# Odborná recenze

# Válková Hana: Logopedie je jako vyšívání. Důležitá je přesnost, říká klinická logopedka, Vitalia.cz

Jsem si vědoma faktu, že revidovaný článek není odborným textem. Přesto jsem přesvědčena o tom, že veřejnost má právo získávat informace, které se opírají o aktuální poznatky vědy.

Současné vědecké pojetí tématu jednoznačně plyne z důkladného rozlišení následujících tří pojmů: řeči, jazyka a komunikace (často je komunikace také užívána ve spojení s přívlastkem sociální). Řečí máme na mysli neurální mechanismy spojené se sluchovou percepcí a vokálně motorickými projevy, tj. výslovnost, tempo, plynulost a rezonance. Jazyk je biologicky determinovaný kognitivní mechanismus, společný systém znaků k předávání myšlenek a informací, jedná se o porozumění a tvorbu slov a vět. Za komunikaci je považován proces výměny informací, emocí a způsob ovlivňování myšlení a postojů prostřednictvím neverbálních a verbálních prostředků. Zjednodušeně řečeno – řeč je slyšet, jazyk lze objektivně posoudit jen pomocí testů a komunikace je fenoménem, při jehož posouzení využíváme testy a zároveň hodnotíme jednotlivé symptomy případné patologie (např. ulpívání na tématu, oční kontakt, chápání gest aj.). Pojmy se překrývají v přesně stanovených rovinách jazyka, tedy s řečí ve foneticko-fonologické a s komunikací v pragmatické.

Závažným nedostatkem revidovaného článku není ani tak nerozlišení těchto pojmů – tedy neustále směšování narušené výslovnosti s narušeným jazykem. Dá se to pochopit, nejsme na to navyklí ani v odborných textech, protože vycházíme z nesprávně přeložené a stále platné české verze MKN-10. Co je však zavádějící, že od zdravotnického pracovníka **není jasně vysvětlena a oddělena fyziologie od patologie**. Fyziologický vývoj se totiž vyvíjí sám bez pomoci, pouze je zapotřebí vystavení standardnímu prostředí. Je dokladováno, že mateřský jazyk si dítě osvojuje bez zjevného učení na podkladě vrozených mechanismů (vrozené je sociální chování, fonologie, první gesta, gramatika aj.), externích zkušeností (vystavení konkrétnímu jazyku, kultuře, podnětnosti rodiny) a aspektů nezávislých na jazyku (intelekt, přičemž není jasná míra nezávislosti). Jestliže dítě nesplňuje již vědou poměrně přesně stanovené milníky, jedná se o vývoj patologický. Např. je stanoveno, že již 2leté dítě, které milníky vývoje neplní a má pozitivní rodinnou anamnézu, je ohroženo poruchou jazyka, tedy vývojovou dysfázií. Nesprávné nastavení fyziologie a patologie se bohužel odráží v celém článku, např. zmínkou o fyziologické patlavosti. Ve skutečnosti je tomu tak, že vývoj – v tomto případě artikulace – je buď fyziologický nebo patologický. Pokud je fyziologický, neléčí se. Je zároveň pravdou, že obecně duševní poruchy, mezi které patří i porucha artikulace, nemají jasně stanovené hranice mezi normou a patologií. Proto také existují děti, jejichž výslovnost je na rozhraní fyziologie a patologie. Poznání, o jaký vývoj se jedná, vyžaduje řádné vyšetření.

Správně je vyzdvihnuta včasnost odhalení logopedické diagnózy, ale chybí důležité doplnění, že bohužel ani včasnost automaticky neznamená lepší výsledek. Správné je také zdůraznění faktu, že poruchou artikulace se může projevovat mnoho dalších, vážnějších diagnóz. Avšak **samy poruchy artikulace nejčastějšími nejsou**, jsou jen nejvíce znatelnými – slyší je i naprostý laik. K tomuto tvrzení je třeba následujícího výkladu a pochopení konceptu nové kategorie s názvem neurovývojové poruchy, zahrnuté v již platné ICD-11. Zahrnuje poruchy řeči nebo jazyka (artikulace, plynulosti a jazyka), ADHD, dále poruchy intelektu, autistického spektra, učení, motorické koordinace, tiky a stereotypní pohyby. Dnes spolehlivě víme, že všechny tyto poruchy, které se vzájemně překrývají – tedy mohou být i všechny najednou u jednoho pacienta a ojediněle se vyskytuje jedna osamocená – vznikají především na silném genetickém pozadí (přišlo se dokonce na několik genů, které jsou asociovány s několika poruchami najednou). Dále jsou nepopiratelné enviromentální vlivy (i když ještě neznáme jejich přesnou míru). Avšak perinatální anamnéza definitivně ustoupila do pozadí, extrémně nízká porodní hmotnost sice vede ke zvýšené míře motorických, jazykových, školních a pozornostních obtíží, ale asociace není silná v opačném směru s možnou výjimkou poruchy motorické koordinace. **Genetika během vývoje mozku programuje jeho jemné strukturální změny**. Bohužel etiologie je v revidovaném článku vysvětlována pomocí zastaralých poznatků. Proto prevence všech těchto komplexních poruch se silným genetickým pozadím není v depistáži v MŠ, i když depistáž může napomoci je včasněji odhalit. **Přesvědčení, že poruchy odhalením zmizí, je mylné a pro veřejnost zavádivé.** Nezmizí ani tehdy, pokud budou pedagogičtí pracovníci působit na komorbidní poruchu motorické koordinace, dyspraxii (viz v článku popisované špatné sezení, postoj těla). Navíc se jedná o nemoci na podkladě strukturálních abnormit mozku, kde zásahy laiků mohou mít ještě škodlivější důsledky než pozdní diagnóza. Je úkolem pediatra, aby včas indikoval dítě k vyšetření u ambulantního specialisty. Tvrdit, že více klinických logopedů či objemnější péče klinické logopedie sníží odklady školní docházky je vysoce odborně nekompetentní a z pohledu našeho oboru škodlivé. Odklady školní docházky nemohou být realizovány na podkladě samotné poruchy artikulace, jak plyne z této analýzy, ale na podkladě různých komorbidit (kombinací poruch). A to především poruchy jazyka (vývojová dysfázie) + ADHD + motorické koordinace (např. časté orální dyspraxie) + artikulace; nebo poruchy motorické koordinace + ADHD + artikulace; také poruchy autistického spektra + jazyka + ADHD + artikulace. K jednotlivým komorbiditám se velmi často přidávají sekundárně nebo i primárně (opět na podkladě vulnerability jedince) sociální úzkosti, také agrese či vývojová koktavost nebo elektivní mutismus. Různé jsou typy a stupně nemocí. Obecně nepřiměřený tlak duševní poruchy prohlubuje. Skutečně odborný trend je tedy přesně opačný: na slabé stránky vývoje netlačit, naopak se zaměřit na silné, pomocí kterých vývoj stimulovat. K tomu potřebujeme popsané souvislosti. Samozřejmě existují také samostatné poruchy artikulace na podkladě vrozené vývojové vady mluvidel, jak je v článku správně popsáno či sluchové vady, anebo kombinace vrozené vývojové vady a neurovývojových poruch (orální rozštěp + vývojová dysfázie + porucha artikulace). Tedy věta: „*Do školy by dítě mělo jít ideálně s upravenou výslovností*, …“ **bohužel paradoxně nahrává laickému školskému postoji, proti kterému se článek vyhrazuje** a zároveň nesprávně motivuje rodiče k neadekvátními tlaku.

Kolegyní popisovaný „skokový vývoj a dozrávání“ je překonaným názorem. Funguje pouze u dětí s psychickou a podnětovou deprivací (např. pokud se dostane z patologické rodiny do dobrých „rukou“ dětského domova). U dětí s neurovývojovými poruchami zachycujeme poměrně **stabilní vývojové tempo nerovnoměrného vývoje CNS**, přičemž zrání je samozřejmé, ale úplné narovnání vývoje méně pravděpodobné: mnohé oblasti jsou po celou dobu vývojové trajektorie až do dospělosti omezené. A to i přes kompenzaci kvalitním intelektem, efektivním vedením odborníka a péčí rodiny. **Výjimkou jsou poruchy artikulace** (a přechodné tiky)**, které dobře reagují na léčbu. Ale i zde musí být užit vývojový přístup, o to více, když víme, že velmi často doprovázejí poruchu jazyka** – tedy 5leté dítě s fonologií na 3 letech nemůže být stimulováno v artikulaci. Je totiž vysoce pravděpodobné a ve standardizovaných testech dobře zachytitelné narušení i dalších a mnohem podstatnějších oblastí jazyka, a tím pádem i jiných oblastí psychomotorického vývoje. Pokud bychom tak činili, pacientovi ubližujeme. Při opačném (tedy správném) přístupu zjistíme, že mnohé doprovodné poruchy artikulace se postupem vývoje jazyka upraví samy či s naší menší pomocí (jiné je to u závažného typu poruchy artikulace verbální dyspraxie, která cvičení vyžaduje).

Lze jedině souhlasit, že čtením se fixuje výslovnost, a to správná i špatná. Postrádám však v této souvislosti zásadní informaci o propojení orální a tištěné / psané modality jazyka. Jazykový systém je totiž jeden. V mozku ho představuje rozsáhlá neurální síť, jazykový konektom – nikoliv v článku uvedená řečová centra (věda už tento pojem nezná, protože jejich význam je pozměněn) – složený ze 4 drah, které jsou lehce modifikované pro konkrétní typy jazyků (např. pro tónovou vietnamštinu slouží větší část temporálního laloku, kdežto pro gramatickou němčinu je zvýrazněná dráha syntaxe) a zároveň pro lexii a ortografii. Z toho vyplývá, že pokud má dítě vývojovou dysfázii, má ji nejen ve všech jazycích, ale rovněž porucha orálního jazyka přechází v další modalitu (dokonce to platí i o jazyce znakovém). To je vysvětlení, proč je vývojová dysfázie podkladem pro poruchu učení a tvoří s ní další komorbidní spojení.

**Tedy v ordinacích máme nejčastěji děti s poruchou jazyka (se závažnými důsledky v psychice) + na ní velmi často vážící poruchu artikulace (včetně verbální dyspraxie) + s latencemi či motorickým neklidem ADHD + různé dyspraxie a následně poruchu učení. Včasnost diagnostiky je významná ke snížení rizika sekundárních psychických poruch. Jedná se o ošetření rodiny a školského zařízení (na podkladě psychometrického vyšetření seznámíme s diagnózami, prognózou, provázíme rodiny a se zaškolením propojujeme stav orálního jazyka s tištěným a psaným) a o doporučení dalších odborníků podle potřeby.**

**Při čtení revidovaného článku si však čtenář musí udělat jiný závěr, který je vlastně logopedickým mýtem: logoped řeší výslovnost, která je „naučitelná“ a proto by ji měl stihnout do nástupu do 1. tř., dále se okrajově zabývá i poruchami mozku, tam je to nejasné.** Tento mýtus slyším více než 10 let při mezirezortních jednáních se speciálními pedagogy, kteří by se chtěli stát školskými logopedy a je pro mne zklamáním, že ho prezentuje kolegyně.

Jako adekvátní informace v souladu s aktuálními vědeckými poznatky vnímám těchto 5 informací: 1) věková hranice pro vstupní vyšetření neexistuje a zdůraznění jeho včasnosti, 2) dobrý logoped vysvětluje, 3) zapojení rodiče v celém procesu, 3) délka péče je různá, 4) u patologicky tvořené hlásky je významná délka od vzniku patologie k odstranění a 5) ne vždy platí „čím více, tím lépe“. I když poslední bych upřesnila: většinou to neplatí, protože intenzita je doložena jen u verbální dyspraxie a získaných stavů.

PaedDr. Lenka Pospíšilová, Ph.D., 10.6.2022