

Klinická logopedie odb. 903

Osnova Standardu péče pro dg. vývojová dysfázie

Autor:	PaedDr. Lenka Pospíšilová, Ph.D.
Editor:	Mgr. Lucie Zapletalová
Oponent:	Mgr. Zuzana Lebedová Prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.
Kdo péči poskytuje:	Hlavní – klinický logoped Ostatní – dětský neurolog, dětský klinický psycholog (příp. klinický psycholog), pedopsychiatr, foniatr
Odbornost (dle číselníku VZP):	Hlavní - 903 Ostatní – 409, 901, 306, 702
Komu je péče poskytována:	Pacienti s vývojovou dysfázií
Poznámky:	

Věcný rámec standardu

Použité pojmy a zkratky

ADHD – Attention Deficit / Hyperactivity disorder

CVI – Cortical vision impairment (kortikální poškození zraku)

DD – Developmental dysphasia

DLD – Developmental language disorder

DSM – Diagnostic and statistical manual of mental disorders

ICD – International Classification of Diseases

KL – klinický logoped

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí (český překlad ICD)

NVP – neurovývojové poruchy/porucha

OCD – Obsessive-compulsive disorder (obsedantně kompulsivní porucha)

PAS – porucha autistického spektra

VD – vývojová dysfázie

SPC – speciálně pedagogické centrum

SPKP – sociálně pragmatická komunikační porucha

Definice onemocnění

Terminologie byla nejednotná až do roku 2016, kdy se odborníci v anglicky mluvících zemích dohodli na jednotném termínu Vývojová porucha jazyka (Developmental language disorder, DLD, Bishop et al., 2017). Za standardní termín v mnoha neanglicky mluvících zemích je považována Vývojová dysfázie (VD), (Developmental dysphasia DD).

VD je neurovývojová porucha (NVP) charakterizovaná narušením osvojování jazyka od časných vývojových stádií. Narušení nelze přičítat jinému onemocnění či faktorům sociálního prostředí.

Patofyziologie

Podobně jako ostatní NVP, také VD vzniká ze složité interakce genetických, environmentálních a neuronálních faktorů. Genetický podíl je velmi silný, což potvrzují rozsáhlé studie dvojčat. Molekulární studie identifikovaly kandidátní geny a poskytly důkazy o existenci více vzácných variant (odchylek od referenční sekvence lidského genomu) u jedinců s VD než u běžné populace (Pospíšilová, připravované vydání). Přesto se nedaří pomocí celogenomových studií, i přes prokázanou vysokou dědivost onemocnění, nalézat varianty, které ho způsobují. Jedná se o tzv. chybějící heritabilitu. Neurovizuální metody, zejména magnetická rezonance, přinášejí důkazy o odchylkách kortikálních a subkortikálních oblastí v obou hemisférách, avšak poznatky nejsou konzistentní (Pospíšilová, Hrdlička, Komárek, 2021).

Klasifikace

Podle stávající klasifikace (MKN-10, 1996) patří VD do Poruch psychického vývoje - V. kapitoly, kde je součástí skupiny s názvem Specifické poruchy řeči a jazyka. Dělí se na dva typy, v souladu s originálem (ICD-10) na expresivní poruchu jazyka a receptivní poruchu jazyka, avšak vzhledem k chybnému českému překladu užíváme v Čechách expresivní poruchu řeči a receptivní poruchu řeči. Nové vydání ICD-11 zahrnuje VD do nově pojmenovaného oddílu Neurovývojové poruchy, kde tvoří součást skupiny Vývojové poruchy řeči nebo jazyka a přichází se 3 subtypy VD: vývojová porucha jazyka s narušením receptivního a expresivního jazyka, vývojová porucha jazyka s narušením převážně expresivního jazyka a vývojová porucha jazyka s narušením převážně pragmatického jazyka. Tímto pojetím se ICD-11 odlišuje od amerického diagnostického manuálu duševních poruch DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), ve kterém sociální (pragmatická) komunikační porucha (SPKP) tvoří samostatnou nozologickou kategorii.

Epidemiologické charakteristiky

VD je jedním z nejčastějších vývojových problémů u dětí, přičemž míra prevalence se liší podle věku a definice. Dosud nejvíce citovanou epidemiologickou studií je americká, pocházející z konce minulého století (Tomblin et al., 1997), která prevalenci VD u 5letých dětí uvádí ve výši 7,4 % (dívky 6 %, a chlapci 8 %). Studie zkoumala tři jazykové domény receptivního a expresivního jazyka, které byly složeny z pěti skórovaných složek. Byla získána výkonová skóre a VD zvažována u těch dětí, které skórovaly u dvou a více složek pod desátým percentilem, přičemž další vývoj VD potvrdil. K podobnému výsledku (7,58 %) došla epidemiologická studie z roku 2016 pod vedením Norbury, která v anglickém Surrey vyšetřila počtem a věkem téměř shodný vzorek, i když zpřísnila mezní skóre pro jazyk a zvětšila rozsah neverbálního intelektu (americké studie se zúčastnily děti s IQ > 87 a britské děti s IQ > 70 IQ).

Podobně jako ostatní NVP má tendence přetrvávat do adolescence a dospělosti. Dospělí s anamnézou VD mohou mít značné potíže s gramotností a pragmatikou.

Prognóza

Děti ve věku 2 let, které nesplňují jazykové milníky podle věkové normy, jsou vystaveny riziku VD (Diepeveen et al., 2016). Pokud v tomto věku produkují méně než 50 slov a slova nespojí, lze toto zpoždění považovat za určitý prediktor, oproti dětem 15měsíčním, které ještě žádná slova nevytvářejí. Významnými prediktory perzistentního charakteru poruchy ve věku 4 až 5 let je narušení většího počtu jazykových domén, výskyt doprovodných poruch a současně pozitivní rodinná anamnéza. Dobrá je prognóza pro děti předškolního věku, jejichž problémy jsou omezeny na expresivní fonologii.

Klinický obraz, symptomy

Jedná se o heterogenní poruchu s narušenou celkovou synchronizací vývoje, s různou mírou opoždění ve všech oblastech jazyka. Zahrnuje narušení syntaxe a morfologie, fonologie, výbavnosti pojmů, lexikonu a sémantiky, pragmatiky, diskursu a verbální paměti. Podmínkou není rané zpoždění jazyka (opozděný vývoj řeči). Ve školním věku se vedle narušení orální modality projeví také narušení modality psané / tištěné, což vyplývá z pochopení jazykového konektomu. Tento stav predikuje školní úspěch, na který mají vedle intelektu vliv narativní diskurs a čtení s porozuměním.

Koncept NVP zdůrazňuje komorbidní charakter se vzájemným překrýváním NVP (Bishop a Rutter, 2008). Z toho důvodu klinický obraz každého pacienta s VD je významně ovlivněn také druhem, typem a stupněm jiných poruch. VD se často vyskytuje společně s ADHD, dyspraxií, poruchou učení, sociální poruchou, problémy s chováním. Mezi typickou komorbidní poruchu patří porucha řečového zvuku (speech sound disorder). Mohou se také překrývat problémy řeči, jazyka a komunikace, anebo jen jazyka a komunikace. V tomto případě je třeba rozlišit tři možnosti příčin komunikačních obtíží:

- Zda jsou odvislé od stavu receptivního a expresivního jazyka (např. když pacient nerozumí, echolalicky opakuje za účelem se nějakou formou verbálně projevit; anebo z nedostatečné komunikace s okolím trpí sociální úzkostí a projevuje se komunikačními deficity i v neverbální oblasti)
- Zda jsou součástí poruchy autistického spektra (PAS) – vyskytující se buď s komorbidní poruchou jazyka, anebo bez ní, vedle další symptomatiky PAS v podobě omezených, opakujících se vzorců chování, zájmů a činností.
- Zda se jedná o symptomatiku vývojové poruchy jazyka s postižením převážně pragmatického jazyka (podle návrhu ICD-11), SPKP (podle DSM-5), tzn. komunikační poruchy bez dalších symptomů PAS.

Koexistujícími poruchami VD, u kterých může být báze VD rizikovým etiologickým činitelem, je vývojová koktavost a elektivní mutismus. Tam, kde má dítě poruchu jazyka nevysvětlitelnou nedostatečným neverbálním fungováním a omezeným adaptivním chováním, je primární diagnózou mentální postižení a sekundární VD.

Vlastní standardy péče

Splnění jednotlivých bodů standardu musí mít svůj jasný záznam v dokumentaci pacienta.

Diagnostika

Diagnostika KL představuje snímání anamnézy, minimální povinná vyšetření, diferenciální diagnostiku, doporučená doplňující vyšetření a dále vyšetření jinými specialisty podle potřeby.

Anamnéza pacienta

Diagnostický proces je podmínkou následné zacílené péče. Nezbytný je strukturovaný rozhovor s rodiči: anamnestický, diagnostický a explorativní (se zaměřením na konkrétní oblasti vývoje a stavu). Součástí je snímání rodinné anamnézy se zaměřením na výskyt NVP, osobní anamnézy z období prenatalního, perinatálního a postnatálního a detailní popis psychomotorického vývoje, včetně vývoje sociálního a emočního. Již při objednávání k prvnímu kontaktu je vhodné rodiče požádat o dosavadní nálezy zdravotníků, zápisky o podrobném vývoji dítěte, případně o dodání posouzení školské instituce (pedagoga, školské poradny). Citlivě se ptáme na sociální anamnézu, zjišťujeme případný bilingvismus (nebo multilingvismus) či delší pobyt dítěte v zahraničí. S vědomím, že vícejazyčná výchova k jazykovým obtížím nevede, proto nízké skóre v jazykových testech bilingvních zdravých dětí neznáčí poruchu. Z toho důvodu je nezbytné posoudit stav vývoje všech jazyků, kterým je jedinec vystaven (Pospíšilová, 2022) a co nejpodrobněji analyzovat anamnézu s cílem zachytit či vyloučit pozitivitu v rodině. Pokud se VD potvrdí, je přítomná v každém jazyce. Pacienti z přenosu mezi jazyky sice neprofitují jako jejich intaktní vrstevníci (Pospíšilová, 2022), zároveň však neexistují důkazy o škodlivosti této expozice. Naopak je dokladováno, že skóre lepšího jazyka u bilingvních dětí s VD se podobá skóru jazyka monolingvních dětí s VD. Z toho důvodu nyní převládá názor ponechávat bilingvním dětem s VD expozici rodnému jazyku rodičů (rodiče) a podporovat tak kulturní kontext rodiny (Peña, IDLDRC 2022, September - The DLD Project).

Minimální povinná vyšetření

Lze vycházet pouze z hodnocení klinického obrazu, které sestává z výsledků testů, zkoušek a vývojových škál zachycujících jednotlivé oblasti jazyka. Ucelená baterie pro diagnostiku VD neexistuje ani ve světovém anglickém jazyce, natož v českém. Návod a některé materiály poskytuje diagnostický kurs Klinicko-logopedická diagnostika u dětí, www.klinikalogopedie.cz.

Jako indikace ke klinicko-logopedickému vyšetření slouží aspekty abnormálního vývoje v dané věkové kategorii, přičemž postačí vždy jeden v dané věkové kategorii (zpracováno podle konsorcia anglofonních zemí, Bishop et al., 2016):

1. až 2. rok: a) Nežvatlá; b) Nereaguje na řeč a / nebo zvuky; c) Minimální nebo žádné pokusy o komunikaci;
2. až 3. rok: a) Minimální interakce; b) Bez záměru komunikovat; c) Bez slov; d) Minimální reakce na mluvený jazyk; e) Regrese nebo zastavení vývoje jazyka.
3. až 4. rok: a) Délka výpovědi (promluvy) je nejvýše dvou slovní; b) Dítě nerozumí jednoduchým příkazům; c) Blízcí příbuzní nemohou pochopit většinu toho, co dítě říká.
4. až 5. rok: a) Nekonzistentní nebo abnormální interakce; b) Délka výpovědi (promluvy) čítá nejvýš tři slova; c) Špatné porozumění mluvenému jazyku; d) Osoba, která dítě nezná, nedokáže

pochopit většinu toho, co dítě říká; e) Blízcí příbuzní nemohou pochopit více než polovinu toho, co dítě říká.

od 5. roku a výš: a) Obtíže s vyprávěním, převyprávěním, tvorbou souvislého příběhu; b) Obtíže v porozumění čteného a / nebo slyšeného; c) Potíže v následování nebo zapamatování mluvených instrukcí; d) Logorea a nedostatečné zapojení do reciproční konverzace; e) Mnoho situací, kdy dítě doslovně interpretuje sdělení, namísto pochopení jeho podstaty.

Cílem vyšetření je posouzení co možná nejvíce oblastí klinického obrazu, pojmenovaných konsorciem (viz Klinický obraz, symptomy).

U raného věku použijeme buď vývojovou škálu z kursu Klinicko-logopedická diagnostika u dětí, anebo alespoň standardizovaný rodičovský dotazník Dovyko II, Dotazník vývoje komunikace pro děti od 16 do 30 měsíců (Smolík et al., 2017), případně jejich propojení.

U předškolního a školního věku je nezbytné užít několik samostatných testů, subtestů a zkoušek s ohledem na věk pacienta, a to nejméně 3 z následujících:

- a) Normované věkem (příp. délkou zaškolení), výsledky převáděné na steny a percentily
 - Diagnostika jazykového vývoje (Seidlová Málková a Smolík, 2015)
 - TEPO – test porozumění větám (Solná a Červenková, 2022)
 - TEPRO – test produkce (Solná, 2022)
 - Token test (Bolceková, Preiss, Krejčová, 2015)
 - Zkouška jazykového citu (Žlab, 1992), normovaná délkou zaškolení
 - BTFS – Baterie testů fonologických schopností pro děti předškolního a raného školního věku (Seidlová Málková a Caravolas, 2017)
 - Baterie diagnostických testů gramotnostních dovedností pro žáky 2. až 5. ročníků ZŠ (Caravolas a Volín, 2005)
 - BDTG2 – Baterie diagnostických testů gramotnostních dovedností pro žáky 6. až 9. ročníků ZŠ (Caravolas a Volín, 2018)
 - Diagnostika specifických poruch učení, T-239, (Novák, 2002) subtesty lexie a ortografie (čtení a diktát)
 - Test verbální fluence (Cígler a Durmeková, 2018)
- b) Normované věkem, nestandardizované
 - Zkouška kapacity verbální pracovní paměti (tzv. fonologické smyčky – viz kurs Klinicko-logopedická diagnostika u dětí)
- c) Interpretující kvalitativní aspekty, zahrnující cut-off skóre pro patologii
 - Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí (Škodová, Michek, Moravcová, 1995)
 - Diagnostika specifických poruch učení, T-239, subtesty fonologie (sluchové diference, analýzy a syntézy)

d) Interpretující kvalitativní aspekty, bez cut-off skóre pro patologie

- MAIN – Multilingual Assessment Instrument for Narratives, Multijazykový test pro hodnocení narativních schopností (Gagarina et al., 2019, v české adaptaci Novákové Schöffelové a Mikulajové, 2020, více Nováková Schöffelová, 2020)

Příklady skladby diagnostického materiálu:

Předškolní věk

- Diagnostika jazykového vývoje (stačí i některé subtesty), Token test, Zkouška kapacity verbální pracovní paměti, MAIN
- TEPO, TEPRO, BTFS
- Zkouška jazykového citu, subtesty z Diagnostiky jazykového vývoje, BTFS, Zkouška kapacity verbální pracovní paměti

Mladší školní věk

- Token test, Zkouška jazykového citu, TEPRO
- TEPO, BTFS, Zkouška kapacity verbální pracovní paměti, MAIN, Diagnostika specifických poruch učení (uvedené subtesty)

Starší školní věk

- Token test, BDTG2, Zkouška kapacity verbální pracovní paměti
- Token test, Zkouška kapacity verbální pracovní paměti, Diagnostika specifických poruch učení (uvedené subtesty)

Pacienty v adolescentním věku lze vyšetřit Token testem (verzí pro dospělé) nebo subtesty fonologie, lexie a ortografie z Diagnostiky specifických poruch učení u adolescentů a dospělých osob, přičemž ideální je použít oba diagnostické materiály.

Výsledná skóre jazykových testů a zkoušek jsou vždy interpretována ve vztahu k dalším testům a informacím z pozorování, rozhovorů o dosavadním osvojování jazyka a dalších odborných závěrech. Spolu s výkony v testech je třeba brát v úvahu funkční dopad jazykového narušení.

Diferenciální diagnostika

Plně v kompetenci KL je od VD odlišit poruchu zvuku řeči, která se projevuje jako porucha artikulace hlásek a slovních projevů, zahrnující fonetické a fonologické obtíže bez obtíží v ostatních doménách jazyka. Je třeba také rozlišit prolongace u vývojové poruchy plynulosti (koktavosti) od symptomu dysnomie u VD.

Deficity ve strukturálním jazyce způsobují zpoždění pragmatiky, mentalizace a obecně komunikace, z toho důvodu mohou děti s VD v kombinaci s ADHD připomínat děti s PAS a obráceně (Pospíšilová, 2022). Diagnózy ADHD a PAS jsou proto součástí diferenciální diagnostiky VD, se kterou KL může pomoci.

S přispěním KL lze také zachytit symptomatiku vzácných syndromů, jejichž součástí jsou obtíže v jazyce a řeči a zároveň je díky jejich specifickým odlišit od VD (Pospíšilová, připravované vydání). Z chromozomálních aberací se jedná o Klinefelterův syndrom, Syndrom delece 22q11.2, Angelmanův syndrom aj. Mezi monogenně dědičná onemocnění s nápadnostmi v jazyce a řeči patří Syndrom fragilního X chromozomu.

Doporučená doplňující vyšetření

Komorbidní charakter a překrývání NVP vede k suspekci a jejich predikci, z nichž v plné diagnostické kompetenci KL je častá porucha motorické koordinace v oblasti mluvidel (orální dyspraxie), způsobující fonetické obtíže v rámci poruchy artikulace.

Posuzovací škála ADHD IV (Theiner et al., 2013) jako screening ADHD a podrobně popsané symptomy a diagnostická kritéria ADHD v Kompendiu klinické logopedie (kapitola Neurovývojové poruchy) umožňují vyjádřit suspekci na ADHD.

Užití některého ze screeningových materiálů PAS jako jsou např. CAST, Childhood Autism Spectrum Test (Dudová et al., 2013) a CARS-2, Childhood Autism Rating Scale v české verzi Krejčířové (Schopler et al., 2015) poslouží k případné suspekci na PAS. K podobnému účelu také slouží část kursu Klinicko-logopedická diagnostika u dětí, ve které je vysvětlen způsob měření komunikačních dovedností pomocí škály a porovnání rozdílu vývojové úrovně sociální komunikace a receptivního jazyka, zejména morfosyntaxu, tj. gramatiky: zjišťování, zdali dítě komunikuje nad / pod úroveň rozumění orálnímu jazyku. Je možné se také seznámit s disertační prací, která jako první studie v České republice vytvořila dysfatický a autistický profil a profily vzájemně porovnála (Pospíšilová, 2022).

Častou dyspraxii zachytíme např. českou verzí testu MABC 2 (Henderson et al., 2014).

K záchytu narušení psané / tištěné modality jazyka slouží subtesty z již zmíněné Diagnostiky specifických poruch učení, čímž lze stanovit další komorbidní poruchu.

V případě pochybností je vhodné poslat ke konziliárnímu vyšetření na specializované KL pracoviště.

Vyšetření jinými specialisty

Multidisciplinární přístup je v současném pojetí NVP považován za nejefektivnější – jak v diagnostice, tak v intervenci. Hlavním oborem pro diagnostiku VD je klinická logopedie. Doporučení dalších vyšetření nejčastěji indikuje pediatr, kterému KL zasílá zprávu, ve které odůvodňuje suspekce na další doprovodná onemocnění a diferenciální diagnostiku:

Dětský neurolog je nezbytný pro záchyt abnormalit na EEG, neboť cca třetina dětí s VD vykazuje epileptiformní výboje po probuzení (Dlouhá et al., 2020) a podílí se na diferenciální diagnostice VD, kam patří: poranění mozku, získaná epileptická afázie v dětství (Landauův-Kleffnerův syndrom), neurodegenerativní stavy a již zmíněné vzácné syndromy, kde postupuje ve spolupráci s genetikou.

Dětský klinický psycholog je nezbytný v případě pochybností o stavu rozumových schopností dítěte.

Pedopsychiatr, příp. dětský klinický psycholog, stanovují PAS, naopak KL by měl v případě suspekce na PAS stanovit stav jazyka (zda je pacient bez poruchy nebo s poruchou jazyka a nejlépe i vývojovou úroveň jednotlivých jazykových oblastí). Pedopsychiatr, klinický psycholog stanovují ADHD, proto by jim měl být pacient s VD odeslán, a to především se závažnějšími projevy ke zvážení medikace a s mírnějšími projevy k behaviorálnímu zácviku rodičů. Pedopsychiatr je také zapotřebí při výskytu dalších doprovodných poruch či symptomů: sociálních úzkostí, tikové poruchy, OCD, depresivních stavů aj.

Foniatr, ORL lékař jsou zapotřebí tehdy, pokud má KL po standardní orientační zkoušce sluchu podezření na sluchovou vadu: s vědomím, že všechny děti procházejí dvěma screeningy sluchu – novorozeneckým (otoakustické emise) a 5letým (tónová prahová audiometrie) a také, že podezření na sluchovou vadu bývá „červenou vlajkou“ VD a PAS.

Fyzioterapeut a ergoterapeut jsou potřební v péči o děti s častou komorbidní poruchou VD – dyspraxií. KL ji při vyšetření dobře zachycuje zejména v jemné motorice, proto je schopen doporučit ergoterapeuta. Při suspekci na poruchu motorické koordinace v hrubé motorice lze zvážit rehabilitačního lékaře, který po vyšetření odesílá pacienta fyzioterapeutovi.

Oční lékař, příp. specialista na CVI při podezření na vadu zraku s vědomím, že nekorigovaná vada zraku či CVI ovlivňují terapeutickou snahu, při které se dítě s VD opírá o názornost.

Doporučený průběh terapie

Z důkladné diagnostiky VD – typu, stupně a identifikace všech komorbidních NVP (typů, stupňů) a dalších obtíží vyplynou doporučení terapeutických, kompenzačních a režimových opatření. Z toho důvodu nemůže existovat přesný univerzální postup. Přesto by měla platit následující pravidla:

a) Zapojení rodičů

- Rodičům stručně a srozumitelně vysvětlit podstatu diagnostického závěru, obecně o NVP (kapitola Neurovývojové poruchy v Kompendiu klinické logopedie, Pospíšilová in Neubauer, 2018) a více o podstatě i prognóze VD (Pospíšilová, Hrdlička, Komárek, 2021; Pospíšilová, 2022). Seznámení s plánem terapeutické péče s odůvodněním nezbytnosti jejich zapojení. Následně poskytovat průběžné poradenství, reagovat na aktuální změny, čímž se KL podílí na snižování sekundárních obtíží (v emoční, sociální a akademické oblasti).

b) Vytvoření prostředí koordinovaného působení na komorbidní poruchy

- Rozhodnutí KL o adekvátnosti započetí terapeutického působení na jím zjištěné doprovodné poruchy, které jsou v jeho kompetenci (elektivní mutismus, koktavost, porucha řečového zvuku).
- Spolupráce s ostatními specialisty v případě jejich péče: dětským neurologem (v případě komorbidní epilepsie), pedopsychiatrem (pokud dítě podstupuje medikamentózní léčbu, je třeba se vzájemně informovat o jejím průběhu – změnách

chování, spolupráce apod.), psychoterapeutem (při sociální úzkosti, agresivitě apod., informovat ho o sníženém rozumění slyšeného sdělení), ergoterapeutem, příp. fyzioterapeutem.

- Spolupráce s rezortem školství podle potřeby (se speciálními pedagogy, SPC, učiteli).

c) Vývojový přístup a neuropsychologické principy

- Recentní metaanalýza (Rinaldi et al., 2021) udává nekonzistentní výsledky účinnosti terapie u jednotlivých symptomů VD:
 - ✓ pozitivní vliv léčby nejvíc zaznamenán u včasné (3 až 4letých) intenzivní stimulace receptivní a expresivní fonologie, méně u expresivní morfologicko-syntaktické roviny jazyka a ojedinele u narativního diskursu
 - ✓ žádný vliv nebyl doložen u receptivní morfologicko-syntaktické roviny
 - ✓ méně důkazů je o efektivitě terapie expresivního lexikonu, žádný důkaz o receptivním lexikonu.
- Za dosud jediný slibný intervenční přístup je považován ten, který kopíruje osvojování jazyka bez ohledu na kalendářní věk, přičemž metody mohou být různé. Jedná se o systematické stimulace jazykových a s nimi souvisejících vývojových oblastí podle aktuálně zjištěného stavu (např. pokud naměříme receptivní morfologii a syntax u 5letého dítěte na 3 letech, budeme stimulovat porozumění jazyku od této úrovně). Součástí vývojového přístupu u dětí raného věku či předškolního s VD závažného stupně je edukace rodičů v adekvátních komunikačních strategiích (jakým způsobem s dítětem komunikovat). Existují důkazy o efektivitě stimulací i u starších dětí a adolescentů. Příkladem je terapie výbavnosti pojmů pomocí metody stimulace sémantiky podle struktury Ebbels (Campbell, Nicoll, Ebbels 2019).
- Využívat silných stránek psychomotorického vývoje – především vizuální percepce a vizuální paměti – intervence proto opírat o názornost.
- Neopomenout stimulace pragmatiky jazyka, pokud je třeba. V opačném případě využívat k porozumění kontext situace.
- Vést terapii s ohledem na současné poznatky vědy o perzistenci poruchy a obecně doprovodných psychických obtíží, na celkový psychický stav pacienta a na jeho sociální prostředí (rodinu a školu). Pacienta nepřetěžovat.

d) Četnost

- Systematický přehled (Segura-Pujol a Briones-Rojas, 2021) došel k závěru, že není ještě možno dát doporučení týkající se intenzity léčby. Zřejmě vysokofrekvenční léčba je pouze výhodná tehdy, pokud je dávka nízká.
- Četnost terapie závisí na více okolnostech: typu a stupni VD a komorbidních NVP, věku, osobnostním profilu pacienta, schopnosti spolupráce rodiny a kapacitě KL. Pokud je rodič dostatečně edukován v konkrétních postupech, je možné vývoj spíše sledovat a erudovaně ho podle výsledků vstupní a kontrolní diagnostiky stimulovat. Geneticky narušený kognitivní mechanismus, za který je v současné době jazykový konektom považován, nelze výrazně posunout za krátký čas. Naopak nepřiměřená terapeutická zátěž (zejména nekoordinovaná) může být příčinou sekundárních psychických obtíží.

Četnost a druh doporučených kontrolních vyšetření

Průběžné psychometrické sledování a zhodnocování vývoje je nutné, neboť kontroluje správnost diagnostiky, efektivitu terapie a upřesňuje aktuální stav pacienta. 1x za ½ roku až za 1 rok, nejméně však 2x v předškolním věku je třeba provést kontrolní vyšetření. Vhodné je zejména před nástupem do školy a nejpozději do 2 let od zahájení školní docházky. Také v průběhu staršího školního a adolescentního věku alespoň jedno přešetření v obou obdobích. Ideálně termínované tak, aby zprávy z vyšetření KL mohly být podkladem pro vytváření podpůrných opatření školských poraden (jejichž platnost je v závislosti na školské legislativě omezená a poradny proto po jejím uplynutí vyžadují zprávy nové).

Podmínky ukončení péče

- kompenzace obtíží u lehkých stupňů VD bez nutnosti dalšího sledování;
- rezistentnost narušeného jazykového konektomu, kdy již není efekt terapie ani přínos dalšího sledování;
- při zajištění následné pokračující péče;
- přání rodiny.

Doporučená odborná literatura

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition (DSM-5). Arlington, VA, American Psychiatric Publishing; 2013.

BISHOP, D.V.M., RUTTER, M. Neurodevelopmental Disorders: Conceptual Issues. In Rutter, M., Bishop, D.V.M., Pine, D.S., Scott, S., Stevenson, J., Taylor E., Thapar, A. (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 2008, 32-41.

BISHOP, D.V.M., SNOWLING, M.J., THOMPSON, P.A., GREENHALGH, T., CATALISE Consortium. A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study. Identifying language impairments in children. *PLOS one*. 2016, 11.7: e0158753.

BISHOP, D.V.M., SNOWLING, M.J., THOMPSON, P.A., GREENHALGH, T., Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2017, 58.10: 1068-1080.

BOLCEKOVÁ, E., PREISS, M., KREJČOVÁ, L. *Token test*. Otrokovice: Propsyco; 2015.

CAMPBELL, L., NICOLL, H., EBBELS, S.H. The effectiveness of semantic intervention for word-finding difficulties in college-aged students (16–19 years) with persistent Language Disorder. *Autism & Developmental Language Impairments*. 2019, 4: 2396941519870784.

CARAVOLAS, M., VOLÍN, J. *BDTGD: Baterie diagnostických testů gramotnostních dovedností pro žáky 2. až 5. ročníků ZŠ*. Praha: IPPP; 2005.

CARAVOLAS, M., VOLÍN, J. *BDTG2: Baterie diagnostických testů gramotnostních dovedností pro žáky 6. až 9. ročníků ZŠ*. Praha: Národní ústav pro vzdělávání; 2018.

CÍGLER, H., DURMEKOVÁ, S. Verbální fluence u dětí ve věku 5–12 let: české normy a vybrané psychometrické ukazatele. *E-psychologie*. 2018, 12.4: 16-30.

CIMLEROVÁ, P., POKORNÁ, D., CHALUPOVÁ, E. *Diagnostika specifických poruch učení u adolescentů a dospělých osob*. Praha: Národní ústav pro vzdělávání; 2007.

DIEPEVEEN, F.B., DUSSELDORP, E., BOL, G. et al. Failure to meet language milestones at two years of age is predictive of specific language impairment. *Acta Paediatrica*. 2016, 105.3: 304-310.

DLOUHÁ, O., PŘÍHODOVÁ, I., SKIBOVÁ, J., NEVŠÍMALOVÁ, S. Developmental Language Disorder: Wake and Sleep Epileptiform Discharges and Co-morbid Neurodevelopmental Disorders. *Brain Science Journal*. 2020, 10.12: 910.

DUDOVÁ, I., BERANOVÁ, Š., HRDLIČKA, M., URBÁNEK, T. *CAST – screeningový test poruch autistického spektra*. Praha: Národní ústav pro vzdělávání; 2013: 54.

GAGARINA, N., KLOP, D., KUNNARI, S. et al. *MAIN: Multilingual Assessment Instrument for Narratives – Revised version*. ZAS Papers in Linguistics, 64. Czech version. Translated and adapted by Nováková Schöffelová M, Mikulajová M; 2019.

HENDERSON, S.E., SUGDEN, D.A., BARNETT, A.L., PSOTTA R. *MABC-2 Test motoriky pro děti*. Praha: Hogrefe–Testcentrum; 2014.

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ. *Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostická kritéria pro výzkum*. 10 revize. Praha: Psychiatrické centrum; 1996: 179.

NOVÁK, J. *Diagnostika specifických poruch učení (T-239)*. Brno, Psychodiagnostika; 2018.

NOVÁKOVÁ SCHÖFFELOVÁ, M. Diagnostika narativních schopností a česká adaptace nástroje MAIN. *Listy klinické logopedie*. 2020; 4.2:124-135.

NORBURY, C.F., GOOCH, D., WRAY, C. et al. The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: evidence from a population study. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2016, 57.11: 1247-1257.

POSPÍŠILOVÁ, L. Neurovývojové poruchy a klinická logopedie. In: Neubauer K et al. *Kompendium klinické logopedie*. Praha: Portál; 2018: 183-222.

POSPÍŠILOVÁ, L., HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V. Vývojová dysfázie – funkční a strukturální korelace. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2021, 84/117.3: 237-244.

POSPÍŠILOVÁ, L. *Klinický obraz vývojové dysfázie v konceptu neurovývojových poruch*. Disertační práce. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta; 2022: 174.

POSPÍŠILOVÁ, L. *Genetika v logopedii*, připravované vydání.

RABOCH, J., HRDLIČKA, M., MOHR, P. et al. (Eds.) *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe-Testcentrum; 2015.

RINALDI, S., CASELLI, M.C., COFELICE, V. et al. Efficacy of the treatment of developmental language disorder: A systematic review. *Brain Sciences*. 2021, 11.3: 407.

SEGURA-PUJOL, H., BRIONES-ROJAS, C. Treatment intensity for developmental language disorder: A systematic review. *International Journal of Speech-Language Pathology*. 2021, 23.5: 465-474.

SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., CARAVOLAS, M. *Baterie testů fonologických schopností (BTFS)*. Praha: Národní ústav pro vzdělávání; 2017.

SCHOPLER, E., VAN BOURGONDIEN, M.E., WELLMAN, G.J., LOVE, S.R., KREJČÍŘOVÁ, D. *Posuzovací škála dětského autismu CARS2 (Childhood Autism Rating Scale (2nd ed.) (CARS2))*. Praha: Hogrefe-Testcentrum; 2015.

SMOLÍK, F., SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G. *Diagnostika jazykového vývoje*. Praha: Grada Publishing; 2015.

SMOLÍK, F., TURKOVÁ, J., MARUŠINCOVÁ, K. et al. *Dovyko II: dotazník pro diagnostiku jazykového vývoje ve věkovém rozmezí 16 až 30 měsíců: příručka a normy*. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta; 2017.

ŠKODOVÁ, E., MICHEK, F., MORAVCOVÁ, M. *Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí*. Ostrava: Realia; 1995.

SOLNÁ, G. *TEPRO – test produkce slovní zásoby*. Brno: Code Creator, s.r.o.; 2022.

SOLNÁ, G., ČERVENKOVÁ, B. *TEPO – test porozumění větám*. Brno: Code Creator, s.r.o.; 2022

THEINER, P., URBÁNEK, T., GOETZ, M., FAJMONOVÁ, V. *T-336 – Posuzovací škála ADHD IV*. Brno: Psychodiagnostika, s.r.o.; 2013.

TOMBLIN, J. B., RECORDS, N. L., BUCKWALTER, P. et al. The prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *Journal of Speech and Hearing Research*. 1997, 40.6: 1245–1260.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10)*. Geneva: WHO; 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *The International Classification of Diseases, 11th revision (ICD-11)*. Geneva: WHO; 2018.

ŽLAB, Z. *Zkouška jazykového citu*. Ostrava: Microdata; 1992.