proLékaře.cz | 22.11.2026

VÝVOJOVÉ PORUCHY ŘEČI/ JAZYKA/ KOMUNIKACE V SOUČASNÉM KONCEPTU NEUROVÝVOJOVÝCH PORUCH - ANEB JAK NA HÁĎATA V MOZKU

DEVELOPMENTAL SPEECH /LANGUAGE/ COMMUNICATION DISORDERS IN THE CURRENT CONCEPT OF NEURODEVELOPMENTAL DISORDERS - OR WHAT TO DO WITH THE SNAKELETS IN THE BRAIN

PaedDr. Lenka Pospíšilová

Demosthenes – dětské centrum komplexní péče, pracoviště klinické logopedie, Mírová 2, 400 11 Ústí nad Labem

lenka.pospisilova@demosthenes.cz

Abstrakt

Článek se zamýšlí nad vývojovými poruchami řeči, jazyka a komunikace z pohledu konce meziobdobí původních pravidel a nového konceptu. Vysvětluje rozdílnost pojetí dosavadní MKN-10 Světové zdravotnické organizace a před pěti lety vydané DSM-V Americké psychiatrické společnosti; nechává též nahlédnout do připravované verze ICD – 11. Zdůrazňuje, že neurovývojové poruchy, mezi které všechny vývojové poruchy komunikace patří, vyžadují konceptuální přístup, jehož bází jsou současné poznatky z neurobiologie a genetiky. Nové poznatky přinášejí zásadní změny v nazírání, z toho důvodu jsou nezbytnou výzvou pro moderní pojetí našeho oboru. Na závěr se autor článku zamýšlí nad potřebou změny péče o děti s neurovývojovými poruchami v koordinovaný systém s mezirezortním přesahem.

Abstract

The article discusses developmental speech, language and communication disorders from the point of view of the end of the period between the original rules and the new concept. It explains the difference of concepts of the current ICD-10 World Health Organization and DSM-V American Psychiatric Society issued five years ago and leaves a look into the upcoming version of ICD-11. It emphasizes that neurodevelopmental disorders, among which all developmental communication disorders belong, require a conceptual approach based on current knowledge of neurobiology and genetics. New insights bring fundamental changes in the preview , that is why they are a must for the modern concept of our field. Finally, the author of the article considers the need to change the care of children with neurodevelopmental disorders in a coordinated system with an interdepartmental overlap.

Klíčová slova

MKN-10, DSM-V, neurovývojové poruchy, koncept, vývojové poruchy řeči, jazyka a komunikace

Keywords

ICD-10, DSM-V, neurodevelopmental disorders, concept, developmental speech and language disorders, communication disorders

ICD-10 / MKN-10

Víme, že specifické poruchy řeči a jazyka jsou součástí jednoho z jedenácti oddílů páté kapitoly **Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů** (MKN-10), která je v České republice v platnosti od roku 1994. Ani zatím poslední vydání Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 2016, ze kterého vychází aktualizovaná verze překladu MKN-10 pro rok 2018, neobsahuje ve vztahu k našemu tématu žádné změny. Zmíněná pátá kapitola je nazvána Poruchy duševní a poruchy chování a oddíl, jehož část zde analyzujeme, se jmenuje Poruchy psychického vývoje, přičemž



PaedDr. Lenka Pospíšilová

proLékaře.cz | 22.11.2026

kromě Specifických poruch řeči a jazyka zahrnuje další skupiny Specifické vývojové poruchy školních dovedností (specifické poruchy učení), Specifickou vývojovou poruchu motorických funkcí (dyspraxii), Smíšené specifické vývojové poruchy (směs specifických vývojových poruch řeči a jazyka, učení a dyspraxie, kdy žádná nepřevažuje), Pervazivní vývojové poruchy (poruchy autistického spektra), Jiné poruchy psychického vývoje a Neurčenou poruchu psychického vývoje.

Poruchy psychického vývoje mají tyto společné vlastnosti: (a) nástup je vždy v kojeneckém věku nebo v dětství; (b) postižení nebo opoždění ve vývoji funkcí, které mají silný vztah k biologickému zrání centrální nervové soustavy; a (c) stálý průběh bez remisí a relapsů. Ve většině případů je postižena řeč, prostorová orientace a motorická koordinace. Opoždění nebo poškození je obvykle přítomno již velmi časně, může být spolehlivě zjištěno a postupně se mírní s přibývajícím věkem dítěte, i když drobnější defekty často přetrvávají až do dospělého věku (MKN-10).

Rovněž všichni známe, že skupina Specifické poruchy řeči a jazyka obsahuje následujících šest diagnostických položek: Specifickou poruchu artikulace řeči (F80.0), Expresivní poruchu řeči (F80.1), Receptivní poruchu řeči (F80.2), Získanou afázii s epilepsií (Landauův–Kleffnerův syndrom) (F80.3), Jiné vývojové poruchy řeči nebo jazyka (F80.8) a Vývojovou poruchu řeči nebo jazyka nespecifikovanou (F80.9).

Jsou to poruchy, kde normální způsob osvojení jazyka je narušen od časných vývojových stadií. Tyto stavy nelze přímo přičítat neurologickým abnormalitám nebo poruchám řečového mechanismu, smyslovému poškození, mentální retardaci nebo faktorům prostředí. Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka jsou často následovány přidruženými problémy, jako jsou obtíže ve čtení a psaní, obtíže v meziosobních vztazích a poruchy emocí a chování (MKN-10).

Podíváme-li se však do originálu statistické klasifikace nemocí, zjistíme, že překlad do českého jazyka není adekvátní. Česká verze MKN-10 uvádí: expresivní porucha řeči – lépe expresivní jazykové poruchy (expressive language disorder), a receptivní porucha řeči – lépe receptivní jazykové poruchy (receptive language disorder). Poruchy řeči mohou asociovat pouze akustické aspekty komunikace, nikoliv skutečnost, že se jedná o rozsáhlou poruchu systému jazykového vývoje, jak tomu rozumí naše odborná obec. Nepřesný je i překlad diagnostických jednotek pod kódem F80.8 a F80.9 - v překladu je spojka „nebo“, zatímco v originálu „a“, čímž se zčásti mění smysl spojení.

Z uvedeného plyne:

- **Vývojové poruchy řeči a jazyka patří mezi duševní poruchy**, dovolím si říct, že plným právem.
- Uvnitř této „vývojové“ skupiny je zařazeno jedno „získané“ onemocnění, které sem logicky nepatří.
- Díky chybnému překladu není chápána porucha jazykového vývoje, tzn. narušení rozsáhlého jazykového konektomu, v obou hemisférách. Možná právě tento moment může být „alfou omegou“ obecného podceňování oboru.
- Díky českému homonymu „jazyk“ může v této souvislosti záměna významů znamenat zcela rozdílné vnímání terminologie napříč odbornostmi a) narušenou neuronální síť mateřštiny a samozřejmě i cizích jazyků – dysfázii; b) narušenou neuronální motorickou síť zodpovědnou za řízení praxie jazyka jako orgánu - tzv. orální dyspraxii (neboť se týká i dalších mluvidel) a c) narušení orgánu (např. lingua accreta).
- Protože dosud neexistuje nové vydání klasifikace nemocí od WHO, řídíme se manuálem starým čtvrt století, který samozřejmě nereflektuje současné vědecké poznatky. A ty se výrazně změnily.

Změna etiologie a konceptu

Našeho oboru se týká především rozmach poznání v neurovědách (díky moderním neurozobrazovacím metodám) a genetice. Genetické studie změnily nazírání na etiologii, která je zřejmě pro všechny **neurovývojové poruchy (NVP)** stejná. **Došlo k odklonu od dřívější dominance perinatálního a prenatálního rizika** (Pospíšilová, Zapletalová, 2016 in Neubauer, Pospíšilová, 2017). **Významný faktor tvoří dědičnost, doplněná o environmentální vlivy. Obojí vede k neuroanatomickým abnormitám. Vývoj nervového systému je do velké míry programován geny** (Goetz, 2006, Galaburda, 2006, Kang, Drayna, 2011). Zároveň nelze opominout jedinečnost podnětů zevního prostředí a plasticitu centrální nervové soustavy, přestože ta je právě u geneticky podmíněných poruch nejmenší (Krejčířová, 2008).

DSM-V

Jiná situace je v USA. Zde platí od roku 2013 nový diagnostický manuál DSM-V Americké psychiatrické společnosti (APA), která již tradičně publikuje vlastní klasifikaci duševních poruch. Od 90. let minulého století lze registrovat snahu o názorové a terminologické přibližování mezi APA a WHO. Našeho tématu se týká kapitola Neurovývojové poruchy (Neurodevelopmental Disorders). Při letmém porovnání s předchozím americkým manuálem DSM-IV z roku 1994 (tedy z období počátku MKN-10) lze vnímat tendence k fúzování nemocí (například dřívější spojení Poruchy učení (Learning Disorders) bylo nahrazeno termínem Specifická porucha učení (Specific Learning Disorder) a jednotlivé poruchy čtení, psaní atd. se nyní staly subtypy jednoho onemocnění, podobně je tomu u autismu. Američané neurovývojové poruchy (NVP) rozdělují na 1) mentální postižení (Intellectual Disabilities, nahrazen termín DSM-IV Mentální retardace), 2) komunikační poruchy (Communication Disorders), 3) poruchy autistického spektra (Autism Spectrum Disorders), 4) ADHD (Attention-deficit Hyperactivity Disorder), 5) specifickou poruchu učení (Specific Learning Disorder), 6) poruchy motoriky (Motor Disorders), 7) další specifikovanou neurovývojovou poruchu (Other Specified Neurodevelopmental Disorder) a 8) nespecifikovanou neurovývojovou poruchu (Unspecified Neurodevelopmental Disorder). Komunikační poruchy DSM-V zahrnují 1) jazykovou poruchu (která kombinuje z DSM-IV jazykovou poruchu expresivní a smíšenou receptivně-expresivní), 2) poruchu zvuku řeči (nový název pro fonologickou poruchu, zahrnující i verbální dyspraxii) a 3) poruchu plynulosti se začátkem v dětství (nový název pro dětské koktání). Součástí je také 4) sociální (pragmatická) komunikační porucha, která představuje zcela novou diagnózu - pro přetrvávající potíže v sociálním využití verbální a neverbální komunikace, které nelze vysvětlit nízkými kognitivními schopnostmi. Vzhledem k tomu, že deficity sociální komunikace jsou jednou ze součástí poruchy autistického spektra (PAS), nemůže být tato pragmatická komunikační porucha diagnostikována za přítomnosti omezeného opakovaného chování, zájmů a činností (symptomatika PAS).

Návrh ICD-11

WHO připravuje vydání ICD-11. Své přípravy zveřejňuje v podobě návrhů.

proLékaře.cz | 22.11.2026

Přestože se tedy jedná pouze o návrh (Beta Draft), lze s ním do určité míry již pracovat a celou záležitost pojímat v souvislostech vývoje vědeckého poznání a zkušeností z každodenní praxe. **WHO stejně jako APA přichází s termínem NVP**, který definitivně nahradil pojem lehká mozková dysfunkce (LMD). Pravděpodobný název oddílu ve vztahu k našemu dnešnímu tématu (s případnými korekcemi) zní Vývojové poruchy řeči nebo jazyka (Developmental speech or language disorders) a jeho členění bude pro nás v blízké budoucnosti pravděpodobně směrodatné:

1. Vývojová porucha zvuku řeči (Developmental speech sound disorder) – dnešní F80.0
2. Vývojová porucha plynulosti řeči (Developmental speech fluency disorder)
3. Vývojová jazyková porucha (DevelopmenNtal language disorder)
   - 3.1. Vývojová jazyková porucha s postižením receptivního a expresivního jazyka (Developmental language disorder with impairment of receptive and expressive language) – dnešní F80.2
   - 3.2. Vývojová jazyková porucha s postižením převážně expresivního jazyka (Developmental language disorder with impairment of mainly expressive language) – dnešní F80.1
   - 3.3. Vývojová jazyková porucha s postižením převážně pragmatického jazyka (Developmental language disorder with impairment of mainly pragmatic language)
   - 3.4. Vývojová jazyková porucha s jiným specifikovaným jazykovým postižením (Developmental language disorder, with other specified language impairment)

Ve výčtu návrhu si nelze nevšimnout zcela nového názvu poruchy, který značí narušení pragmatického jazyka. Ač je pojmenovaná jinak než v DSM-V, budeme mít zřejmě k dispozici shodně s Američany novou diagnózu. Je třeba se na diagnózu připravit. V současnosti jsou tito pacienti diagnostikováni buď jako jedinci s poruchou autistického spektra, nebo s dysfázií. V našem zařízení pomalu začínáme zkoušet Test pragmatického jazyka (Test of Pragmatic Language, TOPL- 2). Recentní studie hovoří o kontinuu patologie mezi dysfázií a autismem. A právě přesné definování pragmatické komunikační poruchy a vývojové dysfázie by mělo napomoci k odlišení od poruchy autistického spektra. Hodnotících nástrojů, které mohou spolehlivě tyto tři diagnózy určit, je nedostatek (Taylor, 2016). Také vývojová koktavost je v připravovaném vydání ICD novým pojmem. Podobně jako u ostatních NVP výzkumy naznačují, že koktání má genetický základ (Cohen, 2014) a jedná se o polygenní poruchu, ale přesná forma genetického přenosu není známa (Craig-McQuaide a kol. 2014). U příbuzných prvního stupně je riziko koktavosti více než trojnásobné oproti běžné populaci (DSM-V, 2013), 60 – 70% dětí s koktavostí má koktající příbuzné (Blomgren, 2013).

Nacházíme se tedy v meziobdobí, kdy postupujeme podle předpisů, které jsou již zastaralé, a kdy víme, že budou vydány nové. Americký manuál za svůj považovat nelze. Z toho důvodu je třeba se seznamovat s novými studiemi z celého světa, ty porovnávat s předchozími poznatky a vnímat je v souvislostech, nutné je reflektovat značný terminologický chaos, který je doprovází (autorka článku čtenáře odkazuje na knihu Kompendium klinické logopedie, která je připravována k vydání v tomto roce).

Neuroanatomické abnormity

Vědecké studie jednoznačně potvrzují, že problémy rozdílného rázu, typu a stupně, se kterými nás dětští pacienti navštěvují, jsou v drtivé většině nemocemi (je naší odbornou ctí odlišit od fyziologického vývoje). Jedná se o onemocnění mozku, která byla dříve považována za pouhé poruchy jeho funkce. Nyní s jistotou víme, že se jedná o méně či více rozsáhlé strukturální abnormity – centrální nervová soustava zraje nejen zpožděně, ale také odlišně. Rovněž si můžeme být jisti svými poznatky z praxe, že onemocnění se ojediněle vyskytují osamoceně, neboť **studie potvrzují vzájemné překrývání NVP** - vytváření komorbidit. Řadu let zůstalo toto překrývání bez významnějšího povšimnutí, protože diagnózy byly řešeny různými odborníky a v různých rezortech. K pochopení tohoto jevu v mozku nám poslouží představa různě dlouhých a různě silných, různě propletených a přes sebe stočených háďat v různých místech konektomu (mapě neuronálních sítí), přičemž každé z nich je jedna NVP.





A tak se jedno hádě s názvem „vývojová dysfázie receptivního typu“ (synonymum pro receptivní jazykovou poruchu dle ICD-10, receptivní poruchu řeči dle MKN-10 – obojí F80.2 a vývojovou poruchu s postižením receptivního a expresivního jazyka dle návrhu ICD-11) proplétá s hádětem, které se jmenuje „ADHD“, s dalším hádětem nazvaným „orofaciální dyspraxie“, vedle kterého s největší pravděpodobností leží sourozenec jménem „grafická dyspraxie“ či celková v hrubé motorice se projevující „vývojová porucha motorická koordinace“ (dle návrhu ICD-11) - všechny tři označujeme podle MKN-10 F82. A nejen mozek sám, ale také háďata uvnitř a jejich nositel dítě se vyvíjejí, a to od prenatálního vývoje až po dospělost. U dítěte jdoucího s háďaty do školy číhá v neuronální síti další hádě – „vývojová porucha učení“. Pokud je od prenatálního vývoje přítomno silné hádě „grafická dyspraxie“, je logické, že můžeme očekávat doposud neprojevující se hádě se jménem „dysgrafie“. S ním protnuté může být „receptivní dysfázie“, které se rozpíná především v oblasti ventrálního proudu nesoucího jazykové informace, neboť ventrální proud spojuje temporální lalok s prefrontální kůrou a slouží k pochopení významu (Koukolík, 2012, Pospíšilová in Neubauer a kol., připrav., 2018). Ve škole se tedy projeví jako hádě „dysortografie“, jehož nositel bude mít obtíže porozumět mluvené i psané řeči a jazyku celý život – jak dalece bude jen záležet

proLékaře.cz | 22.11.2026

na tloušťce háděte obtočeného ve ventrální dráze jazykového konektomu, na intelektu nositele a i zčásti na podnětnosti sociálního prostředí – například na kvalitě léčebné logopedické terapie. Hádě „ADHD" omezuje svého nositele v řízení vlastního života i svých dětí. Jak dalece, záleží opět na velikosti jeho obvodu a na dalších podmínkách. Nejedná se jen o výchovu v rodině a intelekt nositele, ale také o sourozence – pokud „ADHD" žije s hádětem „receptivní dysfázie" a oba jsou silní, nemůžeme se podivovat, že bývá u dětí s těmito mozky zvažován autismus. Hádě rozkládající se v dorzální dráze jazykového konektomu se nazývá „expresivní dysfázie", jeho nositeli brání ve vybavení slovních pojmů, názvů symbolů (například písmen), a to v mluvené i psané řeči. A tak blízkým sourozencem od počátku školního věku nositele je hádě nazvané „dyslexie".

Uvědomme si, že každé hádě může mít různou tloušťku a délku. Samozřejmě z toho plyne význam narušení. I když například přetrvávající artikulační obtíže mohou stát za problémy sociální úzkosti, přece jen narušení celého jazykového konektomu ovlivní nositele pravděpodobně více (ve vzdělání, tedy v možnosti výběru povolání). Záleží samozřejmě na dalších faktorech jako např. na osobnostním profilu.

Ze strany výzkumníků je o každé hádě = o každou diagnózu různý zájem. Proto je **povědomí o jednotlivých diagnózách značně rozdílné.** Zajímavým příspěvkem pro náhled a odpověď na otázku, proč jsou ty naše poruchy tak nepochopené a podceňované, je práce Bishop (2010), která sečetla a zanalyzovala vědecké studie jednotlivých NVP za čtvrt století. Položila si otázku, jestli počet výzkumů odpovídá závažnosti a prevalenci diagnóz. Touto přehledovou studií dokázala, že tomu tak zdaleka není. Tak například dyslexie (dle MKN-10 F81.0, vývojová porucha učení subtyp vývojová porucha učení s postižením v oblasti čtení dle návrhu ICD-11), vývojová dysfázie (synonymum jak pro expresivní poruchu řeči, tak receptivní poruchu řeči dle MKN-10, jak pro expresivní jazykovou poruchu F80.1, tak receptivní jazykovou poruchu F80.2 dle ICD-10) a ADHD jsou v závažnosti a prevalenci srovnatelné, přesto počet publikací se zaměřením na dyslexii byl 4x a na dysfázii dokonce 16x nižší než na ADHD. Pokud porovnáme mezi sebou studie na dyslexii a dysfázii, zjistíme 3x vyšší počet výzkumů věnovaných dyslexii. Angličanka Bishop v této souvislosti uvádí, že dyslexie je doménou psychologů, kdežto dysfázie logopedů, a že nízký počet prací plyne z jejich nízké úrovně financování a rozdílného zabezpečení jednotlivých vědních disciplín. Tyto nerovnosti mohou ještě více poškodit děti, které jsou již tak postihnuty běžnými, avšak dosud nedostatečně prozkoumanými NVP. K ucelenosti pohledu je třeba dodat, že nejvyšší počet výzkumů byl za posledních 25 let proveden na ADHD a autismus – z čehož se nám dostane odpovědi, proč jsou obě diagnózy tak diskutované a mediálně známé. Naopak nejnižší index byl zaznamenán u vývojových poruch zvuku řeči (tzn. patlavosti = fonologické a fonetické poruše = dyslalii, ale také vývojové verbální dyspraxii F80.0) a u dyspraxie (F82.0), které tvoří četné souběžné poruchy s ostatními (Bishop, 2010).

Z uvedeného je zřejmé, že u jednoho dítěte se můžeme setkat s několika NVP najednou, ty se vzájemně prolínají a různě perzistují. Většinou v pozměněné nebo minimalizované klinické formě přetrvávají do dospělosti. Významně ovlivňují kvalitu života: vrstevnické vztahy, vzdělání, práci a bývají bází pro sekundární psychiatrická onemocnění - úzkosti, deprese, abúzy návykových látek aj. Například recentní longitudinální studie zkoumající vrstevnické vztahy dospěla k závěru, že dvě třetiny dětí s vývojovou dysfázií měly perzistující problémy ve vztazích od dětství po adolescenci (Mok, Ramsden, 2014).

Koexistenci NVP lze znázornit dvěma příklady:

Dítě A) F80.0 + F80.2 + F81.1 + F90.0 či F 90.1 (podle subtypu ADHD převážně nepozorný či převážně hyperaktivní a impulzivní) + F95 (tikovou poruchou).

Dítě B) F80.0 + F80.1 + F 82 + F81.1 + F 90.1.

Děti s artikulačním nálezem, dysfázií, dyspraxií, ADHD a poruchou učení tvoří typickou, častou skupinu. Rozdílné jsou jen stupně a typy poruch. Nejméně dětí má nejtěžší a nejmírnější – ty bývají diagnosticky hůře identifikovatelné, přitom komplikace socio-emočního rázu se ani těmto dětem nevyhýbají. Komorbidní také mohou být NVP s dalšími nemocemi – například s periferní sluchovou vadou, čímž lze vysvětlit, proč dvě děti s podobně závažným sluchovým postižením a intelektem i péčí mají rozdílný vývoj řeči a jazyka a terapeutický úspěch.

Diagnostika a léčba

Diagnostika NVP se provádí pomocí zkoušek, testů a pozorování, kterými se analyzuje klinický obraz. Byť se jedná o onemocnění s vysokou hereditou, neexistují zatím diagnostické metody formou laboratorních vyšetření a genetických testů.

Také u vývojových poruch řeči nebo jazyka (použijeme-li termín z návrhu ICD-11 Beta Draft) tomu nemůže být jinak. A je **zásadní výzvou pro náš obor přijmout nová opatření**. Existuje řada testů, díky nimž lze mapovat neuronální jazykovou síť v obou hemisférách, a zjišťovat tak stav řeči / jazyka / komunikace v receptivní a expresivní oblasti, komunikační dovednosti. Velký problém je jejich standardizace v jiných jazycích a kulturách. Jedinou cestou je správně využít stávajících a systematicky (jako odborná obec) pracovat na nových. **Základem vyšetření u NVP by vždy mělo být vyšetření stavu celého psychomotorického vývoje k vzájemnému porovnání jednotlivých oblastí.** Není tím myšleno, že každé dítě s artikulační poruchou musí vidět dětský klinický psycholog (psycholog vzděláván v neuropsychologii, tedy v oboru nezbytném také pro naše vzdělání). Avšak klinický logoped je ten, kdo by měl užívat škálování celého psychomotorického vývoje s akcentem na fatické a s nimi související praktické funkce. Jedině s tímto náhledem a se závěry testů a zkoušek v celé oblasti komunikace, neuropsychologických souvislostí a se znalostmi diagnostických kritérií jednotlivých diagnóz může stanovovat či navrhovat diagnózu.

Nepochopením nového konceptu je zaměřit se na jednu poruchu a ostatní nevnímat. Současný přístup je přesně opačný, vychází z našich háďat – z překrývání poruch. Vystihuje ho spojení **koordinovaný systém** (Uhlíková, Ptáček, Ptáčková, 2014), který autoři použili k popisu indikace ADHD. Vedle farmakoterapie, psychoterapie, edukace, režimové terapie, rodinné terapie a spolupráce se školou doporučují současně **léčbu komorbidit**. V četných případech komorbidní vývojové poruchy řeči / jazyka / komunikace má své nezastupitelné místo klinický logoped. Ten však v rámci svého vzdělávání musí být detailně připravován v diagnostice a v praxi disponovat testy a vývojovými škálami. Jedině **porovnávající vyšetření v průběhu léčebného procesu** (kontrolní po půl roce, po roce atd.), mapující progres, stagnaci či regres vývoje sledovaných oblastí a orientačně celého PMV, je použitelné pro léčebnou terapii. Ta pak musí vycházet ze stavu vývoje jednotlivých oblastí, nikoliv z metody, kterou jsme se rozhodli užít. **Primární je u dětí a adolescentů vývojo-**

proLékaře.cz | 22.11.2026

vý přístup, kdy stimulujeme oblast PMV od právě naměřené vývojové úrovně. Například se může vyskytnout 1čtrnáctiletý pacient s receptivní dysfázií, který má stav receptivního jazyka, konkrétně vnímání gramatických struktur, na úrovni šesti let; je logické, že této úrovni musíme přizpůsobit komunikační strategie (mluvit s ním způsobem, jako by mu bylo šest, obsahem samozřejmě vyšším, ověřovat si porozumění, stimulovat percepci jazyka od této naměřené úrovně výš). **Jaké metody užijeme a různě zkombinujeme, je věc druhotná** – neměly by chybět **neuropsychologické znalosti** (například, že omezená kapacita krátkodobé verbální paměti zůstane navždy, protože se jedná o rezistentní psychickou funkci vůči terapiím – navyšování bude velmi pozvolné).

Opodstatněnost a funkčnost vývojového přístupu lze jednoduše popsat: víme, že velká většina našich pacientů dříve nebo později zvládne správnou artikulaci, ale jazykové obtíže, tedy komunikační, přetrvají. Velká většina dětí dříve nebo později zvládne v jazyce číst a psát, perzistuje občasné či časté neporozumění a nezapamatování si pojmů, obtíže s gramatickými jevy a schopnosti napsat souvislý text, který by úrovní odpovídal neverbálnímu intelektu. Víme, že artikulace je odvislá od stavu fonologie, od stavu oromotoriky (obojí především v CNS) i od stavu samotných orgánů mluvidel (např. frenulum linguae brevis). Vyjděme z fyziologického vývoje. Fyziologický vývoj ve fonologii poskytne auditivní identifikaci prvního fonému v průměru v pěti letech věku, auditivní diferenciaci dvou podobně znějících řečových zvuků mezi pátým a šestým rokem, s blížící se školou bývá schopno auditivně analyzovat slabiku, se zaškolením postupně slova se střídáním konsonant a vokálů a později shluků konsonant. Vývojové milníky se mezi dětmi sice liší, ale nepřeskakují se a rozdíly nejsou zas tak velké, jak se dříve myslelo. Prostě nelze auditivně analyzovat slovo (tedy ho číst a psát), aniž by se zachytila první hláska atd. Před auditivní identifikací prvního fonému nemůže dítě správně artikulovat pro stav fonologie. Vzhledem k tomu, že v té době ještě pravděpodobně dozrává orální praxie, nemůže být artikulace zcela v pořádku. Pokud má šestileté dítě fonologii na úrovni dítěte čtyřletého, je nemocné. Vzhledem ke zdůrazněnému komorbidnímu překrývání je pravděpodobný nález i v dalších oblastech. A užití jakékoliv metody pro nácvik artikulace za účelem „aby to už bylo, má na to věk“ je kontraindikací v podobě tlaku, zátěže CNS, bohužel ne výjimečnou bází pro vznik sekundárních psychiatrických onemocnění (tedy také našich klinicko-logopedických) – úzkosti, tiků, enuréz, vývojové koktavosti, dětské deprese aj. Dlouhodobý tlak na výkon a přizpůsobení je u ADHD potvrzeným rizikovým faktorem závažné deprese (Goetz, 2006). Komorbidní vývojové poruchy jazyka s transformací do poruchy učení pak musí být její pravděpodobnou predikcí (Pospíšilová in Neubauer, připrav. vyd.2018).

Nejen z důvodu prestiže našeho oboru, ale také z důvodu efektivity léčby musí být **klinický logoped součástí týmu již během diagnostického procesu.** Nepřijmout roli rehabilitačního pracovníka, kterému je předepsána práce. Klinický logoped jím není již z podstaty tohoto termínu – rehabilitují se pouze funkce ztracené. Samozřejmou součástí diagnostického procesu je diferenciální diagnostika, na které se KL musí podílet. S měřitelnou a sjednocenou diagnostikou lze snadněji komunikovat v týmu diagnostiků a efektivněji provádět adekvátní léčebnou terapii.

Oproti jednotné, srovnávací diagnostice by léčebná terapie měla být odvislá od diagnózy a komorbidit, stavu PMV, dítěte a rodiny aj. Klinicky je **ověřen význam intenzivnosti terapií u verbálních dyspraxií** a pragmatické komunikační poruchy (Pospíšilová, 2018). U ostatních vývojových poruch řeči / jazyka / komunikace neodpovídá vyšší četnost návštěv u logopeda vývojovému přístupu. Jeho **hlavní význam tkví ve schopnosti erudované edukace rodiny – vysvětlení podstaty a prognózy diagnózy a doporučení postupu**. Jestliže současný koncept NVP zdůrazňuje nutnost identifikace každé z nich a jejich vzájemné překrývání, musí existovat něco jako terapeutický průnik. Tím by mohla být režimová terapie znamenající ustálený systém po sobě jdoucích denních (týdenních) aktivit s minimem změn. Zahrnuje mj. stimulace, které zadáváme k domácímu procvičování s následným odpočinkem.

Rezortismus

Diagnostiku zdravotního stavu a léčbu provádějí lékaři a kliničtí pracovníci. U NVP tomu tak není. Důvody jsou nasnadě:

- teprve neurozobrazovací metody současnosti potvrzují strukturální abnormity, z čehož plyne, že NVP nebyly do nedávna pro medicínu „skutečnými“ nemocemi;
- kromě ADHD nelze jinou NVP farmakologicky ovlivnit;
- a protože tyto děti zákonitě navštěvují školská zařízení a jejich prevalence je vysoká, musel se s nimi školský rezort nějak vypořádat;
- se samozřejmostí přijímaný „rezortismus“ přispívá k chaosu.

Aktuálně probíhá v českém školství inkluze. Slovo, které pobírá všechny děti do jedné početné třídy a chce po učiteli, aby je za pomoci dalších dospělých („asistentů pedagoga“, kteří někdy mají i maturitu, neboť se často rekrutují z rodičů dětí s NVP, tudíž jsou to dospělí pacienti s NVP) vzdělával. Nezáviděníhodné postavení učitele, který také musí něco naučit zdravé děti a stimulovat nadané. Poradenští pracovníci jim píší doporučení (někdy stihnou i osobně říkat, častěji pro vyšetřovací zaneprázdněnost zůstávají v pedagogicko-psychologických poradnách a speciálně pedagogických centrech), jak to dělat a jakou pomůcku si na to koupit. V nekoordinovaném systému je jen náhoda, do jaké péče a ke komu se dítě s rodinou dostanou. Až na výjimky (dětských psychiatrů, nás KL a klinických psychologů) rezort zdravotnictví strká hlavu do písku a rezort školství samostatně koná. A protože volným živnostem se meze nekladou, nemocné děti se dostávají nejen k pracovníkům školství, ale také k majitelům živnostenského listu. Ve školství se na ně připravuje řada rozdílně vzdělaných speciálních pedagogů, učitelek mateřských škol, asistentů aj. Například MŠMT školí učitelky MŠ v kursech logopedické prevence, aniž ví, že jedinou prevencí geneticky podmíněného onemocnění je nemít děti. Bohužel lidé, kteří podporují tyto snahy, si neuvědomují, že i speciální pedagogové a poradenští psychologové nemají vůbec žádné vzdělání v nemocích, natož o mozku a ve zdravotnických postupech. Nekoordinovaným systémem tak stát zamezuje odborné péči potřebným, čímž nepřímo poškozuje duševní zdraví populace.

Snahy ke zlepšení situace ze strany obce KL vidím ve třech bodech (bez pořadí a hierarchie):

1. prohloubit vlastní odbornou způsobilost posílením kvality vzdělání a jeho zaměřením;
2. přičinit se za jasné vymezení kompetencí mezi zdravotnickými a školskými pracovníky podle obecného principu: **zdravotnictví léčí a školství vzdělává - platí jak u dětí s chřipkou, tak u dětí s NVP; ale u obou skupin pacientů mohou bez mezirezortní spolupráce nastat komplikace** (u chřipek se píše

proLékaře.cz | 22.11.2026

omluvný list, předepisuje se léčba, rekonvalescence bez hodin TV);
3. postupovat koordinovaně s ostatními lékaři a kliniky.

Více docílíme jako koordinovaná odborná obec než jako jednotlivci. Za zastaralé a zcela nevhodné považuji rozdělování kompetencí způsobem – „lehké děti do školství, těžké do zdravotnictví", „dyslektické děti bez vady řeči patří do školství" apod. Jednak přesně nevím, co znamená výraz „vada řeči", i když tuším, že se jedná o slyšitelný aspekt v produkci řeči, a jednak problematika je daleko složitější. I dítě bez artikulační nápadnosti může být přece dysfatické, záleží jen na tom, v jaké vývojové etapě se zrovna nachází a o jaký typ poruchy a komorbiditu se jedná – neb NVP jsou perzistentní. Po vyšetření v předškolním věku lze téměř s přesností predikovat poruchu učení – rozsah, typ. Většina poruch učení se rozvine na bázi narušeného jazyka. Z toho důvodu na prvním místě musí být přesná diagnostika s pojmenováním komorbidních poruch, ale také odlišení fyziologického vývoje od nefyziologického (nevyhovíme přece ambiciózní matce v přání, aby její 4 letý andílek uměl R).

Po uvědomění si a přijetí všech těchto aspektů již problém klinický versus jiný (školský či sociální) logoped neexistuje, vždyť také zákon zná pouze jediného. Tento fakt je třeba laické i odborné veřejnosti trpělivě, klidně a zároveň nahlas vysvětlovat. Protože se jedná o dopad na duševní zdraví rozsáhlé populace.

Shrnutí

Vývojové poruchy řeči, jazyka a komunikace patří mezi neurovývojové poruchy. Jejich koncept vychází ze současných poznatků neurobiologie a genetiky. Jsou zahrnuty v diagnostickém manuálu Americké psychiatrické společnosti DSM-V a očekávány v novém vydání ICD-11. Vyznačují se obdobnou etiopatogenezí s výrazným genetickým podílem, komorbidním charakterem se vzájemným překrýváním se a tendencí pokračovat do dospělosti. Snižují kvalitu života v osobní, společenské, akademické a profesní oblasti. Nový koncept vyžaduje nový přístup k diagnostice a léčbě. Jako smysluplný se jeví koordinovaný systém s mezirezortním přesahem a jasně vymezenými kompetencemi.

Literatura

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV Washington., DC.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5 (5th Edition). Washington, DC.

BISHOP, D.V.M. (2010): Which Neurodevelopmental Disorders Get Researched and Why? PLOS One, 5 (11), https://doi.org/10.1371/journal.pone.0015112

BLOMGREN, M. (2013). Behavioral treatments for children and adults who stutter: a review Psychol Res Behav Manag. 2013; 6: 9–19.

COHEN, J. (2014). A new name for stuttering in DSM-5, APA., Vol 45, No. 7.

CRAIG-MCQUAIDE, AKRAM, H., ZRINZO, L., TRIPOLITO, E. (2014). A review of brain circuitries involved in stuttering. Front.Hum.Neurosci.,17.

GALABURDA, A., LOTURCO, J., RAMUS, F., FITCH; R., ROSEN, G. (2006). From genes to behavior in developmental dyslexia. In Nature Neuroscience, 9, 10.

GOETZ, M. (2006). ADHD u dospělých, Postgraduální medicína, 3/06.

ICD-11 Beta Draft (Mortality and Morbidity Statistics)

KANG, C., DRAYNA, D. (2011). Genetics of speech and language disorders. In Annual Review of Genomics and Human Genetics, 12.

KOUKOLÍK, František, c2012. *Lidský mozek: [funkční systémy, norma a poruchy]*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-771-4.

MOK,P.I.H, PICKLES, A., DURKIN,K., CONTI-RAMSDEN,G (2014). Longitudinal trajectories of peer relations in children with specific language impairment. The Journal of Child Psychology and Psychiatry, Volume 55, Issue 5 Pages 516–527.

NEUBAUER, Karel a Lenka POSPÍŠILOVÁ, 2017. *Neurovývojové a neurodegenerativní příčiny poruch komunikace*. Hradec Králové: Gaudamus. Recenzované monografie. ISBN 978-807-4356-650.

NEUBAUER, K. A KOL., Kompendium klinické logopedie. Připravované vydání 2018, Praha: Portál

PHELPS-TERASAKI, D., PHELPS-GUNN, T., Test of Pragmatic Language, TOPL- 2

ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1049-8.

TAYLOR, L.J., WHITEHOUSE, A.J.O. (2016). Autism Spectrum Disorder, Language Disorder, and Social (Pragmatic) Communication Disorder: Overlaps, Distinguishing Features, and Clinical Implications. Australian Psychologist 51, 287–295

UHLÍKOVÁ, P., PTÁČEK, R., PTÁČKOVÁ. H. (2014). Diagnostika a léčba ADHD v průběhu života. Postgraduální medicína 6/14.

ÚZIS - MKN Mezinárodní klasifikace nemocí: Poruchy duševní a poruchy chování [online], 2018, 191-260 [cit. 2018-05-24]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F99.html