

MASARYKOVA UNIVERZITA

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

Auditivně-verbální terapie u sluchově postižených dětí

PhDr. Lenka Doležalová

Brno 2008

Obsah

Filozofie auditivně-verbální terapie u sluchově postižených dětí	3
Cíle auditivně verbální terapie	8
Předpoklady pro provádění auditivně-verbální terapie	12
Principy auditivně-verbální terapie	14
Průběh auditivně-verbální terapie	18
Seznam tabulek a grafů	32
Literatura	33

Filozofie auditivně-verbální terapie

Auditivně-verbální terapie je založena na předpokladu, že na základě zlepšující se možnosti zesílit zbytky sluchu dítěte vhodným sluchadlem nebo na základě využití kochleárního implantátu je možné umožnit těžce nedoslýchavým a neslyšícím dětem, aby se naučily poslouchat, rozumět a mluvit. Řídí se přirozenými vývojovými vzorci rozvoje slyšení, řeči, jazyka, poznávání a komunikace. Od detekce přes diskriminaci a identifikaci, přes porozumění rozhovoru až po osvojení si náročných dovedností v oblasti vzdělávání a gramotnosti je auditivně-verbální vývoj přirozenou součástí hry a každodenních činností doma a v dané komunitě. **Cílem** auditivně-verbální metody je, aby se i těžce sluchově postižené děti, příp. neslyšící děti mohly vzdělávat v běžných školách a vospěly v člověka, který je dostatečně přizpůsobený a integrovaný do majoritní společnosti, využívající poslech a mluvení k úspěšné komunikaci s ostatními lidmi doma, ve škole a ve své společnosti. (srov. Holmanová 2002, Schmid-Giovannini, 2004)

Zastánci orálního i auditivně-verbálního pojetí se považují za zastánce rozvíjení mluveného jazyka, přičemž se tyto dva myšlenkové proudy v mnoha klíčových oblastech liší. Následující tabulka charakterizuje nejdůležitější aspekty intervenčních programů pro sluchově postižené děti postavené na orálním aspektu, které v současné době existují – či se o nich přinejmenším diskutuje. (Diller 2004)

Tab.1: Nejdůležitější aspekty intervenčních programů pro sluchově postižené děti postavených na orálním aspektu (Diller, 2004, s. 19)

Orální		Sluchově-verbální
Cíl:	Mluvený jazyk jako nástroj umožňující každodenní komunikaci	Vývoj řeči/jazyka, téměř odpovídající normálně slyšícím lidem
Mluvený jazyk:	Jazyk je systematicky „vyučován/vnucován“ zvenčí Výrazný rozdíl mezi každodenním a vyučovacím jazykem	Mateřský jazyk přirozeně osvojený prostřednictvím kontaktu s matkou Minimální rozdíl mezi každodenním jazykem a vyučovacím jazykem
Proces osvojování:	Založen na jazykových strukturách (jazyková analýza): - pragmatika - syntax - sémantika	Aktivace univerzální gramatiky; situační: - vycházející ze zkušenosti - orientovaná na činnost - reflexivní
Posunky/znakování:	Neexistují NEBO posunky, které by doprovázely/posilovaly mluvený jazyk	Žádné
Způsob mluvení:	Trend „zaměření na obličej“, směřuje k vizuální nápodobě: artikulovaný	Trend „zaměření na sluch“, směřuje k sluchové představě: akcentovaný
Percepce řeči	Převaha zraku; odezírání, taktilní vnímání	Převaha sluchu; oční kontakt
Další systémy	PMS, GMS	Žádné
Učení se mluvit	Pomocí artikulace	Pomocí sluchu
Pedagogická audiologie	Uznávána, ale ne vždy aplikována ve školách	Zcela nezbytná pro výukovou situaci, vždy aplikována ve škole
Poslechový systém ve třídě	Používán sporadicky	Neustále používán

Úspěšnost aplikace auditivně-verbálního přístupu závisí na více činitelích. **Principy** tohoto přístupu nejuvstíženěji shrnul Estabrooks (Lechta 2002 in Horáková 2005):

- Filozofie auditivně-verbálního přístupu vychází ze základních lidských práv: sluchově postižené děti mají mít – nezávisle na rozsahu ztráty sluchu – právo na možnost rozvinutí svých sluchových schopností a na verbální komunikaci ve své rodině a obci.
- Série vyšetření sluchu od nejranějšího věku trvá během celého dětství, stimulační program se koriguje průběžně, podle diagnostických výsledků.
- Systematická lékařská a audiologická péče včetně sluchadel, kochleárních implantátů nebo jiných senzorických pomůcek rezultuje zesílení, zvětšení původních zbytků sluchu, umožní sluchově postiženému dítěti naučit se přirozeným způsobem poslouchat mluvenou řeč, zpracovat ji a samo jí hovořit.
- Nevyhnutelné je zapojení rodičů, příbuzných osob, kromě jiného i formou jejich aktivní účasti a terapeutických sezeních. Je třeba též zabezpečit trvalou interakci s jeho nejbližším okolím pomocí mluvené řeči, co nejdříve by mělo být rozvíjeno i čtení dětí.
- Dětem je třeba pomoci integrovat jejich slyšení do celkových komunikativních a sociálních schopností, sledovat vnitřní hlas a hlas jiných lidí. Za přiměřené podpory dokážou sluchově postižené děti vnímat značnou část řečového spektra.
- V zájmu stimulace přirozené komunikace se rozvíjí sluch, řeč, jazykové schopnosti a kognice.

Podle Dillera (2004) se opakovaně zdůrazňuje, že v řeči a při komunikaci sehrávají svou úlohu oba dva smysly, sluch i zrak. Při mluvení se lidé na sebe dívají; neposlouchají pouze, ale sledují výrazy tváří a posunky, které řeč doprovázejí. Toto souběžné používání obou smyslových okruhů je jedním z hlavních faktorů objasňujících smyslové a intelektuální schopnosti člověka. Jelikož to platí obecně, tento poznatek znamenal skutečně silný impuls pro vzdělávání sluchově postižených. Komunikativní chování mnoha učitelů neslyšících vypadá tak, že pohyby obsažené v řeči (např. artikulace) jsou do značné míry zpomalené a přeháněné, aby sluchově postižení měli možnost odezírat. Ačkoli jsou slova také

vyslovována nahlas, hlavním prostředkem komunikace je viditelná podoba komunikace, kterou provádějí ústa. Při sluchově-verbálním vzdělávání mohou být vytvořeny „normální podmínky“ v těch situacích komunikace, v nichž dochází simultánně ke slyšení a vidění – za předpokladu, že daná osoba hovoří způsobem, na který je sluchově postižený posluchač zvyklý. Zvláštní důraz je kladen na *rytmickou a melodickou řeč*. Jestliže ovšem učitel hovoří takovým způsobem, že se sluchově postižené dítě musí spoléhat především na odezírání, hrozí riziko, že se zrak stane dominantním smyslem, a že slovu vyslovenému běžným způsobem nebude porozuměno. Rozpor mezi slyšením a viděním se spíše zvyšuje než snižuje. Toto je přímým protikladem toho, co si sluchově-verbální vzdělávání klade za cíl. Pouze tehdy, když tvar zformovaný ústy odpovídá tomu, jak je slovo normálně vyslovováno a slyšeno, můžeme hovořit o chování zaměřeném na sluch. Jednosmyslové procesy, jako například ty, které jsou řízeny výhradně sluchem, jsou zapojeny pouze do konkrétních tréninkových a učebních situací. Jsou aplikovány jako zásada pro praxi a zpevnování. Hlavní pozornost je věnována zejména podpoře sluchových dovedností izolovaně. U vnímání zvuků je například cílem rozpoznat tyto zvuky a přesně odlišit jeden od druhého z hlediska řeči, délky trvání, intenzity, výšky a rytmické struktury a u jednotlivých fonémů, slov, vět atd., porozumět jim.

Sluchově-verbální vzdělávání Diller (2004, s.20) označuje jako základní postoj, který může mnoha způsoby ovlivňovat zásady, kterých se držíme v pedagogické metodologii:

- *„Přijímá holistický pohled na vzdělávání; je důležité, aby všechny ostatní smysly nebyly zanedbávány. Cílem je rozvíjet behaviorální preference, díky kterým je možné učit se slyšet. Nejedná se o vylučování a omezování příležitostí k učení; prioritou je zlepšit sluchové schopnosti tak, aby při učení mohly být zapojeny všechny smysly.*
- *Sluchově-verbální vzdělávání znamená uvědomit si všechno, co je možné slyšet, a získat znalosti o tom, které procesy učení se a které zkušenosti vedou k rozvoji schopnosti slyšet a jak je možné je ovlivnit.*
- *Zdůrazněna je převaha sluchového vzdělávání.*
- *Sluchově-verbální vzdělávání vychází z předpokladu, že s neslyšícím dítětem, které je vybaveno sluchadly či kochleárními implantáty, se nemá jednat jako s neslyšícím.*
- *Přihlíží k celkové osobnosti dítěte a k jeho emocionální, kognitivní, sociální a rodinné situaci.*
- *Důraz je kladen na poskytování vedení rodičům a na spolupráci s nimi. Usiluje o zdokonalení rodičovských dovedností.*
- *Sluchově-verbální vzdělávání zahrnuje přirozené/reflexní jazykové chování se zvláštním důrazem na jasně vyslovovanou řeč.*
- *Využívá zásady rozhovoru a dialogu k podpoření jazykového rozvoje.*
- *Využívá skutečné každodenní situace jako opěrného bodu pro rozvoj sluchu, řeči a jazyka.“*

Cíle auditivně-verbální terapie

Snahou auditivně-verbální terapie je integrovat slyšení do osobnosti sluchově postiženého dítěte, což je však možné pouze tehdy, stane-li se schopnost slyšet pro dítě samozřejmostí. Předpokladem pro to je permanentní vystavování dítěte sluchovým zkušenostem a podporování sluchových funkcí během dne, podle okolností případně i během spánku. S pomocí kvalitních a správně nastavených sluchadel, které zajistí odpovídající stupeň zesílení zvuků z okolního prostředí, příp. díky kochleárnímu implantátu, se pak dítě naučí přiřazovat vnímaným zvukům smysl a pochopí tak význam sluchu pro sebe samého a život v prostředí slyšících. Tímto způsobem se začnou vytvářet vzorce slyšení, na jejichž podkladě bude možné rozpoznávat akustické jevy a začlenit je. Velmi důležité je, aby k podpoře sluchového vnímání nedocházelo pouze v rámci terapie, ale aby měl sluch podobně samozřejmý status jako využití zraku. Teprve když sluch bude užíván *stejně nevědomě jako zrak*, dokáže sluchově postižené dítě prostřednictvím kombinace těchto dvou smyslových kanálů jednodušeji porozumět danému sdělení. Integrace sluchu do celkové smyslové činnosti může být pro sluchově postižené dítě, které je vychováváno na auditivně-verbálním podkladě, užitečné především v těch situacích, v nichž nejsou akustické podmínky nijak ideální (např. kvůli velké vzdálenosti mezi příjemcem informace a mluvčím nebo v důsledku rušivých okolních zvuků). Přesto je auditivně-verbální terapie zaměřena na to, aby se sluch vyvíjel bez pomoci zraku. **Cílem auditivně-verbálního přístupu** je tedy *využít všech zbytků sluchu, kterými sluchově postižené dítě ještě disponuje a dopomoci tomu, aby se schopnost slyšet stala pro sluchově postižené dítě samozřejmostí.* (Leonhardt, Zaiß 2002)

Dalším cílem auditivně-verbální terapie je *umožnit sluchově postiženým dětem osvojit si mluvenou řeč na podkladě sluchu.* To znamená, jednak nabýt schopnost užívat mluvenou řeč, ale i schopnost kontrolovat vlastní mluvený projev prostřednictvím sluchu. Pozorujeme-li vývoj mluvené řeči u sluchově postižených dětí, orientujeme se podle vývoje řeči u dětí slyšících. Vycházíme-li pak z těchto informací, zjišťujeme, že i sluchově postižené dítě může projít všemi stadii vývoje řeči jako dítě slyšící. V této souvislosti je nutné zohledňovat nejen věk sluchově postižených dětí, ale především **tzv.sluchový věk**, který se počítá ode dne, kdy sluchově postižené dítě dokázalo za pomoci sluchadla, příp.sluchadel či kochleárního implantátu využít slyšené zvuky.

Od tohoto momentu můžeme mluvit o takovém vývoji řeči, který se podobá vývoji řeči u slyšících dětí, přičemž je více či méně časově opožděný. Ideální by bylo, kdyby bylo sluchově postiženým dětem před či v průběhu druhé fáze žvatlání nasazeno **sluchadlo**, aby se předcházelo oněmění a usnadnil se tak vývoj akustické zpětné vazby. Obzvláště tehdy, začne-li sluchově postižené dítě užívat sluchadlo až v pozdějším časovém období, měl by mu být umožněn dostatek času pro rozvoj mluvené řeči. (Leonhardt, Zaiß 2002)

Estabrooks (1998c, 131 in Leonhardt, Zaiß 2002, s.11) vytvořil přehled stadií vývoje sluchu a řeči (viz. Tab.2). Auditivně-verbální terapie usiluje o to, aby všechny sluchově postižené děti, se kterými se pracuje touto metodou, prošly všemi níže uvedenými stadii vývoje. (I když se sluchově postižené děti nenaučí mluvenou řeč tak jako děti slyšící, a to i přes užívání kvalitních sluchadel či kochleárního implantátu, vyžadují podporu při vývoji sluchu a řeči.)

**Tab.2: Stadia vývoje sluchu a řeči od narození do šesti let
(Leonhardt, Zaiß 2002, s.11)**

Z hlediska *didaktické metodologie* je možné identifikovat různé *kroky obsažené v učení se slyšet a v osvojování si řeči*, třebaže následující seznam by neměl být chápán jako neměnné chronologické pořadí. Je důležité, abychom si uvědomovali tato stadia ve vývoji dítěte a cílem auditivně-verbální terapie je, všemi těmito stadii projít.

- Zaznamenávání zvuku či hluku (nebo jeho nepřítomnosti)
- Reagování na sluchové signály.
- Vědomí zvukových signálů, zejména řeči, během dlouhého časového období.
- Zaznamenávání řeči a zvuků a reagování na řeč nebo zvuky, jejichž zdroj není v blízkosti, ale ve větší vzdálenosti.
- Snaha lokalizovat zdroj hluku.
- Rozpoznání zdroje hluku („aha – někdo mluví – máma mě volá – telefon zvoní“).
- Rozpoznávání a identifikování různých zvuků. V tomto případě jsou obzvláště důležité hlásky. Hluky jsou snadněji rozpoznatelné.
- Jemnější rozlišování mezi hláskami a jejich frekvencemi (samohlásky, m, s, pa, babababa, hlasitý/tichý, dlouhý/krátký). Hry s autíčky, zvířátky a s celou řadou „kýčovitých“ hraček.
- Rozlišování mezi slovy a hluky, které znějí podobně.
- Porozumění krátkým pokynům sluchem.
- Plnění pokynů, kterým bylo porozuměno sluchem, a iniciativní pojmenovávání předmětů nebo popisování toho, co se děje.
- Reprodukování toho, co bylo slyšeno, ve správném pořadí (artikulace zde není podstatná, záleží pouze na intonaci a rytmu).
- Správné doplňování částí slova či věty, které jsou dítěti prezentovány (pouze sluchově).
- Rozpoznávání zvuků nebo nejmenších významových jednotek, které jsou obsaženy ve slovech.
- Přeměna jednotlivých zvuků prezentovaných učitelem do slov.
- Rozpoznávání toho, kdo mluví, i přes okolní hluk
- Sledování textu, který je nahlas předčítán z knihy. Sledování mluveného textu (vyprávění pohádek).
- Rozšiřování sluchové informace.

- Pochopení významu mluveného jazyka, který je slyšen, a uvedení ho do souvislosti s již známou informací. (Schmid-Giovannini 1996 in Diller 2004)

Předpoklady pro provádění auditivně-verbální terapie

Základním předpokladem pro započetí odpovídajícího druhu rané intervence u sluchově postižených dětí je **rozpoznání sluchového postižení a zjištění závažnosti tohoto postižení**. Rozhodující význam v rozhodování, zda zvolit pro výchovu a vzdělávání sluchově postižených dětí auditivně-verbální metodu, je kromě jiného doba, kdy je sluchová vada odhalena. Ideální by bylo, kdyby se dařilo odhalit vrozenou sluchovou vadu před uplynutím šesti měsíců věku dítěte. Výzkumy ukazují, že průměrný věk stanovení diagnózy u těžce sluchově postižených dětí je kolem šestého měsíce věku. Vezmeme-li však v úvahu všechny sluchově postižené děti, posunuje se doba, kdy dochází k prvnímu stanovení diagnózy, až kolem dvou a půl let věku. Tyto údaje potvrzují požadavek všech odborníků působících v oblasti rané intervence u sluchově postižených dětí na zdokonalení metod diagnostiky sluchových vad v raném věku. (srov. Kruse 1995, 12, Miller 1995b, 141, Gortner 1998, 30f in Leonhardt, Zaiß 2002)

Dalším předpokladem je **zavedení povinného celoplošného screeningového vyšetření sluchu u novorozenců**. Screeningová vyšetření na přítomnost sluchové vady se u nás provádí převážně u jedinců audiologicky rizikových a provádí je neonatologičtí odborníci a sestry na novorozeneckých odděleních a následně pak v audiologických centrech. Sluch je možné vyšetřit prakticky ihned po narození pomocí objektivních vyšetřovacích metod. Nejčastějšími metodami, jichž se užívá, jsou *otoakustické emise (OAE)*, *vyšetření střednědobých evokovaných potenciálů (SSEP)*, *akustických evokovaných potenciálů mozku kmene (BERA, CERA)*, *tympanometrie a vyšetřování stapediálních reflexů*. Jako screeningové vyšetření se u nás používá nejčastěji **otoakustických emisí**, neboť se jedná o vyšetření rychlé, nenáročné, informuje nás o normálním sluchu, v případě nevybavnosti nelze stanovit místo poruchy (převodní či percepční) a ani stupeň poruchy. Vybavnost otakustických emisí nevyklučuje poruchu sluchu způsobenou selektivním poškozením vláskových buněk nebo v oblasti sluchové dráhy, proto je nutné děti nadále sledovat. Celoplošný screening sluchových vad je zaveden již v několika evropských státech, např. v Belgii, Polsku, na

Slovensku, v Rakousku, v některých spolkových zemích Německa, také asi v polovině států USA a v současné době se uvažuje o zavedení tohoto screeningu i u nás. Zatím je však prováděn nedostatečně, pouze v některých regionech (např. Brno, Olomouc, Praha, České Budějovice). Zavedením celoplošného screeningu by mohlo docházet k včasnému odhalení vrozených sluchových vad již několik dní po narození dítěte. Na základě stanovení včasné diagnózy je možné začít se sluchově postiženým dítětem pracovat již v prvních měsících jeho života a zajistit mu tak co nejlepší a nejkvalitnější péči, zabezpečit aktivizaci zbytků sluchu a následně zvolit způsob komunikace, pomocí kterého bude sluchově postižené dítě vychovááno, vzděláváno a rozvíjeno. (srov. Horáková in Opatřilová 2006, Leonhardt, Zaiß 2002).

Kromě screeningového vyšetření sluchu u dětí se sluch v dětském věku vyšetřuje v rámci **preventivních prohlídek u dětského lékaře**, a to u všech dětí ve 3 měsících, v 9-12 měsících, ve 3 letech a před nástupem povinné školní docházky. Důvodem pro další vyšetření sluchu nespádající do preventivních prohlídek jsou např. vyšetření sluchu z důvodu přání rodiče nebo učitele, kteří mají podezření na poruchu sluchu u dítěte, dále je-li někdo v rodině sluchově postižený, a také po onemocnění meningitidou, po operacích a úrazech hlavy, po aplikaci ototoxických léků, po opakovaných zánětech středního ucha a je-li u dítěte diagnostikován opožděný vývoj řeči či podezření na mentální postižení. (Horáková in Opatřilová 2006)

Jedním z hojně užívaných argumentů pro aplikaci auditivně-verbální terapie u sluchově postižených dětí je názor mnoha odborníků, že většina sluchově postižených dětí má **využitelné zbytky sluchu**. Dalším argumentem je to, že za pomoci **kvalitní sluchové protetiky** (sluchadel, kochleárního implantátu, FM systému), mohou sluchově postižené děti vnímat velkou část, když ne celou, řečové oblasti. Proto je jedním z dalších předpokladů pro provádění auditivně-verbální terapie včasné nasazení kvalitních sluchadel, případně zvážení vhodnosti kochleární implantace. (Goldberg 1993 in Leonhardt, Zaiß 2002)

Dalším předpokladem je **využití senzitivních fází ve vývoji dítěte**. „*Stejně jako děti slyšící, přichází na svět i sluchově postižené děti se založenými, ale ještě nezralými mozgovými strukturami. Můžeme vycházet z toho, že nervové spoje od sluchového nervu až ke kůře mozkové jsou v době narození vytvořeny a jsou funkční.*“ (Klinke 1998, 90 in Leonhardt, Zaiß 2002, s.24)

Další důležitým předpokladem pro aplikaci auditivně-verbální terapie je **průběžná diagnostika a audiologická péče u sluchově postižených dětí**, což by měl

zajišťovat lékař ORL, audiolog nebo případně speciální pedagog – surdoped. Jedná se o komplexní péči, na níž participují lékaři (ORL, foniatrie), speciální pedagogové a sluchoví protetici, kteří mají za úkol správné nastavení sluchadel a následnou práci se sluchadly (seřízení, opravy, změny).

Principy auditivně-verbální terapie

K principům auditivně-verbální terapie patří **vypracování individuálního plánu terapie, faktory pro efektivní terapii a průběžná evaluace výsledků terapie**. Aktivity, které terapeut v rámci svého sezení provádí, nejsou samozřejmě nahodilé. Pracuje podle předem vypracovaného **plánu terapie**, který je vždy individuálně sestaven pro každé dítě zvlášť a obsahuje vždy jak krátkodobé, tak dlouhodobé cíle. Plán terapie neobsahuje pouze cvičení zaměřená na rozvoj sluchu, ale i na rozvoj jazyka, řeči a poznávání, neboť se tyto oblasti vyvíjí ve vzájemné závislosti. (Streicher 1998, 19 in Leonhardt, Zaiß 2002) Jedním z hlavních cílů terapeuta je, aby se dítě během terapeutické hodiny cítilo příjemně a díky hrové formě terapie si ani neuvědomilo, že se jedná o terapii. Kromě připravených cvičení, která jsou obsažena v plánu terapie, dochází během terapeutického sezení k nečekaným situacím, které mohou vést např. k rozvoji řeči. Takový případ může nastat např. tehdy, když na koberci v místnosti vidí dítě nebo terapeut lézt malého broučka, jeden z nich na to upozorní a začnou se o něm bavit. Takových přirozených podnětů pro rozhovor existuje nespočet a v každém případě je vhodné je využít, neboť jazyk se nejlépe učí v konkrétních, relevantních a zajímavých souvislostech. (Jabs 1998, 4 in Leonhardt, Zaiß 2002) **K výše uvedeným faktorům** ovlivňujícím efektivnost auditivně-verbální terapie **patří tzv. Lingův test** a také *způsob řeči/mluvení a využití jazyka*. Lingův test slouží k tomu, aby bylo možné před zahájením terapie přezkoušet, jaké frekvence dokáže dítě vnímat sluchem. K tomu se používá sedm Lingových hlásek „m“, „a“, „u“, „i“, „s“, „sch“ a „o“. Tyto hlásky *pokrývají frekvenční oblast potřebnou pro rozpoznání mluvené řeči*. Způsob, jakým se zjišťuje, zda je dítě schopné akusticky vnímat řeč, je následující. Dítěti je předříkáváno těchto sedm hlásek v poházeném pořadí dvakrát dokola, přičemž má dítě uvést, zda něco slyšelo a jaké hlásky přesně. Abychom se ujistili, že dítě uvede určité hlásky jen tehdy, když je slyšelo, vyslovíme je navíc i bezhlásně. Poté zjistíme, zda dítě opravdu hlásky slyší nebo je odezírá. (Low Incidence Unit 1998, 4f in Leonhardt, Zaiß 2002) Pomocí

testu by se mělo zjistit, zda je dítě schopné, díky sluchadlu nebo kochleárnímu implantátu, vnímat dané hlásky, když se vyskytují v běžné řeči. Aby byl test validní, je důležité vyslovovat hlásky takovou silou hlasu, která odpovídá běžné konverzaci. Pokud bude dítě schopné rozpoznat izolovaně vyslovené hlásky za těchto okolností, bude pak schopné vnímat je i ve spojení s ostatními hláskami. (Ling 1989,71 in Leonhardt, Zaiß 2002) Ve skutečnosti Lingův test nezjišťuje to, zda dítě rozumí pouze výše uvedeným sedmi hláskám, ale na základě jejich porozumění či neporozumění se dá odvodit, s jakými dalšími hláskami může mít dítě problémy. Například, neuslyší-li dítě hlásku „s“, bude mít s největší pravděpodobností problémy se slyšením a rozpoznáním hlásky „f“ a dalšími frikativami vysokých frekvencí. Také podle toho, jakou frekvenční oblast dítě vnímá, se dá předpovědět, s jakými hláskami bude mít dítě potíže. Pokud dítě vnímá oblast frekvencí do 4000Hz, je schopné rozpoznat sluchem všech 7 hlásek. Pokud však slyší jen v rozmezí do 2000Hz, bude vnímat všechny kromě hlásky „s“ a v případě, že může vnímat jen zvuky nacházející se v rozmezí do 500Hz, bude schopno rozpoznat hlásky „m“, „u“ a „i“. (Low Incidence Unit 1998, 5 in Leonhardt, Zaiß 2002) Kromě Lingova testu je dalším faktorem, který ovlivňuje efektivitu terapie, způsob řeči a využití jazyka. Ling ve svých knihách zdůrazňuje, jak důležitá je pro vnímání řeči malá vzdálenost zdroje zvuku od ucha dítěte, popř. od sluchadla. Poukazuje na to, že zmenšení vzdálenosti mezi mluvčím a posluchačem o polovinu vede již k tomu, že zvuk bude přicházet v intenzitě o 6 dB hlasitěji. To znamená, že malá vzdálenost mezi zdrojem zvuku a uchem může podstatně přispět k lepšímu sluchovému vnímání. Dedert (1998) poukazuje zase na to, že kromě lepšího slyšení řeči dochází i k jejímu lepšímu porozumění. Proto je jednou ze zásad auditivně-verbální terapie **udržování malé vzdálenosti od ucha dítěte**, mluvíme-li k němu. Navíc je zapotřebí sedět z té strany, na níž má dítě lepší nebo implantované ucho. V rozhovoru s dítětem se musí dávat pozor na to, aby se mluvilo **zřetelně a ne příliš nahlas**. Vzhledem k tomu, že **prozodické faktory řeči** jako jsou rytmus a melodie, přispívají ve velké míře k porozumění řeči, doporučuje se je trochu více zdůraznit a snažit se mluvit pěkně rytmicky, se správným přízvukem a melodií řeči. (srov. Kühne von der Pahlen 1995b, 73, Dedert 1998, 6 in Leonhardt, Zaiß 2002) Pro sluchově postižené děti je někdy obtížné vnímat hlásky (neznělé explozivny) „p“, „t“ a „k“, neboť bývají často ve slovech zastřeny samohláskami. Abychom je zdůraznili, doporučuje se taková slova šeptat. Dále je přípustné klást větší důraz při vyslovování jednotlivých slov nebo fonémů, případně je vyslovit zcela izolovaně, aby je mohlo dítě dobře vnímat. Přitom je však důležité dávat

pozor na to, abychom následující hlásku nebo slovo opět vložili do přirozené prozodie celého slova, případně celé věty, aby tomu dítě porozumělo i bez většího zdůraznění. (Dedert 1998, 14 in Leonhardt, Zaiß 2002) Také musí být zohledňována obsahová stránka řeči. Doporučuje se používat řeč, která je v současnosti běžně používaná, vztahuje se k zážitkům dítěte a je přiměřená jeho věku a přitom je důležité tvořit jasné formulace. Kromě toho je však vhodné používat i běžnou řeč bez omezení a vyloučení určitých slov a formulací, aby dítě poznalo všechny formy jazyka.

Jedním z nejčastějších didaktických prostředků auditivně-verbální terapie je **zakrývání úst mluvčího** rukou nebo nějakým předmětem, aby nebylo možné během mluvení odezírat a dítě se primárně zaměřilo opravdu pouze na vnímání řeči sluchem. *Nepoužívá se automaticky*, ale v případě, že terapeut zjistí, že se dítě snaží sledovat jeho ústa a odezírat. Terapeut však musí hovořit takovým způsobem, aby sluchově postižené dítě mohlo vnímat mluvenou řeč opravdu pouze sluchem. V opačném případě, kdy by bylo nuceno odezírat, protože terapeutovi nerozumí, hrozí riziko, že se stane dominantním smyslem zrak a slovu vyslovenému běžným způsobem nebude porozuměno. A to je přímým protikladem toho, co si auditivně-verbální terapie klade za cíl. (Diller 2004) Zakrývat ústa není potřeba tehdy, je-li dítě zaujato nějakou jinou činností a ústa mluvčího nevnímá. Musí se přitom myslet na to, aby se kvůli zakrytí úst nezamezilo přímému příjmu zvuku z jeho zdroje, což někteří terapeuti řeší tak, že používají rámeček vyplněný látkou, která zakryje jejich ústa, ale nezamezí přímému projití zvuku přes látku k uchu dítěte. Zásadně se používá zakrývání úst *pouze při terapii a i tam pokud možno co nejméně*. V běžné komunikaci není dítěti zakázáno odezírat, ačkoli v rámci auditivně-verbální terapie není speciálně tato dovednost trénována. Jestliže si dítě během terapie zvykne na to, že se při vnímání řeči koncentruje převážně na sluchové vnímání, není do budoucna nutné používat záměrné zakrývání úst. Kromě tohoto se zakrývání úst používá v rámci této terapie ještě k jednomu účelu, a to jako výzva k opakování slov. Terapeut si drží ruku před ústy během mluvení, poté dá svou ruku i před ústa rodiče, který je na terapii přítomen a ten opakuje to, co řekl terapeut. Nakonec dá ruku před ústa dítěte, což má být nonverbální výzva k tomu, aby také zopakoval, co slyšel. Pokud se tento postup několikrát zopakuje, bude pak již dítě opakovat ihned po terapeutovi vždy, tzn. bez přítomnosti třetí osoby. (Kühne-von der Pahlen 1995b, 75 in Leonhardt, Zaiß 2002)

Jako poslední z uváděných principů auditivně-verbální terapie je **průběžná evaluace úspěchů** terapie, tzn. průběžná analýza pokroků dítěte. Nejméně jednou ročně

by měly být přezkušovány pokroky ve vývoji dítěte, které se týkají jak vývoje sluchu, tak vývoje v oblasti osvojování si řeči, rozvoj receptivní i expresivní stránky řeči a kognitivní vývoj dítěte. (Dedert 1998, 15 in Leonhardt, Zaiß 2002) To je zapotřebí proto, aby se zjistilo, zda dítě dělá přiměřené pokroky v terapii. Na druhou stranu to slouží také k tomu, aby se mohlo plánovat do budoucna, jakým způsobem se má s dítětem v práci pokračovat. Na základě znalosti aktuální úrovně vývoje dítěte je možné zvolit přiměřené změny a modifikace. Pokroky dítěte v terapii se hodnotí podle různých hodnotících kritérií. Počítají se mezi ně i subjektivní hodnocení rodičů a terapeutů, která jsou vzájemně srovnávána. Po každé hodině terapie se terapeuti snaží shrnout výsledky dané hodiny a zmapovat pokroky, které dítě udělalo, zda bylo dosaženo stanovených cílů a tyto výsledky a postřehy jsou pak zapsány do karty dítěte. (Estabrooks 1994d, 112 in Leonhardt, Zaiß 2002)

Rodiče by měli také srovnávat to, jak se jejich dítě chová během terapie a ve všedních situacích doma, ve svém prostředí a toto srovnávat i s terapeutem. Velmi přínosné mohou být také **videonahrávky dítěte v hodině terapie**, které se mohou kdykoli zpětně pustit a objektivně posoudit, jaké pokroky dítě udělalo. Především se zde dá pozorovat spontánní řeč dítěte, neboť se na ní pozná, jak dítě používá v běžných situacích to, co se naučilo v rámci terapie. (Fitzpatrick 1997, 286 in Leonhardt, Zaiß 2002) Srovnávání schopností dítěte se standardizovanými tabulkami vývoje (např. vývojová škála podle Denvera) umožňuje ohodnocení pokroků dítěte a přiřazení jeho schopností odpovídajících určitému vývojovému věku. (Streicher 1998, 18 in Leonhardt, Zaiß 2002) V rámci auditivně-verbální podpory dítěte se bere v úvahu především „sluchový věk“ dítěte. Vývojový věk dítěte by měl ve všech oblastech, které souvisí s řečí a sluchem, souhlasit i s „věkem sluchovým“. Postupem času by se měl rozdíl mezi vývojovým věkem a skutečným věkem zmenšit, v ideálním případě by měl v době nástupu povinné školní docházky odpovídat fyzický věk dítěte věku vývojovému. (Dedert 1998, 15 in Leonhardt, Zaiß 2002) S přibývajícím věkem dítěte je dále možné sledovat jeho pokroky prostřednictvím provádění standardizovaných testů, kterých je nepřeberné množství, přičemž nejčastěji se vybírají různé testy, z nichž se vybere pouze část, která se využije na přezkoušení pokroku ve vývoji dítěte.

Průběh auditivně-verbální terapie

Pro každé sluchově postižené dítě, u kterého bylo diagnostikováno sluchové postižení, jenž trvá teprve krátce, a to nezávisle na stupni jeho postižení, je auditivně-verbální terapie vhodná. (Estabrooks 1994b, 17 in Leonhardt, Zaiß 2002) Přítomnost sluchového postižení je tedy jednou z podmínek, ale další podmínkou je to, aby byla **sluchová vada kompenzována buď sluchadly nebo kochleárním implantátem** v takové míře, že bude dítěti umožněno vnímat nejdůležitější složky řeči sluchem. Ling (1994 in Leonhardt, Zaiß 2002) upozorňuje na to, že děti, které disponují malými či téměř žádnými zbytky sluchu a nejsou vhodnými kandidáty na kochleární implantaci, a přeci jsou schopné naučit se mluvenou řeč, nejsou však vhodnými kandidáty na auditivně-verbální terapii. Zdůrazňuje, že tyto děti jsou odkázány především na odezírání mluvené řeči, což podle jeho názoru není dostačující komunikační prostředek pro jejich život. *Auditivně-verbální terapie je tedy vhodná pouze pro některé sluchově postižené* děti a je jednou z mnoha možností, jak se sluchově postiženými dětmi pracovat. Často se začne pracovat se sluchově postiženým dítětem v raném věku, kdy ještě není možné přesně stanovit, jak vysoké jsou jeho sluchové ztráty, zda budou nebo nebudou dostačovat k tomu, aby si mohlo dítě osvojit mluvenou řeč a mohlo jí rozumět na základě procesu slyšení, ale přesto se s nimi začne pracovat touto metodou. Někdy se stane, že se po čase zjistí, že tato metoda není tou nejvhodnější a musí se přemýšlet o tom, za kterou metodu se tato vymění, a to pokud možno co nejrychleji. Dalším předpokladem pro úspěšné provádění této terapie je **vysoká připravenost a zájem rodičů dítěte**, neboť jejich aktivní spolupráce je více méně základem a vyžaduje opravdu celkem hodně časově náročné zatížení a také velké vynaložení osobních sil. Ne všichni rodiče jsou totiž schopni splnit přísné požadavky, které sebou auditivně-verbální terapie přináší. Také z tohoto důvodu mají všichni rodiče sluchově postižených dětí možnost, v rámci první návštěvy poradenského zařízení informovat se o co možná nejširší nabídce jednotlivých metod používaných k rozvoji sluchově postižených dětí a následně na to si vybrat tu, která jim a jejich dítěti nejvíce vyhovuje. Dalším faktorem, který může ovlivnit to, že auditivně-verbální terapie není tou nejvhodnější pro dítě, může být, že má dítě kromě sluchové vady **přidruženou další vývojovou vadu**. (Fitzpatrick 1997, 287 in Leonhardt, Zaiß 2002) Neznamená to však, že je pro děti s kombinovaným postižením auditivně-verbální terapie a priori nevhodná, musí se však

v každém individuálním případě zvážit, zda tato metoda splní očekávaná přání a pomůže dítěti. Zpravidla se s auditivně-verbální terapií začne podle okolností na zkoušku po dobu několika týdnů a až poté se rozhodne, zda je či není tato metoda správná. V negativním případě se musí vždy zvolit náhradní řešení a vybere se metoda jiná, vhodnější.

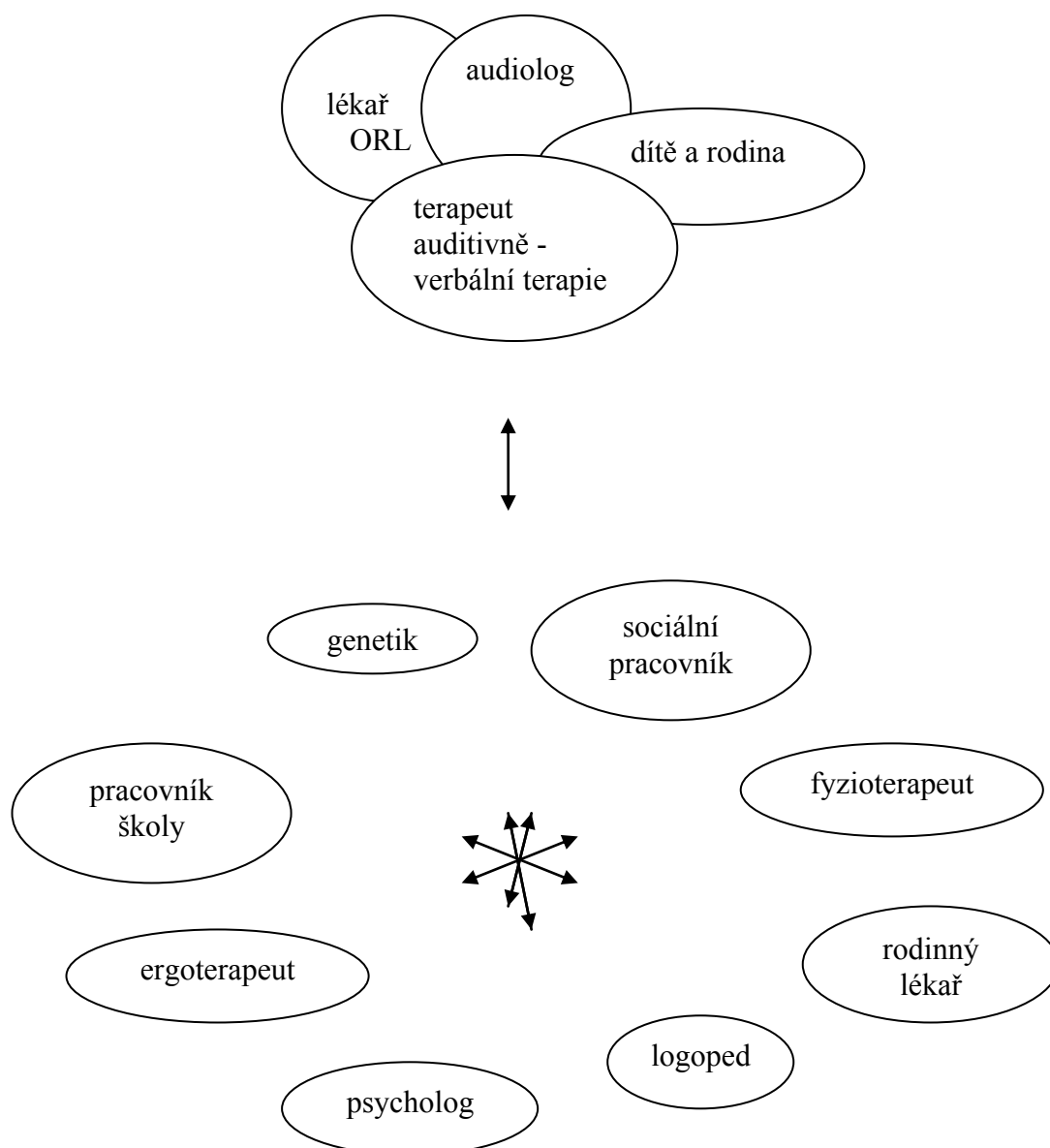
V rámci programu včasné intervence **přebírají rodiče dítěte velmi důležitou roli**, neboť zodpovědnost za výchovu svého dítěte mají právě oni. „*Lékaři, terapeuti, pedagogové a další odborníci, kteří se setkávají s postiženým dítětem, mohou poskytnout jeho rodině pouze časově omezenou pomoc.*“ (Frerichs/Kuke 1992, 50 in Leonhardt, Zaiß 2002)) Rodiče jsou ty osoby, se kterými jsou jejich děti nejčastěji, jsou jim nejbližší a navíc nejlépe ze všech znají individuální požadavky svých dětí. Oni se rozhodli pro auditivně-verbální terapii a proto musí akceptovat to, že jejich dítě bude stále vystavováno zvukovým podnětům a stane se pro ně samozřejmostí, že se jejich dítě bude permanentně setkávat s těmito podněty, neboť jen tak může tento druh terapie fungovat a zajistit tak nějaký pokrok ve vývoji dítěte. Goldberg a Talbot (1993, 93 in Leonhardt, Zaiß 2002) poukazují na to, že auditivně-verbální terapie je součástí životního postoje člověka, a proto se stává součástí každodenního života sluchově postiženého dítěte. Základním poznatkem, na němž spočívá auditivně-verbální terapie, je, že se sluchově postižené děti naučí nejúčinněji řeč formou hry a v rámci interakce s okolními lidmi. Rodiče jsou prvními komunikačními partnery a tím se stávají primárním modelem pro rozvoj řeči. To stejné platí i u dětí slyšících. Úkolem rodičů tedy je, aby se aktivně účastnili spolu s dítětem a terapeutem hodin auditivně-verbální terapie a mohli se naučit základní principy a zásady auditivně-verbální terapie, které by pak měli aplikovat doma každý den s dítětem. Proto si také vedou tzv. rodičovskou knihu, v níž mají za úkol zapisovat, jak se jejich dítě vyvíjí a jaké pokroky dělá a také si zde zapisují úkoly na doma, jak s dítětem pracovat mezi jednotlivými setkáními s terapeutem. (Estabrooks, 1994d, 111 in Leonhardt, Zaiß 2002) Rodiče by měli během dne v přítomnosti dítěte doprovázet veškeré činnosti slovem a využívat tak každé situace, kdy má dítě možnost vnímat akustické podněty přicházející z okolí. Přitom musí dávat pozor na to, aby omezili co možná nejvíce okolní rušivé zvuky na minimum a aby mluvili zřetelně, ale svoji artikulaci zase moc nepřeháněli. Navíc by rodiče měli se svými dětmi provádět denně strukturované cvičební jednotky, které mají vypracované na základě spolupráce s terapeutem a mají za úkol prohloubení a pokračování v předešlé terapeutické jednotce. (Blum, Samson, 1994, 197 in Leonhardt, Zaiß 2002) Pokud toto

všechno rodiče dělají, umožní tak svému dítěti osvojit si mluvenou řeč prostřednictvím smysluplné komunikace na základě použití sluchu.

Kromě rodičů je samozřejmě zapotřebí spolupráce mnoha odborníků participujících na péči o sluchově postižené děti. „*Žádný odborník si dnes nemůže činit nárok na to, že je jedinou kompetentní osobou v rámci péče o sluchově postižené děti.*“ (Frerichs/Kuke 1992, 40 in Leonhardt, Zaiß 2002, s.43) Jedná se tedy o celý tým odborníků, mezi něž patří, co se auditivně-verbální terapie týče, především terapeut (logoped, surdoped nebo audiolog), dále lékař ORL, foniatr, sluchový protetik, ergoterapeut, dětský psycholog, sociální pedagog a psychoterapeut. Terapeut provádí auditivně-verbální terapii, informuje a podporuje rodiče a zabezpečuje spolupráci celého týmu odborníků. Lékaři ORL, foniatři a sluchoví protetici mají za úkol medicínskou a audiologickou péči, tzn. že kromě jiného pravidelně kontrolují sluch dítěte, vybírají vhodná sluchadla, příp.rozhodují o vhodnosti kochleární implantace a v neposlední řadě je jejich úkolem správné nastavení sluchadel. (Leonhardt, Zaiß 2002)

Jako **vzorový tým pracovníků** zabývající se auditivně-verbální terapií může posloužit tým odborníků z Toronta v zařízení „North General Hospital“. Tým stávající ze čtyř odborníků se rozšířil, jak ukazuje obrázek níže, na tým dvojnásobně větší.

Graf: Model týmu pracovníků v rámci programu auditivně-verbální terapie (dle Estabrooks 1998c,128 in Leonhardt, Zaiß 2002, s.44)



Rámcové podmínky pro provádění auditivně-verbální terapie

Zpravidla se auditivně-verbální terapie provádí individuálně a může se konat v mnoha různých formách. Podle potřeby a možností rodiny se mohou terapeutická sezení odehrávat na klinice, v soukromých ordinacích terapeutů nebo v místě bydliště rodiny postiženého dítěte. Co se týče *frekvence* setkávání, mohou se rodina s dítětem a terapeutem potkávat jednou za týden, za měsíc nebo v rámci intenzivních kurzů jednou

za půl roku nebo za rok. Většina sluchově postižených dětí absolvuje pravidelná terapeutická sezení, obvykle se jedná o setkání jednou týdně na dobu 60-90 minut. Přesné časové rozmezí jednotlivých sezení se liší dle terapeuta a zařízení, v němž jsou prováděna. Pokud je zapotřebí častější provádění terapie, je možné zvýšit frekvenci na dvakrát týdně, v opačném případě snížit na jednou za 14 dní. (Fitzpatrick, 1997, 285f in Leonhardt, Zaiß 2002) Jaká z organizačních forem je pro tu kterou rodinu nejlepší, závisí na mnoha faktorech. Jedním z rozhodujících faktorů je bezesporu místo bydliště rodiny a vzdálenost od nejbližšího zařízení, které auditivně-verbální terapii nabízí. Častěji je však terapie prováděna přímo na klinice nebo v ordinaci terapeuta než přímo doma v rodině dítěte. Navíc, dojíždí-li rodiče s dítětem do středisek nebo zařízení, kde je terapie prováděna, mohou se zde setkat a seznámit s ostatními rodinami, které mají stejný osud, mohou si tak vyměnit své zkušenosti a spřátelit se. Kromě pravidelných terapeutických hodin prováděných ambulantně nebo doma, nabízí zařízení a střediska poskytující služby rané péče intenzivní kurzy trvající jeden až dva týdny, přičemž nejde o to, aby byla terapie prováděna intenzivně, ale o to, aby se rodiče, kteří se svým dítětem bydlí daleko od střediska, a nemohou absolvovat pravidelně terapeutická sezení, naučili, jak dítě bez pravidelného působení terapeuta optimálně podporovat auditivně-verbální metodou. (Goldberg/Talbot 1993, 92 in Leonhardt, Zaiß 2002) Výhodou těchto intenzivních kurzů, které trvají celý týden, popřípadě dva týdny, je to, že se rodiče se svými dětmi učí pracovat pod dohledem terapeuta, mají možnost ptát se na to, čemu nerozumí a ihned vyřešit problémy, které nastanou v samostatné práci s jejich dítětem. Strávení jednoho týdne s intenzivním podpurným programem je vhodné především pro ty rodiče, kteří teprve se svým dítětem začínají podle auditivně-verbální metody pracovat, neboť se během tohoto týdne naučí velké množství cvičení a postupů práce a lépe si je osvojí. Je však nutné tato týdenní setkání pravidelně opakovat, aby nedošlo k tomu, že rodiče postupně ve svém nadšení pracovat s dítětem pravidelně a důkladně poleví. Samozřejmě, že je také možné tyto dvě formy kombinovat, a to tak, že rodina s dítětem pravidelně jednou týdně navštěvuje středisko a absolvuje pravidelná setkání jednou týdně a k tomu se přihlásí i do intenzivního jednotýdenního kurzu, např. v době, kdy jsou školní prázdniny. (Bernstein, 1993, 79 in Leonhardt, Zaiß 2002).

Způsob, jakým probíhá auditivně-verbální terapie se kromě jiného liší také dle toho, v jakém věku dítěte ji provádíme. Na základě věkového období můžeme rozlišovat tři skupiny: *terapie v kojeneckém období, v batolecím a předškolním období a školní věk*. Za normálních okolností se s terapií začíná krátce poté, co je diagnostikována

sluchová vada u dítěte a to je opatřeno sluchadly, tzn. v ideálním případě již **v kojeneckém období**. Sluchový věk dítěte se na začátku terapie zpravidla pohybuje ve stáří několika dní či týdnů. Dítě mohlo získat doposud jen velmi málo sluchových zkušeností a v důsledku toho je teprve na počátku vlastního vývoje sluchu.

Existují různé teoretické koncepty, které popisují vývojové stupně sluchového vnímání. Jednotlivé modely se od sebe odlišují především s ohledem na počet a pojmenování jednotlivých vývojových kroků. Obsahově však všechny modely popisují přibližně stejný průběh vývoje. Velmi rozšířený model k vývoji sluchu je **vývojový model podle Erbera**. Skládá se ze čtyř stupňů slyšení, a to z **detekce, diskriminace, identifikace a porozumění**. Jednotlivé stupně na sebe navazují, ale zároveň se překrývají. Neznamena to však, že by muselo dítě projít všemi stupni, aby mohlo porozumět obsahu nějakého sdělení, neboť porozumění hraje velkou roli již v komunikaci s velmi malými dětmi. První ze čtyř stupňů – **detekce (zjišťování, objevování) zvuků** představuje počátek procesu učení se slyšet. Edwards a Estabrooks zdůrazňují, že objevování zvuků představuje rozhodující první krok na cestě k tomu naučit se slyšet. V této fázi dochází pouze k vnímání toho, že existuje nějaký zvuk, tzn. dítě rozlišuje, zda je vydáván zvuk nebo je ticho. Při zvládnutí tohoto stupně dochází k podmíněné reakci na zvuk. Dále si dítě uvědomuje, že některé věci a lidé jsou schopni sami zvuky produkovat a jiné předměty naproti tomu nemohou vydat zvuk žádný. Na tomto podkladě dojde dítě ke zkušenosti, že existuje nějaký vztah mezi zvukem a objektem, popř. hlasem a člověkem, což má základní význam pro další celkový vývoj sluchu. Známkou toho, že dítě došlo do této fáze, je to, že dítě dokáže lokalizovat zdroj zvuku. Schopnost rozpoznat přítomnost zvuku je také potřebná pro provádění *tzv. hrové audiometrie*, tzn. jednoho z možných vyšetření sluchu u dítěte. Z tohoto důvodu je kladen velký důraz na objevování zvuků. Dítě je hrovou formou vedeno k tomu, aby na přítomnost zvuku reagovalo určitým, předem stanoveným způsobem, např. hodit kostku do krabice, navlékání koleček na dřevěnou tyčku, pouštění kuliček papírovou trubicou od alobalu do košíku či krabičky). Tak se dá zjistit, zda dítě slyšelo vydávaný zvuk. Dítě reaguje pouze tehdy, slyší-li zvuk. Tento způsob hry připravuje dítě jednak na vyšetření hrovou audiometrií a jednak se dítě učí vnímat zvuky a spontánně na ně reagovat, což je hlavním cílem tohoto stupně v oblasti slyšení. Ačkoli počáteční snahy byly zaměřeny na to, aby bylo dítě dovedeno k podmíněné reakci na zvuky, je přece jen pádným cílem to, že dítě dokáže využít své schopnosti slyšet kdykoli spontánně. (srov. Edwards/Estabrooks 1994, 60 in Leonhardt, Zaiß 2002, Holmanová 2002)

Druhý stupeň je **rozlišování zvuků (diskriminace)**. Ačkoli již dítě dokáže vnímat celou řadu zvuků přicházejících z okolního prostředí, je zapotřebí, aby se naučilo jednotlivé zvuky od sebe také odlišovat. (Erber 1982, 41 in Leonhardt, Zaiß 2002). Dítě se v této fázi tedy učí, že různé objekty vydávají rozdílné zvuky. Stejně tak by mělo v této fázi postupně zjistit, že některé věci a především lidé ze sebe dokážou produkovat celou řadu různých zvuků a tónů. Důležitým cílem, který by dítě mělo v této vývojové fázi dosáhnout, je rozpoznat zvuky stejné a odlišné. Pro práci s dítětem se nám nabízí široká škála různých zvuků doma, venku, v přírodě a také „lidské“ zvuky. Doma může dítě cvičit vnímání a rozlišování zvuku jako jsou např. zvuky u mytí nádobí, vysavače, pračky, spláchnutí WC, cinkání lžičky v hrnečku, ťukání na dveře, zvonek budíku, trhání papíru, zvuky hudebních nástrojů, televize, rádio, atd. Venku se dítě setkává nejčastěji se zvuky aut, vlaku, motorky, letadla, dále je to štěkání psa, mňoukání kočky, sekačka na trávu nebo siréna policie, sanitky nebo hasičů. V přírodě se dítěti nabízí zvuky, které vydává potok, moře, vítr a bouřka. V neposlední řadě patří ke zvukům, které by mělo dítě umět vnímat a rozlišovat, jsou zvuky „lidské“, tzn. hovor (mužský/ženský hlas), zpěv, smích, pláč, kašláni, smrkání, pískání, tleskání a syčení. Také by se mělo naučit všechny tyto zvuky generalizovat na kategorie. V rámci auditivně-verbální terapie se provádí cvičení na rozlišování zvuků především tehdy, když dítě něco špatně slyšelo. Cvičení zaměřená na diskriminaci zvuků slouží tedy především k vysvětlení chyb v porozumění a mohou být použita kdykoli je potřeba. (srov. Edwards/Estabrooks 1994,60 in Leonhardt, Zaiß 2002, Holmanová 2002)

Třetím stupněm je **fáze identifikace (určování)**, což je schopnost umět pojmenovat slyšené. To se může dít různým způsobem, např. opakováním slyšeného, ukázáním na označený předmět či osobu, znázorněním či napsáním toho, co dítě slyšelo, atd. Přitom není bezpodmínečně nutné, aby došlo k přesnému porozumění sdělení. Stačí například pouze to, když dítě dokáže zopakovat počet slabik ve slově, ale zatím nedokáže zopakovat celé slovo. Vývoj schopnosti identifikace je spojený s poznáním, že věci mají svá jména a jsou vždy nějak označovány. Auditivně-verbální terapie je nejdříve zaměřena na identifikaci suprasegmentálních složek řeči, tzn. např. trvání, síle hlasu, výšce tónu, intonaci a přízvuku, které jsou pro většinu sluchově postižených relativně dobře vnímatelné. (Edwards/Estabrooks, 1994, 61 in Leonhardt, Zaiß 2002) Dětem jsou v rámci terapie zadávány nejrůznější úkoly, pomocí nichž jim jsou zprostředkovány tyto suprasegmentální složky řeči a naučí se tak vnímat a napodobovat např. prosodické faktory řeči. Kromě toho jsou s dětmi procvičovány rozdílné délky

hlásek, slabik a slov, přičemž má dítě určit, zda se jedná o krátké nebo dlouhé sdělení nebo kolik slabik slyšelo. Podobným způsobem se cvičí také věty vyslovené „*s různou silou hlasu a polohou hlasu*“ (Estabrooks 1989, 62 in Leonhardt, Zaiß 2002, s.37) a stejně tak „*různá jazyková sdělení s různým rytmem, přízvukem a intonací*“.(Estabrooks 1989, 62 in Leonhardt 2002, s.37) V rámci auditivně-verbální terapie se klade důraz na to, aby se sluchově postižené děti naučily identifikovat hlasy. K tomuto účelu se používají taková cvičení, v nichž jde o rozlišování hlasů mužských, ženských a dětských. Mimo to se má dítě naučit, poznat na základě hlasu člověka, v jakém duševním rozpoložení se právě nachází. K tomuto se používají hry, kdy jednotlivé osoby přebírají různé role a dítěti tak ukazují, jak se kdo chová a jakým způsobem komunikuje, je-li spokojený, veselý nebo naopak smutný či rozčilený. Dítě se tak učí rozpoznávat, co je to křik, pláč, smích, šepot nebo zpěv. Ve srovnání se suprasegmentálními složkami řeči jsou segmentální složky řeči (fonémy) sluchem mnohem hůře vnímatelné, a proto mají úkoly v rámci auditivně-verbální terapie zaměřené na identifikaci jednotlivých hlásek a slov nezanedbatelný význam. Nejčastěji se začíná s těmi slovy, slabikami a jednotlivými hláskami, které se dají dobře naučit „slyšet“, protože jsou užívány ve spojení s různými hračkami a předměty. Tímto způsobem se mají děti postupně pomocí asociace s danými hračkami tyto hlásky a slabiky naučit a postupně je identifikovat pouze sluchem a také je od sebe odlišovat. Jakmile dítě začne označovat některé věci svými jmény, může se začít s prováděním cvičení zaměřených na rozpoznávání známých slov a to tak, že má dítě před sebou různé věci, případně obrázky, terapeut vysloví slovo označující jeden z předmětů před dítětem, dítě poslouchá a poté má za úkol na základě toho, co slyšelo, najít ten správný obrázek nebo předmět. Nejprve se pro provádění těchto cvičení vybírají taková slova, která se od sebe výrazně odlišují, např. počtem slabik. Stupeň obtížnosti takových cvičení se postupně zvyšuje, tím že se vybírají taková slova, která jsou méně odlišná. Postupně se může dojít až k tomu, že dítěti již není umožněno vybrat si z určitého počtu předmětů, ale musí poznat, co terapeut vyslovil, pouze na základě toho, co slyšelo. Cvičení zaměřená na identifikaci se používají také v případě, že není jasné, zda dítě rozumělo a to pak probíhá tak, že dítě má za úkol přímo zopakovat slovo, které slyšelo.

Posledním stupněm, čtvrtým, je **fáze porozumění**. V Erberově stupňovitém modelu vývoje sluchového vnímání představuje fáze porozumění nejvýše postavený stupeň sluchového vnímání. Jako porozumění je označována schopnost odvození obsahu sdělení. Na rozdíl od fáze identifikace již není dostačující, dokáže-li dítě zopakovat to,

co slyšelo. Jestliže sluchově postižené dítě porozumělo obsahu informace/sdělení, je schopno odpovědět na otázky týkající se tohoto sdělení a také plnit úkoly vyplývající z tohoto sdělení. Dítě je tedy schopno na základě již nabytých jazykových znalostí odvodit význam sdělení a postupně i umí chápat a reagovat na informace nové. Cvičení určená k procvičování porozumění jsou rozmanitá, neboť jakýkoliv pokyn, který je dán dítěti během terapie, je vlastně cvikem na porozumění. Stupeň obtížnosti se zvyšuje tak, že dítěti dáváme postupně více pokynů, které má plnit a mimo jiné postupujeme od pokynů jednoduše formulovaných po obtížněji formulované. Jinou formou cvičení na porozumění je to, že dítěti vyprávíme nějaký příběh a ono má pak stručně zopakovat, o čem příběh pojednával. To už však patří k těžším úkolům. Můžeme také přezkušovat porozumění obsahu slova a to například tak, že vyslovujeme postupně jednotlivá přídavná jména a po dítěti chceme, aby hledalo antonyma k těmto slovům. Cílem všech cvičení na porozumění je, aby bylo dítě schopné porozumět běžným rozhovorům ve svém okolí bez větších problémů. (Leonhardt, Zaiß 2002)

Kromě stupňovitého modelu vývoje sluchového vnímání podle Erbera existuje také stupňovitý model uvědomování si akustických podnětů **dle Brauna**. Braun rozlišuje tři stupně: registrace zvuku, odhalení (detekce) zvuku a úroveň identifikace. V první fázi dochází k tomu, že je vnímána přítomnost zvuku, ale zatím nedochází k jeho interpretaci. Tato fáze je srovnatelná s fází (objevování) detekce dle Erberova modelu. Druhý stupeň nazývá Braun detekce zvuku, v níž nedochází pouze k registraci zvuků, ale již k vnímání některých detailů, které však prozatím nestačí k porozumění slyšeného. Při dosažení posledního, třetího stupně, fáze identifikace, je dítě schopno vnímat obsah a význam akustických signálů na základě sluchu. Tato fáze je srovnatelná s fází porozumění dle Erbera. (Leonhardt, Zaiß 2002)

Vzhledem k tomu, že modely vývoje sluchového vnímání dle Erbera a Brauna jsou odlišné, neboť oba autoři definují pojmy „detekce“ a „identifikace“ rozdílně, bylo by velmi těžké je bezprostředně srovnávat, protože by to mohlo vést k nedorozumění a zmatkům.

Terapie začíná s prvním stupněm sluchového vnímání, tzn. s detekcí zvuku (odhalování, objevování, zjišťování zvuku). Abychom u dítěte vzbudili zájem o zvuky a stimulovali ho k vnímání zvuků, je důležité zajistit mu neustále přísun těch nejrůznějších zvuků, jejichž zdrojem jsou buď hračky, které vydávají zvuky nebo lidský hlas. Kromě jiného mohou také rodiče nebo terapeut, jakmile přichází nějaký zvuk z okolí, upozornit na to dítě a to nejčastěji tak, že si ukážou na ucho a doprovází toto

gesto slovy „Slyším!“ a poté ukážou dítěti, odkud zvuk přišel, co bylo jeho příčinou. V této fázi terapie se začíná s učením hlásek, které jsou sluchem dobře naučitelné. Jedná se o hlásky a skupiny hlásek, které jsou dítěti prezentovány vždy společně s nějakým předmětem. Jsou vybírány na základě specifických akustických vlastností. Mnoho jich zahrnuje samohlásky (vokály) s prvními formanty, které jsou pro většinu dětí s vhodnou/odpovídající amplifikací v nízkých frekvencích dostupné. Také první formanty znělých souhlásek (konsonantů) s odpovídající amplifikací jsou pro většinu dětí dobře vnímatelné. (Estabrooks 1998c, 133 in Leonhardt. Zaiß 2002) Zvuky, které se dají dobře naučit, jsou zpravidla citoslovce či krátká slova označující jevy, věci a činnosti, které jsou dítěti dobře známé (viz Tab.8).

Tab. 3: První osvojená citoslovce a slova označující známé a blízké věci věci
(Streicher 1998, 22 in Leonhardt. Zaiß 2002, s.59)

letadlo	a (melodicky)
zmrzlina	Hm
balón	ba, ba, balón
traktor	bo, bo, bo
klaun	ha, ha, ha
strašidlo	hu, hu (dlouhé melodické houkání)
kuřátko	Píp, píp, píp
had	ššš nebo sss vždy dle typu sluchové vady a vývoje sluchového vnímání
auto	tůt, tůt
nákladní auto	brum, brum
fotoaparát	kukuk
hodiny	tik ťak nebo zvonění budíku (brrrrrrrrrr)
lokomotiva	š, š, š hu hu hu
káča	„Otoč se dokola!“ (zpěvem)
skákáci klaun	„Vyskoč ven!“
Boot (lod')	bo, bo, boot

V průběhu terapie se spojují dobře naučitelné hlásky s hračkami, přičemž nejprve se má hračka označit a pak je teprve dítěti předaná k hraní. Vždy se během představování hračky dítěti několikrát po sobě zopakuje daná hláska, případně se může zpívat i nějaká písnička vztahující se obsahově k hračce. Estabrooks (1998) sesbíral ke všem sluchem dobře naučitelným hláskám sadu vhodných písniček. Poté, co se dítě hračkou krátkodobě zabavilo, odložíme ji bokem a nabídneme mu hračku novou. Takovým způsobem nabízí rodiče a terapeut dítěti během terapeutické hodiny několik různých předmětů a nacvičují se tak nové hlásky. Kromě toho se během terapie provádí mnoho dalších činností, např. dítěti je vyprávěn krátký příběh nebo se s ním hrají různé hry. Všechny tyto aktivity mají za cíl nabídnout dítěti co možná nejvíce zvukových podnětů. Přitom je však kladen také důraz na to, aby si dítě mohlo během terapie odpočinout a proto jsou mezi tyto aktivity zahrnuty i krátké pauzy určené k odpočinku dítěte, během nichž nemusí namáhat svůj sluch. Tyto okamžiky využívá terapeut především k tomu, aby s rodiči dítěte prokonzultoval pokroky dítěte a doporučil jim další vhodná cvičení, postupy práce a tipy na další zlepšení.

Holmanová (2002) uvádí také seznam prvních „slov“ vydávaných dítětem, tzn. seznam citoslovcí (viz Tab.4), která označují nejčastěji všelijaké hračky nebo jednoduché děje. Jejich užíváním se procvičuje nejen řeč, ale na počátku rehabilitační práce to vede k funkčnímu užívání hlasu, procvičování artikulace i sluchu.

Tab. 4: Zvuky hraček a jednoduchých dějů (citoslovce) (Holmanová 2002, s.30)

letadlo	á	auto	brrr
Vlak	ú	traktor	t, t, t
špinavý	é	panenka	mimi
Myš	í	buben	bum
volání	ó	trubka	tú
Spí	š	sova	hú
Had	s	pohled	kuk
medvěd	mmm	slepice	koko
Pes	haf	kachna	kač, kač
kočka	mňau	kráva	bú
Ovce	bé	koza	mé
Pták	pipi	bolest	au
Kůň	mlaskání jazykem	údiv	jééé
Žába	hop	balón	hop, bác

V období věku batolecího a předškolního by měl být sluch rozvinutý již na určité úrovni a z toho důvodu se také mění cíle terapie. Terapie je v tomto období cíleně zaměřena *na postupné absolvování jednotlivých stupňů v rámci vývoje sluchového vnímání* a tyto jsou podporovány. Také vývoj řeči a řečových dovedností jsou přiměřeně podporovány. Stejně jako v období kojeneckém, je i v tomto období důležité, aby terapie probíhala hrovou formou, což je úkolem terapeuta, který vybírá takové činnosti, které umožní dosáhnout stanovených cílů prostřednictvím hry. Se stoupajícím věkem dítěte se začínají používat strukturovaná cvičení. S nástupem *povinné školní docházky* zpravidla auditivně-verbální terapie končí. Hlavní roli v péči o dítě přebírají rodiče a jeho učitel(é). V některých případech je možné s auditivně-verbální terapií pokračovat a koná se každých 14 dní nebo i jen jednou za měsíc. K možným cílům terapie u dětí školního věku je např. *„rozvoj sluchu a řeči za přítomnosti rušivých okolních zvuků, rozvoj kvality hlasu, strategie opravování chyb, vyprávění a převyprávění povídek/příběhů, volná reprodukce obsahu rozhovoru, rozvoj vyšších auditivních a kognitivních schopností a naučení se obsahu školního učebního plánu“*. (Estabrooks 1998c, 134 in

Leonhardt, Zaiß 2002, s.57) S přibývajícím věkem dětí není bezpodmínečně nutné provádět všechny aktivity hrovou formou, ale i tak musí terapie vždy dítě bavit. S dětmi v tomto věku je možné provádět strukturovaná cvičení na nácvik jednotlivých fonémů. Přitom je samozřejmé, že se může pracovat jen na těch hláskách, které nemohlo dítě dosud správně artikulovat. Často se to týká fonému „s“. Na základě jeho vysoké frekvence je hláska „s“ pro většinu sluchově postižených obtížně nebo zcela nevnímatelná sluchem a také zřídka těmito dětmi produkovaná. V terapii jsou fonémy nacvičovány systematicky. Kromě jiného má dítě za úkol naučit se dále rozlišování figury a pozadí, tzn. zvuku, který sebou nese nějakou informaci a okolních rušivých zvuků. Jedním z dalších cílů terapie je, aby se sluchově postižené děti mohly i přes nevhodné podmínky zapříčiněné okolními rušivými zvuky bavit. Právě ve škole se tyto děti setkávají se zvuky rušivými a vedlejšími, které jsou nevyhnutelné. Z toho důvodu se během terapie zkouší také porozumět řeči i v rušnějším prostředí. Nejprve se začíná se zvuky jako je např. hučení vody v radiátoru nebo zvuk ventilátoru a postupně se přidávají zvuky rušivější a hlasitější. Dítě, které již nějakou dobu podstupuje auditivně-verbální terapii, by mělo být schopné porozumět příběhu, který je mu pouštěn z kazety v místnosti, kde se baví i ostatní osoby. (Leonhardt, Zaiß 2002)

Jednou z nejdůležitějších zásad auditivně-verbální terapie je *přesvědčení, že řeč si osvojujeme především v rámci všedních situací a na základě běžné komunikace s blízkými*. Je samozřejmé, že pouhá setkání s terapeutem konající se max. jednou týdně nestačí k tomu, aby mohly být splněny cíle této terapie. Vývoj sluchu a řeči u sluchově postiženého dítěte závisí ve velké míře na tom, jakým způsobem a jak často je dítě stimulováno a pobízeno ke komunikaci řeči osobami svého okolí. Nejčastěji jsou to matky dětí, které se svým dítětem tráví většinu dne. Jejich úkolem je zapojovat to, co se spolu se svým dítětem naučily od terapeuta, do každodenních situací, stejně tak využít každého zvukového podnětu, umožnit dítěti co nejvíce sluchových zkušeností a rozvíjet řečové dovednosti dítěte. Kromě toho připravuje **většina matek**, jejichž děti pracují podle auditivně-verbální metody, **strukturované terapeutické jednotky**, které jsou podobné těm v rámci setkání s terapeutem. Jejich cílem je rozvoj sluchového vnímání, slovní zásoby a vyjadřovacích schopností dítěte. Rodiče nevybírají cvičení a hry náhodně, ale volí je po předchozí konzultaci s terapeutem a mají tak splnit očekávané cíle. Při každodenní práci s dítětem se musí pamatovat na to, aby byl jazykový projev osoby, která s dítětem pracuje jasný a zřetelný, a aby tato osoba dodržovala běžné tempo řeči a sílu hlasu. V poslední řadě je zapotřebí zajistit vhodnou vzdálenost mezi

dítětem a mluvící osobou nebo použít FM systémy, aby mohlo dítě opravdu vnímat řeč sluchem. Stejně tak je nutné, aby se na dítě mluvilo v úplných větách se správně kladeným důrazem, výraznou melodií řeči a zřetelnou artikulací. Tato opatření přispívají k tomu, že sluchově postižené dítě může relativně dobře vnímat podstatné složky řeči, jež mu ulehčí porozumění a osvojení si řeči. Také při organizaci denních cvičebních aktivit platí, že se musí dávat pozor na určité aspekty. Je např. výhodné, pokud mají tato denní cvičení danou, pravidelně se opakující formu a konají se ve stejnou denní dobu. Také je výhodou, probíhá-li „**domácí**“ terapie stále na stejném místě v bytě/v domě, např. na uklizeném jídelním stole. Tím se tato cvičení stanou rutinou a děti si na ně bez problému zvyknou. Mnoho rodičů používá při práci s dítětem motivující a oblíbené hračky a předměty, které jsou přímo určené pro práci v rámci terapie, tzn. že si s nimi dítě hraje především během terapie s rodiči. Vzhledem k tomu, že se děti těší na tyto hračky, příp.oblíbené předměty, které jinak během dne nepoužívají nebo si s nimi nehrají, těší se i na cvičení, která jsou součástí terapie. Proto se také doporučuje pozorovat zájmy dítěte a dle nich vybírat vhodná cvičení. Mnoho cvičení lze provádět za použití všech možných materiálů a přednost se dává těm, které dítě upřednostňuje. Tak se mohou nejrůznějším způsobem procvičovat předložky. Příkladem může být dítě, které si rádo hraje s auty. Jeho úkolem je zaparkovat auto všemi možnými způsoby a na možná místa (do garáže, vedle domu, za kontejner, atd.) Jiné dítě se naopak hraje rádo s látkovými zvířátky a má je za úkol umístit vždy na stanovené místo (např. na židli, pod křeslo, před květináč, atd.). Přes všechny možné snahy se však ne vždy podařilo motivovat všechny děti ke každé aktivitě a cvičení. Právě u starších dětí se používají strukturovaná cvičení, která již nejsou všechna založena na hrové podstatě. V takovém případě se již víckrát vyplatilo, říct dítěti na začátku terapeutického sezení plán práce a nechat ho se rozhodnout, jaké pořadí plnění jednotlivých úkolů si samo zvolí. Tím se cítí být dítě skutečným partnerem nejen v komunikaci, ale i v celé procesu terapie, kdy má možnost spolurozhodovat o tom, co se s ním bude dít.

Seznam tabulek a grafů

Tab. 1: Nejdůležitější aspekty intervenčních programů pro sluchově postižené děti postavených na orálním aspektu (Diller 2004, s. 19)

Tab. 2: Stádia vývoje sluchu a řeči od narození do šesti let (Leonhardt, Zaiß 2002, s.11)

Tab. 3: První osvojená citoslovce a slova označující známé a blízké věci věci (Streicher 1998, 22 in Leonhardt. Zaiß 2002, s.59)

Tab. 4: Zvuky hraček a jednoduchých dějů (citoslovce) (Holmanová 2002, s.30)

Graf : Model týmu pracovníků v rámci programu auditivně-verbální terapie (dle Estabrooks 1998c,128 in Leonhardt, Zaiß 2002, s.44)

Literatura

DILLER, G. *Habilitace a rehabilitace dětí*. Qualification of educational staff working with hearing-impaired children (QESWHIC), 2004, [cit. 19.května 2007]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.lehn-acad.net/downloads/letter06cz.pdf>>

FENGLER, J., JANSEN, G. *Handbuch der Heilpädagogischen Psychologie*. Stuttgart : Kohlhammer, 1999. ISBN 3-17-014568-1

FREEMAN R.D., CARBIN C.F., BOESE R.J. *Tvé dítě neslyší? Průvodce pro všechny, kteří pečují o neslyšící děti*. Praha : FRPSP, 1992.

HELLBRÜCK, J., ELLERMEIER, W. Hören. Physiologie, Psychologie und Pathologie. Göttingen: Hogrefe, 2004. ISBN 3-8017-1475-6

HORÁKOVÁ, R. *Speciálně pedagogická terminologie ve znakovém jazyce*. Rigorózní práce. Brno: MU, 2005

JANN, P. A. *Methoden der Sprachvermittlung beim gehörlosen Kind. Zur Greundlegung einer systematischen Spracherwerbforschung*. Heidelberg: Edition S, 2001. ISBN 3-8253-8288-5

KRAHULCOVÁ, B. *Komunikační systémy těžce sluchově postižených*. In Speciální pedagogika. Praha : UK, 1996, č.3. ISSN 0862-1632

KRAHULCOVÁ, B. *Komunikace sluchově postižených*. Praha : Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0329-2

LEONHARDT, A. *Ausbildung des Hörens – Erlernen des Sprechens : frühe Hilfen für hörgeschädigte Kinder*. Berlin : Luchterhand, 1998. ISBN 3-472-03628-1

LEONHARDT, A. *Úvod do pedagogiky sluchovo postihnutých*. Bratislava : Sapientia, 2001. ISBN 80-967180-8-8

LEONHARDT, A. *Einführung in die Hörgeschädigtenpädagogik*. München : Reinhardt Verlag, 2002. ISBN 3-8252-2104-0

LEONHARDT, A., ZAISS, U. *Hörgerichtet fördern*. Berlin : Beltz Verlag, 2002. ISBN 3-407-56185-7

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

PULDA, M. *Včasná sluchově-řečová výchova malých sluchově postižených dětí*. Brno : Paido, 2002. ISBN 80-210-2799-1

PŮSTOVÁ, Z. *Psychomotorický vývoj sluchově postižených dětí v předškolním věku*. Praha: Septima, 1997. ISBN 80-210-0476-2

OPATŘILOVÁ, D. (ed.) *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: MU, 2006. ISBN 80-210-3977-9

SCHMID-GIOVANNINI, S. *Auditivně-verbální terapie*. *Auditiv-verbale Therapie (QESWHIC)*, 2004, [cit. 21.května 2007]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.lehn-acad.net/4697/4886.html>

SOBOTKOVÁ, A. *Edukace žáků se sluchovým postižením*. In VÍTKOVÁ, M. *Integrativní školní (speciální) pedagogika. Základy, teorie, praxe*. Brno: MSD, 2003. ISBN 80-214-2359-5

SOURALOVÁ, E. *Speciální pedagogika osob s postižením sluchu*. In RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Nakladatelství Univerzity Palackého, 2003. ISBN 80-244-0646-2

SPOLEČNOST PRO RANOU PÉČI „Když...“ Praha: Státní zdravotní ústav, 2002. [cit. 21.května 2007]. Dostupné na World Wide Web: http://www.ranapece.cz/literatura_clanky/literatura_clanky.htm

STRNADOVÁ, V. *Současné problémy české komunity neslyšících I. Hluchota a jazyková komunikace*. Praha : DeskTop Publishing FF UK, 1998. ISBN 80-85899-45-0

STRNADOVÁ, V. *Úvod do surdopedie*. Liberec: Technická univerzita, 2002 ISBN 80-7083-564-8

ŠEDIVÁ, Z. *Psychologie sluchově postižených ve školní praxi*. Praha: Septima, 2006. ISBN 80-7216-232-2

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3

VANĚČKOVÁ, V. *Příprava na čtení sluchově postižených dětí*. Praha: Septima, 1996. ISBN 80-85801-82-5

VANĚČKOVÁ, V. *Výchova řeči sluchově postižených dětí v předškolním věku*. Praha: Septima, 1996. ISBN 80-85801-83-3

VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9

WEBER, B. *Auditive Wahrnehmung und Sprachentwicklung*. Wien: Edition Praesens, 2005. ISBN 3-7069-0303-2

www.tamtam-praha.cz
www.mpsv.cz

