

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Olomouc 2023

Sandra Weisheitel

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Sandra Weisheitel

SPOLUPRÁCE LOGOPEDA A PSYCHOLOGA PŘI DIAGNOSTICE A TERAPII
VYBRANÝCH TYPŮ NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI

Olomouc 2023

Vedoucí práce: prof. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Spolupráce logopeda a psychologa při diagnostice a terapii vybraných typů narušené komunikační schopnosti“ vypracovala zcela samostatně pod vedením vedoucí diplomové práce prof. Mgr. Kateřiny Vításkové, Ph. D., za využití pramenů uvedených v závěru diplomové práce.

V Olomouci dne

.....

Sandra Weisheitel

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucí mé diplomové práce paní prof. Mgr. Kateřině Vitáskové, Ph.D., za všechna doporučení, rady, předávání znalostí, zkušeností, přívětivý přístup a ochotu vždy poradit.

Dále bych chtěla poděkovat všem zapojeným odborníkům z oboru psychologie a logopedie, kteří ochotně vyplnili dotazníkové šetření a tím přispěli do výzkumu této diplomové práce, bez čehož by nebylo možné práci dokončit.

Nesmím opomenout ani svou rodinu, blízké a přátele, kteří mě vždy podpořili, dodali sebevědomí a vždy věřili v mé dovednosti a schopnosti, nejen během psaní této diplomové práce.

Velmi Vám všem děkuji

Obsah

ÚVOD	2
1. NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST A ŘEČOVÁ KOMUNIKACE	5
1.1. KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST	5
1.2. TERMÍN NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST	5
1.3. ŘEČOVÁ KOMUNIKACE	6
1.4. PORUCHY ŘEČOVÉ KOMUNIKACE	7
1.5. MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ	8
2. DIAGNOSTIKA JEDINCE S NARUŠENOU KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTÍ ..	11
2.1. LOGOPEDICKÁ DIAGNOSTIKA	11
2.2. PSYCHOLOGICKÁ DIAGNOSTIKA	13
3. TERAPIE NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI	16
3.1. TERAPIE V LOGOPEDII	16
3.2. TERAPIE V PSYCHOLOGII	17
4. MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE U NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI	19
4.1. MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE	19
4.2. SPOLUPRÁCE LOGOPEDA A PSYCHOLOGA U PROBLEMATIKY NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI	19
5. VYBRANÉ TYPY NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI	22
5.1. KOKTAVOST	22
5.1.1. Diagnostika koktavosti	23
5.1.2. Terapie koktavosti	26
5.2. MUTISMUS	29
5.2.1. Diagnostika mutismu	30
5.2.2. Terapie mutismu	30
5.3. VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE	32
5.3.1. Diagnostika vývojové dysfázie	33
5.3.2. Terapie vývojové dysfázie	38
6. PRAKTICKÁ ČÁST	43
6.1. FORMULACE HLAVNÍHO CÍLE, DÍLČÍCH CÍLŮ A VÝZKUMNÝCH OTÁZEK VÝZKUMU	43
6.2. METODOLOGIE VÝZKUMU	44
6.2.1. Distribuce a sběr dat dotazníkového šetření	44
6.3. ANALÝZA VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	45
6.3.1. Dotazníkové šetření – logopedi	45
6.3.2. Dotazníkové šetření – kliničtí logopedi	53
6.3.3. Dotazníkové šetření – psychologové	61
6.3.4. Dotazníkové šetření – kliničtí psychologové	68
6.4. ZÁVĚRY VÝZKUMU	75

6.5. DISKUSE.....	77
6.6. LIMITY.....	79
6.6.1. <i>Limity na straně respondentů</i>	79
6.6.2. <i>Limity na straně výzkumníka</i>	79
6.6.3. <i>Limity prostředí</i>	79
ZÁVĚR.....	81
CITOVANÁ LITERATURA	84
SEZNAM TABULEK	88
SEZNAM GRAFŮ.....	88
SEZNAM PŘÍLOH.....	89

Úvod

Na důležitosti multidisciplinárního týmu při diagnostice a terapii narušené komunikační schopnosti upozorňují téměř všichni autoři ve svých logopedických publikacích, které se týkají narušené komunikační schopnosti ve všech formách. Během studia jsou studenti obeznámeni s nutností spolupráce napříč obory, aby se dosáhlo komplexního klinického obrazu, ze kterého pak lze individuálně přistupovat k jedinci s narušenou komunikační schopností. Mezi nejstěžejnější mezioborové spolupráce v rámci logopedické problematiky řadíme spolupráci logopeda a neurologa, logopeda a foniatra, logopeda a psychologa, logopeda a speciálního pedagoga. Právě z hlediska bio-psycho-eko-spirituálního modelu vnímání osobnosti je nutné respektovat všechny složky osobnosti člověka. V praxi se často vzhledem k časovým a odborným podmínkám nedostává dostatečná pozornost „psycho“ části tohoto modelu, tuto skutečnost můžeme interpretovat, že je nedostatečná pozornost k psychologické složce osobnosti, jelikož tato část osobnosti není viditelná a často si ji jedinec ani sám nemusí uvědomovat. Je nutné respektovat osobu s narušenou komunikační schopností a dbát na její kontinuální i aktuální psychický stav a zohledňovat ho během celé diagnostiky i následné logopedické terapie.

Právě spolupráce logopeda a psychologa, je na našem území často věcí pouze teoretickou, jak reálně praktickou. Z dosavadních poznatků z absolvovaných praxí, lze konstatovat, že logopedi se, především v ambulancích, nedostanou do kontaktu s psychologem jinak než pouze skrze zprávu z diagnostického šetření jedince s narušenou komunikační poruchou. Často se logopedi i kliničtí logopedi musí spokojit se zprávou z vyšetření, kterou poskytne klient, bez bližší specifikace a možnosti konzultace s psychologem či klinickým psychologem, který šetření prováděl. Z praxe lze také konstatovat, že logopedi a kliničtí logopedi se téměř nesetkali se situací, kdy klient v rámci terapie narušené komunikační schopnosti byl v péči psychologa nebo klinického psychologa i v rámci terapie.

Diplomová práce si klade za hlavní cíl zjistit, jaký je aktuální stav spolupráce logopeda a psychologa při diagnostice a terapii narušené komunikační schopnosti v aktuálních podmínkách v České republice. Diplomová práce je rozdělena na dvě části, část teoretickou, která obsahuje 5 hlavních kapitol a část praktickou, která je výsledkem výzkumného šetření. Teoretická část je rozdělena na následující kapitoly: 1. narušená komunikační schopnost a řečová komunikace; 2. diagnostika narušené komunikační schopnosti; 3. terapie narušené komunikační schopnosti; 4. mezioborová spolupráce u narušené komunikační schopnosti; 5. specifické typy narušené komunikační schopnosti. Diplomová práce je koncipována jako

výzkumné šetření. Hlavním nástrojem kvantitativního výzkumu je zde využito dotazníkové šetření, kdy hlavním cílem je zjistit aktuální míru spolupráce logopeda a psychologa při diagnostice a následné terapii jedince s narušenou komunikační schopností. Na základě výzkumu jsou analyzována a interpretována získaná data, která mohou vést jako osvěta a námět k dalšímu budoucímu detailnějšímu výzkumu. Jedná se tedy o osvětovou činnost, která je určena především odborné veřejnosti, kterou tato problematika může ovlivňovat.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Narušená komunikační schopnost a řečová komunikace

1.1. Komunikační schopnost

Komunikační schopnost lze definovat jako schopnost člověka vědomě a podle patřičných norem používat jazyk, jako systém znaků a symbolů v celé jeho komplexnosti a ve všech jeho formách, a to s cílem realizovat určitý komunikační záměr (Vybíral, 2009). Komplexnost znamená, že zahrnuje veškeré jazykové roviny a pokud hovoříme o formě, pak zahrnuje veškeré jeho způsoby komunikování (grafický, neverbální, verbální, orální).

Čtyři roviny komunikační schopnosti vymezujeme následovně: 1. rovina foneticko-fonologická, která zahrnuje artikulační složku a fonologické zpracování; 2. rovina morfologicko-syntaktická, která zahrnuje složku gramatiky a větné skladby; 3. rovina lexikálně sémantická, která obsahuje rovinu slovní zásoby a slovního významu; poslední 4. rovinou je rovina pragmatická, která se vyznačuje praktickým sociálním uplatněním samotné komunikace (Lechta, 1990).

1.2. Termín narušená komunikační schopnost

Při vymezení užití pojmu narušená komunikační schopnost (dále jen „NKS“) je nutné aplikovat různá kritéria: vývojové kritérium – dosažení určité úrovně v řeči, vzhledem k věku jedince; fyziologické kritérium – zda je řeč fyziologicky korektní, příkladem lze uvést nazalitu; lingvistické kritérium – zda jazykový jev odpovídá lingvistických kodifikovaným normám konkrétního jazyka a to v rozsahu všech jazykových rovin; kritérium komunikačního záměru – zda jedinec dokáže projevit svůj komunikační záměr bez rušivých elementů (Lechta, 2013).

V podmínkách České republiky terminologicky v oboru logopedie vycházíme v definici NKS na základě kritéria komunikačního záměru. Toto kritérium lze uplatnit bez ohledu na specifika konkrétního jazyka, bez ohledu na specifika terapeutického přístupu a především, i tehdy kdy jiná kritéria nelze aplikovat. Toto kritérium aplikuje i pragmalingvistický přístup ke komunikaci i NKS. Z hlediska sociolingvistického a psycholingvistického hovoříme o diskrepantní komunikaci, což chápeme jako rozpor mezi komunikačním záměrem na straně komunikátora a pochopení na straně komunikanta, což znamená, že důsledkem NKS je tedy diskrepantní komunikace (Lechta, 2007).

Komunikační schopnost člověka je narušena tehdy, jestliže se některá jazyková rovina (případně několik rovin zároveň) jeho jazykových projevů odchyluje od zažitých norem daného jazykového prostředí do té míry, že působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru, avšak zároveň nemůžeme považovat existenci interference mezi komunikačním

záměrem v případě, kdy vysílatel nebo příjemce informace nevyužívají stejný kód – tedy společný jazyk (Lechta, 2003).

NKS lze posuzovat a zkoumat dle následujících hledisek: dle způsobu komunikování – NKS není podmíněno pouze verbální a mluvenou složkou komunikace, nýbrž i neverbální a grafickou formou mezilidské komunikace, komunikací činem a také aktuálním operováním s metakomunikací; dle průběhu komunikování – narušení expresivní i receptivní složky komunikace; dle časového hlediska – trvalé, přechodné, vrozené, získané; dle klinického obrazu – NKS může být dominantním projevem v celkovém klinickém obraze, či pouze přidruženým symptomem jiného, dominujícího postižení, onemocnění či narušení; dle etiologického hlediska – příčiny NKS mohou být organického nebo funkčního podkladu; dle manifestace – promítání do sféry symbolických procesů, nesymbolických procesů, kdy zároveň u obou procesů může jít o zvukovou i nezvukovou dimenzi (Lechta, 2008 stránky 23-24).

Za NKS se nepovažuje fyziologická nemluvnost, vývojové dysfluence (manifestující se okolo 3. roka života), fyziologická dyslalie (před dovršením pátého roku života, v kontextu vývoje spontánního využívání hlásek v řeči), fyziologický dysgramatismus (do čtvrtého roku života).

Narušenou komunikační schopnost kategorizujeme do 10 primárních kategorií dle Lechty: 1. vývojová nemluvnost; 2. získaná organická nemluvnost; 3. získaná psychogenní nemluvnost; 4. narušení zvuku řeči; 5. narušení fluence (plynulosti) řeči; 6. narušení článkování řeči; 7. narušení grafické stránky řeči; 8. symptomatické poruchy řeči; 9. poruchy hlasu; 10. kombinované vady a poruchy řeči (Lechta, 2007).

Při užívání logopedické terminologie je nutné rozlišovat následující lingvistické pojmy (řeč, jazyk, promluvu) v tomto vzájemném kontextu (Černý, 1996). Kdy z lingvistického hlediska je řeč individuální schopnost člověka dorozumívat se pomocí jazyka, jazyk je sociální jev, systém konvenčních znaků a pravidel, kterými se řídí určité společenství při dorozumívání, oznamování určité informace, a promluva je už konkrétní, autentické oznámení.

1.3.Řečová komunikace

Termín narušená komunikační schopnost je využíván Viktorem Lechtou v publikaci Klinická logopedie od Škodové a kolektivu v přepracovaném vydání roku z 2009, tento pojem je využíván i v zahraničí a je platný pro celou českou i slovenskou logopedii. V roce 2018 vyšla publikace Kompendium klinické logopedie od Neubauera a kolektivu, kde je využíván spíše pojem řečová komunikace a její poruchy.

Užití pojmu řečová komunikace vychází z psycholingvistické koncepce, kdy tato koncepce se snaží o spojení kognitivních a jazykových přístupů v procesu mezilidské komunikace. Z tohoto pojetí lze určit dva hlavní jevy – produkci řeči nebo textu, kdy začíná motivovaným záměrem mluvčího, pokračuje přes výběr komunikačních prostředků a končí vybavením jejich zvukové či grafické formy; recepci řeči nebo textu, která začíná sensorickým přijmutím akustického či optického signálu a je zakončena interpretací rozuměných jevů. Klíčový důvod uznání je v publikaci uveden jeho zacílenost na celistvost mezilidské komunikace. „*Řečová komunikace je komplexní proces, na kterém se podílejí ve vzájemné podmíněnosti všechny tři typy předpokladů: vrozené mentální předpoklady užívání jazyka, předpoklady získané aktivní interakcí s prostředím (učením) i faktory aktuálně působící v komunikační situaci.*“ (Nebeská, 1992 str. 22) Neubauer (2014) definuje pak řečovou komunikaci jako víceúrovňový proces, který sám zahrnuje vlastní produkci řeči, přechází od motivovaného záměru komunikanta na výběr komunikačních prostředků a končí jejím vybavením. Nesmíme opomenout ani recepci řeči, kdy hlavní sensorický příjem akustického či optického signálu se interpretuje do rozuměných jevů (Neubauer, 2014).

1.4. Poruchy řečové komunikace

Poruchy řečové komunikace (dále jen „PŘK“) dělí Neubauer (2018) na dvě hlavní velké skupiny a) vývojové poruchy řečové komunikace (PŘK) u dětí; b) poruch řečové komunikace (PŘK) u dospělých a stárnoucích osob (Neubauer, 2018).

Mezi vývojové poruchy řečové komunikace u dětí řadí Neubauer (2018) následující podskupiny: 1) poruchy na bázi percepční bariéry – PŘK vyvolané vlivem poruchy sluchu, PŘK vyvolané poruchy zraku; 2) poruchy primární funkce orofaciálního traktu – dysfagie, respirační insuficience; 3) motorické řečové poruchy – dyslalie, vývojová řečová dyspraxie, palatolalie, vývojová dysartrie, rinolalie, dysfonie, koktavost, breptavost; 4) poruchy vývoje individuálního jazykového systému – opožděný vývoj řečových schopností, vývojová dysfázie, specifické poruchy učení (dyslexie a dysgrafie); 5) kognitivně-komunikační poruchy v dětském věku – KKP při pervazivních vývojovém onemocnění, KKP u stavů po úrazu CNS či nemoci CNS, KKP při mentálním postižením. Druhou skupinou jsou PŘK u dospělých a stárnoucích osob, které dále dělíme na: 1) poruchy na bázi percepční bariéry – PŘK vyvolané vlivy poruchy sluchu, PŘK vyvolané vlivy poruchy zraku; 2) poruchy primární funkce orofaciálního traktu – Neubauer (2018) uvádí získanou dysfagii a respirační insuficenci; 3) motorické řečové poruchy – dyslalie, získaná řečová dyspraxie, palatolalie, dysartrie, získaná dysartrie, rinolalie, dysfonie, koktavost, breptavost; 4) získané poruchy individuálního jazykového systému –

afázie, progredující afázie, specifické poruchy učení (dyslexie a dysgrafie);
5) kognitivně-komunikační poruchy v dospělosti a stárnutí – získané KKP u syndromu demence, získané KKP u stavů po úrazu CNS či nemoci CNS, KKP při mentálním postižení, KPP u psychogenních onemocnění.

Díky možné koexistenci několika poruch řečové komunikace se z hlediska společného etiologického hlediska poruchy sdružují také do zastřešujících označení: neurogenní poruchy; psychogenní poruchy; centrální percepční poruchy; poruchy programování motorických řečových segmentů (Neubauer, 2018).

1.5. Mezinárodní klasifikace nemocí

V českém prostředí je nejvíce využívanou klasifikací Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (MKN-10), ačkoliv od 1.1.2022 již vzešla platnost 11. revize této klasifikace, která se momentálně nachází v 5letém přechodném období. Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, je výsledkem revize a její přípravu koordinovala Světová zdravotnická organizace (WHO). V naší práci budeme pracovat stále s klasifikací dle MKN-10.

Pro logopedii jsou nejdůležitější kapitoly V. Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99) a XVIII. Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde (R00-R99).

Právě V. kapitola Poruchy duševní a poruchy chování obsahuje oblast vývojových poruch spojených s řečovým, jazykovým, kognitivním i sociálním vývojem jedince. Z této kapitoly se zaměříme na skupiny F80-F89 (poruchy psychického vývoje) a F90-F99 (poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání) (WHO, 2023).

Z kapitoly XVIII Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde (R00-R99) lze vyjmenovat následovně přímo už samotné diagnózy: R13 Dysfagie, R47.0. Dysfázie a afázie, R47.1. Anartrie a dysartrie, R47.8. Jiné a neurčené poruchy řeči, R48 Dyslexie a jiné znakové poruchy nezařazené jinde, R48.1 Agnózie, R48.2. Apraxie, R48.8. Jiné a neurčené znakové poruchy (akalkulie, agrafie), R49.0 dysfonie, R49.1. Afonie, R49.2 hypernazalita a hyponazalita, R49.8 Jiné a neurčené poruchy hlasu (WHO, 2023).

V tabulce číslo 1 je uvedené srovnání logopedické terminologie s terminologií MKN-10 u poruch řečové komunikace.

Poruchy řečové komunikace	Terminologie MKN-10
Poruchy na bázi percepční bariéry	
PŘK vyvolané vlivem poruchy sluchu	H90 Převodní a percepční ztráta sluchu
PŘK vyvolané vlivem poruchy zraku	H54 Poškození zraku včetně slepoty (binokulární nebo monokulární)
Poruchy primární funkce orofaciálního systému	
Dysfagie / Získaná dysfagie	R13 Dysfagie
Respirační insuficience	R06.8 Jiné a neurčené nepravidelnosti dýchání
Motorické řečové poruchy	
Dyslalie	F80.0 Specifická porucha artikulace řeči
Vývojová řečová dyspraxie	F82 Specifická vývojová porucha motorických funkcí
Získaná řečová dyspraxie	R27.8 Jiný a neurčený nedostatek koordinace
Palatolalie	Q35.9 Palatoschisis (označení příčiny stavu)
Vývojová dysartrie Získaná dysartrie	R47.1 Anartrie a dysatrie
Rinofonie (rinolalie)	R49.2 Hypernazalita a hyponazalita
Dysfonie/chraptivost	R49.0 Dysfonie. Chrapot R49.1 Afonie. Ztráta hlasu
Balbuties	F98.5 Kocktavost
Tumultus sermonis	F98.6 Breptavost
Poruchy individuálního jazykového systému	
Opožděný vývoj řečových schopností	R62.0 Zpožděné dosažení předpokládaného fyziologického vývojového stádia
Vývojová dysfázie	F80.1 Expresivní porucha řeči

	F80.2 Receptivní porucha řeči
Specifické poruchy učení (čtení a psaní)	F81.0 Specifická porucha čtení F81.1 Specifická porucha psaní a výslovnosti
Afázie	R47.0 Afázie
Progredující afázie	G31.0 Ohraničená mozková atrofie (Izolovaná progredující afázie)
Kognitivně-komunikační poruchy	
KKP při pervazivním vývojovém onemocnění	F84 Pervazivní vývojové poruchy
KKP po úrazu CNS či nemoci	F06.7 Lehká porucha poznávání F06.8 Jiné určené duševní poruchy způsobené poškozením a dysfunkcí mozku a somatickou nemocí F07 Poruchy osobnosti a chování způsobené onemocněním, poškozením a dysfunkcí mozku R41.3 Jiná amnézie
KKP při mentálním postižením	F70-79 Mentální retardace F99 Duševní porucha NS
KKP u psychogenních poruch	F30-39 Afektivní poruchy F31 Bipolární afektivní porucha F32 Depresivní fáze

Tabulka 1 Srovnání logopedické terminologie s terminologií MKN-10 u poruch řečové komunikace dle Neubauera v publikaci Kompendium klinické logopedie (Neubauer, 2018 stránky 67-69).

Data z tabulky číslo jedna a přechozích odstavců jsou pouze zpracováním tabelární části poslední aktualizované verze k datu 1.1.2023 z online verze MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2023 (WHO, 2023).

2. Diagnostika jedince s narušenou komunikační schopností

Slovník speciální pedagogiky (Valenta, 2015 str. 36) uvádí definici diagnostiky jako „*promyšlený sled postupů, jejichž smyslem je odhalit podstatu určité schopnosti, dovednosti nebo specifikovat určité postižení nebo znevýhodnění. V průběhu diagnostiky se využívají zejména klinické diagnostické metody a diagnostické testy... Finálním produktem diagnostiky bývá zpravidla diagnóza*“ (Valenta, 2015 str. 36). Velký psychologický slovník (Hartl, 2012) heslo redukuje na „*činnost směřující k zjištění diagnózy, projevů a příznaků choroby s cílem odhalit její příčiny, způsoby léčby a prognózu vyléčení*“ (Hartl, 2012 str. 99).

2.1. Logopedická diagnostika

Za posledních několik desetiletí lze pozorovat změnu orientace od diagnostikování primárních poruch řeči, v posunu k diagnostice komplexního chápání narušené komunikační schopnosti. Podle Borbonuse a Maihacka (2000) má logopedická diagnostika získat a popsat informace, jež jsou relevantní z hlediska terapie. Poskytnout je pro plánování a realizaci logopedických opatření. Kvůli tomuto novému zaměření nelze tedy určit přesnou diagnózu pouze na prvním vstupním vyšetření klienta, nýbrž naopak věnovat komplexní a hloubkové diagnostice klienta vyšší množství času a péče. Logopedická diagnostika si ve svém záběru stanovuje následující cíle: odlišit NKS od fyziologické odchylky; pokud je možné tak odhalit přesnou etiopatogenezi a příčinu NKS; určit zda je diagnóza trvalého, přechodného, vrozeného či získaného charakteru; odlišit zda je NKS primárním symptomem nebo zda se jedná o doprovodný symptom jiného vážnějšího onemocnění či postižení a narušení; zjistit zda si dotyčný v rámci NKS uvědomuje své projevy; určit stupeň a formu NKS; navrhnout terapeutická opatření a nastínit časovou náročnost terapie (Lechta, 2007).

Logopedickou diagnostiku lze rozdělit na tři základní úrovně, dle typu vyšetření (Lechta, 1995). Prvním typem je vyšetření orientační, které se provádí především v rámci screeningu, depistáže. Zaměřuje se na otázku, zda pozorovaný subjekt má či nemá narušenou komunikační schopnost. Dalším, druhým, typem vyšetření je základní vyšetření. Toto vyšetření se již zaměřuje na diagnostiku konkrétního typu NKS, tedy určení primární diagnózy a odpovídá na otázku o jaký typ NKS se jedná. Posledním ze základních typů vyšetření je speciální vyšetření. Ve speciálním vyšetření se logopedická diagnostika zaměřuje na co nejpřesnější vymezení a určení projevů NKS. Odpovídá na otázku, o jaký typ, formu a stupeň narušení komunikační schopnosti se jedná a jaké budou její následky a zvláštnosti na dopad života jedince (Lechta, 2003).

Dle Neubauera (2018) klinická logopedie má za úkol zachytit celkový stav a přítomnost poruchy komunikace, což znamená poruchy komunikace řeči, jazykovými prostředky, dále písma a s ním spojené i deficity v rámci praxe, gnozie a kognitivních funkcí. S tímto systémově souvisí i motorika a koordinace orofaciální oblasti, nesmíme opomínat ani proces polykání. Neubauer (2018) stanovuje základní cíle logopedické diagnostiky na: zjištění přítomnosti poruchy řečové komunikace, její závažnost a tíži; diferenciální diagnostiku poruch řečové komunikace; zpracování návrhu následné logopedické intervence (Neubauer, 2018). V rámci logopedické diagnostiky dle Neubauera (2018) rozlišujeme celkem pět typů vyšetření. Při vstupním vyšetření potvrzujeme nebo vyvracíme suspektní poruchu – lze přirovnat ke screeningovému vyšetření dle Lechty které je zmíněno výše. Vstupní vyšetření provádíme při prvotním kontaktu klientem (Neubauer, 2018). Komplexní vyšetření, kdy na základě diferenciální diagnostiky stanovujeme diagnózu, její závažnost a vliv na komunikaci klienta s okolím. Součástí tohoto vyšetření je i zhotovení individuálního plánu logopedické péče (Neubauer, 2018). Třetím typem vyšetření dle Neubauera (2018) je kontrolní vyšetření, které využíváme ke kontrole efektivity a stability dosažených výsledků procesu terapie v předem stanoveném a vhodném intervalu (Neubauer, 2018). Průběžné vyšetření se využívá i při přerušení pravidelném procesu terapeutických sezení, ke stanovení aktuálního stavu klienta (k tomuto přerušení může dojít následkem náhlé i přechodné zdravotní komplikace) (Neubauer, 2018). Předposledním typem je cílené logopedické vyšetření, které se nejčastěji zaměřuje na vyšetření artikulace jednotlivých hlásek, vyšetření fatických funkcí, rozumění a řečové exprese, vyšetření fonemického sluchu, vyšetření laterality a grafomotoriky, a v neposlední řadě k zhodnocení obtíží v řečové komunikaci u osob se specifickými poruchami učení (Neubauer, 2018). Posledním typem vyšetření dle Neubauera (2018) je výstupní vyšetření, které obsahuje zhodnocení průběhu péče a doporučení pro případnou další odbornou péči v této oblasti, v případě propuštění z nemocnice do ambulantní péče doporučení k následné logopedické péči v místě bydliště klienta (Neubauer, 2018).

Existuje mnoho škál a metod či technik logopedické diagnostiky, které uvádí Lechta, kdy sám vychází z třízení metody dle Vaška (2005). Metody pozorovací, kam lze zařadit samotné pozorování jedince, hodnotící stupnice. Explorační metody, kam zařazujeme dotazníky, anamnestické rozhovory a předem připravený řízený rozhovor. Diagnostické zkoušky jsou materiály, které jsou založeny často na subjektivním vnímání examinátora, jako příklad lze uvést vyšetření výslovnosti, zvuku řeči. Testové metody jsou většinou kodifikované prostředky diagnostiky, které se zaměřují na určitou schopnost, či projev komunikačního

záměru a mapují vybranou oblast. Jako příklad lze uvést „Opakování vět dle Grimmové“, Token test, Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí. Kazuistické metody se zaměřují na zkoumání a analýzu případů. Rozbor výsledků činností, kde se nejčastěji v logopedické diagnostice přihlíží ke školním výsledkům. Přístrojové metody, jakými je artikulografie, videofluroskopie, na které se podílejí kvalifikovaní odborníci napříč obory (Lechta, 2007).

Logopedická diagnostika má za úkol určit celkový stav, stupeň a formu přítomné poruchy komunikace, jazykovými prostředky, písmem a s nimi spojené deficity praxe, gnozie a kognitivních funkcí. V rámci celistvě komplexního obrazu se zabývá i oblastí motoriky, koordinací orofaciální oblasti a procesem polykání. Jakožto základní cíle logopedické diagnostiky lze tedy uvést: zjištění přítomnosti řečové poruchy komunikace, její rozsah a závažnost; diferenciální diagnostika poruch řečové komunikace; zpracování návrhu navazující logopedické intervence (Lechta, 2001).

Ke stanovení akurátní diagnózy a v závislosti na ní i terapeutického plánu je nutné podrobné vyšetření. K dosažení komplexního klinického obrazu je nutná mezioborová spolupráce, kdy dle Škodové (2007) se nejčastěji jedná v rámci oboru medicíny o spolupráci s neurology, audiology, foniatry, pediatry, případně psychiatry, stomatology, rehabilitačními lékaři, otorinolaryngology. Mezi další odborníky řadíme psychology a pedagogy všech pedagogických zařízení. Nejvhodnějším úzkým týmem při narušení komunikační schopnosti by měl být elementární spolupráce logopeda a psychologa, čemuž se i věnuje tato diplomová práce.

Komplexní logopedické vyšetření zahrnuje zhodnocení anamnestických údajů a dat, včetně výsledků lékařských vyšetření; vyšetření stavu oromotorických funkcí včetně velofaryngeálního mechanismu k prevenci a diagnostice dysfagií; vyšetření řečových motorických funkcí (respirace, fonace, artikulace, prozodické faktory); neverbální komunikace a prostředky k ní využívané; orientační vyšetření sluchové percepce a kognitivních schopností (Neubauer, 2018).

2.2. Psychologická diagnostika

Psychodiagnostika je aplikovaná psychologická disciplína, jejíž náplní je rozpoznávání, určování a posuzování psychických vlastností a stavů jednotlivých lidí, jejich psychologické individuality, jejich individuálních rozdílů a zvláštností. Jedná se především o proces získávání a hodnocení informací o povahách a příčinách psychických obtíží. Kdy cílem diagnostiky je porozumění klientovi a jeho prožívání, dále určení diagnózy na základě popisu a kategorizace

chování, symptomů či narušených složek osobnosti. Dalším cílem je predikce budoucího chování a vývoje osobnosti nebo samotné poruchy. Posledním ze základních cílů psychologické diagnostiky (psychodiagnostiky) je doporučení terapeutických postupů a plánů (Říčan, 2006).

Mezi metody získávání anamnestických dat patří diagnostický rozhovor s klientem; anamnéza s jinou osobou z okolí klienta (rodiče, partner, učitel aj.); studium a vyhledání podstatných informací z jiných lékařských či jiných dokumentací; spolupráce s odborníky napříč obory (lékaři, pedagogičtí pracovníci, sociální pracovníci, někdy i soud s policií); pozorování při rozhovoru nebo v přirozených podmínkách; posuzovací stupnice a dotazníkové metody; výkonové a projektivní techniky (Baštecká, 2003 str. 186).

Diagnóza lze být chápána ve dvou smyslech. Podle medicínských kritérií v užším slova smyslu pohlížíme na diagnózu jako na klasifikaci poruch (dle stále aktuální MKN-10, avšak zohledňující MKN-11, která se nachází v pětiletém přechodném období; DMS-V). Odborníci se drží striktně zdravotních standardů, které slouží k vzájemnému dorozumění. Posuzujeme odchylky od kodifikovaných norem zdraví i jejich příčiny, poruchy adaptace a potvrzujeme či vylučujeme specifické diagnostické kategorie. Tomu pak odpovídá i použitá terminologie v závěru psychologických posudků. V širším smyslu se jedná o psychologické resumé všech důležitých dosavadních poznatků o psychickém stavu, prožívání a chování daného jedince. Nemusí být výhradně zaměřena na chorobné projevy. Popisuje i trvalé psychologické vlastnosti, osobnostní struktury a její dynamiku (kognitivní schopnosti, temperament, životní hodnoty, odolnost vůči stresu). Na rozdíl od medicínského pojetí zahrnuje také pozitivní aspekty osobnosti včetně perspektiv budoucího zdravého vývoje.

Do mezioborových zdravotnických týmů odborníků přináší psycholog spolu s dalšími odborníky schopnost kritického myšlení, kterým lze posoudit povahu získaných dat, navrhnout způsob zpracování dat a tím přispět k interpretaci dosavadních výsledků. Při diagnostice volíme tudíž adekvátní diagnostické postupy. V prostoru přímého pozorování je vhodné hodnotit i z doložených audio, video nahrávek nebo alespoň z písemných záznamů a semi-konstruovaných rozhovorů. Je zde možnost využít dotazníkových, deníkových metod, jejichž prostřednictvím se získávají interaktivní údaje (Baštecká, 2003). Zvolené diagnostické postupy slouží k zodpovězení otázek – jakou pravidelností, významností se jev bude vyskytovat (v těchto případech volíme kvantitativní metody). Pokud chceme problému porozumět v detailním měřítku a zkoumat jeho skladbu, význam, postupujeme kvalitativně. Nutné však ve všech metodách a postupech zohledňovat individualitu klienta a jeho momentální emoční, kognitivní, psychický stav v rámci nezkrácení stěžejních dat.

Publikace „Dětská klinická psychologie“ (Říčan, 2006) uvádí, že v praxi je nutné se zaměřit vždy k směřování určitého cíle. Často psycholog užívá pouze sestavu testů, jež ovládá a vyhovují mu, které občas promění, doplní jinými subtesty. Tento pasivně přizpůsobivý typ psychodiagnostiky není zcela ideální. Správné stanovení diagnostického cíle je stěžejní a často nejnáročnější součást psychologického vyšetření (Říčan, 2006 str. 315).

Vždy je nutné postupovat individuálně vzhledem k charakteru a individualitě diagnostikovaného klienta. V kompetenci psychologa by měla být svědomitá příprava a předběžné studium dosavadní dostupné dokumentace, je těžké navodit vztah na základě důvěry a spolupráce, když o dotyčném nic nevíme. V nutnosti dobrého fungování terapeutického vztahu je stěžejní navození důvěry mezi terapeutem a klientem (Matějček, 2011). V psychodiagnostice dbáme na důraz prvního dojmu klienta na terapeuta, a naopak terapeut nesmí dát na první dojem, kterým může klient působit. Důležité je sdělovat informace klientovi srozumitelně a v termínech, které sám klient chápe a rozumí jim. V rámci pedopsychologie a její psychodiagnostiky je důraz kladen i na spolupráci s rodinou, a vzniku rodinné psychoterapie pro podporu uceleného a neoptimálnějšího průběhu terapie.

3. Terapie narušené komunikační schopnosti

3.1. Terapie v logopedii

Terapie v logopedii se dle Klenkové charakterizuje jako: „specifická aktivita, která se realizuje specifickými metodami, ve specifické situaci záměrného učení“ (Klenková, 2006 str. 60). Lechta (2007) uvádí, že metody logopedické terapie lze rozdělit na následující tři: stimulující opožděné či nevyvinuté řečové funkce; korigující stávající vady řečové funkce; redukcující zdánlivě ztracené řečové funkce. Záměrným učením se rozumí tzv. řízené učení, které probíhá pod záměrným řízením, usměřňováním a kontrolou právě logopedem v logopedické terapii, a to v organizovaných podmínkách zařízení, možno i mimo něj (Lechta, 1990). Právě v logopedické terapii se užívají všeobecné principy řízeného učení, konkrétně: princip motivace; zpětné informace (což se projevuje signalizováním správného nebo chybného výkonu člověka s narušenou komunikační schopností); princip opakování, aby došlo k fixaci; princip transferu, což chápeme jako přenos již osvojených dovedností právě při automatizaci. Mimo jiné se využívají i principy z pedagogiky, speciální pedagogiky nebo specificky logopedické.

Mezi principy specificky logopedické se uvádí: princip minimálně akce; relaxace (terapie by neměla probíhat v tenzi); komplexnosti (interdisciplinarita); symetričnosti terapeutického vztahu (logoped i klient jsou rovnocenní); včasné stimulace; imitace normálního, tedy přirozeného vývoje řeči; princip překonávání komunikačních bariér (Lechta, 2010). Poslední zmíněný princip, překonávání komunikačních bariér, je nejdůležitější a řadíme ho do popředí všech principů. Chápe člověka jako komplexní celek a nezaměřuje se tedy pouze na jazyk a řeč, ani izolovaně na narušení komunikační schopnosti. Člověk je bio-psycho-spirito-sociální jednotka, tak je k němu nutné i přistupovat.

V rámci forem a zaměření uvádí Borbonus a Maihack (2000), že existují v klinicko-terapeutické oblasti následující formy: individuální (max. hodinová terapie); skupinová (většinou 3 až 6 klientů); intenzivní (může být i několikrát denně, když jsou možnosti); intervalová (intenzivní terapie v odstupu týdnů nebo měsíců). Dvořák (2007) diferencuje terapii kauzální (zaměřené na příčiny NKS), symptomatickou (zaměřené na projevy NKS) a celostní (holistickou).

Individuální terapeutický plán se stanovuje na základě komplexní diagnostiky, která má za úkol zmapovat všechny oblasti ovlivňující komunikační schopnost. Terapeutický plán zahrnuje stanovení příčin a možné prognózy narušené komunikační schopnosti; návrh terapie

její intenzitu a náročnost; způsob využití terapeutických materiálů a pomůcek; nastínění, jak bude probíhat spolupráce s rodinou, blízkými či pracovníky, které se o jedince s NKS starají (Neubauer, 2007).

Cílem logopedické diagnostiky je směřovat k realistickým cílům, jakými jsou odstranění poruchy nebo odchylky od běžného nenarušeného stavu; omezení až potlačení projevů poruch během dlouhodobého hlediska logopedické terapie; obnova porušených funkcí; dlouhá stabilizace současných projev poruchy (především u kognitivně-komunikační poruchy) (Neubauer, 2018). V angloamerické literatuře se využívá pojmu „behavioral therapy“, kdy „behavior“ lze popsat slovy chování i jednání, užívající se především v rámci psychoterapie. Z této koncepce lze metody popsat právě takto: stimulovat a podpořit aktivní komunikaci; navodit nové efektivní formy komunikace a reakcí na komunikační stimuly jako takové; rozšířit dosavadní existující komunikační reakci a dovednosti; podpořit a nadále rozvíjet aktivní komunikační dovednosti; ovládat, redukovat nevhodné a neproduktivní reakce, objevující se v komunikaci (Hedge, a další, 2010).

3.2. Terapie v psychologii

V psychologii se užívá psychoterapie, která využívá psychologických prostředků k terapii. Cílem je dosažení prospěšných změn při poruchách životních funkcí člověka. Psychoterapeuti vycházejí z obecné vnitřní struktury a přidružené vývojové dynamiky organismu, osobností a společenských vztahů klienta, užívá prostředků soustavného psychologického působení k podnícení žádoucích změn, které naplní zdravé poměry ve všech zmiňovaných ohledech (Hartl, 2012).

Psychologické prostředky využívající se při psychoterapii jsou podněty, které působí soustavně svou prožitkovou kvalitou (významem ať již vědomím nebo nevědomím na psychiku člověka) (Říčan, 2006). V rámci psychoterapie rozlišujeme následující podtypy: psychoprophylaktickou, psychorehabilitační, poradenská, psychagogická.

Kratochvíl psychoterapii definuje jako interdisciplinární obor, který se zabývá léčením onemocnění a poruch psychologickými prostředky, dále také svou definici modifikuje jako léčebné působení na nemoc, poruchu či anomálii psychologickými prostředky, kdy jeho součástí je i nápomoc v harmonickém rozvoji osobnosti (Kratochvíl, 2017). V rámci léčby řadíme psychoterapii (i terapii obecně) mezi sekundární prevence – jestliže bychom psychoterapii označovali za primární prevenci, nebo naopak za terciální rehabilitační prevenci, podporujeme medicinizaci. Kratochvíl dále uvádí, že se lze na termín psychoterapie dá nahlížet

ze dvou úhlů: psychoterapie jako obor, empirická a aplikovaná věda; psychoterapie jako činnost (Kratochvíl, 2017).

Důležité je nezaměňovat psychoterapii za poradenství, kdy nejčastěji se mylně užívá termín rodinná terapie, kdy se jedná spíše o poradenskou práci s rodinou. Rodinná psychoterapie se soustředí na odbourání rodinné patologie, kdežto poradenská práce s rodinou se více soustřeďuje na duševní zdraví rodiny a silné stránky společného fungování. Nelze vymezit psychoterapii metodou ani technikou. Každá technika může být psychoterapeutická, jestli-že je využívána v psychoterapeutickém kontextu. Také je však nutné uvést, že z každé techniky, která je psychoterapeutická, lze v nepychoterapeutických souvislostech vytvořit pouhou společenskou hru. Česká psychoterapeutická společnost (ČPS) v Seznamu zdravotních výkonů uváděla v roce 2006 „terapii individuální systematickou, prováděnou psychiatrem, klinickým psychologem nebo lékařem s psychoterapeutickou kvalifikací“ – dříve zde však byla zařazena i psychoterapie nesystematická, která dnes odpovídá podpůrné psychoterapii (Říčan, 2006).

Psychoterapie se vyznačuje tím, že ji provádí profesionální psychoterapeut, který má adekvátní kvalifikaci pro výkon psychoterapie. Psychoterapeut ji provádí profesionálním chováním v profesionálním uspořádání, udržuje si přiměřenou profesionální hranici, vyjadřuje zájem o klienta a během terapie je mu k dispozici bez rušivých elementů (nevolá, nekonzumuje, neusíná, je dochvilný apod.) (Kratochvíl, 2017). Během psychoterapie působí léčebně za pomoci psychologických prostředků, zaměřuje se na nemoc, poruchu nebo anomálii. Cílem psychoterapie je odstranění či alespoň zmírnění obtíží a dle možností snaha odstranit příčiny. V průběhu psychoterapie dochází k změnám v prožívání a chování jedince k navození žádoucích změn.

4. Mezioborová spolupráce u narušené komunikační schopnosti

4.1. Mezioborová spolupráce

Mezioborovou spoluprací lze definovat jako interpersonální proces, jehož prostřednictvím členové různé odbornosti přispívají ke společnému produktu nebo cíli. Jde tedy o proces, jenž usnadňuje dosahování cílů či výstupů, kterých bychom individuálně nedosáhli, pokud by každý odborník pracoval bez vzájemného propojení (Horváthová, 2008). Mezioborové procesy zahrnují celkem pět neoddělitelných složek: 1) vzájemnou závislost; 2) nově vytvořené profesionální činnosti; 3) flexibilitu; 4) kolektivní vlastnictví cílů; 5) reflexi procesu (Horváthová, 2008). Hungin (2004) prosazuje, že mezioborová spolupráce je jednou z hlavních podmínek pro efektivní sdílení péče o klienta a realizaci preventivních programů (Hungin, 2004).

Důležité je si uvědomit, že je potřeba cílevědomě rozvíjet koordinaci komplexní péče, tedy stanovit si základní společné cíle, mezi které nejčastěji řadíme: a) společný cíl; b) strukturu a organizaci; c) dělení práce; d) hierarchie týmu; e) vzájemná komunikace (Sucharda, a další, 2015). Mezioborová komunikace členů závisí především na vedoucím týmu, na komplexnosti řešeného úkolu, na vztazích mezi jednotlivými členy týmu a co je nejdůležitější – na rychlosti a jasnosti předávání těchto údajů (Horváthová, 2008). Samozřejmě nesmíme opomenout schopnost umět přijmout a kriticky zhodnotit množství informací, které následně analyticko-syntetickým způsobem zpracujeme, tento způsob vede ke zvýšené efektivitě komunikace v rámci jakéhokoliv spolupracujícího týmu odborníků (Horváthová, 2008).

4.2. Spolupráce logopeda a psychologa u problematiky narušené komunikační schopnosti

Vzhledem k tomu, že logopedie je interdisciplinární obor, je zajisté nutné při vedení logopedické intervence využít poznatky z jiných vědních oblastí, jakými jsou medicína, pedagogika, speciální pedagogika, lingvistika, psychologie (Škodová, 2007). Lze říct, že čím závažněji je narušená komunikační schopnost tím je zpravidla více zapotřebí mezioborový přístup v rámci péče o klienta (Klenková, 2007). Pouze díky interdisciplinárnímu týmu odborníků lze dosáhnout zajištění celkového posouzení osobnosti klienta i jeho komunikačních schopností (Klenková, a další, 2012). Pokud se sestavení mezioborového týmu nedaří, nejčastěji na tom nejvíce trápí samotní klienti. Tito klienti musí bez většího efektu přebíhat od odborníka k odborníkovi, což nejčastěji vede ke časovým ztrátám při zahájení vhodné terapie. Hlavním cílem spolupráce s odborníky nejen z řad psychologie a logopedie by měl být

spokojený klient a účinná terapie. Bohužel je nutné konstatovat, že nejčastěji tyto větší mezioborové týmy spíše nalezneme na větších či přímo specializovaných pracovištích (Škodová, 2018). Odborníci napříč obor logopedie a psychologie by se měli vždy informovat o pokrocích a nezdarech, a především o péči, kterou pro klienta zvolili. V případě neúspěchu nastavené péče by měli hledat společně další, tedy potenciálně vhodnější, terapeutický postup. Jak dále Škodová (2018) uvádí, aby spolupráce všech odborníků byla maximálně účinná, a především klientovi i jeho blízkému okolí užitečná, musí být koordinována (Škodová, 2018).

V rámci společné spolupráce je stěžejní alespoň základní orientace v terminologii narušené komunikační schopnosti oběma odborníky. V rámci anamnézy a předchozí dokumentace se logoped setkává se závěry z psychologických vyšetření, a naopak psycholog by se měl umět orientovat v logopedických zprávách a vyvodit z nich důsledky na psychodiagnostiku či terapii (například vzhledem k NKS může růst míra frustrace v průběhu verbálních subtestů). Z hlediska psychodiagnostiky je důležité se zaměřit na hodnocení adaptivního fungování jedince a jeho sociální kompetence, jež mohou mít oslabeny v důsledku narušené komunikační schopnosti. Říčan (2006) uvádí, že z poznatků, v době psaní jeho publikace, lze uvést, že u jedinců s obtížemi v komunikaci se vyskytují sekundární poruchy chování nebo emoční problémy. Výskyt psychické poruchy, byť malém rozsahu, je zaznamenán až u 50 % případů dětí s poruchou v oblasti komunikace. Může se jednat o psychickou poruchu primárního i sekundárního charakteru (Říčan, 2006). Odchytky v komunikaci v důsledku narušení komunikační schopnosti působí, že jedinec nedokáže srozumitelně vyjádřit své pocity a potřeby, a proto lze hovořit, že narušená komunikační schopnost působí jakožto frustrační faktor. Klient si těžko prosazuje svou vlastní autonomii, především pokud se jedná o klienta v předškolním věku, kdy nedokáže adekvátně komunikovat s vrstevníky i rodinou ve všech jazykových rovinách. Bývá prodloužená přirozená fáze negativismu. Ve školním věku se pak k výše zmíněným obtížím mohou přidat i problémy výkonové. Poruchy sebehodnocení se projevují opět o to více – zvýšené je i riziko vzniku deprese. V hodnocení psychologem se často přiklání k využívání projektivních hodnocení hry a pozorování neverbálního chování projektivními metodami (kresebné či konstruktivní) (Valenta, 2015).

Psycholog se v rámci spolupráce při narušení plynulosti řeči může orientovat na

- 1) psychoterapii jako léčebná forma první volby (především v anglo-amerických zemích);
- 2) psychoterapii – především při psychogenní příčině koktavosti – eliminace vnitřních příznaků – behaviorální psychoterapeutické metody, které vyžadují spolupráci klienta a jeho

určitou intelektuální úroveň (obtížně využitelné právě u dětí); 3) pokusy o léčbu koktavosti hypnózou (Nekvapilová, 2019).

U získané psychogenní nemluvnosti (mutismus) foniatr vyloučí organický podklad a vybaví hlas, klinický logoped naváže na foniatrické metody a vytvořený hlas využívá k tvorbě hlásek, slov a vět, klinický psycholog se snaží během psychoterapie odstranit příčinu a v konečném důsledku dochází k úpravě rodinného prostředí ve kterém klient žije (to vede k zlepšení adaptačních problémů) (Nekvapilová, 2019).

Další spolupráci, kterou zmíníme je u klientů s vývojovou dysfázií. Vývojová dysfázie je difuzní postižení centrální nervové soustavy, tudíž lze prokázat známky organicity, včetně pozitivního nálezu v kresbě či jiných projektivních technikách. Nejen z pohledu klinického psychologa často hovoříme o nerovnoměrném vývoji. Při vývojové dysfázii není porucha intelektu, pokud se porucha intelektu vyskytne, pak se jedná o kombinované postižení, eventuálně symptomatické NKS se základní diagnózou mentálního postižení. Lze pozorovat specifický rozptyl výkonů u vývojové dysfázie (paměť, koncentrace pozornosti, poruchy využívání energie). Při kresbě postavy lze pozorovat nízkou úroveň bez detailů s chudým obsahem. Při zkoušce obkreslování dosahují klienti s vývojovou dysfázií velmi špatných výsledků – příkládáme k deficitu vizuomotorická koordinace. Z pohledu klinického psychologa se zaměřujeme na neuropsychologické vyšetření. V rámci diferenciální diagnostiky společně s logopedem psychologem odlišují od vývojové dysartrie, vady sluchu, OVŘ prostý, vývoj řeči při mentálním postižení nebo těžké dyslalii (multiplex) (Nekvapilová, 2019).

5. Vybrané typy narušené komunikační schopnosti

5.1. Koktavost

Dle Mezinárodní zdravotnické organizace WHO klasifikujeme koktavost (lat. Balbuties) v MKN-10 (Mezinárodní klasifikaci nemocí 10. revize) pod kódem F85.5. Zde jsou uváděny jako nejcharakterističtější znaky právě „... časté opakování nebo prodlužování zvuků či slabik a slov anebo částečné váhání a přestávky narušující rytmický tok řeči.“ (Lechta, 2004 str. 15) Koktavost je zařazována v této klasifikaci pod poruchy chování a emocí pod kódem „F“, což však z uvedených charakteristik nevyplývá. V aktuálnější MKN-11 se koktavost řadí mezi neurovývojové poruchy, konkrétně 06 Mentální, behaviorální a neurovývojové poruchy, zde pod vývojové poruchy řeči a jazyka, zcela konkrétně pod 6A.01.1 Vývojové poruchy plynulosti řeči (WHO, 2023). Jiný klasifikační systém DMS-V (Diagnostický a statický manuál duševních chorob 5. revize) uvádí nutnost diferenciální diagnostiky od smyslové vady, verbální dyspraxie nebo neplynulosti fyziologické. DSM-V uvádí koktavost pod kódem 307.0 a definuje ji jakožto narušení, při kterém dochází během promluvy k nedobrovolným zaváháním, repetícím a prolongacím, v nejaktuálnější verzi se již koktavost nazývá v anglickém originále „*Childhood-Onset fluence disorder*“.

V pojetí dle Seemana řadíme koktavost mezi neurózy řeči, takto ji definoval ve své publikaci Poruchy dětské řeči vydané již roku 1955. Uvádět neurózu jakožto příčinu koktavosti je neadekvátní již několik desítek let. Modernější pojetí se už zaměřuje na komplexnější, širší pojetí. V našem pojetí definujeme dle Viktora Lechty, jako syndrom komplexního narušení koordinace orgánů podílející se na mluvení, kdy nejnápadnějším projevem je neúmyslně specifickými pauzami narušující plynulost procesu orální řeči a tím působí interferenčně na komunikační záměr. V rámci definice zmiňuje i značnou multifaktorialitu, která proniká více skupin symptomů (Lechta, 2010). Obrazem symptomatiky rozlišujeme tři skupiny příznaků: nekontrolovatelné a nedobrovolné dysfluence, nadměrnou fyzickou námahu a zvýšenou psychickou tenzi. Právě tyto zmíněné projevy odlišují v rámci diferenciální diagnostiky koktavost od fyziologických dysfluencí. Ačkoliv jde u koktavosti primárně o narušení nesymbolických procesů (narušena kontinuálnost řeči), projevuje se zpravidla sekundárně i symbolických procesech, příklad lze uvést moment zakoktání mění koncept myšlení či při častých parafráziích můžeme pozorovat známky vyhýbavého chování v kontinuitě času. Pokud koktavost rozdělíme v rámci narušené komunikační schopnosti, pak k narušení v symbolických procesů dochází: ve zvukové dimenzi, konkrétně lexikálně-sémantické,

morfologicko-syntaktické rovině; v nezvukové dimenzi, raritně při psaní (Lechta, 2013). V narušení nesymbolických procesů dochází ve zvukové dimenzi k dysprozódii a v nezvukové dimenzi k narušenému koverbálnímu chování.

5.1.1. Diagnostika koktavosti

Důležité je hned úvodu zmínit, že diagnostika koktavosti je velmi složitý a komplexní proces, který vyžaduje velkou časovou náročnost. Často proto v běžných podmínkách dochází spíše k tzv. diagnostické terapii, kde se, jak je už z názvu patrné, provází diagnostika a terapie. Diagnostika koktavosti patří do kategorie speciálních vyšetření narušené komunikační schopnosti (nejedná se tedy ani o orientační ani o základní vyšetření). Vyšetření by mělo navazovat a operovat s výsledky konziliárního vyšetření v rámci transdisciplinární diagnostiky. Na této diagnostice se podílí logoped, foniatr, psycholog, neurolog, psychiatr a mnoho jiných odborníků, nutný je však i důraz na to, aby do diagnostiky byla začleněna také rodina klienta, pedagogové, speciální pedagogové, školská poradenská zařízení, jakými jsou SPC a PPP, a v případě dospělých klientů i jejich partneři (Lechta, 2010).

Při diagnostice je velmi důležité dodržovat pravidla integrativní diagnostiky. Integrativní diagnostika vychází z klinického modelu Viktora Lechty (2010), který popisuje ve 3. kapitole své publikace „Koktavost, integrativní přístup.“ Řídí se obecnými a specifickými pravidly, které jsou vázány na jednotlivé druhy koktavosti dle Lechty. Mezi první obecné pravidlo patří pravidlo komplexnosti, kdy je v kompetenci logopedů kvantitativně i kvalitativně zhodnotit specifika dysfluencí mluveného projevu, zohledňující psychickou tenzi a nadměrnou námahu. Další pravidlo je dostatek materiálu k hodnocení, kdy je vhodné pořizovat se souhlasem klienta audio či audiovizuální záznamy terapií, pracovat z těmi záznamy i z prostředí domova či školy. Dalším pravidlem je pravidlo konsekventnosti, kdy vzhledem ke složitosti problematiky koktavosti se jednotlivé složky diagnostiky i terapie prolínají, proto v souvislosti s konsekventností hovoříme v rámci koktavosti o diagnostické terapii, a naopak terapeutické diagnostice. Dalším obecným pravidlem v rámci integrativního přístupu je analýza spontánního projevu v jedinci přirozeném prostředí, toto pravidlo dodržujeme i na základě tzv. hawthorského efektu v balbutologii (Lechta, 2002): testovaný jedinec má totiž tendence chovat se během testovací situace „žádoucím způsobem“, proto se projev balbutika v terapeutickém prostředí jeví fluentnější než ve spontánním, přirozeném prostředí. Dalším obecným pravidlem je hodnocení plynulosti projevu v rámci více situací a komunikačních záměrů, kdy plynulost často je variabilní v souvislosti s komunikační situací a okolními faktory.

Dle Lechty je diagnostika vázána na konziliární vyšetření v rámci tzv. transdisciplinární diagnostiky, na které se podílí logoped, foniatr, psycholog, neurolog a mimo jiné i psychiatr v nejčastějších případech. Nenahraditelnou součástí k celistvé diagnostice je spolupráce s klientovým okolím, s rodičem, partnerem, popřípadě vyučujícím. Vždy je vhodně si pořídit nahrávku spontánního projevu jedince ve více prostředích (Lechta, 2010).

Diagnostika psychické tenze je úlohou psycholingvistické či psychiatrické diagnostiky (logoped určuje pouze orientačně v kontextech). Jako logopedi si často všimáme symptomů, které s psychickou tenzí souvisí, jakými jsou: vyhýbavé či únikové chování a vegetativní příznaky. Příznaky, kterými se psychická tenze projeví mohou být čtenější či těžší repetice, přerušování zrakového kontaktu, pocení, substituce slov. Využíváme tzv. dotazníku psychické tenze, kdy klient je vyzván, aby v rámci 5 bodové škály ohodnotil dané situace (př. Jak se cítíš, když musíš mluvit před více lidmi? 1 – nevadí mi to, 5 - nezvládnou to) (Lechta, 2004).

Diagnostika nadměrné námahy je dle Lechty (2004) zcela v kompetenci logopedů. Lze využít záznamového archu pro zjišťování projevů narušeného koverbálního chování, kterou vypracovali odborníci v Centru pro dysfluenci v Bratislavě. Prvky nadměrné námahy (NaKoCH) nejpřesněji určíme na základě videonahrávky spontánní promluvy. V záznamovém archu sledujeme: ne/existenci příznaků NaKoCH, lokalizaci projevů, stupeň NaKoCH – stupeň symptomů za pomoci škály (0-4) (Lechta, 2010).

V rámci diagnostiky dysfluencí můžeme uvést kvantitativní hodnocení dysfluencie řeči nejčastěji hodnotíme za pomoci audionahrávky mluvního projevu, čteného textu o 100 slovech. Dle VanRiperova diferenciativního kritéria hodnotíme projevy kvalitativně a kvantitativně (Lechta, 2010). Mezi kvantitativní kritéria řadíme opakování (repetici) slabik, kdy častější frekvence jak 2 % ve 100 slovech je brán jako marker koktavosti, to samé, pokud jsou 2 a více repetice v rámci jednoho slova. Prolongace, jež je delší jak 1 sekunda je také považována za marker koktavosti, kvantitativně více jak 1 prolongace na 100 slov. Mezi kvantitativní měřítka dysfluencie lze zařadit dobu trvání problémů s dysfluencí, symptomy se musí projevovat alespoň 3 měsíce pro potvrzení diagnózy. Kvalitativně analyzujeme, zvažujeme, zda se jedná o vývojovou dysfluenci (kde se nevyskytuje psychická tenze), či zda už hovoříme o koktavosti (Lechta, 2010).

Další z materiálů je balbutiogram, který v České republice zpopularizoval Viktor Lechta. Jedná se o kombinaci kvantitativních a kvalitativních postupů. Úlohy jsou v něm seřazeny dle náročnosti na fluenci od nejjednodušších po nejtěžší. Konkrétně se jedná o úlohy v tomto sledu: šepot – mluvení v jiné hlasové poloze zpravidla pomáhá k plynulosti, simultánní

řeč, zpěv jednoduché písně, automatismy a verbální stereotypy – počítání do deseti nebo dny v týdnu apod., reprodukce vět – od jednoduchých po souvětí, čtení – pokud má klient již osvojené čtenářské dovednosti, spontánní řeč (Lechta, 2010).

Peutelschmiedová navrhla formulář logopedické diagnostiky koktavosti. Popsala metodu, která umožňuje na základě analýzy 100 slov připravit grafický záznam, který porovnává mluvní projev vyšetřované osoby s „normou“ (Peutelschmiedová, 1994). Autorka aplikovala Van Riperovo kritérium, které udává, že dvě neplynulosti na 100 slov se ještě pokládají za normu. Formulář je předtištěn na formátu A4. Na jednom formuláři se nacházejí tři obdélníkové rubriky, které umožňují trojí opakovaný záznam v průběhu logopedické intervence. Logoped si připraví pro každou věkovou kategorii (podle školních ročníků) dva čtenářské zkušební texty. První text obsahuje 100 slov, včetně vokalizovaných předložek, a má být dítěti známý. Druhý text obsahuje rovněž 100 slov a pro dítě je přiměřený, nový a neznámý. Na svislé ose v levé části formuláře je ve směru shora dolů naznačena stupnice od 1 do 200. Prezentuje počet možných projevů balbuties a počet čtenářských chyb. Podstatné je, projeví-li se ve stu přečtených slov 6 až 10 tonů (spastické křeče, balbutik nemůže hlásku začít, spasticky ji prodlužuje, nemůže přejít k další), či 60 až 70 tonů (klony – opakování hlásky, slabiky, slova) (Peutelschmiedová, 1994). Základní vodorovná osa ve směru zleva doprava představuje míru stresu zvyšující se od čtení známého textu k neznámému. První svislá osa slouží k záznamu z četby známého textu, druhá svislá osa pro záznam neznámého textu. Druhá předtištěná směrnice ukazuje limit průměrného počtu iterací (neplynulostí) ve stu slovech u populace bez obtíží. Můžeme z ní vyčíst, že u známého textu ve vybraném souboru sta slov dochází k necelým 3 iteracím, u neznámého textu již k 8 iteracím. Tímto způsobem zapíšeme na dvou svislých osách zjištěný počet čtenářských chyb, resp. dysfluencí, u dítěte s koktavostí. Body spojíme směrnicí, která svým sklonem a vzdáleností od předtištěné směrnice charakterizující intaktní populaci mnohé vypovídá. Např. při téměř vodorovné poloze směrnice můžeme usuzovat, že obtíže jsou natolik závažné, že se stírá i rozdíl mezi textem známým a neznámým (Peutelschmiedová, 1994).

V rámci diferenciální diagnostiky je nutno odlišit koktavost od jiných NKS, především od dysfluencí vývojových, neurogenních, psychogenních, dysfluencí na bázi narušeného vývoje řeči, breptavosti a smíšených typů dysfluencí. Nejčastěji musíme rozlišit koktavost od breptavosti. Lechta (2004) uvádí přehlednou tabulku pro odlišení těchto dvou poruch fluence. Cílem intrafenoménové diferenciální diagnostiky je rozlišit jednotlivé typy koktavosti v rámci syndromu koktavosti. Rozpoznat, zda se jedná o incipientní, fixovanou nebo

chronickou koktavost. Anglická literatura, například Guitar (2014), dělí koktavost na borderline stuttering (hraniční koktavost), beginning stuttering (incipientní koktavost), intermediate stuttering (středně pokročilá koktavost) a advanced stuttering (pokročilá / rozvinutá koktavost).

5.1.2. Terapie koktavosti

Mnoho osob s koktavostí dokáže plynule hovořit při využití opožděné sluchové zpětné vazbě. Tento jev nazýváme dle anglického Delayed auditory feedback – DAF, jinak též Lee-efekt. Balbutik mluví do mikrofону, speciálním zařízením se mu do sluchátek přivádí jeho vlastní řeč, ale s určitým regulovatelným opožděním (obvykle se zpožděním 0,1-0,2 sekundy) (Peuteschmiedová, 2012). Lidé, kteří nemají obtíže v plynulosti řeči, hovoří obvykle pod vlivem DAF neplynule, v jejich promluvě se během aplikace DAF objevují např. repetice, tempo promluvy je změněno (bývá pomalejší než obvykle), lidé pociťují určitý psychický diskomfort. Mnohým balbutikům naopak opožděná sluchová zpětná vazba ulehčuje plynulý mluvní projev. Vysvětlení facilitačního (usnadňujícího) vlivu DAF spočívá v tom, že nutí klienta vypojit sluchovou zpětnou vazbu a kontrolovat svůj mluvní projev jen na bázi kinestetické zpětné vazby. Podle dalšího vysvětlení odpoutává DAF pozornost balbutika od jeho mluvního projevu, což má bezprostřední pozitivní vliv na plynulost řeči. Na principu DAF je založen např. přístroj Logohelp, který existuje ve variantě stolní jako Logohelp 1 i kapesní Logohelp 2 (Lechta, 2010).

Rytmizovaná řeč je jednou z nejstarších terapeutických technik, která se dnes používá jak při behaviorální modifikaci (Peuteschmiedová, 2012). Při využití elektronických přístrojů, lze využívat např. tzv. „pacer“ v programu SONA SPEECH II. Možná aplikace miniaturizovaných elektronických metronomů, které balbutici nosí podobně jako nedoslýchaví sluchadla. Uvedené přístroje umožňují eliminaci dysfluencí (doporučuje se 92 slabik/min – 3x pomalejší jak běžná řeč). Lechta doporučuje počáteční nastavení (metronom) připravit vždy na takovou hodnotu, při které již balbutik dokáže mluvit bez dysfluencí, a potom postupně se zlepšováním fluence nastavují rytmizaci směrem k normální rychlosti řeči (Lechta, 2004).

Aplikace maskujícího šumu (masking) jako sluchové zpětné vazby je technikou, která může příznivě ovlivnit plynulost řeči. Tohoto efektu lze využívat u přenosných přístrojů, jedním z nich je Edinburgh Masker, či dnes spíše již využití mnoha mobilních aplikací. Maskující šum, jinak též tzv. bílý šum, se akusticky podobá prolongované hlásce [š]; využívá se např. při audiometrii jako maskovací signál pro nevyšetřované ucho. Aplikace bílého šumu odpoutává pozornost od vlastního mluvního projevu. Tzv. bílý šum je

aplikován do sluchátek, když člověk s koktavostí mluví. Pozornost klienta se soustředí na šum a odpoutává se od vlastního způsobu mluvy (Peutelschmiedová, 1994).

Terapie tvarování plynulosti (Therapy shapping fluence) je, kdy navozování jistého, plynulého způsobu řeči, postupná fixace a rozšiřování operačním podmiňováním do každodenního života (modelování přibližně běžné hovorové situace na terapeutických setkáních). Jedná se o behaviorální terapii, která využívá např. techniky zpomaleného tempa řeči – terapeut hovoří velmi pomalu, poskytuje balbutikovi model řeči. Dále se uplatňují rytmické prvky – rytmické taktování, rytmizovaná řeč, lehký (měkký) hlasový začátek; využití technických prostředků – přístrojů uplatňujících zpožděnou zpětnou sluchovou vazbu (DAF– delayed auditory feedback, Lee-efekt, bílý šum). Vzhledem k tomu, že jde o behaviorální terapii, je věnována malá pozornost pocitům člověka, jeho postojům a vyhýbavému chování, tj. vyhýbání se zátěžovým situacím, ve kterých je potřebná verbální komunikace. Může se vyhýbavé chování týkat určitých situací (například vystoupit na schůzi se svým názorem), určitých slov (například začínajících na okluzivy), určitých lidí (např. autorit, nadřízených) (Lechta, 2004). Jednou z užívaných typů terapií v ambulancích klinického logopeda na území České republiky je Websterova terapie, která je stále velmi hodně využívána, jejichž 3 základní složky jsou zpomalení tempa řeči, lehký hlasový začátek a hladké přechody.

Cílem terapie modifikace koktavosti (Stuttering modification therapie) je pomoci balbutikovi upravit, modifikovat okamžik zakoktání směrem k fluenci. Jde o práci na symptomech koktavosti, cíleně se také zaměřuje na pocity a postoje balbutika. Cílem terapie je, získat pocit možného kontroly balbutika nad plynulostí řeči v rozličných situacích. Terapie předpokládá, že balbutik si symptomatiku uvědomuje. Musí verbalizovat své pocity, které souvisejí se symptomy. Proto se tento postup v předškolním věku uplatňuje pouze výjimečně a ve školním věku jen s přiměřenou instrukcí. Terapie modifikace koktavosti má dva klíčové prvky: naučit balbutika modifikovat momenty dysfluence; redukovat strach ze zakoktávání a eliminovat vyhýbavé chování asociované s tímto strachem. Představiteli tohoto proudu jsou např. Van Riper, Dell, Bloodstein (Lechta, 2010). Terapie modifikace koktavosti vychází z předpokladu, že klient si symptomy neplynulosti řeči uvědomuje a že nejvíce problémů v mluvním projevu balbutiků pramení z vyhýbavého řečového chování, ze zápasu s neplynulostí řeči a z úhybných reakcí před obávaným slovem nebo řečovou situací. Možnost „skákové řeči“, kdy například u incipientní koktavosti u slov, které způsobují potíže zvýšíme úmyslně repetice na začátku slov (ža-ža-ža-žabka).

V aktuálních trendech terapie koktavosti se setkáváme také s metodou Tarkovského. Který hovoří o tom, že v systémovém pojetí se koktavost skládá ze čtyř faktorů: a) lingvistických (neplynulosti v řeči); b) biologických (svalový tonus); c) psychologických (logofobie); d) společenských (reakce okolí na neplynulosti) (Tarkowski, 2018). Mezi předpoklady a cíle Systémové terapie koktavosti (STJ) řadí: 1. koktavost je psychosomatická porucha a chronická forma má rysy psychosomatické nemoci; 2) závislost mezi faktory je cirkulární – nelze změnit jeden faktor aniž bychom změnili i ostatní, STJ pracuje s faktory současně či postupně avšak se všemi; 3) STJ upřednostňuje přirozený experiment a terapeutické techniky jsou považovány za prostředek k řešení; 4) základem STJ je intenzivní avšak krátkodobá terapie s prodlouženým kontrolním obdobím – kombinace řečové terapie, psychoterapie a také sociální terapie; 5) STJ je PROTI přijetí neplynulosti, naopak bojuje s koktavostí; (Tarkowski, 2018). STJ zohledňuje věk klienta spolu s dalšími mnoha faktory. Co se týče předškolního věku, je důležité rozlišit zda se jedná o koktavost nebo vývojovou neplynulost řeči – která je přirozená a při narušení tohoto procesu riskujeme vznik koktavosti. Intervence u incipientní koktavosti STJ zahrnuje období relativního ticha (aby nedocházelo k fixaci neplynulosti), rodinné terapie, fytoterapie (bylinky, placebo efekt) ke snížení svalového tonu a také intervence dospělých v případě řečových bloků u dítěte (Tarkowski, 2018). Pokud STJ využíváme u klientů ve školním věku, pak je cílem terapie dosažení plynulého projevu ve školní třídě, tedy dosažení plynulosti v těžkých komunikačních situacích. Tarkowski (2018) uvádí, že tento cíl je realizován v celkem 7 etapách, kdy pořadí není rigidní a vždy je nutné ho přizpůsobit konkrétnímu klientovi. Těchto 7 etap je: 1) identifikace stresové situace; 2) relaxace 3) desenzibilace; 4) zvládnutí techniky plynulého mluvení; 5) terapeutický pohovor; 6) socioterapie; 7) hodnocení efektivity terapie (Tarkowski, 2018). U dospělých klientů dle psychoanalytiků způsobují koktavost nevyřešené konflikty z minulosti, které tvoří emočně-svalové napětí, jenž druhotně vyvolá neplynulost řeči. Psychoanalytici uvádí, že bloky jsou projevem potlačení zlosti, repetice hlásek a slabik projevem regrese do období žvatlání (Tarkowski, 2018). Psychologická analýza neplynulosti řeči je velmi důležitá, avšak nestačí k vyřešení potíží (již S. Freud tvrdil, že koktavost nelze vyléčit pouze psychoterapií). S STJ u dospělých klientů jsou tedy vedeny souběžně nebo postupně tyto složky: a) trénink plynulosti; b) psychoterapie; c) socioterapie (Tarkowski, 2018). Všechny složky jsou individuálně upraveny pro potřeby konkrétního klienta a jeho potíží.

5.2. Mutismus

Mutismus zařazujeme do skupiny poruch sociálních vztahů se vznikem především v dětství a adolescenci. Z historie lze uvést, že prvně byl elektivní mutismus popsán již roku 1877 německým lékařem Kussmaulem. Tuto diagnózu však Kussmaul popsal jako „aphasia voluntaria“. Až roku 1934 švýcarský pedopsychiatr Martin Tramèr přišel s termínem „elektivní mutismus“. Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) definuje pouze elektivní mutismus (F94.0). Dále lze však do problematiky zařadit i reaktivní poruchu příchyllosti v dětství (F94.1) a dezinhibovaná příchyllost v dětství (F94.2.), která je specifická nadměrnou přítulností a důvěrností i k cizím lidem. Tyto poruchy (F94.1 a F94.2) jsou vedeny jakožto poruchy chování.

Mutismus lze definovat jako „útlum či ztrátu řečové funkce v důsledku neurotizace nebo psychosomatizace určité situace“ (Richtrová, 2015). Je důležité uvést, že jedinec je fyziologicky schopný mluvit, avšak z psychologických obtíží má blok, jedná se o funkční psychogenní poruchu. Další z pohledů na definici mutismu uvádí docentka Eva Malá, kdy mutismus je úzkostná porucha se začátkem specificky v dětství. Etymologicky zařazuje do heterogenních syndromů, zvýšené vyhýbavosti a fobickým poruchám v rodině, avšak zmiňuje i možnost delece krátkého ramínka na chromozomu 18. Jakožto prediktory rizika vzniku elektivního mutismu nebo sociální fobie, si nejčastěji všímáme, když strach ze sociálního kontaktu patologicky vyskytuje i po třetím roku života jedince (Malá, 2008). Nejistota a stud v kontaktu s cizími jedinci je přirozenou součástí vývoje jedince mezi prvním a třetím rokem života, kdy dochází k primární socializaci a navazování prvních vztahů mimo rodinu a navazování kontaktu s vrstevníky (nejčastěji při nástupu do mateřské školy). Prevalence mutismu se uvádí mezi 0,3 až 0,8 na 1000 jedinců, kdy převažuje výskyt u dívek.

Mutismus nemusí mít jednoznačný specifický spouštěcí mechanismus, a i v tom se nachází právě jeho komplikovanost. Přidružené poruchy adaptace mohou negativně ovlivnit všelijaké stresové faktory a negativní životní situace jedince při vzniku poruchy. Pečeňák (2003) řadí mezi potenciální faktory vzniku poruchy následující: začátek školní docházky; psychotraumatizující činitel; rodinné faktory; osobnostní rysy; chronicita stresových faktorů; reakce okolí na mutismus. Malá (2008) rozšiřuje tyto faktory o psychiatrické poruchy v rodině; trauma; separační úzkost; hypersenzitivitu; nezralost; vnitřní tenzi a nízké sebevědomí jedince (Malá, 2008).

Mutismus lze klasifikovat dle vzniku na přechodný či traumatický mutismus; dle druhu a míry na totální, elektivní a speciálním druhem je i surdomutismus (kdy jedinec psychogenně ztratí sluch, bez zjevné organické příčiny); poslední formou klasifikace je dle věku na časný

(mezi 3. - 4. rokem života), pozdní (5. – 7. rokem života) a školní (od 7 let dále) mutismus. V psychiatrické terminologii je často mutismus popisován jako pouhý symptom jiného psychiatrického onemocnění než jako diagnóza samotná (Pečeňák, 2003).

5.2.1. Diagnostika mutismu

Stanovit validní diagnózu „mutismus“ je plně v kompetenci pedopsychiatra, případně klinického psychologa. Diagnózu může určit i foniatr, klinický logoped či neurolog, avšak vždy je nutné potvrzení z řad psychiatrů nebo klinických psychologů pro potvrzení psychiatrické diagnózy. Malá ve své publikaci uvádí tři stěžejní kritéria při diagnostice: důsledné mlčení ve specificky sociálních situacích a normální komunikace mimo tyto situace, kdy porucha interferuje s výukou nebo se sociální komunikací v určitém kontextu; vyloučena porucha komunikace nebo nedostatek znalostí, jak mluvit a zároveň v typických sociálních situacích je dítě schopné mluvit, ale v určitých situacích nebo s určitými lidmi nemluví; doba trvání je nejméně jeden měsíc (Malá, 2008). Jestliže i nadále nemůžeme z jistotou tyto diagnostická vodítka určit v klinickém obraze klienta, můžeme za pomoci diferenciatní diagnostiky přemýšlet o možném psychotickém onemocnění, mentální postižení, Landau-Kleffnerově syndromu, pervazivních vývojových poruchách, mluvním negativismu, schizofrenii, psychickým obtížím v důsledku dlouhodobé hospitalizace, těžkých dosud nezjištěných poruchách a vadách sluchu, či k vyloučení afázie v dětském věku.

V rámci diagnostiky mutismu je stěžejní multidisciplinární přístup odborníků napříč obory, a především podrobné objektivní psychiatrické vyšetření, zcela ideálně pedopsychiatrem. Mezi další odborníky podílející se na komplexní diagnostice je zapotřebí do diagnostického procesu zařadit i vyšetření psychologem, foniatrem, neurologem a klinickým logopedem. V rámci inkluze a co nejlepší prognózy vývoje a terapie mutismu je nutné do multidisciplinárního týmu odborníků i pedagogy a rodiče. Informací od pedagogů využíváme především v získávání anamnestických dat ze školního prostředí, kde sám pedagog nejlépe dokáže zhodnotit informace ohledně chování dítěte ve školním prostředí (Richtrová, 2015). Pedagog by se měl po určení diagnózy řídit doporučením vyplývajícím z dokumentace klienta a měl by poučit o těchto doporučení zároveň všechny osoby, kteří s jedince přichází do styku ve školním prostředí, pracovníky školského zařízení popřípadě i spolužáky jedince.

5.2.2. Terapie mutismu

Prognóza mutismu i elektivního mutismu je pozitivnější, pokud symptomy nepřetrvávají po desátém roku života jedince. Hlavním terapeutickým prostředkem, který je nejvíce rozšířen pro terapii mutismu v České republice je užití psychoterapie, kdy se

psychoterapeut nejčastěji zaměřuje na psychoterapii hrou, skupinovou psychoterapii a rodinou psychoterapii. Často se setkáváme i využíváním expresivních terapií, jako podpůrných prostředků probíhající psychoterapie, mezi příklady lze uvést muzikoterapii za užití Orffových nástrojů, arteterapie pro práci s neverbální komunikací. Jendou ze základních zásad je při expresivních terapiích nenutit do verbální komunikace. V krajních případech může pedopsychiatr či psychiatr předepsat antidepresiva, nejčastější typ je tzv. SSRI, tato zkratka značí selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (Malá, 2008).

V publikaci „Praxe dětského psychologického poradenství“ autor Matějček uvádí vhodné terapeutické postupy, které právě načerpal přímo z praxe. Jedno ze stěžejních pravidel, které autor několikrát zmínil, bylo mluvit s jedincem přirozeně a nečekat vyzývavě na odpověď, například si sám terapeut může odpověď na vlastní otázky, čímž jedince dokazuje, že terapeut neklade důraz na verbální produkci. Mezi strategie, které Matějček zmiňuje, je využití šepotu, rolových her nebo čtení, které však není nikomu adresováno. Vždy by terapie měla začínat performačními úkony k dosažení motorického uvolnění (Matějček, 2011).

Strategie tzv. volavky nebo využití automatizovaných znalostí znamená, že při terapii je přítomné v místnosti ještě jeden jedinec, který je také aktivní. Navozujeme situace podněcující spontánní reakci jedinců. Lze využít i lehkého humoru a tónu s ním spojeným, avšak jedinec není a nesmí být nucen do verbálního projevu.

Základním předpokladem k úspěchu terapie je vytvoření adekvátního vztahu s dítětem, intervenovat přiměřeně s respektem k individuálním potřebám a schopnostem jedince. Hlavním úkolem terapií je uvolnění tenze a odstranění či zmírnění dopadů úzkosti. Dále se snažíme posílit sebevědomí a sebejistotu jedince tak, aby se při verbálním projevu cítil bezpečně a uvolněně a činil tak spontánně (Richterová, 2015).

K přihlídnutí k variabilitě doprovodných onemocnění často spojených s mutismem, musí být i terapeutické přístupy velmi individualizované přímo na klienta. Nejčastěji čerpáme z přístupů psychodynamických (herní terapie) a behaviorálních (pozitivní X negativní motivace; symbolické procedury) (Langdon, a další, 2019). Nesmíme opomenout spolupráci s rodinou (včetně sourozenců), učitelů a musíme vzít v rámci terapie i zřetel, pokud je klient medikován. Trend do terapie mutismu zapojit rodinu je dle Johnson a Wintgens (2015) poměrně mladý fenomén. Diliberto a Kearney (2016) navrhli přístupy, které založili na třech psychologických profilech, které byly identifikovány u jedinců se selektivním mutismem: a) úzkostné; b) úzkostné – mírně vzdorovité; c) úzkostné se zpožděnou komunikací (Diliberto, a další, 2016). Novější přístup k terapii mutismu je CBT (terapie kognitivního chování), která

založena na předpokladu, že kognitivní faktory (např. duchovní systém) upravují psychický stres (Langdon, a další, 2019).

Dle Kotrby (2014) je důležité, aby všichni odborníci, co se podílejí na terapii jedince s mutismem, si navzájem kladli dotazy typu „Jak se dítě projevuje ve školním prostředí? Jak se projevuje v klinickém prostředí? Jak postupuje v dosažení svých individuálních cílů?“ Je doporučováno uplatnit přístup, při kterém odborníky zohlední silné stránky daného klienta – posouzení nad rámec slov, které je jedinec schopný říci, a naopak se zaměřit na jeho silné stránky, které pak využijeme v rámci pozitivního ovlivnění výsledků terapie (Kotrba, 2014).

5.3. Vývojová dysfázie

Vývojová dysfázie je vývojová porucha řeči, lze ji charakterizovat velmi obšírnou symptomatikou ve vlastní produkci řeči a mnoha dalších úrovních. V české foniatrické škole byl dříve chápán termín vývojová dysfázie, jako porucha řeči ve vlastním slova smyslu, která je způsobena zásahem do vývoje od počátku. Nejedná se tedy o stav získaný poté co si jedinec řeč již osvojil (Škodová, 2007). V rámci terminologie je tato problematika stále velmi diskutovaná a je vhodné zmínit i výsledky průzkumu (Bishopová, 2014), jež zkoumala data z let 1994 až 2013 skrze platformu GoogleScholar. Bylo celkem nalezeno 132 termínů, kterými byla označena jazyková vývojová porucha, navíc se 33 termínů objevilo nejméně 600krát. Kvůli tomuto jasnému důkazu diverzity terminologie vzešlo navrzení čtyř diagnostických kritérií s plánem rozšíření v budoucnu o kritéria neuronální a genetická (Reilly, a další, 2014). Mezi nejčastější termíny označení patřily: jazyková porucha (language disorder), která se nejčastěji využívala Americkou psychiatrickou společností z nové verze DSM-V; vývojová jazyková porucha (Developmental language disorder) je preferovaný termín Světové zdravotnické organizace (WHO) v nové MKN-11; specifické jazykové postižení (Specific language impairment) využívá anglosaské prostředí; vývojová dysfázie (Developmental dysphasia) je termín, který se užívá v mnoha neanglicky hovořících zemích, tudíž i na našem území. Dle MKN-10 dělíme vývojovou dysfázii na expresivní poruchu řeči a receptivní poruchu řeči. Expresivní porucha řeči se vyznačuje: vývoj řeči je vždy opožděn; aktivní slovní zásoba je výrazně nižší jak pasivní slovní zásoba; diskrepance mezi vývoje verbální komunikace a neverbálního intelektu je ve prospěch neverbálního intelektu; jedinec více využívá neverbální způsoby komunikace; takzvaný mluvní apetit je malý; řeč je tvořena těžkopádně a nepřesně (Pospíšilová, 2018). Receptivní porucha řeči se naopak projevuje: vývoj řeči nemusí být tak výrazně opožděn; jedinec má obvykle vágní slovník, kdy nechápe obsah užívaných slov,

avšak to neznamena, že by jeho slovník byl chudý; řeč je fluentní, avšak prakticky nesrozumitelná, často vlastní slovník a tím projev deformovaný; mluvní apetit je přiměřený (Pospíšilová, 2018).

Dle definice od Pospíšilové (2018) lze uvést, že se jedná o komplexní, vrozenou poruchu řečových, jazykových a komunikačních dovedností, kterou nelze vysvětlit celkově zpoždující se vývojem, abnormalitou řečového aparátu, poruchou autistického spektra, získaným poškozením mozku, sluchovým postižením, pohybovým postižením ani deprivacími či jinými vlivy prostředí (Pospíšilová, 2018). Dřívější zastaralé dělení vývojové dysfázie dle taxonomie bylo: verbální sluchová agnózie, verbální dyspraxie, syndrom deficitního fonologického programování, fonologicko-syntaktický syndrom, lexikálně-syntaktický syndrom a sémanticko-pragmatický deficit.

5.3.1. Diagnostika vývojové dysfázie

Diagnostika vývojové dysfázie je záležitost lékařskou, psychologickou i speciálně-pedagogickou, a proto by se mělo vždy jednat o týmovou spolupráci. Terapeutický úspěch je velmi závislý na včasné a přesné diagnostice, nesmíme opomenout ani diferenciální diagnostiku, vzhledem k bohaté symptomatologii je možné ji zaměnit za jinou poruchu řeči (Škodová, 2007).

Ve starší literatuře, například od Škodové (2007) se lze dočíst, že mezi nejčastější příznaky v oblastech mimo řeč se řadí: nerovnoměrný vývoj; diskrepance mezi verbálními a neverbálními schopnostmi; narušení zrakového vnímání; narušení sluchového vnímání; narušení paměťových funkcí; narušení orientace v čase i prostoru; narušení motorických funkcí; lateralita (Škodová, 2007).

Jelikož neexistuje žádný test pro přesné a přímé určení diagnózy, musíme se opírat a vycházet z dat hodnocení klinického obrazu. V rámci klinického vyšetření se proto zaměřujeme na pozorování jedince a jeho interakce v rámci komunikace, rozhovor s rodiči a samotné vyšetření pomocí subtestů zaměřujících se na porovnatelné testy a zkoušky. Obecně lze říct, že úskalím diagnostiky v České republice je nedostatek ucelené baterie z důvodu obtížného a zdlohavého standardizování jazykových testů pro každý jazyk a kulturu. Vzhledem k nedostatečnému výzkumu jsou stále nevyřešená diagnostická kritéria (Pospíšilová, 2018).

Ve foniatrické diagnostice je základní vyšetření všech složek řeči, vyšetření sluchu a ve spolupráci s ostatními odborníky vyšetření všech složek vývoje osobnosti. Signifikantní je skóre Indexu vnitřní informace řeči nižší jak 0,7. Test fonemického sluchu vykazuje také nižší procentu úspěšnosti. V rámci neurologické diagnostiky může být neurologický nález

negativní, avšak na EEG se projevují v některých případech komplex vlna-hrot bez manifestace epileptických projevů. Výpočetní tomografie, CT, bývá také negativní.

Logopedická diagnostika napomáhá lékařské diagnostice dovytvářet ucelený obraz schopností jedince a zkoumat míru opoždění jeho vývoje. Zaměřuje se na následující pro vývojovou dysfázii velmi typické deficity. Orientace v čase i prostoru je výrazně narušena v pravo-levé orientaci, kdy orientační vyšetření lze provádět jak v individuální terapii, tak ve skupinovém sezení. Lateralita se vyšetřuje standardizovaným Testem laterality od autorů Matějček a Žlab, kdy typ laterality je dán kvocienem DxQ , který je výsledkem počtu úkonů konaných pravou rukou, a naopak úkonů konaných levou rukou. Motorické funkce, tzv. taktilní a kinestetická gnóze, Škodová ve své publikaci hovoří, že nejčastěji využívaným testem v klinické praxi je využití Ozeretzského testu, administrace tohoto testu je nenáročná a pomůcky k němu potřebné je velmi lehké opatřit. Test se zaměřuje na zjištění úrovně koordinace horních a dolních končetin a pravo-levé orientace, jednotlivé úkoly jsou rozděleny dle pohlaví i věku. Výhodou tohoto testu je, že některá cvičení lze pak využít i během terapie. Pro každou skupinu je určeno šest základních úloh: statická koordinace celého těla; dynamická koordinace horních končetin; dynamická koordinace celého těla; rychlost motoriky rukou; rychlost a preciznost při současné realizaci dvou pohybů; preciznost izolovaných pohybů. Tento test se dá využít i v rámci diferenciativní diagnostiky, kdy děti s vývojovou dysfázií, dětskou mozkovou obrnou či mentální retardací v tomto testu podávají slabší výkony jak například děti s opožděným vývojem řeči v důsledku sluchové poruchy. Hrubou chybou je tedy v rámci logopedické diagnostiky se zaměřit pouze na artikulaci a mluvidla a nevízt v potaz celkový obraz včetně jemné i hrubé motoriky (Škodová, 2007). Ve sluchovém vnímání má nejčastěji jedinec poruchy akusticko-verbálních procesů – což znamená, že jedinec má obtíže v percepci a zpracování slovních podnětů, jejich uchování v paměti a vybavování včetně paměťového učení. V rámci diagnostiky lze využít standardizovanou baterii Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí od Škodové a kolektivu, která se zaměřuje na rozlišení distinktivních rysů hlásek. Zrakové vnímání se v klinické logopedii vyšetřuje například za pomoci Vývojového testu zrakové vnímání od Frostigové. Tento test je zaměřen na hodnocení úrovně vizuální percepce, avšak zahrnuje i senzomotorickou koordinaci a motoriku. Využívá se nejčastěji u dětí mezi 4 a 8 lety, u dětí s těžším postižením i v pozdějším věku. Opět položky tohoto testu lze využít i v rámci následné terapie. Test má následujících pět subtestů: vizuomotorická koordinace; diferenciacie figura – pozadí; konstantnost tvaru; poloha v prostoru; prostorové vztahy. Řeč je narušena v percepci i expresy, neverbální intelektové schopnosti jsou vyšší jak

verbální. Řeč bývá narušena ve všech jazykových rovinách v různé míře. Grafomotoriku pozorujeme na kresbě, kdy kresba dysfatických jedinců je zcela typická nápadná, dochází k deformaci tvarů, nesprávně zobrazují přímkou, úhly i křivky, napojování čar je nepřesné a samotné čáry jsou nedotažené či naopak přetažené. Technická úroveň kresby je základem pro nácvik psaní, a i proto by měl klinický logoped orientačně grafomotoriku vyšetřovat na každém sezení, aby odhalil pokroky či stagnaci (Škodová, 2007). Nápadná je v rámci vývojové dysfázie i narušená krátkodobá paměť. V rámci diagnostiky zjišťujeme celkovou úroveň pozornosti a její individuálních charakteristik, jakými jsou ulpínavost, vázanost například na určité podněty. Poruchy pozornosti a paměti spolu úzce souvisí a mohou působit opět také jako orientační body v diferenciální diagnostice, kdy je nutné vyloučit poruchu pozornosti, či sníženou krátkodobou paměť z důvodu narušení intelektových složek. Proto by se klinický logoped měl zaměřit i na vypracování standardních speciálně pedagogických diagnostických testů, zaměřených na narušenou komunikační schopnost. V rámci těchto diagnostických testů by bylo možné porovnání dosažených výsledků v jednotlivých obdobích komunikačního vývoje a stanovení stupně narušení komunikační schopnosti. Z těchto výsledků je pak možné efektivně určit a naplánovat terapeutický plán pro daného jedince (Škodová, 2007).

Psychologický nálezu u jedince s vývojovou dysfázií vždy vykazuje difúzní postižení CNS. Vývoj je nerovnoměrný, známky organicity (včetně nálezu v kresbě), narušené hospodaření s energií v negativním slova smyslu. Vždy ale zásadně při vývojové dysfázii není přítomna porucha intelektu v rámci klinického obrazu jedince, je-li přítomna jedná se o přidruženou poruchu. Difúzní postižení lze popsat jako specifický rozptyl výkonů, který se vztahuje k intelektovým složkám (paměť, koncentrace pozornosti, poruchy využívání energie a další.) (Škodová, 2007) V kompetenci psychologické diagnostiky je kresba lidské postavy, které zpravidla psycholog volí jako jednu z prvních aktivit diagnostiky, kdy během toho, co jedinec kreslí, tak psycholog může sbírat amnestická data od doprovázející osoby. Test podle Šturmy a Vágnerové z roku 1982 je zvláště vhodný pro jedince s narušenou komunikační schopností, jelikož nevyžaduje od jedince mluvní projev. Kresbu postavy od dysfatického jedince lze popsat jako na velmi nízké úrovni, bez detailů, jakými jsou části obličeje, anebo je postava často nakreslena s rotací do svislé roviny. U postavy často pozorujeme i nesprávný počet končetin, všeobecně postava působí neživě, morbidně a velmi schematicky (Mikulajová, a další, 1982). Další zkoušku, kterou psychologie využívá, je zkouška obkreslování, která slouží k zmapování úrovně motoriky a zrakové percepce všeobecně. Zaměřujeme se na zjištění souhry zrakového vnímání a právě jemné motoriky ruky. S velmi špatnými výsledky se můžeme právě

setkat u dysfatických dětí, které v tomto testu dosahují podprůměrných výsledků (Škodová, 2007). V rámci komplexnosti diagnostiky je vhodné podstoupit i neuropsychologické vyšetření, které nám potvrdí, že dysfatictí jedinci mají celý komplex potíží i v neverbálních oblastech, toto vyšetření však může provádět atestovaný klinický psycholog.

Pospíšilová (2018) uvádí, že mezi principy diagnostiky vývojové dysfázie patří především: důkladná znalost vývoje psychomotoriky jedince; absolutní znalost diagnózy a typicky komorbidních poruch, s tím spojené neustálé sledování trendů a vzdělávání se; v případě nejistoty se jedincův stav popisuje a pokračuje se v diferenciální diagnostice; klíčová role klinického logopeda je již právě při diagnostice a ne jen při následné terapii; týmový přístup usnadní průběh celé diagnostiky i následné terapie, napomáhá především při diferenciální diagnostice na které by se měl podílet nejen klinický psycholog a logoped, ale také neurolog, foniatr, předpokladem této mezioborové spolupráce je sjednocená terminologie, ve které se všechny zúčastněné strany vyznají a chápou; multidisciplinární hodnocená je klíčem k identifikaci silných i slabých stránek každého jedince a cílené léčby. Tyto principy byly zpracovány na základě zkušeností ze zařízení Démosthenes v Ústí nad Labem, dětského centra komplexní péče, které Pospíšilová vede.

V rámci diferenciální diagnostiky je nutné, aby děti s vývojovou dysfázií byly současně vyšetřeny specialistou z oboru neurologie a foniatrie. Tato vyšetření slouží k vyvrácení získané afázie s epilepsií (Landauův-Kleffnerův syndrom) a jazykového opoždění způsobeného ztrátou sluchu (Vacková, 2019). V rámci diferenciální diagnostiky je nutné brát v potaz, že děti s vývojovou dysfázií mohou dosahovat nižších skóreů v inteligenčních testech. I přes dobrou úroveň intelektu v názorových subtestech může dítě s těžší formou dysfázie (především s převahou v receptivní složce) míra pomoci srovnatelná jako u jedinců s mentálním postižením (Vacková, 2019). V praxi bývá diagnóza vývojové dysfázie často stanovena foniatrem a autismus naopak pedopsychiatrem, což z pohledu logopeda může způsobovat rozdíly v samotné diagnóze. Pokud je u dítěte stanovena diagnóza vývojové dysfázie, pak automaticky spadá do SPC logopedické, kdežto u autismu po SPC pro děti s PAS. Stává se tak častokrát situace, kdy dítě putuje z jednoho školského zařízení do druhého pouze na základě „měnící se“ diagnózy, podle toho, kterého odborníka navštíví (Vacková, 2019). Pospíšilová (2018) klade důraz na přesné definování pragmatické komunikační poruchy a vývojové dysfázie, který by měl napomoci k diferenciálnímu rozlišení od PAS. Jako možnou cestu uvádí Test pragmatického jazyka (Test of Pragmatic Language, TOPL-2), který v době psaní publikace ověřovala na české populaci v rámci vlastní praxe.

U dětí s vývojovou dysfázií se setkáme s poruchami percepce (zejména verbální sluchovou agnózií, fonologickými poruchami, s deficitem ve vnímání sekvencí, zpomaleným tempem zpracování verbálních podnětů, obtížemi s diskriminací zvuku), s poruchami pozornosti, paměti (především krátkodobé verbální paměti, pracovní paměti, tzv. artikulační smyčka), s deficitem exekutivních funkcí a integračních dovedností, motorickou neobratností a vizuoprostorovými obtížemi. V klinické logopedii v České republice není standardizovaný test řeči, který by nám bezpečně určil diagnózu „vývojová dysfázie“. V době psaní Kompendia klinické logopedie uvádí Pospíšilová (2018), že probíhá standardizace testu receptivní slovní zásoby Peabody Vocabulary Test. Standardizace tohoto testu by mohla významně usnadnit stanovení diagnózy (Vacková, 2019).

Po zaškolení lze využívat Bayleyové škály (2006) určené pro děti do 3 let. Třetí aktualizovaná verze na rozdíl od dřívější druhé verze nemá stále české normy. Administrací mentální a motorické škály a škály chování tak lze získat cenné informace o aktuálním vývoji dítěte a míře poruchy. Nevýhodou této škály lze označit menší počet položek ke zjištění úrovně řeči (Vacková, 2019). Ke zjištění percepčně motorických schopností je vhodné užít kresebných technik, které jsou velmi nenáročné a efektivně nám umožní zjistit potřebné informace. Mezi tyto testy lze zařadit Test obkreslování (Matějček & Vágnerová, 1992) a Kresba postavy (Šturma & Vágnerová, 2010). U dětí s vývojovou dysfázií pozorujeme typické znaky, které nám pomáhají ke stanovení diagnózy a následovnému sledování průběhu vývojové poruchy (př. grafomotoriky). Obecně většinou platí, že kresba bývá u intaktních jedinců oblíbená a žádaná aktivita, což nelze konstatovat u dětí s vývojovou dysfázií. Během vyšetření u těchto dětí lze pozorovat projevy strachu z neúspěchu až po úplné odmítání kresby (Vacková, 2019).

Přínosnější v diagnostice grafomotoriky se jeví využívání testů na nedostatky „midline crossing“ – jako příklad lze uvést Test QHP (quantification of hand preference), který lépe ukazuje na nevyzrálou či dominantní CNS (Dlouhá, 2017). V logopedické péči se využívají také testy Ozereckého – Vyšetření jemné motoriky dle Ozereckého a Kwinta – Test aktivní mimické psychomotoriky dle Kwinta (Škodová, 2009), tyto testy však dle zkušeností z praxe neumožňují získat plnohodnotné informace o stavu motoriky a je vždy nutné je při jejich užívání doplnit o detailnější informace z jiných testovacích nástrojů (jako příklad lze uvést MABC-2 Test motoriky pro děti (Henderson, Sugden, & Barnett, 2014), Test 3F (Roubíčková & Hedánek, 2011)) (Vacková, 2019).

Má-li logoped i psychologické vzdělání, pak smí po zaškolení používat standardizovaný Standfortský Binetův inteligenční test – IV. Revize (Thorndike, Hagen, & Sattler, 1996), který

je vhodný pro děti od 3 let. Nevýhodou tohoto testu je samozřejmě jeho menší atraktivnost testového materiálu oproti jeho starší verzi S-B testu. Pro děti s komunikačními obtížemi je doporučováno testování pomocí SON-R 2 ½–7 (Tellegen, Laros, & Heider, 2008). Přínosem SON-R 2 ½–7 je skutečnost, že se jedná o neverbální inteligenční test použitelný již od 2,5 roku pro děti. Nevýhodou je jeho vysoká pořizovací cena (Vacková, 2019). V poměrně novém psychologickém testu IDS (Grob, Meyer, & Hagmann, 2013) je předností zjištění úrovně neverbálního pojmového myšlení, fonologického sluchu a sluchové paměti v rámci vyšetření kognitivního vývoje. Mimo motorické zkoušky dále obsahuje subtesty ke zjištění informací o expresivní, receptivní řeči a socioemočních kompetencích, které nám dále poskytují důležité informace v rámci diferenciální diagnostiky vývojové dysfázie od PAS (Vacková, 2019).

5.3.2. Terapie vývojové dysfázie

Pokud chceme dosáhnout úspěšné terapie, vždy je podmíněna týmovou spoluprací napříč obory. V prvotní fázi Škodová (2007) uvádí důležitost především spolupráce klinického logopeda, lékaře (foniatr, pediatr, neurolog) a klinického psychologa. V pozdějších fázích je nutné do terapie zařadit i pedagoga a pracovníky speciálněpedagogických center. Stále avšak zůstává stěžejní úzká spolupráce s rodinou jedince se všema odborníky. V minulém století se terapie vývojové dysfázie zaměřovala spíše pouze na rozvoj řeči a úpravu formální stránky – artikulace, což vedlo k tomu, že sice terapie došla k úspěchu v úpravě řeči, avšak na úkor ostatních dovedností nezbytných ke školní zralosti a úspěšnému počínání. Škodová také uvádí, že okolo minulého desetiletí se terapie přesunula, kdy podstatou je rozvoje komunikačních dovedností a zaměřením na osobnost jedince s vývojovou dysfázií jako na komplex nezaměřující se pouze na složku řeči. Do celkové terapie tedy zařazuje rozvoj: zrakového vnímání; sluchového vnímání; myšlení; paměti a pozornosti; motoriky; schopnosti orientace; grafomotoriky; řeči (Škodová, 2007). Tyto dovednosti nelze cvičit izolovaně a je nutná vzájemná provázanost, vývoj jedince s vývojovou dysfázií je velmi nerovnoměrný a individuální, je třeba jak rehabilitaci, tak edukaci a reedukaci výše zmíněných dovedností kombinovat, aby nacvičené postupy mohl jedince realizovat co nejvíce a využil již nabytých dovedností, což se nejčastěji uplatňovalo v logopedických školách.

Pro ideální stav vývoje jedince a úspěšné terapie je nejvhodnější koordinované, komplexní a oboustranné působení klinického logopeda, ostatních kliniků, dítěte, rodiny a školy, jak uvádí Pospíšilová (2018). V aktuálních trendech ve vědě operujeme s teorií „Theory of mind“. Tato teorie je vymezována jako schopnost usuzovat na mentální stavy a vůbec psychický život druhých lidí. Zahrnuje tedy schopnost usuzovat mj. na emoce, přání, touhy,

potřeby, ale také představy, přesvědčení a názory druhých lidí a schopnost tyto mentální stavy a obsahy druhým lidem prisuzovat (Sedláková, 2004). Jedním ze základních pravidel terapie vývojové dysfázie lze uvést právě to, že stimulace recepce vždy přechází expresi. Ve spojitosti s touto teorií vznikl výzkum, kdy k včasnosti léčby s důrazem na komunikační dovednosti snižuje problémy, které mohou nastat v budoucnu v sociálních situacích, k tomuto je však zapotřebí právě vyšší úroveň ToM. Právě tento výzkum zahrnoval intaktní jedince a jedince s vývojovou dysfázií, kdy bylo zjištěno, že schopnost Theory of Mind je možné posunout pomocí systematického výcviku (Nilsson, a další, 2016).

Zrakové vnímání je vhodné rozvíjet od úplného začátku, a to od schopnosti rozlišovat detail směrem shora dolů, následovně rozpoznání polohy vlevo vpravo, právě tato dovednost nám umožňuje následovně správný nácvik čtení. Vývojová dysfázie není závislá na zraku, respektive zrakovém analyzátoru, jelikož ten nezpůsobuje opoždění, nýbrž na centrálním zpracování určitého vjemu. Právě úkoly, které jsou podobné úkolům ze subtestů, lze využít při terapii k základnímu nácviku rozvoje zrakového vnímání a kresby (Škodová, 2007). Toto je pouze jeden z materiálů, které lze využít. V praxi se hojně využívají i různé materiály, jako je například kniha Najdu Edu na posedu, kdy na dvojstránce jsou vždy téměř totožné obrázky, které se liší několika rozdíly, jedinec má za úkol rozdíly nalézt, navíc je dvojstrana obohacena o básničku, kterou lze během pozorování obrázku recitovat, vždy je dvojstrana zaměřena na určité hlásky, proto je vhodné využít dvojstranu, která obsahuje hlásky, které jedinci nečiní problém a nebude to působit interferenčně na motivaci.

Jedinci s vývojovou dysfázií mají obtíže i ve sluchovém vnímání, a proto je vhodné je efektivně rozvíjet. Důležité je si uvědomit, že jedinci s vývojovou dysfázií mají poruchu v oblasti časového zpracování akustického signálu, nedokážou rozlišit klíčová slova pro pochopení obsahu sdělení. K tomuto je přidružená i porucha krátkodobé paměti, která způsobuje nedokonalou fixaci mluvních vzorů, toto výrazně komplikuje edukaci a terapii samotnou, jelikož jedinci činí problém zopakovat i kombinace několika slabik. Pokud je narušen i fonemický sluch a diferenciací zvuků řeči, což velmi často bývá, může docházet k specifickým poruchám učení, především dyslexii a dysgrafií. Tyto zkušenosti jsou potvrzeny i v praxi, kdy často se jedná o přidruženou poruchu k primární diagnóze (Pospíšilová, 2018). U jedinců s vývojovou dysfázií je narušena rytmika a tempo řeči, které rozvíjíme za pomoci rytmického cvičení, Orfových nástrojů, nebo například za využití technických pomůcek, jako je bzučák. Jedinec má problém zopakovat i velmi jednoduchou rytmiku, nejčastěji v důsledku narušení krátkodobé paměti. Velmi dobrým příkladem nácviku diferenciací zvuku, je při

nácviku sykavek, kdy k jednotlivým hláskám přiřadíme obrázek a jedinec má za úkol identifikovat co logoped předvedl, (v rámci sykavek nejčastěji následovně: C – cvrček, S – had, Z – moucha, Č – kočka, Š – mašina, Ž – letadlo), pokud to jedinec zvládne na úrovni hlásek, přesuneme se na úroveň slabik, poté slov.

Při rozvoji myšlení zohledňujeme, že charakteristické pro vývojovou dysfázii je výrazně nerovnoměrné rozložení jednotlivých schopností, a to i na úrovni verbálních a neverbálních schopností, především v neprospěch verbálních (Škodová, 2007). Pokud je však přítomné mentální postižení, pak je většinou obraz více vyvážen a mezi neverbální a verbální složkou nejsou tak velké diskrepance, obě složky jsou sníženy. Riziko malé nebo nesprávné stimulace vývoje řeči, může nastat při preferenci pouze formální stránky řeči před obsahovou stránkou, tedy pouze úprava artikulace, se sekundárně mohou zhoršovat rozumové schopnosti dítěte, jak uvádí Kaprál (1982). Pokud je tedy adekvátní rozvoj obsahové složky řeči, pak se rozvíjí i intelekt jedince. Rozvoj obsahové stránky řeči je předpoklad ke vzdělávání a rozvoji osobnosti jedince.

Průběžně do všech terapií zařazujeme alespoň jedno cvičení na rozvoj paměti a pozornosti. Terapeutické metody i postupy volíme individuálně dle schopností jedince, co se jeví jako nejvíce efektivní (Říčan, 2006). Opakování procvičovaných činností a pracovních postupů, kterými se jedinec učí požadovanou činnost zvládat, má klíčový význam pro další osobní rozvoj jedince s vývojovou dysfázií. Využít lze opět materiály zaměřené na vyhledávání rozdílů na dvou téměř totožných obrázcích.

Motoriku, ať již jemnou či hrubou, rozvíjíme, jelikož je jednou z nenápadnějších v klinickém obraze. Jedinec s vývojovou dysfázií působí až dyspraxii, či je dyspraxie vyložena součástí klinického obrazu. Jak při diagnostice, tak i při následné terapii, je nutné se zaměřit na komplexní obraz jedince včetně rozvoje a sledování motoriky. Celková neobratnost je zřetelná ve všech aktivitách a hrách, nejvíce v období předškolního věku, kdy dítě má obtíže v koordinaci horních a dolních končetin. Patrné je to zejména u výskoku, přeskočení snožmo, skoky na jedné noze či stoj na jedné noze, nápadné i u chůze do schodů i ze schodů – dítě se přidržuje, dělá mu problém střídat nohy, tempo je zpomalené a nejisté.

Rozvoj motoriky mluvidel je velmi často vyžadován v rámci dosažení optimálního terapeutického plánu. Více než samotný pohyb mluvidel dělá problém koordinace těchto pohybů. Obtíže s diadochokinézou, jak s fonací, tak bez fonace, jedinec má tendence ulpívat na předchozím pohybu (př. Při protruzi rtů, kdy následně se má usmát, jedinec stále přetrvává v protruzi a přechod je neplynulý). Optimální je nácvik oromotorických cvičení, které jedinec

sám zvládne a může je tedy vykonávat i mimo prostředí logopedické ambulance (Pospíšilová, 2018). Hrubou terapeutickou chybou, které by se mohl logoped dopustit, by bylo výběr oromotorických cvičení sloužící pouze k úpravě artikulace, dle metodik na terapii dyslalie, bez toho, aniž by zvládl průpravná oromotorická cvičení předcházející těmto cvikům. Pokud jedinci činní problém hrubá motorika a koordinace pohybů končetin, pak jedinec bude mít velké obtíže i v motorice mluvidel.

Největší těžkosti mívají jedinci s vývojovou dysfázií ve vnímání a chápání časových vztahů. Tyto vztahy totiž nechápe a nedokáže je verbálně popsat, a popisuje je za pomoci činností, které se k časovému úseku vážou (Škodová, 2007). Nedostatek v časové orientaci souvisí pravděpodobně spíše s poruchou verbálního označení času než s poruchou vnímání samotného času. Úspěšný rozvoj orientace je podpořen spoluprací logopeda, rodiny, klienta ale právě i zařízení, které jedinec navštěvuje (MŠ, ZŠ apod.).

Jak je již zmíněno mnohokrát v této kapitole diplomové práce, v klinickém obraze vývojové dysfázie je zřetelný deficit v kresbě, která slouží i jako diagnostický podklad pro klinického psychologa. Při nácviu základních kresebných dovedností postupujeme systematicky od triviálních forem po komplexní. Vždy je nutno jedinci předvádět přesný postup jednotlivých kroků, ideálně aby simultánně kreslil s terapeutem a tím si dovednosti prakticky zkoušel a vštěpoval (Škodová, 2007).

Při rozvoji samotné řeči bereme v potaz typ vývojové dysfázie. Často dochází ke smíšeným formám vývojové dysfázie a je nutné brát zřetel na individuální rysy jedince a vždy terapeutický plán vypracovávat přímo na určitého klienta. Nelze v rámci vývojové dysfázie užívat uniformních nacvičených postupů, nutné je vždy přímá spolupráce s jedincem i jeho okolím.

PRAKTICKÁ ČÁST

6. Praktická část

Praktická část diplomové práce využívá výzkum kvantitativního charakteru, kdy výzkumnou metodou bylo zvoleno a využito dotazníkového šetření. V praktické části diplomové práce je stanoven hlavní cíl, dílčí cíle a charakteristika zvolené výzkumné metody. Největší část praktické části je analýza a zhodnocení výsledků z dotazníkového šetření, zjišťující aktuální stav spolupráce logopeda a psychologa při diagnostice a následné terapii narušené komunikační schopnosti na území České republiky.

6.1. Formulace hlavního cíle, dílčích cílů a výzkumných otázek výzkumu

Diplomová práce si klade za cíl zjistit, jaký je aktuální stav spolupráce logopeda a psychologa při diagnostice a terapii narušené komunikační schopnosti v aktuálních podmínkách v České republice. Z hlavního cíle tedy vyplývá, že výzkumným souborem dotazníkového šetření jsou logopedi, kliničtí logopedi, psychologové a kliničtí psychologové na území České republiky.

Kromě hlavního cíle si práce stanovuje i dílčí cíle. Dílčími cíli práce jsou:

- Zjistit, zda se spolupráce logopeda a psychologa mění v závislosti na resortu působení odborníků.
- Určit, zda se mění subjektivní potřeba spolupráce logopeda a psychologa mezi odborníky z oblasti logopedie a psychologie.
- Identifikovat, jaké faktory nejvíce ovlivňují spolupráci logopeda a psychologa v aktuálních podmínkách v České republice.
- Zjistit diagnózy, při kterých je spolupráce logopeda a psychologa nejčastější z pohledu odborníků z praxe.
- Zjistit, zda spolupráce logopeda a psychologa je dlouhodobá či pouze jednorázová v rámci diagnostiky / diferenciální diagnostiky.
- Zmapovat, zda je v České republice dle odborníků z oboru logopedie a psychologie dostatek logopedů a psychologů.

Na základě teoretických východisek a stanovených cílů byly určeny výzkumné otázky.

- VO1: Jaký je stav spolupráce logopeda a psychologa při diagnostice narušené komunikační schopnosti?
- VO2: Jaký je stav spolupráce logopeda a psychologa při terapii narušené komunikační schopnosti?

- VO3: Je diagnostika a terapie narušené komunikační schopnosti dle vlastní zkušenosti odborníků pouze v kompetenci jednoho z odborníků nebo by měla být komplexní?
- VO4: Považují odborníci v oboru logopedie a psychologie spolupráci logopeda a psychologa za dostatečnou v aktuálních podmínkách v České republice?
- VO5: Při právě jakých třech diagnózách je dle odborníků o oboru logopedie a psychologie spolupráce logopeda a psychologa nejčastější?
- VO6: V čem spatřují odborníci překážky komplexní spolupráce logopeda a psychologa?

6.2. Metodologie výzkumu

Jak je již zmíněno v předchozích podkapitolách, výzkumnou metodou výzkumu této diplomové práce je dotazníkové šetření. Distribuce tohoto šetření lze vykonat mnoha způsoby, ať už personálním setkáním, poštou či v dnešní digitální době v elektronické podobě za pomoci e-mailu a jiných online platforem. Dotazníkové šetření lze definovat jako způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí (Gavora, 2000 str. 99). Zároveň lze však dotazníkové šetření popsat jako soustavu předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny, a na které dotazovaná osoba neboli respondent, odpovídá písemně (Chrásková, 2016). Jako vysoce efektivní techniku, která umožňuje poměrně snadno získat informace od velkého počtu jedinců v krátkém čase s malým nákladem, hodnotí dotazníkové šetření Disman (2002).

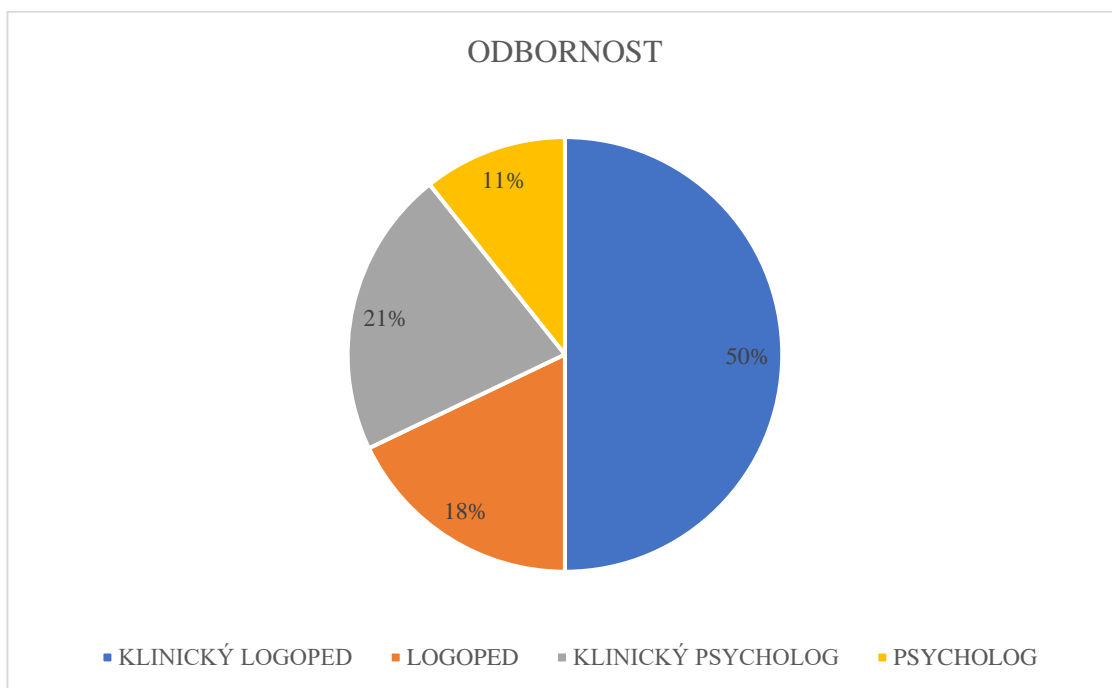
6.2.1. Distribuce a sběr dat dotazníkového šetření

Dotazníky byly distribuovány respondentům od druhé poloviny února do konce března 2023 online digitální formou (e-mailovou korespondencí). Seznamy členů z řad klinických logopedů jsou volně dostupné na internetových stránkách Asociace klinických logopedů (AKL). Seznamy logopedů a psychologů jsou volně dostupné na internetových stránkách Asociace pracovníků speciálně pedagogických center (APSPC), po rozkliknutí vždy určitého kraje. Seznamy psychologů a klinických psychologů jsou k dostání na internetových stránkách Asociace pracovníků Pedagogicko-psychologických poraden (APPPP). Další kontakty jsou k nalezení v dokumentech Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT), pod záložkou vzdělávání, speciální vzdělávání a posléze adresy a kontakty, kde jsou volně přístupné tyto informace.

Po osobních zkušenostech výzkumníka a zhodnocení volně dostupných platforem pro publikování a administraci dotazníkového šetření, byla zvolena a využita platforma GoogleForms, která nabízí bezplatný sběr dat ve formě excelových tabulek a grafů.

6.3. Analýza výsledků dotazníkového šetření

Realizace výzkumu samotná proběhla od druhé poloviny února 2023 do konce března 2023, kdy do poloviny dubna 2023 docházelo ke kompletaci a analýze získaných dat. Návratnost dotazníků z řad logopedů a klinických logopedů se odhaduje na 43,7 % (129 vyplněných dotazníků), odeslali jsme 295 odkazů na online anonymní dotazníkové šetření. V rámci distribuce mohlo dojít ke zdvojení příjemců napříč platformami. Nakonec se nám navrátilo 61 odpovědí od psychologů a klinických psychologů. V praktické části diplomové práce jsou zobrazeny grafy zobrazující výsledky dotazníkového šetření. Dotazník obsahoval celkem 12 položek (8 uzavřených, 3 polouzavřené a 1 otevřená), kdy 1. položka byla na rozřazení odborníků do čtyř skupin (logoped, klinický logoped, psycholog, klinický psycholog) dle odbornosti. Otázky byly vždy v neměnném a exaktním pořadí. V níže předloženém grafu č. 1 je zřetelné rozložení odborníků.

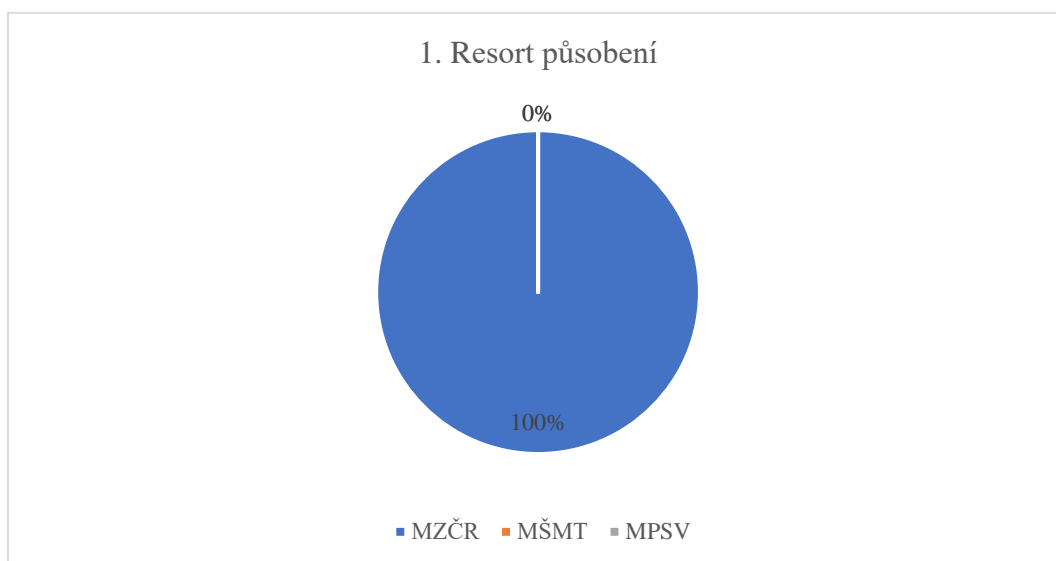


Graf 1 Rozložení odborníků v dotazníkovém šetření

6.3.1. Dotazníkové šetření – logopedi

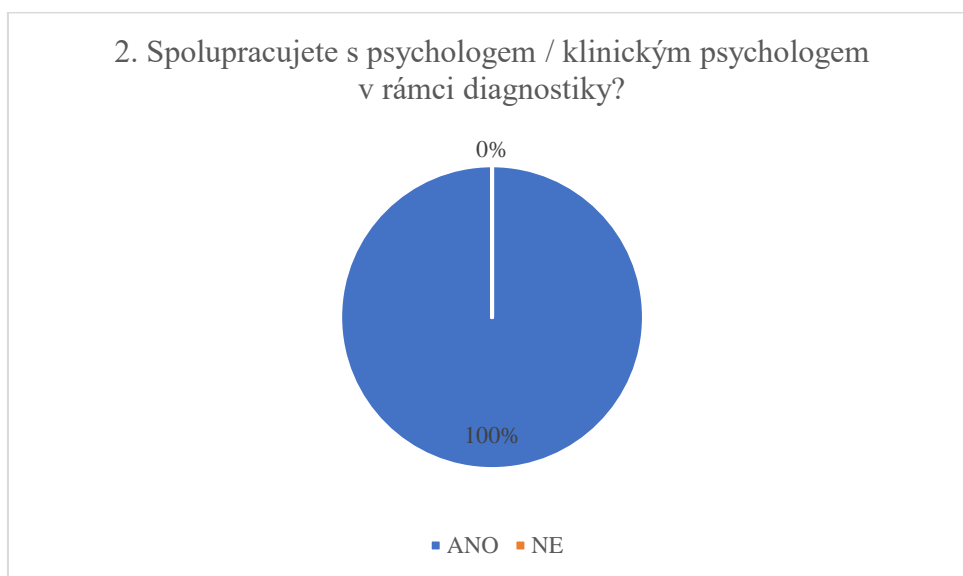
První skupina odborníků – logopedi – byla zastoupena 34 respondenty. V první položce samotného dotazníkového šetření byly logopedi dotázáni, ve kterém resortu působí. Na výběr

byly následující resorty: MZČR, MŠMT a MPSV, jednalo se tudíž o polouzavřenou položku. Všichni respondenti uvedli, že působí pouze v resortu MZČR, jak je graficky znázorněno v grafu č. 2.



Graf 2 Resort působení logopedů

Další položkou jsme se dotazovali, zda logopedi spolupracují s psychologem / klinickým psychologem v rámci diagnostiky. Všichni logopedi uvedli, že během diagnostiky spolupracují s odborníky řad psychologie. Výsledky je možné vidět v grafu č. 3.



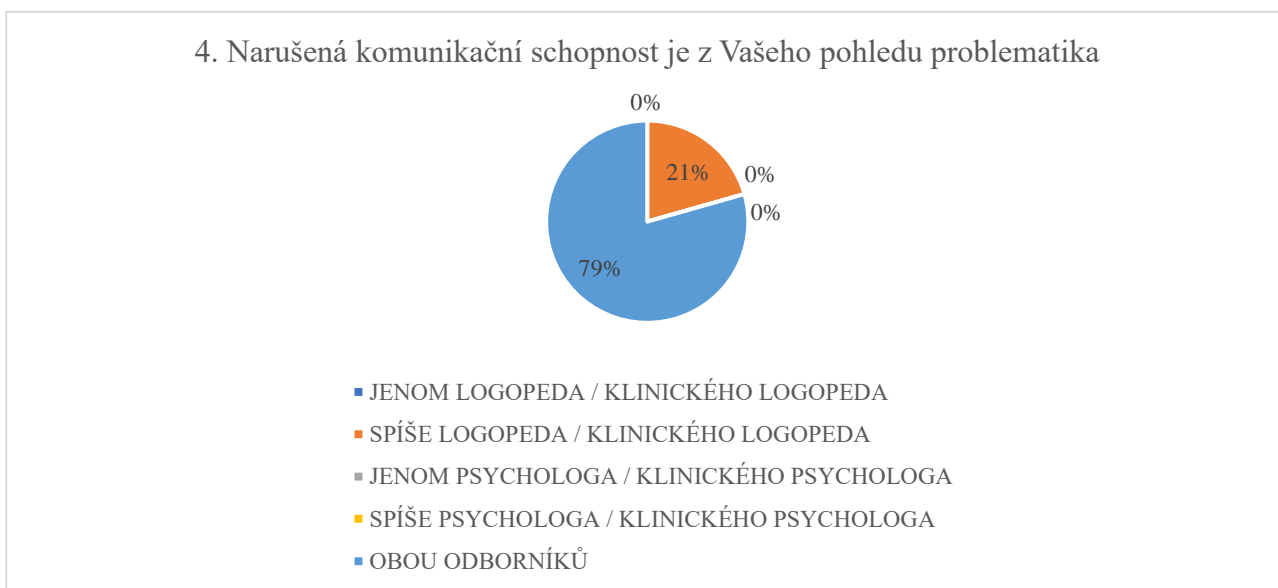
Graf 3 Spolupráce logopeda s psychologem / klinickým psychologem v rámci diagnostiky

Ve třetí položce jsme se dotazovali, zda logopedi spolupracují s psychologem / klinickým psychologem, tentokrát v rámci terapie. Všichni logopedi uvedli, že během terapie nespolupracují s odborníky řad psychologie, jak je zřejmé z grafu č. 4.



Graf 4 Spolupráce logopeda s psychologem / klinickým psychologem v rámci terapie

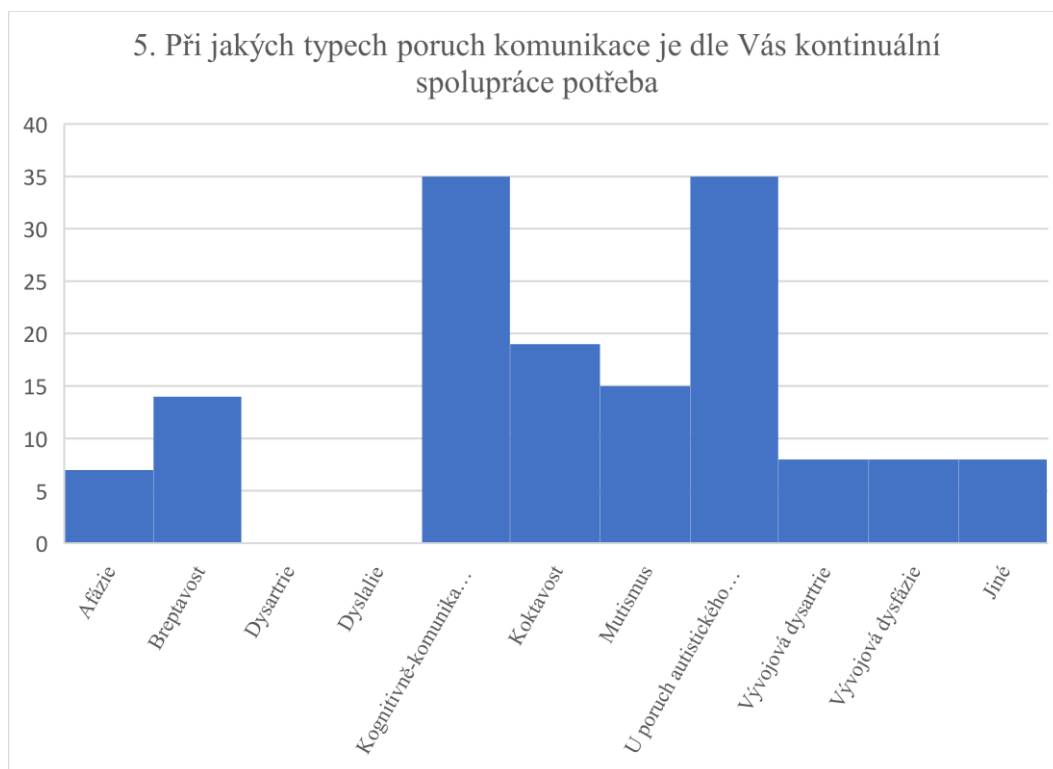
Ve čtvrté položce, která byla taktéž uzavřená, v dotazníku určeném pro logopedy, jsme zjišťovali, či je narušená komunikační schopnost z jejich pohledu problematika. Jak je zřejmé z grafu 79,4 % (27 respondentů) uvedlo, že se jedná o problematiku obou odborníků, zbylých 20,6 % uvedlo, že NKS je problematika spíše logopeda. V grafu číslo 5 je vidět rozložení odpovědí.



Graf 5 Narušená komunikační schopnost kompetence z pohledu logopeda

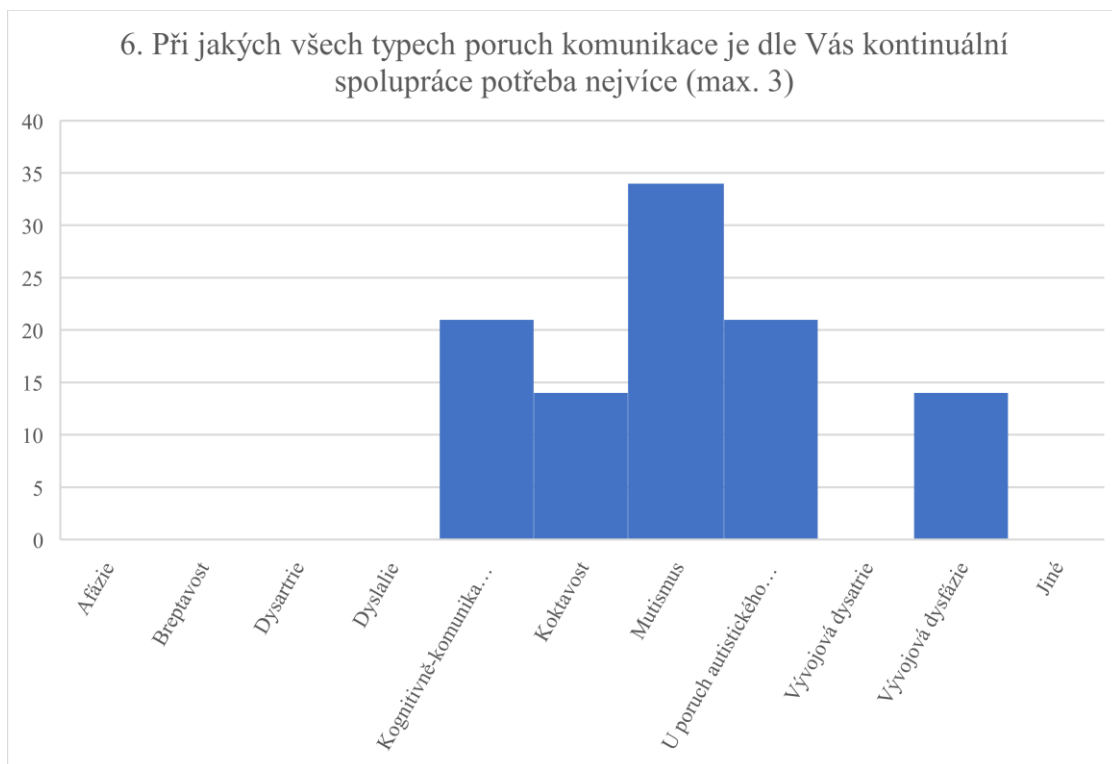
Pátá položka byla polouzavřená s možností výběru několika odpovědí. V této položce respondenti měli na výběr z předem určených 9 položek ještě položku „jiné“, kde mohli zapsat jakoukoliv výše nezmíněnou poruchu komunikace. Výběr byl vybrány na základě výsledků pilotní studie. Tato položka měla za úkol zjistit, při jakých diagnózách považují odborníci

kontinuální spolupráci za potřebnou. Sedm respondentů využilo možnosti „jiné“ a uváděli kombinované vady. Výsledky je možné vidět v grafu č. 6, kdy 100 % respondentů uvedlo kognitivně-komunikační poruchy a mutismus. Dále pak 82,4 % (což odpovídá 28 respondentům) uvedlo i kocktavost.



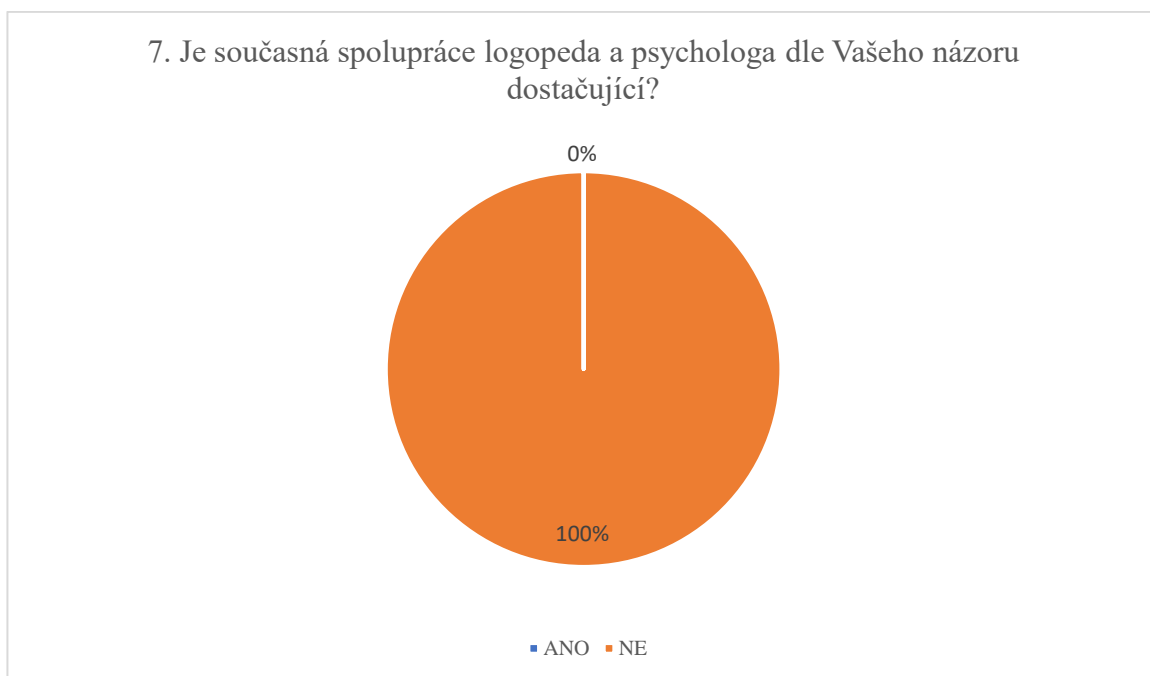
Graf 6 Typy poruch komunikace vyžadující kontinuální spolupráci logopeda a psychologa z pohledu logopeda

Hned následující položka byla opět polouzavřená s možností přidání vlastní odpovědi. Tato položka přímo navazovala na předchozí položku a z opět stejného výčtu diagnóz měl respondent určit, které tři diagnózy považuje za nejdůležitější v rámci spolupráce. Jak je z grafu č. 7 zřetelné, nejvíce důležitá je dle respondentů z řad logopedů spolupráce při kognitivně-komunikačních poruchách (34 respondentů což odpovídá 100 %), u poruch autistického spektra (34 respondentů což odpovídá 100 %) a kocktavost (28 respondentů což odpovídá 82,4 %).



Graf 7 Tři diagnózy, které potřebují nejvíce spolupráci odborníků dle logopedů

Položka s číslem 7 se dotazovala, zda je současná spolupráce mezi logopedem a psychologem z jejich pohledu dostačující. Všichni logopedi (tedy 100 %) uvedli, že je nedostatečná. Výsledky z této položky jsou k vidění v grafu číslo 8 níže.



Graf 8 Zda je dle logopedů současná spolupráce dostačující

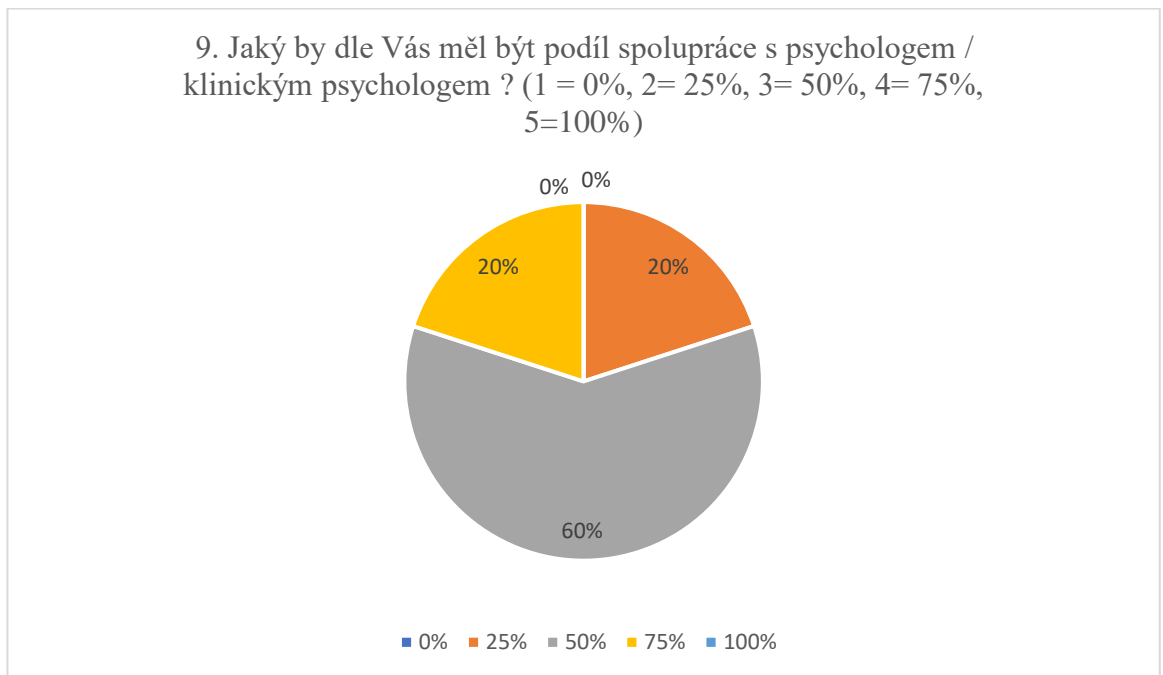
Jediná otevřená otázka celého dotazníkového šetření přímo navazovala na otázku číslo sedm, kdy respondenti měli odůvodnit svou odpověď u předchozí otázky. V tabulce číslo dva níže předkládáme některé z odpovědí respondentů z řad logopedů.

<i>„Odesílám v rámci diferenciatní diagnostiky a účel to plní. Problém současné doby je to, že každý psycholog je diagnostik ale nikdo není terapeuticky zaměřený.“</i>
<i>„Málo psychologu, málo spolupracujících psychologu, málo casu na konzultace, žádná úhrada ve zdravotnickém resortu“</i>
<i>„Spolupráce není propojená, každý pracuje samostatně, bez konzultace klienta“</i>
<i>„Nedostatek psychologů, často nejsou na jednom pracovišti.“</i>
<i>„Logopedů i psychologů je málo, klientů moc, čekací doby jsou moc dlouhé...“</i>
<i>„Měli by mít možnost pracovat v rámci jednoho pracoviště“</i>
<i>„Myslím, že nejsou kapacity logopedů a psychologů být spolu v kontaktu, stránka GDPR apod.“</i>
<i>„Co se dětských pacientů týče: Ačkoliv jsou v nemocnici psychologové, často bohužel nemají dostatečnou kapacitu, aby vyšetřily námi doporučené pacienty. Dospěli pacienti: Spolupráce u nás funguje velmi dobře v rámci diagnostiky, především hospitalizovaných“</i>
<i>„Je potřeba se více zaměřit na psychologickou terapii než jen na jednorázovou diagnostiku“</i>
<i>„S psychologem spolupracuji úzce, sídlíme na stejném patře, sdílíme karty, pacienty spolu konzultujeme, navzájem s dalšími odborníky máme pravidelně semináře. Věřím ale, že jinde spolupráce není taková a je potřeba ji zlepšit“</i>
<i>„Myslím, že by se měla spolupráce zintenzivnit a zintenzivnit i komunikace mezi logopedem a psychologem – nejen prostřednictvím zpráv...“</i>
<i>„Ambulantní specialisti nejsou úplně zvyklí pracovat společně, každý si to potom musí individuálně nastavit ...“</i>
<i>„Ano, je dostačující diagnostika, pokud není potřeba psychoterapie např. U koktavosti, mutismu atd.“</i>
<i>„Jedná se především o nedostatek pedopsychologů a pedopsychiatrů, kdy rodiče čekají na termíny i půl roku nebo je daný odborník přímo odmítne.“</i>

„Z našeho pohledu ano (tam, kde jsme navázali spolupráci), problematická je dostupnost dětských klinických psychologů“

Tabulka 2 Z jakého důvodu logopedům přijde spolupráce logopeda a psychologa ne/dostatečná

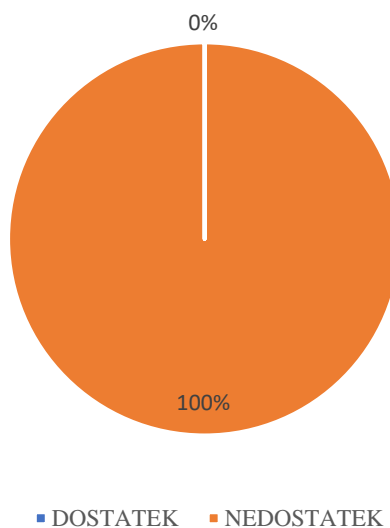
Téměř poslední položkou v dotazníku se dotazovala, jaký by měl být ideální podíl spolupráce s psychologem či klinickým psychologem. Logopedi volili na škále 1-5, kdy hodnoty podílu spolupráce jsme určili následovně: hodnota 1 je rovna 0 %, hodnota 2 je rovna 25 %, hodnota 3 se rovná 50 %, hodnota 4 se rovná 75 % a hodnota 5 je 100 %. V grafu níže můžeme vidět zastoupení odpovědí, kdy nejčastěji logopedi volili hodnotu 3, tedy že by podíl spolupráce měl být 50 %. Nikdo z respondentů nezvolil hodnoty 1 a 5 (tudíž 0 % a 100 %). Pokud bychom měli hodnoty zprůměrovat, pak by vycházelo, že míra spolupráce má vycházet dle logopedů na 45,3 %.



Graf 9 Podíl spolupráce logopeda s psychologem / klinickým psychologem

Předposlední otázkou našeho dotazníkového šetření bylo zjistit názor logopedů, zda je dle jejich názoru v současné době v České republice dostatek logopedů/klinických logopedů. Všichni logopedi (100 %) uvedli, že je nedostatek těchto odborníků. V grafu číslo 10 je grafické znázornění.

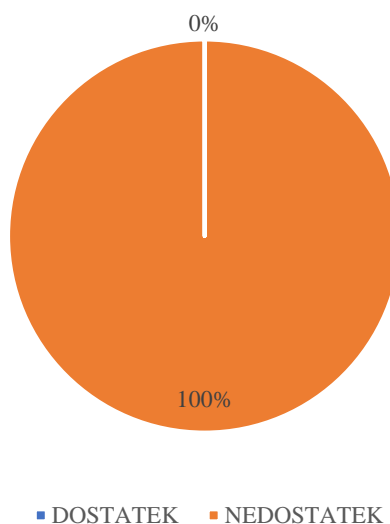
10. Logopedů / klinických logopedů je dle Vašeho názoru v současné době v České republice



Graf 10 Současná situace v České republice v počtu logopedů / klinických logopedů z pohledu logopeda

Poslední položkou dotazníku byla obdobná jako položka předchozí jen s rozdílem, že tentokrát jsme se dotazovali na situaci ohledně psychologů nebo klinických logopedů, zda jich je v České republice dle názorů logopedů dostatek. Všichni logopedi (100 %) uvedli, že je psychologů / klinických psychologů v České republice nedostatek, jak je patrné z grafu číslo 11 níže.

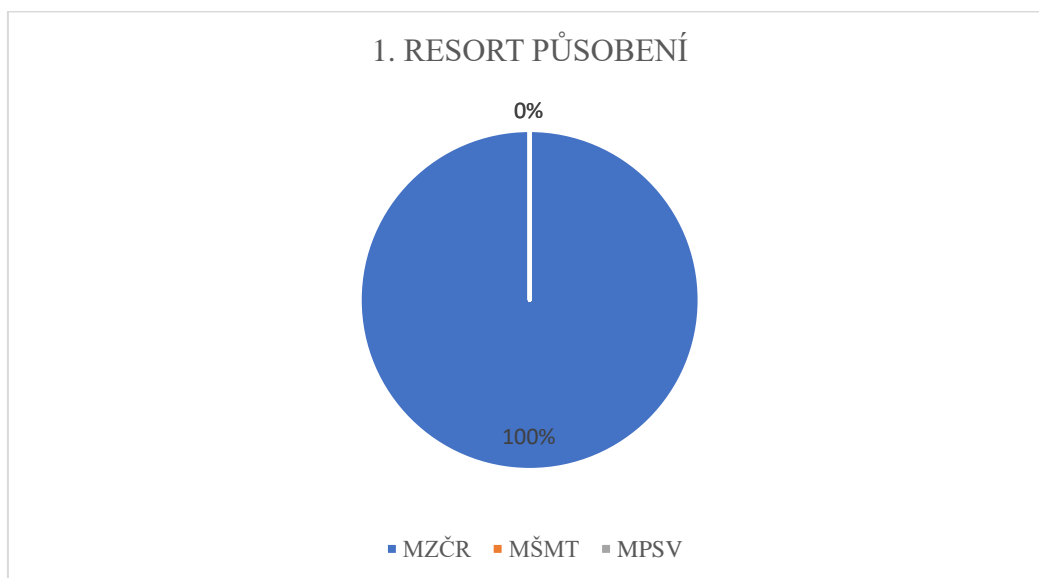
11. Psychologů / klinických psychologů je dle Vašeho názoru v současné době v České republice



Graf 11 Současná situace v České republice v počtu psychologů / klinických psychologů z pohledu logopeda

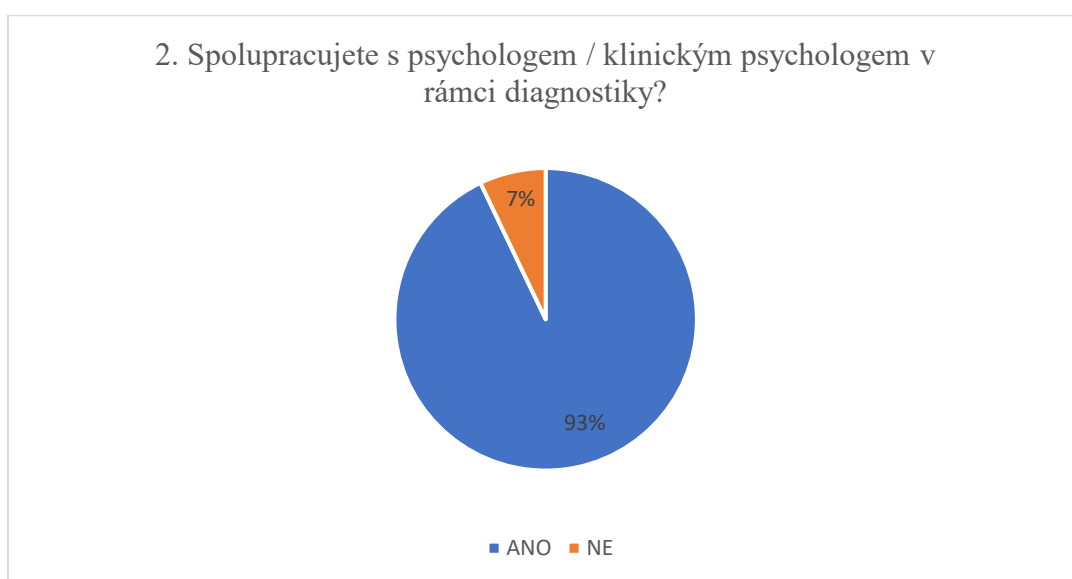
6.3.2. Dotazníkové šetření – kliničtí logopedi

Druhou skupina odborníků – kliničtí logopedi – byla zastoupena 95 respondenty. V první položce samotného dotazníkového šetření byly kliničtí logopedi stejně jako logopedi dotázáni, ve kterém resortu působí. Na výběr byly následující resorty: MZČR, MŠMT a MPSV, jednalo se tudíž o polouzavřenou položku s možností více odpovědí. Všichni respondenti uvedli, že působí pouze v resortu MZČR, jak je graficky znázorněno v grafu č. 12.



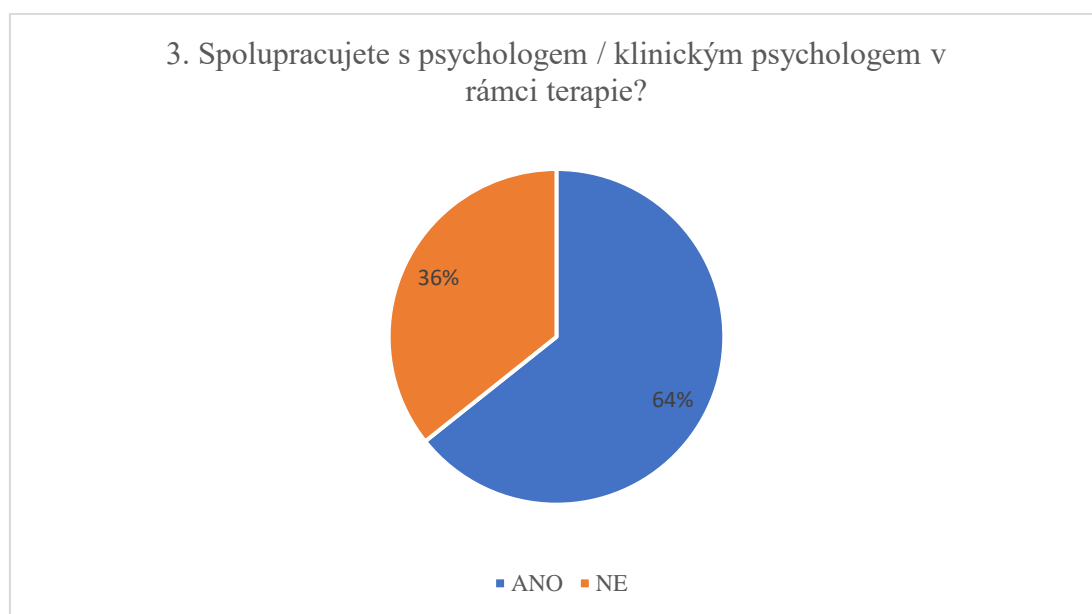
Graf 12 Resort působení klinických logopedů

Druhou položkou jsme se dotazovali, zda kliničtí logopedi spolupracují s psychologem / klinickým psychologem v rámci diagnostiky. Většina (92,6 %) klinických logopedů během diagnostiky spolupracuje s psychologem nebo klinickým psychologem, pouhých 7,4 % (vychází na 7 procent). Výsledky je možné vidět v grafu č. 13 níže.



Graf 13 Spolupráce klinického logopeda a psychologa / klinického psychologa v rámci diagnostiky

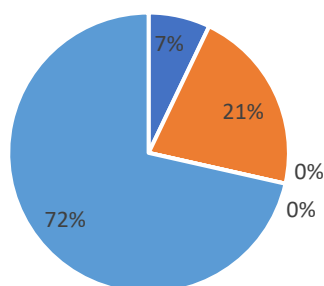
Následující položka byla velmi podobná položce číslo 2, kdy však kliničtí logopedi byli dotazováni na spolupráci s psychologem / klinickým psychologem již v rámci následné terapie. Příjemným zjištěním byly výsledky, kdy 64,2 % (61 respondentů) uvedlo, že s odborníkem z řad psychologie spolupracují i v rámci terapie. Celkem 34 respondentů (vychází na 35,8 %) uvedlo, že během terapie již nespolečně spolupracují. Pokud porovnáme tuto a předchozí položky, můžeme vidět, že 27 respondentů spolupracuje s psychologem / klinickým psychologem tedy pouze během diagnostiky bez návazné spolupráce během terapie. Výsledky jsou znázorněny v grafu č. 14.



Graf 14 Spolupráce klinického logopeda s psychologem / klinickým psychologem v rámci terapie

V následující čtvrté položce, která byla taktéž uzavřená, v dotazníku určeném pro klinické logopedy, jsme zjišťovali, zda je narušená komunikační schopnost z jejich pohledu problematika: jenom logopeda / klinického logopeda, spíše logopeda / klinického logopeda, jen psychologa / klinického psychologa, spíše psychologa / klinického psychologa nebo obou odborníků. Jak je zřejmé z grafu 71,6 % (68 respondentů) uvedlo, že se jedná o problematiku obou odborníků, následně 21 % (20 respondentů) uvedla možnost „spíše logopeda / klinického logopeda“ a pouhých 7,4 % uvedlo, že se jedná o problematiku pouze logopeda / klinického logopeda. Výsledky rozložení odpovědí jsou viditelné v grafu číslo 15 níže.

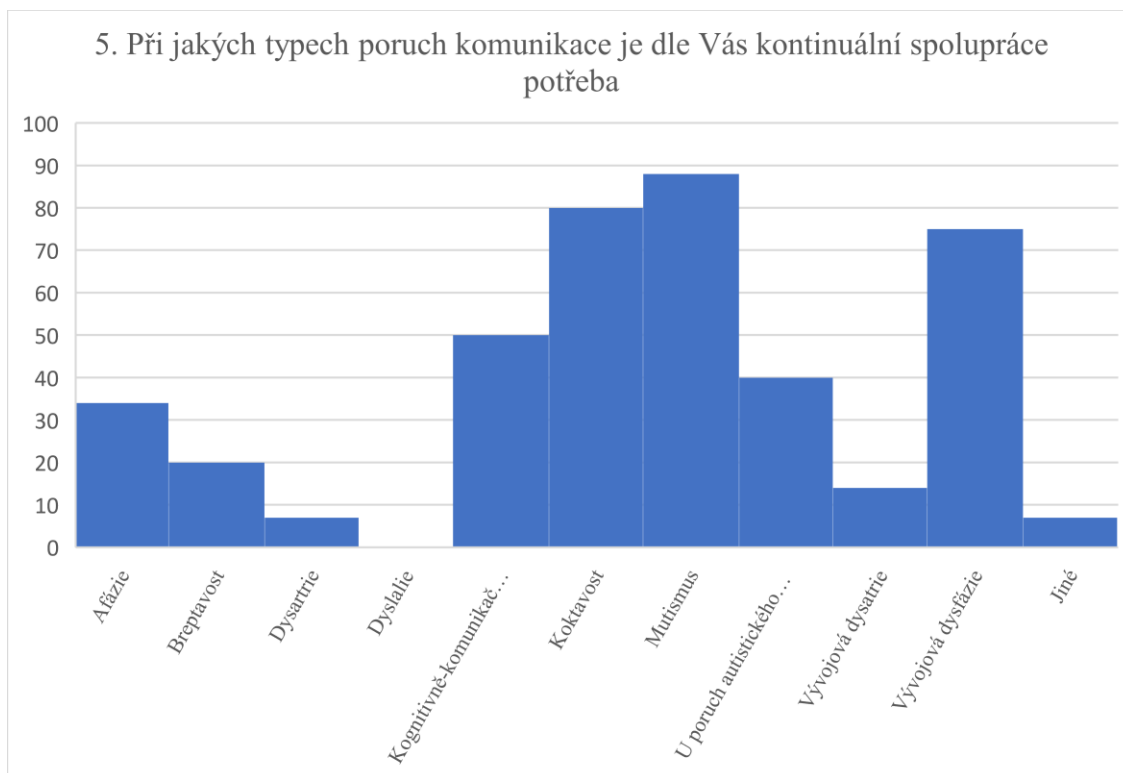
4. Narušená komunikační schopnost je z Vašeho pohledu problematika



- JENOM LOGOPEDA / KLINICKÉHO LOGOPEDA
- SPÍŠE LOGOPEDA / KLINICKÉHO LOGOPEDA
- JENOM PSYCHOLOGA / KLINICKÉHO PSYCHOLOGA
- SPÍŠE PSYCHOLOGA / KLINICKÉHO PSYCHOLOGA
- OBOU ODBORNÍKŮ

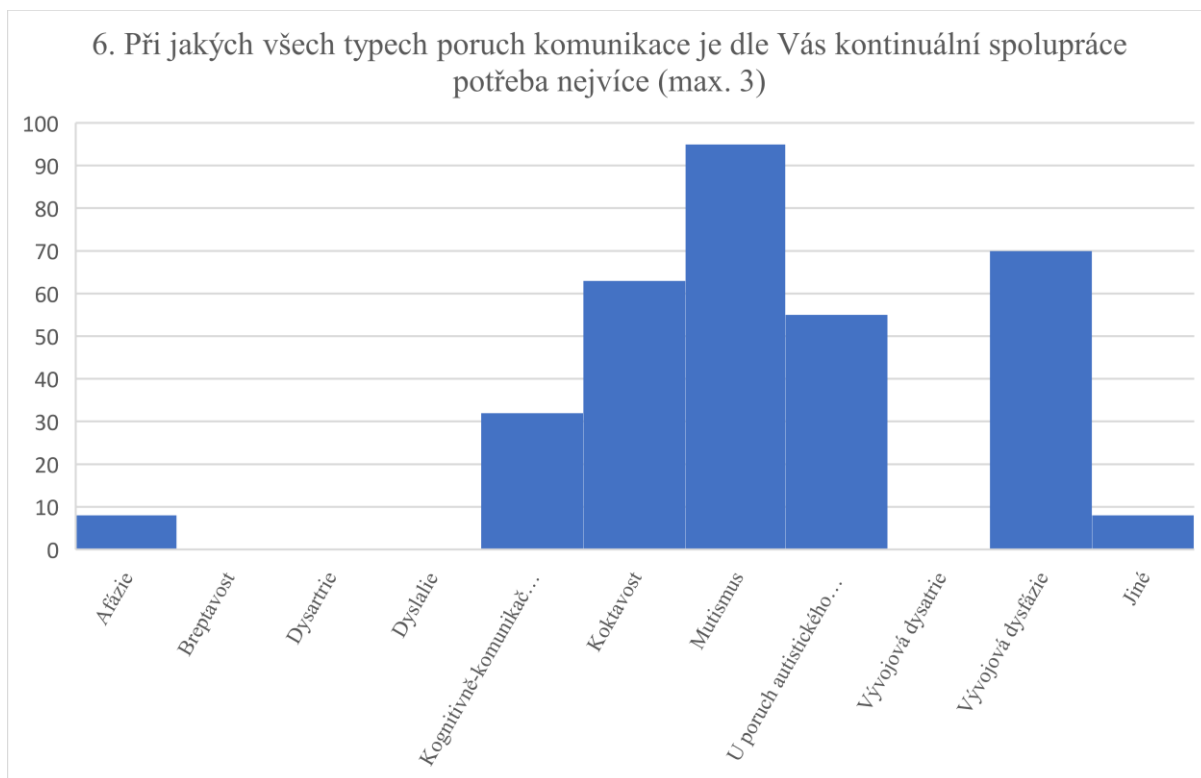
Graf 15 Narušená komunikační schopnost kompetence z pohledu logopeda

Pátá položka byla polouzavřená s možností výběru několika odpovědí. V této položce respondenti měli na výběr z předem určených 9 položek a položku jiné, kde mohli zapsat jakoukoliv v nabídce nezmíněnou poruchu komunikace. Tato položka si kladla za cíl zjistit, při jakých diagnózách považují kliničtí logopedi kontinuální spolupráci za potřebnou. Sedm respondentů využilo možnosti „jiné“ kde nejčastěji uváděli problematiku spojenou se sluchovými vadami. Výsledky je možné vidět v grafu č. 16, kdy 92,6 % (88 odpovědí) respondentů uvedlo mutismus. Dále pak 84,2 % (což odpovídá 80 respondentům) uvedlo i kocktavost. Třetí nejčastější porucha byla uvedena 64,3 % vývojová dysfázie. Výsledky jsou patrné v histogramu níže (graf č. 16).



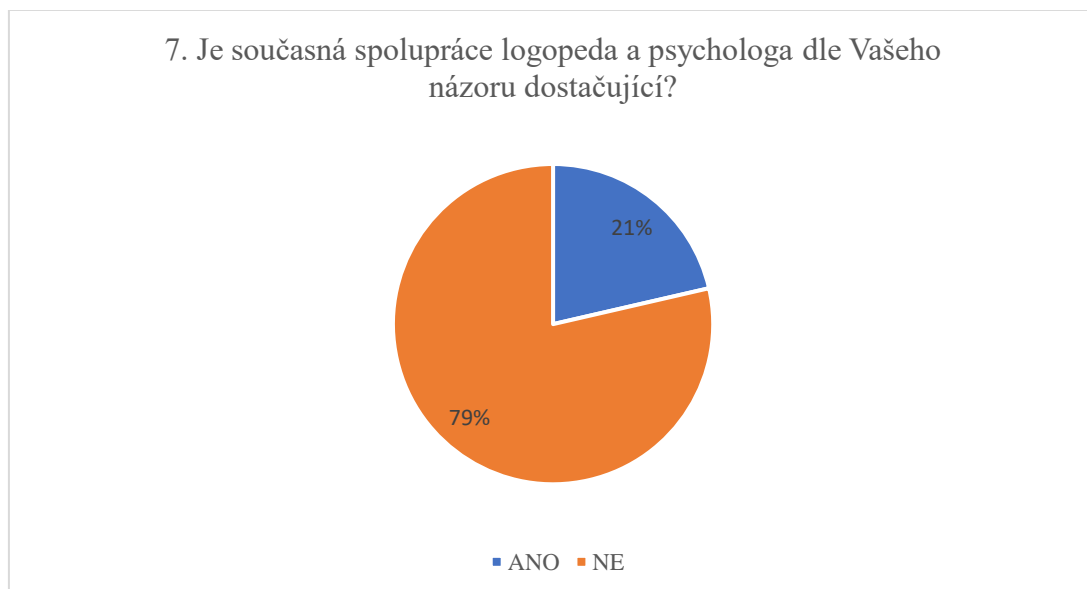
Graf 16 Typy poruch komunikace vyžadující kontinuální spolupráci logopeda a psychologa z pohledu klinického logopeda

Následující položka číslo 6 byla opět polouzavřená s možností přidání vlastní odpovědi. Tato položka přímo navazovala na předchozí a z opět stejného výčtu typu poruch komunikace měl respondent určit, které maximálně tři diagnózy považuje za nejdůležitější v rámci spolupráce. Všichni respondenti (100 %) uvedlo koktavost, na druhém místě vychází vývojová dysfázie s celkem 70 odpověďmi (73,7 %) na třetím místě se umístila koktavost, kterou vybralo 66,7 % respondentů (63 odpovědí). Přidání možnosti „jiné“ využilo 8 respondentů, kdy nejčastěji se vyskytovala odpověď týkajících se symptomatických poruch řeči u osob se sluchovým postižením. Výsledky je možné vidět v histogramu – graf č. 17.



Graf 17 Tři diagnózy, které dle klinických logopedů vyžadují kontinuální spolupráci logopeda a psychologa dle klinických logopedů

Velmi důležitou položkou v našem dotazníkovém šetření byla položka číslo 7. V této položce jsme se dotazovali, zda dle názoru klinických logopedů je aktuální spolupráce logopeda a psychologa dostačující. Jak je patrné z grafu číslo 18, většina (78,9 %) klinických logopedů považuje spolupráci za nedostatečnou. Pouhých 20 klinických logopedů považuje spolupráci za dostatečnou. V grafu číslo 18 je grafické znázornění výsledků.



Graf 18 Názor klinických logopedů na dostatečnost spolupráci logopeda a psychologa

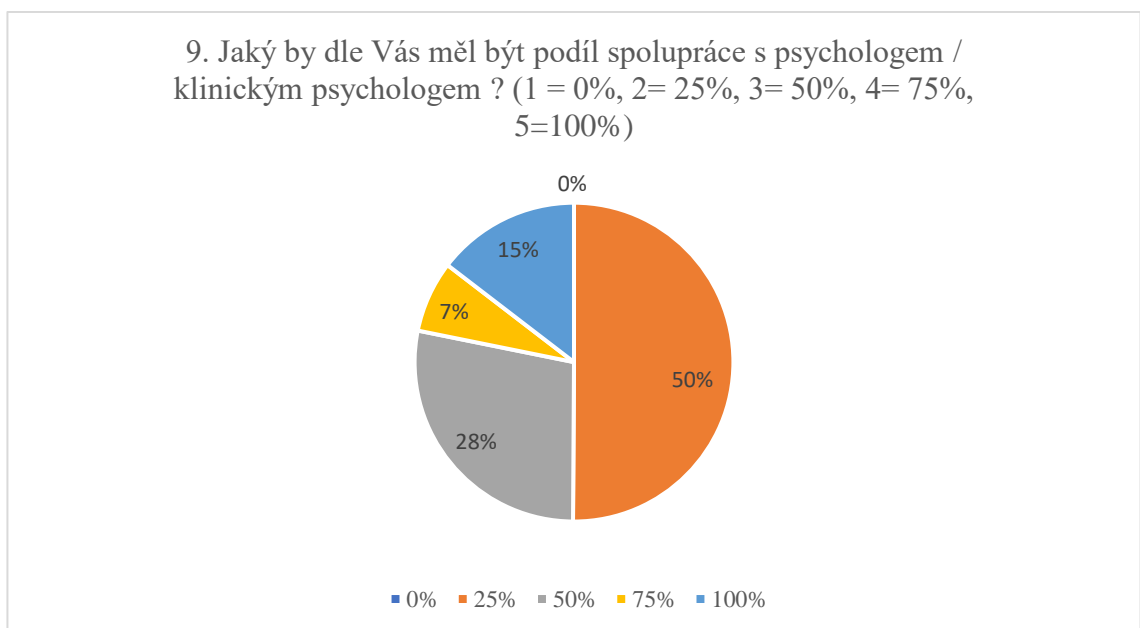
Otevřená položka s číslem 8 v dotazníkovém šetření přímo navazovala na otázku číslo sedm, kdy respondenti měli odůvodnit svou odpověď u předchozí otázky. Častokrát se jako odpověď vyskytoval fakt, že je velký nedostatek psychologů a klinických psychologů, že se často psychologové podílejí pouze na diagnostice, a ne již na terapii. V tabulce číslo 3 níže předkládáme některé z odpovědí respondentů z řad klinických logopedů.

<i>„Chybí kliničtí psychologové, kteří se zabývají NKS a její terapií“</i>
<i>„Nutná větší provázanost v komunikaci rodič – logoped – psycholog - větší důraz na podporu rodiče - ne pouze čistá diagnostika“</i>
<i>„vysoké riziko emočně-sociálních deficitů, zesílení psychosomatiky“</i>
<i>„Z mých zkušeností je spolupráce většiny mých kolegů d klinickým psychologem spíše ojedinělá. Často jde pouze o doplnění či upřesnění diagnózy, ale kontinuální spolupráce funguje minimálně“</i>
<i>„Nedostatek logopedie i psychologů, neochota ke spolupráci.“</i>
<i>„Ano i ne, je to individuální dle klinického psychologa“</i>
<i>„Nemůžeme odesílat klienty ke klinickému psychologovi přímo, ale pouze přes pediatra, což není ideální“</i>
<i>„přeplněné kapacity psychologických poraden, málo odborníků, kteří se specializují na komunikační poruchy či pervazivní vývojové poruchy“</i>
<i>„nedostatečná síť dětských klinických psychologů“</i>
<i>„je dostačující“</i>
<i>„Hodně záleží na zařízení, kde člověk pracuje. Pokud jsou oba v rámci jednoho zařízení, je spolupráce mnohem jednodušší. V běžné ambulanci je omezující vzdálenost, časové možnosti obou odborníků a určitě hraje roli i to, že klinických psychologů není mnoho“</i>
<i>„V našem zařízení není klinický psycholog, tudíž jde pouze o papírovou spolupráci – psaní zpráv v rámci dif.dg“</i>
<i>„Spolupracuji s konkrétními klin. psychology, které osobně znám.“</i>
<i>„nedostatek času všech ambulantních specialistů, tlak na výkon, a ne na konzultace - tyto jdou na klinice, v nemocnici“</i>
<i>„Nedostatek kvalifikovaných dětských klinických psychologů, dlouhé objednací doby“</i>

„Psychologové, zvláště z pedagogicko-psychologických poraden, nemají o spolupráci zájem, naopak rádi na vlastní pěst stanovují logopedické diagnózy a občas i terapii.“
„Psychologické ambulance jsou zahlcené a věnují se především diagnostice, terapie je dostupná pouze klientům, kteří jsou velmi iniciativní nebo jsou schopni si ji hradit“
„Zásadní pro úspěšnou terapii je průběžná dlouhodobá psychoterapie a nejen diagnostika.“
„Je to z důvodu nedostatečné kapacity dětských klinických psychologů.“
„Vhodná by byla možnost přímé konzultace společných klientů, v současnosti si většinou jen posíláme zprávu. Záleží však na typu pracoviště, každý to má nastavené jinak“
„Stěžejní je dobrá komunikace mezi odbornostmi a znalost jejich specializace.“

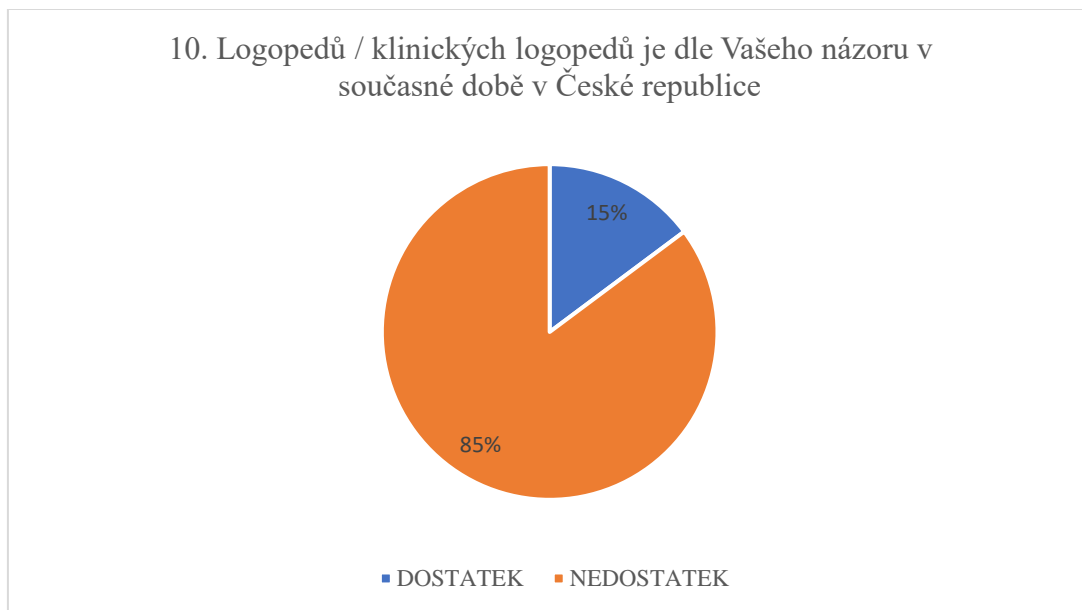
Tabulka 3 Vyjádření ke spolupráci logopeda a psychologa od klinických logopedů

Následná položka v dotazníku se dotazovala, jaký by měl být ideální podíl spolupráce s psychologem či klinickým psychologem. Kliničtí logopedi volili na škále 1-5, kdy hodnoty podílu spolupráce jsme určili následovně: hodnota 1 je rovna 0 %, hodnota 2 je rovna 25 %, hodnota 3 se rovná 50 %, hodnota 4 se rovná 75 % a hodnota 5 je 100 %. V grafu číslo 19 níže můžeme vidět zastoupení odpovědí, kdy nejčastěji logopedi volili hodnotu 2, tedy že by podíl spolupráce měl být 25 % (50,4 % respondentů). Nikdo z respondentů nezvolil hodnoty 1 (tudíž 0 % podíl spolupráce). Pokud bychom měli hodnoty zprůměrovat, pak by vycházelo, že míra spolupráce má vycházet dle logopedů na 47,1 %.



Graf 19 Podíl spolupráce logopeda a psychologa z pohledu klinických logopedů

Předposlední položka zkoumala, zda je dle názorů klinických logopedů v České republice dostatek odborníků z řad logopedie. Výsledky jsou zobrazené v grafu číslo 20, kdy je zřetelné, že většina (85,2 %) uvádí, že je odborníků nedostatek. Zbytek (14 respondentů) uvedl, že je v České republice dostatek logopedů / klinických logopedů.



Graf 20 Dostatek logopedů / klinických logopedů v České republice dle klinických logopedů

Poslední položka (č. 11) byla velmi podobná jako položka číslo 10. Nyní byli kliničtí logopedi dotazováni, zda dle jejich názoru je v České republice dostatek psychologů / klinických psychologů. Všichni (100 %) uvedli, že je těchto odborníků aktuálně v České republice nedostatek. Výsledky jsou k vidění v grafu č. 21.

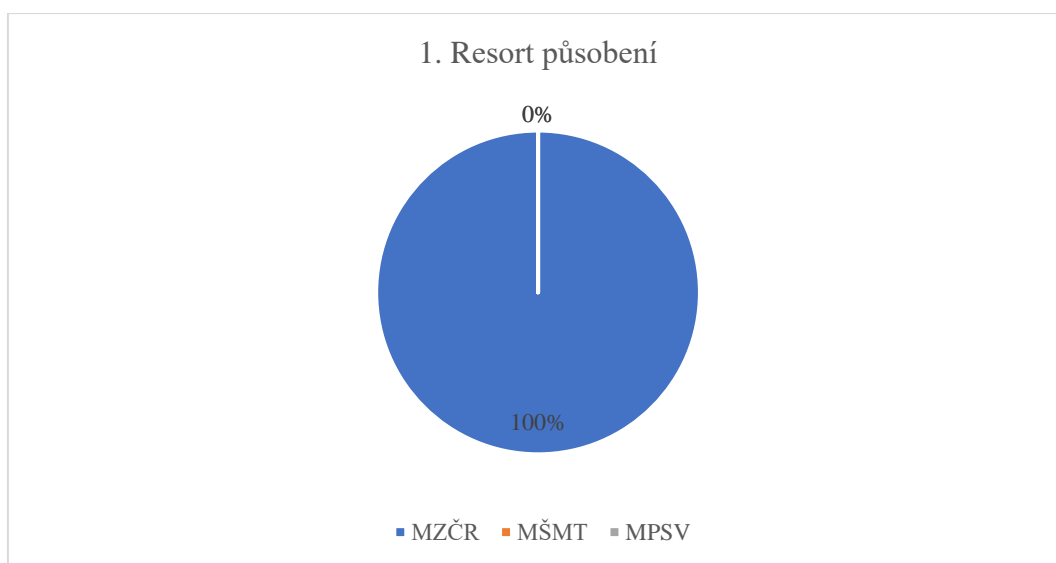


Graf 21 Dostatek psychologů / klinických psychologů v České republice z pohledu klinických logopedů

6.3.3. Dotazníkové šetření – psychologové

Jak již z předchozích odpovědí v dotazníkovém šetření vyplývá, mnoho logopedů i klinických logopedů uvedlo, že je nedostatek psychologů a klinických psychologů. I tento fakt se odrazil do našeho dotazníkového šetření, kdy se nám povedlo získat pouze 21 respondentů z řad psychologů.

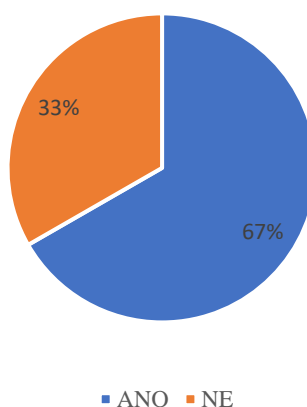
V první položce jsme se respondentů dotazovali, do jakého resortu patří – na výběr byli následující resorty: MZČR, MŠMT a MPSV, jednalo se tudíž o polouzavřenou položku s možností více odpovědí. Všichni respondenti uvedli, že působí pouze v resortu MZČR, jak je graficky znázorněno v grafu č. 22, který je k vidění níže.



Graf 22 Resort působení respondentů z řad psychologů

V položce číslo 2, jsme zjišťovali, zda psychologové v rámci diagnostiky spolupracují s logopedem / klinickým logopedem. Celkem 14 respondentů (66,7 %) uvedlo, že se na diagnostice podílejí společně s odborníky z řad logopedie. V grafu číslo 23 je k nahlédnutí výsledky této položky.

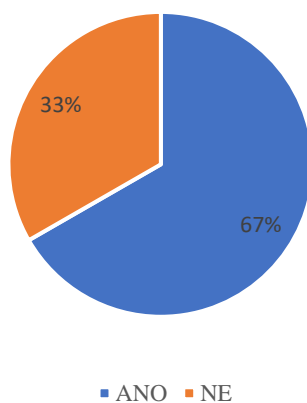
2. Spolupracujete s logopedem / klinickým logopedem v rámci diagnostiky?



Graf 23 Spolupráce psychologa s logopedy / klinickými logopedy během diagnostiky

Stejně jako logopedi a kliničtí logopedi i psychologové byli dotázáni, zda spolupracují s odborníky z řad logopedie během terapie. Zde je k vidění, že pokud psycholog spolupracuje během diagnostiky pak spolupracuje i během terapie. V grafu číslo 24 jsou vidět výsledky 3. položky.

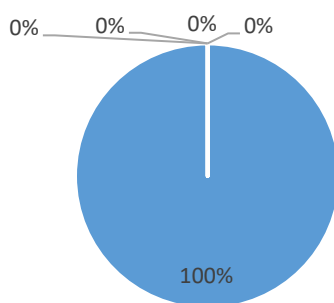
3. Spolupracujete s logopedem / klinickým logopedem v rámci terapie?



Graf 24 Spolupráce psychologa s logopedy / klinickými logopedy během terapie

Z výsledků položky číslo 4, která se dotazovala na to, čím je problematika narušené komunikační schopnosti, vyplývá, že všichni (100 %) dotazovaných psychologů vidí NKS jakožto problematiku obou odborníků jak z řad logopedie i psychologie. V grafu číslo 25 je grafické znázornění těchto odpovědí.

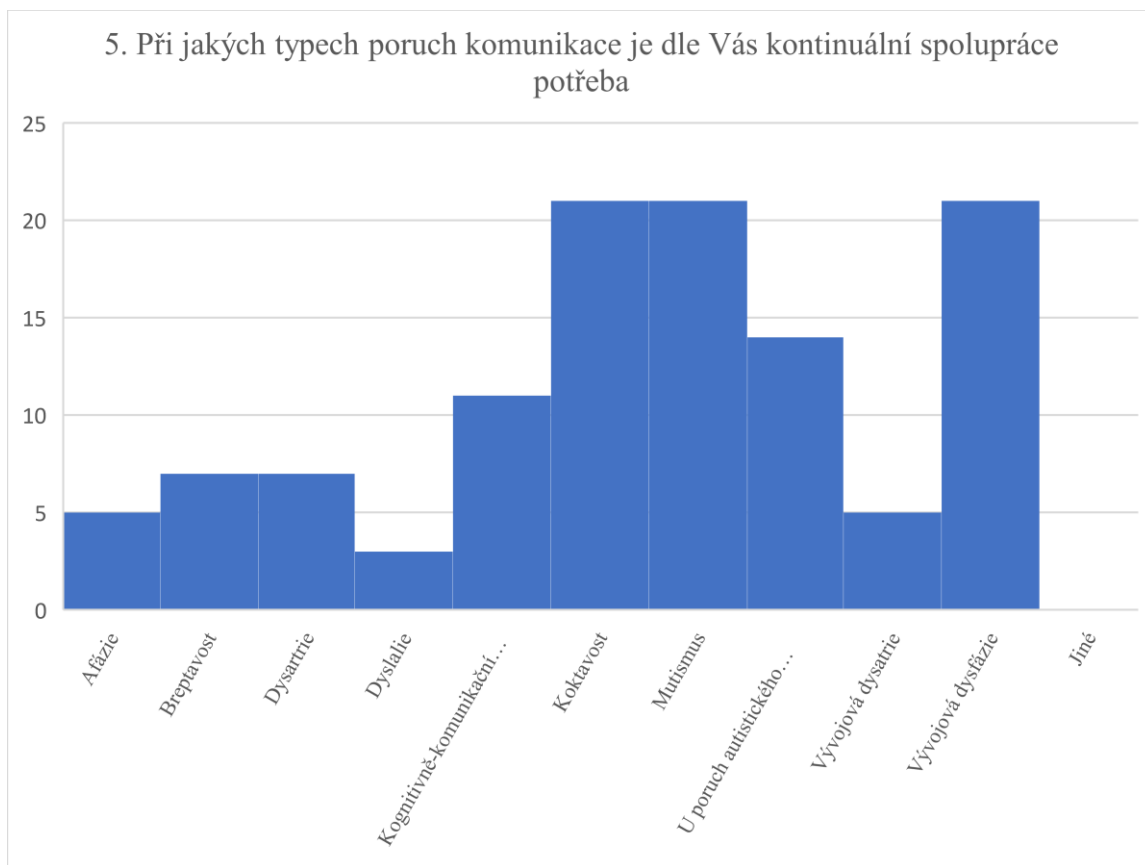
4. Narušená komunikační schopnost je z Vašeho pohledu problematika



- JENOM LOGOPEDA / KLINICKÉHO LOGOPEDA
- SPÍŠE LOGOPEDA / KLINICKÉHO LOGOPEDA
- JENOM PSYCHOLOGA / KLINICKÉHO PSYCHOLOGA
- SPÍŠE PSYCHOLOGA / KLINICKÉHO PSYCHOLOGA
- OBOU ODBORNÍKŮ

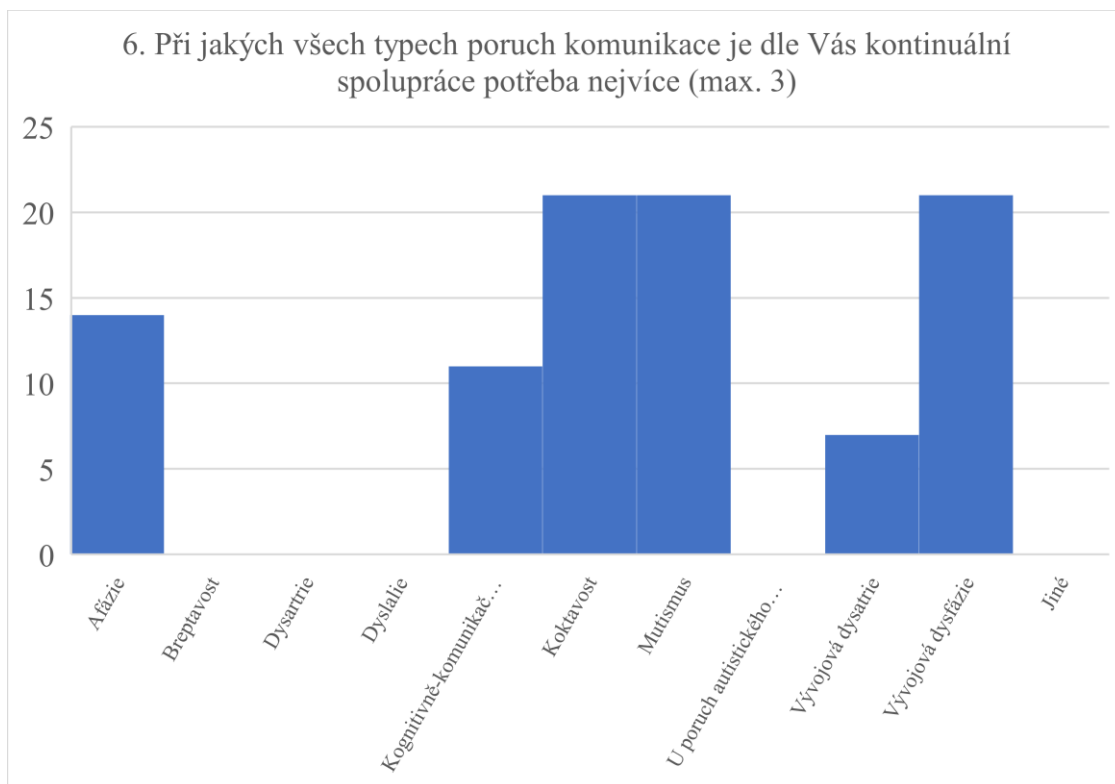
Graf 25 Problematika narušené komunikační schopnosti z pohledu psychologů

Pátá položka byla polouzavřená s možností výběru několika odpovědí. V této položce respondenti měli na výběr z předem určených 9 položek a položku jiné, kde mohli zapsat jakoukoliv v nabídce nezmíněnou poruchu komunikace. Tato položka si kladla za cíl zjistit, při jakých diagnózách považují psychologové kontinuální spolupráci za potřebnou. Výsledky je možné vidět v grafu č. 26, kdy 100 % respondentů uvedlo mutismus společně s koktavostí a vývojovou dysfázií. Nikdo z psychologů nevyužil možnosti „jiné“, tedy přidání vlastní odpovědi.



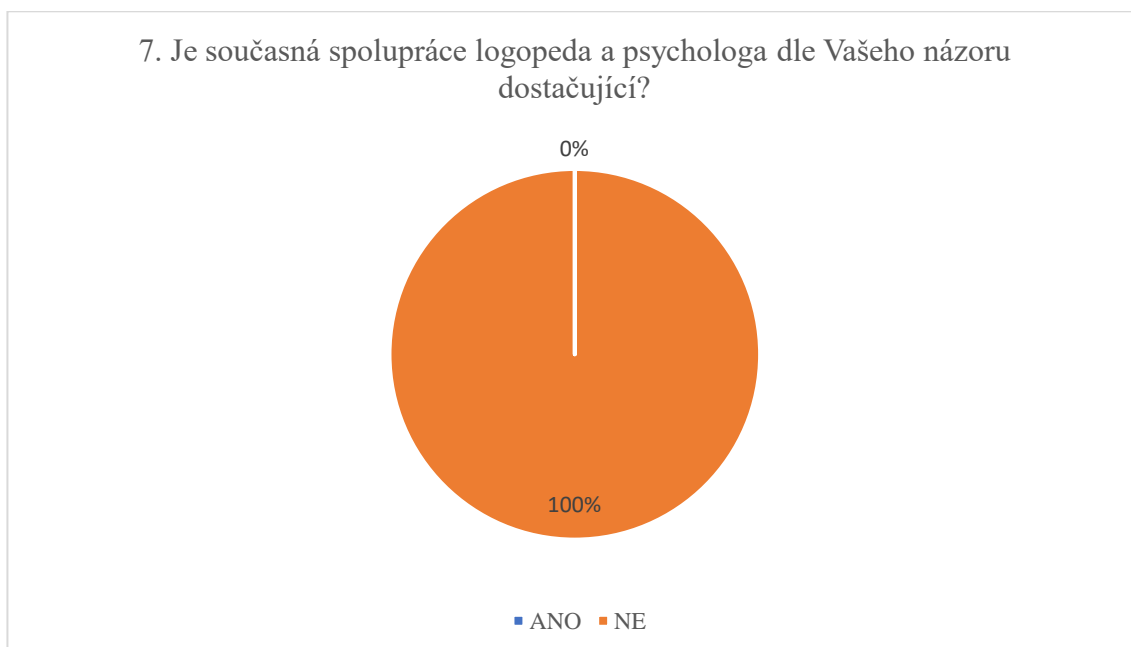
Graf 26 Typy poruch komunikace, při kterých je potřeba kontinuální spolupráce z pohledu psychologů

Hned následující položka byla opět polouzavřená s možností přidání vlastní odpovědi. Tato položka přímo navazovala na předchozí a z opět stejného výčtu diagnóz měl respondent určit, které tři diagnózy považuje za nejdůležitější v rámci spolupráce. Jak je z grafu č. 27 zřetelné, nejvíce je kontinuální spolupráce potřeba právě při koktavosti, mutismu a vývojové dysfázii – tyto možnosti zvolili všichni respondenti (tedy 100 % dotazovaných psychologů).



Graf 27 Tři diagnózy, při kterých je potřeba kontinuální spolupráce odborníku z logopedie a psychologie z pohledu psychologů

V položce sedm se všichni psychologové shodli, že současná spolupráce logopeda a psychologa je nedostačující. Výsledky jsou zaneseny do grafu číslo 28.



Graf 28 Současná spolupráce logopeda a psychologa z pohledu psychologů

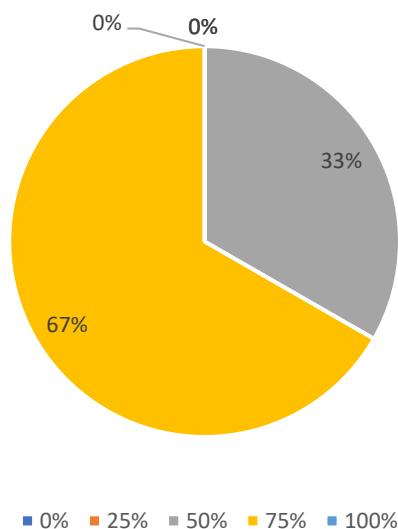
Otevřená položka č. 8, která přímo navazuje na předchozí položku, nám poskytuje vysvětlení, proč je dle psychologů míra spolupráce nedostačující. V tabulce č. 4 jsou uvedeny, některé z odpovědí, které měli objasnit výběr u položky číslo 7.

<i>„S některými klinickými logopedy je z důvodu vysokého vytížení obtížnější spolupráce“</i>
<i>„U nás pracujeme v týmu, takže jsme na tento způsob práce zvyklí avšak obecně spolupráce nefunguje mimo náš tým“</i>
<i>„spolupráce záleží více na osobních vazbách, než na profesní zvyklosti“</i>
<i>„Máme logopeda přímo na našem pracovišti – spolupracujeme při diagnostice, nastavování podpůrných opatření do školy i vedení dítěte, mimo naše pracoviště nespolečně pracujeme“</i>
<i>„Hodnotím pouze spolupráci mou a logopeda, se kterým jsem v kontaktu – myslím, že logoped ne vždy dohlédne důsledky vady řeči na psychický stav dítěte (často kvůli vnímání od ostatních dětí i dospělých)“</i>
<i>„Někdy by mohla být spolupráce bližší, například v oblasti předávání informací mezi různými pracovišti, to je ale upraveno legislativou. Pokud nejsou logoped a psycholog součástí jednoho pracoviště, je jejich spolupráce a předávání informací závislé na spolupráci a spolehlivosti klienta. Koordinovaná a dlouhodobá spolupráce je tím také velmi ovlivněna.“</i>
<i>„Příliš mnoho klientů neumožňuje tak intenzivní spolupráci, jaká by byla potřeba.“</i>
<i>„zatím jsem neslyšela o tom, že by spolu nějak významně spolupracovali“</i>
<i>„Zkušenost“</i>
<i>„S nikým přímo nespolečně pracuji. Jen mám k nahlédnutí zprávu.“</i>
<i>„Na našem pracovišti máme možnost komunikovat přímo s místními logopedy, pokud k nám, ale přichází externí pacienti, je často potíž s vytížeností všech odborníků pro dostatečnou komunikaci a vymezení cílů terapie.“</i>

Tabulka 4 Volné odpovědi psychologů ke spolupráci logopeda psychologa

U téměř poslední položky měli psychologové určit jaký by měl být podíl spolupráce s logopedem / klinickým logopedem. Celkem 67 % psychologů vybralo hodnotu 4 (což odpovídá 75 % spolupráci). Zbylých 33 % zvolilo hodnotu 3 – tudíž 50 % podílu spolupráce. Výsledky jsou zaznamenány do grafu č. 29.

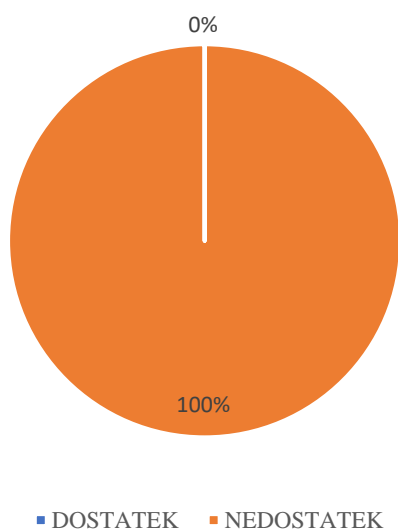
9. Jaký by dle Vás měl být podíl spolupráce s logopedem / klinickým logopedem ? (1 = 0%, 2= 25%, 3= 50%, 4= 75%, 5=100%)



Graf 29 Podíl spolupráce s logopedem / klinickým logopedem z pohledu psychologa

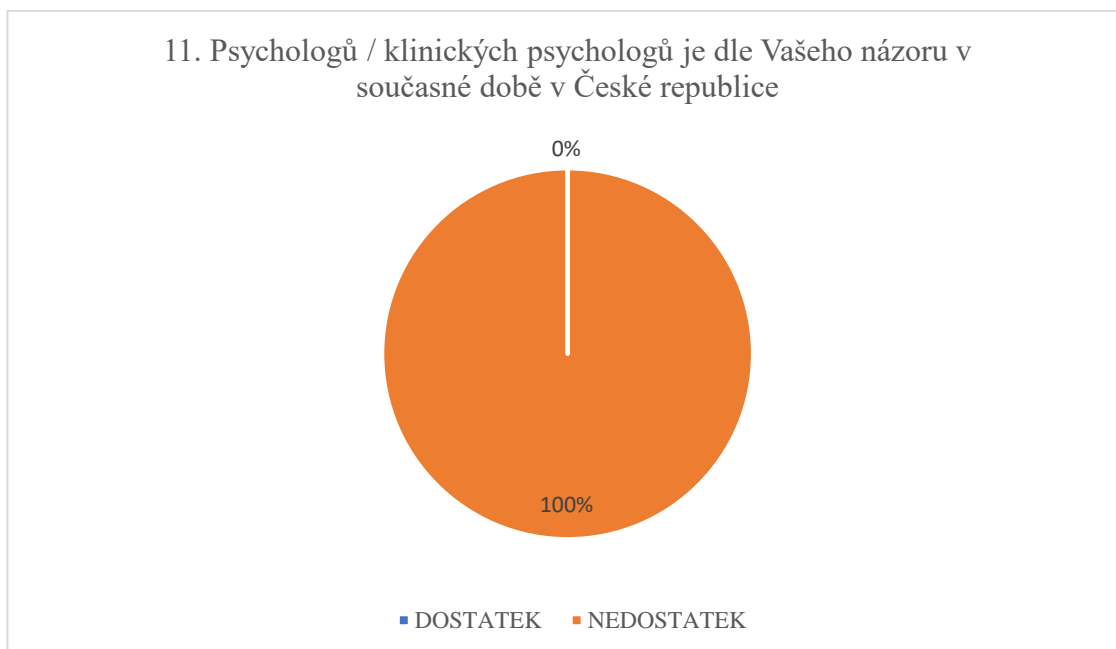
Předposlední položkou v dotazníkovém šetření určené psychologům byly psychologové dotázáni, zda je dle jejich názoru v současné době v České republice dostatek logopedů a klinických logopedů. Všichni psychologové zvolili variantu, že je těchto odborníků nedostatek. Výsledky je možné vidět v grafu č. 30.

10. Logopedů / klinických logopedů je dle Vašeho názoru v současné době v České republice



Graf 30 Dostatek logopedů / klinických logopedů v České republice z pohledu psychologů

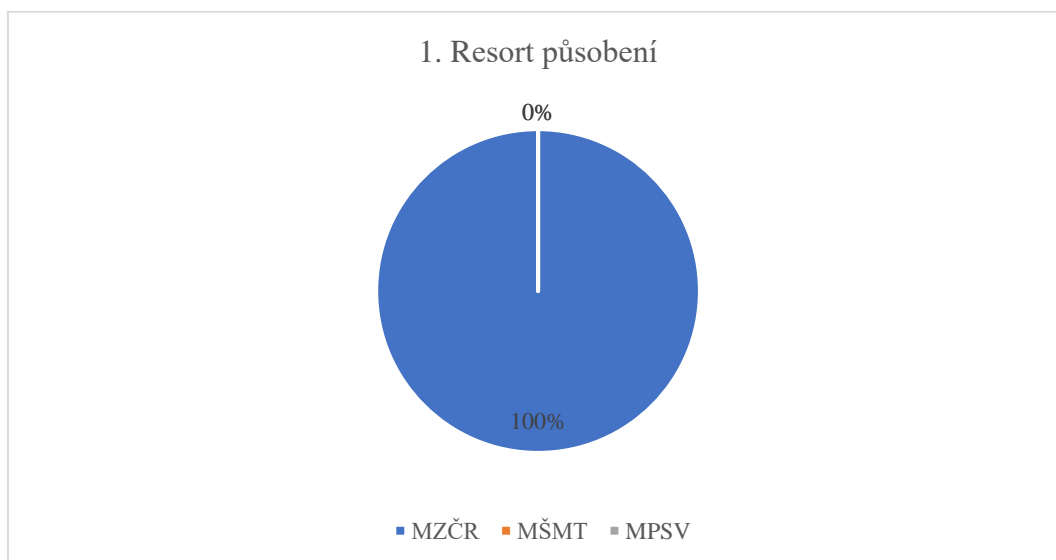
Poslední položka se dotazovala, zda je dle psychologů aktuálně v České republice dostatek psychologů / klinických psychologů. Opět 100 % respondentů z řad psychologů zvolilo, že je těchto odborníků nedostatek. Tento výsledek je k nahlédnutí v grafu č. 31 níže.



Graf 31 Názor psychologů na dostatek psychologů / klinických psychologů v České republice

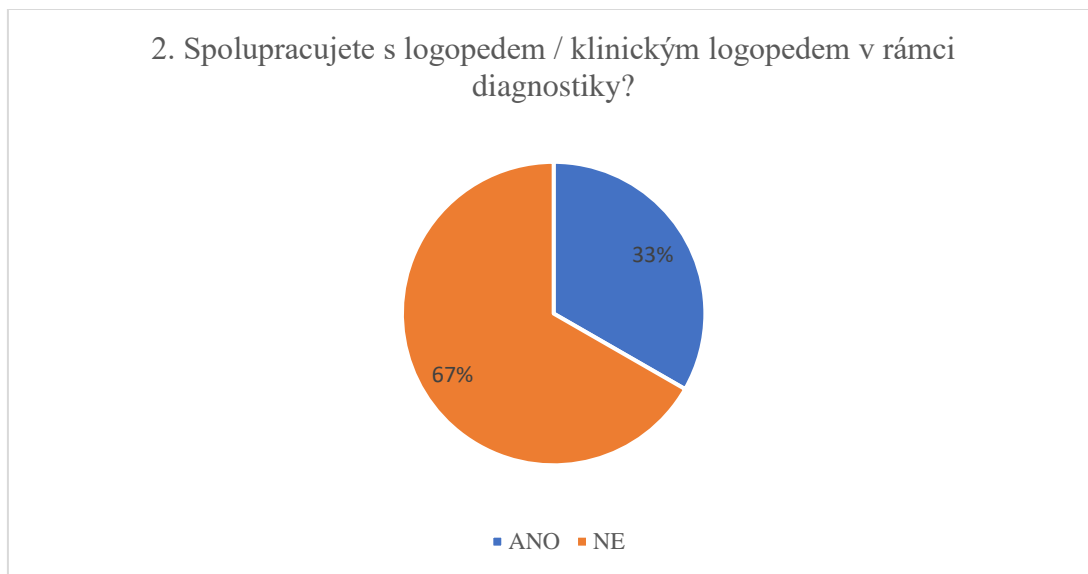
6.3.4. Dotazníkové šetření – kliničtí psychologové

Poslední skupinou respondentů jsou kliničtí psychologové. V této skupině se nám navrátilo 40 dotazníků. V položce číslo 1 opět všech 40 respondentů z této skupiny udalo, že pracují v resortu MZČR. Výsledky jsou zaneseny do grafu číslo 32 níže.



Graf 32 Resort působení klinických psychologů

V další položce číslo dva, na otázku, zda kliničtí psychologové spolupracují s logopedy / klinickými logopedy v rámci diagnostiky, uvedlo 67 % že nespolupracují. Následných 33 % zvolilo variantu, že spolupracují. V grafu číslo 33 jsou tyto odpovědi graficky znázorněny.



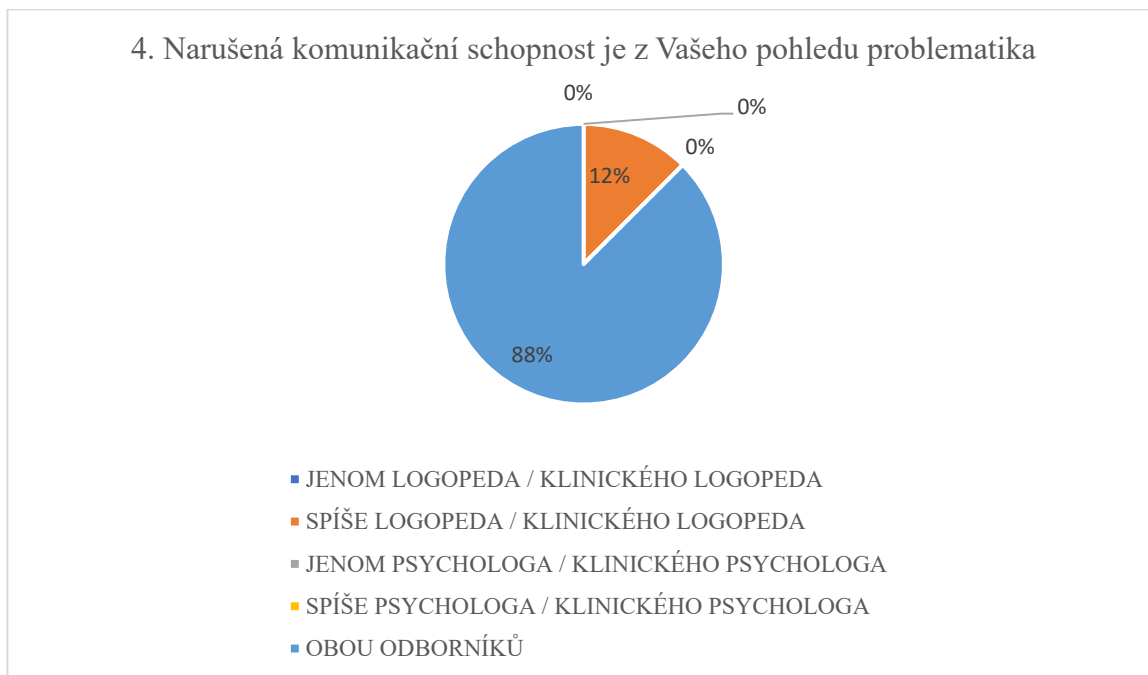
Graf 33 Spolupráce klinických psychologů při diagnostice

V položce číslo 3, kdy předmětem zkoumání bylo, zda kliničtí psychologové spolupracují s logopedem / klinickým logopedem v rámci terapie vyšlo, že žádný z klinických psychologů, kteří dotazník vyplnili nespolupracuje s odborníky z řad logopedie během terapie. Výsledek je zanesen do grafu číslo 34.



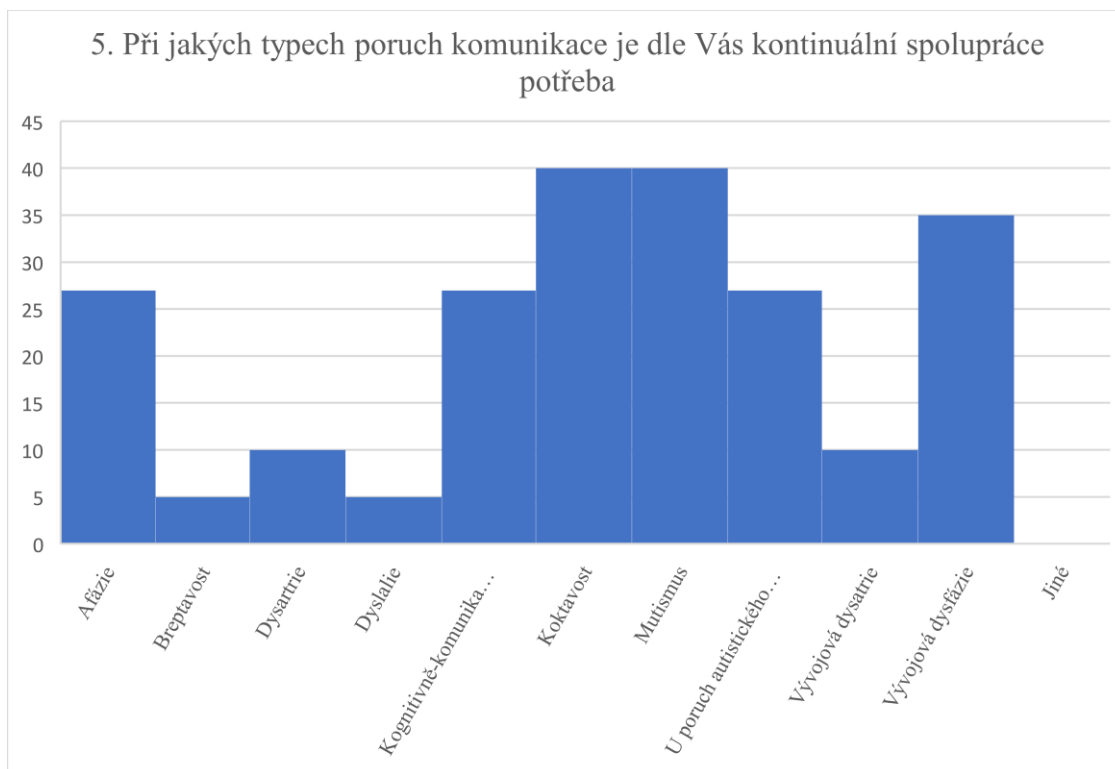
Graf 34 Spolupráce klinických psychologů v rámci terapie

Z výsledků položky číslo 4 vyplývá, že narušená komunikační schopnost je z pohledu klinických psychologů problematika odborníků jak z řad logopedie, tak psychologie. Tuto skutečnost uvedlo 87,5 % (35 odpovědí) respondentů z řad klinických psychologů. Zbýlých 12,5 % respondentů uvedlo, že se jedná o problematiku spíše logopeda. Výsledky lze vidět v grafu číslo 35.



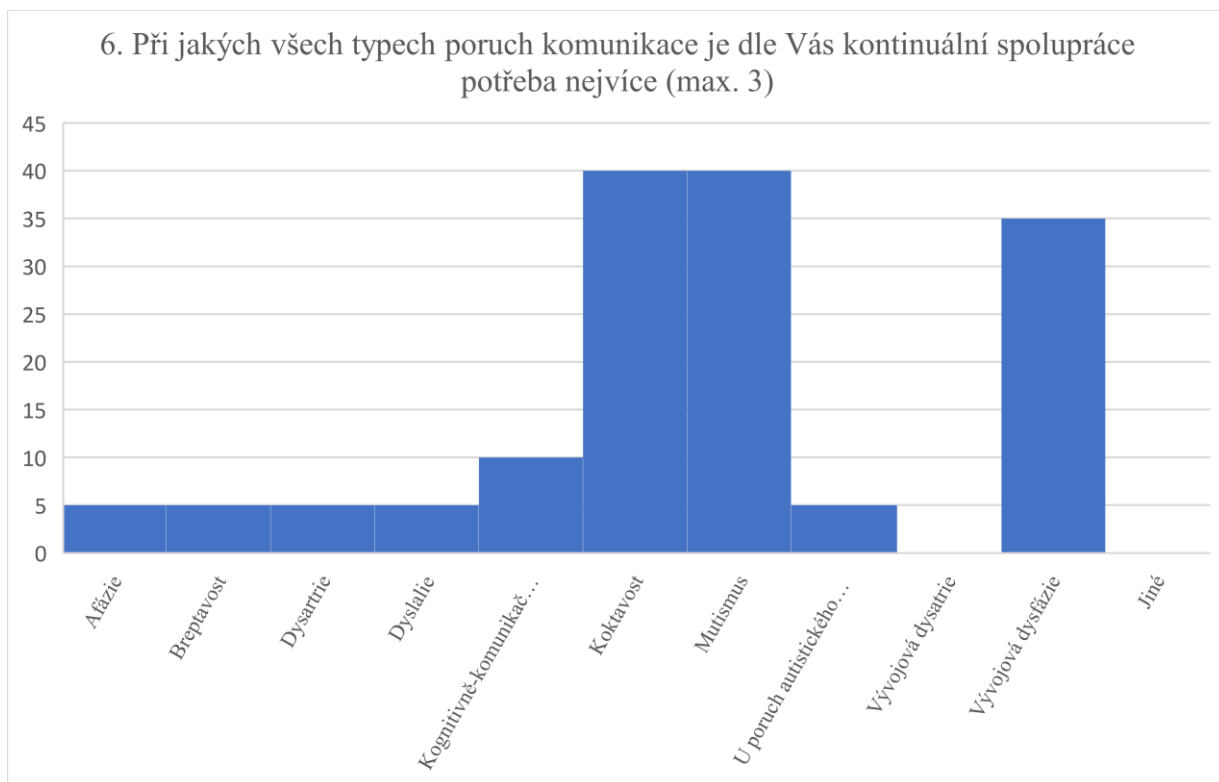
Graf 35 Problematika narušené komunikační schopnosti z pohledu klinického psychologa

Pátá položka byla polouzavřená s možností výběru několika odpovědí. V této položce respondenti měli na výběr z předem určených 9 položek a položku jiné, kde mohli zapsat jakoukoliv v nabídce nezmíněnou poruchu komunikace. Tato položka si kladla za cíl zjistit, při jakých typech poruch komunikace považují kliničtí psychologové kontinuální spolupráci za potřebnou. Výsledky je možné vidět v grafu č. 36, kdy 100 % respondentů uvedlo mutismus společně s koktavostí. Celkem 87,5 % (35 respondentů) určilo i vývojovou dysfázi. Nikdo z klinických psychologů nevyužil možnosti „jiné“, tedy přidání vlastní odpovědi. Výsledky lze pozorovat v histogramu níže – graf č. 36.



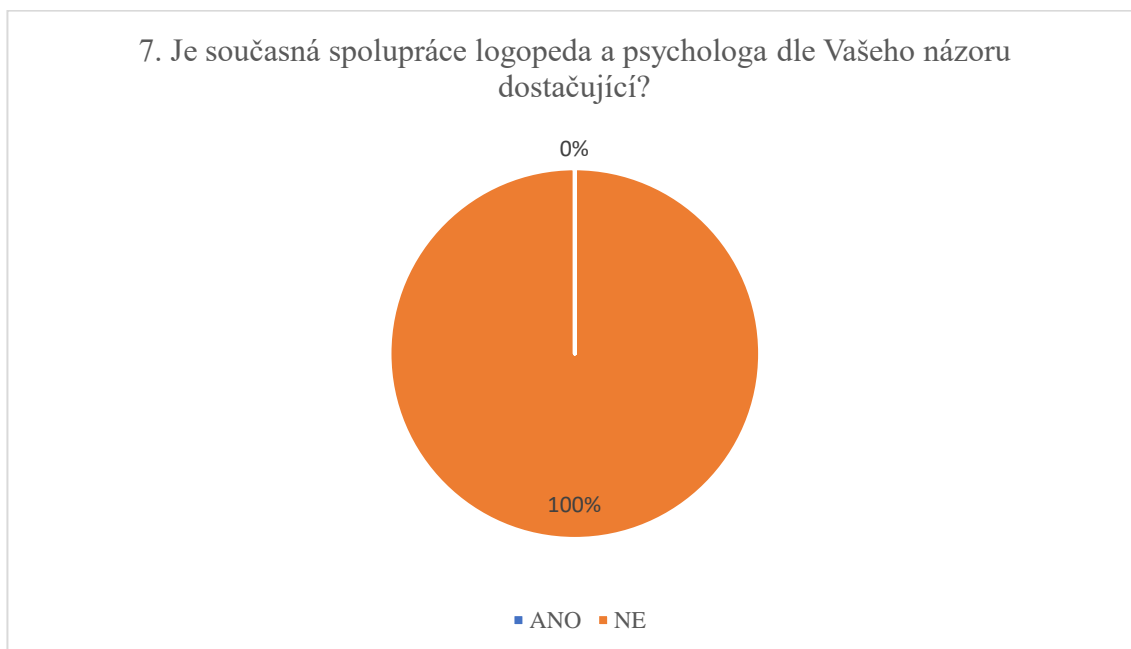
Graf 36 Typy poruch komunikace, kdy je potřeba kontinuální spolupráce z pohledu klinických psychologů

Hned následující položka byla opět polouzavřená s možností přidání vlastní odpovědi. Tato položka přímo navazovala na předchozí a z opět stejného výčtu poruch komunikace měl respondent určit, které tři diagnózy považuje za nejdůležitější v rámci spolupráce. Jak je z grafu č. 37 zřetelné, nejvíce důležitá je dle respondentů z řad klinických psychologů spolupráce při koktavosti, mutismu, kdy tyto možnosti zvolilo 100 % klinických psychologů. Na třetí pozici vychází vývojová dysfázie, kterou zvolilo celkem 35 respondentů (87,5 %).



Graf 37 Tři typy narušené komunikace, kdy je nejvíce potřeba kontinuální spolupráce dle klinických psychologů

Stejně jako psychologové i kliničtí psychologové v položce číslo 7 uvedli, že současná spolupráce logopeda a psychologa je nedostačující. Tyto výsledky jsou v grafu číslo 38.



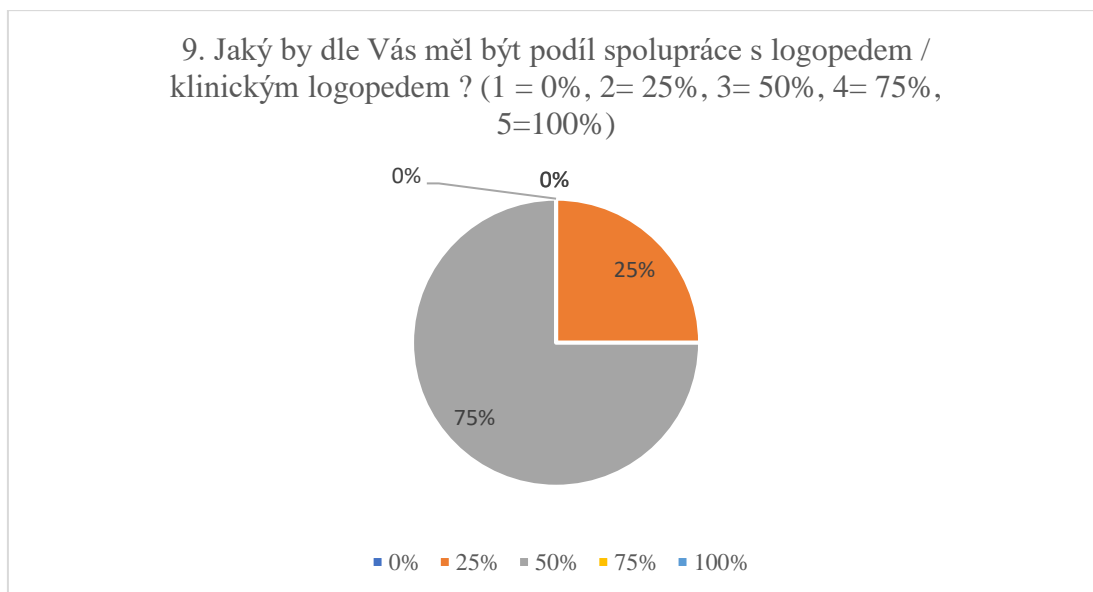
Graf 38 Dostatečnost současné spolupráce logopeda a psychologa podle klinických psychologů

V jediné otevřené položce celého dotazníku, tedy v položce číslo 8, byly kliničtí psychologové vyzváni, aby vysvětlili výběr u předchozí položky číslo 7. V tabulce číslo 5 jsou některé vybrané odpovědi.

<i>„málo logopedů i klinických psychologů“</i>
<i>„Vlastně to nevím.“</i>
<i>„Mezioborová spolupráce je systematicky sabotovaná v rámci celého zdravotnictví“</i>
<i>„mám zřídka pacienty diagnostika není v centru mé činnosti“</i>
<i>„Stihám se věnovat spis diagnostice a zda se, že kolegové logopedi si pak už s komunikací poradí, event. dam tipy rodičům při terapii.“</i>
<i>„Nedělám diagnostiku a lidí s poruchou řeči mám minimálně“</i>
<i>„Je nedostatek psychologů na jistých místech, proto si myslím že je spolupráce nedostačující. Mnoho starších logopedů to ani nepovažuje za nutné“</i>
<i>„Chybí propojenost, chybí čas vyhledávat aktivně spolupráci“</i>
<i>„Malá dostupnost péče v obou oborech“</i>
<i>„Ke mně chodí klienti s jinými problémy.“</i>

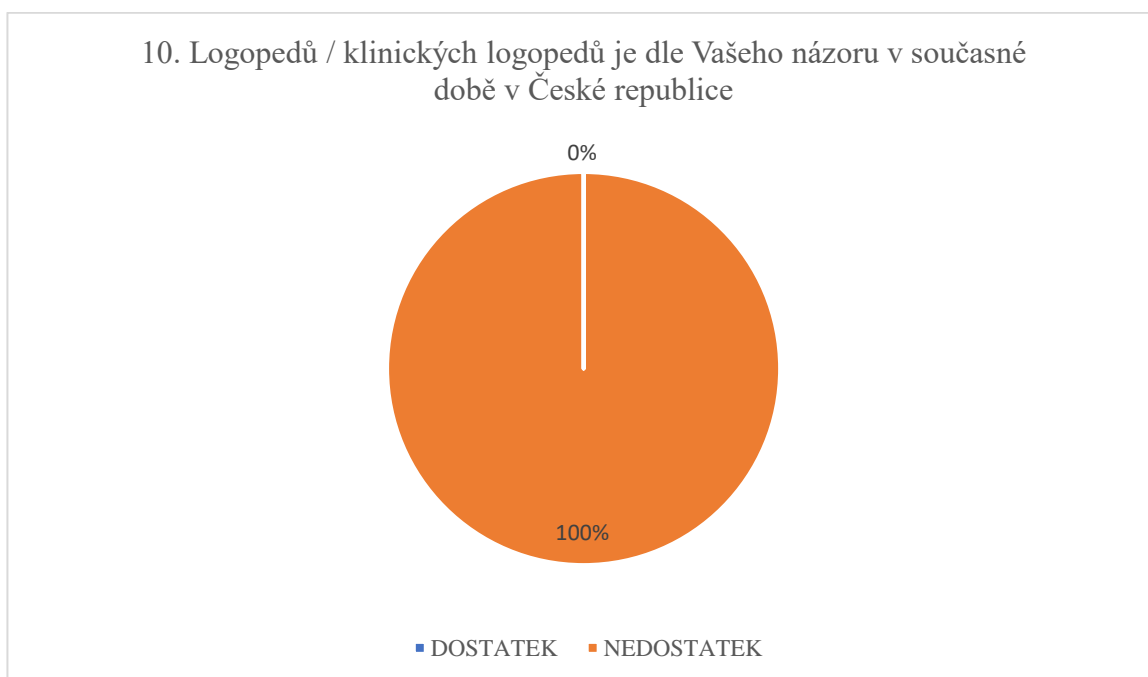
Tabulka 5 Odpovědi na nedostatečnou spolupráci logopeda s psychologem dle klinických psychologů

V položce, která zkoumá, jaký by měl být podíl spolupráce s logopedem / klinickým logopedem, uvedli kliničtí psychologové, že by tento podíl měl být 50 %. Tuto skutečnost uvedlo celkem 75 % respondentů ze skupiny klinických psychologů. Zbýlých 25 % uvedlo, že podíl spolupráce by měla být hodnota 2 (odpovídá podílu 25 %). Výsledky jsou patrné v grafu číslo 39.



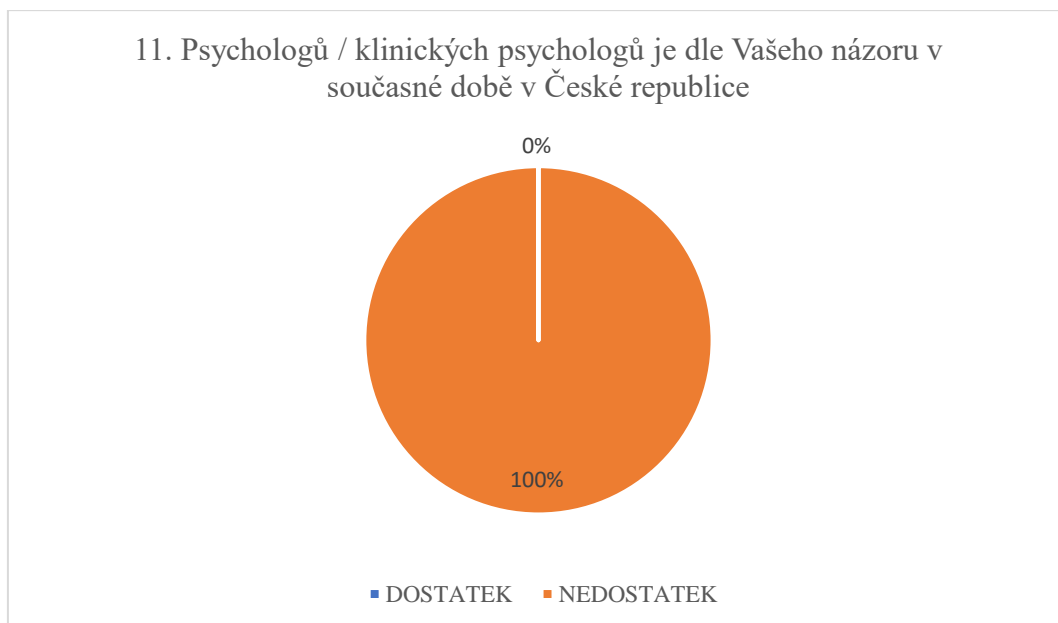
Graf 39 Podíl spolupráce s logopedem / klinickým logopedem z pohledu klinických psychologů

Předposlední položka číslo 10, stejně jako u psychologů, tak i klinických psychologů vyšla, že je nedostatek logopedů a klinických logopedů v České republice. Výsledky jsou v grafu číslo 40.



Graf 40 Názor klinických psychologů na dostatek logopedů / klinických logopedů v České republice

Položka s číslem 11, tedy poslední položka dotazníkového šetření opět vyšla stejně jako u všech skupin, tedy, že psychologů / klinických psychologů je v České republice nedostatek. Výsledek je opět možné vidět v grafu č. 41.



Graf 41 Dostatek psychologů / klinických psychologů v České republice z pohledu klinických psychologů

6.4. Závěry výzkumu

Výzkum vychází z výsledků získaných dat od logopedů, klinických logopedů, psychologů a klinických psychologů, u kterých bylo cílem zjistit jaký je aktuální stav spolupráce logopeda a psychologa při diagnostice a terapii narušené komunikační schopnosti v aktuálních podmínkách v České republice. V dotazníkovém šetření jsme se soustředili na zjištění ideálního podílu spolupráce, zda logopedi a psychologové spolupracují pouze v rámci diagnostiky nebo i v rámci terapie, které typy poruch komunikace považují odborníci za podstatné v rámci mezioborové spolupráce, na poukázání překážek spolupráce, které jsou lajkem neviditelné. V posledních dvou položkách jsme také zjišťovali aktuální situaci v České republice, zda je dle odborníků dostatečný počet odborníků na poli logopedie a psychologie.

Po důkladné analýze odpovědí získaných právě z dotazníkového šetření lze odpovědět na předem stanovené výzkumné otázky naší diplomové práce právě takto:

VO1: Jaký je stav spolupráce logopeda a psychologa při diagnostice narušené komunikační schopnosti?

Dle získaných výsledků lze konstatovat, že většina odborníků z řad logopedie uvádí, že během diagnostiky spolupracuje s psychologem či klinickým psychologem. Jak je patrné z otevřených položek číslo 8, často logopedi uváděli, že s psychology / klinickými psychology spolupracují v rámci vstupní a diferenciální diagnostiky. Většina (66,7 %) psychologů taktéž uvedla, že během diagnostiky s logopedy / klinickými logopedy spolupracuje. Opět i oni

uváděli, že se jedná především o vstupní diagnostiku a diferenciální diagnostiku. Nejméně dle dostupných výsledků našeho dotazníkového šetření vychází spolupráce klinických psychologů s odborníky z řad logopedie, jak vyplývá z grafu číslo 33. Až 67 % klinických psychologů uvedlo v dotazníku, že s logopedy / klinickými logopedy nespolupracují ani v rámci diagnostiky. Mezi jejich argumenty často patří, že na to nemají v rámci své klinické praxe čas a prostor, proto jedince s narušenou komunikační schopností nechávají často pouze v péči logopedů / klinických logopedů.

VO2: Jaký je stav spolupráce logopeda a psychologa při terapii narušené komunikační schopnosti?

Z dotazníkového šetření vyplývá, že logopedi s psychology / klinickými psychology nespolupracují v rámci terapie. Tuto skutečnost uvedlo 100 % respondentů ve skupině „logopedi“. Celkem 64 % dotázaných klinických logopedů uvedlo, že s psychology nebo klinickými psychology spolupracují i v rámci terapie. Ze získaných dat dále vyplývá, že pokud dotazovaný psycholog uvedl, že spolupracuje s odborníky z logopedie během diagnostiky, pak s těmito odborníky spolupracuje i následně v rámci terapie. Celkem 100 % respondentů z řad klinických psychologů uvedlo, že s logopedy v rámci terapie nespolupracuje.

VO3: Je diagnostika a terapie narušené komunikační schopnosti dle vlastní zkušenosti odborníků pouze v kompetenci jednoho z odborníků nebo by měla být komplexní?

Lze konstatovat, že problematika narušené komunikační schopnosti je v kompetenci obou odborníků (z řad logopedie i psychologie). Celkem 79,4 % respondentů tuto skutečnost uvedlo v dotazníkovém šetření. Zbýlých 20,6 % respondentů uvedla, že narušená komunikační schopnost je problematika spíše logopedická. Důležité je zmínit, že propojenost pro oba obory cítí více odborníci z řad psychologie, jak vychází z dotazníkového šetření. Až 91,8 % odborníků z řad psychologie uvedlo, že NKS je problematika obou oborů. Odborníci z logopedie uvedli multidisciplinární přístup v 73,6 % odpovědí.

VO4: Považují odborníci v oboru logopedie a psychologie spolupráci logopeda a psychologa za dostatečnou v aktuálních podmínkách v České republice?

Všichni psychologové a kliničtí psychologové kteří se účastnili našeho dotazníkového šetření uvedli, že je aktuální mezioborová spolupráce logopeda a psychologa nedostačující. Tento fakt uvedlo zároveň 84,5 % respondentů z řad logopedů a klinických logopedů. Lze tedy konstatovat, že dle odborníků je spolupráce logopeda a psychologa v aktuálních podmínkách v České republice nedostatečná.

VO5: Při právě jakých třech diagnózách je dle odborníků o oboru logopedie a psychologie spolupráce logopeda a psychologa nejčastější?

Všichni respondenti našeho dotazníkového šetření uvedli, že je potřeba kontinuální spolupráce při mutismu. Dále celkem 73,7 % respondentů uvedlo vývojovou dysfázii. Na třetí příčce dle dat z dotazníkového šetření vyplývá, že 72,6 % odborníků volila koktavost.

VO6: V čem spatřují odborníci překážky komplexní spolupráce logopeda a psychologa?

Nejčastěji uváděným argumentem, proč není mezioborová spolupráce odborníků z řad logopedů a psychologů, byl že je v České republice nedostatek psychologů, a to především klinických psychologů, zcela konkrétně nedostatek psychologů, kteří by se zaměřovali na dětskou a dorostovou klientelu. Tento fakt nám vyšel i z poslední položky, na kterou všechny čtyři skupiny odborníků odpověděli vždy negativně – tedy, že je v současné době v České republice nedostatek psychologů a klinických psychologů. Často se také uvádělo i nedostatek logopedů, což vnímají především sami logopedi a kliničtí logopedi, kdežto psychologové hodnotili situaci o něco lépe, avšak stále negativně. Často se v otevřené položce objevoval názor, že často spolupráce logopeda a psychologa končí při diagnostice a předávání dokumentace. Z těchto názorů vyplývá, že není takový problém diagnostiky jako spíše kontinuální spolupráce a psychoterapie klientů. Často se také poukázalo, především u klinických logopedů a klinických psychologů, že mezioborová spolupráce selhává i kvůli nastavenému GDPR a nutnosti „K“ poukazu jak k logopedovi, tak psychologovi, kteří však ani jeden z odborníků nemůže předepsat a je nutné tedy pak žádat o vystavení poukazu nejčastěji pediatra, který ne vždy žádosti vyhová.

6.5.Diskuse

V časovém rozmezí od druhé poloviny února 2023 do konce března 2023 bylo realizováno dotazníkové šetření v rámci výzkumu naší diplomové práce. Toto dotazníkové šetření bylo rozesláno logopedům, klinickým logopedům, psychologům a klinickým psychologům, s cílem zjistit jaká je mezioborová spolupráce právě těchto odborníků při diagnostice a terapii narušené komunikační schopnosti.

Hlavním cílem této diplomové práce pak bylo zjistit aktuální reálnou spolupráci logopeda, popřípadě klinického logopeda, a psychologa, popřípadě klinického psychologa, při diagnostice a terapii narušené komunikační schopnosti v aktuálních podmínkách v České republice. Tento cíl byl v rámci návratnosti dotazníkového šetření (respondentů) naplněn, jelikož z administrace dotazníkového šetření vyplývá, že spolupráce se odehrává nejčastěji

pouze při diagnostice, a nikoliv již při terapii narušené komunikační schopnosti, tento fakt je dám především vyčísleností psychologů a klinických psychologů a jejich personálním nedostatkem.

Od odborníků z odbornosti logopedie se nám navrátilo celkem 129 dotazníků z toho 34 od logopedů a 95 od klinických logopedů. Vyšší návratnost od klinických logopedů se předpokládala vzhledem k lepšímu přístupu kontaktů na stránkách AKL. Pouhých 18 % respondentů byli logopedi bez zdravotnické atestace, tudíž speciální pedagogové nebo logopedi v předatestační přípravě. Celkem 50 % z celkových respondentů byli kliničtí logopedi.

Z dotazníkového šetření nám vzešlo, že dle logopedů a klinických logopedů je současná mezioborová spolupráce nedostatečná, kdy jako nejčastější argument užívali, že je nedostatek klinických psychologů, psychologů nebo specifikovali na nedostatek dětských klinických psychologů. Jako další argument byla často zmíněn logopedy a klinickými logopedy, že mezioborová spolupráce logopeda a psychologa často končí pouze u diagnostiky, kdy psychologové se již nevěnují terapii a ta je pak pouze na logopedech a klinických logopedech. Z argumentů, proč spolupráce je dostačující se logopedi i kliničtí logopedi shodli, že s psychologem nebo klinickým psychologem jsou na jednom pracovišti nebo mají úzce navázanou spolupráci s jedním konkrétním. Jako překážku mezioborové spolupráce tedy lze spatřovat především, pokud odborníci nejsou součástí jednoho pracoviště. Zajímavým výsledkem však byla komparace kolik logopedů a klinických logopedů uvedlo, že jsou v úzké spolupráci, o které mnoho publikací hovoří jako o velmi podstatné, celkově 94,6 % respondentů z řad logopedů a klinických logopedů uvedlo, že jsou ve spolupráci s psychologem či klinickým psychologem v rámci diagnostiky. Zajímavý výsledek nastal při zjištění, že pouhých 47,2 % respondentů z oboru logopedie spolupracuje s odborníky z psychologie i v rámci terapie, kdy tuto spolupráci uváděli pouze kliničtí logopedi.

Návratnost dotazníků od psychologů a klinických psychologů byla malá, konkrétně se nám navrátilo 61 dotazníků, v rozložení 21 od psychologů a 40 od klinických psychologů. Takto malou návratnost přikládáme především k vyčíslenosti těchto odborníků. V rámci dotazníkového šetření se psychologové a kliničtí psychologové celkem ve 100 % odpovědí shodlo, že aktuální mezioborová spolupráce s logopedem je nedostatečná, mezi jejich argumenty však také opět patřil fakt, že spolupráce by byla dostupnější, pokud by byli součástí jednoho pracoviště. Celkem 44,2 % psychologů a klinických psychologů uvedlo, že jsou ve spolupráci s logopedy ani klinickými logopedy v rámci diagnostiky. Alarmující je výsledek dotazníkového šetření,

kdy pouhých 22,9 % odborníků z řad psychologie spolupracuje s logopedy nebo klinickými logopedy i v rámci terapie.

Všichni odborníci se v nadpočetné většině shodli, že při diagnostice a terapii mutismu, koktavosti a vývojové dysfázie je nutná mezioborová spolupráce odborníků z logopedie i odborníků z psychologie.

6.6.Limity

Je velmi důležité uvést i limity, které v průběhu celého výzkumného dotazníkového šetření vyvstaly. Jedná se o limity jak na straně výzkumníka, tak respondentů a prostředí.

6.6.1. Limity na straně respondentů

Jelikož byl sběr dat anonymní, očekávali jsme otevřenější odpovědi a tím exaktnější výstup šetření. I přes anonymizaci nebyl počet respondentů nadstandartní, a to především od psychologů a klinických psychologů, kdy se vrátilo velmi zlomové množství rozeslaných dotazníků. Samozřejmě je nutné brát v potaz i obrovskou vyčíženou všech odborníků, a proto i sníženou návratnost odpovědí. Bohužel nikde není sepsán ucelený veřejný seznam klinických psychologů ani psychologů a tím pádem nebylo možné vyhledat všechny e-mailové adresy těchto odborníků, proto jsme se museli spolehnout na předávání odkazu na dotazníkové šetření skrze dotazované odborníky.

6.6.2. Limity na straně výzkumníka

Jednalo se o druhý výzkum, který výzkumník vykonával, tudíž některé otázky v dotazníkovém šetření mohly být stále lehce zavádějící, a to mohlo ovlivnit odpovědi respondentů. Dále výzkumník neočekával některé odpovědi, kterým se mu dostalo a v budoucnu by využil více doplňujících položek k přesnému objasnění problematiky. I přes tyto limity však studie přinesla aktuální náhled do problematiky a dokázala odpovědět na výzkumné otázky s velkou přesností.

6.6.3. Limity prostředí

Distribuce dotazníků probíhala elektronicky prostřednictvím rozeslání odkazu prostřednictvím e-mailových adres, tudíž celý výzkum probíhal v online. Limit online prostředí lze spatřovat, že respondenti neměli možnost okamžité zpětné vazby či zodpovězení dotazu v případě nepochopení otázky, či v případě poznámky k dotazníkovému šetření pro výzkumníka. Další limit, který je nutné zmínit, je fakt, že nemůžeme spolehlivě říct, jak aktuální jsou uvedené emailové adresy na volně dostupných online seznamech kontaktů na webových stránkách sdružující určité odborníky. I z tohoto důvodu mohlo docházet

k duplikaci příjemců či naopak zařízení poskytlo pouze sdružený e-mail a dotazník se nemusel dostat ke všem odborníkům pracující na pracovišti. Vlivem on-line prostředí mohlo dojít k neúmyslnému vynechání některých odborníků, kteří na webových stránkách sdružující odborníky nemají uvedený svůj kontakt, nebo je kontakt právě zastaralý.

Závěr

Diplomová práce charakterizuje narušenou komunikační schopnost, zabývá se její definicí, klasifikací a vývojem terminologie, včetně aktuálně používanějšího termínu poruchy řečové komunikace. Diplomová práce se dále soustředí na definování diagnostiky a terapie narušené komunikační schopnosti v souvislosti s mezioborovou spoluprací logopeda, klinického logopeda a psychologa, klinického psychologa. Dále práce popisuje tři vybrané diagnózy (koktavost, mutismus, vývojovou dysfázií), u který se zaměřuje opět na základní charakteristiku narušené komunikační schopnosti, její diagnostiku a následnou terapii.

Na diagnostice jedince s narušenou komunikační schopností by se měl podílet multidisciplinární tým složený z odborníků napříč odbornostmi, pro potřeby našeho výzkumu jsme se zaměřili na spolupráci logopeda a psychologa. V rámci některých diagnóz je vhodné, aby psycholog byl i podpůrným prvkem účastníci se terapeutického procesu, za pomoci psychoterapie. K jedinci s narušenou komunikační schopností je nutné přistupovat jako k celistvé osobnosti, která má i své psychologické potřeby a je nutné dbát na mentální stav jedince a jeho zdraví.

Hlavním cílem bylo zjistit, jaký je aktuální stav spolupráce logopeda a psychologa při diagnostice a terapii narušené komunikační schopnosti v aktuálních podmínkách v České republice, a zároveň na stanovenou problematiku získat názor od odborníků z praxe. Dle výsledků dotazníkového šetření lze konstatovat, že spolupráce se liší především dle typu pracoviště. Pokud oba odborníci jsou součástí jednoho pracoviště, pak je spolupráce dostačující, toto je však pouze zlomek případů. Výzkum také dokládá, že momentálně je dle odborníků z řad logopedie a psychologie v České republice nedostatek odborníků především na poli psychologie, a i to velmi negativně ovlivňuje potenciální možnost úzké spolupráce odborníků. Z výzkumu vyplývá, že aktuálně nastavená spolupráce se zaměřuje spíše pouze na diagnostiku, nikoliv již na následnou terapii. Dále však vychází zajímavý fakt, že psychologové uvedli, že pokud spolupracují během diagnostiky, pak spolupracují i v rámci terapie. Respondenti uváděli, že problém vidí již v nastavení v rámci resortu, v rámci GDPR, kdy odborníci si nemohou sami předávat zprávy z diagnostiky nebo průběhu terapie a musí spoléhat na předání veškeré dokumentace skrz jedince, či jeho okolí. Dotazníkové šetření nám potvrdilo i správný výběr tří diagnóz, pro naši teoretickou část, jelikož právě koktavost, mutismus a vývojová dysfázie byl nejčastěji označena odborníky za poruchy komunikace, u kterých je nutná úzká spolupráce logopeda a psychologa při diagnostice a terapii.

V České republice dosud nebyl proveden podobný výzkum, proto tato práce slouží mimo jiné i jako poukázání na problematiku multidisciplinární spolupráce při diagnostice a terapii narušené komunikační schopnosti, konkrétně na spolupráci logopeda a psychologa. Celá diplomová práce je určena především odborné veřejnosti, kdy by měla podnítit diskusi na zlepšení této spolupráce a podniknutí patřičných změn napříč obory. Tato diplomová práce by mohla vést také jako podklad k dalšímu šetření zkoumané problematiky.

Seznam použitých zkratek:

př. = příklad

např. = například

tzv. = takzvaně

NKS = narušená komunikační schopnost

PŘK = poruchy řečové komunikace

KKP = kognitivně komunikační poruchy

CNS = centrální nervová soustava

WHO = World Health Organization

MKN-10 = Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize

MKN-11 = Mezinárodní klasifikace nemocí 11. revize

DSM-V = Diagnostický a statický manuál duševních chorob 5. revize

NaKoCh = narušení koverbálního chování

STJ = Systémová terapie koktavosti

ToM = Theory of Mind

FEES = Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing

VFSS = Videofluoroscopic swallow study

DAF = Delayed Auditory Feedback

SSRI = Selective serotonin reuptake inhibitors

MŠ = mateřská škola

ZŠ = základní škola

PPP = pedagogicko-psychologická poradna

SPC = speciálně pedagogické centru

ČPtS = Česká psychoterapeutická společnost

AKL = Asociace klinických logopedů

APPPP = Asociace pracovníků pedagogicko – psychologických poraden

APSPC = Asociace pracovníků speciálně pedagogických center

MŠMT = Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy

MZČR = Ministerstvo zdravotnictví České republiky

MPSV = Ministerstvo práce a sociálních věcí

Citovaná literatura

- Baštecká, Bohumila.** *Klinická psychologie v praxi*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3.
- Bayley.** Bayley Scales of Infant and Toddler Development - 3rd Edition (Bayley III). San Antonio, TX : TX: Harcourt Assessment. Praha: Testcentrum - Hogrefe, 2006.
- Bishopová, D.** Ten questions about terminology for children with unexplained language. *International Journal of Language and Communication Disorders*. 2014, Sv. 49, 4.
- Borbonus, T.** Sprachtherapeutische Aufgabenbereiche, Handlungsfelder und Organisationsformen. *Lehrbuch der Pädagogik und Logopädie*. 2000.
- Černý, J.** *Dějiny lingvistiky*. Praha : Votobia, 1996. ISBN 80-85885-96-4.
- Chráska, Miroslav.** *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha : Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.
- Diliberto, R. A. a Kearney, A. C.** Anxiety and oppositional behavior among youth with selective mutism. *Journal of Communication Disorders*. 2016, stránky 16-23.
- Disman, Miroslav.** *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha : Karolinum, 2002. ISBN: 80-7184-141-2.
- Dlouhá, O.** *Poruchy vývoje řeči*. Praha : Galén, 2017. ISBN: 978-80-7492-314-2.
- Dvořák, J.** *Logopedický slovník*. Žďár nad Sázavou : Logopedické centrum, 2007. ISBN 978-80-902536-6-7.
- Gavora, Peter.** *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno : Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.
- Grob, A., Meyer, Ch. S. a Haggmann, P.** Inteligenční a vývojová škála pro děti ve věku 5 - 10 let. *IDS*. Praha : Testcentrum - Hogrefe, 2013.
- Guitar, Barry.** *Stuttering: an integrate approach to its nature and treatment*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2014. ISBN 978-1-60831-004.
- Hartl, Pavel.** *Velký psychologický slovník*. Praha : Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-686-5.
- Hedge, M. a Davis, D.** *Clinical Methods and Practicum in Speech-Language Pathology*. New York : Delmar Cengage Learning, 2010.
- Henderson, S. E., Sugden, D. A. a Barnett, A. L.** MABC-2 - Test motoriky pro děti. Praha : Testcentrum - Hogrefe, 2014.
- Horváthová, P.** *Týmy a týmová spolupráce*. místo neznámé : ASPI, 2008. ISBN: 978-80-7357-390-4.
- Hungin, P.** *MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE. HELICOBACTER PYLORI A DYSPEPSIE STUDIE V PRIMÁRNÍ PÉČI*. 2004.
- Johnson, M. a Wintgens, A.** *The selective mutism resource manual*. Brackley : UK: Speechmark Publishing Ltd., 2015.

- Klenková, J.** *Terapie v logopedii*. Brno : Masarykova univerzita, 2007.
- Klenková, J., Bočková, B a Bytešníková, I.** *Kapitoly pro studenty logopedie: text k distančnímu vzdělávání*. Brno : Paido, 2012.
- Klenková, Jiřina.** *Logopedie*. Praha : Grada, 2006. ISBN: 978-80-247-1110-2.
- Kotrba, A.** *Selective Mutism: An Assessment and Intervention Guide for Therapists, Educators Parents*. Eau Claire : WI: PESI Publishing & Media, 2014.
- Kratochvíl, Stanislav.** *Základy psychoterapie*. Praha : Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1227-0.
- Langdon, W. Henriette a Starr, B. L. Maxine.** SPOLUPRÁCE MEZI LOGOPEDEM (SLP) A MANŽELSKÝM A RODINNÝM TERAPEUTEM (MFT) V LÉČBĚ SELEKTIVNÍHO MUTISMU: ZPRÁVA O PŘÍPADOVÉ STUDII. *Listy klinické logopedie*. 2019, Sv. 3, 1, stránky 78-82.
- Lechta, Viktor.** *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.
- Lechta, Viktor.** *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha : Portál, 2013. ISBN 80-7178-801-5.
- Lechta, Viktor.** *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*. Martin : Osveta, 1995.
- Lechta, Viktor.** Efektivnosť terapie zajakavosti - problém kváziúspěšnosti. *Logopaedica*. Bratislava : Liehčtreh, 2002.
- Lechta, Viktor.** *Efeta 2001*. Bratislava : Osveta, 2001.
- Lechta, Viktor.** *Koktavost - Integrativní přístup*. Praha : Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-643-8.
- Lechta, Viktor.** *Koktavost: integrativní přístup*. Praha : Portál, 2010. ISBN: 978-80-7367-8.
- Lechta, Viktor.** *Koktavost: komplexní přístup*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-867-8.
- Lechta, Viktor.** *Logopedické repetitóriium*. Bratislava : Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990.
- Lechta, Viktor.** Metody logopedické intervence. [autor knihy] Škodová. *Klinická logopedie*. Praha : Portál, 2007.
- Lechta, Viktor.** Základní vymezení oboru. [autor knihy] E. Škodová. *Klinická logopedie*. Praha : Portál, 2007.
- Lechta, Viktor.** Základní vymezení oboru logopedie. [autor knihy] Eva Škodová. *Klinická logopedie*. Praha : Portál, 2008.
- Malá, Eva.** Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha : Portál, 2008.
- Matějček, Z. a Vágnerová, M.** Test obkreslování. Bratislava : Psychodiagnostika, spoločnosť s.r.o., 1992.

- Matějček, Zdeněk.** *Praxe dětského psychologického poradenství.* Praha : Portál, 2011. 978-80-262-0000-0.
- Matějček, Zdeněk.** *Praxe dětského psychologického poradenství.* místo neznámé : Portál, 2011. 978-80-262-0000-0.
- Mikulajová, M. a Rafajdusová, I.** *Lurija's Neuropsychological Investigation for Children. Experimental Form.* 1982.
- Nebeská, Iva.** *Úvod do psycholingvistiky.* Praha : H&H, 1992. ISBN 80-85467-75-5.
- Nekvapilová, Lada.** *Řeč jako společný zájem klinických logopedů a klinických psychologů.* Brno : IPVZ, 2019.
- Neubauer, Karel.** *Kompendium klinické logopedie.* Praha : Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.
- Neubauer, Karel.** Logopedická péče o dospělé osoby s poruchami řečové komunikace. [autor knihy] Eva Škodová. *Klinická logopedie.* Praha : Portál, 2007.
- Neubauer, Karel.** *Logopedie a surdologie: učební test pro základní kurz.* Hradec Králové : Gaudeamus, 2014. ISBN: 978-80-7435-500-4.
- Neubauer, Karel.** Terapie poruch komunikace v klinické praxi. *Kompendium klinické logopedie.* Praha : Portál, 2018.
- Nilsson, K. a López, K.** Theory of Mind in Children with Specific Language Impairment. *Review and Meta-Analysis* . 2016, Sv. 87, 1.
- Pečeňák, Ján.** Diagnostika mutismu. [autor knihy] Viktor Lechta. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti.* Praha : Portál, 2003.
- Peuteschmiedová, Alžběta.** *Etiologie a terapie koktavosti.* Olomouc : UP, 1994. ISBN 80-7067-346-X.
- Peuteschmiedová, Alžběta.** Jak vám to mluví? *Metodický portál RVP.CZ.* [Online] 3. 10 2012. [Citace: 12. 4 2022.] <https://blogy.rvp.cz/peutel/2012/10/03/jak-vam-to-mluvi/>.
- Pospíšilová, Lenka.** Vývojová dysfázie. [autor knihy] Karel Neubauer. *Kompendium klinické logopedie.* Praha : Portál, 2018.
- Kaprál, I. 1982.** *Psychologický obraz dysfatických dětí.* Bratislava : autor neznámý, 1982.
- Reilly, S., Bishopová, D. a Tomblin, B. 2014.** Terminological debate over language impairment in children: forward movement and sticking points. *International Journal of Language and Communication Disorders.* 2014, Sv. 49, 4.
- Říčan, Pavel.** *Dětská klinická psychologie.* Praha : Psyché, 2006. ISBN 80-247-1049-8.
- Richtrová, Barbora.** Mutismus. *Logopedárium od A do Ž.* místo neznámé : Forum, 2015.
- Roubíčková, J. a Hedánek, J.** Test 3F. *Dysartrický profil.* Praha : Galén, 2011.
- Sedláková, M.** *Vybrané kapitoly z kognitivní psychologie.* Praha : Grada, 2004.

- Shum, R. L.** Selective mutism: an integrated approach. [Online] 1. September 2002. <https://doi.org/10.1044/leader.FTR1.07172002.4..>
- Škodová, E.** *Klinická logopedie*. Praha : Portál, 2009.
- Škodová, Eva.** Zásadní oblasti mezioborové spolupráce v klinické logopedii. [autor knihy] K. Neubauer. *Kompendium klinické logopedie*. Praha : Portál, 2018.
- Škodová, Eva.** *Klinická logopedie*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.
- Šturma, J. a Vágnerová, M.** Kresba postavy. Brno : Brno: Psychodiagnostika s.r.o., 2010.
- Sucharda, P. a Zlatohlávek, L.** *Základy klinické medicíny*. Praha : Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015.
- Tarkowski, Zbigniew.** Terapie koktavosti metodou Tarkovského. *Listy klinické logopedie*. 2018, Sv. 2, 1, stránky 74-77.
- Taylor, L., a další.** Evidence for shared deficits in identifying emotions from faces and from voices in autism spectrum disorder and specific language impairment. *International Journal of Language and Communication Disorder*. 2015, Sv. 50, 4.
- Tellegen, P. J., Laros, J. A. a Heider, D.** SON-R 2 ½ - 7. Neverbální inteligenční test. Praha : Testcentrum - Hogrefe, 2008.
- Thorndike, R. L., Hagen, E. P. a Sattler, J. M.** Standfordský Binetův inteligenční test - IV. revize. Brno : Psychodiagnostika, 1996.
- Vacková, Lenka.** VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE - DIAGNOSTICKÁ VÝCHODISKA Z PRAXE KLINICKÉHO LOGOPEDA A PSYCHOLOGA. *Listy klinické logopedie*. 2019, Sv. 3, 1, stránky 36-42.
- Valenta, Milan.** *Slovník speciální pedagogiky*. Praha : Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0937-9.
- Vašek, S.** *Základy speciální pedagogiky*. Praha : Vysoká škola Jana Amose Komenského, 2005. ISBN: 80-86723-13-5.
- Vybíral, Zbyněk.** *Psychologie komunikace*. Praha : Portál, 2009. 80-7178-998-4.
- WHO.** ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. [Online] 2023. [Citace: 19. únor 2023.] <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/654956298>.
- WHO.** *MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2018*. Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023. 978-80-7472-168-7.

Seznam tabulek

Tabulka 1 Srovnání logopedické terminologie s terminologií MKN-10 u poruch řečové komunikace dle Neubauera v publikaci Kompendium klinické logopedie (Neubauer, 2018 stránky 67-69).	10
Tabulka 2 Z jakého důvodu logopedům přijde spolupráce logopeda a psychologa ne/dostatečná	51
Tabulka 3 Vyjádření ke spolupráci logopeda a psychologa od klinických logopedů	59
Tabulka 4 Volné odpovědi psychologů ke spolupráci logopeda psychologa.....	66
Tabulka 5 Odpovědi na nedostatečnou spolupráci logopeda s psychologem dle klinických psychologů	73

Seznam grafů

Graf 1 Rozložení odborníků v dotazníkovém šetření.....	45
Graf 2 Resort působení logopedů.....	46
Graf 3 Spolupráce logopeda s psychologem / klinickým psychologem v rámci diagnostiky	46
Graf 4 Spolupráce logopeda s psychologem / klinickým psychologem v rámci terapie.....	47
Graf 5 Narušená komunikační schopnost kompetence z pohledu logopeda	47
Graf 6 Typy poruch komunikace vyžadující kontinuální spolupráci logopeda a psychologa z pohledu logopeda	48
Graf 7 Tři diagnózy, které potřebují nejvíce spolupráci odborníků dle logopedů	49
Graf 8 Zda je dle logopedů současná spolupráce dostačující.....	49
Graf 9 Podíl spolupráce logopeda s psychologem / klinickým psychologem.....	51
Graf 10 Současná situace v České republice v počtu logopedů / klinických logopedů z pohledu logopeda	52
Graf 11 Současná situace v České republice v počtu psychologů / klinických psychologů z pohledu logopeda	52
Graf 12 Resort působení klinických logopedů	53
Graf 13 Spolupráce klinického logopeda a psychologa / klinického psychologa v rámci diagnostiky	53
Graf 14 Spolupráce klinického logopeda s psychologem / klinickým psychologem v rámci terapie... ..	54
Graf 15 Narušená komunikační schopnost kompetence z pohledu logopeda	55
Graf 16 Typy poruch komunikace vyžadující kontinuální spolupráci logopeda a psychologa z pohledu klinického logopeda	56
Graf 17 Tři diagnózy, které dle klinických logopedů vyžadují kontinuální spolupráci logopeda a psychologa dle klinických logopedů	57
Graf 18 Názor klinických logopedů na dostatečnost spolupráci logopeda a psychologa	57
Graf 19 Podíl spolupráce logopeda a psychologa z pohledu klinických logopedů.....	59
Graf 20 Dostatek logopedů / klinických logopedů v České republice dle klinických logopedů.....	60
Graf 21 Dostatek psychologů / klinických psychologů v České republice z pohledu klinických logopedů.....	60
Graf 22 Resort působení respondentů z řad psychologů.....	61
Graf 23 Spolupráce psychologa s logopedy / klinickými logopedy během diagnostiky.....	62
Graf 24 Spolupráce psychologa s logopedy / klinickými logopedy během terapie	62
Graf 25 Problematika narušené komunikační schopnosti z pohledu psychologů	63
Graf 26 Typy poruch komunikace, při kterých je potřeba kontinuální spolupráce z pohledu psychologů	64
Graf 27 Tři diagnózy, při kterých je potřeba kontinuální spolupráce odborníku z logopedie a psychologie z pohledu psychologů	65

Graf 28 Současná spolupráce logopeda a psychologa z pohledu psychologů.....	65
Graf 29 Podíl spolupráce s logopedem / klinickým logopedem z pohledu psychologa.....	67
Graf 30 Dostatek logopedů / klinických logopedů v České republice z pohledu psychologů	67
Graf 31 Názor psychologů na dostatek psychologů / klinických psychologů v České republice	68
Graf 32 Resort působení klinických psychologů	68
Graf 33 Spolupráce klinických psychologů při diagnostice.....	69
Graf 34 Spolupráce klinických psychologů v rámci terapie	69
Graf 35 Problematika narušené komunikační schopnosti z pohledu klinického psychologa.....	70
Graf 36 Typy poruch komunikace, kdy je potřeba kontinuální spolupráce z pohledu klinických psychologů	71
Graf 37 Tři typy narušené komunikace, kdy je nejvíce potřeba kontinuální spolupráce dle klinických psychologů	72
Graf 38 Dostatečnost současné spolupráce logopeda a psychologa podle klinických psychologů.....	72
Graf 39 Podíl spolupráce s logopedem / klinickým logopedem z pohledu klinických psychologů.....	74
Graf 40 Názor klinických psychologů na dostatek logopedů / klinických logopedů v České republice	74
Graf 41 Dostatek psychologů / klinických psychologů v České republice z pohledu klinických psychologů	75

Seznam příloh

Příloha 1: Dotazník určený logopedům

Příloha 2: Dotazník určený klinickým logopedům

Příloha 3: Dotazník určený psychologům

Příloha 4: Dotazník určený klinickým psychologům

Příloha č. 1 Dotazník určený logopedům

13.04.23 17:43

Spolupráce logopeda a psychologa při diagnostice a terapii narušené komunikační schopnosti

Spolupráce logopeda a psychologa při diagnostice a terapii narušené komunikační schopnosti

Dobrý den,

jmenuji se Sandra Weisheitel a momentálně jsem studentka oboru Logopedie na Univerzitě Palackého v Olomouci. V rámci mé diplomové práce se věnuji problematice spolupráce logopeda a psychologa při diagnostice a terapii narušené komunikační schopnosti.

Prosím Vás o věnování části svého času k vyplnění následujícího krátkého dotazníku (cca. 5 - 10 minut), který je zcela ANONYMNÍ.

Budu Vám vděčná pokud svými odpověďmi přispějete k dokončení mé diplomové práce.

Děkuji,

Sandra Weisheitel

*Povinné pole

1. Vaše odbornost *

Označte jen jednu elipsu.

- Logoped *Přeskočte na otázku 2*
- Klinický logoped *Přeskočte na otázku 13*
- Psycholog *Přeskočte na otázku 24*
- Klinický psycholog *Přeskočte na otázku 35*

Logoped

2. 1. Resort působení *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- MŠMT
- MZČR
- MPSV

13.04.23 17:43

Spolupráce logopeda a psychologa při diagnostice a terapii narušené komunikační schopnosti

3. 2. Spolupracujete s psychologem / klinickým psychologem v rámci diagnostiky? *

Označte jen jednu elipsu.

- Ano
- Ne

4. 3. Spolupracujete s psychologem / klinickým psychologem v rámci terapie? *

Označte jen jednu elipsu.

- Ano
- Ne

5. 4. Narušená komunikační schopnost je z Vašeho pohledu problematika *

Označte jen jednu elipsu.

- jenom logopeda / klinického logopeda
- spíše logopeda / klinického logopeda
- jenom psychologa / klinického psychologa
- spíše psychologa / klinického psychologa
- Obou odborníků

6. 5. Při jakých typech poruch komunikace* je dle Vás kontinuální spolupráce potřeba *

Kontinuální = nepřetržitá opakovaná spolupráce u jednoho klienta v rámci diagnostiky i terapie

* okruhů NKS a příbuzné poruchy komunikace

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Afázie
- Breptavost
- Dysartrie
- Dyslalie
- Kognitivně-komunikační poruchy
- Kóktavost
- Mutismus
- U poruch autistického spektra (symptomatické poruchy řeči)
- Vývojová dysartrie
- Vývojová dysfázie
- Jiné: _____

7. 6. Při jakých všech typech poruch komunikace * je dle Vás kontinuální spolupráce potřeba nejvíce (max. 3) *

Kontinuální = nepřetržitá opakovaná spolupráce u jednoho klienta v rámci diagnostiky i terapie

* okruhů NKS a příbuzné poruchy komunikace

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Afázie
- Breptavost
- Dysartrie
- Dyslalie
- Kognitivně-komunikační poruchy
- Kóktavost
- Mutismus
- U poruch autistického spektra (symptomatické poruchy řeči)
- Vývojová dysartrie
- Vývojová dysfázie
- Jiné: _____

8. 7. Je současná spolupráce logopeda a psychologa dle Vašeho názoru dostačující? *

Označte jen jednu elipsu.

Ano

Ne

9. 8. Odůvodněte svou odpověď u předchozí otázky č. 7 *

10. 9. Jaký by dle Vás měl být podíl spolupráce s psychologem / klinickým psychologem ? (1 = 0%, 2= 25%, 3= 50%, 4= 75%, 5=100%) *

Označte jen jednu elipsu.

0 %

1

2

3

4

5

100%

11. 10. Logopedů / klinických logopedů je dle Vašeho názoru v současné době v České republice *

Označte jen jednu elipsu.

Dostatek

Nedostatek

12. 11. Psychologů / klinických psychologů je dle Vašeho názoru v současné době v České republice *

Označte jen jednu elipsu.

Dostatek

Nedostatek

Příloha č. 2 Dotazník určený klinickým logopedům

13.04.23 17:43

Spolupráce logopeda a psychologa při diagnostice a terapii narušené komunikační schopnosti

Spolupráce logopeda a psychologa při diagnostice a terapii narušené komunikační schopnosti

Dobrý den,

jmenuji se Sandra Weisheitel a momentálně jsem studentka oboru Logopedie na Univerzitě Palackého v Olomouci. V rámci mé diplomové práce se věnuji problematice spolupráce logopeda a psychologa při diagnostice a terapii narušené komunikační schopnosti.

Prosím Vás o věnování části svého času k vyplnění následujícího krátkého dotazníku (cca. 5 - 10 minut), který je zcela ANONYMNÍ.

Budu Vám vděčná pokud svými odpověďmi přispějete k dokončení mé diplomové práce.

Děkuji,

Sandra Weisheitel

*Povinné pole

1. Vaše odbornost *

Označte jen jednu elipsu.

- Logoped *Přeskočte na otázku 2*
- Klinický logoped *Přeskočte na otázku 13*
- Psycholog *Přeskočte na otázku 24*
- Klinický psycholog *Přeskočte na otázku 35*

Klinický logoped

13. 1. Resort působení *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

MŠMT

MZČR

MPSV

14. 2. Spolupracujete s psychologem / klinickým psychologem v rámci diagnostiky? *

Označte jen jednu elipsu.

Ano

Ne

15. 3. Spolupracujete s psychologem / klinickým psychologem v rámci terapie? *

Označte jen jednu elipsu.

Ano

Ne

16. 4. Narušená komunikační schopnost je z Vašeho pohledu problematika *

Označte jen jednu elipsu.

jenom logopeda / klinického logopeda

spíše logopeda / klinického logopeda

jenom psychologa / klinického psychologa

spíše psychologa / klinického psychologa

Obou odborníků

17. 5. Při jakých typech poruch komunikace* je dle Vás kontinuální spolupráce potřeba *

Kontinuální = nepřetržitá opakovaná spolupráce u jednoho klienta v rámci diagnostiky i terapie

* okruhů NKS a příbuzné poruchy komunikace

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

Afázie

Breptavost

Dysartrie

Dyslalie

Kognitivně-komunikační poruchy

Kóktavost

Mutismus

U poruch autistického spektra (symptomatické poruchy řeči)

Vývojová dysartrie

Vývojová dysfázie

Jiné: _____

18. 6. Při jakých všech typech poruch komunikace * je dle Vás kontinuální spolupráce potřeba nejvíce (max. 3) *

Kontinuální = nepřetržitá opakovaná spolupráce u jednoho klienta v rámci diagnostiky i terapie

* okruhů NKS a příbuzné poruchy komunikace

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Afázie
- Breptavost
- Dysartrie
- Dyslalie
- Kognitivně-komunikační poruchy
- Kóktavost
- Mutismus
- U poruch autistického spektra (symptomatické poruchy řeči)
- Vývojová dysartrie
- Vývojová dysfázie
- Jiné: _____

19. 7. Je současná spolupráce logopeda a psychologa dle Vašeho názoru dostačující? *

Označte jen jednu elipsu.

- Ano
- Ne

20. 8. Odůvodněte svou odpověď u předchozí otázky č. 7 *

21. 9. Jaký by dle Vás měl být podíl spolupráce s psychologem / klinickým psychologem ? (1 = 0%, 2= 25%, 3= 50%, 4= 75%, 5=100%) *

Označte jen jednu elipsu.

0 %

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____
100%

22. 10. Logopedů / klinických logopedů je dle Vašeho názoru v současné době v České republice *

Označte jen jednu elipsu.

Dostatek
 Nedostatek

23. 11. Psychologů / klinických psychologů je dle Vašeho názoru v současné době v České republice *

Označte jen jednu elipsu.

Dostatek
 Nedostatek

Příloha č. 3 Dotazník určený psychologům

13.04.23 17:43

Spolupráce logopeda a psychologa při diagnostice a terapii narušené komunikační schopnosti

Spolupráce logopeda a psychologa při diagnostice a terapii narušené komunikační schopnosti

Dobrý den,

jmenuji se Sandra Weisheitel a momentálně jsem studentka oboru Logopedie na Univerzitě Palackého v Olomouci. V rámci mé diplomové práce se věnuji problematice spolupráce logopeda a psychologa při diagnostice a terapii narušené komunikační schopnosti.

Prosím Vás o věnování části svého času k vyplnění následujícího krátkého dotazníku (cca. 5 - 10 minut), který je zcela ANONYMNÍ.

Budu Vám vděčná pokud svými odpověďmi přispějete k dokončení mé diplomové práce.

Děkuji,

Sandra Weisheitel

*Povinné pole

1. Vaše odbornost *

Označte jen jednu elipsu.

- Logoped *Přeskočte na otázku 2*
- Klinický logoped *Přeskočte na otázku 13*
- Psycholog *Přeskočte na otázku 24*
- Klinický psycholog *Přeskočte na otázku 35*

13.04.23 17:43

Spolupráce logopeda a psychologa při diagnostice a terapii narušené komunikační schopnosti

24. 1. Resort působení *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- MŠMT
- MZČR
- MPSV

25. 2. Spolupracujete s logopedem / klinickým logopedem v rámci diagnostiky? *

Označte jen jednu elipsu.

- Ano
- Ne

26. 3. Spolupracujete s logopedem / klinickým logopedem v rámci terapie? *

Označte jen jednu elipsu.

- Ano
- Ne

27. 4. Narušená komunikační schopnost je z Vašeho pohledu problematika *

Označte jen jednu elipsu.

- jenom logopeda / klinického logopeda
- spíše logopeda / klinického logopeda
- jenom psychologa / klinického psychologa
- spíše psychologa / klinického psychologa
- Obou odborníků

28. 5. Při jakých typech poruch komunikace* je dle Vás kontinuální spolupráce potřeba *

Kontinuální = nepřetržitá opakovaná spolupráce u jednoho klienta v rámci diagnostiky i terapie

* okruhů NKS a příbuzné poruchy komunikace

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Afázie
- Breptavost
- Dysartrie
- Dyslalie
- Kognitivně-komunikační poruchy
- Kóktavost
- Mutismus
- U poruch autistického spektra (symptomatické poruchy řeči)
- Vývojová dysartrie
- Vývojová dysfázie
- Jiné: _____

29. 6. Při jakých všech typech poruch komunikace * je dle Vás kontinuální spolupráce potřeba nejvíce (max. 3) *

Kontinuální = nepřetržitá opakovaná spolupráce u jednoho klienta v rámci diagnostiky i terapie

* okruhů NKS a příbuzné poruchy komunikace

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Afázie
- Breptavost
- Dysartrie
- Dyslalie
- Kognitivně-komunikační poruchy
- Kóktavost
- Mutismus
- U poruch autistického spektra (symptomatické poruchy řeči)
- Vývojová dysartrie
- Vývojová dysfázie
- Jiné: _____

30. 7. Je současná spolupráce logopeda a psychologa dle Vašeho názoru dostačující? *

Označte jen jednu elipsu.

Ano

Ne

31. 8. Odůvodněte svou odpověď u předchozí otázky č. 7 *

32. 9. Jaký by dle Vás měl být podíl spolupráce s logopedem / klinickým logopedem ? (1 = 0%, 2= 25%, 3= 50%, 4= 75%, 5=100%) *

Označte jen jednu elipsu.

0 %

1

2

3

4

5

100%

33. 10. Logopedů / klinických logopedů je dle Vašeho názoru v současné době v České republice *

Označte jen jednu elipsu.

Dostatek

Nedostatek

34. 11. Psychologů / klinických psychologů je dle Vašeho názoru v současné době v České republice *

Označte jen jednu elipsu.

Dostatek

Nedostatek

Příloha č. 4 Dotazník určený klinickým psychologům

13.04.23 17:43

Spolupráce logopeda a psychologa při diagnostice a terapii narušené komunikační schopnosti

Spolupráce logopeda a psychologa při diagnostice a terapii narušené komunikační schopnosti

Dobrý den,

jmenuji se Sandra Weisheitel a momentálně jsem studentka oboru Logopedie na Univerzitě Palackého v Olomouci. V rámci mé diplomové práce se věnuji problematice spolupráce logopeda a psychologa při diagnostice a terapii narušené komunikační schopnosti.

Prosím Vás o věnování části svého času k vyplnění následujícího krátkého dotazníku (cca. 5 - 10 minut), který je zcela ANONYMNÍ.

Budu Vám vděčná pokud svými odpověďmi přispějete k dokončení mé diplomové práce.

Děkuji,

Sandra Weisheitel

*Povinné pole

1. Vaše odbornost *

Označte jen jednu elipsu.

- Logoped *Přeskočte na otázku 2*
- Klinický logoped *Přeskočte na otázku 13*
- Psycholog *Přeskočte na otázku 24*
- Klinický psycholog *Přeskočte na otázku 35*

Klinický psycholog

35. 1. Resort působení *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

MŠMT

MZČR

MPSV

36. 2. Spolupracujete s logopedem / klinickým logopedem v rámci diagnostiky? *

Označte jen jednu elipsu.

Ano

Ne

37. 3. Spolupracujete s logopedem / klinickým logopedem v rámci terapie? *

Označte jen jednu elipsu.

Ano

Ne

38. 4. Narušená komunikační schopnost je z Vašeho pohledu problematika *

Označte jen jednu elipsu.

jenom logopeda / klinického logopeda

spíše logopeda / klinického logopeda

jenom psychologa / klinického psychologa

spíše psychologa / klinického psychologa

Obou odborníků

39. 5. Při jakých typech poruch komunikace* je dle Vás kontinuální spolupráce potřeba *

Kontinuální = nepřetržitá opakovaná spolupráce u jednoho klienta v rámci diagnostiky i terapie

* okruhů NKS a příbuzné poruchy komunikace

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

Afázie

Breptavost

Dysartrie

Dyslalie

Kognitivně-komunikační poruchy

Kóktavost

Mutismus

U poruch autistického spektra (symptomatické poruchy řeči)

Vývojová dysartrie

Vývojová dysfázie

Jiné: _____

40. 6. Při jakých všech typech poruch komunikace * je dle Vás kontinuální spolupráce potřeba nejvíce (max. 3) *

Kontinuální = nepřetržitá opakovaná spolupráce u jednoho klienta v rámci diagnostiky i terapie

* okruhů NKS a příbuzné poruchy komunikace

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Afázie
- Breptavost
- Dysartrie
- Dyslalie
- Kognitivně-komunikační poruchy
- Koktavost
- Mutismus
- U poruch autistického spektra (symptomatické poruchy řeči)
- Vývojová dysartrie
- Vývojová dysfázie
- Jiné: _____

41. 7. Je současná spolupráce logopeda a psychologa dle Vašeho názoru dostačující? *

Označte jen jednu elipsu.

- Ano
- Ne

42. 8. Odůvodněte svou odpověď u předchozí otázky č. 7 *

43. 9. Jaký by dle Vás měl být podíl spolupráce s logopedem / klinickým logopedem ? (1 = 0%, 2= 25%, 3= 50%, 4= 75%, 5=100%) *

Označte jen jednu elipsu.

0 %

1

2

3

4

5

100%

44. 10. Logopedů / klinických logopedů je dle Vašeho názoru v současné době v České republice *

Označte jen jednu elipsu.

Dostatek

Nedostatek

45. 11. Psychologů / klinických psychologů je dle Vašeho názoru v současné době v České republice *

Označte jen jednu elipsu.

Dostatek

Nedostatek

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Sandra Weisheitel
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	prof. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2023

Název práce:	Spolupráce logopeda a psychologa při diagnostice a terapii vybraných typů narušené komunikační schopnosti
Název v angličtině:	Cooperation between speech therapist and psychologist in the diagnosis and therapy of selected types of communication disorders
Anotace práce:	<p>Diplomová práce se zabývá spoluprací logopedů, klinických logopedů a psychologů, klinických psychologů při diagnostice a terapii specifických typů narušení komunikační schopnosti. Je složena ze dvou částí, konkrétně z teoretické části a praktické části. Teoretická část obsahuje definici pojmů narušená komunikační schopnost a řečová komunikace, diagnostikou, terapii, mezioborovou spolupráci a definuje tři určité typy narušené komunikační schopnosti (koptavost, mutismus, vývojovoudysfázii). Praktická část je koncipována jako výzkum kvantitativního charakteru, kdy hlavní výzkumná metoda bylo zvoleno dotazníkové šetření, administrována logopedům, klinickým logopedům, psychologům a klinickým psychologům. Hlavním cílem této diplomové práce je zjistit, jaký je aktuální stav spolupráce logopeda a psychologa při diagnostice a terapii narušené komunikační schopnosti v aktuálních podmínkách v České republice</p>

Klíčová slova:	mezioborová spolupráce, logopedie, psychologie, narušená komunikační schopnost, koktavost, mutismus, vývojová dysfázie, logopedická diagnostika, logopedická terapie, psychologická diagnostika, psychoterapie, interdisciplinární přístup
Anotace v angličtině:	<p>This thesis deals with the collaboration between speech and language therapists, clinical speech therapists and clinical psychologists in the diagnosis and therapy of specific types of communication disorders. It consists of two parts, namely a theoretical part and a practical part. The theoretical part includes the definition of the terms impaired communication ability and speech communication, diagnosis, therapy, cooperation and defines three specific types of impaired communication ability (stuttering, mutism, developmental dysphasia). The practical part is designed as a research of quantitative nature, where the main research method chosen was a questionnaire survey, administered to speech therapists, clinical speech therapists, psychologists and clinical psychologists.</p> <p>The main aim of this thesis is to find out what is the current state of cooperation between speech therapists and psychologists in the diagnosis and therapy of impaired communication skills in the current conditions in the Czech Republic</p>
Klíčová slova v angličtině	interdisciplinary cooperation, speech therapy, psychology, communication disorder, stuttering, mutism, developmental dysphasia, diagnosis in speech therapy, speech language therapy, psychological diagnosis, psychotherapy, interdisciplinary approach
Přílohy vázané k práci	<p>Příloha 1: Dotazník určený logopedům Příloha 2: Dotazník určený klinickým logopedům Příloha 3: Dotazník určený psychologům Příloha 4: Dotazník určený klinickým psychologům</p>
Rozsah práce	89 + 18 stran příloh
Jazyk práce	Český jazyk