal již po ročním intenzivním navštěvování centra Srdíčko. Měla dobře rozvinutou pasivní slovní zásobu, kterou získala díky důsledné péči rodičů. Zpočátku sice nebyla schopna pojmenovat všechny objekty, ale dokázala je poznat na obrázku. Obdobný pokrok je možno zaznamenat i u aktivní slovní zásoby. Bez problémů používala slova denní potřeby (např. *máma, táta, papat* aj.). Po vzájemné spolupráci logopedky a rodičů se dokázala dostat na jazykovou úroveň pětiletého dítěte. Stále je ale znatelná artikulační neobratnost, kterou je možno neustálým procvičováním a opakováním redukovat, nelze ji však zcela odstranit. Kromě zmíněné artikulační neobratnosti je přítomná i vadná artikulace sykavek. Ta se

---

<sup>15</sup> Růstový hormon se aplikuje ve formě podkožních injekcí na bázi bílkovin. Injekce nejsou bolestivé, je nezbytné je aplikovat každý den před spaním, aby mohly kopírovat přirozenou tvorbu hormonu, která je právě v této době nejvydatnější. Léčba je dobrovolná a plně hrazena zdravotními pojišťovnami ([www.prader-willi.cz](http://www.prader-willi.cz)).

projevuje tehdy, jsou-li ve slově zastoupeny minimálně dvě (např. ve slově *Saša* dokáže vyslovit pouze jednu správně).

Bývá neobratná v jemné motorice ruky, což je důsledek svalové hypotonie a celkové pohybové neobratnosti. Grafické projevy odpovídají úrovni tříletého dítěte.

V otázce sociálních vztahů může vyvstat řada problémů. Ačkoliv jsou pacienti s PWS většinou milí, vstřícní a ke svému okolí přátelští, později se u nich začíná silně projevovat náladovost. Ta je úzce spjata se záchvaty vzteku, agresivitou a neschopností přizpůsobit se jakýmkoli změnám. Sama jsem byla svědkem jednoho takového afektivního výbuchu, kdy se dívka svalila na zem, nohy i ruce dala vzhůru a odmítala komunikovat s okolím. Záchvatové stavy lze očekávat, pokud nejsou splněny veškeré požadavky, které dítě vyžaduje. V kolektivu vrstevníků není příliš oblíbená, prosazuje sama sebe a je pouze v omezené míře ochotna spolupracovat.

Na základě psychologického vyšetření a vyjádření speciálně pedagogického centra byl doporučen odklad školní docházky. Pacientka neodpovídá po sociální, rozumové ani emoční stránce předškolákům stejného věku. Matka usiluje o zařazení do běžné základní školy, kde by dívka byla vzdělávaná podle IVP za pomoci odborného asistenta.

Po důkladném prostudování IVP mohu podat zkrácenou zprávu. Je rozdělen do pěti základních oblastí (sebeobsluha, jemná motorika, hrubá motorika, myšlení a řeč). Pro potřebu této práce je relevantní problematika řečového vývoje. Důležitým prvkem je rozvoj a návyk na zrcadlo, pro zlepšení celkového stavu je nezbytné vnímání vlastního obrazu v zrcadle. Dalším bodem je upevňování reakcí dítěte na hlas a schopnost rozeznávat hlasitou a šeptanou řeč. Nezbytné pro správný jazykový rozvoj je schopnost upevňovat předartikulační cvičení (tzn. špulení, pohyby jazykem do stran, dopředu, dozadu, olizování horního a dolního rtu). Dítě by mělo být schopno vlastními slovy vyjádřit svá přání a touhy a upevňovat reakci na slovní vyzvání spojené s gestem (např. *Vezmi si míč*).

## 11.6 Autismus

Autismus (z řeckého "autos" = sám) se řadí mezi vývojové poruchy, které se diagnostikují na základě projevů chování. Poprvé tento termín použil Eric Bleur v r. 1911 ve vztahu ke způsobu egocentrického myšlení, které je typické pro schizofrenii. Od r. 1943 je termín autismus používán jako označení pro poruchu afektivního kontaktu jako tzv. "Kannerův časný dětský autismus", jež tehdy popsal americký psychiatr Leo

Kanner.

Dítě s raným dětským autismem je neschopné reagovat na lidi a situace. Avšak může mít afektivní vztah k věcem. Svět pacienta je monotónní, prázdný, opuštěný. Již v kojeneckém období není schopen zaujmout předpokládaný postoj, nemazlí se, zůstává pouze ležet v náručí. Objevují se potíže při krmení, dítě nesnáší vybrané zvuky, reaguje na ně záchvaty křiku. Naopak ignoruje podněty zvukové hlas matky, výzvy, mazlení). Neusměje se, nezvedne ruce, nepřitulí se. Protože nereaguje na obvyklé zvukové podněty, bývá mnohdy důvodem vyšetření obava, že je dítě hluché.

**Syndrom Kannerova raného dětského autismu** se rodičům ozřejmuje postupně během 1.roku života, v 2. a 3. roce se stav začíná zhoršovat. Naproti tomu kolem 6. roku bývá sklon ke zlepšování.

Autismus je poruchou, jejíž příčinu se zatím nepodařilo odhalit. Vychází se z předpokladu, že důležitou roli hrají genetické faktory, různá infekční onemocnění a chemické reakce v mozku. Moderní teorie uvádí, že autismus vzniká až při kombinaci několika těchto faktorů.

Příznaky poruchy mohou být u dětí v určitém věku vyjádřeny různě. Dva z nich jsou ale zastoupeny vždy. Jedná se především o neschopnost navazování vztahů a porucha řeči, která nemá sdělovací funkci. Většinou se objevují problémy při zpracování smyslových informací, stereotypní chování - od prostých opakovaných pohybů těla až ke komplexním rituálům (Nesnídalová 1994).

Kromě Kannerova dětského autismu uvádí odborná literatura také **Atypický autismus**, který je častý u retardovaných jedinců. U dívek se objevuje **Rettův syndrom**, který se vyznačuje částečnou nebo úplnou ztrátou získaných dovedností. Charakteristická je ztráta funkčních pohybů ruky a epileptické záchvaty. Kannerův syndrom je považován za variantu s nižším IQ, **Asperergův syndrom** za variantu s vyšším IQ. Rozlišujícím faktorem je tedy IQ a stav slovní zásoby. U tohoto syndromu se vyskytují obdobné znaky jako u autismu, neobjevuje se ale celkové opožďení.

Obecně můžeme autismus označit za velmi vážné postižení, které je pestré a rozmanité. Projevuje se od nejtítlejšího věku. I když může dojít v průběhu času ke zlepšení, přetrvává po celý život. Jen 5% pacientů vede v dospělosti samostatný život. Tato porucha výrazně zasahuje nejbližší rodinu a okolí. I přes neustále se rozšiřující poznatky o autismu zůstává nevléčitelnou poruchou ([www.brno.apla.cz](http://www.brno.apla.cz)).



## **Kazuistika**

Navázání kontaktu s dítětem vykazujícím autistické znaky bylo velmi obtížné. Projevy, které postižení doprovází a malý rozvoj řečových dovedností zabraňovaly vzájemné komunikaci. Z tohoto důvodu nebylo možno provést důkladnou analýzu sociální a i verbální komunikace.

Chlapec (nar. 2001) vykazuje znaky atypického autismu, který je zřejmý až po dosažení tří let věku. Od dětského autismu se liší nejen dobou vzniku, ale i tím, že nejsou zcela naplněny základní znaky autistického chování. Dítě bylo ve 2 letech a 9 měsících vyšetřeno v Asociaci pomáhající lidem s autismem v Praze, kde se postižení diagnostikovalo. Momentálně navštěvuje speciální třídu v centru Srdíčko. V raném věku se projevil větší obtíže v sociálním kontaktu, odmítal i jakýkoliv fyzický kontakt. Později psycholog zaznamenal mírné zlepšení. Ve tomto období projevoval o sociální kontakt malý zájem, cizí osoby naprosto ignoroval a sám spontánní kontakt neinicioval. V současné době je schopen s dětmi spolupracovat, hrát si s nimi, i když komunikace stále ještě není v normě. Oproti počáteční hyperaktivitě, která zabraňovala i minimálnímu soustředění, je dnes vidět celkové zklidnění (např. vydrží při hře nebo malování).

V oblasti jazykové komunikace jsou přítomny problémy při verbálním i nonverbálním projevu. Nonverbálních prostředků využívá minimálně, oční kontakt neplní komunikační funkci. Neukazuje prstem, používá ruku druhé osoby jako prostředek k vyjádření přání. V období kolem 1. roku věku se zdál být vývoj řeči zcela běžný (žvatlání, imitace, porozumění). Po tomto krátkém období nastala stagnace. Chlapec rozumí základním příkazům, někdy reaguje na zavolání a své jméno (především doma). Je schopen opakovat slova i věty, reprodukováný projev má stejnou melodii a tón, který předtím někde slyšel. S obtížemi se snaží používat předložky a zájmena. Často o sobě mluví ve 3. osobě. Stále přetrvává afázie. Ta vzniká poškozením řečových oblastí při krvácení do těchto částí nebo při přerušení krevního oběhu, při jejich poranění, při úrazech aj.

Psychomotorické schopnosti jsou nerovnoměrně rozvinuté. Výkon v jednotlivých oblastech dosahuje úrovně dvouletého dítěte.

Rodiče jsou v pravidelném kontaktu s Asociací pomáhající lidem s autismem, se speciálními pedagogy, dětským pedopsychiatrem a psychologem.

## Závěr

Úroveň a kvalita mluveného projevu bývá považována za vizitku každého člověka. Nejen z tohoto důvodu je třeba o jazykovou vybavenost pečovat a vědomě ji rozvíjet. Ačkoliv se zdánlivě může jednat o banální záležitost, logopedičtí pracovníci upozorňují na to, že stav se neustále zhoršuje. Skeptici hovoří o „soumraku“ komunikačního procesu v prapůvodním slova smyslu, tedy o přenosu základních informací prostřednictvím jazyka. Je zřejmé, že faktorů podílejících se narušování mezilidské komunikace je celá řada, svůj podíl na současném stavu má jistě i rozvoj techniky.

Mělo by být povinností nejen rodičů, ale také učitelů či vychovatelů, aby o výchovu ke správnému řečovému projevu permanentně pečovali. A protože čeština patří gramatickou i hláskovou stavbou mezi těžké jazyky, často se stává, že i přes veškerou snahu rodičů děti potřebují při vývoji řeči odbornou pomoc.

Výchovou správné řeči, prevencí a následně i odstraňováním poruch řeči se zabývá logopedie, jeden z nejmladších oborů speciální pedagogiky. V České republice je koncepce logopedické péče rozdělena do resortu zdravotnictví (klinická) a školství (školská). Základním a také jediným rozdílem je zdroj financování. Je důležité si také uvědomit, že logopedie je neustále se rozvíjející disciplína, která objevuje nové metody, pomáhající nejen při prevenci, ale i terapii. Kladně hodnocen je např. model kooperativního poradenství, kdy při odstraňování výslovnostních vad zaujímá důležitou roli rodič či blízký člověk pacienta. Pacient tedy získává pocit, že není sám, a tím se udržuje v dobré psychické kondici. Velikým přínosem je i osvěta, která neprobíhá jen prostřednictvím odborných publikací nebo časopisů, ale i na internetu. Tam je možné získat nejnovější poznatky a užitečné rady.

Na správném vývoji řeči se podílí celá řada faktorů. Kromě endogenních vlivů mají své zastoupení i vlivy exogenní, vlivy sociálního okolí. Právě rodinní příslušníci zanechávají v emocionálních reakcích, v gestice, ale i mimice stopy na celý život. Dítě by proto mělo vyrůstat v prostředí, které je bohaté na dostatek verbálních projevů a členové netrpí poruchou komunikační schopnosti. Pokud tyto podmínky splněny nejsou, je pravděpodobnost výskytu poruchy řeči velká.

Poruchami řeči se v dnešní době zabývá řada odborníků. Aktuálně vycházejí odborné příručky pro pacienty a jejich rodiče. Je důležité si uvědomit, že nejdůležitějším krokem k nápravě je včasné odhalení příznaků. I v tomto případě platí, že v dětském věku je odstranění výslovnostního nedostatku nejpříznivější. Existují však i poruchy, které lze pouze zlepšovat, nikoli zcela odstranit. Typickým příkladem je např. koktavost. Balbuties patří k velmi frekventovaným postižením, ale protože nebyly dosud odhaleny příčiny, projevy můžeme pouze potlačovat. Alarmující je i to, že neskončí-li koktavost v raném dětství, šance na úplné vyléčení je mizivá.

Zcela odlišná (a podle mého názoru mnohem komplikovanější) situace nastává u symptomatických poruch řeči. OSN a UNESCO uvádějí, že v celkové populaci zaujímají téměř 10%. V rozvojových zemích je to skoro dvojnásobek. Lze konstatovat, že u každého postiženého člověka můžeme pozorovat poruchu řeči. Velmi problematické je rozvíjení řečové schopnosti u sluchově a zrakově postižených jedinců. Řadí se k nejméně závažným, ale zároveň i nejčastějším poruchám na světě. Výzkumy prokázaly, že bez odborného vedení se pacient s těžkou vadou sluchu nenaučí mluvit. Podobně jako u ostatních druhů postižení i v tomto případě je důležitý věk a stupeň postižení. Oblast speciální pedagogiky se zaměřuje převážně na jedince se smyslovými vadami, s poruchou hybnosti či mentální retardací. Nemělo by se ale zapomínat ani na ty, kteří se nezařazují do kategorie „postižených“. Jedná se o onemocnění, jejichž symptomem bývají řečové poruchy. Odborná literatura se zabývá především lehkou mozkovou dysfunkcí a epilepsií.

Na základě vlastního výzkumu, který byl zaměřen na výslovnostní problémy u intaktních a postižených jedinců, jsem měla možnost ověřit si nejen nově získané teoretické poznatky, ale především navázat spolupráci přímo s postiženými. Dotazníkovou metodou jsem chtěla zachytit aktuální stav u žáků základních a středních škol. Zajímavým zjištěním bylo, že v procesu odstraňování poruch je velmi nízké zastoupení pedagogických pracovníků. Za pozitivní můžeme označit to, že poměrně velký počet dětí se s tímto problémem nikdy nepotýkal a s logopedem se tedy nesetkal.

Každý člověk by měl myslet na to, že být nemocný není synonymem pro tělesnou bolest. Pro lidi, kteří trpí právě poruchou řeči, může nemoc představovat překážku jejich vlastní komunikaci. Proto se obtížněji integrují do společnosti, porucha způsobí nadstandardní vnímavost k jiným podnětům. To mnohdy vede k sebepodceňování a sebelítosti.

## Seznam literatury

- ČECHOVÁ, M.: *Čeština – řeč a jazyk*. Praha: ISV, 2000.
- ČECHOVÁ, M., Chloupek, J., Krčmová, M. a kol.: *Stylistika současné češtiny*. Praha: ISV, 1997.
- DAMBORSKÁ, M.: Hlas jako prostředek komunikace. In *Lidský hlas v logopedické praxi*. Praha: ČSL, 1982, s. 21-23.
- DVOŘÁK, J.: *Logopedický slovník, terminologický a výkladový*. Žďár nad Sázavou: Logopeda clinica, 2001.
- HÁLA, B.: *Fonetika pro bohemisty*. Praha: SPN, 1963.
- HARTL, P. a HARTLOVÁ, H.: *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000.
- HUBÁČEK, J.: *O zvukové stránce českého jazyka*. Praha: SPN, 1975.
- CHVATCEV: *Velká logopedie*. Moskva 1959.
- JANOŮŠEK, J.: *Sociální komunikace*. Praha: Svoboda, 1968.
- KLIMEŠ, L.: *Česká fonetika*. Plzeň: PF Plzeň, 1978.
- KŘIVOHLAVÝ, J.: *Jak si navzájem lépe porozumíme*. Praha: Svoboda, 1988.
- KURIC, J. a kol.: *Ontogenetická psychologie*. Praha: SPN, 1986.
- KUTÁLKOVÁ, D.: *Logopedická prevence*. Praha: Portál, 1999.
- LANGMEIER, J. a KREJČÍŘOVÁ, D.: *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998.
- LECHTA, V. a kol.: *Logopedické repetitorium*. Bratislava: SPN, 1990.
- LECHTA, V.: *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005.
- LECHTA, V.: *Symptomatologické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002.
- LESNÝ, I.: *Dětská neurologie*. Praha: Avicenum, 1980.
- LITVAK, A. G.: *Nástin psychologie nevidomých a slabozrakých*. Praha: SPN, 1979.
- MAREŠ, J. a Křivohlavý, J.: *Speciální pedagogika a komunikace ve škole*. Praha: SPN, 1989.

- MATĚJČEK, Z. a kol.: *Lehké mozkové dysfunkce*. Praha: KPK, 1991.
- MIKULÁŠTÍK, M.: *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada, 2003.
- MÜLLEROVÁ, O. a kol.: *Mluvená čeština v autentických textech*. H&H: Praha, 1995.
- NESNÍDALOVÁ, R.: *Extrémní osamělost*. Praha: Portál, 1994.
- NOSKOVÁ, M.: Komunikace sluchově postižených dětí. In Jaklová, A. (ed.): *Komunikace-styl-text*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2006, s. 241-244.
- OHNESORG, K.: *Fonetika pro logopedy*. Praha: SPN, 1974.
- PAVLOVÁ – ZAHÁLKOVÁ, A.: *Prevence poruch řeči*. Praha: SPN, 1976.
- PEASE, A.: *Řeč těla – jak porozumět druhým z jejich gest, mimiky a postojů těla*. Praha: Portál, 2001.
- PEROUTKOVÁ, J. a SVOBODOVÁ, O.: *Logopedie v praxi – Obrazový pracovní materiál*. Praha: Septima, 1995.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A.: *Logopedické minimum*. Olomouc: PF UP v Olomouci, 1999.
- PRŮCHA, J.: *Přehled pedagogiky – Úvod do studia oboru*. Praha: Portál, 2000.
- ROMÁNEK, J.: Nejvýraznější příznaky poruch řeči u DMO a hlavní směry reedukace. In SASÍN, J.: *Speciální pedagogika dětí s epilepsií*. Olomouc: UP Olomouc, 1975.
- ROMPORTL, M.: *Základy fonetiky*. Praha: SPN, 1973.
- SEEMAN, M.: *Poruchy dětské řeči*. Praha: SPN, 1955.
- SOVÁK, M.: *Logopedie*. Praha: SPN, 1981-a.
- SOVÁK, M.: *Logopedie, metodika a didaktika*. Praha: SPN, 1978.
- SOVÁK, M.: *Uvedení do logopedie*. Praha: SPN, 1978.
- SOVÁK, M.: *Výchova řeči, defektologický slovník*. Praha: SPN, 1984.
- ŠIROKÝ, J. a kol.: Poruchy řeči u slabozrakých dětí. In *Slovník prací PDF Palackého Olomouc*. Praha: SPN, 1980, s. 101-106.

- ŠKODOVÁ, E, JEDLIČKA, I a kol.: *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003.
- ŠVANCARA, J.: *Terminologie a dokumentace psychologických prací*. Brno: MU Brno, 1999.
- THIEL, E.: *Řeč lidského těla*. Bratislava: Plasma servis, 1993.
- VILLEY, P.: *Pedagogika slepců*. Praha: SPN, 1939.
- VYBÍRAL, Z.: *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Portál, 2000.
- VYŠTEJN, J.: *Vady výslovnosti*. Praha: SPN, 1991.
- WATZLAWICK, P.: *Všechno dobré je k něčemu zlé*. Hradec Králové: Konfrontace, 1995.
- ŽLAB, Z.: O tzv. specifických poruchách výslovnosti. *Otázky defektologie*, 1982, roč. 25, č. 2, s. 62-64.

### **Cizojazyčná literatura**

- ARNOLD, G. E.: *Die Sprache und ihre Störungen*. Sien: Handbuch der Stimm- und Sprach-heilkunde, 1970.
- BUBENÍČKOVÁ, M.: Výslovnost u dětí s vadami zraku. In Baláž, J. a kol.: *Komunikačné problémy u dětí s viacerými chybami*. Bratislava: SPN, 1980, s. 155-162.
- DJAČKOV, A. a kol.: *Defektologičeskij slovar*. Moskva: Pedagogika, 1970.
- MAŠURA, S.: *Oto-rino-laryngológia*. Bratislava: UK, 1970.
- PRZETACZNIKOVÁ, M. a SPINOEKOVÁ, H.: Dojčenský vek, Mladší predškolský vek. In Žebrowská, M.: *Vývinová psychologia*. Bratislava: Psychodiagnostické a diagnostické testy, 1983, s. 323-474.
- SABADOŠ, P. a kol.: *Logopéda v komplexnej starostlivosti o dieťa*. Bratislava: SPN, 1980, s. 97-100.
- SEEMAN, M.: *Sprachstörungen bei Kindern*. Berlin: Volk und Gesundheit, 1974.

WATZLAWICK, P.: *Menschliche Kommunikation*. (S. l.: s. n.), 1969.

ZUCKRIGEL, A.: Sprachstörungen bei sehrgeschädigten Kindern. In Hartmann, N.: *Beiträge zur Pädagogik der Mehrfachbehinderten*. Neugurgweier: Schindele Verlag, 1972, s. 214-221.

### **Diplomové a bakalářské práce**

BENEŠOVÁ, Ivana: *Nedostatky mluveného projevu žáků ZŠ se zaměřením na vady řeči*. JCU PF 2004.

ČERVENÁ, Petra: *Nedostatky mluveného projevu žáků ZŠ*. JCU PF 2001.

HRUBÁ, Kateřina: *Vady řeči u dětí předškolního věku se zdravotním postižením*. TU v Liberci 2005.

### **Internet**

<http://balbuticka.komunita.cz/forum/viewforum.php?f=1&sid=2adae547fbcea5435604516c5111fccd>, 26. 3. 2007

[http://www.brno.apla.cz/aplaim\\_diplom2.html](http://www.brno.apla.cz/aplaim_diplom2.html), 21. 3. 2007

<http://www.centrumrdicko.cz>, 4. 3. 2007

<http://cl.ff.cuni.cz/mimo/prace/afatici.doc>, 10. 1. 2005

<http://www.kochlear.cz/html/implant.html>, 20. 5. 2006

<http://www.logopedie.cz>, 10. 8. 2005

<http://www.logoped.cz/o-nas/html>, 16. 3. 2007

<http://www.lsms.ora.cz/?kdojsme=>, 23. 1. 2007

<http://www.mineralfit/clanek/328-epilepsie-a-epilepticky-zachvat.html>, 6. 4. 2006

[http://www.msmt.cz/uploads/soubory/sb020\\_05.pdf](http://www.msmt.cz/uploads/soubory/sb020_05.pdf), 22. 3. 2007

[http://www.pharmanews.cz/2004\\_2005/ottida.html](http://www.pharmanews.cz/2004_2005/ottida.html), 12. 6. 2005

<http://www.phil.muni.cz/jazyk/krcmova/fon/ucebnitext/5.html>, 16. 9. 2005

<http://www.phil.muni.cz/jazyk/krcmova/fon/ucebnitext/8.html>, 16. 9. 2005

<http://www.prader-willi.cz/lecba.html>, 16. 3. 2007

<http://www.prader-willi.cz/peceodite.html>, 16. 3. 2007

<http://www.psychologie.nazory.cz/slovník.html>, 16. 3. 2007

<http://www.studiovanda.cz/masage.html>, 19. 3. 2007

<http://www.stripky.cz/nemoci/logopedie/mluvit.html>, 21. 3. 2007

<http://www.willik.tym.cz/index.php?co=propedagogy.html>, 4. 3. 2007

<http://www.willik.tym.cz/index.php?co=zaklinfo.html>, 4. 3. 2007

<http://www.zdravi.doktorka.cz/vojtova-metoda/html>, 11. 3. 2007



# PŘÍLOHY

## Seznam příloh

Příloha č. 1: Přehled českých samohlásek

(<http://www.phil.muni.cz/jazyk/krcmova/fon/ucebnitext/8.htm>, 20. 12. 2006)

Příloha č. 2: Přehled českých souhlásek

(<http://www.phil.muni.cz/jazyk/krcmova/fon/ucebnitext/8.htm>, 20. 12. 2006)

Příloha č. 3: Stručný popis vývoje řeči dítěte v závislosti na věku

(<http://www.stripky.cz/nemoci/logopedie/mluvit.html>, 21. 3. 2007)

Příloha č. 4: Gymnastika jazyka a rtů

(sestaveno dle Kubálková (1999); Škodová, Jedlička (2003) )- viz Seznam literatury

Příloha č. 5: Obrazový materiál na procvičování jednotlivých hlásek

(J. Peroutková, O. Svobodová: *Logopedie v praxi – Obrazový pracovní sešit*. Praha, Septima 1995)

Příloha č. 6: Legislativa – navazující školské zákony

(E. Škodová, I. Jedlička: *Klinická logopedie*. Praha, Portál 2003)

Příloha č. 7: Vyhláška o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných

([http://www.msmt.cz/uploads/soubory/sb020\\_05.pdf](http://www.msmt.cz/uploads/soubory/sb020_05.pdf), 22. 3. 2007)

## System českých samohlásek

krátké					dlouhé			
/i/			/u/	vysoké	/í/			/ú/
	/e/		/o/	středové		/é/		/ó/
		/a/		nízké			/á/	
přední	střední	zadní			přední	střední	zadní	

## System českých souhlásek

### Přehled sonor

způsob tvoření		okluzívy nazální	konstrikтивы laterální      vibranty	
sluchový dojem		explozivny nazální	Likvidy frikativy      vibranty	
místo tvoření	bilabiály	/m/		
	prealveoláry	/n/	/l/	/r/
	palatály	/ň/		

### Přehled pravých konsonantů

způsob tvoření		okluzívy závěrové		konstrikтивы polozávérové		konstrikтивы úžinové		vibranty
sluchový dojem		explozivny ražené		afrikáty polotřené		frikativy třené		kmitavé
místo tvoření	bilabiály	/p/	/b/					
	labiodentály					/f/	/v/	
	prealveoláry	/t/	/d/	/c/	/ʔ/	/s/	/z/	/ř/
	postalveoláry			/č/	/ʔ/	/š/	/ž/	
	palatály	/tʃ/	/dʃ/					
	veláry	/k/	/g/			/ch/		
	glottály						/h/	
znělost		nezn.	zn.	nezn.	zn.	nezn.	zn.	zn.

## Stručný popis vývoje řeči dítěte v závislosti na věku

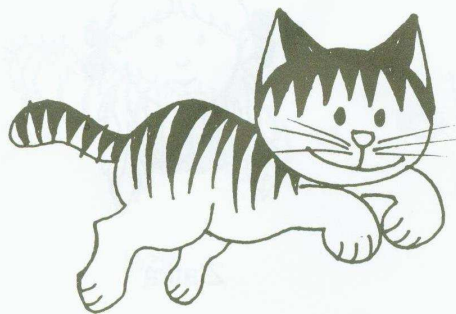
Věk	Rozvoj slovní zásoby	Vývoj výslovnosti
do 1 roku	Dítě rozumí jednoduchým pokynům a začíná opakovat jednoduchá slova, která slyší.	M B P A E I O U D T N J
do 2 let	Tvoří jednoduché věty, od 2 let se ptá "co je to", rozšiřuje svou slovní zásobu.	K G H CH OU AU V F
do 3 let	Mluví ve větách, začíná si osvojovat gramatickou stavbu vět, ptá se proč, získává nové kvality slovní zásoby, začíná se tvořit verbální slovní paměť.	musí zvládnout D T N L Bě Pě Mě Vě
4 roky	Dochází ke zpřesnění slovní zásoby a gramatické stavby vět, umí již vyprávět, chápe děje.	dokončuje se Ď Ť Ň začíná vývoj Č Š Ž C S Z R Ř
do 6 let	Dítě chápe složité děje, má již velkou slovní zásobu, gramaticky zvládá jednoduchá souvětí.	zvládá kombinaci Č Š Ž a C S Z

## Gymnastika jazyka a rtů

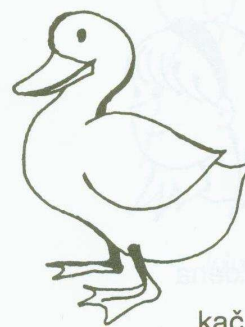
1. Co možná nejvíce vypláznout jazyk – „*Kam až dosáhneš? Olízni si bradu, dotkni se nosu.*“
2. Rychle vysunovat a zasunovat jazyk, z pusy ven a zase zpátky – čertík.
3. Olíznout spodní ret a potom horní ret vodorovným směrem.
4. Olizovat rty (dělat kruh) – nejprve rty olízneme jedenkrát, později i víckrát, zkusíme na obě strany.
5. Pohyb jazyka z pravého koutku úst do levého a zpátky. Jazyk je uvolněný a pohybujeme s ním co možná nejrychleji. Pohybuje se pouze jazyk, nikoli dolní čelist – ještěrka.
6. Našpulit rty do kroužku (komínek), zuby jsou u sebe – dáváme pusinku.
7. Usmát se, zuby jsou u sebe.
8. Klapat jazykem jako koník.
9. Nafouknout obě tváře a prstem „propíchnout“ (balón praskl). Učíme se vypouštět vzduch také postupně.
10. Nafouknout jednu tvář a pohrávat si s bublinou. Vzduch přesunujeme z jedné strany na druhou.
11. Vysát vzduch z tváří, vmáčknout je, rty vytvoří osmičku – kapřík.
12. Jazykem tlačíme proti tváři – máme bonbón.
13. Olíznout dásně těsně za horními a pod dolními zuby, ze strany na stranu. Ústa jsou zešíroka otevřená, snažíme se o co největší čelistní úhel.
14. Otevřít zešíroka ústa (úsměv), špičku jazyka opřeme o horní zuby. Jazyk je napnutý, neprohýbá se, stojí v pozoru.
15. Ťukat špičkou jazyka za horní zuby, ústa ze široka otevřená, úsměv. Pohyb dělá jen jazyk, nikoli dolní čelist.
16. Ťukáme jazykem střídavě za horní a dolní zuby, otevřená ústa, úsměv.
17. Špičkou jazyka jet po horním patře zezadu vpřed a zastavit se na ploše horních zubů. Jazyk nevyplazujeme – natíráme strop.
18. Opřít hrot jazyka za dolní zuby a zvednout jeho hřbet – děláme most.
19. Vytvořit z jazyka mističku (ruličku).
20. Z jazyka vytvořenou mističku zvednout a klepat ji o patro.

21. Zvednout jazyk a plácnout jím dolů, ústa jsou otevřená, úsměv, nesmí být souhyb dolní čelisti.
22. Rozkmitání volných, k sobě přiložených rtů při výdechu – frkat jako koník.
23. Rozkmitat rty spolu s hrotem jazyka vysunutým mezi ně – auto jede.
24. Stáhnout rty do úsměvu a foukat (středem rtů).

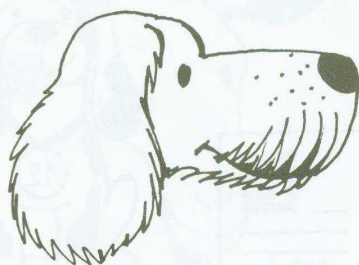
# Č/1



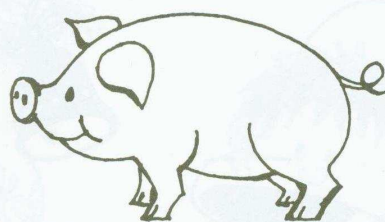
č č č  
či či či



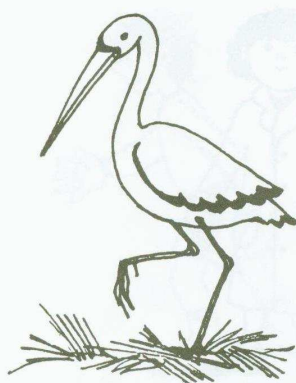
kač kač kač



čumák



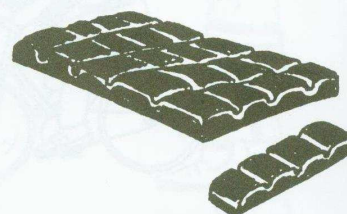
čuník



čáp



čaj



čokoláda



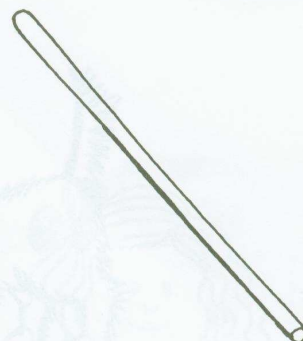
# Č/2



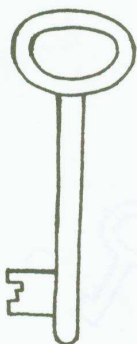
míč



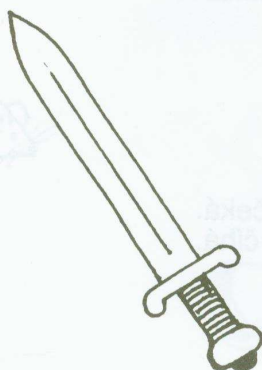
bič



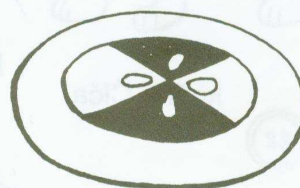
tyč



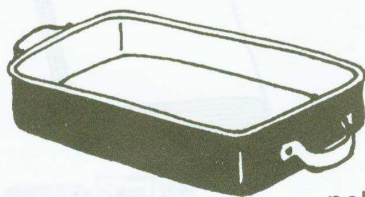
klíč



meč



koláč



pekáč

malý: míč, bič, koláč  
velký: míč, bič, koláč



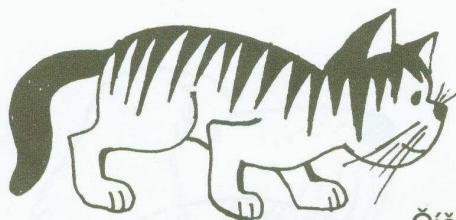
Čeněk

Čeněk má míč.  
Čeněk má velký míč.  
Čeněk má malý míč.

# Č/3

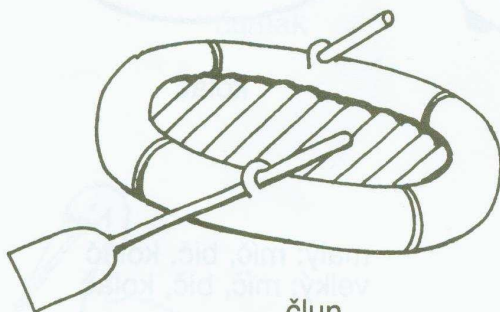


pes Čada  
Čada čeká.  
Čada čichá.



kočka Číča

Číča čeká.  
Kočka číhá.



člun



čítanka



Čeněk  
Čenda

já čtu  
on čte  
my čteme  
oni čtou

## Legislativa – navazující školské zákony

Práce s postiženými dětmi se opírá o následující **školské zákony**:

1. zákon č. 29/1984 Sb. o soustavě základních a středních škol (školský zákon) v platném znění;
2. zákon ČNR č. 564/1990 Sb. o státní správě a samosprávě v platném znění;
3. zákon ČNR č. 76/1978 o školských zařízeních v platném znění.

Na tyto zákony navazují **vyhlášky**:

1. č. 390/1991 Sb. o předškolních a školských zařízeních;
2. č. 291/1991 Sb. o základní škole (některé části se zabývají integrací žáků se zdravotním postižením);
3. č. 354/1991 Sb. o středních školách (některé části se zabývají integrací žáků se zdravotním postižením);
4. č. 127/1997 Sb. o speciálních školách a speciálních mateřských školách.

Tyto právní normy doplňují **metodické pokyny**:

1. Metodický pokyn k integraci žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení č. j. 16 138/98 – 24, Věstník MŠMT č. 6/1998.
2. Metodický pokyn k zápisu do školy dětí s těžkým mentálním postižením č. j. 19 843/97 – 27, Věstník MŠMT č. 8/1998.
3. Metodický pokyn k doplnění vzdělání poskytovaného základní školou pro absolventy zvláštních škol č. j. 17 908/95 – 24, Věstník MŠMT č. 12/1995, včetně přílohy Učební plán kurzu k doplnění vzdělání poskytovaného zvláštní školou.
4. Metodický pokyn k doplnění vzdělání poskytovaného zvláštní školou č. j. 18 371/96-24
5. Metodický pokyn k doplnění vzdělání poskytovaného pomocnou školou č. j. 19096/97 – 24, Věstník MŠMT č. 4/1998.
6. Metodický pokyn k hodnocení a klasifikaci žáků zvláštní školy č. j. 10 182/98 – 24, Věstník MŠMT č. 9/1998.
7. Metodický pokyn k hodnocení a klasifikaci žáků pomocné školy č. j. 10 522/98 – 24, Věstník MŠMT č. 11/1998.
8. Pokyn MŠMT školským zařízením pro výkon ústavní a ochranné výchovy č. j.

13 649/95 – 24, Věstník MŠMT č. 7/1999.

9. Pokyn MŠMT k upřesnění činnosti školských zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy č. j. 25 503/98 – 24, Věstník MŠMT č. 3/1999.

10. Metodický pokyn k zabezpečení výkonu civilní služby ve školách a školských zařízeních č. j. 23 318/99 – 24, Věstník MŠMT č. 9/1999.