

# Vývinové poruchy reči u detí – nové intervenčné prístupy v ranom veku

PhDr. Zuzana Oravkinová

Logopedická ambulancia, Rázštepová poradňa kliniky plastickej chirurgie, Univerzitná nemocnica, pracovisko Ružinov, Bratislava

Nové poznatky o ontogenéze reči dieťaťa umožňujú ranú identifikáciu detí ohrozených závažnou poruchou – narušeným vývinom reči. Donedávna nebola takáto raná diagnostika možná vzhľadom na absenciu spoľahlivých nástrojov vhodných pre raný vek. Predpokladalo sa tiež, že ak dieťa do 3 rokov nehovorí, ide len o širšie pásmo vývinovej normy a dieťa svoje zaostávanie spontánne dobehne. Mnohé deti s oneskoreným a rizikovým vývinom reči preto ostávali bez potrebnej starostlivosti. Logopedický, lingvistický a psychologický výskum posledných rokov však ponúka nové a dôkazmi podložené vedomosti o rizikových znakoch vyvíjajúcej sa detskej reči a o nových metódach ranej diagnostiky, prevencie a terapie.

**Kľúčové slová:** narušený vývin reči, oneskorený vývin reči, raná intervencia, rizikové znaky.

## Developmental speech and language disorders in children – new intervention approaches in early age

New knowledge about speech and language development offer us possibilities for early identification of children at risk for serious developmental disorder – specific language impairment. Until recently, such an early screening was not possible as there were no reliable diagnostic tools suitable for early ages. Also, there was a presupposition that late onset of speech and language after 3 years of age still represents a normal language development but at the edge of normal distribution and that these children will later spontaneously catch up with their peers. Many children with late and risk development of speech and language were then left without necessary intervention. However, recent speech/language, psychological and linguistic research provides us with new and evidence-based knowledge about the signs of risk development of speech and language in young children and about new methods of early diagnostics, prevention and therapy.

**Key words:** specific language impairment, late onset of speech and language development, early intervention, risk factors.

Pediatr. prax, 2011, 12 (4): 164–167

### Normálny vývin reči

Ontogenéza reči je prirodzené osvojovanie si materinského jazyka dieťaťom vo všetkých jeho rovinách a formách, ako komplexného systému jazykových znakov a symbolov (1). Tento proces v norme prebieha predovšetkým v ranom veku a u väčšiny detí sa jeho podstatné aspekty **završujú vo veku tesne po 3. roku života** (1). Typický obraz reči trojročného dieťaťa zahŕňa jeho schopnosť tvoriť nielen jednoduché a rozvíte viacslovné vety, ale aj schopnosť aktívne a bez ťažkostí tvoriť súvetia. Takáto zrelosť syntaxy je typicky doprevádzaná rozsiahlou a flexibilnou slovnou zásobou. Osvojovanie si morfolologickej stránky reči – ohýbanie slov a používanie gramatických morfémov – je v troch rokoch v podstate ukončené: dieťa rozumie a spontánne používa takmer všetky gramatické pravidlá materinského jazyka, ktorý ho obklopuje. Dieťa tvorí komplexné, dlhé, obsahovo bohaté výpovede s takmer bezchybnou gramatickou štruktúrou. Občasné chyby vo výpovediach sú u normálne sa vyvíjajúceho dieťaťa dôkazom hypergeneralizácie je-

ho gramatických vedomostí: dieťa ešte niekedy aplikuje naučené gramatické pravidlá nesprávne (*nepovedám, ukážaj*) alebo vytvára typické detské novotvary (*klúčovať = odomykať*), ktoré sú však prejavom jeho jazykovej tvorivosti. Dieťa je komunikačne a verbálne extrémne aktívne: jeho nadobudnuté rečové schopnosti mu slúžia ako kľúčový nástroj na osvojovanie si poznatkov o okolitom svete, sú najdôležitejšou bázou ďalšieho kognitívneho a psychosociálneho vývinu jeho osobnosti. Takto ukotvený vývinový vzorec do raného veku je univerzálny pre všetky jazykové kultúry po celom svete.

V ďalšom období ontogenézy reči, medzi 3. – 6. rokom života, si dieťa s normálnym vývinom reči už bude len precizovať výslovnostné schopnosti, rozširovať slovnú zásobu, prehlbovať a rozširovať porozumenie významov osvojených slov, zlepšovať naratívne (rozprávačské) schopnosti a budovať si základy metalingvistických vedomostí (vedomosti o jazyku ako systéme znakov). Školský vek je potom určený na osvojovanie si čítania a písania.

### Oneskorený a narušený vývin reči ako prediktor špecifických porúch učenia

Približne 5 – 19 % detí<sup>1</sup> z populácie si osvojuje rečové schopnosti atypicky a neskôr (10, 12). Vtedy hovoríme o deťoch **s oneskoreným vývinom reči**. Jedným z vonkajších znakov takéhoto zaostávania je to, že dieťa začne tvoriť prvé slová až okolo druhého roka života alebo aj neskôr. U časti týchto detí sa vývinové zaostávanie spontánne a bez terapie upraví a ich ďalší rečový vývin je zvyčajne výrazne akcelerovaný: deti takpovediac dobiehajú svojich rovesníkov. Avšak vývin reči štvrtiny až polovice z týchto detí nebude napredovať priaznivo (3). Tieto deti budú aj naďalej vykazovať rečové a jazykové ťažkosti, osvojovanie ich schopností bude pokračovať pomaly a deviované. U týchto detí sa vyvinie závažná porucha reči, tzv. **špecificky narušený vývin reči** alebo **vývinová dysfázia** (4). Prejavuje sa širokým repertoárom deficitov a v jej rámci rozlišujeme niekoľko syndromologických skupín (4) (tabuľka 1).

<sup>1</sup>Rossetti udáva výskyt 5 – 10 %, Zubrick a kol. 19,1 %. Údaje o prevalencii sa (aj u ďalších autorov) líšia vzhľadom na rôzne metódy použité na hodnotenie vývinu reči.

**Tabuľka 1.** Syndrómy narušeného vývinu reči alebo vývinovej dysfázie podľa Rapinovej a Alenovej (1996) (spracované z: Mikulajová, 2009) (4)

Syndróm	Hlavné klinické znaky
Verbálna sluchová agnózia	Nerozumie hovorenú reč; expresia veľmi obmedzená; výslovnosť vážne narušená; dobré porozumenie gestám
Verbálna dyspraxia	Porucha motorického plánovania reči, porozumenie je adekvátne, narušená výslovnosť hlások, námaha pri výslovnosti, komolenie slov, krátke výpovede, oromotorická dyspraxia
Syndróm deficitného fonologického programovania	Súvislá, ale zle zrozumiteľná reč, deficitné fonologické rozlišovanie, uvedomovanie a vyslovovanie problémových foném v slovách, špecifické asimilácie hlások, relatívne lepšie porozumenie
Fonologicko-syntaktický syndróm	Krátke, gramaticky nesprávne výpovede; deficity v skloňovaní, časovaní, používaní predložiek, spojok; neadekvátne porozumenie; nesprávna výslovnosť; neplynulá reč
Lexikálno-syntaktický syndróm	Normálna výslovnosť; problém v aktualizácii slov; krátke vety; jednoduchá gramatika; ťažkosti s formulovaním súvislej reči; deficitné porozumenie najmä abstraktných pojmov
Sémanticko-pragmatický syndróm	Výslovnosť správna; význam slov bizarný, nevie vyhľadávať správne a významovo primerané slová; narušený dialóg a konverzácia; komunikačná pasivita; narušené porozumenie

V obraze reči dieťaťa v každom zo syndrómov sa prejavuje iná dominancia symptómov z jednotlivých jazykových rovín. Tak bude v rámci **syndrómu deficitného fonologického programovania** reč dieťaťa postihnutá prevažne ťažkosťami vyplývajúcimi z narušeného procesu fonologického kódovania a dekódovania: vyznačuje sa tým, že dieťa veľa hovorí a tvorí dlhé výpovede, ale jeho reč je veľmi nezrozumiteľná. Dieťa bude tvoriť slová nepresne, bude si nepravidelne zamieňať jednotlivé hlásky, skupiny hlások a slabiky, niektoré fonémy nemusia viesť vyslovovať, nemusia viesť dodržať ich poradie v slove, a preto bude v produkcii preferovať len krátke slová. Bude mať problémy aj s porozumením, a to predovšetkým dlhých a komplexných slov, a nemusia rozumieť ani gramatickým väzbám na úrovni vety. Na porovnanie, dieťa so **sémanticko-pragmatickým syndrómom** môže mať fonologické spracovávanie intaktné, avšak môže byť komunikačne pasívne, nakoľko nebude viesť v dialógu primerane vyjadriť svoje komunikačné potreby, pretože zlyháva sémantická funkcia reči: dieťa nevie z mentálneho lexikónu vyhľadávať významovo vhodné slová a pojmy.

Napriek rôznorodej vnútornej symptomatológii je spoločným problémom všetkých detí, ktoré majú ktorýkoľvek zo syndrómov vývinovej dysfázie to, že ich reč sa bude vyvíjať veľmi pomaly, budú mať ťažkosti nielen v produkcii reči, ale aj deficity v porozumení. Budú mať ťažkosti v bežnej komunikácii s okolím, môžu začať zaostávať v kognitívnom vývine a neskôr nebudú načas pripravené na zvládanie edukačnej záťaže v škole. Potreba nadobúdať nové vedomosti prevažne prostredníctvom rečo-

vého kódu bude dieťaťu brániť napredovaniu v osvojovaní predpísaného učiva. Dieťa, ktoré dobre nerozumie hovorenej reči a nedokáže sa ňou primerane vyjadrovať, sa postupne stane žiakom s horším výkonom. Okrem toho, väčšina detí s narušeným vývinom reči si nebude dostatočne rýchlo osvojovať ani procesy čítania a písania, pretože tieto sa opierajú o fonologické kódovanie ako kľúčovú schopnosť, a to je deficitné vo väčšej či menšej miere takmer u všetkých.

**Oneskorený vývin reči** dieťaťa preto dnes pokladáme za silný **rizikový marker pre rozvoj narušeného vývinu reči** a tým aj pre neskorší rozvoj **dyslexie a dysortografie** (5). Len vtedy, ak sa terapia u ohrozených detí zahájí dostatočne skoro – teda v ranom veku – je možné terapeuticky zacieliť túto vážnu vývinovú poruchu reči komplexne. Len vtedy je možné vytvoriť potrebný časový priestor pre prácu so všetkými symptómami a deficitnými subsystémami spracovania reči. Všeobecne prijatým základným diferenciallyno-diagnostickým kritériom pre zahájenie logopedickej intervencie je to, ak dieťa **vo veku 24 mesiacov netvorí prvých 50 slov a nepokúša sa o prvé dvojslovné kombinácie** (4). U týchto detí je potrebné ihneď zahájiť logopedickú intervenciu. Údaj o počte osvojených slov a viet v aktívnej produkcii dieťaťa sa dá získať jednak vyšetrením reči dieťaťa, ale rovnako aj dotazovaním matky. Matky vedia pomerne spoľahlivo informovať lekára aj logopéda o hrubých, základných vývinových znakoch reči vlastného dieťaťa.

Existujú však aj ďalšie diagnostické kritériá pre rizikový vývin reči, ktoré opisujeme v časti o ranej diagnostike a sumarizujeme v tabuľke 2.

## Výslovnosť a narušený vývin reči

Ak hovoríme o narušenom vývine reči, je užitočné zastaviť sa aj pri aspekte výslovnosti ako diferenciallyno-diagnostickým znakom. Poruchy výslovnosti sú zrejme najčastejšie nesprávne interpretovaným symptómom v klinickej praxi logopédov ale aj pediatrov a tiež v chápaní samotných rodičov detí s touto poruchou.

Porucha výslovnosti je ťažiskovým symptómom **dyslálie**, teda relatívne nezávažnej vývinovej poruchy reči, keď dieťa vo veku po 4. roku nedokáže správne vyslovovať jednu alebo niekoľko hlások podľa noriem materinského jazyka. Na škále závažnosti potom vyčleňujeme ako najvypuklejší problém diagnostickú jednotku **dyslálie multiplex**, pri ktorej dieťa nesprávne vyslovuje viacero hlások. Na základe vonkajších znakov poruchy je možné dysláliu multiplex chybné interpretovať za vyššie opísaný *syndróm deficitného fonologického programovania* alebo ako *syndróm verbálnej dyspraxie*. Oba však predstavujú *narušený vývin reči*, teda závažné a komplexné narušenie jazykových schopností na báze mozgovej dysfunkcie. Dyslália je pritom porucha bez akéhokoľvek mozgového poškodenia v pozadí. Príčinou dyslálie je často chybná dento-oklúzia alebo napríklad iba nesprávny artikulačný návyk. Zasahuje len fonologickú rovinu reči, teda výslovnosť a dieťa sa v terapii spravidla veľmi rýchlo naučí cieľové hlásky správne vyslovovať a používať. Oproti tomu narušený vývin reči je poruchou vyrastajúcou z mierneho a difúzneho vývinového mozgového poškodenia rôznej a často neznámej etiológie (niekedy s preukázanou genetickou predispozíciou), pričom porucha reči sa síce manifestuje aj v poruchách výslovnosti, ale aj v hlbších deficitoch ostatných rovín reči: v morfológicko-syntaktickej, lexikálno-sémantickej a pragmatickej, a zasahuje rovnako expresiu ako aj porozumenie reči (4). Ďalším diferenciallyno-diagnostickým znakom je, že dieťa v terapii reaguje menej zreteľne a pomalšie (4). V pozadí poruchy totiž stoja hlboke a rozsiahlejšie deficity, a to predovšetkým porucha fonologického kódovania, neschopnosť rýchleho pomenovania, deficity v sluchovo-verbálnej pamäti, ale aj ďalšie. Tieto vyžadujú dlhú a intenzívnu terapiu. Deti s narušeným vývinom reči vyžadujú čo najčasnnejšiu diagnostiku a veľmi dobre profitujú z ranej intervencie začatej vo veku do 0 – 3 rokov, ktorú opisujeme v ďalšej časti. Mnohé deti s narušeným vývinom reči, ktorým sa dostáva logopedická starostlivosť až v predškolskom veku (čo je pri dyslálii primeraný postup), už strácajú príležitosť na to, aby sa terapiou odstránili ich deficity včas a tak, aby boli pripravené na zvládanie školskej záťaže.

## Raná diagnostika rečového vývinu

Výskum z posledných rokov priniesol obrovské množstvo informácií o predverbálnom (cca 0 – 12 mesiacov) aj verbálnom vývine reči (cca od 12 mesiacov) a logopédi dnes už disponujú spoľahlivými diagnostickými nástrojmi, ktoré im umožňujú identifikovať rizikové deti pre vývin reči takpovediac od narodenia.

Prvým z nich je **Rossettiho kategorizácia detí s identifikovaným a potenciálnym rizikom pre vývin rečových schopností** (10). Na to, aby dieťa mohlo vyprodukovať prvé slovo musí mať zrelé motorické schopnosti, zrelú neuromuskulárnu koordináciu predovšetkým artikulačnej motoriky, intaktné alebo aspoň dostatočne funkčné senzorické orgány, dostatočné rozumové predpoklady pre vývin reči a dostatočnú socio-pragmatickú stimuláciu z okolia a musí byť celkovo zdravé. U detí vymenovaných v Rossettiho kategorizácii sú jednotlivé oblasti ohrozené. Všetky tieto deti vyžadujú pravidelný skrining rečového vývinu a preventívne poradenstvo pre rodičov už v predverbálnych obdobiach, tak skoro ako je to možné, ideálne hneď po narodení (10). To, či bude konkrétne dieťa potrebovať aj terapeutický zásah, sa veľmi skoro ukáže podľa nadobúdaných predverbálnych a verbálnych schopností.

Vývin reči sa začína oveľa skôr než dieťa povie prvé slovo a zahŕňa oveľa viac než len samotnú produkciu slov. Prvým exaktným vývinovým míľnikom, podľa ktorého môžeme vysloviť podozrenie o oneskorenom vývine reči, je **absencia reduplikačného džavotania vo veku medzi 5. – 12. mesiacom života dieťaťa** (6, 11). Reduplikačné džavotanie je veľmi pevne vývinovo ukotvené k tomuto veku a ak sa počas neho neobjaví, považujeme to za silný rizikový marker pre ďalší vývin reči (6, 11).

Ďalšími znakmi normálneho vývinu rečových prekurzorov sú: schopnosť dieťaťa *zameriavať pohľad na tváre a predmety*, schopnosť dieťaťa *zameriavať sluchovú pozornosť* na výrazné zvuky, frekventované a zreteľné hrkútanie alebo *vokalizovanie* dieťaťa, zjavné potešenie dieťaťa z raných vokalizačných hier s matkou – tzv. *manifestácia sociálneho príklonu*, *optimálny emocionálny status dieťaťa a matky* a normálna schopnosť matky prejavovať tzv. *intuitívne rodičovské správanie* rozvíjajúce komunikáciu baťoľaťa (8, 9). Tieto znaky diagnostikujeme v najranejších obdobiach, vo veku od 0 – 6 mesiacov. Neexistujú síce presné kvantitatívne kritériálne hranice pre ich hodnotenie, avšak klinické po-

zorovanie skúseného logopéda je dostatočným nástrojom na identifikovanie rizika a zahájenie preventívnej starostlivosti.

Po prvom polroku sa u dieťaťa objavuje najdôležitejší prekurzor pre reč a tým je pragmaticko-komunikačný znak, tzv. **zámerná komunikácia** (1, 8). Ide o zárodok raných neverbálnych konverzačných aktov, počas ktorých dieťa zreteľne prejaví zameranie spoločnej pozornosti s matkou (alebo inou osobou) na určitý predmet a prejaví zámer bazálnej komunikácie. Prejavuje sa vo forme raného rozkazovacieho úmyslu (tzv. protoimperatív; vnútorný mentálny význam komunikátu je približne nasledovný: „mama, daj mi auto“) alebo vo forme raného ukazovania na predmet (tzv. protodeklaratív; vnútorný mentálny význam: „aha mama, auto“). Dieťa tieto prvé komunikačné akty realizuje „primitívne“ a neslovne: gestom, pohľadom, pohybom tela, uchopením predmetu, ukazovaním predmetu a niekedy aj vokalizovaním. Vývin týchto *raných konverzačných aktov* a vývin *gest* je pre logopéda spoľahlivým diagnostickým znakom na odhalenie rizikových detí v období pred tvorbou prvého slova, cca od 8 – 12 mesiacov (1). Úroveň ďalšieho vývinu gest a *pragmaticko-komunikačnej funkcie* ako celku je zároveň nástrojom na vyhľadávanie takých rizikových detí, ktoré už síce tvoria prvé slová, avšak stále pretrvávajú iné dôvody, prečo je nutné ich aj naďalej sledovať (napr. ak naďalej tvoria málo slov, alebo majú závažnejšie somatické, senzorické alebo psychické ochorenie, alebo sú zo znevýhodneného sociálneho prostredia a pod.).

Ďalšou oblasťou, ktorá logopédovi umožňuje v predverbálnom veku od 6 mesiacov odhaliť rizikové deti, je vývin **kognitívnych prekurzorov** pre rečovú schopnosť (8). Kognitívne prekurzory sú určité špecifické znaky v ranom rozumovom vývine, ktoré majú osobitný a úzky vzťah k vývinu reči. Odrážajú kvalitu a obsah ranej manipulácie dieťaťa s predmetmi v okolí (sú to napr.: vývin koordinovanej zrakovej pozornosti s uchopením predmetov, experimentácia s predmetmi, zárodoky chápania príčinnosti a zámernosti vo vzťahu k predmetom, základné chápanie priestoru, chápanie tzv. stálosti predmetov a iné) a kvalitatívny vývin hry (manipulačná, experimentačná a neskôr raná symbolická hra).

Zdrojom informácií o predpokladoch pre normálny vývin reči detí je aj **kvalita ich vokalizácií a džavotania**. Hoci je predverbálny fonologický vývin reči vysoko variabilný (11), existujú orientačné parametre, ktoré svedčia

o rizikovom vývine. Takými to sú napr. veľmi nízky fonetický repertoár, výskyt atypických zvukov a nízky výskyt pravých spoluhlások<sup>2</sup> v prehoroch džavotania. Hodnotenie tejto oblasti má význam napríklad pre deti narodené s rúžštepom podnebia (7).

Za samostatný rizikový marker sa považuje aj *obava matky o reč svojho dieťaťa*. Matky dokážu veľmi citlivo vyhodnotiť normalitu a abnormalitu rečového vývinu vlastného dieťaťa. Ak matka má podozrenie alebo vyjadruje obavu o vývin reči dieťaťa, je to vždy indikátorom na odoslanie na logopedické vyšetrenie, a to v akomkoľvek veku.

Diagnostika raného predrečového a rečového správania dieťaťa má svoje špecifické zásady (7). Realizuje sa inak ako vyšetrenie reči predškolského dieťaťa v bežnej logopedickej praxi. U malých detí je často potrebné opakované pozorovanie, ktoré zachytáva ako zvukovú tak aj nezvukovú dimenziu reči, teda celé komunikačné správanie. Spravidla sa vykonáva videozáznam zvolenej aktivity dieťaťa a jednotlivé oblasti sa potom hodnotia z neho. Dieťa sa zvyčajne sleduje v prirodzenom domácom prostredí, v prirodzenej a bežnej interakcii s matkou. Matka je dôležitým zdrojom doplnkových informácií a spolupracuje s logopédom na diagnostike (a neskôr aj terapii) ako partner. Matka je však zároveň aj diagnostickým cieľom: dieťa je v ranom veku neoddeliteľnou súčasťou diády matka/dieťa a komunikačné správanie matky je jedným z najvýznamnejších determinantov vývinu reči dieťaťa. V ranej diagnostike sa potom využívajú nízko a vysokoštruktúrované postupy a analýzy nasnímanej vzorky rečového správania. Pre účely tohto príspevku však zvlášť spomenieme iba nedávno vytvorený **test komunikačných schopností TEKOS** (2), ktorý umožňuje aj presné kvantitatívne stanovenie úrovne vývinu reči dieťaťa. Ide o test formou vysokoštruktúrovaného a hĺbkového dotazníka pre rodičov, ktorý hodnotí komplexné komunikačné správanie a reč dieťaťa vo veku 8 – 36 mesiacov.

Logopedická diagnostika raného vývinu reči tak, ako sme ju tu v skratke opisali, je bežnou praxou v zahraničí a stále viac sa aplikuje aj v našich podmienkach, predovšetkým na špecializovaných pracoviskách.

## Prevenia a raná terapia

Prevenia a raná terapia sa ako komponenty ranej logopedickej intervencie úzko prelínajú a pri procese stimulácie veľmi raných rečovo-komunikačných schopností dieťaťa môžeme

<sup>2</sup>Pravé spoluhlásky sú vývinovo neskoršie a artikulačne náročnejšie spoluhlásky, ktoré umožňujú zreteľné oddelenie slabiky a vytvárajú bázu pre zrod reduplikačného džavotania.

**Tabuľka 2.** Vhodný termín pre prvé logopedické vyšetrenie

Odporúčaný termín pre prvé logopedické vyšetrenie	Rizikový znak
Po narodení	Dieťa je zaradené v Rossettiho tabuľke
Ihneď, od narodenia	Matka vyjadruje akékoľvek obavy o reč dieťaťa
Ihneď, od 3. mesiaca	Existuje podozrenie, že dieťa extrémne málo tvorí zvuky
Po 6. mesiaci	Existuje podozrenie, že dieťa reduplikačne nedžavoce a zároveň existujú aj iné rizikové faktory (slabé sociálne prostredie, prekonané zápaly stredného ucha, iné ochorenia a pod.)
V 12. mesiaci	Dieťa nedžavoce reduplikované slabiky typu „ba-ba-ba“
V 18. mesiaci	Dieťa netvorí prvé slovo
Po 18. mesiaci	Dieťa zjavne nerozumie reči blízkych
V 24. mesiaci	Dieťa netvorí 50 slov a dvojslovnú vetu typu „mama da“
Po 24. mesiaci	Dieťa hovorí veľmi nezrozumiteľne aj pre blízkych
V 3. roku	Dieťa netvorí prvé trojslovné vety typu: „mama varí kašu“
Vo 4. roku	Dieťa stále hovorí s gramatickými chybami
Najneskôr rok pred školou	Dieťa nevie správne tvoriť fonémy L a R, inak vyslovuje správne, rozumie reči a tvorí gramaticky zložité a správne vety
Najneskôr rok pred školou	Dieťa nevie vyslovovať sykavky, inak vyslovuje správne, rozumie reči a tvorí gramaticky zložité a správne vety
Kedykoľvek, aj v ranom veku	Dieťa sa mierne zajakáva dlhšie ako 6 mesiacov alebo sa zajakáva výrazne a často
V 3. a 5. roku	Odporúčané preventívne skríningové logopedické prehliadky u všetkých detí

hovorí o komplexnej preventívno-terapeutickej činnosti. Raná preventívna terapia v tomto zmysle ešte v nedávnej minulosti nebola možná. Neexistovali terapeutické nástroje, ktorými by sme vedeli tvarovať reč veľmi malých detí. Dnes však už máme k dispozícii celý rad terapeutických stratégií, metód a techník, ktoré umožňujú prácu s dieťaťom od najranejšieho veku (7). Kľúčovým princípom týchto stratégií a metód je to, že *pracujú s matkou dieťaťa* ako koterapeutom a využívajú prirodzené hnacie sily rečového vývinu. Filozofickým pozadím metód je moderná sociopragmatická vývinová teória, ktorá hovorí, že dieťa sa reč učí predovšetkým prirodzenou a masívnou stimuláciou reči matkou a sociálnym prostredím počas raného vývinu do 3 rokov. Metódy terapie sú takpovediac odkopírované z normálnych komunikačných interakcií detí a ich matiek a sú ďalej upravené tak, že zosilňujú svoj *prirodzený stimulačný účinok*. Často sú modifikované tak, aby umožnili cieľnú terapeutickú zmenu špecifických

symptómov (napr. odstránenie mimooralnej artikulácie u detí s rúžštepom podnebia alebo udržanie dostatočne dlhej pozornosti na rečové stimuly u hyperaktívnych detí). Významným faktorom pre úspešnosť tejto preventívnej terapie je práve to, že sa pracuje v ranom veku, teda *vo vývinovom úseku veľmi citlivom na stimuláciu reči*. Základná štruktúra intervenčného postupu je nasledovná: na základe ranej diagnostiky sa najskôr identifikujú faktory brzdiace vývin reči dieťaťa a rané symptómy narušenej komunikačnej schopnosti; vytvorí sa intervenčný plán; potom sa realizuje edukácia matky a jej zácvik na používanie stimulačných metód; následne matka aplikuje stimuláciu v bežných každodenných činnostiach a komunikačných interakciách s vlastným dieťaťom doma a výsledky tejto stimulácie sa potom vyhodnocujú rediagnostikou (7). Takáto intervencia je pre rodičov veľmi ľahko osvojitelná a obľúbená, rodičia zvyčajne nemajú žiadne ťažkosti s používaním metód, pretože sú prevažne prirodzené. Ich používanie si vyžaduje

minimum času navyše, pretože sa aplikujú v bežných činnostiach, denne a nepretržite. Takáto intervencia je v porovnaní s inými prístupmi veľmi účinná, pretože je maximálne intenzívna. Raná intervencia v takejto podobe je pre mnohé deti neopakovateľnou vývinovou príležitosťou pre stimuláciu ich reči tak, aby naozaj dobehli svojich intaktných rovesníkov.

## Literatúra

1. Kapalková S. Vývin reči. In: Kerekretiová A. Základy logopédie. Bratislava: Univerzita Komenského 2009. ISBN 978-80-223-2574-5.
2. Kapalková S, a kol. Hodnotenie komunikačných schopností detí v ranom veku. Bratislava: Slovenská asociácia logopédov 2010. ISBN 978-80-89113-83-5.
3. McCauley R. Language disorders in children. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates 2001.
4. Mikulajová M. Narušený vývin reči. In: Kerekretiová A. Základy logopédie. Bratislava: Univerzita Komenského 2009. ISBN 978-80-223-2574-5.
5. Mikulajová M. Špecifické poruchy učenia. In: Kerekretiová A. Základy logopédie. Bratislava: Univerzita Komenského 2009. ISBN 978-80-223-2574-5.
6. Oller DK. The emergence of the speech capacity. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. 2000. ISBN 0-8058-2629-7.
7. Oravkinová Z. Raná logopedická intervencia u detí s rúžštepom pery a podnebia. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo 2010. ISBN 978-80-10-02018-8.
8. Owens RE, Jr. Language development. New York: Pearson Education, Inc. 2008. ISBN 13: 978-0-205-52556-0.
9. Dittrichová J, Papoušek M, Paul K, a kol. Chování dítěte raného věku a rodičovská péče. Grada Publishing a.s. 2004. ISBN 80-247-0399-8.
10. Rossetti LM. Communication intervention – birth to three. 2nd.ed. Canada: Singular 2001. ISBN 0-7693-0093-6.
11. Vihman MM. Early phonological development. In: Bernthal JE, Bankson NW. Articulation and phonological disorders. Fifth edition. Boston, USA: Pearson Education 2004. ISBN 0-205-34790-8.
12. Zubrick SR, Taylor CL, Rice ML, Slegers DW. Late language emergence at 24 months: an epidemiological study of prevalence, predictors and covariates. Journal of Speech, Language, and Hearing Research 2007; 50: 1562–1592.

### PhDr. Zuzana Oravkinová

Logopedická ambulancia, Rúžštepová poradňa kliniky plastickej chirurgie, Univerzitná Nemocnica, pracovisko Ružinov  
Ružinovská 6, 826 06 Bratislava  
oravkinova.zuzana@stonline.sk



**Bratislavská detská klinika** vypisuje výberové konanie na obsadenie miesta

## atestovaného pediatra

Žiadosť o prijatie spolu so životopisom zasielajte písomne na e-mailovú adresu [pediatria.bratislava@gmail.com](mailto:pediatria.bratislava@gmail.com).