

MASARYKOVA UNIVERZITA

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra speciální pedagogiky

**Využití terapeutických přístupů v rámci
rozvoje komunikační schopnosti u dětí
s Downovým syndromem**

Diplomová práce

Brno 2018

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Mgr. Petr Kopečný, Ph.D.

Vypracovala:

Bc. Lucie Chalupová

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, s využitím pouze citovaných literárních pramenů, dalších informací a zdrojů v souladu s Disciplinárním řádem pro studenty Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity a se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.“

V Brně dne 25. 11. 2017

.....

Bc. Lucie Chalupová

Poděkování

Děkuji panu PhDr. Mgr. Petru Kopečnému, Ph.D., za odborné vedení, rady a připomínky při psaní diplomové práce. Dále děkuji rodičům sledovaných dětí s Downovým syndromem za ochotu spolupráce a možnost realizace výzkumného šetření a zpracování informací pro tuto práci spolu s ochotou odpovídat na otázky.

Obsah

ÚVOD	5
1 KOMUNIKACE	6
1.1 Vymezení pojmu komunikace a komunikační schopnost	6
1.2 Narušená komunikační schopnost	8
1.3 Obecná charakteristika řečového projevu osob s mentálním postižením	10
2 DOWNŮV SYNDROM	13
2.1 Vymezení pojmu a etiologie Downova syndromu	13
2.2 SYMPTOMATOLOGIE DOWNOVA SYNDROMU	15
2.3 KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST U DĚTÍ S DOWNOVÝM SYNDROMEM	18
3 TERAPIE U DĚTÍ S DOWNOVÝM SYNDROMEM	22
3.1 Vymezení terapií, využívaných pro rozvoj dětí s Downovým syndromem	22
3.2 Charakteristika vybraných terapií zaměřených na orofaciální oblast	23
3.3 Charakteristika fyzioterapeutických a dalších přístupů	29
4 VYUŽITÍ TERAPEUTICKÝCH METOD A TECHNIK U DĚTÍ S DOWNOVÝM SYNDROMEM	38
4.1 Cíle výzkumného šetření	38
4.2 Charakteristika místa šetření a výzkumného vzorku	39
4.3 Vlastní šetření	39
4.4 Závěry šetření	61
5 ZÁVĚR	67
SHRNUTÍ	68
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	69

Úvod

Schopnost a umění komunikace má v životě člověka nezastupitelnou roli. Na komunikační dovednosti člověka má vliv hned několik faktorů. Jednou z nich je právě úroveň rozumových schopností, proto lidé s mentálním postižením, konkrétně tedy osoby s Downovým syndromem, mohou mít často s komunikací problém. Řeč osob s Downovým syndromem nastupuje často s opožděním a bývá narušena ve všech jazykových rovinách. Narušení řeči může na člověka nepříznivě působit v jeho socializaci, úspěchu ve škole a také v jeho dalším pracovním uplatnění.

Diplomová práce s názvem *Využití terapeutických přístupů v rámci rozvoje komunikační schopnosti u dětí s Downovým syndromem* se bude zabývat právě terapeutickými přístupy, které slouží pro rozvoj komunikační schopnosti a jsou pro děti s Downovým syndromem dostupné. Práce bude rozdělena na dvě části, a to část teoretickou a empirickou. Teoretická část bude obsahovat tři kapitoly, které se vymezují problematikou komunikace, Downova syndromu a terapiemi, které je možné při rehabilitaci dětí s Downovým syndromem využít.

Druhá, empirická část práce bude zpracovávat výzkumné šetření kvalitativního charakteru. Pomocí případových studií a rozhovoru s rodiči dětí s Downovým syndromem se práce pokusí zjistit využití terapeutických přístupů pro rozvoj komunikační schopnosti u dětí s Downovým syndromem. Jsou stanoveny tři dílčí cíle. Cíle se práce pokusí zjistit pomocí analýzy anamnestických údajů, analýzy diagnostických materiálů, pozorování a polostrukturovaného rozhovoru s rodiči sledovaných dětí. V závěrečném zhodnocení výsledků výzkumného šetření budou shrnuty informace, které budou získány pomocí již výše zmíněných postupů.

1 Komunikace

1.1 Vymezení pojmu komunikace a komunikační schopnost

Komunikace je jednou z nejdůležitějších potřeb a schopností člověka. Možnost a míra komunikace ovlivňuje celý osobnostní vývoj každého jedince. Samotný termín „komunikace“ je používán v mnoha vědních disciplínách. Komunikaci však můžeme chápat stejně jako Vybíral (2000), a to jako obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů. Komunikace významně ovlivňuje rozvoj osobnosti, je důležitá v mezilidských vztazích a je také prostředkem vzájemných vztahů.

Vítková (2004) uvádí, že komunikace je druh interakce mezi lidmi. Tvrdí, že jde o vzájemné a oboustranné ovlivňování mezi dvěma nebo více lidmi. Komunikace je sama o sobě složitý proces výměny informací, kterou tvoří čtyři navzájem se ovlivňující prvky, a to komunikátor, komunikant, komuniké a komunikační kanál. **Komunikátorem** chápeme osobu, která má za cíl něco sdělit. **Komunikant** neboli příjemce informace se snaží na sdělení reagovat. Obsah onoho sdělení se nazývá **komuniké**. Komuniké probíhá v prostředí, které se nazývá **komunikační kanál**. Komunikační kanál je nezbytnou součástí pro průběh komunikace.

Každá komunikace má šest fází. Jedná se o *ideovou genezi*, to je vznik nápadu, myšlenky, obsah mysli komunikátora. Druhou fází, při které dochází k vyjádření myšlenky v symbolech, slovech, znacích, pohybech, je *zakódování*. Dále pak následuje *přenos*. Tedy vedení vyslaného obsahu. Na druhé straně dochází k *příjmu* informací. Druhá strana informaci *dekóduje* a dochází k *akci*. Akce je poslední fází komunikace, při které dochází k určité činnosti příjemce, vyvolané přijatou zprávou či k využití informace.

Aktivní proces, který se nazývá **recepce**, je charakteristický výběrovostí, tempem, investicí energie, zkreslením stereotypy a podobně. Do recepce zahrnujeme právě výše zmíněné fáze, a to příjem, dekodování sdělení a jejich převedení do adresátových mentálních struktur. Proces, který předchází recepci, je **percepce** neboli vnímání. Právě vnímání je více aktivitou našich smyslů, nežli skutečné předání smyslu (Klenková, 2006).

Vybíral (2000) na téma vjemů reaguje s připomínkou, že vjemy jsou filtrovány a zkreslovány našimi vnitřními prožitky. Nejčastěji jsou to fyziologické vjemy, jako je například zamilovanost, smutek, stres, panika, rozmazané vidění a vjemy psychologické a kulturní, mezi které patří například vliv kognitivních schémat a zvyk „něčeho“ si všímat.

Nejčastěji se setkáváme s rozlišováním skupiny komunikace na verbální a neverbální. **Verbální komunikace** představuje veškeré komunikační procesy, které jsou realizovány pomocí mluvené či psané formy řeči. V případě, kdy jsou v řeči užívány mimoslovní projevy, hovoříme o **komunikaci neverbální**. Neverbální komunikace zahrnuje veškeré dorozumívací prostředky neslovní podstaty a je fylogeneticky i ontogeneticky starší nežli komunikace verbální. Neverbální chování je ovlivňováno společenským kodexem určité společnosti. Do oblasti neverbální komunikace spadají gesta, mimika, pohyby těla, tón hlasu, oblečení a podobně (Klenková, 2006).

Komunikační schopnost

Smysluplnou definici přinesl Lechta (1994), který uvádí, že „*schopnost řečové komunikace je schopnost vědomě používat jazyk jako složitý komunikační systém znaků a symbolů ve všech jeho formách*“. Komunikaci můžeme chápat také jako „*proces efektivní výměny informací prostřednictvím určitého signálního systému znaků (kódů), probíhající během interakce konverzačních partnerů*“. (Van Balkom, Palek, Pázstor, Vajda, Loew sec. cit. Vitásková & Peutelschmiedová 2005, s. 13)

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, školním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání zahrnuje mimo jiné také rámcový vzdělávací program, který vymezuje také jednotlivé klíčové kompetence. Mezi klíčové kompetence patří kompetence k učení, k řešení problémů, komunikativní, sociální a personální, občanské a pracovní kompetence. Vzhledem k zaměření práce nás budou zajímat především kompetence komunikativní. Komunikativní kompetence se zabývají schopností využívat znalosti a vědomosti v daných komunikačních situacích.

V I. dílu rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělávání ZŠ speciální je posilování klíčových kompetencí na prvním místě před vzdělávacím obsahem,

metodami a formami edukace. Dále pak je u osob s mentálním postižením kladen důraz na rozvíjení kompetencí sociálních a personálních.

II. díl rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělávání ZŠ speciální zahrnuje poškození kognitivních funkcí u žáků s těžkým mentálním postižením a kombinovaným postižením.

1.2 Narušená komunikační schopnost

Heroutová (In Vítková, 2004) upozorňuje na to, že na narušenou komunikační schopnost lze nahlížet ze dvou hledisek. Prvním hlediskem k diagnostice je jazyková norma určitého prostředí. Tato verze není úplně spolehlivá, protože je velmi obtížné určit míru normality. Druhé hledisko vychází z komunikačního záměru jedince. Druhý pohled je preferovanější, protože je úzce propojen s psychologií.

Nejčastěji používanou definici narušené komunikační schopnosti přinesl Lechta (1995). Říká, že *komunikační schopnost člověka je narušena tehdy, pokud některá rovina jeho jazykových projevů (případně několik rovin současně) působí interferenčně (rušivě) vzhledem ke komunikačnímu záměru* (Lechta, 1995, s. 13).

V jiných jazycích je termín narušené komunikační schopnosti znám pod anglickým pojmem *communication disability* či německým *gestörte Kommunikationsfähigkeit* a podobně.

Rozeznáváme čtyři jazykové roviny, které popisuje Klenková (2006). Zvukovou stránku řeči zahrnuje *foneticko-fonologická rovina*. Zvuková stránka je v řeči nejvíce nápadná, avšak nelze se zabývat pouze ní. Druhou neméně důležitou je *rovina lexikálně-sémantická* neboli obsahová stránka řeči. Gramatická stránka řeči spadá do *roviny morfologicko-syntaktické*. Poslední, čtvrtou složkou řeči je *rovina pragmatická*. Tato rovina zaopatřuje sociální uplatnění komunikační schopnosti a aplikování řeči v komunikačních situacích.

Lechta (2003) upozorňuje na to, že při vymezování narušené komunikační schopnosti je nutné brát v úvahu všechny výše zmíněné roviny. Nemělo by se opomínat ani na formu komunikace, tedy zda jde o formu grafickou, či mluvenou. V komunikačním procesu může jít o narušení expresivní složky řeči, kdy je narušena

produkce řeči, či o narušení receptivní složky řeči. Receptivní složka řeči se stará o porozumění obsahu řeči.

Klenková (2006) popisuje složitou etiologii narušené komunikační schopnosti. Říká, že etiologii můžeme chápat z hlediska časového, lokalizačního, zda si osoba narušenou komunikační schopnost uvědomuje, nebo ne a podobně. Klenková upozorňuje na složitost definování pojmu narušené komunikační schopnosti. Říká, že vymezit normalitu, tedy kdy se jedná o normální jev či nějaké narušení, je komplikované. A to z toho důvodu, že je nutné brát ohled na jazykové zvláštnosti jednotlivých jazyků, jako je výslovnost vibrant, nosovost hlásek a podobně. Pokud chceme u jedince určit, zda se jedná o narušení komunikační schopnosti, musí být brán ohled na jazykové prostředí, ve kterém žije, zda je mluvním profesionálem (např. herec, zpěvák, učitel) a jaké má daná osoba vzdělání.

Fyziologickou nemluvnost, vývojovou dysfluenci, fyziologickou dyslálii či fyziologický dysgramatismus nesmíme chápat jako narušenou komunikační schopnost v pravém slova smyslu, na což upozorňuje Škodová & Jedlička (2003). V těchto případech se nejedná o narušenou komunikační schopnost, ale jde o přirozené jevy. Tuto skutečnost uvádí i Klenková (2006), která uvádí, že je pouze na odborníkovi, aby posoudil, zda fyziologické narušení je projevem nevyzrálosti nervového systému, neobrátlosti mluvních orgánů, orgánového poškození nebo není-li projevem smyslové poruchy.

Od 90. let minulého století se využívá v logopedické praxi klasifikace narušené komunikační schopnosti dle Lechty (Lechta, 2003). Klasifikace má těchto deset kategorií:

1. vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie);
2. získaná orgánová nemluvnost (afázie);
3. získaná psychogenní nemluvnost (mutismus);
4. narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie);
5. narušení fluence řeči (tumulus sermonis, balbuties);
6. narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie);
7. narušení grafické stránky řeči;

8. symptomatické poruchy řeči;
9. poruchy hlasu;
10. kombinované vady a poruchy řeči.

1.3 Obecná charakteristika řečového projevu osob s mentálním postižením

Lechta (2002) říká, že řečový projev osob s mentálním postižením má různorodý charakter, který je závislý nejen na etiologii, ale i na individuálních předpokladech každého jedince. Lechta uvádí také fakt, že řeč jedinců s mentálním postižením je narušena ve všech jazykových rovinách a ani v dospělosti, kromě osob s nejlehčí formou mentálního postižení, nedosáhne řeč úrovně normy.

Škodová & Jedlička (2003) zmiňuje, že veškeré symptomy jsou závislé na etiologii onemocnění, jsou variabilní a individuální. Nejnápadněji je tedy z hlediska řeči narušena obsahová stránka řeči, současně se stránkou formální, včetně modulačních faktorů řeči.

S podobnou charakteristikou přišla i Vágnerová (2012), která potvrzuje, že řečový projev je narušen především v obsahové a formální složce. Formální stránka řeči je často poznamenána motorickou neobratností mluvidel či zhoršenou sluchovou diferenciací, kvůli které není poskytnuta dostatečná zpětná vazba. Kromě toho se u osob s mentálním postižením často vyskytuje jazyková necitlivost, projevující se agramatismy, dále pak stereotypní výběr slov a slovních spojení, často se vyskytují echolálie a perseverace a jednoduchý projev, tedy preferování krátkých a jednoduchých vět.

Pipeková (2004, s. 301) popisuje řečový projev jedinců s mentálním postižením tak, že je znát rozdíl mezi aktivní a pasivní slovní zásobou, chudost aktivního slovníku, jsou málo používaná přídavná jména, slovesa, spojky a naopak upřednostňována zájmena místo pojmenování osob. Znát je také nedokonalá stavba řeči.

Dle Sovákovy klasifikace ze 70. let podle typů poruch řeči (1978) klasifikujeme vývoj řeči u dětí s mentálním postižením jako omezený vývoj řeči. To znamená, že dítě s mentálním postižením nikdy nedosáhne normy. Bývá narušena zvuková, gramatická či

obsahová stránka řeči. Ovšem nemluví-li dítě ještě kolem 2.–3. roku, nemusí se nutně jednat o mentální retardaci, proto by měly být vyloučeny sluchové vady, organická poškození mluvidel, prodloužená fyziologická nemluvnost, hereditární opožděný vývoj, vývojová dysfázie, vliv prostředí či neurózy řeči.

Začátek nástupu řeči je tedy zcela závislý na stupni mentálního postižení. Klenková (2006) uvádí, že u dětí s **hlubokým mentálním postižením** se řeč zcela nevyvíjí. Tyto děti neumí vyjádřit své potřeby ani city. Často vydávají jen neartikulované zvuky, které mohou vyjadřovat momentální citové rozpoležení. Naštěstí je tento typ mentální retardace ojedinělý. U dětí s **těžkým mentálním postižením** je situace podobná. Řeč nemusí být vůbec vytvořena, nebo zůstává pouze na stupni pudových hlasových projevů. Dynamika a melodie řeči je velmi hrubá. Někdy se mohou vyskytovat echolálie, což znamená, že dítě opakuje slyšené zvuky a slova jako ozvěna, aniž by dítě pochopilo význam onoho slova. Pozdním nástupem řeči je nápadné **středně těžké mentální postižení**. Řeč se začíná rozvíjet mezi třetím a šestým rokem života dítěte.

Lechta (1994) poukazuje na fakt, že právě těžké a středně těžké mentální postižení vymezují rozdíly v řečové komunikaci. Dítě se středně těžkým mentálním postižením zvládne zopakovat delší řečové celky, ale obsahu mnohdy nerozumí. Děti s tímto stupněm mentálního postižení jsou schopny zvládnout základy trivia, tedy čtení, psaní a počítání. Opoždění začátku řeči o jeden až dva roky je u dětí s **lehkým mentálním postižením**. Tyto děti však od normy zaostávají ve složce abstraktního myšlení, vážne i schopnost usuzování. Řeč dětí s lehkým mentálním postižením nemusí být na první dojem nijak nápadná, ale můžou selhat v komunikačních situacích, které jsou pro ně neznámé. Porozumění obsahu řeči je přímo závislé na inteligenci jedince.

Shrnutí

Komunikace znamená obecně lidskou schopnost využívat výrazových prostředků k utváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů a je důležitá pro rozvoj celé osobnosti. Samotná komunikace má šest na sobě závislých fází. S komunikací souvisí komunikační schopnost, což je schopnost vědomě používat jazyk jako složitý komunikační systém znaků a symbolů ve všech jeho formách. V případě, že je tato schopnost narušena, hovoříme o narušené komunikační schopnosti, kterou se zabýval

Lechta. Nesmíme však zaměňovat narušenou komunikační schopnost s fyziologickou nemluvností, vývojovou dysfluencí, fyziologickou dyslalií či fyziologickým dysgramatismem. V těchto případech se jedná o přirozený vývojový jev. Jednou z kategorií narušené komunikační schopnosti jsou symptomatologické poruchy řeči. Mezi symptomatologické poruchy řeči patří právě i řeč dětí s mentálním postižením. Dalo by se hovořit o omezeném vývoji řeči. To znamená, že osoba s mentálním postižením nikdy nedosáhne úrovně normy v komunikační schopnosti. Často je narušena zvuková, gramatická či obsahová stránka řeči. U dětí s mentálním postižením bývá nástup řeči opožděn.

2 Downův syndrom

2.1 Vymezení pojmu a etiologie Downova syndromu

Někdy se můžeme setkat s názvy jako je Downova nemoc či morbus Downi. Downův syndrom je jednou z nejrozšířenějších forem mentálního postižení. V mnoha literaturách je dokonce uváděno, že až 10 % lidí s mentálním postižením má právě Downův syndrom. Mark Selikowitz (2005) uvádí, že se Downův syndrom vyskytuje průměrně u jednoho ze 700 narozených dětí ve všech etnických skupinách. Jedná se o kongenitální (vrozenou) vadu.

Švarcová (2003) uvádí, že jako první toto onemocnění popsal v roce 1866 anglický pediatr John Down. Nicméně první poznatky pramení již z 15. či 16. století, kdy přesná teorie o vzniku této nemoci nebyla známa. Proto docházelo ke vzniku různých teorií o etiologii tohoto syndromu. Až v roce 1957 byl vysvětlen chromozomální původ této nemoci. K tomuto zjištění dospěl francouzský badatel Lejeune, který vypožoroval, že v karyotypu dětí s Downovým syndromem je přebytečný 21. chromozom. Tím bylo potvrzeno, že díky trizomii 21. chromozomu, je tedy Downův syndrom chromozomální onemocnění.

Ve starších zdrojích se můžeme setkávat s pojmem „mongolismus“. Toto pojmenování vzniklo z toho důvodu, že osoby s Downovým syndromem se svým vzhledem nápadně podobají Asiatům. Toto označení je dnes již zastaralé.

S věkem matky roste pravděpodobnost, že její dítě může mít Downův syndrom. To však neznamená, že u mladších žen je riziko Downova syndromu vyloučeno. Jak už bylo výše zmíněno, Downův syndrom nastává, je-li přebytečný 21. chromozom. Následkem přebytečného chromozomu je hromadění se bílkoviny v buňce. V případě, kdy se začne hromadit více této bílkoviny, dochází k narušení normálního vývoje plodu. Chromozomální narušení může mít trojí podobu. Je důležité od sebe tyto tři formy rozlišovat, protože právě forma Downova syndromu je dále směrodatná při určování míry postižení dítěte a také při tom, zda rodiče budou mít i další dítě se syndromem. K těmto třem formám řadíme trisomii 21. chromozomu, translokaci a mozaicismus (Selikowitz, 2005).

Švarcová (2003) uvádí, že v současné době neexistuje žádná spolehlivá metoda, která by zabránila výskytu Downova syndromu. Existují pouze screeningové testy

u těhotných žen, které mohou prokázat či vyvrátit přítomnost Downova syndromu. Pro zjištění vady se provádí u gravidních žen aminocentéza, tedy odběr plodové vody. Dále se mohou dělat jiná diagnostická vyšetření, která odhalí chromozomální odchylky. V případě, kdy je zjištěna přítomnost chromozomální odchylky, mají rodiče možnost těhotenství předčasně ukončit.

Selikowitz (2005) popisuje jednotlivé typy Downova syndromu takto:

Trisomie 21. chromozomu znamená, že velká většina dětí má nadbytečný 21. chromozom v každé buňce svého těla. Trisomie 21. chromozomu je nejběžnější formou Downova syndromu u dětí, které se narodily matkám různého věku. Běžné je, že se buňka při vzniku vajíčka nebo spermie ve vaječniku rozdělí. V případě trisomie se spermie nebo vajíčko nerozdělí a ještě obdrží nadbytečný 21. chromozom. Tomuto procesu se říká nondisjunkce. V současnosti nejsme schopni popsat, proč k nondisjunkci dochází. Pravděpodobně nebude příčina pouze jedna, ale bude hned několik působících faktorů. Dříve se odborníci domnívali, že původ nondisjunkce je výhradně u matky. Nyní se toto tvrzení vyvrací zjištěním, že asi u 20 % případů nadbytečný chromozom pochází ze spermií. Velkou roli hraje i věk matky, který může být jedním z faktorů trizomie 21. chromozomu.

Translokace je další formou Downova syndromu, která se liší od trisomie 21. chromozomu tím, že věk matky v tomto případě nehraje žádnou roli. Translokace se projevuje nadbytečnou částí 21. chromozomu. Dochází k ní tak, že se odlomí malé vrcholky 21. chromozomu a jiného chromozomu a zbývající části původních chromozomů se spojí. K translokaci s 21. chromozomem však může docházet pouze s některými chromozomy. Jsou to většinou chromozomy 13., 14., 15., nebo 22., popřípadě jiný 21. chromozom. Nejčastěji se vyskytuje translokace chromozomu 21. a 14. U této formy Downova syndromu je velmi pravděpodobné, že nositelem této genetické informace je právě jeden z rodičů. Může se ovšem stát, že nositelem této genetické informace není žádný z rodičů. Příčinou translokace tedy je samostatná porucha, která se objeví při tvorbě vajíčka nebo spermie, z nichž bylo dítě počato. Tato situace nemusí nastat u dalších těhotenství.

Stav, kdy má dítě s Downovým syndromem nadbytečný 21. chromozom pouze v některých tělových buňkách, nazýváme **mozaicismus**. Mozaicismus má pouze 1 % dětí s Downovým syndromem. Mozaicismus tuto formu nazýváme právě proto, že

buňky v jejich tělech jsou poskládány jako jakási mozaika. Některé buňky jsou normální a některé obsahují nadbytečný chromozom. Mozaicismus, na rozdíl od dvou předchozích forem, má mírnější příznaky postižení, a to proto, že proti poruše stojí i normální buňky. Avšak jen velmi zřídka mají lidé s tímto typem Downova syndromu normální úroveň intelektových schopností.

2.2 Symptomatologie Downova syndromu

Dle většiny odborných zdrojů jsou rysy dětí s Downovým syndromem stejně jako u zdravých dětí ovlivněny geny od obou rodičů. Dítě, které si osvojí geny od matky a od otce, bude svým rodičům podobné stavbou těla, barvou vlasů, barvou očí a dalšími rysy. Vzhledem ke genetické výbavě 21. chromozomu mají děti s Downovým syndromem rysy, které jsou typické pro tento syndrom. Důležité je, jak uvádí Lechta (2000), že pomocí amniocentézy lze Downův syndrom často diagnostikovat již v prenatálním období. Porodní hmotnost těchto dětí je obvykle nižší než u intaktních dětí, je to kolem 3000 gramů.

Downův syndrom byl popsán více než stem charakteristických projevů, avšak u dětí trpících tímto syndromem se jich projeví většinou pouze pět až sedm. Obecně můžeme rozdělit typické znaky, které charakterizují Downův syndrom, na vnější a vnitřní. „*Vnějšími znaky myslíme ty charakteristiky, které jsou viditelné a zřejmé i laikovi. Do této kategorie zařadíme charakteristické rysy tělesné stavby. Vnitřními ty, které zjistíme až po bližším kontaktu s daným člověkem s DS, případně po jeho podrobnějším vyšetření.*“ (Olšáková, 2000, s. 10)

Selikowitz (2005) popisuje jednotlivé vnější znaky osob s Downovým syndromem tak, že hlava dětí s Downovým syndromem je oproti zdravým dětem menší a často vzadu zploštělá, tomuto jevu se říká *brachycephalia*. Právě tohle může zapříčinit kulatý vzhled hlavy. Dalším typickým rysem v obličejové části dětí s Downovým syndromem jsou jejich víčka a výrazná kolmá oční řasa, čili bilaterální epikantus, který dává charakteristický vzhled očím. U některých dětí s Downovým syndromem se můžeme setkat i s menšíma ušima. Ústa mívají menší a někdy je mívají pootevřená. Může se vyskytnout i to, že jazyk vyčnívá mezi rty. Je to zapříčiněno malou dutinou ústní, pro kterou je jazyk poměrně velký, a při svalové hypotonii, která zasahuje

i svalstvo úst a žvýkácí svaly, se jazyk dostává z pootevřených úst mezi rty. Nízké patro a úzké čelisti mohou vést ke špatnému postavení některých zubů.

Morales (2006) označuje orofaciální patologii, se kterou se dítě s Downovým syndromem narodí, jako primární patologii. Další přidružené jevy označuje jako patologii sekundární. Upozorňuje i na fakt, že hypotonie a zrakové problémy u dětí s Downovým syndromem mají vliv na celkové držení hlavy a současně i držení podélné osy těla. Tyto projevy jsou viditelné již v prvním roce dítěte. Mezi další znaky primární patologie zahrnuje Morales také jazyk osob s Downovým syndromem. Říká, že jejich jazyk je velký, široký, hypotonní, předsunutý dopředu a často leží na spodní řadě zubů. Poukazuje na otisky zubů na okraji jazyka či jazykové brázdy u dospělého jedince s Downovým syndromem.

V některých zdrojích se uvádí, že až 40 % dětí s Downovým syndromem trpí vrozenou srdeční vadou, která byla v minulosti mnohdy příčinou předčasného úmrtí osob s Downovým syndromem (Švarcová, 2003, Selikowitz, 2005, Olšáková, 2010).

Tvar končetin osob s Downovým syndromem má většinou normální tvar. Chodidla a ruce jsou menší a silnější než u intaktních osob. U poloviny dětí s Downovým syndromem najdeme pouze jednu rýhu přes dlaň. Také otisky prstů mají děti s Downovým syndromem odlišné. Právě ty byly v minulosti směrodatné pro určení Downova syndromu. Problémy může způsobovat celková ochablost vazů, což zapříčiňuje uvolnění kloubů. Spousta dětí s Downovým syndromem má menší svalový tonus, menší svalovou sílu a omezenou koordinaci. Tento problém se ale může s postupem vývoje dítěte zlepšit. (Švarcová, 2003)

Selikowitz (2005) říká, že muži s Downovým syndromem dorůstají v průměru 145–168 cm a ženy asi 132–155 cm. Tělesná hmotnost u osob s Downovým syndromem je přímo úměrná jejich stravě. I když mají sklony k obezitě.

Velmi často se u nich vyskytují zrakové vady. Švarcová (2003) uvádí, že až 50 % dětí trpí krátkozrakostí, asi 20 % je dalekozrakých a velká většina těchto dětí má strabismus. Proto je nutné, aby tyto děti pravidelně navštěvovaly očního lékaře, jelikož zrakové postižení může dětem ztížit samotný proces učení a jejich celkový vývoj. Sluchové vady u dětí s tímto syndromem taktéž nejsou ojedinělým jevem. Až 60 % z nich trpí lehkým nebo středně těžkým sluchovým postižením. Je známo, že i lehká

nedoslýchavost může ovlivnit rozvoj komunikačních schopností a celkový vývoj dětí. Proto je nutné dětem pravidelně testovat sluchovou percepci.

Všechny výše jmenované symptomy nemusí být vždy u osob s Downovým syndromem přítomny. Vyskytují se v různé míře a rozsahu. Stejně tak se výše zmíněné symptomy mohou ojediněle vyskytovat i u zdravých jedinců.

V některých zemích, například v Německu, Izraeli, Austrálii a Kanadě, jsou prováděny plastické operace na obličejích osob s Downovým syndromem. Tyto chirurgické zákroky mají zmírnit znaky Downova syndromu (Peuschel, 1997). Cílem operace je odstranění kožní řasy mezi nosem a očima, vyrovnaní štěrbin víček, tvarování oblasti hřbetu nosu, tváře, brady či odstranění kusu jazyka, aby dítě s Downovým syndromem dosáhlo vzhledu zdravého člověka. Odborníci argumentují tím, že jsou po operaci osoby s Downovým syndromem lépe akceptovány většinovou společností. Odpůrci naopak tvrdí, že lidé s Downovým syndromem musí být akceptováni společností takoví, jací jsou. Dosud nebyl proveden žádný erudovaný výzkum, který by jednu z těchto tvrzení zcela potvrdil, či vyvrátil.

Mezi vnitřní projevy Downova syndromu patří výskyt mentálního postižení. Švarcová (2003) uvádí, že byl prokázán výskyt mentálního postižení u všech osob s Downovým syndromem. Rozdílná je pouze hloubka mentálního postižení a rozmanitost specifik. Říká, že některým jedincům byl naměřen intelekt jen mírně vzdálený od normy, avšak u malého počtu osob s Downovým syndromem byl zjištěn intelekt v pásmu těžkého či hlubokého mentálního postižení.

Kučera (1981) poukazuje i na vývoj řeči dětí s Downovým syndromem, který má vliv na další vývoj. Uvádí, že při sledování řeči si všímáme dvou důležitých jevů, a to samotného vývoje řeči a schopnosti myšlení. Prvky řeči jako je artikulace, fonace a podobně si zdravé dítě přirozeně osvojí. Naopak dítě s Downovým syndromem složitě bojuje s technikou řeči. Proto je nutná návštěva logopeda.

Švarcová (2003) přikládá důležitost období mezi lokomocí a rozvojem řeči. Toto období je důležité zejména proto, že se zde formují základní vlastnosti dítěte jako sociální bytosti, umění podřizovat se, učit se, pracovat a samostatnost.

2.3 Komunikační schopnost u dětí s Downovým syndromem

U dětí s Downovým syndromem je celkový psychomotorický vývoj zpomalený. Opožděný vývoj můžeme sledovat i na samotném nástupu chůze, který přichází až kolem druhého či třetího roku života dítěte. I intelekt osob s Downovým syndromem je posunut na hranici lehkého, někdy i středně těžkého mentálního postižení. Z řečového hlediska je nástup řeči také často opožděn. Pouze jedna čtvrtina osob s Downovým syndromem začne hovořit před čtvrtým rokem. U jedinců s tímto syndromem jsou patrná období stagnace a období zjevných pokroků v osvojování si řeči, která se nepravidelně střídají (Lechta & Matuška, 1995).

Kladným činitelem u dětí s Downovým syndromem je jejich smysl pro muzikálnost a nápodobu, což se může pozitivně projevit na rozvoji jejich komunikační schopnosti. Naopak oblast jemné motoriky a zraková koordinace je u jedinců s Downovým syndromem o poznání horší než hudební sluch. Zhoršená jemná motorika a zraková percepce může negativně působit na rozvoj řeči, protože porucha řeči tkví v mozečkových funkcích, které zabezpečují jemnou motoriku a koordinaci pohybů, bez kterých je správná řeč nemyslitelná (Kučera, 1981).

Právě řeč může být prvním diagnostickým znakem možného mentálního postižení, a to proto, že úroveň rozumových schopností a vývoj řeči spolu úzce souvisí. U jedinců s mentálním postižením se řeč rozvíjí velmi často opožděně, pomaleji a mnohdy i odlišně od normy, což má logicky vliv na rozvoj osobnosti v dalších oblastech. Dle Sovákovy klasifikace poruch vývoje řeči (1981) se u dětí s mentálním postižením vyskytuje vývoj řeči omezený. To znamená, že dítě s mentálním postižením nedosáhne normy ve vývoji řeči. Bývá narušena obsahová, zvuková i gramatická stránka řeči.

Lechta (2002) naopak hovoří u těchto dětí o narušeném vývoji řeči. Užívá termín symptomatická vada řeči. Symptomatická vada řeči označuje narušenou komunikační schopnost, která je symptomem jiného, dominujícího postižení. Uvádí také fakt, že začátek vývoje řeči, její další vývoj a pozdější úroveň komunikační schopnosti jsou zcela závislé na úrovni IQ. Vývoj řeči je tedy závislý na typu a stupni mentálního postižení. U dětí s Downovým syndromem ve vývoji řeči často dochází ke střídání mezi obdobími stagnace a obdobími zjevného vývoje.

Jak už bylo výše zmíněno, osoby s Downovým syndromem mají často diagnostikovanou lehkou, či středně těžkou mentální retardaci. Od toho se odvíjí právě dosažená úroveň vývoje řeči. Lechta s Matuškou (2000) říkají, že řeč **dětí s lehkým mentálním postižením** se může stát postupem vývoje gramaticky správnou. I když pro ně může být obtížné naučit se výjimky gramatických pravidel, Sovák již v 60. letech uvádí, že může být vyvinuta i schopnost abstraktního myšlení. Způsob verbální komunikace nemusí být u dětí s lehkým mentálním postižením v běžných situacích nijak nápadná. Často využívají řečové stereotypy (Sovák, 1965).

U dětí se **středně těžkým mentálním postižením** je řeč nápadnější. Jsou zde zjevná zaostávání v oblasti psychomotorického vývoje. Matula se tímto zabýval již v 80. letech a uvedl, že tyto osoby si postupně dokážou osvojit základy sebeobsluhy či jednoduché pracovní návyky. Také se naučí dorozumívat se svým okolím pomocí řeči. Ovšem pasivní slovní zásoba převládá nad slovní zásobou aktivní. Jejich řeč je postavená na významných zvucích s prostými jednoslovnými větami. Důležité však je, že tyto osoby si zvládnou osvojit základy čtení, psaní a počítání.

Lechta (2002) ve své publikaci o symptomatologických poruchách řeči zdůrazňuje, že vývoj řeči je zcela závislý na úrovni IQ. Popisuje zde také jednotlivé poruchy řeči, které se u dětí s mentálním postižením mohou objevit. Nejčastěji, stejně jako u intaktních dětí, se vyskytuje dyslalie. U dětí s mentálním postižením se dyslalie často kombinuje s dysgramatismem, huhňavostí či dysfonií. Huhňavost se v těchto případech objevuje mnohem častěji než u intaktních dětí. Pro eretický typ dětí s mentálním postižením je typická breptavost. Breptavost se často kombinuje s dysgramatismem či koktavostí. Další poruchou řeči u dětí s mentálním postižením je koktavost. Je zřejmé, že poruchy plynulosti řeči mají často orgánové pozadí. Nejčastěji z jiných mentálních postižení se koktavost vyskytuje u dětí s Downovým syndromem. Dále pak s poruchou motoriky se může u dětí s mentálním postižením projevit v různých formách dysartrie. A to nejčastěji v případech, kdy je mentální postižení kombinováno s mozkovou obrnou.

Výše zmíněné teorie potvrzuje ve své publikaci i Kopečný (2014), který uvádí, že úroveň komunikační schopnosti je dána především stupněm mentálního postižení. Zmiňuje produkci neartikulovaných zvuků, které jsou modulovány podle momentálního rozpoložení u osob s hlubokým mentálním postižením. Udává, že u osob s hlubokým

mentálním postižením nedochází ani k projevům nonverbální komunikace. U osob s těžkým mentálním postižením zůstává řeč často na úrovni pudových projevů, nebo nedojde ani k jejímu rozvoji. Pokud je řeč osob s těžkým mentálním postižením rozvinuta, bývají přítomny echolalie, což je senzorický napodobovací reflex. U osob v pásmu středně těžkého mentálního postižení dochází k rozvoji komunikační schopnosti s opožděním, může se však rozvinout. Nevylučuje se u těchto osob ani zopakování delších řečových úseků. Osoby v pásmu lehkého mentálního postižení mají řeč rozvinutou tak, že často dostačuje v běžných denních komunikačních situacích. K selhávání dochází v nepředvídaných momentech či při nutnosti rychle jednat.

U dětí s Downovým syndromem se může často vyskytovat také verbální dyspraxie. Jedná se o poruchu koordinace řeči, která má neurologický podklad. Projevuje se neuromuskulárním deficitem – abnormální tonus a reflexy, nesrozumitelností projevu (American Speech Language Hearing Association, 2007 sec. cit. Kent & Vorperian, 2013).

Lechta (2008) poukazuje na drsné zabarvení hlasu dětí s Downovým syndromem. Hlas je u těchto osob ovlivněn anatomickými a fyziologickými anomáliemi v oblasti hrtanových struktur. Toto hrubé zabarvení hlasu nazýváme dysfonie.

Kopečný (2014) uvádí, že se v řeči osob s lehkým mentálním postižením objevují dysgramatismy. Dále pak je u osob s mentálním postižením charakteristické kladení subjektivně významných slov na začátek věty a bývá patrné narušení v oblasti fonematické diferenciaci.

Nadoleczny (In Lehta, 2011) si všiml patlavosti u dětí s Downovým syndromem, kterou právě pro jejich hluboký a drsný hlas nazval „laryngální dyslalie“. Děti s Downovým syndromem mají často rozbrázděný jazyk a tzv. gotické patro. To vše má vliv na správnou výslovnost.

Böhme (1976) uvedl, že s klesajícím IQ se koktavost vyskytuje vzácněji, proto se u dětí s Downovým syndromem koktavost objevuje častěji než u jiných mentálních postižení.

Shrnutí

Symptomy, které se u osob s Downovým syndromem projevují, rozdělujeme na vnitřní a vnější. Mezi vnitřní patří především mentální úroveň a mezi vnější patří stavba těla, vzhled hlavy a obličeje a podobně. Je nutné říci, že symptomy se u každé osoby s Downovým syndromem projevují v různé míře. Je nutné podotknout, že psychomotorický vývoj dětí s Downovým syndromem bývá často opožděn. I intelekt je obvykle posunut na pásmo lehkého mentálního postižení, někdy i středně těžkého mentálního postižení, což se odráží i v komunikační schopnosti těchto osob. Právě řeč může být prvním diagnostickým činitelem při určování mentálního postižení, protože řeč a mentální úroveň spolu úzce souvisejí. U dětí s Downovým syndromem často dochází ve vývoji ke střídání období stagnace a zjevného pokroku. Celkový vývoj dítěte závisí na jeho mentální úrovni. U dětí s Downovým syndromem se vyskytují symptomatologické poruchy řeči, což znamená, že řečová porucha je symptomem jiného, závažnějšího postižení. Mnohdy se vyskytuje dyslalie, rhinolalie, dysartrie, krtavost či breptavost.

3 Terapie u dětí s Downovým syndromem

3.1 Vymezení terapií, využívaných pro rozvoj dětí s Downovým syndromem

Samotný termín terapie pochází z řecko-latinského slova, jehož původ odkazuje na léčení, ošetřování, cvičení, pomáhání a podobně. Terapeutický přístup lze obecně popsat jako způsob odborného a cíleného jednání s osobou, který má za cíl odstranit či zmírnit nežádoucí potíže, nebo odstranit příčinu těchto obtíží. Terapeutické přístupy bývají uplatňovány jednak primárně, jako samostatný a ucelený systém s vlastní teorií a metodologií. Primární terapií je tedy myšlena například dramaterapie, psychoterapie, arteterapie a podobně. Druhou možností v užívání terapeutických přístupů je sekundární přístup, což znamená, že terapie je prováděna v rámci jiných, odborných činností, které jsou zaměřeny na podporu znevýhodněné osoby (Müller, 2014).

Klenková (2007) uvádí, že termín terapie chápe každý odborník dle svého oboru. Vymezení je tedy závislé na orientaci oboru, jako například medicína, psychologie, speciální pedagogika a podobně. Jinak řečeno, z medicínského hlediska lze chápat terapii jako léčbu a tak dále.

Dle Müllera (2014) pro veškeré užívané terapie vždy platí, že mají (Müller, 2014):

- určitost **prostředí** a času (např. v psychiatrické léčebně, denním či nočním stacionáři, léčebné komunitě, ambulanci, ve více či méně pravidelných intervalech, atp.);
- určitost organizační **formy** (např. individuální, skupinovou, rodinnou, atp.);
- určitou **orientaci** a odborné vybavenosti terapeuta (přístup, ale i prostředky práce by měly vycházet ze vzdělání, výcviku, osvědčených zkušeností);
- závislost na **věku a vzniku** potíží a symptomech klienta (zda jde o děti, dospělé či seniory, zda bude efektivnější zaměřit se na odstranění příčin či negativních projevů atp.);
- prvotní zaměření na **somatické** či **psychické** změny u klienta (terapeut může vycházet například z poznatkové báze fyzioterapeutické, psychoterapeutické atp.);
- cílem je **léčení** (na úpravu stavu), ale také **preventivní** a **rehabilitační** (to znamená, dosahování nejen prospěšné změny, ale současně i zmenšování rizika vzniku

a rozvoje dalších potíží a napomáhání v úpravě směrem k žádoucímu společenskému stavu).

Hornáková (In Pipeková & Vítková, 2001) říká, že terapie znamená v jistém smyslu nacházení smyslu pro věci, jevy a hodnoty, vytváření si vlastních postojů a rolí pro smysluplné působení v běžném životě.

Podle Müllera (2014) můžeme terapie dále dělit podle formy, ve které terapie probíhá. Jsou to zejména formy **individuální, skupinové, hromadné, rodinné a komunitní**. V případě, kdy terapeut pracuje s jedním klientem, hovoříme o terapii individuální. Cílem individuální terapie je dosáhnout požadované změny, a to formou neustálých dialogů a interakcí. Opakem terapie individuální je terapie skupinová. Při skupinové terapii pracuje terapeut s menší skupinkou klientů. Terapeut využívá především skupinovou dynamiku, tedy společné hledání řešení daného problému, rozdělení rolí a postavení členů, míru koheze a tenze skupiny či způsoby komunikace. Třetí formou je terapie hromadná. Hromadná terapie se od skupinové liší tím, že v ní není využíváno skupinové dynamiky. Je i méně efektivní. Proto se využívá jen jako doplněk jiných forem. Můžeme se setkat také s terapií rodinnou, kdy jde především o práci s rodinou. Terapeut se snaží o navození prospěšných změn v narušených rodinných vztazích. Poslední formou je terapie komunitní. To znamená, že terapeut pracuje v rámci komunity. Komunita je prostředí, v němž se terapeuti společně s klienty ovlivňují pomocí nějakého programu. Výsledkem komunitní terapie má být obnova potřebných sociálních dovedností a příprava k opětovnému začlenění do společnosti. Pozitivním činitelem je tzv. režimový tlak.

3.2 Charakteristika vybraných terapií zaměřených na orofaciální oblast

Myofunkční terapie

Termín *myofunkční* vymezuje spojitost se svalovými funkcemi, protože latinské *myo-* vyznačuje vztah ke svalu. Hartl & Hartlová (2010) popisují myofunkční terapii jako metodiku, která má za cíl souhru mezi artikulační činností mluvidel a polykáním.

Myofunkční porucha v podstatě znamená nesprávné polykání u osob, při němž je jazyk vysouván mezi zuby, anebo jazyk tlačí proti zubům. Funkci a vývoj orální oblasti ovlivňují nesprávné orální návyky, jako například dumlání palce, dudlíku či okusování nehtů. Pokud nesprávné orální návyky přetrvávají i po třetím roku života dítěte, může to vést k problémům v myofunkční oblasti (Mlčáková In Müller, 2014).

Kittelová (1999) navrhuje, aby při diagnostice myofunkční poruchy byl posuzován stav rtů, jazyka, brady, obličejového a žvýkacího svalstva v klidu a při polykání. Kontroluje se stav chrupu a čelistí, průvodní tělesné jevy, dýchání, tvorba hlasu a artikulace.

Myofunkční terapie je v zahraničí využívána více než třicet let a má velmi pozitivní účinky. Německá logopedka Anita Kittelová modifikovala klasickou terapii amerického profesora Garlinera a tak vznikla myofunkční terapie. Metodika je rozdílná v tom, že nácvik polykání neprobíhá současně s ostatními cvičeními, ale až jsou dosaženy určité myofunkční změny (Lechta a kol., 2002). Kittel (1999, s. 9) uvádí: *„Neztotožnila jsem se s postupem této terapie, která hned od počátku začíná s novým vzorem polykání, aniž dostatečně vybuduje myofunkční základy. Používaná cvičení pro jazyk se mi jeví jako nedostačující a cvičení pro rty ne zcela efektivní.“* Dle Kittelové je nejlepší terapii aplikovat již v předškolním věku. Tedy od doby, kdy je dítě schopno spolupracovat s terapeutem.

Mlčáková (2014) uvádí, že cílem myofunkční terapie je náprava chybného polykání u dětí, adolescentů a dospělých. Dále pak se jedná o pohyb a funkci jazyka, odstranění orofaciální dysfunkce. Díky této terapii se upraví postupně i držení těla a hlavy, artikulace a dýchání. Také tvrdí, že mezi další cíle myofunkční terapie patří eliminace špatných orálních návyků, mezi které patří dumlání palce či okusování nehtů. Dále pak jde o zmírnění nadbytečné tenze ve svalectech v oblasti obličeje a úst. Navozuje správné kousání, žvýkání a polykání. Také je vhodné věnovat se cvičení 5–10 minut denně.

Cílem terapie dle Anity Kittelové (Kittel, 1999) je reedukace průběhu orální fáze polykání a narušených svalových funkcí orofaciálního systému a dále pak zlepšení doprovodných symptomů jako je chybné držení těla, nízká koncentrace, oslabená funkce bránice, psychická nevyváženost apod.

Terapie má tři fáze. Zahrnuje fázi **intenzivní**, která probíhá jednou týdně po dobu 20 týdnů. Následující fází je fáze **kontrolní**. V této fázi klient dochází ke kontrole s několikátýdenním až tříměsíčním odstupem. Posledním krokem je fáze **automatizace**. Automatizace může trvat několik měsíců až rok. Terapie je považována za úspěšnou v případě, že je nový způsob polykání upevněn a spontánně každodenně používán.

Metodický postup při myofunkční terapii dle Kittelové je následující:

Průběh terapie je stanoven zpravidla jednou týdně, intenzivně po dobu 20 týdnů. Celková doba terapie je individuální. Vše se odvíjí od délky kontrolní fáze a délky automatizace. Terapie tedy může trvat několik měsíců až jeden rok. Terapie je považována za úspěšnou, jestliže je správný způsob polykání upevněn a spontánně užíván. Předpokladem úspěšné terapie je aktivní účast klienta.

1. **Cvičení klidové polohy jazyka.** Po celou dobu terapie je nutné se ke klidové poloze jazyka neustále vracet a také ji stále upevňovat v průběhu každodenních činností. Terapeut nejprve ukáže klientovi klidovou polohu jazyka a ten se ji pak sám snaží najít. Pak se klient snaží jazyk v této poloze krátce udržet. Pokud se nepodaří klientovi místo za horními řezáky najít, terapeut může místo jemně kontaktovat dřevěnou špátlí.

2. **Svalová cvičení v orofaciální oblasti.** Tato cvičení zahrnují cvičení pro jazyk, rty a cvičení pro sání s jazykem. Je nutné provádět cvičení dvakrát až třikrát denně před zrcadlem. Cvičení se může rozfázovat na jednotlivé kroky. Tato cvičení jsou založena na využití tlaku proti špátli a posilují střední část jazyka, která bývá nejčastěji oslabena.

a) Svalová cvičení pro jazyk (provádíme od prvního sezení, po jejich ukončení můžeme začít s nápravou interdentálního sigmatismu).

b) Svalová cvičení pro rty (provádíme od druhého sezení).

c) Cvičení sání s jazykem (provádíme po ukončení svalových cvičení pro jazyk a rty. Terapii laterálního sigmatismu začínáme až v případě, kdy funguje cvičení sání s jazykem a dvěma kroužky).

3. **Cvičení polykání** přichází na řadu po nácviku sání. Předpokladem pro správný průběh orální fáze polykání je zvládnutí cvičení pro sání. Pro nácvik sání se využívá přisávání střední části jazyka k patru. Pokud toto cvičení klient zvládá, očekává se, že je

jazyk schopný vyvinout podtlak potřebný pro transport sousta (bolusu) bez zapojení rtů. Při nácviu polykání se začíná nejprve s polknutím pevné stravy a posléze se nacvičuje polykání tekutiny.

4. **Automatizace správného polykání.** Pokud je zvládnuto cvičení polykání, přistupuje se k automatizaci správného polykání, a to během každodenního stravování. Kittelová (1999) doporučuje polykat s rozevřenými ústy, aby bylo možné kontrolovat vytvořený podtlak pro transport bolusu. Jazyk tak může pracovat sám, bez kompenzačních pohybů rtů. Po čtyřech dnech polykání s pootevřenými ústy Kittelová doporučuje začít s nácvikem polykání se zavřenými ústy. V tomto případě kontrolujeme pohyb hrtanu.

5. Paralelně k bodům 1 až 4 **předcházíme doprovodným symptomům** jako jsou problémy s koordinací oko – ruka, chybějící zrakový kontakt, hypotonie celého těla, hypotonie břišního a zádového svalstva, nesprávné dýchání apod.

Orofaciální regulační terapie

Na počátku sedmdesátých let 20. století se v Dětském centru v Cordobě pod vedením lékaře Castillo Moralese začala rozvíjet orofaciální terapie. Orofaciální terapie je specializovaná fyzioterapeutická reflexní metodika pro oblast úst a obličeje. K vypracování této metodiky dopomohly již známé terapie jako například Bobath terapie, Vojtova metodika reflexní lokomoce, Kabatova metodika. Terapie je zaměřena na oblast obličejových svalů, fyziologii sání, žvýkání, polykání, mluvení a stimulaci motorických bodů na obličeji.

Orofaciální regulační terapie je terapie určena přímo dětem s Downovým syndromem. Již v 70. letech ji dr. Castillo Morales a dr. Juan Bronto vyvinuli a aplikovali i u dětí s dětskou mozkovou obrnou či u osob s organickým nebo traumatickým poškozením mozku s narušením motoriky. Ve spolupráci s čelistními ortopedy v 80. letech vyvinuli speciální patrovou destičku pro stimulaci motoriky jazyka (Morales, 2006).

Morales velmi důkladně studoval vývoj jedince po narození. Ten pak rozdělil na vývojová období, která komplexně sledují rozvoj dítěte, jeho komunikaci, senzomotoriku, způsob stravování, pohyb a polohu rukou a nohou a jejich využívání, včetně hry a sledování vývoje zraku a sluchu. Morales předpokládal, že plasticita mozku

u dítěte do tří let věku je natolik velká, že když se včas nasadí vhodná terapie, můžeme očekávat pozitivní rozvoj (Klenková, 2007), Morales vypracoval cvičební program nejen pro oblast obličeje, ale i pro celé tělo. Také uvádí, že se orofaciální dysfunkce později rozšiřují a prolínají se s celkovým prožíváním a ovlivňováním dítěte, jeho schopnostmi, což může mít vliv na pozdější interakci dítěte s okolím.

Orofaciální regulační terapie je složena ze dvou částí. Jedná se o **terapii nervového rozvoje**, která je určená dětem a dospělým se senzomotorickými poruchami. Druhou složkou je samotná **orofaciální terapie**. Tato terapie je rozšířená v Evropě. Terapie je postavena na interdisciplinárním přístupu odborníků. Tedy především neurologa, fyzioterapeuta, logopeda, foniatra, očního lékaře, speciálního pedagoga a také čelistního ortopeda. Spolupráce s rodiči je při této terapii samozřejmostí, ovšem největší ohled je brán na samotné dítě a jeho potřeby Matějčková & Smisitelová (In Klenková, 2007).

Terapie je zaměřena především na oblast obličejových svalů, fyziologii sání, žvýkání, mluvení, polykání, stimulací motorických bodů na obličeji. Za cíl si dává rozvoj svalové hybnosti a aktivity svalových skupin, které jsou nezbytné pro fungování oblasti úst a obličeje.

Tři základní oblasti orofaciální regulační terapie Castillo-Moralese shrnuje Mlčáková (In Müller, 2014) takto:

- **Stavba a mechanismus čelistního kloubu:** Pohyb čelistního kloubu je veden třemi směry. Mandibula provádí pohyb nahoru a dolů, dopředu a dozadu a také ze strany na stranu. Vše je závislé na přesné koordinaci svalových skupin, které se podílejí na pohybu v čelistním kloubu. Nezbytné je držení těla, které má vliv pro dosažení harmonických pohybů.
- **Kontrola polohy hlavy a čelistního kloubu:** Správné držení těla a tedy i držení hlavy a mandibuly jsou předpokladem pro vznik funkčních pohybových vzorců v orofaciální oblasti. Tato fáze si ukládá za cíl navodit aktivní vzpřímení trupu a hlavy a celkové osvojení těchto stereotypů samotným klientem.
- **Manuální techniky užívané v terapii:** Mezi tyto techniky patří například technika dotyku, lechtání, hlazení, tlaku, tahu a nejdůležitější technika vibrace.

Smisitelová (In Klenková, 2007) uvádí, že pro aplikaci orofaciální regulační terapie je nezbytné správné držení těla. Morales klade důraz na podporu senzomotorické činnosti, zlepšení komunikace a vizuální vnímání. Vizuální vnímání v konceptu Castillo Moralese je klíčové pro rozvoj dýchání, pohybu, řeči a polykání. V tomto konceptu je velmi pečlivě rozpracována jakákoli diagnóza a soustředí se na celou problematiku pacienta. Klade důraz na diagnostiku celého těla. Říká, že izolovaný nález od specialisty je při práci v orofaciálním komplexu nedostačující. Diagnostikuje totiž celé tělo, a to kosterní, svalový i kloubní systém. Soustředí se na aktivitu držení těla, možnosti pohybu, poruchy vnímání, orofaciální funkce jako jsou sání, polykání, žvýkání, pohyby čelisti, bucinátorový mechanismus, rty, jazyk, postavení zubů, salivaci a řeč. Dále pak navrhuje ortodontickou léčbu ve spolupráci s logopedem, ortodontem a fyzioterapeutem.

Morales (2006) se zabýval také aplikováním patrové desky se stimulačním knoflíkem u dětí s Downovým syndromem. Inspiroval se využitím patrové desky u dětí s rozštěpem patra, kdy v těchto případech jazyk z kompenzačních důvodů směřoval nahoru. U dětí s Downovým syndromem by stimulační knoflík měl simulovat punctum fixum pro jazyk a vést ho tak směrem nahoru a dozadu. Jde tedy o zlepšení funkčního pohybového vzorce jazyka.

Rehabilitace orofaciální oblasti podle Debry Gangaleové

Rehabilitace orofaciální oblasti podle Debry Gangaleové se zabývá cvičeními, která se zaměřují na zlepšení polykání, fonace, srozumitelnosti řeči a artikulace. Rehabilitace je vhodná pro děti i dospělé, kteří mají neurogenní poruchy komunikace, projevující se narušenou motorikou v oblasti mluvidel. Gangaleová (2004) říká, že tato rehabilitace se může využívat nejčastěji u klientů s mozkovou obrnou, Parkinsonovou nemocí, mentálním postižením, traumatickým poškozením mozku a podobně.

V terapii dle Gangaleové jsou zahrnuta cvičení například na držení těla a protahování, ovládání salivace, dále pak cvičení krku a ramen, hlasová cvičení, cvičení měkkého patra, procvičování tváří, čelistí, rtů a jazyka. Gangaleová cvičení vyobrazovala pomocí názorných kreseb obličejů dospělých osob. Tyto kresby byly doplněny potřebnými pomůckami, jako je například měkký zubní kartáček, vibrační zubní kartáček, gáza, brčko, žínka a podobně (Mlčáková In Müller, 2014).

Metoda míčkování podle Hany Kubíkové

Metoda míčkování je prováděna pomocí molitanových míčků, které logoped používá pro uvolňování obličejových svalů. Tato metoda slouží k uvolňování příčně pruhovaných a hladkých svalů. Přestože byla metoda míčkování původně určena dětem s dýchacími obtížemi, v současné době slouží i jako metoda masážní pro děti s různým postižením. Masírování obličejových částí pozitivně ovlivňuje i dýchání. Metoda míčkování se provádí dvěma základními pohyby, a to koulením a vytíráním (Kubíková, 2012).

3.3 Charakteristika fyzioterapeutických a dalších přístupů

Bobath koncept

Bobath koncept, někdy nazýván také jako neurovývojová terapie, je rehabilitační terapeutický postup, který je určen zejména pro lidi s mozkovou obrnou, Downovým syndromem a jinými neurologickými problémy (Kraus a kol., 2005).

Koncept ve 40. letech vytvořili manželé Bobathovi, kteří za války uprchli do Londýna. Karl Bobath byl český pediatr a neurolog a jeho manželka Berta byla německá fyzioterapeutka. Právě v Londýně založili Bobath centrum, které je dodnes dobře známé (Klenková, 2000).

Bobathovi kladli důraz na vlastní aktivitu dítěte s využitím různých technik a pomůcek jako například používání míčků, válců, hraček a podobně. Říkali, že se jedná o celodenní proces a pokládali za důležité individuální vyšetření v rámci určité funkce. Nutná je také spolupráce z řad odborníků (logoped, fyzioterapeut, ergoterapeut), dále pak s rodiči, kteří jsou do terapie zapojeni.

Tato neurovývojová terapie je ve fyzioterapii využívána především k eliminaci následků vývojových a centrálních poruch motoriky. Jako neurovývojová terapie je tato metodika označena z toho důvodu, že se předpokládá, že po narození dítěte se mozek dále vyvíjí (Janovcová In Klenková, 2007).

Bobath koncept je založen na takzvaných reflexních inhibičních polohách, díky kterým by měl klient dosahovat relaxace. Pro správné vykonání určitého pohybu musí dítě nejprve dosáhnout postupného zlepšení počáteční polohy pro daný pohyb. Toho lze

dosáhnout pomocí opačných poloh končetin a trupu, než které normálně zaujímají (Kraus & Šandera, 1975).

Janovcová (In Klenková, 2007) uvádí, že cílem této terapie je normalizace svalového tonu v oblasti hlavy, krku, pletence ramenního, trupu a pánve, ovlivňující motoriku končetin. Nejde o pouhé cviky pro správné držení těla, ale procvičují se jednotlivé elementy těchto pohybů jako například polohové reakce, rovnováha, koordinace pohybu končetin, rotace trupu a další. Upozorňuje také na to, že metodika se přizpůsobuje aktuálnímu stavu dítěte. V této souvislosti Neubauer (In Lechta a kol., 2002) upozorňuje na dlouhodobou a citlivou práci s dítětem. Říká, že není nutné provozovat jednotlivé cviky s dítětem, ale důležité je dbát na citlivé zacházení s dítětem po celý den a sledovat jeho řešení sociálních problémů.

Janovcová (In Klenková, 2007) s touto teorií od Neubauera souhlasí a také dbá na to, aby se terapeut nesoustředil pouze na moment cvičení, ale také na funkční situace během celého dne. Tedy na to, co dítě zvládne bez dopomoci a co s dopomocí. Co dítě samo nesvede, je prolnuto s běžnou péčí, je to tedy například nošení dítěte, krmení a podobně. V tomto případě je řeč o **handlingu**. V handlingu jsou využívány tři skupiny technik, a to **inhibice**, což je tlumení či vyřazení abnormálního pohybu, dále pak **facilitace** neboli usnadňování a poslední technikou je **stimulace**, kdy dochází k normalizaci posturálního tonu.

Vojtova metoda reflexní lokomoce

Jednou z nejrozšířenějších metod pro rozvoj hybnosti v dětském věku je Vojtova metoda reflexní lokomoce. Autorem této metody byl v 50. letech 20. století český lékař, neurolog Václav Vojta. Právě on se zabýval problematikou centrální poruchy hybnosti. Vojta Svoji metodu začal vyvíjet již v roce 1954 (Klenková, 2000).

Při této metodě je kladen důraz na individuální práci fyzioterapeuta s dítětem. Dále pak je nezbytná spolupráce rodičů (Neubauer In Lechta a kol., 2005).

Základem metody reflexní lokomoce podle Václava Vojty jsou dva pohybové prvky, a to reflexní plazení a reflexní otáčení. V poloze na břicho probíhá reflexní plazení, kdy v této poloze dochází k jakémusi plazivému pohybu, kdežto reflexní

otáčení se vykonává v poloze na zádech, přes polohu na boku přechází do pohybu na všech čtyřech (Klenková, 2000).

Neubauer (In Lechta a kol., 2002) uvádí, že reflexní lokomoce je vybavitelná v každém věku a právě v orofaciální oblasti je díky reflexní lokomoci vyvolávána nápadná odezva. Díky reflexnímu plazení a otáčení jsou spouštěny pohyby jazyka, dýchání se prohlubuje a nabývá na intenzitě. Dále pak jsou využívány spoušťové zóny, aktivující ve zvýšené míře rozvoj řeči. Tyto zóny se nacházejí především v obličejové oblasti a jsou využívány především v první fázi reflexního otáčení.

Terapie je prováděna rodiči či osobními asistenty, a to podle přesných instrukcí fyzioterapeuta. Intenzita cvičení je zcela závislá na věku a stavu klienta. Cvičební jednotka trvá pět až dvacet minut [online].

Cílem Vojtovy metodiky reflexní lokomoce je navození rovnováhy těla při pohybech, tedy takzvané „posturální řízení“, dále pak si Vojtova metodika ukládá za cíl vzpřímení těla proti gravitaci a v neposlední řadě jsou cílem uchopovací a krokové pohyby končetin [online].

Bazální stimulace

V 70. letech byl na základě praktické práce a teoretické reflexe s ohledem na potřeby dětí vyvinut koncept bazální stimulace (Fröhlich In Vítková, 2006). Friedlová (In Opatřilová, 2010) říká, že bazální stimulační terapie je stimulační a interakční koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb.

Základním principem bazální stimulace je zprostředkování zkušenosti a vjemů, díky kterým můžeme klienta přivést do reality. Je důležité tyto zkušenosti a vjemy dobře sledovat, dále pak promyšleně plánovat další program, který vede k dalšímu rozvoji osobnosti. Při plánování programu je nezbytné se řídit individuálním vývojem dítěte, nikoli jeho chronologickým věkem (Vítková In Müller a kol., 2014).

Cílem bazální stimulace je podle Janovcové (2004) vnímání vlastního těla, jeho stimulace, dále pak rozvoj vlastní identity, vnímání i okolního světa, navazování kontaktu a podobně.

V konceptu bazální stimulace je působení na jednotlivé oblasti, které působí pak na další a teprve potom všechny utvářejí celek. Nicméně každá jednotlivá složka je důležitá. Mezi tyto složky zahrnujeme vnímání, sociální zkušenost, myšlení, komunikaci, pocity, pohyb a tělesnou zkušenost (Vítková In Opatřilová, 2010).

Techniky bazální stimulace dělí Friedlová (2007) na základní a nastavbové. Mezi základní prvky patří stimulace somatická, vestibulární a vibrační. Dále pak mezi nastavbové prvky řadí stimulaci vizuální, auditivní, taktilně-haptickou, olfaktorickou, což jsou vůně a pachy a poslední stimulaci orální.

Podněty týkající se celého těla jsou podněty somatické. Díky nim lze docílit pozitivní zkušenosti s vlastním tělem. Nejzákladnější tělesná zkušenost probíhá pomocí doteku. Dotek je totiž nejintenzivnější formou komunikace. Při těžším postižení jedince je třeba podnět zintenzivnit, protože právě u osob s těžkým postižením je vnímání doteku obtížné (Vítková, 2006).

Určování polohy dítěte napomáhá stimulace vestibulárních podnětů. Stimulace probíhá například mírnými pohyby hlavy, díky kterým se dítě naučí vnímat různé směry. Při stimulaci může být nápomocný i terapeutický míč či válec, který slouží k vnímání kolébavých pohybů (Opatřilová, 2010). Vítková (In Müller & kol., 2014) uvádí, že v poslední době se využívá k podněcování vestibulárních podnětů senzorická integrační terapie.

Opatřilová (2006) uvádí, že ke stimulaci vibrační se mohou používat různé vibrační hračky, elektrické zubní kartáčky a podobně. Bylo zjištěno, že pomocí vibrací po celé délce těla je navozen intenzivní pocit v nosných částech těla a kloubech, který napomáhá dítěti vnímat chvění, zvuky či hlasy. Vítková (In Müller & kol., 2014) zmiňuje, že všechny tyto vibrační podněty intaktní člověk běžně získává při chůzi, stání a podobně a ukládá si je přirozeně do paměti.

Sluchové a zrakové vnímání je pro člověka velmi důležité. Díky nim opouštíme bezprostřední oblast těla. Zpracování zrakových a sluchových vjemů je pro osoby s těžším stupněm postižení náročnější, proto je pro ně atraktivnější vnímat jen dílčí oblast slyšení a vidění (Vítková In Müller & kol., 2014). Janovcová (2004) za vizuální stimulaci považuje schopnost fixace předmětu, aktivní postavení očí, pohyb očí a hlavy. Cílem je naučit dítě vnímat samo sebe, předměty a ostatní lidi. Učení se reakcí na tóny,

zvuky a šumy, které přicházejí z různých směrů, má na starost stimulace auditivní (Opatřilová, 2010).

Na schopnost úchopu, držení a vědomého poznání se vztahuje taktilně haptická stimulace. Jde o to, aby si dítě uvědomilo, že každá věc má svůj charakteristický tvar (Janovcová, 2004).

Petöho terapie – metodika induktivní pohybové pedagogiky

Zakladatelem této terapie byl maďarský lékař András Petö. Dodnes není zcela jasné, kterými teoretickými modely se Petö při vytváření svého konceptu inspiroval.

Tato metoda považuje za důležité propojení mezi hrubou motorikou a řečí. Každý motorický cvik má přiřazen rým, a tím dochází k automatizaci a postupně k vytváření vzpomínky, která se ukládá v motorické paměti (Opatřilová, 2005).

Petöho metoda je typická řadou principů. Právě tyto principy pomáhají utvářet jedinečné a atypické struktury této terapie. Mezi tyto principy patří princip skupiny, celistvosti, denní rutiny, aktivity a princip facilitace. Danielczyk (2003) uvádí, že v **principu skupiny** hraje důležitou roli rytmus, struktura a organizace skupiny, dále pak je nezbytná decentralizovaná role konduktorky. Všechny jmenované fungující aspekty mohou společně tvořit úspěch skupiny. Jak už název napovídá, **princip celistvosti** znamená, že je v potaz brána celá osobnost člověka. Tedy člověk je brán jako celek a není rozkládán na jednotlivé části. **Princip denní rutiny** znamená, že celý proces induktivní podpory je přesně časově i obsahově naplánován. Dalším neméně důležitým principem je **princip aktivity**. Jako aktivita je považován například už zájem o určitou činnost, plánování činnosti, a ne samotný pohyb. Posledním principem je **princip facilitace**. Facilitace znamená usnadnění a může být užívána v kterékoli fázi terapie.

Cílem této terapie je především formování osobnosti, dosažení co největší míry samostatnosti, koordinace, podpora komunikační schopnosti a kognitivní schopnosti a celkový rozvoj osobnosti (Danielczyk, 2003).

Fyzioterapie

Děti s Downovým syndromem mívají ve většině případů narušený vývoj hrubé motoriky a s tím související narušení i motoriky jemné. Za předpokladu, že bude terapie započata včas, tedy v raném věku dítěte s Downovým syndromem, může dojít ke zkvalitnění funkčnosti velkých i malých svalových skupin a k celkovému zlepšení motorických dovedností. Fyzioterapie slouží k dosažení motorických dovedností, jako je plazení, sezení a postavení se. Dále pak napomáhá správnému držení těla a ovládání celkové rovnováhy těla. Pomocí fyzioterapie předchází klient pozdějšímu výskytu sekundárních obtíží v podobě zkrácených šlach a bolestí kloubů. V neposlední řadě napomáhá dítěti v socializaci, a to tím, že dítě zvládá běžné dětské hry, které vyžadují určitou schopnost hrubé motoriky (Ulrich & Yun & Angulo-Kinzler, 2001).

Feuersteinova metoda instrumentálního obohacování

Feuersteinova metoda, jinak také nazývána jako metoda zprostředkovaného učení či metoda zprostředkovaného obohacování je metoda, která je postavena na 21 cvičných sešitech, které jsou označovány jako instrumenty. Jednotlivé úkoly mají abstraktní charakter. K jejich řešení žáci nepotřebují předchozí znalosti (Málková, 2009).

Metoda vznikla z přesvědčení o tom, že lidské schopnosti a inteligence se mohou během života neustále vyvíjet. Tvrdí tedy, že lidská inteligence a schopnosti se dále dají utvářet učním. Dle Feuersteinovy metody můžeme svou mysl a intelekt posunout za pomyslnou hranici [online].

Instrumenty jsou určeny dětem od osmi let. V případě, že se jedná o dítě s mentálním postižením, je složité určit věkovou hranici. V tomto případě je nutné, aby zprostředkovatel metody přizpůsobil cvičení schopnostem a možnostem dítěte. Právě u dětí s Downovým syndromem dochází často k neúspěchu z důvodu neschopnosti se plně koncentrovat na práci. Je pro ně obtížné souvisle přemýšlet a nedovedou si práci naplánovat a zorganizovat. Právě Feuersteinova metoda slouží k tomu, aby tyto nedostatky zmírnila či zcela odstranila (Bednářová & Kafková & Dzúr, 2012).

Ergoterapie

Ergoterapie si klade za cíl maximální možnou soběstačnost, nezávislost, začlenění do společnosti a zvýšení kvality života. Svých cílů dosahuje pomocí činností, které pomáhají k obnově postižených funkcí. U dětí s Downovým syndromem ergoterapeut pracuje společně s fyzioterapeutem na rozvoji hrubé motoriky a jemné motoriky. Z hlediska hrubé motoriky se terapie věnuje například koordinaci pohybů, vhodné poloze pro hru či optimalizaci svalového napětí. Z oblasti jemné motoriky se jedná o koordinaci horních končetin, rozvoj jednotlivých smyslů a podobně [online].

Ergoterapie je u dětí s Downovým syndromem důležitá především v kojeneckém období, kdy se ergoterapeut zaměřuje na podporu jednotlivých fází motorického vývoje. Důležité jsou také informace ohledně příjmu potravy, který se může stát problematickým zejména u dětí se sníženým napětím v orofaciální oblasti.

Hipoterapie

Hipoterapie je komplexní léčebné působení koně na člověka. Komplexní terapie proto, že v sobě spojuje prvky fyzioterapie, psychoterapie a socioterapie (Hollý, K., Hornáček, K. 2005).

Müller a kol. (2005) uvádí, že hipoterapie je použitelná téměř u všech druhů a stupňů postižení. Kůň předává impulzy bezvládnému tělu a celkově blahodárně působí na spastické svaly, může být také přítelem a prostředníkem mezi klientem a terapeutem. Konkrétně u dětí s Downovým syndromem může být hipoterapie velmi přínosnou. Při hipoterapii je posilován svalový tonus, jsou rozvíjeny pohybové dovednosti a celkově je při terapii podporováno správné držení těla. Hipoterapie je příznivá i pro rozvoj smyslových vjemů. Při pohlazení koně cítí dítě příjemné teplo, vnímá hustotu srsti. Současně při sedu v sedle cítí okolní počasí jako například vítr, sluneční paprsky a podobně. Terapie s koněm pozitivně působí také na oblast kognitivní, na oblast chování a komunikace. Rehabilitace vyžaduje vhodné chování vůči koni.

Muzikoterapie

„Muzikoterapie je použití hudby a/nebo hudebních elementů (zvuku, rytmu, melodie, harmonie) kvalifikovaným muzikoterapeutem pro klienta nebo skupinu v procesu, jehož účelem je usnadnit a rozvinout komunikaci, vztahy, učení, pohyblivost, sebevyjádření, organizaci a jiné relevantní terapeutické záměry za účelem naplnění tělesných emocionálních, mentálních, sociálních a kognitivních potřeb“ (Kantor 2009, s. 27).

Kantor (in Müller, 2005) jako prostředky, které jsou využívány při muzikoterapii, uvádí například lidské tělo, hlas a hudební nástroje. Lidské tělo dokáže vydat obrovské množství zvuků, které jsou tvořeny samotným dechem nebo hrou na tělo. Tyto zvuky pomáhají k uvědomění si vlastního těla. Může být využívána hlasová improvizace, rytmizace, melodizace říkadel či samotný zpěv. Mezi hudební nástroje využívané při muzikoterapii řadíme klavír, kytaru, nástroje etnické, ručně vyráběné a tradiční nástroje.

Chirofonetika

Chirofonetika je logopedická metoda, jejímž původním cílem bylo navození řeči. Při této metodě vyslovuje terapeut hlásku a zároveň táhne odpovídající masážní tlak. Masážní tah znázorňuje vzdušné proudění, které vzniká v dutině ústní při artikulaci hlásky. Tedy klade důraz na vnímání tvorby hlásek. Autorem této terapie byl rakouský doktor Alfréd Baur. V průběhu terapie leží klient na břiše na masážním stole. Terapeut provádí tah na zádech, pažích, nebo na nohou a současně vyslovuje danou hlásku. Klient v jeden moment vnímá slyšenou hlásku, terapeutovy ruce, jejich teplo a tlak. Chirofonetika je postavena na zesílení smyslových vjemů (Mílková, 2012).

Při této terapii je nutná spolupráce rodičů, či partnera. Terapeut dá rodičům pokyny, jak s dítětem pracovat. Je nutné s klientem pracovat šestkrát po dobu 10–15 minut. S terapeutem se setkávají jednou za dva až čtyři týdny [online].

Shrnutí

Termín terapie ve své podstatě znamená léčení, ošetřování, cvičení, pomáhání a podobně. Terapeutický přístup je takový přístup, který si klade za cíl odstranit či zmírnit nežádoucí obtíže, nebo také odstranit příčinu těchto obtíží. Terapeutické přístupy mohou být vykonávány buď primárně, a to jako samostatná terapie, nebo sekundárně, jakožto součást jiných, odborných činností. Terapie může pomoci klientovi nacházet smysl pro věci, jevy a hodnoty, vytvořit si vlastní postoje a role pro působení v běžném životě.

Existuje mnoho forem terapií. Tato kapitola se však zabývala terapiemi, které jsou zaměřeny na orofaciální oblast a dále pak na terapie, které mají fyzioterapeutický účinek. Mezi terapie zaměřující se na orofaciální oblast patří například myofunkční terapie, orofaciální regulační terapie dle Castilla Moralese a orofaciální regulační terapie dle Debry Gangaleové. Fyzioterapeutické přístupy zahrnují Bobath koncept, Vojtovu metodiku reflexní lokomoce, bazální stimulaci, Pöteho terapii, Feuersteinovu metodu reflexního napodobování, ergoterapii, hipoterapii a mnoho dalších. Je velmi obtížné říci, která z uvedených terapií je nejúčinnější. Účinnost nelze obecně určit, protože každý klient je jedinečný, má rozdílné obtíže a odlišné předpoklady k uzdravení.

4 Využití terapeutických metod a technik u dětí s Downovým syndromem

Kvalitativní výzkumné šetření má za cíl analyzovat terapeutické metody a přístupy při rozvoji dětí s Downovým syndromem. K dosažení výzkumných cílů byl využit polostrukturovaný rozhovor s rodiči dětí s Downovým syndromem a klinickou logopedkou. Ke zpracování empirické části dopomáhá také hloubková analýza diagnostických dokumentů, přímé pozorování a případové studie dětí s Downovým syndromem.

4.1 Cíle výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření je analýza terapeutických přístupů v rámci rozvoje komunikační schopnosti u dětí s Downovým syndromem.

Dílčím cílem šetření je analýza dostupných terapeutických přístupů využívaných k rozvoji komunikační schopnosti u dětí s Downovým syndromem a analýza logopedické intervence u dětí s Downovým syndromem.

Výzkumné otázky se zaměřují na logopedickou intervenci a terapeutické přístupy u dětí s Downovým syndromem. Jsou to tyto:

1. Které terapeutické přístupy jsou u sledovaných dětí s Downovým syndromem nejčastěji využívány?
2. Jak probíhá u sledovaných dětí terapie zaměřená na rozvoj orofaciální soustavy?
3. Jak u sledovaných dětí probíhá logopedická intervence?

Výzkumné šetření proběhlo ve třech etapách. První etapa se věnovala pozorování vybraných dětí s Downovým syndromem. Ve druhé etapě se uskutečnila analýza diagnostických materiálů a ve třetí etapě výzkumu byly zpracovány případové studie.

4.2 Charakteristika místa šetření a výzkumného vzorku

Výzkumné šetření proběhlo v rámci osobních setkání, a to v Jihomoravském a Olomouckém kraji. Výzkumný vzorek tvořily čtyři děti, konkrétně dvě dívky a dva chlapci školního věku, u kterých byl diagnostikován Downův syndrom. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na rozvoj komunikační schopnosti u dětí s Downovým syndromem. Výzkum byl zaměřen i na terapie, které nejsou primárně zaměřeny na rozvoj komunikační schopnosti. A to z toho důvodu, že u dětí s Downovým syndromem se mnohdy vyskytuje svalová hypotonie, která může nepříznivě působit právě i na rozvoj komunikační schopnosti. Setkání s rodiči těchto dětí probíhalo vždy za příjemných podmínek, například v kavárně, na výstavě či v parku. Setkání doprovázela dlouhodobá korespondence s rodiči. Výzkumné šetření probíhalo v průběhu přibližně jednoho roku, a to od podzimu roku 2016. Nejprve byly stanoveny otázky pro polostrukturovaný rozhovor, které rodiče prostřednictvím korespondence vyplnili. Následně při setkávání byly otázky doplněny novými fakty a příběhy. Během setkávání bylo uskutečňováno i pozorování sledovaných dětí. Setkání probíhala v příjemném prostředí, aby se rodič i sledované dítě cítili příjemně.

Probíhaly i konzultace s klinickým logopedem. Ten uvedl poznatky z praxe ohledně využívaných terapeutických metod. Rodiče byli seznámeni o zachování anonymity a záměně jmen.

4.3 Vlastní šetření

Případová studie – Emma

Dívka narozená v roce 2009 s diagnózou Downův syndrom a logopedickou diagnózou opožděný vývoj řeči. Emma prostrídala tři mateřské školy. Od tří let navštěvovala dvakrát týdně mateřské centrum, kde jí byla věnována logopedická, psychologická i rehabilitační péče. Po roce byla dívka integrována do běžné mateřské školy v místě bydliště, avšak kvůli neochotě ji rodiče po roce přeřadili do jiné, běžné mateřské školy společně s asistentem pedagoga. V této škole proběhla integrace bez problémů. Tuto MŠ navštěvovala tři roky a od září nastoupila do základní školy, která k MŠ patří. S dívkou spolupracuje asistent pedagoga. Pro podporu úspěšné integrace Emma navštěvuje speciálně pedagogické centrum společně s logopedickou péčí.

Rodinná anamnéza

Matka narozená v roce 1976 pracuje jako administrativní pracovnice. Otec narozen v roce 1974 pracuje jako manažer firmy. Dívka má starší sestru Ellu narozenou v roce 2006. Rodina je funkční, úplná a všichni její členové žijí ve společné domácnosti. V rodině se nevyskytuje žádné jiné mentální či tělesné postižení nebo narušená komunikační schopnost.

Osobní anamnéza

V prenatalním vývoji nebyly zjevné žádné známky jakéhokoli postižení. Ve dvanáctém a šestnáctém týdnu byly provedeny testy na výskyt Downova syndromu. Oba testy byly negativní. Těhotenství proběhlo bez obtíží a porod byl bez komplikací. Dívka se narodila ve 38. týdnu s běžnými porodními mírami, a to 2900 g a 47 cm.

Asi hodinu po porodu doktorka informovala matku o možném výskytu Downova syndromu u novorozené holčičky. Dívce byla odebrána krev a byla odeslána na testy. Vzhledem k chybě při testování museli rodiče na diagnózu své dcery čekat déle, než je běžné. Po deseti dnech byla Emmě diagnostikována forma Downova syndromu, konkrétně mozaicismus. Po třech měsících byly opět testy provedeny a konečná diagnóza dívky je Downův syndrom – trisomie 21. chromozomu. Dítě navštěvovalo několik odborníků, například na neonatologii, foniatrii, psychologii, oftalmologii, endokrinologii, kardiologii, ORL či logopedii.

Psychomotorický vývoj dívky probíhal v normě díky Vojtově metodice reflexní lokomoce, kterou dívka absolvovala od prvního měsíce po narození až do 1,5 roku života, kdy děvčátko začalo chodit. Emma od 8. měsíce sedí, stát začala v 10. měsíci a chůze se u dívky rozvinula ve 14. měsíci.

Dívka trpí na časté nachlazení a záněty horních cest dýchacích. Také se jí tvoří větší množství ušního mazu, což rodiče řešili na ORL. V osmi měsících byla dívce odstraněna nosní mandle. Dle oftalmologických vyšetření má dívka strabismus, který byl reedukován pomocí okluzoru po dobu jednoho roku.

Psychologické zprávy ukazují na mentální postižení v pásmu lehkého mentálního postižení.

Doplňující terapie k logopedické intervenci

Dívka od jednoho a půl měsíce absolvovala Vojtovu metodiku reflexní lokomoce. Pro úspěch terapie, po roce a půl, tedy v roce 2011, nebylo cvičení Vojtovy metody nutné. Její psychomotorický vývoj byl díky úspěšnosti terapie v normě. Momentálně je klientkou speciálně pedagogického centra a je v péči psychologa a logopeda.

Začátky logopedické terapie – stav při započetí terapie

Psychologické vyšetření ze září 2014 udává, že z počátku vyšetření byla dívka spíše inhibována, postupně však byla vstřícná a jednala bez zábran. Udržovat oční kontakt dívce nečinilo obtíže. Emma byla usměvavá, vstřícná, občas při plnění úkolů projevovala známky negativismu. Negativně přijímá i kritiku a nezdar při plnění úkolů. Dívku k práci pohání pozitivní motivace. Pozornost dívka udržela jen krátkodobě, protože ji od ní lehce odvede to, o co má sama zájem. Pracovní tempo dívky je nerovnoměrné, občas i zbrklé.

Sebeobslužné činnosti zvládá adekvátně svému věku. Emma se umí samostatně najíst lžící. Používání nože a vidličky zatím nacvičuje s rodiči a asistentkou. Sama si umí nalít tekutinu do sklenice, ze které se umí i samostatně napít. Dívka se umí samostatně obléknout i obout si boty. Problém jí činí zapínání zipu a zavazování tkaniček u bot. Hygienické návyky udržuje, ale občas se stane, že po použití toalety se neočistí a někdy dochází k problémům s udržením moči.

Hrubá motorika je u dívky narušena v důsledku diagnózy hypotonie. U dítěte je znatelná kloubní hypermobilita, neobratnost a také motorický neklid. Ten se u dívky projevuje vrtěním se na židličky, posedáváním a klekáním na židličku.

V oblasti jemné motoriky se u Emmy projevuje špatný úchop pastelky, problém s navlékáním korálků a podobně. Dívka umí postavit komín či most z kostek. Grafomotorika dítěte je ve stadiu obsahové kresby. Ema napodobí čáru, kruh a křížek, ostatní útvary jí činí obtíže. Grafomotorika dívky odpovídá vývojové úrovni 36 měsíců. Emma při práci upřednostňuje pravou ruku.

Dívka zvládá barvy přiřadit, ale samostatně je určit jí dělá problémy. Emma umí označit některé části těla jako je hlava, ruce, nohy, břicho a krk. Při kladení cílených otázek dítě zvládá podat daný obrázek z nabídky. S jistotou poznává základní

geometrické tvary a předměty denní potřeby. U dívky je patrný rozvoj konstruktivní a napodobivé hry. Díky smyslu pro humor, který dívka má, umí aktivně utvářet vtipné situace.

Řeč dívky je na vývojové úrovni 30 měsíců. Byl u ní diagnostikován opožděný vývoj řeči, jako symptomatická porucha řeči při Downově syndromu. Slovní zásoba dívky je nedostatečná. Narušena je především expresivní složka řeči, což je znatelné na produkci řeči. Verbální vyjadřování je sporadické, převážně jednoslovné. Ve výjimečných případech Emma používá dvouslovná spojení. Časté používání onomatopoií. Dítě preferuje neverbální způsob komunikace, využívá gesta a znaky. Aktivní slovní zásobu zastupuje pár slov. Například: „tam, jo, ne, mami, ham, ne nechci, toto ne“. Gesta, která dívka využívá, jsou výstižná a všeříkající.

Projevy v jednotlivých rovinách

Lexikálně-sématická rovina: V této oblasti je u dívky znatelný rozdíl mezi aktivní a pasivní slovní zásobou. Emma si tvoří vlastní slovník. Expresivní složka řeči dítěte je výrazně narušena. Pasivní slovní zásoba je u dívky výrazně na lepší úrovni než aktivní slovní zásoba, což je znatelné především při zadávání pokynů k práci.

Morfologicko-syntaktická rovina: Dívka tvoří jednoslovné, výjimečně dvouslovné věty a při komunikaci preferuje neverbální komunikaci. Často využívá ke komunikaci gesta a mimiku, která je mnohdy výstižnější než mluvené slovo.

Foneticko-fonologická rovina: Dívka má vyvozené všechny hlásky, kromě hlásky „R a Ř“. Jednotlivě hlásky Emma vysloví, ale zatím nejsou zafixovány.

Pragmatická rovina: Emma udržuje oční kontakt. Pomocí gest, mimiky a jednoduchých slov dokáže vyjádřit své základní potřeby.

Terapeutické cíle nastavené logopedem

1. Zlepšit kvalitu pozornosti a očního kontaktu
2. Zvýšení úrovně pasivní a aktivní slovní zásoby
3. Fixace již vyvozených hlásek, vyvození hlásek nových
4. Zlepšení oromotoriky a orientace jazyka v dutině ústní
5. Orofaciální terapie
6. Podpora nazální respirace

Logopedické přístupy využívané při terapii – techniky a metody zaměřené na primární funkce

Orofaciální stimulace – pomocí pasivních masáží docházelo ke stimulaci v orofaciální oblasti. Probíhala tlaková, bodová a tahová stimulace rtů, brady, nosu a nadočnicových oblouků. Pasivní masáže obvykle probíhaly v opačném pohybu, než který daný sval vykonává. Pro prokrvení svalstva v orofaciální oblasti a jeho tonizaci byla využívána metoda míčkování. Pro posílení retního závěru a posilování svalů jazyka byla využívána stimulace vibrační tyčinkou.

Terapeutické přístupy a doporučení

Logoped doporučil vytváření komunikačního deníku, který by měl obsahovat obrázky se slovy dívčiny denní potřeby. Deník by měl dále obsahovat obrázky se slovy potravin, které dívka ráda jí, obrázky členů rodiny a kartičky s oblíbenými činnostmi.

Dalším doporučením je verbalizovat činnosti, které Emma právě provádí. Komentovat činy a chování dívky, také pojmenovávat předměty, které dívka právě používá. Neméně důležité je označovat části těla, poznávat zvířata a barvy. To vše slouží k rozvoji aktivní i pasivní slovní zásoby. Procvičování dějové posloupnosti je mezi doporučeními, která jsou vhodná pro rozvoj děvčete. Dívka sice zvládá klást obrázky tak, jak činnosti jdou postupně za sebou, ale občas dojde k nepřesnostem. Při terapii je používán tablet, do něhož byly zakoupeny hry na procvičování barev, opakování slov a podobně. Tablet slouží pro Emmu jako motivační prvek. Může na něm pracovat za odměnu.

Projevy komunikační schopnosti v době šetření

Dívka s Downovým syndromem je v péči logopeda i v současnosti. Aktivní slovní zásoba dívky se neustále rozšiřuje. Věci začíná pojmenovávat skutečnými jmény a tvoří věty o třech, někdy i čtyřech slovech. Slova občas vyslovuje artikulačně nepřesně. Řeč dívky se pomalu stává srozumitelnou i pro lidi, kteří s Emmou nepřicházejí do každodenního kontaktu. Expresivní řeč dívky je stále obtížně srozumitelná, avšak při zvýšené pozornosti posluchač pozná, o čem dítě mluví. Rozdíly mezi aktivní a pasivní slovní zásobou se mírně snížily. Začíná rozumět i mírně složitým pokynům.

Artikulace většiny hlásek je již více fixovaná, avšak aktivně všechny hlásky při řeči nezapojuje. V prvním artikulačním okrsku fixuje hlásky „B, P, M“ i v delších slovech. Labiodentální hlásky „V a F“ jsou již fixovány a aktivizace těchto hlásek probíhá především v krátkých slovech. Hlásky druhého artikulačního okrsku, konkrétně tedy alveolární hlásky „T, D, N a L“ má dívka fixovány a používá je na úrovni slabik i složitějších slov. Hlásku „L“ dívka s oblibou používá, protože je počáteční hláskou ve jméně matky. Hlásky „C, S a Z“ má Emma vyvozeny a začíná je fixovat ve slovech. Zatím je používá aktivně pouze v oblíbených slovech. Občas se vyskytuje interdentalní výslovnost těchto hlásek. Prealveolární hlásky „Č, Š a Ž“ má dívka vyvozeny, ale zatím je nefixuje. Hlásky „R a Ř“ nejsou zatím vyvozeny. Měkčení hlásek třetího okrsku „Ď, Ť a Ň“ činí dívce mírné obtíže. Samostatně hlásku „J“ nevysloví, ale ve slovech, ve kterých se tato hláska nevyskytuje, ji občas jako by nevědomě použije. Z pátého artikulačního okrsku má Emma hlásku „H“ vyvozenou a fixuje ji.

Emma je schopná napodobit pohyby mluvidel, které jí terapeut ukazuje. Vše probíhá formou hry. Celkově zvládá vědomě pohybovat svaly v orofaciální oblasti a také se orientovat v dutině ústní. Umí udržet jazyk v klidové poloze.

Respirační cvičení jí občas činí drobné obtíže. Je nutná velká dávka soustředění pro nádech dutinou nosní. Často při cvičeních dochází k nádechu ústy. Fonace a polykání je díky orofaciální terapii zcela v normě. Pozornost dívky se s nástupem do školy o poznání zlepšila. Má zájem o úkoly zadané učitelkou. Oční kontakt sama iniciuje a vyhledává ho u lidí ve svém okolí. Před cizími lidmi se stydí a veškerému kontaktu s nimi se straní.

Dívka ráda zpívá a tancuje. Občas brnká na klavír po vzoru starší sestry. Svou starší sestru často napodobuje. Sestra má jistě velký význam v Emmi vývoji.

Aktivní slovní zásoba dívky se pomalu rozrůstá. Běžně tvoří dvouslovné věty, velmi výjimečně tvoří věty, které obsahují více slov. Expresa dívky je srozumitelnější i pro lidi, kteří dívku moc neznají. Pasivní slovní zásoba je velmi bohatá. Přesto se objevuje diskrepance mezi aktivní a pasivní slovní zásobou. Rozumí i víceúrovňovým pokynům – „Vezmi propisku a podej mi ji. Vymaluj obrázek a podepiš se.“

Artikulace dívky obsahuje všechny hlásky, kromě vibrant „R a Ř“. Hlásky tvoří na úrovni slov, slovního spojení a krátkých, často dvouslovných vět. V oblasti motoriky mluvidel se u dívky nevyskytly žádné obtíže, a to především díky včas započaté

orofaciální terapii. Napodobuje veškeré artikulační pohyby mluvidel. Mimika dívky je v naprosto v normě.

Hlas Emmy je jemný, při některých hláskách mírně zastřený. Polykání a příjem potravy dívce nečiní obtíže. Zvládá pít i z láhve bez speciálních zátek. Respirace je převážně nazální.

Dívka zvládá řízeně pracovat asi 30 minut. Baví ji škola a aktivity s ní spojené. Oční kontakt přirozeně navazuje. Bez problémů zvládá střídat komunikační role, a to jako komunikant i jako komunikátor. Před cizími lidmi bývá zpočátku stydlivá, po chvíli však stud opadne a většinou je veselá.

Případová studie – Matěj

Chlapec je narozen v roce 2005 s primární diagnózou Downův syndrom a logopedickou diagnózou opožděný vývoj řeči. Chlapec absolvoval běžnou mateřskou školu s asistentem pedagoga. Nyní je integrován v běžné základní škole, také s asistentem.

Rodinná anamnéza

Matka v době šetření dochází do práce, pracuje jako sociálně ekonomický pracovník. Otec pracuje jako konstruktér. Matěj pochází ze tří dětí a je narozen jako prostřední z nich. Chlapec má dvě zdravé sestry, jedna je o pět let starší než Matěj a druhá je od Matěje o dva roky mladší.

Osobní anamnéza

Těhotenství bylo rizikové. Od samého začátku měla matka kontrakce a měla přikázaný klid na lůžku. Byla i hospitalizována. Pravděpodobnost výskytu Downova syndromu ve screeningovém testu vyšla 1:200. Matka odmítla odběr plodové vody. Uvádí, že by si dítě nechala, i kdyby se Downův syndrom prokázal. Pro její náboženské přesvědčení interrupce nepřicházela v úvahu. Nicméně průběh těhotenství byl ve všech třech případech totožný. Samotný porod byl spontánní, bez komplikací. Chlapec se narodil s váhou 2450 g a mírou 50 cm. Po porodu lékaři matce sdělili, že je dítě v pořádku, že

jen hůře udržuje tělesnou teplotu, proto bude přeneseno do inkubátoru. Lékař na první pohled nerozeznal, že by dítě mohlo Downův syndrom mít. Šest hodin po porodu byla matce sdělena diagnóza chlapce, Downův syndrom. V 6. týdnu věku chlapce byl zřejmý typický vzhled osob s Downovým syndromem. Mongoloidní postavení očních štěrbin, nízko položené ušní boltce, makroglosie, rozbrázděné rty, krátký krk, atypické postavení palců horních končetin a podobně. Cytogenetickým vyšetřením byla u chlapce zjištěna vrozená strukturální aberace, kde došlo k robertsonovské translokaci chromosomů 14 a 21 a k výskytu nadpočetného 21. chromosomu.

Psychomotorický vývoj chlapce byl mírně opožděn. Tahounem pro psychomotorický rozvoj byla Matějova starší setra, které se chtěl chlapec vyrovnat. Vojtovu metodiku reflexní lokomoce matka odmítla. Pro správný příjem potravy podstoupil Matěj v kojeneckém věku orofaciální terapii, která přispěla také k rozvoji řeči.

Doplňující terapie k logopedické intervenci

Vojtovu metodiku reflexní lokomoce matka chlapce v kojeneckém věku odmítla. Terapií, kterou v kojeneckém věku Matěj započal a pokračuje v ní dodnes, je hipoterapie. Matka si hipoterapii velmi chválí. Uvádí, že tato terapie pomohla Matějovi především v komunikaci s cizími lidmi, respektuje daná pravidla a naučilo ho to správnému sociálnímu chování. V batolecím věku absolvoval pár lekcí Feuersteinovy metody. Dále pak od dvou do pěti let navštěvoval fyzioterapii. Tu absolvoval znovu v deseti letech a docházel na ni další dva roky, tedy do dvanácti let. V předškolním věku rodiče s chlapcem trénovali splývavé čtení a prošli ještě několik rehabilitací.

Začátky logopedické terapie – stav chlapce před započítím terapie

Matěj je v péči klinické logopedie od roku 2009, tedy od svých čtyř let.

Chlapec rozlišuje geometrické tvary a barvy. Pozitivně reaguje na hlas či zvuk. Spokojeně reaguje na hudbu. Oční kontakt chlapec udržuje jen krátkodobě a je u něj vzácný. Soustředěnost a pozornost udrží pouze krátkou chvíli, asi 15–20 minut. Koncentrace chlapce je snižena. Při soustředění Matěj skřípe zuby. Uchopování věcí činí chlapci obtíže, převládá u něj dlaňový úchop. Chlapec často trpí na dýchací obtíže,

kteřé způsobují zúžené dýchací cesty Matěje. Během komunikace dítě zapojuje z počátku více gesta a znaky místo verbální komunikace. Aktivně si hraje s mluvidly. Dle matky používá aktivně asi deset slov. Díky orofaciální terapii jsou svaly jazyka a rtů cíleně ovládány.

Terapeutické cíle a pravidelnost terapie

Terapeutické návštěvy probíhaly od roku 2009 do současnosti jednou za 14 dní. Je nutné podotknout, že vzhledem k dlouhodobému typu terapie se terapeutické cíle v průběhu vývoje chlapce měnily.

Terapeutické cíle stanovené logopedem

V pěti letech života chlapce.

1. Zesilovat vnímavost vůči zvukovým podnětům
2. Rozvoj motoriky mluvidel
3. Postupné vyvozování, fixování a automatizace hlásek
4. Rozvoj zrakové percepce
5. Podpora spontánní exprese, jazykového citu, syntaxe a gramatiky
6. Rozvoj chuti k učení

Logopedické přístupy využívané při terapii – metody a techniky

Terapeut nejprve provádí pasivní masáže, kdy je prováděna tlaková a tahová stimulace bodů retního uzávěru pro dolní a horní ret. Terapeut během provádění masáže zpívá. Zpěvem odvádí pozornost dítěte a vytváří příjemný pocit z masáže. Při pasivní masáži terapeut masíruje jednotlivé svaly obličeje v protichůdném pohybu, než jaký sval vykonává. Dále pak je využívána metoda míčkování, která slouží k tonizaci a prokrvení svalstva tváří. Terapie míčkováním probíhá technikou koulení. Při koulení dochází k plynulému otáčení míčku, tento pohyb by se měl provádět 3× vlevo a 3× vpravo. Tato metoda pozitivně působí i na zvýšení kapacity plic, síly a rychlosti výdechového proudu a celkově uvolňuje dýchací cesty. Ke stimulaci žvýkacího svalstva je využíváno stlačování bodů a vibrační stimulace. Rodiče jsou poučeni o průběhu pasivní stimulace

v orofaciální oblasti. Poté rodič terapii s dítětem provádí pod dohledem terapeuta. Ve druhé fázi je cvičení zacíleno na manuální nastavení rtů a stimulaci horního a dolního rtu. Dochází k postupnému zvyšování napětí při míčkování ze strany terapeuta.

Pro příznivý vývoj řeči jsou důležité správné dýchací návyky, proto u chlapce probíhají během dne dechová cvičení, kdy je kladen důraz na rozvoj nazálního dýchání. Nazální dýchání rozvíjíme čicháním ke květinám, potravinám a podobně lákavým čichovým podnětům.

Neméně důležitá je podpora nápodoby pohybů mluvidel, a to vše prostřednictvím hry před zrcadlem, aby docházelo k uvědomování si artikulačních pohybů. Díky včas započaté orofaciální terapii nedochází k interdentalnímu postavení jazyka v dutině ústní. Během logopedické terapie se doporučuje u chlapce spontánně používat rytmizaci. Při komunikaci používat laminované obrázky, které vedou k motivaci pro tvoření dvouslovných vět s podporou gestikulace. Doporučuje se používat motivaci a pochvaly. Neúspěch nekomentovat a neupozorňovat na něj.

Vhodné je v chlapcově případě vytvářet i komunikační deník, kdy je u daného znaku přiřazen obrázek či piktogram. Je to z toho důvodu, aby znakům rozumělo i okolí, pro lepší orientaci. Pro stimulaci měkkého patra může být využíváno pití brčkem a kloktání. Metoda pití brčkem posiluje mimo jiné i retný uzávěr.

Nutnou součástí terapie je rozvoj sluchové a zrakové percepce. Vytleskávání rytmu, rozlišování zvuků z okolí, rozlišování podobných zvuků, šeptání do ucha. Terapeut využívá pro rozvoj sluchové percepce cvičení, ve kterém chlapec spojuje zvuky zvířat s obrázkem zvířete, nebo také zvuky denních činností spojuje s pantomimou činností. Pro zrakovou stimulaci může chlapec využívat pomůcku LOGICO – přiřazování správných obrázků, hledat rozdíly mezi podobnými obrázky, určit, který znak nepatří do řady jinak stejných znaků.

Chlapec velmi dobře reaguje na komunikaci, kterou doprovází gesta. Motorický projev osoby, která hovoří, je podporou pro správné porozumění řeči. Chlapec sám užívá některá gesta. Při zavádění nových gest byla matka poučena, že má vycházet z toho, co chlapce zajímá, například zvířata, knížky, pohádky či jídlo. Množství nových znaků zařazovat podle Matějových schopností. Nová gesta lze mírně upravit. Většinou to vychází z toho, co je chlapec schopen motoricky zvládnout. Není nutné držet se striktně toho, co je dané. Podmínkou je, aby se jednotlivé znaky navzájem lišily. Stačí

přidat mimiku či další jednoduché gesto. Vhodné je zapojení písni a básní spojených s gesty.

Při spontánní reprodukci je nutné chlapci poskytnout zpětnou vazbu tím, že po něm vyslovené slovo správně znovu řekneme a přidáme k němu slovo další. Podporujeme tím tvorbu vět dvouslovných. Dítě chválíme za sebemenší úspěch. Na neúspěch nereagujeme.

Pro rozvoj lexikálně-sémantické roviny vytvořil terapeut společně s rodiči komunikační deník, který obsahuje slova s obrázkovou předlohou. Deník obsahuje slova, se kterými chlapec přichází denně do styku. Mezi tato slova patří například různé druhy oblíbeného jídla, věci denního užitku, členové rodiny, zvířata a podobně. Nadále je kladen důraz na využívání znaků a gest během komunikace verbální. Nicméně slovní zásoba musí být rozvíjena i dále. Slovní zásobu můžeme rozvíjet pomocí vizualizace. To znamená, že dané slovo je představeno i v obrázkové formě, či na skutečném předmětu. Tedy chlapec dané slovo vnímá i pomocí zrakových receptorů. Pomocí cílených otázek si můžeme ověřit, zda chlapec danému pojmenování opravdu rozumí.

Chlapec je schopen napodobit veškeré pohyby mluvidel. Hlávky „Č, Š a Ž“ Matějovi činí obtíže. Tvoří je interdentalně. Mezi problematické hlávky patří i hlávky „R a Ř“. Ostatní hlávky umí jednotlivě vyslovit a ve slovech je fixuje. Pro správnou fixaci hlásek využívá terapeut gesta a obrázkový materiál, který se zaměřuje na fixaci dané hlávky v určitých pozicích slova. Věty tvoří dvouslovné, někdy tříslavné. Spontánně hovoří dle dané situace. Matěj je upovídaný a vyhledává veškerou komunikaci, často klade otázky a vyhledává komunikačního partnera. Oční kontakt fixuje s cizími lidmi jen krátce. U lidí, které zná dobře, nemá problém oční kontakt udržet.

Projevy komunikační schopnosti v době šetření

Aktivní slovní zásoba chlapce se neustále rozšiřuje. Společně s ní se rozšiřuje i znalost gest a znaků. Věci se snaží pojmenovávat jejich skutečným názvem. Když si není jistý pojmem, využívá onomatopoeie. Artikulace daných slov je občas nepřesná. Spontánní expresivní řeč chlapec tvoří z hlediska syntaxe velmi dobře, ovšem věty jsou občas špatně srozumitelné. Dobře rozumí mluvené řeči ostatních. Stále převládá diskrepance

mezi aktivní a pasivní slovní zásobou. I nadále je využíván komunikační deník a používání gest a znaků společně s mluvenou řečí.

Artikulace hlásek je již více fixována. Stálé problémy chlapci činí hlásky „R a Ř“. Ty stále nefixuje.

Matěj zvládne imitovat veškeré pohyby mluvidel. Celková pohyblivost svalů v orofaciální oblasti je na dobré úrovni. Klidová poloha jazyka je stabilní. Kompaktnost rtů cíleně udržuje.

Chlapec často trpí na respirační onemocnění. Celková respirace je spíše nazální. Zvládá vědomě střídat nádech a výdech, přesto z hlediska artikulace a zvuku řeči lze u chlapce vnímat projevy rhinolalie. Zvládá samostatně polykat i tužší potravu.

Matěj udrží pozornost větší část vyučovací hodiny. Výborně reaguje na věci, které ho baví, například na přírodu či hudbu. Oční kontakt udržuje s blízkými bez problémů. Sám ho iniciuje a vyhledává komunikaci. Je upovídaný, i když jeho řeč je občas špatně srozumitelná.

Případová studie – Petr

Chlapec narozen v roce 2005 s diagnózou Downův syndrom a logopedickou diagnózou opožděný vývoj řeči. Chlapec docházel do mateřské školy speciální. V současné době je integrován v běžné základní škole. Povinnou školní docházkou ho provází asistent pedagoga.

Rodinná anamnéza

Matka má dosažené vysokoškolské vzdělání. Otec má středoškolské vzdělání. Když se chlapec narodil, bylo matce 29 let. Petr má o tři roky mladší sestru. Rodina je úplná. V rodině se nevyskytuje žádné tělesné ani mentální postižení.

Osobní anamnéza

Těhotenství bylo plánované, probíhalo bez komplikací. Chlapec se narodil v termínu, který stanovil gynekolog. Během těhotenství gynekolog neuvedl žádné podezření na vrozenou vadu.

Porod proběhl koncem pánevním, jinak bez komplikací. Porodní míry chlapce byly v normě, a to 2500 g a 49 cm. Ihned po porodu byla chlapci stanovena diagnóza trisomie 21. chromosomu, Downův syndrom.

Psychomotorický vývoj chlapce byl mírně opožděn. Období pudového a napodobivého žvatlání proběhlo téměř bez povšimnutí. První slovo řekl až v MŠ, dodnes skoro nemluví, používá znaky. Chodit začal v 16. měsíci. Chlapec byl v péči očního lékaře pro diagnózu strabismus. Pomocí okluzoru a jiných cvičení byl strabismus zmírněn. Psychologická zpráva udává, že se chlapec nachází v pásmu středního mentálního postižení.

Doplňující terapie k logopedické intervenci

Chlapec krátce absolvoval Vojtovu metodiku reflexní lokomoce, ale tato metoda se matce příliš nezamlouvala, tak ji rodiče po pár cvičeních odmítli. Na doporučení logopedky podstoupil Petr metodu paní Matějčkové, a to metodu „kapičkováním“. Kapičkování je metoda, kdy se jedná o kapání studené vody na nártý nohou, hřbety rukou a na horní ret. Do roku 2011 docházel chlapec na fyzioterapii. V současné době je pouze v péči logopeda, a to jedenkrát za tři až čtyři týdny.

Začátky logopedické intervence – stav před započítím terapie

Chlapec od začátku vyhledává oční kontakt, rád sleduje předměty a lidi. Nejčastěji sleduje ústa lidí. Ulpívá zrakem na předmětu či člověku, který ho zaujme. Spokojeně reaguje na známý hlas či oblíbenou melodii. Z hlediska exprese chlapec prošel pudovým a napodobivým žvatláním skoro bez povšimnutí. Řeč u chlapce není vyvozena. Jde spíše o drobné zvuky či onomatopoeie.

Respirace převládá spíše nazální. Jazyk má tendenci k interdentalnímu postavení a zdá se být celkově oslaben. Sací reflex v době kojení byl oslabený. Nyní se již více

stabilizoval. Polykání chlapci nedělá žádné obtíže, přestože je patrné gotické patro. Rád a aktivně si hraje s mluvidly. Retní uzávěr je kompaktní

Terapeutické cíle a pravidelnost terapie

Od roku 2008 chlapec pravidelně dochází k logopedovi. Návštěvy probíhaly ve dvoutýdenních až třítýdenních intervalech. Nyní na logopedii dochází jednou za měsíc. Pro dlouhodobost terapie je nutné říci, že terapeutické cíle se v průběhu vývoje chlapce měnily.

Terapeutické cíle stanovené logopedem

1. Nácvik správného dýchání
2. Zahájení orofaciální stimulace
3. Rozvoj oromotoriky mluvidel a postavení jazyka v dutině ústní
4. Rozvoj zrakové a sluchové percepce
5. Nácvik znaků a gest pro lepší porozumění řeči
6. Podpora rozvoje pragmatické roviny
7. Podpora spontánní exprese

Logopedické metody a přístupy využívané při terapii

Terapeut provádí pasivní masáže, kdy dochází k tahové a tlakové stimulaci bodů retního uzávěru. Terapeut odvádí pozornost dítěte zpěvem. Jedná se o masáže, při kterých terapeut masíruje jednotlivé svaly obličeje, a to v opačném pohybu, než jaký sval vykonává (např. u natahovačů ústních koutků, jež natahují rty superiorním směrem, provádíme masáž v opačném inferiorním směru). Pro stimulaci v dutině ústní terapeut využívá stimulační kartáček. Stimulační kartáček slouží k aktivizaci a prokrvení mluvidel.

U chlapce terapeut podporuje nápodobu pohybů mluvidel s vizuálním uvědomováním před zrcadlem. Terapeut dbá na zacílení jazyka do dutiny ústní. Používá metodu napodobování, výjimečně používá sondy.

Jako nejvíce účinnou metodou pro komunikaci se stává znak do řeči, proto postupně terapeut učí chlapce novým znakům.

Pro ustálené respirační vzorce terapeut doporučil rodičům aromaterapii. Tu však rodiče odmítli. Proto nazální dýchání terapeut rozvíjí pomocí hry. Foukáním do períček, bubláním brčkem do vody. Polykání potravy je bez problémů, chlapec má však potřebu na stravu sahat rukama.

Pro rozvoj sluchové percepce terapeut používá zvukové podněty v podobě hudby. Chlapec ji má rád, dobře na ni reaguje. Také využívá zvuky denních činností. Rozvíjí jimi sluchovou diferenciaci u chlapce.

Chlapec velmi dobře reaguje na znaky a gesta jiných osob. Znaky rád napodobuje. Pro rozvoj percepce bylo terapeutem doporučeno, aby veškerou slovní produkci doprovázela gesta. Terapeut zacvičí rodiče základním znakům a gestům, která by měli využívat při komunikaci s dítětem.

Vzhledem k nerozvinutí řeči u chlapce je nutné podporovat ho při veškeré vokalizaci. Nutné je podporovat produkci onomatopoií či dvouslabičných slov. Je nutné motivovat chlapce k intonačnímu tvoření slov. Právě intonace patří k jevům, které dítě začíná používat dříve než artikulovanou řeč.

Je vhodné používat komunikační deník, který bude sestaven ze slov, která chlapec používá v běžné komunikaci. Také by měl obsahovat slova, která zahrnují názvy zvířat či oblíbeného jídla. Verbalizování činností, které chlapec provádí, či popisování předmětů, které využíváme, může napomoci k rozvoji pasivní slovní zásoby chlapce. Pasivní slovní zásobu je možné rozvíjet také pomocí obrázků, které zobrazují například jednotlivé barvy, části těla a oblečení, ovoce či zeleninu. Poté jsou kladeny cílené otázky, které zjišťují, zda chlapec danému pojmu rozumí. Obrázky mohou být stažené v tabletu, který chlapec používá jako kompenzační pomůcku. Kromě tabletu chlapec využívá tabulku od firmy LOGICO.

Hlásky I. a II. artikulačního okrsku chlapec zvládá izolovaně vyslovit, ve slovech však zatím nezaznívají. Pro vyvození labiodentálních hlásek „V a F“ logoped používá cvičení spojená s nácvikem správné respirace. Obtíže jsou patrné ve výslovnosti hlásek „L“ a sykavek. Výslovnost je tvořena s interdentalním postavením jazyka. Terapeut pro adekvátní postavení využívá vizuálního uvědomování a nápodoby

správného postavení jazyka a rtů. Hlásky ostatních artikulačních okrsků zaznívají spíše spontánně, nežízeně a chlapec je nefixuje. Pro komunikaci jsou využívány znaky českého znakového jazyka.

Verbální cestou chlapec produkuje pouze jednoduchá onomatopoie či citoslovce. Úroveň morfologicko-syntaktické roviny tedy neodpovídá věku chlapce. Komunikace probíhá pomocí znaků a gest. Znaky a gesta Petr poměrně dobře ovládá. Věta obsahuje dva, maximálně tři znaky.

Vhodné je, aby řeč mluvenou doprovázely znaky a gesta. Žádoucí rovněž je popisovat předměty, se kterými chlapec pracuje, činnosti, které vykonává a podobně. Verbalizace je nezbytnou součástí pro zlepšení komunikační schopnosti dítěte.

Projevy komunikační schopnosti v době šetření

Chlapci s Downovým syndromem je poskytována pravidelná logopedická intervence. Na jiné terapie v současné době nedochází. Aktivní slovní zásoba chlapce obsahuje pouze citoslovce a onomatopoie. Jeho aktivní slovník tvoří převážně znaky českého znakového jazyka. Pasivní slovní zásoba je na výrazně lepší úrovni než aktivní slovní zásoba. Chlapec rozumí mluvené řeči, ale odpovídá prostřednictvím znaků.

Pomocí českého znakového jazyka tvoří Petr věty až se třemi či čtyřmi znaky. V oblasti artikulace chlapce stále přetrvává porucha výslovnosti většiny hlásek českého jazyka. Začal používat nová slova, a to „mama, táta, babi“. Motorika mluvidel chlapce se zlepšila, zvládá imitovat pohyby mluvidel, které mu terapeut předvádí. Mimické svaly jsou silnější. Vědomě ovládá svou mimiku.

Hlas chlapce je mírně zastřený. Z hlediska artikulace a zvuku řeči lze vnímat projevy rinolalie. Respirace je spíše nazální. Polykání potravy je bez problémů. Petr má nadměrnou chuť k jídlu. U chlapce se projevuje sklon k obezitě.

Pozornost chlapec udrží až 35 minut, ale pouze v případě, kdy je plně zainteresován do aktivity. Oční kontakt Petr bez problémů udržuje, a dokonce se občas stane, že chlapec oční kontakt vyhledává. Pozornost ostatních mu dělá dobře a strhuje ji na sebe tancováním. Vzhledem k jeho oblibě v hudbě rodiče podporují Petra ve hře na klavír. Sebeobsahu zvládá bez dopomoci.

Případová studie – Katka

Dívka narozená v roce 2009 s diagnózou Downův syndrom, logopedická diagnóza opožděný vývoj řeči. Navštěvovala běžnou mateřskou školu, kdy po svém boku měla asistenta pedagoga. Nyní je integrována v běžné základní škole, také s asistentem.

Rodinná anamnéza

Matka narozena v roce 1972 má dosažené středoškolské vzdělání. Pracuje jako administrativní pracovník. Otec narozen v roce 1968 má dosažené vysokoškolské vzdělání a je manažerem soukromé firmy. Dívka nemá žádné sourozence. Rodina je úplná, funkční. Širší rodinu Kateřinu přijala bez problémů. Katčin bratranec z matčiny strany má svalovou dystrofii. Jiné tělesné ani mentální postižení se v rodině nevyskytuje.

Osobní anamnéza

Těhotenství bylo plánované. Matka v minulosti prodělala jeden spontánní potrat. Po této události se rodičům dlouhou dobu nedařilo počít potomka. Kateřina tedy byla vysněné dítě. Těhotenství bylo bez obtíží, mělo běžný průběh. Na tripl testu vyšla matce vysoká pravděpodobnost výskytu Downova syndromu u jejího dítěte. Rodiče přesto byli přesvědčeni, že si dítě i přes toto riziko ponechají. Porod byl spontánní, v termínu a proběhl bez obtíží. Ihned po porodu byla dívce stanovena diagnóza – Downův syndrom, mozaicismus. Porodní míry děvčátka byly v normě, vážila 3000 g a měřila 49 cm.

Psychomotorický vývoj děvčete byl téměř v normě, a to díky Vojtově metodice reflexní lokomoce. Vojtovu metodiku cvičila asi rok a půl. Sedat si začala v devátém měsíci. První krůčky udělala v 15 měsících. Mentální úroveň Kateřiny je v pásmu lehkého mentálního postižení.

V současné době bývá dívka často nemocná. Trápí ji respirační obtíže, a to z důvodu zúžení horních cest dýchacích. Dále pak má Kateřina diagnostikovanou hypotyreozu. Je v péči odborníků, například endokrinologa, logopeda, psychologa, foniatra a oftalmologa. V péči oftalmologa je z důvodu diagnostikovaného strabismu. Strabismus je u dívky reedukován okluzorem.

Doplňující terapie k logopedické intervenci

Dívka pravidelně docházela na Vojtovu metodiku reflexní lokomoce. Díky úspěšnosti této terapie nemusela již jiné terapie, které slouží k rozvoji pohybových schopností, absolvovat. V současné době v půlročním intervalu navštěvuje psychologa. Dívka je velmi nadšenou posluchačkou hudby. Ráda tancuje a hraje na klavír. Často ve hře mění své role. Hraje si na učitelku, na maminku nebo na doktorku.

Začátky logopedické intervence – stav dívky před započítáním terapie

Dívka je do logopedické intervence zařazena od roku 2013. V této době jen velmi obtížně navazuje oční kontakt. S cizími lidmi nedochází téměř k žádnému očnímu kontaktu. Dívka je ve společnosti, kterou zná, milá a usměvavá. Její pozornost často ulpívá na pro ni zajímavých věcech. S terapeutkou nesměle spolupracuje, protože ji brzdí stydlivost. K práci se staví spíše negativisticky.

Respirace dívky je spíše orální. Obtíže jí kvůli špatným dýchacím návykům dělá smrkání. Příjem potravy a polykání je u dívky bez potíží. Matka uvádí, že Kateřina je dívka s chutí k jídlu. Objevují se u ní sklony k obezitě. Hlas je přirozeně zabarvený, spíše milý. Zní roztomile.

U dívky se objevuje mírná hypotonie v orofaciální oblasti. Retní závěr není zcela kompaktní. Ústa jsou během denních činností otevřená a dívka jimi dýchá. Dochází tedy k orální respiraci. Občas dochází k interdentálnímu postavení jazyka. Pohyby jazyka v dutině ústní jsou necílené, dívka jazykem bloudí v ústech.

Katka se vyjadřuje jednoslovně. Její aktivní slovní zásoba zahrnuje asi deset slov. Slova jsou obtížně srozumitelná pro lidi, kteří s dívkou nepřicházejí do každodenního styku. Jsou často jednoslabičná, někdy dvouslabičná. Dívka dokáže napodobit artikulační i intonační vzor. Spontánně však slovo nevysloví. Je znatelná diskrepance mezi aktivní a pasivní slovní zásobou. Dívka rozumí mluvené řeči, sama řeč však neprodukuje. Sama zvládá plnit jednoduché požadavky a zadané úkoly.

Kateřina má vyvozeny všechny hlásky z I. artikulačního okrsku. Bilabiální hlásky „B, P a M“ fixuje na úrovni dvouslabičných slov. Labiodentální hlásky „V a F“ jsou vyvozeny, ale dívka je zatím nefixuje. Z druhého artikulačního okrsku dívka fixuje alveolární hlásky „D, T a N“. Hlásky „L, R a Ř“ nejsou vyvozeny. Sykavky I. i II. řádu

tvoří dívka interdentalně. Hlávky „Ď, Ť a Ň“ ze III. artikulačního okrsku nejsou u dívky vyvozeny. Pouze hlávku „J“ fixuje v jednoduchých citoslovcích. Hlávky IV. artikulačního okrsku „K a G“ jsou fixovány na úrovni slov. Hlávka „CH“ není vyvozena. Stejně jako hlávka „H“ z V. artikulačního okrsku.

Dívka komunikuje pomocí jednoslovných, výjimečně dvouslovných vět. Ve své mluvě využívá především onomatopoeie, citoslovce a podstatná jména. Očnímu kontaktu se spíše vyhýbá. Je stydlivá, ale usměvavá. Děti v mateřské škole si s dívkou chtějí hrát. Katka však preferuje pouze menší skupinky dětí, se kterými si hraje. Má několik kamarádů, které vyhledává. Před větším počtem dětí se stydí a neprojevuje se a raději sklopí zrak, nebo se schová za záda důvěrně známé osoby. Během řízené činnosti občas dochází k negativismu. Vše se odvíjí od druhu zadané práce.

Terapeutické cíle a pravidelnost terapie

Dívka je zařazena do logopedické intervence od roku 2013. V začátcích terapie probíhala ve dvoutýdenních intervalech. V současné době je dívce logopedická intervence nabízena v rozsahu jedenkrát za měsíc.

Terapeutické cíle stanovené logopedem:

1. Začátek orofaciální stimulace
2. Podpora nazálního dýchání
3. Zesílení retního uzávěru
4. Zlepšení motoriky mluvidel a postavení jazyka
5. Rozvoj pasivní a aktivní slovní zásoby
6. Vyvození a následné fixování hlásek
7. Zlepšit navázání očního kontaktu a odstranit stud

Logopedické přístupy využívané při terapii – metody a techniky

Dívka krátce absolvovala myofunkční terapii dle Anitte Kittelové. V případě dívky nebyla tato terapie dle rodičů příliš úspěšná, proto ji rodiče odmítli. Logopedka dále využívala jen některých prvků této terapie. Například svalová cvičení pro rty. Cílem byla kompaktnost rtů. Dále pak Katka absolvovala orofaciální regulační terapii.

Terapeut prováděl tahovou a tlakovou stimulaci bodů pro dolní a horní ret a také bodů retního uzávěru. Nutný je dobrý a příjemný pocit z masáže. Terapeut masíruje jednotlivé svaly obličeje. Masírování svalů obličeje probíhá v protichůdných pohybech, než které sval normálně vykonává. Tím dochází k uvolnění mimických svalů. Terapeut protahuje i podjazykovou uzdičku, a to dezinfikovaným ukazovákem. Terapeut využívá u dívky i metodu míčkování, díky které se tonizuje a prokrvuje svalstvo obličeje. Používá metodu koulení a vytírání míčkem. Terapie míčkováním příznivě působí i na rozvoj funkčních dýchacích návyků. Společně s prvky myofunkční terapie od Kittelové tato metoda působí velmi příznivě na stav mimických svalů děvčete. V rámci terapie od Kittelové terapeut využívá prvky jako například přetahování rtů přes zuby, stahování ústních koutků, udržení špátle mezi horním a dolním rtem. Dalšími prvky z terapie od Kittelové jsou izotonická cvičení jazyka proti špátli a podobně. Terapie je zacílena na lepší kompaktnost rtů, také na stimulaci horního a dolního rtu. Dále pak jsou posilovány i svaly jazyka a celkové postavení jazyka v dutině ústní. V neposlední řadě jsou uvolňovány a posilovány i svaly obličeje. Dívka tedy získává přirozený mimický výraz.

Pomocí hry s vizuálním uvědomováním před zrcadlem terapeut dosahuje vědomé nápodoby pohybů mluvidel. Hru s mluvidly doprovázejí básně a říkanky. Pomocí zrcadla docílí terapeut i zacílení jazyka do dutiny ústní. Díky vizuální opoře si dívka uvědomuje interdentalní postavení jazyka. Pomocí nápodoby a manuálního nastavení dosahuje terapeut u dívky klidové polohy jazyka. Cvičení je potřeba opakovat několikrát denně, aby došlo k zafixování správné polohy jazyka v dutině ústní.

Vzhledem k patologickým dýchacím návykům dívky je nutné pracovat i na správné respiraci. Tedy aby respirace byla spíše nazální. Proto dívka navštěvuje aromaterapii a metodu míčkování. Terapeut doporučuje čichání k potravinám, květinám či jiným čichově zajímavým podnětům. Pro nácvik správné respirace terapeut využívá například foukání do perliček, bublání brčkem do vody a podobně.

U dívky se objevuje gotické patro, které někdy způsobuje uvíznutí potravy v dutině ústní. Kateřina přesto o chuť k jídlu nepřichází. Terapeut s dívkou nacvičuje pití brčkem, a to z důvodu nácviku protruze rtů, nácviku sání a velofaryngeálního závěru.

Nezbytná jsou i cvičení pro rozvoj zrakové a sluchové percepce. Především diferenciací zvukových podnětů. Terapeut pouští dívce zvuky denních činností a dívka

má za úkol určit, zda dvojice zvuků zní stejně, nebo ne. Dále může zvuk přiřazovat k obrázku, který znázorňuje určitou činnost. Protože má dívka ráda hudbu, terapeut využívá i přiřazování hudebního nástroje k dané zvukové stopě. Zrakovou percepci procvičuje terapeut s dívkou na obrázcích, které skrývají rozdíly, liší se v detailu, jsou nesmyslné a podobně. Protože má dívka ráda hudbu, rozvoj rytmizace ji velmi baví. S oblibou vytukává rytmus básničky do bubínku a na paličky.

Kateřina velmi dobře reaguje na verbální projev řeči, který je spojen s gesty či znaky jiných osob. Terapeut doporučuje provázet veškerý mluvený projev gesty či znaky českého znakového jazyka. Terapeut zacvičí rodiče a osoby pracující s dítětem základním znakům a gestům, které při komunikaci s dívkou budou používat. Učí se znakům denních činností, oblečení, zvířat a jídla. Dívka má velkou chuť hovořit, proto je nutné veškeré její vokalizaci poskytnout zpětnou vazbu. Tu lze provést tak, že zvuk či slabiku po dítěti zopakujeme. Můžou být využívány i odměny, například pohlazení či verbální pochvala, pro velkou chuť k jídlu se nedoporučuje dívku odměňovat sladkostmi. Dítě podporujeme v produkci onomatopoií a dvouslabičných slov. Dále pak napodobujeme zvuky zvířat, dopravních prostředků a přírodních zvuků. Dívka dodržuje intonaci projevu, ale obtíže se projevují ve formě. Je nezbytné dítě podporovat alespoň v intonaci, protože právě intonace je jev, který dítě začne užívat dříve než řeč artikulovanou.

Pro rozvoj aktivní i pasivní slovní zásoby doporučuje terapeut využívat u dívky zážitkový deník. Do deníku si bude dívka kreslit zážitky, fotky zážitků, které se daný den nebo týden udály, slova, která se naučila a podobně. Je dobré podporovat u dívky chuť komunikovat, a to tak, že rodiče budou verbalizovat veškerou její činnost, popisovat předměty, se kterými pracuje a podobně. Rozvoj pasivní slovní zásoby podporuje vizualizace témat, která jsou s dívkou probírány. Jako například barvy, ovoce, zelenina, potrava. Jestli dívka probíranému tématu rozumí, si ověřujeme cílenými otázkami. Využíváme také pomůcky jako například LOGICO nebo tablet s výukovými programy, program Mentio a podobně. Využívání zpěvu pro zvýšení slovní zásoby je dobrým motivačním prvkem u dívky, která má zálibu v hudbě.

Hlásky I. artikulačního okrsku „B, P a M“ znějí přirozeně, hlásky jsou fixovány na úrovni dvouslabičných slov, onomatopoií a citoslovcí. Labiodentální hlásky „V a F“ jsou vyvozeny. Dívka je fixuje zatím na úrovni slabik. Hlávka „V“ byla vyvozena

substituční metodou pomocí párové hlásky „F“, a to tak, že dívka šeptala „F“ a zaznívala požadovaná hláska „V“.

Hlásky „T, D a N“ z II. artikulačního okrsku dívka fixuje na úrovni dvouslabičných slov. Hlásku „L“ tvoří stále nepřesně. Terapeut využívá dívčiny chuti k jídlu. Alveolární výběžek potře sladkou pochutinou a tím motivuje dívku k vědomému pohybu jazyka. Vše probíhá před zrcadlem, tedy s vizuální oporou. Sykavky I. i II. řádu dívka stále vyslovuje s interdentálním postavením jazyka. Bylo by dobré podporovat elevaci jazyka pomocí vizuální opory, upozorňovat dívku na polohu rtů. Hlásky fixujeme nejprve pomocí citoslovcí, poté ve slabikách a později v krátkých slovech. Hlásky „R a Ř“ zatím nejsou vyvozeny.

Hlásky z III., IV. a V. okrsku jsou vyvozeny a fixovány v onomatopoiích a jednoduchých slovech. Terapeut dívku podporuje ve tvoření slovních spojení a v automatizaci.

Dívka tvoří jednoslovné věty, výjimečně dvouslovné, je nutná podpora k tvoření vět dvou až tříslavných, tedy doptávat se na požadovaný přívlastek. Terapeut dává dítěti otevřené otázky, uzavřeným otázkám se vyhýbá, aby provokoval u dítěte chuť ke komunikaci. Terapeut využívá obrázkových materiálů, jako například obrázky pro dějovou posloupnost nebo pro popis děje.

Terapeut dbá na zvýšení pozornosti dívky. Upevňuje oční kontakt, který se během terapie o hodně zlepšil. Dívka získala k terapeutovi důvěru a navazování očního kontaktu s ním jí nečiní problémy. Celkové navazování očního kontaktu s cizími lidmi se díky zvýšenému sebevědomí dívky zlepšilo. Terapeut upozorňuje dívku na zvukové vjemy, kterých si má všímat. Rozvíjí se tím její sluchová percepce. Zvuky jsou pro ni zajímavé, proto na tato cvičení reaguje pozitivně.

Logoped utváří modelové situace, při kterých učí dívku respektovat komunikační role. Učí ji respektovat role komunikačního partnera a vysvětluje, že se komunikační role střídají. Během terapie je nutné dítěti poskytnout dostatek času na odpověď.

Projevy komunikační schopnosti v době šetření

U dívky je znatelná diskrepance mezi aktivní a pasivní slovní zásobou. V současné době došlo k velkému pokroku v komunikační schopnosti dívky. Tvoří až tříslabičná slova. Její aktivní slovní zásobu tvoří zhruba 170 slov. Občas dochází k přesmykování slabik ve slovech. Dívka rozumí mluvené řeči bez problémů. Dokáže plnit i dvou či vícestupňové instrukce. Tvoří až tříslovné věty, ve kterých se vyskytují dysgramatismy. Ze slovních druhů nejčastěji používá podstatná jména, slovesa, citoslovce, osobní a přivlastňovací zájmena a výjimečně přídavná jména. Řeč je již více srozumitelná i pro osoby, které Kateřinu neznají.

V artikulaci je znatelná asimilace některých hlásek. Většinu hlásek má již vyvozenou, ve slovech je fixuje, ale aktivně je neumí zatím použít. Hlávky z I. a II. artikulačního okrsku dívka fixuje na úrovni jednoduchých slov. Sykavky dívce dělají obtíže, protože při jejich výslovnosti dává jazyk mezi zuby. Dochází tedy k interdentalnímu postavení jazyka při výslovnosti sykavek. Na logopedické intervenci terapeut stále pracuje na vyvození hlávky „L“. Potíže činí dívce stále výslovnost hlásek „R a Ř“. Hlávky z ostatních okrsků dítě fixuje na úrovni slov.

Díky aromaterapii se objevuje zlepšení dívčích respiračních schopností. Dívka zvládá bez problémů nádech nosem a výdech ústy. V řeči používá měkký hlasový začátek a celkový řečový projev dívky je příjemnější na poslech. Dítě zvládá cíleně udržet kompaktní retní závěr a ani klidové postavení jazyka děvčeti nedělá obtíže. Celková koordinace mluvidel a mimický výraz v obličeji je bez problémů.

Kateřina udrží pozornost 35–40 minut. Především činnosti spojené se školními aktivitami ji velmi baví. Do školy chodí moc ráda, protože tam má své kamarádky. Třídní kolektiv ji respektuje a vychází jí vstříc.

4.4 Závěry šetření

Výzkumné šetření bylo realizováno formou případových studií a směřovalo k naplnění cílů šetření a zodpovězení předem stanovených výzkumných otázek. Hlavním cílem výzkumného šetření byla analýza terapeutických přístupů v rámci rozvoje komunikační schopnosti u dětí s Downovým syndromem. Dílčími cíli práce byla analýza dostupných terapeutických přístupů využívaných k rozvoji komunikační schopnosti u dětí

s Downovým syndromem a analýza logopedické intervence u dětí s Downovým syndromem, dále pak byly vytvořeny případové studie, které obsahují anamnestické, diagnostické a terapeutické údaje. K dosažení všech cílů sloužily i polostrukturované rozhovory s rodiči dětí a logopedem.

Zodpovězení výzkumných otázek

Které terapeutické přístupy jsou nejčastěji u sledovaných dětí s Downovým syndromem nejčastěji využívány?

Z metod a technik, které se zaměřují na celkový rozvoj dítěte s Downovým syndromem, byly nejčastěji u sledovaných dětí aplikovány terapie jako Vojtova metodika reflexní lokomoce, aromaterapie, hipoterapie, terapie kapičkováním, a míčkováním a v neposlední řadě Bobath terapie. V jednom případě byla prováděna intervence formou Feuersteinova instrumentálního obohacování, grafomotoriky a globálního a splývavého čtení. Všem sledovaným dětem je poskytována také psychologická terapie.

Pro rozvoj komunikační schopnosti byly nejčastěji u sledovaných dětí s Downovým syndromem využívány tyto terapeutické metody a techniky: orofaciální terapie, myofunkční terapie, pasivní tonizační masáže, relaxační masáže zaměřené na orofaciální oblast. Dále pak byla využívána cvičení pro rozvoj respirace a fonace. Cvičení na rozvoj respirace probíhala především pomocí nápodoby dle terapeuta před zrcadlem. U všech sledovaných dětí probíhala cvičení pro navození nazální respirace. Fonace byla rozvíjena prostřednictvím nápodoby a ohmatáváním hlasivek. Terapeut se pokoušel o navození měkkého hlasového začátku, kterého ve finále docílil. U sledovaných dětí byl pro rozvoj aktivní a pasivní slovní zásoby využíván program Mentio a pomůcka LOGICO. Z jednotlivých metodik rozvíjejících orofaciální oblast, které jsou uvedeny v teoretické části práce, byly u vybraných dětí nejčastěji využívány prvky z orofaciální regulační terapie Castillio Moralese a myofunkční terapie Aniti Kittelové. Žádná z těchto metodik nebyla využívána jako celek. Jednotlivé prvky ze jmenovaných terapií spojené dohromady se jeví jako účinné.

U sledovaných dětí terapeut využíval i prvky alternativní a augmentativních metod komunikace, nejčastěji znak do řeči, znakový jazyk, gestikulaci, komunikační karty, komunikační deník a zážitkový deník.

Pro samotný rozvoj řeči a vyvození jednotlivých hlásek byla často u vybraných dětí využívána vizualizace slov pomocí obrázků, karty pro rozvoj větné syntaxe, dále pak nápodoba, substituční metoda či mechanické nastavení mluvidel s vizuální oporou.

Nezbytné bylo u všech sledovaných dětí zaměřovat cviky na navázání a udržení očního kontaktu a na nácvik střídání komunikačních rolí. Terapeut vždy vytvářel umělé komunikační situace, které následně děti využily v reálném životě.

Při výzkumu bylo zjištěno, že u všech sledovaných dětí bylo využíváno hodně podobných metodických prvků, přičemž provedení se u každého z dětí mírně liší. Terapie byla vždy přizpůsobena zvláštnostem a potřebám jednotlivých dětí. Tedy z výzkumu je zřejmé, že jednotliví logopedi modifikují terapii a cvičení dle konkrétního dítěte v závislosti na jeho věku, postižení a mnoha dalších faktorech, které dítě ovlivňují.

Jak u sledovaných dětí probíhá logopedická intervence?

Dle pozorování bylo zjištěno, že se všem sledovaným dětem dostávalo podobných technik pro rozvoj komunikační schopnosti. Avšak logopedická intervence byla započata v jiném věku. Emma ve dvou letech absolvovala orofaciální terapii a ihned v návaznosti na ni, tedy ve čtvrtém roce života, navázal terapeut logopedickou intervencí. Chlapec Matěj započal logopedickou intervencí ve svých čtyřech letech. Logopedické intervenci v chlapcově případě předcházela hiporetapie a fyzioterapie. Druhý chlapec Petr dochází pravidelně k logopedovi od svých tří let. Před započatím logopedické intervence absolvoval Petr metodu kapičkování. Dívka Kateřina byla do logopedické intervence zařazena ve svých čtyřech letech. Logopedické intervenci předcházela Vojtova metodika reflexní lokomoce. Logopedická intervence se u jednotlivých dětí mírně liší, a to podle individuálních zvláštností a potřeb dětí. Dále pak je logopedická intervence přizpůsobována i věku a přidruženým postižením dětí. Cvičení jsou vždy modifikována na konkrétní dítě. Je nutné zmínit, že pravidelnost logopedické intervence se u sledovaných dětí měnila v závislosti na jejich věku a schopnostech. V současné době však Emma na logopedickou intervenci dochází v intervalu jednou za měsíc. U chlapce jménem Matěj probíhá intervence v kratších úsecích, a to jednou za čtrnáct dní. Petr v současné době jezdí na logopedii v intervalu

jednou za měsíc. Kateřině je v současné době logopedická intervence nabízena v rozsahu jednou za měsíc.

V Emině případě terapeut doporučil rodičům vytvořit komunikační deník, který by zahrnoval obrázky s dívčinou slovní zásobou a verbalizování činností, které dívka provádí. Obě doporučení slouží pro rozvoj pasivní i aktivní slovní zásoby. Vyvození a fixování jednotlivých hlásek probíhá u dívky pomocí nápodoby a substituce, a to vše s vizuální oporou. U Matěje intervence probíhá podobně jako u předchozí dívky. Matěj se navíc učí správným dýchacím stereotypům, rozvoji zrakové a sluchové percepce a gestům. Pro rozvoj lexikálně – sémantické roviny byl vytvořen i komunikační deník. Foneticko-fonologická jazyková rovina je rozvíjena stejně jako u Emmy pomocí nápodoby a substitucí s vizuální oporou. Petr pro ustálené respirační vzorce podstupuje i aromaterapii, kdy je rozvíjeno nazální dýchání. U chlapce se terapeut dále zaměřuje na sluchovou a zrakovou percepci, vytvoření komunikačního deníku a podporu tvoření gest a znaků. Vzhledem k nerozvinutí řeči terapeut podporuje chlapce k tvoření onomatopoií, zvuků a dvouslabičných slov. U chlapce logoped podporuje nápodobu pohybů mluvidel s vizuálním uvědomováním před zrcadlem. Terapeut dbá na zacílení jazyka do dutiny ústní. Výjimečně terapeut používá logopedické sondy. Poslední ze sledovaných dětí, Kateřina, během intervence nacvičuje nazální dýchání, pití brčkem, z důvodu nácvičení sání a protruze rtů. Dále pak s terapeutem procvičuje zrakovou a sluchovou percepci, gestikulaci. Terapeut doporučil rodičům vytvářet s Kateřinou zážitkový deník, který slouží k rozvoji aktivní i pasivní slovní zásoby. Foneticko-fonologickou rovinu rozvíjí terapeut stejně jako u předchozích sledovaných dětí pomocí nápodoby a substitucí s vizuální oporou.

Jak u sledovaných dětí probíhá terapie zaměřena na rozvoj orofaciální soustavy?

Při terapii orofaciální soustavy u sledovaných dětí bylo využíváno opět velmi podobných metod, avšak jejich provedení se u každého z dětí lišilo. Terapie orofaciální oblasti se vždy individuálně liší podle jednotlivých potřeb a zvláštností dětí. Je nutné říci, že žádná z terapeutických metod nebyla využita jako celek. Terapeut vždy využil z dané metodiky jen určité prvky a vzájemně je kombinoval. U Emmy terapeut nejvíce využíval prvky orofaciální stimulace, a to tak, že během pasivních masáží stimuloval orofaciální oblast. Pomocí tlakové, bodové a tahové stimulace se terapeut snažil

o posílení svalstva v orofaciální oblasti. Byla využita i stimulace vibrační tyčinkou, kdy terapeut usiloval o posílení retního závěru a svalů jazyka. Pro prokrvení a tonizaci svalstva v orofaciální oblasti využíval terapeut i metodu míčkování. Dost podobně probíhá i terapie Matěje. Stejně jako u Emmy terapeut volí pasivní masáže, kdy provádí tlakovou a tahovou stimulaci bodů. Pro prokrvení a tonizaci svalstva tváří volí terapeut metodu míčkováním. Rodiče jsou poučeni o průběhu terapie a jsou při ní přítomni. Terapii po celou dobu doprovází zpěv terapeuta, a to proto, že zpěv odvádí pozornost dítěte a vytváří příjemný pocit z masáže. U třetího dítěte probíhají terapie téměř totožně jako u Matěje. Terapeut provádí tahovou a tlakovou stimulaci bodů retního závěru. Dochází k masážím obličeje, které jsou prováděny v opačném pohybu, než který daný sval vykonává. U Petra je využíván stimulační kartáček, který slouží k aktivizaci a prokrvení mluvidel. Terapie orofaciální oblasti byla jediné u Kateřiny mírně odlišná. Terapeut u dívky využíval prvků terapie orofaciální oblasti od Aniti Kittelové společně s prvky orofaciální terapie dle Castila Moralese. Prvky, které byly využity z terapie od Kittelové, jsou například cvičení pro klidovou polohu jazyka v dutině ústní a masáže mimických svalů. Dále pak byla u dívky využívána tahová a tlaková stimulace bodů pro horní a dolní ret a retní uzávěr. Pomocí dezinfikovaného ukazováku terapeut masíroval dívce i podjazykovou uzdičku. Využití těchto prvků jako celek příznivě působilo na postavení jazyka v dutině ústní, celkové posílení svalů jazyka, posílení mimických svalů dívky a také tyto prvky stimulovaly horní a dolní ret.

Jak již bylo zmíněno, žádná z terapií nebyla využita jako celek, z jednotlivých terapií byly využity pouze některé prvky. Pro posílení svalů jazyka a mimických svalů byly tyto prvky účinné u všech sledovaných dětí. Ovšem samotná komunikační schopnost byla rozvinuta u třech ze čtyř sledovaných dětí. Petr využívá komunikace pomocí gest a znakového jazyka.

Doporučení pro speciálně pedagogickou praxi

Zahraniční literatura popisuje mnoho modelů logopedické terapie, které se zabývají rozvojem komunikační schopnosti u dětí s Downovým syndromem. V České republice jsou využívány prvky různých metodik. Práce může být využita v praxi jako učební manuál. Teoretická část rozpracovává problematiku narušené komunikační schopnosti a také problematiku Downova syndromu, a to z pohledu etiologie, diagnostiky, symptomatologie a vývoje řeči. Empirická část může být inspirací pro rodiče, učitelky mateřských a základní škol, kteří pracují s dětmi s Downovým syndromem.

Na základě výsledků šetření je možné formulovat několik praktických doporučení:

- rozvíjet orofaciální oblast – využitím vhodných prvků z metodik, rozvíjejících orofaciální soustavu, jako je metoda Castila Moralese, terapie orofaciální oblasti, myofunkční terapie, či z metodiky od Aniti Kittel,
- podněcovat rozvoj aktivní slovní zásoby – pomocí obrázkového materiálu vytvářet komunikační situace a chuť komunikovat, komentování činností a věcí kolem dítěte,
- podněcovat rozvoj pasivní slovní zásoby – utváření komunikačního deníku, popis situací a činností, ve kterých se dítě nachází nebo je vykonává,
- rozvoj zrakové a sluchové percepce – prostřednictvím výukových programu Mentio, pomůcky LOGICO nebo pracovních listů je možné rozvíjet jmenované oblasti,
- rozvíjení celkové obratnosti a koordinace těla – pomocí terapeutických přístupů, jako je například Vojtova metodika reflexní lokomoce, bazální stimulace, Bobath terapie a podobně,
- nácvik sociálního chování – tedy osvojení si pravidel slušného chování, uplatňování norem vhodného chování ve společnosti.

5 Závěr

Diplomová práce se zabývá terapeutickými přístupy, které jsou poskytovány sledovaným dětem s Downovým syndromem v rámci rozvoje jejich komunikační schopnosti. Práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou, přičemž teoretická část zahrnuje teoretická východiska problematiky narušené komunikační schopnosti, Downova syndromu, jeho etiologii, symptomatologii a rozvoje komunikační schopnosti u dětí s Downovým syndromem.

Empirická část sledovala využití terapeutických postupů v rámci rozvoje komunikační schopnosti u dětí s Downovým syndromem. Výzkum byl prováděn analýzou anamnestických a diagnostických materiálů, polostrukturovanými rozhovory s rodiči sledovaných dětí a pomocí pozorování. Hlavním cílem práce bylo zjistit, jaké terapie pro rozvoj komunikační schopnosti u dětí Downovým syndromem jsou nejčastěji využívány. Dále pak byly stanoveny dílčí cíle, kdy bylo zjišťováno, jak probíhá terapie u sledovaných dětí, tak průběh samotné logopedické intervence.

Z výzkumného šetření mimo jiné vyplynulo, že v České republice jsou využívány prvky z různých terapií. U všech sledovaných dětí probíhala terapie orofaciální oblasti za použití podobných metodických prvků. Jednotlivé přístupy byly upraveny podle potřeb a zvláštnosti každého dítěte, avšak základní cvik byl totožný. Logopedická intervence probíhala také u všech sledovaných dětí velmi podobně. Během logopedické intervence logoped používal u sledovaných dětí cvičení na rozvoj sluchové a zrakové percepce, docházelo k posilování očního kontaktu a sociálního chování a v neposlední řadě byla rozvíjena foneticko-fonologická rovina, a to pomocí nápodoby a substituce s vizuální oporou před zrcadlem.

Shrnutí

Diplomová práce „*Využití terapeutických přístupů v rámci rozvoje komunikační schopnosti u dětí s Downovým syndromem*“ je rozdělena do čtyř kapitol, z nichž první tři kapitoly se zabývají teorií a čtvrtá kapitola zahrnuje část empirickou. První kapitola se zabývá problematikou komunikace a komunikační schopnosti, druhá kapitola shrnuje problematiku Downova syndromu, ve třetí kapitole jsou popsány terapeutické přístupy u dětí s Downovým syndromem. Čtvrtá kapitola se věnuje výzkumnému šetření, které má kvalitativní charakter a zkoumá terapie využívané při rozvoji komunikační schopnosti u dětí s Downovým syndromem.

Výzkumné šetření prokázalo, že v České republice není využívána žádná terapie jako celek, ale jsou využívány některé prvky z různých terapií.

Summary

The diploma thesis „*Use of therapeutic approaches in the development of communication skills in children with Downo syndrome*“ is divided into four chapters. The first three chapters deals with the theoretical part of thesis and fourth chapter include empirical part of thesis. The first chapter deals with communication and communication skills, the second chapter include problem with Down syndrom and the third chapter describes therapies for children with Down syndrome. The fourth chapter is devoted to research with qualitative character and examines therapy, which are used for developing communication skills.

The research shows, in Czech republic therapy is not used as a whole, but only individual elements from different therapies.

Seznam použité literatury

- BARTOŇOVÁ, M., BYTEŠNÍKOVÁ, I., VÍTKOVÁ, M. *Děti se speciálními vzdělávacími potřebami v mateřské škole: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2012. ISBN 978-80-7315237-6.
- BÖHME, G. *Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen*. Stuttgart: G. Fischer Verlag, 1976.
- DANIELCZYK, M. *Konduktive Förderung bei Erwachsenen. Konzept nach András Petö*. München: Richard Pflaum Verlag, 2003. ISBN 3-7905-0896-9.
- FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 2007. ISBN 978-80-2471-314-4.
- GANGALEOVÁ, D. *Rehabilitace orofaciální oblasti*. Praha: Grada, 2004. ISBN 8024705346.
- HOLLÝ, K., HORNÁČEK, K. *Hipoterapie: léčba pomocí koně*. Ostrava: Montanex, 2005. ISBN 80-7225-190-2.
- JANOVCOVÁ, Z. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN: 80-210-3204-9.
- KANTOR, J. *Vymezení muzikoterapie*. In *Základy muzikoterapie*. KANTOR, J., LIPSKÝ, M., WEBER, J. a kol. Praha, Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2846-9.
- KENT, R. D., VORPERIAN, H. K. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, February. 2013.
- KITTEL, A. *Myofunkční terapie*. Praha: Grada. 1999. ISBN 80-7169-619-6.
- KLENKOVÁ, J. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-91-5.
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1110-9.
- KLENKOVÁ, J. a kolektiv. *Terapie v logopedii*. Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4708-2.
- KOPEČNÝ, P. *Logopedická intervence u osob se zdravotním postižením ve věku mladé dospělosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-7339-5.
- KRAUS, J., a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada; Avicenum, 2005. ISBN 80-247-1018-8.
- KRAUS, J., ŠANDERA, O. *Tělesně postižené dítě*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1975.
- KUČERA, J. *Downův syndrom model a problém*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1981.

- LECHTA, V., MATUŠKA, O. *Rozvíjanie reči mentálne retardovaných detí raného a predškolského veku*. Bratislava: Invocentrum, 1995.
- LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-527-5.
- LECHTA, V. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.
- LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2008. ISBN 80737674335.
- LECHTA, V. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9.
- MÁLKOVÁ, G. *Zprostředkované učení. Jak učit žáky myslet a učit se*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978807367581.
- MORALES, R. C. *Orofaciální regulační terapie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-1050.
- MÜLLER, O. a kolektiv. *Terapie ve speciální pedagogice*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4172-7.
- OLŠÁKOVÁ, E. *Rodiny lidí s Downovým syndromem*. 2000.
- OPATŘILOVÁ, D. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3819-5.
- OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Masarykova univerzita, 2006. ISBN 80-210-3977-9.
- OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s mozkovou obrnou*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 80-210-3242-1.
- PUESCHEL, S. *Downův syndrom pro lepší budoucnost*. Praha: Teach-Market 1997. ISBN 80-86114-15-5
- PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315010-7.
- PIPEKOVÁ, J. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.
- SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom: definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělávání, dospělost*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-973-9.
- SOVÁK, M. *Logopedie: vysokošk. učebnice pro posl. pedagog. fakult.* Praha: SPN, 1978.

- SOVÁK, M. *Profil učitele mládeže vyžadující zvláštní péče: sborník statí*. Praha: Univerzita Karlova, 1965. Československá defektologie.
- SOVÁK, M. *Logopedie: vysokoškolská učebnice pro posl. ped. fak.* Praha: SPN, 1981.
- ŠKODOVÁ, E. a JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.
- ŠVARCOVÁ, I.: *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-821-X.
- VÍTKOVÁ, M. (ed.). *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.
- PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.
- VYBÍRAL, Z. *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-291-2.

Internetové zdroje

BEDNÁŘOVÁ, A., J. DZŮR a N. KAFKOVÁ. Rozvoj kognitivních schopností podle Reuvena Feuersteina: Terapie a rozvoj. Downsindrom.cz: Společnost rodičů a přátel dětí s Downovým syndromem, z. s. [online]. [cit. 2017-02-11]. Dostupné z: <http://www.downsyndrom.cz/terapie-a-rozvoj/123/ergoterapie.html>

Co je Feuersteinova metoda instrumentálního obohacování

http://www.centrumpomnenka.cz/?page_id=50

Reflexní lokomoce – základní informace

<https://www.vojta.com/cs/vojtuv-princip/vojtova-terapie/zakladni-informace>

KUBÍKOVÁ, H. Raná péče-míčkování. [online]. Dostupné z [www:](http://www.bartolomej.mujblog.info/prednasky-seminare/rana-pece-5-3-2012-mickovani)
<http://bartolomej.mujblog.info/prednasky-seminare/rana-pece-5-3-2012-mickovani>

MÍLKOVÁ, E. Chirofonetika: Terapie a rozvoj. Downsindrom.cz: Společnost rodičů a přátel dětí s Downovým syndromem, z. s. [online]. [cit. 2017-02-11]. Dostupné z: <http://www.downsyndrom.cz/terapie-a-rozvoj/132/chirofonetika.html>

Vojtova metodika reflexní lokomoce

<https://www.vojta.com/cs/vojtuv-princip/vojtova-terapie/zakladni-informace>

Ergoterapie

<http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání včetně přílohy upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením

<http://www.msmt.cz/vzdelavani/skolstvi-v-cr/skolskareforma/ramcove-vzdelavaci-programy>

Downův syndrom, Dostupné z:

<http://www.klubnejmensich.cz/>

Školský zákon. Dostupné z:

<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561#cast5>