

LISTY

prosinec 2023

ČASOPIS
ASOCIACE KLINICKÝCH
LOGOPEDŮ ČR

KLINICKÉ LOGOPEDIE



OBSAH / CONTENTS

- 3** Editorial
Zuzana Lebedová

HLAVNÍ TÉMA / MAIN TOPIC

- 4** Komorbidní psychiatrická onemocnění u vývojové dysfázie (vývojové poruchy jazyka)
Comorbid Psychiatric Illnesses in Developmental Dysphasia (Developmental Language Disorder)
Lenka Pospíšilová
- 13** Selektivní mutismus – kazuistiky: multimodální terapeutický přístup doplněn o Práce v hliněném poli*
Selective Mutism – Case Reports: Multimodal therapeutic approach supplemented BY Work at the Clay Field*
Barbora Richtrová
- 19** Úvod do problematiky autismu v kontextech paradigmatu neurodiverzity a přístupu zaměřeného na člověka
Introduction to Approaching Autism within the Contexts of the Neurodiversity Paradigm and the Person-Centred Approach
Miklós Csémy
- 27** Selektivní mutismus – optikou současnosti
Selective mutism – the optics of the present
Barbora Richtrová
- 34** Farmakoterapie demencí
Pharmacological Therapy of Dementias
Nina Michalková, Adéla Mitášová
- 37** Odkazy na zajímavé závěrečné práce s tematikou psychiatrických onemocnění v klinické logopedické praxi*

VARIA / MISCELLANEOUS

- 38** Adaptácia metodiky podľa Yarussa a Reardon-Reeves na terapiu zajakavosti u detí
Adapting Early Childhood Stuttering Therapy (Yaruss and Reardon-Reeves, 2017)
Kristína Mocsári, Jana Marková
- 47** Výsledky rodičovského dotazníku zkoumajícího vývoj řeči a jazyka u česky mluvících dětí ve věku 5,5–6,5 let – pilotní studie
Results of a parental questionnaire examining speech and language development in Czech-speaking children aged 5.5–6.5 years – study project
Gabriela Solná, Barbora Červenková

PŘEČTENO – DOPORUČENO?! / READ – RECOMMENDED?!

- 55** Recenze knihy*
Primární progresivní afázie
Zuzana Konůpková

SETKÁNÍ S... / MEETING WITH...

- 56** Jsem ráda, že mám profesi, ve které mohu pomáhat druhým, což mě dělá šťastnou*
Rozhovor s PhDr. Milenou Košťálovou, Ph.D.
Simona Hlaváčová

*Nerecenzované články, které neprošly dvojitém zaslepeným recenzním řízením; redakce nenese za tyto články obsahovou odpovědnost.

EDITORIAL

EDITORIAL



Milí čtenáři,

jak jste si mohli všimnout, toto číslo nese poněkud netradiční název – Psýché.

Důvod je prostý. Naším hlavním tématem jsou tentokrát psychiatrická onemocnění v klinické logopedické praxi. Stejně jako krásná královská dcera Psýché, která po mnoha chybách a protřpěných obětech spočinula na Olympu mezi bohy, se po mnoha úskalích a obětech stala psychiatrie respektovaným a nepostradatelným lékařským oborem.

Počet pacientů, kteří potřebují psychiatrickou péči, každoročně stoupá. Ačkoliv jsou psychiatrická onemocnění ekonomicky i společensky stejně závažným problémem jako kardiovaskulární či onkologická onemocnění, trápí naši společnost dlouhodobě nedostatek psychiatrických a psychologických ambulancí, dlouhé čekací lhůty a přetíženost zaměstnanců v těchto oborech.

S úctou a respektem k našim kolegům psychiatrům, psychologům a psychoterapeutům bychom chtěli toto číslo věnovat právě jim. Ačkoliv lidé, dokud nejsou konfrontováni s osobní zkušeností, často nemusejí vnímat jejich potřebnost a akutní nedostatek tak silně, jsou pro naši diagnostickou a terapeutickou práci naprosto nepostradatelní a my, kliničtí logopedi, to dobře víme.

Neboť, jak praví mytologie, duše – psýché – jako dech doprovází lidskou bytost po celý život a své pozemské tělo opouští jako motýl teprve v okamžiku smrti.

Kéž tedy do roku 2024 vplujeme s nadějí, že se našim duším bude co možná nejlépe dařit.

To a mnoho radosti a štěstí Vám v příštím roce přeje za celou redakci Listů klinické logopedie Zuzana Lebedová.

Dear Readers,

As you have no doubt noticed, this issue bears a rather unusual title – Psyche.

This is simply because our theme this time is psychiatric illness in the context of speech and language pathology. Just as Psyche, the beautiful royal daughter in Greek mythology came to Olympus and found her place among the gods after many mistakes, trials and tribulations, so has Psychiatry become a respected and indispensable branch of Medicine.

An increasing number of people are in need of psychiatric care, year by year. Whilst psychiatric illnesses are economically and socially as serious a problem as cardiovascular and oncological diseases, our society has long suffered from a shortage of mental health outpatient clinics, with long waiting times and overcrowding in these facilities.

We would like to dedicate this issue to our fellow psychiatrists, psychologists and psychotherapists, as a token of our esteem and high regard. Although people may seldom perceive, until faced with personal experience, how badly these professionals are needed and how few and far between they are, they are absolutely indispensable to our diagnostic and therapeutic work. This is something we as clinicians and speech and language pathologists fully appreciate.

In Ancient Greek, “psyche” is the breath-like soul that accompanies us in life, as well as the butterfly, which rises from the cocoon of its earthly body like the soul after death.

Let us launch into 2024 filled with the hope that our souls will flourish within.

Wishing you this and much joy and happiness in the coming year, on behalf of the entire editorial team of our journal, Zuzana Lebedová

KOMORBIDNÍ PSYCHIATRICKÁ ONEMOCNĚNÍ U VÝVOJOVÉ DYSFÁZIE (VÝVOJOVÉ PORUCHY JAZYKA)

COMORBID PSYCHIATRIC ILLNESSES IN DEVELOPMENTAL DYSPHASIA (DEVELOPMENTAL LANGUAGE DISORDER)

Lenka Pospíšilová¹ 



Lenka Pospíšilová

Abstrakt

Součástí psychiatrických onemocnění jsou některé logopedické diagnózy. K jejich pochopení je nezbytné odlišit řeč, jazyk a sociální komunikaci, jejichž deficity jsou zároveň ukazateli dalších duševních poruch. Narušením vývoje jazyka vznikne vývojová porucha jazyka, v zahraničí čím dál více známá pod zkratkou DLD, v ČR pod termínem vývojová dysfázie. Tato porucha náleží k neurovývojovým poruchám (NVP), které jsou charakteristické silným genetickým pozadím, strukturálními abnormalitami v mozku a tendencí přetrvávat celoživotně. Protože mezi společné znaky NVP patří i vzájemné překrývání, DLD vytváří komorbidní spojení s ostatními NVP. Přehledový článek upozorňuje na perzistentně sníženou kvalitu života u jedinců s DLD, a tím na závažně vysokou prevalenci typických psychiatrických onemocnění i sociální patologie u této populace. Zároveň analyzuje hlavní příčinu tohoto komorbidního spojení a v diskusi hledá společné řešení. Z toho důvodu je příspěvek určen klinickým logopedům a pedopsychiatřům, aby nové poznatky uplatnili v klinické praxi a společně se zasadili o systémové řešení – změnou vlastního přístupu a osvětou.

Abstract

Psychiatric diseases include some logopaedic diagnoses. To understand them, it is necessary to distinguish between speech, language and social communication, deficits of which are also indicators of other mental disorders. Disruption of language development results in developmental language disorder, increasingly known abroad under the abbreviation DLD, and in the Czech Republic under the term “developmental dysphasia”. This disorder

belongs among neurodevelopmental disorders (NDDs), which are characterised by a strong genetic background, structural abnormalities in the brain, and a tendency to persist throughout life. Because common features of NDDs have a mutual overlap, DLD creates a comorbid connection with other NDDs. This review article draws attention to the persistently reduced quality of life in individuals with DLD, and thus to the seriously high prevalence of typical psychiatric diseases and social pathology within this group of people. At the same time, it analyses the main cause of this comorbid connection and looks for a common solution within the discussion. For this reason, the paper is intended for clinical speech-language pathologists and paediatric psychiatrists, so that they can apply new findings in clinical practice and jointly advocate a systemic solution – by changing their own approach and raising public awareness.

Klíčová slova

vývojová dysfázie, vývojová porucha jazyka, DLD, pedopsychie, neurovývojové poruchy, sociální úzkostná porucha, deprese

Keywords

developmental dysphasia, developmental language disorder (DLD), paediatric psychiatry, neurodevelopmental disorders, social anxiety disorder, depression

Úvod do problematiky

Komorbidita je definována jako společný výskyt dvou nebo více poruch u jednoho jedince (Matson a Nebel-Schwalm, 2007). Klasifikace v psychiatrii se převážně opírá o psychopatologii, tj. o klinický popis chorobných odchylek v chování a prožívání

¹PaedDr. Lenka Pospíšilová, Ph.D., Demosthenes – centrum odborné komplexní péče pro děti, klinická logopedie, Mírová 2, 400 11 Ústí nad Labem, Česká republika. E-mail: lenka.pospisilova@demosthenes.cz.

pacienta. Diagnostickou kategorií tvoří charakteristické příznaky a typický průběh onemocnění. Diagnóza je definovaná pomocí kritérií, která vymezují příznaky, dobu trvání a okolnosti vzniku (Libiger, 2015).

V klasifikacích nemocí se mezi psychiatrickými chorobami vyskytují logopedické diagnózy. Významná a stále málo známá je vývojová dysfázie. Terminologie této poruchy byla po dlouhá léta nejednotná². Onemocnění má vysokou prevalenci – 6–15 % (ICD-11) a časté komorbidní přechřívání, jak s jinými NVP, tak s typickými psychiatrickými chorobami. K léčbě je proto zapotřebí mezioborové spolupráce, jejímž základem je mezioborová komunikace s jednotnou terminologií. Nejen v klinické praxi se nejlépe ujmají krátké, dobře znějící, často slyšené a viděné názvy, přestupující hranice, příkladem je ADHD [á-dé-há-dé] nebo OCD [ó-cé-dé]. Z těchto důvodů uijeme pro účely tohoto textu – namísto sice zažitého, ale neoficiálního slovního spojení „vývojová dysfázie“ – rozšířenou a oficiální anglickou zkratku DLD [dé-el-dé].

Psychiatrická onemocnění s logopedickými diagnózami

Stanovováním diagnózy na podkladě klinického obrazu se psychiatrie podobá klinické logopedii. Podobnost vychází z faktu, že porucha artikulace řeči, porucha jazyka, elektivní mutismus, koktavost a breptavost náleží k psychiatrickým onemocněním. V klasifikaci *The International Classification of Diseases, 11th revision (ICD-11)* (2021) je název kapitoly doplněn o NVP „*Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders*“ (Poruchy duševní, poruchy chování a neurovývojové poruchy) a do nového oddílu jsou zařazeny: porucha řeči, porucha jazyka, koktavost a breptavost, přičemž došlo k fúzi koktavosti a breptavosti a z obou diagnóz vznikla porucha plynulosti. Vytvořila se tak nová diagnostická kategorie „Vývojové poruchy řeči nebo jazyka“, jejíž tři základní diagnózy (týkající se artikulace řeči, plynulosti řeči a jazyka) obdržely přívlástek „vývojová“ (stejně jako porucha učení a porucha motorické koordinace). Elektivní mutismus byl přejmenován na selektivní mutismus

a zařazen pod samostatný oddíl úzkostných poruch. Klasifikace ICD-11 se tak přiblížila Diagnostickému a statistickému manuálu duševních poruch (DSM-5, 2015). NVP jsou charakterizovány vývojovými deficity různého rozsahu, které bývají příčinou funkčního narušení v osobní, sociální, školské nebo pracovní sféře (DSM-5). Jejich základním znakem je obdobná etiopatogeneze s výrazným genetickým podílem, přičemž klinická heterogenita se odráží v extrémní genetické heterogenitě, avšak genetická diagnóza není možná. Komorbidita či multimorbidita je běžná a úroveň přechřívání NVP vysoká (Thapar, Cooper, Rutter, 2017).

Složitost jazyka a zejména obecná neznalost jeho vrozeného biologického podkladu jsou zřejmě důvodem dlouhodobě malého zájmu o výzkum diagnóz, které patří především do kompetence klinické logopedie (KL).

Proč odlišovat řeč od jazyka

Řeč a jazyk jsou dva pojmy s různými významy, které v České republice splývají z důvodu chybného překladu MKN-10, na což opakovaně upozornila Pospíšilová (2019, 2022b; Pospíšilová et al., 2021). Řeč je tak u nás jediný zažitý termín a zcela běžně se užívá ve významu ovlivněném lingvistickou teorií Ferdinanda de Saussura (Nekula, 2017)³. Bishop et al. (2016) a Friederici et al. (2017) ve svých mimořádných pracích mj. zmiňují záměny pojmů i v zahraničí.

Řeč je prostředkem mluvené modalit jazyka, podobně jako písmo modalit psané a znaky znakové. Americká asociace pro řeč, jazyk a sluch (*American Speech-Language-Hearing Association, ASHA*) člení řeč na 1) artikulaci, 2) hlas a 3) plynulost, přičemž plynulostí se nemá na mysli souvislost projevu, ale rytmus řeči.

Jazyk je biologicky determinovaný autonomní kognitivní mechanismus (Friederici et al., 2017), obecně užívaný systém znaků s pravidly. Zahrnuje porozumění slovům a větám a jejich produkci k předávání myšlenek, informací a emocí v mluvené, psané a znakové modalitě. Oblastmi jazyka (Bishop et al., 2017) jsou: 1) fonologie (zachycení a odlišení zvuků řeči), 2) morfosyntax (rozumění větným

konstrukcím a slovosledu a jejich produkce), 3) sémantika (významy slov a slovních spojení), 4) vybavení slova (ze svého lexikonu), 5) verbální paměť (udržení sekvence řečových zvuků a zapamatování si slova a významu), 6) diskurs (rozprava v podobě monologu nebo dialogu) a 7) pragmatika (porozumění jazyku a jeho užití v sociálním kontextu). Souhrn fonologie, morfosyntaxe, sémantiky a lexikonu se označuje jako „strukturální jazyk“ (Baird a Norbury, 2016; Davies et al., 2016) a odlišuje se tak od jazyka pragmatického. Pragmatika podle ASHA disponuje verbálními a neverbálními prostředky. Verbálními prostředky rozumíme prostředky k užití: a) pro různé účely (pozdrav, žádost, sdílení), b) pro různé kontexty (přizpůsobení se situaci a komunikačnímu partnerovi), c) v rámci pravidel konverzace (udržení tématu, střídání rolí) a d) při nepřímém vyjádření (humor, přirovnání, idiomy, metafora). Také česká lingvistka Saicová Řimalová (2014) zahrnuje do pragmatiky jazyka neverbální prostředky: proxemiku (respektování vzdálenosti), posturiku (držení těla), mimiku, gestiku, dotyky, držení těla a oční kontakt.

K přímé komunikaci mezi lidmi je však také zapotřebí umět se naladit na komunikačního partnera a sociálně uvažovat. Sociální komunikace (Baird a Norbury, 2016; Hyter et al., 2017; ASHA) zahrnuje symbiózu čtyř aspektů: 1) sociální kognice, 2) sociální interakce, 3) pragmatického jazyka a 4) strukturálního jazyka. Sociální kognice je poznávání duševních a emočních stavů sebe samého a druhých, úzce souvisí s teorií mysli, přičemž nejsilnějším prediktorem teorie mysli je receptivní morfosyntax (Nilsson a Lopéz, 2016), tedy oblast strukturálního jazyka. Sociální interakce je přímá komunikace mezi lidmi vyžadující zaměření pozornosti a naladění se na druhého, porozumění jeho emocím, sociální uvažování. Strukturálním jazykem je ovlivněn pragmatický jazyk: aby jedinec mohl jazyk užívat v sociálním kontextu, musí rozumět slovům, užívat je, konstruovat věty a větám rozumět (týká se všech tří zmíněných modalit). Pragmatika je vysoce prediktivní pro sociální kompetence (Norbury, 2014).

Známa je neurobiologie strukturálního jazyka (Friederici et al., 2017; Pospíšilová

²Světová zdravotnická organizace přijala nový termín „vývojová porucha jazyka“ (*Developmental Language Disorder, DLD*), který vzešel z konsensu konsorcia anglofonních zemí (Bishop et al., 2016), a zahrнула jej do ICD-11. V neanglicky mluvících zemích, včetně České republiky, se stále užívá označení „vývojová dysfázie“. I když název vývojová dysfázie možná více asociuje neurologický, a proto biologický podtext, termín „vývojová porucha jazyka“ zase vystihuje onemocnění jazykového systému v kontextu NVP a jeho užívání se od konsensu konsorcia rozšiřuje. Nacházíme se v období před očekávanou českou verzí MKN-11 a pochopitelně neznáme budoucí oficiální terminologii. Bohužel dosud platný manuál české verze zcela chybně navádí k poruše řeči, čímž omezuje porozumění diagnóze.

³Ferdinand de Saussure (1857–1913), švýcarský profesor lingvistiky a filozofie, nadřadil „řeč“ pojmům „jazyk“ a „mluva“ a „řeč“ označil za schopnost vytvářet a užívat jazyk jako systém znaků, který není dědičný.

et al., 2021), pragmatického jazyka (Reyes-Aguilar et al., 2018), teorie mysli, artikulace a plynulosti řeči (Koukolík, 2022). Vývoj je geneticky naprogramován, genové sítě kódují sítě neurální, zároveň působí vnitřní a vnější prostředí. Vývoji se děti neučí pomocí instrukcí, probíhá rychle a přirozeně vystavením dítěte běžnému prostředí. Standardizace vývojových milníků jazyka je mnohem obtížnější než např. u neverbálního intelektu a variabilita vývoje je menší, než jsme se dříve domnívali.

Psychopatologie řeči, jazyka a sociální komunikace a nástin mezioborové spolupráce

Základem psychiatrických diagnóz je psychopatologie s přesným popisem vedoucím ke stanovení diagnózy doplněná o běžná laboratorní vyšetření a vyšetření klinického psychologa. Duševní stav se hodnotí pomocí testových metod a posuzovacích stupnic a škál. Objektivní psychopatologický náález je popisem aktuálního psychického stavu, jehož součástí je vedle vědomí a orientace, emocí, myšlení, vnímání, intelektu, paměti, osobnosti aj. také řeč (Bažantová, 2015). Depresivní pacienti jsou tišší, monotónnější, pacienti s mentální bulimií mají častou dysfonii a pacienti s mentální anorexií mívají astenický hlas (Low et al., 2020). Zajímá-li nás, zda je pacientův mluvní projev přerušovaný, sledujeme, zdali je narušená plynulost řeči (její rytmus), anebo jazykový systém v diskursu (souvislost monologu či dialogu). Pokud by bylo zachyceno obojí, jednalo by se nejspíš o hlubší deficit jak v jazyce (vrozený nebo získaný), tak v řeči (koktavost či breptavost). Pokud je diskurs málo obsažný, může se jednat o velmi častou poruchu jazyka, při které si pacient slova obtížně vybavuje a formuluje do vět, může také nedostatečně rozumět otázce (narušena je struktura jazyka), anebo jde o poruchu intelektu, či o obojí. Zcela jiný je nekoherentní diskurs s narušenou sémantikou a pragmatikou, který bývá projevem schizofrenie (Hartopo a Kalalo, 2021). Dobře zachytitelná je logorea, častá u manické fáze bipolární afektivní poruchy nebo u ADHD-H a nesouvisějící s jazykem (Pospíšilová, 2022a), zaznamenat lze také impulzivní skákání do řeči anebo nerespektování střídání rolí v konverzaci, které kromě ADHD-H může vypovídat o přítomnosti PAS aj. Nepřízpůsobení se kontextu situace a komunikačnímu partnerovi a nepochopení některých vyjádření

nemusí nutně znamenat PAS, může se jednat o jedince s výrazně narušenou strukturou jazyka. Stejně tak nekvalitní oční kontakt může být projevem sociální úzkosti a deficit v teorii mysli může odrážet sémantické obtíže dané nízkou úrovní strukturálního jazyka (Clegg et al., 2005), kdy dítě ještě nedospělo do fáze, aby mohlo chápat pojmy duševních stavů.

Upřesnění a diferenciatní diagnostika uvnitř poruch řeči, např. rozlišení verbální dyspraxie od dysartrie, kterou přináší nová monografie Červenkové (2022), je úkolem pro KL. Stav jazyka mohou ukázat pouze jazykové testy a škály, jejich dostupný výčet v měření jednotlivých oblastí českého jazyka u dětí a adolescentů uvádí Pospíšilová (2022b) v *Doporučení pro vývojovou dysfázii – verze 2022*. Uvedený standard obsahující podrobnou diagnostiku KL, včetně diferenciatní diagnostiky, stanovuje minimální povinná vyšetření psychometrickými nástroji, která vedou k získání dat o vývojových úrovních.

DLD

Jedná se o NVP charakterizovanou přetrvávajícími obtížemi v osvojování jazyka od časných vývojových stádií, které nelze lépe vysvětlit jiným onemocněním či faktory sociálního prostředí. Podobně jako u ostatních NVP je také u DLD prokázán silný genetický podíl a strukturální abnormality mozku (Pospíšilová et al., 2021; Pospíšilová, 2022a). V ICD-11 je porucha zahrnuta v diagnostické kategorii Vývojové poruchy řeči nebo jazyka a pomocí specifikátorů se dělí na 3 subtypy: 1. DLD s narušením receptivního a expresivního jazyka (přetrvávající obtíže při osvojování, porozumění, produkci a používání mluvené a znakové modality jazyka), 2. DLD s narušením převážně expresivního jazyka (přetrvávající obtíže při osvojování, produkci a používání mluvené a znakové modality jazyka), 3. DLD s narušením převážně pragmatického jazyka (přetrvávající obtíže s porozuměním a používáním jazyka v sociálních kontextech).

V klinickém obrazu DLD zaznamenáváme různou míru opoždění ve všech oblastech jazyka (Pospíšilová, 2022b). Batolata s expresivním typem DLD mají vyšší frekvenci gest než batolata s typem receptivním (O'Neill a Chiat, 2015), který více doprovázejí sociální obtíže, a mohou se podobat dětem s PAS (Franchini et al., 2018). Součástí klinického obrazu je také narušení prozodie (Sundström et al., 2018; Calet et al., 2021), potíže s přesným vnímáním a rozpoznáním významu intonace,

s frázováním a potřeba delšího času na zpracování rytmu slova i hudby (Caccia a Lorusso, 2021). Pokud je narušení verbálních prostředků pragmatiky s prozodií dominantní, jedná se o 3. subtyp poruchy značící obtíže s porozuměním a s používáním jazyka v sociálním kontextu. Klinický obraz je ovlivněn překrývajícími druhy, typy a stupni jiných NVP. Ve školním věku se vedle narušené orální modality jazyka manifestuje narušení modality psané.

Průběh

Již u dvouletého dítěte lze začít uvažovat o diagnóze DLD, pokud produkuje méně než padesát slov a slova nespojí (Diepeveen et al., 2016). Významným prediktorem perzistentního charakteru poruchy je narušení většího počtu jazykových oblastí, výskyt komorbidních poruch a současně pozitivní rodinná anamnéza ve věku 4–5 let. Horší prognózu má poškození receptivní syntaxe a sémantiky. Podle modelu Scarborough a Dobrich (1990) kopíruje dítě s DLD křivku fyziologického vývoje se zpožděním do věku 4–5 let, v této fázi se obě křivky zpomalí a následně odliší: zdravé dítě postupuje vzhůru a kolem 10 let se dostává na úroveň dospělého, což odpovídá neurobiologii (Friederici et al., 2017), avšak dítě s DLD se již zřejmě natrvalo, ale zároveň pro vysokou heterogenitu skupiny různě, ubírá cestou v nižším pásmu. Longitudinální studie (Botting, 2020) trvající 17 let a disponující daty jedinců s DLD ve věkovém rozmezí od 7 do 24 let přichází s předběžným poznáním, že trajektorie jazyka pokračuje pomaleji než neverbální kognice, která možná roste. Botting upozorňuje na vlastní předchozí studii dětí s DLD ve věku středního dětství, kde byl naopak zaznamenán pokles neverbálního IQ. Dospělá populace s DLD jako celek se nadále potýká s přetrvávajícími obtížemi strukturálního jazyka.

Komorbidní psychiatrická onemocnění

A. DLD + ostatní NVP

Zcela běžnými komorbidními poruchami jsou poruchy ze stejné skupiny, jako je DLD, a sice z NVP. Mezi nejčastější patří vývojová porucha artikulace řeči, která je zejména vázána na předškolní a mladší školní věk. Vazba na toto období a obecná úspěšnost léčby prosté poruchy artikulace souvisí se stavem jedné z oblastí jazyka – fonologie (s vyzráváním fonologické dráhy jazykového konektomu) – a se stavem orální praxe. Jiným a závažnějším typem

poruchy, kterou lze předpovědět již v raném věku, je narušení verbální praxe projevující se deficitem při plánování, programování a vykonávání řeči, zasahující artikulaci slov (Červenková, 2022). Velmi častou komorbidní poruchou DLD je ADHD, jejíž symptomatika se může více projevovat při zatížení fatických funkcí (latentními, motorickým neklidem, rychlým nástupem únavy), nemusí být tolik znatelná u neverbálních aktivit a symptom logoreu u typu ADHD-H může zastínit skutečnou úroveň strukturálního jazyka (jedinec produkující větší množství slov vytváří iluzi bohatosti verbálního vyjadřování). Další běžnou komorbidní poruchou je vývojová porucha motorické koordinace, jejíž formu – orální dyspraxii – jsme již zmínili v souvislosti s poruchou artikulace. V době školní docházky se projeví narušení psané modalit jazyka. Je zapotřebí odlišit vývojovou poruchu učení jako komorbidní poruchu k DLD, která vzniká na podkladě narušení oblastí strukturálního jazyka, od prosté dyslexie, jejíž původ je pouze ve fonologii, znalosti písmen a rychlém pojmenování, tj. v dekódování (Snowling et al., 2020). Komorbidní poruchou DLD je také porucha intelektu, pokud je jazyk na nižší úrovni než neverbální intelekt (ICD-11). Vztah mezi DLD a PAS je předmětem zájmu jen několika studií a v České republice obsahem obhájené disertační práce Pospíšilové (2022a), která porovnávala profily dětí s DLD a s PAS rozdělené do skupin víceborovým týmem pod vedením pedopsychiatra. Vznikla tak pilotní studie řečového (artikulačního), jazykového a sociálně komunikačního profilu dětí obou poruch, která uvnitř skupiny s PAS našla 70 % jedinců s DLD (PAS + DLD) a 30 % bez DLD (PAS bez DLD).

B. DLD + typická psychiatrická onemocnění

Socioemoční a behaviorální obtíže u jedinců s DLD poukazují na vysokou prevalenci komorbidních psychiatrických onemocnění (Tomas, Vissers, 2019), vyskytují se u většiny, nejvíce u jedinců s nízkým skórem pragmatického jazyka a v rodinách s vulnerabilitou k psychiatrickým chorobám (Conti-Ramsden et al., 2019). Genetické riziko běžných psychiatrických poruch se u pacientů s DLD může projevit silněji (Toseeb et al., 2023). Na psychiatrických klinikách pro děti a adolescenty má celá třetina nediodagnostikovanou DLD (Norbury a Sonuga-Barke, 2017).

Existuje silná asociace mezi DLD a deficitem ve vyšších kognitivních procesech,

kteří jsou nezbytné pro osvojování jazyka. Pokud je souhra mezi percepcí, pozorností, exekutivními funkcemi a jazykem narušena, stává se základem problémů v sociální komunikaci a nastávají socioemoční obtíže, pozorované u mnoha dětí s DLD (Tomas, Vissers, 2019). Populační studie (St Clair et al., 2019) hodnotící trajektorii emočních obtíží u dětí s DLD ve věku 3, 5, 7 a 11 let zjistila, že emoční obtíže jsou pravděpodobně výsledkem narušené sociální interakce s rodiči a vrstevníky a snížené schopnosti samoregulace. Rané jazykové obtíže jsou prediktorem socioemočních problémů v pozdním dětství a dospívání, psychiatrická symptomatologie se věkem nezlepšuje. Měření kvality života ukázalo klesající profil dětí s DLD bez rozdílu v závažnosti poruchy s následujícími zákonitostmi: emoční obtíže a problémy v sociálních vztazích s vrstevníky ve 4 letech predikují nižší kvalitu života v 9 letech, stav jazyka v 7 letech předpovídá kvalitu života v 9 letech (Eadie et al., 2018). Úroveň strukturálního jazyka v 5 letech je podstatnějším prediktorem pracovních pozic v rané dospělosti než úroveň pouze expresivního jazyka a čtenářských dovedností v 19 letech (Dubois et al., 2020). Děti s DLD předškolního věku mají daleko větší pravděpodobnost, že budou vykazovat externalizující problémy v chování (zaměřené na okolí, např. agresivitu, projevy zlosti) a internalizované emoční obtíže (postihující vnitřní prostředí dítěte, tj. úzkost, psychosomatické obtíže a sociální izolace), než jejich zdraví vrstevníci (Sundheim et al., 2004). Internalizované emoční problémy se od dětství do dospívání zvyšují, proto jsou úzkostné a depresivní rysy v adolescenci běžné (van den Beden et al., 2018). Sociální úzkostná porucha, charakterizovaná výrazným strachem z vystupování (mluvení) před publikem, sociálním vtažením a potížemi ve vrstevnických vztazích, byla zaznamenána u 39,2 % dětí a 26,3 % adolescentů s DLD (Mok et al., 2014). Průběžné sledování kohorty s DLD o počtu 244 jedinců přineslo poznatek, že onemocnění ve věku 5 let je spojeno se zvýšeným rizikem psychiatrické poruchy v 19 letech, přičemž adolescenti vykazují nižší indexy sebeúcty než jejich typičtí vrstevníci (Wadman et al., 2008). Zároveň se podařilo rozlišit DLD od poruchy artikulace řeči ve výskytu sociální fobie, která byla zachycena u 26,7 % jedinců s DLD a u 15,8 % jedinců s poruchou artikulace řeči, oproti 8,1 % jedinců z kontrolní skupiny. Sundheim et al. (2004) zase u těchto poruch srovnali

obecnou míru psychiatrické zátěže a rozdíl byl téměř dvojnásobný (40 % ku 21,6 %), přičemž kontrolní skupina se v míře zátěže od skupiny s poruchou artikulace nelišila. Španělská longitudinální studie sledující jedince s DLD od 5 let po dospívání udává větší index emočních problémů při sebehodnocení (Valera-Pozo et al., 2020). Děti a adolescenti mají větší obtíže s usínáním a časným buzením (Botting a Baraka, 2018). U adolescentů je vyšší úroveň depresivních symptomů (van den Bedem et al., 2018), dívky jsou ohroženější sexuálním zneužíváním, neboť nízká úroveň jazyka snižuje možnost porozumět sociální situaci (Norbury a Sonuga-Barke, 2017).

Jedinci s DLD jsou vystaveni zvýšenému riziku komorbidních psychiatrických onemocnění od dospívání do dospělosti, muži i ženy jsou v této populaci stejně zranitelní (Botting et al., 2016). Mladí dospělí s DLD vykazují třikrát více sociální úzkosti než zdraví vrstevníci (Voici et al., 2006; Brownlie et al., 2016) a příznaky jsou stabilní od dospívání po dospělost (Botting et al., 2016). Deprese má však jiný vzorec, je více spojená s psychickou zátěží v době povinné školní docházky, zmírňuje se v adolescenci okolo 17 let, aby se znovu zvýšila v dospělosti v souvislosti s nástupem do zaměstnání. Tímto se jedinci s DLD odlišují od populace bez DLD, která má trajektorii deprese stabilní. Deprese u jedinců s DLD přitom není spojována ani se závažností poruchy, ani s neverbálním intelektem a stupněm úzkosti. Také kanadská prospektivní studie s jedinci s DLD s mírnými až středně těžkými symptomy jednoznačně označila spojení „DLD – škola“ za hlavní příčinu rozvoje psychiatrických onemocnění (Beitchman et al., 2014). Děti a adolescenti jsou vystaveni každodenní konfrontaci svého jazyka s požadavky školy na vzdělání a sociální interakci, snížené sebevědomí a zvýšený stres přispívají k rozvoji psychiatrických symptomů.

Systematický přehled a korelační metaanalýza z USA přináší silnou asociaci DLD s problémovým chováním (Chow a Wehby, 2016). Metaanalýza z roku 2022 (Chow et al., 2022) mapující situaci ve Spojeném království a USA zjistila 60% podíl jedinců s DLD v zařízeních pro mladistvé a ve věznicích, z toho 50 % vykazovalo středně těžké a 10 % těžké symptomy narušení jazyka. Kriminalitou jsou nejvíce ohroženi mladí muži ve věku kolem 19 let (Dubois et al., 2020), přestože obě pohlaví mají vyšší míru diagnostikovaných psychiatrických poruch. Mladí delikventi mají rovněž problém s chápáním soudního

procesu, s porozuměním právním pojmům a s jejich používáním, včetně pochopení svých povinností a práv (Chow et al., 2022).

Výzkumy dospělých jedinců s DLD také nejsou příliš optimistické: dříve vycházejí ze školy, v akademické sféře zůstávají natrvalo méně úspěšní (pokud se stanou studenty vysoké školy, neprofitují z přednášek), obtížněji si hledají zaměstnání, dostávají horší pracovní pozice s nižšími příjmy (např. podle britské studie Conti-Ramsden et al. (2018) pouze menší část získává zaměstnání na plný úvazek), ale mírou nezaměstnanosti se od populace bez DLD neliší. Podle systematického přehledu z Kanady, Spojeného království a USA (Dubois et al., 2020) se dříve stávají rodiči, mají méně přátel, nižší sebeúctu, vyznačují se bázlivostí, ale současně prosociálním chováním (umějí sdílet, být laskaví, nápomocní).

Rozsáhlým příspěvkem k tématu je longitudinální studie sedmnácti jedinců mužského pohlaví s těžkou receptivní DLD, kteří byli sledováni od dětství až po dospělost a srovnáváni se sourozenci i s kohortou bez DLD. Práce Clegg et al. (2005) je významná také účastí zakladatele dětské psychiatrie sira Michaela Ruttera. Intelkt zůstal po celou dobu zkoumání v normě s konzistentním rozdílem mezi verbálním IQ a performační složkou IQ, přičemž mezi středním dětstvím a ranou dospělostí byl zaznamenán dočasný pokles performační složky a maximální výše byla naměřena v rané dospělosti. Nejvyšší naměřená úroveň strukturálního jazyka dospělého muže odpovídala vývojové úrovni dítěte ve věku 10–11 let. Všichni měli problém v sociálních vztazích. Pouze tři muži měli od ukončení školní docházky souvislé zaměstnání, dvě pětiny žily nezávisle, polovina měla trvalé problémy s navazováním vztahů. Jejich sourozenci takové obtíže neměli. V dotazníku sice muži s DLD nevykázali zvýšenou míru emočních poruch, ale u čtyř z nich se projevil vážné psychické obtíže: u dvou schizofrenie s obsedantně kompulzivní poruchou (OCD), dále depresivní porucha s OCD a porucha osobnosti. V celém vzorku bylo více schizotypních rysů (nadměrná sociální úzkost, bez přátel, nespecifikovaná zvláštní řeč), které nedosáhly prahu k přidělení diagnózy. Sociální adaptace korelovala se strukturálním a pragmatickým jazykem, a to silněji v dospělosti než v dětství, o něco méně s teorií mysli, a vůbec nekorelovala s neverbálním intelektem. Závažný stupeň DLD byl přímo úměrný dosahování osobní nezávislosti.

Diskuse

DLD je s největší pravděpodobností celoživotní poruchou se silnou psychiatrickou zátěží – podobně jako ADHD nebo PAS. Současné poznatky vyžadují změnu přístupu ve zdravotnickém systému i v celé společnosti.

Je nejvyšší čas očistit KL od stigmatu „učitel v bílém plášti“, pochopit koncept NVP, podstatu DLD, odlišit DLD od poruchy artikulace řeči a uvědomit si závažnost onemocnění. Je třeba naplno využít standard DLD, který směřuje postup v diagnostickém procesu a vytváří rámcová pravidla pro terapii. Nacházíme se v etapě hledání mezinárodního konsensu standardizace postupů a dávkování logopedické intervence, neboť dosavadní výsledky jsou nekonzistentní (Frizelle et al., 2023). V rámci terapeutických přístupů založených na vědeckých důkazech (Rodam et al., 2020) nelze u dětí přinejmenším raného věku opomenout intervence zaměřené na rodiče (Zwitsersloot-Nijenhuis et al., 2023). Vhodné metody léčebné terapie se hledají napříč diagnózami skupiny NVP, a to i u diagnóz s daleko vyšším publikačním indexem, než má DLD. Tedy veškeré naše „jisté“ metody jsou nejisté. A pokud s odstupem času nepoužíváme kontrolní testy, ani nevíme, že trajektorie jazyka zůstává patologická.

Zajímavý je poznatek, jak sami mladí lidé s DLD popisují své zkušenosti a pocity (Ekström et al., 2023). Nejhůře vnímají nejistotu ohledně svých schopností a obav z úsudku druhých. Obavy z reakcí a názorů druhých lidí způsobí, že raději nepožádají o pomoc (např. učitele). Obava může být chybně interpretována jako neochota nebo nevhodné chování. Adolescenti s DLD se porovnávají se svými vrstevníky a za měřítko považují úroveň sociální komunikace svých vrstevníků, čímž si vyvolávají pocity selhávání a neschopnosti.

Zamysleme se nad tím, jak bychom mohli pacientům s DLD pomoci. Určitě má smysl se zaměřit na včasný záchyt: osvětou a vývojem screeningu pro pediatrii. Včasnost diagnózy a identifikace komorbidních poruch by mohla pomoci rodičům (některým taktéž s DLD) vyrovnat se s diagnózou, utřídit životní hodnoty, zaměřit se na silné stránky dítěte, a tím snížit psychickou zátěž. Jelikož víme, že častou komorbidní diagnózou je ADHD, měl by se u dětí s ADHD vyšetřovat jazyk a zároveň při diagnostice dětí s DLD užívat nástroj k záchytu ADHD – duševní zdraví by se mělo stát oblastí zájmu, kterou je třeba řešit v obou skupinách (Helland et al.,

2014). Podobně by bylo užitečné u dítěte s PAS a v rámci diferenciální diagnostiky PAS vs. DLD porovnat stavy strukturálního a pragmatického jazyka. U dětí se selektivním mutismem a poruchou plynulosti řeči by se měl standardně vyšetřovat receptivní jazyk a u dětí s poruchou artikulace obě složky jazyka.

Nástup do školy je bodem dramatického nástupu patologie. Valera-Pozo et al. (2020) uvádí, že je důležité stimulovat sociální dovednosti a emoční přizpůsobení, aby se děti s DLD lépe vyrovnaly se sociálními obtížemi. Klíčovou součástí sociální integrace je mít přátele (Dubois et al., 2020). Podpora vrstevnických vztahů je především práce pro psychoterapeuta, který však bez znalosti přesné vývojové úrovně strukturálního jazyka nemůže efektivně pomoci (nemůže předpokládat, že např. 10leté dítě rozumí na úrovni 5letého dítěte). S návazností na silné spojení psychiatrické zátěže „DLD – škola“ lze tvrdit, že inkluzivní vzdělávání prohlubuje u jedinců s DLD psychiatrickou zátěž. Z klinické praxe víme, že odborná zpráva pro školu a školskou poradnu s vysvětlením a doporučením (kompenzace zvýšeným názorem a minimalizace tlaku na výkon v narušených oblastech) může zmírnit zátěž v akademické oblasti, ne však v každodenním srovnávání se s vrstevníky.

Za obecný ochranný faktor lze považovat zapojení rodiny, a to bez ohledu na její socioekonomický status (Valera-Pozo et al., 2020). Stejně důležité je vytvoření prostředí, kde se jedinec s DLD cítí bezpečně, bez stresu a bez úzkosti z jazykového selhávání, ve kterém je lépe schopen sociálně komunikovat (Ekström et al., 2023). V přechodové etapě mezi vzděláváním a zaměstnáním pomáhá kariérní poradenství (Botting et al., 2016). V pracovním procesu Botting (2020) doporučuje onemocnění odhalit a vysvětlit.

Závěr

DLD je častá NVP charakterizovaná přetrvávajícími obtížemi v osvojování jazyka od časných vývojových stádií, které nelze lépe vysvětlit jiným onemocněním či faktory sociálního prostředí. U jedinců s DLD se souběžně vyskytují další NVP a u většiny socioemoční i behaviorální obtíže, které jsou základem pro typická psychiatrická onemocnění, zejména pro sociální úzkostnou poruchu a depresi i sociálně patologické jevy. Rozvoj psychiatrických onemocnění a sociální patologie je nejvíce spojen s psychickou zátěží v době školní docházky. I když se jedná o heterogenní

populaci, dopady DLD na kvalitu života ve všech jeho etapách jsou významné. DLD lze již poměrně dobře a včas diagnostikovat, efektivní způsob léčebné terapie však dosud znám není. Za nejvhodnější se ukazuje cesta koordinované mezioborové

péče s identifikací všech poruch, avšak bez neustálého vystavování dítěte konfrontaci jeho snížených schopností a očekávání. Cestou je cílené vyzdvižování silných stránek dítěte, nezáťažová vývojová terapie za účelem mírnění deficitů, podpora zázemí

v rodině a systematické provádění osvěty ve společnosti. V rámci mezioborové koordinace by pacientovi prospěla systémová spolupráce mezi klinickým logopedem a pedopsychiatrem.

Literatura

AMERICKÁ PSYCHIATRICKÁ ASOCIACE a RABOCH, J., HRDLIČKA, M., MOHR, P., PAVLOVSKÝ, P., PTÁČEK, R. (ed.), 2015. *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe-Tescentrum.

AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION, 2020. Components of Social Communication. *asha.org*. [online]. Rockville, USA: ASHA. [cit. 2023-08-13]. Dostupné z: <https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/social-communication-disorder/components-of-social-communication/>.

BAIRD G., NORBURY C. F., 2016: Social (pragmatic) communication disorders and autism spectrum disorder. *Archives of Disease in Childhood*. [online]. **101**(8), s. 745-751. DOI: 10.1136/archdischild-2014-306944.

BAŽANTOVÁ, V., 2015: Vyšetření pacienta v psychiatrii. In: HOSÁK L., HRDLIČKA M., LIBIGER J. et al., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, s. 42-55.

BISHOP, D. V., SNOWLING, M. J., THOMPSON, P. A., GREENHALGH, T., CATALISE consortium, 2016. CATALISE: A Multinational and Multidisciplinary Delphi Consensus Study. Identifying Language Impairments in Children. *PloS one*. [online]. **11**(7), e0158753. DOI: 10.1371/journal.pone.0158753.

BISHOP, D. V. M., SNOWLING, M. J., THOMPSON, P. A., GREENHALGH, T., CATALISE-2 consortium, 2017. Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. [online]. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. **58**(10), s. 1068-1080. DOI: 10.1111/jcpp.12721.

BEITCHMAN, J. H., BROWNLIE, E. B., BAO, L., 2014. Age 31 mental health outcomes of childhood language and speech disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. [online]. **53**(10), s. 1102-1110. e8. DOI: 10.1016/j.jaac.2014.07.006.

BOTTING, N., TOSEEB, U., PICKLES, A., DURKIN, K., CONTI-RAMSDEN, G., 2016. Depression and anxiety change from adolescence to adulthood in individuals with and without language impairment. *PloS one*. [online]. **11**(7), e0156678. DOI: 10.1371/journal.pone.0156678.

BOTTING, N., BARAKA N., 2018. Sleep behaviour relates to language skills in children with and without communication disorders. *International Journal of Developmental Disabilities*. [online]. **64**(4-5), s. 225-230. DOI: 10.1080/20473869.2017.1283766.

BOTTING, N., 2020. Language, literacy and cognitive skills of young adults with developmental language disorder (DLD). *International Journal of Language & Communication Disorders*. [online]. **55**, s. 255-265. DOI: 10.1111/1460-6984.12518.

BROWNLIE, E. B., BAO, L., BEITCHMAN, J., 2016. Childhood Language Disorder and Social Anxiety in Early Adulthood. *Journal of abnormal child psychology*. [online]. **44**(6), s. 1061-1070. DOI: 10.1007/s10802-015-0097-5.

CALET, N., MARTÍN-PEREGRINA, M. Á., JIMÉNEZ-FERNÁNDEZ, G., MARTÍNEZ-CASTILLA, P., 2021. Prosodic skills of Spanish-speaking children with developmental language disorder. *International journal of language & communication disorders*. [online]. **56**(4), s. 784-796. DOI: 10.1111/1460-6984.12627.

CACCIA, M., LORUSSO, M. L., 2021. The processing of rhythmic structures in music and prosody by children with developmental dyslexia and developmental language disorder. *Developmental science*. [online]. **24**(1), e12981. DOI: 10.1111/desc.12981.

CLEGG, J., HOLLIS, C., MAWHOOD, L., RUTTER, M., 2005. Developmental language disorders – a follow-up in later adult life. Cognitive, language and psychosocial outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. [online]. **46**(2), s. 128-149. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2004.00342.x.

CONTI-RAMSDEN, G., DURKIN, K., TOSEEB, U., BOTTING, N., PICKLES, A., 2018. Education and employment outcomes of young adults with a history of developmental language disorder. *International Journal of Language & Communication Disorders*. [online]. **53**(2), s. 237-255. DOI: 10.1111/1460-6984.12338.

CONTI-RAMSDEN, G., MOK, P., DURKIN, K., PICKLES, A., TOSEEB, U., BOTTING, N., 2019. Do emotional difficulties and peer problems occur together from childhood to adolescence? The case of children with a history of developmental language disorder (DLD). *European Child & Adolescent Psychiatry*. [online]. **28**(7), s. 993-1004. DOI: 10.1007/s00787-018-1261-6.

ČERVENKOVÁ, B., 2022. *Vývojová verbální dyspraxie*. Brno: Erithakus. ISBN 978-80-908702-0-8.

DAVIES C., ANDRÉS-ROQUETA C., NORBURY C. F., 2016. Referring expressions and structural language abilities in children with specific language impairment: A pragmatic tolerance account. *Journal of Experimental Child Psychology*. [online]. **144**, s. 98-113. DOI: 10.1016/j.jecp.2015.11.011.

- DIEPEVEEN, F. B., DUSSELDORP, E., BOL, G. W., OUDESLUYS-MURPHY, A. M., VERKERK, P. H., 2016. Failure to meet language milestones at two years of age is predictive of specific language impairment. *Acta paediatrica*. [online]. **105**(3), 304-310. DOI: 10.1111/apa.13271.
- DUBOIS, P., ST-PIERRE, M. C., DESMARAIS, C., GUAY, F., 2020. Young adults with developmental language disorder: A systematic review of education, employment, and independent living outcomes. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. [online]. **63**(11), s. 3786-3800. DOI: 10.1044/2020_JSLHR-20-00127.
- EADIE, P., MORGAN, A., UKOUMUNNE, O. C., TTOFARI EECEN, K., WAKE, M., REILLY, S., 2015. Speech sound disorder at 4 years: prevalence, comorbidities, and predictors in a community cohort of children. *Developmental medicine and child neurology*. [online]. **57**(6), s. 578-584. DOI: 10.1111/dmcn.12635.
- EKSTRÖM, A., SANDGREN, O., SAHLÉN, B., SAMUELSSON, C., 2023. 'It depends on who I'm with': How young people with developmental language disorder describe their experiences of language and communication in school. *International Journal of Language & Communication Disorders*. [online]. **58**(4), s. 1168-1181. DOI: 10.1111/1460-6984.12850.
- FRANCHINI, M., DUKU, E., ARMSTRONG, V., BRIAN, J., BRYSON, S. E., GARON, N., ROBERTS, W., RONCADIN, C., ZWAIGENBAUM, L., SMITH, I. M., 2018. Variability in Verbal and Nonverbal Communication in Infants at Risk for Autism Spectrum Disorder: Predictors Outcomes. *Journal of autism and developmental disorders*. [online]. **48**(10), s. 3417-3431. DOI: 10.1007/s10803-018-3607-9.
- FRIEDERICI, A. D., CHOMSKY, N., BERWICK, R. C., MORO, A., BOLHUIS, J. J., 2017. Language, mind and brain. *Nature Human Behaviour*. [online]. **1**(10), 713-722. DOI: 10.1038/s41562-017-0184-4.
- FRIZELLE, P., MCKEAN, C., EADIE, P., EBBELS, S., FRICKE, S., JUSTICE, L. M., VAN HORNE, A. O., 2023. Editorial Perspective: Maximising the benefits of intervention research for children and young people with developmental language disorder (DLD)–a call for international consensus on standards of reporting in intervention studies for children with and at risk for DLD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. [online]. **64**(3), s. 474-479. DOI: 10.1111/jcpp.13694.
- HARTOPO, D., KALALO, R. T., 2022. Language disorder as a marker for schizophrenia. *Asia Pacific Psychiatry*. [online]. **14**(3), e12485. DOI: 10.1002/lio2.354.
- HELLAND, W. A., HELLAND, T., HEIMANN, M., 2014. Language Profiles and Mental Health Problems in Children With Specific Language Impairment and Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*. [online]. **18**(3), s. 226-235. DOI: 10.1177/1087054712441705.
- HYTER, Y., VOGINDROUKAS, I., CHELAS, E. N., PAPARIZOS, K., KIVRAKIDOU, E., KALOUDI, V., 2017. Differentiating Autism from Typical Development: Preliminary Findings of Greek Versions of a Pragmatic Language and Social Communication Questionnaire. *Folia phoniatrica et logopaedica: official organ of the International Association of Logopedics and Phoniatrics (IALP)*. [online]. **69**(1-2), s. 20-26. DOI: 10.1159/000479277.
- CHOW, J. C., WEHBY, J. H., 2018. Associations Between Language and Problem Behavior: a Systematic Review and Correlational Meta-analysis. *Educational Psychology Review*. [online]. **30**, s. 61-82. DOI: 10.1007/s10648-016-9385-z.
- CHOW, J. C., WALLACE, E. S., SENTER, R., KUMM, S., MASON, C. Q., 2022. A systematic review and meta-analysis of the language skills of youth offenders. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. [online]. **65**(3), s. 1166-1182. DOI: 10.1044/2021_jslhr-20-00308.
- KOUKOLÍK, F., 2022. *Lidský mozek*. 4. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-604-4.
- LIBIGER, J., 2015. Klasifikace v psychiatrii. In: HOSÁK L., HRDLÍČKA M., LIBIGER J. et al., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, s. 35-41.
- LOW, D. M., BENTLEY, K. H., GHOSH, S. S., 2020. Automated assessment of psychiatric disorders using speech: A systematic review. *Laryngoscope Investigative Otolaryngology*. [online]. **5**(1), s. 96-116. DOI: 10.1002/lio2.354.
- MATSON, J. L., NEBEL-SCHWALM, M. S., 2007. Comorbid psychopathology with autism spectrum disorder in children: An overview. *Research in Developmental Disabilities*. [online]. **28**(4), s. 341-352. DOI: 10.1016/j.ridd.2005.12.004.
- MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ, 1996. Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostická kritéria pro výzkum. 10. revize. Praha: Psychiatrické centrum, s. 179.
- MOK, P. L., PICKLES, A., DURKIN, K., CONTI-RAMSDEN, G., 2014. Longitudinal trajectories of peer relations in children with specific language impairment. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. [online]. **55**(5), s. 516-527. DOI: 10.1111/jcpp.12190.
- NEKULA, M. 2017: Langue a parole. In: KARLÍK, P., NEKULA, M., PLESKALOVÁ, J. (ed.). *CzechEncy – Nový encyklopedický slovník češtiny*. [cit. 2023-10-6]. Dostupné z: [www.czechency.org/slovník/LANGUE A PAROLE](http://www.czechency.org/slovník/LANGUE_A_PAROLE).
- NILSSON, K. K., DE LÓPEZ, K. J., 2016. Theory of Mind in Children With Specific Language Impairment: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Child Development*. [online]. **87**(1), s. 143-153. DOI: doi.org/10.1111/cdev.12462.

- NORBURY, C. F., 2014. Practitioner Review: Social (pragmatic) communication disorder conceptualization, evidence and clinical implications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. [online]. **55**, s. 204-216. DOI: 10.1111/jcpp.12154.
- NORBURY, C. F., SONUGA-BARKE, E., 2017. Editorial: New frontiers in the scientific study of developmental language disorders. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. [online]. **58**(10), s. 1065-1067. DOI: 10.1111/jcpp.12821.
- O'NEILL, H., CHIAT, S., 2015. What Our Hands Say: Exploring Gesture Use in Subgroups of Children With Language Delay. *Journal of speech, language, and hearing research*. [online]. **58**(4), s. 1319-1325. DOI: 10.1044/2015_JSLHR-L-14-01.
- POSPÍŠILOVÁ, L., 2019. Vývojová dysfázie současnosti. *Listy klinické logopedie*. [online]. **3**(1), s. 48-54. DOI: 10.36833/lkl.2019.011.
- POSPÍŠILOVÁ, L., HRDLÍČKA M., KOMÁREK V., 2021. Vývojová dysfázie – funkční a strukturální korelace. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. [online]. **84/117**(3), s. 237-244. DOI: 10.48095/cccsnn2021237.
- POSPÍŠILOVÁ, L., 2022a. *Klinický obraz vývojové dysfázie v konceptu neurovývojových poruch*. Disertační práce. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN. Vedoucí práce prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.
- POSPÍŠILOVÁ, L., 2022b. Doporučení pro vývojovou dysfázii – verze 2022. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. [online]. **85/118**(6), s. 515-521. DOI: 10.48095/cccsnn2022515.
- REYES-AGUILAR, A., VALLES-CAPETILLO, E., GIORDANO, M., 2018. A quantitative meta-analysis of neuroimaging studies of pragmatic language comprehension: in search of a universal neural substrate. *Neuroscience*. [online]. **395**, s. 60-88. DOI: 10.1016/j.neuroscience.2018.10.043.
- RODDAM, H., SKEAT, J., ČERVENKOVÁ, M., ZATLOUKALOVÁ, M., 2020. Best practice in working with children who have developmental language disorder: a focused review of the current research evidence base. *Listy klinické logopedie*. [online]. **4**(1), s. 79-86. DOI: 10.36833/lkl.2020.014.
- SAICOVÁ ŘÍMALOVÁ, L., 2014. *Pragmatika, studijní příručka*. [online]. Praha: Karolinum. [cit. 2023-08-12]. ISBN 978-80-246-2845-5. Dostupné z: <https://karolinum.cz/data/book/13529/Saicova-Rimalova%20-%20Pragmatika%209788024628455.pdf>.
- SCARBOROUGH, H. S., DOBRICH, W., 1990. Development of children with early language delay. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. [online]. **33**(1), s. 70-83. DOI: 10.1044/jshr.3301.70.
- SNOWLING, M. J., HAYIOU-THOMAS, M. E., NASH, H. M., HULME, C., 2020. Dyslexia and Developmental Language Disorder: comorbid disorders with distinct effects on reading comprehension. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. [online]. **61**(6), s. 672-680. DOI: 10.1111/jcpp.13140.
- ST CLAIR, M. C., FORREST, C. L., YEW, S. G. K., GIBSON, J. L., 2019. Early risk factors and emotional difficulties in children at risk of developmental language disorder: A population cohort study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. [online]. **62**(8), s. 2750-2771. DOI: 10.1044/2018_JSLHR-L-18-0061.
- SUNDHEIM, S. T. P. V., VOELLER, K. K. S., 2004. Psychiatric Implications of Language Disorders and Learning Disabilities: Risks and Management. *Journal of Child Neurology*. [online]. **19**(10), s. 814-826. DOI: 10.1177/08830738040190101001.
- SUNDSTRÖM, S., LÖFKVIST, U., LYXELL, B., SAMUELSSON, C., 2018. Prosodic and segmental aspects of nonword repetition in 4- to 6-year-old children who are deaf and hard of hearing compared to controls with normal hearing. *Clinical linguistics & phonetics*. [online]. **32**(10), s. 950-971. DOI: 10.1080/02699206.2018.1469671.
- THAPAR, A., COOPER, M., RUTTER, M., 2017. Neurodevelopmental disorders. *Lancet Psychiatry*. [online]. **4**(4), s. 339-346. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30376-5.
- TOMAS, E., VISSERS, C., 2019. Behind the Scenes of Developmental Language Disorder: Time to Call Neuropsychology Back on Stage. *Frontiers in Human Neuroscience*. [online]. **12**, s. 517. DOI: 10.3389/fnhum.2018.00517.
- TOSEEB, U., VINCENT, J., OGinni, O. A., ASBURY, K., NEWBURY, D. F., 2023. The Development of Mental Health Difficulties in Young People With and Without Developmental Language Disorder: A Gene–Environment Interplay Study Using Polygenic Scores. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. [online]. **66**(5), s. 1639-1657. DOI: 10.1044/2023_JSLHR-22-00664.
- VALERA-POZO, M., ADROVER-ROIG, D., PÉREZ-CASTELLÓ, J. A., SANCHEZ-AZANZA, V. A., AGUILAR-MEDIAVILLA, E., 2020. Behavioral, Emotional and School Adjustment in Adolescents with and without Developmental Language Disorder (DLD) Is Related to Family Involvement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. [online]. **17**(6), s. 1949. DOI: 10.3390/ijerph17061949.
- VAN DEN BEDEM, N. P., DOCKRELL, J. E., VAN ALPHEN, P. M., DE ROOIJ, M., SAMSON, A. C., HARJUNEN, E. L., RIEFFE, C., 2018. Depressive symptoms and emotion regulation strategies in children with and without developmental language disorder: a longitudinal study. *International journal of language & communication disorders*. [online]. **53**(6), s. 1110-1123. DOI: 10.1111/1460-6984.12423.
- VOCI, S. C., BEITCHMAN, J. H., BROWNLIE, E. B., WILSON, B., 2006. Social anxiety in late adolescence: the importance of early childhood language impairment. *Journal of anxiety disorders*. [online]. **20**(7), s. 915-930. DOI: 10.1016/j.janxdis.2006.01.007.

WADMAN, R., DURKIN, K., CONTI-RAMSDEN, G., 2008. Self-esteem, shyness, and sociability in adolescents with specific language impairment (SLI). *Journal of Speech Language and Hearing Research*. [online]. **51**(4), s. 938-952. DOI: 10.1044/1092-4388(2008/069).

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010. The International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10). Geneva: WHO. Dostupné z: icd.who.int/browse10.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021. The International Classification of Diseases, 11th revision (ICD-11), Geneva: WHO. Dostupné z: icd.who.int/browse11.

ZWITSERLOOD-NIJENHUIS, M. A., WIEFFERINK, C. H., GERRITS, E. 2023. A randomized study of parent-versus child-directed intervention for Dutch toddlers with DLD. *International Journal of Language & Communication Disorders*. [online]. **58**(5), s. 1768-1782. DOI: 10.1111/1460-6984.12901.

SELEKTIVNÍ MUTISMUS – KAZUISTIKY: MULTIMODÁLNÍ TERAPEUTICKÝ PŘÍSTUP DOPLNĚN O PRÁCE V HLINĚNÉM POLI®

SELECTIVE MUTISM – CASE REPORTS: MULTIMODAL THERAPEUTIC APPROACH SUPPLEMENTED BY WORK AT THE CLAY FIELD®

Barbora Richtrová¹ 



Barbora Richtrová

Abstrakt

Selektivní mutismus je klasifikován jako méně častá úzkostná porucha. Tento typ poruchy je vysoce rušivý a limituje kvalitu života. Včasné odhalení a vhodně zvolená terapie je proto zásadní. Terapie by měla stát na dvou základních lidských potřebách: VZTAH a BEZPEČÍ. V současnosti se dominantně využívá terapie se zapojením více modalit. Vědecky je potvrzená účinnost zejména behaviorální terapie a využití „nesoustředěné“ komunikace (Oerbeck et al., 2014; Driessen et al., 2020). Multimodální přístup jsme v našem případě rozšířili o senzomotorickou arteterapeutickou metodu Práce v hliněném poli®. Jde o komplexní metodu zaměřenou na tělo a bazální smysly. Jde o tzv. „bottom-up“ terapii. Při jejím využití sledujeme na našem pracovišti významné zmírnění symptomatologie selektivního mutismu u dětí předškolního věku v krátkodobém horizontu. Práce v hliněném poli® by tedy mohla být dalším uznaným terapeutickým přístupem u dětí se selektivním mutismem.

Abstract

Selective Mutism is classified as a less common anxiety disorder. This type of disorder is highly disruptive and limits the quality of life. Early detection and appropriately selected therapy are therefore essential. Therapy should be based on two basic human needs: RELATIONSHIP and SAFETY. Currently, therapy involving multiple modalities is dominantly used. The effectiveness of behavioural therapy and the use of “unfocused” communication is scientifically confirmed (Oerbeck et al., 2014; Driessen et al., 2020). In our

case, we have extended the multimodal approach to include the Work at the Clay Field® sensorimotor art therapy method. It is a complex method, focused on the body and basal senses. It is a so-called “bottom-up” therapy. When using it, we observe a significant reduction in the symptomatology of Selective Mutism in the short term in preschool children at our workplace. Thus, Work at the Clay Field could be another recognised therapeutic approach for children with Selective Mutism.

Klíčová slova:

selektivní mutismus, úzkostná porucha, multimodální léčba, Práce v hliněném poli®

Keywords:

Selective Mutism, anxiety disorder, multimodal treatment, Work at the Clay Field®

Selektivní mutismus – uvedení do problematiky

Selektivní mutismus je velmi rušivá a vy-silující úzkostná porucha, kdy jedinec nedokáže mluvit déle než jeden měsíc v konkrétní sociální situaci, kde se mluvení očekává. Velmi často děti se selektivním mutismem hovoří v jádrovém rodinném prostředí, ale ve veřejném již ne. Tato skutečnost významně narušuje zejména sociální komunikaci a vzdělávací proces, mezilidské vztahy a sebevědomí. Projevy selektivního mutismu se objevují v předškolním věku. Nástup se udává mezi 3–5 rokem (Bergman et al., 2013). Bohužel identifikace selektivního mutismu je nej-častěji v prvních letech základní školy

¹ Mgr. Barbora Richtrová, Klinická logopedie a poradenství, Na Náměstí 395, 252 06 Davle, Česká republika. E-mail: barbora.richtrova@gmail.com.

(Kristensen et al., 2019; Cunningham et al., 2004; Kearney et al., 2021; Klein et al., 2013).

Současné vědecké poznatky dokazují komplexní etiologii s četným překrýváním bez zřejmých hranic s dalšími sociálními či specifickými úzkostmi, opozičním chováním, senzorickými deficity, jazykovými deficity a neurovývojovými poruchami (Kearney et al., 2021; Cohen et al., 2006; Suzuki et al., 2020; Mulligen et al., 2015). Tím, že jde o značně heterogenní skupinu, je nyní v popředí snaha aplikovat multimodální léčbu, kdy je zapojeno více stran (Catchpole et al., 2019; Kearney et al., 2021). Zároveň je na místě jemný komplexní a individuální terapeutický přístup, který maximálně respektuje komorbiditu jedince, ale také jeho potřeby, temperament, attachment a typ výchovně-vzdělávacího přístupu. Intervenční postupy, které využíváme při individuální terapii na našem pracovišti, jsou prvky z Gestalt terapie, prvky z behaviorální terapie, „nesoustředěná“ komunikace, prvky ze senzomotorické integrace, senzomotorická arteterapeutická metoda Práce v hliněném poli® a klinicko-logopedická terapie. V prvních fázích individuálního setkávání je dominantně využívána metoda Práce v hliněném poli®.

Práce v hliněném poli®

Autorem metody Práce v hliněném poli® je profesor Heinz Deuser z Německa a v České republice již proběhl druhý běh tříletého certifikovaného výcviku. Hlavním cílem metody je podpora zdravého vývoje a dosycení vývojových potřeb člověka skrze jeho pohybové impulzy. Haptické konání na hliněném poli podporuje stabilizaci tělesné organizace skrze stimulaci dotekového čítí, vestibulárního systému a propriocepce. Hliněné pole je plochá bedýnka (42 x 38 x 3 cm) vyplněná hladkou keramickou hlínou (cca 10 kg), vedle pole je miska s vlažnou vodou a houbička. Voda je prázdkladní substance prenatálních potřeb, podporuje pocit bezpečí. Bedýnka zase přináší substanci hranic, orientace a stálosti, jelikož vždy zůstane stejná jako na začátku. Symptomatologie prožívané úzkosti či strachu vedou k zablokování kontaktu se sebou samým, se svým tělem a potřebami. Dotekové materiály v terapii umožňují bezpečný kontakt se sebou i zprostředkovaně s vnějším světem. Významnou výhodou hlíny je její kvalita pevnosti, stálosti a určité míry odporu, tím přináší člověku intenzivnější prožitek sebe sama i viditelný a stabilní otisk. Intenzivní

„vypořádání“ se sebou i světem podporuje terapeut jako průvodce, který, ať verbálně nebo neverbálně, provádí člověka při jeho konání tak, aby došlo k tělesnému, emocionálnímu, ale také mentálnímu oslovení člověka. Terapeut by měl být schopen určit správnou vzdálenost od klienta, aby byl společný vztah bezpečný a neohrožující a mohl se prohlubovat.

Vstupní vyšetření

Vstupní vyšetření je vedeno pouze v přítomnosti pečovateli bez dítěte. V rámci vstupního vyšetření dochází ke sběru podrobné rodinné a osobní anamnézy. S pečovateli jsou vyplněny dotazníky týkající se selektivního mutismu (Standard SM, AKLČR, *Selective Mutism Questionnaire*, 2008) a také senzorického profilu (*Short Sensory Profile*, 1999). Zároveň dochází k podrobné edukaci a instruktáži pečovateli, aby došlo k maximálně možnému pochopení a přijetí selektivního mutismu. V případě, že pečovateli nemohou na úvodní setkání dorazit bez dítěte, lze tyto dotazníky dát pečovateli domů k vyplnění a rovnou začít budovat bezpečný terapeutický vztah s dítětem. S rodiči se domlouváme na samostatném setkání v nejbližší době. Vysvětlujeme rodičům vhodnost individuálního setkání s pečovateli vždy po pěti terapeutických sezeních s dítětem. V neposlední řadě žádáme o kontakt na pedagogického pracovníka a posíláme do školského zařízení stručný dotazník (Standard SM, AKL ČR).

Kazuistika 1

Popis případu

Dívka (4 roky a 10 měsíců) vyrůstá ve stabilním rodinném prostředí. Zatím bez sourozence – narodí se za 2 měsíce. Rodiče sami vyhledali klinického logopeda pro vnímání obtíží v sociálním chování a komunikaci dítěte, jelikož v září má nastoupit do běžné mateřské školy jako předškolák. Chování dívky je zneklidňující a cítí potřebu toto vyřešit.

Anamnestické údaje

Těhotenství bylo vedené jako rizikové, maminka byla dvakrát hospitalizovaná v rozmezí několika týdnů. Porod proběhl přirozeně, bez komplikací. Po šestinedělí se rozvinuly u maminky poporodní deprese s následnou třítydenní hospitalizací. Maminka doposud užívá antidepresiva. V rodině z matčiny strany jsou evidované úzkostně-depresivní poruchy.

Psychomotorický i jazykový vývoj byl u dívky zcela v normě, pouze samostatná chůze se začala dařit až v 18 měsících. Dívka nebyla nikdy významně nemocná. Docházela do dětské skupiny v intervalu dvakrát týdně. Od září 2023 byla zařazena do běžné mateřské školy. Hlavní volnočasová aktivita je jízda na koni. Dívka doposud nebyla v péči žádného odborníka.

Vstupní vyšetření

Dívka (4 roky a 10 měsíců) přichází do čekárny. Přes dveře je možné slyšet, jak s rodiči plným hlasem hovoří zcela plynule, srozumitelně, bez gramatických a zásadních fonologických obtíží. Při otevření dveří okamžitě dochází nejen k absolutnímu útlumu komunikace, ale také ke stažení těla a schování se za otce. Pouze nenápadně vykukuje, jelikož impulzy zvědavosti jsou příliš silné. Při vstupu do pracovny je dívka stále za otcem a pevně se drží jeho oblečení. Terapeut si sedá na svou židli a potvrzuje, že zde bude sedět a pouze si bude povídat s rodiči a pro dívku je celý prostor k dispozici. Pracovna je větší místnost, na zdi je tabule s magnetky, na druhé straně jsou skříně s různými hrami, uprostřed je stůl s připraveným „Hliněným polem“, vzuď v rohu je pískoviště s kufrem plným figur, v druhém rohu jsou balanční pomůcky a bazének s míčky. Dívka po chvíli prohlížení prostoru jde do úplně protilehlého rohu a hraje si na pískovišti. Tělo je stále schoulené.

Výsledky z dotazníků:

1) Dotazníky ze standardu pro selektivní mutismus (AKL ČR)

Dotazník pro děti se selektivním mutismem – dosahuje 11 bodů z 24 bodů. Výsledek odpovídá vysoké míře obtíží zejména v sociálním prostředí. V rodinném prostředí obtíže nejsou zaznamenány.

Dotazník pro rodiče – dosahuje v oblasti rodiny/domácnosti 4 body z 5, v oblasti školy 0 bodů ze 3 a v oblasti sociálních situací 0 bodů ze 3. Výsledky odpovídají vysoké míře obtíží v sociálních situacích a ve škole. V otevřených otázkách je významnou informací stimming formou štípaní kůže kolem nehtů, škrábání a kousání spodního rtu. Obtíže u dívky rodiče evidují od 2 let. Dcera jim opakovaně říká, že nerozumí tomu, proč nemůže mluvit jinde než doma, ale „má zavázaný jazyček“.

2) Dotazník pro selektivní mutismus (Selective mutism questionnaire, 2008)

Dosahuje v oblasti školy 7 bodů z 18, v oblasti rodiny 12 bodů z 18 a v oblasti sociálních situací 1 bod z 15. Výsledek odpovídá vysoké míře obtíží v sociálním prostředí. Dotazníkové otázky směřující k míře závažnosti do celkového skóre. Odpovědi z této části dotazníku odpovídají středně silné závažnosti úzkosti zasahující do kvality života.

3) Vyšetření senzoryckého profilu (Short Sensory Profile, 1999)

Výsledek odpovídá jemně zvýšené senzitivě, zejména v oblasti sluchové filtrace.

Terapie

První společné setkání probíhá na „pískovišti“ (herní terapie s prvky Sandplay). Rodiče jsou přítomni. Terapeut sedí bokem od dívky a dodržuje větší tělesný odstup. Dívka „vaří“ na pískovišti a terapeut komentuje pouze faktické dění. Komentář je bez emočních či navádějících konotací. Dívka má celou dobu schoulené tělo, natočenou hlavu směrem od terapeuta a stejným směrem stočená ústa, navíc pevně skousnutá. Po chvíli skrze bezpečný a respektující vztah od terapeuta dochází k iniciaci společného „vaření“. Dívka přijímá nabízené nádoby a předměty. Po dovaření dívka respektuje nabídku přejít na hliněné pole. Zbýlý terapeutický čas zkoumáme společně hliněné pole a dívka zkouší první pohybové experimenty. Její kontakt s hlinou je velmi opatrný, převažuje dotýkání jen konečky prstů a práce s vodou. Od druhého setkání zvládá být dívka sama v terapeutickém prostoru. Během čtvrtého setkání dochází k viditelnému uvolnění. Dívka se cítí v bezpečí a plně přijetí. V hliněném poli již nabírá hlinu do celých dlaní, tělo je narovnané, oční kontakt velmi vitální. Velmi často do hlíny zabaluje zvířecí figury, následně vyndává a omývá. Toto můžeme vnímat jako dosycení stálosti objektu a ujištění bezpečí v nebezpečném světě. Dívka začíná dokonce fyzicky kontaktovat terapeuta, zabaluje mu ruce do hlíny a dokonce „agresivně“ napadá terapeuta zvířecími figurkami. Toto je projevení nejen důvěry, ale také uvolňování vitální agrese, která je často blokována úzkostným prožíváním a selektivním mutismem. Při následném setkání se dívka začíná zvukově projevovat při individuální práci. S rodiči mluví nahlas i před terapeutem (dokonce i stážistou).

Status praesens

Stav po 7 lekcích je velmi příznivý. Od září je dívka v nové státní mateřské škole, kde mluví se všemi od začátku docházky. Hovoří i s cizími lidmi v přítomnosti rodičů nebo při jízdě na koni. K samostatné mluvě bez rodičů ještě nedochází ve všech sociálních situacích. Zásadní je, že má jistější oční kontakt, rovné držení těla a usmívá se. Stimming zcela odezněl. Předpokládáme velký potenciál k maximálnímu snížení projevů selektivního mutismu. Tuto situaci podporuje i skutečnost, že dívka nemá žádné souběžné obtíže ve smyslu opozičního vzdoru či neurovývojových a jazykových deficitů.

Kazuistika 2

Popis případu

Dívka (11 let 8 měsíců) žije v úplné rodině bez sourozenců. Když byl dívce jeden rok, odstěhovala se rodina do ciziny. Ve třech letech se sice vrátili na rok do České republiky, ale pak opět odcestovali do zahraničí, kde dívka zahájila školní docházku. Po celou dobu pobytu v cizině byla maminka v domácnosti. Dívka komunikovala pouze s několika dětmi ve třídě, s dospělými jen v jádrové rodině, v sociálních situacích mimo školu vůbec. Do České republiky se rodina natrvalo vrátila, když bylo dívce 7 let. Byla zařazena do běžné základní školy. V tomto období bylo evidováno zhoršení symptomatiky selektivního mutismu. Také došlo k situaci, kdy jí její nevlastní dědeček, s kterým měla velmi pevnou vazbu, přivedl ukázat své dvouleté vnouče. Dívka s ním přestala zcela komunikovat. V tomto období proběhlo klinickopsychologické vyšetření se závěrem: Orientační intelektový vývoj odpovídá pásmu lepšího průměru. Schopnost aktuální pracovní paměti v neverbální modalitě odpovídá normě. Oslabený vývoj je evidován ve zrakovém vnímání a grafomotorice. Jazykový vývoj odpovídá normě pro 7 let, selektivní mutismus. Stejný závěr vyjádřila i speciálněpedagogická poradna. Shoduje se i klinický logoped, který jen navíc uvádí preferenci ukrajinské intonace a paralálie hlásky ř. Do roku 2023 však nedocházelo k žádné kontinuální terapii, pouze k diagnostickým vyšetřením. Závěr z aktuálního vyšetření klinického psychologa je selektivní mutismus, sociální úzkostná porucha a izolovaná fobie. Aktuální úroveň intelektu je v pásmu průměru. Klinický psycholog doporučuje zvážit zařazení do alternativního školského zařízení s menším počtem žáků. Toto

vyšetření je doplněno pedopsychiatrickým vyšetřením se závěrem selektivní mutismus a obsedantně-kompulzivní porucha.

Dívka nyní chodí do 6. třídy běžné základní školy s nejvyšším podpůrným opatřením a osobním asistentem. V druhém pololetí páté třídy se začala dívka významněji horšit ve školské úspěšnosti. Ve škole nekomunikuje se spolužáky ani učiteli, ale ani s asistentkou. Po celou dobu výuky sedí v lavici a zvedne se až při odchodu domů. Ráno nesnídá ani nepije, aby nemusela ve škole na cizí WC. V domácím prostředí vyžaduje asistenci matky v sebeobsluze. V této oblasti dochází k postupnému zlepšování, jelikož matka je již v práci. K dívce dochází dobrovolnice jednou týdně k nácviku sociálních dovedností.

Anamnestické údaje

Těhotenství bylo bez obtíží. Porod proběhl přirozeně, bez komplikací. Kojena byla 8 měsíců. V rodině z matčiny strany jsou evidované úzkostně-depresivní poruchy, ze strany otce poruchy plynulosti řeči a podle matky melancholický temperament.

Psychomotorický vývoj byl relativně přiměřený. Samostatná chůze se začala dařit v 15 měsících. Jazykový vývoj byl mírně opožděný, tvorba vět se začala dařit až ve 3 letech a 5 měsících. Dívka nebyla nikdy významně nemocná. Jsou znatelné obtíže v motorické koordinaci a rovnováze, dívka necvičí a z tělesné výchovy je omluvená. Hlavní volnočasová aktivita je mobil. Doposud nebyla v terapeutické péči žádného odborníka, pouze podstoupila mnohá vyšetření.

Vstupní vyšetření

První setkání probíhá pouze v přítomnosti matky. Dochází ke sběru anamnestických údajů, dotazníkovým šetřením a ke zmapování temperamentu dívky, jejího chování, zálib a komunikačních strategií. Probíhá instruktáž matky a edukace k problematice selektivního mutismu a terapeutickému přístupu. Zejména je nutné zdůraznit reálná očekávání vzhledem k věku dívky a přidruženým psychiatrickým onemocněním.

Výsledky z dotazníků:

1) Dotazníky ze standardu pro selektivní mutismus (AKL ČR)

V dotazníku pro děti se selektivním mutismem dosahuje 12 z 24 bodů. Výsledek odpovídá vysoké míře obtíží zejména v sociálním prostředí a škole, ale středně těžká zátěž je i v širší rodině. V rodinném

prostředí mluví pouze s matkou, otcem a babičkou, s ostatními členy rodiny nemluví.

Dotazník pro rodiče – dosahuje v oblasti rodiny/domácnosti 2 body z 5, v oblasti školy 0 bodů ze 3 a v oblasti sociálních situací 0 bodů ze 3. Výsledky odpovídají vysoké míře obtíží v sociálních situacích a škole, ale i v širší rodině. V otevřených otázkách je významnou informací tendence k izolaci a nadměra užívání technologií. Obtíže u dívky rodiče evidují od 3 let. Dcera nerozumí tomu, proč nemůže mluvit v sociálních situacích a v širší rodině. Komentuje to: „Nevím, neptej se mě na to“.

2) Dotazník pro selektivní mutismus (Selective Mutism Questionnaire, 2008)

Dosahuje v oblasti školy 0 bodů z 18, v oblasti rodiny 6 bodů z 18 a v oblasti sociálních situací 0 bodů z 15. Výsledek odpovídá vysoké míře obtíží ve školním a sociálním prostředí a středně těžkým obtížím v rodinném prostředí. Dotazníkové otázky směřující k míře zásahu do kvality života / úzkosti nejsou zahrnuty do celkového skóre. Odpovědi z této části dotazníku odpovídají středně silné závažnosti úzkosti zasahující do kvality života.

3) Vyšetření senzoryckého profilu (Short Sensory Profile, 1999)

Výsledek odpovídá středně zvýšené senzitivitě, zejména v oblasti taktilního vnímání, citlivosti k pohybu, sluchové filtraci a slabosti.

Logopedická terapie

Dívka (11 let 8 měsíců) přichází v doprovodu matky. V čekárně je ticho. Při otevření vidím matku s dcerou sedící vedle sebe, obě tiché, dcera kouká do mobilu. Dívka je vysoká, blond, s černými vlasy, viditelně s oslabeným tonusem svalů a chybnou posturou. Zvu dívku dál, jelikož jsme s matkou domluvené, že dcera bude v pracovně sama. Matka ještě ověřuje, zda může skutečně odejít, a následně odchází. Dívka jde vcelku ochotně ke stolu s hliněným polem. Celý čas prvního setkání dívka nemluví, nekýve hlavou, emoce nebo přání nenaznačí ani mimikou, gestikou či jiným pohybem těla. Sedí jako socha, jen pomalu nabírá hlínu konečky prstů. Pohyb se velmi často zastavuje, což se často děje u lidí s traumatickou zkušeností. Od třetí lekce je znatelný velmi jemný posun. Dívka nabírá hlínu téměř do celé dlaně, při některých komentářích se usměje. Při pokusu nabídnout odměnu za alespoň jemný náznak

souhlasu či nesouhlasu hlavou dívka zcela „zamrzne“ v pohybu. Matka po pátém setkání potvrzuje, že je dívka spokojená a vždy udělá to, co chce terapeut. Terapeut jí však nedává žádné zadání. Od páté lekce přidáváme k procesu na hliněném poli ještě behaviorální intervence. Přibližně od sedmé lekce začíná dívka velmi nepatrně kývat hlavou při souhlasu nebo téměř neviditelně zvedne ramena k vyjádření „nevím“. „Nevím“ po celou dobu terapie dominuje.

Status praesens

Nyní již proběhlo deset setkání v intervalu jedenkrát týdně. Změny nejsou nijak markantní, jenom je pozorovatelné velmi jemné uvolnění na tělesné úrovni. Ve školním prostředí k žádným změnám nedošlo, ale dívka si začala nově povídat s novou kamarádkou. V řeči těla evidujeme mírné uvolnění napětí a pohyb se nezastavuje. Při terapii se postupně zvýšil oční kontakt a počet letmých úsměvů. Věkem dívky a přidruženými psychiatrickými onemocněními je účinnost terapie do značné míry limitována.

Diskuse

Základním aspektem léčby selektivního mutismu je zapojení co nejvíce stran v sociální bublině dítěte (Catchpole et al., 2019; Kearney et al., 2021). Logické i vědecky podložené je využití multimodální léčby, aby se co nejvíce zohlednily individuální potřeby, temperament, rodinné zázemí, ale také souběžné nemoci dítěte (Oerbeck, 2018). Empiricky jsou nejvíce doložené terapie využívající kognitivně-behaviorální přístup a behaviorální intervence (např. Lorenzo et al., 2020; Oerbeck et al., 2014; Aldrich et al., 2023; Zakszeski a DuPaul, 2017). Mezi multimodální léčbu dále patří domácí a školní psychosociální intervence, koučing rodičů, intervence rodičů k zvládnutí nepředvídatelných situací, interakční terapie rodič-dítě, rodinná terapie a skupinová terapie. Lorenzo et al. (2020) jako jedni z prvních mluví i o možnosti telerehabilitace, což podporují ve svém výzkumném šetření i Hong et al. (2022). Studie dokládá předběžnou proveditelnost, přijatelnost a účinnost vzdálené intenzivní skupinové behaviorální terapie. Telerehabilitaci také vnímají jako možný nástroj k proškolení pečovatelských. Mezi základní behaviorální intervence patří vyblednutí stimulů, desenzibilizace, tvarování, modelování, terapie založená na expozici a řešení nepředvídatelných situací. Jiné studie uvádějí „nesoustředěnou“ (defocused) komunikaci jako

obecný léčebný princip pro snížení sociální úzkosti (Oerbeck et al., 2014; Driessen et al., 2020). Mezi základní principy „nesoustředěné“ komunikace patří: sedět vedle dítěte, nikoli naproti; vytvářet sdílenou pozornost pomocí činnosti, která dítě baví; fakticky komentovat konání spíše než klást otázky; dopřát dostatek času na reakci spíše než mluvit za dítě; pokračovat v dialogu, i když dítě verbálně nereaguje; neutrálně přijmout případné verbální vyjádření dítěte (Oerbeck et al., 2014). Také se doporučují odměny za verbální výkon, ale mělo by je dítě dostat okamžitě, jakmile promluví (Pereira et al., 2020). Zde je vhodné zmínit, že pokud je emočně-sociální systém dysregulovaný, mohou být reakce na odměnu pro sníženou motivaci oslabené (Beauchaine et al., 2007). Na našem pracovišti pracujeme s odměnou zřídka, většinou ji využíváme u dětí se selektivním mutismem s komorbiditou vývojových jazykových obtíží. Behaviorální intervence velmi dobře podporuje pocit bezpečí a důvěry. Terapeut je mimo pracovnu za zavřenými dveřmi a dítě s rodičem si hraje samostatně v pracovně. Dalším krokem je, že terapeut je stále venku, ale jsou již otevřené dveře. Následuje terapeutův vstup do místnosti během hry rodič-dítě, ale terapeut se nezapojuje do aktivity. Pokud jsou všechny vypsané situace pro dítě přijatelné, může terapeut sedět v místnosti a sledovat hru rodič-dítě. Postupně dochází k přibližování a připojení se do společné hry. Časové rozmezí procesu přibližování a přijetí dítětem je velmi individuální (Oerbeck et al., 2014). Jakmile začne dítě mluvit ve školním prostředí, je snazší zobecnit řečové chování na jiné sociální prostředí (Pereira, 2020). U dětí s těžší formou selektivního mutismu a doprovodnými psychiatrickými nemocemi je na místě zvážit farmakoterapii, kterou nastavuje pedopsychiatr.

V kontextu výše uvedených vědeckých studií k selektivnímu mutismu, ale také publikací věnujících se traumatu, dysregulaci systému a úzkostnému prožívání (např. Levine a Klein, 2012; Heller a LaPeire, 2016; Elbrecht a Antcliff, 2014) považujeme za vhodné doplnit výše uvedené terapie o terapii zaměřenou na tělo, tzv. „bottom-up treatment“ (terapie zdola nahoru). Může pak snáze dojít k celkové regulaci systému a podpoře sebevědomí dítěte. Práce v hliněném poli je typ terapie, která postupuje zdola nahoru, tedy „zapojuje senzomotorickou základnu v mozgovém kmeni a poté postupuje směrem k vědomé integraci nastalých změn“ (Elbrecht, 2022, s. 15). Terapie využívající

senzomotorické podněty jsou vhodné pro děti předškolního i mladšího školního věku a pro neverbální pacienty. Výhodné jsou též pro pacienty všech věkových kategorií, u kterých je zřejmá disociace od těla, což je typické u lidí s úzkostným prožíváním/poruchou nebo traumatem. Jestliže je člověk vystaven kontinuálnímu stresovému zatížení a strachu, jako tomu je i u lidí se selektivním mutismem, můžeme mluvit o dysregulovaném systému nervové soustavy. Mozek má neustálý pocit ohrožení, dochází k dysfunkci mozkového kmene a limbického systému, a tím jsou negativně ovlivněny vyšší oblasti mozku. Prožívanou úzkostí a strachem je aktivován autonomní nervový systém, který je dle Porgesovy polyvagální teorie (Porges, 2011) ovlivňován nervem vagem. Dochází k obranným mechanismům, jako je útok, únik, nebo v nejhorším případě zamrznutí. Pro možnou regulaci systému je vhodné využít právě terapie zaměřené na tělo. Kinesteticko-motorická aktivita, tedy dotek a haptika, je primární lidskou zkušeností, která vyžaduje vztah. Práce

s haptickým vnímáním přináší intenzivní vztahový zážitek nejen sebe samého, ale i světa. Ve vědě je bohužel tento terapeutický nástroj s velkým potenciálem prozkoumán minimálně. Z našeho klinického pozorování vychází, že po páté terapeutické lekci Práce v hliněném poli dochází u dětí předškolního věku k uvolnění napětí a začínají komunikovat v jedné či více sociálních situacích. U dětí ve věku 6–8 let tento uzdravný potenciál evidujeme po více než 10 lekcích. Děti starší 8 let mají sociální nemluvení natolik spojené se svou identitou, že míra úspěšnosti léčby není tak vysoká a dochází jen k jemným zlepšením. Toto jsou samozřejmě klinická data, která bude nutné empiricky doložit.

Závěr

V České republice je velmi ojedinělá systémová propojenost týmu odborníků, kteří se této problematice věnují. Ve většině případů děti se selektivním mutismem vyhledávají různé typy podpory, které ale nejsou vzájemně provázány. Rodiny vyzkouší péči klinického psychologa, klinického

logopeda, někdy pedopsychiatra či neurologa, ale často schází možnost sofistikované individuální, multimodální podpory se zapojením školských zařízení a rodiny. Zatím neexistuje včasný screening selektivního mutismu v populaci. Přitom včasnost je zásadní. Neuroplasticita u dětí mezi 3–6 rokem je významně otevřená korektivním zkušenostem. Léčba je tedy obecně úspěšnější než v pozdějším věku, kdy se neléčená úzkost a dysregulovaný systém stávají součástí identity dítěte a může dojít k rozvinutí dalších sekundárních psychiatrických diagnóz. V adolescentním věku dospívající děti vnímají selektivní mutismus jako součást své identity, a tím pádem jsou vůči léčbě rezistentnější (Oerbeck et al., 2014). Bylo by na místě, aby v České republice bylo vytvořené centrum komplexní péče pro děti s úzkostným prožíváním/poruchou se specializací na selektivní mutismus, aby mohla být nastavena multimodální léčba s behaviorální intervencí, která by, z našeho pohledu, měla být doplněna na tělo orientovanou terapií.

Literatura

- ALDRICH, J. T., BLOSSOM, J. B., MOSS, A., RAY, B., COUCKUYT, M., WARD, T., FOX, A. R., READ, K. L., 2023. Effectiveness of an Eight-Week Multidisciplinary Selective Mutism Treatment Group. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*. [online]. 8(1), s. 105-119. DOI: 10.1080/23794925.2021.2007818.
- BEAUCHAINE, T. P., GATZKE-KOPP, L., MEAD, H. K., 2007. Polyvagal Theory and developmental psychopathology: emotion dysregulation and conduct problems from preschool to adolescence. *Biological Psychology*. [online]. 74(2), s. 174-184. DOI: 10.1016/j.biopsycho.2005.08.008.
- BERGMAN, R. L., KELLER, M. L., PIACENTINI, J., BERGMAN, A. J., 2008. The development and psychometric properties of the selective mutism questionnaire. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. [online]. 37(2), s. 456-464. DOI: 10.1080/15374410801955805.
- BERGMAN, R. L., GONZALEZ, A., PIACENTINI, J., KELLER, M. L., 2013. Integrated Behavior Therapy for Selective Mutism: a randomized controlled pilot study. *Behaviour Research and Therapy*. [online]. 51(10), s. 680-689. DOI: 10.1016/j.brat.2013.07.003. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23933108/>.
- CATCHPOLE, R., YOUNG, A., BAER, S., SALIH, T., 2019. Examining a novel, parent child interaction therapy-informed, behavioral treatment of selective mutism. *Journal of Anxiety Disorders*. [online]. 66. ISSN 0887-6185. DOI: 10.1016/j.janxdis.2019.102112.
- COHAN, S. L., CHAVIRA, D. A., STEIN, M. B., 2006. Practitioner Review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: a critical evaluation of the literature from 1990–2005. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. [online]. 47(11), s. 1085-1097. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2006.01662.x.
- CUNNINGHAM, CH. E., MCHOLM, A., BOYLE, M. H., PATEL, S., 2004. Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social relationships in children with selective mutism. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. [online]. 45(8), s. 1363-1372. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2004.00327.x.
- DRIESSEN, J., BLOM, J. D., MURIS, P. et al., 2020. Anxiety in Children with Selective Mutism: A Meta-analysis. *Child Psychiatry & Human Development*. [online]. 51, s. 330–341. DOI: 10.1007/s10578-019-00933-1.
- ELBRECHT, C., ANTCLIFF, L. R., 2014. Being touched through touch. Trauma treatment through haptic perception at the Clay Field: A sensorimotor art therapy. *International Journal of Art Therapy*. [online]. 19(1), s. 19-30. DOI: 10.1080/17454832.2014.880932.
- ELBRECHT, C., 2022. Přístup odspodu nahoru usnadňující léčení traumatu pomocí metody Práce v hliněném poli®. In: *Práce v hliněném poli®*. Sborník k sympoziu. Olomouc: Univerzita Palackého, s. 15-39. ISBN 978-80-244-6170-0.
- HELLER, L., LAPIERRE, A., 2016. *Uzdravení vývojového traumatu*. Olomouc: Fontána. ISBN 978-80-7336-836-4.

- HONG, N., HERRERA, A., FURR, J. M., GEORGIADIS, CH., CRISTELLO, J., HEYMANN, P., DALE, CH. F., HEFLIN, B., SILVA, K., CONROY, K., CORNACCHIO, D., COMER, J. S., 2022. Remote Intensive Group Behavioral Treatment for Families of Children with Selective Mutism. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*. [online]. DOI: 10.1080/23794925.2022.2062688.
- KEARNEY, CH. A., REDE, M., 2021. The Heterogeneity of Selective Mutism: A Primer for a More Refined Approach. *Frontiers of Psychology*. [online]. 12. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.700745.
- KLEIN, E. R., ARMSTRONG, S. L., SHIPON-BLUM, E., 2013. Assessing Spoken Language Competence in Children With Selective Mutism: Using Parents as Test Presenters. *Communication Disorders Quarterly*. [online]. 34(3), s. 184-195. DOI: 10.1177/1525740112455053.
- KRISTENSEN, H., OERBECK, B., MANASSIS, K., 2019. *Pediatric Anxiety Disorders. Chapter 11 – Selective Mutism*. [online]. s. 225-250. ISBN 9780128130049. DOI: 10.1016/B978-0-12-813004-9.00011-6.
- LEVINE, P. A., KLINEOVÁ, M., 2012. *Trauma očima dítěte. Probouzení obyčejného zázraku léčení*. Praha: Maitrea. ISBN 978-80-87249-27-7.
- LORENZO, N. E. et al., 2020. Expanding Treatment Options for Children With Selective Mutism: Rationale, Principles, and Procedures for an Intensive Group Behavioral Treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*. [online]. 28(3), s. 379-392. DOI: 10.1016/j.cbpra.2020.06.002.
- MULLIGAN, CH. A., HALE, J. B., SHIPON-BLUM, E., 2015. Selective Mutism: Identification of Subtypes and Implications for Treatment. *Journal of Education and Human Development*. [online]. 4(1), s. 79-96. DOI: 10.15640/jehd.v4n1a9.
- OERBECK, B., STEIN, M. B., WENTZEL-LARSEN, T., LANGSRUD, Ø., KRISTENSEN, H., 2014. A randomized controlled trial of a home and schoolbased intervention for selective mutism – defocused communication and behavioural techniques. *Child and Adolescent Mental Health*. [online]. 19(3), s. 192-198. DOI: 10.1111/camh.12045.
- OERBECK, B., OVERGAARD, K. R., STEIN, M. B. et al., 2018. Treatment of selective mutism: a 5-year follow-up study. *European Child & Adolescent Psychiatry*. [online]. 27, s. 997-1009. DOI: 10.1007/s00787-018-1110-7.
- PEREIRA, C. R., ENSINK, J. B. M., GÜLDNER, M. G., KAN, K. J., de JONGE, M. V., LINDAUER, R. J. L., UTENS, E. M. W. J., 2020. Effectiveness of a behavioral treatment protocol for selective mutism in children: Design of a randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials Communications*. [online]. 19. ISSN 2451-8654. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2020.100644>.
- PORGES, S. W., 2011. *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. New York: W. W. Norton & Co. ISBN 0393707008.
- Short Sensory Profile, 1999. [online]. The Psychological Corporation. [cit. 2023-10-01]. Dostupné z: <https://www.abilitylearningcenter.com/>.
- STANDARDYPÉČE – MUTISMUS. [online]. Asociace klinických logopedů ČR. [cit. 2023-10-01]. Dostupné z: <https://www.klinickalogopedie.cz/>.
- SUZUKI, T., TAKEDA, A., TAKADAYA, Y., FUJII, Y., 2020. Examining the Relationship between Selective Mutism and Autism Spectrum Disorder. *Asian Journal of Human Services*. [online]. 19, s. 55-62. DOI: 10.14391/ajhs.19.55.
- ZAKSZESKI, B. N., DuPAUL, G. J., 2017. Reinforce, shape, expose, and fade: a review of treatments for selective mutism (2005–2015). *School Mental Health*. [online]. 9, s. 1-15. DOI: 10.1007/s12310-016-9198-8.

ÚVOD DO PROBLEMATIKY AUTISMU V KONTEXTECH PARADIGMATU NEURODIVERZITY A PŘÍSTUPU ZAMĚŘENÉHO NA ČLOVĚKA

INTRODUCTION TO APPROACHING AUTISM WITHIN THE CONTEXTS OF THE NEURODIVERSITY PARADIGM AND THE PERSON-CENTRED APPROACH

Miklós Csémy¹ 



Miklós Csémy

English translation
of the article available [HERE](#)

Abstrakt

Cílem práce je popsat roli paradigmatu neurodiverzity ve vnímání autismu a zhodnotit jeho implikace pro klinickou praxi. Diagnostická kritéria a konceptualizace autismu prošla během posledního století řadou změn. Původně byl autismus součástí konceptu schizofrenie, následovalo Kannerovo pojetí, které bylo později rozšířeno o Aspergerův syndrom. Výrazné generalizační změny v klasifikaci autismu jsou patrné v 5. vydání DSM i 11. revizi MKN. Tradiční medicínské modely autismu, jako je triáda postižení a teorie mysli, v důsledku štěpící povahy medicínského jazyka nedostačují k popisu celku autistické zkušenosti. Štěpení může ovlivňovat způsoby intervence, stejně jako rodičovský i odborný přístup ke klientovi a jeho vlastní identitu. Přínos diagnostiky pro klinickou praxi je tak limitovaný, diagnostické nástroje autismu převážně nejsou koncipovány pro správnou diferenciaci souběžně se vyskytujících diagnóz, zejména traumatu. Práce s diagnózou nese riziko, že části klientovy zkušenosti budeme přisuzovat diagnóze, namísto abychom je viděli jako smysluplné v kontextu individuálního vývoje. Přínosem paradigmatu neurodiverzity je to, že nabízí jazyk, skrze který se můžeme vztahovat k celku klientovy zkušenosti.

Abstract

The aim of this review is to describe the role of the neurodiversity paradigm in the perception of Autism and other neurodevelopmental phenomena and to evaluate

its implications for clinical practice. The diagnostic criteria and conceptualisation of Autism have undergone a number of changes over the past hundred years. Initially, Autism was part of the concept of schizophrenia, followed by Kanner's concept, which was later expanded to include Asperger's syndrome; significant generalising changes in the classification of Autism are evident in the 5th edition of the DSM and the 11th edition of the ICD. Traditional medical models of Autism, such as the Triad of Impairments and the Theory of Mind are insufficient in describing a client's autistic experience, due to the splitting nature of medical language. Splitting may influence intervention modalities, as well as how parents and professionals approach the client, and the client's own identity. The contribution of diagnosis to clinical practice is therefore limited; diagnostic tools for Autism are largely not designed to correctly differentiate co-occurring conditions, particularly trauma. Working off the diagnosis involves the risk of confusing events meaningful in the context of the client's individual development for attributes tied to the diagnosis. The language of the neurodiversity paradigm provides a way to relate to the totality of the client's experience.

Klíčová slova

autismus, ADHD, trauma, neurodiverzita

Keywords

Autism, ADHD, trauma, neurodiversity

¹Mgr. Miklós Csémy, Soukromá praxe Neurodiverzita.cz, Plaská 7, 150 00 Praha 5, Česká republika. E-mail: miklos.csemy@gmail.com.

Úvod

Autismus, ADHD, vývojová dysfázie a další související jevy jsou v současnosti klasifikačně nahlíženy jako neurovývojové poruchy. V desáté revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) (World Health Organization, 2004) nacházíme v kategorii F84 Pervazivní vývojové poruchy např. Dětský autismus (F84.0) a Atypický autismus (F84.1). Aspergerův syndrom (F84.5) je veden jako separátní pervazivně-vývojová porucha. Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84.4) je spojena s omezením intelektu a rozlišena od Poruchy aktivity a pozornosti (F90) a Hyperkinetické poruchy chování (F90.1). Pátá verze Diagnostického a statistického manuálu (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) zavádí souhrnnou kategorii Poruchy autistického spektra (*autism spectrum disorders*, ASD). Dřívější samostatné klasifikace „Asperger's disorder“ a „pervasive developmental disorder“ jsou v páté verzi sloučeny pod klasifikaci ASD. V MKN-11 (World Health Organization, 2019) taktéž dochází ke sloučení dětského autismu a Aspergerova syndromu pod jedinou kategorii „Porucha autistického spektra“ (6A02) a zároveň „Hyperkinetickou poruchu chování“ nahrazuje klasifikace „Porucha pozornosti s hyperaktivitou“ (6A05), která spadá do kategorie neurovývojových poruch. V MKN-11 nalezneme tři významné změny:

- klasifikace se odvolává na typičnost nebo atypičnost v jednání, prožívání, reakcích atp., přičemž používá například formulaci „které jsou zjevně netypické nebo nepřiměřené“ (6A02) (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2023) nebo „outside the expected range of typical functioning“ (6A02) (World Health Organization, 2019) v původním anglickém znění;
- symptomy se nově mohou projevit nejen v dětství, ale kdykoliv v průběhu života, nebo mohou být zvnějšku nepozorovatelné, s ohledem na „výjimečnou snahu, která se pojí s jejich skrýváním“ (6A02) (World Health Organization, 2019);
- mezi základní znaky nyní patří senzorické obtíže.

Detailní přehled změn v klasifikaci autismu v ICD-11 a integrativní komentář nabízí Greaves-Lords (2022). Vývoj klasifikace napříč jednotlivými verzemi DSM a MKN a jejich epidemiologický dopad popisuje Tsai (2014). Do roku 1971 byl autismus součástí klasifikačního konceptu schizofrenie (Bleuler, 1950), ze kterého

jej vydělil Kolvin (1971). Původně byl autismus spojen s přemírou fantazijních představ, později je paradoxně spojován s afantazií (Evans, 2013). Kannerovské vymezení autismu (Kanner, 1943) se ukázalo jako nedostatečné, chyběla reflexe charakteristik autismu, které popisoval Asperger (1944) a Sukhareva (2022). Výsledné klasifikační rozlišení na kannerovský autismus a Aspergerův syndrom (Wing, 1981) bylo zrušeno uvedením DSM-5 a MKN-11. Formulace, kterou používá pro popis autismu MKN-11, připouští možnost existence aspektů autistické zkušenosti, které nemají charakter patologie, z povahy svého účelu se jimi však MKN nezabývá. Cílem práce je prozkoumat roli paradigmatu neurodiverzity v setkávání s autismem v klinické praxi. Jak uvádí Russell (2020), hnutí za neurodiverzitu usiluje o nepatologizující formu identity. Jde o aktivistickou snahu, která usiluje o změnu v oblasti lidských práv tak, jak se to v minulosti stalo v případě homosexuality, která bývala také klasifikována jako porucha (Dyck a Russell, 2020). Z tohoto pohledu však nejde jen o lidskoprávní problematiku, ale o implikaci klasifikační změny, která musí být nutně spojena s dopadem na klinickou praxi. Odsud pochází hypotéza předkládané práce, tedy, že teoretická východiska paradigmatu neurodiverzity mají dopad na způsob práce s autistickými klienty v klinické praxi.

Metodologie

Rychlý přehled (*rapid review*). Primárním zdrojem databázového hledání byl akademický vyhledávač Google Scholar, doplněný o literární a internetovou rešerši se zaměřením na klíčové autory a témata. Zejména s ohledem na mezioborový charakter práce a formát rychlého přehledu se Google Scholar zdál být dostatečným základem pro hledání. Rozsáhlejší práce, např. systematický přehled, by se už neobešla bez specifického databázového hledání.

Klíčová slova: ABA, ADHD, Asperger's, Autism, Clinical Practice, Diagnostic Criteria, Disability, Dissociation, DSM, Empathy, ICD, Identity, Intervention, Language, medical model, Neurodivergence, Neurodiversity, Psychotherapy, PTSD, Schizophrenia, Social Communication, Speech Therapy, Splitting, Theory of Mind, Therapy, Trauma, Triad of Impairments.

Zohledněny byly zdroje v anglickém a českém jazyce. Časovým kritériem byly texty od roku 1910 až po současnost. Rok 1910 je vhodně zvolenou spodní hranicí s ohledem na to, že v té době Bleuler (1950)

poprvé vymezil autismus jako součást konceptu schizofrenie. Tak lze reflektovat celý historický kontext, včetně prekannerovského období. Pro reprezentaci medicínských modelů autismu byly zvoleny známé a často citované modely: triáda postižení a teorie mysli. Koncept štěpení, který stojí v jádru argumentace o potřebě jazyka neurodiverzity, je termínem psychoanalytické teorie, proto do kritérií spadá literatura z oblasti psychologie a psychoanalytické teorie, která si opět vyžaduje širší rozsah časových kritérií, a z oblasti „disability studies“ a neurodiverzity. Pro zhodnocení dopadu na klinickou práci bylo třeba zařadit literaturu napříč obory, kritériem byl vztah ke klinické praxi v oblasti psychoterapie, medicíny či logopedie. Vyloučeny pak byly argumentace, které se tématu věnují ze širšího lidskoprávního sociologického hlediska a z pohledu souvisejícího s identitou na základě genderové identifikace nebo etnické příslušnosti. Je nutno konstatovat, že zejména poslední dvě jmenované oblasti mohou mít významnou relevanci ve vztahu k identitě a klinické praxi.

V přehledu klasifikačních nástrojů se kritéria omezila na 4. a 5. verzi DSM a 10. a 11. revizi MKN a na články a přehledové studie, které se věnují posunům a změnám mezi jednotlivými verzemi. K datu odevzdání přehledu není k dispozici finální oficiální česká lokalizace 11. revize. Práce odkazuje na českou variantu 11. revize MKN tam, kde existuje česká lokalizace, a na anglickou verzi tam, kde lokalizace ještě není k dispozici. V některých momentech cituje práce obě varianty z důvodu jazykových nuancí.

Relevance screeningu byla hodnocena z abstraktů, relevance citovaných zdrojů z plného textu. Na základě stanovených kritérií bylo vybráno 116 zdrojů. S ohledem na požadovaný rozsah práce nebyly některé méně relevantní nebo obsahově blízké zdroje v předkládané verzi použity.

Střet zájmů

Autor práce pracuje v modalitě přístupu zaměřeného na člověka, jehož východiska jsou v mnohém v souladu s paradigmatem neurodiverzity.

Poznámka k terminologii

Při odkazování na autismus je užito termínů autismus, autistický v souladu s přístupem tzv. „identity-first language“ (viz např. Taboas et al., 2003).

Výsledky

V rámci narativní syntézy byly identifikovány tři momenty, které pomáhají ozřejmit implikace teoretického rámce paradigmatu neurodiverzity pro klinickou praxi. V první řadě je to absence přesvědčivého univerzálního modelu autismu, který by dostatečně vysvětloval klinicky, objektivně i subjektivně pozorovatelnou autistickou zkušenost a zároveň nabídl jasná kritéria pro diferenciaci patologie a běžné zkušenosti. Ve druhé řadě je to implicitně štěpící povaha medicínského jazyka, která nás nutí k parciálnímu popisu a vnímání klientovy zkušenosti, což má dopad na oblast diagnostiky i způsoby intervence. Ve třetí řadě je to pak způsob, kterým neštěpící jazyk vede k posunu od práce s diagnózou k práci se samotným klientem v rámci konkrétní neurodivergence, která je chápána jako kombinace vrozených aspektů a důsledků vývoje.

Hranice známých modelů, limity jazyka

Mezi často uváděná východiska pro klasifikaci autismu patří a) triáda postižení, b) teorie mysli. Triádou postižení (Wing a Gould, 1979) rozumíme 1) postižení v oblasti sociální interakce, 2) abnormality ve vývoji jazyka pozorovatelné v řeči i gestikulaci, 3) behaviorální repertoár opakovaných stereotypizovaných pohybů. Triáda byla významným faktorem pro klasifikaci autismu v DSM-4 a ICD-10 (Happé a Ronald, 2008). Cashin a Barker (2009) tvrdí, že behaviorálně orientovaná triáda je důsledkem triády v oblasti kognitivního fungování: 1) vizuálního zpracování informací, 2) postižení abstrakce a 3) postižení v oblasti teorie mysli (*Theory of Mind*, ToM). Koncept ToM (Baron-Cohen et al., 1985) přispěl k populární a dodnes uváděné představě, že autisté nejsou schopni empatie, přestože sám Baron-Cohen (1988) rozlišuje dvě složky empatie – afektivní a kognitivní. Problémy v sociální interakci pak řadí právě do kognitivní oblasti, schopnosti si představit, co zažívá druhý. ToM podrobilo kritice několik výzkumných týmů, např. Zelazo et al. (2002). Gernsbacher a Yergeau (2019) obsáhle zdokumentovali nedostatky ToM, včetně selhání v základních kritériích vědecké práce, jakými jsou princip univerzálnosti, specifity nebo opakované proveditelnosti. U triády postižení neexistuje jediný faktor, který by objasňoval všechny tři části triády (Happé a Ronald, 2006), ani žádná konzistentní neurochemická,

neurofyzilogická nebo neuroanatomická abnormalita, která by indikovala autismus (Bolis et al., 2018). Chybí rozlišení hranice mezi patologií a běžnou lidskou vlastností (London, 2007). Koncept dvojité empatie (Milton, 2012) rozporuje jednostrannou atribuci obtíží v sociální komunikaci. Tu vnímá jako problematiku reciprocitu a vzájemnosti plynoucí z rozlišných zkušeností a neurologického fungování autistů a neautistů. Pro neautisty je složité číst sociální reakce autistů (Sheppard et al., 2016), v důsledku čehož jsou autisté vnímáni nepříznivě (Sasson et al., 2017; Alkhadi et al., 2019; Scheerer et al., 2022). Při srovnání dynamiky komunikace těchto dvou skupin nejsou významné rozdíly v iniciaci sociálního kontaktu a reakci na něj (Chen et al., 2021; Chen et al., 2021). Komunikace funguje dobře v rámci homogenních skupin, v případech heterogenních dochází ke zkreslení (Crompton et al., 2020).

Binárního stavu, kdy odlišná vývojová dráha jedince a jeho způsob uvažování, vyjadřování a chování jsou pro nás buď jazykově zcela neuchopitelné, nebo jde o postižení, si všímá Singer (1999) a mluví o potřebě nového jazyka, který nám umožní lépe uchopit a reflektovat skutečnost, se kterou se setkáváme. K popisu autistické zkušenosti nám chybí vhodný jazyk k rozlišení mezi interpretací behaviorálně pozorovatelné intencionality a nenahlédnutelnou vnitřní zkušeností autistů (Hacking, 2009). To dokladuje i video „V mém jazyce“ (Baggs, 2007). Důsledkem je, že se chováme tak, jako kdyby to, co nevidíme, neexistovalo (Lovett, 1996). Jazyk 11. revize MKN je opatrnější – odlišnosti lze považovat za deficit, pokud „jsou dostatečně závažné, aby vedly k postižení v osobních, rodinných, sociálních, vzdělávacích, pracovních nebo jiných důležitých oblastech fungování“ (6A02) (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2023). Postižení je dnes však definováno abnormalitou, nikoliv závažností dopadu daného jevu na jedince (Kunc a Van der Klift, 2019), jinak bychom za postižení museli považovat např. i velmi silné případy migrény, které znemožňují běžné fungování. Můžeme pozorovat i terminologický posun k označení „autism spectrum condition“ (např. Lai et al., 2013). Vědecká obec je v přístupu k problematice autismu fragmentovaná, a to jak v použitém jazyce, tak ve východiscích, hypotézách i oblasti spokojenosti s výzkumem, a v práci s daty (Botha a Cage, 2022).

Štěpení

Důsledkem jazykových limitací ve vztahu k autismu je štěpení intrapsychické reprezentace klienta. Psychoanalytická teorie pracuje s konceptem štěpení (Faribairn, 1940), v němž dělíme zkušenost s realitou na dvě oddělené části, dobrou a špatnou. Dobrou část vědomě akceptujeme, ta špatná bývá popřená, stává se součástí nevědomých fantazií (Klein, 1975). Dle Melanie Klein (1975) je vývojově důležité dosáhnout schopnosti ambivalence, kdy tentýž objekt může být zároveň chápán jako dobrý i jako špatný. Jazyk medicínského modelu je implicitně štěpícím jazykem (Carveth, 2023). Štěpení nám brání přemýšlet o celku klientova života a prožívání v kontextu jeho vývoje a zkušeností (Yergeau, 2018). Kde nerozumíme jeho projevu, regredujeme ke štěpení konstatováním, že za to může autismus (Mack, 2019). V takových momentech přisuzujeme autismu charakteristiky, které mu nenáleží. Je zde symptomatický překryv posttraumatické stresové poruchy (PTSD) (Baudino et al., 2010; Pöthe, 2023; Pöthe a Očková, 2023), adverzní dětské zkušenosti (Dodds, 2020), hraniční poruchy osobnosti (Dell'Osso et al., 2023) nebo dalších obtíží (Takara et al., 2015). Alvarez (1992) popisuje v kazuistice autistického chlapce zjevně disociativní stavy. Moskowitza et al. (2019) obsáhle dokladuje roli disociativních stavů ve vztahu k traumatu a PTSD a ilustruje běžné případy mylné diagnózy. Velkou pravděpodobnost souběhu s PTSD uvádí i Kildahl et al. (2019). Nástroje pro diagnostiku autismu jsou v tomto směru značně limitovány (Friveaux et al., 2019). Souběh diagnóz je přitom spíše pravidlem než výjimkou, proto může být nebezpečné, pokud stanovujeme intervenci jen na základě jedné diagnózy (Thapar et al., 2017).

Rodiče štěpí na fantazie o zdravém dítěti, které měli doma před diagnózou, a na dítě, které trpí autismem. Součástí této fantazie je představa, že někdy existovalo „neautistické“ dítě, které se skrývá pod slupkou autismu (Sinclair, 2009). Taková fantazie se projevuje v urputném odmítání hovořit o autistickém člověku jinak než jako o „člověku s autismem“. Jde o psychologickou obranu (Walker, 2021). Opuštění této představy je přechodem k ambivalenci. Jen samotná intervence pro rodiče, která jim umožní vnímat jednání dítěte jako smysluplné a spojené s jeho intencemi a touhami, může vést ke zlepšení komunikace (Aldred et al., 2004; Mahoney a Perales, 2003).

Některé intervenční metody pracují se štěpenou fantazií jako s realitou, např. aplikovaná behaviorální analýza (ABA) bývá označována za *evidence-based* přístup (mj. Smith, 2013). Sandbank et al. (2020) ale v metaanalýze konstatují nedostatek kvalitně provedených výzkumů. Účinnost, kterou uvádí Lovaas (1987), se v randomizované klinické zkoušce nepodařilo replikovat (Smith et al., 2000, 2001). Donovan (2020) na základě rozsáhlého mnohaletého výzkumu konstatuje, že ABA terapie je neúčinná, bez ohledu na časový rozsah intervence. Někteří autoři poukazují na to, že ABA terapie může vést k traumatizaci a vzniku PTSD (Kupferstein 2018; Sandoval-Norton et al., 2019).

Následkem přístupů, které dítě motivují k popírání části jeho zkušenosti, může být štěpená, tedy fragmentovaná intrapsychická realita dítěte (Pöthe, 2022), jak to známe např. z rozvodových sporů (Woodall, 2022). Dítě se může identifikovat s přáním nebo představou okolí o tom, jaké by mělo být. Takovou reaktivní formu identity označoval Donald Winnicott za falešnou (Winnicott, 1960), Carl Rogers (1961) mluvil o falešných rolích. Tzv. autistické maskování je referováno i v MKN-11 jako „výjimečná snaha, která se pojí s jejich skrýváním“ (6A02) (World Health Organization, 2019). Dle výzkumu patří k rizikovým faktorům pro úzkost, depresi a suicidalitu (Cassidy et al., 2018; Hull et al., 2021). Abychom se v klinické práci vyhnuli štěpení, potřebujeme jazyk, který by nám umožnil reflektovat klientovu zkušenost v jejím celku.

Paradigma neurodiverzity

Neurodiverzita je biologickým faktem, který reflektuje nekonečné množství variant lidského neurokognitivního fungování (Walker, 2014). Chapman vnímá neurodiverzitu jako vědecký koncept, který umožňuje nový pohled na funkci a dysfunkci (Chapman, 2020). Paradigma neurodiverzity nabízí jazyk, kterým můžeme popisovat neurovývojové odlišnosti, aniž bychom je viděli jako zdroj stigmatizující diagnózy (Constantino, 2018). Assasumasu zavedla v roce 2000 termín neurodivergence pro označení „jakékoliv významné divergence z pohledu dominantních sociálních norem“ (Walker, 2021). Walker (2021) rozlišuje neurodivergenci genetickou a vrozenou (autismus, dyslexie), získanou zkušenostmi, které mění mozek (trauma), nebo danou kombinací obojího. Proces, jehož cílem je zvědomit vlastní neuro-normativní postoje a zkušenosti a hledat

porozumění pro svébytné neurodivergentní formy a způsoby prožívání a myšlení u sebe i druhých, nazývá neuroqueeringem (Walker 2021). Perspektivy paradigmatu neurodiverzity řadí Greaves-Lord (2020) pod tzv. biopsychosociální model (Engel, 1977). Je přirozeným vyústěním pnutí mezi medicínským a sociálním modelem a umožňuje reflektovat psychologické aspekty zkušenosti, jako například individuální jedinečnost (Whelpley et al., 2003). Na úrovni klinické praxe logopedů, psychiatrů, psychologů, psychoterapeutů a dalších profesí lze neurodivergenci rozumět v kontextu individuálního vývoje. Znamená to posun od práce s konkrétní diagnózou k práci s konkrétním klientem (De Thorne et al., 2021). Široká povaha autismu v kombinaci se souběžně se vyskytujícími jevy (tzv. komorbiditami) je natolik heterogenní (Lai et al., 2019) a životní osudy jsou natolik rozdílné (Kanner, 1971), že pro klinickou praxi má diagnóza omezenou informační hodnotu.

U klientů s diagnózou autismu hrozí, že jejich zkušenosti a obtíže budeme posuzovat jako důsledek autismu tam, kde bychom u klientů bez diagnózy za tímtož problémem viděli jiné příčiny (Mack, 2019). V rámci paradigmatu neurodiverzity opouštíme patologizující představy a terminologii „poruch“ a soustředíme se na klientovu zkušenost (Walker a Raymaker, 2021). Pro klienta je důležitá validace a přijetí jeho zkušenosti, včetně její jinakosti. Autismus nemusí být centrálním bodem konverzace, pokud sám klient neprojevuje potřebu se mu věnovat (Brook, 2023). Pokud si dovolíme neštěpit klientovo chování a prožívání v důsledku vlastních nebo vnějších normativních představ, umožníme mu integrovat všechny aspekty jeho zkušenosti, jak to popisuje Rogers (1961, s. 80): „Cílem tohoto procesu je, že klient objeví, že může být svou vlastní zkušeností v celé její šíři a zdánlivé rozporuplnosti; že může sám sebe vyjádřit na základě své zkušenosti, namísto toho, aby se snažil naroubovat vyjádření o sobě samém na svou zkušenost, čímž by zabránil vědomému přijetí těch částí, které nepasují.“

Aplikace perspektiv paradigmatu neurodiverzity nevylučuje současnou práci v rámci tradičního medicínského modelu (Sonuga-Barke a Thapar, 2021). Taková dynamika odpovídá modelu paradigmatických změn ve vědě, jak je popsal Kuhn (1962).

Závěr

Teoretická východiska paradigmatu neurodiverzity mají dopad na práci s klientem v klinické praxi, umožňují nám používat nepatologizující jazyk, a tím se vztahovat k celku zkušenosti klienta. Ve vztahu ke klientově prožívání a v kontextu jeho vývoje ji vnímáme jako smysluplnou, což nám brání v regresivním esencialismu, jehož důsledkem je aplikace normativních intervencí. Absence univerzálního modelu autismu, nedostatky existujících modelů a vysoce heterogenní povaha autistického spektra nás vedou k dynamickému přístupu ke klientovi a jeho zkušenosti. Autistická zkušenost, stejně jako jiné neurovývojové fenomény, nemusí být v práci s klientem explicitně pojmenována, abychom s ní mohli pracovat. Významnou roli může hrát trauma nebo souběžně se vyskytující stavy, které mohou být kontraindikací pro intervence specificky orientované na autismus.

Diskuse

Východiska paradigmatu neurodiverzity mohou formovat naši klinickou praxi, avšak historický kontext problematiky autismu a perspektivy tradičních modelů, jako je medicínský a biopsychosociální, musí být nevyhnutelnou součástí vědecké diskuse. Proto je i předkládaná práce obsahově členěna na přehled tradičního pojetí, problematizaci a z nich vycházející vymezení role paradigmatu neurodiverzity. S ohledem na formát rychlého přehledu je povaha zdrojů poměrně různorodá, od náhodně kontrolovaných klinických studií (např. Smith et al., 2000, 2001) až po autoetnografické výpovědi v oblasti řeči a jazyka, jaké nabízí Baggs (2007). S ohledem na své limity nemohla práce prozkoumat některé modely autismu, které lze považovat za důležité, například model Teorie intenzivního světa (Markram a Markram, 2010), který nabízí neurovědecké perspektivy popisující senzorické aspekty autistické zkušenosti. Ty jsou nově reflektovány i v MKN-11. Ačkoliv paradigma neurodiverzity usiluje o nepatologizující pohled, nevyhýbá se termínu postižení, které často spojuje s tzv. sociálním modelem postižení (Oliver, 1990). Walker (2021) v tomto ohledu mluví o „sociálním traumatu“. Kromě postižení tak mohou důležitou roli hrát sexuální orientace, gender, socioekonomické realie, etnický původ a zkušenost s marginalizací, vztekem a bezmocí. Klíčové je zkoumání dynamiky divergence a normativity, přičemž individuální charakteristiky obou se v čase mění.

Možná i to je překážkou k formulaci statických modelů autismu. Vhodnější mohou být dynamické modely vzájemnosti, jak pro ně v oblasti sociální komunikace argumentují Bolis et al. (2023). Vědomí statické povahy současných modelů vede k potřebě pravidelné kritické revize

a reinterpretaci dosavadního vědění, jak to například v oblasti schizofrenie předvedl Moskowitz et al. (2019). Ačkoliv model neurodiverzity se dle předkládané práce zdá být neslučitelný s behaviorálními přístupy, Schuck et al. (2021) ve své práci naznačují teoretické možnosti rekonce

skrže naturalistické behaviorálně vývojové intervence. Perspektivy paradigmatu neurodiverzity tak existují souběžně s tradičními modely a mají svou nezaměnitelnou roli v klinické praxi i ve výzkumu.

Literatura

ALDRED, C., GREEN, J., ADAMS, C., 2004. A new social communication intervention for children with autism: pilot randomised controlled treatment study suggesting effectiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. [online]. 45(8), s. 1420-1430. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2004.00848.x.

ALKHALDI, R. S., SHEPPARD, E., MITCHELL, P., 2019. Is there a link between autistic people being perceived unfavorably and having a mind that is difficult to read?. *Journal of autism and developmental disorders*. [online]. 49(10), s. 3973-3982. DOI: 10.1007/s10803-019-04101-1.

ALVAREZ, A., 2012. *Live company: Psychoanalytic psychotherapy with autistic, borderline, deprived and abused children*. Londýn: Routledge. ISBN 9780203713839.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. vyd. Dostupné z: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.

ASPERGER, H., 1944. Die „Autistischen psychopathen“ im Kindesalter. *Archiv für psychiatrie und nervenkrankheiten*. 117(1), s. 76-136. DOI: 10.1007/bf01837709. Dostupné z: <https://sci-hub.se/10.1007/BF01837709>.

BAGGS, M., 2007. In My Language. [online]. YouTube. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=JnyLM1hI2jc>.

BARON-COHEN, S., 1988. Social and pragmatic deficits in autism: Cognitive or affective?. *Journal of autism and developmental disorders*. [online]. 18(3), s. 379-402. DOI: 10.1007/BF02212194.

BARON-COHEN, S., LESLIE, A. M., FRITH, U., 1985. Does the autistic child have a “theory of mind”?. *Cognition*. [online]. 21(1), s. 37-46. DOI: 10.1016/0010-0277(85)90022-8.

BARON-COHEN, S., WHEELWRIGHT, S., 2004. The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of autism and developmental disorders*. [online]. 34, s. 163-175. DOI: 10.1023/b:jadd.0000022607.19833.00.

BAUDINO, L. M., 2010. Autism spectrum disorder: A case of misdiagnosis. *American Journal of Dance Therapy*. [online]. 32(2), s. 113-129. DOI: 10.1007/s10465-010-9095-x.

BLEULER, E., 1950. *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. New York: International Universities Press.

BOLIS, D., BALSTERS, J., WENDEROTH, N., BECCHIO, C., SCHILBACH, L., 2018. Beyond autism: Introducing the dialectical misattunement hypothesis and a Bayesian account of intersubjectivity. *Psychopathology*. [online]. 50(6), s. 355-372. DOI: 10.1159/000484353.

BOLIS, D., DUMAS, G., SCHILBACH, L., 2023. Interpersonal attunement in social interactions: from collective psychophysiology to inter-personalized psychiatry and beyond. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*. [online]. 378(1870), s. 20210365. DOI: 10.1098/rstb.2021.0365.

BOTHA, M., CAGE, E., 2022. “Autism research is in crisis”: A mixed method study of researcher’s constructions of autistic people and autism research. *Frontiers in Psychology*. [online]. 13, s. 7397. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.1050897.

BROOK, Y., 2023. How talking therapists experience working with adult clients who have autism. *Counselling and Psychotherapy Research*. [online]. 23(1), s. 235-246. DOI: 10.1002/capr.12591.

CARVETH, D., 2023. The Crisis in Psychoanalysis. [online]. YouTube. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=a56kfAtLqtU>.

CASHIN, A., BARKER, P., 2009. The triad of impairment in autism revisited. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. [online]. 22(4), s. 189-193. DOI: 10.1111/j.1744-6171.2009.00198.x.

CASSIDY, S., BRADLEY, L., SHAW, R., BARON-COHEN, S., 2018. Risk markers for suicidality in autistic adults. *Molecular autism*. [online]. 9, s. 1-14. DOI: 10.1186/s13229-018-0226-4.

CHAPMAN, R., 2020. Defining neurodiversity for research and practice. In: *Neurodiversity studies: A new critical paradigm*. 1. vyd. Routledge, s. 218-220. ISBN 9780429322297.

CHEN, Y. L., MARTIN, W., VIDIKIS, R., PATTEN, K., 2021. Supporting peer engagement in adolescents on the autism spectrum with an inclusive, interest-based school. Rukopis předaný k publikování. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/>.

- CHEN, Y. L., SENANDE, L. L., THORSEN, M., PATTEN, K., 2021. Peer preferences and characteristics of same-group and cross-group social interactions among autistic and non-autistic adolescents. *Autism*. [online]. **25**(7), s. 1885-1900. DOI: 10.1177/13623613211005918.
- CONSTANTINO, C. D., 2018, September. What can stutterers learn from the neurodiversity movement?. *Seminars in Speech and Language*. [online]. **39**(4), s. 382-396. DOI: 10.1055/s-0038-1667166.
- CROMPTON, C. J., ROPAR, D., EVANS-WILLIAMS, C. V., FLYNN, E. G., FLETCHER-WATSON, S., 2020. Autistic peer-to-peer information transfer is highly effective. *Autism*. [online]. **24**(7), s. 1704-1712. DOI: 10.1177/1362361320919286.
- DAVID ZELAZO, P., JACQUES, S., BURACK, J. A., FRYE, D., 2002. The relation between theory of mind and rule use: evidence from persons with autism-spectrum disorders. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice*. [online]. **11**(2), s. 171-195. DOI: 10.1002/icd.304.
- DELL'OSSO, L., CREMONE, I. M., NARDI, B., TOGNINI, V., CASTELLANI, L., PERRONE, P., AMATORI, G., CARPITA, B., 2023. Comorbidity and Overlaps between Autism Spectrum and Borderline Personality Disorder: State of the Art. *Brain Sciences*. [online]. **13**(6), s. 862. DOI: 10.3390/brainsci13060862.
- DETHORNE, L. S., SEARSMITH, K., 2021. Autism and neurodiversity: Addressing concerns and offering implications for the school-based speech-language pathologist. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*. [online]. **6**(1), s. 184-190. DOI: 10.1044/2020_PERSP-20-00188.
- DODDS, R. L., 2021. An exploratory review of the associations between adverse experiences and autism. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. [online]. **30**(8), s. 1093-1112. DOI: 10.1080/10926771.2020.1783736.
- DONOVAN, M. P., 2020. *The Department of Defense Comprehensive Autism Care Demonstration Annual Report. Report to the Committees on Armed Services of the Senate and House of Representatives*. Dostupné z: <https://www.health.mil>.
- DYCK, E., RUSSELL, G., 2020. Challenging psychiatric classification: Healthy autistic diversity and the neurodiversity movement. *Healthy minds in the twentieth century: In and beyond the asylum*. [online]. s. 167-187. Dostupné z: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-27275-3_8.
- ENGEL, G. L., 1977. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. [online]. **196**(4286), s. 129-136. DOI: 10.1126/science.847460.
- EVANS, B., 2013. How autism became autism: The radical transformation of a central concept of child development in Britain. *History of the human sciences*. [online]. **26**(3), s. 3-31. DOI: 10.1177/0952695113484320.
- FAIRBAIRN, W. R. D., 1940. Schizoid factors in the personality. In: *Psychoanalytic Studies of the Personality*. Routledge, 1952. ISBN 9780203129449.
- FRIGAUX, A., EVRARD, R., LIGHEZZOLO-ALNOT, J., 2019. ADI-R and ADOS and the differential diagnosis of autism spectrum disorders: Interests, limits and openings. *L'encephale*. [online]. **45**(5), s. 441-448. DOI: 10.1016/j.encep.2019.07.002.
- GERNSBACHER, M. A., YERGEAU, M., 2019. Empirical failures of the claim that autistic people lack a theory of mind. *Archives of scientific psychology*. [online]. **7**(1), s. 102. DOI: 10.1037/arc0000067.
- GREAVES-LORD, K., SKUSE, D., MANDY, W., 2022. Innovations of the ICD-11 in the field of Autism Spectrum Disorder: A psychological approach. *Clinical Psychology in Europe*. [online]. **4**. DOI: 10.32872/cpe.10005.
- HACKING, I., 2009. Autistic autobiography. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. [online]. **364**(1522), s. 1467-1473. DOI: 10.1098/rstb.2008.0329.
- HAPPÉ, F., RONALD, A., PLOMIN, R., 2006. Time to give up on a single explanation for autism. *Nature neuroscience*. [online]. **9**(10), s. 1218-1220. DOI: 10.1038/nn1770.
- HAPPÉ, F., RONALD, A., 2008. The 'fractionable autism triad': a review of evidence from behavioural, genetic, cognitive and neural research. *Neuropsychology review*. [online]. **18**, s. 287-304. DOI: 10.1007/s11065-008-9076-8.
- HULL, L., LEVY, L., LAI, M. C., PETRIDES, K. V., BARON-COHEN, S., ALLISON, C., SMITH, P., MANDY, W., 2021. Is social camouflaging associated with anxiety and depression in autistic adults?. *Molecular autism*. [online]. **12**(1), s. 1-13. DOI: 10.1186/s13229-021-00421-1.
- KANNER, L., 1943. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous child*. [online]. **2**(3), s. 217-250. Dostupné z: kanner.1943.pdf (th-hoffmann.eu).
- KANNER, L., 1971. Follow-up study of eleven autistic children originally reported in 1943. *Journal of autism and childhood schizophrénia*. [online]. **1**(2), s. 119-145. DOI: 10.1007/BF01537953.
- KAREN, W., 2022. *What is Induced Psychological Splitting and Why Does it Matter?* Dostupné z: <https://karenwoodall.blog/2022/09/13/what-is-induced-psychological-splitting-and-why-does-it-matter/>.

- KILDAHL, A. N., BAKKEN, T. L., IVERSEN, T. E., HELVERSCHOU, S. B., 2019. Identification of post-traumatic stress disorder in individuals with autism spectrum disorder and intellectual disability: A systematic review. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*. [online]. 12(1-2), s. 1-25. DOI: 10.1080/19315864.2019.1595233.
- KLEIN, M., 1975. *Love, guilt and reparation and other works 1921-1945*: Hogarth Press. ISBN 9780701204082.
- KOLVIN, I., 1971. Psychoses in childhood – a comparative study. In: RUTTER, M. (ed.). *Infantile Autism: Concepts, characteristics and treatment*. Churchill-Livingstone, 1971, s. 7-26.
- KUHN, T. S., 2012. *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press. ISBN: 9780226458113.
- KUNC, N., VAN DER KLIFT, E., 2019. Being Realistic Isn't Realistic: Collected essays on disability, identity, inclusion and innovation. Victoria, BC: Tellwell Talent. ISBN: 978-1-77370-837-9.
- KUPFERSTEIN, H., 2018. Evidence of increased PTSD symptoms in autistics exposed to applied behavior analysis. *Advances in Autism*. [online]. 4(1), s. 19-29. DOI: 10.1108/AIA-08-2017-0016.
- LAI, M. CH., KASSEE, C., BESNEY, R., BONATO, S., HULL, L., MANDY, W., SZATMARI, P., AMEIS, S. H., 2019. Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. [online]. 6(10), s. 819-829. DOI: 10.1016/S2215-0366(19)30289-5.
- LAI, M. CH., LOMBARDO, M. V., CHAKRABARTI, B., BARON-COHEN, S., 2013. Subgrouping the autism "spectrum": reflections on DSM-5. *PLoS Biology*. [online]. 11(4), s. e1001544. DOI: 10.1371/journal.pbio.1001544.
- LONDON, E., 2007. The role of the neurobiologist in redefining the diagnosis of autism. *Brain pathology*. [online]. 17(4), s. 408-411. DOI: 10.1111/j.1750-3639.2007.00103.x.
- LOVAAS, O. I., 1987. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of consulting and clinical psychology*. [online]. 55(1), s. 3. DOI: 10.1037/0022-006X.55.1.3.
- LOVETT, H., 1996. *Learning to listen: positive approaches and people with difficult behaviour*. Baltimore: H. Brookes Publishing Co. ISBN: 978-1557661647
- MACK, J. A., 2019. *Lived experiences of counselors providing counseling to adults with autism spectrum disorder: A qualitative phenomenological study*. Dissertations. University of Northern Colorado. Dostupné z: <https://digscholarship.unco.edu/dissertations/629>.
- MAHONEY, G., PERALES, F., 2003. Using relationship-focused intervention to enhance the social-emotional functioning of young children with autism spectrum disorders. *Topics in Early Childhood Special Education*. [online]. 23(2), s. 74-86. DOI: 10.1177/02711214030230020301.
- MARKRAM, K., MARKRAM, H., 2010. The intense world theory—a unifying theory of the neurobiology of autism. *Frontiers in human neuroscience*. [online]. 4, s. 224. DOI: 10.3389/fnhum.2010.00224.
- MILTON, D. E., 2012. On the ontological status of autism: The 'double empathy problem'. *Disability & society*. [online]. 27(6), s. 883-887. DOI: 10.1080/09687599.2012.710008.
- MOSKOWITZ, A., DORAHY, M. J., SCHÄFER, I., 2019. *Psychosis, trauma and dissociation: Evolving perspectives on severe psychopathology*. John Wiley & Sons. ISBN 9781119952855.
- OLIVER, M., 1990. *The individual and social models of disability*. Dostupné z: <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/Oliver-in-soc-dis.pdf>.
- PÖTHE, P., 2022. Vývojová a vztahová terapie dětí. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1958-3.
- PÖTHE, P., OČKOVÁ, L., 2022. O autismu a posttraumatické stresové poruše se Sheilou Levi. *Aplikovaná dětská psychoanalýza*. [online]. 1(2), s. 7-15. Dostupné z: <https://www.adpsa.cz>.
- ROGERS, C. R., 1961. *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin. ISBN 0-395-75531-X.
- RUSSELL, G., 2020. Critiques of the neurodiversity movement. In: KAPP, S. K.: *Autistic community and the neurodiversity movement. Stories from the frontline*. Springer Nature, 2020, s. 287-303. ISBN 978-981-13-8436-3.
- SANDBANK, M., BOTTEMA-BEUTEL, K., CROWLEY, S., CASSIDY, M., DUNHAM, K., FELDMAN, J. I., CRANK, J., ALBARRAN, S. A., RAJ, S., MAHBUB, P., WOYNAROSKI, T. G., 2020. Project AIM: Autism intervention meta-analysis for studies of young children. *Psychological Bulletin*. [online]. 146(1), s. 1. DOI: 10.1037/bul0000215.
- SANDOVAL-NORTON, A. H., SHKEDY, G., SHKEDY, D., 2019. How much compliance is too much compliance: Is long-term ABA therapy abuse?. *Cogent Psychology*. [online]. 6(1), s. 1641258. DOI: 10.1080/23311908.2019.1641258.
- SASSON, N. J., FASO, D. J., NUGENT, J., LOVELL, S., KENNEDY, D. P., GROSSMAN, R. B., 2017. Neurotypical peers are less willing to interact with those with autism based on thin slice judgments. *Scientific reports*. [online]. 7(1), s. 1-10. DOI: 10.1038/srep40700.
- SCHEERER, N. E., BOUCHER, T. Q., SASSON, N. J., IAROCCI, G., 2022. Effects of an educational presentation about autism on high school students' perceptions of autistic adults. *Autism in Adulthood*. [online]. 4(3), s. 203-213. DOI: 10.1089/aut.2021.0046.

- SHEPPARD, E., PILLAI, D., WONG, G. T. L., ROPAR, D., MITCHELL, P., 2016. How easy is it to read the minds of people with autism spectrum disorder?. *Journal of autism and developmental disorders*. [online]. **46**, s. 1247-1254. DOI: 10.1007/s10803-015-2662-8.
- SCHUCK, R. K., TAGAVI, D. M., BAIDEN, K. M., DWYER, P., WILLIAMS, Z. J., OSUNA, A., FERGUSON, E. F., JIMENEZ MUÑOZ, M., POYSER, S. K., JOHNSON, J. F., VERNON, T. W., 2021. Neurodiversity and autism intervention: Reconciling perspectives through a naturalistic developmental behavioral intervention framework. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. [online]. **52**(10), s. 1-21. DOI: 10.1007/s10803-021-05316-x.
- SINCLAIR, J., 1993. Don't mourn for us. [online]. Dostupné z: http://www.autreat.com/dont_mourn.html.
- SINGER, J., 1999. Why can't you be normal for once in your life? From a problem with no name to the emergence of a new category of difference. In: CORKER, M., FRENCH, S. Disability discourse. Disability, human rights, and society. McGraw-Hill Education, 1999, s. 59-70. ISBN 9780335202225.
- SMITH, T., 2013. What is evidence-based behavior analysis? *The Behavior Analyst*. [online]. **36**(1), s. 7-33. DOI: 10.1007/BF03392290.
- SMITH, T., GROEN, A. D., WYNN, J. W., 2000. Randomized trial of intensive early intervention for children with pervasive developmental disorder. *American journal on mental retardation*. [online]. **105**(4), s. 269-285. DOI: 10.1352/0895-8017(2000)105<0269:RTOIEI>2.0.CO;2.
- SMITH, T., GROEN, A. D., WYNN, J. W., 2001. Erratum. *American Journal of Mental Retardation*. [online]. **106**(3), s. 208. DOI: 10.1352/0895-8017(2000)105<0269:RTOIEI>2.0.CO;2.
- SONUGA-BARKE, E., THAPAR, A., 2021. The neurodiversity concept: is it helpful for clinicians and scientists?. *The Lancet Psychiatry*. [online]. **8**(7), s. 559-561. DOI: 10.1016/S2215-0366(21)00167-X.
- SUKHAREVA, G., REBECCHI, K., 2022. *Autistic Children: Grunya Sukhareva*. Vydáno nezávisle. ISBN 978-1690986768.
- TABOAS, A., DOEPKE, K., ZIMMERMAN, C., 2023. Preferences for identity-first versus person-first language in a US sample of autism stakeholders. *Autism*. [online]. **27**, s. 565-570. DOI: 10.1177/13623 613221130845.
- TAKARA, K., KONDO, T., KUBA, T., 2015. How and why is autism spectrum disorder misdiagnosed in adult patients?: From diagnostic problem to management for adjustment. *Mental health in family medicine*. [online]. **11**(2), s. 73-88. DOI: 10.25149/1756-8358.1102011.
- THAPAR, A., COOPER, M., RUTTER, M., 2017. Neurodevelopmental disorders. *The Lancet Psychiatry*. [online]. **4**(4), s. 339-346. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30376-5.
- TSAI, L. Y., 2014. Impact of DSM-5 on epidemiology of Autism Spectrum Disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*. [online]. **8**(11), s. 1454-1470. DOI: 10.1016/j.rasd.2014.07.016.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2023. MKN-11: Mezinárodní klasifikace nemocí: jedenáctá revize. Aktualizované vydání k 1. 1. 2023.
- WALKER, N., 2014. *Neurodiversity: Some basic terms and definitions*. Dostupné z: <https://neuroqueer.com/neurodiversity-terms-and-definitions/>.
- WALKER, N., 2021. *Neuroqueer Heresies: Notes on the Neurodiversity Paradigm, Autistic Empowerment, and Postnormal Possibilities*. Fort Worth, TX: Autonomous Press, 2021. [online]. DOI: 10.1080/02604027.2022.2094194.
- WALKER, N., RAYMAKER, D. M., 2021. Toward a neuroqueer future: An interview with Nick Walker. *Autism in Adulthood*. [online]. **3**(1), s. 5-10. DOI: 10.1089/aut.2020.29014.njw.
- WHELPLEY, C. E., HOLLADAY-SANDIDGE, H. D., WOZNY, H. M., BANKS, G. C., 2023. The biopsychosocial model and neurodiversity: A person-centered approach. *Industrial and Organizational Psychology*. [online]. **16**(1), s. 25-30. DOI: 10.1017/iop.2022.95.
- WING, L., GOULD, J., 1979. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of autism and developmental disorders*. [online]. **9**(1), s. 11-29. DOI: 10.1007/BF01531288.
- WING, L., 1981. Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychological Medicine*. [online]. **11**(1), s. 115-129. DOI: 10.1017/s0033291700053332.
- WING, L., 1981. Clarification on Asperger's syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. [online]. **16**, s. 513-515 DOI: 10.1007/BF01531716.
- WINNICOTT, D. W., 1960. *Ego distortion in terms of true and false self*. Londýn: Routledge. ISBN: 9780429482410.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision. 2. vyd. World Health Organization. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42980>.
- World Health Organization, 2019. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th revision. World Health Organization. Dostupné z: <https://icd.who.int/>.
- YERGEAU, M. R., 2018. *Authoring autism: On rhetoric and neurological queerness*. Durham, London: Duke University Press. ISBN 978-0-8223-7218-9.

SELEKTIVNÍ MUTISMUS – OPTIKOU SOUČASNOSTI

SELECTIVE MUTISM – THE OPTICS OF THE PRESENT

Barbora Richtrová¹ 



Barbora Richtrová

Abstrakt

Záměrem sdělení je popsat stručný přehled soudobého vědeckého pojetí selektivního mutismu. Od první průkopnické práce doktora Kussmaula z roku 1877 a pozdější práce dětského psychiatra Tramera z roku 1934 doznalo povědomí o selektivním mutismu významných změn. Tato přehledová studie nabízí souhrn moderních vědeckých poznatků o SM. Hlavním cílem je upozornění na skutečnost, že současné studie a analýzy nabízí zařazení SM mezi neurovývojové poruchy, jelikož je selektivní mutismus heterogenní, komplexní a mnohostranná porucha. Zařazení mezi úzkostné poruchy se nejvíce jeví jako zcela příléhavé. Text zároveň nabízí návrh subtypů pro SM, ze kterého vyplývá nutnost multimodální intervence. V popředí vědeckého zkoumání je nyní snaha odhalit vztah mezi úzkostí a selektivním mutismem: zda jde o etiologický mechanismus, či symptom. Vyjasnění této problematiky by pravděpodobně vedlo k reklasifikaci této relativně vzácné úzkostné poruchy.

Abstract

The aim of this article is to describe a brief overview of the current scientific concept of selective mutism. Professional awareness of selective mutism has undergone significant changes since the first pioneering work of Dr. Kussmaul in 1877 and the later work of child psychiatrist Tramer in 1934. This review study provides a summary of the current scientific knowledge on selective mutism. The main goal is to draw attention to the fact that current studies and analyses offer the classification of selective mutism among neurodevelopmental disorders, as selective mutism is a heterogeneous, complex and multifaceted disorder. Classification among anxiety disorders does not appear to be entirely appropriate. At the same time, the text offers a proposal

of subtypes for selective mutism, which implies the necessity of a multimodal intervention. At the forefront of scientific research is now the effort to uncover the relationship between anxiety and selective mutism – whether it is an etiological mechanism or a symptom. Clarification of this issue would probably lead to the reclassification of this relatively rare anxiety disorder.

Klíčová slova

selektivní mutismus, úzkostné poruchy, neurovývojové poruchy

Keywords

selective mutism, anxiety disorders, neurodevelopmental disorders

Selektivní mutismus

Selektivní mutismus (SM) je méně častá porucha, charakterizovaná neschopností verbálně komunikovat v různých sociálních situacích či prostředích, ačkoliv v jiných je to možné. Podle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-5, 2015) je SM prozatím definován jako úzkostná porucha. Stejně tak je tomu v Mezinárodní klasifikaci nemocí, 11. revize (MKN-11, 2021). Termín „elektivní“ byl nahrazen přílehlavějším pojmem „selektivní“. Termínem „selektivní“ se vyjadřuje, že člověk si sám nevolí sociální situaci, ve které nebude mluvit. Nejde o záměrnou nemluvnost (Kristensen et al., 2019).

Mezi základní kritéria (DSM-5, 2015, dále např. Kearney et al., 2021; Driessen et al., 2020) patří následující:

➤ Člověk se SM často mluví v bezpečném a známém prostředí, ale nehovoří v sociálním prostředí, kde se mluva očekává. Zejména jde o školní prostředí. SM významně ovlivňuje proces vzdělávání a sociální komunikaci, ale také úspěšnost v zaměstnání.

¹ Mgr. Barbora Richtrová, Klinická logopedie a poradenství, Na Náměstí 395, Davle 252 06, Česká republika-E-mail: barbora.richtrova@gmail.com.

- Selektivní nemluvnost musí trvat déle než měsíc. Toto pravidlo však neplatí pro první měsíc ve škole.
- SM není způsoben nedostatečnou znalostí jazyka. Nemluvnost nelze lépe vysvětlit poruchou jazyka nebo řeči. SM se může objevit, i když má daný člověk jazykové schopnosti dostatečné.
- SM se také nevyskytuje výhradně u osob s poruchou autistického spektra, schizofrenií či jinou psychotickou poruchou.

SM je považován za vzácnou poruchu. Prevalence v populaci se různí v jednotlivých vědeckých analýzách. Oerbeck et al. (2018) uvádí 0,03–0,79 %, Pereira et al. (2022) 0,2–1,9%, ale například Kearney et al. (2021) odkazují na studie dokládající prevalenci 1–2 % v populaci.

Prevalence může být vyšší zejména u osob z bilingvního prostředí nebo s narušeným vývojem jazyka (např. Oerbeck et al., 2014; Driessen et al., 2020). Tato porucha je ve většině případů zachycena pozdě, nejčastěji po zahájení povinné školní docházky. Částečně to může být způsobeno neadekvátním zhodnocením stavu dítěte rodiči. Ti mohou mít tendenci přeceňovat jazykové dovednosti svých dětí a jejich funkční užití (Steffenburg et al., 2018). Rodiče často vnímají obtíže dítěte „pouze“ jako nadměrnou plachost (Klein et al., 2017). Potenciální riziko vzniku SM, zejména u dětí s projevy sociální úzkosti, můžeme evidovat již od dvou a půl let, kdy vývojově nastupují velké emoce, jako jsou stud a strach. Stud i strach jsou zdravé emoce a k věku od dvou a půl do čtyř let patří. Pokud však dítě projevuje svůj strach a stud extrémně a je tím významně ovlivněn životaběh rodiny, můžeme uvažovat o potenciálním riziku vzniku psychiatrické diagnózy. Oerbeck (2018) ve své studii zdůrazňuje, že i když je SM často nepoznaný, průměrný nástup je od věku dvou let a sedmi měsíců do čtyř let a šesti měsíců. Průměrný nástup této poruchy mezi třetím až pátým rokem potvrzují i práce dalších autorů (např. Bergman et al., 2013; Pereira et al., 2020). Spouštěcí mechanismus nebývá ničím specifický. Většina osob se SM nezažila traumatickou událost (Bowden et al., 2018). Období výrazněji vyjádřeného studu a strachu v sociálním prostředí by mělo odeznít po čtvrtém roce, kdy je běžně se vyvíjející dítě již sociálně zkušenější a neurovývojová oblast zralejší. Pokud po třetím roce dítěte neustoupí strach a úzkost v sociálním kontaktu, může to být predikcí pro vznik SM (Oerbeck et al., 2018). Rozvoj selektivní nemluvnosti

může být také podpořen genetickými a neurovývojovými predispozicemi (např. Oerbeck et al., 2014). Hlášena je pozitivní rodinná anamnéza (např. Viana et al., 2009; Oerbeck et al., 2018).

Ohledně zastoupení SM ve vztahu k pohlaví studie uvádějí mírně vyšší počet dívek 1,5 : 1 až 2 : 1 (Kristensen et al., 2019; Pereira et al., 2020). Na našem pracovišti evidujeme také významně větší počet dívek než chlapců se SM. Z dvaceti dětí, které máme v současné době v péči, je sedmnáct dívek. Dívky se SM vykazují zvýšenou somatizaci a vznik depresivních stavů, více projevené stresové prožívání kontaktu s vrstevníky, ale také četnější projevení opozičního chování (Martin et al., 2018). Mulligan et al. (2015) se ve svém výzkumu zaměřili na multidimenzionální a multifaktoriální povahu SM a hlavní hypotézou byla skutečnost, že jedinci s touto poruchou mají různé klinické projevy a různá vysvětlení pro selektivní nemluvení. Je vysoce pravděpodobné, že tedy existují odlišné podtypy, které zaručují diferenciální diagnostiku a volbu vhodné léčebné strategie. Navrhují 5 subtypů SM, které adekvátně popisují velkou heterogenitu, charakteristickou pro tyto lidi. Je však nutné dodat, že klinicky můžeme pozorovat prostupnost mezi jednotlivými potenciálními subtypy. Dovolíme si tedy přeformulovat navrhované subtypy:

1. Úzkostný selektivní mutismus (Anxiety Mutism)

Tento typ by neměl mít sociální úzkostnou poruchu. Komunikační sociální situaci se vyhýbá kvůli nepohodlí, které způsobuje. Sociální úzkostná porucha nastupuje až kolem 13 let. Tomuto typu nevádí sociální situace. Děti se SM touží mít přátele. Rády chodí do školy a aktivně se zapojují do neverbální komunikace s vrstevníky nebo dospělými v různých environmentálních kontextech. Jejich stav je způsoben spíš kognitivními a behaviorálními faktory nebo vyšší mírou studu. Jiná studie uvádí, že úzkostný SM je vývojový podtyp sociální úzkostné poruchy (Bergman et al., 2013). Tento subtyp je charakterizován nižšími celkovými a akademickými úspěchy (Kearney et al., 2021).

2. Selektivní mutismus s obtížemi v expresi jazyka (Expressive Language Mutism)

Tento typ je spojený s úzkostným prožíváním ve vztahu k jazykovým a řečovým obtížím. Ve vývoji SM mohou hrát roli neurovývojové poruchy (Viana et al., 2009).

Mnoho studií se věnuje propojenosti této poruchy s vývojovými poruchami jazyka (např. Armstrong a Klein, 2014; Michaels et al., 2018; Michaels et al., 2017). Dokonce se udává až 81 % jazykového deficitu při SM a 42 % souběžné vývojové dysfázie (Klein et al., 2017). Andrews et al. (2009) potvrzují vysoké procento jazykových obtíží a symptomatologii vývojové dysfázie. Klein et al. (2013) potvrzují obtíže zejména v naraci, tedy expresivním užití jazyka, a to u 42 % dětí ze 33 respondentů se SM. Studie také dokládá obtíže v rozlišování zvuků, fonologickém povědomí, gramatice a porozumění (Klein, et al., 2013). V randomizované kontrolní studii Oerbeck et al. (2014) je potvrzeno časté opoždění motorických a jazykových dovedností v raném věku. Kombinace jazykových deficitů spojených se SM (včetně úzkosti) může mít závažnější důsledky pro akademickou úspěšnost a sociální kontakt (Mulligan et al., 2015). Selektivní mutismus nelze přičítat narušení jazykového vývoje, ale nemluvení pochopitelně ovlivňuje akademickou a pracovní úspěšnost, tedy sociální komunikaci (Driessen et al., 2020). Jiná studie však uvádí, že děti se SM mají strukturální jazykové dovednosti na normální úrovni a přibližně 40 % má obtíže v pragmatice (Michaels et al., 2017). Z toho vyplývá hypotéza, že tyto obtíže se překrývají s poruchou autistického spektra a děti s tímto typem SM nejsou správně diagnostikovány.

3. Opoziční mutismus (Oppositional Mutism)

Uvádí se, že některé děti se SM projevují tendenci ovládat ostatní, jsou panovačné, často v opozici a bývají agresivní. Kritéria pro opoziční poruchu chování (ODD) splnilo 6,8 % dětí se SM (Manassis et al., 2016). Jiná studie doložila data pro děti se SM s přidruženou poruchou koncentrace pozornosti (ADHD) a udává četnost této souběžnosti kolem 11,1 % (Arie et al., 2007). Zastoupení komorbidit mezi SM a poruchami chování se pohybuje v rozmezí od 6 do 10 %. Opoziční chování a porucha mohou být přítomny až u 30 % osob s nemluvností (Kristensen et al., 2019). Výzkumem bylo potvrzeno mnoho opozičních projevů, jako je odmítání mluvit, tvrdohlavost, mrzutost nebo podrážděnost, tendence k hádkám, neposlušnost ve škole, kňučení a záchvaty vzteku. I když některé studie zpochybňují přítomnost externalizujících příznaků u dětí se SM (Cunningham et al., 2004; Martin et al., 2018), jiné zase dokládají, že tento subtyp je potenciálně možný (např. Martin et al.,

2018, Mulligan et al., 2015). Lidé s touto poruchou mají mnohostranné klinické příznaky. Zejména se jedná o projevy úzkosti, opozičního chování, poruchy komunikace a nepozornost (Cohan et al., 2008; Kearney et al., 2021). Cohan et al. (2008) ve své studii rozdělili osoby se SM na 3 skupiny. První skupinu nazvali „úzkostná – mírně opoziční“. Tato skupina měla vysoké skóre pro sociální úzkost, ale hraniční skóre pro poruchy chování a jazyka. Druhá skupina „úzkostná – jazykové obtíže“ měla vysoké skóre nejen oblasti sociální úzkosti, ale také v oblasti receptivní i expresivní složky jazykového systému. Třetí skupina byla definována jako „výhradně úzkostná“, měla nízké skóre úzkosti a významně lepší skóre v porozumění a vyjadřovacích schopnostech.

4. *Selektivní mutismus s odlišným mateřským jazykem (English Language Learner (ELL) Mutism)*

Studie dokládají rostoucí počet identifikovaných dětí přistěhovalců se selektivním mutismem (např. Mulligan et al., 2015; Oerbeck et al., 2014; Driessen et al., 2020). Míra prevalence u dětí přistěhovalců je velmi vysoká. Okolnosti souvisejí se samotnou imigrací a učením se druhého jazyka u dětí, které jsou extrémně plaché nebo úzkostné (Elizur a Perednik, 2003). U dětí přistěhovaných z jiného kulturního a jazykového prostředí je normální tzv. období ticha, je však velmi vhodné s nimi podpůrně pracovat, aby se snížilo riziko rozvoje SM nebo jiných emočně-sociálních obtíží. Často dochází k rozvoji SM proto, že rodina má minimální sociální kontakt mimo úzkou komunitu (Mulligan et al., 2015).

5. *Senzorický/regulační selektivní mutismus (Sensory/Regulation Mutism)*

SM může také souviset se smyslovými a samoregulačními problémy (např. Mulligan et al. 2015; Ludlow et al., 2022). Jediní s tímto narušením mají potíže se seberegulací úzkosti a dalších emočních stavů. Toto potvrzuje i naše klinické pozorování a dotazníkové šetření. Většina dětí se SM pozitivně skóruje nejméně jednu oblast z dotazníku zaměřeného na senzorický profil (*Short Sensory Profile*, 1999). Mají potíže regulovat své emoce tak, aby reagovaly vhodně v dané sociální situaci. Děti se sníženou schopností seberegulace se mohou v některých sociálních situacích projevat jako plaché, bázlivé a němé. Na druhou stranu v pohodlnějších

situacích je jejich chování v ostrém kontrastu. Jsou hlasitě, impulzivní a hyperaktivní (Cunningham et al., 2004). Obtíže se smyslovým zpracováním se objevují v mnoha výzkumných studiích. Konkrétně se uvádí vyšší socioemoční reakce na smyslové podněty, nevyhledávání smyslového podnětu nebo vyhýbání se takovému podnětu, nižší schopnost vizuálního zpracování, hypersenzitivní reakce na zvuk, zejména obtíže ve sluchové filtraci, vybíravost v jídle, obtíže s mytím a stříháním vlasů (Shipon-Blum et al., 2016; Steinbeck et al., 2016). S touto oblastí se významně pojí studie zkoumající vztah mezi SM a poruchou autistického spektra (PAS). Ludlow et al. (2020) zjistili, že skupina dětí se SM v kombinaci s PAS měla více projevenou úroveň nejen sociální úzkosti, ale také vyhýbání se smyslovým podnětům oproti skupině dětí se SM bez PAS. Některé studie dokládají, že u dětí se SM je přibližně v 60 % případů stanovena i diagnóza PAS (např. Cengher et al., 2020; Suzuki et al., 2020).

Výše uvedené potenciální subtypy jednoznačně vedou k uvědomění si důležitosti přesné multidisciplinární diagnostiky a nastavení terapeutického plánu, který zohledňuje různé charakteristiky osob se SM. Nejčastěji používaným standardizovaným nástrojem pro hodnocení je Dotazník selektivního mutismu (*Selective Mutism Questionnaire – SMQ*) (Bergman, et al., 2008). Tento dotazník je vysoce spolehlivý screeningový i klinický nástroj a velmi dobře rozlišuje osoby s touto poruchou od typicky se vyvíjejících dětí (Oerbeck et al., 2020; Pereira et al., 2020). V České republice máme k dispozici dotazníky pro děti, rodiče a školu, ale prozatím nejsou validizovány. Vhodné by bylo SMQ i české dotazníky k zachycení rizika SM validizovat pro českou populaci.

Moderní pojetí léčby osob se SM je postaveno na aplikaci multimodální léčby (Catchpole et al., 2019; Kearney et al., 2021). Empiricky je doložena účinnost léčby při využití kognitivně-behaviorální terapie a behaviorálních intervencí, které se rozšiřují o intenzivní a skupinově orientované intervence (Lorenzo et al., 2020; Oerbeck et al., 2014; Aldrich et al., 2023). Randomizovaná studie (Bergman et al., 2013) přináší důkazy o významném snížení symptomatologie SM při použití integrované behaviorální terapie. Během 24 týdnů proběhlo 20 hodinových sezení a byl zaveden systém odměn. Výsledkem bylo významné snížení sociální úzkosti, a tím i zlepšení projevů SM (Bergman et

al., 2013). V této studii je systematicky popsána spolupráce s učitelem:

- Dítě je nejprve vystaveno komunikaci v prostorech mimo třídu.
- Dalším krokem je komunikace dítěte s rodiči, kdy učitel je postaven zády.
- Následuje mluvení v prázdné třídě a učitel využívá šeptání pro navázání bezpečného vztahu s dítětem.
- Postupně si dítě zvyká na komunikaci s učitelem a přítomnost dalších dětí.

Jiná studie přináší důkazy o vysoké efektivitě psychosociální léčby a důkaz většího zlepšení zejména u mladších dětí při včasné behaviorální intervenci (Oerbeck et al., 2014). Americká asociace pro řeč, jazyk a sluch (*American Speech-Language-Hearing Association, ASHA*) na webovém portálu uvádí jako vhodné tyto terapeutické intervence: psychosociální terapie, AAK (alternativní a augmentativní komunikace), rozšířené sebemodelování, program ECHO, program EXPRESSDIR Floortime[®]-S-CAT[®], sociálně-pragmatický přístup, generalizace/přenos.

V současné době se také začíná využívat telerehabilitace (Hong et al., 2022), která bývá multimodálně rozšířena o smíšený přístup interakční terapie rodič-dítě, živé koučování rodičů a interakce řízené dítětem (Lorenzo et al., 2020). V jiných studiích byla posouzena „nesoustředěná“ (*defocused*) komunikace jako obecný léčebný princip pro snížení sociální úzkosti. Mezi základní pilíře „nesoustředěné“ komunikace (Oerbeck et al., 2014; Driessen et al., 2020) patří: sedět vedle dítěte, ne naproti; faktické komentování vlastního konání; dítěti dopřát dostatek času na reakci; pokračovat v dialogu, ačkoliv dítě nepromluví; neutrální přijetí slovní odpovědi.

V terapii je vhodné zapojit i rozvoj jazykových schopností a v některých případech i farmakoterapii (Klein et al., 2017). Terapeutické postupy obecně cílí na emočně-sociální deficit, psychiku, komunikaci a sebevědomí, farmakoterapie na neurologickou stránku. Nezaznamenali jsme studii, která by řešila regulaci smyslového zpracování, tedy byla zaměřená na rozvoj seberegulace a senzorického systému. Jediný výše zmíněný terapeutický postup zaměřený na podporu seberegulace je DIR Floortime[®]. Avšak ani tato metoda není přímo zaměřená na tělo a neobsahuje stimulaci smyslového zpracování, které je u dětí se SM velmi často zasaženo.

Snížená schopnost komunikovat v raném věku brání plnému rozvoji exekutivních funkcí a sociálních kompetencí. Z toho důvodu je zásadní, aby kolem

třetího roku byly včasné zachyceny děti nejen s jazykovými obtížemi, ale také s emočně-sociálními obtížemi. Jedno významně ovlivňuje druhé, a naopak. Nemluvení v sociálním kontaktu může být obranným mechanismem proti pocitu nepříjemnosti, strachu či studu. Tím se však postupně snižují komunikační dovednosti, jak strukturální, tak pragmatické. Ještě vážnější situace nastává v adolescentním věku, kdy dospívající děti vnímají nemluvnost v konkrétních sociálních situacích jako součást své identity, a tím pádem jsou vůči léčbě rezistentnější (Oerbeck et al., 2014). Neléčený SM, který neustoupí do 3 měsíců, je vysoce rizikový pro vznik dalších psychiatrických poruch, zejména fobických. Ačkoliv se příznaky časem mohou mírnit, dlouhodobější remise se podle výzkumu týká 58 % dětí se SM (Bergman et al., 2013). Platí to i naopak, pokud má dítě v raném vývoji obtíže s vývojem zejména jazykových schopností, může se to odrazit i do emočně-sociálního zrání. Vysoké procento dětí s narušeným vývojem jazyka má přidružené úzkostné prožívání. Je empiricky dokázána souvislost poruch jazykového systému a poruch chování, například nepozornosti a opozičního chování, se selektivním mutismem (Cohan et al., 2008; Kearney et al., 2021).

Diskuse

Selektivní mutismus nemá jednu identifikovatelnou příčinu vzniku. Etiologie je mnohočetně determinována a vyplývá ze souhry různých genetických, neurovývojových a enviromentálních faktorů (Cohen et al., 2006; Viana et al., 2009).

SM je etiologicky podobný úzkostným poruchám, často je komorbidní se sociální úzkostnou poruchou. Proto je přirozené vymezit úzkost jako typický symptom pro specifický podtyp SM, avšak v DSM-5 není úzkost jako symptom uvedena. Existují osoby s touto poruchou, které nesplňují diagnostická kritéria pro úzkost, ale přesto vykazují všechna kritéria pro diagnózu SM (Mulligan et al., 2015). Z metaanalýzy (Driessen et al., 2020) vyplývá, že 80 % dětí mělo diagnostikovanou další úzkostnou poruchu, z toho 69 % sociální fobii. Je evidována častá souběžnost jedné a více duševních poruch, často bez zjevných hranic, čímž jsou od sebe obtížně diagnosticky oddělitelné. V 55 % případů dosahují děti se SM 3–7 diagnostických položek (zejména úzkost, smyslové vnímání, PAS) a běžná bývá přítomnost 1–2 komorbidit (např. Oerbeck et al., 2018; Oerbeck et al., 2014). Driessen et al. (2020) ve své

metaanalýze doplňují výčet: 19 % dětí se SM mělo diagnostikovanou specifickou fobii, 18 % separační úzkostnou poruchu, 6 % generalizovanou úzkostnou poruchu a 6 % obsedantně-kompulzivní poruchu.

Heterogenní, komplexní a mnohostranná povaha SM může naznačovat, že by mohla být tato komunikační porucha reklasifikována jako neurovývojová. Tento návrh lze podpořit výzkumy týkajícími se neurologické souvislosti s touto poruchou. Jsou evidované abnormality ve vývoji centrální nervové soustavy (Henkin et al., 2015). Nervový systém dětí se SM chybně vyhodnotí situaci kognicí a dochází ke zvýšené stresové reakci, což vede k disociativním stavům nebo zamrznutí. Tato situace logicky zvyšuje senzitivitu a poruchu senzorické integrace (Melfsen et al., 2021). Neurologické mechanismy jsou stejné jako u prožívané úzkosti a stresu. Zdá se, že neurologický podklad pro SM a úzkostnou poruchu je velmi blízký. Základem obou nemocí je strach a úzkost, chybné kognitivní čtení situace a autonomní reakce spojená s nervem vagem a behaviorální inhibicí. Zásadní roli při anxiózních projevech hraje amygdala, hipokampus, jiná aktivita gyru fusiformis a orbitofrontálního kortexu. Dochází k aktivaci behaviorálního inhibičního systému, což vede k narušení rozeznávání emočních výrazů v obličejích a správného čtení sociální situace (Malá, 2010). SM by mohl být považován za neurovývojovou poruchu zahrnující změny v drahách eferentní zpětné vazby, vagových reakcích, genetice nebo jiných fyziologických faktorech (Kearney, 2011). Behaviorální inhibice je považována za prekurzor SM, který hraje klíčovou roli (Muris et al., 2016; Muris et al., 2021). Kognitivní kontrola se zvyšuje při prožívané úzkosti a při strachu se snižuje. To by mohlo značit, že sociální úzkost je prominentní symptom SM (Muris et al., 2021), ale specifické fobie nemusí nutně predikovat rozvoj této poruchy (Oerbeck et al., 2018). Ačkoli je u 80 % osob se SM diagnostikované úzkostné prožívání, u 20 % nejsou úzkostné poruchy potvrzeny. Míra úzkosti by se měla stanovit validními dotazníky a psychofyziologickým měřením, to se však zatím příliš neděje (Oerbeck et al., 2018). Je pozoruhodné, že v diagnostických kritériích není uvedena úzkost jako symptom SM. Spíše je snaha empiricky dokázat souvislost mezi úzkostí a SM. Sociální úzkostné poruchy mohou naznačovat společný mechanismus jako základ těchto dvou poruch (Driessen et al., 2020). Zúžený pohled na SM a jeho propojení s úzkostnými poruchami může limitovat širší kontextovou rozvahu na další

etiologické faktory. Spektrum etiologických mechanismů je natolik široké, že nelze přesně určit klíčový faktor rozvoje této diagnózy. Z toho důvodu je doporučeno klasifikovat SM jako neurovývojovou poruchu v dětství a v dospívání (např. Oerbeck et al., 2018; Driessen et al., 2020; Kearney et al., 2021). Selektivní nemluvení je často charakterizováno vývojovým, kognitivním a emocionálním klinickým profilem, stejně tak je tomu i u neurovývojových poruch. Kromě toho mají neurovývojové poruchy a SM popisovány shodné rizikové faktory projevující se heterogenitou symptomů, bez jasných hranic mezi poruchami, silně ovlivněné sociálním kontextem. U dětí se SM můžeme v raném věku evidovat neurovývojovou etiologii, která se následně vyvíjí do individuálního klinického profilu. Ten je založený buď na úzkostných genetických a behaviorálně-inhibičních predispozicích, nebo na opozičních profilech s rizikovými faktory danými temperamentem a rodinnou dynamikou, popřípadě je založený na komunikačních profilech vyplývajících z vývojové poruchy jazyka (Kearney et al., 2021).

Závěr

Problematika SM je složitá. Heterogenní a komplexní povaha SM vede k myšlence, že by měl být SM reklasifikován. Tuto poruchu podmiňuje souhra různých genetických, neurovývojových a enviromentálních faktorů. Z toho vyplývá potřeba multimodální léčby, do které se zapojují kliničtí a školští odborníci, ale významně také rodiče. Pro obor klinické logopedie je zásadní, že SM nelze zcela oddělit od vývojových poruch jazyka a vývojové poruchy jazyka od SM. Obojí predikuje úroveň sociálního chování, a tím pádem vytváření blízkých vztahů, akademickou úspěšnost, zaměstnání a život jako celek. Deficity v akademické a sociální oblasti jsou významně propojeny s následnými internalizačními a externalizujícími problémy v chování (Hu et al., 2015).

Pokud bychom SM zařadili mezi neurovývojové poruchy, vzniklo by mnoho výzev a důsledků pro prevenci, diagnostiku a terapii. Za více než nutné považujeme vytvořit screening v předškolním věku k včasnému zachytu této poruchy v populaci. Bylo by vhodné, aby v České republice vzniklo multidisciplinární centrum pro lidi se SM, kde by byla možnost nejen přesnější diagnostiky, ale hlavně místo pro přesné nastavení individuálních terapeutických postupů pro každého člověka se SM.

Literatura

- ALDRICH, J. T., BLOSSOM, J. B., MOSS, A., RAY, B., COUCKUYT, M., WARD, T., FOX, A. R., READ, K. L., 2023. Effectiveness of an Eight-Week Multidisciplinary Selective Mutism Treatment Group. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*. [online]. **8**(1), s. 105-119. DOI: 10.1080/23794925.2021.2007818.
- AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION, 2023. Selective mutism. *Asha.org*. [online]. [cit. 2023-10-01] Dostupné z: www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Selective-Mutism/.
- AMERICKÁ PSYCHIATRICKÁ ASOCIACE, RABOCH, J., HRDLÍČKA, M., MOHR, P., PAVLOVSKÝ, P., PTÁČEK, R. (ed.), 2015. *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe-Tescentrum. ISBN 978-80-86471-52-5.
- ANDREWS G., PINE D. S., HOBBS M. J., ANDERSON T. M., SUNDERLAND M., 2009. Neurodevelopmental disorders: cluster 2 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*. [online]. **39**(12), s. 2013-2023. DOI: 10.1017/S0033291709990274.
- ARIE, M., HENKIN, Y., LAMY, D., TETIN-SCHNEIDER, S., APTER, A., SADEH, A., BAR-HAIM, Y., 2007. Reduced Auditory Processing Capacity during Vocalization in Children with Selective Mutism. *Biological psychiatry*. [online]. **61**(3), s. 419-421. DOI: 10.1016/j.biopsych.2006.02.020.
- ARMSTRONG, S. L., KLEIN, E. R., 2014. Why do we need to pay attention to speech and language abilities in young children with selective mutism?. In: *Selective Mutism Group: Childhood Anxiety Network Conference*. [online]. Chicago, USA. [cit. 2023-10-01] Dostupné z: <https://selectivemutismcenter.org/selective-mutism-research/>.
- BERGMAN, R. L., KELLER, M. L., PIACENTINI, J., BERGMAN, A. J., 2008. The development and psychometric properties of the selective mutism questionnaire. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. [online]. **37**(2), s. 456-64. DOI: 10.1080/15374410801955805.
- BERGMAN, R. L., GONZALEZ, A., PIACENTINI, J., KELLER, M. L., 2013. Integrated Behavior Therapy for Selective Mutism: a randomized controlled pilot study. *Behaviour Research and Therapy*. [online]. **51**(10), s. 680-689. DOI: 10.1016/j.brat.2013.07.003.
- BOWDEN, L., MARTIN, P., MICHAELS, K., KHRAPATINA, I., SHIPON-BLUM, E., ARMSTRONG, S. L., 2018. Debunking the myth: Selective mutism and trauma. In: *Meeting of the Eastern Psychological Association*. [online]. Philadelphia, USA. [cit. 2023-10-01]. Dostupné z: <https://selectivemutismcenter.org/selective-mutism-research/>.
- CATCHPOLE, R., YOUNG, A., BAER, S., SALIH, T., 2019. Examining a novel, parent child interaction therapy-informed, behavioral treatment of selective mutism. *Journal of Anxiety Disorders*. [online]. **66**. ISSN 0887-6185. DOI: 10.1016/j.janxdis.2019.102112.
- CENGHER, M., CLAYBORNE, J. C., CROUCH, A. E., O'CONNOR, J. T., 2021. Assessment and Treatment of Selective Mutism in a Child With Autism Spectrum Disorder. *Clinical Case Studies*. [online]. **20**(3), s. 248-264. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1534650120983451>.
- COHAN, S. L., CHAVIRA, D. A., SHIPON-BLUM, E., HITCHCOCK, C., ROESCH, S. C., STEIN, M. B., 2008. Refining the classification of children with selective mutism: a latent profile analysis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. [online]. **37**(4), s. 770-784. DOI: 10.1080/15374410802359759.
- CUNNINGHAM, CH. E., McHOLM, A., BOYLE, M. H., PATEL, S., 2004. Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social relationships in children with selective mutism. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. [online]. **45**(8), s. 1363-1372. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00327.x>.
- DRIESSEN, J., BLOM, J. D., MURIS, P. et al., 2020. Anxiety in Children with Selective Mutism: A Meta-analysis. *Child Psychiatry & Human Development*. [online]. **51**, s. 330-341. DOI: 10.1007/s10578-019-00933-1.
- ELIZUR, Y., PEREDNIK, R., 2003. Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: a controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. [online]. **42**(12), s. 1451-1459. DOI: 10.1097/00004583-200312000-00012.
- HENKIN, Y., BAR-HAIM, Y., 2015. An auditory-neuroscience perspective on the development of selective mutism. *Developmental Cognitive Neuroscience*. [online]. **12**, s. 86-93. DOI: 10.1016/j.dcn.2015.01.002.
- HONG, N., HERRERA, A., FURR, J. M., GEORGIADIS, CH., CRISTELLO, J., HEYMANN, P., DALE, CH. F., HEFLIN, B., SILVA, K., CONROY, K., CORNACCHIO, D., COMER, J. S., 2022. Remote Intensive Group Behavioral Treatment for Families of Children with Selective Mutism. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*. [online]. DOI: 10.1080/23794925.2022.2062688.
- HU, W., FANG, X., CHEN, H., DENG, L., LIN, X., 2015. The relationship between three-domain competences and internalizing and externalizing problems in Chinese high school students. *Child Indicators Research*. [online]. **8**, s. 943-959. DOI: 10.1007/s12187-014-9290-2.
- KEARNEY, CH. A., HAIGHT, C., DAY, T. L., 2011. Selective Mutism. In: MCKAY, D., STORCH, E. (ed.). *Handbook of Child and Adolescent Anxiety Disorders*. [online]. DOI: 10.1007/978-1-4419-7784-7. s. 275-287. ISBN. 978-1-4419-7782-3.

- KEARNEY, CH. A., REDE, M., 2021. The Heterogeneity of Selective Mutism: A Primer for a More Refined Approach. *Frontiers of Psychology*. [online]. 12. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.700745>.
- KLEIN, E. R., ARMSTRONG, S. L., SHIPON-BLUM, E., 2013. Assessing Spoken Language Competence in Children With Selective Mutism: Using Parents as Test Presenters. *Communication Disorders Quarterly*. [online]. 34(3), s. 184-195. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1525740112455053>.
- KLEIN, E. R., ARMSTRONG, S. L., SKIRA, K., GORDON, J., 2017. Social Communication Anxiety Treatment (S-CAT) for children and families with selective mutism: a pilot study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. [online]. 22 (1), s. 90-108. DOI: 10.1177/1359104516633497.
- KRISTENSEN, H., OERBECK, B., MANASSIS, K., 2019. Selective mutism. In: *Pediatric Anxiety Disorders*. [online]. DOI: 10.1016/B978-0-12-813004-9.00011-6. s. 225-250. ISBN 9780128130049.
- LORENZO, N. E. et al., 2020. Expanding Treatment Options for Children With Selective Mutism: Rationale, Principles, and Procedures for an Intensive Group Behavioral Treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*. [online]. 28(3), s. 379-392. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.06.002>.
- LUDLOW, A. K., OSBORNE, C., KEVILLE, S., 2023. Selective Mutism in Children With and Without an Autism Spectrum Disorder: The Role of Sensory Avoidance in Mediating Symptoms of Social Anxiety. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. [online]. 53(10), s. 3891-3900. DOI: 10.1007/s10803-022-05674-0.
- MALÁ, E., 2011. Úzkostné poruchy v dětství a adolescenci. *Česká a slovenská psychiatrie*. 107(2), s. 99–105. ISSN 1212-0383.
- MANASSIS, K., OERBECK, B., OVERGAARD, K. R., 2016. The use of medication in selective mutism: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*. [online]. 25, s. 571-578. DOI: 10.1007/s00787-015-0794-1.
- MARTIN, P., BOWDEN, L., MICHAELS, K., KHRAPATINA, I., SHIPON-BLUM, E., ARMSTRONG, S. L., 2018. Main effects and interactions of age and gender on socio-emotional functioning of children with selective mutism using the BASC-3 parent rating scales (PRS). In: *Conference of the Anxiety and Depression Association of America*. [online]. Washington, D. C., USA. [cit. 2023-10-01]. Dostupné z: <https://selectivemutismcenter.org/selective-mutism-research/>.
- MARTIN, P., BOWDEN, L., MICHAELS, K., KHRAPATINA, I., SHIPON-BLUM, E., ARMSTRONG, S. L., 2018. Exploration of developmental delays present among children diagnosed with selective mutism. In: *Meeting of the Eastern Psychological Association*. [online]. Philadelphia, USA. [cit. 2023-10-01]. Dostupné z: <https://selectivemutismcenter.org/selective-mutism-research/>.
- MELFSEN, S., ROMANOS, M., JANS, T., WALITZA, S., 2021. Betrayed by the nervous system: a comparison group study to investigate the 'unsafe world' model of selective mutism. *Journal of Neural Transmission*. [online]. 28(9), s. 1433-1443. DOI: 10.1007/s00702-021-02404-1.
- MICHAELS, K., MARTIN, P., BOWDEN, L., STEINBECK, L., MANFREDI, R., SHIPON-BLUM, E., ARMSTRONG, S. L., 2017. Beneath the silence II: Exploring the communicative profiles of children with SM using the CCC-2. In: *Conference of the Selective Mutism Association*. [online]. Boston, USA. [cit. 2023-10-01]. Dostupné z: <https://selectivemutismcenter.org/selective-mutism-research/>.
- MICHAELS, K., MARTIN, P., BOWDEN, L., KHRAPATINA, I., SHIPON-BLUM, E., ARMSTRONG, S. L., 2018. Selective Mutism, Age and Language: Exploring the communicative profiles of a childhood anxiety disorder. In: *Conference of the Anxiety and Depression Association of America*. [online]. Washington, D.C., USA. [cit. 2023-10-01]. Dostupné z: <https://selectivemutismcenter.org/selective-mutism-research/>.
- MULLIGAN, CH. A., HALE, J. B., SHIPON-BLUM, E., 2015. Selective Mutism: Identification of Subtypes and Implications for Treatment. *Journal of Education and Human Development*. [online]. 4(1), s. 79-96. DOI: 10.15640/jehd.v4n1a9.
- MURIS, P., HENDRIKS, E., BOT, S., 2016. Children of Few Words: Relations Among Selective Mutism, Behavioral Inhibition, and (Social) Anxiety Symptoms in 3- to 6-Year-Olds. *Child Psychiatry and Human Development*. [online]. 47(1), s. 94-101. DOI: 10.1007/s10578-015-0547-x.
- MURIS, P., OLLENDICK, T. H., 2021. Current Challenges in the Diagnosis and Management of Selective Mutism in Children. *Psychology Research and Behavior Management*. [online]. 16(14), s. 159-167. DOI: 10.2147/PRBM.S274538.
- OERBECK, B., STEIN, M. B., WENTZEL-LARSEN, T., LANGSRUD, Ø., KRISTENSEN, H., 2014. A randomized controlled trial of a home and schoolbased intervention for selective mutism – defocused communication and behavioural techniques. *Child and Adolescent Mental Health*. [online]. 19(3), s. 192–198. DOI: 10.1111/camh.12045.
- OERBECK, B., OVERGAARD, K. R., STEIN, M. B. et al. 2018. Treatment of selective mutism: a 5-year follow-up study. *European Child & Adolescent Psychiatry*. [online]. 27, s. 997-1009. DOI: 10.1007/s00787-018-1110-7.
- PEREIRA, C. R., ENSINK, J. B. M., GÜLDNER, M. G., KAN, K. J., de JONGE, M. V., LINDAUER, R. J. L., UTENS, E. M. W. J., 2020. Effectiveness of a behavioral treatment protocol for selective mutism in children: Design of a randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials Communications*. [online]. 19. ISSN 2451-8654. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2020.100644>.

PEREIRA, C. R., ENSINK, J. B. M., GÜLDNER, M. G., KAN, K. J., de JONGE, M. V., LINDAUER, R. J. L., UTENS, E. M. W. J., 2022. The Validation of the Selective Mutism Questionnaire for Use in the Dutch Population. *Child Psychiatry & Human Development*. [online]. DOI: 10.1007/s10578-022-01387-8.

SHIPON-BLUM, E., MANFREDI, R., ARMSTRONG, S. L., STEINBECK, L., BLUM, S., 2016. Sensory processing patterns in selective mutism using the Sensory Profile. In: *Selective Mutism Group: Childhood Anxiety Network Conference*. [online]. Manhattan Beach, USA. [cit. 2023-10-01]. Dostupné z: <https://selectivemutismcenter.org/selective-mutism-research/>.

STEFFENBURG, H., STEFFENBURG, S., GILLBERG, C., BILLSTEDT, E., 2018. Children with autism spectrum disorders and selective mutism. *Neuropsychiatric Disease Treatment*. [online]. 7(14), s. 1163-1169. DOI: 10.2147/NDT.S154966.

STEINBECK, L. K., ARMSTRONG, S. L., SHIPON-BLUM, E., PANTONE, M. L., 2016. "The Quad": Eating, sleeping, toileting and behavioral difficulties in a large sample of children with Selective Mutism. In: *Selective Mutism Group: Childhood Anxiety Network Conference* [online]. Manhattan Beach, USA. [cit. 2023-10-01]. Dostupné z: <https://selectivemutismcenter.org/selective-mutism-research/>.

SUZUKI, T., TAKEDA, A., TAKADAYA, Y., FUJII, Y., 2020. Examining the Relationship between Selective Mutism and Autism Spectrum Disorder. *Asian Journal of Human Services*. [online]. 19, s. 55-62. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.14391/ajhs.19.55>.

THE PSYCHOLOGICAL CORPORATION, 1999. Short Sensory Profile. [online], [cit. 2023-10-01]. Dostupné z: <https://www.abilitylearningcenter.com/wp-content/uploads/2019/12/sensory-profile-full.pdf>.

VIANA, A. G., BEIDEL, D. C., RABIAN, B., 2009. Selective mutism: a review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review*. [online]. 29(1), s. 57-67. DOI: 10.1016/j.cpr.2008.09.009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021. The International Classification of Diseases, 11th revision (ICD-11), Geneva: WHO. Dostupné z: icd.who.int/browse11.

FARMAKOTERAPIE DEMENCÍ

PHARMACOLOGICAL THERAPY OF DEMENTIAS

Nina Michalková¹
Adéla Mitášová²



Nina Michalková



Adéla Mitášová

Abstrakt

Demence je syndrom způsobený onemocněním mozku, při kterém dochází k narušení vyšších kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, schopnost učení, jazyk, úsudek a další. Porucha těchto funkcí způsobuje časem významné omezení soběstačnosti pacienta.

Počet případů vzhledem ke stárnoucí populaci exponenciálně narůstá a tato nemoc výrazně negativně ovlivňuje kvalitu života nejen pacientů, ale i jejich pečovatelů. Proto je v současné době kladen velký důraz na komplexní terapii této choroby. Článek slouží jako stručný přehled farmakologické léčby, nicméně velmi důležitou součástí terapie jsou i nefarmakologické přístupy.

Abstract

Dementia is a syndrome caused by a brain disease in which higher cortical functions, including memory, thinking, orientation, learning, language, judgement, and others are impaired. The impairment of these functions causes significant limitations in the patient's self-sufficiency over time.

The number of cases is increasing exponentially due to the ageing population. This diagnosis significantly negatively affects the quality of life not only of patients, but also of their caregivers. Therefore, emphasis is now being placed on comprehensive therapy. This article serves as a brief overview of the pharmacological treatment. However, non-pharmacological approaches are also a very important part of therapy.

Klíčová slova

demence, terapie demence, farmakologická terapie demence

Keywords

dementia, dementia therapy, pharmacological therapy of dementia

Seznam zkratk:

AchE – acetylcholinesteráza
BPSD – behaviorální a psychologické symptomy demence
MCI – mild cognitive impairment (lehká kognitivní porucha)
MMSE – Mini Mental State Examination
NMDA – N-metyl-D-aspartát
SSRI – selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Úvod

Demence je převážně neurodegenerativní onemocnění a pacienti s touto diagnózou jsou sledováni nejenom v ambulancích neurologů, ale také psychiatrů či geriatrů.

Je definována jako narušení minimálně dvou kognitivních funkcí (z toho jedna je zpravidla paměť), které již ovlivňuje pacientovu soběstačnost. Rozvoji demence může předcházet lehká kognitivní porucha (mild cognitive impairment – MCI), kdy je soběstačnost ještě plně zachována a demence se nemusí ve všech případech rozvinout.

Vedle kognitivního deficitu se u pacientů od počátku onemocnění mohou v různé míře vyskytovat i nekognitivní poruchy. Řadíme sem celé spektrum poruch chování a nálad různé intenzity, např. depresi, agitovanost, apatii, osobnostní změny, agresivitu či halucinace. Tyto behaviorální a psychologické symptomy demence (BPSD) se liší dle tíže onemocnění (Ressner et al., 2011).

Některý z příznaků se v určité fázi onemocnění vyskytne u více než 90 % pacientů s demencí a znamená zvýšenou zátěž jak

¹ MUDr. Nina Michalková, Neurologická klinika FN Brno a LF MU, Jihlavská 20, 625 00 Brno, Česká republika. Email: michalkova.nina@fnbrno.cz.

² MUDr. Adéla Mitášová, Ph.D., Neurologická klinika FN Brno a LF MU, Jihlavská 20, 625 00 Brno, Česká republika.

pro pacienta, tak i pro jeho nejbližší okolí (Protopopová et al., 2015).

V počátečních stádiích lze očekávat spíše poruchy nálady, zejména depresi, či ztrátu morálních zábran, zatímco neklid, agresivita a psychotické příznaky se vyskytují spíše ve stádiích pozdějších (Ressner et al., 2011).

Stárnoucí populace, a s tím související nárůst případů demence, představuje problém s rozsáhlými socioekonomickými dopady na globální úrovni. Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) trpělo v roce 2019 demencí 55,2 milionů lidí a odhaduje se, že v roce 2030 to bude 78 milionů, zatímco v roce 2050 až 139 milionů lidí (WHO, 2021).

Nejčastějším typem demence je Alzheimerova nemoc, následuje vaskulární demence a demence s Lewyho tělísky, méně často se vyskytují frontotemporální demence a demence při Parkinsonově chorobě (Vališ et al., 2020). S reverzibilním kognitivním deficitem se setkáme například u normotenzního hydrocefalu (Vybíhal, 2011).

Terapie

V současnosti je důraz kladen na komplexní péči o pacienty s demencí. Tento přístup je založen na čtyřech vzájemně provázaných pilířích (Bajtošová et al., 2021):

1. **psychosociální intervence** (zahrnuje nefarmakologické přístupy a podporu pečovateli);
2. **kognitiva** (symptomatická farmakoterapie a ovlivnění průběhu nemoci);
3. **neuropsychiatrie** (léčba behaviorálních a psychologických projevů demence – BPSD);
4. **paliativní péče** (časná paliativní intervence; komplexní paliativní přístup v pokročilém stádiu demence).

Náš článek se zaměřuje pouze na farmakoterapii a poskytuje stručný přehled nejčastěji používaných preparátů. K použití v klinické praxi jsou k dispozici kognitiva, antidepresiva a antipsychotika, viz Tabulka 1.

Tabulka 1: Přehled používaných preparátů

Přehled preparátů	
Kognitiva	inhibitory AChE (donepezil, rivastigmin, galantamin)
	antagonisté NMDA receptorů (memantin)
Antidepresiva	SSRI (escitalopram, citalopram, sertralin)
	trazodon, mirtazapin
Antipsychotika	tiaprid, melperon, risperidon, quetiapin, haloperidol, aripiprazol, olanzapin

Kognitiva

Tato léčba je pouze symptomatická, ale při včasné nasazení prodlužuje období soběstačnosti pacienta. Z toho důvodu ji zahajujeme bez zbytečného prodlení ihned po stanovení diagnózy (Sheardová et al., 2009). Ne u všech typů demence je však efekt kognitiv prokázán, u frontotemporální demence mohou stav spíše zhoršovat (Vališ et al., 2020).

Kromě dopadu na kognitivní funkce mohou tyto preparáty příznivě ovlivňovat i neuropsychiatrické příznaky v pozdějších stádiích (Feldman et al., 2001).

Mezi kognitiva dostupná v České republice řadíme inhibitory acetylcholinesterázy (AChE) a nekompetitivní antagonisty N-metyl-D-aspartát (NMDA) receptorů. Inhibitory AChE jsou k dispozici tři – donepezil, rivastigmin a galantamin, antagonist NMDA receptorů je jeden – memantin.

V České republice je pro úhradu zdravotní pojišťovnou nutné splnit určité podmínky, které jsou dány počtem získaných bodů v testu Mini Mental

State Examination (MMSE) a diagnózou, u níž je indikována terapie kognitiv. Inhibitory AChE jsou používány v léčbě mírné až středně těžké formy demence při MMSE 25–13 bodů. Memantin je užíván v léčbě středně těžké až těžké formy, a to při MMSE 17–6 bodů. Při MMSE 17–13 je možné podávat duální terapii.

U inhibitorů AChE jsou nejčastějšími nežádoucími účinky gastrointestinální potíže (nevolnost, zvracení, průjem, nechutenství, bolesti břicha). Při preskripci těchto preparátů je důležité na tuto skutečnost pomyslet a cíleně se pacientů na výskyt nežádoucích účinků ptát.

V případě výskytu gastrointestinálních příznaků je vhodným řešením použití transdermální náplasti rivastigminu s nižším výskytem nežádoucích účinků (Štětkářová et al., 2021).

Antidepresiva

Vedle kognitivního deficitu mohou pacienti s demencí trpět i depresivní symptomatikou. Například u Alzheimerovy choroby trpí klinicky vyjádřenou depresí 20–50 %

pacientů, přičemž u mnoha dalších pacientů není deprese rozpoznána (Protopopová et al., 2015). Lékem volby jsou selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), např. escitalopram, citalopram či sertralin (Ressner et al., 2011).

Při nespavosti nebo nočním neklidu lze využít antidepresiva s tlumícím efektem – trazodon nebo mirtazapin (Štětkářová et al., 2021).

Tricyklická antidepresiva mohou vzhledem ke svému anticholinergnímu účinku prohloubit kognitivní deficit a vyvolat delirium, proto jsou zcela nevhodná (Ressner et al., 2011).

Antipsychotika

Před zahájením terapie BPSD je nutné pátrat po možném vyvolávajícím faktoru a adekvátně terapeuticky zasáhnout. Nejčastějším spouštěčem je infekce, bolest a dehydratace.

V rámci přidruženého deliria je Českou psychiatrickou společností doporučeno podávání tiapridu a melperonu (Protopopová et al., 2015).

Vzhledem k četným nežádoucím účinkům antipsychotik je třeba dbát na časové omezení terapie pouze na nezbytně dlouhou dobu a volit nejnižší možné účinné dávky. Pokud to lze, snažíme se o terapii kognitivity a antidepressiv.

Mezi antipsychotika používaná v České republice patří tiaprid, melperon, risperidon, haloperidol, quetiapin, aripiprazol a olanzapin (Štětkařová et al., 2021).

Antipsychotika mohou negativně ovlivňovat kognitivní deficit a způsobovat sedaci pacienta. Při logopedickém vyšetření

může být výkon pacienta těmito léky výrazně ovlivněn.

Nedoporučuje se používat benzodiazepiny a hypnotika, která rovněž mohou zhoršovat kognitivní deficit, způsobovat paradoxní zmatenost či denní sedaci. V případě, že je použití benzodiazepinů nevyhnutelné, volíme preparáty s kratší dobou působení – midazolam či oxazepam (Protopopová et al., 2015).

Závěr

Včasné zahájení terapie a nefarmakologické přístupy mohou významně oddálit

institucionalizaci pacienta a poskytnout úlevu rodině, zejména pečující osobě. Pro praxi klinického logopeda je zásadní informace, že výkon pacienta při vyšetření může být ovlivněn užívanou medikací. Terapie antipsychotiky ovlivňuje stav vědomí, což může mít za následek zdánlivou poruchu řeči (dysartrii), nebo dokonce dysfagii. Je proto důležité na tuto skutečnost myslet a vyšetření zopakovat po zlepšení klinického stavu pacienta.

Literatura

- BAJTOŠOVÁ, R., HOLMEROVÁ O., RUSINA R., 2021. Nové pohledy na léčbu demence. *Neurologie pro praxi*. [online]. SOLEN, 22(3), s. 194-200 [cit. 2023-09-07]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2021/03/04.pdf>.
- FELDMAN, H., GAUTHIER, S., HECKER, J., VELLAS, B., SUBBIAH, P., WHALEN, E., DONEPEZIL MSAD STUDY INVESTIGATORS GROUP, 2001. A 24-week, randomized, double-blind study of donepezil in moderate to severe Alzheimer's disease. *Neurology*. [online]. 57(4), s. 613-620 [cit. 2023-09-07]. ISSN 0028-3878. DOI: 10.1212/wnl.57.4.613.
- PROTOPOPOVÁ, D., MASOPUST, J., VALIŠ, M., HORT, J., 2015. Použití antipsychotik u nemocných s demencí [online]. 78/111(2), s. 158-162 [cit. 2023-09-07]. ISSN 1802-4041. Dostupné z: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2015-2-2/pouzit-i-antipsychotik-u-nemocnych-s-demenci-51569/download?hl=cs>.
- RESSNER, P., BÁRTOVÁ, P., NILIUS, P., BERÁNKOVÁ, D., SZAJTEROVÁ, P., BAR, M., ŠKOLOUDÍK, D., 2011. Porucha chování a nálady u demencí. *Neurologie pro praxi*. [online]. SOLEN, 12(2), s. 98-103 [cit. 2023-09-07]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/02/07.pdf>.
- SHEARDOVÁ, K., HORT, K., RUSINA, R., BARTOŠ, A., LÍNEK V., RESSNER, P., REKTOROVÁ, I., 2009. Doporučené postupy pro terapii Alzheimerovy nemoci a ostatních demencí. *Neurologie pro praxi*. [online]. SOLEN, 10(1), s. 28-31 [cit. 2023-09-07]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: https://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-200901-0007_Doporucene_postupy_pro_terapii_Alzheimerovy_nemoci_a_ostatnich_demenci.php.
- ŠTĚTKÁŘOVÁ, I. et al., 2021. *Moderní farmakoterapie v neurologii*. 3. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 9788073457068.
- VALIŠ, M., MASOPUST, J., PAVELEK, Z., 2020. Farmakoterapie nealzheimerovských typů demencí. *Neurologie pro praxi*. [online]. SOLEN, 21(1), s. 41-45 [cit. 2023-09-07]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2020/01/08.pdf>.
- VYBÍHAL, V., 2011. Normotenzní hydrocefalus. *Neurologie pro praxi*. [online]. SOLEN, 12(6), s. 396-402 [cit. 2023-09-10]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/06/09.pdf>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021. Global status report on the public health response to dementia. In: *World Health Organization*. [online]. WHO [cit. 2023-09-07]. Dostupné z: <https://www.who.int/health-topics/dementia>.

ODKAZY NA ZAJÍMAVÉ ZÁVĚREČNÉ PRÁCE S TEMATIKOU PSYCHIATRICKÝCH ONEMOCNĚNÍ V KLINICKÉ LOGOPEDICKÉ PRAXI

ALTMANOVÁ, J., 2023. *Možnosti komunikace s osobami seniorského věku se závažnou neurokognitivní poruchou způsobenou Alzheimerovou nemocí*. Bakalářská práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Oldřich Müller, Ph.D. [online]. [cit. 2023-11-01]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/ncdvvg/>.

BŘUSKOVÁ, M., 2020. *Možnosti rozvoje komunikace u dětí s poruchami autistického spektra – alternativní a augmentativní komunikace*. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce doc. PhDr. Mgr. Dagmar Opatřilová, Ph.D. [online]. [cit. 2023-11-01]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/h4nz7/>.

HUMLOVÁ, P., 2020. *Logopedická intervence u dětí a žáků se syndromem ADHD*. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce doc. PaedDr. Jiřina Klenková, Ph.D. [online]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/118218>.

JAVŮRKOVÁ, A., 2023. *Komunikace s osobami seniorského věku s neurokognitivní poruchou (demencí)*. Bakalářská práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Oldřich Müller, Ph.D. [online]. [cit. 2023-11-01]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/hmefvk/>.

LORENCOVÁ, K., 2023. *Tvorba terapeutického materiálu po osoby s mírnou kognitivní poruchou*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce doc. PhDr. Ilona Bytešníková, Ph.D. [online]. [cit. 2023-11-01]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/ixtl2/>.

ONDRUŠOVÁ, M., 2020. *Komunikační schopnost osob se schizofrenií*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Petr Kopečný, Ph.D. [online]. [cit. 2023-11-01]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/kq47l/>.

PROCHÁZKOVÁ, E., 2018. *Logopedická intervence u osob s Parkinsonovou nemocí*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce doc. PaedDr. Jiřina Klenková, Ph.D. [online]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/98446>.

VITÁSKOVÁ, A., 2023. *Možnosti hodnocení komunikace u dětí s PAS v předškolním věku*. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Alena Hlavinková, Ph.D. [online]. [cit. 2023-11-01]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/614rcj/>.

ADAPTÁCIA METODIKY PODĽA YARUSSA A REARDON-REEVES NA TERAPIU ZAJAKAVOSTI U DETÍ

ADAPTING EARLY CHILDHOOD STUTTERING THERAPY (YARUSS AND REARDON-REEVES, 2017)

Kristína Mocsári¹ 

Jana Marková² 



Kristína Mocsári



Jana Marková

Abstrakt

Úvod: Zajakavosť predstavuje komplexné narušenie komunikačnej schopnosti, zvyčajne sa objavuje už v predškolskom veku. Napriek tomu, že u niektorých detí môže dôjsť k spontánnej náprave, považujeme za dôležité venovať sa terapii zajakavosti už v predškolskom veku, nakoľko u mnohých detí môže bez terapie pretrvávajúť problém do neskoršieho veku až dospelosti.

Cieľ: V našom výskume sme sa rozhodli zmerať a porovnať prejavy zajakavosti pred začatím terapie a po 5 mesiacoch menej priamej terapie podľa Yarussa a Reardon-Reeves (2017) a zhodnotiť, či terapia pozitívne ovplyvnila príznaky zajakavosti u dvoch detí vo veku 3 a 4,8 rokov. Ďalším cieľom bolo zhodnotiť, či sa znížila miera obáv rodičov po terapii.

Metódy: Na vylúčenie vývinovej jazykovej poruchy sme použili Koráľkový test opakovania pseudoslov a GAPS – subtest opakovanie viet. Na potenciálne odhalenie narušenia zvukovej roviny reči sme zhodnotili zrozumiteľnosť reči meranú Škálou ICS. Prejavy zajakavosti sme identifikovali z rečovej vzorky z uvedených subtestov opakovania viet a pseudoslov, z rozprávania príbehu podľa obrázkovej predlohy (MAIN), z automatizmov, dokončovania viet a z nahrávky spontánnej rečovej vzorky z domáceho prostredia. Na 5bodovej škále sme hodnotili aj mieru obáv rodičov. Rovnako, na 5bodovej škále, rodičia hodnotili aj plynulosť svojho dieťaťa za každý deň v domácom prostredí. Terapeutická metodika Yarussa a Reardon-Reeves (2017) vychádza z multifaktorálneho modelu zajakavosti a pozostáva z dvoch prístupov k terapii zajakavosti u detí v predškolskom a mladšom školskom veku – menej a viac

priameho prístupu. V prezentovanom výskume sme využili menej priamu terapiu u dvoch detí vo veku 3 a 4,8 rokov v prvej fáze terapie. Cieľom menej priamej terapie je vytvoriť pre dieťa prostredie podporujúce plynulosť reči. Pre tento účel sa rodičia učia päť komunikačných stratégií.

Výsledky: U oboch detí sa po fáze menej priamej terapie znížili neplnulosť reči vo všetkých sledovaných oblastiach. U prvého dieťaťa sa neplnulosť znížila v priemere o 34,11 % a u druhého dieťaťa o 9,13 %. U oboch detí sa znížili obavy rodičov aj hodnotenie neplnulosť v domácom prostredí, ktoré realizovali rodičia.

Záver: Adaptovali sme metodiku Yarussa a Reardon-Reeves (2017) na slovenské pomery a overili efektivitu menej priamej terapie na dvoch deťoch. Podľa pilotných výsledkov môžeme povedať, že u týchto dvoch detí bola terapia efektívna, na overenie efektivity menej priamej terapie je však potrebný ešte ďalší výskum, podrobnejšia analýza aktuálne získaných dát a sledovanie dlhodobého efektu terapie.

Abstract

Introduction: Stuttering is a complex speech disorder, appearing already at preschool age. Despite the fact that spontaneous correction may occur, we consider it important to devote therapy to this disorder already at this age.

Objective: We decided to measure and compare stuttering symptoms before and after therapy, thus to determine whether the less-direct stuttering therapy according to Yaruss and Reardon-Reeves (2017) was effective and had a positive effect on stuttering symptoms in two children

¹ Mgr. Kristína Mocsári, Katedra logopédie, Ústav psychologických a logopedických štúdií, Pedagogická fakulta UK, Račianska 59, 813 34 Bratislava, Slovenská republika.
E-mail: kristina.mocsari@gmail.com.

² doc. PaedDr. Jana Marková, Katedra logopédie, Ústav psychologických a logopedických štúdií, Pedagogická fakulta UK, Račianska 59, 813 34 Bratislava, Slovenská republika.

aged 3 and 4.8 years. We also wanted to determine whether the parents' concerns decreased after therapy.

Methods: Firstly, an examination was conducted to rule out a developmental language disorder or a speech and sound disorder. Dysfluencies were evaluated in speech samples gathered by different speech tasks: non-word and sentence repetition, sentence completion, automatic speech tasks and spontaneous speech recordings (home and MAIN). We also assessed the level of the parents' concerns on a 5-point scale. Further, on a 5-point scale, parents evaluated their child's fluency for each day in the home environment.

Less-direct therapy (Yaruss and Reardon-Reeves, 2017) is based on a multidisciplinary model of stuttering and consists of two approaches to the therapy of stuttering in children – less direct and more direct. In our research, we used less-direct therapy in two children aged 3 and 4.8 years at the time the therapy started. The aim of less-direct therapy is to create an environment for the child that supports his/her fluency. Parents learn 5 communication strategies.

Results: In both children, there was a reduction of dysfluencies in all examined areas. In the case of the first child, dysfluencies decreased by 34.11% and, in the case of the second child, by 9.13%. In both children, the parents' concerns and the assessment of dysfluencies in the home environment decreased.

Conclusion: We adapted the methodology of Yaruss and Reardon-Reeves (2017) to Slovak conditions and verified the effectiveness of less-direct therapy on two children. Based on our results, we can state that the therapy was effective for these two children. However, further research, more thorough analyses of the data and monitoring of the long-term effect of the therapy are needed.

Kľúčové slová

Zajakavosť, terapia zajakavosti, predškolský vek, nepriama terapia, efektivita terapie

Keywords

Stuttering, stuttering therapy, preschool age, indirect therapy, effectiveness of therapy

Úvod

Zajakavosť, ako je všeobecne známe, je veľmi komplexné narušenie komunikačnej schopnosti. Objavuje sa už pred piatym rokom života, vo veku 4 rokov sa zajakavosť vyskytuje u 11,2 % detí (Yairi a Seery, 2022; Lechta, 2016; Reilly et al., 2013; Yairi a Ambrose, 1999). Prejavuje sa opakovaním jednoslabičných slov a opakovaním hlások a slabík, ktoré sa môžu postupne rozvinúť do prolongácii a blokov (Howell, 2007; Ward, 2018; Yaruss a Reardon-Reeves, 2017). Zaujímavé je, že u určitej skupiny detí môže dôjsť k spontánnej náprave. Yairi a Seery (2022) a Yaruss a Reardon-Reeves (2017) tvrdia, že zajakavosť sa môže vytratiť bez terapie u 75 %–80 % detí. V nadväznosti na uvedenú informáciu sa vynára otázka, prečo je potom tak dôležité robiť terapiu zajakavosti u detí predškolského veku? Prvým dôvodom je, že stále ostáva 20 % – 25 % detí, u ktorých k spontánnej náprave nedôjde, no zatiaľ nevieme presne určiť, u ktorého dieťaťa sa zajakavosť sama vytráti a u ktorého nie. Ďalším dôvodom je že výskumy dokázali, že terapia zajakavosti u detí v predškolskom a mladšom školskom veku je efektívna (Herder et al., 2006; Jones et al., 2005; De Sonnevile-Koedoot et al., 2015; Bothe et al., 2006 in Bloodstein a Ratner, 2021). Preto je potrebné začať s terapiou už v predškolskom veku (Starkweather, Gottwald a Halfond, 1990; Onslow a O'Brian, 2013; Guitar, 2019). Môžeme tak predísť vzniku sociálnej úzkosti v staršom veku. Na Slovensku logopédi využívajú poradenstvo rodičom, fonografortymiku, Lidcombe program a MINI-Kids. Naším výskumom by sme chceli overiť zatiaľ neoverený prístup terapie zajakavosti, a obohatiť tak možnosti logopédov pri terapii zajakavosti u detí v predškolskom a mladšom školskom veku. V našom článku aktuálne uvádzame pilotné výsledky nášho výskumu, ktorý je súčasťou dizertačnej práce o terapii zajakavosti u detí v predškolskom a mladšom školskom veku podľa Yarussa a Reardon-Reeves (2017). Tento prístup mení interakciu rodič-logopéd-dieťa, pretože na rozdiel od poradenstva rodičom, kde sú rodičia pasívni prijímatelia, sú v tomto prístupe aktívni účastníci terapie.

Cieľ nášho výskumu bol adaptovať menej priamu terapiu zajakavosti podľa Yarussa a Reardon-Reeves (2017) a aplikovať ju u dvoch detí predškolského veku, porovnať výsledky z dát pred terapiou a po terapii a posúdiť, či táto terapia ovplyvní príznaky zajakavosti v zmysle ich

poklesu. Ďalším cieľom bolo určiť, či sa po terapii zníži miera obáv rodičov.

Výskumnú vzorku tvorili dve deti vo veku 3 a 4,8 rokov v čase vstupného vyšetrenia, bez iných narušení komunikačnej schopnosti v zmysle vývinovej jazykovej poruchy alebo narušenia zvukovej roviny reči (fonologických porúch).

Metódy

Diagnostické: Na vylúčenie vývinovej jazykovej poruchy sme zvolili Test opakovania pseudoslov (Polišenská a Kapalková, 2014), subtest GAPS – opakovanie viet (Gardner et al., 2006, adaptácia na slovenské podmienky Vicenová, 2011), naratívny test MAIN (Kapalková, Slančová a Nemcová, 2020). Na vylúčenie narušenia zvukovej roviny reči sme zhodnotili zrozumiteľnosť reči s Škalou hodnotiacou zrozumiteľnosť reči v kontexte (ICS) (McLeod et al., 2012, v slovenskej úprave Buntová, 2013).

Znaky dysfluencie sme sledovali v rečovej vzorke z opakovania pseudoslov, opakovania viet, z narácie z testu MAIN, zo spontánnej produkcie zaznamenatej na videozáznam v domácom prostredí a v Balbutiogramme (Lechta, 2005). Balbutiogramom sme hodnotili dysfluencie v šepkanej reči, pri produkcii automatizmov a verbálnych stereotypov (počítanie do piatich, odpovede na otázky – ako sa voláš, kde bývaš, ako sa zdravíme, keď ideme spať) a pri dokončovaní viet.

Na základe odporúčaní autorov v metodike sme sa rozhodli hodnotiť aj mieru obáv rodičov pred terapiou a po terapii na 5bodovej Likertovej škále od 1 – žiadne/malé obavy do 5 – veľmi veľké obavy. Taktiež sme zaškoliť rodičov do hodnotenia neplynulosti svojho dieťaťa. Hodnotili ich za každý deň taktiež na 5bodovej Likertovej škále od 1 – malá/žiadna miera prejavov do 5 – vysoká miera prejavov.

Terapeutické metódy: Terapia podľa Yarussa a Reardon-Reeves (2017) vychádza z multifaktoriálneho modelu vzniku zajakavosti a je určená pre deti od 2,25 roka do 6–7 rokov. Autori uprednostňujú označenie dvoch fáz terapie termínmi menej priama a viac priama terapia. Dôvodom je, že fázy terapie je možné prispôbiť potrebám konkrétneho dieťaťa a tieto dva prístupy sa môžu prepájať. V rámci nepriamej terapie môžeme vkladať prvky priamej terapie a naopak, ak zhodnotíme, že to vyhovuje potrebám dieťaťa.

Cieľom menej priamej terapie je vytvoriť pre dieťa prostredie podporujúce plynulosť reči prostredníctvom rodičov a ostatných dôležitých osôb v jeho komunikačnom prostredí. Logopéd rodičom

poskytne základné informácie o zajakavosti – definíciu, prehľad príčin vzniku, zoznam druhov dysfluencií a príklady, ako môžu pomôcť. Tieto informácie sú potrebné na to, aby sa stali aktívnymi partnermi logopéda. Rodičia v spolupráci s logopédom určujú, ktoré komunikačné stresory vplyvajú na ich dieťa, a diskutujú o tom, ako by sa tieto vplyvy mohli redukovať. Aby mohli zmeniť svoj komunikačný štýl, a vytvoriť tak prostredie podporujúce plynulosť reči svojho dieťaťa, učia sa komunikačné stratégie. Logopéd im na začiatku vysvetlí cieľ každej komunikačnej stratégie, modeluje ju v interakcii s dieťaťom a rodičom dá možnosť vyskúšať si ju priamo v ambulancii logopéda. Následne rodičom poskytuje spätnú väzbu s cieľom zvládnuť stratégiu čo najlepšie. Logopéd pre dieťa vyberá z piatich komunikačných stratégií a ak je to potrebné, pridá ďalšie úpravy v komunikácii rodiča a dieťaťa. Logopéd teda vyberá z piatich komunikačných stratégií, podľa toho, čo je pre dieťa a rodičov adekvátne (Yaruss a Reardon-Reeves, 2017). Komunikačné stratégie:

- *Lahká reč, angl. Easy Talking.* Pri tejto stratégii logopéd a rodič používajú komunikačný štýl, ktorý je trochu pomalší a trochu ľahší oproti bežnému. Hovoriaci vkladá krátke pauzy počas výmeny rolí a medzi jednotlivými prehovormi. Dieťaťu sa takto poskytne priestor na spracovanie toho, čo bolo povedané, ako aj čas na formuláciu svojej odpovede bez pocitu časového tlaku.
- *Obmedzenie súťaženia v hovorení, angl. Limiting Verbal Competition.* Využitie tejto stratégie spočíva vo výmene komunikačných rolí. Rodičom logopéd vysvetlí, že základné pravidlo komunikácie je počas tejto stratégie robiť krátke pauzy medzi tým, ako hovoriaci skončí a počúvajúci začne hovoriť. Rodičia v spolupráci s logopédom premýšľajú, v akých situáciách je najťažšie zachovať výmenu rolí v bežnej komunikácii doma. Rodičia potom vysvetľujú pravidlá výmeny rolí aj ostatným členom rodiny a je na nich, kedy použijú jej pravidlá.
- *Znižovanie komunikačného tlaku, angl. Reducing Communication Pressures.* Vychádza z pozorovania komunikačného štýlu rodičov. Rodičia sa namiesto častých otázok (ktoré môžu vyvolávať tlak u dieťaťa) učia použiť tzv. nepriamu požiadavku. Týmto spôsobom dieťa požívajú do komunikácie namiesto priameho

požadovania odpovede. Logopéd tiež rodičom vysvetlí, že je v poriadku užiť si chvíľku ticha pri hre s dieťaťom. Namiesto vyplňovania ticha rozprávaním sa môžu ticho hrať s dieťaťom paralelne. Takto ukazujú dieťaťu, že ticho alebo tiché rozprávanie je v poriadku. Autori však upozorňujú, že s tichom treba byť opatrný, pretože sa môže stať, že je dieťa ticho kvôli obavám z neplnulosťou. Rodičia sa teda v rámci tejto stratégie postupne učia starostlivo vybrať čas, kedy budú od dieťaťa žiadať, aby niečo recitovalo, porozprávalo, čo bolo v škôlke atď.

- *Reflektovanie a parafrázovanie, angl. Reflecting and Rephrasing.* Rodičia v rámci tejto stratégie reflektujú plynulé aj neplnulé prehovory dieťaťa, ale neopakujú po ňom každú vetu. Stratégia spočíva viac v rozširovaní prehovorov dieťaťa, ak je to potrebné. Stratégia je podobná modelovaniu prehovorov pri vývinovej jazykovej poruche. Tým, že rodičia používajú pomalší komunikačný štýl, redukujú časový tlak v danej situácii. Taktiež opakujú prehovory dieťaťa s použitím páuz alebo ľahkej reči, s cieľom spomaliť tempo komunikácie. Pomocou tejto stratégie rodičia taktiež podporujú komunikačné schopnosti svojho dieťaťa tým, že ho aktívne počúvajú. Dávajú mu tak najavo, že mu venujú pozornosť a zaujímajú ich to, čo hovorí, a nie spôsob, akým to hovorí.
- *Modelovaním regulácie hlasu, angl. Modeling Vocal Regulation* pomáhajú svojmu dieťaťu regulovať jeho emócie, a zlepšiť tak jeho plynulosť. Prostredníctvom tejto stratégie sa rodičia a dieťa učia vyjadriť svoje emócie bez prílišného zrýchlenia tempa, zvýšenia hlasitosti a výšky svojej reči. Takto redukujú aj časový tlak a iné požiadavky kladené na dieťa.

Je dôležité poznamenať, že rodičia nemusia tieto stratégie používať stále. Skúšajú ich 5 minút denne, kým sa ich naučia. Potom ich používajú len vtedy, keď je to potrebné (Yaruss a Reardon-Reeves, 2017). Po fáze učenia sa komunikačných stratégií sa prechádza do monitorovacej fázy, a to vtedy, ak má dieťa menej neplnulosťou ako na začiatku terapie, minimálne prejavy nadmernej námahy a/alebo má neutrálnu alebo žiadne reakcie na svoje neplnulosťou. Stretnutia s logopédom sa počas monitorovacej fázy realizujú jedenkrát mesačne. Terapiu ukončíme, ak je plynulosť dieťaťa stabilná niekoľko mesiacov.

Viac priama terapia je v porovnaní s menej priamou viac zameraná na dieťa. Jej cieľom je eliminácia zajakavosti, pozitívny postoj ku komunikácii a osvojenie si efektívnych komunikačných zručností. Počas viac priamej terapie rodičov stále učíme, ako vytvoriť pre dieťa prostredie podporujúce plynulosť. Autori odporúčajú vyčleniť si počas stretnutí čas aj na nich.

Dieťa v rámci viac priamej terapie učíme veku primeraným spôsobom o produkcii reči, o tom, ako rôzne časti tela spolupracujú, aby sme mohli hovoriť, a ako vznikajú neplnulosťou. Taktiež mu poskytujeme informácie o artikulačných orgánoch, dýchaní či modulácii hlasu. Autori tvrdia, že vysvetlenie problému umožní dieťaťu viac sa sústrediť na komunikačný proces, čím sa zníži pravdepodobnosť, že sa objavia negatívne emócie a obavy zo zajakavosti. Dieťa učíme robiť zmeny v časovaní reči – úprava tempa reči, počtu a dĺžky prehovorov, tempa komunikácie a v napätí – úprava fyzického napätia rečového mechanizmu v momente neplnulosťou. Na to, aby tieto zmeny v reči vedelo realizovať, musí rozumieť konceptom pomaly – rýchlo, napäto – uvoľnene, málo – veľa a „tak akurát“. Na označenie tejto stratégie používa logopéd s dieťaťom termín „lahká reč“, pretože chce, aby dieťa hovorilo ľahšie (bez napätia) a celkovo pomalším tempom. V menej priamej terapii učíme rodičov, ako ľahkú reč dieťaťu modelovať, v priamej terapii sa ju už dieťa učí používať. Namiesto opráv a upozorňovania autori odporúčajú dieťaťu pripomenúť použitie „ľahkej reči“ predtým, ako začne hovoriť. Po dokončení výpovede by malo dieťa samé zhodnotiť, či sa mu stratégiu podarilo použiť, no môžeme ho za použitie stratégie aj rovno pochváliť. Do monitorovacej fázy prechádzame, keď sa neplnulosťou úplne zredukovali. Autori odporúčajú dieťa sledovať až do veku 6–7 rokov. Počas nej rodičia s dieťaťom prichádzajú každých 3–6 mesiacov na kontrolné stretnutie, s cieľom overenia, že je plynulosť dieťaťa ustálená, má dobré komunikačné zručnosti a zdravý postoj ku komunikácii.

Do výskumu sme zaradili deti, u ktorých boli prítomné neplnulosťou typické pre zajakavosť – repetície častí slov, prolongácie a bloky, boli vo veku 3–6 rokov, bez iných narušení komunikačnej schopnosti, predtým neabsolvovali žiadnu terapiu zajakavosti a u rodičov bola prítomná vysoká miera obáv.

V našom príspevku sme sa rozhodli aktuálne podrobnejšie venovať menej

priamej terapii a uviesť prvotné výsledky nášho výskumu.

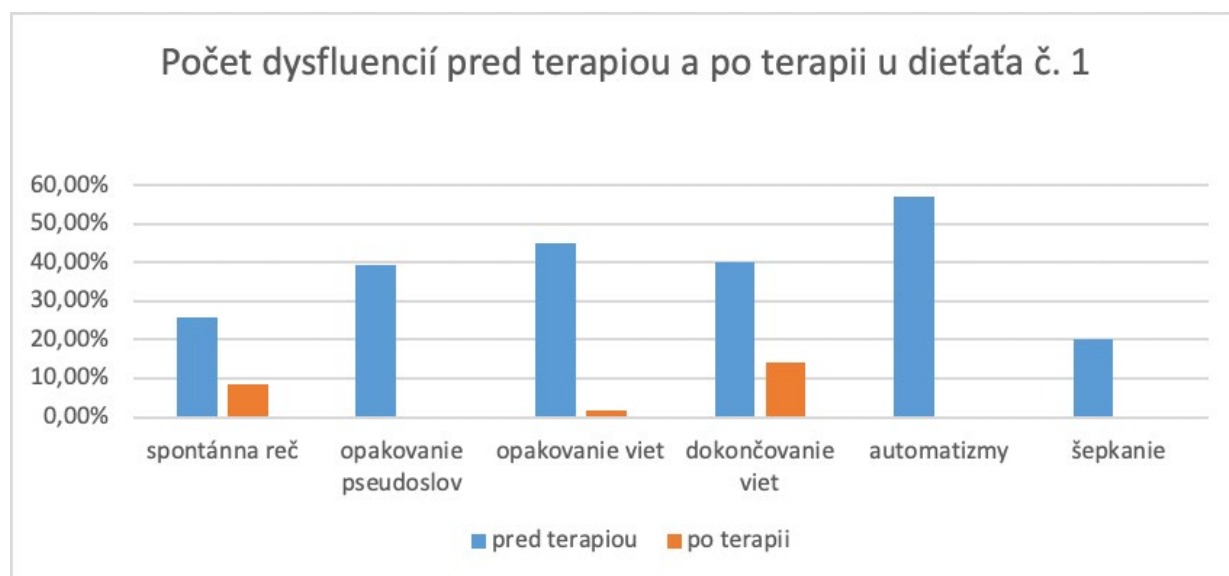
Priebeh a výsledky

Dieťa č. 1

Do výskumu bolo dieťa zaradené vo veku 3 rokov s pozitívnou rodinnou anamnézou (neplynulosť sa objavujú aj u otca). Neplynulosť v tom čase trvali 3 mesiace, podľa rodičov mali neplynulosť tendenciu sa zhoršovať. Podľa informácií od rodičov sa objavili opakovanie slov, slovných zvrátov a častí slov, prolongácie, bloky a známky nadmernej námahy. Dieťa si svoje neplynulosť uvedomovalo. Vo februári 2022 sme realizovali vstupné vyšetrenie, vylúčili sme vývinovú jazykovú poruchu, narušenie zvukovej roviny reči a zmapovali sme symptómy zajakavosti. Neboli prítomné symptómy nadmernej námahy ani psychickej tenzie. S terapiou sme začali v apríli, dieťa malo v tom čase 3,3 roky. Primárne sa terapie zúčastňovala mama, otec prichádzal na terapie len občas kvôli pracovným povinnostiam. Autori terapie uvádzajú, že najlepšie je, ak sa terapie zúčastňujú obaja rodičia, ak to však nie je možné, stačí aspoň jeden rodič. Rodičom sme na začiatku terapie poskytli základné informácie o zajakavosti, o komunikačných stresoroch a spoločne sme určovali, ktoré komunikačné stresory môžu na ich dieťa vplývať. Vysvetlili sme

im, že komunikačné stratégie nemusia používať stále. Použijú ich vtedy, keď vidia, že to dieťa potrebuje. Nácvikom použitia stratégie si ich osvoja a budú mať k dispozícii nástroj, pomocou ktorého budú aj oni vedieť pomôcť svojmu dieťaťu pri prekonaní neplnulosť a zajakavosti. Takto sa stávajú aktívnymi účastníkmi terapie, koterapeutmi. Na to je však potrebný nácvik stratégie. Dohodli sme si frekvenciu nácviku v domácom prostredí aspoň 3krát do týždňa po dobu 5 minút. Potom sme pristúpili k učeniu sa komunikačných stratégií. Po rozhovore s rodičmi sme ako prvú stratégiu zvolili ľahkú reč, pretože tá sa využíva pri všetkých ostatných stratégiách. Potom sme vyberali stratégie spoločne s rodičmi na základe rozhovorov s nimi. Vychádzali sme aj z pozorovania ich interakcie počas jednotlivých sedení. Pri každej stratégii sme najprv vysvetlili jej cieľ, informovali sme ich o tom, kedy a prečo danú stratégiu použiť. Všetky tieto informácie sme im odovzdali aj vo forme letákov, aby sa k týmto informáciám mohli doma vrátiť. Následne sme im ukázali, ako by malo použitie danej stratégie vyzeráť v interakcii s dieťaťom, dali sme im možnosť si to vyskúšať a poskytli sme im spätnú väzbu. Na každom sedení sme s nimi preberali situácie, ktoré riešili v domácom prostredí, riešili sme použitie práve preberanej komunikačnej stratégie. Tú sme považovali za naučenú, ak nám rodič

povedal, že sa pri jej použití cíti sebaisto, a pozorovali sme jej použitie v hre s dieťaťom na sedeniach. Žiadali sme ich aj o videonahrávky z domáceho prostredia, aby sme vedeli lepšie zhodnotiť ich použitie, no nezaslali nám ich. Takto sme postupne rodičov naučili všetky komunikačné stratégie. Stretnutia prebiehali 2krát mesačne po 45 minút. Menej priamu terapiu sme ukončili v auguste 2022, kedy malo dieťa 3,6 roky. Menej priama terapia teda trvala 4 mesiace. Po rozhovore a dohode s rodičmi aktuálne pokračujeme viac priamou terapiou, z toho dôvodu nebola realizovaná monitorovacia fáza. Rodičia chceli pokračovať v terapii, pretože sa dieťaťu síce plynulosť zlepšila, ale chceli, aby sa naučilo s neplynulosťami pracovať aj dieťa. Viac priamou terapiou sme začali dva týždne po ukončení prvej fázy terapie. Pre lepší prehľad zhrnieme fázy terapie. Vstupné vyšetrenie bolo realizované vo februári 2022, kvôli chorobám dieťaťa sme s terapiou začali v apríli. Terapia trvala 4 mesiace, do augusta 2022. Fázu menej priamej terapie sme ukončili výstupným vyšetrením v októbri, teda 2 mesiace po skončení menej priamej terapie, aby sme dodržali rovnaký časový odstup ako medzi prvou diagnostikou a zahájením terapie. Dáta týkajúce sa dysfluencií sme porovnali zo vstupného a výstupného vyšetrenia, ktoré uvádzame v Grafe 1.

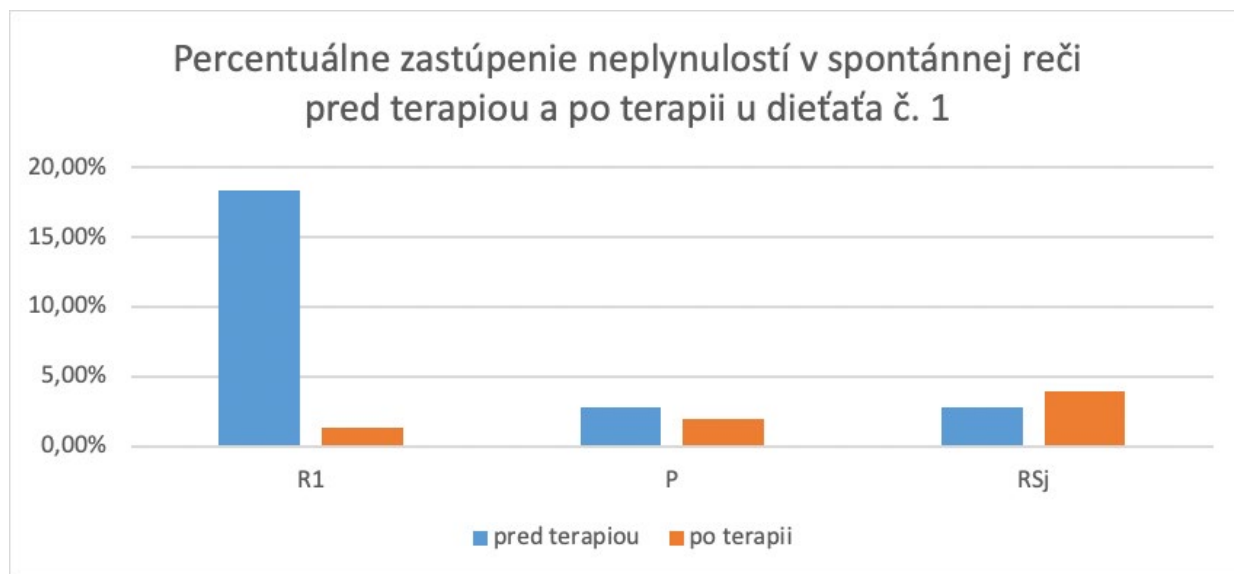


Graf 1: Počet dysfluencií pred terapiou a po terapii u dieťaťa č. 1

Vo všetkých sledovaných oblastiach nastala zmena. Dysfluencie úplne vymizli počas opakovania pseudoslov, produkcie automatizmov, pri šepkanej reči. Výrazne sa znížil počet dysfluencií pri opakovaní viet a najmenej sa znížil pri dokončovaní

viet. Dysfluencie pretrvávajú vo vzorkách náročných na formovanie vlastnej obsahovej výpovede, ako je dokončovanie viet a spontánna reč. Pre lepší prehľad uvádzame v Grafe 2 porovnanie percentuálneho zastúpenia jednotlivých typov neplnulosť

typických pre zajakavosť pred terapiou a po terapii.

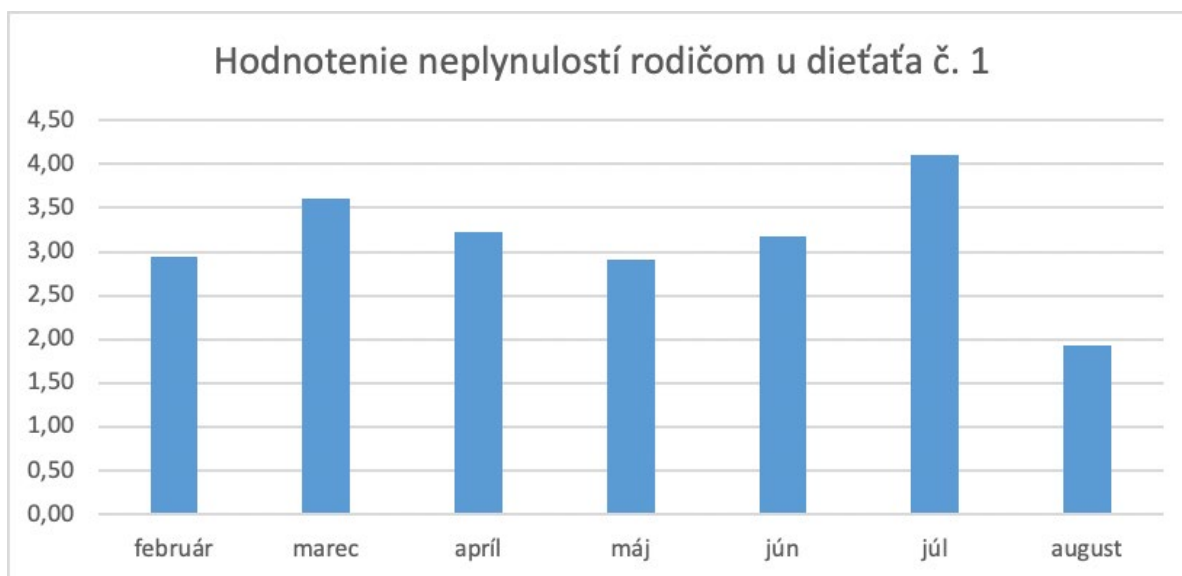


Graf 2: Percentuálne zastúpenie neplynulostí v spontánnej reči pred terapiou a po terapii u dieťaťa č. 1

U dieťaťa sa vyskytovali z neplynulostí typických pre zajakavosť repetície časti slov (R1) a prolongácie (P). Do grafu sme zaradili aj repetície jednoslabičných slov (RSj), pretože Yaruss a Reardon-Reeves (2017)

uvádzajú, že sa často vyskytujú u detí so zajakavosťou. V grafe môžeme vidieť, že sa počet R1 aj P znížil. Počet RSj sa mierne zvýšil. Taktiež sa znížila aj priemerná dĺžka opakovaní R1 (z 3,5 na 1,5) a RSj

(z 2,33 na 1,33). Skrátila sa aj priemerná dĺžka trvania P (z 1,51 na 0,64 sekúnd). Ďalej uvádzame v Grafe 3 hodnotenie neplynulostí rodičom za jednotlivé mesiace.



Graf 3: Hodnotenie neplynulostí rodičom u dieťaťa č. 1

Hodnotenie neplynulostí dieťaťa rodičom sa znížilo z 2,95 na začiatku terapie na 1,92 pri ukončení terapie v auguste. Taktiež to považujeme za pozitívny efekt terapie. Keďže sa terapie zúčastňovala primárne mama, hodnotenie obáv aj neplynulostí dieťaťa realizovala ona. Na základe hodnotenia mamou sa u dieťaťa striedajú „lepšie“ a „horšie“ obdobia. Miera jej obáv klesla z hodnotenia 5 na 1, čo znamená, že terapia mala pre ňu pozitívny efekt.

Dieťa č. 2

Do výskumu bolo dieťa zaradené vo veku 4,8 rokov, na prelome mesiacov február/

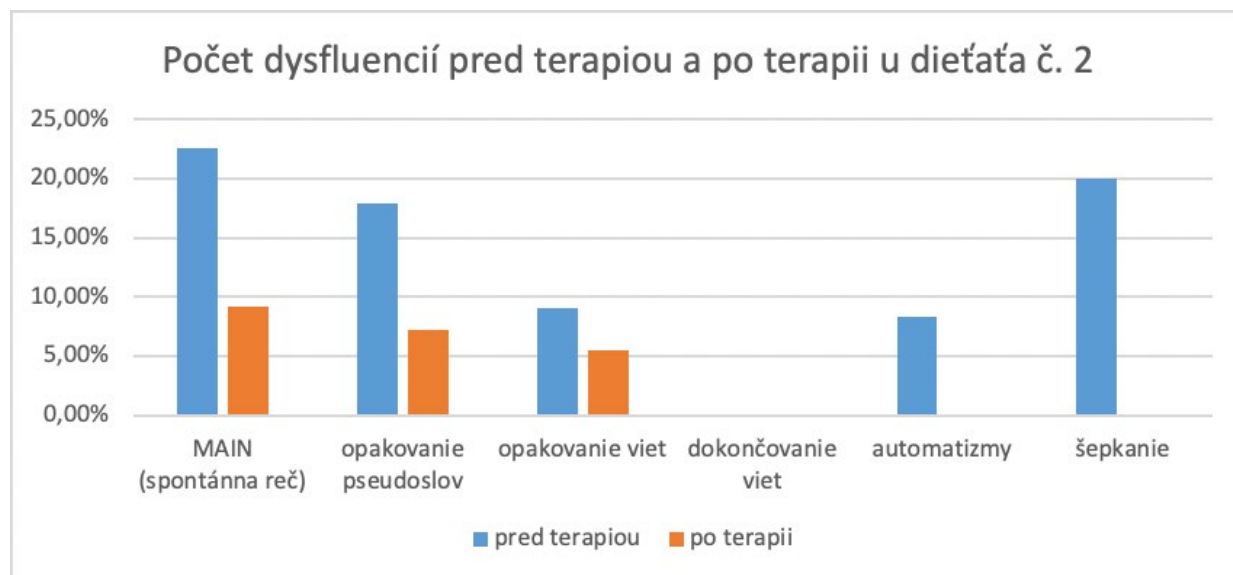
marec 2022, kedy sme realizovali vstupné vyšetrenie. Neplynulosti sa objavili vo veku 2 rokov, odvtedy prejavy mierne ustúpili, dieťa predtým neabsolvovalo žiadnu terapiu zajakavosti. Matka uviedla, že sa objavuje opakovanie časti slov, prolongácie a bloky, dieťa si ťažkosti uvedomuje. Aj u tohto dieťaťa sme vylúčili prítomnosť inej narušenej komunikačnej schopnosti a zhodnotili sme príznaky zajakavosti. Neevidovali sme žiadne príznaky nadmernej námahy ani psychickej tenzie. S terapiou sme začali v marci. Rodičom sme poskytli základné informácie o zajakavosti a komunikačných stresoroch rovnako

ako v predchádzajúcom prípade. Yaruss a Reardon-Reeves (2017) odporúčajú začať menej priamou terapiou a na viac priamu prejsť, ak nenastane zmena po 3 mesiacoch menej priamej terapie, ak sa rodič nedokáže zúčastňovať menej priamej terapie, ak je dieťa frustrované zo svojej zajakavosti alebo ak je vysoké riziko pretrvávania zajakavosti. Keďže sme na začiatku terapie neevidovali znaky psychickej tenzie ani nadmernej námahy, rozhodli sme sa začať menej priamou terapiou. Na terapiu chodila s dieťaťom mama kvôli pracovnej vyťažnosti otca. Rovnako ako v predchádzajúcom prípade sme mamu informovali, že

učení sa komunikačných stratégií bude mať k dispozícii nástroj na to, aby vedela zvládať neplnulosť svojho dieťaťa a adekvátne mu pomôcť. Komunikačné stratégie sme volili spoločne na základe našich rozhovorov a pozorovania interakcie mama-dieťa. Aj v tomto prípade sme mamu žiadali vždy o videá o nácviku komunikačných stratégií z domáceho prostredia, ale

nezaslala ich. Preto sme sa o ukončení nácviku danej stratégie rozprávali s mamou, či má pocit, že ju ovláda, a sledovali sme jej použitie v hre s dieťaťom počas terapie. Prešli sme spolu všetky komunikačné stratégie, tak ako u predchádzajúceho dieťaťa, frekvencia stretnutí bola nastavená rovnako ako u prvého dieťaťa, 2krát mesačne po 45 minút. Terapiu sme ukončili v júli

2022, kedy malo dieťa 5,1 rokov. Terapia teda trvala 5 mesiacov. Aj u tohto dieťaťa sme na základe rozhovoru s mamou prešli na viac priamu terapiu. Začali sme až v októbri kvôli časovej vyťaženosti rodičov. Z toho dôvodu sme nerealizovali monitorovaciu fázu. Opäť sme porovnali dáta sledujúce dysfluencie pred terapiou a po terapii. Porovnanie je uvedené v grafe č. 4.

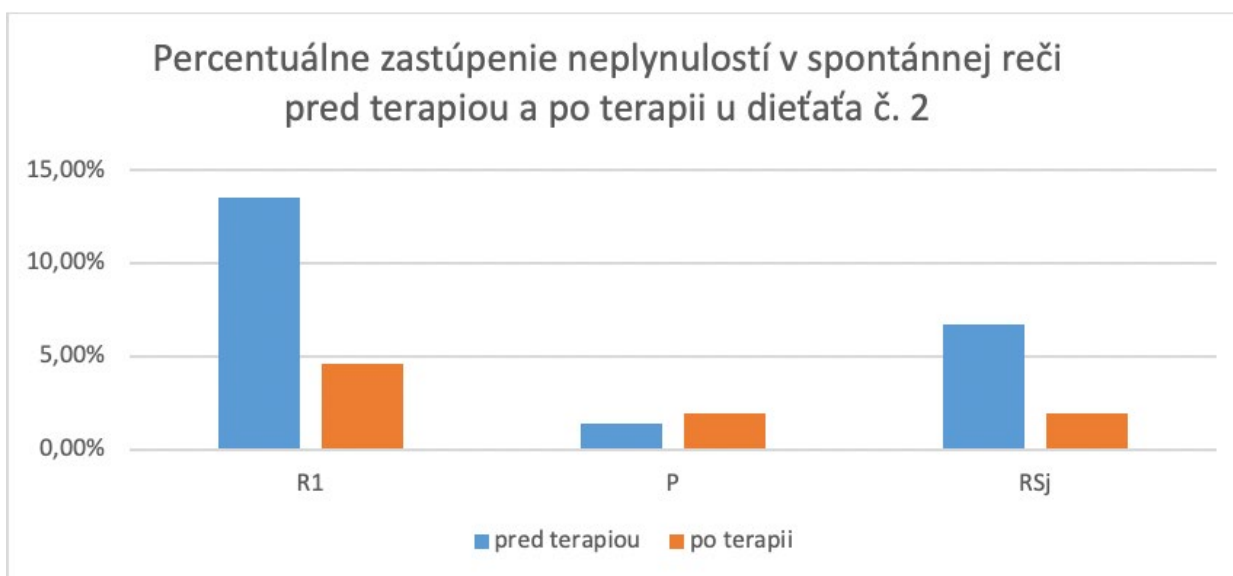


Graf 4: Počet dysfluencií pred terapiou a po terapii u dieťaťa č. 2

Aj u tohto dieťaťa sa výskyt dysfluencií znížil vo všetkých sledovaných oblastiach. Rovnako ako u mladšieho dieťaťa sa dysfluencie úplne vytratil pri produkcii automatizmov a pri šepkanej reči. Najvyšší výskyt dysfluencií bol pri spontánnej produkcii (MAIN), pri opakovaní pseudoslov a pri opakovaní viet. Pomer dysfluencií

vo vzťahu k rečovej vzorke pred terapiou a po terapii sa nezmenil. Aj pred terapiou aj po terapii bolo najviac dysfluencií pri spontánnej produkcii (MAIN), potom pri opakovaní pseudoslov a potom pri opakovaní viet. Toto dieťa neprodukovalo dysfluencie pri dokončovaní viet. Na hodnotenie spontánnej reči sme využili len

nahrávku z vyšetrenia, pretože rodičia ani po opakovaných žiadostiach neposkytli video z domáceho prostredia. Pre lepší prehľad uvádzame v grafe č. 5 porovnanie percentuálneho zastúpenia jednotlivých typov neplnulosť typických pre zajakavosť pred terapiou a po terapii aj u dieťaťa č. 2.

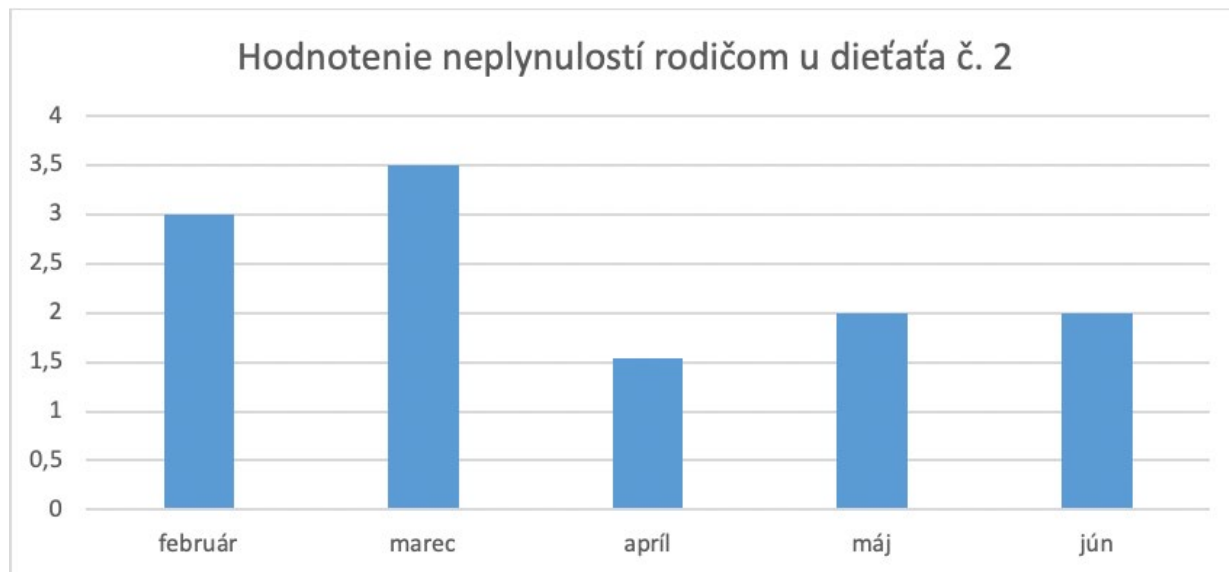


Graf 5: Percentuálne zastúpenie neplnulosť v spontánnej reči pred terapiou a po terapii u dieťaťa č. 2

Pri hlbšom rozbere neplýnulostí sme zistili, že došlo k poklesu počtu R1 a RSj, P sa mierne zvýšili, avšak ich priemerná

dĺžka sa znížila z 1 sekundy na 0,67 sekúnd. Taktiež sa znížil aj priemerný počet opakovaní R1 (z 2,2 na 1,14). Priemerný

počet opakovaní RSj ostal nezmenený – 1. V grafe č. 6. uvádzame hodnotenie neplýnulostí mamou za jednotlivé mesiace.



Graf 6: Hodnotenie neplýnulostí rodičom u dieťaťa č. 2

Podľa mamy sa neplýnulosti zlepšili z hodnotenia 3 na začiatku terapie na 2 na konci terapie. Podľa rozhovorov s mamou sa jej neplýnulosti hodnotili ťažko, bolo to pre ňu veľmi subjektívne. Zlepšenie o jeden bod môžeme považovať za pozitívny efekt terapie. Miera obáv mamy klesla z 4 na začiatku terapie na 2 na konci terapie, čo považujeme taktiež za pozitívny efekt terapie.

Diskusia

U oboch detí trvala nepriama terapia 5 mesiacov a priniesla zníženie výskytu dysfluencií a v niektorých rečových vzorčkách až ich vymiznutie. U oboch detí vymizli dysfluencie pri šepkaní a produkcii automatizmov. Toto zistenie by sme mohli pripísať skutočnosti, ako píše Lechta (2005, 2010), že šepkaná reč je ľahšie produkovaná ako hlasná reč a automatizmy sa produkujú ľahšie ako spontánna produkcia. U oboch detí sme evidovali aj zmenu v počtoch jednotlivých typov neplýnulostí. U dieťaťa č. 1 sa však zvýšili repetície jednoslabičných slov, čo podľa nášho názoru môže byť ovplyvnené práve znížením počtu R1 a prolongácií. Považujeme to za pozitívnu zmenu, pretože vymizli neplýnulosti, ktoré narúšajú štruktúru slova. Rovnako u dieťaťa č. 2 sa prolongácie mierne zvýšili, avšak celkovo nastal pokles všetkých typov neplýnulostí. Taktiež sa počas terapie znížila aj miera obáv rodičov u oboch detí. Hodnotenie neplýnulostí rodičmi u oboch detí kleslo o 1 bod. Zlepšilo sa aj hodnotenie neplýnulostí rodičmi u oboch detí, u dieťaťa č. 1 z hodnoty 2,95 na 1,92.

V mesiaci júli bolo hodnotenie najhoršie – 4,10. V tom čase sa zhoršil zdravotný stav dieťaťa. Predpokladáme, že mohol mať vplyv aj na jeho plynulosť. Aj u dieťaťa č. 2 sa hodnotenie neplýnulostí podľa mamy zlepšilo z hodnoty 3 na hodnotu 2. Na základe uvedených výsledkov – pokles neplýnulostí, lepšie hodnotenie neplýnulostí matkami a zníženie ich obáv – považujeme terapiu za úspešnú.

U oboch detí pretrvali dysfluencie v spontánnej reči, čo pravdepodobne súvisí s potrebou plánovania obsahovej, gramatickej a fonologickej formy prehovoru. Zaujímavé je, že u prvého, mladšieho dieťaťa dysfluencie vymizli pri opakovaní pseudoslov a len veľmi málo sa vyskytovali pri opakovaní viet, naopak u staršieho dieťaťa sa dysfluencie stále vyskytovali aj pri opakovaní pseudoslov a viet. Rozdiel by mohol byť spôsobený vekom detí. Staršie dieťa malo dysfluencie pred terapiou 2 roky aj 8 mesiacov, mladšie iba 3 mesiace. Môžeme predpokladať, že u staršieho dieťaťa boli dysfluencie v reči viac fixované. Mohli by sme sa však aj zamyslieť, či za lepšími výsledkami mladšieho dieťaťa nie sú lepšie schopnosti verbálno-akustickej pamäti, a tým aj menší výskyt dysfluencií. Opakovanie viet a pseudoslov nevytvára tlak na spontánne formovanie prehovoru. Medzi inými vytvára tlak aj na verbálno-akustickú pamäť (Gardner et al., 2006; Vicenová, 2011). V tom prípade by sa na dysfluenciách u staršieho dieťaťa mohla podieľať aj oslabená akusticko-verbálna pamäť, ktorú

u tohto dieťaťa skríningové testy nezachytili, alebo oslabená výbavnosť pojmov, ktorú aplikované testy nezachytia.

Autori Yaruss, Coleman a Hammer (2006) uviedli príspevok, v ktorom opisujú a hodnotia efektívnosť terapie, ktorú neskôr publikovali Yaruss a Reardon-Reeves (2017). V tomto výskume (výskumná vzorka 17 detí) nastalo dostatočné zlepšenie plynulosti už po menej priamej terapii u 64,7 % detí vo výskumnej vzorke. Ostatných 35 % výskumnej vzorky pokračovalo viac priamou terapiou. Autori tiež vychádzajú zo štúdií (De Sonnevile-Koedoot et al., 2015; Millard et al., 2009; O'Brian et al., 2013) a tvrdia, že žiadna terapia nie je viac efektívna ako druhá, všetky dokážu vyvolať zmenu a pozitívne ovplyvniť dieťa a rodinu (Yaruss a Reardon-Reeves, 2019). Millard et al. (2006, 2009) realizovali výskumy na overenie efektivity nepriamej terapie zakaždosti Parent-Child Interaction Approach. V prvom výskume bolo do výskumnej vzorky zaradených šesť detí vo veku 3,3–4,1 rokov. Analyzovali spontánnu rečovú vzorku z hry v domácom prostredí pred začiatkom terapie, počas terapie a 12 mesiacov po terapii. Millard et al. (2006) uvádzajú, že u štyroch zo šiestich detí sa signifikantne znížili neplýnulosti po terapii. Millard et al. (2009) realizovali výskum s podobným dizajnom. Výskumnú vzorku tvorilo 10 detí rozdelených do dvoch skupín – klinická (n = 6) a kontrolná skupina (n = 4). Autori uvádzajú, že sa neplýnulosti redukovali u všetkých detí z klinickej skupiny

a u jedného dieťaťa z kontrolnej. Závěry oboch výskumov poukazujú na fakt, že nepriama terapia zajakavosti je efektívna, čo sa zhoduje s predbežnými výsledkami nášho výskumu. Zaoberajú sa aj obavami rodičov. Rodičia na konci výskumu uvádzajú zníženie svojich obáv a lepšie zručnosti v zvládaní a manažovaní zajakavosti svojich detí.

Spolupráca s rodičmi tvorí dôležitú súčasť tejto terapie. Terapie sa v oboch prípadoch zúčastňovali mamy. Na všetkých sedeniach prebiehali rozhovory o situáciách, ktoré nastali v domácom prostredí medzi jednotlivými stretnutiami. Spoločne sme sa snažili hľadať riešenia. Myslíme si však, že ich motivácia počas menej priamej terapie bola nízka. Najmä mama druhého dieťaťa mala ťažkosti s nácvikom stratégií kvôli nedostatku času, hodnotenie neplnulosť bolo pre ňu náročné, rovnako aj určovanie komunikačných stresorov. Zamýšľame sa, či motivácia a spolupráca rodičov môže mať vplyv na aplikáciu aj viac priamej terapie. Tou sme s oboma deťmi pokračovali, keďže síce zmena nastala, ale rodičom sa nezdala byť dostatočná. Nakoľko sme u oboch detí pokračovali viac priamou terapiou, monitorovania

fáza nebola realizovaná. V rámci ďalšieho výskumu by sme mohli sledovať aj mieru spokojnosti rodičov s terapiou - ktoré časti terapie považovali za prospešné a ktoré nie.

Okrem sledovania prejavov zajakavosti bolo naším cieľom aj sledovať mieru obáv rodičov pred terapiou a po terapii. Svoje obavy hodnotili len mamy u oboch detí. U prvého dieťaťa sa znížili z hodnoty 5 na 1, u druhého dieťaťa z hodnoty 4 na 2. Tieto výsledky považujeme za pozitívne. Sledovanie faktorov terapie, ktoré znižujú mieru obáv rodičov, by mohlo byť cieľom ďalšieho výskumu.

Pokračovaním nášho výskumu by teda mohlo byť hodnotenie zručností rodičov týkajúcich sa zajakavosti a jej zvládania v domácom prostredí, sledovanie faktorov, ktoré znižujú obavy rodičov, a analýzu častí terapie, ktoré rodičia považujú za prospešné na základe dotazníkov. Zaujímavé by bolo deti v našej výskumnej vzorke otestovať aj 12 mesiacov po terapii, aby sme mohli sledovať, či sa efekt terapie udržal.

Záver

V našom príspevku sme sa venovali adaptácii terapie zajakavosti pre deti

v predškolskom a mladšom školskom veku podľa Yarusso a Reardon-Reeves (2017). Výhodou tejto terapie je prispôsobenie metód individuálnym potrebám dieťaťa a je možné ju realizovať aj v čase, kedy si dieťa svoje neplnulosť neuvedomuje. Taktiež sa dáva dôraz aj na prácu s rodičmi, ktorí sú kľúčovými osobami v živote dieťaťa aj v terapii. Ďalšou výhodou je, že na rozdiel od poradenstva sa rodičovi daná stratégia vysvetlí, ukáže, rodič má možnosť si ju vyskúšať a dostane spätnú väzbu o jej použití od logopéda. Po naučení sa stratégii má rodič v rukách „nástroj“ na zvládanie zajakavosti svojho dieťaťa a môže si byť samým sebou v tejto oblasti istejší. Menej priamu terapiu sme vyskúšali u dvoch detí vo veku 3,3 a 4,8 roka. Podľa výsledkov prvého a druhého vyšetrenia sa neplnulosť u oboch detí znížili. Rovnako sa znížila aj miera obáv rodičov a ich hodnotenie neplnulosť svojich detí v domácom prostredí. U oboch detí si dovoľujeme zhodnotiť, že terapia bola efektívna. Je však potrebná podrobnejšia analýza aktuálnych dát, sledovanie dlhodobého efektu terapie a overenie jej efektivity aj u ďalších detí.

Literatúra

- BLOODSTEIN, O., BERNSTEIN RATNER, N., BRUNDAGE, S. B., 2021. *A handbook on stuttering*. 7. vyd. San Diego, USA: Plural Publishing, Inc. ISBN 978-1-63550-317-3.
- BUNTOVÁ, D., 2013. Hodnotenie zrozumiteľnosti reči u detí. In: *Logopaedica XVI*, s. 49-54.
- DE SONNEVILLE-KOEDOOT, C., STOLK, E., RIETVELD, T., FRANKEN, M. C., 2015. Direct versus Indirect Treatment for Preschool Children who Stutter: The RESTART Randomized Trial. *PLoS ONE*. [online]. **10**(7), s. 1-17. DOI: 10.1371/journal.pone.0133758.
- GARDNER, H., FROUD, K., McCLELLAND, A., VAN DER LELY, H. K. J., 2006. Development of the Grammar and Phonology Screening (GAPS) test to assess key markers of specific language and literacy difficulties in young children. *International Journal of Language & Communication Disorders*. [online]. **41**(5), s. 513-540. DOI: 10.1080/13682820500442644.
- GUITAR, B., 2019. *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*. 5. vyd. Philadelphia, USA: Wolters Kluwer. ISBN 978-1496346124.
- HERDER, C., HOWARD, C., NYE, C., VANRYCKEGHEM, M., 2006. Effectiveness of Behavioral Stuttering Treatment: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*. [online]. **33**(1), s. 61-73. DOI: 10.1044/cicsd_33_S_61.
- HOWELL, P., 2007. Signs of developmental stuttering up to age eight and at 12 plus. *Clinical Psychology Review*. [online]. **27**(3), s. 287-306. DOI: 10.1016/j.cpr.2006.08.005.
- JONES, M., ONSLOW, M., PACKMAN, A., WILLIAMS, S., ORMOND, T., SCHWARZ, I., GEBSKI, V., 2005. Randomised controlled trial of the Lidcombe programme of early stuttering intervention. *British Medical Journal*. [online]. **331**(7518), s. 659-661. DOI: 10.1136/bmj.38520.451840.E0.
- KAPALKOVÁ, S., NEMCOVÁ, M., 2020. MAIN: Slovak version and pilot data. In: *ZAS Papers in Linguistics. Bd. 64*. [online]. s. 199-205. DOI: 10.21248/zaspil.64.2020.574.
- LECHTA, V. et al., 2005. *Zajakavosť – integratívny prístup. Diagnostika*. Bratislava: LIEČREH GÚTH. ISBN 80-88932-17-3.
- LECHTA, V., 2010. *Koktavost: Integrativní přístup*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-643-8.
- LECHTA, V., 2016. Zajakavosť. In: KEREKRÉTIOVÁ, A. et al. *Logopédia*. Bratislava: Univerzita Komenského, s. 121-142. ISBN 978-80-223-4165-3.

- McLEOD, S., HARRISON, L. J., McCORMACK, J., 2012. The Intelligibility in Context Scale: Validity and Reliability of a Subjective Rating Measure. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. [online]. 55(2), s. 648-656. DOI: 10.1044/1092-4388(2011/10-0130).
- ONSLOW, M., O'BRIAN, S., 2013. Management of childhood stuttering. *Journal of Paediatrics and Child Health*. [online]. 49(2), s. E112-E115. DOI: 10.1111/jpc.12034.
- POLIŠENSKÁ, K., KAPALKOVÁ, S., 2014. Improving Child Compliance on a Computer-Administered Nonword Repetition Task. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. [online]. 57(3), s. 1060-1068. DOI: 10.1044/1092-4388(2013/13-0014).
- REILLY, S. et al., 2013. Natural History of Stuttering to 4 Years of Age: A Prospective Community-Based Study. *Pediatrics*. [online]. 132(3), s. 460-467. DOI: 10.1542/peds.2012-3067.
- STARKWEATHER, C. W., GOTTWALD, S. R., HALFOND, M. M., 1990. *Stuttering prevention a clinical method*. New Jersey, USA: Prentice – Hall. ISBN 978-0138589943.
- VICENOVÁ, Z., 2011. *Možnosti aplikácie skríningového nástroja GAPS u slovenských detí*. Diplomová práca. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, Pedagogická fakulta, Katedra logopédie. Vedúci práce Mgr. Svetlana Kapalková, PhD.
- WARD, D., 2018. *Stuttering and Cluttering: Frameworks for Understanding and Treatment*. 2. vyd. Milton: Routledge. ISBN 9780203892800.
- YAIRI, E., AMBROSE, N. G., 1999. Early Childhood Stuttering I: Persistency and Recovery Rates. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. [online]. 42(5), s. 1097-1112. DOI: 10.1044/jslhr.4205.1097.
- YAIRI, E., SEERY, C. H., 2021. *Stuttering: Foundations and Clinical Applications*. 3. vyd. San Diego, USA: Plural Publishing. ISBN 9781635503562.
- YARUSS, J. S., COLEMAN, C., HAMMER, D., 2006. Treating preschool children who stutter: description and preliminary evaluation of a family-focused treatment approach. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*. [online]. 37(2), s. 118-136. DOI: 10.1044/0161-1461(2006/014).
- YARUSS, J. S., REARDON-REEVES, N., 2017. *Early Childhood Stuttering Therapy: A Practical Guide*. McKinney, USA: Stuttering Therapy Resources. ISBN 978-0983753872.
- YARUSS, J. S., REARDON-REEVES, N., 2019. Rozhovor. In KUMMER, A. 20Q: *Early Childhood Stuttering: Less-Direct and More-Direct Treatment*. Dostupné z: <https://www.speechpathology.com/articles/20q-early-childhood-stuttering-less-20233>.

VÝSLEDKY RODIČOVSKÉHO DOTAZNÍKU ZKOUMAJÍCÍHO VÝVOJ ŘEČI A JAZYKA U ČESKY MLUVÍCÍCH DĚTÍ VE VĚKU 5,5–6,5 LET – PILOTNÍ STUDIE

RESULTS OF A PARENTAL QUESTIONNAIRE EXAMINING SPEECH AND LANGUAGE DEVELOPMENT IN CZECH-SPEAKING CHILDREN AGED 5.5–6.5 YEARS – STUDY PROJECT

Gabriela Solná^{1, 2} 
Barbora Červenková^{3, 4} 



Gabriela Solná



Barbora Červenková

Abstrakt

Pro určení míry vývojového opoždění v oblasti řeči či jazyka je možné využít rodičovské dotazníky. Můžeme odlišit dva základní typy. První využívá položkové hodnocení jednotlivých kategorií, bývá obvykle standardizovaný a obsahuje normy. V rámci pilotní studie jsme využili druhý typ dotazníku, ve kterém rodiče dětí odpovídali na otázky související s faktory prostředí, rodinnou a osobní anamnézou a vývojem řeči a jazyka.

Cílem výzkumného šetření bylo navrhnout rodičovský dotazník a určit, zda má dostatečně dobré psychometrické vlastnosti (senzitivita, specifita, ROC křivka), aby dokázal odlišit děti s významnými obtížemi ve vývoji jazyka a mohl být využit pro široký sběr dat v rámci České republiky.

Metodologie: V pilotní fázi studie se dotazníkového šetření zúčastnilo celkem 99 rodičů dětí (59 chlapců a 40 dívek ve věku 5,5–6,5 let). U všech dětí byla provedena komplexní logopedická diagnostika a na základě výsledků logopedické diagnostiky byly děti rozděleny do čtyř skupin.

Výsledky: Pomocí Fisherova exaktního testu byl prokázán statisticky významný rozdíl mezi skupinami v odpovědích na otázky z III. části testu cílící na specifické oblasti jazykového vývoje. Podle ROC analýzy bylo stanoveno cut-off skóre

ve výši 2 body se senzitivitou 96,1 % a specificitou 91,4 % a vysokou hodnotou AUC 0,985 pro účely odlišení dětí bez deficitů v oblasti vývoje jazyka od dětí s vývojovou poruchou jazyka. Rozlišovací schopnost dotazníku je velmi dobrá.

Závěr: Podařilo se navrhnout rodičovský dotazník, který vykázal v pilotní studii dostatečně dobré psychometrické vlastnosti. Asociace klinických logopedů (AKL ČR) tedy tento dotazník schválila a finančně podpořila následný celorepublikový dotazníkový sběr za účelem zjištění prevalence řečových a jazykových obtíží v populaci u dětí ve věku 5,5–6,5 let.

Abstract

Questionnaires are commonly used to determine the degree of developmental delay in speech or language. Two basic types can be distinguished. The first uses item ratings for each category, is usually standardised and contains norms. In our pilot study, we used the second type of questionnaire, in which parents of children answered questions related to environmental factors, family and personal history, and speech and language development.

The aim of the research investigation was to design a parental questionnaire and to determine whether it had sufficiently good psychometric properties (sensitivity, specificity, ROC curve) to distinguish children with significant difficulties in

¹Mgr. Gabriela Solná, Nemocnice AGEL Ostrava-Vitkovice, neurologické oddělení, Zalužanského 15, 703 84 Ostrava, Česká republika. E-mail: g.solna@email.cz.

²Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Ke Karlovu 11, 128 01 Praha, Česká republika.

³Mgr. Barbora Červenková, Ph.D., Ústav speciálněpedagogických studií, Pedagogická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci, Žižkovo náměstí 5, 779 00 Olomouc, Česká republika. E-mail: barbora.cervenkova@post.cz.

⁴FN Brno, odd. neonatologie, Obilní trh 11, 602 00 Brno, Česká republika.

language development, and whether it could be used for broad data collection in the Czech Republic.

Methodology: All children were subjected to a comprehensive speech therapy diagnosis and, based on the results of the speech therapy diagnosis, were divided into four groups.

Results: According to ROC analysis, a cut-off score of 2 points was determined with a sensitivity of 96.1% and specificity of 91.4%, and a high AUC value of 0.985 to distinguish children without deficits in language development from children with developmental language disorders. The discriminatory ability of the questionnaire is very good.

Conclusion: The parental questionnaire showed sufficiently good psychometric properties in the pilot study. Therefore, the Association of Clinical Speech and Language Therapists (AKL CR) approved and financially supported the subsequent nationwide questionnaire collection.

Klíčová slova

rodičovský dotazník, vývojová porucha jazyka, prevalence vývojové poruchy jazyka

Keywords

parental questionnaire, developmental language disorder, prevalence of developmental language disorder

Úvod

Míru vývojového opoždění v oblasti řeči či jazyka můžeme stanovovat různými metodami, jednou z nich je výzkumné šetření pomocí dotazníků. Z hlediska jejich konstrukčních vlastností můžeme odlišit dva základní typy těchto dotazníků.

První typ využívá položkové hodnocení vývoje jazyka. Rodiče v jeho rámci referují dobu vzniku a výskytu určitých specifických komunikačních a jazykových prostředků u svých dětí. V zahraničí jsou k tomuto účelu využívány tyto nástroje: MacArthur-Bates Communicative Development Inventory (MB-CDI) (Fenson et al., 1993), Language Developmental Survey (LDS) (Rescorla, 1989) a Children's Communication Checklist-2 (CCC-2) (Bishop, 2003). V ČR máme k dispozici Stručný dotazník dětského slovníku SDDS (Smolík a Bytešníková, 2017), který je určen pro děti ve věku 16–42 měsíců. Dále můžeme využít Dotazník vývoje komunikace II. (Dovyko II.) pro děti ve věkovém rozmezí 16–30 měsíců (Smolík et al., 2017). Jedná se o českou adaptaci verze rodičovských

dotazníků MB-CDI. Tyto dotazníky jsou standardizovanými nástroji obsahujícími normy.

Druhým typem dotazníku je dotazník, ve kterém rodiče odpovídají na otázky související s anamnézou, vývojem řeči a jazyka a faktory prostředí. Tento postup využili např. McLeod a Harrison (2009), Guibertson et al. (2011) či Peñaloza et al. (2021). Podobnou konstrukci dotazníku využili například také Kadesjö et al. (2004) pro zjištění míry prevalence ADHD v populaci dětí ve věku 5–15 let.

Rodičovský dotazník se může přímo zaměřit na oblasti, které rodiče vnímají při vývoji dětí jako problematické (Kadesjö et al., 2004; Auza et al., 2023). Prediktivní validitu rodičovského dotazníku pro identifikaci dětí s vývojovými poruchami řeči zkoumali např. Auza et al. (2023), kteří potvrdili hypotézu, že dotazník pro rodiče týkající se jazykových problémů může pomoci identifikovat děti s vývojovou poruchou jazyka (VPJ) a může být použit jako screeningový nástroj.

Kromě možnosti samostatného využití rodičovského dotazníku zaměřeného na zjištění vývojových obtíží dětí v oblasti jazyka je různými výzkumníky využívána i možnost jeho kombinace s komplexní diagnostikou klinickým logopedem (např. Bishop a McDonald, 2009). Tento postup byl použit v rámci této pilotní studie.

V tomto článku využíváme termín vývojová porucha jazyka (VPJ). V MKN-10 jsou uvedeny diagnózy F80.1 a F80.2 pod názvy Expresivní porucha řeči a Receptivní porucha řeči, jež jsou širokou odbornou veřejností vnímány jako synonymum pro vývojovou dysfázii. V roce 2016 se konalo multinárodní a multidisciplinární konsorcium CATALISE. Výsledkem jednání panelu 57 odborníků z anglicky mluvících zemí byl konsensus v použití nové terminologické jednotky: Developmental language disorder (DLD) (Bishop, 2017). Tento termín je již zařazen do ICD-11.

Incidence VPJ se celosvětově u pětiletých dětí udává okolo 6–10 % (Tomblin et al., 1997; Law et al., 2000; Norbury et al., 2016).

Údaje o prevalenci vývojových řečových a jazykových poruch v české populaci jsou v odborném tisku uváděny velmi ojediněle. Pro vyhledání údajů o prevalenci VPJ v ČR byly využity následující databáze: Education Resources Information Center (ERIC), Scopus, SpeechBITE, Web of Science a Google Scholar. V českém i slovenském odborném tisku nebyly tyto

údaje ani po důkladné rešerši nalezeny. Výjimkou je dizertační práce Tomické (2011), která během šesti let mapovala narušenou komunikační schopnost u 848 dětí ve věku 5,5–6,5 let. Bohužel ale využila jen orientační logopedické vyšetření a z větší části nestandardizované zkoušky, které nejsou primárně určeny k detekci VPJ. Do souboru byly zařazeny děti s různými diagnózami a pouze 70 dětí bylo bez postižení. Autorka v závěru uvádí, že děti s opožděným vývojem řeči bylo 27,0 %, s dyslalií gravis 11,3 %, s vývojovou dysfázií 10,7 %, s dyslalií levis 10,5 % a s poruchou jazykového citu 10 %. Vzhledem k faktu, že tyto výsledky byly uvedeny pro celou skupinu dětí, jež zahrnovala v 91,75 % děti s postižením, je nelze vzhledem k výše popsaným skutečnostem brát jako údaje o prevalenci řečových a jazykových poruch v populaci. Žádná jiná studie využívající ucelenou diagnostickou baterii cílicí na zjištění prevalence fonologické poruchy či VPJ u skupiny dětí dosud nebyla v ČR provedena. Mezi důvody, proč tomu tak je, můžeme uvést jednak vysokou finanční a časovou náročnost takového projektu, a také absenci komplexního diagnostického materiálu, který by mohl být k testování využit.

Prvotním cílem naší pilotní studie bylo zjistit, zda jsou rodiče schopni v rámci dotazníkového šetření popsat obtíže ve vývoji řeči a jazyka svých dětí, zda je možné stanovit cut-off pro odlišení dítěte s VPJ od dítěte s vývojovou poruchou řeči nebo jazyka nespecifickou s pouze mírnými obtížemi při vývoji jazyka, a vytvořit tedy nástroj s dostatečnou senzitivitou a specifitou.

Druhotným cílem pak bude ověřit souběžnou validitu a reliabilitu (vnitřní konzistenci) nástroje a v případě dobrých psychometrických vlastností provést celorepublikový sběr s cílem získat hrubý odhad prevalence výskytu jazykových a řečových obtíží u dětí.

METODOLOGIE

Pilotní studie

V roce 2022 byl vytvořen rodičovský dotazník. Obsahoval celkem 38 otázek a skládal se ze tří částí. První část obsahovala 11 otázek a zkoumala faktory prostředí, druhá část obsahovala 8 otázek a cílila na získání odpovědí na anamnestické otázky související s vývojem jazyka a řeči a třetí část speciální obsahovala 15 otázek a zkoumala vývoj jazyka a řeči u dětí. Otázky zařazené do dotazníku byly vybírány

na základě přehledu 70 článků o vývoji řeči a jazyka publikovaných v angličtině. V úvodu dotazníku byl rodičům vysvětlen smysl dotazníku, jeho výzkumný cíl. Každý respondent vyplnil informovaný souhlas.

Skladba dotazníku

I. část dotazníku se zaměřovala na sběr demografických dat respondentů. Zjišťovala, z jakého kraje pochází dítě, jak velká je obec, ve které žije, jakého je dítě pohlaví, jaké má postavení mezi sourozenci, jaký je jeho věk v měsících, a dále zjišťovala úroveň dosaženého vzdělání otce a matky, úplnost či neúplnost rodiny, hodnocení socioekonomického postavení rodiny, zda dítě navštěvuje MŠ či ZŠ a zda je dítě vystaveno v rámci nejužší rodiny pouze českému jazyku, či zda se jedná o rodinu, ve které je běžně využíván i jiný jazyk než jazyk český. Otázky byly uzavřené a rodiče vybírali z několika možností odpovědí.

II. část dotazníku zjišťovala anamnestické údaje. Zde mohli respondenti v případě pozitivní odpovědi využít navíc také formu otevřené odpovědi. Otázky cílily na zjištění odkladu školní docházky, na existenci neurovývojových poruch u členů blízké rodiny a u příbuzných, komplikace matky v době těhotenství nebo komplikace vzniklé v průběhu porodu a po něm, předčasný porod, zdravotní obtíže dítěte v raném dětství, dispenzarizaci dítěte u klinického psychologa nebo v poradenském zařízení a zda nemá dítě zrakové, sluchové, mentální nebo kombinované postižení či poruchu autistického spektra. Zajímalo nás také, zda dítě dochází či docházelo na logopedii a pod jakou diagnózu je logopedem vedeno.

III. část, část speciální, byla zaměřena na oblast jazykového vývoje. Otázky jsou uvedeny níže v oddílu Statistické zpracování třetí části dotazníku.

Výzkumné šetření

Dotazník byl v pilotní verzi vyplněn 99 zákonnými zástupci dětí ve věku 5,5–6,5 let s různým stupněm vzdělání (od ukončeného základního vzdělání po osoby s ukončeným vysokoškolským vzděláním), osobami z různých etnických skupin (např. romské) i rodiči s jinou státní příslušností (např. slovenskou). Vyplněn byl rodiči, kteří se svými dětmi docházeli ke klinickému logopedovi, případně docházku již ukončili. Po vyplnění dotazníku klinický logoped zjišťoval, jak otázkám rodič rozumí, a v případě nepochopení otázky rodičem byla daná položka přeformulována tak, aby její znění bylo dostatečně

srozumitelné a doplněné příklady. Otázky v dotazníku byly tedy opakovaně přeformulovávány tak, aby bylo zajištěno jejich co nejlepší pochopení.

Většina otázek dotazníku měla formu výběru z odpovědí, rodiči však byla dána možnost popsat charakter vývojových obtíží díky doplnění několika otázek otevřených. Pozitivní odpovědi ze III. části dotazníku zaměřené na jazykový vývoj dětí byly hodnoceny jedním bodem.

Všechny děti byly vyšetřeny souborem testů, které patří k nejcitlivějším pro detekci vývojové poruchy jazyka dle doporučení konsorcia CATALISE (Bishop et al., 2017). Vyšetření obsahovalo testy pro hodnocení receptivní i expresivní stránky jazyka v rámci tří základních domén (slovní zásoba, gramatika, narace). Obsahovalo tyto testy: Test porozumění větám TEPO (Solná a Červenková, 2022), Opakování vět OPAV (Smolík, Bláhová, Bartoš, 2018), Test produkce slovní zásoby TEPRO (Solná, 2022), Opakování pseudoslov (Seidlová Málková a Smolík, 2014) a Multijazykový test na hodnocení jazykových schopností MAIN pro hodnocení narace (Nováková Schöffelová, 2020). Diagnóza VPJ byla stanovena, pokud byl výsledek dvou a více testů pod hranici deficitu. Diagnóza F80.9 Vývojová porucha řeči nebo jazyka nespecifická byla stanovena v případě, že děti skórovaly pouze v jednom ze šesti testů pod hranici deficitu nebo dosahovaly ve více testech výsledků na hranici 15. percentilu.

Děti byly rozděleny dle diagnóz do čtyř skupin. V první skupině (skupina 0) bylo 17 dětí bez logopedické diagnózy, ve druhé skupině (skupina 1) bylo 30 dětí s artikulační/fonologickou poruchou, třetí skupinu (skupina 2) tvořilo 26 dětí s vývojovou poruchou řeči nebo jazyka nespecifickou a do čtvrté skupiny (skupina 3) bylo zařazeno 26 dětí s vývojovou poruchou jazyka.

Metody analýzy dat

Byla provedena popisná statistika. Pro srovnání anamnestických údajů v rámci dvou základních skupin dětí byl použit χ^2 test a Fischerův exaktní test, který byl také využit pro hodnocení citlivosti položek ve III. části dotazníku. Pro vyhodnocení rozdílů mezi skupinami byl zvolen Mannův-Whitneyův test pro dva výběry. Hraniční skóre bylo vypočítáno pomocí Youdenova indexu a následně byla vypočítána senzitivita, specifita a ROC křivka. Statistické testy byly hodnoceny na hladině významnosti 0,05. Pro

statistické zpracování dat byl použit program Stata verze 14.

VÝSLEDKY

Výsledky popisné statistiky I. a II. části dotazníku jsou uvedeny v Tabulce 1.

V rámci popisné statistiky výzkumného souboru bylo zjištěno, že děti se v základních parametrech (věk, pohlaví, velikost obce, ve které žijí, či počet dětí v rodině a pořadí mezi sourozenci) neliší. Statisticky významné rozdíly byly zjištěny v parametru vzdělání otce, kdy u dětí s vývojovou poruchou řeči a jazyka nespecifickou a vývojovou poruchou jazyka bylo zastoupeno více otců s nižším stupněm vzdělání. Dále se také liší v počtu odkladů školní docházky. U dětí z druhé skupiny, tedy dětí s vývojovou poruchou řeči a jazyka nespecifickou a dětí vývojovou poruchou jazyka, je počet odkladů školní docházky statisticky významně vyšší. V rámci rodinné anamnézy bylo zjištěno, že rodiče či blízcí příbuzní druhé skupiny dětí měli v dětství statisticky signifikantně více různých typů neurovývojových poruch typu poruch komunikace, poruch učení a také poruch motorické koordinace.

Statistické zhodnocení III. části dotazníku

Tato část dotazníku obsahovala celkem 15 otázek a pro přehlednost je uvádíme ve zkráceném znění:

1. Byl jazykový vývoj u vašeho dítěte opožděný? (Běžně tvoří děti první slova kolem jednoho roku věku, dvouslovné věty ve dvou letech, ve třech letech tvoří souvětí.)
2. Mělo vaše dítě ve věku 0–2 roky potíže s ranou komunikací, použitím gest, zrakovým kontaktem?
3. Mluvil vaše dítě ve věku 3 let nesrozumitelně?
4. Mělo vaše dítě ve věku 2 let potíže tvořit věty – kombinovat dvě slova?
5. Mělo vaše dítě ve věku 3 let potíže hrát si spontánně, vybírat si běžné hračky, dělat dlouze stereotypní činnost apod.?
6. Mělo vaše dítě ve věku 3–5 let potíže dělat cílenou činnost?
7. Mělo vaše dítě ve věku 2–3 roky potíže porozumět vašim běžným pokynům?
8. Mělo vaše dítě po 4. roce věku potíže v gramatice?
9. Byla řeč vašeho dítěte po 5. roce obtížně srozumitelná pro okolí?
10. Komolilo vaše dítě po 5. roce slova? Přehazovalo hlásky, zaměňovalo je, vynechávalo?

Tabulka 1: Popisná statistika souboru

Faktory	Kategorie	Skupina 0 + 1 (n = 47)	%	Skupina 2 + 3 (n = 52)	%	p-hod.*
Pohlaví	dívky	23	48,9 %	17	32,7 %	0,107
	chlapci	24	51,1 %	35	67,3 %	
Věk	5,5–6,0 let	30	63,8 %	24	46,2 %	0,780
	6,0–6,5 let	17	36,2 %	28	53,8 %	
Kraj	hlavní město Praha	2	4,3 %	3	5,8 %	0,793
	Středočeský	39	83,0 %	40	79,0 %	
	Moravskoslezský	6	6 %	9	17,3 %	
Obec	do 5 tis.	20	42,6 %	30	57,7 %	0,102
	do 30 tis.	19	40,4 %	13	25,0 %	
	do 100 tis.	1	2,1 %	5	9,6 %	
	nad 100 tis.	7	14,9 %	4	7,7 %	
Sourozenci	jedináček	4	8,5 %	13	20,0 %	0,151
	více dětí	4	8,5 %	5	9,6 %	
	pořadí – mladší	20	42,6 %	17	32,7 %	
	pořadí – starší	19	40,4 %	16	30,8 %	
Vzdělání matky	ZŠ + SOU	3	6,4 %	6	11,5 %	0,359
	SŠ	15	31,9 %	21	40,4 %	
	VŠ	29	61,7 %	25	48,1 %	
Vzdělání otce	ZŠ + SOU	4	8,5 %	16	30,8 %	< 0,001
	SŠ	21	44,7 %	23	44,2 %	
	VŠ	22	46,8 %	13	25,0 %	
Rodina	úplná	40	85,1 %	43	82,7 %	0,632
	střídavá péče	2	4,3 %	1	1,9 %	
	neúplná	1	2,1 %	4	7,7 %	
	v péči pěstounů	4	8,5 %	4	7,7 %	
Socioekonomické postavení rodiny	výrazné obtíže s financemi	0	0,0 %	2	3,8 %	0,069
	občasné obtíže s financemi	3	6,4 %	11	21,2 %	
	nejdou obtíže s financemi	44	93,6 %	39	75,0 %	
Školní zařízení	MŠ	44	93,6 %	41	78,8 %	0,121
	přípravný ročník ZŠ	2	4,3 %	8	15,4 %	
	ZŠ	1	2,1 %	3	5,8 %	
Český jazyk jako jediný jazyk v rodině	ano	45	95,7 %	51	98,1 %	0,412
	ne	2	4,3 %	1	1,9 %	
Odklad školní docházky	ne	43	91,5 %	25	48,1 %	< 0,001
	ano	4	8,5 %	27	51,9 %	
RA1	ne	36	76,6 %	27	51,9 %	0,020
	ano	11	23,4 %	24	46,2 %	
RA2	ne	39	83,0 %	30	57,7 %	0,008
	ano	8	17,0 %	22	42,3 %	
RA3	ne	45	95,7 %	42	80,8 %	0,053
	ano	2	4,3 %	9	17,3 %	
RA4	ne	46	46,0 %	44	84,6 %	0,033
	ano	1	1,0 %	8	15,4 %	
Těhotenství a porod	bez komplikací	39	83,0 %	36	69,2 %	0,159
	s komplikacemi	8	17,0 %	16	30,8 %	
Závažné zdravotní obtíže v raném věku dítěte	ne	39	83,0 %	40	76,9 %	0,444
	ano	7	14,9 %	12	23,1 %	

* χ^2 test, Fischerův exaktní test, RA1: obtíže ve vývoji komunikace v blízké rodině, RA2: obtíže v učení v blízké rodině, RA3: ADHD v blízké rodině, RA4: vývojová porucha koordinace ve smyslu dyspraxie v blízké rodině

11. Mělo vaše dítě po 5. roce potíže vyprávět smysluplně nějaký jednoduchý příběh?
12. Mělo vaše dítě po 5. roce při běžném povídání potíže vybavit si běžná slova?
13. Má vaše dítě po 5. roce potíže s porozuměním delším větám, příběhu nebo jednoduchému vtipu?
14. Pociťujete nebo jste pociťovali nervozitu ohledně vývoje jazyka u svého dítěte?
15. Chodíte nebo chodili jste ke klinickému logopedovi či k jinému odborníkovi kvůli výše uvedeným obtížím?

Statistické vyhodnocení III. části dotazníku je uvedeno v Tabulce 2. Zobrazuje

procentuální zastoupení pozitivních odpovědí na jednotlivé otázky a jejich porovnání v rámci čtyř základních skupin.

Tabulka 2: Statistické vyhodnocení 15 otázek III. části dotazníku

Skupina	0	1	2	3	P-hod.*
Počet dětí	17	30	26	26	
Otázka 1	0 %	6 %	19 %	73 %	< 0,001
Otázka 2	0 %	0 %	0 %	12 %	0,034
Otázka 3	0 %	3 %	11 %	54 %	< 0,001
Otázka 4	0 %	0 %	27 %	56 %	< 0,001
Otázka 5	0 %	0 %	0 %	12 %	0,034
Otázka 6	6 %	0 %	11 %	31 %	< 0,001
Otázka 7	0 %	0 %	8 %	38 %	< 0,001
Otázka 8	6 %	0 %	46 %	77 %	< 0,001
Otázka 9	0 %	13 %	19 %	60 %	< 0,001
Otázka 10	0 %	19 %	23 %	62 %	< 0,001
Otázka 11	0 %	3 %	15 %	69 %	< 0,001
Otázka 12	0 %	6 %	46 %	73 %	< 0,001
Otázka 13	0 %	0 %	4 %	35 %	< 0,001
Otázka 14	0 %	10 %	15 %	77 %	< 0,001
Otázka 15	6 %	74 %	77 %	96 %	< 0,001

*Fisherův exaktní test

Pro statistické zhodnocení dat byl využit Fisherův exaktní test. Při porovnání čtyř základních skupin dětí dle stanovené logopedické diagnózy byly zjištěny statisticky významné rozdíly ve 13 z 15 sledovaných otázek. Procentuální zastoupení pozitivních odpovědí ve III. části dotazníku v rámci jednotlivých skupin dětí je pro

zajištění vyšší názornosti přehledně uvedeno pomocí sloupcového grafu (Graf 1).

V Tabulce 3 je uvedeno srovnání počtu pozitivních odpovědí u otázek ze třetí části dotazníku v rámci čtyř základních skupin dětí. K výpočtu byl použit test trendu a Mannův-Whitneyův test. Byl zjištěn statisticky významný rozdíl v součtu

pozitivních bodů v rámci jednotlivých skupin dětí. Medián pozitivních bodů u skupiny dětí bez logopedické diagnózy byl 0 bodů, u skupiny dětí s artikulační/fonologickou poruchou to byl 1 bod, u skupiny dětí s vývojovou poruchou řeči či jazyka nespecifickou to byly 3 body a ve skupině dětí s VPJ měly děti medián 8,5 bodů.

Tabulka 3: Srovnání výsledků jednotlivých skupin dle výsledků ve III. části dotazníku

skupina	n	medián	25. perc.	75. perc.	P-hod.**
0	17	0	0	0	ref.
1	30	1	1	2	< 0,001
2	26	3	2	5	< 0,001
3	26	8,5	6	10	< 0,001
p-hod.*	S	< 0,001			

*test trendu

**Mannův-Whitneyův test – srovnání se skupinou 0

Dále byly také zjištěny statisticky významné rozdíly při srovnání výsledků dětí ze skupin 1, 2, 3 ve srovnání s referenční kategorií skupiny 0 (skupina dětí bez logopedické diagnózy), které zobrazuje krabicový graf (Graf 2).

Po vyplnění dotazníků následovalo hledání diagnostického cut-off (hraničního skóre) pomocí ROC křivek (graf, který popisuje kvalitu binárního klasifikátoru v závislosti na nastavení jeho klasifikačního prahu). Do výpočtu cut-off skóre jsme zařadili součet bodů ze III. části dotazníku, konkrétně otázky 1–14. Otázka 15, zda dítě dochází nebo docházelo ke klinickému logopedovi, byla z tohoto výpočtu vynechána, protože všechny děti zařazené do tohoto souboru ke klinickému logopedovi docházely či docházejí. Hraniční skóre (cut-off) bylo stanoveno ve třech různých variantách dle porovnávaných skupin dětí. Vhodně nastavený hraniční skóre poté udává senzitivitu a specifitu screeningového nástroje.

1) Srovnali jsme skupinu dětí 0 + 1 (47 dětí) se skupinou dětí 2 + 3 (52 dětí). Cut-off skóre bylo stanoveno na 2 body. Senzitivita byla 78,8 % a specifita 91,4 %. Velikost A plochy AUC pod ROC křivkou je nejběžnější kvantitativní index popisující ROC křivku. V tomto případě je 0,909.

ROC křivka znázorňuje vztah mezi odhadem specifity a senzitivity dotazníku. Rozlišovací schopnost dotazníku při výsledku nad 0,9 je hodnocena jako vynikající. Průběh ROC křivky zobrazuje Graf 3.

2) Srovnali jsme skupinu 2 (26 dětí) se skupinou 3 (26 dětí). Cut-off skóre bylo stanoveno na 5 bodů. Senzitivita byla 80,7 % a specifita 84,6 %. Velikost A plochy AUC pod ROC křivkou je 0,887. Rozlišovací schopnost dotazníku při výsledku v rozmezí 0,8–0,9 je hodnocena jako velmi dobrá. ROC křivku pro toto srovnání zobrazuje Graf 4.

3) Srovnali jsme skupinu 0 + 1 (47 dětí) se skupinou 3 (26 dětí). Cut-off skóre bylo stanoveno na 2 body. Senzitivita byla 96,1 % a specifita 91,4 %. Velikost A plochy AUC pod ROC křivkou je 0,985. Rozlišovací schopnost dotazníku při výsledku nad 0,9 je hodnocena jako vynikající. ROC křivka je zobrazena v Grafu 5.

Diskuse

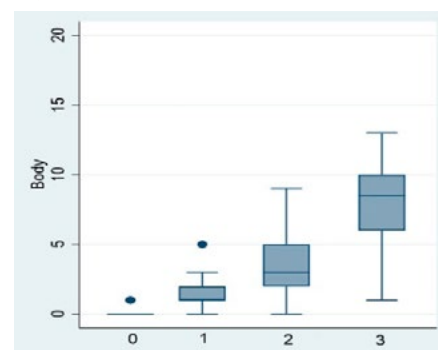
Mezi rizikové faktory, tzv. prediktory opoždění vývoje řeči a jazyka u dětí předškolního věku, řadí autoři systematického přehledu (systematic review) Sanvini a kol. (2021): opoždění ve vývoji gest, opoždění v receptivní nebo expresivní slovní zásobě, narušené porozumění větám a potíže

s kombinováním slov do 30 měsíců věku dítěte. Za hlavní rizikový faktor je považována existence vývojové poruchy jazyka v rodinné anamnéze. Mezi méně významné rizikové faktory jsou řazeny nízká socioekonomická úroveň a vliv prostředí. Ve většině základních faktorů v rámci pilotní studie byly dvě skupiny dětí srovnatelné. V našem souboru však bylo ve skupině dětí s vývojovou poruchou řeči a jazyka nespécifickou a dětí s VPJ signifikantně více otců s nižším stupněm vzdělání. Dle Reilly et al. (2010) není délka vzdělání otců považována za rizikový faktor, signifikantní rizikový vliv ($p = < 001$) je vzdělání matky (≤ 12 let). V našem dotazníku nebyl zjištěn významný rozdíl mezi vzděláním matek v rámci srovnání dvou základních skupin dětí. Ve skupině dětí s vývojovou poruchou řeči a jazyka nespécifickou a dětí s VPJ bylo také více blízkých příbuzných s vývojovými obtížemi v oblasti jazyka a řeči a také poruch učení. Existence VPJ v blízké rodině dítěte je pokládána za významný rizikový faktor. Tento parametr lze však při výběru dětí do výzkumného souboru obtížně ovlivnit, protože u dětí s obtížemi při vývoji jazyka jsou v rámci rodinné anamnézy významně častěji zastoupeni rodiče a blízcí příbuzní se stejnými obtížemi v dětství (Zubrick, Taylor, Christensen, 2015).

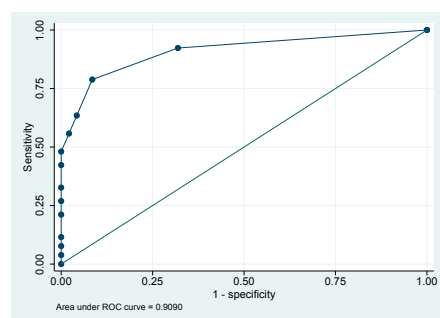
Graf 1: Vyjádření četnosti pozitivních odpovědí ve III. části dotazníku



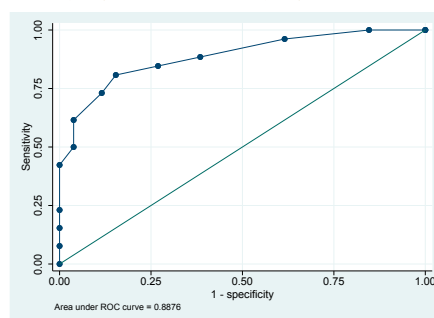
Graf 2: Srovnání výsledků jednotlivých skupin dle počtu pozitivních odpovědí III. části dotazníku



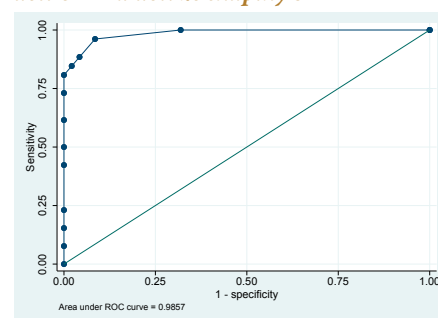
Graf 3: ROC křivka srovnání dětí ze skupin 0 + 1 a dětí ze skupin 2 + 3



Graf 4: ROC křivka srovnání dětí ze skupiny 2 a dětí ze skupiny 3



Graf 5: ROC křivka srovnání skupin dětí 0 + 1 a dětí ze skupiny 3



K hodnocení dotazníků se tradičně používá hodnocení senzitivity a specifity jako ukazatele míry přesnosti dotazníku. Podle doporučení (Plante a Vance, 1994) lze screeningové dotazníky či jazykové testy pro předškolní děti považovat za dostatečně kvalitní, pokud jejich klasifikační charakteristiky (senzitivita a specifita) dosahují úrovně 80–89 %, protože nástroje dosahující úrovně nižší než 80 % jsou příliš vysokou měrou zatíženy možností nesprávné identifikace. Tento předpoklad byl splněn.

Chceme-li posoudit vztah mezi senzitivitou a specifitou daného dotazníku, můžeme k tomuto účelu využít křivku ROC. Jedná se o způsob hodnocení, který je aktuálně stále více využíván v medicíně. Kvalitu dotazníku lze hodnotit podle plochy pod křivkou ROC AUC. Pohybuje se v rozmezí 0–1, kdy 1 znamená, že prediktor je 100 % přesný. Technická norma 1: National Centre On Response to Intervention uvedla, že pro klasifikační přesnost screeningových nástrojů platí, že hodnota AUC nad 0,85 je považována za „přesvědčivý důkaz“ klasifikační přesnosti, mezi 0,75–0,85 se jedná o „částečně přesvědčivý důkaz“ a méně než 0,75 je „nepřesvědčivý důkaz“. Aby byl dotazník smysluplný, musí být AUC větší než 0,5. Obecně se za přijatelnou považuje hodnota AUC $\geq 0,8$ (Nahm, 2022).

V tomto článku byly uvedeny hodnoty senzitivity a specifity dotazníku třikrát dle skupin zařazených ke srovnání. Pro účely odlišení dětí bez deficitů v oblasti vývoje jazyka od dětí s VPJ se ukazuje, že daný dotazník má senzitivitu 96,1 % a specifitu 91,4 % a hodnotu AUC rovnou 0,985, což znamená přesvědčivý výsledek, rozlišovací schopnost dotazníku je velmi dobrá. Nemá překvapivé, že o něco hůře dotazník odliší děti s VPJ od dětí s vývojovou poruchou řeči nebo jazyka nespecifickou, přesto je však hodnota AUC ve výši 0,877 velmi dobrá. Dotazník také ve variantě rozdělení dětí na dvě skupiny, tedy na děti bez deficitů ve vývoji jazykové domény a na děti s VPJ či vývojovou poruchou řeči či jazyka nespecifickou s hodnotou AUC 0,909, vykazuje vynikající schopnost tyto děti dobře odlišit.

Každý screeningový dotazník se musí vyvarovat nadměrné identifikace problémů. I když má nástroj dobrou citlivost a specifitu, může mít v rámci hodnocení v široké populaci slabou pozitivní prediktivní hodnotu (procento identifikovaných osob, které mají problémy). Pro ověření, zdali tento dotazník může pomoci identifikovat děti s vývojovou poruchou řeči či jazyka, je nutno doplnit vnitřní konzistenci dotazníku a souběžnou

validitu položek dotazníku komplexní logopedickou diagnostikou. Tato data budou publikována samostatně, v dalším článku, vzhledem k limitům v možném rozsahu článku.

ZÁVĚR

V tomto článku jsme se věnovali otázce identifikace dětí s významnými obtížemi při vývoji jazyka. Byl vytvořen rodičovský dotazník se zaměřením na detekci řečových a jazykových poruch u dětí. Dotazník vykázal v pilotní studii dostatečně dobré psychometrické vlastnosti. Diagnostická síla dotazníku byla vyjádřena pomocí hodnot senzitivity, specifity a hodnoty AUC. Hodnota AUC poukazuje na vynikající diskriminační schopnost dotazníku. Tyto hodnoty mohly být uvedeny, protože byla známa logopedická diagnóza dětí. Dotazník má tedy schopnost na základě odpovědí rodičů odlišit děti s významnými obtížemi při vývoji jazykové domény od dětí s typickým vývojem jazyka. Navzdory menšímu vzorku poskytuje tato studie cenné poznatky pro identifikaci jazykových poruch u dětí metodou rodičovského dotazníku. Asociace klinických logopedů (AKL ČR) schválila tento dotazník jako screeningový nástroj a finančně podpořila celorepublikový dotazníkový sběr.

Literatura

- AUZA, B. A., MURATA, C., PEÑALOZA, C., 2023. Predictive validity of a parental questionnaire for identifying children with developmental language disorders. *Frontiers in Psychology*. [online]. 14, s. 1110449. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1110449.
- BISHOP, D. V. M., 2003. *The children's communication checklist (CCC-2): CCC-2 manual*. 2. vyd. London: Harcourt Assessment.
- BISHOP, D. V. M., McDONALD, D., 2009. Identifying language impairment in children: combining language test scores with parental report. *International Journal of Language and Communication Disorders*. [online]. 44(5), s. 600–615. DOI: 10.1080/13682820802259662.
- BISHOP, D. V. M., SNOWLING, M. J., THOMPSON, P. A., GREENHALGH, T., 2017. Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. [online]. 58(10), s. 1068–1080. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12721>.
- FENSON, L., DALE, P., REZNICK, et al., 1993. *Technical manual for the Macarthur communicative development inventory*. San Diego, USA: San Diego State University.
- GUIBERSON, M., RODRÍGUEZ, B., DALE, P., 2011. Classification accuracy of brief parent report measures of language development in Spanish-speaking toddlers. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. [online]. 42(4), s. 536–549. DOI: 10.1044/0161-1461(2011/10-0076).
- KADESJÖ, B., JANOLS, L., KORKMAN, M. et al., 2004. The FTF: the development of a parent questionnaire for the assessment of ADHD and comorbid conditions. *European Child & Adolescent Psychiatry*. [online]. 13. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00787-004-3002-2>.
- LAW, J., BOYLE, J., HARRIS, F. et al. 2000. Prevalence and natural history of primary speech and language delay: Findings from a systematic review of the literature. *International Journal of Language and Communication Disorders*. [online]. 35(2), s. 165–188. DOI: 10.1080/136828200247133.
- MCLEOD, S., HARRISON, L. J., 2009. Epidemiology of speech and language impairment in a nationally representative sample of 4- to 5-year-old children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. [online]. 52(5), s. 1213–1229. DOI: 10.1044/1092-4388(2009/08-0085).

- NAHM, F. S., 2022. Receiver operating characteristic curve: Overview and practical use for clinicians. *Korean Journal of Anesthesiology*. [online]. 75(1), s. 25-36. Dostupné z: <https://doi.org/10.4097/kja.21209>.
- NORBURY, C. F., GOOCH, D., WRAY, C. et al., 2016. The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: evidence from a population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. [online]. 57(11), s. 1247-1257. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12573>.
- NOVÁKOVÁ SCHÖFFELOVÁ, M., 2020. Diagnostika narativních schopností a česká adaptace nástroje MAIN. *Listy klinické logopedie*. [online]. 4(2), s. 124-135. DOI: 10.36833/lkl.2020.027.
- PEÑALOZA, C., AUZA, A., MURATA, C., 2021. Parental concern in typical and atypical language acquisition of monolingual Spanish-speaking children in adverse social conditions. In: Barcelata, B. (ed.). *Child and adolescent development in risky adverse contexts: a Latin American perspective*. Berlin: Springer. ISBN: 978-3-030-83699-3.
- PLANTE, E., VANCE, R., 1994. Selection of preschool language tests: A data-based approach. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. [online]. 25(1), s. 15-24. Dostupné z: <https://doi.org/10.1044/0161-1461.2501.15>.
- REILLY, S., WAKE, M., UKOUMMUNNE, O., BAVIN, E., PRIOR, M. et al., 2010. Predicting Language Outcomes at 4 Years of Age: Findings From Early Language in Victoria Study. *Pediatrics*. [online]. 126(6). DOI: 10.1542/peds.2010-0254.
- RESCORLA, L., 1989. The Language Development Survey: A screening tool for delayed language in toddlers. *Journal of Speech and Hearing Disorders*. [online]. 54(4), s. 587-599. Dostupné z: <https://doi.org/10.1044/jshd.5404.587>.
- SANSAVINI, A., FAVILLA M. E., GUASTI M. T. et al., 2021. Developmental Language Disorder: Early Predictors, Age for the Diagnosis, and Diagnostic Tools. A Scoping Review. *Brain Sciences*. [online]. 11(5), s. 654. DOI: 10.3390/brainsci11050654.
- SMOLÍK, F., BYTEŠNÍKOVÁ, I., 2017. Stručný dotazník dětského slovníku: vývoj a normy nástroje pro screening vývoje jazyka v raném věku. *Československá psychologie*. 61(5), s. 460-473. ISSN 0009-062X.
- SMOLÍK, F., TURKOVÁ, J., MARUŠINCOVÁ, K., MALECHOVÁ, V., 2017. *Dotazník vývoje komunikace II. Dovyko II. Dotazník pro diagnostiku jazykového vývoje ve věkovém rozmezí 16 až 30 měsíců. Příručka a normy*. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta. ISBN 978-80-7308-753-1.
- SMOLÍK, F., BLÁHOVÁ, V., BARTOŠ, F., 2018. *Receptivní slovník & opakování vět*. Praha: Národní ústav pro vzdělávání.
- SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., SMOLÍK, F., 2014. *Diagnostika jazykového vývoje: Diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4239-7.
- SOLNÁ, G., 2022. *TEPRO – test produkce slovní zásoby*. Brno: Code Creator. ISBN: 978-80-88246-91-6.
- SOLNÁ, G., ČERVENKOVÁ, B., 2022. *TEPO – test porozumění větám*. Brno: Code Creator. ISBN: 978-80-88246-90-9.
- TOMBLIN, J. B., RECORDS, N. L., BUCKWALTER, P. et al., 1997. Prevalence of Specific Language Impairment in Kindergarten Children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. [online]. 40, s. 1245-1260. DOI: 10.1044/jslhr.4006.1245.
- TOMICKÁ, V., 2011. *Aspekty narušené komunikační schopnosti*. Disertační práce. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D. [online]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/34707>.
- ZUBRICK, S. R., TAYLOR, C. L., Christensen, D., 2015. Patterns and predictors of language and literacy abilities 4–10 years in the Longitudinal Study of Australian Children. *PLoS ONE*. [online]. 10(9), e0135612. Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135612>.

RECENZE KNIHY

PRIMÁRNÍ PROGRESIVNÍ AFÁZIE

Zuzana Konůpková^{1, 2}



Zuzana Konůpková

Hned v úvodu je třeba vyslovit velké poděkování prof. Zsoltu Cséfalvayovi a doc. Robertu Rusinovi za tento autorský počin. Jednoznačně jde o publikaci, která naší odborné veřejnosti dosud chyběla.

Rozsah publikace, její jasné členění do tří základních kapitol a přehlednost, se kterou je zpracována, zajišťují dostupnost aktuálních poznatků k dané problematice pro širokou škálu praktiků v oboru. Jak v úvodu autoři uvádějí, kniha je koncipována jako „prakticky zaměřená klinická příručka pro lékaře i nelékařské odborníky, kteří se v rámci své praxe setkávají s pacienty s primární progresivní afázií“, a tento účel beze zbytku naplňuje.

Obecně lze říct, že problematika primárně progresivních afázií (dále i PPA) si v poslední dekádě v odborných kruzích získává více prostoru a je tomu tak dobře – bezpochyby je to i díky nasazení autorů recenzované publikace.

První část je věnována popisu klinických syndromů. Drobný historický exkurz do vývoje začlenění progredujících poruch řeči do širšího kontextu neurodegenerativních onemocnění hned z počátku jasně vymezuje otázku terminologickou. Nemí opomenut popis možných kognitivních deficitů (jejich stručný výčet snad nebude

pro odborníky matoucí ve smyslu jejich manifestace jako podmínky pro stanovení diagnózy), ale maximum prostoru je věnováno charakteristice klinických symptomů a diagnostickým kritériím pro jednotlivé varianty primárně progresivní afázie. Tyto jsou pak nejen velmi přehledně a jasně zpracovány v tabulce, ale i srozumitelně popsány. Tady si, po konzultaci s autory, dovoluji dovysvětlit pojem „znalost předmětů“, který by snad mohl působit nejednoznačně. Jde skutečně o sémantickou znalost objektu a ukotvení pojmu hodnotitelné neverbálními sémantickými testy (např. v publikaci popsány testy *Arizona Semantic Test* nebo *Pyramid and Palm Trees Test* či *Kissing and Dancing Test*).

Bezpochyby by bylo možné uvažovat hlouběji např. nad popisem spontánního diskurzu u osob se sémantickou variantou PPA nebo nad rozdílem mezi poruchami porozumění vlivem komplexity vs. délky produkované věty a nepochybuji o tom, že to nejen autoři, ale i ti, pro které je problematika primárních progresivních afázií aktuální, činí. A je třeba znovu upozornit, že účelem publikace je zpřístupnit téma praktikům – a tomu musí být rozsah uzpůsoben.

Kapitola „Diagnostika postižení řeči u PPA“ popisuje (opět) velmi přehledně nejen výčet jednotlivých oblastí, na které je třeba pamatovat, ale i přehled použitelných diagnostických materiálů. Za přínosný považuji zejména popis specifického screeningu PPA *Sydney Language Battery*, jakkoli pochopitelně není použitelný v našem jazykovém prostředí. Jednak se upozorněním na tento diagnostický nástroj pootvírají dveře k jeho případné adaptaci, jednak ale jeho popisem získáváme i představu o souvislostech a dopadech jednotlivých dílčích deficitů a jejich roli ve stanovení typu PPA.

V poslední kapitole „Logopedická terapie PPA“ se čtenářům dostává velmi praktických a konkrétních návodů. Nepochybuji o tom, že jasná struktura ve smyslu porozumění diagnostickým závěrům, stanovení terapeutických priorit i postupů k jejich dosažení je základem dobré terapie, zároveň ale považuji za klíčové neopomenout, že terapie bude efektivní pouze v případě, že bude individualizovaná. Platí to ve všech oblastech našeho krásného oboru a v této velmi specifické dvojnásob. Nutno ale mít na druhou stranu na paměti začínající kolegy nebo kolegy, pro které není afázie denním chlebem, tam jasné a strukturované postupy bezpochyby mají své nezastupitelné místo. S cílem praktické příručky autoři opět nemohli postupovat jinak.

Terapie u lidí s PPA není, a z povahy věci nemůže být, postavena na měření efektivity použitých postupů ve smyslu zlepšení, jak jsme tomu uvyklí u naprosté většiny naší klientely. Z tohoto úhlu pohledu je pak třeba pamatovat na dopad přímé stimulace (ve smyslu např. nácviku pojmenování) na udržitelnost pojmu v aktivním lexikonu a na dopad téhož na psychický komfort z důvodu selhávání. Chápu, že hlubší rozbor je – jak už bylo několikrát zmíněno – nad rámec předmětné publikace, považuji ale za velmi podstatné uvést, že provázení člověka s primární progresivní afázií na nás jako terapeuty klade podstatně větší nároky ve smyslu kontextu a dopadu narušené komunikační schopnosti a učí nás vnímat víc než jednotlivé fatické funkce. Funkcionálně orientovaná terapie je pojem skloňovaný v těch nejširších souvislostech.

Závěrem je třeba zdůraznit, aby to snad v dílčích úvahách nezapadlo: kniha je bezpochyby nemalým přínosem a skvělým praktickým průvodcem.

Literatura

CSÉFALVAY, Z., RUSINA, R., 2023. *Primární progresivní afázie: diagnóza a logopedická terapie*. Praha: Maxdorf Jesenius. ISBN 978-80-7345-749-5.

¹Mgr. Zuzana Konůpková, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Foniatriká klinika VFN a 1. LF UK, Žitná 24, 120 00 Praha, Česká republika. E-mail: z.konupkova@seznam.cz.

²Klub afasie, z. s., Branská 360, 198 00 Praha, Česká republika. <https://www.klubafasie.com>.

JSEM RÁDA, ŽE MÁM PROFESI, VE KTERÉ MOHU POMÁHAT DRUHÝM, COŽ MĚ DĚLÁ ŠŤASTNOU

ROZHOVOR S PHDR. MILENOU KOŠTÁLOVOU, PH.D.

Mgr. Simona Hlaváčová¹



Simona Hlaváčová



Milena Košťálová

PhDr. Milena Košťálová, Ph.D. pracuje od roku 1995 jako klinická logopedka na Neurologické klinice FN Brno. Dále působí jako odborná asistentka na Lékařské fakultě MU v Brně a ve Výzkumné skupině prof. MUDr. Ireny Rektorové, Ph. D. CEITEC MU Brno. Externě spolupracuje s Pedagogickou fakultou MU v Brně. Ve své práci se specializuje na pacienty se získanými neurogenními poruchami komunikace a v daném tématu se věnuje rovněž rozsáhlé přednáškové a publikační činnosti. Je zasloužilou členkou AKL ČR a minulý rok získala také cenu Slovenské asociace logopedů (SAL) za rozvíjení česko-slovenské spolupráce.

Minulý rok jsi byla na XVII. mezinárodní konferenci SAL oceněna za přínos pro logopedii a za rozvíjení česko-slovenské spolupráce. Co považuješ za největší úspěchy této spolupráce?

Řekla bych, že to ocenění náleží všem, kdo participovali na rozvíjení uvedené spolupráce. Krátce po nástupu na neurologickou kliniku v roce 1995 mě zaujala v knize „Logopedické repetitorium“ zmínka o melodické intonační terapii (pozn.: upozorňuji, že o e-mailové komunikaci a internetu se nám tehdy ani nezdálo), a tak jsem zatelefonovala na katedru

do Bratislavy a chtěla jsem zmíněnou problematiku konzultovat. Pozvali mě na stáž, přihlásila jsem se k aktivní účasti na jejich konferenci SAL, a pak už se spolupráce rozvinula v celé šíři: organizace vzdělávacích kurzů pro NCONZO v Brně, později ve spojení s AKL ČR se skvělými lektory, jako jsou profesor Zsolt Cséfalvay, profesorka Daniela Ostatníková (přednostka Fyziologického ústavu LF UK Bratislavě), v Bratislavě hostující profesorka Luis Van Vliet, Ph.D. (USA), doktorky Veronika Šteňová a Marta Egrýová... Vznikla také tradice mezinárodních afaziologických sympozií společně organizovaných od roku 2000 a konaných v Bratislavě a poté střídavě v Brně a v Bratislavě, v letošním roce pak převzala štafetu Praha. Zvanými přednášejícími uvedených akcí byly přední osobnosti oboru, např. docentka Helena Lehečková (Finsko), profesorka Anna Basso (Itálie) a další. Konáním zmíněných akcí se podnítila výzkumná a publikační činnost a vzrostl zájem o problematiku afaziologie. V oblasti publikační činnosti bylo určité významným přínosem vytvoření materiálu „Diagnostika a terapie afázie, alexie a agrafie“ v roce 2003 pod vedením pana profesora Cséfalvaye ve spolupráci s doktorkou Klimešovou v rámci projektu podpořeného AKL ČR, který pokračuje, a materiál je revidován.

V čem vidíš rozdíly mezi českou a slovenskou afaziologií?

V Bratislavě vznikla katedra logopedie již v minulém století, jednalo se o pětileté jednooborové magisterské studium oboru logopedie s navazujícím doktorským studiem v oboru logopedie. Sama jsem byla jednou z prvních absolventek rigorózní zkoušky z oboru logopedie ve specializaci klinická logopedie v Bratislavě na počátku století. Během studia studenti absolvovali semestr věnovaný afaziologii a stáž na neurologické klinice.

¹ Mgr. Simona Hlaváčová, Soukromá klinika LOGO s. r. o., Vsetínská 20, 639 00 Brno, Česká republika. E-mail: hlavac.simona@gmail.com.

V Česku jsme byli o krok pozadu, v uvedené době bylo možné studium logopedie pouze v rámci speciální pedagogiky a navazující doktorské studium v oboru logopedie nebylo možné. Katedra v Bratislavě si „vychovala“ skvělým managementem pod vedením profesora Lechty „svoje“ vyučující, původně odborníky z klinické praxe, a proces nadále pokračuje. Vytvořili publikace a fakultní školicí pracoviště pro konání praxí dle specializací. Pokud mohu posoudit, u nás se projevila obětavá práce např. paní profesorky Kateřiny Vitáskové na PdF UP v Olomouci, kde již několik let vstupuje do klinické praxe nová generace „magisterských“ logopedů a logopedek včetně absolventů navazujícího doktorského studia. Podobná situace je i na PdF MU v Brně.

Co považuješ za největší výzvu aktuální české logopedie?

Napadá mě několik výzev. Zprvů úzké provázání pregraduálního teoretického studia a klinické praxe, dále spolupráce školské a klinické logopedie. Obor logopedie, resp. klinické logopedie se rozpíná do šířky, ale i hloubky. Navazuje především na obrovskou rychlostí se vyvíjející medicínu a medicínskou techniku, a proto je nezbytná specializace klinických logopedů v ambulancích na jednotlivé typy poruch a vytváření specializovaných center. Dále se v oblasti péče o dospělé pacienty s neurogenními poruchami výrazně zvýšil počet klinických logopedů působících v ČR v nemocnicích, logopedové působí ve všech iktových centrech, ale stále je nedostatečně pokryta následná lůžková péče. Téměř absentuje péče domácí, ale minimální je i péče v ambulancích, protože ambulantní specialisté nemají kapacitu pro výkony v dostatečné intenzitě tak, aby mohla být intervence efektivní.

Co by podle tvého názoru pomohlo motivovat víc klinických logopedů k výzkumné práci?

Výzkumné práci se studenti učí při tvorbě bakalářských a diplomových prací, z vlastní zkušenosti vím, jak jsou studenti úžasní, kreativní a nadšení pro práci, která má svoje využití přímo v intervenci. Dělají tuto práci ochotně a dokážou vytvořit velké množství tolik potřebných materiálů. Doktorských studentů je velmi malé množství, ale vznikají již velmi kvalitní práce. Po ukončení studií při klinické práci

je bohužel výzkum možný jen na úkor vašeho volného času.

Ve své klinické a výzkumné praxi se věnuješ mnoha velmi zajímavým tématům týkajícím se neurogenních poruch komunikace (delirium, mozková stimulace u pacientů s Parkinsonovou chorobou či awake operace). Jaké téma tě v současné době baví nejvíce?

Baví mě vždy to téma, které na mě zrovna volá z kalendáře ☺. Musím říct, že mě baví zpracování přednášky k jednomu tématu pro různé cílové skupiny. Je to výzva, umět dobře a přiměřeně vysvětlit, předat, zaujmout a naučit. Včera jsem byla na přednášce „Horký a energetický vesmír aneb vesmír pod rentgenem“, a přestože moje vědomosti z astrofyziky jsou nulové, přednášející dokázal zprostředkovat vysoce odborné poznatky tak, abych pochopila. Takže do dvou týdnů mě budou bavit nejvíce témata pro přednášky Proč poslat pacienta ke klinickému logopedovi? (pro psychiatry, neurology, psychology); Awake: proč si s pacientem během operace mozku povídáme? (pro děti, studenty i dospělé laiky); práce na projektu se studentkami – Terapie afázie, alexie a agrafie; moje příspěvky do kapitoly v knize o afáziích...

Je nějaké téma v oblasti diagnostiky a terapie získaných neurogenních poruch komunikace u dospělých, které dle tebe nemá (zatím) v české logopedii dostatečnou pozornost?

Ano, taková témata jsou, ale máme se rozpínat do šířky? Anebo spíše ta známá témata lépe propracovat a pokrývat péči v dostatečné míře a kvalitě?

Máš neskutečné pracovní nasazení, jak v klinické, tak ve výzkumné praxi. Kde bereš energii? Co tě nabíjí?

Určitě děkuji za možnost spolupracovat se studenty, jsou plní optimismu a nápadů. Také mi v mnohém pomáhá moje nekončící trpělivá rodina, podporují mě i přátelé. Věnovala jsem se běhu a jízdě na kole, ale když běžíte nebo šlapete do pedálů, v hlavě vám cirkulují pracovní věci. Tak jsem v posledních letech znovuobjevila zapomenutý sen a začala jsem se učit jezdit na koni. V sedle se musíte koncentrovat na to, co po vás chce trenér, co děláte a co vám říká koník, a tak všechno jiné musí z hlavy pryč. Zvládla jsem jezdeckou licenci a po malých krůčcích se v jezdeckém

umění posouvám dál. V loňském roce se mi několikrát podařilo dobré umístění v závodech a stát na bedně. Jezdectví je nejkrásnější relax.

Co je pro tebe v práci naopak nejvíce ubíjející a náročné?

Můj nepřizpůsobivý biorytmus, jsem „sova“ a za víc než čtvrtstoletí ze mě stále není „skřivan“. No a třeba se dočkám, že počítač bude psát mnou diktované zprávy.

Ve své péči jsi měla již opravdu mnoho pacientů. Je jasné, že každý z nich měl svůj vlastní silný příběh. Je ale některý, který ti obzvlášť utkvěl v paměti? Byla bys ochotná jej s námi sdílet?

Klaním se všem pacientům, kteří se nevzdali a pustili se do boje s afázií či příbuznými poruchami jakkoliv těžkými a snažili se o co nejlepší výkon. Všichni zaslouží obdiv. Jeden příběh za všechny: před víc než deseti lety byla jedna dívenka, premiantka třídy chystající se do primy gymnázia, která utrpěla globální afázií s pravostrannou plegií. Po milimetrových krůčcích se pacientka posouvala stále kupředu znovu přes první ročník základní školy, postupně, až našla i přes své reziduální hendikepy přiměřenou školu, kterou úspěšně dokončila. Co ale nedokážu pochopit, je přístup ředitelství základní školy, kterou navštěvovala, protože nesouhlasilo s možností on-line výuky. Tehdy ji vysílalo účastnit se osobně výuky ve škole (bylo to v době „před-covidové“). A další nepochopitelná věc: její spolužáci se s ní v době na začátku těžké komunikační poruchy odmítali stýkat, že nedovede mluvit, a ztratila všechny kamarády. Tehdy asi dvanáctiletá dívka našla spřízněnou duši v pacientce třikrát starší s podobným typem poruchy a přes Skype se přátelily. Dnes už je šťastně vdaná, závodí v různých sportovních disciplínách a pracuje v charitativní organizaci.²

Daří se ti odosobnit se od některých psychicky náročných případů, nebo se stále stává, že si odnášíš práci „v hlavě a duši“ domů?

Koník to nedovolí, musíš vypnout pracovní program a přepojit se na souznění se čtyřnožcem, jinak tě trenérka nebo koník vyhodí ☺.

²Příběh zveřejněn se souhlasem pacientky.

Které z českých nebo zahraničních osobností tě v tvé práci nejvíce inspirovaly?

Mnoho kolegů a kolegyně bylo a je úžasných. Měla jsem a mám to štěstí učit se od těch nejlepších. Patří mezi ně moje školitelka profesorka Irena Rektorová (neuroložka), profesor Zsolt Cséfalvay, profesor Josef Bednařík, primář Vohánka a mnozí další.

A nyní si dovolím jednu osobnější otázku. Za co jsi na sebe nejvíce hrdá?

V roce 1981, kdy jsem se hlásila na vysokou školu na výtvarný obor, jsem nedostala doporučení, a tak – přestože jsem úspěšně zvládla přijímačky – mě nemohli přijmout, tehdy to prostě nebylo tak jednoduché. Jsem ráda, že jsem se nevzdala a studovat jsem nakonec mohla, i když to se dvěma dětmi bylo náročné, ale dnes jsou na mě obě hrdé. A já jsem hrdá na ně, syn i dcera mají kvalitní univerzitní vzdělání. Vážím si toho, že jsem měla možnost studovat i doktorské studium v oboru „Neurovědy“ na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně. Jsem ráda, že mám profesi, ve které mohu pomáhat druhým, což mě dělá šťastnou.

Co bys poradila začínajícím logopedům ve zdravotnictví?

Klinického logopeda může dělat jen silná osobnost. Musí umět najít cestu k cíli, být kreativní, vynalézavý a nesmírně trpělivý. A stejně jako v jiných profesích se musí neustále vzdělávat. Po atestaci by se měl specializovat.

Mockrát děkuji nejen za tento rozhovor, ale zejména za všechnu tvou práci a nasazení, kterým neustále posunuješ naši klinickou logopedii dál.

30 let

samostaného oboru logopedie
ve zdravotnictví a Asociace
klinických logopedů ČR



Klinický logoped je zdravotnický pracovník, který



PÉČE OD
NOVOROZENCŮ
AŽ PO SENIORY

Diagnostikuje dle
Mezinárodní klasifikace
nemocí a vede terapii u
vývojových a získaných
poruch jazyka, řeči, sociální
komunikace a poruch
polykání.

922
logopedů

Současnost

(v r. 2015 – 687 logopedů)

15 495
osob/1 úvazek
logopeda

Úvazek logopeda

(v roce 2015 – 18 149 osob)
v zemích EU je v průměru
2-5000 os na 1 logopeda

191 066
osob

**Léčených osob
za rok 2022**

dle ÚZIS
(v roce 2015 – 165 398)

Současnost

- včasný záchyt osob s obtížemi z oblasti logopedie
- vytváření diagnostických materiálů
- aplikace nových terapeutických postupů
- zapojení moderní technologie
- významné zlepšení diagnostiky a vedení terapie
- důraz na informovanost veřejnosti
- postupné boření zažitých mýtů
- publikace odborné literatury
- mezinárodní spolupráce

Osvěta

- Listy klinické logopedie www.casopis.aklcr.cz
- Řeči o řeči – podcasty AKL ČR
- FB AKL ČR
- Instagram AKL ČR
- Webináře pro veřejnost
- Evropský den logopedie 6. březen



www.klinickalogopedie.cz

Tisková zpráva k 30. výročí samostatné logopedie ve zdravotnictví



Asociace klinických logopedů ČR má tu čest sdílet s veřejností 30. výročí samostatného fungování ve zdravotnictví.

Klinická logopedie slaví letos 30leté jubileum od doby, kdy byla zařazena do skupiny zdravotnických oborů a legislativně ukotvena v rámci samostatné České republiky.

Klinická logopedie je obor, který se ve spolupráci se souvisejícími lékařskými obory zabývá diagnostikou a terapií vrozených vývojových i získaných poruch s dopadem na sociální komunikaci, která významně ovlivňuje kvalitu života člověka v celém jeho průběhu.

S narůstající délkou života a tím i stárnoucí populací přibyla i péče o osoby s neurodegenerativním onemocněním a o osoby ve stavu vedoucím k demenci. V současné době jsou kliničtí logopedi součástí zdravotnického týmu na neonatologických klinických, jednotkách intenzivní péče a postupně vznikají dysfagiologické týmy.

Mezi diagnózy, se kterými kliničtí logopedi pracují, patří např.:

- vývojové i získané poruchy řeči a jazyka
- vývojové poruchy a vady sluchu (včetně rozvoje komunikačních schopností u dětí i dospělých s kochleárními implantáty)
- poruchy plynulosti řeči (kóktavost, breptavost)
- vývojové i získané poruchy a vady řeči v důsledku anomálie mluvidel nebo následky úrazu/nemoci v oblasti obličeje
- porucha sociální komunikace u dětí s poruchou autistického spektra nebo selektivním mutismem
- poruchy komunikace nebo ztráty řeči po cévních mozkových příhodách, po poškození mozku v důsledku sportovních úrazů, autonehod, nádorů mozku u dětí i dospělých
- poruchy polykání a příjmu potravy u dětí v raném věku a dospělých

Stručná historie logopedie a její nejznámější osobnosti

Počátky logopedie můžeme najít už ve starověku spojené se jménem Hippokrates nebo ve starém Řecku a Římě (Démosthénes, Cicero), zmínky o správné artikulaci se také objevují u Jana Ámose Komenského. Základy logopedii položil na konci 17. století J.C. Amman. Na přelomu 18.-19. století začaly ve světě (Německo, Dánsko, USA) v době osvícenství vznikat první ústavy pro osoby s vrozenými sluchovými vadami, kóktavé nebo dalšími poruchami řeči. V té době došlo také k významným objevům na poli medicíny, kdy lékaři pracující s osobami po poraněních hlavy popsali řečová centra.

Ve 20. století došlo k velkému rozvoji logopedie. V českých zemích mezi nejznámější osobnosti patřili foniatri prof. MUDr. Miloslav Seemann, DrSc. a Prof. MUDr. et PhDr. Miloš Sovák, DrSc.. Postupně byla zajištěna celorepubliková péče o sluchově postižené, byl založen Logopedický ústav v Praze, který byl roku 1960 zrušen. Byly publikovány mnohé texty a učebnice a obor logopedie se začal dynamicky rozvíjet. V 70. letech se začala studovat logopedie společně s dalšími tzv. "pediemi" na vysoké škole. Specializační postgraduální vzdělávání pro logopedy ve zdravotnictví zakončené atestací začalo už v

r. 1984, t.j. v době, kdy logopedie spadala pod lékařský obor foniatrie. První tehdy nepovinné atestace proběhly již na jaře a na podzim r.1986. Zásadními osobnostmi počátku logopedie ve zdravotnictví byla paní asistentka Janotová, PaedDr. Bubeníčková, PaedDr. Kutálková, PaedDr. Salomonová, PaedDr. Michaličková a PaedDr. Škodová.

V roce 1991 byla založena Asociace logopedů ve zdravotnictví, v roce 1992 byla logopedie legislativně ukotvena mezi zdravotnická nelékařská povolání. **Roku 1993 tedy samostatný obor logopedie právoplatně patřil do zdravotnictví a rozdělením Česka a Slovenska byla vytvořena Asociace klinických logopedů ČR (AKL ČR).**

Klinická logopedie současnosti

Aktuálně AKL ČR čítá zhruba 922 klinických logopedů, kteří působí nejčastěji v soukromých zdravotnických zařízeních, v nemocnicích pod neurologickými, foniatrickými, rehabilitačními, psychiatrickými a dalšími odděleními, v lázních, rehabilitačních ústavech nebo ústavech sociální péče.

Síť logopedů je rovnoměrně rozprostřena po celé ČR a poptávka po péči klinického logopeda stále roste (za posledních 20 let se počet klinických logopedů zdvojnásobil a o 50 % vzrostl počet ošetřených pacientů). Přesto ideální stav by byl minimálně 1 úvazek logopeda na 5 000 osob, a to nyní není. Nejvýraznější obtíže v dostupnosti péče jsou v pohraničí, zejména Libereckém a Karlovarském kraji.

S rozvojem medicíny a poznatků jsou na logopedy kladeny stále vyšší nároky na jejich odbornost. Neurovizuální metody a vývoj v oblasti genetiky přinesly zásadní poznatky, které významně ovlivnily pohled na mnoho diagnóz. Potvrdilo se např. že poruchy vývoje řeči či jazyka se často pojí s dalšími diagnózami (ADHD, poruchy učení, poruchy motorické koordinace apod.) a mají silný genetický původ. Proto je trendem posledních let spolupráce s dalšími zdravotnickými odborníky, komplexní zdravotnická diagnostika a vhodně indikovaná terapie, zaměřená na zmírňování obtíží, které děti mají a podporu jejich vývoje. (Nejen drill k odstranění narušené artikulace, který se ještě někde zastarale vyžaduje a provádí.) Nedílnou součástí je pak spolupráce se speciálními pedagogy, jejichž úkolem je doprovázet tyto děti v průběhu celé jejich školní docházky tak, aby byly pokud možno úspěšné.

Kliničtí logopedi mají povinnost se celoživotně vzdělávat. Aktuálně studují 5 let na vysoké škole, 1 rok absolvují akreditovaný kurz ve zdravotnictví a minimálně 3 roky se připravují k atestaci, která je opravňuje pracovat bez dozoru atestovaného kolegy.

Odbornou a profesní organizací klinických logopedů je AKL ČR. Hájí zájmy klinických logopedů, podílí se na vzdělávání logopedů, pořádá semináře, vydává osvětové materiály a také odborný časopis Listy klinické logopedie, který vychází 2x ročně v elektronické podobě (www.casopis.aklcr.cz). Jedna sekce časopisu se věnuje 1x měsíčně tvorbě a publikování podcastu „Řeči o řeči“ na nejrůznější témata. ((94) Řeči o řeči - YouTube)

Na webových stránkách AKL ČR (www.klinickalogopedie.cz) je přehled informací o logopedii, základních diagnózách, novinkách v oboru, adresář pracovišť, tipy na nové knihy a pomůcky a např i online poradna.

AKL ČR každoročně pořádá celostátní konferenci, která bude letos s kulatým číslem XXX. Za 5 let bude v Praze hostit celosvětový kongres mezinárodní logopedické organizace IALP, o jejíž pořádání letos AKL ČR zvítězila v soutěži na Novém Zélandě.

Klinická logopedie je mladý obor, velmi krásný, rozsáhlý, zasahující do mnoha dalších oborů, obor dosud skrytých zákoutí a také nových výzev zejména na poli screeningu vývojových poruch u malých dětí. Přejeme mu do dalších let mnoho kvalitních odborníků, vědeckých osobností, ochotných spolupracovníků a mladých nástupců.

K letošnímu výročí si AKL ČR připravila pro veřejnost několik webinářů na zajímavá témata. Je možné je sledovat přímo nebo zprostředkovaně na Youtube. [\(94\) webinář Vývojová dysfázie - YouTube](#) Zajímavé informace může veřejnost sledovat pomocí facebooku AKL ČR nebo Instagramu. Na webu AKL ČR budou připraveny pro veřejnost terapeutické materiály nebo osvětová videa. [Novinky a zajímavosti z oboru - AKL \(klinickalogopedie.cz\)](#)

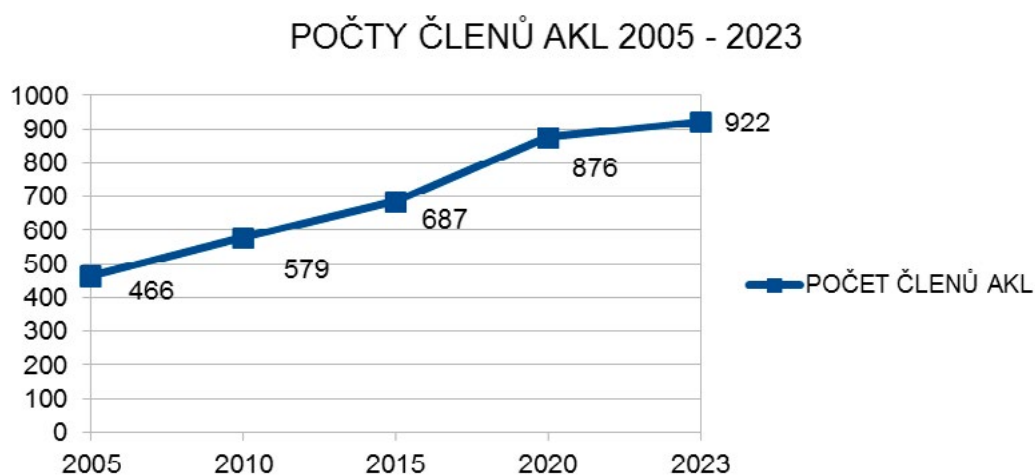
Připravily:

Mgr. Gabriela Solná

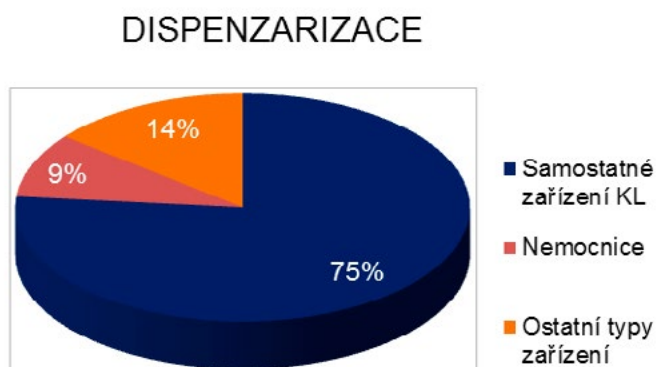
PhDr. Bc. Blanka Gruberová, Ph.D.

PaedDr. Eva Škodová

Počet členů AKL mezi lety 2005 - 2023

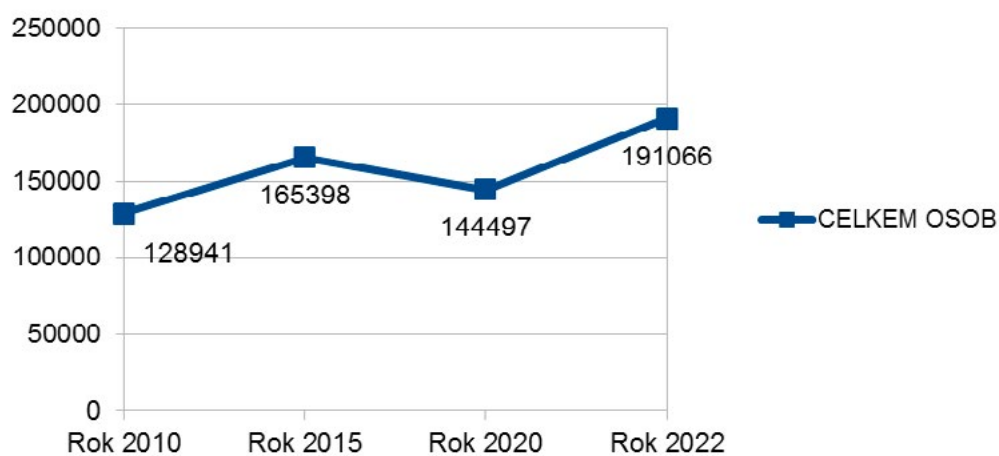


Rozložení četnosti dispenzarizace pacientů dle typu zařízení



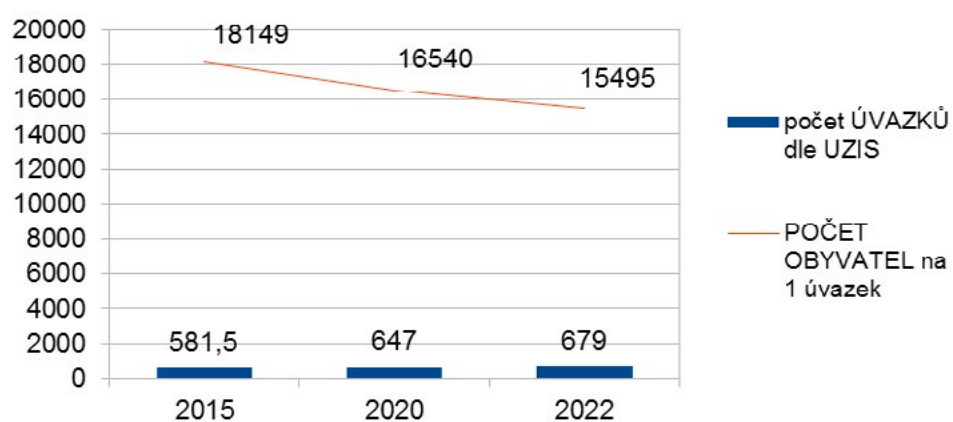
Počet léčených osob u logopeda ve zdravotnictví dle ÚZIS

POČET LÉČENÝCH OSOB DLE ÚZIS



Počet obyvatel na 1 úvazek logopeda

POČET OBYVATEL NA 1 ÚVAZEK



Zveme vás na sympozium na téma



European
Reference
Networks



Základy multidisciplinární péče u pacienta s Amyotrofickou Laterální Sklerózou (ALS)



17. ledna 2024
9:00 - 16:00

Malá levá posluchárna 2.LF
ve FN Motol, Praha 5



Kurz akreditovaný ČLK
6 bodů



Cena
490 Kč za osobu

Cílem vzdělávací akce je zlepšit kvalitu zdravotní péče o ALS pacienty v různých fázích nemoci v současných podmínkách, které umožňuje náš zdravotní systém.

Registrace a pokyny pro platbu na: www.zsalsa.cz
Případné otázky prosím pošlete emailem na
Mgr. Helenu Holou, helena@zsalsa.cz.

Pořadatel: ALSA z.s. je jedinou organizací v ČR, která sdružuje pacienty s ALS a svými aktivitami se snaží podchytit širokou problematiku tohoto vzácného onemocnění.

Spolupořadatel: FN Motol, 2. LF UK
Odborný garant: MUDr. Radim Mazanec Ph.D., FN Motol

Program dne:

9:00	Zahájení a úvodní slovo	Mgr. Eva Bezuchová, Alsa z.s., MUDr. Radim Mazanec, Ph.D., FN Motol
9:10	Evropský doporučený standard péče o pacienty s ALS	MUDr. Daniel Baumgartner, FN Motol
9:40	Poruchy polykání a možnosti komunikace	Mgr. Eva Bezuchová, VFN, Alsa z.s.
10:05	Výživa pacientů s ALS	Doc. MUDr. Jiří Klempíř, Ph.D., VFN
10:35	Přestávka s občerstvením	
10:50	Psychiatrická problematika pacientů s ALS	MUDr. Jana Milerová, Ph.D., VFN, Alsa z.s.
11:20	Porucha dýchání u ALS - diagnostika a terapie ve spánkové laboratoři	MUDr. Simona Dostálová, Ph.D., VFN
11:45	Možnosti fyzioterapie u pacienta s ALS	Ing. Milan Šebek, VFN, Alsa z.s.
12:15	Oběd	
13:15	Respirační fyzioterapie	Mgr. Daniela Vlačná, FN Brno Bohunice
13:45	Představení spolku ALSA a zahraniční spolupráce	Karolína Koucká, hlavní koordinátorka soc. a zdrav. služeb Alsa z.s.
14:05	Role a možnosti lůžkového hospice v péči o ALS pacienta	zástupce hospice
14:30	Přestávka s občerstvením	
14:50	Zkušenosti pacienta + role pečujícího u dg ALS	Stanislav Řehoř, ALS pacient, Mgr. Denisa Mikulášová, pečující
15:15	Paliativní péče u ALS pacienta	MUDr. Katarína Vlčková, Cesta domů
15:40	Představení přístrojů a pomůcek BTL pro pacienty s ALS	zástupce společnosti BTL
15:55	Zakončení sympozia	Mgr. Eva Bezuchová, Alsa z.s., MUDr. Radim Mazanec, Ph.D., FN Motol

Redakční rada / Editorial Board:

- doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D. – *koordinátor redakční rady / Head of Editorial Board*, Foniatriká klinika 1. LF UK a VFN, Žitná 24, 120 00, Praha 2, Česká republika; Klinická logopedie, nám. Osvobození 451, 470 01, Česká Lípa, Česká republika
- MUDr. Libor Černý, Ph.D., Foniatriká klinika 1. LF UK a VFN, Žitná 24, 120 00 Praha 2, Česká republika
- prof. dr hab. Jacek Bleszyński, Katedra Podstaw Pedagogiki, Instytut Nauk Pedagogicznych, ul. Lwowska 1, 87-100 Toruń, Polsko
- PaedDr. Adelaida Fabiánová, Ambulancia klinickej logopédie – ADELI s. r. o., Hlboká 45, 921 01 Piešťany, Slovensko
- MUDr. Ondřej Fiala, Ph.D., Institut neuropsychiatrické péče, Křížkova 264/22, 180 00 Praha 8, Česká republika
- doc. PaedDr. Bibiána Hlebová, Ph.D., Pedagogická fakulta, Prešovská univerzita v Prešove, ul. 17. novembra č. 15, 080 01 Prešov, Slovensko
- PhDr. Anna Hrnčiarová, CSc., Annfutura, s. r. o., Klinická logopédia, Malokarpatské námestie 2, 841 03 Bratislava, Slovensko
- prof. Dr. Henriette W. Langdon, Ed.D., F-CCC-SPL, Communicative Disorders and Sciences, San José State University, San José, CA 95192, USA
- PhDr. Gabriela Seidlová Málková, Ph.D., Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova, U Kříže 8, 158 00 Praha 5, Česká republika
- Mgr. Zuzana Moškurjaková, Klinická logopédia, Banská Bystrica, Kyjevské námestie 7, 974 04 Banská Bystrica, Slovensko
- doc. PhDr. Marek Preiss, Ph.D., Oddělení klinické psychologie, Národní ústav duševního zdraví, Topolová 748, 250 67 Klecany, Česká republika
- Isabella Reichel, Ed.D., assoc. professor, Graduate Program in Speech Pathology, School of Health Sciences, Touro College, 320 W 31st St, New York, NY 10001, USA
- Hazel Roddam, PhD., MA, University of Central Lancashire, Allied Health Research Unit, School of Health Sciences, Preston, Lancashire PR1 2HE, Spojené království
- doc. Mgr. Radek Skarnitzl, Ph.D., Fonetický ústav Filozofické fakulty Univerzity Karlovy, náměstí Jana Palacha 2, 116 38 Praha 1, Česká republika
- Gabriela Smečková, Ph.D., James L. and Dorothy H. Dewar College of Education and Human Services, Department of Communication Sciences and Disorders, 1500 N. Patterson St., Valdosta, GA 31698, USA
- prof. dr. hab. n. hum. Zbigniew Tarkowski, Katedra Patologii i Rehabilitacji Mowy, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Staszica 4-6, 20-400 Lublin, Polsko
- prof. Dr. paed. Sarmite Tübele, Pedagoģijas, psiholoģijas un mākslas fakultāte, Latvijas Universitāte, Jūrmalas gatve 76-k1, Rīga, LV-1083, Lotyšsko
- PhDr. Mgr. Lenka Vacková, Ambulance klinické logopedie, Wellnerova 1322/3C, 779 00 Olomouc, Česká republika
- prof. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D., Ústav speciálněpedagogických studií, Pedagogická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci, Žižkovo náměstí 5, 779 00 Olomouc, Česká republika
- dr hab. Katarzyna Węsierska, Ph.D., Instytut Językoznawstwa, Wydział Humanistyczny, Uniwersytet Śląski w Katowicach, Bankowa 12, 40-007 Katowice, Polsko

Šéfredaktorka / Editor-in-Chief:

Mgr. Zuzana Lebedová, zuzana.lebedova@email.cz

Asistentka redakce / Editorial Assistant:

Mgr. Helena Blažková, hel.gajdosikova@gmail.com

Redakce / Editorial Staff:

Mgr. Barbora Červenková, Ph.D., barbora.cervenkova@post.cz

Mgr. Karolína Divišková, karolina.div@seznam.cz

Mgr. Naděžda Lasotová, MBA, nlasotova@gmail.com

Mgr. Barbora Lichorobiec, baralich@seznam.cz

Mgr. Simona Hlaváčková, hlavac.simona@gmail.com

PhDr. Lucie Rérychová, Ph.D., lucie.durdilova@gmail.com

Mgr. Petr Šmíd, DiS., smid@hamzova-lecebna.cz

Mgr. Markéta Trtílková, marketa.trtilkova@gmail.com

Technická editorka / Technical Editor: PhDr. Kateřina Blahová, preklady.katerina.blahova@seznam.cz

České korektury / Czech proofreading: Mgr. et Mgr. Veronika Rákocy, rozaarka@seznam.cz

Anglické korektury / English proofreading: Pearl Harris, harrispearl@gmail.com

Vydává jako e-časopis Asociace klinických logopedů ČR / Published by the Association of Speech-Language Pathologists of the Czech Republic: AKL ČR, Rumunská 1, 120 00 Praha 2, Česká republika, IČO: 41192303

Číslo/Volume: 2/2023, prosinec 2023 / December 2023

Periodicita/Periodicity: 2× ročně, vždy 14. června a 14. prosince, <https://casopis.aklcr.cz/>

Published biannually electronically – 14 June and 14 December, <https://casopis.aklcr.cz/>

ISSN 2570-6179

Grafický design / Graphic Design: Flashstudio, s.r.o., www.flashstudio.cz

Foto u editorialem / Editorial photo: Barbora Lichorobiec

Časopis dodržuje citační normu ISO 690. / The journal complies with the ISO 690 citation standard.

Webarchivováno Národní knihovnou České republiky. / Journal website is archived by National Library of the Czech Republic.

Časopis je indexován v databázích Directory of Open Access Journals (DOAJ) a ERIH PLUS. / The Journal is indexed in the Directory of Open Access Journals (DOAJ) and ERIH PLUS.