



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra českého jazyka a literatury

Bakalářská práce

Vady řeči v souvislosti s mentálním postižením

Vypracovala: Věra Šimánková
Vedoucí práce: PhDr. Milena Nosková, Ph.D.

České Budějovice 2013

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných pedagogickou fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne 30. 4. 2013.

Věra Šimánková

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat své vedoucí práce, PhDr. Mileně Noskové, Ph.D., za cenné rady a informace, které mi poskytla.

Dále bych chtěla poděkovat Miroslavě Vackové a Jitce Denkové za svěřením osobních informací a za čas, který si na mě udělaly se svými dětmi.

Závěrem patří poděkování také mým blízkým za jejich podporu.

Resumé

Tématem bakalářské práce jsou *vady řeči v souvislosti s mentálním postižením*. Cílem mé práce je přiblížit nejčastější kombinace postižení a jejich dopad na řeč jedince. Zaměřila jsem se na charakteristiku mentálního postižení a na vady řeči, se kterými se v této souvislosti můžeme setkat, dále na edukaci osob a možnosti využití alternativní a augmentativní komunikace. Teoretická část práce je doplněna o případové studie.

Resume

This bachelor thesis deals with *defects of speech in connection with mental disability*. The aim of my work is to show the most common combinations of disabilities and their impact on an individual's speech. I focused on the characteristics of mental disability and on the defects of speech which we can meet in this connection with. The next part concerns educations of people with a specific kind of defect of speech and a possibility of use of alternative and augmentative communication. The theoretical part is completed by concrete studies.

Obsah

Úvod.....	7
1 Teoretická část.....	8
1.1 Mentální retardace	8
1.1.1 Charakteristika mentální retardace.....	8
1.1.2 Klasifikace mentální retardace	8
1.1.3 Downův syndrom.....	13
1.1.4 Četnost mentálně postižených v populaci	14
1.1.5 Nejčastější příčiny mentálního postižení	14
1.1.6 Možnosti prevence vzniku mentálního postižení	17
1.1.7 Edukace osob s mentálním postižením	18
1.2 Faktory řeči.....	22
1.2.1 Biologické faktory řeči.....	22
1.2.2 Společenské faktory řeči	23
1.3 Poruchy řeči	25
1.3.1 Obecné poznatky.....	25
1.3.2 Poruchy vývoje řeči	26
1.3.3 Vztah mezi poruchami intelektu a řečí	35
1.3.4 Výchova řeči mentálně postižených dětí	37
1.3.5 Symptomatické poruchy řeči u dětí	38
1.4 Alternativní a augmentativní komunikace (netradiční metody komunikace).....	43
2 Praktická část.....	46
2.1 Případová studie 1	46
2.2 Případová studie 2	47
Závěr	49
Bibliografie.....	50

Úvod

Název této bakalářské práce je *Vady řeči v souvislosti s mentálním postižením*. Je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Obsahuje charakteristiku a příklady takto postižených osob.

S mentální retardací souvisí vždy další poruchy, ve většině případů ji doprovází vady řeči. Popisuji nejčastější varianty, které se vyskytují. Také rozebírám téma celoživotního vzdělávání a zapojení těchto jedinců do společnosti. Dále se zaměřuji na možnosti alternativních a augmentativních komunikačních systémů.

V teoretické části práce je mým cílem shrnutí poznatků pomocí odborné literatury, přiblížení možností náhradní komunikace a další edukace osob s vadami řeči na základě mentální retardace. Důležitost včasné péče závisí hlavně na informovanosti rodičů a vyhledání odborníků.

První část doplňuji o případové studie. Ukazuji konkrétní případy postižení, na kterých je patrná individualita kombinací. Výběr vhodné komunikace a přístupu k dítěti je pro jeho vývoj zásadní.

1 Teoretická část

1.1 Mentální retardace

1.1.1 Charakteristika mentální retardace

Každý člověk s mentálním postižením je svébytný subjekt s charakteristickými osobními rysy.¹ U většiny se i přesto projevují společné znaky. Tyto jsou individuálně závislé na hloubce a rozsahu mentální retardace, na tom, jakým způsobem jsou postiženy jednotlivé psychické funkce a na rovnoměrnosti psychického vývoje v souvislosti s typem mentální retardace.

Mentálně retardovanými nazýváme děti, mládež a dospělé, kteří zaostávají ve vývoji rozumových schopností, odlišně se vyvíjí jejich psychické vlastnosti a je narušené jejich adaptační chování.

Hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí je u nich individuálně odlišná.²

Důležitým znakem mentálního postižení je **trvalost**. Mentální retardace neboli trvalé snížení rozumových schopností, které je způsobeno neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku, není nemoc, ale trvalý stav.³

Mentálně retardované nemůžeme z hlediska psychiky charakterizovat jako homogenní skupinu, avšak některé znaky jsou společné: zpomalená chápavost, snížená schopnost až neschopnost vyvozování logických vztahů, snížená paměť (logická i mechanická), těkavá pozornost, velice malá slovní zásoba a neobratnost při vyjadřování, poruchy pohybové koordinace, hyperaktivita nebo zpomalenost chování, citová vzrušivost, nedostatky v osobní identifikaci, zvýšená potřeba bezpečí, poruchy v interpersonálních vztazích aj.

1.1.2 Klasifikace mentální retardace

Mentální retardace se dělí do šesti základních kategorií:

Lehká mentální retardace

Středně těžká mentální retardace

¹ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2000, s. 24.

² Tamtéž, s. 24.

³ Srov. s: ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2000, s. 24, 25.

Těžká mentální retardace

Hluboká mentální retardace

Jiná mentální retardace

*Nespecifikovaná mentální retardace*⁴

Lehká mentální retardace

Lehkou mentální retardací máme na mysli inteligenční kvocient 50-69. Tito lidé jsou schopni užívat řeč účelně pro každodenní potřebu, dokáží konverzovat i přesto, že si mluvu osvojují s opožděním.

Ačkoliv je jejich vývoj pomalejší, mohou dosáhnout nezávislosti i v oblasti osobní péče. Problémy se u nich projeví hlavně ve školním vzdělávání. Jde o potíže se čtením a psaním. Většinu z nich se podaří zařadit do pracovního procesu. Lehce mentálně postižení se věnují hlavně práci, která je zaměřená manuálně. *V sociokulturním kontextu, kde se klade malý důraz na teoretické znalosti, nemusí lehký stupeň mentální retardace působit žádné vážnější problémy.*⁵

Pokud jde o organizaci jejich života, lidem s tímto postižením nastávají problémy v souvislosti s manželstvím, rodičovstvím, hledáním nebo udržením si práce, zajištěním bydlení apod.

Individuálně se u těchto osob mohou projevit také chorobné stavy, jako například autismus, epilepsie, poruchy chování atp.⁶

Středně těžká mentální retardace

Tato kategorie zahrnuje jedince s jejich inteligenčním kvocientem 35-49. Rozvoj chápání a užívání řeči je výrazným způsobem opožděný. Schopnost starat se o sebe je omezena podobným způsobem jako řeč. Konečné dovednosti osob se středně těžkou retardací jsou limitované, stejně jako jejich pokroky ve škole. I přesto se někteří z nich naučí číst, psát a počítat.

⁴ Švarcová, I. *Mentální retardace*. 2000, s. 27.

⁵ Tamtéž, s. 28.

⁶ Srov. s: Švarcová, I. *Mentální retardace*. 2000, s. 27, 28.

V dospělosti zpravidla nejsou schopni vést úplně samostatný život. Bývají plně mobilní a jsou zařazováni k manuálním pracím (strukturované úkoly), avšak s odborným dohledem.

Tato skupina je typická velkými rozdíly v dovednostech jedinců. Někteří se naučí jednoduché komunikaci, avšak jejich motorické schopnosti jsou velmi slabé. Jiní zvládají komunikaci, další se mluvit nenaučí vůbec (kompenzace gestikulací). Úrovně dovedností a rozvoje řeči jsou velice variabilní.

U většiny bývá zjištěn dětský autismus. Častá jsou tělesná postižení a také epilepsie.⁷

Těžká mentální retardace

Jedinci této kategorie se v mnohém podobají osobám se středně těžkou mentální retardací. Jejich inteligenční kvocient 20-34 je nižší, proto jsou jejich možnosti limitovanější. Na rozdíl od jedinců se středním stupněm mentálního postižení, osoby s těžkou mentální retardací trpí těžkou poruchou motoriky nebo i jinými souvisejícími vadami.

I když možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich soběstačnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života.⁸

Hluboká mentální retardace

Jejich inteligenční kvocient je nižší než 20. Takto postižení jedinci jsou velice omezeni, pokud jde o porozumění instrukcím. Znaky tohoto postižení jsou imobilita nebo výrazné omezení v pohybu, neschopnost pečovat o základní potřeby, komunikace pouze neverbální. Potřebují stálý dohled a celodenní péči. *Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené.⁹*

⁷ Srov. s: ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2000, s. 28, 29.

⁸ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2000, s. 29.

⁹ Tamtéž, s. 30.

Jedinec s hlubokou mentální retardací se může naučit jednoduchým úkonům sebeobsluhy pouze v případě vedení a dohledu.

Doprovodné poruchy, které se u těchto osob vyskytují, jsou epilepsie, atypický autismus, poškození zraku a sluchu aj.

Jiná mentální retardace

Tato kategorie se stanovuje tehdy, když se jedná o složitější postižení, které je kombinované s dalšími poškozeními, například v kombinaci se senzoryckými a somatickými poškozeními (nevidomí, neslyšící, nemluvící, těžké poruchy chování atp.).

Nespecifikovaná mentální retardace

*Tato kategorie se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné z uvedených kategorií.*¹⁰

Intelekt může být snížen také z jiných příčin, než je organické poškození mozku, například v důsledku sociální zanedbanosti nebo nepodnětného výchovného prostředí. Takovéto děti neoznačujeme jako mentálně postižené, protože i když je jejich rozumová úroveň snížena, zpravidla se jejich inteligenční kvocient pohybuje v rozmezí 85-69.¹¹

Mentální retardace

	lehká (IQ 50-69)	středně těžká (IQ 35-49)	těžká (IQ 20-34)	hluboká (IQ nižší než 20)
neuropsychický vývoj	omezený, opožděný	omezený, výrazně opožděný	celkově omezený	výrazně omezený
somatická postižení	ojedinělá	častá, častý výskyt epilepsie	častá, neurologické příznaky, epilepsie	velmi častá, neurologické příznaky, kombinované vady tělesné a smyslové

¹⁰ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2000, s. 30.

¹¹ Srov. s: ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2000, s. 29 – 31.

poruchy motoriky	opoždění motorického vývoje	výrazné opoždění, mobilní	časté stereotypní automatické pohyby, výrazné porušení motoriky	většinou imobilní nebo výrazné omezení pohybu
poruchy psychiky	snížení aktivity psychických procesů, nerovnoměrný vývoj, funkční oslabení, převládají konkrétní, názorné a mechanické schopnosti	celkové omezení, nízká koncentrace pozornosti, výrazně opožděný rozvoj chápání, opožděný rozvoj dovedností sebeobsluhy	výrazně omezená úroveň všech schopností	těžké poruchy všech funkcí
komunikace a řeč	schopnost komunikovat většinou vytvořena, opožděný vývoj řeči, obsahová chudost, časté poruchy formální stránky řeči	úroveň rozvoje řeči je variabilní; někteří jedinci jsou schopni sociální interakce a komunikace, verbální projev často bývá chudý, agramatický a špatně artikulovaný	komunikace převážně nonverbální, neartikulované výkřiky, případně jednotlivá slova	rudimentální nonverbální komunikace nebo nekomunikují vůbec
poruchy citů a vůle	afektivní labilita, impulzivnost, úzkostnost, zvýšená sugestibilita	nestálost nálady, impulzivita, zkratkovité jednání	celkové poškození afektivní sféry, časté sebepoškozování	těžké poškození afektivní sféry, potřebují stálý dohled
možnosti vzdělávání	vzdělání na základě speciálního vzdělávacího programu	na základě speciálních programů (pomocná škola)	vytváření dovedností a návyků, rehabilitační třídy	velmi omezené (individuální péče)

1.1.3 Downův syndrom

Nejrozšířenější forma mentální retardace. Všichni takto postižení se shodují v několika znacích, mají charakteristický vzhled. Je to chromozomální nemoc, bylo zjištěno, že těmto lidem přebývá jeden chromozom. Děti s Downovým syndromem mají určité rysy, které je odlišují od zdravých jedinců. Jejich hlava působí kulatě, bývá zpravidla menší a na zadní straně zploštělejší. Obličej se vyznačuje plochými rysy. Oční víčka jsou užší, vypadá to, jako by mělo dítě šikmé oči, ale není tomu tak. Ve vnitřním koutku oka bývá kolmá kožní řasa. Jazyk je pro ústní dutinu větší, proto může vyčnívat mezi rty. Většinou se tyto děti rodí s vrozenou vadou srdce. Oproti zdravým dětem rostou pomaleji. Velice často se u nich vyskytují smyslové vady. *Je známo, že i lehká nedoslýchavost může negativně ovlivnit vývoj jejich řeči. Proto je nutné, aby sluchové schopnosti těchto dětí byly pravidelně testovány.*¹³

Všechny popsané rysy nemusí dítě s Downovým syndromem mít, vyskytují se v různé míře a kombinaci. V některých zemích se provádějí plastické operace, které zajišťují lepší integraci těchto dětí do společnosti. Zmenšení jazyka má například vliv na lepší rozvoj jejich řeči.

U všech dětí s Downovým syndromem se vyskytuje mentální retardace, která má různé stupně a svá další specifika (lehká i hluboká mentální retardace). Inteligenční kvocient v závislosti na věku spíše klesá. Nejčastěji bývají postižení středně těžkou mentální retardací. Myšlení a řeč spolu vývojově primárně souvisí, pro další vývoj má významný vliv to, jakým způsobem se rozvíjí řečové schopnosti dítěte s DS. *Jen asi jedna čtvrtina těchto dětí začne mluvit před dovršením 4. roku. V řečovém vývoji jsou typická střídání období stagnace a období zjevných pokroků. V této souvislosti je známá dobrá napodobovací schopnost těchto dětí a také dobrý hudební sluch.*¹⁴ K tomuto vývoji je nezbytná pomoc logopeda. Důležitá je včasná péče a odborná pomoc jak dítěti, tak i rodičům, aby vývoj dítěte mohl probíhat co nejlépe.¹⁵

¹³ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2000, s. 119.

¹⁴ KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 2006, s. 200.

¹⁵ Srov. s: ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2000, s. 117 – 120.

Příčiny vzniku Downova syndromu

Příčiny tohoto onemocnění nejsou zcela jasné. Vznik Downova syndromu neovlivňuje zdravotní stav matky v těhotenství, ani alkohol či drogy, které bývají příčinou jiných poškození dítěte v prenatálním období. *Určitá souvislost byla prokázána pouze u faktoru věku rodičů. Bylo vyzkoumáno, že matky starší 35 let a otcové starší 50 let jsou narozením dítěte s DS ohroženi více než rodiče mladší.*¹⁶

1.1.4 Četnost mentálně postižených v populaci

Mentálně retardovaní jsou mezi všemi postiženými nejpočetnější skupinou. Jejich počet stále stoupá. Tento vzrůst může být v důsledku lepší a stále se zdokonalující lékařské péče, díky níž se minimalizuje úmrtnost novorozenců a zachraňují se i jedinci, kteří by bez intenzivní péče nepřežili.

*Absolutní počet mentálně retardovaných v naší populaci není znám. Uvádí se, že mentální retardací trpí asi 3% občanů.*¹⁷ Předpokládaný odhad počtu osob s mentálním postižením je asi 300 tisíc.

Nejvíce mentálních postižení bývá odhaleno ve školním věku dítěte, tento věk už umožňuje objektivní srovnání vědomostí a rozumových dovedností dětí, také klade vyšší nároky na intelekt, proto v předškolním věku odhalíme pouze těžká postižení. V pozdějším věku se stírají rozdíly – osoby s lehčí retardací se plně zařadí do společnosti.¹⁸

1.1.5 Nejčastější příčiny mentálního postižení

Existují dvě protichůdná hlediska na příčiny mentálního postižení. Jedno je založeno na dědičnosti, druhé zdůrazňuje vlivy prostředí na osobnost člověka.

Příčiny mohou být jak vnitřní (endogenní), tak i vnější (exogenní).

Vnitřní příčiny jsou zakódovány již v systémech pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec, jsou to příčiny genetické. Vnější činitele, kteří mohou způsobit

¹⁶ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2000, s. 120.

¹⁷ Tamtéž, s. 32.

¹⁸ Srov. s: ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2000, s. 32, 33.

mentální retardaci, působí od početí, v průběhu celé gravidity, porodu, poporodního období i v raném dětství.¹⁹

Vnitřní příčiny můžeme rozdělit na několik období: období prenatalní, perinatální a postnatální. Prenatální období zahrnuje vlivy působení od početí dítěte do jeho narození, navazuje porod (perinatální období) a postnatální období zahrnuje faktory působící na dítě po narození.²⁰

Jsou známé nejčastější příčiny mentální retardace.

Následky infekcí a intoxikací:

- prenatalní infekce (např. zarděnková embryopatie, kongenitální syfilis)
- postnatální infekce (např. zánět mozku)
- intoxikace (např. toxemie matky, otrava olovem)
- kongenitální toxoplasmóza.

Následky úrazů nebo fyzikálních vlivů:

- mechanické poškození mozku po porodu (novorozenecká hypoxie)
- postnatální poranění mozku nebo hypoxie.

Poruchy výměny látek, růstu, výživy (např. mozková lipidóza, hypotyreóza – kretenismus, fenyلكetonurie, glykogenózy a další).

Makroskopické léze mozku (novotvarem, degenerací, postnatální sklerózou).

Nemoci a stavy, způsobené jinými a nespecifickými prenatalními vlivy (např. vrozený hydrocefalus, mikrocefalie, kraniostenóza a další).

Anomálie chromozomů (např. Downův syndrom).

Nezralost (stavy při nezralosti bez uvedení jiných chorobných stavů).

Vážné duševní poruchy.

Psychosociální deprivace (stavy se snížením intelektu vlivem nepříznivých sociokulturních podmínek).

Jiné a nespecifické etiologie.²¹

Příčiny mentální retardace vznikají v důsledku organického poškození mozku. Můžeme ho rozlišit podle vývojového období, ve kterém k poškození došlo. Jedná se o oligofrenii a demenci. **Oligofrenie** je mentální postižení na základě dědičnosti,

¹⁹ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2000, s. 51.

²⁰ Srov. s: ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2000, s. 51 – 53.

²¹ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2000, s. 52.

považujeme ho za vrozené duševní opoždění vývoje. **Demence** vzniká v průběhu života, je chápána jako důsledek různého druhu poškození mozku.

Klasifikace příčin vzniku vad a poruch

Exogenní (vnější) faktory

prenatální	všechny faktory negativně ovlivňující vývoj jedince v období od početí do porodu, zejména vlivy: <ul style="list-style-type: none"> • fyzikální (úraz, škodlivé záření apod.) • chemické (působení jedů, některých léků, drog apod.) • nutriční (nesprávná výživa) • biologické (virové a bakteriální infekce) • psychické a sociální (stres, sociálně patologické prostředí)
perinatální	Všechny negativní a rizikové okolnosti probíhající při porodu nebo v období krátce po narození – mezi nejčastější patří: <ul style="list-style-type: none"> • mechanické poškození plodu • nedostatek kyslíku (hypoxie, asfyxie) • infekce • jiné komplikace
postnatální	všechny reálně možné příčiny vzniku vad a poruch v období po narození – jde o stejné negativní vlivy jako v prenatálním období, které však už působí na organismus jedince přímo (nikoli skrze organismus matky)

Endogenní (vnitřní) faktory

genetické	<ul style="list-style-type: none"> • chromozomální aberace (poškození chromozomální výbavy nezávislé na dědičných vlivech – např. Downův syndrom) • genové mutace (dědičně přenosná změna genetických informací; vady mohou být dědičné autozomálně – např. fenylketonurie, nebo vázané na pohlaví – např. daltonismus)
------------------	---

ostatní	<ul style="list-style-type: none"> • dispozice (většinou dědičné, projeví se však pouze při výskytu určitého spouštěcího vlivu) • změnná reaktivita (změna citlivosti jedince na běžné podněty – např. alergie, anafylaxe, astma) • problémy imunity (celkově snížená obranyschopnost organismu)
----------------	--

22

1.1.6 Možnosti prevence vzniku mentálního postižení

Prevence představuje (z hlediska speciální pedagogiky) souhrn opatření, jejichž cílem je předcházet vzniku mentálních, fyzických či smyslových poruch (primární prevence) nebo zamezit trvalému funkčnímu omezení nebo postižení (sekundární prevence). (Vysokajová, 2000)²³

Prevence znamená mnoho typů činností, může to být primární zdravotní péče, prenatální a postnatální péče o dítě, výchova týkající se výživy, bezpečnostní pravidla a mnoho dalších, které Iva Švarcová uvádí ve své publikaci.

Primární prevence

Cílem primární prevence je předcházet vzniku nežádoucího jevu. Snažíme se vyvarovat působení určitých činitelů, které jsou příčinami problému.

Sekundární prevence

Tato prevence se snaží zabránit tomu, aby porucha zapříčinila například trvalé funkční omezení.

Do sekundární prevence patří i sledování plodu v prenatálním období, pokud matka patří do některé z rizikových skupin (např. v případě zvýšeného rizika genetických vad).

Terciární prevence

Terciární prevencí se snažíme zmírnit dopad postižení a zamezit zhoršování stavu jedince.

²² SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 2007, s. 46, 47.

²³ Tamtéž, s. 49.

Je obtížné najít konkrétní účinnou prevenci mentálního postižení, protože příčin tohoto postižení je velmi mnoho. *Základní požadavky prevence mentálního postižení prosazuje zejména Mezinárodní liga společností pro mentálně postižené (ILSHM), která formulovala desatero zásad, jejichž dodržování lze možnost vzniku mentálního postižení omezit.*²⁴ Například: Tři měsíce před plánovaným těhotenstvím by žena měla navštívit svého lékaře. Důležitá je správná strava těhotné ženy, která by se měla zcela vyvarovat alkoholu a kouření. Dále musí dbát na včasná očkování, navštívit genetickou poradnu apod.

1.1.7 Edukace osob s mentálním postižením

Každé dítě by mělo mít možnost se vzdělávat. Mentálně retardovaní jedinci se vzdělávají celoživotně. Jejich kognitivní procesy jsou výrazně pomalejší než u nepostižených jedinců, z tohoto důvodu se klade důraz na permanentní zdokonalování jejich dovedností. Stejně jako u ostatních dětí je pro ně primárně důležitá výchova v rodině. Výchova mentálně postiženého dítěte je mnohem náročnější ve všech směrech. Obtížnost této výchovy spočívá také v tom, že je těžké pozorovat sebemenší pokroky. Viditelné výsledky se dostávají po dlouhé době. Veškeré dovednosti, které se snažíme dítě naučit, vyžadují dlouhodobý nácvik. Ať už dítě vychovávají rodiče nebo vychovatel, potřebují podporu svého okolí.²⁵

Speciálněpedagogická centra

Bývají součástí speciálních mateřských škol pro mentálně postižené, pomocných nebo zvláštních škol. Tato speciální školská zařízení zajišťují poradenské služby rodičům postižených dětí, školským zařízením pro mentálně postižené apod. Zakládání těchto center vyšlo z potřeb pečujících osob o mentálně postižené (pomáhá jim například řešit obtížné situace). Centra se specializují na jednotlivé druhy postižení. *Stěžejním úkolem SPC je pravidelná a dlouhodobá práce s postiženým dítětem od nejranějšího věku až po ukončení školní docházky a s jeho rodiči, která se provádí buď ambulantně v centru, nebo ve škole či v rodině dítěte.*²⁶

²⁴ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2000, s. 53.

²⁵ Srov. s: ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2000, s. 55, 56.

²⁶ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2000, s. 56.

Předškolní výchova dětí s mentální retardací

Předškolní období znamená důležitou etapu v rozvoji každého jedince. Pro mentálně postižené děti je péče v tomto období dvojnásobně důležitá. *Děti předškolního věku s mentálním postižením mohou navštěvovat buď speciální mateřskou školu pro mentálně postižené denního, případně internátního typu, běžnou mateřskou školu, nebo speciální třídu pro mentálně postižené děti při běžné mateřské škole.*²⁷

Mateřské školy pro mentálně postižené děti jsou odlišné od běžných mateřských škol svou koncepcí. Dbá se zde hlavně na to, aby byl zajištěn přímý vliv rodiny na dítě.

Předškolní zařízení bývají vnímána jako méně důležitá z toho důvodu, že jejich navštěvování není povinné. Význam však mají větší, než bychom se mohli domnívat. U dětí s postižením je výchova mnohem složitější. Předškolní výchova mentálně postižených dětí může kladně ovlivnit další vývoj dítěte.

Výchova dítěte zde probíhá v kolektivu i individuálně, rozvíjí oblasti řeči, myšlení, hrubé a jemné motoriky aj. Vše probíhá v úzké spolupráci s rodinou. Důraz je kladen na samostatnost a sebeobsluhu.

*Síť speciálních mateřských škol pro mentálně postižené je v České republice dlouhodobě stabilizovaná.*²⁸ Můžeme hovořit řádově o šedesáti státních zařízeních.²⁹

Speciální školy

Pro žáky, kteří mají rozumové nedostatky, a proto nejsou schopni úspěšně absolvovat základní školu, existují speciální školy. Ve většině případů se zde vzdělávají děti školního věku s lehkým mentálním postižením. Hlavním cílem těchto škol je rozvíjet děti na co nejvyšší úrovni dovedností a znalostí, s přihlédnutím k jejich individuálním potřebám. Výsledkem by mělo být zapojení, či úplná integrace do běžného občanského života.

Pro postižené i nepostižené děti bývá přínosem, pokud probíhá výuka či zájmové činnosti společně. V České republice máme více než 500 speciálních škol.

²⁷ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2000, s. 58.

²⁸ Tamtéž, s. 60.

²⁹ Srov. s: ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2000, s. 58 – 60.

Mezi žáky zvláštní školy se můžeme setkat s dětmi s poruchami koncentrace pozornosti, s dětmi hyperaktivními, s dětmi psychicky a nervově nemocnými, s dětmi se specifickými poruchami učení a někdy i se žáky s více vadami, ať už v kombinaci mentálního postižení s tělesnou či jinou smyslovou vadou.³⁰

Žáci se zde vzdělávají devět let a prochází třemi stupni: nižší stupeň (1. - 3. ročník), střední stupeň (4. - 6. ročník) a vyšší stupeň (6. - 9. ročník). Nejdříve děti absolvují adaptační fázi, což jim pomáhá přizpůsobit se novým podmínkám. Nižší stupeň pak zastupuje propedeutickou a diagnostickou funkci. Střední stupeň počítá se základy psaní a čtení a navazuje na ně novými předměty. Vyšší stupeň připravuje žáky na profesní zařazení či na další studium. Je také přípravou na život v rodině a na rodičovství.³¹

Pomocné školy

Pomocné školy vzdělávají žáky, kteří nemohou úspěšně studovat na speciální škole. Jsou zaměřeny na výchovně-vzdělávací činnosti, které kladou důraz na sebeobsahu, osobní hygienu a na pracovní dovednosti zaměřené na denní potřeby. Jedná se většinou o žáky se středním stupněm mentálního postižení. Je třeba upravených podmínek pro vzdělávání, které je velmi obtížné: malý počet žáků ve třídách, speciální učebnice a pracovní sešity, přizpůsobený časový rozvrh a hlavně klidné a nestresující prostředí.

Vzdělávání v pomocných školách je v současné době desetileté.³² Pomocné školy jsou zaměřené na vytvoření co největší míry samostatnosti u dětí. Osvojují si velké množství poznatků, které využijí například i v naplňování svého volného času. Po ukončení studia se mohou dále vzdělávat v praktické škole, kde získávají dovednosti pro vykonávání jednoduchých pracovních činností.

Učební plány se mohou do jisté míry přizpůsobit potřebám jedince. *Řečová výchova zahrnuje rozvoj komunikačních dovedností a individuální logopedickou péči. Cílem pomocné školy je rozvíjet psychické i fyzické schopnosti a předpoklady žáků a vybavit je takovými vědomostmi a návyky, které jim umožní, aby se v maximální možné míře zapojili*

³⁰ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2000, s. 61.

³¹ Srov. s: ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2000, s. 60 – 64.

³² ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2000, s. 65.

*do společenského života.*³³ Konečným cílem je zapojit postižené dítě do společnosti. Rozvíjením komunikační schopnosti a dovednosti a přátelskému vztahu k lidem, je jeho integrace snadnější.

Mentálně retardovaní neprojevují spontánní zájem o učivo, proto je důležitá vhodná motivace vychovatele. Vyžaduje to velkou trpělivost, tvořivost a individuální přístup ke každému žákovi. Pokud učitel naváže s žákem kladný emocionální vztah, je to dobrý předpoklad pro úspěšnost výuky. Emocionalita je oporou těchto žáků. Důležitým krokem pro tyto děti je naučit se číst, psát a počítat, což pro ně není vůbec lehká záležitost. Ve většině případů se naučí základy. Problémem těchto dětí je, že nedokáží plně využít spoustu volného času, který mají, proto se další činnosti orientují tímto směrem. Je potřeba odhalovat jejich zájmy a rozvíjet to, co je baví. Přesný harmonogram hodin nelze zcela dodržet, záleží na duševním rozpoložení žáků, na jejich únavě či zájmu o danou činnost.

Vzdělávání těchto dětí je náročné nejen pro pedagogy, ale také na vybavenost školy. Škola musí přizpůsobit podmínky tak, aby bylo vyučování efektivní (například: větší počet učitelů na méně početné třídy, technické vybavení učeben, zajištění kompenzačních pomůcek a pomocný personál, bez kterého by se děti s těžkým a hlubokým mentálním postižením nemohly vzdělávat).³⁴

Rehabilitační třídy pomocné školy

Tyto třídy jsou pro žáky s tak závažným mentálním postižením, že nemohou navštěvovat speciální ani pomocnou školu. Umožňují jim osvojit si elementární vědomosti, dovednosti a návyky. Napomáhají rozvíjet vhodnou formu komunikace s okolím a snaží se postupně zlepšovat jejich motoriku. U těchto dětí je velice narušená schopnost komunikace, paměti a pozornosti, což zhoršuje možnosti vzdělávání.

V rehabilitační třídě pomocné školy je vzděláváno čtyři až šest žáků s těžkým, kombinovaným či hlubokým mentálním postižením s využitím netradičních metod komunikace, především sociálního čtení, s využitím globální metody, nonverbální

³³ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2000, s. 66.

³⁴ Srov. s: ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2000, s. 65 – 70.

*komunikační metody, symbolů Bliss, znakové řeči Makaton, psaní hůlkovým písmem apod.*³⁵ Speciálně školení pedagogičtí pracovníci doplňují výuku metodami rehabilitace.

Speciální třídy při základních a zvláštních školách a ústavech sociální péče

Pokud je zajištěn speciální pedagog, může být při základní škole otevřena speciální třída dle vyhlášky *MŠMT ČR č. 291/1991 Sb. o základní škole § 5, odst. 1.*³⁶ Přispívá to k zlepšení péče o mentálně postižené v místě jejich bydliště. Speciální třídy mohou otvírat i ústavy sociální péče, které tímto poskytují svým svěřencům možnosti vzdělání.

V mnoha zemích se považuje za samozřejmé vzdělávání dětí s těžkým a hlubokým mentálním postižením. Stále se hledají nové formy a možnosti zkvalitnění vyučovacího procesu pro mentálně postižené jedince.

Snoezelen

Patří mezi nové formy práce s lidmi, kteří mají těžké nebo hluboké mentální postižení. Je nabídkou využití času pro osoby s nejtěžším postižením. Jednou ze zásad je „*nic se nemusí, všechno je dovoleno*“³⁷. Dále je zde důležitá dobrovolnost nabídky či volné nakládání s materiály. Jedním z cílů je seberealizace mentálně postižených osob.

1.2 Faktory řeči

1.2.1 Biologické faktory řeči

Dítě se rodí s vrozenými schopnostmi osvojit si řeč. Předpokladem pro rozvinutí tohoto podmíněného reflexu je podnětné mluvící prostředí. Živý organismus je schopen přežít, jen když se neustále dokáže přizpůsobovat prostředí. Podmíněné reflexy slouží k tomuto přizpůsobování. *Člověk si je tvoří po celý život, podle podmínek, v nichž se ocitá.*³⁸ Každý si tyto reflexy tvoří individuálně, podle svých reakcí na nové situace. Pokud zmizí podmínka pro podmíněný reflex, mizí i vypracovaný reflex.

³⁵ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2000, s. 73.

³⁶ Tamtéž, s. 77.

³⁷ Tamtéž, s. 105.

³⁸ PAVLOVÁ - ZAHÁLKOVÁ, A. *Prevence poruch řeči*. 1976, s. 21.

*Pro řeč má největší význam sluchový smysl, kterým přijímáme zvukové vjemy z okolí.*³⁹ Řečová oblast mozku má souvislost s dalšími místy mozku, hlavně s podkořím. Pokud je porušena některá část podkorové šedé hmoty, může dojít ke změnám v tempu řeči, v melodii, ale i k artikulačním poruchám apod.

Efektorem neboli orgánem řeči jsou mluvidla. *Na vyslovení slova se účastní systém dýchací, hlasotvorný a mluvidla v užším slova smyslu čili artikulační soustava.*⁴⁰

Naše řeč nevyjadřuje jen slova, ale prozrazuje okolí náš postoj a náladu dle výšky hlasu, melodie, tempa, mimiky apod. *Lidská řeč je projevem myšlení.*⁴¹

Bylo dokázáno, že rozvoj řeči souvisí s mnoha jinými faktory vývoje dítěte. Například: *Při záměrně prováděném vhodném cvičení se objevovaly u dětí dovednosti, které necvičící děti neměly. Také rozvoj řeči byl lepší, podobně jako myšlení a praktické zkušenosti.*⁴² Záměrně pojatá pohybová výchova působí na rozvoj celé osobnosti a vytváří lepší podmínky pro vývoj řeči, myšlení a také je prevencí vad řeči u dětí. I zrak se podílí na rozvoji řeči. Dítě se snaží napodobovat mimiku obličeje a pohyby mluvidel. Zrakem vnímá své okolí a pozoruje různé situace. *Pomocí názorně předkládaných předmětů a obrázků povzbuzujeme také chuť dětí k mluvení.*⁴³ Ale nejdůležitější úlohu hraje zrak u neslyšících, kteří odezírají pohyby mluvidel, a to jim pomáhá v orientaci mezi mluvícími lidmi. Poruchy zraku určují opožděný vývoj řeči.⁴⁴

1.2.2 Společenské faktory řeči

Prostředí

Prostředí znamená vše, co nás obklopuje. To, v jakém prostředí žijeme, nás do jisté míry formuje, ať už kladným nebo záporným způsobem.

Pro vývoj nejen dětské řeči jsou důležitá hlavně tato prostředí: rodinné, pracovní a mimopracovní. Pracovním prostředím pro dítě jsou myšleny například jesle a mateřská

³⁹ PAVLOVÁ - ZAHÁLKOVÁ, A. *Prevence poruch řeči*. 1976, s. 23.

⁴⁰ Tamtéž, s. 29.

⁴¹ Tamtéž, s. 35.

⁴² Tamtéž, s. 36.

⁴³ Tamtéž, s. 36.

⁴⁴ Srov. s: PAVLOVÁ - ZAHÁLKOVÁ, A. *Prevence poruch řeči*. 1976, s. 21 – 36.

škola. Hřiště je jedním ze zástupců mimopracovního prostředí pro dítě. Vlivy prostředí na dítě jsou spíše náhodné. *Správný vývoj dítěte se usměrňuje výchovou.*⁴⁵ Zatímco výchova je záměrný prostředek působení na dítě, prostředí se vyznačuje různorodostí podnětů. Z tohoto důvodu se žádné dítě nerozvíjí stejně. Dokonce i v tomtéž prostředí působí podněty na jedno dítě jinak než na druhé. Každé dítě si z podnětů vybírá dle různých okolností, například co se mu líbí nebo co na něj nejvíce působí. Nejsilnější však z těchto podnětů zůstává společnost lidí, kteří dítě obklopují, ti mají největší vliv na dětskou řeč. Toto prostředí můžeme označit jako prostředí sociální. Pokud dítě vyrůstá v málo řečově podnětném prostředí, dochází k opoždění řeči.

Rodina

Je přirozeným prostředím pro výchovu dětí. Pro dítě je nejdůležitější zprvu matka, s kterou navazuje první vztah, a tak postupně poznává svět kolem sebe. Toto prostředí je nejdůležitější v tom nejranějším věku. Postupně pak navazuje vztahy se všemi členy rodiny, kteří jsou pro dítě také velice důležití z hlediska první socializace dítěte. Mezi sourozenci dochází ke vzájemnému výchovnému ovlivňování díky věkovému rozvrstvení. V mateřské škole tomu tak není, protože zde obvykle bývají skupiny vrstevníků. Pro výchovu je neoptimálnější úplná rodina (matka, otec, sourozenci). Největší vliv má však rodinná harmonie a osobnostní vlastnosti než samotná skladba rodiny. Pro dítě je důležité vše, co se v rodině děje, jaké jsou zde pro dítě podněty a možnosti. Jsou rodiny, které žijí izolovaně, proti tomu existují rodiny, v nichž dítě snadno získá vše, co si přeje. Správná cesta k dobrému vývoji a utváření postojů dítěte je pravděpodobně někde uprostřed. Konfliktové situace mezi rodiči či sourozenci se na dítěti mohou odrazit neurotizací, jež může vést k mluvním neurózám. Pokud dítě nevyrostá v rodině a nemá možnost se k někomu citově přimknout, dochází k citové prázdnotě, která vede k nechuti k řeči a styku s okolím.

⁴⁵ PAVLOVÁ - ZAHÁLKOVÁ, A. *Prevence poruch řeči*. 1976, s. 36.

1.3 Poruchy řeči

1.3.1 Obecné poznatky

*Lidská řeč je velmi složitá činnost, na které se účastní řada orgánů v těsné a koordinované spolupráci. Je pochopitelné, že může dojít k poruchám řeči, a to v kterékoliv části reflexivního okruhu. Poruchy mohou být lehké, přechodného rázu, ale i těžké a velmi těžké, které lze obtížně upravit a některé z nich jenom zlepšit.*⁴⁶ Příčiny řečových poruch mohou být organické nebo funkční.

Organické poruchy

Tyto poruchy jsou způsobeny poškozením některého z orgánů, důležitého pro realizaci řeči. *Poruchy mohou být vrozené nebo získané během života.*⁴⁷ K nejvážnějším poškozením patří snížení ostrosti sluchu až hluchota. Dále je to například snížení intelektu, poruchy mluvidel (například rozštěp rtu a patra), může to být také vada skusu nebo zbytnění nosohltanové mandle aj. Pokud se s nějakým poškozením dítě již nenarodí, může k němu dojít v průběhu života. Poškození způsobují různé nemoci, jako jsou například: záněty mozku a mozkových blan, těžké infekční choroby, úrazy lebky apod.

Funkční poruchy

Jsou to takové poruchy řeči, při kterých jsme nezjistili žádnou formu organických poškození. Dítě k nim může mít vrozený nebo získaný sklon, takovéto děti jsou pak náchylnější ke vzniku vady řeči. *Vyvolávají je výchovné chyby, konflikty a řada jiných nevhodných vlivů z prostředí.*⁴⁸ Kromě vlivů prostředí a výchovy sem také patří jedinci s nevhodným typem vyšší nervové činnosti a s nevhodným typem laterality.⁴⁹

Vliv typů vyšší nervové činnosti na rozvoj osobnosti dítěte a na vývoj řeči

Od nejstarších dob se lidé zabývají rozvrstvením různých lidských typů, které se sobě podobají některými znaky chování (např. reakcemi na různé situace). Přínosným poznatkem bylo, že typy nejsou vrozené, nýbrž se mohou změnit během života, a to vlivem

⁴⁶ PAVLOVÁ - ZAHÁLKOVÁ, A. *Prevence poruch řeči*. 1976, s. 51.

⁴⁷ Tamtéž, s. 52.

⁴⁸ Tamtéž, s. 52.

⁴⁹ Srov. s: PAVLOVÁ - ZAHÁLKOVÁ, A. *Prevence poruch řeči*. 1976, s. 52.

výchovy a prostředí. Každý typ má svá specifika jak v chování, tak v myšlení a ve způsobu, kterým se musí vést. Dle I. P. Pavlova a Hippokrata se dělí na centrální a krajní typ.

Lateralita a její význam pro vývoj řeči

Lateralita je souhrn odchylek souměrnosti lidského těla vzhledem k podélné ose. Rozeznáváme úchyly ve tvaru, morfologické, a úchyly v činnosti, funkční.⁵⁰ Tvarové úchyly jsou všem známé (např. nesouměrnost obou polovin obličeje).

Funkční lateralita je přednostní používání jednoho z párových orgánů.⁵¹ Nesouměrnost bývá tvarová a funkční, u některých orgánů nacházíme obě dvě (např. dolní končetiny). Pro vývoj řeči je podstatné, která horní končetina je vedoucí. Lateralita je založena na dominanci jedné mozkové hemisféry. Pokud je nadřazená levá hemisféra, jsme tzv. pravostranní. Pravostranná převaha je ideální pro výchovu a rozvoj řeči. Dále se může objevit překřížená lateralita, která má řídicí funkce na obou hemisférách. Pro jedince to může znamenat, že je pravákem, ale zároveň jeho vedoucí oko je levé. Také může nastat případ, kdy není řídicí funkce mozku jasně vyhraněna, projevuje se váhavostí v rozhodnutích. Vzhledem k vývoji řeči má nejlepší dispozice pravák. Leváctví bylo v dřívějších dobách považováno za něco méněcenného a děti byly přecvičovány na pravou ruku, což na ně mělo negativní vliv, který se mohl projevit například na jejich řeči, a objevovaly se u nich mnohem častěji řečové vady (např. patlavost, koktavost). I dnes se musí levák potýkat s vlivy pravoruké civilizace (např. otevírání dveří). Ale i přesto může být levák nadaným a vývojem může projít bez následků.⁵²

1.3.2 Poruchy vývoje řeči

Vývoj řeči opožděný

U dětí, které se vyvíjí normálně, se může vývoj řeči opozdit z důvodu nesprávného působení okolí, ve kterém dítě vyrůstá. Například se dítě nevyvíjí správně v oblasti citů. *Dítě je neuspokojené, nežvatlá, je méně pohyblivé, nemá zájem o okolí, neprojevuje radost*

⁵⁰ PAVLOVÁ - ZAHÁLKOVÁ, A. *Prevence poruch řeči*. 1976, s. 53.

⁵¹ Tamtéž, s. 54.

⁵² Srov. s: PAVLOVÁ - ZAHÁLKOVÁ, A. *Prevence poruch řeči*. 1976, s. 53, 54.

*a často si ani s hračkami nehraje.*⁵³ Objevují se u něj automatické kývavé pohyby a stává se, že hledí do prázdna. Takovéto dítě zůstane trvale málo společenské i přesto, že řeči rozumí. Oproti tomu nastává problém i v prostředí, kde je péče o dítě „přehnaná“. Dítě má přemíru všeho, a proto nejeví větší zájem o žádnou z hraček. Rodiče bývají ambiciózní a snaží se, aby dítě vynikalo nad svými vrstevníky, vynucují si například mluvní projevy dítěte. Dítě tak získá nechuť k mluvení. Dalším negativním vlivem je takové prostředí, které nedává dítěti dostatek mluvních podnětů (například neslyšící rodiče, výchova u prarodičů apod.) *Nejtěžší porucha řeči, úplná nemluvnost, vzniklá z toho, že normální jedinec nikdy neslyšel lidskou řeč; je již vzácností, ale dosud jsou občas popisovány takové případy.*⁵⁴

Dospělí často dělají chybu ve výchově dětí tím, že se přizpůsobují dětské řeči. Nejenže dítě pak nemá správný vzor řeči, ale také se naučí tomu, že se okolí přizpůsobí jemu. V důsledku to může dítě neurotizovat a jeho socializace bývá těžší, protože mu lidé mimo rodinu nerozumí.

Pokud se upraví podmínky pro vývoj řeči, opožděná řeč se snadno spraví do normálu.⁵⁵

Vývoj řeči omezený

Obvykle postihuje děti mentálně postižené. Viz níže Řeč mentálně postižených dětí.

Vývoj řeči přerušovaný

Pokud normálně se vyvíjející dítě postihne těžká choroba, může se vývoj řeči přerušit. *Neupevněná řeč nejenže nepokračuje, ale dítě mnoho slov zapomene. Objeví se i jiné známky úpadku (regrese) v naučených dovednostech.*⁵⁶ Po uzdravení vývoj pokračuje a dítě je schopno se vše „doučit“. Někdy zůstanou dětem po prodělaných chorobách následky, které znemožňují jejich normální vývoj. Jsou to například obrny, které mimo jiné většinou poruší vývoj řeči. Pro dítě je velice těžké se s tímto problémem vyrovnat a potřebuje hodně podpory ze strany svého okolí.

⁵³ PAVLOVÁ - ZAHÁLKOVÁ, A. *Prevence poruch řeči*. 1976, s. 65.

⁵⁴ Tamtéž, s. 65.

⁵⁵ Srov. s: PAVLOVÁ - ZAHÁLKOVÁ, A. *Prevence poruch řeči*. 1976, s. 65.

⁵⁶ PAVLOVÁ - ZAHÁLKOVÁ, A. *Prevence poruch řeči*. 1976, s. 66.

Vývoj řeči předčasný

Může vzniknout již zmíněnou přemírou snahy ze strany dospělých nebo nevědomky. Nevědomý předčasný vývoj řeči nastává v důsledku vysokého intelektuálního stupně rodiny. Pokud se s tím dítě dokáže vyrovnat, začíná mluvit mnohem dříve než jeho vrstevníci. Používá spoustu slov, která jsou nepřiměřená jeho věku. *Dětská společnost mu nevyhovuje, je raději s dospělými, ve škole se obyčejně nudí, protože mnohé je mu již známé.*⁵⁷ Vždy je dobré dbát na správný vývoj řeči, ani zrychlování vývoje pro dítě není vhodné, unikají mu pak společné zážitky s vrstevníky.

Vývoj řeči nesprávný

*Nesprávný vývoj řeči vzniká při vrozených rozštěpech patra. Taková porucha řeči se nazývá palatolalie. Rozštěp může postihnout horní ret nebo současně i horní čelist na jedné či na obou stranách, tvrdé patro, měkké patro, čípek.*⁵⁸ V dnešní době se rozštěpy upravují plastickou chirurgií, dále se musí upravit chrup a skus. Takovéto děti mají poruchy výslovnosti, také otevřenou huhňavost pro nedostatečný uzávěr, v důsledku kterého nějaký vzduch uniká nosem. Jejich řeč je nesrozumitelná, proto je důležitá logopedická péče. Již od tří let se může dítěti věnovat logoped (i kdyby dítě ještě nemělo hotovy všechny operace). Úprava řeči je v tomto případě dlouhodobá záležitost.

Vývojová dysfázie (Alálie)

*Alálie je souhrnný název pro dětskou nemluvnost trvající od narození. Vzniká u dětí hluchých, s organickým poškozením mozku, u dětí těžce rozumově postižených, velmi vzácně u dětí normálních, žijících v prostředí, kde neslyší lidskou řeč.*⁵⁹ U jedinců s touto poruchou sledujeme nerovnoměrný vývoj celé osobnosti. Pokud pracujeme s takovým dítětem, je důležité, abychom byli názorní. Proces výchovy k řeči je výrazně ovlivněn rozsahem poškození mozkových funkcí. Dbáme na rozvíjení všech oblastí osobnosti a snažíme se využít to, co už dítě umí. Hlavním příznakem alálie je opoždování řeči.

⁵⁷ PAVLOVÁ - ZAHÁLKOVÁ, A. *Prevence poruch řeči*. 1976, s. 67.

⁵⁸ Tamtéž, s. 67.

⁵⁹ Tamtéž, s. 68.

Další poruchy řeči

Poruchy hlasu vznikají například při kladení přílišných nároků na hlas dítěte. Důležitá je hlasová hygiena. Nadměrná síla hlasu má negativní následky. Pro dítě je důležitý také hlasový vzor (např. dítě přílišně křičící si toto přináší již z rodiny).

Afázie

Afázie se řadí k získaným organickým narušením komunikační schopnosti.⁶⁰ Je to vada získaná na základě poruchy jedné z hemisfér, i když už řeč byla plně vyvinuta. Nejčastějšími příčinami jsou například cévní mozkové příhody, úrazy mozku, mozkové nádory, intoxikace aj. Důležitým příznakem je, zda je řeč fluentní (plynulá) nebo nonfluentní, zda je narušena receptivní či expresivní složka řeči.⁶¹ Znaky řeči při afázii jsou deformace slov, porušení větných staveb (hlavně expresivní typ), ulpívání na předchozím podnětu (např. nejdříve jmenuje měsíce v roce, pak dostane jiný úkol a znovu opakuje měsíce v roce), vytváření nových slov (gramaticky chybně) apod. Nejpočetnější skupinu tvoří pacienti, u nichž afázie vznikla po mozkovém infarktu.⁶²

Afázie u dětí

Vzniká v době, kdy ještě vývoj řeči není dokončen. Upravení této poruchy je méně náročné než u afázie dospělých. U dětí se rychleji a snadněji obnovuje schopnost správné řeči pro jejich větší flexibilitu. Dominuje u nich porucha expresivní složky, dále se v řeči zadržávají. Na tuto vadu řeči mohou navazovat poruchy čtení a psaní. *Děti mívají problémy v oblastech hledání slov, diferencovanější a abstraktnější slovní zásoby, formulaci a strukturování vyprávění a částečně porozumění komplexním strukturám a obsahům a schopnosti popsat a porozumět symbolům své řeči.⁶³*

Mutismus

Znamená ztrátu verbální řeči, oněmění. Příčinou může být poškození centrální nervové soustavy (ale není jí podmíněna), a to na organickém (např. nádory), na funkčním

⁶⁰ KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 2006, s. 77.

⁶¹ Tamtéž, s. 80.

⁶² LECHTA, V. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 2003, s. 204.

⁶³ KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 2006, s. 88.

(např. postižení spojů mozkových) a na psychogenním základě (poruchy vyšší nervové činnosti).

Autistický mutismus. Jedinec nemá zájem o kontakt se svým okolím a tedy ani o komunikaci.

Neurotický mutismus. Dítě má vytvořenou určitou bariéru, která zapříčiňuje nemluvnost v určitých náročných situacích.

Perzistentní mutismus. Vyznačuje se útlumem řeči, který musí trvat alespoň měsíc.

Reaktivní mutismus. Je následkem psychotraumatizující situace. Ztráta řeči je chápána jako reakce na ni.

Situační mutismus. Řeč je utlumena ve spojení s nějakou situací, která je cizí (změna). Měl by být krátkodobý.

Totální mutismus. Ztráta řeči je v souvislosti s celým okolím jedince (tzn. s veškerými osobami, situacemi a prostředím, ve kterých se jedinec nachází).

Elektivní mutismus. Řeč je utlumena v souvislosti s konkrétní osobou, prostředím či situací apod.

S elektivním mutismem se nejvíce setkáme v předškolním věku, tato porucha není v závislosti na intelektu, mohou ji však podpořit některé vlastnosti (např. stud). Také výchova rodičů může být předpokladem pro takovou poruchu. Elektivní mutismus je spíše poruchou používání řeči.⁶⁴

Narušení článkování řeči

Dyslalie

*Porucha výslovnosti, patlavost, dyslalie, je neschopnost tvořit některé hlásky či skupiny hlásek a správně je realizovat.*⁶⁵ Tato porucha má různé formy, je ovlivněna prostředím, ve kterém dítě vyrůstá. Příčiny mohou být organické poruchy nebo společenské důsledky. Vyznačuje se poruchou artikulace některých hlásek. Dyslalie může být na dvou úrovních, jsou to: fonetická (jednotlivé hlásky) a fonologická (mluvní zvuky spojené do

⁶⁴ Srov. s: KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 2006, s. 91 – 93.

⁶⁵ PAVLOVÁ - ZAHÁLKOVÁ, A. *Prevence poruch řeči*. 1976, s. 77.

slov apod.). *Musíme rozlišovat vadnou výslovnost (dyslalii) od nesprávné výslovnosti, která je fyziologickým, přirozeným jevem do určitého věku dítěte tzv. fyziologická dyslalie.*⁶⁶

Souvislosti mezi inteligenčním kvocieniem a dyslalií nejsou přímo úměrné (vliv prostředí, muzikální schopnosti apod.). Dyslalie může být bez vady mluvidel, pak ji nazýváme funkční. Oproti tomu dyslalie organická je důsledkem změn na mluvidlech apod. Příčiny dyslalie jsou velice rozmanité, mohou být způsobeny jak vlivem dědičnosti či prostředí, tak vadou sluchu, neuromotorickými poruchami apod. Závisí na věku, pohlaví i osobnosti dítěte.

Dělení dyslalie dle jejích příčin

Dyslalie může být funkční nebo organická. Funkční typy jsou senzorické (narušenost sluchové diferenciaci) a motorické (artikulační neobratnost). Organická dyslalie je založena na poruchách či změnách orgánů, jsou akustické (sluchové), labiální (defekty rtu), dentální (defekty zubů), palatální (anomálie patra) aj.⁶⁷

Dysartrie

*Dysartrie je porucha motorické realizace řeči jako celku vznikající při organickém poškození centrální nervové soustavy. Dysartrie vystupuje jako nejtypičtější narušení komunikační schopnosti související s poruchou artikulace.*⁶⁸ Anartrie je výraz pro úplnou neschopnost řeči (nejtěžší stupeň dysartrie). Mohou vzniknout kdykoliv během života. Nejčastěji jí však trpí děti s dětskou mozkovou obrnou. V jiných případech vzniká poškozením centrálního nervového systému, vrozenými vadami, neurologickými onemocněními aj. Lidé s touto vadou mají problémy s ovládním mluvidel, protože dochází k jejich oslabení až ochrnutí, celková koordinace řečové motoriky je porušena. Hlas je slabý, tempo řeči pomalé, soulad rtů, jazyka a čelistí je narušen. Dysartrii můžeme rozdělit podle příčin vzniku na kortikální, pyramidovou, extrapyramidovou, bulbární, cerebelární a smíšenou. Tyto typy se od sebe liší určitými specifiky, dále souvisí s jinými vadami řeči, například s huhňavostí, která často doprovází tyto poruchy.⁶⁹

⁶⁶ KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 2006, s. 99.

⁶⁷ Srov. s: KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 2006, s. 99 – 109.

⁶⁸ KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 2006, s. 117.

⁶⁹ Srov. s: KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 2006, s. 117 – 122.

Narušení zvuku řeči

Rinolalie (huhňavost)

Tato porucha nastává, pokud je porušena činnost uzávěru či jsou nějak změněny cesty dutinami. Zvuk řeči se pak vyznačuje změnou a deformovaností. Je narušena rovnováha mezi ústní a nosní rezonancí.

Rinolalii můžeme rozdělit na zavřenou (hyponazalita), otevřenou (hypernazalita) a smíšenou. Může být způsobena organickými nebo funkčními poruchami. Funkční poruchy jsou velice vzácné.

Hyponazalita. Označuje se jako patologicky snížená nosovost. Příčinou jsou mechanické překážky v dutině nosní (zbytnělá nosní mandle, vybočení nosní přepážky aj.). Následkem je velice temný zvuk řeči a dýchání ústy.

Hypernazalita. Vyznačuje se patologicky zvýšenou nosovostí. Charakterizuje ji silné nosní zabarvení orálních hlásek. Příčiny jsou vrozené (např. rozštěpy patra) a získané (např. následky úrazu).

Smíšená nazalita. Zde se spojuje otevřená a zavřená huhňavost, objevuje se organická překážka v nosní dutině. Tento typ se může vyznačovat střídavou nazalitou, což znamená, že dítě střídá hyponazalitu s hypernazalitou, aniž by chtělo.⁷⁰

Palatolalie

Palatolalie je jednou z nejnápadnějších narušení komunikačních schopností. Termín palatolalie označuje narušenou komunikační schopnost, jejíž příčinou jsou orofaciální rozštěpy.⁷¹ Orofaciální rozštěpy neboli obličejové rozštěpy jsou velice těžké orgánové anomálie. Vznikají v prenatálním období (zadrženi vývoje). Proč rozštěpy vznikají, není zcela jasné, jedná se o kombinaci dědičných a vnějších vlivů (např. vyšší věk matky). Rozštěp znemožňuje správný vývoj řeči (vývoj na již špatném základě), má vliv na dýchání, polykání, dítě s rozštěpem je náchylnější k nemocem. Rozštěpy bývají operativně odstraňovány, pokud není odstranění dostatečné, palatolalie přetrvává.

⁷⁰ Srov. s: KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 2006, s. 130 – 133.

⁷¹ KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 2006, s. 138.

Řeč těchto jedinců je obtížně srozumitelná, doprovází ji často otevřená huhňavost, poruchy artikulace, vyskytují se poruchy mimiky a sluchu, také opožděný vývoj aj.

Srozumitelnost jejich řeči můžeme rozdělit do několika kategorií: dobrá řeč (srozumitelná řeč), společensky únosná (zbytky palatolalie), těžší srozumitelnost (někdy i pro nejbližší okolí) a nesrozumitelná řeč.

Narušení plynulosti (fluence) řeči

Koktavost (balbuties)

Nejčastěji je tato porucha řeči spojována s neurózami řeči. Jedná se o narušení koordinace orgánů potřebných k mluvení a vzniká přerušování plynulosti mluveného projevu. Nejčastěji vzniká v předškolním období, někdy v pubertě. Příčinou může být šok, negativní zážitek, napodobení aj. K příčinám patří také dědičnost a poškození mozku v období prenatálním a perinatálním. Důležité jsou vlivy sociálního prostředí (dlouhodobější traumatizace). Stále častěji vzniká koktavost na orgánovém základě. Dosud nejsou všechny příčiny balbuties popsány a rozříděny, protože se nedají jednoznačně vymezit.

Můžeme ji rozdělit do několika kategorií, a to podle doby vzniku (předčasná, obvyklá, pozdní), podle verbálních symptomů (tonická, klonická, tonoklonická, klonotonická), podle původu (fyziologická, kombinovaná s dysartrií, traumatická apod.), podle stupně aj.

Koktavost se projevuje více příznaky, nejvýraznější je přerušování toku mluvy, aniž by jedinec sám chtěl. U osob s touto poruchou můžeme sledovat tendenci ke kratším větám či nechuť mluvit, téměř nemluvnost. Vada může být navázána na určité situace, ovlivňuje ji také míra unavenosti dítěte a momentální zdravotní stav, proto se příznaky proměňují a vznikají jiné varianty poruchy. Koktavost provází i další obtíže, jako jsou například narušené dýchání, artikulace narušená křečemi (většinou na začátku celku či věty), narušení tempa a melodie řeči (monotónnost) aj.

Logofobie. Logofobií můžeme nazvat „strach“ koktavého člověka mluvit, či vyhýbání se určitým slovům, o kterých ví, že mu dělají potíže. Doprovází ji negativní

pocity a postoje k mluvenému projevu. Logofobie nesmírně ovlivňuje balbutika, může dojít až k jeho izolaci od společnosti.

Balbutici bývají často neklidní, objevují se u nich různé pohyby, jako jsou přešlapování, mrkání, dotýkání se vlasů apod. Plynulost řeči se proměňuje v závislosti na momentální situaci. *Koktavost zasahuje celou osobnost, především ve složce sebevědomí, interpersonálního chování a emotivity.*⁷² Bývá spojena s nějakým druhem neurózy (např. hysterií, depresivní neurózou).⁷³

Breptavost (tumultus sermonis)

*Breptavost se projevuje nápadně rychlou a zbrklou řečí s nedbalou výslovností. Slova jsou komolena a celé slabiky, zvláště koncové, vynechávány.*⁷⁴ Osoba s touto vadou si ji neuvědomuje, její pozornost je omezená. Projevem bývá nápadné zrychlování tempa řeči. Tato vada není izolovaná, souvisí s poruchami koncentrace a chaotičností myšlení, neplynulostí řeči a s dýcháním.

Vyskytuje se již v raném dětství. Faktory, které působí na její vznik, mohou být dědičnost, organický podklad apod. Znaky breptavého jedince jsou například bezobsažná řeč, neuvědomování si problému, nesprávné věty, jednoduchost vyjádření, rychlé tempo řeči, monotónnost, opakování celků aj. Pokud si takovéto dítě dává na výslovnost pozor, může mluvit správně.

Poruchy hlasu

Poruchami hlasu se zabývá obor zvaný foniatrie. V určitých případech může spolupracovat i s logopedií. Poruchy hlasu mohou jedince postihnout v každém věku.

Vnitřní příčiny. Patří sem dědičná podmíněnost, vrozené asymetrie hrtanu, nadměrná intenzita hlasu, která souvisí s typem vyšší nervové činnosti.

Vnější příčiny. Negativní ovlivnění přichází z prostředí, kde dítě vyrůstá, od řečového vzoru, který je dítěti předkládán. Prostedí může být hlučné nebo je v rodině

⁷² KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 2006, s. 160.

⁷³ Srov. s: KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 2006, s. 153 – 162.

⁷⁴ SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. 1983, s. 183.

nedoslýchavý člen, což ostatní nutí mluvit zvýšeným hlasem. Dále mohou být poruchy hlasu způsobeny alergiemi, nepřiměřenou teplotou či vlhkostí prostředí aj.

Orgánové příčiny. Týkají se onemocnění hlasového ústrojí (záněty hrtanu a dýchacích cest, nádory, poranění apod.).

Funkční příčiny. K poruchám dochází v souvislosti s přemáháním hlasivek (projevit se může chrapotem), s dědičností, negativními vlivy prostředí aj.

Poruchám hlasu můžeme předejít správnou hlasovou hygienou.⁷⁵

Kombinované vady řeči

Poruchy komunikačních schopností nebývají izolované, setkáváme se s více narušeními. Některé vady vznikají v důsledku primární poruchy. Primárními postiženími jsou mentální retardace, dále tělesné a smyslové vady či autistické rysy.

Další poruchy řeči se mohou vyskytnout na podkladě chorob některých smyslů.

1.3.3 Vztah mezi poruchami intelektu a řeči

*Řeč mentálně retardovaných dětí bývá různě porušena.*⁷⁶ U takto postižených dětí se setkáme s vadami řeči zevními, formálními i obsahovými. Pokud je porušena formální stránka řeči, mluvíme o řeči, která může být úplně nesrozumitelná, zahrnuje všechny druhy patlavosti a huhňavosti. Některé děti umí řeč dobře napodobit, aniž by rozuměly jejímu obsahu.

Němota se vyskytuje ve většině případů u těžkých mentálních postižení. U lehké mentální retardace se s ní setkáme málokdy. Blízké okolí se s dítětem dorozumí, obvykle se dítě naučí několik jednoduchých vět nebo slov a užívá své specifické posunky. Můžeme je rozdělit na dvě skupiny, toto rozdělení se řídí charakteristikou jejich mluvního projevu. Jsou to děti torpidní a verzatilní. Torpidní děti se vyznačují netečností, jsou schopny chápat jednoduchá slova. Verzatilní děti jsou naopak charakteristické svým neklidem, vydávají neartikulované zvuky, neustále se pohybují, mohou se například bezdůvodně rozesmát.

⁷⁵ Srov. s: KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 2006, s. 175 – 177.

⁷⁶ PAVLOVÁ - ZAHÁLKOVÁ, A. *Prevence poruch řeči*. 1976, s. 86.

Dokáží opakovat slova, která se však nestávají součástí jejich slovní zásoby, jelikož je hned zapomínají. Naučí se dorozumět pomocí několika jednoduchých slov či vět.

Mentálně postižené děti mají skoro vždy narušený vývoj řeči, který souvisí s mnoha dalšími vadami. Tyto vady jsou provázané se všemi ostatními poruchami, například s hybností dítěte, která je též zaostalá (u těžké a hluboké mentální retardace trpí imobilitou). Tyto děti mívají sníženou schopnost pozornosti a také jejich paměť je narušená. Z těchto důvodů je pro ně velice těžké vytvořit si větší slovní zásobu, zůstávají u osvojení několika slov či vět (u lehké, v některých případech i u středně těžké mentální retardace). Jejich volní schopnosti také nejsou pro jejich rozvoj ideální, chtění je na hranici nepatrnosti. Některým dětem chybí pud k nápodobě řeči. Jedinec od jedince se liší, každý má jinou míru postižení, u některých například pozorujeme nápadnou roztěkanost, nedokáží se soustředit, a to nejen na řečové vjemy, ale i na všechny ostatní.

Společným znakem pro všechny stupně mentální retardace jsou reakce těchto dětí, které jsou založeny primárně na pudech.

*U lehčích forem mentální retardace je vývoj řeči opožděný a řeč je dlouho patlavá.*⁷⁷ Řeč se v důsledku takovéto patlavosti stává až nesrozumitelnou. Často se také setkáme s huhňavostí, hlavně s otevřenou, z důvodu nedostatečného stahování patrohltanového svalstva (dalšími problémy bývají rozštěpy patra či vadnost skusu). Také se u dětí objevuje stereotypní opakování určitých frází, aniž by jim rozuměly. Takováto porucha se nazývá echolálie.

Dosud nemůžeme přesně vymezit hranici mezi dětmi, které jsou schopné vzdělání i výchovy zároveň, a dětmi, jež nejsou schopny vzdělání, ale pouze výchovy. Toto vymezení má přitom velký význam pro vývoj a budoucí život dítěte. Zařazením do vhodné skupiny mu zajistíme správný vývoj a výchovu v prostředí, které odpovídá jeho možnostem. Pokud dítě zařadíme výš, nebude stačit svými schopnostmi ostatním a celkově bude jeho vývoj zpomalen, stejně tak se zpomalí výchova ostatních dětí. V nižší kategorii dítěti naopak uniká možnost integrovat se do společnosti, jeho schopnosti nejsou využity tak, jak by mohly být.⁷⁸

⁷⁷ PAVLOVÁ - ZAHÁLKOVÁ, A. *Prevence poruch řeči*. 1976, s. 87.

⁷⁸ Srov. s: PAVLOVÁ - ZAHÁLKOVÁ, A. *Prevence poruch řeči*. 1976, s. 86, 87.

	funkce řeči		projevy řeči		
	oznamovací	dorozumívací	pudové	významové	obsahové
lehká mentální retardace	+	+	+	+	+
střední mentální retardace	+	+ -	+	+	--
těžká mentální retardace	--	--	+ -	--	--

79

1.3.4 Výchova řeči mentálně postižených dětí

Po stránce zevní je u některých dětí výslovnost nápadně dobrá, u jiných velmi špatná až nesrozumitelná. Dobře dovedou napodobit větné melodie, celé říkanky i básničky. Dost potíží jim dělá zvládnutí gramatické formy řeči.⁸⁰ Se zvětšováním slovní zásoby se zlepšuje rozumová úroveň dítěte, to dokazuje, že mentální retardace není trvalý stav, dítě se může do určité míry zlepšit. Ale u všech typů mentálního postižení je výchova a vzdělávání náročným a pomalým procesem.

K dětem přistupujeme tak, že se snažíme upevňovat jejich stávající schopnosti, a to nejen řečové. Stavebním kamenem výchovy jsou podmíněné reflexy. Můžeme pomalu zvyšovat nároky vzhledem k jejich vývojovému stupni. Nejdůležitější je rozšiřování slovní zásoby. Předpokladem pro vývoj řeči jsou pohybové dovednosti. Opožděný vývoj řeči je důsledkem omezených pohybových dovedností. K nácvičce používáme hlavně pohybových her, snažíme se spojit řeč s pohybem. *Děti se naučí vyslovovat jednotlivé hlásky snadněji a dříve, jestliže se spojují sluchové a zrakové vjemy s pohybovými a polohovými.*⁸¹ S dětmi vždy procvičujeme jednotlivá slova nebo spojení do té doby, než jim porozumí i v různých obměnách.

⁷⁹ LEJSKA, M. *Poruchy verbální komunikace a foniatricie*. 2003, s. 100.

⁸⁰ SOVÁK, M. *Logopedie předškolního věku*. 1986, s. 139.

⁸¹ PAVLOVÁ - ZAHÁLKOVÁ, A. *Prevence poruch řeči*. 1976, s. 91.

Lehké formy mentálního postižení bývají ve výchově úspěšnější, dokáží si osvojit více dovedností. Ve většině případů si tyto děti osvojí řeč tak, že se dovedou jednoduchým způsobem dorozumět se svým okolím. Jsou zařazeny do speciálních škol, kde se seznámí i s gramatickou složkou řeči. I přesto nedokáží chápat abstraktní pojmy.

Opožděný rozvoj řeči je přímý důsledek rozumových, motorických, ale i sluchových nedostatků. Je důležité pravidelně navštěvovat lékaře, abychom zjistili, co nejvíce na řeč působí. Podle toho pak odborníci ve spolupráci s rodinou sestavují průběh výchovy. Tento proces je velice individuální, stejně tak jako postižení, které může být specificky kombinované. U různých stupňů mentální retardace se můžeme setkat s různě poškozenou řečí, vady řeči nemusí vždy odpovídat míře rozumového postižení. Proto ke každému jedinci přistupujeme velice individuálně. U těžkých poškození má každé dítě svůj specifický logopedický plán. Vždy se zakládá na tom, co již dítě dokáže.

Nezbytností je přímá spolupráce rodiny a školy. Dopředu nikdo nemůže určit, jak se dítě díky působení výchovy rozvine. Pro řeč je velice důležité, aby se vytvořil kladný vztah mezi dospělými a dítětem. Děti mentálně postižené jsou mnohem citovější než ty zdravé. Rodiče mentálně postižených dětí často nechtějí přijmout skutečný stav dítěte, mají mylnou představu o tom, že jejich dítě všemu rozumí, jen v řeči zaostává. V takovýchto případech se může stát, že dítě nutí mluvit a následkem je zhoršení stavu řeči dítěte. Je důležité nechat rozvoj řeči na odborných logopedech, jen tak můžeme dítěti pomoci.

1.3.5 Symptomatické poruchy řeči u dětí

Symptomatické poruchy řeči bývají definovány jako doprovodný jev pro nějaké dominující postižení. *K nejčastějším symptomatickým poruchám řeči patří narušená komunikační schopnost u dětí s dětskou mozkovou obrnou (DMO) a narušená komunikační schopnost u jedinců mentálně retardovaných.*⁸²

Řeč dětí s DMO

Dětská mozková obrna vzniká v důsledku poškození mozku v období prenatálním, perinatálním a postnatálním. Vždy nedokážeme objasnit, proč k DMO došlo. V období

⁸² KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 2006, s. 185.

těhotenství to může být infekce matky, neurologická onemocnění matky, vliv nějakého záření (např. rentgenové) aj. Dalším rizikem je například abnormální nebo předčasný porod či porod dlouhotrvající. V postnatálním období může být příčinou DMO úraz hlavy či rané infekční onemocnění.

U dětí s DMO se objevují další vady, často jsou to poruchy řeči, snížení intelektu, poruchy chování aj. *Poruchy hybnosti jsou nejzávažnějším a hlavním projevem.*⁸³ S poruchami hybnosti přímo souvisí poruchy řeči. **Vývoj řeči** je závažně narušen, v některých případech jde o opoždění řeči, u jiných jde přímo o omezený vývoj řeči. Nepříznivě na rozvoj řeči působí i další doprovodné poruchy (např. epilepsie). Avšak mentální retardace bývá hlavní příčinou. Dítě se většinou naučí krátká slova, ale nedokáže je složit do vět. Nemůže aktivně poznávat předměty (brát je do ruky), proto je tvorba pojmů nepřesná. V souvislosti s mentálním postižením je vytváření slovní zásoby velice obtížné. *Řeč je poškozena na různých úrovních a v různém rozsahu.*⁸⁴ Veškeré poruchy, které jsou spojené s DMO, působí na vznik vad řeči. U těchto dětí se vyskytují tyto symptomatické poruchy řeči: dysartrie, omezený nebo opožděný vývoj řeči, koktavost, breptavost, huhňavost, mutismus, anomálie skusu apod.

Řeč mentálně retardovaných dětí

*Řeč mentálně retardovaných dětí je vždy značně narušena.*⁸⁵ Opožděný vývoj řeči je jedním z nejnápadnějších příznaků, že je s dítětem něco v nepořádku. Řeč můžeme nazvat omezenou. Nikdy se u mentálně retardovaného dítěte nesetkáme s normální řečí. Správnou péčí můžeme dítěti pomoci k určitému pozitivnímu posunu, a to dle míry jeho postižení.

Děti s lehkou mentální retardací začínají mluvit o 1 – 2 roky později, než bývá u zdravých dětí. Většinou se u nich objevuje dlouhotrvající patlavost. Jejich řeč dospěje i do určité míry k abstrahování, avšak tyto děti mají problém s usuzováním. Používají naučené řečové stereotypy. Může u nich být správně vyvinutá artikulace, ale stránka obsahová je narušená. Naučí se dobře reprodukovat. Rozumová a řečová úroveň dosahuje vývojového stupně 14 – 15letého dítěte.

⁸³ KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 2006, s. 187.

⁸⁴ Tamtéž, s. 189.

⁸⁵ Tamtéž, s. 198.

Při střední mentální retardaci také pozorujeme nápadné opoždění řeči. Děti mají dobře vyvinutý napodobovací pud, proto jsou schopné napodobit i delší větné celky, i když obsahu nerozumí. Takové napodobování označujeme za pasivní. *Slova jsou na úrovni významových signálních zvuků.*⁸⁶ Může u nich přetrvávat patlavost. Dosahují na úroveň 7 – 9letého dítěte.

Děti s těžkou mentální retardací používají modifikovaný hlas pro vyjádření libosti a nelibosti. Melodie je hrubá a nevyvážená. Objevuje se u nich echolálie, to znamená opakování zvuků bez pochopení významu. Řeč zůstává na tomto stupni vývoje (pudové zvuky), nebo se nemusí vůbec vytvořit.

Hluboká mentální retardace pro dítě znamená úplné nevyvinutí řeči. Tyto děti jsou schopné pouze vydávat neartikulované zvuky (bez mimiky). Úroveň řeči zůstává na vývojovém stupni dvouletého dítěte.

Nejčastější znakem řeči mentálně retardovaných dětí je tedy výrazné opoždění řeči, v některých případech je to přímo nemluvnost. *Z poruch řeči je nejčastější patlavost, dále huhňavost a koktavost.*⁸⁷ Inteligence a poruchy řeči na sobě nejsou primárně závislé, stupeň mentální retardace ovlivňuje hlavně porozumění obsahu řeči. Stupeň postižení také určuje průběh vývoje řeči. Řeč ovlivňuje typ mentálního postižení - může být **eretický nebo apatický**, často bývá mentální retardace nevyhraněná. Eretický typ je charakteristický svou neklidností (nápadná roztěkanost), oproti tomu apatický typ nemá zájem o řeč (apatie).⁸⁸

*Narušení komunikační schopnosti u mentálně retardovaných vzniká: na základě snížené mentální úrovně, také zde působí opoždění v motorickém vývoji, nedostatečná motorická koordinace, časté poruchy sluchu, nepodnětné, zanedbávající prostředí, nejružnější anomálie mluvních orgánů (nedokonalá stavba artikulačních orgánů, vadný skus, deformace čelistí, chrupu, rozštěpy).*⁸⁹

⁸⁶ KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 2006, s. 199.

⁸⁷ SEEMAN, M. *Poruchy dětské řeči*. 1955, s. 252.

⁸⁸ Srov. s: KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 2006, s. 184 – 200.

⁸⁹ KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 2006, s. 200.

Nejčastější poruchy řeči mentálně retardovaných

Němota bývá přechodným jevem, v některých případech se může objevit jako trvalý stav. Často se mentálně retardované děti naučí alespoň několik slov. Nemluvnost ovlivňují již zmíněné typy (eretický a apatický), roztěkanost nebo naopak apatie brání dítěti v řečovém projevu. S nemluvností souvisí také pohyblivost dítěte – dítě většinou neobratně ovládá svá mluvidla. Na vývoj řečových dovedností dále negativně působí neschopnost asociace a narušená paměť. Vyskytují se různé formy nemluvnosti v souvislosti s typem a kombinací postižení.

Afázie vzniká poškozením mluvidel například při úrazech. Podle místa poškození ji můžeme rozdělit do několika kategorií.

Afázie motorická. Jedinec s tímto druhem afázie řeči plně rozumí, ale sám není schopen komunikace, někdy používá alespoň fragmenty zbylých slov.

Afázie smyslová. Postižený nemá porušený sluch, ale přesto řeči nerozumí. Jeho řeč je funkční, ale bývá deformovaná, nemá schopnost sebekorekce.

Afázie úplná. Člověk s tímto druhem afázie nemluví a řeči ani nerozumí.

Důležitá je včasná logopedická péče. U jedinců s lehčím postižením je náprava řeči rychlejší, je zapotřebí individuální přístup a trpělivost v dlouhodobém procesu.

Opožděná řeč bývá spojena s motorickou zaostalostí dítěte (např. opožděné vstávání). Je velmi častým jevem. Doba vývoje řeči mentálně retardovaného jedince je různá. *Patlavost trvá až dlouho do školního věku.*⁹⁰

Patlavost (dyslalie) se vyskytuje jak hlásková, tak patlavost na organickém základě (vady skusu). Náprava patlavé řeči je ztížena nepozorností a narušenou pamětí dítěte, někdy se setkáme i se sluchovou netečností slyšícího dítěte. Objevuje se i patlavost slabiková a slovní, někdy vede až k nesrozumitelnosti projevu.

V mnoha případech je řeč narušena také funkční otevřenou huhňavostí nebo i zavřenou huhňavostí.

⁹⁰ SEEMAN, M. *Poruchy dětské řeči*. 1955, s. 254.

Dalším častým jevem řeči těchto jedinců je agramatismus řeči. Pokud se naučí jednoduchým větám, tak bývají gramaticky nesprávné.

Některé zvláštnosti řeči mentálně retardovaných. Echolálie se objevuje jako vědomé či nevědomé stereotypní opakování slov a zvuků. Nevědomě může vzniknout jako podmíněný reflex. Většinou se vyskytuje v řeči těžce postižených jedinců.

Poruchy akcentů řeči (dysprozodie) se projevují nápadným zpomalením řeči, monotónností či překotností až výbušností.

Koktavost mentálně retardovaných je spojena s opožděností řeči (stejně jako u koktavosti normálně se vyvíjejících dětí). Je častou poruchou, která má původ na organickém základě, což výrazně ztěžuje její nápravu. *Vzniká zejména u dětí, které mají těžké vady výslovnosti a naučily se mluvit ve větách.*⁹¹

Breptavost se objevuje častěji u mentálně retardovaných dětí než u dětí zdravých. Důvodem toho je, že se sdružuje s patlavostí a agramatismem.

Pokud je mentální retardace kombinovaná s dětskou mozkovou obrnou (velice časté), v řeči rozpoznáme znaky dysartrie, která může mít různé formy. Je narušena artikulace řeči jako celku, řeč může být až neuskutečnitelná. *Řeč je křečovitá, těžkopádná, výslovnost je nepřesná, někdy setřená. Jindy je řeč značně zpomalená, mimika a gestikulace jsou omezeny, nebo zcela chybějí.*⁹² Při těžkých postiženích je komunikační schopnost tak narušena, že dítě vydává jen neartikulované zvuky. Lehčí postižení se vyznačují opožděním řeči a patlavostí, což je způsobeno nekoordinovaností mluvních orgánů.

Stav dítěte může vést ke zlepšení jen důslednou výchovou, která je založena na plnění různých denních povinností. Rodiče dělají chybu, když v důsledku mentální retardace dítěti vše promíjí. Pohyb může dítěti v rozvoji myšlení a řeči jen prospět. Děti, které mají lepší schopnost soustředění, mají předpoklad pro úspěšnější výchovu k řeči. Důležitý je správný řečový vzor, přizpůsobit se individuálním potřebám dítěte, také je významná názornost a výuka hravou formou. Postupujeme od nejzákladnějšího k složitějšímu a držíme se zásad rytmizace (hudba, zpěv a pohyb).

⁹¹ SEEMAN, M. *Poruchy dětské řeči*. 1955, s. 256.

⁹² PAVLOVÁ - ZAHÁLKOVÁ, A. *Prevence poruch řeči*. 1976, s. 97.

1.4 Alternativní a augmentativní komunikace (netradiční metody komunikace)

Alternativní a augmentativní komunikace umožňuje dorozumívání lidem s takovými postiženími, která jim znemožňují verbálně komunikovat. *Některé těžce postižené děti nejsou schopny používat běžné verbální metody komunikace.*⁹³ Díky této komunikaci mohou vyjadřovat svá přání, pocity a reakce.

Augmentativní komunikace. Augmentace znamená z latiny rozšiřování. Tyto komunikační systémy jsou zakládány na schopnostech, které již existují, jsou pouze nedostatečné pro plnou komunikaci.

Alternativní komunikace. Systémy alternativní komunikace jsou brány jako úplná náhrada za mluvený projev.

Jsou využívány verbální i mimoslovní způsoby sdělování. Mimoslovními metodami jsou pohled očí, mimika obličeje, kinestetika (pohyby hlavou, rukou, nohou), fyzické postoje, gesta, haptika (doteky) apod. *Cílem AAK je umožnit jedincům se závažnými poruchami komunikačního procesu aktivní dorozumívání a zapojení do života společnosti.*⁹⁴ Tyto komunikační systémy se využívají velice rozmanitě, mohou být použity jak u vad řeči vrozených (smyslových, mentálních), tak u těch získaných (nádory mozku, degenerativní onemocnění aj.).

Formy využití jsou například bez pomůcek, tzn. užitím mimiky, gest, vizuální znaky; s pomůckami, například předměty, fotografie, symboly (piktogramy) apod. Dále můžeme použít doplňky, které nám usnadní komunikaci (např. alternativní klávesnice k počítači).

*Výběr komunikačního systému či jejich kombinace je posuzován individuálně vzhledem k možnostem, schopnostem postižené osoby a také v souvislosti s vývojovou prognózou dítěte.*⁹⁵ Z různých hledisek to mohou být například stav smyslových orgánů, rozsah aktivní i pasivní slovní zásoby, věk, míra unavitelnosti, podpora rodiny aj.

⁹³ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2000, s. 95.

⁹⁴ KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 2006, s. 206.

⁹⁵ Tamtéž, s. 207.

Vždy je vhodnější kombinovat více komunikačních systémů, které se doplňují. Nejčastěji to bývají tři systémy současně. Komunikační systémy můžeme rozdělit na dynamické (gesta, prstová abeceda, znaková řeč a jazykový systém Makaton) a statické (systém Bliss, piktogramy).

Piktogramy. Tato zjednodušená zobrazení jsou srozumitelná všem. Řazením za sebe můžeme vytvářet jednoduché věty.

U dětí, jejichž řeč je velice omezená či nesrozumitelná, se používá **znaková řeč Makaton**. Tato řeč byla vytvořena logopedkou Margaret Walker z Velké Británie. A slova se zde vyjadřují pohybem ruky, hlavy apod. Každý znak je doprovázen normální řečí a odpovídající mimikou. Podněcuje k rozvoji mluvené řeči a umožní porozumění pojmům. Znaky, mluvená řeč, mimika či symboly a obrázky se různě kombinují tak, aby vyhovovaly individualitě každého postiženého jedince. Řeč má široké využití u různých kombinací postižení jak u dětí, tak u dospělých. Je inspirována znakovým jazykem neslyšících. Její slovník je mezinárodně standardizovaný.

Jedna z nejméně používaných metod je **komunikační systém Bliss**. Vytvořil ho Charles Bliss. Je to systém, který předkládá dvojrozměrné nebo trojrozměrné symboly (jednoduché obrázky místo slov), ty jsou v průběhu komunikace už neměnné. *Symboly jsou založené na významu, nikoli na zvucích. Raná slovní zásoba je převážně obrázková, postupně se může pomalu přecházet k obecným symbolům.*⁹⁶ Tento systém je prostředkem pro rozšiřování slovní zásoby. Každý symbol je popsán, proto je všeobecně srozumitelný. Byl mezinárodně standardizován.

Původně měl tento systém zlepšit porozumění mezi národy právě skrze tyto jednoduché symbolické obrázky. Až později byl systém upraven tak, aby pomohl v komunikaci jedincům, kteří jsou tělesně postiženi.

Dalšími prostředky, jež mohou zlepšit narušenou komunikaci, jsou neelektronické a elektronické komunikační pomůcky. V dnešní době se jedná například o osobní počítače, které jsou přizpůsobené postižení jedince. Tyto počítače kompenzují postižení, je možné je ovládat bradou, dechem, zvukem apod.

⁹⁶ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2000, s. 95.

Pro mentálně retardované děti je vhodné použití **sociálního čtení**. Je jednou z částí sociálního učení, aniž by byly použity techniky čtení. Je založeno na interpretaci, poznávání a reakcích na zrková znamení, piktogramy, slova aj., která se nachází v okolí dítěte. Prostřednictvím této metody nabývají děti poznatků o svém okolí. Mohou je využívat okamžitě a vyzkoušet je na sobě. *U mentálně retardovaných dětí je možné také používat ve výuce čtení alternativní výuku s využitím **globální metody**. Tato metoda je určena jako doplnění osnov v oblasti rozumové výchovy.*⁹⁷

Další metodu pro vývoj řeči mentálně postižených dětí nazýváme **znak do řeči**. Je zaměřena na rozvoj komunikačních a motorických dovedností.

Facilitovaná komunikace. Tato metoda je založena na sociálním vztahu jedince a jeho asistenta. Asistent (facilitátor) je oporou ruky postiženého jedince. Oporu mu poskytuje při komunikaci (např. znaková řeč) nebo při psaní na počítači apod. Metoda se využívá v mnoha zemích, vytvořila ji Rosemary Crosley z Austrálie.

Komunikace s těžce mentálně i tělesně postiženými se stále ještě rozvíjí. *Jsou prováděny pokusy na pozadí porozumění vlastnímu tělu pomocí **fenomenologicko-hermeneutické metody**. Člověk, který pracuje s takto těžce postiženým dítětem, se ve své tělesné a duševní jednotě vcítí do dítěte a s ním vstoupí do „bazálně dialogického vztahu“.*⁹⁸

Další komunikační možností, která je vhodná pro těžce postižené děti, je pohybová komunikace **Dosa**.

Alternativní a augmentativní komunikace se rozvíjí po celém světě, národy společně kooperují, pořádají se mezinárodní konference.⁹⁹

⁹⁷ KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 2006, s. 209, 210.

⁹⁸ Tamtéž, s. 210.

⁹⁹ Srov. s: KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 2006, s. 206 – 211; ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2000, s. 95 – 97.

2 Praktická část

V této části bakalářské práce chci popsat případy kombinovaného postižení jedenáctileté Moniky a jednadvacetiletého Lukáše.

2.1 Případová studie 1

Jedenáctiletá dívka Monika se narodila s mentálním postižením středně těžkého stupně, s rozštěpem měkkého a skrytým rozštěpem tvrdého patra. Projevuje se autistickými rysy. Prodělala těžkou novorozeneckou žloutenku. Má otevřený skus, který způsobuje nesprávné rozložení zubů. Kvůli vadnému postavení zubů má pootevřená ústa. Postavou je astenická, vysoká, má dlouhé prsty a chodidla. Nerozumí některým pokynům, ale pokud jí to předvedeme názorně, tak nás napodobí. Její chůze je těžkopádná, dyskoordinovaná, bez ladných souhybů.

Rozštěp patra byl upraven plastickou operací. Při středním stupni mentální retardace je její vývoj řeči omezený. Klasickou sluchovou zkouškou bylo zjištěno, že dívka slyší normálně.

Má neurotické příznaky, například neklidný spánek. Její lateralita je spíše nevyhraněná. Předměty bere střídavě oběma rukama, šikovnější má pravou ruku. Kreslí na úrovni tříletého dítěte. Má výraznější neobratnost jemné motoriky a grafomotoriky. Projevuje se nejistě, mezi jednotlivými činnostmi jsou dlouhé latence. Potřebuje hodně motivace a stimulace a být individuálně vedena k plnění úkolů. Má narušenou pozornost, projevuje se jejími výkyvy.

Vývoj řeči je opožděný, její hlas je jasný a volně tvořený. Verbálně používá pouze několik jednoslabičných slov. Problém jí činí porozumění. Aktuální neverbální úroveň rozumových schopností odpovídá středně těžké mentální retardaci. Neumí psát, pouze obtahuje tvary. Spojuje hlásky a slabiky dohromady, aniž by pochopila obsah. Umí třídit barvy, ale na vyzvání je nepodá.

Lexikálně – sémantická jazyková rovina

Monika nemá téměř žádnou aktivní slovní zásobu (asi 5 srozumitelných slov). Pasivní slovní zásoba je bohatší a rozvinutější než aktivní slovní zásoba. Nechápe

abstraktní pojmy. V řeči užívá jen podstatná jména (např. máma, bába, auto). Ostatní slovní druhy aktivně nepoužívá ani je nezopakuje.

Morfologicko – syntaktická jazyková rovina

Komunikuje především formou nonverbálního ukazování. Užívá několik svých ustálených znaků, kterým rozumí jen nejbližší okolí. Řadu složitějších znaků motoricky nezvládá a upravuje si je po svém. Ve speciální škole začali užívat AAK – Makaton (černobílé obrázky). Verbálně komunikuje formou výkřiků a náznaků slov. Má výraznou artikulační neobratnost.

Foneticko – fonologická jazyková rovina

Fonematický sluch nemá v normě. Některé hlásky izolovaně vyvozuje (b, p, m). Největší problémy má v rovině porozumění, kdy dívka rozumí jen základním a stále se opakujícím slovům, větám a souslovím. Pro rozvoj porozumění komunikace je dobré použití komunikačního systému Makaton.

Spolupracuje u činnostech, které ji baví, u jiných projevuje negaci. Zvládá stavění i složitější puzzle, zasouvá tvary do otvorů, navléká korálky a skládá půlené obrazce.

Navštěvuje speciální školu s asistencí. Chodí do třetí třídy.

Doma s rodiči zkoušeli komunikaci prostřednictvím obrázků, ale nefungovalo to. Monika chtěla přesně to, co bylo na obrázku, nepochopila nadřazený pojem (např. chtěla jogurt určité značky s určitou příchutí, přesně ten, co byl na obrázku vyfotografovaný – ne pouze jogurt). Nyní se snaží komunikovat znakovou řečí, která je speciálně vyvinutá pro mentálně retardované a tato komunikace se daří.

2.2 Případová studie 2

Jednadvacetiletý Lukáš prodělal dětskou mozkovou obrnu. V důsledku toho je plně imobilní a má atrofii zrakového nervu. Jemnou motoriku rukou má také značně narušenou (udrží list papíru). Od narození se léčí pro DMO. Po celý dosavadní život je upoután na

vozik. Prodělal četné operace spojené s hybností těla, v této době už ho žádná další operace nečeká.

Je pozitivně emočně naladěný a bez problémů navazuje kontakt. Někdy se u něj objevují infantilní reakce.

Lukášovy vyjadřovací schopnosti jsou méně rozvinuté a slovní zásoba je chudší, to souvisí s omezenou hybností, která přímo ovlivňuje vývoj řeči. Dokáže mluvit s latencemi ve větách. Schopnost záměrné koncentrace pozornosti je oslabená. Pracovní tempo má pomalé a při déletrvající práci se u něj projevuje zvýšená unavitelnost (držení těla, soustředění). Celková aktuální úroveň intelektových schopností ve verbální oblasti se nachází v dolní polovině pásma lehké mentální retardace. Výkony v oblasti názorové nejsou vzhledem ke zrakovému a motorickému postižení objektivně hodnotitelné.

Manipulace s předměty je omezena postižením jemné motoriky. Dále má problémy s vizuomotorickou koordinací pohybů, a to vše s dopadem na grafomotoriku a provádění běžných činností. V základní sebeobsluze je zcela závislý na péči druhých osob.

Nyní studuje dvouletý obor v praktické škole, po předchozím jednoletém oboru tamtéž.

Závěr

Bakalářská práce nesoucí název *Vady řeči v souvislosti s mentálním postižením* shrnuje poznatky této problematiky. Obecně charakterizuje mentální retardaci a její klasifikaci, popisuje možnosti edukace a uplatnění těchto osob v životě. Zaměřuje se hlavně na vady řeči, které jsou na podkladě intelektových změn a nejčastější kombinace těchto postižení. Ukazuje, že jakákoliv vada nikdy neexistuje osamoceně a že jejich kombinovanost a složitost je ryze individuální.

V praktické části najdeme konkrétní případy osob s kombinovaným postižením. Jedenáctiletá Monika nemluví na základě středně těžké mentální retardace. Dále má znaky autismu a narodila se s rozštěpem patra. Nebyla u ní potvrzena dětská mozková obrna. S rodiči se snaží o náhradní řešení komunikace - začali používat znakovou řeč pro mentálně postižené. Tato komunikace se jim daří a dochází k pokroku, které je úspěchem trpělivosti a péče rodičů ve spolupráci se školou. Jedenadvacetiletý Lukáš prodělal dětskou mozkovou obrnu a v důsledku toho je od narození imobilní. Mentální retardace se u něj vyskytuje na lehkém stupni. Vývoj jeho řeči byl ovlivněn nepohyblivostí, protože neměl možnost věci poznávat hmatem. Dnes mluví srozumitelně, jen slovní zásoba je menší a trochu se zadržává. Působí příjemným dojmem a přirozeně navazuje kontakt s cizími lidmi. Komunikace v rodině je velice dobrá a díky péči rodičů studuje praktickou školu. Ve škole mu pomáhá jeho asistentka. Jak jsem sama mohla pozorovat, výchova a péče o postižené dítě vyžaduje trpělivost a zapojení celé rodiny. Je dlouhodobým procesem, který přináší malé pokroky a je velice náročný.

Bibliografie

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Speciální pedagogika*. Praha: Triton, 2008. ISBN: 978-80-7387-014-0.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN: 80-247-1110-9.

KUDLÁČEK, Miroslav. *Svět dětské mozkové obrny*. Praha: Portál, 2012. ISBN: 978-80-262-0178-6.

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Logopedická prevence - Průvodce vývojem dětské řeči*. Praha: Portál, 1996. ISBN: 80-7178-115-0.

LANG, Greg a Chris BERBERICHOVÁ. *Každé dítě potřebuje speciální přístup*. Praha: Portál, 1998. ISBN: 80-7178-144-4.

LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-801-5.

LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN: 80-7178-961-5.

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

PAVLOVÁ – ZAHÁLKOVÁ, Anna. *Prevence poruch řeči*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1976. ISBN: 14-556-76.

PIPEKOVÁ, Jarmila a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN: 80-7315-120-0.

SEEMAN, Miloslav. *Poruchy dětské řeči*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1955. ISBN: 11-105.015/54/SV 3.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. ISBN: 978-80-247-1733-3.

SOVÁK, Miloš. *Logopedie předškolního věku*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986. ISBN: 14-484-86.

SOVÁK, Miloš. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1983. ISBN: 14-414-83.

ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2000. ISBN: 80-7178-506-7.