

DIAGNOSTICKÁ ROZVAHA NAD SPECIFICKÝMI VÝVOJOVÝMI PORUCHAMI ŘEČI A JAZYKA

DIAGNOSTIC REFLECTIONS ON THE SPECIFIC DEVELOPMENTAL SPEECH AND LANGUAGE DISORDERS

Mgr. Barbora Richtrová

Ambulance klinické logopedie – Mgr. Hana Inderková, Skalecká 124, Mníšek pod Brdy

barbora.richtrova@gmail.com

Abstrakt

Cílem textu je nabídnout jeden z možných pohledů na stanovení diagnostického kódu pro specifické vývojové poruchy řeči a jazyka tak, jak jsou uvedeny v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10). Důvodem této rozvahy je námi vnímaná nejednotnost odborníků v chápání definování těchto diagnóz v MKN-10 a tím pádem nejednotnost užívání daných diagnostických kódů v klinické praxi. Text je psán jako námět k další možné diskusi mezi odborníky, která může vést ke společnému odbornému konsensu vzhledem ke specifickým vývojovým poruchám řeči a jazyka.

Abstract

Our aim is to propose one of the possible determination of the diagnostic code for specific developmental speech and language disorders as defined in the International classification of diseases (ICD-10). The reason for this consideration is the lack of unity among the specialists in understanding of the definitions provided in the ICD-10 that results in different use of the diagnostic codes in clinical practice. Our work suggests topics for discussion among specialists that may pave the way to the consensus regarding the specific developmental speech and language disorders.

Klíčová slova

specifické vývojové poruchy řeči a jazyka, MKN-10; MKN-11; diagnostické kódy

Keywords

Specific developmental speech and language disorders, ICD-10, ICD-11; diagnostic codes

Úvod do problematiky specifických vývojových poruch jazyka

Stanovit vhodnou/správnou diagnózu je nejenom velká zodpovědnost, ale často i nesnadná věc. Je zapotřebí mít dostatečnou klinickou praxi, ale zároveň i dobrého školitele a supervizora, se kterým lze klinický obraz klienta prodiskutovat a vytvořit co nejpřiléhavější diagnostickou rozvalu. Lékaři (zejména pediatři) indikují logopedickou péči, ale logopedickou diagnózu je oprávněn na základě klinické diagnostiky stanovit klinický logoped. Následně je klinický logoped povinen informovat o diagnostice odesílajícího lékaře podrobnou zprávou. Ke stanovení diagnózy je nám velkým pomocníkem i „Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů“ (MKN-10); poslední aktualizace proběhla k datu 1. 1. 2018. V této publikaci jsou stručně, ale jednoznačně klasifikovány jednotlivé diagnózy. V současnosti je již v přípravě jedenáctá revize Mezinárodní klasifikace nemocí, tzv. MKN-11. Jedenáctá revize zatím není ukončená a prochází tzv. Beta fází, která trvá pět let a je otevřena jakýmkoliv podnětům či připomínkám ze stran odborníků.

Současná situace v oboru klinické logopedie je bohužel taková, že se supervize neprovede vůbec nebo minimálně, na rozdíl od psychoterapie, kde je supervize povinností. Kolegové, kteří jsou zařazeni jako „Logoped ve zdravotnictví“¹, mají zajištěnou supervizi skrze školitele na minimálně tři roky při smlouvě



Mgr. Barbora Richtrová

¹ logoped ve zdravotnictví je zařazen do specializační přípravy vzdělávacího programu v oboru klinická logopedie (zákon č. 201/2017 Sb.) (poznámka autora)

na plný pracovní úvazek. Ostatní kolegové se po splnění atestace často řídí jen svou zkušeností, znalostmi, občas i intuicí a velmi ojediněle si mezi sebou zavolají a konzultují některé případy. Zároveň logopedi ve zdravotnictví musejí také často důvěřovat dosavadním zkušenostem, znalostem a intuici ve stanovení diagnózy, jelikož školitel nemá dostatek času věnovat se každé kauze, a občas dochází k nepřesné nebo až mylné diagnostice.

Dle našich zkušeností si dovoluujeme tvrdit, že se často konzultují spíše závažnější případy, ve kterých jde o středně těžkou nebo těžkou narušenou komunikační schopnost (NKS). To je velmi správné a nasnadě, ale je vhodné i dodat, že většinou u těžce narušené komunikační schopnosti je klinický obraz jednoznačnější pro diagnostiku. Navíc klienti s těžce narušenou komunikační schopností jsou vždy vedeni u lékařských oborů, jako je foniatrie, psychiatrie, neurologie a u klinických psychologů, takže k stanovení diagnózy se vytváří jakési konzilium, a je tedy paradoxně snazší diagnózu stanovit. Zároveň o těžkých poruchách komunikační schopnosti existuje více publikací a odborných článků z různých vědních oborů, které jasně specifikují symptomatologii dané NKS. Takže i v MKN-10 jsou tyto diagnózy vcelku dostatečně definovány. Naproti tomu NKS, jako jsou „specifické vývojové poruchy řeči a jazyka“ (F80.0 – F80.9), se velmi často téměř nekonzultují. Za svou praxi jsme se setkali s různorodým užitím a různými výklady těchto diagnóz. Občas se i stane, že se tyto diagnózy objeví v kombinaci s hlavní diagnózou, což není správné.

Zároveň je vhodné podotknout, že někteří klienti mají natolik individuálně specifický klinický obraz, že jakákoliv „diagnostická škatulka“ je pro ně nepřijatelná nebo nedostatečná. V takovém případě, což poslední dobou nebývá tak zřídka, je naše doporučení raději na začátku kliniko-logopedické péče stanovit těžší pracovní diagnózu, kterou lze na základě cílených a kontrolních vyšetření snadněji změnit na lehčí diagnózu než naopak, a v průběhu prvních 3–6 měsíců vzájemné spolupráce bedlivě sledovat proměny klinického obrazu. Pokud tak dojdeme k závěru na základě cíleného vyšetření, kontrolního vyšetření a klinického pozorování, že diagnózu je potřeba změnit či upřesnit, opět o tomto informujeme nejen zákonné zástupce, ale i odesílajícího lékaře.

Cílem této úvahy určitě není zhodnotit a popisovat jednotlivé diagnózy používané v klinické logopedii, ale pokusíme se o roz-

bor „specifických vývojových poruch řeči a jazyka“ (F80.0 – F80.9). Nastíníme jejich možné užití na základě klinického obrazu a dle MKN-10 v aktuálním znění. V závěru připojíme ještě rozvahu nad vcelku nově užívanými diagnózami F82 a F83.

Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka jsou definovány v MKN-10 jako „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.“² V MKN-10 je lze vyhledat pod kapitolou č. 5 **Poruchy duševní a poruchy chování** (F00–99) a podkapitolu **Poruchy psychického vývoje** (F80–89). Už z názvu kapitoly a podkapitoly vyplývá, že tyto diagnózy jsou společné pro obory klinická logopedie, klinická psychologie a psychiatrie.³

„Poruchy uvedené pod F80–F89 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.“⁴

F80.0

Mezi specifické vývojové poruchy řeči a jazyka patří **specifická porucha artikulace F80.0**. Podle aktuální verze MKN-10 je tato diagnóza definována jako: „Vývojová porucha, kdy dítě užívá řečových zvuků pod úrovní svého mentálního věku, ačkoliv řečová dovednost je na normální úrovni.“⁵ Pro specifickou poruchu artikulace je všeobecně nejčastěji používaný termín „dyslálie“. Ačkoliv tato diagnostická jednotka vypadá jednoznačně, obsahuje některá úskalí, o kterých si zde dovoluujeme polemizovat a nabídnout doporučení, kdy tuto diagnózu použít a kdy ne. **F 80.0** lze vykazovat

pojišťovně zdravotnickým výkonem **72211**, tedy *logopedická terapie vad a poruch řeči prováděná klinickým logopedem v ambulantním zařízení*, délka terapie je **30 minut**. Z toho vyplývá, že pod tuto diagnózu zařazujeme pouze **dyslálii parciální (levis, simplex)**. Problém nastává v tom, že v odborných publikacích je klasifikace dyslálie psaná obecněji a není přesně kvantifikována, o kolik hlásek doopravdy jde. Salomonová (in Škodová E, Jedlička I., 2007) uvádí, že *dyslálie levis je jen několik vadných hlásek*⁶, podobně to definuje i Nádvorníková (in Lechta V., 2003)⁷.

Je tedy otázkou, kdy jde o dyslálii levis a kdy už o dyslálii gravis. Co znamená „několik“? Je zcela pochopitelné, že každý terapeut má hranici těchto dvou diagnóz stanovenou jinak. Někteří kliničtí logopedi sem dokonce řadí i dyslálii na podkladě myofunkční poruchy, kdy je terapie vždy náročnější a delší. V tomto případě by byl zapotřebí společný konzesus, aby se diagnostika dyslálie v České republice sjednotila.

V rámci tohoto článku si tedy dovoluujeme nabídnout doporučení, které může vést k následné diskusi a sjednocení vnímání hranice pro dyslálii levis. Z našeho pohledu diagnózu **F80.0** lze použít, když **pacient nerealizuje nebo chybně realizuje hlásky maximálně ze dvou artikulačních okrásků (2 chybné pohybové vzory), ostatní sledované položky v jazykových rovinách jsou intaktní, pacient nemá percepčně-motorické oslabení a nejde o poruchu artikulace na podkladě myofunkční poruchy**.

Zároveň souhlasíme se zněním MKN-10, že pod tuto diagnózu nepatří porucha artikulace způsobená afázií, vývojovou dyspraxií, ztrátou sluchu, mentální retardací a vývojovou dysfázií expresivní a receptivní. U těchto výše zmíněných diagnóz se jedná o celkový klinický obraz, kdy porucha artikulace může a nemusí být přítomna, a při stanovení těchto diagnóz je chybné napsat jako sekundární diagnózu F80.0.

F80.1, F80.2 a F80.3

Další diagnózy, které patří do této skupiny, jsou expresivní porucha řeči, receptivní porucha řeči a Landauův–Kleffnerův syndrom. Cílem tohoto sdělení není podrobný rozbor těchto diagnóz, jelikož by to bylo nad rámec rozsahu článku a vydalo by to na jeden samostatný text. Co však považujeme za důležité, je skutečnost, že tyto

² (MKN-10) <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

³ poznámka autora: Citace z MKN-10 je pro tento článek povolena Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR

⁴ (MKN-10) <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

⁵ (MKN-10) [Http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html](http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html)

⁶ Škodová, E.; Jedlička, I. a kol. Klinická logopedie. Portál, Praha 2007, s. 335.

⁷ Lechta, V.: Diagnostika narušené komunikační schopnosti. Portál, Praha 2003, s. 191.

diagnózy se vykazují pojišťovným zdravotnickým výkonem **72213**, tedy *logopedická terapie zvláště náročná u dětí, dorostu a dospělých prováděná klinickým logopedem v ambulantním zařízení a u lůžka v domácím prostředí* a terapie probíhá **45 minut**. Kód **72213** smí vykazovat pouze klinický logoped se zvláštní kvalifikací K3. Logoped ve zdravotnictví smí s těmito diagnózami pracovat za kontinuální supervize školitele (klinického logopeda).

U stanovení těchto diagnóz taky může dojít k obtížím či chybovosti. Uvedeme zde ta pochybení, se kterými jsme se během praxe setkali. Tyto tři diagnózy by odborník specialista neměl zaměnit s dyslálií, afázií, dysartrií, elektivním mutismem, mentální postižením, poruchou autistického spektra, ztrátou sluchu či apraxií.

Expresivní a receptivní porucha řeči se může vyskytovat v kombinaci s jinou diagnózou, pak jde o kombinovanou narušenou komunikační schopnost a je zapotřebí napsat obě diagnózy s tím, že jako první se uvádí ta, která má výraznější klinický obraz. Kombinace je například smíšená vývojová porucha řeči – píšeme **F80.1 a F80.2** v pořadí dle převahy symptomatologie. Avšak vývojová dysfázie se může kombinovat i s poruchou plynulosti řeči, dysartrií, dyspraxií, elektivním mutismem, sy ADHD apod. Rozhodně však nelze tuto diagnózu kombinovat s opožděným vývojem prostým, mentálním postižením a poruchami autistického spektra.*

Diagnózy **F80.1 a F80.2** bychom měli použít i v situaci, kdy k nám přijde klient školou povinný a při diagnostice zjistíme rezidua vývojové dysfázie, které se zejména projeví v oslabení jazykového citu a oslabení percepčně-motorických dovedností. K tomu podle klinického obrazu případně doplníme diagnózy z oblasti specifických vývojových poruch školních dovedností.

F80.8

Jiné vývojové poruchy řeči a jazyka – patlavost⁸ **F80.8**. Slovo „patlavost“ je skutečně použito v MKN-10, ačkoliv tento termín

⁸ (MKN-10) <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

* U dětí s vývojovou dysfázií však může docházet k nízkým výkonům v inteligenčních testech a mentální postižení v takových případech vzniká sekundárně. Dalším aspektem je funkční využitelnost intelektu. Pokud je u dítěte těžká forma vývojové dysfázie s převahou v receptivní složce, pak, i přes dobrou úroveň intelektu v názorových substestech, může jeho funkční využití spadat až do pásma lehkého mentálního postižení. V takovýchto případech je klasifikace v MKN-10 nedostačující a vymezení diagnóz je velmi úzké a nereflakující široké spektrum možných kombinací diagnóz. Někteří odborníci používají klasifikaci nemoci DMS-V.

není zcela odborný, rozhodně predikuje, že tato diagnóza opět označuje dyslálii. Ale **F 80.8** vykazujeme pojišťovným zdravotnickým výkonem **72215**, tedy *logopedická terapie středně náročná prováděná klinickým logopedem v ambulantním zařízení a u lůžka, v domácím ošetření u dětí, dorostu a dospělých*, délka terapie je **45 minut**. Z toho vyplývá, že pod tuto diagnózu by se měla zařadit **dyslálie multiplex (gravis, universalis)**.

K diskusi nabízíme pojetí diagnózy a možné použití **F80.8**, když *pacient ne-realizuje nebo chybně realizuje hlásky více než ze dvou artikulačních okrásků, ostatní sledované položky v jazykových rovinách jsou intaktní, pacient nemá percepčně-motorické oslabení a může jít o poruchu artikulace na podkladě myofunkční poruchy*. Zároveň opět platí, že pod tuto diagnózu nepatří porucha artikulace způsobená afázií, vývojovou dyspraxií, ztrátou sluchu, mentálním postižením a vývojovou dysfázií expresivní a receptivní. U výše uvedených diagnóz se jedná o celkový klinický obraz, kdy porucha artikulace může a nemusí být přítomna, a při stanovení těchto diagnóz je chybně napsat jako sekundární diagnózu F80.8⁹.

F80.9

Poslední diagnózou, která je uvedena mezi *Specifickými vývojovými poruchami řeči a jazyka* v MKN – 10, je *vývojová porucha řeči nebo jazyka NS* **F80.9**. **F 80.9** a vykazujeme ji pojišťovným zdravotnickým výkonem **72215**, tedy *logopedická terapie středně náročná prováděná klinickým logopedem v ambulantním zařízení a u lůžka, v domácím ošetření u dětí, dorostu a dospělých*, délka terapie je **45 minut**. Z toho vyplývá, že tato diagnóza by měla odpovídat středně těžké narušené komunikační schopnosti. Přesto její pojmenování v MKN-10 je velmi široké, nespecifické a výklad pak může být různý. Zkratka NS znamená „nespecifický“, takže v úvahu připadá, že k této diagnóze lze zařadit ty klienty, kteří nespĺňují kritéria pro výše uvedené diagnózy. Například sem můžeme zařadit klienty s mírným percepčně-motorickým oslabením, kdy ostatní položky v jazykových rovinách jsou intaktní. V nemocnicích, kde je zdravotní péče hrazena na základě klasifikačního systému DRG, nejsou nespecifické diagnózy uznávané. Jak už jsme uvedli na začátku článku, pro mnohé klienty jsou diagnostické škatulky

⁹ MKN-11 již bude obsahovat diagnostický kód pro myofunkční poruchu orofaciální oblasti.

velmi malé a v takových případech lze do jisté míry použít nespecifické diagnózy.

Mezi poruchy psychického vývoje (F80-89) patří mnoho dalších diagnóz častých i v klinické logopedii. Jsou to specifické vývojové poruchy školních dovedností F81, specifická vývojová porucha motorických funkcí F82, smíšené specifické vývojové poruchy F83, pervazivní vývojové poruchy F84; jiné poruchy psychického vývoje F88 a neurčená poruchy psychického vývoje F89. V klinické logopedii jsou vcelku nově používané diagnózy **F82 a F83** a opět není mezi klinickými logopedy zcela vyjasněn konsenzus pro tyto diagnózy. Budeme se jim stručně věnovat v následujícím odstavci a pokusíme se nastínit možnost použití těchto diagnóz.

F82

F82 je v MKN-10 definovaná jako *„porucha, jejímž hlavním rysem je vážné poškození vývoje motorické koordinace, které není vysvětlitelné celkovou mentální retardací nebo nějakým vrozeným nebo získaným neurologickým onemocněním. Nicméně ve většině případů ukáže pečlivé klinické vyšetření zřetelné známky vývojové nervové nezralosti, jako jsou choreiformní¹⁰ pohyby nepodepřených končetin nebo zrcadlové pohyby a jiné současné motorické poruchy, včetně známek postižení jemné a hrubé motorické koordinace. (Syndrom nemotorného dítěte, vývojová koordinační porucha, vývojová dyspraxie). Nepatří sem R26.-, R27.-, F70-F79.“¹¹*

V praxi zaznamenáváme nárůst dětí, které mají narušenou motorickou koordinaci na podkladě neurovývojové nezralosti. Diagnostika je však obtížná. Ideální variantou, při podezření na vývojovou dyspraxii, je odeslat dítě na vyšetření k neurologovi, rehabilitačnímu lékaři nebo fyzioterapeutovi, aby nám i jiná odbornost potvrdila naše podezření. Kliničtí logopedi nemají moc nástrojů k jednoznačné diagnostice a standardní testy už vůbec ne. Ke stanovení diagnózy F82 může klinický logoped použít Test aktivní mimické psychomotoriky dle Kwinta, Vyšetření jemné motoriky dle Ozeretského, Orientační test dynamické praxe, vyšetření křížových pohybů z programu Maxík dle Bubeníčkové a klinické zkoušení a pozorování. Při stanovení této diagnózy je velmi důležité, aby klinický logoped přinejmenším vyšetřil orientačně u dítěte schopnost koor-

¹⁰ Choreiformní pohyby – krátké, rychlé, neúčelné, arytmičné pohyby, které jsou mimovolní.

¹¹ (MKN-10) <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

dinace hrubé i jemné motoriky. Pokud se dítě u klinického logopeda vyšetřuje při vstupním vyšetření pouze sedíc na židli, můžou nám důležité projevy vývojové dyspraxie uniknout. Nezaznamenáme tak obtíže v motorice celkově, a můžeme tak zaznamenat pouze orální nebo verbální dyspraxii.

Avšak na potvrzení orální nebo verbální dyspraxie také nemáme standardní testy, v některých případech můžeme použít nestandardizované testy pro dospělé (např. Test izolovaných orálních pohybů dle Lapointe-Wertz; Test orálních motorických sekvencí dle Lapointe-Wertz), anebo důvěřovat své klinické zkušenosti. Zároveň **F82** neoznačuje orální nebo verbální dyspraxii jako samostatnou nozologickou jednotku, bohužel pro tyto dyspraxie zatím diagnóza v MKN-10 není, nicméně v návrh MKN 11 počítá s tím, že verbální dyspraxie bude zařazena pod tzv. developmental speech sound disorders, tj. poruchy, které byly dříve v MKN 10 zařazovány pod F 80.0.

Každopádně orální a verbální dyspraxie jako samostatná nozologická jednotka se u dětí s neurovývojevou nezralostí prakticky neobjevuje. Většinou je motorická koordinace postižena jako celek. Takže pokud při vyšetření dítěte vidíme obtíže v orální či verbální praxii a v diadochokinezi, je velmi vhodné doplnit alespoň klinické vyšetření koordinace v jemné a hrubé motorice. Pokud zaznamenáme obtíže v těchto oblastech, můžeme stanovit diagnózu **F82**.

F 82 vykazujeme pojišťovně zdravotnickým výkonem **72215**, tedy *logopedická terapie středně náročná prováděná klinickým logopedem v ambulantním zařízení a u lůžka, v domácím ošetření u dětí, dorostu a dospělých*, délka terapie je **45 minut**. Tuto diagnózu bychom neměli kombinovat s dyslálií, dysartrií, mentální retardací, poruchou autistického spektra, vrozenými a získanými neurogenními poruchami. Doporučujeme u těchto klientů zajistit paralelní terapii u fyzioterapeutů nebo ergoterapeutů.

F83

Poslední diagnostickou jednotkou, kterou se budeme v tomto článku zabývat, je **F83**. V současnosti ji používá mnoho klinických logopedů, ale je nutno dodat, že její definici dle MKN-10 je nelehké jednoznačně chápat a dochází k velké různosti vnímání a užití této diagnózy. Dovolíme si opět citovat z MKN-10 v aktuálním znění. **F83** jsou *Smíšené specifické vývojové poruchy*. „Jde o zbytkovou položku pro poruchy, kde je určitá směs specifických vývojových

poruch řeči a jazyka, školních dovedností a motorické funkce, ale žádná nepřevažuje natolik, aby byla hlavní diagnózou. Tato smíšená položka by měla být užitá jen tehdy, když mezi specifickými vývojovými poruchami existuje velký překryv. Uvedené poruchy jsou obvykle, ale ne vždy, současně spojeny s určitým stupněm poruchy kognitivních schopností. Tato položka by tedy měla být použita tam, kde dysfunkce splňují kritéria pro dvě nebo více poruch z položek F80.-, F81.- a F82.“¹²

Úskalí vnímáme v tom, že v názvu není uvedené slovo „školní“, ale v následujícím textu již ano. Je tu tedy rozkol, zda tuto diagnózu může klinický logoped použít i v předškolním věku dítěte, nebo jen ve školním věku dítěte. Věta „...je určitá směs specifických vývojových poruch řeči a jazyka, školních dovedností a motorické funkce, ale žádná nepřevažuje natolik, aby byla hlavní diagnózou...“ logicky vede k tomu, že tuto diagnózu můžeme stanovit pouze u dítěte školou povinného. Na druhou stranu poslední věta z citace zase definuje tuto diagnózu tak, že by se dala použít i v předškolním věku. Stačí tedy dvě a více poruch z položky F80., anebo kombinace jedné položky z F80. a F82, a to jsou diagnózy, které se stanovují i v předškolním věku.

Pokud bychom doopravdy chtěli velmi úzkostlivě analyzovat citovaný text, je snadně otázkou: Co znamená slovo „školní“? V současnosti je povinná školní docházka i do mateřské školy a mateřská škola je také škola, kde by dítě mělo umět mnoho školních dovedností odpovídající předškolnímu věku.

Zdá se, že tato diagnóza je velmi diskutabilní, a opět chybí závěrečný konsenzus mezi klinickými logopedy. **F83** vykazujeme pojišťovně zdravotnickým výkonem **72215**, tedy *logopedická terapie středně náročná prováděná klinickým logopedem v ambulantním zařízení a u lůžka, v domácím ošetření u dětí, dorostu a dospělých*, délka terapie je **45 minut**. Z toho by se dalo usuzovat a doporučit, že tuto diagnózu lze použít, když symptomatika dítěte odpovídá určité směsi vývojových poruch řeči a jazyka, ale žádná výše uvedená diagnóza není natolik dominantní, aby mohla být stanovena jako hlavní. Zároveň by klinický obraz dítěte neměl odpovídat klinickému obrazu vývojové dysfázie (jelikož v takovém případě vykazujeme 72213 – terapie zvláště náročná). Například může jít o děti, kde je znatelné percepčně-moto-

rické oslabení a susp. riziko SPU, ale klinický obraz neodpovídá vývojové dysfázii. Teoreticky by do této diagnostické škatulky mohly patřit i děti s aktuálně stanoveným hraničním intelektem, kdy nejde o vývojovou dysfázii ani o mentální retardaci, přesto klinický obraz může být podobný. Rozhodně vnímáme, že nad touto diagnózou by to chtělo delší rozvahu více klinických logopedů, zároveň je možné, že větší jednoznačnost přinese nové znění klasifikace nemocí MKN-11.

Snad naše úvaha a pokus o rozbor diagnóz přinese alespoň trochu jednoty do diagnostiky nebo alespoň povede k následné diskusi mezi klinickými logopedy k tomuto tématu. Během psaní článku jsme si uvědomili, jak je těžké cokoliv jednoznačně definovat, a zvláště stručně definovat diagnózy, které se většinou v populaci objevují v širokém spektru. Každý jedinec je individuální a podle toho je individuální i klinický obraz a pro mnoho klientů jsou diagnostické škatulky skutečně velmi malé. Diagnózy je vhodné vnímat spíše jako pomocníky, orientační body pro odborníky, ale rozhodně nejsou a neměly by být nálepkami pro klienty. Zároveň nás psaní úvahy vedlo k myšlence, že by bylo skvělé, kdyby připravovaný překlad nové verze mezinárodní klasifikace nemocí MKN-11 byl diskutován i s odborníky z řad klinických logopedů tak, aby překlad a znění jednotlivých diagnóz byl co nejzřejmější a nejjednoznačnější. Nadějně je, že mezinárodní klasifikace nemocí - jedenáctá revize je stále ještě v Beta fázi. To znamená, že odborníci nebo odborná společnost se může na webovém rozhraní <http://icd.who.int> registrovat a připomínkovat jednotlivé diagnózy. Zároveň vnímáme, že jednoznačné pochopení jednotlivých diagnóz umožňuje nejen MKN, ale i vypracované odborné standardy, což se v České republice právě nyní děje. Ideální stav nastane, když klasifikace nemocí bude napsána jednoznačně, když jednotlivé diagnózy budou mít jasné standardy a když celoživotní vzdělávání klinických logopedů bude opřeno o tyto dvě výše uvedené skutečnosti. Nejen, že vznikne větší jednoznačnost a průhlednost při stanovování diagnóz pro klinické logopedy, ale i pro další odbornosti, se kterými kliničtí logopedi spolupracují. Zároveň výrazně stoupne povědomí ostatních lékařských a nelékařských profesí o rozsahu kompetencí oboru klinické logopedie.

¹² (MKN-10) <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Prameny a literatura

MKN-10 [online], [cit. 2018-04-02].
Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

MKN Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, ÚZIS ČR [online], Praha [cit. 2018-04-02]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn>

DLOUHÁ, Olga, Pavel ŠTURM a Jan VOLÍN, 2017. *Poruchy vývoje řeči: fonetický a fonologický popis řeči*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-314-2.

LECHTA, Viktor, 2003. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál. ISBN 80-717-8801-5.

ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA, 2007. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-340-6.
<https://icd.who.int/dev11/l-m/en>