

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Sandra Weisheitel

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

Olomouc 2022

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

## PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Spolupráce logopeda a psychologa při diagnostice a terapii určitých typů narušené komunikační schopnosti“ vypracovala zcela samostatně pod vedením vedoucí diplomové práce prof. Mgr. Kateřinou Vitáskovou, 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. Vitáskové, Ph.D., za všechny doporučení, rady, předávání znalostí a zkušeností a přívětivý přístup a ochotu vždy poradit.

Dále bych chtěla poděkovat všem zapojeným logopedům a logopedkám, psychologům a psychologkám, které 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 přátelé, kteří mě vždy podpořili a dodali sebevědomí a vždy věřili v mé dovednosti a schopnosti, nejen během psaní této diplomové práce.

Velmi Vám všem děkuji!

## Obsah

ÚVOD.....	3
<b>1. NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST A ŘEČOVÁ KOMUNIKACE .....</b>	<b>6</b>
1.1. KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST.....	6
1.2. TERMÍN NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI.....	6
1.3. ŘEČOVÁ KOMUNIKACE .....	7
1.4. PORUCHY ŘEČOVÉ KOMUNIKACE .....	8
1.5. MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ.....	9
<b>2. DIAGNOSTIKA JEDINCE S NARUŠENOU KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTÍ...12</b>	
2.1. LOGOPEDICKÁ DIAGNOSTIKA .....	12
2.2. PSYCHOLOGICKÁ DIAGNOSTIKA .....	14
2.3. SPOLUPRÁCE LOGOPEDA A PSYCHOLOGA PŘI DIAGNOSTICE NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI.....	16
<b>3. TERAPIE NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI.....17</b>	
3.1. TERAPIE V LOGOPEDII.....	17
3.2. TERAPIE V PSYCHOLOGII.....	18
<b>4. VYBRANÉ TYPY NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI.....20</b>	
4.1. KOKTAVOST.....	20
4.1.1. Diagnostika koktavosti .....	21
4.1.2. Terapie koktavosti .....	23
4.2. MUTISMUS .....	25
4.2.1. Diagnostika mutismu.....	26
4.2.2. Terapie mutismu.....	27
4.3. VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE .....	28
4.3.1. Diagnostika vývojové dysfázie .....	29
4.3.2. Terapie vývojové dysfázie.....	33
<b>5. PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>38</b>
5.1. FORMULACE HLAVNÍHO CÍLE, DÍLČÍCH CÍLŮ A VÝZKUMNÝCH OTÁZEK VÝZKUMU .....	38
5.2. METODOLOGIE VÝZKUMU.....	39
5.2.1. Distribuce a sběr dat dotazníkového šetření.....	40
5.3. ANALÝZA VÝSLEDŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ .....	41
5.3.1. Dotazníkové šetření – logopedi.....	42
5.3.2. Dotazníkové šetření – kliničtí logopedi.....	48
5.3.3. Dotazníkové šetření – psychologové .....	55
5.3.4. Dotazníkové šetření – kliničtí psychologové.....	60
5.4. ZÁVĚR VÝZKUMU .....	65
5.5. DISKUSE .....	69
5.6. LIMITY.....	71
5.6.1. Limity na straně respondentů.....	71
5.6.2. Limity na straně výzkumníka.....	71

5.6.3. <i>Limity prostředí a času</i> .....	71
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>73</b>
<b>CITOVANÁ LITERATURA</b> .....	<b>76</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>79</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ</b> .....	<b>79</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>80</b>
<b>PŘÍLOHY</b> .....	<b>81</b>
<b>ANOTACE</b> .....	<b>93</b>

## 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. Právě i během studia jsou studenti obeznámeni z 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 složky 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 věci pouze teoretickou než 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, které 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 s tím, že klient v rámci terapie narušené komunikační schopnosti byl v péči psychologa nebo klinického psychologa i v rámci terapie.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části, část teoretickou, která obsahuje 4 hlavní kapitoly, 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. 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 analyzovány a interpretovány 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. 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 schopnosti

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 grafické formy mezilidské komunikace, komunikací činem a také aktuální operování s metakomunikací; dle průběhu komunikování – narušena expresivní i receptivní složka 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 (Škodová, 2007).

Za NKS se nepovažuje fyziologická nemluvnost, vývojové dysfluency (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 fluency (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

S termínem řečová komunikace operuje ve své publikaci Neubauer (Kompedium klinické logopedie), kdežto s pojmem narušená komunikační schopnost se setkáváme především v publikaci Klinická logopedie od Škodové a kolektivu.

Užití pojmu řečová komunikace vychází z psycholingvistické koncepce, kdy tato koncepce se snaží o spojení kognitivních a jazykovědných 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“) se dělí na dvě hlavní velké skupiny a) vývojové poruchy řečové komunikace (PŘK) u dětí a b) poruch řečové komunikace (PŘK) u dospělých a stárnoucích osob (Neubauer, 2018). Mezi vývojové poruchy řečové komunikace u dětí řadí Neubauer následující podskupiny: poruchy na bázi percepční bariéry – PŘK vyvolané vlivem poruchy sluchu, PŘK vyvolané poruchy zraku; poruchy primární funkce orofaciálního traktu – dysfagie, respirační insuficience; motorické řečové poruchy – dyslalie, vývojová řečová dyspraxie, palatolalie, vývojová dysartrie, rinolalie, dysfonie, koktavost, breptavost; poruchy vývoje individuálního jazykového systému – opožděný vývoj řečových schopností, vývojová dysfázie, specifické poruchy učení (dyslexie a dysgrafie); kognitivně-komunikační poruchy v dětském věku – KKP při pervazivních vývojovém onemocnění, KKP u stavů po úrazu CNS či nemoci CNS, KKP při mentálním handicapu. Druhou skupinou jsou PŘK u dospělých a stárnoucích osob, které dále dělíme na: poruchy na bázi percepční bariéry – PŘK vyvolané vlivy poruchy sluchu, PŘK vyvolané vlivy poruchy zraku; poruchy primární funkce orofaciálního traktu – Neubauer (2018) uvádí získanou dysfagii a respirační insuficienci; motorické řečové poruchy – dyslalie, získaná řečová dyspraxie, palatolalie, dysartrie, získaná dysartrie, rinolalie, dysfonie, koktavost, breptavost; získané poruchy individuálního jazykového systému – afázie, progredující afázie, specifické poruchy učení (dyslexie a dysgrafie); 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 handicapu, 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

Nejvíce využívanou klasifikací je 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, až už 10. či 11. revize, je výsledkem revize a její přípravu koordinovala Světová zdravotnická organizace (WHO). WHO tuto klasifikaci vydalo pod názvem „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.“ Klasifikace podléhá pravidelným aktualizacím a revizím. V naší práci budeme pracovat stále s klasifikací dle MKN-10 (WHO, 2018).

Pro nás jakožto logopedy 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, kognitivní i sociálním vývojem jedince. Z této kapitoly se zaměřujeme na skupiny F80-F89 (poruchy psychického vývoje) a F90-F99 (poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání) (WHO, 2018).

Pod skupinou F80-89 Poruchy psychického vývoje se nachází následující diagnózy: F80 Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka – F80.0 Specifická porucha artikulace řeči, F80.1. Expresivní porucha řeči, F80.2. Receptivní porucha řeči, F80.3. Získaná afázie s epilepsií (Landauův-Kleffnerův syndrom), F80.8. Jiné vývojové poruchy řeči nebo jazyka (patlavost), F80.9. Vývojová porucha řeči nebo jazyka nespécifikovaná; F81 Specifické vývojové poruchy školních dovedností – F81.0. Specifická porucha čtení, F81.1. Specifická porucha psaní a výslovnosti, F81.2. Specifická porucha počítání, F81.3. Smíšená porucha školních dovedností, F81.8. Jiná vývojová porucha školních dovedností, F81.9. Vývojová porucha školních dovedností nespécifikovaná; F82 Specifická vývojová porucha motorické funkce – zahrnuje dyspraxii, koordinační poruchu, postižení jemné a hrubé motorické koordinace; F84 Pervazivní vývojové poruchy – F84.0. Dětský autismus, F84.1. Atypický autismus, F84.2. Rettův syndrom, F84.3. Jiná dětská dezintegrační porucha, F84.4. Hyperkinetická porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby, F84.5. Aspergerův syndrom, F84.8. Jiné

pervazivní vývojové poruchy, F84.9. Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná; F88 Jiné poruchy psychického vývoje – zahrnuje vývojovou agnózi (WHO, 2018).

Do skupiny F90-F99 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání řadíme následující diagnózy: F94 Poruchy sociálních funkcí se začátkem v dětství a v dospívání – F94.0. Elektivní mutismus; F98 Jiné poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání – F98.5. Kóktavost, F98.6. Breptavost (WHO, 2018).

Z kapitoly XVIII Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde (R00-R99) lze vyjmenovat následovně přímo už samotné diagnózy: R13 Dysfagie, R63 Afagie, R41.3. Jiná amnézie, R47.0. Dysfázie a afázie, R47.1. Anartrie a dysartrie, R47.8. Jiné a neurčené poruchy řeči, R48 Dyslexie a alexie, 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, 2018).

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 (senzoryneurální) nedoslýchavost, 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 R63.0 Afagie
Respirační insuficience	R06.8 Insuficience dýchací
Motorické řečové poruchy	
Dyslalie	F80.0 Dyslalie vývojová (patlavost)
Vývojová řečová dyspraxie	F82 Dyspraxie vývojová
Získaná řečová dyspraxie	R27.8 Jiný a neurčený nedostatek koordinace
Palatolalie	Pojem neoznačen (možné F80.9) Q35.9 Palatoschisis (označení příčiny stavu)
Vývojová dysartrie Získaná dysartrie	R47.1 Anartrie a dysartrie

Rinofonie (rinolalie)	R49.2 Hypernazalita a hyponazalita
Dysfonie/chraptivost	R49.0 Dysfonie. Chrapot R49.1 Afonie. Ztráta hlasu
Balbuties	F98.5 Koktavost
Tumultus sermonis	F98.6 Breptavost
Poruchy individuálního jazykového systému	
Opožděný vývoj řečových schopností	R62.0 Opožděná (pozdní) mluva
Vývojová dysfázie	F80.1 Expresivní porucha řeči F80.2 Receptivní porucha řeči
Specifické poruchy učení (čtení a psaní)	F81.0 Specifická porucha čtení (dyslexie) F81.1 Specifická porucha psaní (dysgrafie)
Afázie	R47.0 Afázie R48.0 Dyslexie/alexie (získaná neurogenně)
Progredující afázie	G31.0 Izolovaná progredující afázie
Kognitivně-komunikační poruchy	
KKP při pervazivním vývojovém onemocnění	F84 Pervazivní vývojové poruchy F20-29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
KKP po úrazu CNS či nemoci	F06.7 Mírná kognitivní porucha F06.8 Jiné duševní poruchy způsobené poškozením mozku, jeho dysfunkcí a somatickou nemocí F07 Poruchy osobnosti a chování způsobené onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku R41.3 Jiná amnézie
KKP při mentálním postižením	F70-79 Mentální retardace F99 Porucha mentální (nebo chování) nepychotická
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.

Data z tabulky číslo jedna a přechozích odstavců jsou pouze zpracování tabelární části a abecedního seznamu poslední aktualizované verze k datu 1.1.2018 z tištěné publikace MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2018.

## **2. Diagnostika jedince s narušenou komunikační schopností**

Slovník speciální pedagogiky 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 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).

Klinická logopedie má za úkol zachytit celkový stav a přítomnost poruchy komunikace, což znamená poruchy komunikace řeči, jazykovými prostředky, písmem a s nimi spojené i deficity v rámci praxie, gnozie a kognitivních funkcí. S tímto systémově souvisí i motorika a koordinace orofaciální oblasti, nesmíme opomínat ani proces polykání. Neubauer 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).

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 řízný rozhovor.

Diagnostické zkoušky jsou materiály, které jsou založeny často na subjektivním vnímání examinátora, jako příklad lze uvést vyšetření výslovnosti, zvuku řeči, 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, FEES, videofluorskopie, 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 praxie, gnozie a kognitivních funkcí. V rámci celistvě komplexního obrazu se zabývá i oblastí motoriky a koordinací orofaciální oblasti a procesem polykání. Jakožto základní cíle logopedické diagnostiky lze tedy uvést: zjištění přítomnosti řečové poruchy komunikace a 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 individualit, 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 pacientovi 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 pacientem; 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 či policie); pozorování při rozhovoru či v přirozených podmínkách; posuzovací stupnice a dotazníkové metody; výkonové a projektivní techniky (Baštěcká, 2003 str. 186).

Diagnóza lze být chápána ze dvou smyslech. Podle medicínských kritérií v užší 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

vyklučujeme 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 jí 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 psycholog přináší 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 či video nahrávek či alespoň z písemných záznamů a semi-konstruovaných rozhovorů. Je zde možnost využít dotazníkových či deníkových metod, jejichž prostřednictvím se získávají interaktivní údaje (Baštěcká, 2003). Zvolené diagnostické postupy slouží k zodpovězení otázek – jakou pravidelností či 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“ od autorů P. Říčan, D. Krejčířová a kol. 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, či 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 ucelené a neoptimálnější průběh terapie.

### 2.3. Spolupráce logopeda a psychologa při diagnostice narušené komunikační schopnosti

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 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 negativismus. Ve školním věku se pak k výše zmíněným obtížím může přidat i problémy výkonové a 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 projektivní metody (kresebné či konstruktivní) (Valenta, 2015).

### 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; redukující zdánlivě ztracené řečové funkce. Záměrným učením se rozumí tzv. řízené učení, které probíhá pod záměrným řízením, usměrňováním 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 projevů 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, osobnosti a společenských vztazích 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: psychoprofylaktickou, 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 chápat ze dvou pohledů: psychoterapie jako obor, empirická a aplikovaná věda; psychoterapie jako činnost (Kratochvíl, 2017).

Důležité je nezaměňovat psychoterapii za poradenství, kdy nejčastěji se milně 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 chování 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. Vybrané typy narušené komunikační schopnosti

### 4.1. 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. 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 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 kontinuita řeči), projevuje se zpravidla sekundárně i symbolických procesech, příklad lze uvést moment zakoktání mění koncept myšlení či při častých parafrázích můžeme pozorovat známky vyhybavého 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.

#### 4.1.1. 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 pravidly a specifickými, 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 diagnostikou terapii, a naopak terapeutickou diagnostiku. Dalším obecným pravidlem v rámci integrativního přístupu je analýza spontánního projevu v jedincovi 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 vhodné 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 všímáme 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 – nevádí 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 diferenciačního 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 vývojovou dysfluencí (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 fluence od nejlehčích 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 *bordeline stuttering* (hraniční koktavost), *beginning stuttering* (incipientní koktavost), *intermediate stuttering* (středně pokročilá koktavost) a *advanced stuttering* (pokročilá / rozvinutá koktavost).

#### 4.1.2. 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 prodloužené hláске [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 (Peuteschmiedová, 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.

Terapie modifikace koktavosti (Stuttering modification therapie) kdy cílem 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, aby balbutik získal pocit možné kontroly 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 „skákavé řeči“, kdy například u incipientní koktavosti u slov, které způsobují potíže zvýšíme úmyslně repetice na začátku slov (ža-ža-ža-žabka).

#### 4.2. 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 přichylnosti v dětství (F94.1) a dezinhibovaná přichylnost 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 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. Eva Malá 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 (Nápadným příznakem surdomutismu je neobvyklá, s hluchotou kontrastující pohotovost v odezírání řeči – nevědomé slyšení); poslední formou klasifikace je dle věku na časný (3-4 roky), pozdní (5-7) a školní (7+) mutismus. V psychiatrické terminologii je často mutismus popisován jako pouhý symptom jiného psychiatrického onemocnění než jako diagnóza samotná (Pečeňák, 2003).

#### 4.2.1. 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 publikace 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 diferenciální 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. Pedagog by se měl po určení diagnózy řídit doporučením vyplývající z dokumentace klienta a měl by poučit o těchto doporučení zároveň všechny osoby, kteří s jedincem přichází do styku ve školním prostředí, pracovníky školského zařízení popřípadě i spolužáky jedince.

#### 4.2.2. 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/dítě, které 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).

#### 4.3. 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 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 (Bishop, 2014), jenž komparoval 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 navržení 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. (Pospíšilová, 2018)

Jakožto definici vývojové dysfázie 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

deprivačními či jinými vlivy prostředí (Pospíšilová, 2018). Je již překonané rozdělení na receptivní a expresivní poruchu, kdy se zdůrazňovala i vždy přítomná kombinace obou oblastí s rozdílem převahy deficitů. 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. V MKN-11 je již vývojová dysfázie dělena následovně: vývojová jazyková porucha s postižením receptivního i expresivního jazyka; vývojová jazyková porucha s postižením převážně expresivního jazyka; vývojová jazyková porucha s postižením převážně pragmatického jazyka.

Škodová (2007) uvádí, že nejčastější příznaky v oblastech mimo řeč jsou: 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;

#### 4.3.1. 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).

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 ve vztahu ke komunikaci, rozhovor s rodiči a samotném vyšetření pomocí subtestů zaměřující se na porovnatelné testy a zkoušky. Úskalím diagnostiky je nedostatek ucelené baterie z důvodu obtížného a zdlouhavého standardizování jazykových testů pro každý jazyk a kulturu určitého státu. 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 taktéž nižší procentu úspěšnosti.

V rámci neurologické diagnostiky může být neurologický nálezn negativní, avšak na EEG se projevují v některých případech komplex vlna-hrot bez manifestace epileptických projevů. Výpočetní tomografie, CT, bývá taktéž 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 skupinovém sezení. Lateralita se vyšetřuje standardizovaným Testem laterality od autorů Matějček a Žlab, kdy typ laterality je dán kvocientem  $DxQ$ , 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 test, 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 využít i v rámci diferenciatní diagnostiky, kdy děti s vývojovou dysfází, dětskou mozkovou obrnou či mentální postižení 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 manuální zručnost, jak uvádí Škodová (2007). 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. Grafomotoriku pozorujeme na kresbě, kdy kresba jedinců s vývojovou dysfází je zcela typická nápadná, dochází k deformaci tvarů, nesprávně zobrazují přímky, 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, ačkoliv validní interpretace je v kompetenci psychologa (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 na určité podněty například. 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). Řeč je narušena v percepci i expresy, neverbální intelektové schopnosti jsou vyšší jak verbální. Řeč bývá narušena ve všech jazykových rovinách v různé míře.

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 jedince s vývojovou dysfázií, 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 percepcie 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 dysfatičtí jedinci mají celý komplex potíží i v neverbálních oblastech, toto vyšetření však může provádět atestovaný klinický psycholog. Mezi tyto testy lze zařadit například: Wechslerovy škály inteligence, Rey-Osterrethova komplexní figura, Wechslerovy paměťové škály, Test slovní plynulosti (Verbal fluence test), Test cety, Reyův sluchově-verbální test učení, Wesconsinský test třídění karet, Stroopův test barev a slov apod.

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 z zařízení Démosthenes v Ústí nad Labem, dětského centra komplexní péče, které Pospíšilová vede.

V rámci diferenciální diagnostiky nejčastěji zkoumáme, zda se nemůže jednat o vývojovou dysartrii, která může mít velmi podobné příznaky, které však vyplývají z odlišné podstaty neurologického postižení. Další diagnózu, kterou vylučujeme je vada či porucha sluchu, při kterém může docházet k opožděnému vývoji řeči, avšak v jiných oblastech nedochází k opoždění, proto je nutné vyšetření sluchu (Škodová, 2007) Opožděný vývoj řeči prostý se liší především tím, že krom řeči není jiná složka opožděna, kdežto vývojová dysfázie postihuje komplexní opoždění jedince. Pokud je k opožděnému vývoji řeči přidružena mentální retardace, pak je opožděný celý vývoj jedince, avšak rovnoměrně a ve všech složkách. Škodová (2007) dále uvádí i nutnost diferenciální diagnostiku s těžkou dyslálií, kdy tato záměna je nejčastější omyl laické veřejnosti. V novějším Kompendiu klinické logopedie Pospíšilová (2018) uvádí v rámci diferenciální diagnostiky ještě nutnost odlišit od poruch autistického spektra (PAS). Mezi těmito diagnózami nejsou jisté hranice, tuto informaci čerpáme na základě výzkumu, který byl zaměřen na zkoumání rozpoznání emocí. Probandi byli rozděleny do tří skupin: PAS s postižením jazyka, PAS bez postižení jazyka a VD, kontrolní skupinou pak byli intaktní jedinci. Probandi prošli 2 úkoly, kdy jeden byl vizuální a druhá sluchový, jejich cílem bylo určit emoci, ve vizuálním úkolu to bylo z fotografií a ve sluchovém úkolu na základě

prosodie. Výsledky byly následující: děti s PAS bez poruchy jazyka dosahovaly horších výsledků jak děti intaktní pouze při identifikaci výrazů, které vyžadovaly odvození duševních stavů z jiných emočních výrazů; děti s PAS s poruchou jazyka a děti s vývojovou dysfázií sdílely deficity v rozpoznávání emocí, které jsou zapříčiněny pravděpodobně narušeným jazykovým vývojem (Taylor, a další, 2015). Mezi další diagnostiky, podobné vývojové dysfázii Pospíšilová (2018) zmiňuje genetická onemocnění s podobnou symptomatikou, jako příklad lze uvést Angelmanův syndrom nebo Klinefelterův syndrom. Další syndrom, který je v rámci diferenciální diagnostiky vylučován je Landauův-Kleffnerův syndrom (získaná porucha řeči s epilepsií). Jako poslední je v publikace Kompendium klinické logopedie v rámci diferenciální diagnostiky vývojové dysfázie zmíněna podnětová nebo emoční deprivace.

#### 4.3.2. 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 počinání. 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 kombinovat, aby nacvičené postupy mohl jedince realizovat co nejvíce a využil již nabytých dovedností.

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 v terapeutickém prostředí, včetně logopedie, operujeme s psychologickou 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 přisuzovat.

(Sedláková, 2004) Jedním ze základních pravidel terapie vývojové dysfázie lze uvést právě to, že stimulace recepce vždy přechází expresy. Ve spojitosti 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).

Při rozvoji samotné řeči bereme v potaz typ vývojové dysfázie. Dle MKN-10 dělíme vývojovou dysfázií 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 neznamená, že by jeho slovník byl chudý; řeč je fluentní, avšak prakticky nesrozumitelná, často vlastní slovník a tím projev deformovaný; mluvní apetit je přiměřený.

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. Jak je již dříve uvedeno vhodným jak diagnostickým, tak terapeutickým materiálem se jeví Vývojový test zrakového vnímání od Frostigové. Tento test je komplexní, zaměřuje se jak na vnímání tvarů a barev, ale také na koordinaci zpracování vjemů společně s motorikou ruky (Škodová, 2007). Právě úkoly, které jsou podobné úkolům ze subtestů, lze využít při terapii k základnímu nácviku rozvoje zrakového vnímání a kresby. 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 efektivně rozvíjet i jej. 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 rytmických 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 dysfázií 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 (Krejčířová, 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. Využit 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 vyloženě součástí klinického obrazu. Jak při diagnostice, tak i při následné terapii, je nutné se zaměřit

na komplexní obraz jedince včetně rozvoje a sledováním 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, přeskoku 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 protruzy rtů, kdy následně se má zaostřit koutky, jedinec stále má rty v protruzy 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 nácviku 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).

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



## 5. Praktická část

Praktická část diplomové práce využívá výzkum kvantitativního charakteru, kdy jako výzkumná metoda byl zvolena a využita dotazníkové 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 situaci spolupráce logopeda a psychologa při diagnostice a následné terapii narušené komunikační schopnosti na území České republiky.

### 5.1. Formulace hlavního cíle, dílčích cílů a výzkumných otázek výzkumu

Diplomová práce si klade za cíl zjistit, jaká je aktuální reálná spolupráce logopeda, popřípadě klinického logopeda, a psychologa, popřípadě klinického 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. Z hlavního cíle tedy vyplývá, že respondenty dotazníkového šetření byli 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, jakou míru potřebnosti spolupráci cítí logopeda a psychologa logopedi a kliničtí logopedi.
- Určit, zda se mění subjektivní míra potřeby spolupráce logopeda a psychologa mezi logopedy a klinickými logopedy.
- Zjistit, jak potřebnou cítí spolupráci logopeda a psychologa psychologové a kliničtí psychologové.
- Identifikovat, jaké faktory nejvíce ovlivňují spolupráci logopeda a psychologa.
- Vyselektovat diagnózy, při kterých je spolupráce logopeda a psychologa nejvíce důležitá.
- Zjistit, zda spolupráce logopeda a psychologa je dlouhodobá či pouze jednorázová.
- Zmapovat, zda je v České republice dostatek logopedů a psychologů.

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

- VO1: Jaká je míra spolupráce logopeda a psychologa při diagnostice a terapii narušené komunikační schopnosti?
- VO2: Je diagnostika a terapie narušené komunikační schopnosti dle odborníků pouze v kompetenci logopeda, nebo se na ní má podílet i psycholog?
- VO3: Považují odborníci spolupráci logopeda a psychologa za dostatečnou v aktuálních podmínkách?

- VO4: Při jakých třech diagnózách je dle odborníků spolupráce logopeda a psychologa nejdůležitější?
- VO5: V čem spatřují odborníci překážky komplexní spolupráce logopeda a psychologa?

## 5.2. Metodologie výzkumu

Jak je již zmíněno v předchozích podkapitolách, výzkumnou metodou výzkumu této diplomové práce je dotazníkové šetření. Distribuce tohoto šetření lze vykonat mnoho 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 (Chráška, 2016). Jako vysoce efektivní techniku, která umožňuje poměrně snadno získat informace od velkého počtu jedinců v krátkém čas s malým nákladem, hodnotí dotazníkové šetření Disman (2002). Dotazníkové šetření je metoda kvalitativního výzkumu, která za krátký časový úsek získá více množství odpovědí od respondentů než například interview.

Jak je již výše zmíněno, osoba, která dotazník vyplňuje se terminologicky nazývá respondent. Osoba, která otazníkové šetření vypracovala, navrhla obsah i formu, se nazývá nejčastěji výzkumník či examinátor. Jednotlivé prvky obsažené v dotazníku lze pak nazývat dvěma termíny – „otázka“ či „položka“. Dotazník by měl mít jasně stanovenou strukturu a kontinuálně vést respondenta k odpovědím. Nezbytným je během celého dotazníkového šetření ochota spolupráce respondentů podílející se na výzkumu, proto se i nejčastěji doporučuje anonymizace výsledků, kdy respondent pak volí upřímnější, svobodnější odpovědi, jelikož se nebojí selhání, osobního neúspěchu a jiných forem konkretizace výsledků na osobu (Disman, 2002).

Položky lze dělit na několik typů, kde využití v dotazníkovém šetření. První dělení je dělení dle formy požadované odpovědi. Dle tohoto dělení rozlišujeme položky na otevřené, uzavřené či škálové položky (Skalková, 1985). Položky otevřené, jinak řečeno nestrukturované, dávají dotazovaným pouze vztahový rámec, avšak nepředkládají a nepřikazují jasně ani formu ani obsah odpovědi. Nevýhodou tohoto typu otázek je časová náročnost vyhodnocení a nutné spolehnutí na vyjadřovací schopnosti respondenta. Položky uzavřené neboli strukturované, poskytují respondentovy přesně daný obsah i formu. Jedná se o položky zcela uzavřené, nejčastěji dichotomické, na které se očekává odpověď například ano – ne, nebo položky s více možnostmi odpovědi, tzv. polytomické položky. Posledním type položek jsou škálové položky,

kteří mají styčně dané možnosti, respondent svoji odpověď zaznamenává za pomoci určení bodu na škále, výzkumník (autor dotazníku) musí velmi obezřetně zvážit obtížnost těchto otázek a zohlednit to v interpretaci dat.

Dalším typem dělení položek je dle cíle, pro který jsou určeny. Chráska (2016) dělí položky dotazníkového šetření dle cíle následovně: Kontaktní položky, které primárně slouží k vytvoření stěžejního kontaktu mezi respondentem a examínátorem (autorem dotazníku), jedná se o jednoduché a nenáročné položky, které mají za smysl uvést respondenta do obsahu následného tématu problematiky dotazníku. Důležité je při těchto položkách stále zachovat anonymitu respondentů, tudíž se nedoporučují užívat příliš demografická data, která by mohla vést k narušení anonymity. Druhou kategorií jsou položky funkcionálně psychologické, tyto položky nabízejí odstranění potenciálního napětí respondenta a nejčastěji se využívají při plynulém přechodu mezi tématy dotazníků. Předposlední jsou kontrolní položky, které slouží k prověření věrohodnosti respondenta při vyplňování dotazníkového šetření. Hlavním pravidlem kontrolních položek, je neklást je v těsném kontaktu s položkami, které chceme kontrolovat. Posledními položkami jsou filtrační položky, které se zařazují mezi zcela základní a úlohou je vyřadit z dotazníkového šetření respondenty, kteří nemají pro šetření význam, například nesplňují některou z podmínek účasti v šetření.

Třetím a posledním typem dělení položek, uvádíme dotazníkové položky dle obsahu, který má položka za úkol zjišťovat. Položky zjišťující fakta jsou jednoduchá na odpovědi, proto je uvádíme jako úvodní položky dotazníku. Po odlehčení náročnosti dotazníkového šetření, tyto položky prokládáme v případě dlouhého či náročného šetření napříč celým dotazníkem. Položky zjišťující znalost a vědomosti mají úskalí v přesném a opatrném formulování otázek, aby se respondent necítil pod tlakem při případné nevědomosti. Posledním z pohledu dělení položek dle obsahu jsou položky zjišťující mínění, postoje a motivy. Tyto položky jsou obtížné na formulaci v postavení v dotazníku a největším úskalím bývá, že autor dotazníků nesmí respondentům klást a vnučovat podbízivé, sugestivní otázky, vyjadřující názor autora dotazníkového šetření (Chráska, 2016).

### 5.2.1. Distribuce a sběr dat dotazníkového šetření

K vzhledem k době aktuální epidemiologické situaci v době tvorby výzkumného šetření v souvislosti s nákazou COVID-19 bylo přistoupeno k distribuci dotazníkového šetření elektronickou online formou. Dotazníky byly distribuovány respondentům v době pandemie COVID-19, konkrétně v prosinci 2021 a v druhé fázi v první polovině března 2022 do facebookové skupiny. Dotazníky byly distribuovány respondentům pomocí uzavřené facebookové skupiny Kliničtí logopedi ČR

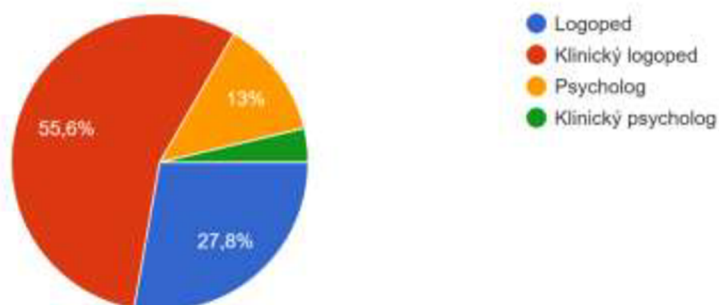
<https://www.facebook.com/groups/370921357387324>), která sdružuje klinické logopedy České republiky, a přístup do ní proto mají pouze členové (skupina aktuálně ve výjimečných situacích přijímá i žádosti z řad studentů logopedie) a e-mailovou korespondencí. Seznamy členů z řad klinických logopedů jsou 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 platform pro publikování a administraci dotazníkového šetření, byla zvolena a využita platforma GoogleForms, která nabízí bezplatný sběr dat ve formě excelových tabulek a grafů.

### 5.3. Analýza výsledků dotazníkového šetření

Realizace výzkumu samotná proběhla v prosinec 2021 až první polovina března roku 2022, kdy do poloviny června 2022 docházelo ke kompletaci a analýze získaných dat. K přihlídnutí k online elektronické distribuci nelze přesně určit počet odeslaných dotazníků, tudíž ani přesně procento návratnosti odpovědí. Návratnost dotazníků z řad logopedů a klinických logopedů se odhaduje na 45,9 % (135 vyplněných dotazníků), předpokládáme, že jsme odeslali 295 odkazů na online anonymní dotazníkové šetření. Přesnou hodnotu návratnosti nelze uvést vzhledem k distribuci skrze e-mailové adresy logopedů získaných z webových stránek AKL, APSPC, a zveřejněním v uzavřené facebookové skupině Kliničtí logopedi ČR. V rámci distribuce totiž mohlo dojít k zdvojení příjemců napříč platformami. Přesný počet odeslaných emailu psychologům a klinickým psychologům nelze určit, jelikož se dotazníkové šetření v řadách těchto odborníků nejvíce odesílalo z pracoviště na další pracoviště, jak kdo znal další odborníky vhodné pro tento výzkum. Nakonec se nám navrátilo 27 odpovědí od psychologů a klinických psychologů. V praktické části diplomové práce jsou zobrazeny grafy, které nám vytvořila přímo platforma GoogleForms, pro nezkreslení jakýkoliv údajů jsou grafy vloženy v originálním formátu. Dotazník obsahoval celkem 11 položek (7 uzavřených, 3 polouzavřených 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 číslo 1 je zřetelné rozložení odborníků.

Vaše odbornost:  
162 odpovědi

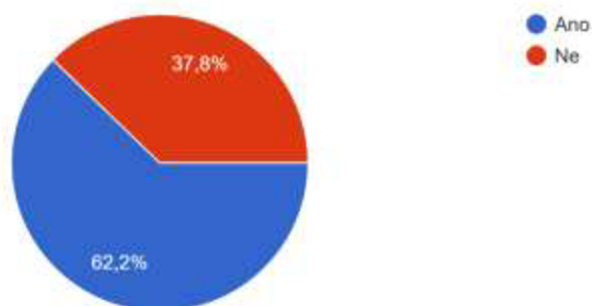


Graf 1 Rozložení odborníků v dotazníkovém šetření

### 5.3.1. Dotazníkové šetření – logopedi

První skupina odborníků – logopedi – byla zastoupena 45 respondenty. V první položce samotného dotazníkového šetření byly logopedi dotázáni, zda jsou v úzké spolupráci s psychologem či klinickým psychologem. Většina (62,2 %) logopedů uvedla, že v úzké spolupráci jsou a pouhých 37,8 % uvedlo, že v úzké spolupráci nejsou. Tato položka má limity v subjektivním převzetí termínu „úzká“, kdy pojem není blíže specifikován a hrozí tedy, subjektivní převzetí a pohledu co se do „úzké“ spolupráce počítá a co již ne.

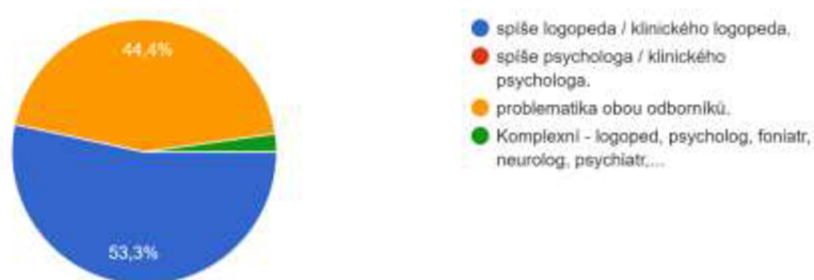
1. Jste v úzké spolupráci s psychologem / klinických psychologem?  
45 odpovědi



Graf 2 Spolupráce logopeda a psychologa / klinického psychologa z pohledu logopedů

Další položkou v dotazníku jsme zjišťovali, či je kompetence problematiky narušené komunikační schopnosti, zda pouze logopeda/klinického logopeda, pouze psychologa/klinického psychologa nebo obou odborníků. Jelikož tato položka byla polouzavřená, byla možnost přidat vlastní odpověď. Jeden respondent možnost využil, a proto narušenou komunikační schopnost označil za problematiku komplexní, kdy jako příklad uvedl i odborníky jakými jsou foniatr, neurolog, psychiatr. V grafu číslo 3 níže lze vidět výsledky položky, zkoumající toto téma z pohledu logopedů bez atestace.

2. Narušení komunikační schopnosti je problematika ...  
45 odpovědi



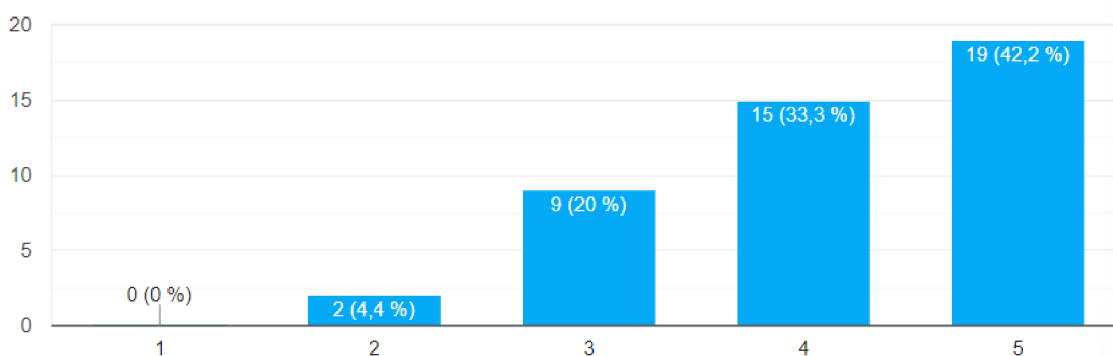
Graf 3 Narušená komunikační schopnost kompetence z pohledu logopeda

Další položka se soustředila na subjektivní míru důležitosti spolupráce logopeda a psychologa. Byla využita Likertova škála, konkrétně 5 bodová numerická posuzovací škála, kdy medián – Med(x) - vychází na hodnotu 4,134 a modus – Mod(x) – je hodnota 5.

3. Nakolik Vám osobně přijde spolupráce logopeda a psychologa důležitá?

Kopírovat

45 odpovědi



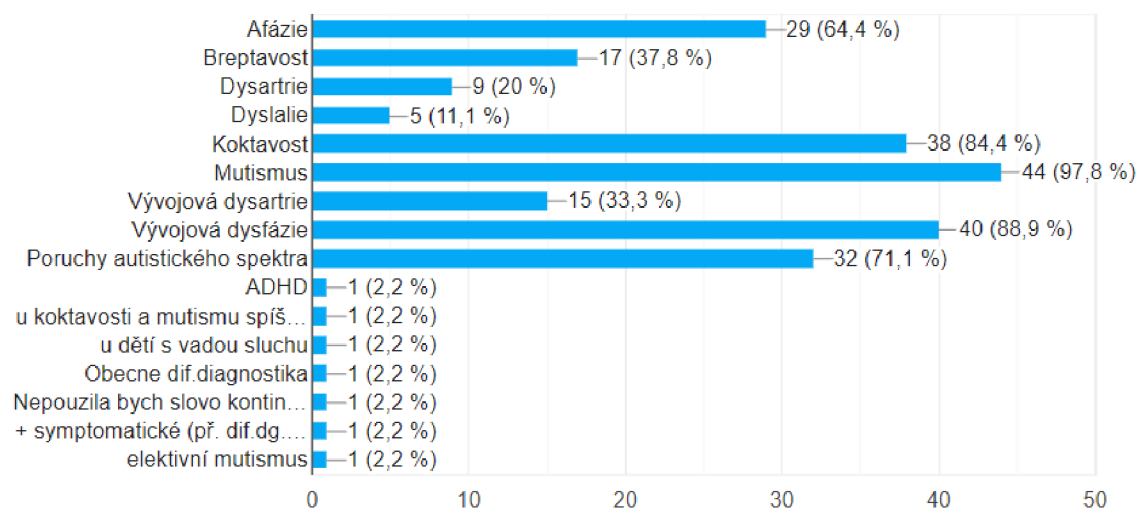
Graf 4 Důležitost spolupráce logopeda a psychologa z pohledu logopeda

Čtvrtá položka byla opět polouzavřená, kdy na výběr bylo základních devět variant a respondent měl možnost přidat další možnost. Tato položka měla za úkol zjistit, při jakých diagnózách považují odborníci kontinuální spolupráci za potřebnou. Mezi základních devět diagnóz, určených na základě zkušeností z praxe, jsme zařadili: afázii, breptavost, dysartrii, dyslalii, koktavost, mutismus, vývojovou dysartrii, vývojovou dysfázii a poruchy autistického spektra. Logopedi zahrnuli jako potřebné i kontinuální spolupráci logopeda a psychologa při diagnostice a terapii ADHD či u dětí s poruchou sluchu. Ve dvou případech byla uvedena potřeba spolupráce v rámci diferenciatní diagnostiky. Jeden respondent zmínil, že v rámci koktavosti a mutismu by zvolil spíše psychoterapii než kontinuální spolupráci odborníků.

#### 4. Při jakých diagnózách je kontinuální spolupráce potřeba?



45 odpovědí



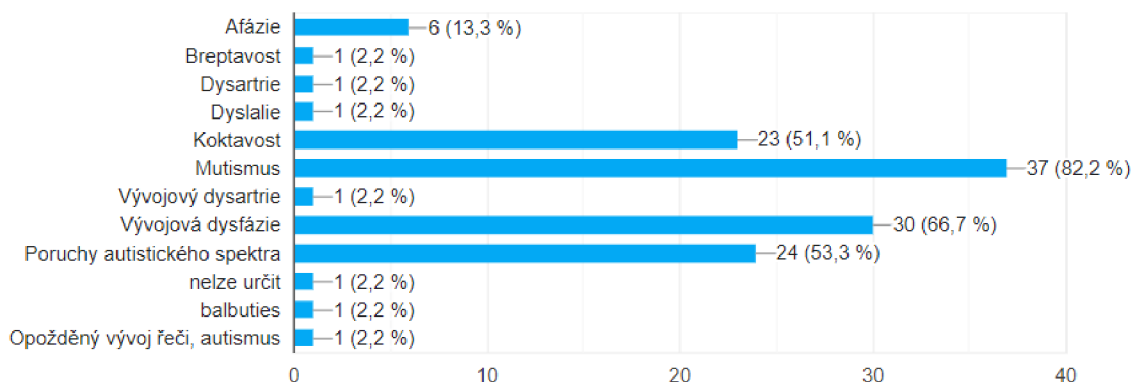
Graf 5 Diagnózy vyžadující kontinuální spolupráci logopeda a psychologa z pohledu logopeda

Hned následující položka byla opět polouzavřená s možností přidání vlastní odpovědi. Tato položka přímo navazovala na předchozí a z opět stejného výčtu diagnóz měl respondent určit, které tři diagnózy považuje za nejdůležitější v rámci spolupráce. Jak je z grafu zřetelné, nejvíce důležitá je dle respondentů z řad logopedů spolupráce při mutismu (82,2 % respondentů uvedlo), vývojové dysfázii (66,7 % respondentů uvedlo) a na třetí příčce poruchy autistického spektra (uvedlo 53,3 % respondentů) společně s koktavostí (jeden z respondentů nezvolil variantu koktavost, avšak přidal odpověď „balbuties“, což je pouhé latinské označení pro koktavost).

5. Při jakých diagnózách je dle Vás spolupráce potřeba nejvíce (max. 3)



45 odpovědí

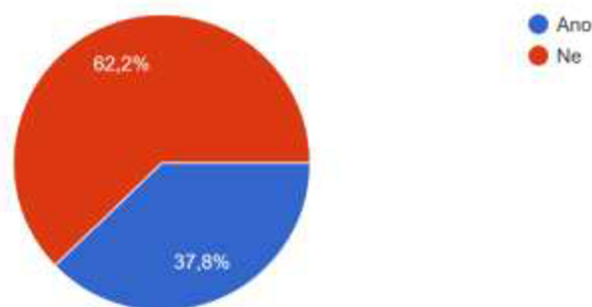


Graf 6 Tři diagnózy, které potřebují nejvíce spolupráci odborníků dle logopedů

Druhou polovinu otázek započala otázka číslo šest, kdy respondenti byli dotázáni, zda je dle nich současná spolupráce logopeda a psychologa postačující. Přes polovinu respondentů z řad logopedů se shodlo, že současná spolupráce není postačující. Pouhých 37,8 % respondentů uvedlo, že je dle nich spolupráce postačující.

6. Je současná spolupráce je dle Vás postačující?

45 odpovědí



Graf 7 Zda je dle logopedů současná spolupráce postačující

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

*„Odesílám v rámci diferenciální diagnostiky a účel to plní. Problém současné doby je to, že každý psycholog je diagnostik ale nikdo není terapeuticky zaměřený.“*



<i>„Málo psychologu, málo spolupracujících psychologu, málo času 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>„Je velmi málo klinických psychologů, objednávací doby jsou velmi dlouhé“</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>„Z našeho pohledu ano (tam, kde jsme navázali spolupráci), problematická je dostupnost dětských klinických psychologů“</i>

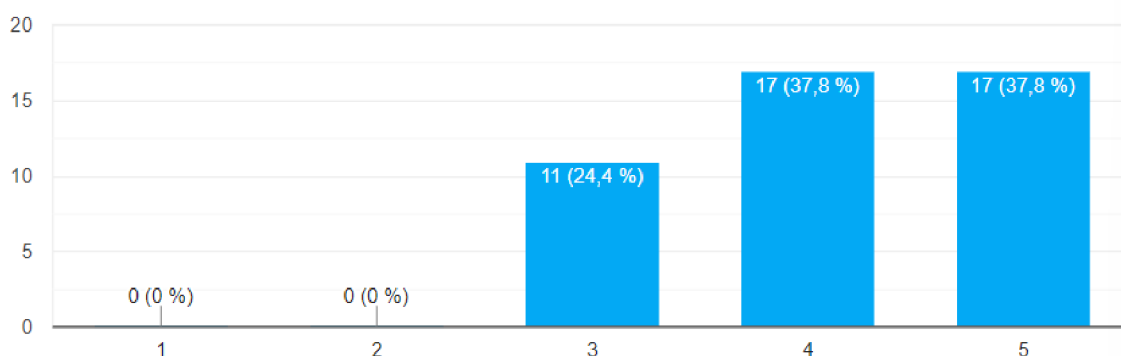
Tabulka 2 Z jakého důvodu logopedům přijde spolupráce logopeda a psychologa ne/dostatečná

Téměř poslední otázkou dotazníkového šetření byla, jak velká by měla být spolupráce s psychologem nebo klinickým psychologem. Byla využita Likertova škála, 5 bodová numerická škála. Medián Med(x) vychází hodnota 4,134 a módy jsou ve výsledku této položky dva, Mod(x<sub>1</sub>) roven 4 a Mod(x<sub>2</sub>) roven 5.

## 8. Dle Vás by spolupráce s psychologem / klinickým psychologem měla být

 Kopírovat

45 odpovědí

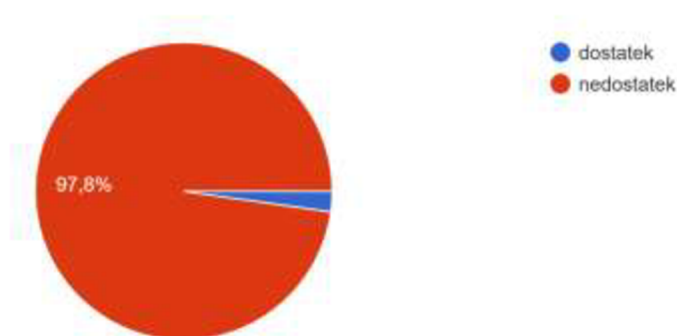


Graf 8 Ideální míra spolupráce odborníků z pohledu logopeda

Předposlední otázkou našeho dotazníkového šetření bylo zjistit názor logopedů, zda je v současné době v České republice dostatek logopedů nebo klinických logopedů. Pouze jeden respondent z 45 uvedl, že dle něj je v republice dostatek (vychází na 2,2 %). Zbytek respondentů uvedlo, že je nedostatek odborníků v oboru logopedie.

## 9. Logopedů / klinických logopedů je v současné době v České republice

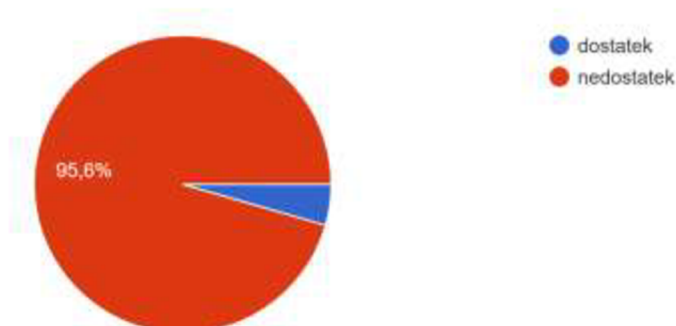
45 odpovědí



Graf 9 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 logopedů dostatek. Většina respondentů uvedla, že v České republice je nedostatek psychologů, klinických psychologů. Pouze dle dvou respondentů je situace dostatečná.

10. Psychologů / klinických psychologů je v současné době v České republice  
45 odpovědí

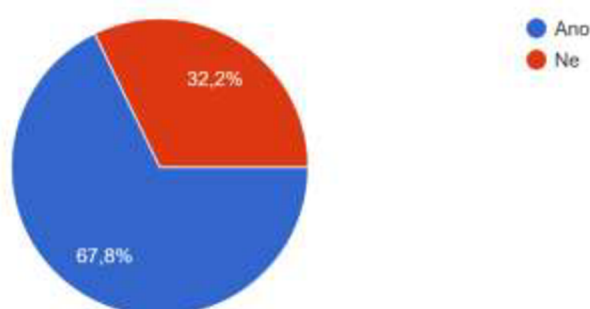


Graf 10 Současná situace v České republice v počtu psychologů / klinických psychologů z pohledu logopeda

### 5.3.2. Dotazníkové šetření – kliničtí logopedi

Z řad respondentů se na základě rozřazovací úvodní otázky uvedlo do skupiny klinických logopedů celkem 90 respondentů. Hned v první položce můžeme spatřovat rozdíl v komparaci odpovědí logopedů a klinických logopedů. V úzké spolupráci s psychologem či klinickým psychologem je 67,8 % respondentů, kdežto u logopedů uvedlo 62,2 %, že spolupracují, což vychází o 5,6 % méně v rámci respondentů.

1. Jste v úzké spolupráci s psychologem / klinických psychologem  
90 odpovědí



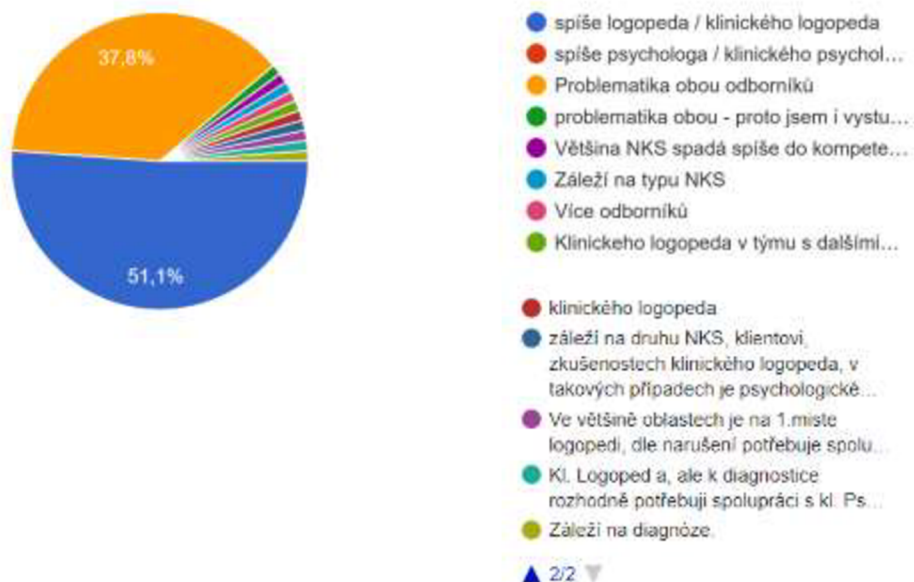
Graf 11 Spolupráce klinických logopedů s psychology / klinickými psychology

Druhá položka dotazníkového šetření se opět zaměřila na zjištění, či kompetence je narušená komunikační schopnost. Tato položka byla polouzavřená proto byla možnost přidat vlastní odpověď. V komparaci s logopedy, kdy pouze jeden respondent využil přidání vlastní odpovědi, více klinických logopedů využilo možnosti přidat a definovat vlastní odpověď. Konkrétně 11,1 % respondentů (10 respondentů) uvedlo vlastní odpověď. V grafu níže je patrně, že více jak polovina klinických logopedů (51,1 %) uvedla narušenou komunikační

schopnost za problematiku logopedickou, než psychologickou či obou odborníků. Z přidaných odpovědí se většina shodla, že záleží na diagnóze, avšak alespoň v rámci diferenciální diagnostiky využijí psychologa téměř vždy.

## 2. Narušení komunikační schopnosti je problematika ...

90 odpovědí



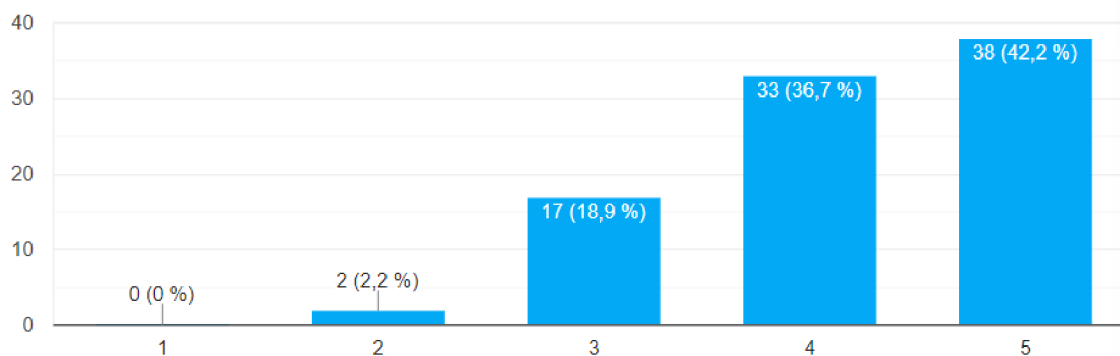
Graf 12 Problematika narušené komunikační schopnosti z pohledu klinického logopeda

Třetí položka byla uzavřená Likertova škála, pětibodová numerická výběrová, kdy kliničtí logopedi měli subjektivně určit důležitost spolupráce logopeda a psychologa. Mediánem se stala hodnota  $Med(x)$  4,19, modus je rovný  $Mod(x)$  5. V porovnání s logopedy bez atestace se tedy nejví větší rozdíly.

## 3. Nakolik Vám osobně přijde spolupráce logopeda a psychologa důležitá?

[Kopírovat](#)

90 odpovědí



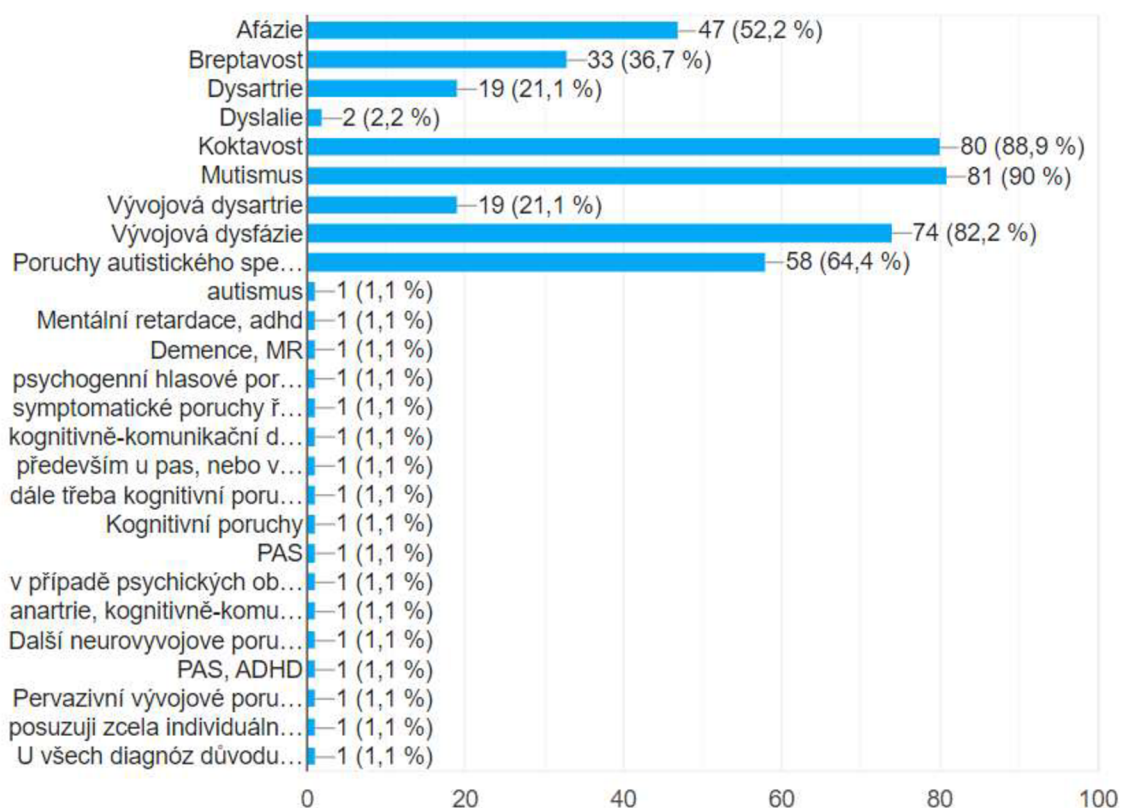
Graf 13 Míra důležitosti spolupráce logopeda a psychologa z pohledu klinického logopeda

Další polouzavřenou otázkou dotazníkového šetření byla položka, která měla za úkol zkoumat u kterých diagnóz je z pohledů klinických logopedů kontinuální spolupráce logopeda a psychologa potřeba. Respondenti měli v nabídce devět základních diagnóz, které určil tvůrce dotazníkového šetření. Respondenti měli možnost přidat odpověď i dle jejich uvážení. Celkem 17 respondentů využilo možnosti přidat vlastní odpověď, kdy nejčastěji dopisovali kognitivní poruchy. Nejvíce respondentů z řad klinických logopedů zvolilo diagnózy mutismus (90 % respondentů se shodlo), koktavost (88,9 % respondentů zvolilo).

#### 4. Při jakých diagnózách je kontinuální spolupráce potřeba

 Kopirovat

90 odpovědí



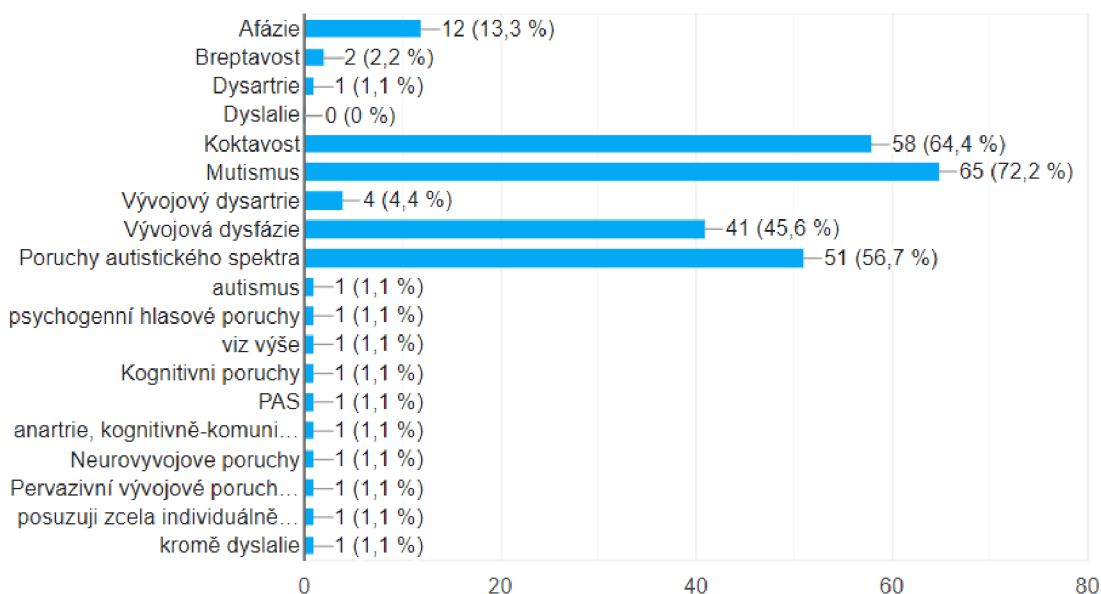
Graf 14 Diagnózy vyžadující kontinuální spolupráci odborníku dle klinických logopedů

Pátá otázka přímo navazovala na otázku předchozí a ze stejného výčtu měl respondent určit nanejvýše tři diagnózy, při kterých je nejvíce potřeba spolupráce a logopeda. Výsledky pouze validovali předchozí otázku, kdy opět na první příčce byl zvolen mutismus (72,2 % respondentů uvedlo), poté koktavost (64,4 % respondentů) a na třetí příčce byli zvoleny poruchy autistického spektra (56,7 %).

## 5. Při jakých diagnózách je spolupráce potřeba nejvíce (max. 3)

 Kopírovat

90 odpovědí

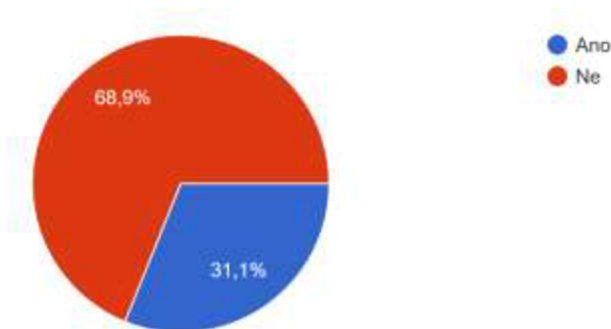


Graf 15 Tři stěžejní diagnózy, při kterých je nutná spolupráce z pohledu klinických logopedů

V porovnání s logopedy opět více klinických logopedů uvedlo, že současná spolupráce logopeda a psychologa je nedostačující. Mezitím co u logopedů byla míra zvolení odpovědi „ne“ 62,2 %, u klinických logopedů zvolilo stejnou odpověď 68,9 % respondentů.

## 6. Je současná spolupráce je dle Vás dostačující?

90 odpovědí



Graf 16 Zda je současná spolupráce logopeda a psychologa dostatečná z pohledu klinických logopedů

Jediná otevřená položka dotazníku přímo navazovala na položku číslo 6. 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 následující tabulce číslo 3 předkládáme další odpovědi k této otevřené položce.

<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>„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>
<i>„Psychologové, zvláště z pedagogicko-psychologických poraden, nemají o spolupráci zájem, naopak rádi na vlastní pěst stanovují logopedické diagnózy a občas i terapii.“</i>
<i>„Psychologické ambulance jsou zahlcené a věnují se především diagnostice, terapie je dostupná pouze klientům, kteří jsou velmi iniciativní nebo jsou schopni si ji hradit“</i>
<i>„Zásadní pro úspěšnou terapii je průběžná dlouhodobá psychoterapie a nejen diagnostika.“</i>
<i>„Je to z důvodu nedostatečné kapacity dětských klinických psychologů.“</i>

„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.“

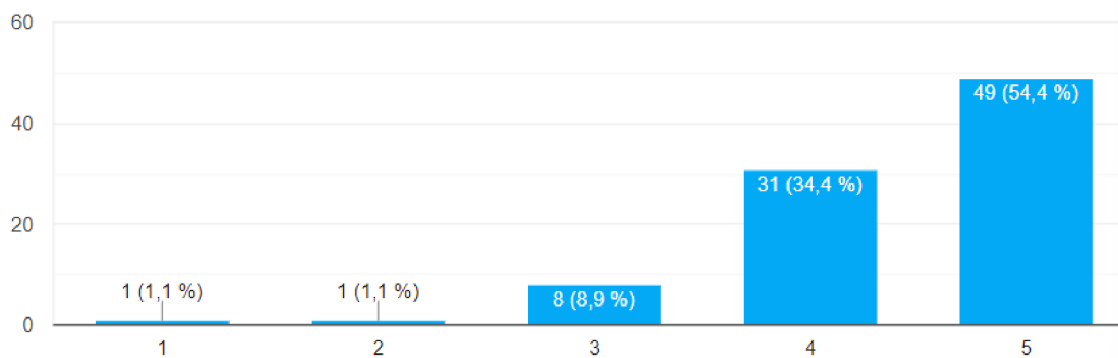
Tabulka 3 Komentář klinických logopedů k otázce míře dostupnosti spolupráce logopeda a psychologa

K osmé položce dotazníkového šetření jsme opět využili Likertovu škálu, pěti bodovou numerickou hodnotící škálu. Medián byl roven  $Med(x)$  4,4 a modus jsme určili  $Mod(x)$  5. U této položky lze pozorovat rozdíl v odpovědích klinických logopedů a logopedů – logopedi určili menší míru spolupráce psychologa a logopeda, kdežto kliničtí logopedi uvedli až v 54,4 % respondentů na škále s číslem 5, tudíž největší.

8. Dle Vás by spolupráce s psychologem / klinickým psychologem měla být



90 odpovědí

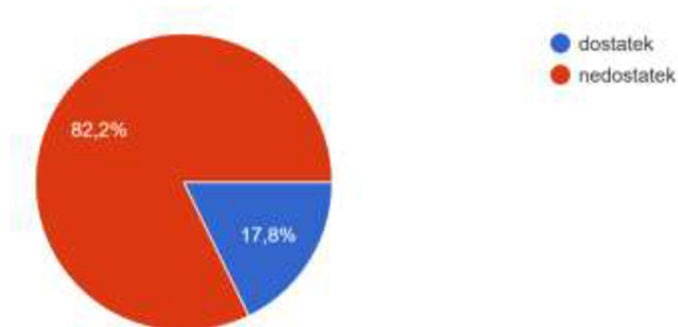


Graf 17 Míra spolupráce logopeda a psychologa z pohledu klinického logopeda

Předposlední položkou celého dotazníku jsme se dotazovali, zda je v současné době v České republice dostatek logopedů a klinických logopedů. Pouhých 17,8 % respondentů uvedla, že je těchto odborníků dostatek. Z tohoto vychází opět alarmující fakt, že na území České republiky je subjektivní nedostatek odborníků na poli logopedie.



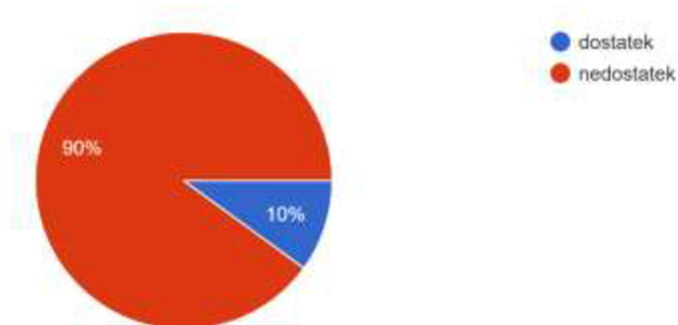
9. Logopedů / klinických logopedů je v současné době v České republice  
90 odpovědí



Graf 18 Aktuální situace dostatku logopedů a klinických logopedů z pohledu klinického logopeda

Poslední položkou dotazníkového šetření byla obdobná otázka jako otázka 9, s rozdílem, že tentokrát jsme se dotazovali na situaci v České republice v počtu psychologů a klinických psychologů. Opět pouhých 10 % respondentů z řad klinických logopedů uvedlo, že nedostatek těchto odborníků. Výsledky této položky nám opět ukazují na alarmující situaci v České republice s kvantitou odborníků.

10. Psychologů / klinických psychologů je v současné době v České republice  
90 odpovědí



Graf 19 Aktuální situace dostatku psychologů a klinických psychologů z pohledu klinického logopeda

### 5.3.3. Dotazníkové šetření – psychologové

Jak již z předchozích odpovědí v dotazníkovém šetření vyplívá, 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, zda jsou v úzké spolupráci s logopedem nebo klinickým logopedem. Více jak polovina respondentů (52,4 %) uvedla, že jsou v úzké spolupráci s odborníky z logopedie.

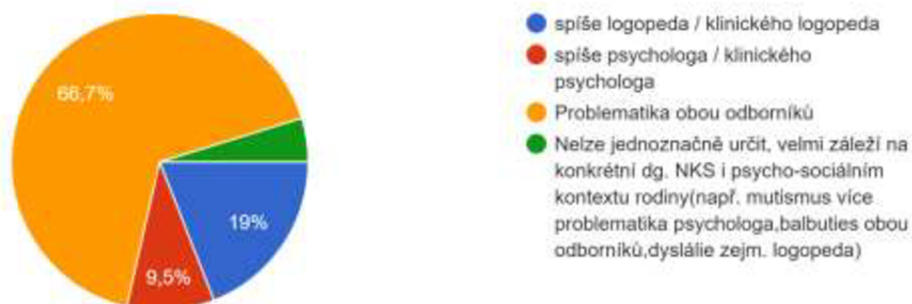


Graf 20 Přítomnost úzké spolupráce s logopedy z pohledu psychologa

Největší rozdíl mezi psychology a logopedy / klinickými logopedy lze spatřit v tom, že psychologové vnímají narušenou komunikační schopnost více jako problematiku obou odborníků než pouze logopedů. Konkrétně 66,7 % psychologů uvedlo, že narušená komunikační schopnost je problematika obou odborníků. Jelikož se jednalo o polouzavřenou otázkou byla možnost přidat vlastní odpověď, kdy jeden z respondentů uvedl, že záleží na konkrétní diagnózy narušené komunikační schopnosti a také na psychosociálním kontextu rodiny.

## 2. Narušení komunikační schopnosti je problematika ...

21 odpovědí



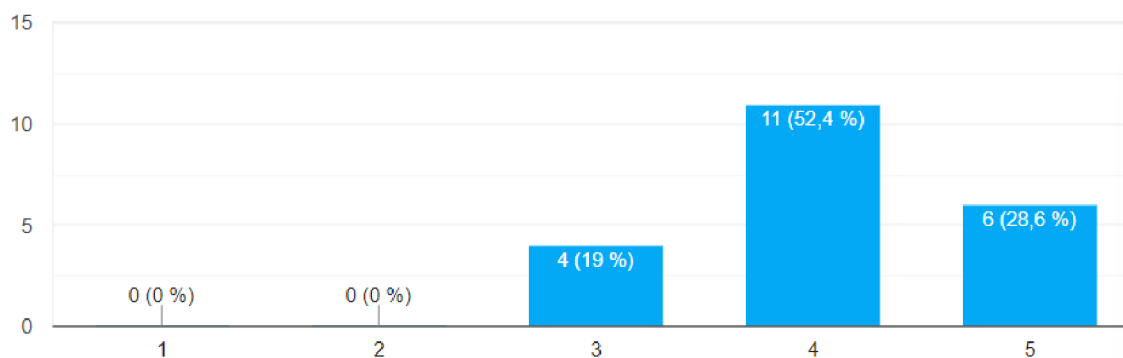
Graf 21 Problematika narušená komunikační schopnosti z pohledu psychologa

Při položce „Nakolik Vám osobně přijde spolupráce logopeda a psychologa důležitá“ uváděli respondenti z řad psychologů na Likertově škále, konkrétně pěti bodové numerické hodnotící stupnici, nejčastěji hodnotu 4. Z čehož lze určit, že modus  $Mod(x)$  je hodnota 4. Medián této Likertovi škále je roven  $Med(x)$  hodnotě 4,1.

## 3. Nakolik Vám osobně přijde spolupráce logopeda a psychologa důležitá

Kopírovat

21 odpovědí



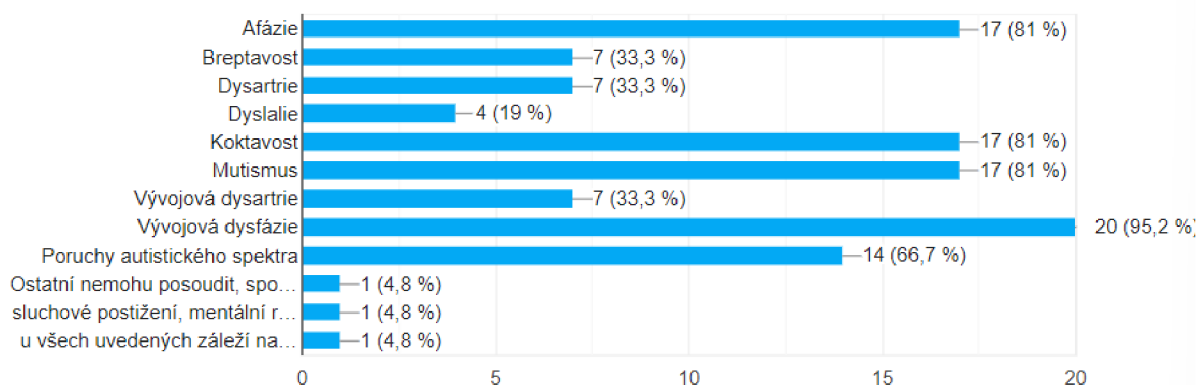
Graf 22 Nakolik přijde psychologům spolupráce s logopedy důležitá

Ve čtvrté položce jsme zkoumali, při jakých diagnózách je dle psychologů potřeba kontinuální spolupráce potřeba. S jasnou převahou nejvíce psychologů se shodlo na vývojové dysfázii (95,2 %) je potřeba kontinuální spolupráce, na pomyslné druhé příčce se umístili afázie, koktavost, mutismus, kdy tyto možnosti volilo 81 % respondentů. Opět se jednalo o polouzavřenou položku, kdy byla možnost přidat vlastní odpověď, kde se tentokrát opět objevila zmíněná problematika osob se sluchovým postižením.

#### 4. Při jakých diagnózách je kontinuální spolupráce potřeba



21 odpovědí



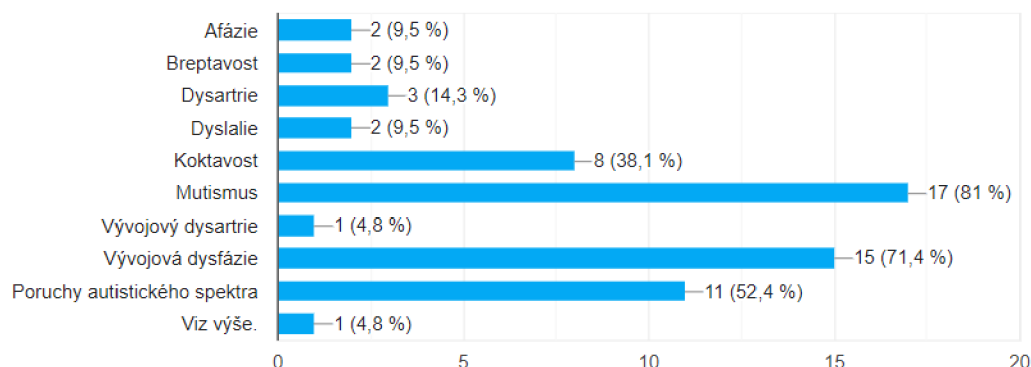
Graf 23 Diagnózy, při kterých je potřeba kontinuální spolupráce logopeda a psychologa z pohledu psychologa

Pátá položka přímo navazovala na předchozí, kde respondenti měli určit 3 diagnózy, při kterých je kontinuální spolupráce nejdůležitější. Nejvíce odpovědí získala odpověď mutismus (81 % respondentů), poté vývojová dysfázie (71,4 %) a poté poruchy autistického spektra (52,4 %). Zajímavé je, že odpověď vývojová dysfázie volilo v předchozí otázce nejvíce respondentů (95,2 %), avšak ve třech nejdůležitějších diagnózách se umístila až po koktavosti (v obou položkách získala 81 %).

#### 5. Při jakých diagnózách je spolupráce potřeba nejvíce (max. 3)

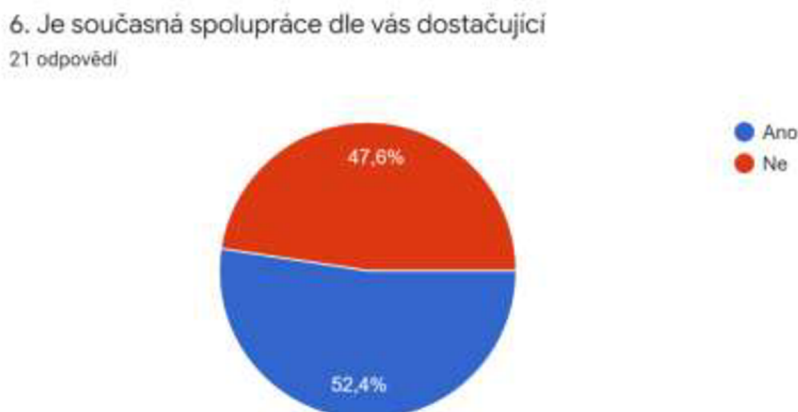


21 odpovědí



Graf 24 Tři diagnózy, u kterých je nejvíce potřeba spolupráce logopeda a psychologa z pohledu psychologa

V uzavřené položce číslo 6 jsme zkoumali, zda je dle odborníků současně nastavená spolupráce logopeda a psychologa dostačující. Celkem 52,4 % respondentů uvedlo, že je dostatečná, a 47,6 % respondentů uvedla, že dle nich spolupráce není dostatečná.



Graf 25 Pohled psychologa, zda je současná spolupráce logopeda a psychologa dostatečná

Jediná otevřená položka celého dotazníku sloužila k odůvodnění své odpovědi v položce číslo šest. Nejvíce tuto položku ovlivnil fakt, že většina odborníků na poli psychologie v našem dotazníkovém šetření je zaměstnána v pedagogicko-psychologických poradnách, a proto pracuje často v týmu odborníků na jednom pracovišti. V tabulce číslo 4 níže uvádíme některé odpovědi respondentů.

<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“</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.“</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>„S nikým přímo nespolupracuji. 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>

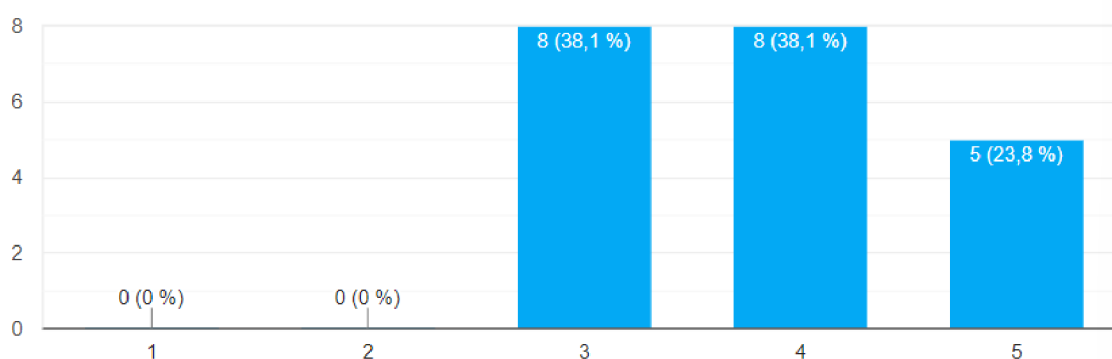
Tabulka 4 Objasnění důvodů odpovědi na položku číslo 6 z pohledu psychologů

Téměř poslední položka byla Likertova škála, numerická hodnotící pěti bodová škála, kdy respondenti byli dotázáni, jaká by dle nich měla být míra spolupráce logopeda a psychologa v kontextu narušené komunikační schopnosti. Modus byl opět dvojnásobný, kdy  $\text{Mod}(x_1)$  byla hodnota 3 a  $\text{Mod}(x_2)$  byla hodnota 4. Medián se rovnal hodnotě  $\text{Med}(x)$  3,86. Nejvyšší míru potřeby spolupráce pak uvedlo pouze 23,8 % respondentů.

8. Dle Vás by spolupráce s logopedem / klinickým logopedem měla být

 Kopírovat

21 odpovědí

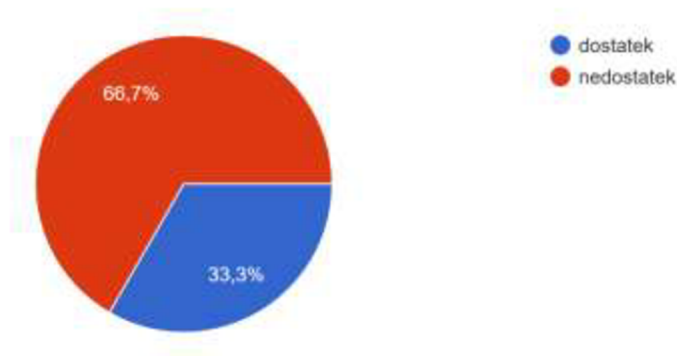


Graf 26 Míra mezioborové spolupráce z pohledu psychologa

V předposlední položce dotazníkového šetření jsme zkoumali, zda podle psychologů je momentálně v České republice dostatek logopedů a klinických logopedů. Celkem 66,7 % respondentů uvedla, že momentálně je nedostatek těchto odborníků. Zároveň však 33,3 % respondentů uvedla, že je dostatek logopedů a klinických logopedů v České republice.

### 9. Logopedů / klinických logopedů je v současné době v České republice

21 odpovědí

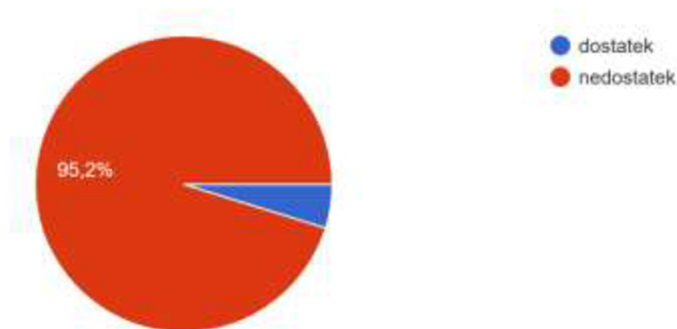


Graf 27 Otázka dostatku množství logopedů a klinických logopedů v České republice z pohledu psychologů

Poslední položkou dotazníkového šetření pro psychology byla obdobná problematika jako o položky číslo 9 avšak jsme se dotazovali na dostatečnost psychologů a klinických psychologů v současné době v České republice. Celkem 95,2 % respondentů uvedlo, že je nedostatek psychologů a klinických psychologů v současnosti na našem území.

### 10. Psychologů / klinických psychologů je v současné době v České republice

21 odpovědí



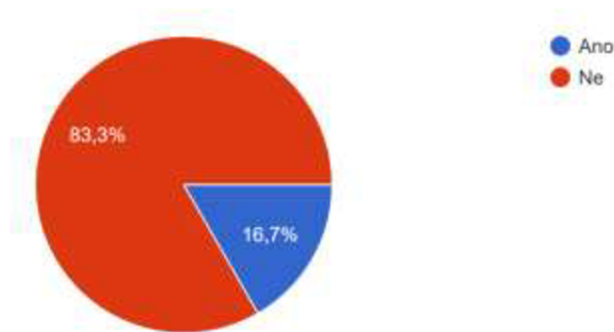
Graf 28 Otázka dostatku množství psychologů a klinických psychologů v České republice z pohledu psychologů

#### 5.3.4. Dotazníkové šetření – kliničtí psychologové

Poslední skupinou respondentů jsou kliničtí psychologové. Vzhledem k vytíženosti těchto odborníků se nám navrátilo pouze 6 dotazníků s odpověďmi. V první položce měli kliničtí psychologové uvést, zda jsou v úzké spolupráci s logopedy. Až 83,3 % respondentů

uvedlo, že ve spolupráci nejsou. V úzké spolupráci tedy je pouhých 16,7 % respondentů z řad klinických psychologů.

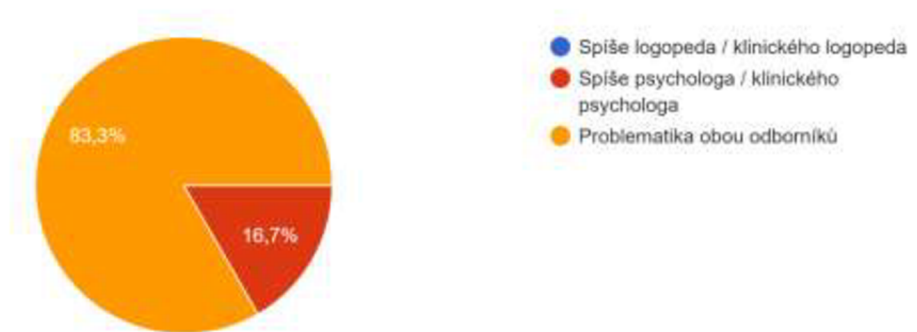
1. Jste v úzké spolupráci s logopedem / klinických logopedem  
6 odpovědí



Graf 29 Položka, zda kliničtí psychologové jsou v úzké spolupráci s logopedy / klinickými logopedy

V následující položce však 83,3 % respondentů uvedlo, že narušená komunikační schopnost je problematika obou odborníků. Jeden respondent dokonce uvedl, že narušená komunikační schopnost je problematika psychologická.

2. Narušení komunikační schopnosti je problematika ...  
6 odpovědí



Graf 30 Problematika narušené komunikační schopnosti z pohledu klinických psychologů

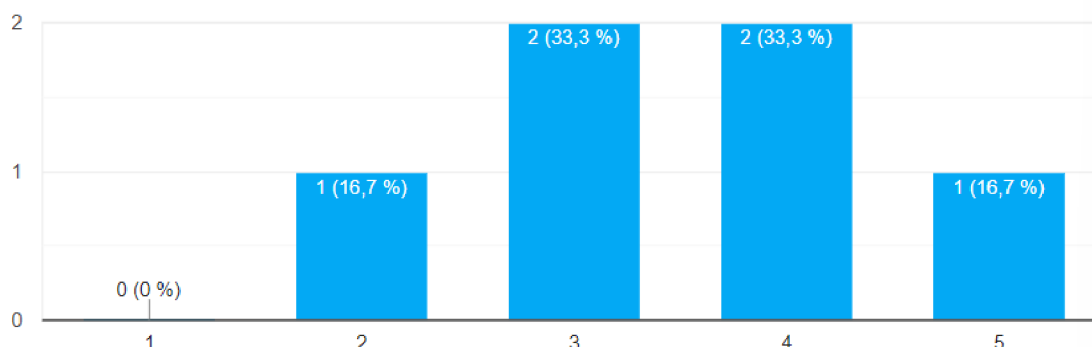
Ve třetí položce byla využita Likertova škála, numerická pěti bodová hodnotící škála, kdy kliničtí psychologové měli určit na stupnici míru důležitosti spolupráce logopeda a psychologa. Modus vychází na dvě hodnoty,  $\text{Mod}(x_1)$  3 a  $\text{Mod}(x_2)$  4. Mediánem je hodnota  $\text{Med}(x)$  3,5.



### 3. Nakolik Vám osobně přijde spolupráce logopeda a psychologa důležitá



6 odpovědí



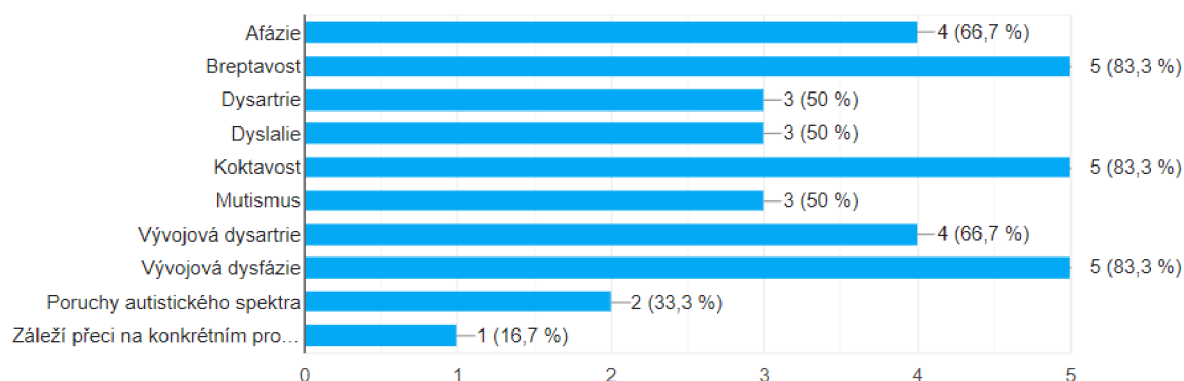
Graf 31 Míra důležitosti spolupráce logopeda a psychologa z pohledu klinických psychologů

Čtvrtá položka dotazníkového šetření byla polouzavřená, kdy byl nabídnut výčet devíti diagnóz a respondent měl možnost přidat další možnost. Položka se zabývá, při jakých diagnózách narušené komunikační schopnosti je nutnost kontinuální spolupráce logopeda, popřípadě klinického logopeda a psychologa, popřípadě klinického psychologa. Respondenti nejčastěji volili možnosti breptavost (83,3 %), kóktavost (83,3 %) a vývojovou dysfázií (83,3 %).

### 4. Při jakých diagnózách je kontinuální spolupráce potřeba



6 odpovědí



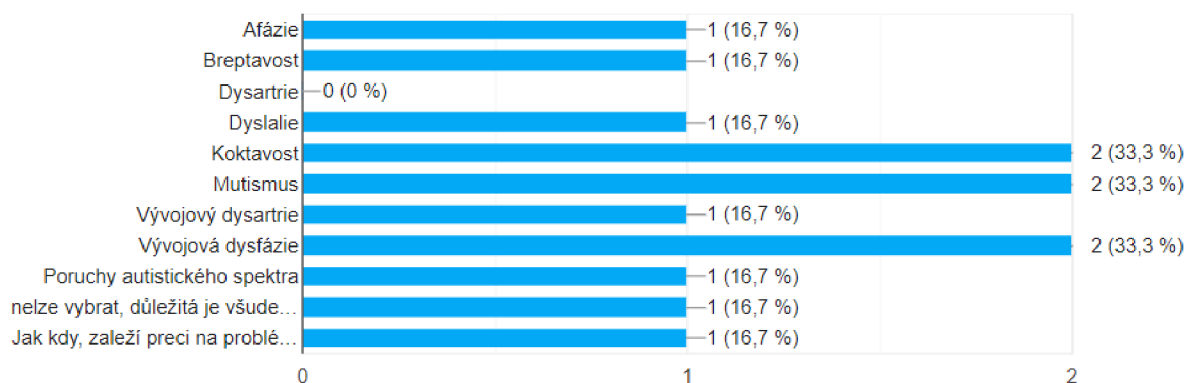
Graf 32 Diagnózy, při kterých je potřeba kontinuální spolupráce logopeda a psychologa z pohledu klinických psychologů

Další výčtovou polouzavřenou položkou jsme se zaměřili na diferenciaci tří nejdůležitějších diagnóz narušené komunikační schopnosti, kde spatřují kliničtí psychologové podstatnou spolupráci logopeda a psychologa. Zajímavým zjištěním bylo, že nevyšli stejné tři diagnózy stejně jako v předchozí položce, avšak breptavost byla nahrazena mutismem, kocktavost i vývojová dysartrie byla s výrazně menším procentuálním zastoupením. Všechny tři zvolené diagnózy získaly stejné procentuální zastoupení 33,3 %.

5. Při jakých diagnózách je spolupráce potřeba nejvíce (max. 3)

 Kopirovat

6 odpovědí

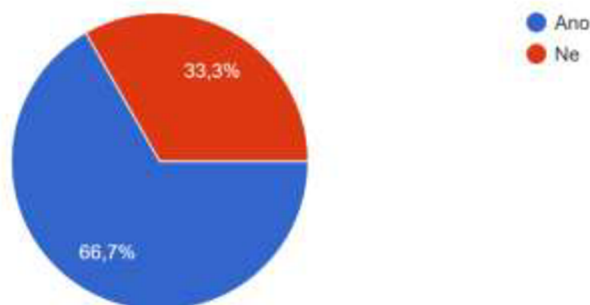


Graf 33 Tři nejdůležitější diagnózy v rámci spolupráce logopeda a psychologa z pohledu klinických psychologů

V položce, kde jsme se dotazovali, zda je současná spolupráce dostatečná, 66,7 % respondentů uvedlo, že aktuální spolupráce je dostatečná. Pouhých 33,3 % respondentů označilo současnou spolupráci za nedostatečnou.

6. Je současná spolupráce dle Vás dostačující?

6 odpovědí



Graf 34 Dostatečnost aktuální mezioborové spolupráce z pohledu klinických psychologů

Jediná otevřená položka celého dotazníkového šetření nám měla objasnit, proč respondenti zvolili právě jednu z odpovědí u položky číslo šest. V tabulce číslo 5 níže jsou uvedeny odpovědi klinických psychologů.

<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>„Ke mně chodí klienti s jinými problémy.“</i>

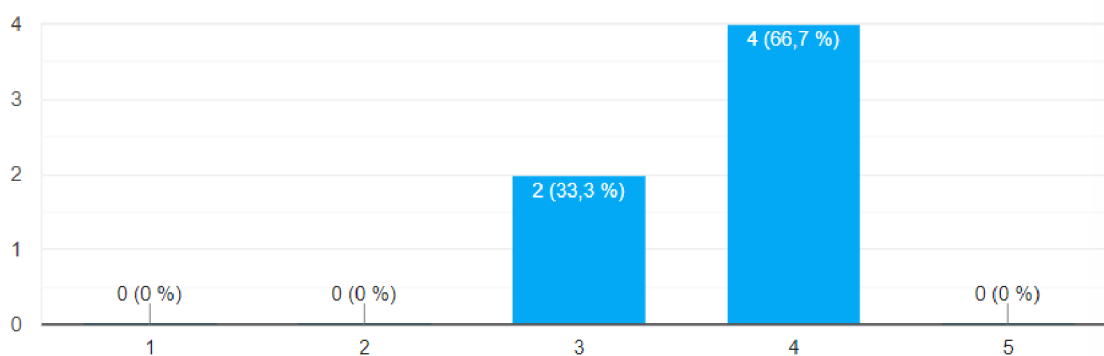
Tabulka 5 Odůvodnění odpovědi k šesté položce dotazníkového šetření z pohledu klinických psychologů

V položce číslo 8 jsme se respondentů dotazovali jaká by dle nich měla být míra spolupráce logopeda, popřípadě klinického logopeda a psychologa, popřípadě klinického psychologa. V této položce jsme využili Likertovu škálu, pěti bodovou numerickou hodnotící škálu. Modus nám jednoznačně vyšel na hodnotu Mod(x) roven 4. Medián vyšel Med(x) roven 3,67.

8. Dle Vás by spolupráce s logopedem / klinickým logopedem měla být



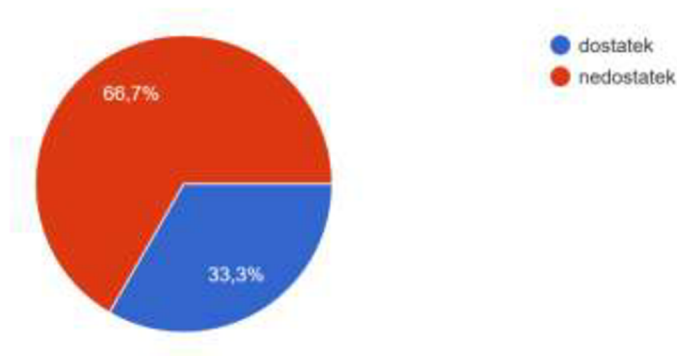
6 odpovědí



Graf 35 Ideální míra spolupráce logopeda a psychologa z pohledu klinických psychologů

Předposlední položka zkoumala subjektivní zhodnocení dostatku logopedů a klinických logopedů v současné době na území České republiky. Celkem 66,7 % respondentů uvedlo, že je aktuálně nedostatek těchto odborníků. Jak již z hodnoty vyplývá, tak pak 33,3 % respondentů uvedlo, že je aktuálně dostatek logopedů a klinických logopedů.

9. Logopedů / klinických logopedů je v současné době v České republice  
6 odpovědí



Graf 36 Dostatečnost logopedických odborníků z pohledu klinických psychologů

Poslední položka se zaměřila na dostatek či nedostatek psychologů nebo klinických psychologů v současnosti na území České republiky. Zde došlo k 100 % shodě respondentů, že aktuálně je na našem území nedostatek psychologů a klinických psychologů.

10. Psychologů / klinických psychologů je v současné době v České republice  
6 odpovědí



Graf 37 Aktuální situace počtu psychologů a klinických psychologů z pohledu klinických psychologů

#### 5.4. Závěr výzkumu

Výzkum vychází z výsledků získaných dat od logopedů, klinických logopedů, psychologů a klinických psychologů, u kterých bylo cílem zjistit jaká je aktuální mezioborová spolupráce odborníků na poli logopedie a psychologie. V dotazníkovém šetření jsme se soustředili na zjištění míry aktuální spolupráce, které diagnózy považují odborníci za podstatné v rámci mezioborové spolupráce, na subjektivním určení ideální míry 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: Jaká je míra spolupráce logopeda a psychologa při diagnostice a terapii narušené komunikační schopnosti?**

Dle získaných výsledků lze konstatovat, že jak logopedi, tak kliničtí logopedi odpovídali v nadpoloviční většině, že jsou v úzké spolupráci s psychology a klinickými psychology. Psychologové uvedli, že jsou pouze v 46,6 % případech v úzké spolupráci s logopedem a klinickým psychologem, a dle výsledků dotazníkového šetření lze uvést, že nejméně s logopedy spolupracují kliničtí psychologové, kdy spolupráci uvedlo pouze 16,7 % klinických psychologů zapojených do našeho dotazníkového šetření. Z výsledků lze také konstatovat, že logopedi přikládají větší důležitost na spolupráci s psychology a klinickými psychology, než jakou míru přikládají spolupráci právě psychologové a kliničtí psychologové. Nejčastěji uváděnou hodnotou na Likertově škále byla u logopedů i klinických logopedů hodnota 5, v součtu celkem 57 respondentů (což vychází v součtu logopedů a klinických logopedů na 42,2 % respondentů).

Nejčastěji volená míra důležitosti mezioborové spolupráce z pohledu psychologů a klinických psychologů byla pouze na hodnotě 4, kdy tuto hodnotu v součtu psychologů a klinických psychologů zvolilo celkem 13 respondentů, což vychází procentuálně na 48,1 % respondentů z psychologické odbornosti.

**VO2: Je diagnostika a terapie narušené komunikační schopnosti pouze v kompetenci logopeda, nebo se na ní má podílet i psycholog?**

Z dotazníkového šetření vzešlo, že logopedi a kliničtí logopedi považují narušenou komunikační schopnost více za problematiku logopedů a klinických logopedů, kdežto psychologové i kliničtí psychologové uvedli narušenou komunikační schopnost za problematiku obou odborníků, jak logopedů, tak psychologů. Například ani jeden z šesti respondentů spadající do skupiny klinických psychologů neuvedl narušenou komunikační schopnost jako problematiku čistě logopedickou. Kliničtí logopedi často do položky doplňovali, že velmi záleží na diagnóze a že často stačí pouze podpůrná psychoterapie než vyloženě spolupráce s psychologem. Lze tedy konstatovat, že obě skupiny odborníků nahlíží na problematiku narušené komunikační schopnosti rozdílnými pohledy. Logopedi berou NKS více za logopedickou problematiku, avšak uvádějí větší důležitost a reálnou spolupráci s psychology, kdežto psychologové berou NKS za mezioborovou problematiku, ale neudílejí

takovou důležitost spolupráci s logopedy a klinickými logopedy a ani s nimi tolik nespolupracují.

### **VO3: Považují odborníci spolupráci logopeda a psychologa za dostatečnou?**

Výsledky dokazují, že dle logopedů a klinických logopedů je aktuální spolupráce nedostačující, celkově v součtu 80 respondentů uvedlo současnou spolupráci za nepostačující, celkem tedy 59,3 % respondentů z oboru logopedie. Dle psychologů a klinických psychologů je naopak dosavadní spolupráce dostačující, konkrétně v součtu s výrokem souhlasí 15 respondentů, tedy 55,6 % respondentů z oboru psychologie. Lze tedy konstatovat, že ačkoliv logopedi a kliničtí logopedi považují narušenou komunikační schopnost za problematiku logopedickou, chtějí větší spolupráci s psychologem. Kdežto psychologové a kliničtí psychologové označují narušenou komunikační schopnost za problematiku mezioborovou, věří že aktuální mezioborová spolupráce je dostačující.

### **VO4: Při jakých třech diagnózách je dle odborníků spolupráce logopeda a psychologa nejdůležitější?**

Všichni odborníci se shodli, že mezi tři nejdůležitější diagnózy v rámci narušené komunikační schopnosti, vyžadující spolupráci logopeda a psychologa patří jednoznačně mutismus, kdy tuto diagnózu zařadilo mezi tři nejdůležitější v rámci spolupráce celkem 121 respondentů, což odpovídá 74,7 % všech respondentů nehlédě na odbornost. Další diagnózou, kterou lze zařadit mezi stěžejní 3 v rámci mezioborové spolupráce je koktavost, kterou zvolilo celkem 92 respondentů, což procentuálně odpovídá 56,8 % respondentů nehlédě na odbornost. Poslední diagnózou, která získala nejvyšší procentuální zastoupení je vývojová dysfázie, kterou zvolilo celkem 88 respondentů, odpovídá 54,3 % celkového množství respondentů nehlédě na odbornost.

### **VO5: 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, kteří ne vždy žádosti vyhoví.

## 5.5. Diskuse

V časovém rozmezí únor až červen roku 2022, 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 (162 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 dán především vytížeností psychologů a klinických psychologů a jejich personálním nedostatkem.

Od odborníků z odbornosti logopedie se nám navrátilo celkem 135 dotazníků z toho 45 od logopedů a 90 od klinických logopedů. Vyšší návratnost od klinických logopedů se předpokládala vzhledem k lepšímu přístupu kontaktů na stránkách AKL a distribuci ve facebookové skupině Kliničtí logopedi ČR. Pouhých 33,34 % respondentů byla logopedy bez zdravotnické atestace, tudíž speciální pedagogové nebo logopedi v předatestační přípravě.

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 byl 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 uvedlo, že jsou v úzké spolupráci, o které mnoho publikací hovoří jako o velmi podstatné, celkově 34 % logopedů a klinických logopedů uvedlo, že ve spolupráci s psychologem či klinickým psychologem nejsou.

Návratnost dotazníků od psychologů a klinických psychologů byla velmi malá, konkrétně se nám navrátilo 27 dotazníků, v rozložení 21 od psychologů a pouhých 6



od klinických psychologů. Takto malou návratnost přikládáme především k vytíženosti těchto odborníků a celkovým malým počtem psychologů a klinických psychologů, kteří mají aktivní praxi. V rámci dotazníkového šetření se psychologové a kliničtí psychologové celkem v 55,6 % odpovědí shodlo, že aktuální mezioborová spolupráce s logopedem je dostatečná, mezi jejich argumenty však také opět patřil fakt, že jsou součástí jednoho pracoviště a proto spolupracují, a sami psychologové zmínili, že pokud by logoped byl na jiném pracovišti, pak by míra spolupráce byla menší. Celkem 55,56 % psychologů a klinických psychologů uvedlo, že nejsou v úzké spolupráci s logopedy ani klinickými logopedy.

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

## 5.6. 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, prostředí i času.

### 5.6.1. 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 vytíženou 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.

### 5.6.2. Limity na straně výzkumníka

Jednalo se o první výzkum, který výzkumník vykonával, tudíž některé otázky v dotazníkovém šetření mohli být lehce zavádějící, a to mohlo ovlivnit odpovědi respondentů. Všeobecně výzkumník měl nulové zkušenosti s vedením výzkumného šetření, což se mohlo promítnout do průběhu a výsledku výzkumu. 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.

### 5.6.3. Limity prostředí a času

Vzhledem ke globální epidemiologické situaci spojených s nákazou onemocnění COVID-19, muselo celé výzkumné dotazníkové šetření probíhat v online internetovém prostředí. Z těchto důvodů tedy distribuce dotazníků probíhala elektronicky prostřednictvím vložení odkazu na dotazník do facebookové skupiny a rozesláním odkazu prostřednictvím e-mailových adres. 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.

Situace, ve kterém dotazníkové výzkumné šetření bylo prováděno, byla ovlivněna globální epidemiologickou situací spojenou s nákazou onemocněním COVID-19. Tato epidemiologie mohla negativně ovlivnit tento výzkum i z důvodu, že respondenti dotazníkovému šetření nemuseli věnovat takovou pozornost, jelikož měli jiné povinnosti spojené s epidemiologickou situací a byli vytíženi, a tedy na vyplnění dotazníku již nezbyl jejich čas ani energie.

## **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 (kocktavost, mutismus, vývojovou dysfázii), 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 podpurným 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 jaká je aktuální reálná spolupráce logopeda, popřípadě klinického logopeda, a psychologa, popřípadě klinického 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, kdy, pokud oba odborníci jsou součástí jednoho pracoviště, pak je spolupráce dostačující, toto je však pouze zlomek případů. Výzkum také dokládá, že momentálně je 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 pouze na diagnostiku, nikoliv již na následnou terapii. 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 kocktavost, mutismus a vývojová dysfázie byl nejčastěji označena odborníky za diagnózy, 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 zkratk:

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

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

## Citovaná literatura

- Baštěcká, Bohumila. 2003.** *Klinická psychologie v praxi*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3.
- Bishop, D. 2014.** Ten questions about terminology for children with unexplained language. *International Journal of Language and Communication Disorders*. 2014, Sv. 49, 4.
- Borbonus, T. 2000.** Sprachtherapeutische Aufgabenbereiche, Handlungsfelder und Organisationsformen. *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie*. 2000.
- Černý, J. 1996.** *Dějiny lingvistiky*. Praha : Votobia, 1996. ISBN 80-85885-96-4.
- Chrásk, Miroslav. 2016.** *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha : Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.
- Disman, Miroslav. 2002.** *Jak s vyrábí sociologická znalost*. Praha : Karolinum, 2002. ISBN: 80-7184-141-2.
- Dvořák, J. 2007.** *Logopedický slovník*. Žďár nad Sázavou : Logopedické centrum, 2007. ISBN 978-80-902536-6-7.
- Gavora, Peter. 2000.** *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno : Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.
- Guiter, Barry. 2014.** *Stuttering: an integrate approach to its nature and treatment*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2014. ISBN 978-1-60831-004.
- Hartl, Pavel. 2012.** *Velký psychologický slovník*. Praha : Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-686-5.
- Hedge, M. a Davis, D. 2010.** *Clinical Methods and Practicum in Speech-Language Pathology*. New York : Delmar Cengage Learning, 2010.
- Klenková, Jiřina. 2006.** *Logopedie*. Praha : Grada, 2006. ISBN: 978-80-247-1110-2.
- Kratochvíl, Stanislav. 2017.** *Základy psychoterapie*. Praha : Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1227-0.
- Krejčířová, D. 2006.** Poruchy řeči u dětí. [autor knihy] Říčany. *Dětská klinická psychologie*. Praha : Grada, 2006.
- Krejčířová, Dana. 2006.** *Vývojová psychologie*. Praha : Grada, 2006. ISBN: 978-80-247-1284-0.
- Lechta, Viktor. 2003.** *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.
- Lechta, Viktor. 2013.** *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha : Portál, 2013. ISBN 80-7178-801-5.
- Lechta, Viktor. 1995.** *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Martin : Osveta, 1995.
- Lechta, Viktor. 2002.** Efektivnosť terapie zajakavosti - problém kváziúspěšnosti. *Logopaedica*. Bratislava : Liehčtreh, 2002.

- Lechta, Viktor. 2001.** *Efeta 2001*. Bratislava : Osveta, 2001.
- Lechta, Viktor. 2010.** *Koktavost - Integrativní přístup*. Praha : Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-643-8.
- Lechta, Viktor. 2010.** *Koktavost: integrativní přístup*. Praha : Portál, 2010. ISBN: 978-80-7367-8.
- Lechta, Viktor. 2004.** *Koktavost: komplexní přístup*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-867-8.
- Lechta, Viktor. 1990.** *Logopedické repetitorium*. Bratislava : Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990.
- Lechta, Viktor. 2007.** *Metody logopedické intervence*. [autor knihy] Škodová. *Klinická logopedie*. Praha : Portál, 2007.
- Lechta, Viktor. 2007.** *Základní vymezení oboru*. [autor knihy] E. Škodová. *Klinická logopedie*. Praha : Portál, 2007.
- Malá, Eva. 2008.** *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha : Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.
- Matějček, Zdeněk. 2011.** *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha : Portál, 2011. 978-80-262-0000-0.
- Mikulajová, M. a Rafajdusová, I. 1982.** *Lurija's Neuropsychological Investigation for Children. Experimental Form*. 1982.
- Nebeská, Iva. 1992.** *Úvod do psycholingvistiky*. Praha : H&H, 1992. ISBN 80-85467-75-5.
- Neubauer, Karel. 2018.** *Kompendium klinické logopedie*. Praha : Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.
- Neubauer, Karel. 2007.** *Logopedická péče o dospělé osoby s poruchami řečové komunikace*. [autor knihy] Eva Škodová. *Klinická logopedie*. Praha : Portál, 2007.
- Neubauer, Karel. 2014.** *Logopedie a surdologie: učební test pro základní kurz*. Hradec Králové : Gaudeamus, 2014. ISBN: 978-80-7435-500-4.
- Neubauer, Karel. 2018.** *Terapie poruch komunikace v klinické praxi. Kompendium klinické logopedie*. Praha : Portál, 2018.
- Nilsson, K. a López, K. 2016.** *Theory of Mind in Children with Specific Language Impairment. Review and Meta-Analysis*. 2016, Sv. 87, 1.
- Pečeňák, Ján. 2003.** *Diagnostika mutismu*. [autor knihy] Viktor Lechta. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha : Portál, 2003.
- Peutelschmiedová, Alžběta. 1994.** *Etiologie a terapie koktavosti*. Olomouc : UP, 1994. ISBN 80-7067-346-X.
- Peuteschmiedová, Alžběta. 2012.** *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. 2018.** Vývojová dysfázie. [autor knihy] Karel Neubauer. *Kompendium klinické logopedie*. Praha : Portál, 2018.
- Psychologický obraz dysfatických dětí. Kaprál, I. 1982.* Bratislava : autor neznámý, 1982.
- Reilly, S., Bishop, 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. 2006.** *Dětská klinická psychologie*. Praha : Psyché, 2006. ISBN 80-247-1049-8.
- Richterová, Barbora. 2015.** Mutismus. *Logopedárium*. místo neznámé : Fórum, 2015.
- Richtrová, Barbora. 2015.** Mutismus. *Logopedárium od A do Ž*. místo neznámé : Forum, 2015.
- Sedláková, M. 2004.** *Vybrané kapitoly z kognitivní psychologie*. Praha : Grada, 2004. ISBN: 8024703750.
- Skalková, Jarmila. 1985.** *Úvod do metodologie a metod pedagogického výzkumu*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1985.
- Škodová, Eva. 2007.** *Klinická logopedie*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.
- Taylor, L., a další. 2015.** 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.
- Valenta, Milan. 2015.** *Slovník speciální pedagogiky*. Praha : Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0937-9.
- Vašek, S. 2005.** *Základy speciální pedagogiky*. Praha : Vysoká škola Jana Amose Komenského, 2005. ISBN: 80-86723-13-5.
- WHO. 2018.** *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, 2018. 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.

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

Tabulka 3: Komentář klinických logopedů k otázce míře dostupnosti spolupráce logopeda a psychologa

Tabulka 4: Objasnění důvodů odpovědi na položku číslo 6 z pohledu psychologů

Tabulka 5: Odůvodnění odpovědi k šesté položce dotazníkového šetření z pohledu klinických psychologů

## **Seznam grafů**

Graf 1 Rozložení odborníků v dotazníkovém šetření

Graf 2 Spolupráce logopeda a psychologa / klinického psychologa z pohledu logopedů

Graf 3 Narušená komunikační schopnost kompetence z pohledu logopeda

Graf 4 Důležitost spolupráce logopeda a psychologa z pohledu logopeda

Graf 5 Diagnózy vyžadující kontinuální spolupráci logopeda a psychologa z pohledu logopeda

Graf 6 Tři diagnózy, které potřebují nejvíce spolupráci odborníků dle logopedů

Graf 7 Zda je dle logopedů současná spolupráce postačující

Graf 8 Ideální míra spolupráce odborníků z pohledu logopeda

Graf 9 Současná situace v České republice v počtu logopedů / klinických logopedů z pohledu logopeda

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

Graf 11 Spolupráce klinických logopedů s psychology / klinickými psychology

Graf 12 Problematika narušené komunikační schopnosti z pohledu klinického logopeda

Graf 13 Míra důležitosti spolupráce logopeda a psychologa z pohledu klinického logopeda

Graf 14 Diagnózy vyžadující kontinuální spolupráci odborníku dle klinických logopedů

Graf 15 Tři stěžejní diagnózy, při kterých je nutná spolupráce z pohledu klinických logopedů

Graf 16 Zda je současná spolupráce logopeda a psychologa dostatečná z pohledu klinických logopedů

Graf 17 Míra spolupráce logopeda a psychologa z pohledu klinického logopeda

Graf 18 Aktuální situace dostatku logopedů a klinických logopedů z pohledu klinického logopeda

Graf 19 Aktuální situace dostatku psychologů a klinických psychologů z pohledu klinického logopeda

Graf 20 Přítomnost úzké spolupráce s logopedy z pohledu psychologa

Graf 21 Problematika narušená komunikační schopnosti z pohledu psychologa

Graf 22 Nakolik přijde psychologům spolupráce s logopedy důležitá

Graf 23 Diagnózy, při kterých je potřeba kontinuální spolupráce logopeda a psychologa z pohledu psychologa

Graf 24 Tři diagnózy, u kterých je nejvíce potřeba spolupráce logopeda a psychologa z pohledu psychologa

Graf 25 Pohled psychologa, zda je současná spolupráce logopeda a psychologa dostatečná

Graf 26 Míra mezioborové spolupráce z pohledu psychologa

Graf 27 Otázka dostatku množství logopedů a klinických logopedů v České republice z pohledu psychologů

Graf 28 Otázka dostatku množství psychologů a klinických psychologů v České republice z pohledu psychologů

Graf 29 Položka, zda kliničtí psychologové jsou v úzké spolupráci s logopedy / klinickými logopedy

Graf 30 Problematika narušené komunikační schopnosti z pohledu klinických psychologů

Graf 31 Míra důležitosti spolupráce logopeda a psychologa z pohledu klinických psychologů

Graf 32 Diagnózy, při kterých je potřeba kontinuální spolupráce logopeda a psychologa z pohledu klinických psychologů

Graf 33 Tři nejdůležitější diagnózy v rámci spolupráce logopeda a psychologa z pohledu klinických psychologů

Graf 34 Dostatečnost aktuální mezioborové spolupráce z pohledu klinických psychologů

Graf 35 Ideální míra spolupráce logopeda a psychologa z pohledu klinických psychologů

Graf 36 Dostatečnost logopedických odborníků z pohledu klinických psychologů

Graf 37 Aktuální situace počtu psychologů a klinických psychologů z pohledu klinických psychologů

## **Seznam příloh**

Příloha 1: Dotazník určený logopedům

Příloha 2: Dotazník určený klinickým logopedům

Příloha 3: Dotazník určený psychologům

Příloha 4: Dotazník určený klinickým psychologům

## Přílohy

### Příloha č. 1 Dotazník pro logopedy

# Logoped

Popis (nepovinný)

1. Jste v úzké spolupráci s psychologem / klinickým psychologem? \*

Ano

Ne

2. Narušení komunikační schopnosti je problematika ... \*

spíše logopeda / klinického logopeda.

spíše psychologa / klinického psychologa.

problematika obou odborníků.

Jiná...

3. Nakolik Vám osobně přijde spolupráce logopeda a psychologa důležitá? \*

	1	2	3	4	5	
nepotřebná	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stěžejní

4. Při jakých diagnózách je kontinuální spolupráce potřeba? \*

- Afázie
- Breptavost
- Dysartrie
- Dyslalie
- Kóktavost
- Mutismus
- Vývojová dysartrie
- Vývojová dysfázie
- Poruchy autistického spektra
- Jiná...

5. Při jakých diagnózách je dle Vás spolupráce potřeba nejvíce (max. 3) \*

- Afázie
- Breptavost
- Dysartrie
- Dyslalie
- Kóktavost
- Mutismus
- Vývojová dysartrie
- Vývojová dysfázie
- Poruchy autistického spektra
- Jiná...

6. Je současná spolupráce je dle Vás postačující? \*

Ano

Ne

7. Odůvodněte prosím stručně svou odpověď k otázce č. 6 \*

Text dlouhé odpovědi

8. Dle Vás by spolupráce s psychologem / klinickým psychologem měla být \*



9. Logopedů / klinických logopedů je v současné době v České republice \*

dostatek

nedostatek

10. Psychologů / klinických psychologů je v současné době v České republice \*

dostatek

nedostatek

# Klinický logoped



Popis (nepovinný)

1. Jste v úzké spolupráci s psychologem / klinickým psychologem \*

Ano

Ne

2. Narušení komunikační schopnosti je problematika ... \*

spíše logopeda / klinického logopeda

spíše psychologa / klinického psychologa

Problematika obou odborníků

Jiná...

3. Nakolik Vám osobně přijde spolupráce logopeda a psychologa důležitá? \*

	1	2	3	4	5	
nepotřebná	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stěžejní

4. Při jakých diagnózách je kontinuální spolupráce potřeba? \*

- Afázie
- Breptavost
- Dysartrie
- Dyslalie
- Kóktavost
- Mutismus
- Vývojová dysartrie
- Vývojová dysfázie
- Poruchy autistického spektra
- Jiná...

5. Při jakých diagnózách je dle Vás spolupráce potřeba nejvíce (max. 3) \*

- Afázie
- Breptavost
- Dysartrie
- Dyslalie
- Kóktavost
- Mutismus
- Vývojová dysartrie
- Vývojová dysfázie
- Poruchy autistického spektra
- Jiná...



6. Je současná spolupráce je dle Vás postačující? \*

Ano

Ne

7. Odůvodněte prosím stručně svou odpověď k otázce č. 6 \*

Text dlouhé odpovědi

8. Dle Vás by spolupráce s psychologem / klinickým psychologem měla být \*



9. Logopedů / klinických logopedů je v současné době v České republice \*

dostatek

nedostatek

10. Psychologů / klinických psychologů je v současné době v České republice \*

dostatek

nedostatek



4. Při jakých diagnózách je kontinuální spolupráce potřeba? \*

- Afázie
- Breptavost
- Dysartrie
- Dyslalie
- Kóktavost
- Mutismus
- Vývojová dysartrie
- Vývojová dysfázie
- Poruchy autistického spektra
- Jiná...

5. Při jakých diagnózách je dle Vás spolupráce potřeba nejvíce (max. 3) \*

- Afázie
- Breptavost
- Dysartrie
- Dyslalie
- Kóktavost
- Mutismus
- Vývojová dysartrie
- Vývojová dysfázie
- Poruchy autistického spektra
- Jiná...

6. Je současná spolupráce dle vás dostačující \*

Ano

Ne

7. Odůvodněte prosím stručně svou odpověď k otázce č. 6 \*

Text dlouhé odpovědi

8. Dle Vás by spolupráce s logopedem / klinickým logopedem měla být \*



9. Logopedů / klinických logopedů je v současné době v České republice \*

dostatek

nedostatek

10. Psychologů / klinických psychologů je v současné době v České republice \*

dostatek

nedostatek

## Příloha č. 4 Dotazník klinický psycholog

### Klinický psycholog



Popis (nepovinný)

1. Jste v úzké spolupráci s logopedem / klinických logopedem \*

Ano

Ne

2. Narušení komunikační schopnosti je problematika ... \*

Spíše logopeda / klinického logopeda

Spíše psychologa / klinického psychologa

Problematika obou odborníků

Jiná...

3. Nakolik Vám osobně přijde spolupráce logopeda a psychologa důležitá? \*

	1	2	3	4	5	
nepotřebná	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stěžejní

4. Při jakých diagnózách je kontinuální spolupráce potřeba? \*

- Afázie
- Breptavost
- Dysartrie
- Dyslalie
- Kóktavost
- Mutismus
- Vývojová dysartrie
- Vývojová dysfázie
- Poruchy autistického spektra
- Jiná...

5. Při jakých diagnózách je dle Vás spolupráce potřeba nejvíce (max. 3) \*

- Afázie
- Breptavost
- Dysartrie
- Dyslalie
- Kóktavost
- Mutismus
- Vývojová dysartrie
- Vývojová dysfázie
- Poruchy autistického spektra
- Jiná...

6. Je současná spolupráce dle vás dostačující \*

Ano

Ne

7. Odůvodněte prosím stručně svou odpověď k otázce č. 6 \*

Text dlouhé odpovědi

8. Dle Vás by spolupráce s logopedem / klinickým logopedem měla být \*



9. Logopedů / klinických logopedů je v současné době v České republice \*

dostatek

nedostatek

10. Psychologů / klinických psychologů je v současné době v České republice \*

dostatek

nedostatek

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Sandra Weisheitel
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	prof. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2022

<b>Název práce:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Název v angličtině:</b>	prof. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.
<b>Anotace práce:</b>	<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 a definuje tři určité typy narušené komunikační schopnosti (kockavost, mutismus, vývojovou dysfázi). 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 zjištění aktuální reálná spolupráce logopeda, popřípadě klinického logopeda, a psychologa, popřípadě klinického 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.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	mezioborová spolupráce, logopedie, psychologie, narušená komunikační schopnost, kockavost, mutismus, vývojová dysfázie, logopedická diagnostika, logopedická terapie, psychologická diagnostika, psychoterapie, interdisciplinární přístup
<b>Anotace v angličtině:</b>	The thesis deals with cooperation of speech therapists, clinical speech therapists and psychologists, clinical psychologists in the diagnosis and therapy of specific types



	<p>of communication impairment. It is composed of two parts, namely the theoretical part and the practical part. The theoretical part contains a definition of terms impaired communication ability and speech communication, diagnostics, therapy, and defines three types of impaired communication skills (stuttering, mutism, developmental dysphasia). The practical part is conceived as research of a quantitative nature, where the main research method was chosen by a questionnaire investigation, administered by speech therapists, clinical speech therapists, psychologists and clinical psychologists. The main aim of this thesis is to find out the current real collaboration of a speech therapist, or clinical speech therapist, and a psychologist, or clinical psychologist, in the diagnosis and therapy of impaired communication skills in current conditions in the Czech Republic, while at the same time getting an opinion on the established issue from experts.</p>
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	<p>interdisciplinary cooperation, speech therapy, psychology, communication disorder, stuttering, mutism, developmental dysphasia, diagnosis in speech therapy, speech language therapy, psychological diagnosis, psychotherapy, interdisciplinary approach</p>
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	<p>Příloha 1: Dotazník určený logopedům  Příloha 2: Dotazník určený klinickým logopedům  Příloha 3: Dotazník určený psychologům  Příloha 4: Dotazník určený klinickým psychologům</p>
<b>Rozsah práce:</b>	80 str
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk