VÝVOJ SEBEOBRAZU U DĚTÍ S VÝVOJOVOU DYSFÁZIÍ

SELF DEVELOPMENT IN CHILDREN WITH SPECIFIC LANGUAGE IMPAIRMENT

Mgr. et Mgr. Barbora Richtrová[1,2]

[1]Centrum sociálních služeb Hvozdy, o. p. s., Masečín 119, 252 07 Štěchovice

[2]1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Kateřinská 1660/32, 120 00 Praha 2

barbora.richtrova@gmail.com

Abstrakt

Hlavním cílem příspěvku je uvedení do problematiky vývoje sebeobrazu (Self) u dětí s vývojovou dysfázií. Abychom lépe pochopili emoční prožívání a modifikace kontaktu ve vývoji Self u dětí, které jsou limitovány aberantním neurobiologickým zráním, uvádíme i stručný teoretický základ vývojových teorií a attachmentu. Pokud v klinicko-logopedické praxi chceme maximalizovat efektivitu terapeutického působení, je nasnadě pohlížet a reagovat na dítě jako na celostní bytost, která má vlastní prožívání, uvědomování, potřeby a patří do konkrétního rodinného systému. Podpoříme tím interpersonální vztahování, pocit bezpečí a sebeuvědomování. Kvalitním kontaktem dítě–terapeut můžeme nejen zvýšit motivovanost dítěte pro vzájemnou spolupráci, ale také stimulovat seberegulaci a přiměřeně zdravý vývoj Self.

Abstract

The contribution introduces into the self-image (Self) development in children with specific language impairment. A brief survey of the developmental theories and attachment theory is also provided in order to understand better the emotional experience and contact modification in the Self development in children that are limited by aberrant neurobiological maturing. If one aims at maximizing an effect of clinical speech therapy, it is natural to perceive and reflect a child as a holistic personality with its own experience, needs etc. and belongs to a given family system. Such approach supports interpersonal relationship, feeling of safety and self-awareness. Good contact between a child and a speech therapist may increase not only child's motivation for mutual collaboration, but also stimulate self-regulation mechanism and proportionately health development of Self.

Klíčová slova

vývojová dysfázie, vývoj Self, teorie citové vazby, modifikace kontaktu

Key words

specific language impairment, Self development, attachment theory, contact modification

Úvod

V současné době víme již o vývojové dysfázii mnohé. Existuje nespočet vědeckých studií o této diagnóze a jednotlivých symptomech, které se k této problematice vážou. Vývojová dysfázie se definuje jako neurovývojová porucha jazykových schopností a dovedností při jinak intaktním vývoji a podpůrném prostředí. (Bishop, 2006; Nudel et al., 2014; De Bree, Wijnen, 2015; Neubauer a kol., 2018) Tato porucha řečového vývoje je způsobena poruchou percepce řeči s různými formami postižení jazykových struktur. *„Řečové postižení má dvojí patofyziologii: jednak specifickou sluchovou poruchu (centrální) a jednak nespecifickou (všeobecnou korovou poruchu.“* (Dlouhá, 2017) Novodobé studie dokládají etiologickou komplexitu této neurovývojové poruchy, kde dochází ke kombinaci genetických a enviromentálních rizikových faktorů vedoucích k aberantnímu vývoji mozkových struktur. (Bishop, 2006; Nudel et al., 2014; Dlouhá, 2017)

Díky poznatkům z vědeckých studií dochází ke kvalitnější diagnostice osob s vývojovou dysfázií. A přesné popsání a potvrzení jednotlivých symptomů vede k adekvátnímu zacílení a zvýšení účinnosti terapie narušených jazykových struktur. Avšak právě díky výrazně sofistikovanému přístupu k diagnostice a terapii osob s vývojovou dysfázií bývá často opomíjen neméně důležitý, možná i dokonce zásadní faktor v rámci vývoje člověka, a to je vývoj

Mgr. et Mgr. Barbora Richtrová

sebeobrazu a zdravého psychického nastavení k sobě samému a ke světu.

Následující text se proto bude věnovat právě této oblasti. Pokusíme se popsat, jakým způsobem může být ovlivněn zdravý vývoj Self u osob s vývojovou dysfázií. Na základě klinické zkušenosti nastíníme možné reakce osob s vývojovou dysfázií, když dochází k intrapersonální i interpersonální konfrontaci s neurovývojovou poruchou řeči.

Vliv vývojové dysfázie na vývoj Self

Variabilita symptomů u osob s vývojovou dysfázií je výrazná. Pro tento článek je důležitý fakt, že osoby s vývojovou dysfázií nemají primárně snížený intelekt. Avšak vývojová dysfázie může mít sekundární vliv na kognitivní vývoj. Obecně uznávaným diagnostickým kritériem je diskrepance mezi neverbální a verbální inteligencí. Zároveň se výrazně různí testy inteligence u osob s vývojovou dysfázií dle typologie poruchy. Pokud má osoba těžkou formu receptivní nebo smíšené dysfázie, nemusí jeho aktuální inteligenční výkon i v neverbální oblasti dosahovat normy. Avšak tyto případy nejsou tolik časté, většina osob s vývojovou dysfázií má expresivní nebo smíšenou poruchu lehkého nebo středně těžkého typu.

Tím, že u osob s vývojovou dysfázií není primárně snížen intelekt a velmi těžké typy vývojové dysfázie nejsou časté, můžeme předpokládat, že většina osob s touto neurovývojovou poruchou si své limity a obtíže více či méně uvědomuje a musí se s tím nějakým způsobem vypořádat. Tím se nabízí tvrzení, že vývojová dysfázie má také sekundární vliv na vývoj sebeobrazu. Zažívání a uvědomování si obtíží/limitů se neděje pouze na intrapersonální úrovni, ale tento negativní prožitek se výrazně prohlubuje kontaktem se světem, kdy osoba s vývojovou dysfázií je konfrontována s reakcemi rodičů, širší rodiny, vrstevníků, spolužáků, kamarádů, učitelů, odborníků a ostatních lidí, se kterými se v životě potká. Nezbývá nic jiného než danou situaci a prožitek integrovat, kreativně se přizpůsobit, využít obranný mechanismus, aby dotyčný mohl ustát případný nekomfortní prožitek/zážitek.

Teorie vývoje Self

Každá lidská bytost má své základní potřeby. Z psychologického hlediska jsou to zejména potřeby existenciální, mezi které patří potřeba někam patřit, potřeba být takový, jaký jsem, potřeba být přijat, aby se mohl člověk přirozeně adaptovat ve světě, potřeba potvrdit své bytí na světě otiskem, který je viditelný pro něj samého a ideálně i pro okolí. V konceptu Neuroafektivního vztahového modelu™ je uváděno pět základních biologických potřeb pro celostní zdraví: potřeba spojení se sebou a druhými; potřeba péče; potřeba důvěry; potřeba autonomie a potřeba lásky/sexuality. (Heller, LaPierre, 2016)

Vývoj Self je nekonečný proces utváření sebe sama a každá nová zkušenost a vztah determinují proměny lidského sebeobrazu. Zásadní pro kvalitní podhoubí a zakořenění zdravého jádra Self se odehrává právě v dětském věku, kdy výraznými činiteli, kteří podporují tento vznik a růst zdravého pravého Já, jsou pečovatelé a jejich vztah, kontakt, přístup k dítěti. Tuto skutečnost popisují zejména odborníci věnující se attachmentu, který zmíníme později v textu. Jestliže základní psychologické a biologické potřeby dítěte nejsou naplněny, dochází k dysregulaci autonomního systému, narušení vnímání pravého Já, sebejistoty a sebevědomí a rozvinou se sebezáchovné obranné mechanismy. (Heller, LaPierre, 2016; Siegel, Paynová-Brysonová, 2015; Levine, Klineová, 2012)

Pokud se dítě narodí zdravé a je „dost dobře“[1] podporováno zdravým kontaktem, touží se rozvíjet dál a touží pokračovat v dalším kontaktu. Jestliže se dítě narodí s jakýmkoliv limitem nebo je kontakt se světem nějakým způsobem limitován, je vývoj sebeobrazu narušen. Tato skutečnost se tedy také promítá do vývoje sebeobrazu dítěte s vývojovou dysfázií. Abychom se mohli věnovat narušení vývoje Self u dětí s vývojovou dysfázií, je na místě uvést zjednodušeně některé teorie vývoje Já od narození, abychom mohli snadněji nahlédnout prožívání dětí s vývojovou dysfázií. Vývojové teorie jsou vhodným orientačním nástrojem pro nás terapeuty, ale vývoj člověka je vždy individuální a dynamický. Jednotlivé vývojové etapy jsou tak spíše orientační, jelikož dítě je v neustálém procesu získávání dovedností, které každé asimiluje v jiném čase a svým osobitým způsobem.

Existuje velmi mnoho vývojových teorií, některé se týkají vývoje kognitivní stránky jedince, některé psychologického aspektu, jiné sociální stránky bytí. Obecně uznávanou vývojovou teorií sebeobrazu a tedy psychické stránky člověka je teorie neopsychoanalytika Erika Ericsona, který zahrnuje do své práce i enviromentální vlivy. Ericson uvádí 8 základních životních stádií, které vždy popisuje jako konflikt dvou polaritních psychosociálních tendencí. (Vágnerová, 2000) Pro potřeby našeho článku popíšeme velmi stručně jednotlivé etapy dle Eriscona týkající se dětského věku:

1) Fáze konfliktu důvěra vs. nedůvěra – od narození do 1,5 roku věku. Vyvíjí se základní nazírání dítěte na svět vytvářené vazbou s primárním pečovatelem. Kvalita vztahu a kontaktu s matkou determinuje vznik základní důvěry nebo nejistoty ve vztahu k sobě samému a světu.
2) Fáze konfliktu autonomie vs. stud – od 1,5 roku věku do 3 let. Začíná se vyvíjet samostatnost. Dítě chce vykonávat činnosti samo a podpořit tím své sebepotvrzení ve světě. Pokud je často z nezdaru frustrováno a navíc je tento nezdar podpořen neadekvátní reakcí dospělého, vzniká tím základní studové nastavení. Dítě pak může mít tendenci ke stažení a radši si počká na pomoc z vnějšku.
3) Fáze konfliktu iniciativa vs. vina – od 3 let do 6 let. V této fázi se vyvíjí sebevědomí a sebehodnocení. Dominantní je v tomto období spontánní hra a nadneseně řečeno bezhraniční konání na základě aktuální potřeby. Je to náročné období vzhledem k vybalancování hranic a spontaneity. Pokud často nepřiměřeně blokujeme spontánní aktivitu a „vyčítáme“ činy dítěti, dochází k zesilování pocitu viny.
4) Fáze konfliktu snaživost vs. méněcennost – od 6 let do 12 let. Důležité období pro podporu činorodosti. Rozvíjí se sebehodnota, sebevědomí. Děti jsou konfrontovány s výkonem, dovednostmi, vrstevníky a dalšími autoritami, takže při častých zážitcích selhání se může prohloubit negativní sebeobraz a pocit méněcennosti.

Následující fáze dle Ericsona jsou popsány od 12 let do stáří. Vzhledem k dalším nabídnutým vývojovým teoriím v našem textu je namístě napsat, že Ericson popisuje vývoj identity a nejistoty až od věku 12–16 let. Identita patří k adolescentnímu věku. V Gestalt terapii je identita uváděna v předškolním věku dítěte, jelikož je tím myšlen proces, kdy dítě zakouší, kým vším může být, a zažívá jednotlivé možnosti sebe sama. Raný proces identity patří zkoumání vnitřních možností Self, kdežto

[1] Sousloví je parafrází na Winnicottův koncept „dost dobré matky“ – dítě vztahem zažívá pocit, že existuje a jeho akce mají smysl.

v adolescenci jde o vývoj identity ve vztahu k světu.

Mírně odlišné pojetí vývoje Self u malých dětí prezentuje například Felicia Carroll[2], která je přední dětskou psychoterapeutkou v Gestalt terapii. Popisuje čtyři základní vývojové etapy[3]:

1) 0–1 rok: vývoj Self („Jsem vnímán!“) – Základní potřebou je zažít adekvátní reakce na primární signály. Pokud v této době dítě není dostatečně vnímáno a upokojeno v jeho potřebách, znecitlivuje se, dochází k narušení základního pocitu bezpečí a důvěry ve svět a tím i k bazálnímu narušení vývoje Self. Zde nalézáme kořeny některých vážných psychiatrických diagnóz, především psychotické povahy.
2) 1–3 roky: vývoj autonomie („Já můžu!“) – Dítě zažívá základní pocit autonomie tím, že může být samo sebou a projevovat se. Kontaktuje se se světem a dochází k zážitku, že může existovat tak, jak skutečně je; tím roste osobní hodnota. Pokud dítě velmi často zažije situaci, že „nemůže být takové, jaké je“, vzniká základní studové nastavení a sebepochybnosti. Dítě není ještě schopno nahlédnout, že není tím činitelem, takže začíná niterně vzrůstat pocit, že ono je divné, chybné, narušuje se vztah k Self z pohledu sebehodnoty.
3) 3–6 let: vývoj identity („Já jsem!“) – Dítě vnímá samo sebe, projevuje a rozlišuje své potřeby. Dítě si zkouší různé varianty svého Self, co všechno dokáže, kým vším může být, rozvíjí svou iniciativu a skrze zakoušené možnosti rozvíjí možnosti svého Self. Pokud často zažívá zamítavou reakci na svou iniciativu, prohlubuje se jeho stud a objevují se nově i pocity viny, jejichž výsledkem je limit pro Self – toto „nejsem“, „nemám zkoušet být“.
4) 6–8 let: vývoj činorodosti („Já umím!“) – Základní potřeba je ve světě udělat otisk – být viděn a oceněn v dovednostech a schopnostech, zažívat vlastní úspěch a rostoucí kompetence. Tím se zvyšuje pocit „má smysl se o něco snažit“. Pokud dochází k velmi častému zážitku „to neumíš“, posiluje se pocit méněcennosti a devalvace.

Velmi podobný pohled je nabídnut v knize Vývojové trauma, kde je raný vývoj Self popsán skrze biologické potřeby. Od prenatálního období do 6 měsíců věku dítěte je pro zdravý celostní vývoj dítěte potřeba nasycení *spojení*, od 6 měsíců do 1,5 roku potřeba nasycení *péče*; od 2 do 4 let věku dítěte potřeba nasycení *autonomie a důvěry* a od 4 do 6 let je potřeba nasycení *lásky.* (Heller, LaPierre, 2016, s. 117)

Další koncept lidského vývoje v Gestalt psychoterapii je popisnější. Dítě do 1,5 roku věku nedokáže rozlišit sebe a pečovatele. *„To, co se děje od prenatálního období do dvou let dítěte, vytváří základní matrici, která ovlivňuje každý systém v těle, od imunity po sebevyjádření a regulaci emocí, odolnost nervového systému, komunikaci, inteligenci a seberegulační echanismy tak základních funkcí, jako je udržování tělesné teploty a produkce hormonů.“* (Levine, Klineová, 2012, s. 69) V tomto období dítě potřebuje tělesný kontakt, holding[4], dost dobrého pečovatele, přívětivý hlas, kontejnování emocí pečovatelem, zrcadlení. Díky tomu integruje pocit bezpečí v těle a tím pádem prožije pocit důvěry a bezpečí ve vztahu (Evans, 2011).

Od 1,5 roku dítěte do 4 let vstupuje do etapy tzv. selfobjektního vztahování. V tomto období dítě věří, že rodič je jedinečná bytost a jinou roli a vlastní potřeby nemá. Potřebuje zažít pevný rámec vztahu, aby se mohlo bezpečně vybalancovat v přiblížení a vzdálení. Je to vývojová etapa, kdy je možná separace a potvrzení stálosti objektu, to ovšem s sebou nese možné pocity ponížení, narcistní vztek, nebezpečí z nestálých nebo nejasných hranic, pocit nedůvěry. Zde můžeme u dětí pozorovat výraznou potřebu „dotankování“ dotekem s pečovatelem, potřebují především uklidnit své bouřlivé emoce, které se pojí s tímto obdobím, být přijaty a pochopeny. Tím, že emoce spojené se separací a stálostí objektu jsou velmi výrazné, míjí se často účinkem jakákoliv snaha edukace nebo mentorování. Pokud je dítě nepochopeno a nereflektováno, může oživnout půda pro vytvoření falešného Self, kdy se dítě neřídí svými potřebami, ale potřebami pečovatele ze strachu, že by o něj mohlo přijít.

V následujícím věkovém intervalu mezi 4 a 7 lety přichází období, kdy dítě vnímá rodiče jako bytosti s vlastními potřebami. Začíná realizovat samo sebe a vztahovat se k druhým, tzn. tvoří se identita. Je to nesmírně náročné období, jelikož dítě hledá rovnováhu mezi svou spontaneitou, vnitřními potřebami a zodpovědností, strukturou a plněním cílů. Může zažívat představu, že se o pocity a potřeby musí postarat samo, a tím roste potenciální riziko vzniků pocitů viny a sebedehonestace.

Teorie vazby

Při práci s malými dětmi je nasnadě alespoň orientačně znát vývojové teorie Self, jelikož nám pomohou lépe vnímat skutečné potřeby dítěte a všímat si jich. Tato znalost může ovlivnit budování vzájemného vtahu bezpečí a důvěry při terapii. Základní nastavení Self je utvářeno implicitně právě na základě vztahových zkušeností získaných v průběhu prvních let života. Pochopitelně nejvýraznější vliv na tento vývoj mají pečovatelé, kteří se ke svému dítěti vztahují na základě svých vztahových zkušeností. Asi nejznámější teorií attachmentu je Teorie vazby dle Johna Bowlbyho, který popsal čtyři typy vazeb. Pro tento článek je popíšeme maximálně stručně, jelikož to není hlavním obsahem sdělení:

1) bezpečná vazba – pečovatel je přiměřeně k dispozici dítěti, vnímá a reaguje adekvátně na potřeby dítěte;
2) úzkostně ambivalentní vazba – pečovatel je sice k dispozici pro dítě, ale jeho dostupnost je nespolehlivá, pečovatel je pro dítě nepředvídatelný a dítě často musí vynaložit mnoho sil, aby získalo podporu, na základě toho je pak velmi obtížná separace;
3) úzkostně vyhýbavá vazba – pečovatel není dostatečně k dispozici, je jakoby vzdálený, nedostatečně reaguje na potřeby dítěte, dítě se většinou projevu tak, že nikoho nepotřebuje a je soběstačné, ale fyziologické reakce prozrazují silné vnitřní emoční rozpoložení;
4) dezorientovaná vazba – pečovatel se vztahuje k dítěti nesrozumitelně, je zdrojem ohrožení pro dítě, dítě je vystaveno vnitřnímu konfliktu touhy – přiblížit se k pečovateli a utéct od pečovatele.

Zásadní období pro zdravý vývoj

Z výše uvedeného pro náš cíl sdělení vyplývá mnohé. Pokud se dítě narodí s nějakým limitem nebo je limitováno nezdravou vazbou s prostředím, dochází k narušení zdravého vývoje Self. Podobně o tom můžeme uvažovat i u dětí s vývojovou dysfázií. Nejen že je jejich sebeobraz ovlivněn typem attachmentu, jako u každého dítěte, ale také symptomatologií vývojové dysfázie

[2] Felicia Carroll je světově uznávaná lektorka Gestalt terapie s dětmi a adolescenty. www.westcoastinstitute.us
[3] Carroll F. – ústní sdělení v rámci psychoterapeutického výcviku v Gestalt terapii. www.gestalt-praha.cz
[4] Termín holding první použil Donald Winnicott. Dobrý holding umožní dítěti vnímat své tělo jako bezpečné místo, ve kterém žije.

a dokonce výskytem častých komorbidních poruch, zejména z oblasti poruch emocí a chování. Narušení jazykových struktur, a tedy ovlivnění schopnosti a dovednosti komunikovat, výrazně ovlivňuje vazbu s prostředím. Nebudeme se zabývat různorodostí attachmentu a jeho dopady na vývoj Self u dětí s vývojovou dysfázií, ale pokusíme se popsat sebeobraz a možné obranné mechanismy dítěte s vývojovou dysfázií, které má přiměřeně fungující rodinu a relativně zdravé vztahování/kontaktování.

Z hlediska vývoje Self a vývojové dysfázie tedy považujeme za zásadní věkový interval 2,5 až 4 roky. Tvoří se zejména autonomie a důvěra, děti prožívají neskutečně bouřlivé emoční období. Hlavní potřebou je bezpečný, stabilní kontakt, plný pochopení, lásky a podpory. Zároveň je to období výrazného vývoje kortexu, kdy akceleruje vývoj kognitivních schopností, a také komunikačních schopností a dovedností. Vzhledem k jazyku nejde pouze o markantní nárůst slovní zásoby, ale dítě je schopno tvořit věty a jednoduchá souvětí, vypráví, sdílí, je schopno vnímat paralingvistické a metalingvistické aspekty komunikace. Jednoduše řečeno, tento věkový interval je neskutečně náročný pro zachování zdravého celostního vývoje.

V tomto věkovém období jsme schopni již většinou diagnostikovat vývojovou poruchu řeči a suspektně vývojovou dysfázii. Jak jsme již uvedli, většina dětí s vývojovou dysfázií má intaktní inteligenci, mají do této doby přiměřený vývoj emocí a Self, ale bohužel jsou, každé v jiné míře, výrazně limitovány ve sdílení a porozumění. To je zásadní pro tvorbu jejich sebeobrazu, jelikož si tento limit uvědomují jak samy, tak díky reakcím pečovatelů a okolí. Chtěly by komunikovat, ale nemůžou – výrazně se tím naruší jejich autonomie a vzniká u nich základní studové nastavení a sebepochybnost. Narušenou komunikací dochází k nekvalitnímu vzájemnému sdílení zážitků a příběhů, je narušen kontakt a tím proces vývoje identity. Děti s vývojovou dysfázií mají daleko složitější situaci při snaze verbálně vyjádřit své skutečné spontánní nápady a vnitřní potřeby. Zvyšuje nejen jejich stud, ale i pocity viny.

Na tuto situaci samozřejmě každý reaguje jiným způsobem, velmi stabilní jedinci s podpůrným attachmentem se „kreativně přizpůsobí“ dané situaci tak, že obranné mechanismy nejsou limitující pro zdravý vývoj Self. Většinou se to týká dětí s velmi lehkou symptomatologií vývojové dysfázie. Bohužel většině dětí se „tvořivé přizpůsobení“[5] bez výrazných modifikací kontaktu nedaří vzhledem k bouřlivému emočnímu a neuronálnímu zrání, jednoduše nemají na to kapacitu. Aby velmi náročný kontakt se světem ustály a přežily, modifikují svůj kontakt do fixovaných (rigidních) modelů chování a vytváří si obranné mechanismy. Modifikace kontaktu může být vnímána jako mechanismus obran. V Gestalt terapii se uvádí introjekce, projekce, retroflexe, deflexe, konfluence, egotismus, desenzitizace a jejich polarity (odmítnutí, přivlastnění, impulzivita, vnímavost, stažení, spontaneita a citlivost) jako styly kontaktu a jsou zdravé a přirozené, pokud slouží k sebeochraně v rámci aktuální zátěžové situace. Ale po delší době se mohou stávat rigidními formami reagování, i když aktuálně již nejsou potřebné. (Joyce, Sills, 2011) Za obranné mechanismy jsou v psychoanalytické teorii považovány[6]: agrese, disociace, hedónická adaptace, humor, identifikace, introjekce, očekávání, pasivní agrese, projekce, projektivní identifikace, racionalizace, reaktivní formace, regrese, somatizace, sublimace, štěpení a vytěsnění.

Modifikace kontaktu

Pokusíme se stručně vystihnout Gestalt terapeutické pojetí mechanismů obran v kontextu dítěte s vývojovou dysfázií. Ačkoli jsou níže uvedené obranné mechanismy popsány především u dospělých lidí, i děti modifikují svůj kontakt se světem, jenom zmíněné modifikace nejsou tolik vyspělé a fixované. Avšak v jejich chování a kontaktu se světem můžeme tato sebezáchovná přizpůsobení zaznamenat. Kontaktní mechanismy se stávají formou kreativního přizpůsobování se různým situacím u dětí v různém věku, s věkem se rozvíjejí možnosti jejich využívání. Nejdřív jsou to vývojově zdravé obranné mechanismy, chránící integritu dětí, např. introjekce je vývojově výhodná cesta k tomu, aby se dítě dobře začlenilo do norem své rodiny a předcházelo tak opuštění, projekce je schopnost dětí přenášet do vnějšího světa to, co ještě neumí samy integrovat a skrze hru v projekci si to postupně přivlastňují atd. Vývojově nejranější mechanismus je desenzitizace a konfluence, pak přichází deflexe, introjekce, projekce, retroflexe, vývojově nejnáročnější je egotismus, ten většinou děti rozvíjejí až během adolescence, neboť už vyžaduje rozvinutou schopnost sebereflexe. Tyto mechanismy, jimiž jsou vybaveny od přírody pro zajištění základní integrity, však děti někdy využívají tak často, že se z nich postupnou opakovanou a upevňovanou zkušeností stává cesta k naplnění jejich potřeb ve vztazích s blízkými lidmi, rigidní a jediný možný způsob kontaktování se s druhými, i když to již není třeba.

Introjekce – odmítnutí

Introjekce je proces, kdy postoj, názor, příkaz je bezpodmínečně přijat, ale není integrován a kriticky nahlížen. Dítě „spolyká“ pravidla chování svých rodičů. Všechny obrany a dysfunkční modely mají v tomto procesu svůj původ. (Evans, 2011) Tento proces bývá silně podpořen systémem odměna/trest. Dítě dostává od prostředí potvrzení, že je chyba v něm. U dětí s vývojovou dysfázií tento proces posilujeme větami typu: *„Musíš se učit! Když nebudeme trénovat, nezvládneš školu. Musíš se snažit pořádně mluvit! Neflákej tu artikulaci. Včera jsi to uměl a dnes už to nevíš?!“* atd.

Odmítnutí je jakási revolta. Dítě má pocit, že se musí spolehnout jen samo na sebe, a principielně odmítá nejen názory druhých, ale i jejich snahu o vzájemnost, kontakt, vztah. U dětí s vývojovou dysfázií to můžeme zažít, když na terapeuta reaguje odtažitě, chování je spíš podobné chování dospělého člověka. Je sice přítomno terapii, ale kontakt není vzájemný. Jde o situaci, kdy dítě odmítá přijmout jakékoliv naše doporučení, rebeluje z principu a jako terapeut můžeme zažívat pocit, že ať řekneme cokoliv, dítě půjde vždy do opozice.

Projekce – přivlastnění

Projekce vyjadřuje proces, kdy se člověk neztotožní s nějakou svou částí, snaží se ji naprosto eliminovat, většinou tak, že ji promítá na jinou osobnost. *„Ty jsi hloupá! Ty jsi zlá! Já ne!“*

Přivlastnění spočívá v tom, že si člověk bere zodpovědnost i za to, co není jeho. Člověk má extrémní pocity viny a často sám sebe obviňuje. S těmito styly kontaktu se často v praxi můžeme setkat, když s námi dítě s vývojovou dysfázií jedná až drze, jelikož jeho pocit viny je pro něj zraňující a neumí se s tímto emočním rozpoložením jinak vypořádat. Vidí chyby v druhých, zlobí se na druhé tam, kde je jasné, že část zodpovědnosti také patří jemu. Pokud je kontakt modifikovaný do přivlastnění, často se dítě za vše obviňuje, omlouvá. *„Já to nedokážu. Nejde mi*

[5] Kreativní přizpůsobení je schopnost jedince vypořádat se tvořivě s tím, co je nové. Je to základní funkce Já, kdy dochází k seberegulaci a reintegraci zkušenosti. Tvořivý kontakt Self s prostředím umožňuje další růst.

[6] https://cs.wikipedia.org/wiki/Teorie_citove_vazby

to.“ V extrémních případech může docházet k tendenci k izolaci, jelikož jsou děti zaplaveny velikým smutkem z toho, že jim komunikace nejde.

Retroflexe – impulzivita

Pokud člověk opakovaně zastaví svůj impuls k akci a potlačí jej, energie vztažené k tomuto impulsu se obrací do nitra jedince a může vést k somatické tenzi, v extrémním případě k sebepoškozování. To se nazývá retroflexe.

Impulzivita je vysokou mírou nespoutané živelnosti. Člověk nepřiměřeně vyjadřuje své emoční rozpoložení a často jedná impulzivně.

Tyto mechanismy kontaktu v praxi zažíváme dnes a denně. Pokud dítě retroflektuje své impulzy, dochází často k vegetativním příznakům, tenzi v těle nebo tremoru. Při retroflektování vzteku na druhé, protože jej např. stále kritizují, obrací pak zlobu proti sobě, např. do pocitu „jsem špatný, neschopný“. Impulzivitu mnozí z nás mohou vnímat jako nevychovanost. Není tomu tak. Dítě se pouze jiným způsobem nedokáže vypořádat s intenzivními emocemi, v extrémních případech může mít tendenci k agresi vůči sobě nebo okolí.

Deflexe – vnímavost

Deflexe je proces, kdy člověk vytěsňuje vnitřní nebo vnější podnět, aby zabránil jeho uvědomování. Většinou se snaží odvést pozornost, mluví o něčem jiném, nedůležitém, často se směje neadekvátně situaci, nebo se výrazně zaměřuje na komunikačního partnera.

Vnímavost je veskrze pozitivní děj, ale pokud je tento kontaktní styl dominantní, může docházet k přehlcení vnímání, což vyžaduje vysokou dávku pozornosti.

Deflexe jako obranný mechanismus je u dětí s vývojovou dysfázií také velmi častá a často si jako kliničtí logopedi tento fakt neuvědomujeme. Vnímáme to spíš jako živoiální dítě, se kterým je legrace. Je to takový upovídánek a rozumbrada, přesto jeho kontakt s námi je jenom snahou vyhnout se „nachytání“, že něco neumí verbálně vyjádřit. Radši vás zaplaví spontánním vyprávěním, aby se vyhnulo cíleným úkolům, například na zobecňování, skloňování nebo porozumění čtenému, ve kterých tuší, že selže. Přehnaná vnímavost k sobě a okolí může vést u dětí s vývojovou dysfázií k rychlejší ztrátě pozornosti. Jsou rychleji unavené a mohou často pociťovat vyčerpání, smutek. Také mohou být pak přecitlivělejší na určité podněty, od kterých se jim nedaří odklonit pozornost. Jde o přehnanou fixaci na určité podněty, například že tohle místo mu nejde a celou dobu se strachem čeká, že se to ukáže, nebo že to ostatní uvidí, uslyší.

Konfluence – stažení

Konfluence je proces, kdy člověk není schopen rozlišit interpersonální hranici. Jedná, jako by byl součástí druhého člověka, nebo ten druhý jeho součástí.

Stažení znamená, že člověk vidí, jak se ostatní mají dobře, zatímco on jako by sem ani nepatřil.

Tendence ke splynutí s terapeutem je také svým způsobem nebezpečná, jelikož klinický logoped může vnímat dítě jako skvěle spolupracující, vzorné, obětavě plnící zadané úkoly, ale ono přitom popírá své skutečné potřeby. To může vést k únavě a frustraci. Stažení je opačný proces, dítě má pocit, že je celé divné, a to, co se po něm chce, je také divné. Tato situace může vést k depresivní pozici až tendenci k sebepoškozování a izolaci.

Egotismus – spontaneita

Egotismus se projevuje jako nadměrná sebekritika, sebereflexe na úkor skutečného vztahu a prožívání.

Spontaneita ve vysoké míře postrádá zdravou schopnost sebereflexe, projevuje se zejména u impulzivních poruch a antisociálního chování.

Egotismus také často zažíváme v logopedických ambulancích. Dítě často pronáší věty typu: *„Já vím, že jsem špatný. Mně tohle nikdy nepůjde. To se nemůžu naučit.“* Spontaneitu zase můžeme zachytit v chování dítěte, kdy rozhází obrázky se slovy: *„To dělat nebudu, protože je to blbý. Já všechno umím, nepotřebuju s tebou trénovat.“*

Desenzitizace – citlivost

Jde o proces, kdy se člověk vyhýbá kontaktu se svým vnitřním podnětem, není si vědom zejména tělesných signálů a hlubokých emocí. Velmi často se to týká lidí s traumatickou zkušeností, kteří nejsou příliš schopni sebepodpory.

Citlivost, která by se při výrazné modifikaci spíše mohla nazvat hypersenzitivitou, označuje proces přecitlivělosti k různým podnětům, ať k smyslovým, emočním nebo kognitivním vjemům.

Desenzitizaci a citlivost u vývojové dysfázie zažijeme často v případech, kdy se jedná většinou o děti s narušeným attachmentem vlivem traumatické události.

Celostní přijímání dítěte – závěr

Poslední dobou počet dětí se specificky narušeným vývojem řeči roste. Hlavní úkol klinického logopeda je jasný – v maximální možné míře podpořit jazykové schopnosti a dovednosti, zejména porozumění a verbální produkci. Přesto je důležité si uvědomit, že i když jsme kliničtí logopedi, jsme hlavně terapeuti, kteří pracují s dítětem a jeho pečovateli. Abychom byli v terapii komunikačních dovedností úspěšní a splnili tak očekávání nejen rodičů, ale celého okolí, měli bychom také vnímat psychické rozpoložení dítěte a jeho potřeby. Základem úspěchu logopedické terapie je nejen správná diagnostika a zacílení terapie, ale hlavně bezpečný a jistý vztah a kontakt s dítětem.

Zvláště děti s vývojovou dysfázií, které vnímají svůj limit, potřebují zažít podporu, jistotu, přijetí. Malé děti nemůžou být uvědomělé, svědomité a vyrovnané, jelikož jejich kortex se teprve vyvíjí. *„Intenzivní emoce a nemoci vyvolané stresem jsou často provázeny stížnostmi na oslabené kognitivní funkce, například zhoršenou paměť, narušenou schopnost soustředění a neschopnost souvislého myšlení.“* (Siegel, Paynová-Brysonová, 2015, s. 141) Navíc u dětí s vývojovou dysfázií neurobiologické studie potvrzují mikrostrukturální poškození CNS – redukci objemu a změny interhemisferální asymetrie řečových drah fasciculus arcuatus i drah ventrálního systému. (Komárek et al., 2014) Děti s vývojovou dysfázií tím mají celkově sníženou kvalitu pro vývoj zdravého celostního bytí a nelze je ochránit před nesnázemi a negativními zážitky, které je čekají. Lze jim však dopřát nejen dobře cílenou terapii pro rozvoj řeči a jazyka, ale i zážitek plného přijetí a respektu k jejich aktuálním potřebám.

Díky neuroplasticitě mozku tím můžeme záměrně tvarovat zkušenost a touto korektivní zkušeností podpořit vývoj emočně-sociálních dovedností. Pokud bychom v rámci klinicko-logopedické terapie nereagovali na emocionálně-psychologicko-biologické potřeby dětí, můžeme tím potvrzovat jejich sebevnímání, že jsou špatné, divné. Mohou se tím více odpojit od svých potřeb a sníží se jejich schopnost seberegulace, což povede k prohloubení jejich kompenzačních mechanismů. Je důležité si uvědomit, že pokud jsou děti zaplaveny emocemi a nedokážou je zpracovat, mohou se objevit sekundární obtíže, jako je porucha spánku, úzkost, panika, závilost, deprese, fobie atd. Zdravý způsob regulace

nervové soustavy můžeme podpořit tím, že se v terapii s dítětem budeme opírat o schopnosti a dovednosti dítěte, které jsou v daném okamžiku u něj konzistentní a funkční. (Heller, LaPierre, 2016) Pokud dojde ke kontaktu a vztahu terapeut–dítě v „dost dobré míře", dítě je viděno, chápáno, cítěno, přijímáno atd., dochází k integraci neuronální sítě, která vede dítě z reaktivity k receptivitě. (Siegel, Paynová-Brysonová, 2015) Jestliže dochází ke snížení pocitu sebe sama a důvěry, oslabuje se tím celkový pocit bezpečí a stability.

Diskuse

Vše, co jsme uvedli, jasně dokládá, že pokud dokážeme vnímat potřeby dítěte, jeho emočně-sociální ladění a jeho psychické rozpoložení v daný okamžik našeho setkávání a dokážeme-li se k němu vztahovat s přijetím, respektem k němu samotnému a k jeho vývojovým potřebám, výrazně tím můžeme zkvalitnit cílenou klinicko-logopedickou terapii. Dítě na terapii bude chodit rádo, bude spolupracovat a bude možná i „trénovat" doma, jelikož se bude v kontaktu s námi cítit jistě a bezpečně. Dítě s vývojovou dysfázií může cítit strach, stud, vinu, bezmoc, zoufalství. Může být frustrováno z tlaku na výkon, z nepochopení, z posměšků okolí, z „chytrých" komentářů lidí, které potkává, ze sebe samého, protože mu mluvení nejde, nikdo mu nerozumí atd. A na toto všechno každá bytost reaguje svým originálním způsobem, jelikož se s tím musí nějak vypořádat, aby mohla žít.

„…jakákoliv situace, která dítě přehltí do té míry, že není schopno situaci zvládnout, zpracovat silné emoce a bránit se, má potenciál vytvořit posttraumatické symptomy." (Levine, Klineová, 2012, s. 72) Symptomy u malých dětí jsou například nové projevy strachu, vyhýbavé chování, stažení se do sebe, podrážděnost, nutkavost, zvýšená úzkost, rozrušení, noční můry, bezmoc, psychosomatické projevy, agresivita, poruchy spánku nebo příjmu potravy, chaotické chování atd. S těmito symptomy se můžeme setkat i u dětí s vývojovou dysfázií, nejvýrazněji v kritickém období mezi 2,5 až 4 lety, ale i později. Můžeme tedy o vlivu vývojové dysfázie na vývoj Self a sebeobrazu s trochou odvahy uvažovat jako o vývojově neurobiologickém činiteli, který u psychicky „křehčích" dětí může být potenciální živnou půdou pro vytvoření některých symptomů vývojového traumatu. Jelikož ale nejde o skutečné vývojové trauma, jak je popisováno v odborných knihách s tímto tématem, dovolíme si inovativní, možná i provokativní tvrzení, že u některých jedinců s jakoukoliv vývojovou poruchou, tedy i s vývojovou dysfázií, můžeme uvažovat o možnosti vzniku *vývojového pseudotraumatu* na podkladě neurobiologické poruchy.

Literatura

BADCOCK, N. A.: *Co-localisation of abnormal brain structure and function in specific language impairment*. Article in Brain and Language, March 2012. http://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3315677/

BISHOP, D. V. M.; HSU, H. J.: The declarative system in children with specific language im pairment: a comparison of meaningful and meaningless auditory – visual paired associate learning. Article: December 2015; https://www.researchgate.net/publication/273490604

BISHOP, D. V. M., SNOWLING, M. : *Developmental Dyslexia and Specific Language Impairment: Same or Different?* Article in Psychological Bulletin, Januar 2004. https://www.researchgate.net/publication/215626859

BISHOP, D. V. M.: *What Causes Specific Language impairment in Children?* Article in Current directions in psychological science, October 2006. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2582396/

CARROLL, J. M.; SNOWLING, M.: *The development of phonological awareness in preschool children.* Articel in Developmental Psychology, October 2003. https://www.researchgate.net/publication/33040915

De BREE, E.; WIJNEN, F. : *Comparing SLI and Dyslexia: Developmental language profiles and reading outcomes.* Chapter: January 2015. https://www.researchgate.net/publication/281209544

DLOUHÁ, O.: *Vývojové poruchy řeči.* Praha, Publisher 2003. ISBN 80-239-1832-X

DLOUHÁ, O.: *Poruchy vývoje řeči.* Praha, Galén 2017. ISBN 978-80-7492-314-2

EVANS, K.: Úvod do *integrativní psychoterapie.* Praha, TRITON, 2011. ISBN 978-80-7387-446-9

GRAWE, K.: *Neuropsychoterapie.* Praha, Portál 2007. ISBN 978-80-7367-311-6

HELLER, L; LAPIERRE, A.: *Uzdravení vývojového traumatu.* Olomouc, Fontána 2016. ISBN 978-80-7336-836-4

JOYCE, P.; SILLS, CH.: *Základní dovednosti v Gestalt psychoterapii.* Portál, Praha 2011. ISBN 978-80-7367-771-8

KLEIN, D., MOK, K; CHEN, J. K; Watkins, K. E.: Age of language learning shapes brain structure: A cortical thickness study of bilingual and monolingual individuals. Brain and Language 2014, 20-24. http://www.psy.ox.ac.uk/publications/464080.

KOMÁREK, V.; VRÁNOVÁ, M.; KYNČL, M.; ŠANDA, J.; VYDROVÁ, R.: Specifické strukturální změny mozku u dětí s vývojovou dysfázií. In: Soubor anotací odborných sdělení konference XXII. Asociace klinických logopedů ČR. Hradec Králové, 2014, S. 5-6.

KOUKOLÍK, F.: *Lidský mozek.* Praha, Galén 2012. ISBN 9788072627714

LEVINE, P. A.: *Probouzení tygra. Léčení traumatu.* MAITREA, Praha 2011. ISBN 978-80-87249-21-5

LEVINE, P. A.; KLINEOVÁ, M.: *Trauma očima dítěte. Probouzení obyčejného zázraku léčení.* Praha. MAITREA 2012. ISBN 978-80-87249-27-7

MACKEWN, J.: *Gestalt psychoterapie.* Praha, Portál 2009. ISBN 80-7178-922-4

NEUBAUER, K. a kol.: *Kompendium klinické logopedie.* Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1

NUDEL, R. et al.: Genome-wide association analyses of child genotype effects and parent-of-origin effects in specific languege impairment. Article in Brain and Behavior, February 2014. http://www.researchgate.net/publication/262046399_Genome-wide_association_analyses_of_child_genotype_effects_and_parent-of-origin_effects_in_specific_languege_impairment/

OAKLANDER, V.: *Třinácté komnaty dětské duše.* Dobříš, Drvoštěp 2003. ISBN 80-903306-0-6

RAMUS, F.; MARSHALL, CH. R.: Phonological deficits in specific language impairment and developmental dyslexia: towards a multidimensional model. Article in Brain: Januar 2013. https://www.researchgate.net/publication/235526003

SIEGEL, D. J.; PAYNEOVÁ-BRYSONOVÁ, T.: *Klidná výchova k disciplíně.* Praha: TRITON, 2015. ISBN 978-80-7387-848-1

VÁGNEROVÁ, M.: *Vývojová psychologie.* Praha: Portál, 2000. ISBN 8071783080

WINNICOTT, D. W.: *Lidská přirozenost.* Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1998. ISBN 80-86123-05-7

WINNICOTT, D. W.: *Playing and reality.* London, 1997. ISBN 9780140216776

www.psycholog-praha.net/odborne-clanky/65-gestalt-terapie-4-pohled-na-nektere-psychologicke-otazky-teorie-gestalt-terapie.html

https://cs.wikipedia.org/wiki/Donald_Woods_Winnicott

https://cs.wikipedia.org/wiki/Ego-obranný_mechanismus

https://cs.wikipedia.org/wiki/Teorie_citové_vazby

https://wikisofia.cz/index.php/Periodizace_lidsk%C3%A9ho_v%C3%BDvoje_(Erik_Erikson)