

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra: sociálních studií a speciální pedagogiky

Bakalářský studijní program: Předškolní a mimoškolní pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika pro učitele MŠ a vychovatele

Název BP:

SPECIFICKÝ LOGOPEDICKÝ NÁLEZ U DĚTÍ S LEHKOU MOZKOVOU DYSFUNKCÍ V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU

Autor:

Podpis

autora:.....

Alena Varmužová

Štefánikova 761/14

400 01 Ústí nad Labem

Vedoucí práce: Mgr. Václava Tomická

Počet:

stran	obrázků	tabulek	grafů	zdrojů	příloh
64	0	1	18	22	2 + 1CD

CD obsahuje celé znění bakalářské práce.

v Ústí nad Labem dne: 15. 4. 2005

TU v Liberci, Fakulta pedagogická

Katedra: sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení studenta: Alena Varmužová

Adresa: Štefánikova 761/14, 400 01 Ústí nad Labem

Bakalářský studijní program: Předškolní a mimoškolní pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika pro učitele MŠ a výchovné pracovníky

Název bakalářské práce: SPECIFICKÝ LOGOPEDICKÝ NÁLEZ U DĚTÍ S LEHKOU
MOZKOVOU DYSFUNKCÍ V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU

Anglický název: Specific Logopaedic Disorders in Pre-School Children with
Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

Vedoucí práce: Mgr. Václava Tomická

Termín odevzdání: 30. 4. 2005

V Liberci dne 14. 11. 2003

.....
vedoucí bakalářské práce

.....
děkan FP TUL

.....
vedoucí KSS

Převzal (student): Alena Varmužová

Datum: 14. 11. 2003

.....

Podpis studenta:

Charakteristika práce:

Bakalářská práce se bude zabývat teoreticky i prakticky problematikou lehké mozkové dysfunkce a jejími úskalími v řečové a komunikační sféře u předškolních dětí.

Cíl práce:

Cílem práce je analýza logopedických obtíží u předškolních dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí a zmapování jejich výskytu u takto postižených dětí.

Předpoklad práce:

Předpokladem je teoretická i praktická znalost specifických logopedických obtíží u dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí v předškolním věku.

Hlavní použité metody:

Analýza spisové dokumentace

Rozhovor

Anamnéza

Základní literatura:

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. A KOL. *Dětská klinická psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 1997. ISBN 80-7169-512-2

VÁGNEROVÁ, M. *Patopsychologie I*. 1. vyd. Liberec: TUL 1995. ISBN 80-7083-158-8

ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. 3. vyd. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-242-4

Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum

Podpis

Děkuji za cenné rady a konstruktivní připomínky vedoucí bakalářské práce **Mgr. Václavě Tomické.**

Děkuji své rodině za emoční podporu a trpělivost, bez níž by tento text nemohl vzniknout.

Autorka

Název BP: SPECIFICKÝ LOGOPEDICKÝ NÁLEZ U DĚTÍ S LEHKOU MOZKOVOU DYSFUNKCÍ V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU

Název BP: DER SPEZIFISCHE LOGOPÄDISCHE BEFUND BEI KINDERN MIT DEM PSYCHO-ORGANISCHEN SYNDROM IM VORSCHULALTER

Jméno a příjmení autora: Alena Varmužová

Akademický rok odevzdání BP: 2005

Resumé

Bakalářská práce se zabývala problematikou lehké mozkové dysfunkce a jejími úskalími v řečové a komunikační sféře u předškolních dětí a vycházela ze současného stavu péče o předškolní děti postižené syndromem lehké mozkové dysfunkce. Jejím cílem bylo analyzovat logopedické obtíže u předškolních dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí a zmapovat jejich výskyt u takto postižených dětí. Cíle bylo v maximální možné míře dosaženo. Práci tvořily dvě stěžejní oblasti. Jednalo se o část teoretickou, která pomocí zpracování literárních pramenů popisovala problematiku lehké mozkové dysfunkce v souvislosti s řečovou oblastí u předškolních dětí. Praktická část zjišťovala pomocí orientačního logopedického vyšetření výskyt logopedických obtíží u 50 předškolních dětí se syndromem lehká mozková dysfunkce. Výsledky ukazovaly velkou četnost předpokládaných specifických logopedických problémů, které se u dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí běžně vyskytují a vyústěly v konkrétní navrhovaná opatření v oblasti řeči a prevence specifických poruch učení a chování. Za největší přínos práce vzhledem k řešené problematice bylo možné považovat ucelenost pohledu na lehkou mozkovou dysfunkci v předškolním věku a její projevy především v oblasti řeči a tedy možnou praktickou využitelnost v předškolních institucích.

Resümee

Die Bakkalaureatsarbeit beschäftigte sich mit der Problematik des psycho-organischen Syndroms (POS) und den mit ihm verbundenen Schwierigkeiten bei den Vorschulkindern. Sie ging von dem aktuellen Zustand der Fürsorge für die POS-Kinder aus. Ihr Ziel war, die logopädischen Beschwerden bei den POS-Kindern im Vorschulalter zu analysieren und ihr Vorkommen bei diesen Kindern zu beschreiben. Das Ziel wurde in dem Höchstmaß erreicht. Die Arbeit bildeten zwei grundlegende Bereiche. Im theoretischen Teil wurde auf Grund der

Fachliteratur die POS-Problematik im Zusammenhang mit dem Bereich der Sprache bei den Vorschulkindern beschrieben. Im praktischen Teil wurde mit Hilfe einer logopädischen Orientierungsuntersuchung das Vorkommen der logopädischen Beschwerden bei 50 POS-Vorschulkindern festgestellt. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigten eine hohe Häufigkeit der vermuteten, bei den POS-Kindern geläufig auftretenden spezifischen logopädischen Probleme und liefen auf Vorschläge konkreter Maßnahmen im Bereich der Sprache und der Prophylaxe des spezifischen Schul- und Verhaltensversagens hinaus. Der bedeutendste Beitrag der Arbeit hinsichtlich der gelösten Problematik ist in dem komplexen Blick auf das psychoorganische Syndrom im Vorschulalter und seine Äußerung vor allem im Bereich der Sprache zu sehen, und somit in der möglichen praktischen Einsatzfähigkeit in den Vorschulinstitutionen.

OBSAH

1 Úvod	8
2 Teoretické zpracování problému	11
2.1 Lehká mozková dysfunkce	11
2.1.1 Vymezení pojmu lehké mozkové dysfunkce	11
2.1.2 Příznaky a formy lehké mozkové dysfunkce	17
2.1.3 Vznik a příčiny lehké mozkové dysfunkce	22
2.1.4 Důsledky lehké mozkové dysfunkce pro vývoj řeči	23
2.1.5 Základní zákonitosti vývoje řeči	27
2.1.6 Prevence a profylaxe lehké mozkové dysfunkce	31
2.1.7 Metody používané v pedagogické práci mateřských škol	36
3 praktická část	39
3.1 Cíl praktické části	39
3.2 Popis zkoumaného vzorku	39
3.3 Použité metody	40
3.4 Průběh průzkumu	40
3.5 Stanovení předpokladů	41
3.6 Výsledky průzkumu a jejich interpretace	42
3.7 Shrnutí výsledků praktické části a diskuse	56
4 Závěr	58
5 Návrh opatření	59
6 Seznam použitých zdrojů	62
7 Seznam příloh	64
8 Přílohy 1 - 3	

1 ÚVOD

Za téma bakalářské práce jsem si zvolila: „Specifický logopedický nález u dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí v předškolním věku“.

Bakalářská práce se zabývá teoreticky i prakticky problematikou lehké mozkové dysfunkce a jejími úskalími v řečové a komunikační sféře u předškolních dětí, jak již ostatně vypovídá její název.

Text je rozdělen do dvou hlavních částí - teoretické a praktické. Teoretická část čítá sedm kapitol, které čtenáře seznamují se základními informacemi na dané výše zmíněné téma a praktická část se zabývá především průzkumem úrovně řeči a komunikačních dovedností u předškolních dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí. Praktická část se skládá z osmi kapitol. Bakalářská práce je dále doplněna o úvod, závěr, navrhovaná opatření, seznam použitých zdrojů, seznam příloh a přílohy, které zahrnují výsledky orientačních vyšetření u zkoumaného vzorku 50 předškolních dětí převážně ve věku 5 - 7 let.

Cílem bakalářské práce byla analýza logopedických obtíží u předškolních dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí a zmapování jejich výskytu u takto postižených dětí.

Hlavními metodami, které jsem zvolila a použila ve své práci jsou: Analýza spisové dokumentace, rozhovor, anamnéza a orientační logopedické vyšetření.

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala především proto, že se přímo týká náplně mého zaměstnání. Pracuji ve funkci učitelky v nejmenované speciální mateřské škole, která se svým zaměřením specializuje na děti s lehčími formami postižení a to především s obtížemi v logopedické oblasti. Děti s lehkou mozkovou dysfunkcí tvoří nemalé procento její klientely. Podotýkám, že naše speciální mateřská škola disponuje pouze pedagogy, kteří mají odpovídající vzdělání v oblasti speciální pedagogiky a v praxi jsou tak uplatňovány její principy.

Toto je dalším důvodem výběru tohoto ve speciální pedagogice běžně známého tématu. Domnívám se, že se naše společnost potýká s deficitem vzdělání učitelů mateřských škol v oblasti speciální pedagogiky a vzhledem k současným trendům integrovat postižené děti do běžných institucí, považuji tento problém za obzvlášť aktuální. S problematikou lehké mozkové dysfunkce jsou sice seznamovány studentky již na středních pedagogických školách, avšak rozsah těchto informací považuji za nedostatečný. Soudím tak ze své zkušenosti a ze zkušenosti svých kolegů. Nemám informace, jaké změny zaznamenala výuka v oblasti speciální pedagogiky na středních pedagogických školách v současné době, avšak starších absolventek této instituce se daná problematika nepochybně týká. Mnohé z nich provozují svou pedagogickou praxi v rámci běžných mateřských škol. V praxi tato úskalí rovněž pramení z faktu, že běžné mateřské školy v boji o své zachování a vzhledem k nižší populační vlně předškolních dětí běžně přijímají téměř každého klienta, který se jim naskytne. Není tedy výjimkou, že děti s lehkou mozkovou dysfunkcí se v těchto institucích běžně vyskytují, avšak dle mého názoru ne pod dostatečným odborným pedagogickým vedením nebo nejsou všichni odagnostikováni.

Naprosto souhlasím se současnými trendy integrovat děti do běžných institucí a pokud to podmínky dovolují, nezřizovat pro ně žádné vyčleněné ústavy apod. Pouze se domnívám, že pro integraci postižených by měly být vytvořeny patřičné podmínky. Kompetentnost pedagogického personálu považuji za jednu z nejdůležitějších. Průběžné doplňování vzdělávání učitelů na všech stupních naší školské soustavy tedy považuji za nezbytnost, což je rovněž jeden z hlavních důvodů, proč si touto cestou své vzdělání rozšiřuji. Tyto názory zde prezentuji především proto, že se domnívám, že mnozí ze současných v praxi působících pedagogů nejsou v oblasti speciální pedagogiky s informacemi na takové úrovni, aby jejich praktiky odpovídaly specifickým potřebám handicapovaných, aby projevy postižených byly správně chápány a interpretovány apod., což může napáchat mnohé škody, které jsou jen velmi těžko napravitelné. Konkrétně v problematice lehkých mozkových dysfunkcí mám na mysli poruchy chování a právě vlivem špatného pedagogického přístupu a nepochopení specifických potřeb dítěte se tyto poruchy prohlubují.

Bakalářská práce by měla pomoci zájemcům o tuto problematiku a především učitelkám běžných mateřských škol pochopit problematiku dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí, poukázat

na její specifika a úskalí s nimiž se takto postižení jedinci jsou nuceni potýkat a poukázat na to, jakými metodami s těmito potížemi co nejúčinněji pracovat pro minimalizaci obtíží.

2 TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU

Tato část bakalářské práce se bude zabývat teoretickým zpracováním problematiky lehké mozkové dysfunkce s důrazem na tuto problematiku u dětí předškolního věku.

2.1 LEHKÁ MOZKOVÁ DYSFUNKCE

Tato kapitola vymezuje pojem lehké mozkové dysfunkce se stručným vývojem názorů na tuto problematiku z historie až do současné doby.

2.1.1 VYMEZENÍ POJMU LEHKÉ MOZKOVÉ DYSFUNKCE

Z historie:

Lehké mozkové dysfunkce, tedy poruchy jejichž základem je oslabení schopností a vlastností řady psychických funkcí zodpovědných za řízení, kontrolu, regulaci, koordinaci a integraci chování v širokém smyslu slova. Máme tu na mysli zejména celkovou **úroveň aktivace**, jež bývá narušena v důsledku poruchy rovnováhy základních procesů podráždění a útluhu, s až patickým převládáním jedné či druhé. Náleží sem dále schopnost **sebekontroly**, pokud jde o četnost a přiměřenost reakcí (častěji se setkáváme s deficitem v sebekontrolě v podobě nedostatku zábrán, tedy ve formě překotnosti a impulzivitu, u dětí jež „nejprve jednají a pak teprve přemýšlejí“). Významným činitelem zaměřujícím činnost náležitým směrem je **pozornost**, jež zajišťuje selekci podnětů a vybírá z jejich množství ty, které se pro organismus v dané chvíli jeví být jako podstatné. Rovněž řeč má vzhledem k jednání nepochybnou složku regulační. (Říčan, Krejčířová, 1997, s. 127)

Studium těchto poruch se datuje od začátku rozvoje moderní dětské psychologie a psychopatologie a do jeho dějin se zapsal i náš **prof. Antonín Heveroch** (1869- 1927), který v učitelském časopise *Pedagogické rozhledy* (ročník 1904- 1905) uveřejnil seriál tří článků „*Dítě neposedá*“. (Říčan, Krejčířová, 1997, s. 127)

Vytvoření konceptu těchto poruch ve světě je spjato především se jmény známého vývojového psychologa **Heinze Wernera** (nar. 1890) z tvarové školy a neuropsychiatra **S. Strausse**, německých badatelů, působících ve 30.- 40. letech za oceánem. Uvedli do literatury pojem mozkového poškození s příznačnými projevy a nápadnostmi v psychice již v našem pojetí.

Studium mozkových poškození začali u mentálně retardovaných dětí, brzy však správně pochopili význam centrálního poškození pro duševní rozvoj dítěte bez ohledu na jeho inteligenci. Z typických příznaků, jež prokázali u dětí poškozených, soudili pak na přítomnost poškození i tam, kde přímé doklady pro ně v anamnéze nenacházeli. Na tyto práce představující významný směr navázali další, např. **N. Kephart** a z téměř současných zejména **prof. William Cruickshank (1919 - 1992)**, zakladatel mezinárodní akademie pro výzkum poruch učení. Především rozvoj týmové práce umožnil rozpoznání a studium těchto komplexních jevů. (Říčan, Krejčířová, 1997, s. 127)

Významnou konstitutivní složku současného poznání představuje dílo **Arnolda Gesella (1880 - 1961)**, lékaře a psychologa. V roce 1941 vyšlo 1. vydání díla stálé hodnoty „*Vývojové diagnostiky*“ A. Gesella a C. Amatrudové. V souvislosti s časnými mozkovými poškozeními se tu hovoří o nepříznivých důsledcích pro rozvoj osobnosti, o subklinických, jemných deficitech, o nedokonalosti lidského chování. Autoři upozorňují na různou míru postižení a podle závažnosti rozlišují tři typy poškození : 1. devastující (nejtěžší)- projevující se mentální retardací,
2. elektivní (částečné)- zde mají na mysli zejména motorická poškození ve smyslu rané dětské mozkové obrny,
3. minimální (nejlehčí)- zcela ve smyslu dnešního pojetí lehkých mozkových dysfunkcí.

Předjímají tak trvale platný poznatek o plynulém odstupňování následků poškození, který byl dále upřesněn v konceptech „biologického gradientu nemoci“ či „kontinua reprodukčních ztrát“, zejména však v pozdějších pracích A. M. Lilienfelda a především B. Passamanicka a H. Knoblochové, hovořících o „kontinuu reprodukčních postižení“. (Říčan, Krejčířová, 1997, s. 128)

Již od padesátých let byly příčiny postižení spatřovány převážně v nepříznivých činitelích působících prenatalně, perinatálně a postnatálně a je tomu tak i u našeho pojetí lehkých dětských encefalopatií.

Zde připomeňme geselovský výrok (z citovaného díla), týkající se pravděpodobnosti poškození: *“I zcela negativní porodní anamnesa a novorozenecké období proběhlé bez rušivých příhod vyžadují někdy diagnosu lehkého poškození na základě přetrvávajících či jen postupně ubývajících známek v chování. V nejasných a pochybných případech platí toto bezpečné pravidlo: Netvrďme, že zde určitě došlo k mozkovému poškození, ale předpokládejme, že každé dítě, které se narodilo živé, bylo vystaveno obecnému nebezpečí takového poškození.”* (Říčan, Krejčířová, 1997, s. 128)

V našich podmínkách byl originální koncept těchto poruch - nezávisle na světovém vývoji - vypracován systematickým úsilím interdisciplinárního týmu pracovníků Krajské dětské psychiatrické poradny Středočeského kraje a Dětské psychiatrické léčebny v Dolních Počernicích, vedeného primářem MUDr. JUDr. **Otakarem Kučerou (1906 - 1980)**. Monografického zpracování se problematice dostalo v dosud v mnohém ohledu platném díle: *„Psychopatologické projevy při lehkých dětských encefalopatiích“* (1961). Nelze nevzpomenout pediatra **Karla Macka**, jehož zkušenosti a intuici vděčíme u nás za „objev“ problematiky drobných poškození centrální nervové soustavy. (Říčan, Krejčířová, 1997, s. 127)

Lehkými dětskými encefalopatiemi dnes již v klasickém „kučerovském“ pojetí se rozumí drobné difúzní poruchy mozkové tkáně trvalého rázu vzniklé prenatalně, perinatálně nebo postnatálně, rozhodně však před „dobou dospělosti“. Poruchy jsou lehké v tom smyslu, že při nich není výrazněji postižena motorika či rozumové schopnosti, jež nejsou nižší než podprůměrné. U těchto dětí nacházíme však jiné výrazné poruchy psychických procesů a funkcí, zejména v motorice, vnímání, jednání a myšlení. Tyto primární poruchy spoluutvářené zpravidla i nevhodnými vlivy výchovnými jsou podkladem širokého spektra rozmanitých psychopatologických projevů. (Říčan, Krejčířová, 1997, s. 128)

Vývoj poznatků pokračoval bouřlivě a někdy rozporně. Na počátku 60. let se nashromáždilo ve světě značné množství poznatků, zabývajících se problematikou lehkých mozkových postižení z nejrůznějších hledisek. Bylo navrženo množství definic a názvů. Některé termíny zdůrazňují převládající příznaky a dominantní obtíže, jiné názvy se snaží proniknout pod povrch chování, k funkcím, které je podmiňují. To je, mohli bychom říci, psychologická rovina

uchopení problému. Příkladem jsou názvy jako „percepčně-motorická porucha“, „lehké mozkové dysfunkce“, „specifická neschopnost pro řeč“ aj. Konečně některé termíny se snaží proniknout až k primárním příčinám poruch, a to jak z hlediska časové okolnosti jejich vzniku (např. „perinatální encefalopatie“), tak z hlediska vystižení příčin až na úrovni neurofyzilogické, biochemické a anatomické. Jde jim nejen o stanovení rámcových příčin (etiologie), nýbrž i jednotlivých patogenetických mechanismů. Příklady takových termínů jsou např. „hypoxidóza centrálního nervového systému“, „hyperventilační alkalóza“, „porucha metabolismu monoamidů“, „centrální amfetaminemie“. (volně podle Řičana, Krejčířové, 1997, s. 129)

V roce 1962 se konala v Oxfordu konference věnovaná terminologickým problémům. Bylo doporučeno nadále užívat termínu „minimální mozková dysfunkce“. Tento název dostal přednost před termíny jako „lehké mozkové postižení“ nebo „lehká dětská encefalopatie“ zejména proto, že prokázat faktické organické poškození mozku ve smyslu strukturálního poškození, tedy přímého poškození mozkové tkáně, se u našich případů na dané úrovni rozvoje metodik zdaleka vždy nedařilo a nedaří. Zvolená „psychologická“ rovina přístupu na úrovni jednotlivých duševních funkcí a jejich poruch až dosud nejlépe odrážela dosažený stupeň poznání, i když dobře víme, že táž dysfunkce může být způsobena rozličnými příčinami a jedna a táž příčina může vést ke zcela rozdílným obrazům poruch. (Řičan, Krejčířová, 1997, s. 129)

Pokud jde o vymezení lehkých mozkových dysfunkcí, dospěla v roce 1966 komise pod vedením psychologa S. Clementse k následující definici: *Syndrom lehké mozkové dysfunkce se vztahuje na děti téměř průměrné, průměrné nebo nadprůměrné obecné inteligence s určitými poruchami učení či chování, v rozsahu od mírných po těžké, které jsou spojeny s odchylkami funkce centrálního nervového systému. Tyto odchylky se mohou projevit různými kombinacemi oslabení (impairment) ve vnímání, tvoření pojmů, řeči, paměti a v kontrole popudů nebo motoriky. Podobné příznaky mohou nebo nemusí komplikovat problematiku dětí s mozkovou obrnou, mentální retardací, slepotou a hluchotou. Tyto odchylky mohou vznikat z genetických variací biochemických nepravidelností, perinatálních poškození mozku či jiných onemocnění nebo poškození prodělaných v průběhu let, jež jsou kritická pro rozvoj a zrání centrálního nervového systému, anebo z příčin neznámých.*

Ve srovnání s naším původním vymezením lehkých mozkových encefalopatií je koncept lehkých mozkových dysfunkcí širší. Původní pojetí zahrnovalo obtíže na podkladě časného difúzního poškození mozku, zde je důraz kladen na oslabené funkce bez ohledu na příčiny postižení. (Říčan, Krejčířová, 1997, s. 130)

Současné pojetí:

„Do této kategorie patří **drobné difúzní poruchy mozku**, které mohou vzniknout v době vývoje a zrání centrální nervové soustavy. Nevelké funkční odchylky centrální nervové soustavy mohou vést k **různorodým projevům v oblasti psychické, pohybové a vegetativní**, v závislosti na jejich lokalizaci.“ (Vágnerová, 1995, s. 100)

„Syndrom lehké mozkové dysfunkce se vztahuje na děti téměř průměrné, průměrné nebo nadprůměrné obecné inteligence s určitými poruchami učení či chování, v rozsahu od mírných po těžké, které jsou spojeny s odchylkami funkce centrálního nervového systému. Tyto odchylky se mohou projevovat různými kombinacemi oslabení ve vnímání, tvoření pojmů, řeči, paměti a v kontrole pozornosti, popudů nebo motoriky.“ (Zelinková, 1998, s. 13)

Jak uvádí Matějček (1995, s. 25), v roce 1980 vydala skupina expertů Národního ústavu zdraví ve Washingtonu spolu s experty Ortonovy společnosti a dalších institucí tuto definici:

„Poruchy učení jsou souhrnným označením různorodé skupiny poruch, které se projevují zřetelnými obtížemi při nabývání a užívání takových dovedností, jako je mluvení, porozumění mluvené řeči, čtení psaní, matematické usuzování nebo počítání. Tyto poruchy jsou vlastní postiženému jedinci a předpokládají dysfunkci centrálního nervového systému.

I když se porucha učení může vyskytovat souběžně s jinými formami postižení (např. smyslové vady, mentální retardace, sociální a emocionální poruchy) nebo souběžně s jinými vlivy prostředí (např. kulturní zvláštnosti, nedostatečná nebo nevhodná výuka, psychogenní činitele), není přímým následkem takových postižení nebo nepříznivých vlivů.“

Podle Z. Třesohlavé a kol. (1983) jde o poškození mozkové tkáně v důsledku prenatálních, perinatálních nebo postnatálních mozkových příhod. Tato diagnóza má poměrně pestré etiologii. (Langer, 1999, s. 227)

Lehké mozkové dysfunkce mají různou variabilitu příznaků, které mají rovněž různou míru závažnosti. Porucha navíc není stabilní, ale **vývojově značně proměnlivá**, v závislosti na zrání i kompenzačních či naopak rušivých vlivech učení. (volně podle Vágnerové, 1995, s. 100)

Lehká mozková dysfunkce (přesněji lehké mozkové dysfunkce- pro množství vzájemně odlišných syndromů) - známá v terminologii rovněž jako minimální mozková dysfunkce nebo lehká dětská encefalopatie, kvalifikovaná jako „Porucha aktivity a pozornosti“, či „Nedostatek pozornosti s hyperaktivitou“ nebo „Hyperkinetická porucha chování“. Jedná se o syndrom rozmanitě etiologických, časných patologicko- anatomických poruch, které postihly mozek dítěte v jeho vývoji (nejčastěji v období perinatálním). Jde o psychické poruchy na základě drobných difúzních lézí mozkové tkáně (mj. též hypoxie při porodu). Inteligence není postižena, ale jedinci se vyznačují různorodou symptomatikou. Nejčastějšími příznaky jsou: hyperaktivita nebo naopak inhibice, percepčně-motorická narušenost, emoční labilita, celkový koordinační deficit, poruchy pozornosti, impulzivita, poruchy paměti a myšlení, specifické poruchy učení, poruchy řeči a slyšení atd. (Dvořák, 1998, s. 46)

Dnes se již nehovoří o lehké mozkové dysfunkci, ale v novějších literárních pramenech se podle nové klasifikace nemoci hovoří o **ADD** - poruše pozornosti anebo **ADHD** - poruše pozornosti spojené s hyperaktivitou. Tato klasifikace více vypovídá o projevech takto postiženého dítěte, než o příčinách vzniku této poruchy.

ADD je anglická zkratka pro neschopnost udržet pozornost. „**Takový jedinec se nedokáže soustředit na práci, započatou činnost nedokončí, neudrží nit hovoru.**“ Týká se to však hlavně starších a dospělých jedinců. Hlavním příznakem je značný motorický neklid, jako bubnování prsty apod. (S. Langer, 1999, s. 229)

Vágnerová (1995, s. 101) uvádí, že četnost této poruchy v dětské populaci je poměrně značná, literární zdroje na základě průzkumů uvádějí asi 3 % dětí. Příznaky jsou různorodé a vytváří u každého dítěte různý, individuálně typický obraz. Vzájemný vztah specifických poruch učení a

lehkých mozkových dysfunkcí vyplývá z několika výše uvedených definic. U dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí se mohou, ale nemusejí projevit poruchy učení.

2.1.2 PŘÍZNAKY A FORMY LEHKÉ MOZKOVÉ DYSFUNKCE

(volně podle Vágnerové, 1995, s. 101)

- a) Poruchy dynamiky a psychiky
- b) Poruchy emocionality
- c) Poruchy motoriky a senzomotorické koordinace
- d) Poruchy vnímání
- e) Poruchy řeči
- f) Poruchy učení
- g) Poruchy biorytmu a vegetativních funkcí

ad a) Do této kategorie patří **nerovnoměrný vývoj** v rozvíjení psychických funkcí, či jejich nestejněmorné narušení. Celkový psychický vývoj není harmonickým procesem, ale objevují se zde výkyvy v různých oblastech i fázích vývoje. U těchto dětí jsou zaznamenávány výkyvy v projevu, to znamená, že v krátkodobém sledu u nich zaznamenáváme výkyvy ve výkonu i celkovém ladění. Tyto výkyvy jsou často nesprávně hodnoceny jako lajdáctví a lenost, což nepříznivě ovlivňuje postoje okolí k dítěti a jeho sebehodnocení, avšak tyto projevy nejsou vůlí ovlivnitelné. Patří sem rovněž **změna aktivační úrovně**, která je typická pro lehké mozkové dysfunkce a vyvolává vesměs negativní reakce okolí. Nejčastěji to bývá hyperaktivita, která se projevuje již od počátku vývoje dítěte. V předškolním věku se jeví jako typický psychomotorický neklid, dítě nevydrží u žádné činnosti, stále je něčím rozptylováno, otáčí se, vybíhá z lavice apod. Hyperaktivita se projevuje nadbytečnou motorickou aktivitou, která není přiměřená věku dítěte. Děti s lehkou mozkovou dysfunkcí bývají zvýšeně dráždivé na vnější podněty, často reagují nepřiměřeně, např. příliš intenzívně, což vede k rychlejšímu vyčerpání, snadné unavitelnosti a tím logicky k horší mrzuté náladě. Dítě není schopné tlumit a

diferencovat reakce na podněty, protože není schopné ani výběrového zaměření pozornosti. Jeho aktivita je neúčelná, nadbytečná, reakce jsou impulzivní, bez zábran, zbrklé, bez rozmyslu.

Aktivační úroveň může být i snížena, kdy se děti jeví utlumené, apatické, hypoaktivní, což je ze sociálního hlediska pro děti lepší, bývají lépe přijímány, avšak hypoaktivita se u dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí vyskytuje poměrně vzácněji.

Se změnou aktivační úrovně souvisí **poruchy pozornosti**. Dysfunkce pozornosti negativně ovlivňuje veškeré poznávací procesy, uplatnění schopností a snižují efekt učení. Pozornost bývá krátkodobá, intenzita koncentrace pozornosti slabší, často je generalizovaná a nevýběrová (nejsou schopné zaměřit se jen na podstatné znaky, i když by byly schopné je diferencovat), ulpívá na podnětu - dítě není schopno pohotově reagovat na změny situace. Nedostatky pozornosti jsou ve vazbě na závažnost, charakter a lokalizaci postižení velmi variabilní, souvisí i s vývojovou úrovní dítěte.

ad b) Děti s lehkou mozkovou dysfunkcí bývají citově labilní, se sklony k afektivním výbuchům, které se střídají se skleslostí a pasivitou. Typickým znakem jsou časté a zdánlivě bezdůvodné výkyvy nálad. Citové reakce těchto dětí bývají nezralé, jejich osobnost mívá řadu infantilních znaků a sníženou frustrační toleranci, která rovněž souvisí s horším ovládním se, afektivními nebo až agresivními reakcemi.

ad c) Děti s lehkou mozkovou dysfunkcí bývají často méně obratné až nemotorné, což souvisí s jejich poruchami koordinace, i když jsou celkově spíše hypermobilní. Obtíže převažují v oblasti jemné motoriky a senzomotorické koordinace. Mají dlouho obtíže při zapínání knoflíků, zavazování tkaniček a vůbec při manipulaci s drobnými součástkami čehokoliv. Porucha jemné motoriky se rovněž projevuje při kreslení. Kresby bývají nepřesné, neúhledné, disproportionální a celkově působí chaoticky.

ad d) Dalším problémem spojeným s drobným organickým poškozením centrální nervové soustavy jsou tzv. dysgnózie, což jsou lehčí poruchy nebo opoždění vývoje v oblasti vnímání. Jedná se především o obtíže v přesnější diferenciaci, analýze a syntéze zrakových či sluchových podnětů.

V oblasti zrakové: Děti špatně rozlišují převrácené tvary, nevšímají si drobných detailů, podobné a stejné obrázky neumí přesně diferencovat, neumí přesně určit z jakých detailů se skládá celek apod. Podstatně déle, než jiné děti nerozlišují pravou a levou stranu.

V oblasti sluchové: Objevují se podobné nápaditosti jako v oblasti zrakové. Děti špatně odlišují podobné hlásky a nedovedou rozložit slova na jednotlivá písmena. Mívají problémy ve vnímání rytmu.

ad e) Poruchy řeči bývají u dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí spojeny s drobnými odchylkami či s jejich sumárním účinkem. Blíže jsou rozvedeny v kapitole **2.1.4** (na str. 23) **D ů s l e d k y l e h k é m o z k o v é d y s f u n k c e p r o v ý v o j ř e č i.**

ad f) Rozumové schopnosti dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí nemusí být a většinou ani nebývají narušeny. Bývá však mnohdy změněna jejich struktura (např. převažují neverbální schopnosti nad verbálními apod.) Obecně lze konstatovat, že inteligence těchto dětí není v souladu s tím, jak ji využívají, jejich výkony bývají horší, než by odpovídalo schopnostem dítěte. Obtíže ve vnímání, poruchy pozornosti, psychomotorický neklid, neobratnost, narušená řeč a řada dalších odchylek se spolupodílejí na poruchách učení. V terminologii je využíván název „specifické poruchy učení“ Tyto poruchy mohou být generalizované nebo zahrnovat jen jednu určitou oblast. Mezi specifické poruchy učení patří:

Dyslexie - porucha čtení, projevující se ztíženou schopností naučit se číst při běžném výukovém vedení, přiměřené inteligenci, sociokulturní příležitosti. Porucha může postihovat rychlost čtení, přesnost (domýšlí si text, zaměňuje písmena) nebo porozumění čtenému textu - úroveň čtení je výrazně nižší, než obecná inteligence. (volně podle Zelinkové, 1998, s. 21)

Dysgrafie - porucha psaní - postihuje písemný projev, dítě má ztíženou schopnost vybavovat si jednotlivé tvary písmen při běžném výukovém vedení, přiměřené inteligenci. Porucha postihuje celkovou úpravu písemného projevu, písmo je neupravené, rozházené až nečitelné. Ve slovech dochází k redukci vynecháváním písmen nebo slabik, či k záměně tvarově podobných písmen. (volně podle Zelinkové, 1998, s. 21)

Dysortografie - porucha pravopisu, projevující se ztíženou schopností zvládat aplikaci pravopisných pravidel, při přiměřené inteligenci, bez výskytu smyslové vady, bez závažné

pohybové poruchy a bez nedostatků v citové oblasti. Porucha nepostihuje celou oblast gramatiky, týká se pouze tzv. specifických dysortografických jevů. Děti s touto poruchou nejčastěji zaměňují krátké a dlouhé samohlásky, nerozlišují slabiky dy - di, ty - ti, ny - ni, vynechávají, přidávají, zaměňují písmena či celé slabiky atd. (volně podle Zelinkové, 1998, s. 21)

Dyskalkulie - porucha matematických schopností, projevuje se obtížemi v orientaci na číselné ose, záměnami číslic (např. 6 - 9), záměnami čísel (např. 2008 - 2800), neschopností provádět matematické operace (sčítání, odčítání, násobení, dělení), poruchami v prostorové a pravolevé orientaci. (volně podle Zelinkové, 1998, s. 21)

Dítě se specifickými poruchami učení má obtíže ve vyučovacím procesu. Podle současné legislativy (směrnice MŠMT k integraci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení č. j.: 13 710/ 2001- 24, § 4 vyhl. č. 35/ 1992 Sb., { o mateřských školách} a § 3 odst. 11 vyhl. č. 127/ 1997 Sb., { o speciálních školách a speciálních mateřských školách}) má dítě s takovouto diagnózou nárok na speciálně pedagogický přístup ze strany učitele, ovšem za předpokladu spolupráce rodiny a školy. Některé základní školy mají pro tyto děti vytvořen reedukační program a žáci docházejí jednou týdně po vyučování do tzv. dyslektické ambulantní poradny. V těchto dyslektických poradnách pracují učitelé vzdělaní v problematice reedukace specifických poruch učení. (Tomická, 2000, s. 4)

ad g) Poruchy biorytmu a vegetativní odchylky bývají prvními příznaky lehké mozkové dysfunkce. Projevují se již od počátku vývoje a bývají navíc posilovány negativními reakcemi prostředí, jehož nároky jsou pro takové dítě příliš vysoké. Poruchy jídla a spánku působí rušivě a mají v zásadě dva nepříznivé důsledky. První z nich je zvýšení rizika dalšího vyčerpávání a větší unavitelnosti. Druhý problém je spíše sociálního charakteru, ve smyslu posilování negativních reakcí a odmítání dítěte, které má další, ne zcela srozumitelné potíže. (Vágnerová, 1995, s. 109)

Projevy lehkých mozkových dysfunkcí mohou být způsobeny nejen poškozením nervové činnosti, ale i vlivy společenskými, neboť mají svůj typický odraz v sociální oblasti, tedy komplexní zpětné vazbě reakcí v rodině, škole, mezi vrstevníky. Tyto děti bývají vesměs často negativně přijímány, což mívá za následek sekundárně vzniklé poruchy chování.

Dítě, které je chronicky frustrováno svými školními neúspěchy a necítí se dostatečně přijímáno ve vlastní rodině, se dostává do stavu nesnesitelného napětí. Trvá-li delší dobu, vyvolává toto napětí zákonitě různé neurotické příznaky (nechutenství, bolesti hlavy, žaludku, poruchy spánku, tiky apod.) (Pokorná, 1997, s. 21)

Aby dítě dosáhlo vyrovnanosti, musí použít některý z náhradních způsobů chování. Nejčastějšími obrannými reakcemi jsou různé formy úniku nebo útoku, které se mohou projevovat rezignací, uzavíráním se do vlastního světa, vytvářením pomyslné stěny mezi sebou samým a děním ve třídě, či agresivním chováním, vzpurností, přecitlivělostí na sebemenší omezení, neposlušností a neklidem. Tyto reakce dětí opětovně vyvolávají negativní postoj okolí k němu samému. Začarovaný kruh se začíná roztáčet, rodiče bývají zklamáni a u dítěte se rozvíjí neurotické chování. Zvyšují se represe vůči dítěti, zvyšuje se bezmoc dítěte a bezmoc rodičů a učitelů. Ze vztahů mezi dítětem a jeho okolím se ztrácí vzájemná důvěra. Vnitřní rovnováha dítěte je narušena, jeho chování se pro okolí jeví velmi nápadné, pro okolí nepřijatelné. V těchto souvislostech mluvíme o poruchách chování, jako sekundárně vzniklých důsledcích (příznacích) specifických poruch učení. (volně podle Pokorné, 1997, s. 21)

Specifické poruchy chování jsou spjaté s oslabením ve funkcích a schopnostech, které jsou zodpovědné za řízení, regulaci a integraci chování, opět při inteligenci nejméně v mezích širší normy. Patří sem psychické funkce a vlastnosti zakotvené v centrálním nervovém systému, jako je pozornost, reaktivita, úroveň aktivace, cílesměrnost, sebekontrola, ale též řeč jako důležitý činitel autoregulace apod. (Říčan, Krejčířová, 1997, s. 135)

Specifické poruchy učení a specifické poruchy chování se mohou, ale nemusí vyskytovat zároveň. Mnohdy se navzájem kombinují, prolínají a potencují. Vstupují do bohatých interakcí s prostředím dítěte, zejména sociálním, v jejichž průběhu je původní, genotypická podoba poruch dalekosáhle dotvářena. Specifické poruchy chování ve svých sekundárních následcích vedou mnohdy též k nedostatečnému využívání kapacity rozumových schopností, snižují tedy výkonnost dítěte a druhotně působí též problémy výukové. (volně podle Říčana, Krejčířové, 1997, s. 135)

V dětské populaci nacházíme asi 3 % dětí se specifickými poruchami učení a asi 3 % dětí se specifickými poruchami chování, celkem tedy asi 5- 6 % (při určitém překrývání) dětí, které potřebují speciální porozumění a pomoc pro specifické vývojové poruchy. (Říčan, Krejčířová, 1997, s. 138)

2.1.3 VZNIK A PŘÍČINY LEHKÉ MOZKOVÉ DYSFUNKCE

Příčinou mohou být drobná organická poškození mozku, nezralost nebo nerovnoměrné vyzrávání centrální nervové soustavy, způsobené nedostatkem kyslíku (hypoxií) během nitroděložního vývoje a za porodu. Po porodu jde často o následky poruch výměny látkové.

(Machová, Trefný, 1991, s. 70)

Jak uvádí Machová a Trefný (1991, s. 70) biologické a sociální rizikové faktory pro vznik hypoxie (a tím pro vznik lehké mozkové dysfunkce) v prenatálním a perinatálním období byly podle stupně závažnosti seřazeny sestupně takto (Kempný, Zášková, 1990) :

- 1. předčasný porod ve 32. - 34. týdnu,**
- 2. dvojče B,**
- 3. Rh. izoimunizace,**
- 4. porod koncem pánevním,**
- 5. cukrovka matky vzniklá za těhotenství,**
- 6. svobodná matka,**
- 7. léčená neschopnost otěhotnět,**
- 8. obezita,**
- 9. cukrovka před těhotenstvím,**
- 10. krvácení v prvních třech měsících těhotenství,**
- 11. výška matky pod 154 centimetrů,**
- 12. předčasný porod ve 34. - 35. týdnu těhotenství,**
- 13. včasně lůžko (placenta praevia),**
- 14. EPH gestóza**

Z přehledu rizikových faktorů pro vznik lehké mozkové dysfunkce vyplývá i možnost prevence tohoto nežádoucího jevu během těhotenství a za porodu. Jde především o vyčlenění matek s

rizikovým těhotenstvím, kterým je dále věnována intenzivní a speciální péče, aby se zabránilo vzniku hypoxie u plodu. (Machová, Trefný, 1991, s. 70)

Nelze opomenout ani **dědičně podmíněnou dispozici** k nerovnoměrnému zrání jednotlivých mozkových struktur, které mají stejné projevy jako lehká mozková dysfunkce vyvolaná vnějšími faktory. (Vágnerová, 1995, s. 100)

Příčiny vzniku lehkých mozkových dysfunkcí jsou velmi rozmanité. V etiologii hrají svou úlohu jak mechanismy vnitřní, tak i vnější, vesměs ve vzájemné interakci. Poměrně často dochází k sumaci, popřípadě stupňování účinku několika méně významných etiologických faktorů. (Vágnerová, 1995, s. 100)

2. 1. 4 DŮSLEDKY LEHKÉ MOZKOVÉ DYSFUNKCE PRO VÝVOJ ŘEČI

Poruchy řeči bývají u dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí spojeny s různými drobnějšími odchylkami či jejich sumárním účinkem. (Vágnerová, 1995, s. 106)

Děti s lehkou mozkovou dysfunkcí často trpí poruchami jak v porozumění řeči, tak poruchami aktivní řeči.

a) Poruchy v porozumění řeči: Porozumění řeči u takto postižených dětí může být negativně ovlivněno především drobnějšími **poruchami sluchové diference**. Tyto potíže rovněž mohou být vázány na specificky **verbální dysgnózi**. Určitou roli zde hraje i povrchní a krátkodobá pozornost, fakt, že děti se dobře nesoustředí na to, co kdo říká. (volně podle Vágnerové, 1995, s. 106)

Sluchová diference - jde o schopnost sluchového analyzátoru rozlišovat jednotlivé zvuky. S touto problematikou úzce souvisí pojem **sluch fonematický**, což je schopnost rozlišovat ve slovech sluchem jednotlivé hlásky.

7)

Verbální dysgnózie - slovní hluchota, obtíže při poznávání slovních signálů akustických.

Jedná se tedy o poruchu, kdy děti nechápou význam některých slov či jemné odstíny smyslu sdělení. (Dvořák, 1998, s. 46)

b) Poruchy aktivní řeči: Aktivní řečový projev dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí bývá nápadný především z formálního, méně často z obsahového hlediska. (Vágnerová, 1995, s. 106)

Formální stránka řeči: bývá typická **poruchami artikulace a rytmu**. Neobratnost motoriky mluvidel se projevuje častější a závažnější dyslálií i v nepřesném rytmu řečového projevu. U školních dětí tyto poruchy přetrvávají v menší míře, ale se znaky typickými pro lehkou mozkovou dysfunkci. Mluvíme o **specifickém logopedickém nálezu**. Za specifickou poruchu výslovnosti u lehkých mozkových dysfunkcí jsou obecně považovány **artikulační neobratnost** a **specifická asimilace**. (volně podle Vágnerové, 1995, s. 107)

Dyslálie - patlavost - tak se nazývá vadná výslovnost jedné nebo více hlásek mateřského jazyka, přičemž ostatní hlásky jsou vyslovovány správně. Je to neschopnost vyslovit nebo správně utvořit určité hlásky, popřípadě celé hláskové skupiny. Jde o vadu vývojovou, tj. o vadu, která vzniká za vývoje výslovnosti, a která přetrvává údobí kolem sedmého roku. Dítě při ní hlásku buď vůbec netvoří nebo ji vynechává (mogilálie), určitou hlásku zaměňuje jinou hláskou (paralálie), či hlásku sice vytváří, ale nesprávně, patologicky, v jiném artikulačním místě a vyslovuje ji nesprávně. Takto tvořená hláska je pak zvukově deformována a je v rozporu s normou daného jazyka. Nejčastěji bývá postižena hláska „ř“ a „r“, pak sykavky, méně již ostatní. Podobný způsob tvoření označujeme připojením přípony - ismus k řeckému názvu hlásky (g - gamacismus apod.). (volně podle Sováka, 1986, s. 155)

Artikulační neobratnost - častěji a vhodněji označována jako *dyspraxie verbální*, je odchylka řeči, kdy dítě umí správně tvořit jednotlivé hlásky (všechny) i celá jednoduchá slova, ale selhává při realizaci složených a

viceslabičných slov, artikulace je namáhavá, těžkopádná, nápadně neobratná, někdy i těžko srozumitelná, jde o neschopnost složitější koordinace koartikulačních pohybů. (Tomická, 2000, s. 7)

Specifická asimilace - (sykavek) - obtíže při artikulaci slov nebo slovních spojení, v nichž se střídají ostré a tupé sykavky (event. polosykavky), přičemž artikulaci sykavek (polosykavek) v běžných slovech zvládá,

- může být progresivní (šustí - šuští).
- může být degresivní (šustí - sustí).

(Tomická, 2000, s. 6)

Asimilace - přizpůsobení, připodobňování, splývání, splynutí, spodoba, např. jsou-li ve slově vedle sebe dvě hlásky, z nichž jedna je znělá a druhá neznělá, dochází při výslovnosti ke spodobě. (Tomická, 2000, s. 6)

Specifický logopedický nález - Tento pojem zahrnuje - artikulační neobratnost, specifické asimilace (asimilace sykavek a asimilace dvojic tvrdých a měkkých slabik- např. di - dy, ti - ty, ni - ny) a narušený jazykový cit. Specifický logopedický nález se vyskytuje vždy ve spojitosti s lehkou mozkovou dysfunkcí jako jeden z příznaků. Tyto specifické obtíže se vyskytují u dětí v různém stupni - někdy jsou úporné a na první poslech patrné, jindy je zachytíme až cíleným a zaměřeným vyšetřením, specifický logopedický nález má prokazatelný vztah k obtížím ve sluchovém rozlišování hlásek a ve **sluchové analýze** a **syntéze**, a tedy i velmi úzký vztah k dyslexii a dysortografii, dysgrafii. (Tomická, 2000, s. 7)

Sluchová analýza - schopnost vyčlenit určitý zvuk z celostního zvukového vjemu (např. jeden hudební nástroj při hře orchestru). Vyčlenit jednotlivé hlásky ze slova. (Dvořák, 1998, s. 18)

Sluchová syntéza - schopnost poznat slovo pouze na základě vyslovených izolovaných hlásek. (Tomická, 2000, s. 7)

U dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí jsou v řečové oblasti časté ještě další nedostatky jako je **vývojová dysfázie**, **tumultus (breptavost)**, nebo některé typy **koktavosti**. (volně podle Kutálkové, 1996, s. 158)

Vývojová dysfázie - jedná se o specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené - sociální prostředí, emocionální vazby, kvalita a četnost podnětů, smysly, přiměřená (neverbální) inteligence, zpětná vazba, negativní klasické neurologické vyšetření. Předpokládá se, že dysfázie je způsobena drobným difúzním poškozením tzv. řečových zón vyvíjejícího se mozku v časných stádiích. Speciální zkoušky u většiny dětí potvrzují známky lehké mozkové dysfunkce. Porucha má systémový charakter a zasahuje v různém stupni a širokém spektru senzorickou i motorickou oblast ve všech jazykových rovinách. (Dvořák, 1998, s. 44)

Tumultus sermonis - breptavost - je vývojová patologická odchylka plynulosti mluvy. Mezi rozličnými příznaky je charakteristická obvykle překotnost tempa řeči (akcelerace intraverbální i interverbální), jehož důsledkem je vynechávání slabik, přeřikávání, opakování slabik. Dochází i k deformaci obsahu - vybočení od tématu, vynechání podstatných informací, absence sémantické soudržnosti apod. Postižena je i prozódie - chybný přízvuk, nepravidelné tempo řeči, monotónní mluva aj. Na rozdíl od koktavosti, kterou si jedinec uvědomuje a vůlí obvykle neovládne, breptavý si poruchu sám neuvědomuje (nedostatečná autokorekce) a je-li korigován, mluvní projevy ovládá. Řeč breptavého jedince je pro okolí obtížně srozumitelná. Je výrazná diskrepance mezi úrovní intelektu a jazykovými schopnostmi, které jsou podstatně nižší.

Příčiny breptavosti mohou být : - **dědičnost**,

- **poruchy v dominanci hemisfér**

(**zkřížená dominance**),

*-prokazuje se organický původ
breptavosti na bázi lehké mozkové
dysfunkce.*

Logopedická terapie se zaměřuje na zpomalení tempa (metronomem), vedení jedince k tzv. efektivní sebekontrolé (zpětná vazba - nahrávka řeči na magnetofon a její reprodukce postiženému). (Dvořák, 1998, s. 31)

Koktavost - balbuties - je porucha plynulosti mluvního projevu. Obvykle je zařazována mezi neurózy řeči, jako funkční porucha a předpokládá se, že koktavost vzniká jako následek traumatu u disponovaného jedince. Připouští se dědičný původ koktavosti (respektive zděděná dispozice). Některé teorie se přiklánějí k organickým příčinám - např. morfologické (tvarové) změny ústřední nervové soustavy (ve striopalidu), abnormality anatomické stavby řečových orgánů. K vnějším příčinám patří - negativní vlivy výchovy (v rodině, ve škole aj.) psychotraumata apod. Většinou jde o kombinace různých příčin. (Dvořák, 1998, s. 28)

K prevenci poruch řeči obecně je třeba znát základní zákonitosti vývoje řeči.

2.1.5 ZÁKLADNÍ ZÁKONITOSTI VÝVOJE ŘEČI

(podle Krejčíkové, Kaprové, 1999, s. 7)

Řeč je významným nástrojem, kterého my lidé užíváme k tomu, abychom navazovali vzájemné kontakty, dovídali se nové informace, sdělovali si své myšlenky, podělili se o své pocity radosti i smutku. Řeč nám otevírá cestu do světa vědění, ale také je to nástroj, který nám otevírá cestu do světa lidí, cestu k druhým lidem, a to prostřednictvím vzájemného dorozumění a porozumění, pochopení jeden druhého. Slovo je mocným činitelem, jeho význam velmi dobře chápali naši předkové. Řeč a její nástroj jazyk v sobě kumuluje kulturní dědictví předchozích generací. Řada významných sdělení je podávána ústní formou a nezdědka jsme v této souvislosti svědky nejen výrazové neobratnosti řečníka, ale i četných nedostatků ve formální stránce řeči - výslovnosti, zvuku řeči, její intonaci, melodii. Tyto nedostatky mohou negativně ovlivnit

působivost i sdělovací hodnotu projevu. Neobvyklá a nápadná forma řeči je prvkem odvádějícím pozornost posluchačů od vlastního obsahu sdělení. Ještě větší nebezpečí je třeba spatřovat v možnosti přivyknout k těmto nedostatkům, akceptovat je jako normu, případně prvek, kterým lze ukázat vlastní individualitu. Z těchto argumentů jasně vyplývá jak je důležité zabývat se nejen nápravou poruch řeči, ale především jejich včasnou prevencí.

Každé dítě přichází na svět s vrozenou schopností naučit se mluvit. Tato jedinečná schopnost se ale rozvine v dovednost pouze za odpovídajících podmínek a vhodných okolností. Řeč je velice složitý psychomotorický proces, kterého se účastní mnoho orgánů v těsné koordinované spolupráci. Z toho vyplývá, že jedním z hlavních předpokladů pro rozvoj správné řeči je **funkčnost mluvních orgánů** bez patologických změn (např. rozštěpy patra apod.). Umění správně mluvit není však dáno jen vnitřními dispozicemi jedince, jeho nadáním, typem osobnosti, ale je výsledkem **výchovy a přímého vlivu prostředí** (sem patří přiměřený mluvní vzor, hodnotový systém rodiny ve smyslu vztahu k řeči apod.).

Prevence poruch řeči probíhá již před narozením v těle matky a je odrazem jejího postoje k ještě nenarozenému dítěti. Osvojování řeči probíhá v období po narození dítěte a prochází vývojovými stadii: *a) stadium předřečové*

b) stadium přechodné

c) stadium vývoje vlastní řeči

ad a) Vývoj řeči člověka začíná spontánním nediferencovaným **křikem**. Toto období je třeba považovat za průpravu budoucího užívání hlasu při řeči a rozdělení poměru vdechu a výdechu a hospodaření s dechem. Nediferencovaný křik se zhruba v 6. týdnu po narození mění v **křik s citovým zabarvením**. Měkký a jemnější hlasový začátek značí pozitivní rozpoložení dítěte, kdežto tvrdé, ostré nasazení hlasu je vyvoláno nepříjemnými pocity. Toto rozlišení nasazení hlasu nás provází i v dospělosti - jsme-li rozčilení, zpravidla i náš řečový projev je realizován ostrým a důrazným nasazením hlasu. Již v tomto období je třeba dbát na **prevenci dětské chraptivosti**, která vzniká z nešetrného užívání hlasu a přepínání hlasivek.

ad b) Dětský křik postupně přechází do další vývojové etapy, **období broukání (žvatlání)**. Zpočátku se jedná o **pudové broukání**, hru s mluvidly, jejich procvičování. Dítě přitom vnímá tyto pohyby a osvojuje si prvotní vzorce pohybů mluvidel- jazyka, rtů, měkkého

patra, hltanu. Zhruba okolo 5. měsíce života se u dítěte objevuje záměrná snaha o napodobení zvuků vlastních či zvuků okolí a snaha o napodobení pohybů, které dítě pozoruje na tváři mluvící osoby. Pudové broukání přechází do stadia **broukání napodobovacího**. Zde se již také projevuje zpětná vazba sluchová. Děti s poruchou sluchu se v tomto období odmlčují a to právě proto, že zde chybí zpětnovazební sluchová stimulace.

V období napodobovacího žvatlání se začínají upevňovat zvuky, které tvoří součást zvukového materiálu daného jazyka. Dítě s radostí napodobuje zvuky, které jsou pozitivně přijímány v jeho okolí. Jeho *chut' mluvit* je třeba *využívat a podporovat*. Jestliže nedochází k pozitivní odezvě ze strany rodiny, i dítě slyšící, při dlouhodobém nedostatku pozitivní zpětné vazby, ve svých promluvách ustává, odmlčuje se a vývoj řeči může být ohrožen, zpomalen.

Normální vývoj řeči přechází postupně z napodobovacího broukání do **období porozumění řeči**. Dítě v této době (zhruba okolo 6.- 8. měsíce života) ještě nemluví, ale rozumí sdělením, výzvám, které se váží ke konkrétní situaci. Rozumění obsahu sdělení je podmíněno modulací mluvního projevu dospělých, intonací řeči, její melodií, ale také přirozená gestikulace mluvčího, kterou své sdělení doprovází, je pro dítě pomůckou pochopení smyslu sdělení.

V průběhu těchto vývojových etap řeči si dítě fixuje základní charakteristiky melodie mateřštiny, její rytmus, základní zvukový inventář hlásek. *Není proto vhodné předkládat dítěti deformovaný mluvní vzor včetně mazlivého šišlání a zkomolených zdrobnělin.* Takovýto mluvní vzor si dítě při pozitivní zpětné vazbě může velice pevně zafixovat a obtížně se pak od nesprávných stereotypů ustupuje.

ad c) Období vývoje vlastní řeči je datováno zhruba koncem prvního roku věku dítěte.

Přibližně v tomto věku dítě začíná používat svá první slova. Okruh pojmů se postupně s rozvojem poznání dítěte rozšiřuje. Tento proces není vždy rovnoměrný. Střídají se období značné akcelerace s obdobím určité stagnace. Nové slovo - jeho obsah - musí dítě zprvu pochopit a teprve potom je možné, aby se stalo součástí jeho slovní zásoby.

V období vývoje vlastní řeči můžeme oddělit období, kdy jedno slovo má význam celé věty tzv. slovověty. Obsah sdělení je specifikován pomocí modulačních faktorů, gestikulací, mimikou. Dvouslovné věty zpravidla vyjadřují dějový vztah. Vývoj řeči není nikdy ukončen. Od okamžiku proslovení prvních slov se rozšiřuje okruh situací, myšlenek a informací, se kterými se člověk setkává, které na něho působí a které zakomponovává do své zkušenosti, paměti, slovní zásoby. V životě člověka se ale již nikdy ve vztahu k vývoji řeči neopakuje období, označované v odborné literatuře jako **kritické období**, v jehož průběhu dochází během velice krátké doby k osvojení dovednosti mluvit, osvojení si slovní zásoby potřebné k vyjadřování pocitů, přání, myšlenek a užívání gramatických pravidel, a to zcela spontánně, na základě mechanismu napodobování, analogie a transferu. Jedná se zejména o období života dítěte od narození do tří let věku, kdy lze pozorovat nesmírnou akceleraci rozvoje řečových dovedností. Dítě v tomto věku bývá v literatuře označováno za geniálního lingvistu, schopného s nevídanou lehkostí a tvořivostí aplikovat gramatická pravidla. V tomto věku je dítě schopno tvořit v duchu gramatických zákonitostí zcela nová slova a slovní spojení, která velice přiléhavě vyjadřují danou skutečnost, byť nejsou součástí standardní slovní zásoby spisovné češtiny. Z hlediska vývoje řeči lze za kritické období považovat celé období předškolního věku a toto období je nutno využít k navození správných mluvních mechanismů a jejich základů.

2. 1. 6 PREVENCE A PROFYLAXE LEHKÉ MOZKOVÉ DYSFUNKCE

Prevence těch typů lehké mozkové dysfunkce, které jsou způsobeny poškozením centrální nervové soustavy, patří do medicíny. Spočívá především v plánovaném rodičovství a to hlavně u rodičů s problematickou rodinou anamnézou, pravidelné a účelné odborné lékařské péči během těhotenství, ve vyhýbání se teratogenním vlivům během těhotenství i před ním (drogy, alkohol, kouření, infekce apod.), správné životosprávy či správné a účinné kompenzaci některých onemocnění vyskytujících se v průběhu těhotenství. Tím se rozumí např. dietetická úprava při gestačním diabetu či EPH-gestóze. Často se však poškozením centrální nervové soustavy a následnému vzniku lehké mozkové dysfunkce vyhnout nelze. Podstatně větší možnosti má prevence poruch způsobených vlivy společenskými. (volně podle Kutálkové, 1996, s. 158)

Posouzení, sledování a reedukace dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí vyžaduje komplexní tým složený z **pediatra, neurologa, psychologa, speciálního pedagoga**, s možností dalších speciálních vyšetření. Lékařská péče sleduje celkový stav dítěte, léčí je a usměrňuje celou životosprávu dítěte. (volně podle Gutvirtha, 1984, s. 128)

Velmi důležitá je **úprava rodinných poměrů dítěte** a celého okolí. Především je nutno vytvořit dobré rodinné prostředí, neboť tyto děti nejvíce ze všeho a od počátku svého vývoje potřebují **individuální výchovný přístup, který by respektoval jejich zvláštnosti**. Jedná se především o kladné přijímání dítěte jako takového i s jeho nedostatky. Dítě s touto poruchou vlastně žije neustále za ztížených podmínek, k jejichž zlepšení nepomohou ani tresty, ani sliby, přemlouvání či výčitky, o výsměchu ani nemluvě. (volně podle Gutvirtha, 1984, s. 129)

V rodině působí takto postižené dítě převážně rušivě a to v průběhu celého vývoje. Vyžaduje více času, pozornosti a přináší méně uspokojení. Nesplňuje představy rodičů a projevuje se bez ohledu na jejich výchovné úsilí stále stejně nepřiměřeně. Rodič se cítí neúspěšným, bezradným, frustrovaným a velmi často přičítá vinu dítěti, které následkem toho různým způsobem trestá, mnohem více jej kontroluje, dává mu více příkazů a v neposlední řadě je méně chválí a povzbuzuje. Takovýmto dítětem se rodiče méně zabývají, je jim spíše na obtíž. Důsledkem

toho se děti od rodičů trvale něčeho dožadují, předvádějí, se vymáhají pozornost a pomoc, jsou náročnější a nepřizpůsobivé. Rodinné prostředí dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí bývá mnohem častěji hodnoceno jako nepříznivé. Je zde větší počet neúplných a nefungujících rodin s nevhodnými výchovnými postoji a s nedostatečnými citovými vztahy mezi členy rodiny. Jednotlivé projevy lehké mozkové dysfunkce se budou zjevněji manifestovat u dítěte s nedostatečným a nepřiměřeným výchovným prostředím. Na druhé straně musíme vzít na vědomí, že toto dítě může být samo činitelem, který k rozvratu rodiny přispívá. *Změna postoje k dítěti i modifikace výchovného přístupu* je běžným sociálním následkem u takto postižených dětí. Nejčastěji se projevuje značným zpřísněním výchovného režimu až na úroveň drezúry, nebo naopak pocity bezmocnosti, rezignace či viny a úzkosti, že bylo ve výchově cosi opomenuto, zanedbáno. V emoční složce postoje k dítěti se zvyšuje *odmítání* či *ambivalence*. U dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí se často vytváří situace, kdy je dítě ve skutečnosti trestáno za projevy své nervové poruchy. Nápadné chování vytváří výchovnou situaci, kdy dítě dostává mnohem více negativních než pozitivních podnětů. V krajních případech mohou tyto děti provokovat rodiče až k nepřiměřené agresivitě, zejména pokud tito dospělí jsou sami nevyzrálí a nevyrovnaní. (volně podle Vágnerové, 1995, s. 115)

Aby se těmto nežádoucím jevům ve výchovném působení předešlo:

(částečně podle Gutvirtha, 1984, s. 129, částečně podle Kutálkové, 1996, s. 158, částečně podle přednášek a zkušeností z vlastní praxe)

- 1. Je třeba, aby dítě bylo kladně přijímáno,**
- 2. aby rodiče byli dostatečně informováni o poruše svého dítěte a jejích úskalích,**
- 3. nenechat se odradit výchovnou náročností,**
- 4. dítě pozitivně stimulovat a povzbuzovat, především neustále chválit a to nejenom za dobrý výkon, ale i za jakoukoliv dobře míněnou snahu (zpočátku i krátkodobou a nesystematickou), tresty nejlépe zcela vypustit, neboť dobrý výsledek není odvislý jen od dobré vůle dítěte.**
- 5. Je třeba zabránit tomu, aby se dítě něco naučilo špatně, i za cenu velmi malých a postupných kroků.**
- 6. Při práci s dítětem pokud možno odstranit všechny rušivé vlivy, neboť pozornost dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí je velmi křehká a dá se velmi snadno rozptýlit.**

7. Mít pro činnost s dítětem vše připravené a promyšlené, abychom ho neunavili teprve samotnou přípravou.
8. Je lepší počítat s krátkodobou činností, neboť tyto děti jsou snadno unavitelné a pozornost udrží spíše krátkodobě i u činností, které je zajímají.
9. Do práce s dítětem je lepší zapojit co nejvíce smyslů.
10. činnosti je potřeba střídat a prokládat je pohybem, či změnou polohy, která dítěti vyhovuje, neboť sedět klidně samo o sobě vyčerpává pozornost dítěte natolik, že už mu nezbyde energie na nic jiného.
11. Je třeba být důslední a pravidelní.
12. Dát životu dítěte řád během dne i během roku, neboť tyto posilují pocit jistoty a bezpečí.
13. Vždy je potřeba najít nejprve příčinu neklidu nebo potíží, ujasnit si, kdy asi vznikla a jaké je povahy. Pak teprve hledat co nejúčinnější postup, nejlépe po poradě s odborníkem- psychologem, logopedem nebo lékařem- podle povahy obtíží.
14. Rozhodně je však třeba hledat, co je na dítěti dobrého, v čem vyniká, než výčet jeho neschopností, a to proto, aby mělo dítě možnost zažít úspěch, který bude působit jako protiváha jeho nedostatkům a neúspěchům a zároveň jako motivace k dalším činnostem.
15. Je třeba obrnit se notnou dávkou trpělivosti a pochopení, neboť konflikty zřejmě zcela nevymizí, ale podstatně jich ubude. Do budoucna je nutné dívat se s nadějí, postupné zrání centrální nervové soustavy způsobí, že časem bude problémů ubývat a kolem devátého roku se obvykle vyrovnají.

Děti s lehkou mozkovou dysfunkcí nebývají oblíbené ani v **dětské skupině**. Hyperaktivita, zbrkllost a nešikovnost jsou vlastnosti, které snižují status dítěte zejména při hře. Dále působí negativně neschopnost akceptovat a podřídít se určitým pravidlům hry, nedostatek sebeovládání ji ruší. Pro své vlastnosti bývají děti s lehkou mozkovou dysfunkcí v kolektivu vrstevníků odmítány a stávají se často vhodným objektem k jejich odreagování agresivity. Popřípadě se snaží udržet kontakt přijetím takové sociální role, kterou upoutávají pozornost, např. role šaška nebo své kamarády uplácení, slouží jim apod. (volně podle Vágnerové, 1995, s. 117)

V předškolním věku se typické projevy lehké mozkové dysfunkce stále více vyhraňují a zároveň se snižuje sociální tolerance k jejich odchylkám. *Vývoj* takového dítěte bývá

nerovnoměrný a v mnoha směrech *opožděn*. *Hrubá motorika* i *manuální zručnost* bývá již jednoznačně hodnocena jako *neobratná* a *špatně koordinovaná*. *Nešikovnost* se projevuje v oblasti sebeobsluhy, ve hře, ale hlavně v práci s tužkou. *Pohybová neobratnost* může být základem i mnoha poruch výslovnosti, *dyslálií*, které dlouho přetrvávají. Dokonce i tehdy, dojde-li k určitému zlepšení, zůstává *neobratnost artikulační* jako projev *horší koordinace mluvidel*. *Řeč* bývá *opožděna* i z obsahového hlediska, některé děti mají *chudý slovník* a nemluví *gramaticky správně*. V této době se mění sociální tolerance k vývojovým poruchám řeči a zvyšuje se v tomto směru tlak na dítě. *Rozvoj poznávacích procesů* je, zejména ke konci předškolního věku, negativně ovlivněn. V rámci drobných poškození mozku začínají být v této době zřejmé *nedostatky ve zrakovém i sluchovém vnímání*, které mají charakter dysgnózií. Jejich přetrvávání je na překážku školní úspěšnosti a tak bývá jednou z příčin odložení školní docházky. *Názorové myšlení* je vázáno na aktuálně vnímané či představované prvky. U dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí je v rámci všech potíží *infantilnější, s typickými výkyvy, zabíhavé* k nepodstatným detailům a *ulpívající* na nějakém, aktuálně dominujícím stereotypu. Jeho emoční ovlivnění je ještě výraznější než běžné. Nejen v poznávacích procesech, ale i ve všech ostatních oblastech jsou velké potíže s *nápadnou hyperaktivitou a komplexní poruchou pozornosti*, která se projevuje neschopností vydržet delší dobu u jakékoliv vývojově adekvátní činnosti, jakož i rušivou, neúčelnou a nekoordinovanou aktivitou. Vzhledem ke všem obtížím, které takové děti mají, se zcela pochopitelně *opožďuje i jejich socializace*. Vztahy k lidem bývají povrchní, nezralé a je jich málo, protože tyto děti jsou vesměs přijímány jako nežádoucí a obtížné. *Normy chování* si osvojují *později* a hlavní problém je v tom, že je nejsou schopny dodržovat. Nejsou schopny diferencovat různé sociální role a tak se chovají všude stejně, familiárně a vlezle, bez respektování jakéhokoliv omezení. Protože již od útlého dětství jsou *citově labilní* a mají *nízkou frustrační toleranci*, nejsou schopné přiměřené adaptace na běžné podmínky, které pro ně představují subjektivně nadměrnou zátěž. Důležitým aspektem jejich sociální role je i předpokládaná vina, nesprávné pochopení příčiny adaptačního selhání. (Vágnerová, 1995, s. 114)

Nástup do školy bývá většinou odložen, protože děti s lehkou mozkovou dysfunkcí nebývají v šesti letech školsky zralé ani připravené. To je zřejmé v *oblasti motoriky, poznávacích procesů, sociální zralosti*, ale především v závislosti na odchylkách v *oblasti psychické*

dynamiky (hyperaktivita, výkyvy ve výkonu, nepozornost apod.). Zařazení do školy tvoří pro takto postižené dítě komplexní zátěž, kterou lze rozdělit zhruba na dvě základní oblasti:

1. Z hlediska **sociální adaptace** se běžně vytváří problém, vyplývající z **neschopnosti akceptovat roli školáka**. Děti nerespektují sociální normy platné v tomto prostředí, zejména tehdy, jestliže vyžadují zralejší úroveň autoregulace a sebeovládání. K učitelům se chovají familiárně, infantilně, nediferencují roli učitele a spolužáků, nedovedou se podřídít autoritě. Stanovená pravidla chování ve třídě nedodržují, protože jsou příliš impulzivní a dráždivé a mají nízkou toleranci k zátěži, než aby byly schopné zralejší reakce.
2. **Adaptační potíže jsou zřejmé i v oblasti výkonu**. Děti **nedovedou pracovat na úrovni svých schopností, které plně nevyužijí**. Nejsou schopné vytrvalejší a cílevědomější činnosti. Jejich **výkon je charakteristický výkyvy**, často zdánlivě nepochopitelnými. Časová náročnost školní práce je pro ně příliš vyčerpávající a unavuje je ve větší míře, než je běžné. Mnohdy navíc nemají zafixované pracovní návyky, nejsou samostatné a dokáží pracovat jen pod přímým vedením a dohledem. (Vágnerová, 1995, s. 116)

Opatření proti prohlubování obtíží:

(částečně podle Gutvirtha, 1984, s. 129, částečně podle Kutálkové, 1996, s. 158, částečně podle Machové a Trefného, 1991, s. 73, dále ze zkušeností z praxe a přednášek)

- Především je nutné, aby u dítěte byla stanovena diagnóza,
- dále je důležitá informovanost o problematice a to všech činitelů výchovně vzdělávacího procesu včetně dětí (samozřejmě způsobem přiměřeným věku).
- Možnost úpravy podmínek - dle legislativy - úprava počtu dětí ve třídě, speciální pedagog, možnost speciálního a individuálního přístupu, uplatnění speciálně pedagogických metod apod.
- Osobnost učitele, jeho kladný postoj k dítěti i přes výchovnou náročnost. Přirozená autorita pedagoga dokáže v mnohém ovlivnit i postoje ostatních žáků k dítěti.
- Nutná je úzká spolupráce školy a rodiny a případně psychologa, neurologa a pediatra.
- Dále je třeba postupovat ve smyslu zásad **1 - 15** ze strany 22 - 23.
- Samozřejmě nelze opomenout uplatňování všeobecných pedagogických zásad - tedy názornosti, uvědomělosti, systematickosti, postupnosti, individuálního přístupu a trvalosti.

2. 1. 7 METODY POUŽÍVANÉ V PEDAGOGICKÉ PRÁCI MATEŘSKÝCH ŠKOL

V kolektivu mateřské školy je dítě rušivým elementem. Hra se mu nedaří, kostky a tužka mu padají z rukou, křehké hračky se rozbíjejí, dlouho a obtížně se učí zavázat tkaničku a zapnout si knoflíky. Dítě začíná mít první neúspěchy. K nim přispívá i těžká přizpůsobivost výchovným požadavkům; na omezování reaguje rozladěním a agresivitou. Nejvíce vadí nadměrná pohyblivost dítěte, jeho impulzivní jednání, neklid, dráždivost a neschopnost soustředit se na činnost. Ostatní děti si nerady s takovýmto dítětem hrají, s rodiči a učiteli se dostává do konfliktu, dospělí je mají méně rádi, neustále je napomínají a trestají, neboť chování dítěte považují za úmyslné. (Machová, Trefný, 1991, s. 72)

Pro **správný pedagogický přístup k dítěti** je, jak výše uvedeno, velmi důležité, aby byla stanovena diagnóza lehké mozkové dysfunkce. Učitelka musí o dítěti vědět, zda jeho potíže jsou ještě v mezích normy, nebo již tuto normu překračují. (Machová, Trefný, 1991, s. 73)

Lehká mozková dysfunkce může být rozpoznána lékařem a psychologem již ve věku tří let při preventivní pediatrické prohlídce, kdy je hodnocen dosavadní vývoj dítěte. V tomto věku to však bývá ještě obtížné, neboť většina dětí byla dosud v péči rodiny, jejíž výchovné metody, sociální situace a vzájemné citové vztahy jsou individuální a někdy i těžko zjištělné. Lehká mozková dysfunkce bývá tedy diagnostikována mnohdy až v pěti letech života při pediatrické prohlídce, která je zaměřena na stanovení školní zralosti. (Machová, Trefný, 1991, s. 73)

Pro celkovou úspěšnost dítěte s lehkou mozkovou dysfunkcí v mateřské škole má rozhodující význam učitelka !!!, která je poučena o problematice lehké mozkové dysfunkce a ve spolupráci s rodiči poskytuje dítěti povzbuzení a individuálně zaměřené

vedení. Dítěti neukládá úkoly, které nemůže zvládnout, ale zadává mu splnění takových činností, na které dítě stačí. Tak umožní dítěti prožitek radosti z úspěchu a vytvoří předpoklady pro kladnou motivaci k další činnosti. (volně podle Machové, Trefného, 1991, s. 73)

Hlavní zásadou výchovné práce je **netrestat** dítě za něco, za co nemůže. Je zapotřebí zajistit pro ně doma i v mateřské škole klidné prostředí, individuální přístup, při kterém má hlavní roli postupné dávkované a promyšlené zadávání úkolů, jež má splňovat předpoklady pro jejich úspěšné splnění. Je třeba dítě povzbuzovat, pozornost budit cestou zájmu a za správně splněný úkol či jen vynaloženou snahu **pochválit**. (Machová, Trefný, 1991, s. 73)

Do práce s dítětem je třeba zapojit najednou co nejvíce smyslů, činnost pokud možno spojovat a prokládat pohybem. Postupovat ve výchovně vzdělávacím procesu v rámci zásad 1 - 15 ze strany 22 - 23 a strany 24 - 25.

Metody a prostředky využívané v rámci naší speciální mateřské školy

Naše speciální mateřská škola pro děti s více vadami se specializuje na děti se zrakovými vadami, děti s mentálním deficitem, děti s lehčími poruchami řeči a děti s kombinovanými vadami. Většina postižení, které zde soustřeďujeme je lehčího až středně těžkého charakteru. Mezi našimi klienty se velmi často nacházejí i děti se symptomy lehké mozkové dysfunkce. Podkladem pro přijetí do mateřské školy je žádost rodičů a doporučení odborného lékaře - většinou pediatra, psychologa, neurologa nebo logopeda. Všichni členové pedagogického sboru mají legislativě odpovídající vzdělání v oboru speciální pedagogiky rozšiřujícího charakteru. Pracuje se zde pod vedením klinického logopeda, jenž má většinu našich klientů ve své ambulantní péči a rovněž pod dozorem a záštitou klinického psychologa - psycholožky, která osobně, kromě toho že naše děti trvale sleduje, provádí v místě mateřské školy jedenkrát týdně psychoterapii se zaměřením převážně na rozvoj a podporu sebevědomí a rozvoj kognitivních funkcí. V naší instituci je rovněž legislativně upraven počet žáků ve třídě na počty 10, 10 a 12 při třech třídách.

Mateřská škola běžně ve své praxi používá pomůcky a speciální pomůcky, jimiž obvykle mateřské školy nedisponují jako např. relaxační bazén, bzučák, logopedické kostky a jiný logopedický materiál, trojhranný program včetně speciálních nástavců, velkou stolní lupu apod. Kromě toho samozřejmě disponuje mnoha běžnými pomůckami a nepřehledným množstvím didaktického materiálu.

Na mateřské škole pracujeme podle v textu výše uvedených pedagogických zásad a postupů; vzhledem k tomu, že každé dítě, které naši mateřskou školu navštěvuje, je jinak disponováno, princip individuálního přístupu je zde samozřejmě každodenní nutností. Kromě rozšířené tyflopédické, psychopédické a logopedické péče - skupinové i individuální (pod vedením a dohledem odborníků), se ve vyšší míře věnujeme rozvoji hrubé a jemné motoriky, grafomotoriky a správnému úchopu pisadel, cvičením pozornosti a paměti, cvičením na zvýšení úrovně myšlení a řeči, percepčně-motorickým cvičením, percepčně-poznávacím cvičením apod.

3 PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část bakalářské práce na téma: „*Specifický logopedický nález u dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí v předškolním věku*“ je průzkumného charakteru. Již z jejího názvu vyplývá, že průzkum byl prováděn u předškolních dětí s diagnózou lehké mozkové dysfunkce či jejími symptomy.

3.1 CÍL PRAKTICKÉ ČÁSTI

Cílem praktické části bylo zmapování výskytu logopedických obtíží a projevů u předškolních dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí.

3.2 POPIS ZKOUMANÉHO VZORKU

Zkoumaný vzorek sestává z celkového počtu 50 dětí, který je dále členěn v *tabulce č. 1*

<i>Věk</i>	<i>Chlapci</i>	<i>Dívky</i>	<i>Celkem</i>
4 až 5	3	0	3
5 až 6	13	2	15
6 až 7	16	10	26
7 až 7,2	4	2	6
Celkem	36	14	50

tabulka č. 1- popis zkoumaného vzorku

Uvedená skupina dětí se symptomatikou lehké mozkové dysfunkce pochází z krajského města, které čítá asi 100 000 obyvatel. Valná většina těchto dětí navštěvuje předškolní zařízení, buď běžnou mateřskou školu, nebo speciální mateřskou školu. Pouze 3 děti z uvedeného vzorku v současné době nenavštěvují žádné předškolní ani jiné zařízení. Výběr skupiny dětí byl zcela náhodný.

3. 3 POUŽITÉ METODY

V bakalářské práci bylo využito *orientační logopedické vyšetření* (volně podle Tomické, 2004)- viz přílohy č. 1 a 2 (formulář), které zahrnuje tyto metody:

- ♦ **anamnéza**
- ♦ **rozhovor**
- ♦ **studium dokumentace**
- ♦ **orientační logopedická zkouška**

Anamnetické údaje, které jsou zde interpretovány, byly získány pomocí výše uvedených metod - *studiem dokumentace a rozhovorem* s rodiči uváděného vzorku dětí, jejich logopedy a učitelkami nejmenovaných mateřských škol.

Všechny zde uváděné skutečnosti byly získány se souhlasem rodičů prezentovaných dětí. Rodiče byly seznámeni se způsobem a účelem zpracovávání dat jejich dětí.

Cílem aplikace metod bylo:

- ♦ zjistit, jaké jsou společné znaky a problematické údaje raného vývoje dětí, jež mají symptomy lehké mozkové dysfunkce,
- ♦ zmapovat nejčastější projevy předškolních dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí a obtíže, s kterými jsou takto postižené děti nuceny se potýkat a to především v oblasti řeči

Vyšetření řeči jednotlivých dětí je rovněž součástí orientačního logopedického vyšetření.

Výsledky, které byly zjištěny pomocí výše uvedených metod jsou podrobně zpracovány a procentuálně vyčísleny v kapitole **3. 7 Výsledky a jejich interpretace** na straně 36.

3. 4 PRŮBĚH PRŮZKUMU

Nejprve byla telefonicky dle běžně dostupného přehledu kontaktována všechna předškolní zařízení ve městě a dotazována na problematiku dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí. Obdobným

způsobem byla rovněž kontaktována klinická logopedka, s která již delší dobu spolupracuje se speciální mateřskou školou, kde jsem zaměstnaná. Tímto způsobem byly vytipovány lokality s výskytem dětí se symptomy lehké mozkové dysfunkce.

Následně byla formulována žádost o spolupráci na bakalářské práci zabývající se problematikou lehké mozkové dysfunkce. V této žádosti o pomoc byla zahrnuta předběžná dohoda s rodiči vyšetřovaných dětí o poskytnutí k souhlasu k manipulaci s osobními údaji dětí, jejich vyšetřením a způsobem zpracování osobních údajů. Rodičům byl rovněž takto zprostředkován způsob a průběh orientačního logopedického vyšetření, jemuž dokonce někteří z rodičů byli na vlastní přání přítomni.

Děti byly vyšetřovány minimálně pod dohledem jedné odpovědné osoby, buď učitelky nebo ředitelky nejmenovaných mateřských škol, rodičů nebo klinické logopedky. Několik rodičů spolupráci na výzkumu k účelu bakalářské práce a poskytnutí údajů z osobních důvodů odmítlo, tyto děti nejsou v celkovém počtu popisovaného vzorku zahrnuty.

Získávání dat bylo časově velmi náročné a ne vždy ve všem zcela úspěšné. Například byly zaznamenány deficity v anamnéze, někteří z rodičů si nebyli schopni vybavit údaje o průběhu těhotenství a porodu. Při samotném logopedickém vyšetření jedno dítě z celkového počtu dětí odmítlo zcela spolupracovat, nenavázalo žádný kontakt

3. 5 STANOVENÍ PŘEDPOKLADŮ

Předpoklady byly stanoveny během teoretického zpracovávání této bakalářské práce, po prostudování různých odborných zdrojů zabývajících se problematikou lehké mozkové dysfunkce. K jejich stanovení přispěly rovněž několikaleté zkušenosti z praxe. Výběr předpokladů byl také předběžně prokonzultován s vedoucí bakalářské práce.

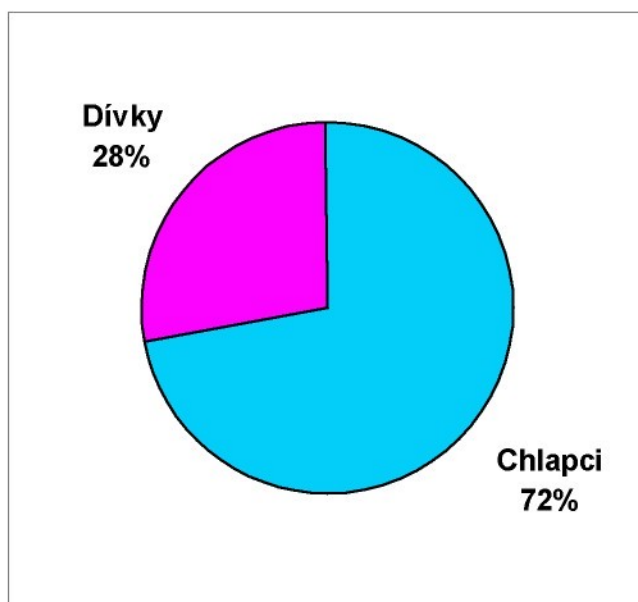
Celkem byly stanoveny 3 základní předpoklady:

- ♦ **Lze předpokládat, že syndromem lehké mozkové dysfunkce budou postiženi častěji chlapci, než dívky.**

- ♦ Lze předpokládat, že specifický logopedický náleznalezneme minimálně u 80% dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí.
- ♦ Lze předpokládat, že u dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí se budou nejvíce vyskytovat specifické asimilace.

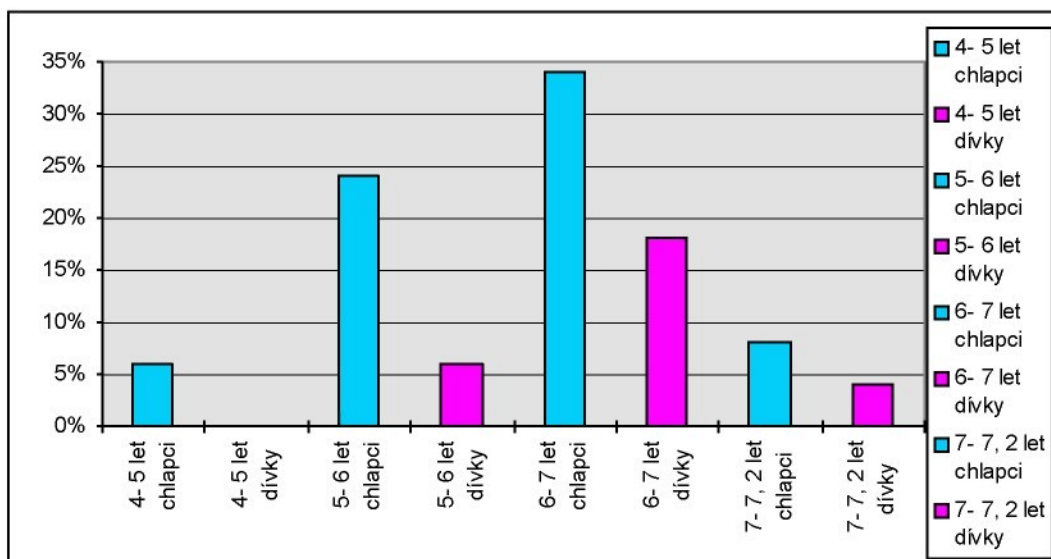
3. 6 VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH INTERPRETACE

Z vyšetřené vzorku 50 dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí bylo 36 chlapců a 14 dívek. Poměr rozložení zkoumané skupiny dle pohlaví procentuálně vyjadřuje *graf č. 1*.



graf č.1- rozložení skupiny dle pohlaví

Věkové rozložení zkoumaného vzorku dětí zobrazuje *graf č. 2* , na straně 43, který je rovněž rozložen dle pohlaví dětí a vyjádřen procentuálně.



graf č. 2 - rozložení vzorku dle věku a pohlaví

Z celkového počtu padesáti dětí se vyskytlo 32 s rizikovou rodinnou nebo prenatalní anamnézou. Byly zaznamenány:

- 4 případy, kdy již u rodiče byla diagnostikována vada či onemocnění (epilepsie, balbuties, dyslexie, neurotické obtíže, migrény, hyperaktivita, opožděný vývoj řeči),
- 1 případ levostranné laterality matky dítěte,
- 19 případů s rizikovou prenatalní anamnézou,
- 8 případů s rizikovou natální anamnézou (asfyxie, protahovaný porod),
- 8 případů přenošených dětí,
- 5 případů nedonošených dětí,
- 10 případů novorozenců s nízkou nebo naopak vysokou porodní váhou.

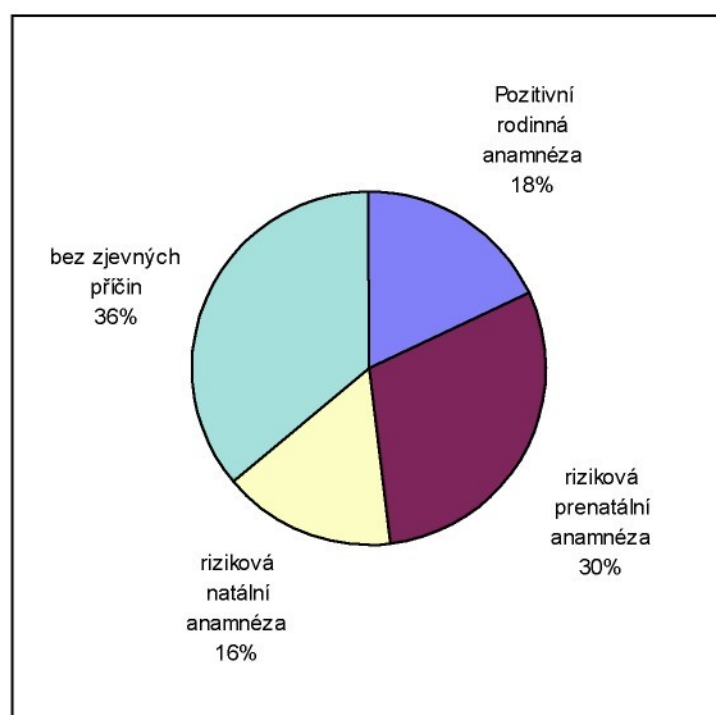
Tyto negativní vlivy a možné příčiny vzniku lehké mozkové dysfunkce mohou být dále rizikovým způsobem dotvářeny negativním nebo nevhodným působením výchovného prostředí dítěte. Za zjevně rizikové lze zde považovat:

- 9 případů dětí, které žijí pouze s osamělou matkou, kdy vztahy s otci dětí jsou více či méně narušené, nebo zcela chybí,

- 3 případy dětí dlouhodobě deprivovaných (1 dítě žije dosud v dětském domově, 2 byly teprve nedávno umístěny u pěstounských rodin).

Tyto dva výše uvedené body sice nejsou přímou příčinou vzniku lehké mozkové dysfunkce, ale spolu s jinými nepříznivými faktory mohou mít vliv na vznik poruch chování, nebo mohou u takto postižených dětí ovlivnit vznik a trvání neurotických či jiných obtíží, proto jsou zde uvedeny.

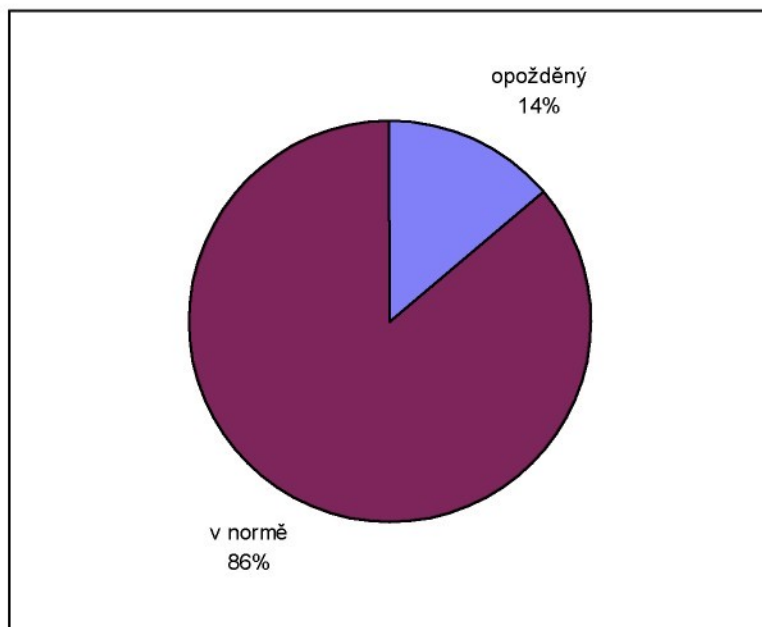
Následující *graf č. 3* uvádí procentuální poměr dětí s rizikovou rodinnou, prenatální a natální anamnézou a dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí, která nemá z hlediska zdravotního zjevný důvod.



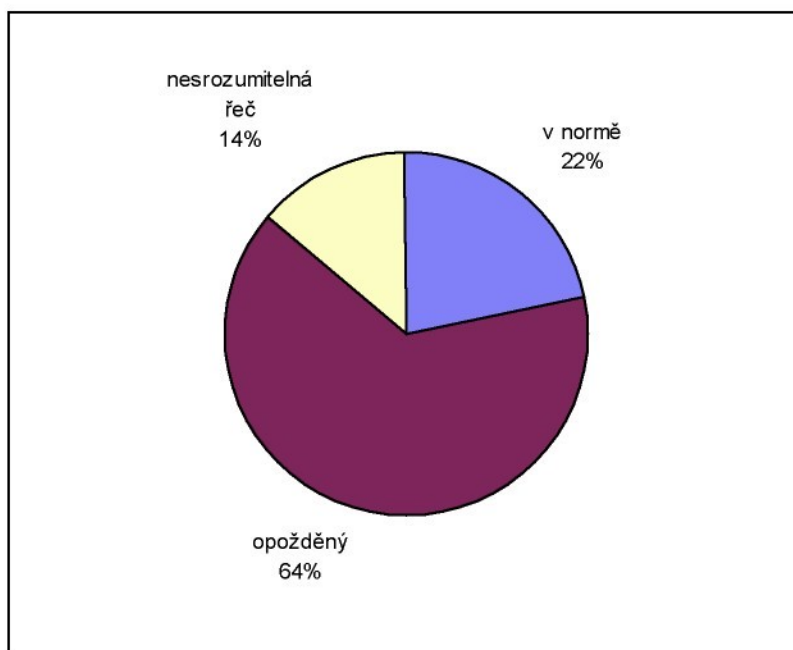
graf č. 3 - rizikové faktory pro vznik lehké mozkové dysfunkce

Další výzkum ve vybrané skupině byl zaměřen na raný motorický vývoj a počátky vývoje řeči u dětí s diagnózou lehká mozková dysfunkce. Dotazovaní rodiče zde prezentovaných klientů uvedli u 43 z nich průběh motorického vývoje jako korelující s vývojovými milníky, pouze v 7 případech se motorický vývoj jeví jako opožděný. Procentuálně je raný motorický vývoj zkoumané skupiny znázorněn *grafem č. 4* na straně 45. Větší problémy byly zaznamenány v oblasti raného vývoje řeči dětí zkoumaného vzorku. Pouze 11

dotazovaných rodičů prezentuje u svých dětí bezproblémový raný vývoj řeči, 32 jich konstatuje výraznější opoždění a 7 z nich datuje nástup aktivní řeči dítěte do období kolem jednoho roku, ale uvádí řeč jako velmi těžce srozumitelnou. Tyto vztahy jsou procentuálně zobrazeny v grafu č. 5 - raný vývoj řeči u dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí na straně 45.



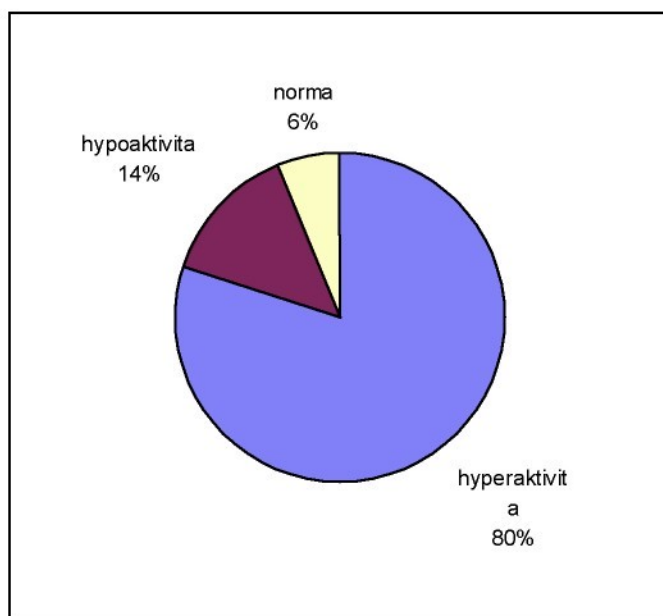
graf č. 4 - raný motorický vývoj zkoumané skupiny



graf č. 5 - raný řečový vývoj zkoumané skupiny

Velmi zajímavě dospěly výsledky sledované skupiny, pokud jde o oblast aktivity. Pomocí průzkumu bylo zjištěno, že porucha aktivity byla zjištěna u 47 dětí z celkového počtu stanoveného vzorku. Z toho bylo 40 dětí hyperaktivních a 7 dětí hypoaktivních. Pouze tři

děti nevykazovaly známky žádné aktivační poruchy. Procentuální vyjádření těchto vztahů znázorňuje *graf č. 6 - poruchy aktivity*.



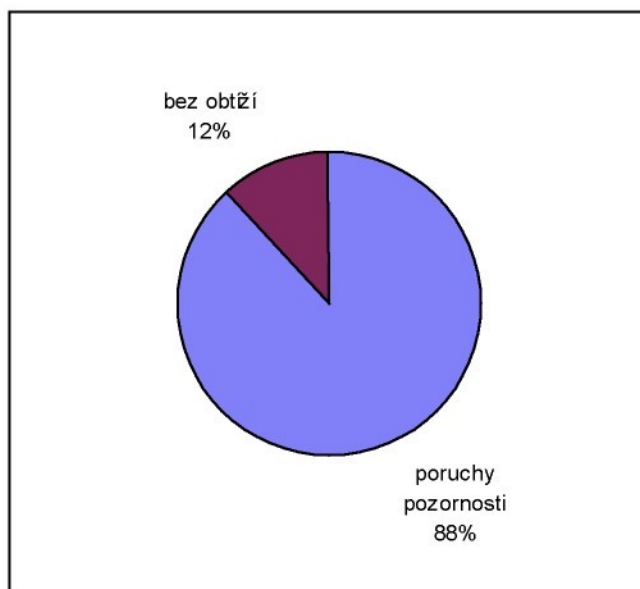
graf č. 6 - poruchy aktivity

Poruchy aktivity rovněž velmi úzce souvisí s poruchami pozornosti, obzvláště u dětí trpících hyperaktivitou. Poruchami pozornosti však mohou trpět i děti hypoaktivní nebo děti s normální aktivační úrovní na podkladě lehké mozkové dysfunkce. Procentuální poměr poruch pozornosti u zkoumané skupiny znázorňuje *graf č. 7* na straně 47.

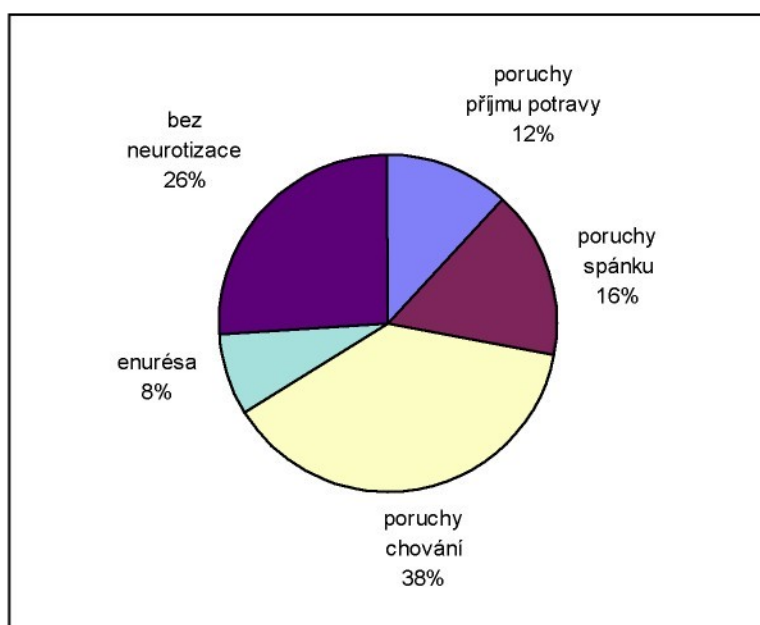
U dětí ze zkoumaného vzorku byly dále pozorovány a zmapovány další poruchy, které mohou přímo či nepřímo souviset s diagnózou lehká mozková dysfunkce. Jedná se konkrétně o:

- **poruchy příjmu potravy** - tyto byly konstatovány celkem u 6 dětí,
- **poruchy spánku** - zjištěny u 8 dětí,
- **poruchy chování** - zde je zahrnuta agresivita, negativismus, tyto byly zjištěny celkem u 19 dětí,
- **enuréza** - zjištěna ve 4 případech.

Procentuální poměr těchto obtíží znázorňuje *graf č. 8* na straně 47.



graf č. 7 - poruchy pozornosti



graf č. 8 - jiné neurotické obtíže

Dosud jsme se zabývali příčinami vzniku lehké mozkové dysfunkce u vybrané skupiny dětí a jejich rozmanitými projevy, které souvisí s touto diagnózou. Nyní se budeme podrobněji zabývat důsledky lehké mozkové dysfunkce pro rozvoj v řečové oblasti. Výčet a četnost mluvních obtíží a nedostatků dětí bude další náplní této bakalářské práce.

Při vyšetřování jednotlivých oblastí řeči byla prvořadá **orientační sluchová zkouška**, jejímž účelem bylo zjistit, zda vadná výslovnost některých z dětí není způsobena nebo podpořena vadou sluchu.

Děti byly vyšetřovány vždy v tiché místnosti. Při vyšetřeních jsem využila přímé spolupráce některých rodičů a učitelek mateřských škol s jejichž pomocí jsem si dítě vždy postavila do vzdálenosti 6 metrů od své osoby, vždy bokem ke mně. Pomocná osoba zakryla dítěti opačné ucho a přilehlé oko. Výhodou této spolupráce byl fakt, že děti byly v neustálém kontaktu s osobami, které dobře znají a důvěřují jim, což zřejmě také omezilo obtíže s navozováním kontaktu při vyšetření a děti lépe spolupracovaly. Po zakrytí příslušných analyzátorů dítě dostalo jednoduchou instrukci: „Zopakuj po mně nahlas slova, která slyšíš.“ Jednotlivá slova byla vyslovována šeptem.

Pro převodní vadu sluchu byla použita slova:

(vada, při které je omezeno nebo zcela chybí slyšení hlubokých tónů)

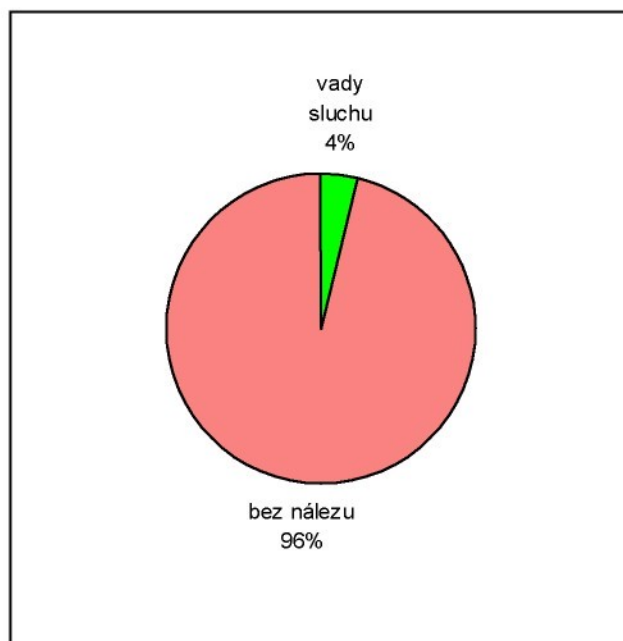
- *houba*
- *trouba*
- *chlouba*
- *zhouba*

Pro percepční vadu sluchu byla použita slova:

(vada, při níž je omezeno nebo zcela chybí slyšení vysokých tónů)

- *liška*
- *šiška*
- *sestřička*
- *sudička*
- *kočička*
- *babička*

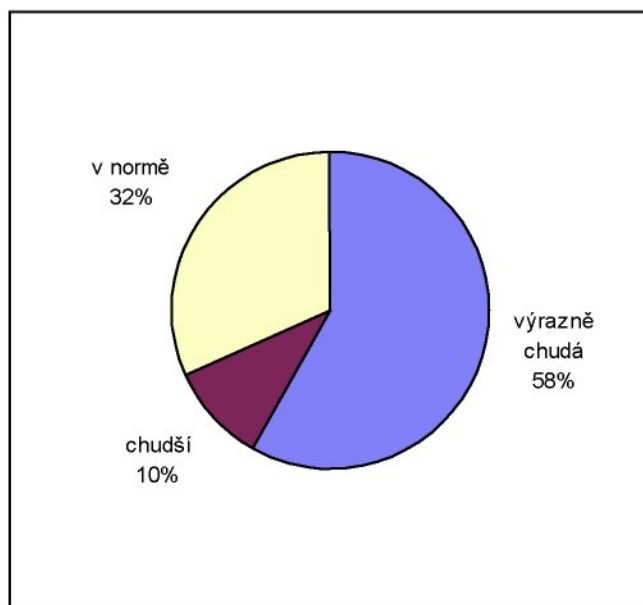
Pomocí tohoto vyšetření jsem zjistila, že většina z vyšetřených dětí tj. 48, nemá žádnou sluchovou vadu. Naproti tomu 2 děti nedokázaly dobře zopakovat slova s hlubokými tóny a jak bylo posléze zjištěno, v obou případech byla již dříve lékařem konstatována nedoslýchavost převodního typu. Procentuální vztah vad sluchu je znázorněn v *grafu č. 9*.



graf č. 9 - vady sluchu

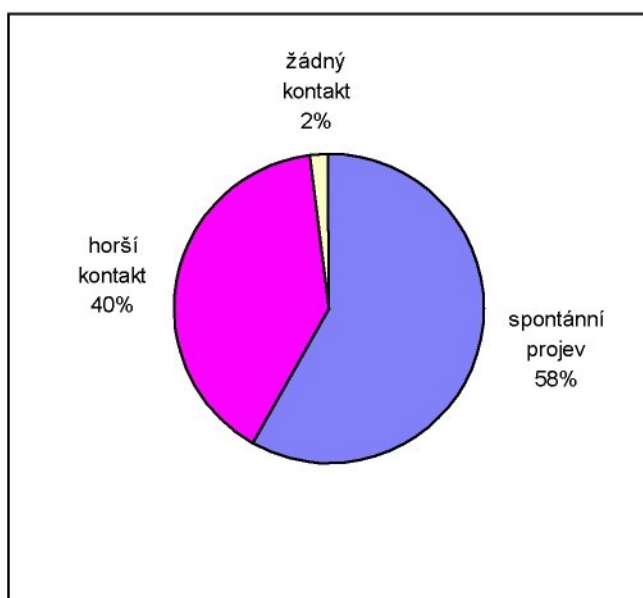
Další zkouška, která byla provedena, byla zaměřena na zjištění stavu slovní zásoby dětí. Dětem byly předkládány dějové a situační obrázky, ke kterým se měly samostatně vyjadřovat. Děti byly při svém projevu pozorovány. Důraz pozorování byl kladen na používání aktivní řeči, na faktory, zda dítě mluví ve větách, v rozvinutých větách nebo popisuje pouze slovně. Důležité bylo rovněž chápání souvztažností ať už dějových nebo časových apod. Informace, jež přímo vyplynuly z pozorování, byly ještě dále doplněny o údaje, které uvedli rodiče nebo učitelky mateřských škol, v jejichž péči se děti nacházejí.

Na základě této zkoušky bylo zjištěno, že u 34 dětí neodpovídá slovní zásoba jejich věkové úrovni a z toho mělo v lékařských záznamech od logopeda 29 dětí diagnostikován opožděný vývoj řeči. U zbývajících 5 dětí bylo pouze konstatováno, že oblast porozumění řeči je v nepoměru s jejím aktivním používáním a slovní zásoba je chudší, neodpovídá věku. U 16 dětí byla slovní zásoba vcelku dobře rozvinutá, odpovídající skutečnému věku dětí. Úroveň slovní zásoby je znázorněna a procentuálně vyčíslena v *grafu č. 10*.



graf č. 10 - slovní zásoba u dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí

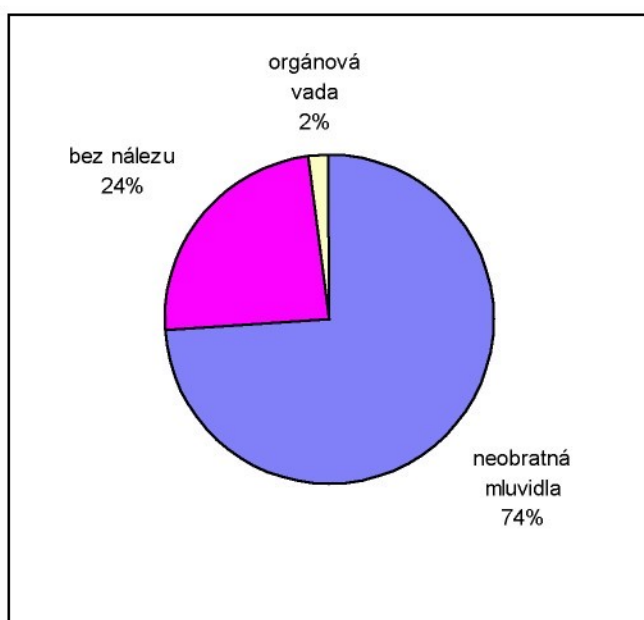
Jak bylo již výše zmíněno, k vyšetření slovní zásoby dětí se stalo nutností získávat informace také pomocí rozhovoru s rodiči a učitelkami mateřských škol, v jejichž péči se děti nacházely a to z toho důvodu, že některé z nich se i přes přítomnost jim známé osoby v průběhu vyšetření potýkaly s obtížemi v navazování kontaktu. Tyto obtíže byly zaznamenány celkem u 21 dětí ze zkoumané skupiny a z toho s 1 dítětem se nepodařilo navázat kontakt vůbec. U 29 dětí byl jejich spontánní projev až příliš vstřícný, familiární. Tyto údaje jsou procentuálně vyčísleny a znázorněny v grafu č. 11.



graf č. 11 - navazování kontaktu s dospělým

Dalším faktorem sledovaným v průběhu vlastního orientačního logopedického vyšetření bylo vyhledávání funkčního defektu nebo jen odchylky, která by dítěti ze stanovené skupiny bránila ve správném řečovém projevu. Cíleně zde byla zaměřena pozornost na artikulační obratnost. Bylo zjištěno, že s neobratností mluvidel se potýká 38 dětí z daného počtu, 12 z nich nemá žádné artikulační potíže a 1 dítě neumí mluvidla správně používat v důsledku nedávné operace patra a rtu. Stav tohoto dítěte se však údajně rychle zlepšuje. Procentuálně jsou tyto údaje znázorněny v *grafu č. 12*.

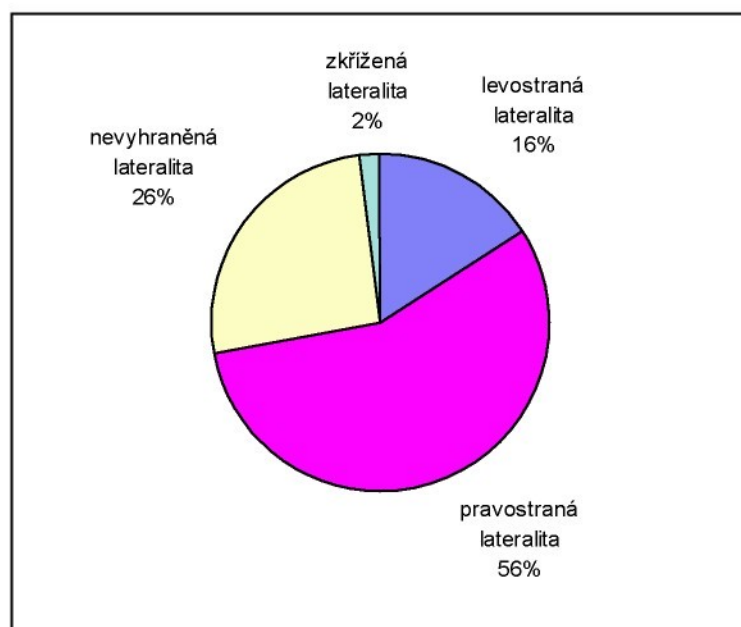
graf č 12 - artikulační obratnost



Následující zkouškou byla orientační zkouška laterality. Probíhala tím způsobem, že každé jednotlivé dítě bylo usazeno ke stolu, nahoru před něj rozprostřeno několik předmětů a kukátko. Dítě dostalo instrukci postupně podávat jmenované předměty, přičemž bylo sledováno, jakou rukou je sbírá ze stolu. Naposledy dostalo instrukci vzít do ruky kukátko a podívat se do něj.

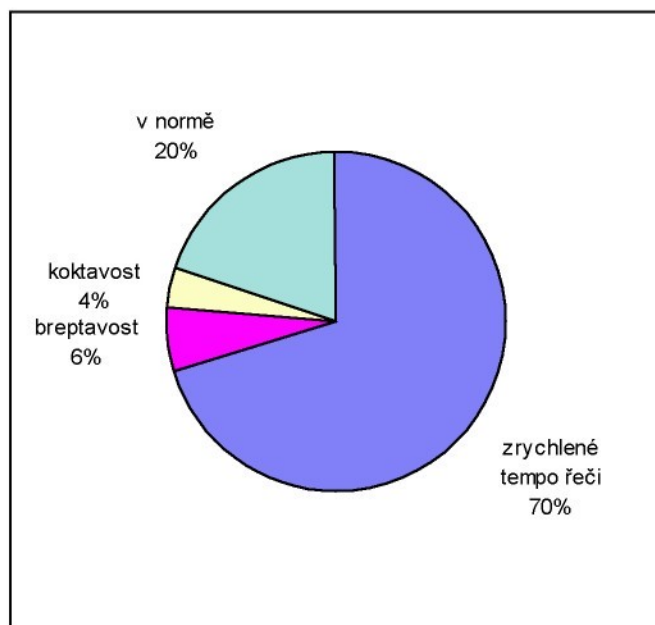
V tomto případě byla sledována nejen ruka, kterou dítě kukátko sebralo, ale také oko, k němuž bylo kukátko přiloženo. Pomocí tohoto testu byla stanovena pravděpodobná orientace laterality. Zkouška ukázala, že u většiny dětí je zřejmě lateralita souhlasná, pouze

u 1 dítěte se ukázala jako zkřížená (pravá ruka, levé oko). Pravostrannou lateralitu bylo možné pozorovat u 28 dětí, levostrannou u 8 dětí, 13 dětí při testu s kukátkem využilo stejné oko a ruku, ale při podávání předmětů používalo obě ruce. Lze se tedy domnívat, že v těchto případech je lateralita prozatím nevyhraněná. Tyto parametry jsou procentuálně zachyceny v *grafu č. 13*.



graf č. 13 - lateralita

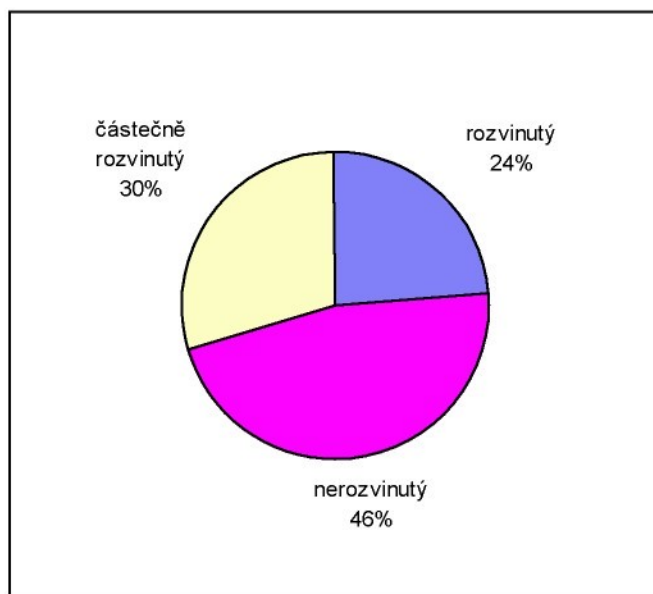
Dalším dílčím momentem, na který bylo vyšetření zaměřeno, je tempo řeči. Tento faktor byl sledován při celkovém spontánním projevu dítěte, při popisu a vyprávění s obrázky apod. Bylo vypořádováno, že děti, které trpí hyperaktivitou mají tendence zrychlovat svůj mluvní projev. Některé z nich stačilo během vyšetření pouze uklidnit a tempo mluvy se alespoň na chvíli zpomalilo, jiné děti mluvily neustále rychle, až překotně. U 40 dětí ze skupiny bylo tedy pozorováno zrychlené až překotné tempo řeči, u 3 z nich byla dokonce v diagnóze zaznamenána breptavost a u 2 z nich koktavost. U 10 dětí bylo tempo a plynulost v řeči shledáno v normě. Procentuální poměr poruch tempa a plynulosti řeči zobrazuje *graf č. 14* na straně 53.



graf č. 14 - tempo a plynulost řeči

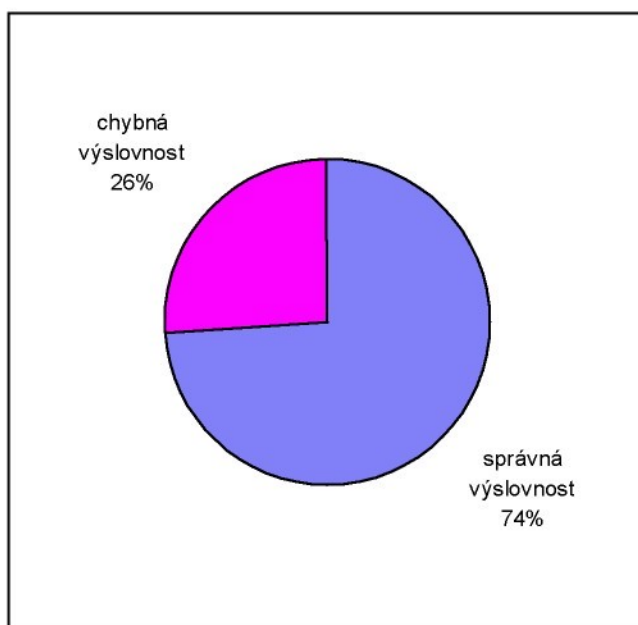
Důležitou součástí orientačního logopedického vyšetření bylo zjistit úroveň rozvinutosti fonematického sluchu. Dětem byly předkládány obrazové materiály z knihy : „Obrázková škola řeči“ (viz. seznam literatury na konci textu). Děti měly za úkol pojmenovat obrázek, pomocí tleskání nebo bzučáku určit počet slabik ve slově. Další instrukcí bylo vymyslet nebo mezi obrázky najít slovo, které začíná na stejné písmeno jako obrázek, který mu byl zadán a po té bylo vyzkoušeno, jak děti slyší hlásky na konci slov a u předškoláků také uprostřed slov. Zkouška ukázala, že 12 dětí z celkového počtu vybrané skupiny má fonematický sluch rozvinutý dobře, ve slovech chybovaly spíše zřídka nebo vůbec ne. U 15 dětí se většinou dařilo rozlišovat hlásku na počátku slov, počet slabik také nebyl až tak výrazným problémem, ale hlásky na konci slov se určovat nedařilo.

Dalo by se tedy říci že tato skupina dětí má fonematický sluch rozvinutý pouze částečně. 23 dětem se skladba slov určovat nedařila, u nich je tedy usuzováno na nerozvinutý fonematický sluch. Tyto ukazatele je možné nalézt v *grafu č. 15* na straně 54.



graf č. 15 - rozvinutost fonematického sluchu

Poslední součástí průzkumu bylo vyšetření jednotlivých hlásek podle artikulačních okrsků u jednotlivých dětí. Bylo zjištěno, že žádné dítě nemá potíže s výslovností samohlásek, pouze u jednoho z nich bylo zaznamenáno, že občas ve slovech zaměňuje hlásku **E** a **A**. Tento jev se však u dotyčného dítěte objevoval spíše zřídka a jednalo se o dítě nejmladší z celého uváděného vzorku (4, 2 let). U 13 dětí se objevila vadná výslovnost hlásek z prvního artikulačního okrsku. Z toho 5 dětí nezvládá vyslovit správně většinu hlásek této skupiny. Nejméně problémů měly děti s výslovností hlásky **M** a největší obtíže byly s vyslovováním hlásek **F** a **V**.

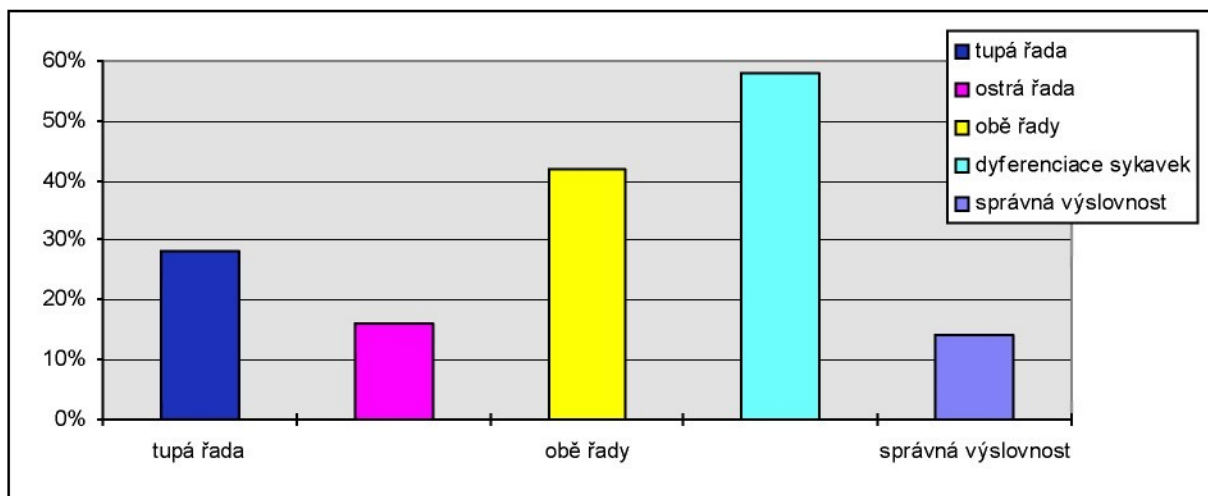


graf č. 16 - výslovnost hlásek - 1. artikulační okrsek

Ve druhém artikulačním okrsku byl již nález závažnější. S hláskami **T, D, N** mělo potíže ve výslovnosti celkem 20 dětí z celkového vzorku, z toho 7 dětí mělo vadnou výslovnost všech těchto tří hlásek.

U hlásek **L, R, Ř**, bylo zaznamenáno 36 dětí s vadnou výslovností, z toho 19 dětí nezvládalo čistou výslovnost ani jedné z nich.

43 dětí mělo vadnou výslovnost ostré či tupé řady sykavek nebo vadnou výslovnost hlásek z obou řad. Z toho 21 dětí mělo potíže s oběma řadami sykavek, 14 dětem dělala problémy výslovnost tupé řady a 8 dětí mělo deficity ve výslovnosti ostré řady. 29 dětí mělo potíže v diferenciaci sykavek, což označujeme jako specifickou asimilaci.



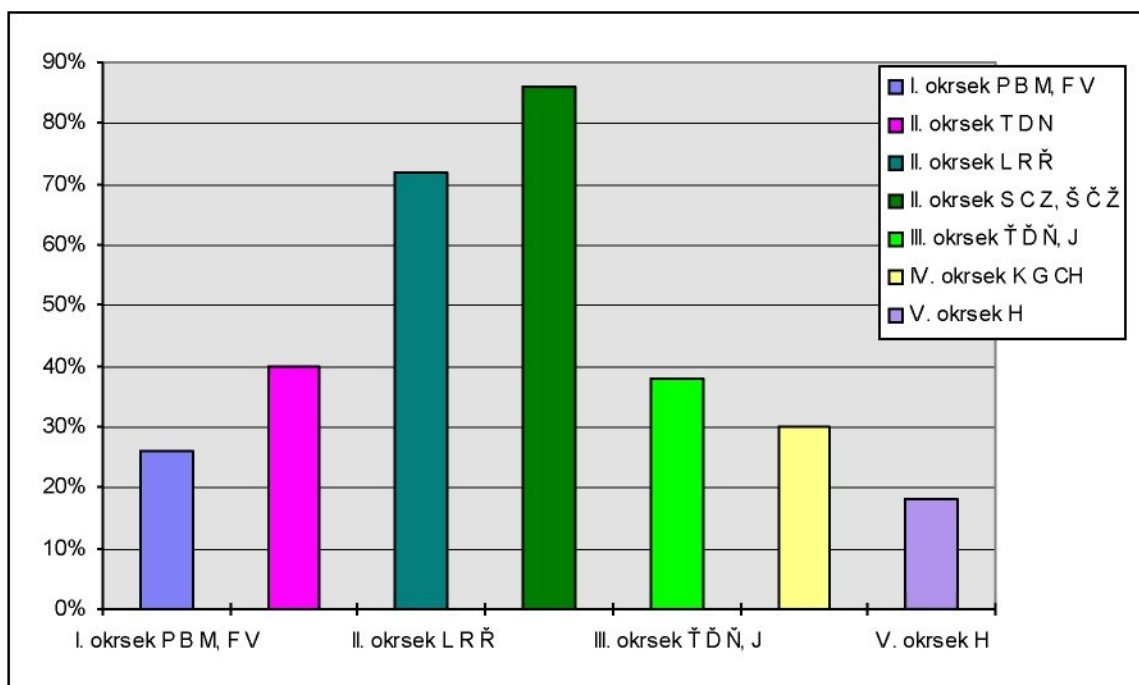
graf č. 17 - vadná výslovnost sykavek

Graf č. 17 mimo jiné ukazuje, že 58% dětí ze zkoumané skupiny má potíže se specifickou asimilací.

Vyšetření hlásek **Ť, Ď, Ň, J**, ze třetího artikulačního okrsku ukázalo, že s nesprávnou výslovností těchto hlásek se potýká 19 dětí. Tyto děti mají zároveň potíže v měkčení.

Ve čtvrtém artikulačním okrsku **K, G, CH**, se potýká s obtížemi 15 dětí.

Hlásku **H**, která patří do pátého artikulačního okrsku špatně vyslovuje 9 dětí. Následující *graf č. 18* - graficky znázorňuje procentuální rozložení vadné výslovnosti hlásek podle jednotlivých okrsků. Zde je přehledné a patrné, které hlásky dělají dětem největší problémy.



graf č. 18 - vadná výslovnost hlásek

Z celkového počtu dětí této konkrétní vybrané skupiny mělo pouze 7 dětí správnou výslovnost všech hlásek, což je v přepočtu 14%.

3. 7 SHRNUÍ VÝSLEDKŮ PRAKTICKÉ ČÁSTI A DISKUSE

Výsledku průzkumů byly kombinovány a názorně rozloženy do grafů v přepočtech na procenta.

- *Graf č. 1* ze strany 42, byl zaměřen na rozložení lehké mozkové dysfunkce ve zkoumané skupině podle pohlaví. Na toto téma byl před zahájením průzkumné části této práce vytvořen předpoklad (na straně 41), který předjímal, že lehká mozková dysfunkce se bude častěji vyskytovat u chlapců, než u dívek. Tento předpoklad se zcela beze zbytku potvrdil.

Lehkou mozkovou dysfunkcí trpí 28% dívek a 72% chlapců z této konkrétní zkoumané skupiny. V přepočtu tak na 1 dívku připadá 2, 57 chlapců.

- Dalším předpokladem bylo, že u 80% bude zjištěn specifický logopedický nález. Jestliže tedy nalézáme u 74 % dětí neobratná mluvidla, u 76% nerozvinutý fonematický sluch, u 86% vadnou výslovnost sykavek, u 40% vadnou výslovnost **T, D, N** a u 38% vadnou výslovnost **Ť, Ď, Ň**, můžeme konstatovat, že výsledek průzkumu sice nekoreluje s původním předpokladem zcela přesně, ale procentuálně se mu velmi přibližuje. Tyto výsledky jsou shrnuty v grafech: *graf č. 12* na straně 51, *graf č. 15* na straně 54, *graf č. 17* na straně 55 a *graf č. 18* na straně 56.
- Třetí předpoklad předjímal, že nejčastějším logopedickým nálezem u této skupiny u dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí budou specifické asimilace. Tento specifický problém byl zaregistrován celkem u 58% dětí a je znázorněn v *grafu č. 17* na straně 55 a *grafem č. 18* na straně 56. Lze tedy říci, že třetí předpoklad se potvrdil.

Výsledek prvního předpokladu koreluje s výsledky uváděnými v literatuře v tom smyslu, že jak Vágnerová (1995), tak Černá (2002) (viz. seznam literatury) uvádějí častější výskyt lehké mozkové dysfunkce u chlapců, než u dívek, ale neuvádějí zde v jakém poměru. Tento jev shodně vysvětlují biologicky danou vyšší zranitelností chlapců, než dívek.

Většina pramenů uvedených v seznamu literatury uvádí přímou spojitost lehké mozkové dysfunkce a poruch řeči, uvádí nejčastější příznaky projevující se v této oblasti tak, jak jsou rovněž uvedeny v teoretické části tohoto materiálu, avšak konkrétní údaje o četnosti apod. nebyly v těchto materiálech nalezeny.

4 ZÁVĚR

Závěrem lze shrnout, že uvedené předpoklady ze stran 35 a 36 se v převážné míře potvrdily.

- První předpoklad, který hovořil o častějším výskytu lehké mozkové dysfunkce u chlapců, než u dívek, se potvrdil na 100% a to v poměru 1: 2,57 ve prospěch dívek.
- Druhý předpoklad hovořil o zjištění specifického logopedického nálezu u 80% dětí. Ve skutečnosti byl pomocí průzkumu ve vybrané skupině 50 dětí zjištěn celkem v 86%. Lze se domnívat, že tento výsledek ovlivnilo mimo jiné věkové složení zkoumané skupiny a poměr mezi dívkami a chlapci ve skupině. Jiná skupina dětí, odlišnějšího věkového složení a jiného poměru mezi pohlavím dětí by mohla vykazovat procentuálně odchylné výsledky, které by však dle mého názoru nic neměnily na tom, že specifický logopedický nález by se týkal valné většiny dětí se syndromem lehká mozková dysfunkce. Tento předpoklad lze tedy v podstatě pokládat za potvrzený.
- Třetí předpoklad hovořil o specifické asimilaci jako o nejčastější formě logopedického nálezu u dětí se syndromem lehké mozkové dysfunkce. Tento problém byl zaznamenán v 58% případů a skutečně patřil mezi nejfrekventovanější. Předpoklad byl tedy potvrzen.

Vzhledem k tomu, že takto stanovené předpoklady byly vybrány již s určitou předešlou teoretickou i konkrétní praktickou zkušeností autorky této bakalářské práce s problematikou dětí postižených lehkou mozkovou dysfunkcí, bylo jejich potvrzení spíše pravděpodobné.

Přínos této práce lze spatřovat především jako v materiálu, který považuji za využitelný pro učitelky mateřských škol a jejich práci ve vztahu k dětem s lehkou mozkovou dysfunkcí, neboť si myslím, že jejich znalost této problematiky je spíše povrchní. Kromě toho se domnívám, že by tento materiál mohl posloužit jako podklad k dalším statistikám, týkajícím se tohoto tématu.

Konkrétním přínosem této práce je objasnit učitelkám běžných mateřských škol problematiku lehké mozkové dysfunkce, její příčiny a možné příznaky, kterými se u takto postižených dětí projevuje, a na základě těchto poznatků nastínit, jak je potřeba s dítětem s lehkou mozkovou dysfunkcí zacházet, čemu je potřeba předejít apod. K tomuto účelu jsou

zde v kapitolách 2. 1. 6 a 2. 1. 7 na stranách 25 - 32 zformulovány zásady a metody výchovně vzdělávacího procesu dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí.

Pochopení projevů dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí a jejich příčin považuji za jeden z nejzásadnějších kroků z hlediska dospělého vychovatele. Právě špatný výklad ze strany učitele ohledně projevů takto postiženého dítěte může napáchat nenávratné škody na dítěti samotném. Nejen z literatury známe několik příkladů, kdy nadměrná aktivita, familiární chování vůči dospělé osobě, nepozornost apod. byly ze strany dítěte vůči dospělé osobě považovány za projevy drzosti, úmyslného obtěžování, neochoty respektovat autoritu či jiné podobné momenty, které ovlivnily postoje postiženého dítěte k lidem, ke vzdělání a rovněž postoje okolí k těmto dětem.

Cílem tohoto textu je tedy na tyto problémy poukázat, aby projevy dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí byly především chápány za projevy postižení, které si dítě rozhodně samo nevybralo, které mu již samy o sobě ztěžují život natolik, že není zapotřebí je za ně navíc například zavrhnout nebo trestat a naopak je potřeba, a v tom spatřuji úkol nás všech pedagogických činitelů, je podpořit a usnadnit jim jejich nelehkou pozici, aby měli možnost co nejlepšího rozvoje a uplatnění.

Cílem této bakalářské práce byla snaha o jakýsi ucelený pohled na problematiku postižení lehkou mozkovou dysfunkcí a měla by napomoci ukázat učitelkám mateřských škol cestu, jakým způsobem je možné co nejúčinněji pracovat s takto indisponovaným dítětem a rozvíjet ho.

V následující kapitole tohoto textu se budeme zabývat opatřeními, která by nám pedagogickým pracovníkům v praxi měla pomoci minimalizovat obtíže, kterými se děti s lehkou mozkovou dysfunkcí musejí běžně potýkat.

5 NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ

Jak již bylo výše zmíněno, tato práce by měla pedagogické pracovníky mateřských škol povzbudit v jejich práci s dětmi s lehkou mozkovou dysfunkcí. Měla by jim ukázat, jak správně postupovat při výchově a vzdělávání takto postižených dětí, čeho je potřeba se

vyvarovat a co naopak v praxi aplikovat. Kromě toho si myslím, že by měla výrazně přehodnotit celkové pojetí dítěte s lehkou mozkovou dysfunkcí. Domnívám se, že zlepšení povědomí pedagogické veřejnosti v oblasti této problematiky je rovněž základním kamenem pro předcházení a účinnou reedukaci problémů spojených s lehkou mozkovou dysfunkcí.

Domnívám se, že je potřeba:

- **zásadně změnit přístup** k dětem s lehkou mozkovou dysfunkcí, určuje totiž základ jejich hodnocení a sebehodnocení,
- **zlepšit spolupráci s odborníky** - stanovení diagnózy je základem pro úspěšnou reedukaci,
- **zlepšit vzdělanost učitelů v dané problematice**, neboť její pochopení předpokládá samotnou změnu přístupu k postiženému dítěti,
- **zaměřit se na časnou prevenci a nápravu**, neboť obě tyto činnosti mohou podstatně zlepšit důsledky postižení lehkou mozkovou dysfunkcí,
- **nenechat se odradit výchovnou náročností, zaměřit se na prevenci specifických poruch učení!** Tento slogan by měl být chápán jako povzbuzení pro pedagogy, neboť pracovat s dítětem s lehkou mozkovou dysfunkcí je často velmi nesnadné a náročné, dostavování úspěchů je často mnohem pomalejší, než u zdravých dětí, ale úspěch bývá o to cennější a radost z něj větší.

Prevence specifických poruch učení je důležitým úkolem práce s dětmi postiženými syndromem lehké mozkové dysfunkce v mateřských školách. Obecně vzato lze konstatovat, že pokud je možné nějakému problému předejít, je to mnohem lepší, než napravovat již vzniklý problém. Proto se v následujících řádcích této práce budeme zabývat konkrétnější prevencí specifických poruch učení, které s diagnózou lehké mozkové dysfunkce často velmi úzce souvisejí.

Z hlediska prevence specifických poruch učení je třeba se zaměřit na posilování tzv. dílčích funkcí (volně podle Sindelarové, 1996, s. 7), což jsou schopnosti, které umožňují diferenciaci a rozvoj vyšších psychických funkcí, jako jsou řeč a myšlení. V praxi to znamená zaměřit se na:

- **diferenciaci figury a pozadí** - tj. zaměřovat pozornost na věci, které jsou podstatné (např. koncentrovat se na řádky, které právě dítě čte) a odpoutat se od všeho ostatního (např. od okolních zvuků),
 - **diferenciaci optickou a akustickou** - tj. funkce zrakového a sluchového vnímání, která nám umožňuje vnímání věcí, které jsou si podobné, ale nejsou stejné,
 - **funkci intermodálního kódování**- tj. schopnost spojovat obsahy z jedné smyslové oblasti s obsahy jiné smyslové oblasti, to znamená například, že musíme obraz, který vidíme spojit se slovem, jež slyšíme a zapamatovat si ho,
 - **paměť** - vše co vnímáme a jsme schopni spojovat si musíme uchovat v paměti,
 - **funkci seriality**- což je v podstatě schopnost správně vnímat a pochopit následnost, která je například důležitá k zachování správnému pořadí písmen, aby slovo dávalo smysl apod.,
 - **vnímání schématu těla a orientace v prostoru** - jde o motoriku, pohyb, který je naším prvním učitelem v nejrannějším období našeho života při uchopování a vnímání hmatem. Učíme se i schopnosti orientovat se na vlastním těle, později v prostoru a ještě později vnímat prostorové vztahy mezi věcmi, abychom je mohli uchopit a manipulovat s nimi.
- Publikaci výše uvedené autorky (viz. seznam literatury v závěru textu) lze považovat za velmi vhodnou pro prevenci specifických poruch učení v rámci mateřských škol, neboť kromě teorie obsahuje velmi pěknou praktickou část, která je přímo vázána právě k rozvíjení dílčích funkcí.

Dále je třeba zaměřit se na prevenci a včasnou nápravu poruch řeči u dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí. V praxi to znamená věnovat se nejenom nápravě výslovnosti jednotlivých hlásek, samozřejmě pod vedením pedagogického a klinického logopeda, ale rovněž rozvíjení fonemického sluchu, který zahrnuje sluchovou analýzu, syntézu a diferenciaci, obratnosti mluvidel, správného dýchání a v neposlední řadě prevenci především specifických asimilací, které jsou se syndromem lehké mozkové dysfunkce velmi často svázány. K tomuto účelu lze doporučit materiál Tomické (2000) (viz. seznam literatury), který se prakticky zabývá specifickou asimilací.

6 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ČERNÁ, Marie a kol. *Lehké mozkové dysfunkce*. 3. vyd. Praha: UK, 2002. 226 s. ISBN 80-7184-880-8

- DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník*. 2. vyd. Žďár nad Sázavou: LOGOPEDIA CLINICA, 2001. 192 s. ISBN 80- 902536- 2- 8
- GUTVIRTH, Jaroslav a kol. *Základy dětského lékařství pro speciální pedagogy*. 2. vyd. Praha: SPN, 1984. 376 s.
- KÁBELE, František, PÁVKOVÁ, Bohdana. *Obrázková škola řeči*. 2. vyd. Praha: SPN, 1996. 105 s. ISBN 80- 04- 26649- 5
- KREJČÍKOVÁ Jarmila, KAPROVÁ Zuzana. *Náměty pro logopedickou prevenci*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 1999. 144 s. ISBN 80- 7168- 691- 3
- KUTÁLKOVÁ, Dana. *Logopedická prevence. Průvodce vývojem dětské řeči*. 1. vyd. Praha: Portál, 1996. 216 s. ISBN 80- 7178- 115- 0
- LANGER, Stanislav. *Problémový žák na prvním stupni základní školy (obecné školy)*. 1. vyd. Hradec Králové: KOTVA, 1999. 390 s. ISBN 80- 900254- 5- 5
- MACHOVÁ, Jitka, TREFNÝ, Zdeněk. *Poruchy vývoje v předškolním věku*. Praha: UK, 1991. 105 s. ISBN 80- 7066- 442- 8
- MATĚJČEK, Zdeněk. *Dyslexie. Specifické poruchy čtení*. 3. vyd. Praha: H &H, 1995. 269 s. ISBN 80- 85787- 27- X
- MATĚJČEK, Zdeněk. *Vývojové poruchy čtení*. 1. vyd. Praha: SPN, 1972. 238 s.
- PAVLOVÁ- ZAHÁLKOVÁ, Anna a kol. *Prevence poruch řeči*. 1. vyd. Praha: SPN, 1976. 156 s.
- POKORNÁ, Věra. *Teorie, diagnostika a náprava specifických poruch učení*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. 312 s. ISBN 80- 7178- 135- 5
- ŘÍČAN, Pavel, KREJČÍŘOVÁ, Dana a kol. *Dětská klinická psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, s. r. o., 1997. 456 s. ISBN 80- 7169- 512- 2
- SINDELAROVÁ, Brigitte. *Předcházíme poruchám učení*. 1. vyd. Praha: Portál, 1996. 64 s. ISBN 80- 85282- 70- 4
- SOVÁK, Miloš a kol. *Logopedie*. 3. vyd. Praha: SPN, 1974. 326 s.
- SOVÁK, Miloš. *Logopedie předškolního věku*. 2. vyd. Praha: SPN, 1986. 226 s.
- SOVÁK, Miloš. *Uvedení do logopedie*. 2. vyd. Praha: SPN, 1981. 464 s.
- ŠVINGALOVÁ, Dana. *Metodické pokyny pro zpracování bakalářských prací*. 1. vyd. Liberec: TU, 2003. 43 s. ISBN 80- 7083- 704- 7
- TOMICKÁ, Václava. *Orientační logopedické vyšetření*. 1. vyd. Liberec: TU, 2004. 37 s. ISBN 80- 7083- 808- 6

TOMICKÁ, Václava. *Vybrané kapitoly z logopedie*. 1. vyd. Liberec: TU, 2000. 43 s. ISBN 80- 7083- 380- 7

VÁGNEROVÁ, Marie. *Patopsychologie I*. 1. vyd. Liberec: TU, 1995. 127 s. ISBN 80- 7083- 158- 8

ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení*. 3. vyd. Praha: Portál, 1998. 200 s. ISBN 80- 7178- 242- 4

7 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Orientační logopedické vyšetření - formulář (viz. strana 43)

Příloha č. 2 - Orientační logopedické vyšetření - formulář (viz. strana 43)

Příloha č. 3 - 1× CD- bakalářská práce

ORIENTAČNÍ LOGOPEDICKÉ VYŠETŘENÍ

Jméno a příjmení dítěte:

pohlaví:

Věk dítěte v době vyšetření:

RODINNÁ ANAMNÉZA

matka:

otec:

sourozenci:

zdravotní stav v rodině:

OSOBNÍ ANAMNÉZA

těhotenství a porod:

vývoj řeči:

motorický vývoj:

jiná sdělení:

orientační sluchová zkouška:

slovní zásoba:

spontánní projev:

popis:

vyprávění:

tempo řeči:

artikulační obratnost:

fonematický sluch:

lateralita:

A E I O U, AU OU

P B M, F V

T D N

C S Z, Č Š Ž + diferenciacie sykavek

L R Ř

Ť Ď Ň, ty - ti, dy - di, ny - ni, J

K G CH

H

ZÁVĚR A NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ

